

mẫu nhỏ, không có nhóm chứng và thời gian theo dõi chỉ kéo dài 8 tuần là tương đối ngắn. Ngoài ra, tỷ lệ biến chứng can lệch cao (50%) có thể là một yếu tố gây nhiễu, ảnh hưởng đến kết quả phục hồi chung của toàn bộ nhóm nghiên cứu.

V. KẾT LUẬN

Chương trình hoạt động trị liệu kéo dài 8 tuần đã chứng minh hiệu quả rõ rệt trong việc phục hồi chức năng cho bệnh nhân cao tuổi sau gãy đầu dưới xương quay. Can thiệp đã giúp cải thiện đáng kể tầm vận động, lực nắm, giảm đau khi vận động, và quan trọng hơn là nâng cao khả năng độc lập trong sinh hoạt hàng ngày, thể hiện qua các thang đo QuickDASH và COPM. Các yếu tố như tuân thủ tập luyện và can thiệp sớm là chìa khóa thành công. Nghiên cứu này ủng hộ việc áp dụng rộng rãi các chương trình HĐTL có cấu trúc, lấy người bệnh làm trung tâm.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nellans KW, Kowalski E, Chung KC. The epidemiology of distal radius fractures. *Hand Clin.* 2012 May;28(2):113-25.
2. Handoll HH, Madhok R. Conservative interventions for treating distal radial fractures in

- adults. *Cochrane Database Syst Rev.* 2003;(2): CD000314.
3. Trzeciak DJ, Malek Ł. Efficacy of occupational therapy in the rehabilitation of the distal radius fracture – systematic review. *Ortop Traumatol Rehabil.* 2019 Aug 30;21(4):259-268.
4. Tsang P, Walton D, Grewal R, et al. Validation of the QuickDASH and DASH in Patients With Distal Radius Fractures Through Agreement Analysis. *Arch Phys Med Rehabil.* 2017 Jun;98(6):1217-1222.e1.
5. Dahlqvist Å, Rosén B. Early occupational performance intervention enhances outcome after distal radius fracture: A nonrandomized controlled trial. *J Hand Ther.* 2016 Jul-Sep;29(3):269-78.
6. Ydreborg K, Engstrand C, Steinvall I, et al. Hand function, experienced pain, and disability after distal radius fracture. *Am J Occup Ther.* 2015 Jan-Feb;69(1):6901290030p1-9.
7. Filipova V, Lonžarić D, Jesenšek Papež B. Efficacy of combined physical and occupational therapy in patients with conservatively treated distal radius fracture: randomized controlled trial. *Wien Klin Wochenschr.* 2015 Oct;127 Suppl 5:S282-7.
8. Kay S, McMahon M, Stiller K. An advice and exercise program has some benefits over natural recovery after distal radius fracture: a randomised trial. *Aust J Physiother.* 2008;54(4):253-9.

ĐÁNH GIÁ ẢNH HƯỞNG CỦA TƯ THẾ CƠ THỂ ĐỐI VỚI SỰ THAY ĐỔI KHỚP CÁN Ở MỘT NHÓM NGƯỜI BỆNH CÓ MÒN NHIỀU RĂNG

Trần Văn Sơn¹, Hoàng Kim Loan¹, Hoàng Việt Hải¹,
Đàm Văn Việt², Nguyễn Văn Thanh Toàn³

TÓM TẮT

Nghiên cứu nhằm đánh giá sự ảnh hưởng của tư thế cơ thể đối với sự thay đổi khớp cắn ở một nhóm người bệnh có mòn nhiều răng bằng hệ thống T-scan. Nghiên cứu mô tả chùm ca bệnh được thực hiện trên 20 bệnh nhân có mòn nhiều răng được điều trị tại Trung tâm Kỹ thuật cao Khám chữa bệnh Răng Hàm Mặt – Đại học Y Hà Nội từ 6/2024 đến 6/2025. Thời gian cắn khớp (OT), phân bố lực cắn trước – sau (AOD_CO) và phân bố lực cắn bên (LOD_CO) tại lồng múi tối đa được đo ở 4 tư thế khác nhau: tư thế nằm (SP), tư thế ngồi đầu thẳng (UHP), tư thế ngồi đầu cúi (FHP), tư thế ngồi đầu ngửa (HE). Kết quả cho thấy OT ở tư thế ngồi đầu cúi và tư thế ngồi đầu thẳng dài hơn tư thế nằm ($p=0.015$). AOD_CO cũng thay đổi rõ

rệt ở các tư thế ($p=0.003$) và có xu hướng lực cắn dịch chuyển ra trước khi ở tư thế đầu cúi và dịch ra sau khi ở tư thế ngồi đầu ngửa với các so sánh UHP–SP ($p=0.012$) và FHP–UHP ($p=0.014$). Ngược lại, LOD_CO cho thấy phân bố lực cắn bên tại lồng múi tối đa tương đối ổn định ($p=0.36$). Kết luận Sự thay đổi tư thế cơ thể ảnh hưởng đến độ ổn định và sự cân bằng lực cắn theo hướng trước–sau. **Từ khóa:** T-scan, mòn răng, tư thế cơ thể, phân tích khớp cắn.

SUMMARY

EVALUATION OF THE INFLUENCE OF BODY POSTURE ON OCCLUSAL CHANGES IN A GROUP OF PATIENTS WITH TOOTH WEAR

The study aimed to evaluate the influence of body posture on occlusal changes in a group of patients with tooth wear using the T-Scan system. The case series descriptive study was conducted on 20 patients with tooth wear treated at the School of Dentistry – Hanoi Medical University, from June 2024 to June 2025. Occlusion time (OT), Anteroposterior occlusal force distribution (AOD_CO), and Lateral occlusal force distribution (LOD_CO) were measured in four different postures: supine (SP), upright head position (UHP), forward head posture (FHP), and head extended

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Răng Hàm Mặt Trung ương Hà Nội

³Trường Đại học Y Dược Huế

Chịu trách nhiệm chính: Trần Văn Sơn

Email: tranvanson.rhm.dhyhn@gmail.com

Ngày nhận bài: 4.8.2025

Ngày phản biện khoa học: 17.9.2025

Ngày duyệt bài: 17.10.2025

posture (HE). The results showed that OT in the forward head posture and upright head posture was longer than in the supine posture ($p=0.015$). AOD_CO also changed significantly across positions ($p = 0.003$) and showed a tendency for occlusal force to shift forward in the forward head posture and backward in the head extension, with the comparisons UHP-SP ($p = 0.012$) and FHP-UHP ($p = 0.014$). In contrast, LOD_CO indicated that the lateral force distribution at maximum intercuspation was relatively stable ($p = 0.36$). Conclusion: Changes in body posture affect the stability and anteroposterior balance of occlusal force distribution. **Keywords:** T-scan, tooth wear, posture, occlusal analysis.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Hệ thống nhai đóng vai trò quan trọng trong các chức năng sống như nhai, nuốt và phát âm¹. Khác với các tiếp xúc khớp cắn tĩnh, các tiếp xúc khớp cắn động có ảnh hưởng mạnh mẽ hơn đến chức năng nhai và các hoạt động sinh lý khác của hệ thống nhai^{1,2}. Để duy trì chức năng ổn định, các tiếp xúc khớp cắn phải diễn ra dọc theo trục dọc của răng và tiếp xúc hài hoà hai bên^{1,2}.

Trong thực hành lâm sàng, việc đánh giá và điều chỉnh khớp cắn thường được thực hiện bằng giấy cắn^{3,4,5}. Tuy nhiên, phương pháp này mang tính chủ quan dễ tạo kết quả sai do sự thấm nước bọt có thể làm loang mực giấy cắn, và không thể định lượng lực hoặc thứ tự tiếp xúc⁴. Sự ra đời của các hệ thống phân tích khớp cắn kỹ thuật số như T-Scan đã khắc phục được những hạn chế này, cung cấp khả năng định lượng lực cắn, thứ tự tiếp xúc, thời gian khớp cắn và thời gian nhai khớp một cách chính xác và khách quan⁴.

Tư thế đầu thay đổi tùy theo các hoạt động sinh lý và chức năng của con người. Các nghiên cứu đã xác lập mối tương quan tích cực giữa tư thế đầu và khớp cắn^{6,7}. Một số nghiên cứu cho thấy khi cúi đầu 30° điểm chạm khớp cắn đầu tiên xuất hiện ở vùng răng cửa, trong khi ngửa đầu 45° các điểm chạm tiếp xúc khớp cắn lại xuất hiện nhiều ở vùng răng sau⁸. Tiếp xúc khớp cắn ban đầu chủ yếu diễn ra ở răng trước ở tư thế đầu cúi 57,8%, tư thế thẳng đứng 33,3% và tư thế nằm ngửa 28,9%¹.

Đặc biệt, mòn răng là một tình trạng phổ biến, có thể ảnh hưởng tiêu cực đến sự ổn định khớp cắn và chức năng của hệ thống nhai. Các nghiên cứu đã chỉ ra mối liên hệ giữa mòn răng và các yếu tố như lực cắn, tuổi tác, giới tính và kiểu khớp cắn. Mòn răng còn có mối liên quan với lực cắn quá mức và/hoặc lực cắn lệch tâm, cả trở khớp cắn bên không làm việc, đặc biệt là trong trường hợp hướng dẫn nhóm thường biểu hiện dưới dạng tổn thương mòn cổ răng và mòn

mặt nhai.

Mặc dù đã có những nghiên cứu về ảnh hưởng của tư thế đầu lên khớp cắn ở những người khỏe mạnh hoặc sau phục hình đơn lẻ, nhưng còn thiếu các nghiên cứu chuyên sâu về nhóm bệnh nhân có mòn nhiều răng, vốn là đối tượng có khả năng xuất hiện sự mất cân bằng và không ổn định khớp cắn.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Bệnh nhân có mòn nhiều răng, đang điều trị tại Trung tâm kỹ thuật cao - Viện đào tạo Răng Hàm Mặt từ tháng 6 năm 2024 đến tháng 6 năm 2025 thoả mãn các điều kiện sau:

Tiêu chuẩn lựa chọn:

- Bệnh nhân có mòn nhiều răng.
- Có đủ 28 răng vĩnh viễn.
- Không bị bất thường về hình dạng và số lượng răng.

Tiêu chuẩn loại trừ:

- Từng bị chấn thương hoặc đã phẫu thuật vùng hàm mặt.

- Đã hoặc đang điều trị chỉnh hình răng mặt.
- Đau ở vùng khớp hoặc cơ hàm.
- Há miệng hạn chế.
- Khớp cắn hạng III theo phân loại Angle.
- Cắn chéo vùng răng sau.
- Bệnh viêm nha chu, lung lay răng.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu

Là nghiên cứu mô tả chùm ca bệnh.

2.2.2. Cơ mẫu và chọn mẫu. 20 bệnh nhân được lựa chọn theo phương pháp chọn mẫu thuận tiện.

2.3. Các biến số nghiên cứu

- Tư thế cơ thể.
- Thời gian cắn khớp.
- Phân bố lực cắn trước sau tại lồng múi tối đa.
- Phân bố lực cắn bên tại lồng múi tối đa.

2.4. Địa điểm nghiên cứu. Trung tâm kỹ thuật cao khám chữa bệnh Răng Hàm Mặt, Viện Đào tạo Răng Hàm Mặt, trường Đại học Y Hà Nội.

2.5. Thời gian nghiên cứu. Nghiên cứu được tiến hành trong thời gian từ tháng 6/2024 đến tháng 6/2025.

2.6. Quy trình nghiên cứu

Bước 1: Đối tượng nghiên cứu đủ tiêu chuẩn lựa chọn

Bước 2: Ghi tiếp xúc khớp cắn trước khi mài chỉnh ở tư thế nằm.

Bệnh nhân được hướng dẫn cắn nhanh và mạnh hai hàm vào sensor ở vị trí lồng múi tối đa và giữ chặt răng trong vòng 1 đến 3 giây, lặp lại 3 lần. Sử dụng kỹ thuật "ghi tiếp xúc khớp cắn

hiều lần" để ít nhất có một lần đạt được lực đóng hàm tối đa, chọn trên đồ thị lần ghi có lực đóng hàm lớn nhất.

Bước 3: Sử dụng T-scan kết hợp với giấy cắn để mài chỉnh khớp cắn ở tư thế nằm

Tiến hành mài chỉnh khớp cắn, loại bỏ điểm cản trở, giảm lực cắn lớn với sự hỗ trợ của giấy cắn (dày 40 μm) và lá shim-stock (dày 8 μm) và T-scan để đạt được cân bằng khớp cắn 2 bên trái phải với chênh lệch dao động từ 5-10%.

Bước 4: Sử dụng T-scan để đo các thông số khớp cắn ở các tư thế khác.

Bệnh nhân được đo ở 4 tư thế gồm nằm, ngồi đầu thẳng, ngồi đầu cúi, ngồi đầu ngửa.

1. Tư thế nằm (SP): Lưng ghế song song với sàn nhà.

2. Tư thế ngồi thẳng, đầu thẳng (UHP): Bệnh nhân ngồi thẳng lưng sao cho lỗ ống tai ngoài với khớp vai thẳng hàng. Sử dụng thước Goniometer với tâm ở ống tai ngoài, một đầu thước vuông góc với sàn, đầu thước còn lại đi qua chân cánh mũi sẽ tạo thành 1 góc 90°.

3. Tư thế ngồi thẳng, đầu cúi 30° (FHP): Tư thế ngồi giống tư thế ngồi thẳng đầu thẳng, nhưng đầu bệnh nhân hơi cúi đầu sao cho góc tạo bởi 2 đầu thước tạo thành 1 góc 120°.

4. Tư thế ngồi thẳng đầu ngửa 45° (HE): Tư thế ngồi giống tư thế ngồi thẳng đầu thẳng, nhưng đầu bệnh nhân ngửa đầu sao cho góc tạo bởi 2 đầu thước tạo thành 1 góc 45°.

Bước 5: Nhập và xử lý số liệu

Bước 6: Tổng hợp, phân tích số liệu và viết báo.

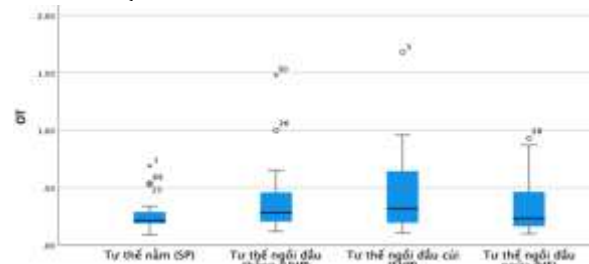
2.7. Kiểm soát sai số. Để hạn chế sai số trong quá trình thu thập dữ liệu, lực cắn tại mỗi vị trí răng được đo lặp lại 3 lần liên tiếp trong cùng một lần khám. Sau đó, giá trị trung bình của 3 lần đo được sử dụng để phân tích. Việc đo lặp nhằm giảm thiểu ảnh hưởng của các yếu tố ngẫu nhiên như dao động trong lực cắn của bệnh nhân và sai số do thao tác đặt cảm biến T-Scan.

2.8. Xử lý số liệu. Sử dụng phần mềm SPSS 27.0 để phân tích dữ liệu. Các biến định lượng gồm: Thời gian cắn khớp (OT), phân bố lực cắn trước-sau tại lồng mũi tối đa (AOD_CO) và phân bố lực cắn bên tại lồng mũi tối đa (LOD_CO) được kiểm tra tính phân phối chuẩn bằng kiểm định Shapiro-Wilk. Để đánh giá sự thay đổi của các thông số trên giữa bốn tư thế đầu: nằm ngửa (SP), ngồi đầu thẳng (UHP), ngồi đầu cúi (FHP) và ngồi đầu ngửa (HE), sử dụng kiểm định Friedman nếu biến không phân phối chuẩn, và Repeated Measures ANOVA nếu biến phân phối chuẩn. Khi phát hiện có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê, tiến hành so sánh cặp tư thế bằng kiểm định Wilcoxon Signed-Rank Test

hai phía. Mức ý nghĩa thống kê được đặt tại $p < 0.05$; trong trường hợp cần kiểm định nhiều cặp, áp dụng hiệu chỉnh Bonferroni, với ngưỡng ý nghĩa hiệu chỉnh là $p < 0.0083$.

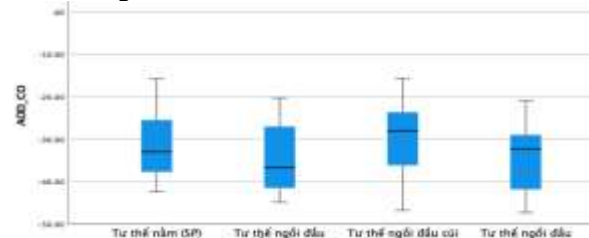
2.9. Đạo đức nghiên cứu. Nghiên cứu được chấp thuận bởi lãnh đạo Viện Đào tạo Răng Hàm Mặt - Trường Đại Học Y Hà Nội. Thông tin thu thập được giữ bí mật và chỉ phục vụ mục đích nghiên cứu và đề xuất can thiệp, không nhằm mục đích nào khác.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU



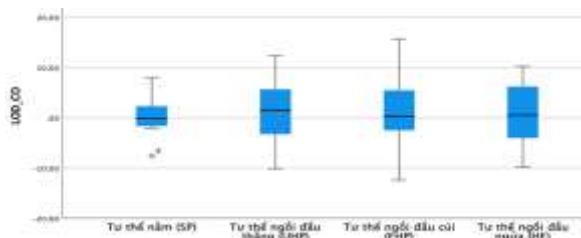
Hình 1: So sánh giữa bốn tư thế cơ thể về thời gian cắn khớp (OT)

Phân tích Friedman cho thấy sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về thời gian cắn khớp (OT) giữa các tư thế đầu ($p = 0.018$). Dù kiểm định Wilcoxon Signed-Ranks không ghi nhận cặp so sánh nào có ý nghĩa thống kê, nhưng các so sánh giữa FHP-SP và UHP-SP đều cho kết quả có ý nghĩa trước hiệu chỉnh ($p=0.015$). Kết quả cho thấy, thời gian cắn khớp có xu hướng kéo dài đáng kể ở tư thế ngồi đặc biệt khi đầu cúi hoặc đầu thẳng khi so với tư thế nằm.



Hình 2: Phân bố lực cắn trước sau tại lồng mũi tối đa AOD_CO

Phân tích Friedman cho thấy sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa các tư thế đầu về phân bố lực cắn trước-sau tại lồng mũi tối đa ($p = 0.003$). Mặc dù kiểm định Wilcoxon Signed-Ranks không ghi nhận cặp so sánh nào có ý nghĩa thống kê. Tuy nhiên có 2 cặp so sánh UHP - SP ($p = 0.012$) và FHP - UHP ($p = 0.014$) đều có ý nghĩa thống kê trước điều chỉnh. Ngoài ra các giá trị trung vị cũng cho thấy phân bố lực cắn có xu hướng dịch ra trước khi bệnh nhân ở tư thế cúi và ngược lại lực cắn có xu hướng tập trung về phía sau ở tư thế ngồi đầu thẳng và đầu ngửa.



Hình 3: Phân bố lực cắn bên tại lồng mũi tối đa LOD_CO

Phân tích Friedman cho thấy sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê giữa các tư thế đầu đối với phân bố lực cắn bên tại lồng mũi tối đa ($p = 0.36$). Kiểm định Wilcoxon Signed-Ranks cho thấy không có cặp nào đạt được mức ý nghĩa thống kê. Điều này gợi ý rằng phân bố lực cắn bên tại vị trí lồng mũi tối đa khá ổn định và ít bị ảnh hưởng bởi thay đổi tư thế đầu.

IV. BÀN LUẬN

Thời gian cắn khớp (OT) là khoảng thời gian từ khi có tiếp xúc ban đầu đến khi đạt được lồng mũi tối đa. Về lý tưởng, thời gian càng ngắn càng tốt để đảm bảo chức năng nhai hiệu quả¹. Theo kết quả của nghiên cứu cho thấy thời gian cắn khớp thay đổi có ý nghĩa giữa các tư thế khác nhau ($p=0.018$), với xu hướng thời gian cắn dài hơn ở các tư thế ngồi đầu cúi và ngồi đầu thẳng, và ngắn nhất ở tư thế nằm ngửa. Kết quả này phù hợp với kết quả nghiên cứu trước đây, trong đó thời gian cắn khớp ở tư thế đầu hơi cúi ra trước dài hơn rõ rệt so với tư thế nằm. Điều này phản ánh rằng quá trình đóng hàm diễn ra nhanh và ổn định hơn ở tư thế nằm².

Phân bố lực cắn theo chiều trước-sau tại lồng mũi tối đa (AOD_CO) thay đổi có ý nghĩa giữa các tư thế đầu ($p = 0.003$). Có hai cặp UHP - SP ($p = 0.012$) và FHP - UHP ($p = 0.014$) có ý nghĩa thống kê trước điều chỉnh. Ngoài ra các giá trị trung vị cho thấy tư thế ngồi đầu cúi lực cắn có xu hướng dịch chuyển nhiều ra phía trước và tư thế ngồi đầu ngửa lực cắn dịch chuyển nhiều ra phía sau. Cơ chế này có thể được giải thích bởi sự thay đổi vị trí nghỉ của hàm dưới dưới tác động của trọng lực và tư thế đầu. Nghiên cứu trước đây đã chỉ ra khi đầu cúi ra trước, vị trí nghỉ hàm dưới và đường đóng hàm có xu hướng tiến ra trước, dẫn đến lực cắn tại lồng mũi tối đa có xu hướng dịch ra trước. Ngược lại ở tư thế ngồi đầu ngửa, hàm dưới lùi ra sau do tác động của trọng lực và hoạt động của các cơ cổ dẫn đến đường đóng hàm có xu hướng tiếp xúc từ phía sau hơn và lực cắn tại lồng mũi tối đa có xu hướng tập trung nhiều ở vùng răng sau².

Phân bố lực cắn bên tại lồng mũi tối đa (LOD_CO) cho thấy sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê giữa các tư thế ($p = 0.36$). So sánh cặp Wilcoxon cũng không ghi nhận khác biệt giữa bất kỳ cặp tư thế nào. Kết quả này cho thấy rằng phân bố lực cắn bên khá ổn định, ít bị ảnh hưởng bởi thay đổi tư thế đầu. Sự ổn định này có thể đến từ đặc điểm giải phẫu khi lực cắn bên tại lồng mũi tối đa chủ yếu phụ thuộc vào hai bên cung răng, khớp thái dương hàm, vốn ít dao động hơn so với các yếu tố ảnh hưởng đến chiều trước - sau.

V. KẾT LUẬN

Sự thay đổi tư thế cơ thể ảnh hưởng đến độ ổn định và sự cân bằng lực cắn theo hướng trước-sau.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Haralur S, Al-Gadhaan S, Al-Qahtani A, Mossa A, Al-Shehri W, Addas M. Influence of functional head postures on the dynamic functional occlusal parameters. Ann Med Health Sci Res. Jul 2014;4(4):562–6. doi:10.4103/2141-9248.139319
2. Abe KI, Sakaguchi K, Mehta NR, Correa LP, Abdallah EF, Yokoyama A. Effect of body posture on stability and balance of occlusal contacts. Cranio. Mar 2025;43(2):225–235. doi:10.1080/08869634.2022.2119301
3. Gupta S, Tarannum F, Gupta NK, Upadhyay M, Abdullah A. Effect of head posture on tooth contacts in dentate and complete denture wearers using computerized occlusal analysis system. J Indian Prosthodont Soc. Jul–Sep 2017;17(3):250–254. doi:10.4103/jips.jips_321_16
4. Shopova D, Bozhkova T, Yordanova S, Yordanova M. Case Report: Digital analysis of occlusion with T-Scan Novus in occlusal splint treatment for a patient with bruxism. F1000Res. 2021; 10: 915. doi:10.12688/f1000research.72951.2
5. Prasanthi GS, Sajjan MCS, Manikyamba YJB, Chandrasekhar PVB, Kotemsetty SL. An analysis of three dimensional changes to comprehensively evaluate the occlusion time, disclusion time, point of first contact and force distribution at various head positions using Tekscan III: An in vivo study. J Indian Prosthodont Soc. Oct 1 2024;24(4):341–350. doi:10.4103/jips.jips_51_24
6. Nobili A, Adversi R. Relationship between posture and occlusion: a clinical and experimental investigation. Cranio. Oct 1996;14(4):274–85. doi:10.1080/08869634.1996.11745978
7. Makofsky HW. The influence of forward head posture on dental occlusion. Cranio. Jan 2000;18(1): 30–9. doi:10.1080/08869634.2000.11746111
8. Makofsky HW, Sexton TR, Diamond DZ, Sexton MT. The effect of head posture on muscle contact position using the T-Scan system of occlusal analysis. Cranio. Oct 1991;9(4):316–21. doi:10.1080/08869634.1991.11678378

MỘT SỐ ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG CỦA BỆNH NHÂN PHẪU THUẬT CHỈNH HÌNH XƯƠNG HÀM TẠI BỆNH VIỆN RĂNG HÀM MẶT TRUNG ƯƠNG HÀ NỘI NĂM 2024-2025

Lưu Hồng Hạnh¹, Lê Ngọc Tuyền², Trương Mạnh Nguyên¹,
Đông Ngọc Quang², Phạm Quang Dương², Lê Thị Thúy¹, Bùi Thị Thu Hiền³

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nhận xét một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh nhân phẫu thuật chỉnh hình xương hàm tại bệnh viện Răng Hàm Mặt Trung ương Hà Nội, đánh giá sự thay đổi chất lượng cuộc sống của nhóm bệnh nhân này sau phẫu thuật 6 tháng. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 48 đối tượng (11 bệnh nhân lệch lạc khớp cắn loại II và 37 bệnh nhân lệch lạc khớp cắn loại III) từ tháng 7/2024 đến tháng 7/2025, nhận xét một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của 2 nhóm bệnh nhân lệch lạc khớp cắn có phẫu thuật chỉnh hình xương hàm. **Kết quả:** Tuổi trung bình của bệnh nhân là $21,6 \pm 4,5$; nhóm lệch lạc khớp cắn loại II lớn tuổi hơn (25,7 tuổi), nữ chiếm đa số, trong khi lệch lạc khớp cắn loại III trẻ hơn (20,4 tuổi) và nam chiếm ưu thế. Lâm sàng cho thấy bệnh nhân loại II có mặt lồi, độ cắn chìa lớn, còn loại III chủ yếu có mặt lõm, độ cắn chìa âm. Các chỉ số sọ nghiêng cho thấy sai lệch xương rõ rệt với ANB lớn ở loại II và âm sâu ở loại III. Các đặc điểm răng cho thấy sự bù trừ trực răng cửa trước phẫu thuật ở cả hai nhóm. **Kết luận:** Tỷ lệ nhóm bệnh nhân lệch lạc khớp cắn loại III có phẫu thuật chỉnh hình xương hàm chiếm đa số. Các đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng cho thấy lệch lạc khớp cắn loại III thường nặng, với mặt lõm, cắn chìa âm và phát triển quá mức của hàm dưới, trong khi loại II đặc trưng bởi mặt lồi, cắn chìa dương và hàm dưới kém phát triển. **Từ khóa:** phẫu thuật chỉnh hình xương, lệch lạc khớp cắn loại III, lệch lạc khớp cắn loại II.

SUMMARY

AN OVERVIEW OF CLINICAL AND PARACLINICAL FEATURES IN PATIENTS UNDERGOING ORTHOGNATHIC SURGERY AT THE NATIONAL HOSPITAL OF ODONTO-STOMATOLOGY, HANOI (2024–2025)

Objective: This study aims to describe several clinical and paraclinical characteristics of patients undergoing orthognathic surgery at the National Hospital of Odonto-Stomatology in Hanoi, and to evaluate the change in their quality of life six months postoperatively. **Subjects and Methods:** A cross-sectional descriptive study was conducted on 48

patients (11 with class II dentofacial deformities and 37 with class III deformities) from July 2024 to July 2025. Clinical and paraclinical characteristics of both groups were analyzed based on preoperative assessments. **Results:** The mean age of patients was 21.6 ± 4.5 years. Patients with Class II deformities were older (mean 25.7 years) and predominantly female, whereas Class III patients were younger (mean 20.4 years) and predominantly male. Clinically, Class II patients exhibited convex facial profiles and positive overjet, while Class III patients presented concave profiles and negative overjet. Cephalometric analysis revealed significant skeletal discrepancies, with positive ANB values in Class II and markedly negative values in Class III. Dental parameters indicated preoperative incisor compensation in both groups. **Conclusion:** Class III deformities accounted for the majority of surgical cases. Clinical and paraclinical findings showed that Class III patients commonly had more severe skeletal discrepancies, with concave profiles, mandibular prognathism, and negative overjet, while Class II patients were characterized by convex profiles, maxillary protrusion, and mandibular retrusion.

Keywords: orthognathic surgery, Class III dentofacial deformity, Class II dentofacial deformity.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Phẫu thuật chỉnh hình xương hàm (orthognathic surgery) là một phương pháp điều trị chuyên sâu, giúp khắc phục những sai lệch về xương hàm gây ảnh hưởng đến chức năng ăn nhai, phát âm cũng như thẩm mỹ khuôn mặt. Các bất thường về hàm mặt như lệch lạc khớp cắn loại II, loại III, lệch mặt, hoặc thiếu sán/ quá phát xương hàm có thể do bẩm sinh, rối loạn phát triển hoặc hậu quả của chấn thương. Trong bối cảnh xã hội ngày càng quan tâm đến chất lượng sống và yếu tố thẩm mỹ, nhu cầu điều trị các bất thường hàm mặt bằng phẫu thuật ngày một tăng cao.

Tại Việt Nam, đặc biệt là tại các cơ sở chuyên khoa sâu như Bệnh viện Răng Hàm Mặt Trung ương Hà Nội, số lượng bệnh nhân tìm đến phẫu thuật chỉnh hình ngày càng nhiều. Tuy nhiên, việc đánh giá toàn diện đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của nhóm bệnh nhân này vẫn còn hạn chế. Những thông tin này có ý nghĩa quan trọng trong việc xây dựng phác đồ điều trị phù hợp, nâng cao hiệu quả điều trị cũng như dự phòng các biến chứng có thể xảy ra.

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Răng Hàm Mặt Trung ương Hà Nội

³Bệnh viện Trung ương Quân đội 108

Chịu trách nhiệm chính: Lưu Hồng Hạnh

Email: luuhonghanhrhm@gmail.com

Ngày nhận bài: 5.8.2025

Ngày phản biện khoa học: 16.9.2025

Ngày duyệt bài: 15.10.2025