Spo2 cho từng bệnh nhân để đánh giá rối loạn nuốt và trình độ của điều dưỡng viên hiện nay còn khá là hạn chế trong việc nghe và đánh giá tim, phổi của người bệnh cho nên các bước này chỉ có số ít điều dưỡng viên thực hiện.

Việc đưa ra quyết định người bệnh có bị rối loạn nuốt hay không và phương pháp dinh dưỡng cho người bệnh là rất quan trọng để tránh những biến chứng nguy hiểm xảy ra. Kết quả nghiên cứu cho thấy toàn bộ điều dưỡng viên tham gia nghiên cứu xác định được test nuốt thất bại hoặc test nuốt thành công và điều dưỡng viên đưa ra được phương pháp cho ăn phù hợp với mức độ rối loạn nuốt theo quy định.

Việc đánh giá, phát hiện sớm các biểu hiện lâm sàng rối loạn nuốt ở người bệnh đột quỵ não không những giúp hạn chế nguy cơ viêm phổi hít mà còn giúp giảm nguy cơ suy dinh dưỡng, giảm thời gian nằm viện và tỉ lệ tử vong. Vì vậy điều dưỡng viên cần phải nắm rõ kiến thức, thực hiện đầy đủ các quy trình để phát hiện sớm rối loạn nuốt của người bệnh từ đó đưa ra được kế hoạch chăm sóc phù hợp đảm bảo dinh dưỡng, an toàn và tránh được các biến chứng nguy hiểm có thể xảy ra.

V. KẾT LUẬN

Tình trạng rối loạn nuốt xảy ra ở hầu hết người bệnh đột quỵ não vì vậy việc sử dụng thang điểm Guss của ĐDV trong chăm sóc rối loạn nuốt ở người bệnh đột quỵ não rất quan trọng**.** Kết quả nghiên cứu cho thấy tỉ lệ ĐDV xác định được kết quả test nuốt chiếm tỉ lệ cao (100%). Tuy nhiên khi sử dụng thang điểm Guss có một số bước ĐDV thực hiện thấp như: đánh giá giọng người bệnh lần lượt là 24,7%, 28,4%, 25,9%; đánh giá Sp02 2,5%, ĐDV nghe phổi hoặc phối hợp với bác sĩ đánh giá tiếng phổi của người bệnh cao nhất là 6,2%. Việc đánh giá, phát hiện sớm các biểu hiện lâm sàng rối loạn nuốt ở người bệnh đột quỵ não không những giúp hạn chế nguy cơ viêm phổi hít mà còn giúp giảm nguy cơ suy dinh dưỡng, giảm thời gian nằm viện và tỉ lệ tử vong. Vì vậy điều dưỡng viên cần phải nắm rõ kiến thức, thực hiện đầy đủ các quy trình để phát hiện sớm rối loạn nuốt của người bệnh từ đó đưa ra được kế hoạch chăm sóc phù hợp đảm bảo dinh dưỡng, an toàn và tránh được các biến chứng nguy hiểm có thể xảy ra.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Tăng Thị Hảo, Tăng Thị Hải, Đỗ Minh Sinh (2019).** Một số yếu tố liên quan đến stress nghề nghiệp ở ĐDV tại Bệnh viện Nhi Thái Bình. Khoa học Điều dưỡng, 03(05), 46–54.
2. **Ngô Huy Hoàng (2018).** Thay đổi nhận thức của ĐDV lâm sàng về chăm sóc tư thế và vận động sớm cho người bệnh đột quỵ tại bệnh viện Đa khoa tỉnh Nam Định. Tạp chí khoa học điều dưỡng, 01(01), 20-27.
3. **Trần Đại Hoàng, Phạm Quang Hòa (2017).** Thực trạng và một số yếu tố ảnh hưởng đến nhân lực điều dưỡng tại 6 bệnh viện tỉnh Thái Bình năm. Khoa học Điều Dưỡng, 01(02), 78-83.
4. **Nguyễn Thị Khuyến (2018).** Thực trạng kiến thức về rối loạn nuốt của điều dưỡng tại 2 bệnh viện Đa khoa trung tâm tỉnh Vĩnh Phúc năm 2018. Trường Đại học Điều dưỡng Nam Định.
5. **Vũ Thị Minh Phượng, Trần Thị Thanh Mai, Mai Thị Yến (2017).** Nhu cầu tìm kiếm thông tin về đột quỵ não của người nhà bệnh nhân tại khoa thần kinh bệnh viện đa khoa tỉnh Nam Định năm 2017. Tạp chí khoa học Điều dưỡng, 03(02), 114-119.
6. **Nguyễn Đức Trung, Nguyễn Văn Liệu (2016).** Nghiên cứu rối loạn nuốt ở bệnh nhân nhồi máu não bằng thang điểm của Mann và đánh giá các yếu tố liên quan. Tạp chí Y Dược học quân sự, 64-68.

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, XQUANG TRÊN PHIM CEPHALOMETRICS BỆNH NHÂN SAI KHỚP CẮN LOẠI II ĐIỀU TRỊ VỚI KHÍ CỤ CHỨC NĂNG TWICARE

Võ Thị Thuý Hồng*

TÓM TẮT

Mục tiêu: xác định các đặc điểm lâm sàng và các số đo đặc trưng trên phim sọ nghiêng Cephalometrics ở các bệnh nhân sai khớp cắn loại II đang tăng trưởng điều trị với khí cụ chức năng Twicare. **Phương pháp nghiên cứu:** nghiên cứu mô tả cắt ngang. **Kết quả**: đặc điểm lâm sàng góc mũi môi nhọn 41,2%, khớp cắn sâu 70,59%, khớp cắn răng hàm loại II 2 bên 82,4%. Độ cắn chìa, cắn trùm tăng (7,32±2,14 và 4,32±1,89). Xương hàm trên bình thường với góc SNA là 83,06±2,84 và xương hàm dưới lùi với góc SNB là 76,29±2,64. **Kết luận:** Đặc điểm lâm sàng và XQuang cho thấy các bệnh nhân sai khớp cắn loại II điều trị với khí cụ chức năng Twicare có độ cắn chìa và cắn

**Bệnh viện Răng Hàm Mặt Trung Ương Hà Nội,*
Chịu trách nhiệm chính: Võ Thị Thuý Hồng
Email: vothuyhong71@yahoo.com

Ngày nhận bài: 13.9.2021
Ngày phản biện khoa học: 15.11.2021
Ngày duyệt bài: 22.11.2021

trùm tăng, lùi xương hàm dưới và hàm trên bình thường.

Từ khoá: Lùi xương hàm dưới, sai khớp cắn loại II, khí cụ chức năng Twicare, đang tăng trưởng.

SUMMARY

CLINICAL AND CEPHALOMETRIC X RAY CHARACTERISTICS OF CLASS II PATIENTS TREATING WITH TWICARE FUNCTIONAL APPLIANCE

Objective: to analyze clinical features and Cephalometrics analysis of class II malocclusion in growing patients treated by Twicare appliance. **Method:** a cross-sectional descriptive study. **Results:** nasolabial angle lower than normal analysis 41.2%; deepbite 70.59%; both sides class II dental 82,4%; large overjet and overbite (7.32±2.14 và 4.32±1.89); normal maxillary (SNA = 83.06±2.84°) and mandibular retrognathia (SNB = 76.29±2.64°). **Conclusion:** Clinical and radiographic characteristics showed that patients with class II malocclusion treated by Twicare functional appliance have large overjet and overbite, and normal maxillary and mandibular retrusion. ***Key words:*** Mandibular retrusion, class II malocclusion, Twicare functional appliance, growing patient.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Sai khớp cắn ở trẻ em chiếm tỉ lệ cao trong số các bệnh nhân đến khám tại các cơ sở khám chữa bệnh chuyên ngành Nắn chỉnh răng. Nguyên nhân sai khớp cắn ở trẻ em rất đa dạng và thói quen xấu là một trong các nguyên nhân. Thói quen xấu gây ra sai lệch khớp cắn do có sự mất cân bằng giữa hệ thống cơ ở vùng miệng và hàm mặt. Sai khớp cắn loại II thường gặp khi trẻ có các thói quen xấu như mút môi dưới, bú bình, thở miệng, đẩy lưỡi… với đặc trưng như xương hàm trên hẹp và xương hàm dưới kém phát triển. Trong sai khớp cắn loại II nhiều nghiên cứu đã chỉ ra rằng phần lớn các trường hợp do xương hàm dưới kém phát triển[1,2].

Việc điều trị ở lứa tuổi răng hỗn hợp mang lại hiệu quả cao do đây là thời kỳ trẻ còn đang tăng trưởng, xương hàm còn đang phát triển, các cơ và mô mềm cũng đang trong thời kỳ tăng trưởng do đó dễ dàng chỉnh sửa các sai lệch do quá trình phát triển gây nên[3]. Khi phát hiện có các sai lệch ở bộ răng hỗn hợp cần hỏi bệnh và thăm khám kỹ để phát hiện ra các nguyên nhân và loại bỏ chúng thì kết quả điều trị mới ổn định và tránh được tái phát. Để dễ dàng chẩn đoán và chỉ định khí cụ điều trị các đặc điểm lâm sàng và XQuang trên phim Cephalometrics của các loại hình sai khớp cắn cần được phát hiện và ghi nhận. Do đó chúng tôi đã tiến hành nghiên cứu: "Đặc điểm lâm sàng, XQuang trên phim Cephalometrics bệnh nhân sai khớp cắn loại II điều trị với khí cụ chức năng Twicare", nhằm xác định các đặc điểm lâm sàng và các số đo đặc trưng trên phim sọ nghiêng Cephalometrics ở các bệnh nhân trên.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Thời gian & địa điểm nghiên cứu: từ tháng 7 năm 2016 đến tháng 6 năm 2018 tại Khoa nắn chỉnh răng, Bệnh viện răng hàm mặt trung ương Hà Nội.

Đối tượng nghiên cứu: Là các bệnh nhân sai khớp cắn loại II còn trong độ tuổi tăng trưởng, được chỉ định điều trị với khí cụ chức năng Twicare.

Tiêu chuẩn chọn lựa: Bệnh nhân 7-15 tuổi đến khám nắn chỉnh răng được chẩn đoán sai khớp cắn loại II xương do nguyên nhân lùi hàm dưới được điều trị với khí cụ chức năng Twicare. Khám lâm sàng: Kiểu mặt lồi, hàm dưới lùi, khi đưa hàm dưới ra trước mặt nghiêng thay đổi, giảm mức độ lồi của mặt và trở nên đẹp hơn sát gần với tiêu chuẩn mặt thẳng. Đo trên phim Cephalometric: xương loại II với góc ANB > 4 độ và chỉ số Wits > 2,1mm. Loại trừ bệnh nhân có dị tật bẩm sinh vùng hàm mặt: khe hở môi – vòm miệng, khe hở ngang mặt... hoặc có tiền sử chấn thương vùng hàm mặt có ảnh hưởng đến khớp cắn; có phản ứng dị ứng với các thành phần của hàm twicare; không hợp tác.

Phương pháp nghiên cứu: nghiên cứu mô tả cắt ngang.

Cỡ mẫu: chọn cỡ mẫu nhỏ nhất có ý nghĩa trong nghiên cứu mô tả trên lâm sàng, thực tế nghiên cứu trên 34 bệnh nhân.

Phương tiện nghiên cứu: bệnh án nghiên cứu, phim sọ nghiêng Cephalometrics, phần mềm vẽ phim V-Ceph. Các chỉ số đo đạc trên phim trong nghiên cứu được so sánh với giá trị bình thường của người Châu âu, Châu á.

Biến số nghiên cứu: Biến số khám lâm sàng như tuổi, giới, thói quen xấu, góc mũi môi, khớp cắn theo phân loại Angle, độ cắn chìa, độ cắn trùm. Các chỉ số đo trên phim sọ nghiêng Cephalometrics: SNA, SNB, ANB, Wits, U1-SN, U1-ANSPNS, 1L-Md, 1U-1L, góc mũi môi, Li-E, Ls-E.

Xử lý số liệu: với phần mềm thống kê SPSS 16.0.

Đạo đức nghiên cứu: Nghiên cứu được chấp thuận bởi Hội đồng đề tài cấp cơ sở Bệnh viện răng hàm mặt trung ương 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. Bệnh nhân được thông báo và đồng ý chấp nhận tham gia nghiên cứu.

Hình 2.1. Hình ảnh mặt ngoài bệnh nhân trước điều trị

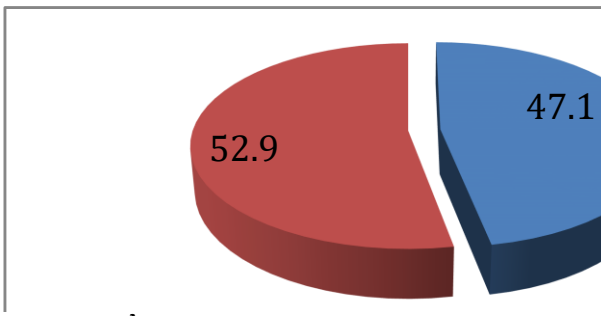
Hình 2.2. Hình ảnh trong miệng bệnh nhân trước điều trị

Hình 2.4. Hình ảnh phim panorama bệnh nhân trước điều trị

Hình 2.4. Hình ảnh phân tích phim mặt nghiêng bệnh nhân trước điều trị

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

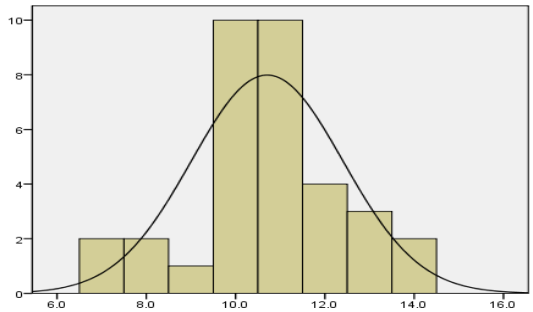
3.1. Phân bố theo giới



Biểu đồ 3.1. Phân bố theo giới

Nhận xét: Trong số 34 bệnh nhân, có 16 nam (chiếm 47,1%), 18 nữ (chiếm 52,9%). Sự khác biệt giữa nam và nữ không có ý nghĩa thống kê với p>0,05. (p= 0,732).

3.2. Phân bố theo tuổi



Biểu đồ 3.2. Phân bố theo tuổi

Nhận xét: Độ tuổi trung bình bắt đầu điều trị của mẫu nghiên cứu là 10,7±1,7 năm. Bệnh nhân nhỏ tuổi nhất là 7 tuổi, lớn nhất là 14 tuổi. Độ tuổi trung bình của nhóm nam là 11,3 ±1,9 tuổi, nhóm nữ trung bình 10,2 ±1,34 tuổi, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với p=0,049.

3.3. Đặc điểm lâm sàng

Bảng 3.1: Đặc điểm khám lâm sàng

Đặc điểm khám lâm sàng	n (%)
Khớp cắn răng hàm loại I bên P, loại II bên T	1 (2,9)
Khớp cắn răng hàm loại I 2 bên	5 (14,7)
Khớp cắn răng hàm loại II 2 bên	28 (82,4)
Khớp cắn sâu	24 (70,59)
Thói quen xấu	5 (14,7)
Góc mũi môi nhọn	14 (41,2%)

Nhận xét: 34 bệnh nhân không phải đều là khớp cắn loại II theo phân loại Angle mà có 5 bệnh nhân có khớp cắn răng hàm loại I và 1 bệnh nhân có răng hàm một bên loại I một bên loại II.

Bảng 3.2: Mức độ cắn chìa và cắn trùm trước điều trị

Đặc điểm khớp cắn trước ĐT	n (0-3mm)	n (4-7mm)	n (>7mm)	Tổng số n (X±D mm)
Độ cắn chìa	1	19	14	34 (7,32±2,14
Độ cắn trùm	10	22	2	34 (4,32±1,89

Nhận xét: Các bệnh nhân nghiên cứu phần lớn có độ cắn chìa tăng nhưng chỉ có 24 bệnh nhân có độ cắn trùm tăng.

3.4. Đặc điểm XQuang trước điều trị

Bảng 3.3: Đặc điểm XQuang trên phim Cephalometrics

Chỉ số	Bình thường	n (X±D)
SNA	82º±2	83,06±2,84
SNB	80º±2	76,29±2,64
ANB	2º±2	6,68±2,01
Wits	0-2	4,81±2,31
U1-SN	103º±1	112,88 ± 9,77
U1-ANSPNS	110 º±5	122,21 ± 9,27
1L-Md	95º±5	96,76 ± 7,32
1U-1L	125º-130	114 ± 13,96
Góc mũi môi	102º±2	93,88± 13,45
Li-E	-2±2mm	4,56 ±1,6
Ls-E	-1 đến -4mm	3,91± 2,45

Nhận xét: Góc SNA trong giới hạn bình thường, góc SNB giảm so với giá trị bình thường, góc ANB tăng, chỉ số Wits tăng. Góc mũi môi giảm và góc liên răng cửa 1U-1L giảm. Các chỉ số về răng U1-ANSPNS, 1L-Md tăng. Môi trên và môi dưới so với đường thẩm mỹ E (chỉ số Li-E và Ls-E) tăng.

IV. BÀN LUẬN

Đặc điểm lâm sàng và XQuang các bệnh nhân sai khớp cắn loại II điều trị với khí cụ Twicare.

- Biểu đồ 3.1, trong 34 bệnh nhân nghiên cứu có 16 nam (chiếm 47,1%), 18 nữ (chiếm 52,9%). Như vậy, tỉ lệ trẻ nam xấp xỉ so với nữ, điều này cho thấy hàm răng đều đẹp là vấn đề quan tâm của bố mẹ, không phân biệt con trai hay gái.

- Biểu đồ 3.2, tuổi trung bình điều trị trong nghiên cứu là 10,7 ±1,7. So với các nghiên khác sử dụng khí cụ chức năng điều trị sai khớp cắn loại II như nghiên cứu của Antatas[4] tuổi trung bình là 10,2, còn nghiên cứu của Aisha[5] tuổi trung bình của nam là 11,4 ±1,71 và nữ là 11,8 ±1,62, nghiên cứu của chúng tôi có tuổi trung bình điều trị tương tự. Tuổi đeo khí cụ chức năng có hiệu quả nhất là ở giai đoạn CS3 nghĩa là trong khoảng thời gian khoảng 2-3 năm quanh đỉnh điểm của thời kỳ dậy thì.

-Tuổi sớm nhất trong nghiên cứu là 7 tuổi và tuổi nhiều nhất là 14 tuổi. Ở tuổi 13 và 14 là giai đoạn rất sát hoặc vừa qua đỉnh điểm của thời kỳ tăng trưởng vì vậy ở giai đoạn này cần có khí cụ lắp ngay cho bệnh nhân để tận dụng đỉnh tăng trưởng khi đẩy hàm ra trước. Khí cụ Twicare là khí cụ chức năng đồng thời là khí cụ điều trị loại bỏ thói quen xấu do cấu tạo gồm hai máng cao su mềm ngăn cản các lực tác động lên răng và vì thế làm đều các răng khấp khểnh nhẹ. Với ưu điểm máng cao su mềm nên khí cụ Twicare có kết hợp sử dụng cùng gắn mắc cài để sắp xếp và làm thẳng hàng các răng. Do đó khí cụ sử dụng được với cả các bệnh nhân đến ở giai đoạn sớm cũng như các bệnh nhân đến ở giai đoạn muộn đã dậy thì được 1-2 năm. Với lợi thế như vậy khí cụ Twicare tỏ rõ lợi thế so với khí cụ chức năng gắn chặt Forsus được sử dụng phổ biến tại Việt nam. Thông thường khí cụ Forus sẽ lắp cho bệnh nhân sau khoảng 6-9 tháng sắp thẳng hàng các răng tính từ thời điểm gắn mắc cài. Do đó các bệnh nhân đến ở giai đoạn muộn sẽ cần thời gian để làm đều và làm phẳng đường cong spee trước khi lắp khí cụ và như vậy sẽ có thể bỏ lỡ thời điểm kích thích đưa xương hàm dưới ra trước có hiệu quả nhất.

- Các bệnh nhân điều trị với khí cụ Twicare có các đặc điểm lâm sàng điển hình của bệnh nhân sai khớp cắn loại II, do khi chọn lựa bệnh nhân nghiên cứu chúng tôi đã chọn các bệnh nhân có kiểu mặt lồi và đo trên phim Cephalometric góc ANB >4 độ và Wits >2,1mm. 34 bệnh nhân nghiên cứu, 100% bệnh nhân có kiểu mặt lồi do chọn chủ đích, nhưng bệnh nhân có góc mũi môi nhọn chỉ có 14 bệnh nhân chiếm tỉ lệ 41,2% (bảng 3.1). Góc mũi môi nhọn thường do vẩu răng hoặc do vẩu xương hàm trên.

- Nghiên cứu có 5 bệnh nhân có thói quen xấu chiếm 14,7% (bảng 3.1), các thói quen xấu

này là một trong các nguyên nhân gây ra sai khớp cắn loại II xương và lùi hàm dưới. Khí cụ Twicare có cấu trúc là máng cao su mềm, khi đeo sẽ ngăn cản tác động của mô mềm như môi má, lưỡi đồng thời đưa hàm dưới ra trước do đó khi đeo sẽ ngăn ngừa được các thói quen xấu cho bệnh nhân.

- 34 bệnh nhân trong nghiên cứu có 5 bệnh nhân có khớp cắn loại I cả hai bên chiếm tỉ lệ 14,7%, có 1 bệnh nhân có khớp cắn loại I một bên (bảng 3.1). Khớp cắn loại I ở bệnh nhân xương loại II có thể do sự bù trừ rất tốt của cơ thể để đảm bảo chức năng nhai hoặc có thể do mất răng sữa sớm nên đã khiến răng 6 dưới di chuyển ra trước và tạo thành khớp cắn loại I. Tuy nhiên phần lớn các trường hợp trong nghiên cứu đều có khớp cắn loại II theo phân loại Angle (82,4%).

- Độ cắn chìa trung bình trong nghiên cứu là 7,32±2,14 cho thấy mức độ nặng của sai khớp cắn (bảng 3.2). Số bệnh nhân có độ cắn chìa trên 7 mm là 14 bệnh nhân cho thấy mức độ nặng của sai khớp cắn loại II xương và sự chênh lệch giữa xương hàm trên và xương hàm dưới tăng. Có 1 bệnh nhân có độ cắn chìa bình thường, đây là bệnh nhân sai khớp cắn loại II tiểu loại II và trục răng cửa hàm trên ngả môi, chúng tôi điều trị gắn mắc cài để đưa trục răng cửa trên ra trước và sử dụng khí cụ Twicare để chỉnh đưa xương hàm dưới ra trước.

- Độ cắn phủ trung bình trong nghiên cứu là 4,32±1,89, 24 trong 34 bệnh nhân nghiên cứu có cắn sâu. Số liệu này cho thấy các bệnh nhân sai khớp cắn loại II xương có lùi hàm dưới thường phối hợp với cắn sâu.

- Các chỉ số đo trên phim Xquang cho thấy góc SNA 83,06±2,84, giá trị này nằm trong giá trị bình thường so với người da trắng hoặc Nhật bản, cho thấy xương hàm trên của các bệnh nhân nghiên cứu là bình thường (bảng 3.3). Góc SNB trong nghiên cứu có giá trị trung bình là 76,29±2,64 so giá trị trung bình theo tiêu chuẩn của người Châu Âu da trắng và người Nhật bản thì góc SNB giảm. Chỉ số SNB giảm cho thấy các bệnh nhân có lùi xương hàm dưới. Nghiên cứu của chúng tôi có xương hàm trên nằm trong giá trị bình thường, xương hàm dưới lùi. Xương hàm dưới lùi đã dẫn tới góc ANB tăng cao và chỉ số Wits tăng cao. Nghiên cứu của chúng tôi có cùng nhận định với các nghiên cứu khác như nghiên cứu của Moyers năm 1980[6], thấy xương hàm trên bình thường kết hợp với lùi xương hàm dưới trong sai khớp cắn loại II chiếm tỉ lệ tới 70%. Nghiên cứu của McNamara năm 1981[2], 277 trẻ có sai khớp cắn loại II thì 60% là lùi xương hàm dưới.

- Góc ANB trung bình trong nghiên cứu là 6,68±2,01 và chỉ số Wits trung bình là 4,81±2,31 cho thấy mức độ mất cân xứng giữa xương hàm trên và xương hàm dưới nhiều (bảng 3.3).

- Các chỉ số về răng như trục răng cửa hàm trên so với mặt phẳng nền sọ SN và mặt phẳng xương hàm trên ANS-PNS tăng cao so với giá trị bình thường (U1-SN là 112,88 ± 9,77 và U1-ANSPNS là 122,21 ± 9,27) cho thấy các bệnh nhân có răng cửa hàm trên ngả ra trước. Các răng cửa hàm trên ngả ra trước đã dẫn tới góc mũi môi nhọn.

- Góc liên răng cửa 1U-1L là 114 ± 13,96 cho thấy góc liên răng cửa nhọn so với giá trị bình thường. Trục răng cửa hàm dưới (góc 1L-Md là 114 ± 13,96 độ) so với mặt phẳng hàm dưới tăng cao so với giá trị bình thường, nguyên nhân do răng cửa hàm dưới ngả ra trước nhiều để bù trừ sự mất cân xứng xương (bảng 3.3).

- Về mô mềm góc mũi môi trung bình là 93,88± 13,45 độ cho thấy phần lớn các bệnh nhân có vẩu răng và xương ổ răng hàm trên do giả trị góc SNA nằm trong giá trị bình thường. Giá trị Li-E và Li-E đều tăng cao cho thấy thẩm mỹ của khuôn mặt của bệnh nhân bị ảnh hưởng do sự lùi xương hàm dưới và do cằm bệnh nhân kém phát triển, đồng thời sự ngả ra trước của răng cửa hàm dưới đã đẩy cho môi dưới nhô ra trước (bảng 3.3).

V. KẾT LUẬN

Đặc điểm lâm sàng, Xquang các bệnh nhân sai khớp cắn loại II điều trị với khí cụ Twicare:

- Tỉ lệ nam và nữ không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê. Tuổi trung bình bắt đầu điều trị là 10,7±1,7. Các bệnh nhân có các đặc điểm đặc trưng của sai khớp cắn loại II xương do lùi hàm dưới với kiểu mặt lồi, góc mũi môi nhọn là 41,2%, khớp cắn sâu 70,59%, khớp cắn răng hàm loại II 2 bên là 82,4%.

- Độ cắn chìa, cắn trùm tăng (7,32±2,14 mm và 4,32±1,89 mm). Xương hàm trên bình thường với góc SNA là 83,06±2,84 độ và xương hàm dưới lùi với góc SNB là 76,29±2,64 độ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Ngọc V.T.N, Hạnh T.T.M, Nga Đ.T.H (2014),** Răng trẻ em tập 2. Nhà xuất bản Y Học, 164-166.
2. **McNamara J.A., Jr. (1981),** Components of class II malocclusion in children 8-10 years of age. Angle Orthod. **51**(3), 177-202.
3. **Medventiv (2015),** Prospective multicentric, open-label, randomized Study assessing the efficacy of the removable and adjustable preformed Twicare® appliance versus removable

Herbst treatment in class II malocclusion.
4. **Sidlauskas A. (2005),** The effects of the Twin-block appliance treatment on the skeletal and dentolaveolar changes in Class II Division 1 malocclusion. Medicina (Kaunas). **41**(5), 392-400.
5. **Khoja A., Fida M. and Shaikh A. (2016),** Cephalometric evaluation of the effects of the Twin Block appliance in subjects with Class II, Division 1 malocclusion amongst different cervical vertebral maturation stages. Dental press journal of orthodontics. **21**73-84.
6. **Moyers R.E., Riolo M.L., Guire K.E., et al. (1980),** Differential diagnosis of Class II malocclusions: Part 1. Facial types associated with Class II malocclusions. American journal of orthodontics. **78**(5), 477-494.

MẤT PROTEIN QUA RUỘT – MỘT BIẾN CHỨNG NẶNG CỦA NHIỄM GIUN MÓC: BÁO CÁO CA BỆNH

Lê Ngọc Duy*, Trần Duy Mạnh*, Lương Thị Liên*, Đặng Thúy Hà*

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị trường hợp nhiễm giun móc có biến chứng giảm protein máu nặng. **Đối tượng và phương pháp**: Báo cáo ca bệnh có biến chứng nặng của giun móc tại khoa Cấp cứu và Chống độc, Bệnh viện Nhi Trung ương. **Kết quả:** Trẻ gái 20 tháng tuổi, dân tộc Mường nhập viện vì li bì và tiêu chảy. Xét nghiệm cho thấy trẻ thiếu máu rất nặng, bạch cầu ưa acid tăng cao và protein máu giảm nặng. Bệnh nhân được điều trị tình trạng cấp cứu và xác định những căn nguyên gây giảm protein máu; loại trừ bệnh lý: suy dinh dưỡng, gan và thận,... Dựa vào yếu tố dịch tễ và các triệu chứng gợi ý, chúng tôi đã chỉ định xét nghiệm tìm kí sinh trùng trong đó có tìm trứng giun móc đồng thời định lượng nồng độ alpha 1 antitrypsin (A1AT) trong phân. Kết quả mẫu phân có rất nhiều trứng giun móc (+++) và tăng nồng độ A1AT (106,2 mg/dL). Chẩn đoán xác định là mất protein qua ruột (PLE) do nhiễm giun móc. Điều trị bằng albendazol trong 3 ngày. Sau 16 ngày chẩn đoán và điều trị, bệnh nhân đại tiện bình thường, hết phù, protein máu không giảm lại và được xuất viện. **Kết luận:** Mặc dù nhiễm giun móc là bệnh tương đối phổ biến ở các nước đang phát triển nhưng biến chứng nặng như mất protein qua ruột thường hiếm gặp vì vậy cần được chẩn đoán và điều trị kịp thời để tránh tình trạng nguy kịch đến tính mạng.

Từ khóa: Giun móc, mất protein qua ruột, trẻ em

SUMMARY

PROTEIN - LOSING ENTEROPATHY – A SEVERE COMPLICATION OF HOOKWORM INFECTION: A CASE REPORT

Objectives: Describe clinical, investigations and treatment results of hookworm infections with severe hypoproteinemia. **Subjects and methods**: Report a case of severe complications of hookworm at the Department of Emergency and Poison Control, National Children's Hospital. **Results:** A 20-month-old girl from the Muong ethnic was admitted because of lethargy and diarrhea. Initial tests showed that the child had severe anemia, with elevated eosinophils and severe hypoproteinemia. The patient was treated for the emergency condition and investigated common causes of hypoproteinemia. Patients were excluded: malnutrition, liver and kidney diseases,... Based on epidemiological factors and symptoms, we prescribed tests for parasites including worm eggs and quantified alpha 1 antitrypsin (A1AT) level in the stool. The child's stool showed a lot of hookworm eggs (+++) and increased A1AT concentration (106.2 mg/dL). The patient was confirmed with protein-losing enteropathy (PLE) due to hookworm infection and was treated with albendazole for 3 days. After 16 days of diagnosis and treatment, the patient had normal bowel movements, no edema, no reduction in serum protein and was discharged. **Conclusion:** Although hookworm infection is a common disease in developing countries, severe complications of hookworm such as protein-losing enteropathy are rare, so prompt diagnosis and treatment is required to avoid life-threatening.

Keywords: Hookworm, protein-losing enteropathy, child

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Giun móc là một trong những bệnh giun lây truyền qua đất, khá phổ biến ở các nước có khí hậu nhiệt đới và cận nhiệt đới. Theo Tổ chức Y tế thế giới ước tính trên thế giới có 1,5 tỷ người nhiễm giun móc/mỏ. Ở Việt Nam, bệnh giun móc đứng hàng thứ hai sau bệnh giun đũa, qua các kết quả điều tra, tỉ lệ nhiễm giun móc ở Việt Nam từ 3 – 80% tùy theo tính chất nghề nghiệp, tập quán canh tác, điều kiện vệ sinh và tính chất thổ nhưỡng ở từng vùng. Ở miền Bắc tỉ lệ nhiễm ở đồng bằng từ 30 – 60%, vùng trung du 64% và vùng núi 61% [1].

Vòng đời của giun móc từ giai đoạn trứng trong phân được bài xuất ra ngoài, gặp điều kiện thuận lợi nở thành ấu trùng trong 1-2 ngày, khi

**Bệnh viện Nhi Trung ương*
Chịu trách nhiệm chính: Lê Ngọc Duy
Email: Drduy2411@gmail.com
Ngày nhận bài: 13.9.2021
Ngày phản biện khoa học: 11.11.2021
Ngày duyệt bài: 18.11.2021