

phóng và tái hấp thu serotonin, tương tự như tiểu cầu trong hệ thần kinh trung ương. Thể tích tiểu cầu trung bình (MPV) là một chỉ số về hoạt động của tiểu cầu và có thể được xem xét và sử dụng như một yếu tố tiên lượng trong nhiều bệnh liên quan đến viêm. Những thay đổi trong hoạt động tiểu cầu đã được báo cáo ở nhiều bệnh tâm thần như trầm cảm, rối loạn lưỡng cực và tâm thần phân liệt. Nghiên cứu của tác giả Ransing R và cs (2022) cho thấy số lượng tiểu cầu cao hơn đáng kể ở nhóm tâm thần phân liệt mạn tính ($[282,5 \pm 87,9] \times 10^3/\mu\text{L}$) so với nhóm đối chứng ($[249,6 \pm 85,2] \times 10^3/\mu\text{L}$) với $p < 0,001$ [8]. Nghiên cứu của tác giả Han Almiş B và cs (2021) cho thấy nhóm SZ với cơn loạn thần đầu tiên có giá trị MPV thấp hơn đáng kể so với nhóm đối chứng ($P = 0,03$) [2]. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi không thấy sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về số lượng tiểu cầu cũng như thể tích tiểu cầu giữa 2 nhóm có thể do cỡ mẫu chưa lớn.

V. KẾT LUẬN

Kết quả nghiên cứu cho thấy bệnh nhân tâm thần phân liệt có sự thay đổi có ý nghĩa thống kê ở một số chỉ số công thức máu so với nhóm chứng khỏe mạnh, bao gồm tăng số lượng bạch cầu, số lượng bạch cầu trung tính, bạch cầu đơn nhân ($p < 0,01$), tăng tỉ lệ bạch cầu đơn nhân ($p < 0,05$), giảm số lượng hồng cầu, nồng độ huyết sắc tố và hematocrit ($p < 0,01$) ở nhóm tâm thần phân liệt. Những biến đổi này gợi ý sự liên quan giữa tình trạng viêm cơ chế bệnh sinh của tâm thần phân liệt. Tuy nhiên, nghiên cứu còn một số hạn chế như cỡ mẫu chưa lớn và chưa đánh giá đầy đủ các yếu tố ảnh hưởng. Cần có

thêm các nghiên cứu với quy mô lớn hơn để làm rõ vai trò của các chỉ số này trong thực hành lâm sàng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Ayyildiz H., (2017) Relation between Red Blood Cell Distribution Width and Schizophrenia. *International Journal of Medical Biochemistry*. 1(1).
2. Han Almiş B. and Eğilmez O.B., (2021) Platelet Parameters in First-Episode Patients with Schizophrenia and Bipolar Disorder. *Psychiatry and Clinical Psychopharmacology*. 31(3): p. 339-343.
3. Jackson A. and Miller B., (2019) Meta-Analysis of Total and Differential White Blood Cell Counts in Schizophrenia. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 142.
4. Gao Z., Li B., Guo X., et al., (2023) The association between schizophrenia and white blood cells count: a bidirectional two-sample Mendelian randomization study. *BMC Psychiatry*. 23(1): p. 271.
5. Llorca-Bofi V., Petersen L.V., Mortensen P.B., et al., (2024) White blood cell counts, ratios, and C-reactive protein among individuals with schizophrenia spectrum disorder and associations with long-term outcomes: a population-based study. *Brain Behav Immun*. 122: p. 18-26.
6. Memic-Serdarevic A., Burnazovic-Ristic L., Sulejmanpasic G., et al., (2020) Review of Standard Laboratory Blood Parameters in Patients with Schizophrenia and Bipolar Disorder. *Med Arch*. 74(5): p. 374-380.
7. Garg R., Beyond anemia: Red cell distribution width as a universal biomarker in contemporary medicine. *Journal of Hematology and Allied Sciences*. 5.
8. Ransing R., Kamble A., Kulkarni R., et al., (2022) Common Hematological Disorders in Patients with Schizophrenia: In-Patient Case — Control Study. *I.P. Pavlov Russian Medical Biological Herald*. 30(2).

MÔ MỀM VÀ TRỤC RĂNG CỬA Ở TRẺ 8-10 TUỔI HẠNG III DO THIẾU SẢN XƯƠNG HÀM TRÊN: NGHIÊN CỨU CẮT NGANG TRÊN PHIM SỌ MẶT NGHIÊNG

Chu Thị Quỳnh Hương^{1,2}, Nguyễn Thế Nghĩa¹, Phạm Minh Trí¹, Trương Đình Khởi¹

¹Đại học Quốc gia Hà Nội

²Bệnh viện RHM TW Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Chu Thị Quỳnh Hương

Email: quynhhuong1234@gmail.com

Mã bài: N623

Ngày nhận bài: 6/4/2026

Ngày phản biện khoa học: 6/4/2026

Ngày duyệt bài: 11/5/2026

TÓM TẮT

Mục tiêu: Xác định đặc điểm trục răng cửa và mô mềm quanh miệng ở trẻ 8-10 tuổi hạng III do thiếu sản xương hàm trên.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên phim sọ mặt nghiêng của 87 trẻ (39 nam, 48 nữ) tại Hà Nội. Các chỉ số được đo trên phần mềm chuyên dụng bao gồm trục răng cửa hai hàm, góc liên răng cửa, các chỉ số mô mềm (góc mũi-môi, độ nhô môi theo E-line và S-line).

Kết quả: Các chỉ số trực răng cửa hai hàm và mô mềm không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa hai giới ($p>0,05$). So với giá trị bình thường, răng cửa hàm trên và hàm dưới có xu hướng bù trừ với độ nhô tăng, độ nghiêng thay đổi và góc liên răng cửa tăng. Mô mềm quanh miệng, đặc biệt môi dưới, nhô rõ so với chuẩn bình thường. Phân tích tương quan cho thấy mối liên hệ có ý nghĩa giữa trực răng cửa và mô mềm ($p<0,05$) trong đó răng cửa hàm trên ảnh hưởng chủ yếu đến môi trên và răng cửa hàm dưới ảnh hưởng rõ đến môi dưới.

Kết luận: Ở trẻ hạng III do thiếu sản xương hàm trên tồn tại sự thích nghi phối hợp giữa răng và mô mềm, phản ánh mất cân đối cấu trúc xương sọ hàm mặt. Các đặc điểm này không khác biệt theo giới ở lứa tuổi 8-10, việc đánh giá sớm trực răng cửa và mô mềm có ý nghĩa quan trọng trong chẩn đoán và định hướng điều trị chỉnh nha.

Từ khóa: Sai khớp cắn hạng III xương, thiếu sản xương hàm trên, trực răng cửa.

SUMMARY

SOFT TISSUE AND INCISOR INCLINATION IN 8-10-YEAR-OLD CHILDREN WITH SKELETAL CLASS III DUE TO MAXILLARY DEFICIENCY: A CROSS-SECTIONAL STUDY ON LATERAL CEPHALOMETRICS

Objective: To evaluate incisor inclination and perioral soft tissue characteristics in 8-10-year-old children with skeletal Class III due to maxillary deficiency.

Subject and methods: A cross-sectional descriptive study was conducted on lateral cephalometric radiographs of 87 children (39 males, 48 females) in Hanoi. Measurements were performed using specialized software, including maxillary and mandibular incisor inclination, interincisal angle and soft tissue parameters (nasolabial angle, lip prominence relative to the E-line and S-line).

Results: No statistically significant differences were found between males and females in incisor inclination or soft tissue parameters ($p>0,05$). Compared with normative values, both maxillary and mandibular incisors showed compensatory changes with increased protrusion, altered inclination and increased interincisal angle. Perioral soft tissues, particularly the lower lip, exhibited marked protrusion relative to normal standards. Correlation analysis revealed significant associations between incisor inclination and soft tissue parameters ($p<0,05$) with maxillary incisors primarily influencing the upper lip and mandibular incisors strongly affecting the lower lip.

Conclusions: In children with skeletal Class III due to maxillary deficiency, coordinated dentoalveolar and soft tissue adaptations are present, reflecting underlying skeletal imbalance. These characteristics do not differ significantly between sexes at 8-10 years of age. Early assessment of incisor inclination and soft tissue profile is essential for accurate diagnosis and appropriate orthodontic treatment planning.

Keywords: Skeletal class III malocclusion, maxillary deficiency, incisor inclination.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Sai khớp cắn hạng III do thiếu sản xương hàm trên là một trong những bất thường sọ mặt phức tạp, không chỉ ảnh hưởng đến thẩm mỹ khuôn mặt mà còn liên quan chặt chẽ đến chức năng nhai, phát âm và sự phát triển tâm lý của trẻ. Đặc điểm của hạng III không đơn thuần là sự sai lệch vị trí giữa hai hàm mà là kết quả của sự mất cân đối trong quá trình tăng trưởng của toàn bộ phức hợp sọ-hàm-mặt bao gồm nền sọ, xương hàm trên và xương hàm dưới¹⁻⁴. Do đó việc nghiên cứu cấu trúc sọ mặt ở giai đoạn sớm có ý nghĩa quan trọng trong việc hiểu rõ cơ chế hình thành và tiến triển của sai lệch này. Các nghiên cứu trước đây đã chỉ ra rằng sự phát triển sọ mặt diễn ra liên tục và có sự khác biệt theo từng giai đoạn tuổi⁵⁻⁶. Nền sọ đóng vai trò như một khung định hướng cho sự phát triển của các cấu trúc xung quanh, trong khi xương hàm trên và hàm dưới chịu ảnh hưởng của cả yếu tố di truyền và môi trường chức năng^{3,7}. Đồng thời, nhiều nghiên cứu dọc cho thấy các đặc điểm hình thái và tương quan hàm có thể thay đổi đáng kể theo thời gian, đặc biệt trong giai đoạn tăng trưởng mạnh mẽ là ngay trước và trong thời kỳ dậy thì^{4,5}. Ở hạng III sự phối hợp giữa thiếu sản hàm trên và xu hướng phát triển ra trước của hàm dưới có thể xuất hiện từ sớm và trở nên rõ rệt hơn theo tuổi nếu không được can thiệp kịp thời^{8,10}. Việc lựa chọn lứa tuổi 8-10 có ý nghĩa đặc biệt quan trọng, đây là giai đoạn tiền dậy thì khi các cấu trúc sọ mặt vẫn đang phát triển và còn khả năng đáp ứng tốt với các biện pháp can thiệp chỉnh hình răng mặt. So với các nhóm tuổi lớn hơn, sự tăng trưởng của xương hàm dưới ở giai đoạn này chưa đạt đỉnh trong khi xương hàm trên vẫn có khả năng được kích thích phát triển theo chiều trước^{6,8}. Điều này tạo ra cửa sổ điều trị thuận lợi để can thiệp sớm, giúp điều chỉnh hướng tăng trưởng và hạn chế tiến triển nặng của sai khớp cắn. Ngược lại, nếu phát hiện muộn khi tăng trưởng hàm dưới đã diễn ra mạnh mẽ, việc điều trị sẽ trở nên khó khăn hơn và có thể cần đến can thiệp phẫu thuật khi trưởng thành. Tại Việt Nam, các nghiên cứu về tăng trưởng sọ mặt chủ yếu tập trung vào nhóm trẻ lớn hơn hoặc quần thể bình thường trong khi dữ liệu về trẻ 8-10 tuổi hạng III do thiếu sản xương hàm trên còn hạn chế^{2,6}. Sự thiếu hụt này gây khó khăn trong việc xây dựng tiêu chuẩn tham chiếu và đánh giá đặc điểm tăng trưởng sớm ở trẻ em Việt Nam, việc nghiên cứu ở nhóm tuổi này không chỉ có giá trị bổ sung dữ liệu khoa học mà còn góp phần nâng cao hiệu quả chẩn đoán và điều trị lâm sàng, hướng tới cá thể hóa điều trị trong chỉnh nha hiện đại. Vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với mục tiêu “Xác định một số đặc điểm, mối tương quan

giữa mô mềm và trục răng cửa hai hàm ở trẻ 8-10 tuổi với hạng III xương do thiếu sản xương hàm trên trên phim sọ mặt nghiêng”.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1 Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu mô tả cắt ngang.

2.2 Thời gian và địa điểm nghiên cứu

Thời gian nghiên cứu: Từ tháng 2/2023 đến tháng 2/2026.

Địa điểm: Chụp phim sọ mặt nghiêng (Lateral cephalometric) tại Trung tâm X-quang Y tế Đồng Đa, Hà Nội-số 122 Đường Láng. Đo đạc và xử lý số liệu tại Khoa Răng Hàm Mặt, Trường ĐH Y Dược-ĐHQGHN.

2.3. Đối tượng nghiên cứu

Tiêu chuẩn lựa chọn: Thực hiện trên phim sọ mặt nghiêng của trẻ từ 8-10 tuổi (± 3 tháng) với yêu cầu phim thấy rõ đầy đủ các chi tiết giải phẫu nghiên cứu và được chẩn đoán hạng III xương do thiếu sản xương hàm trên (góc ANB < 0 độ và góc SNA < 80 độ)¹⁻³.

Tiêu chuẩn loại trừ: Phim không thấy rõ các chi tiết giải phẫu hoặc đối tượng đã từng chỉnh hình răng mặt hoặc có bệnh lý, chấn thương lớn vùng hàm mặt.

2.4 Cỡ mẫu và kỹ thuật chọn mẫu

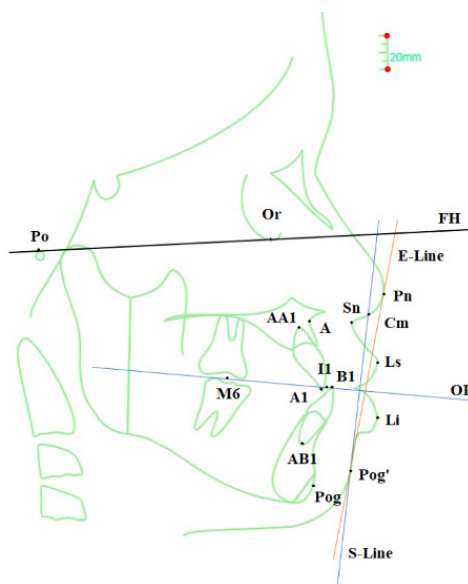
Nghiên cứu đánh giá bước đầu, chọn mẫu toàn bộ có chủ đích trên 87 đối tượng nghiên cứu bao gồm 39 nam và 48 nữ.

2.5 Biến số/chỉ số/ nội dung/chủ đề nghiên cứu

- Các điểm mốc được sử dụng bao gồm: Điểm cao nhất lỗ ống tai ngoài (Po); điểm bờ dưới ổ mắt (Or); điểm A (điểm sau nhất xương ổ răng hàm trên); Pog (trước nhất xương vùng cằm); A1 (ria cắn răng cửa giữa hàm trên); B1 (ria cắn răng cửa giữa hàm dưới); M6 (điểm tiếp xúc răng 6 hai hàm), I1 (điểm tiếp xúc răng cửa giữa hai hàm); AA1 (chóp chân răng cửa giữa hàm trên); AB1 (chóp chân răng cửa giữa hàm dưới); Pn (điểm trước nhất đỉnh mũi); Cm (điểm trụ mũi, điểm chân mũi); Sn (điểm dưới mũi); Ls (điểm trước nhất viền môi trên); Li (chóp chân răng cửa giữa hàm trên); Pog' (điểm trước nhất mô mềm vùng cằm); mặt phẳng Frankfort-FH (Po-Or); E-line (đường nối Pn và Pog'); S-line (đường nối Cm và Pog'); OP (mặt phẳng cắn đi qua M6 và I1); trục răng cửa hàm trên (đi qua A1 và AA1); trục răng cửa hàm dưới (đi qua B1 và AB1).

- Các kích thước được chuẩn hoá và đo đạc

trên phần mềm chuyên dụng (VNCEPH), bao gồm: Độ nhô răng cửa hàm trên ($A1 \perp A$ -Pog) (mm); độ nghiêng răng cửa hàm trên ($A1/A$ -Pog) (°); góc liên răng cửa ($A1/B1$) (°); độ nhô răng cửa hàm dưới ($B1 \perp A$ -Pog) (mm); độ nghiêng răng cửa hàm dưới ($B1/A$ -Pog) (°); độ trôi răng cửa hàm dưới ($B1-OP$: Khoảng cách B1 đến OP) (mm); góc trục răng cửa hàm dưới (FMIA) (°); góc mũi môi (Pn-Sn-Ls) (°); độ nhô môi trên (Ls-E) (mm) và (Ls-S) (mm); độ nhô môi dưới (Li-E) (mm) và (Li-S) (mm).



Hình 2.1: Các điểm mốc đo đạc trên phim sọ mặt nghiêng

2.6. Xử lý số liệu

Số liệu được kiểm định phân phối và phương sai bằng Q-Q plot, Shapiro-Wilk và Levene's test, cho thấy tất cả các chỉ số đều phân phối chuẩn hoặc gần chuẩn, phương sai đồng đều, được sử dụng các thuật toán phù hợp sau khi tính giá trị trung bình (Mean) và độ lệch chuẩn (SD).

2.7. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu tuân thủ nghiêm ngặt quy định về đạo đức nghiên cứu y sinh, chỉ đo đạc trên phim, không thu thập thông tin cá nhân hoá, phim được chỉ định chẩn đoán với ngưỡng an toàn, thông tin của đối tượng chỉ dùng vào mục đích nghiên cứu. Nhóm nghiên cứu cam kết không có bất cứ xung đột về lợi ích.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Với độ tuổi trung bình là $9,12 \pm 1,14$ thực hiện trên 87 đối tượng bao gồm 39 nam và 48 nữ; góc ANB: $-1,59 \pm 1,02^\circ$ và góc SNA: $75,71 \pm 3,11^\circ$; kết quả như sau:

Bảng 3.1: Đặc điểm trục răng cửa hàm trên và góc liên răng cửa hai hàm (n=87)

Chỉ số	Nam (n=39)	Nữ (n=48)	Chung (n=87)	Bình thường ^{1,2}	p
Độ nhô (A1⊥A-Pog) (mm)	4,25±1,34	4,02±1,28	4,12 ± 1,31	1,00±2,50	0,3986
Độ nghiêng (A1/A-Pog) (°)	13,89±2,27	13,36±2,08	13,60 ± 2,17	25,00±3,00	0,2679
Góc liên răng cửa (A1/B1) (°)	139,83±8,62	137,03±7,71	138,32 ± 8,12	126,00±10,00	0,1314

(p: Kiểm định Student's t-test)

Nhận xét: Độ nhô và độ nghiêng trục răng cửa hàm trên, góc liên răng cửa thì sự khác biệt giữa hai giới nam và nữ không có ý nghĩa thống kê với p>0,05.

Bảng 3.2: Đặc điểm trục răng cửa hàm dưới (n=87)

Chỉ số	Nam (n=39)	Nữ (n=48)	Chung (n=87)	Bình thường ^{1,2}	p
Độ nhô (B1⊥A-Pog) (mm)	10,91±2,89	10,45±2,68	10,66 ± 2,77	1,00±2,50	0,4606
Độ nghiêng (B1/A-Pog) (°)	26,13±3,42	25,78±3,54	25,95 ± 3,48	22,00±3,00	0,6260
Độ trôi (B1-OP) (mm)	3,25±1,15	3,03±1,26	3,13 ± 1,21	1,20±1,00	0,3842
Góc răng cửa hàm dưới (FMIA) (°)	58,47±3,94	57,69±3,73	58,04 ± 3,84	65,00±5,00	0,3294

(p: Kiểm định Student's t-test)

Nhận xét: Độ nhô và độ nghiêng, độ trôi răng cửa hàm dưới và góc răng cửa hàm dưới thì sự khác biệt giữa hai giới nam và nữ không có ý nghĩa thống kê với p>0,05.

Bảng 3.3: Đặc điểm hai môi và góc mũi môi (n=87)

Chỉ số	Nam (n=39)	Nữ (n=48)	Chung (n=87)	Bình thường ^{1,2}	p
Góc mũi môi (Pn-Sn-Ls) (°)	131,07±8,21	128,16±7,92	129,48 ± 8,06	100,00±3,00	0,1038
Theo E-line (Ricketts)					
Độ nhô môi trên (Ls-E) (mm)	2,71±1,09	2,84±1,22	2,78 ± 1,16	-2,00±2,00	0,6119
Độ nhô môi dưới (Li-E) (mm)	9,02±2,27	9,48±2,41	9,27 ± 2,35	-1,00±2,00	0,3729
Theo S-Line (Steiner)					
Độ nhô môi trên (Ls-S) (mm)	5,75±1,58	5,86±1,64	5,81 ± 1,61	0,00±2,00	0,7336
Độ nhô môi dưới (Li-S) (mm)	13,17±1,96	12,73±2,05	12,93 ± 2,01	0,00±2,00	0,3367

(p: Kiểm định Student's t-test)

Nhận xét: Tất cả các chỉ số đều lớn hơn so với bình thường, sự khác biệt giữa hai giới nam và nữ không có ý nghĩa thống kê với p>0,05.

Bảng 3.4: Tương quan trực răng cửa hai hàm và mô mềm (n=87)

Chỉ số	Pn-Sn-Ls		Ls-E		Li-E		Ls-S		Li-S	
	r	p	r	p	r	p	r	p	r	p
A1⊥A-Pog	0,5612	0,0934	0,6879	0,0389	0,1745	0,1324	0,7218	0,0243	0,2091	0,0589
A1/A-Pog	0,6089	0,0408	0,6578	0,0287	0,2034	0,1893	0,7311	0,0270	0,2002	0,2091
A1/B1	0,4509	0,3031	0,5033	0,0456	0,5877	0,0366	0,6102	0,0278	0,6374	0,0305
B1⊥A-Pog	0,4789	0,0874	0,3562	0,1897	0,6864	0,0271	0,3783	0,2035	0,7658	0,0149
B1/A-Pog	0,1987	0,3022	0,2304	0,2096	0,7480	0,0197	0,2502	0,1768	0,7589	0,0145
B1-OP	0,5012	0,2413	0,1203	0,1506	0,4381	0,4578	0,1390	0,1405	0,2408	0,0964
FMIA	0,1063	0,2019	0,1411	0,0275	0,6703	0,0305	0,2895	0,0856	0,7701	0,0242

(p: Kiểm định t-test)

Nhận xét: Tương quan răng cửa hàm trên ảnh hưởng đến mô mềm vùng quanh răng cửa hàm trên và tương tự, tương quan răng cửa hàm dưới ảnh hưởng đến mô mềm vùng quanh răng cửa hàm dưới với $p < 0,05$.

IV. BÀN LUẬN

Các chỉ số trực răng cửa hàm trên và góc liên răng cửa không cho thấy sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa hai giới, phản ánh rằng ở giai đoạn 8-10 tuổi thì yếu tố giới tính chưa ảnh hưởng rõ rệt đến đặc điểm răng cửa. Kết quả này phù hợp với các nghiên cứu về tăng trưởng sọ mặt cho thấy trước dậy thì khi sự khác biệt giới còn hạn chế do ảnh hưởng nội tiết chưa rõ ràng^{4,7}. Tuy nhiên, khi so sánh với giá trị bình thường có thể nhận thấy độ nhô răng cửa hàm trên tăng trong khi độ nghiêng giảm rõ rệt so với chuẩn bình thường theo nghiên cứu của Ricketts^{1,2}. Đồng thời, góc liên răng cửa tăng so với giá trị bình thường, xu hướng răng cửa hai hàm dựng đứng hoặc ngả trong nhiều hơn có thể do cơ chế bù trừ răng trong hạng III, khi răng cửa hàm trên có xu hướng ngả vào trong nhằm thích nghi với tương quan hàm dưới nhô ra trước⁸⁻¹⁰. So sánh với các nghiên cứu khác, các tác giả đều ghi nhận rằng ở trẻ hạng III sự thay đổi trực răng cửa không chỉ mang tính hình thái mà còn là đáp ứng thích nghi với tăng trưởng xương nền sọ và xương ổ răng hai hàm⁹⁻¹⁰, mối liên hệ giữa nền sọ và vị trí xương hàm trên cũng có thể ảnh hưởng gián tiếp đến hướng mọc và trực răng cửa, đặc biệt là răng cửa hàm trên¹⁰, mặc dù không có khác biệt theo giới nhưng các biến đổi về trực răng cửa trong nghiên cứu phản ánh rõ cơ chế thích nghi chức năng và hình thái của hệ thống sọ hàm răng trong sai khớp cắn hạng III.

Các chỉ số trực răng cửa hàm dưới không cho thấy sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa hai giới cho thấy ở lứa tuổi 8-10 đặc điểm răng cửa dưới tương đối ổn định giữa hai giới tính. Kết quả này phù hợp với các nghiên cứu tăng trưởng sọ mặt trong đó sự khác biệt giới tính thường chưa rõ rệt trước giai đoạn dậy thì^{4,10}. Tuy nhiên khi so sánh với

giá trị bình thường có thể nhận thấy độ nhô và độ nghiêng răng cửa hàm dưới đều tăng trong khi góc FMIA giảm, phản ánh xu hướng răng cửa dưới ngả ra trước nhiều hơn. Đồng thời, độ trôi răng cửa tăng so với giá trị bình thường^{1,2} cho thấy sự thích nghi theo chiều dọc. Những biến đổi này thể hiện rõ cơ chế bù trừ răng trong hạng III khi răng cửa dưới ngả ra trước để duy trì tiếp xúc khớp cắn trong bối cảnh hàm trên thiếu sản và hàm dưới có xu hướng phát triển ra trước⁸⁻¹⁰. Các chỉ số mô mềm (góc mũi-môi, độ nhô môi trên và môi dưới theo E-line và S-line) không cho thấy sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa hai giới. Tất cả các chỉ số đều cao hơn giá trị bình thường, đặc biệt Li-E và Li-S tăng rất mạnh so với giá trị bình thường^{1,2} cho thấy môi dưới nhô ra trước rõ rệt hơn nhiều so với môi trên. Điều này gợi ý rằng ở trẻ hạng III do thiếu sản xương hàm trên, mất cân đối mô mềm không đơn thuần do môi dày hay thói quen chức năng mà phản ánh trực tiếp sự mất hài hòa theo chiều trước-sau của nền xương, trong đó phần dưới mặt chiếm ưu thế tương đối⁸⁻¹⁰. Trong khi đó, góc mũi-môi tăng lên và lớn hơn nhiều so với bình thường^{1,2} lại cho thấy một khía cạnh khác là môi trên không chỉ nhô ra trước ít hơn và còn có xu hướng thiếu nâng đỡ do xương hàm trên kém phát triển. Nói cách khác nét nhìn nghiêng (profile) mô mềm ở đây là kết quả của hai lực đồng thời: Sự lùi tương đối của môi trên và sự nhô rõ của môi dưới. Cơ chế này phù hợp với nhận định rằng tăng trưởng sọ mặt ở hạng III là hậu quả của sự phối hợp giữa thiếu sản hàm trên và tăng trưởng ưu thế phía trước của phức hợp hàm dưới^{3,8,10}.

Mô hình liên kết có chọn lọc giữa răng và mô mềm phản ánh cơ chế thích nghi chức năng và hình thái của hệ thống sọ hàm răng. Cụ thể các chỉ số răng cửa hàm trên có tương quan mức độ trung

bình-mạnh với môi trên và góc mũi-môi cho thấy vị trí và độ nghiêng răng cửa trên ảnh hưởng trực tiếp đến hình thái môi trên. Điều này phù hợp với nhận định rằng môi trên phụ thuộc nhiều vào sự nâng đỡ của răng cửa và xương ổ răng, đặc biệt trong bối cảnh hàm trên thiếu sản^{3,9}. Các chỉ số răng cửa hàm dưới có tương quan mạnh hơn với môi dưới trong đó một số hệ số tương quan (r) đạt >0,7 phản ánh mối liên hệ chặt chẽ giữa trục răng cửa dưới và vị trí môi dưới. Điều này cho thấy môi dưới nhạy cảm hơn với thay đổi răng cửa so với môi trên đồng thời củng cố vai trò của hàm dưới trong biểu hiện hình thái hạng III⁸⁻¹⁰. Đáng chú ý không phải tất cả các chỉ số đều có tương quan cho thấy mối liên hệ răng-mô mềm không mang tính toàn diện mà phụ thuộc vào từng cấu trúc cụ thể. Điều này nhấn mạnh rằng mô mềm không chỉ phản ánh thụ động mà còn có tính chọn lọc trong đáp ứng với biến đổi xương và răng.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu cho thấy ở trẻ 8-10 tuổi hạng III do thiếu sản xương hàm trên tồn tại sự mất cân đối rõ rệt giữa hai hàm với hàm trên kém phát triển trong khi hàm dưới có xu hướng phát triển ra trước. Các răng cửa hai hàm có biểu hiện bù trừ với xu hướng dựng trục hoặc ngả trong theo hướng thích nghi nhằm duy trì khớp cắn. Mô mềm quanh miệng đặc biệt môi dưới biểu hiện nhô rõ và phản ánh trực tiếp sự mất cân đối xương nền. Đồng thời tồn tại mối tương quan có ý nghĩa giữa trục răng cửa và mô mềm, phản ánh sự phối hợp chặt chẽ giữa các thành phần trong phức hợp sọ-hàm-răng. Các đặc điểm này không khác biệt đáng kể giữa hai giới ở giai đoạn tiền dậy thì, mạnh ý nghĩa của chẩn đoán sớm và can thiệp kịp thời nhằm điều chỉnh hướng tăng

trường, cải thiện thẩm mỹ và chức năng cho bệnh nhân hạng III.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Robert Murray Ricketts**. The value of cephalometrics and computerized technology. *Angle Orthod.* 1972; 42(3):179-199.
2. **Lê Võ Yến Nhi, Hoàng Từ Hùng**. Sự tăng trưởng sọ mặt ở trẻ em Việt Nam từ 10-14 tuổi theo phân tích Ricketts. *Y Học TP Hồ Chí Minh*. 2011; 15(2):21-30.
3. **Đổng Khắc Thắm, Hoàng Từ Hùng**. Tương quan giữa chiều dài nền sọ trước với xương hàm trên, xương hàm dưới và chiều cao tăng mặt: nghiên cứu dọc trên phim đo sọ ở trẻ từ 3-13 tuổi. *Y Học TP Hồ Chí Minh*. 2009; 13(1):10-15.
4. **Eun-ju Bae**. Changes in longitudinal craniofacial growth in subjects with normal occlusions using the Ricketts analysis. *Korean J Orthod.* 2013:71-79.
5. **Hideyuki Kato, Satoshi Fujii**. Application of the Ricketts analysis to children in the primary dentition: second report: a study of annual growth. *Jpn J Pediatr Dent.* 1988; 26:755-768.
6. **Lê Nguyên Lâm, Nguyễn Bắc Hùng**. Sự tăng trưởng của xương hàm dưới ở trẻ từ 12-15 tuổi theo phân tích Ricketts. *Tạp Chí Y Học Thực Hành*. 2014; 6(923):67-71.
7. **Tae Soo Park**. A longitudinal cephalometric study of craniofacial growth of Korean children. *Korean J Orthod.* 1984;14(2):217-231.
8. **Per A. Nanda**. Growth changes in the craniofacial complex of children with Class III malocclusion. *Am J Orthod Dentofacial Orthop.* 1998;113(5):518-525.
9. **Hua Wang et al**. Craniofacial characteristics in children with skeletal Class III malocclusion: a cephalometric study. *Angle Orthod.* 2017;87(3):415-421.
10. **Jae Hyun Park, et al**. Early craniofacial growth patterns in Class III malocclusion: a longitudinal study in growing patients. *Am J Orthod Dentofacial Orthop.* 2018;153(1):92-102.

NGHIÊN CỨU ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG VÀ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ PHẪU THUẬT NỘI SOI Ở BỆNH NHÂN VIÊM TÚI MẬT CẤP DO SỎI

Nguyễn Tuấn Cảnh¹, Thái Ngọc Dũng²

¹Trường Đại học Ngoại ngữ - Tin học TP Hồ Chí Minh

²Bệnh viện Đa khoa Trảng Bóm

Tác giả chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Tuấn Cảnh

Email: canhnt@hufit.edu.vn

Mã bài: N691

Ngày nhận bài: 22/4/2026

Ngày phản biện khoa học: 22/4/2026

Ngày duyệt bài: 25/5/2026

TÓM TẮT

Mục tiêu: (1) Khảo sát đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng ở bệnh nhân viêm túi mật cấp do sỏi điều trị bằng phẫu thuật nội soi tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Hậu Giang năm 2023. (2) Đánh giá kết quả phẫu thuật nội soi cắt túi mật điều trị viêm túi mật do sỏi tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Hậu Giang năm 2023.

Phương pháp: Thiết kế nghiên cứu hồi cứu mô tả, trên