

lồng và kết quả tháo lồng với  $p < 0,05$ ; tương đồng với Nguyễn Văn Sách.

Các tác giả đều thống nhất quan điểm có sự phù nề của thành ruột KL và sự phù nề được biểu hiện bằng dấu hiệu "vòng ngoài Echo kém trên SA", chúng tôi gọi tắt là "chiều dày thành ruột lồng". Theo Nguyễn Thanh Liêm, hiện tượng phù nề càng nhiều, biểu hiện trên SA là chiều dày vùng SA kém càng lớn càng khó tháo [1].

Một số tác giả cho rằng chiều dày thành ruột  $\geq 8\text{mm}$  thì việc TL bằng bơm không khí vào đại tràng khó khăn, tỷ lệ mổ cao, phải hết sức thận trọng để tránh biến chứng rạn thanh mạc và thủng ruột. Verschelden [5] thấy chiều dày thành ruột trung bình là 10mm (khoảng 5-16mm) và không thấy có sự liên quan giữa chiều dày thành ruột và cần thiết phải can thiệp mổ.

Có 41BN có dịch khu trú KL, tỷ lệ tháo lồng thành công của nhóm này là 95,1%, có 22,0% BN bơm hơi trên 2 lần mới thành công. Trong nhóm không có dịch khu trú KL tỷ lệ thành công là 99,6%. Theo del-Pozo [7], 145 trường hợp LR thấy có 14% BN có dịch khu trú trong KL trên SA ở mặt cắt ngang dưới dạng hình ảnh liềm trống âm. Tác giả thấy nếu không có dịch, tỷ lệ TL thành công là 89%. Nếu có dịch, tỷ lệ TL thành công là 26% (5/19). Hoàng Minh Lợi tỷ lệ TL thành công trong nhóm không có dịch là 98,7%; trong nhóm có dịch hình liềm là 82,4%.

## V. KẾT LUẬN

Tuổi trung bình là  $2,14 \pm 1,0$  tuổi, hay gặp nhất là dưới 2 tuổi chiếm 71,6%. Nam/Nữ 1,6/1. Đau bụng cơn 96,2%; ỉa máu 8,0%.

Hình ảnh điển hình siêu âm: Hình bia và hình Sandwich. Vị trí lồng HSP chiếm 95,8%.

Có 98,9% BN tháo lồng thành công, có 5,4% TL trên 2 lần thành công. Có 1,1% tháo lồng thất bại chuyển mổ. Đường kính khối lồng, chiều dày thành ruột tương quan với kết quả tháo lồng.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ môn ngoại Trường Đại học Y Hà Nội (2005), Lồng ruột, Bài giảng Nhi khoa, Tập I, Nhà xuất bản Y học.
2. Nguyễn Thanh Liêm (2016). Lồng ruột. Phẫu thuật tiêu hóa trẻ em. Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.
3. Phạm Thu Hiền (2000), Góp phần nghiên cứu các triệu chứng lâm sàng và siêu âm trong chẩn đoán và tiên lượng bệnh lồng ruột ở trẻ bú mẹ, Luận án Thạc sĩ, Trường ĐHY Hà Nội.
4. Trần Ngọc Bích (2006), Lồng ruột ở trẻ bú mẹ và trẻ em, Bệnh học ngoại, Tập I, Nhà xuất bản Y học.
5. Verschelden P, Filiatrault D, Garel L, et al. (1992). Intussusception in children: reliability of US in diagnosis, a prospective study. Radiology.
6. Nguyễn Hữu Chí (2019). Lồng ruột ở trẻ em chẩn đoán và tiên lượng. Báo cáo tại Hội nghị siêu âm toàn quốc 2018.
7. Del-Pozo G, Albillos, J. C., Tejedor, D, et al. (1999). Intussusception in children: current concepts in diagnosis and enema reduction; Radiographics.
8. Gu L, Zhu H, Wang S. et al. (2000). Sonographic guidance of air enema for intussusception reduction in children; Pediatrics. Radiol.

## KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ KÉO RĂNG NGÂM VỚI SỰ HỖ TRỢ CỦA PHIM CBCT

Võ Thị Thúy Hồng<sup>1</sup>, Trịnh Đình Hải<sup>2</sup>

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** xác định tỉ lệ thành công và thời gian kéo răng ngậm về cung với sự hỗ trợ của phim CBCT. **Phương pháp nghiên cứu:** can thiệp lâm sàng đối chứng trước và sau điều trị 30 răng ngậm. Phân tích vị trí răng ngậm, tương quan răng ngậm với các tổ chức lân cận trên phim XQuang, tính tỉ lệ thành công kéo được răng ngậm về cung, thời gian kéo răng ngậm. **Kết quả:** 100% các răng ngậm kéo được về cung với tỉ lệ tốt ở mức 70%, 76,7% các răng ngậm

có thời gian kéo răng về cung từ 6-9 tháng. **Kết luận:** Kết quả điều trị kéo răng ngậm với sự trợ giúp của phim CBCT có tỉ lệ thành công cao, phần lớn các trường hợp có thời gian kéo răng về cung từ 6-9 tháng.

**Từ khóa:** Răng ngậm, phim CBCT, tỉ lệ thành công.

### SUMMARY

#### RESULT OF PULLING IMPACTED TEETH INTO OCCLUSION WITH SUPPORT OF CBCT FILMS

**Objective:** determined the success rate and duration to pull the impacted teeth into occlusion with the support of CBCT film. **Research method:** a clinical intervention to compare before and after treatment of 30 impacted teeth. Located the impacted teeth and their correlation with closed struction on the X-ray film, the success rate of pulling the impacted teeth into occlusion, the time to pull them. **Results:** 100% of the impacted teeth were pulled into the occlusion. The good rate of treatment was 70%, the

<sup>1</sup>Bệnh Viện Răng Hàm Mặt Trung Ương Hà Nội  
<sup>2</sup>Đại Học Quốc Gia

Chịu trách nhiệm chính: Võ Thị Thúy Hồng  
Email: vothuyhong71@yahoo.com  
Ngày nhận bài: 22.11.2021  
Ngày phản biện khoa học: 7.01.2022  
Ngày duyệt bài: 17.01.2022

rate of impacted teeth having the time to pull into occlusion from 6-9 months was 76.7%. **Conclusion:** The result of impacted teeth treatment with the support of CBCT film has a high success rate and the majority cases have the time to pull the impacted teeth into occlusion within 6-9 months.

**Keywords:** impacted teeth, CBCT film, success rate.

**I. ĐẶT VẤN ĐỀ**

Mỗi răng trên cung hàm đều có vai trò quan trọng trong thẩm mỹ và chức năng. Răng ngầm là bệnh lý hay gặp trong số bệnh nhân đến nắn chỉnh răng [5]. Việc điều trị kéo răng ngầm về cung hàm là cần thiết để đảm bảo thẩm mỹ và chức năng. Trước đây, để chẩn đoán và xác định vị trí của răng ngầm trong xương hàm các bác sỹ thường dựa vào các phim 2D như phim cận chóp, phim cắn, phim Panorama, phim Cephalometrics. Khi sử dụng phim 2D để phân tích đánh giá trực tiếp của răng và tương quan với các tổ chức lân cận như mô xương xung quanh, các răng kề bên..., kết quả thường không chính xác do hình ảnh của các tổ chức lân cận bị chồng lên nhau. Sự ra đời của kỹ thuật chụp Conbeam CT cùng với phần mềm 3D cho phép tái tạo hình ảnh vật chụp theo không gian ba chiều cho phép xác định chính xác vị trí của răng ngầm trong xương hàm cũng như đánh giá chính xác mối tương quan của răng ngầm với các răng lân cận [5]. Nghiên cứu đánh giá kết quả điều trị kéo răng ngầm về cung với sự trợ giúp của phim CBCT tại Việt Nam còn ít, do đó chúng tôi đã tiến hành nghiên cứu: kết quả điều trị kéo răng ngầm với sự hỗ trợ của phim CBCT. Mục tiêu xác định tỉ lệ thành công và thời gian kéo răng ngầm về cung với sự hỗ trợ của phim CBCT, từ đó cho thấy ưu điểm và vai trò của phim CBCT trong hỗ trợ nắn chỉnh răng kéo răng ngầm.

**II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU**

**Thời gian, địa điểm nghiên cứu:** Nghiên cứu được tiến hành từ 3/2012 tới 12/2014 tại khoa nắn chỉnh răng Bệnh Viện Răng Hàm Mặt

**III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU**

**Bảng 1: Đánh giá khả năng xác định vị trí bộc lộ răng ngầm trên phim 2D và 3D**

3D \ 2D	Xác định được trên 2D		Nghĩ ngờ trên 2D		Không xác định được trên 2D		Tổng số		P
	n	%	n	%	n	%	N	%	
Xác định được trên 3D	4	13,3	9	30	17	56,7	30	100	0,000
Không xác định được trên 3D	0	0	0	0	0	0	0	0	
<b>Tổng số</b>	<b>4</b>	<b>13,3</b>	<b>9</b>	<b>30</b>	<b>17</b>	<b>56,7</b>	<b>30</b>	<b>100</b>	

Như vậy, kết quả nghiên cứu cho thấy 100% các trường hợp có thể được xác định được chính xác vị trí răng ngầm trên phim 3D, chỉ có 4 trường hợp (13,3%) xác định được chính xác vị trí răng ngầm

Trung Ương Hà Nội.

**Đối tượng nghiên cứu:** Các bệnh nhân có răng ngầm trên cung hàm được điều trị nắn chỉnh kéo răng ngầm về cung cùng với sự hỗ trợ của phim CBCT.

**Tiêu chuẩn chọn lựa:** Bệnh nhân được điều trị nắn chỉnh răng kéo răng ngầm với sự hỗ trợ phim CBCT. Loại trừ các bệnh nhân có dị tật bẩm sinh.

**Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu can thiệp lâm sàng đánh giá hiệu quả can thiệp theo mô hình trước-sau điều trị.

**Cỡ mẫu:** sử dụng cỡ mẫu thử nghiệm lâm sàng với cỡ mẫu nhỏ nhất là 30 răng ngầm.

**Các biến số nghiên cứu:** Tuổi, giới, đặc điểm khớp cắn. Vị trí răng ngầm, trục răng ngầm so với đường giữa trên phim Panorama, Ceph và phim CBCT.

Đánh giá kết quả sau điều trị nắn chỉnh răng ngầm:

**Dựa vào các tiêu chí:**

- Thẩm mỹ: Răng ngầm được đưa về đúng vị trí trên cung hàm, đúng giải phẫu, không cần tạo hình lợi.

- Chức năng: răng ngầm tiếp khớp tốt, có chức năng ăn nhai tốt, không lung lay.

- X quang: Răng ngầm được kéo lên cung hàm, chân răng song song với các chân răng bên cạnh.

Phân loại kết quả điều trị nắn chỉnh răng ngầm như sau:

+ Kết quả tốt: đạt cả 3 tiêu chí trên.

+ Kết quả khá: đạt 2 trong 3 tiêu chí trên

+ Kết quả trung bình: đạt 1 tiêu chí hoặc không đạt tiêu chí nào.

+ Thất bại: không kéo được răng ngầm về cung phải nhổ bỏ.

**Xử lý số liệu:** bằng phần mềm thống kê y học SPSS 17.0 cho hệ Windows

**Đạo đức nghiên cứu:** Nghiên cứu được thực hiện trên những bệnh nhân hoàn toàn tự nguyện và không phân biệt đối xử trên các bệnh nhân không tự nguyện nghiên cứu.

trên 2D, có 9 trường hợp (30%) nghi ngờ khó xác định được trên 2D, có 17 trường hợp (56,7%) là không xác định được vị trí răng ngầm trên 2D. Sự khác biệt này là có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$ .

**Bảng 2: Liên quan giữa gợi ý bộc lộ răng ngầm trên phim 3D và hướng mắc lực kéo răng ngầm trong quá trình điều trị nắn chỉnh răng.**

Hướng mắc lực Vị trí thân răng	Đọc theo trục của răng		Có thay đổi hướng kéo trong quá trình điều trị		Tổng số		P
	N	%	N	%	N	%	
Tiền đình	15	62,5	9	37,5	24	100	0,059
Vòm miệng	1	16,7	5	83,3	6	100	
<b>Tổng số</b>	<b>16</b>	<b>53,3</b>	<b>14</b>	<b>46,7</b>	<b>30</b>	<b>100</b>	

Kết quả nghiên cứu thấy rằng, trong 24 bệnh nhân có gợi ý bộc lộ trên phim 3D là răng ngầm ở vị trí tiền đình thì có 15 bệnh nhân (62,5%) là có hướng mắc lực kéo răng ngầm dọc theo trục của răng ngầm; có 9 bệnh nhân có hướng mắc lực không dọc theo trục của răng ngầm và đã phải thay đổi hướng kéo trong quá trình điều trị (37,5%). Với những bệnh nhân có gợi ý bộc lộ ở vùng vòm miệng, chỉ có 1 bệnh nhân có hướng mắc lực kéo dọc theo trục của răng (16,7%), còn lại 83,3% phải thay đổi hướng kéo trong quá trình điều trị. Sự liên quan này không có ý nghĩa thống kê với  $p > 0,05$ .

**Bảng 3: Khoảng cách xương đến răng ngầm đo được trên phim 3D**

Gợi ý bộc lộ	n	Khoảng cách xương từ tiền đình (mm)	Khoảng cách xương từ vòm miệng (mm)
Tiền đình	24	1,13 ± 0,83	
Vòm miệng	6		0,83 ± 0,26

Khoảng cách xương từ tiền đình đến răng ngầm đo được trên phần mềm 3D là 1,13 ± 0,83mm với những răng ở phía tiền đình và khoảng cách xương từ vòm miệng đến răng ngầm là 0,83 ± 0,26mm với những răng ở phía vòm miệng.

**Bảng 4: Kết quả điều trị và trục của răng ngầm so với đường giữa**

Kết quả Trục răng	Tốt		Khá		Trung bình		Tổng số		P
	n	%	n	%	n	%	N	%	
<30°	17	89,5	2	10,5	0	0	14	100	0,004
30° - 45°	3	37,5	3	37,5	2	25,0	10	100	
>45°	1	33,3	1	33,3	1	33,3	3	100	
<b>Tổng số</b>	<b>21</b>	<b>70,0</b>	<b>6</b>	<b>20,0</b>	<b>3</b>	<b>10,0</b>	<b>30</b>	<b>100</b>	

Nghiên cứu cho thấy ở các răng ngầm có trục răng so với đường giữa <30° kết quả điều trị tốt đạt tỷ lệ cao nhất với 89,5%; không có bệnh nhân nào có kết quả điều trị trung bình. Ở các răng ngầm có trục răng so với đường giữa từ 30° - 45° kết quả điều trị đạt tốt và khá chiếm tỷ lệ ngang nhau với 37,5%; kết quả trung bình chiếm tỷ lệ thấp nhất với 25%. Với răng ngầm có trục răng so với đường giữa >45° kết quả tốt, khá, trung bình chiếm tỷ lệ ngang nhau với 33,3%. Sự liên quan kết quả điều trị với trục răng so với đường giữa rất chặt chẽ với  $p < 0,004$ .

**Bảng 5: Phân bố kết quả điều trị theo thời gian răng ngầm được kéo ra**

Kết quả Thời gian	Tốt		Khá		Trung bình		Tổng số		P
	n	%	n	%	n	%	N	%	
6 - 9 tháng	19	82,6	4	17,4	0	0	23	100	0,014
9 - 12 tháng	2	33,3	2	33,3	2	33,3	6	100	
>12 tháng	0	0	0	0	1	100	1	100	
<b>Tổng số</b>	<b>21</b>	<b>70,0</b>	<b>6</b>	<b>20,0</b>	<b>3</b>	<b>10,0</b>	<b>30</b>	<b>100</b>	

Ở nhóm thời gian răng ngầm được kéo ra 6 - 9 tháng, kết quả tốt đạt tỷ lệ cao nhất với 82,6%; không có răng nào có kết quả trung bình; ở nhóm thời gian điều trị 9 - 12 tháng, kết quả điều trị tốt, khá, trung bình là ngang nhau với 33,3%. Ở nhóm thời gian điều trị >12 tháng, chỉ có 1 bệnh nhân với kết quả điều trị là trung bình. Sự liên quan của kết quả điều trị với thời gian điều trị là chặt chẽ với  $p < 0,05$ .

#### IV. BÀN LUẬN

Việc bộc lộ răng để gắn các phương tiện kéo răng ngầm đòi hỏi sự chính xác về vị trí của thân răng và độ dày vỏ xương xung quanh răng ngầm để giảm thiểu tổn thất xương và mô mềm liên quan trong quá trình phẫu thuật. Khả năng xác định vị trí răng ngầm trên 2D cũng hạn chế hơn so với phần mềm 3D. Hiện nay việc sử dụng phần mềm 3D trong chẩn đoán để đưa ra kế

hoạch điều trị trong nắn chỉnh răng gần như là một bước không thể bỏ qua. Nhiều nghiên cứu chỉ ra rằng hình ảnh 2D là không có khả năng đánh giá đầy đủ vị trí và sự thẳng hàng của chân các răng ngầm. Trong nghiên cứu của chúng tôi, bảng 1 chỉ có 4 trường hợp xác định được chính xác vị trí trên phim 2D (13,3%), 17 trường hợp không xác định được trên phim 2D (56,7%) trong khi với phần mềm 3D việc xác định vị trí răng ngầm đạt được là 100%, sự khác biệt giữa 2 phương pháp có ý nghĩa thống kê. Phần mềm 3D cho phép đo đạc chính xác và tái tạo được hình ảnh mô phỏng vị trí răng ngầm. Theo nghiên cứu của Susanne Wriedt và cộng sự về việc đề nghị khám và chẩn đoán răng nanh ngầm dựa trên phim 2D và 3D đã chỉ ra rằng 25% số răng nanh ngầm không có khả năng đánh giá trên phim 2D, 52% số răng nanh ngầm được chỉ định nhổ bỏ trên phim 2D lại được khuyến cáo giữ lại trên phim 3D, 9% số răng nanh được gợi ý có thể sắp bằng trên phim 2D lại được khuyến cáo là nhổ bỏ trên phim 3D [7]. Qua đó có thể thấy phần mềm 3D có khả năng xác định hình ảnh, vị trí, sự thẳng hàng của răng ngầm hơn hẳn 2D, đặc biệt là trong các trường hợp còn nhiều sự nghi vấn. Bảng 2, 3 cho thấy có 24/30 răng ngầm có vị trí thân răng nằm ở phía tiền đình và 6/30 răng ngầm có vị trí thân răng ở vòm miệng. Các răng ngầm có thân răng ở phía vòm miệng đã được gợi ý bộc lộ phía vòm miệng, vị trí bộc lộ có độ dày vỏ xương từ vòm miệng đến răng ngầm trung bình là 0,83 mm trong khi đối với các răng được gợi ý bộc lộ phía tiền đình thì độ dày vỏ xương trung bình dày hơn 1,13mm (bảng 3). Như vậy, phim CBCT cho biết vị trí bộc lộ ở các vị trí rất gần với bề mặt xương vòm, vì vậy sẽ giảm tải việc phải mở rộng và phá huỷ nhiều xương, giúp bệnh nhân lành thương nhanh. Trên tổng số 30 răng ngầm, có 22 răng vị trí thân răng ở phía tiền đình chiếm 73,3% và 8 răng vị trí thân răng ở phía vòm miệng chiếm 26,7% (Bảng 2). Tỷ lệ này dường như đảo ngược với nghiên cứu của Snehlata Oberoi về sử dụng phần mềm 3D CT Conebeam đánh giá răng nanh ngầm và tiêu chuẩn răng là 60% các răng ngầm có vị trí thân răng ở phía vòm miệng [5]. Như vậy, nhờ có sự hỗ trợ của phần mềm 3D và phim CBCT mà vị trí bộc lộ được xác định chính xác và cũng như xác định được hướng mắc lực để kéo răng ngầm về cung. Phim CBCT cho biết các trường hợp cần phải thay đổi hướng lực kéo để giúp cho răng ngầm trên đường kéo về cung sẽ không bị chạm vào các răng bên cạnh và cản trở việc kéo răng ngầm về cung. 14 răng ngầm

trong tổng số 30 răng ngầm với sự trợ giúp của phim CBCT đã cần phải đổi hướng kéo trong quá trình điều trị. 16 răng trong tổng số 30 răng cho biết hướng mắc lực kéo dọc theo trục của răng (bảng 2). Nếu không nhìn rõ răng ngầm theo không gian ba chiều sẽ khó biết được hướng kéo và thay đổi hướng kéo răng ngầm để tránh chạm vào các chân răng bên cạnh trong quá trình điều trị. Chính nhờ sự trợ giúp này mà kết quả điều trị trong nghiên cứu của chúng tôi, 100 phần trăm kéo được răng ngầm về cung, trong đó tỉ lệ tốt 70% và khá là 20% (bảng 4). Có sự liên quan rất chặt chẽ giữa kết quả điều trị nắn chỉnh răng ngầm dưới sự hỗ trợ của phần mềm 3D với góc giữa trục của răng ngầm và mặt phẳng dọc giữa. Nếu trục của răng ngầm tạo thành một góc càng nhỏ so với mặt phẳng dọc giữa thì kết quả điều trị tốt càng tăng lên và ngược lại. Điều này là hợp lý vì góc giữa trục của răng ngầm với mặt phẳng dọc giữa càng nhỏ thì hướng của răng ngầm càng gần với hướng mọc bình thường của răng. Bình thường các các răng mọc gần như song song với nhau và song song với mặt phẳng dọc giữa (góc tạo bởi trục răng và mặt phẳng dọc giữa là  $0^{\circ}$ ). Nếu góc này càng nhỏ thì việc kéo răng ngầm về cung răng sẽ dễ dàng hơn và ngược lại. Cụ thể, nếu góc này  $<30^{\circ}$  kết quả tốt đạt được tới 89,5% (bảng 4). Với những răng ngầm có góc giữa trục răng và mặt phẳng dọc giữa càng lớn, đặc biệt là răng nanh thì răng càng sát nền mũi, việc phẫu thuật bộc lộ răng vô cùng khó khăn do chảy máu nhiều, trường phẫu thuật hẹp, việc kéo răng ngầm cũng phức tạp hơn và thường phải đổi hướng kéo nhiều lần, sẽ kéo dài thời gian điều trị và kết quả điều trị cũng hạn chế hơn các trường hợp khác. Kết quả nghiên cứu này của chúng tôi tương tự như kết quả nghiên cứu của Marcelo Aires [3]. Ông cho rằng kết quả điều trị nắn chỉnh răng kéo răng ngầm phụ thuộc rất nhiều vào giá trị góc giữa trục của răng ngầm và mặt phẳng dọc giữa. Kết quả điều trị sẽ giảm đi nếu giá trị góc này lớn hơn  $31^{\circ}$ . Shapira cũng đưa ra kết luận tương tự về tỷ lệ thành công của việc điều trị răng ngầm với góc giữa trục răng ngầm và mặt phẳng dọc giữa, góc càng lớn thì tỷ lệ thành công càng giảm và ngược lại [4]. Về thời gian kéo răng ngầm, nghĩa là tính từ thời điểm bắt đầu bộc lộ và đặt lực kéo răng về phía cung răng cho tới khi răng về tới cung răng, chúng tôi thấy rằng thời gian trung bình khoảng 8-9 tháng, với những bệnh nhân phức tạp hơn, tuổi lớn hơn và đặc biệt là trên 25 tuổi thì thời gian điều trị sẽ kéo dài hơn. Phần lớn các răng ngầm được kéo về

cung sau 6-9 tháng chiếm tỉ lệ 76,7% (bảng 5). Đồng thời kết quả điều trị tốt cao nhất ở nhóm có thời gian điều trị ngắn (6 đến 9 tháng), đạt 82,6%. Chỉ có 1 bệnh nhân có thời gian điều trị kéo dài (>12 tháng) và kết quả chỉ đạt mức độ trung bình, đây là trường hợp bệnh nhân trên 28 tuổi. Nghiên cứu của các tác giả khác như Marcelo Aires và cộng sự, Stewart và cộng sự [3], [6] cũng cho thấy các răng ngầm ở các bệnh nhân lớn tuổi thời gian kéo răng về cung thường dài hơn các bệnh nhân trẻ tuổi. Như vậy, với sự trợ giúp của phim CBCT và phần mềm 3D đã giúp cho thời gian điều trị kéo răng ngầm về cung của chúng tôi thuận lợi phần lớn nằm trong khoảng thời gian 6-9 tháng.

## V. KẾT LUẬN

Kết quả điều trị kéo răng ngầm với sự trợ giúp của phim CBCT có tỉ lệ thành công cao, tỉ lệ tốt ở mức 70%, phần lớn các răng ngầm có thời gian kéo răng về cung từ 6-9 tháng và chiếm tỉ lệ 76,7%.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Phú Thắng (2012), Nghiên cứu phẫu thuật hỗ trợ quá trình chỉnh nha các răng vĩnh viễn mọc ngầm vùng trước, Luận án Tiến sĩ, Trường Đại học Y Hà Nội, tr.75 -80.
2. Bjerklin K, Ericson S (2006). How a computerized tomography examination changed the treatment plans of 80 children with retained and ectopically positioned maxillary canines. Angle Orthodontist. 76, pp. 43 – 51
3. Marcelo A. V., Ana L.S. (2009). Palatally impacted canine: Diagnosis and treatment options. Braz J Oral Sci. 9(2):70-76.
4. Shapira Y., Kufteinc M. (1998). Early diagnosis and interception of potential maxillary canine impaction. Am. J Dent Assoc. 129: 1450-4.
5. Snehata O., (2011) CBCT evaluation of impacted canines and root resorption. Oral surgery.21-24
6. Stewart J. A., Heo G., Glover K. E. (2001). Factors that relate to treatment duration for patients with palatally impacted maxillary canines. Am. J Orthod Dentofacial Orthop. 119:216-25.
7. Susanne W., Jennifer J., et al (2011). Impacted upper canines: examination and treatment proposal based on 3D versus 2D diagnosis. J Orofac Orthop 73.28-40.

## ĐẶC ĐIỂM VÀ CHẤT LƯỢNG CÁC NGHIÊN CỨU ĐÁNH GIÁ KINH TẾ Y TẾ SỬ DỤNG KỸ THUẬT MÔ HÌNH HÓA ĐỐI VỚI CÁC CAN THIỆP DỰ PHÒNG VÀ NÂNG CAO SỨC KHỎE TÂM THẦN

Nguyễn Thu Hà\*, Nguyễn Quỳnh Anh\*, Nguyễn Thanh Hương\*

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Mô tả đặc điểm và đánh giá/thẩm định chất lượng các nghiên cứu đánh giá kinh tế y tế của các can thiệp dự phòng và nâng cao sức khỏe tâm thần sử dụng kỹ thuật mô hình hóa. **Phương pháp:** Sử dụng tổng quan hệ thống dựa trên hướng dẫn của tổ chức Cochrane để xác định toàn bộ các nghiên cứu phù hợp được công bố cho đến cuối 2020 để đưa vào đánh giá chất lượng. Chất lượng nghiên cứu được đánh giá bằng Bảng kiểm Philips. Hai nghiên cứu viên tiến hành sàng lọc, lựa chọn và đánh giá chất lượng nghiên cứu. **Kết quả:** Tổng số bản ghi tìm kiếm được là 5.838. Sau khi sàng lọc, 44 nghiên cứu thỏa mãn các tiêu chí lựa chọn để đưa vào đánh giá chất lượng. Phần lớn các nghiên cứu được công bố sau năm 2010 (n=39), nhiều nhất là các phân tích chi phí – thỏa dụng với đầu ra đo lường phổ biến là số năm sống hiệu chỉnh theo chất lượng cuộc sống (QALY) và góc độ đánh giá toàn xã hội. Chất lượng nghiên cứu có sự

biến thiên rất lớn, với nhiều đặc điểm kỹ thuật khác biệt như thời gian tính toán, chu kỳ tính toán, các giả định của mô hình. Thực hành chuẩn hóa cấu trúc mô hình và các giả định còn nghèo nàn. **Kết luận:** Chất lượng và phương pháp mô hình hóa có sự biến thiên rất lớn giữa các nghiên cứu tạo ra khó khăn cho việc tổng hợp và phiên giải kết quả. Chất lượng của các nghiên cứu cần tiếp tục cải thiện trong tương lai, đặc biệt liên quan đến chuẩn hóa cấu trúc, giả định của mô hình.

**Từ khóa:** đánh giá chất lượng, đánh giá kinh tế y tế, mô hình hóa, Bảng kiểm Philips, can thiệp dự phòng và nâng cao sức khỏe tâm thần

### SUMMARY

#### QUALITY APPRAISAL OF MODEL-BASED ECONOMIC EVALUATIONS OF MENTAL HEALTH PROMOTION AND PREVENTION INTERVENTIONS

**Objective:** To summarize and critically appraise the quality of model-based economic evaluations of mental health promotion and prevention interventions. **Method:** A systematic review was conducted following guidelines in conducting systematic review of Cochrane Collaboration to identify all relevant model-based economic evaluations published ever until the end of 2020. The quality of included studies was

\*Trường Đại học Y tế Công cộng-Hà Nội, Việt Nam

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thu Hà

Email: nth11@huph.edu.vn

Ngày nhận bài: 24.11.2021

Ngày phản biện khoa học: 12.01.2022

Ngày duyệt bài: 21.01.2022