

trường hợp loại A và 8 trường hợp loại B. Không có trường hợp nào loại C.

## V. KẾT LUẬN

Nửa trước gân cơ MD làm mảnh ghép tái tạo dây chằng chéo trước cho kết quả phục hồi chức năng khớp gối tốt, điều này mở ra triển vọng nguồn gân ghép tự thân trong phẫu thuật chỉnh hình.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **K. B. Freedman, M. J. D'Amato (2003)**, "Arthroscopic anterior cruciate ligament reconstruction: a metaanalysis comparing patellar tendon and hamstring tendon autografts", *Am J Sports Med.* 31(1), pp. 2-11.
2. **Rincon LM, Chowaniec MJ, Obopilwe E, Mazzocca AD (2006)**, "Mechanical properties evaluation of the tibialis anterior and posterior and the peroneus longus tendons", *Arthrex literature.*
3. **J. ZhaoX. Huangfu (2012)**, "The biomechanical and clinical application of using the anterior half of the peroneus longus tendon as an autograft source", *Am J Sports Med.* 40(3), pp. 662-71.
4. **J. H. Lubowitz, C. S. Ahmad (2011)**, "All-inside anterior cruciate ligament graft-link technique: second-generation, no-incision anterior cruciate ligament reconstruction", *Arthroscopy.* 27(5), pp. 717-27.
5. **J. H. Lubowitz (2012)**, "All-inside anterior cruciate ligament graft link: graft preparation technique", *Arthrosc Tech.* 1(2), pp. e165-8.
6. **X. Song, Q. Li (2018)**, "Predicting the graft diameter of the peroneus longus tendon for anterior cruciate ligament reconstruction", *Medicine (Baltimore).* 97(44), pp. e12672.
7. **K. Yasuda, Y. Tanabe (2010)**, "Anatomic double-bundle anterior cruciate ligament reconstruction", *Arthroscopy.* 26(9 Suppl), pp. S21-34.

## ĐẶC ĐIỂM HƯỚNG DẪN SÀNG BÊN TỪ TƯ THẾ LỒNG MÚI TỐI ĐA CỦA NHÓM SINH VIÊN RĂNG HÀM MẶT TRƯỜNG ĐẠI HỌC Y HÀ NỘI

Trần Thị Lâm Oanh<sup>1</sup>, Hoàng Việt Hải<sup>2</sup>,  
Quách Thị Thuý Lan<sup>2</sup>, Bùi Thị Bích Ngân<sup>2</sup>

### OCCLUSAL PATTERNS DURING LATERAL EXCURSIONS FROM THE MAXIMAL INTERCUSPAL IN DENTAL STUDENTS IN HA NOI MEDICAL UNIVERSITY

**Ojectives:** The purpose of this study was to quantify the prevalence of various functional occlusal contact patterns, among dental students. **Subjects and methods.** Occlusal contacts were examined during lateral excursions from the maximal intercuspal position to the canine-to-canine position in 100 young adults. A combination of 3 common clinical methods was used: a visual examination, articulating paper, and feedback from the participants. **Results.** Data from 3 classification systems were analyzed: (1) Occlusal contacts on the working side only e canine protected articulation was present in 23,5% of laterotrusions; group function was present in 62% of laterotrusions. Other schemes were present in 14.5% of laterotrusions. (2) Contacts on both the working and the nonworking side. (3) Contacts on the working and nonworking side during both right and left laterotrusion. Nonworking side contacts were present in 27% of the participants. Nonworking side interference was present in 20% of the participants. **Conclusions.** The prevalence of nonworking side interference found in this study was high percent during lateral excursion

## TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Đánh giá tỷ lệ các loại hướng dẫn sang bên từ tư thế lồng múi tối đa trên sinh viên Răng hàm mặt Trường Đại học Y Hà Nội. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Kiểm tra điểm chạm khớp cắn khi đưa hàm sang bên từ tư thế lồng múi tối đa đến đối đỉnh răng nanh trên 100 sinh viên Răng hàm mặt. Nghiên cứu này sử dụng cả ba phương pháp kiểm tra khớp cắn trên lâm sàng hay sử dụng: quan sát trực tiếp, giấy cắn shimstock và phản hồi của đối tượng nghiên cứu. **Kết quả:** Phân tích ba cách phân loại hướng dẫn sang bên: (1) Chỉ đánh giá điểm chạm khớp bên làm việc - hướng dẫn răng nanh chiếm 23,5%, hướng dẫn nhóm chiếm 62%. Loại khác chiếm 14,5%(2) Đánh giá cả điểm chạm khớp bên làm việc và bên không làm việc. (3) Đánh giá điểm chạm khớp bên làm việc và bên không làm việc cả khi chuyển động đưa hàm sang bên phải và trái. Điểm chạm khớp bên không làm việc có 27% ở đối tượng. Điểm cản trở bên không làm việc có ở 20% đối tượng. **Kết luận:** Tỷ lệ điểm cản trở khớp bên không làm việc trong nghiên cứu này chiếm tỷ lệ cao khi đưa hàm sang bên.

## SUMMARY

### CHARACTERIZATION OF FUCTIONAL

<sup>1</sup>Trường đại học Y Hà Nội

<sup>2</sup>Viện Đào tạo Răng Hàm Mặt-Trường đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Trần Thị Lâm Oanh

Email: tranthilamoanh.hmu@gmail.com

Ngày nhận bài: 22.8.2022

Ngày phản biện khoa học: 23.9.2022

Ngày duyệt bài: 10.10.2022

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Những tiêu chuẩn cho khớp cắn lồng múi tối đa lý tưởng dựa trên nghiên cứu của Angle và Andrew đã được chấp nhận rộng rãi. Ngược lại, các yếu tố cấu thành khớp cắn chức năng lý

tường còn nhiều tranh cãi. Thiết lập hướng dẫn sang bên là rất quan trọng để đạt được mối quan hệ chức năng hài hòa trong hệ thống nhai. Hướng dẫn răng nanh và hướng dẫn nhóm là hai loại của hướng dẫn sang bên được sử dụng trong rất nhiều nghiên cứu. Trong The Glossary of Prosthodontic Term, hướng dẫn răng nanh được định nghĩa là khi chỉ có răng nanh hướng dẫn sự trượt sang bên và làm nhà khớp các răng sau toàn bộ và lập tức. Hướng dẫn nhóm (còn gọi là chức năng nhóm là khi có nhiều điểm tiếp xúc khớp cắn giữa hàm trên và hàm dưới trong chuyển động sang bên ở bên làm việc. Tuy nhiên, cách phân loại này chỉ dựa vào điểm chạm khớp bên làm việc và bỏ qua các điểm chạm bên không làm việc. Có nhiều nghiên cứu đã báo cáo về ảnh hưởng của điểm chạm bên không làm việc (ĐBKLV) đến hệ thống cơ nhai và khớp thái dương hàm, tình trạng nha chu. Vì vậy, rất cần thiết đánh giá điểm chạm bên không làm việc khi đưa hàm sang bên. Trong cách nghiên cứu gần đây, nhiều tác giả đã đánh giá khớp cắn chức năng khi đưa hàm sang bên với nhiều cách phức tạp hơn, quan tâm điểm tiếp xúc khớp cắn cả bên làm việc và bên không làm việc. Do có nhiều hệ thống phân loại nên tạo ra khác biệt lớn về phương pháp phân loại nên khó so sánh kết quả các nghiên cứu và tại Việt Nam cũng chưa có nghiên cứu nào về tỷ lệ các loại hướng dẫn sang bên. *Mục tiêu của nghiên cứu này là đánh giá tỷ lệ của loại hướng dẫn sang bên trên sinh viên Răng hàm mặt sử dụng các hệ thống phân loại hiện tại.*

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

**Đối tượng nghiên cứu.** Nghiên cứu được thực hiện trên sinh viên đang học tại trường Đại học Y Hà Nội có bố mẹ đều là người Kinh.

### **Tiêu chuẩn lựa chọn:**

- Độ tuổi từ 18-25
- Chưa điều trị chỉnh nha
- Có đủ răng vĩnh viễn (không kể răng hàm lớn thứ ba)

### **Tiêu chuẩn loại trừ:**

- Có cầu hoặc chụp răng
- Không hợp tác, không đồng ý tham gia nghiên cứu.

### **Phương pháp nghiên cứu**

Thiết kế nghiên cứu: nghiên cứu mô tả cắt ngang

Cỡ mẫu: 100 sinh viên

Phương pháp chọn cỡ mẫu: mẫu thuận tiện

### **Thu thập số liệu**

- ❖ Khám lâm sàng: Tiến hành đánh giá hướng dẫn sang bên từ tư thế lồng múi tối đa

đến đối đầu răng nanh của đối tượng nghiên cứu cả bên làm việc và không làm việc khi đưa hàm sang phải và trái theo 3 cách. Cách 1: Yêu cầu đối tượng nghiên cứu đưa hàm sang bên và quan sát trực tiếp bằng mắt và sử dụng gương trong miệng. Cách 2: Sử dụng giấy cắn Shimstock Baush 12 micron màu đỏ và xanh. Lau khô hai cung răng và đặt lá shimstock màu đỏ trên mặt nhai của răng. Yêu cầu đối tượng cắn chặt ở tư thế lồng múi tối đa, sau đó di chuyển sang bên phải hoặc trái đến vị trí đối đầu răng. Đặt lá thép màu đỏ vào bên cung răng đối diện và yêu cầu bệnh nhân thực hiện lại động tác để ghi dấu cắn bên không làm việc. Sau đó, sử dụng giấy cắn màu xanh và yêu cầu đối tượng cắn lại ở tư thế lồng múi tối đa. Những điểm tiếp xúc chỉ có màu đỏ là điểm chạm khi đưa hàm sang bên, nếu có cả dấu hai màu là điểm chạm ở vị trí lồng múi tối đa. Cách 3: hỏi đối tượng họ cảm thấy chạm răng nào khi đưa hàm sang bên. Nếu kết quả của 3 cách này khác nhau thì thực hiện lại đánh giá khi đưa hàm sang bên cho đến khi kết quả 3 cách là giống nhau

❖ Phân loại khớp cắn chức năng khi vận động đưa hàm sang bên

➢ Cách 1: có 3 loại: hướng dẫn răng nanh (HDRN), hướng dẫn nhóm (HDN) và không phân loại

➢ Cách 2: cách này sử dụng cả điểm chạm bên làm việc và bên không làm việc. Bao gồm: Hướng dẫn răng nanh bên làm việc và không có điểm chạm khớp bên không làm việc (HDRN-), hướng dẫn răng nanh bên làm việc và không có điểm chạm khớp bên không làm việc (HDN-), khớp cắn cân bằng (KCCB) và không phân loại

➢ Cách 3: Bao gồm: hướng dẫn răng nanh hai bên, hướng dẫn nhóm hai bên, kết hợp hướng dẫn răng nanh và nhóm, khớp cắn cân bằng hai bên, khớp cắn cân bằng một bên và không phân loại.



**Hình 1: Khám hướng dẫn sang bên**

**Phương pháp xử lý số liệu.** Số liệu được nhập và xử lý bằng phần mềm SPSS 16.0. Tỷ lệ các loại hướng dẫn sang bên và tỷ lệ điểm chạm bên không làm việc được so sánh giữa đối tượng nam và nữ, bên phải và trái. Sử dụng Fisher exact test phân tích bảng 2x2.

## III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

**Phân loại 1.** Theo phân loại I, hướng dẫn

sang bên được phân loại chỉ dựa trên điểm tiếp xúc bên làm việc và những điểm tiếp xúc bên không làm việc bị bỏ qua. Ba phân nhóm là hướng dẫn răng nanh, hướng dẫn nhóm và khác. Phân nhóm chiếm tỷ lệ cao nhất là hướng dẫn nhóm với 62% ; sau đó là hướng dẫn răng nanh với 23,5% tổng và không phân loại chiếm 14,5%. Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa kiểu hướng dẫn sang bên giữa nam và nữ với  $p > 0,005$  ( $p = 0,803$ ). Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa các loại hướng dẫn sang bên giữa bên phải và trái với  $p < 0,005$  ( $p = 0,000$ ). Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa kiểu vận động sang bên đối xứng, không đối xứng hai bên giữa nam và nữ với  $p > 0,005$  ( $p = 0,643$ ).

**Phân loại 2.** Cách phân loại này chú ý cả điểm tiếp xúc bên làm việc và không làm việc.

Trong cách phân loại này, kiểu hướng dẫn sang bên phổ biến nhất là HDN- (44,5%), sau đó đến HDRN- (21,5%). Kiểu hướng dẫn sang bên có điểm chạm bên không làm việc ít phổ biến hơn: HDRN+ (2%) và HDN+ (17,5%). Kiểu hướng dẫn sang bên không phân loại chiếm 14,5%. Có 53% đối tượng có kiểu hướng dẫn sang bên trái giống bên phải. Theo cách phân loại này thì kiểu hướng dẫn sang bên phải và trái khác nhau có ý nghĩa thống kê ở HDRN-, HDN- và HDN+ với  $p < 0,005$  ( $p = 0,000$ ).

Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa kiểu hướng dẫn sang bên theo phân loại 2 giữa nam và nữ cả bên phải và trái với  $p > 0,005$  ( $p = 0,513$ ).

**Phân loại 3.** Theo cách phân loại này, kiểu hướng dẫn chiếm tỷ lệ cao nhất là hướng dẫn nhóm cả hai bên với 30%, sau đó là hướng dẫn răng nanh cả hai bên 14%, kết hợp giữa hướng dẫn răng nanh và hướng dẫn nhóm chiếm 9%, kiểu hướng dẫn cân bằng hai bên chiếm 9%, kiểu hướng dẫn không cân bằng hai bên là 18%. Kiểu hướng dẫn không phân loại được chiếm tỷ lệ 20%. Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa kiểu vận động sang bên đối xứng và không đối xứng hai bên giữa nam và nữ với  $p > 0,005$  ( $p = 0,689$ ).

❖ **Điểm tiếp xúc bên không làm việc.**

Điểm cản trở bên không làm việc được định nghĩa là điểm chạm bên không làm việc ngăn cản những điểm chạm bên làm việc. Tỷ lệ có điểm cản trở bên không làm việc khi đưa hàm sang bên là 14,5% và 20% đối tượng có điểm cản trở bên không làm việc khi đưa hàm sang bên (bảng 3.8). Điểm cản trở khớp cắn thường nằm ở răng hàm lớn thứ ba hàm trên và hàm dưới.

Điểm chạm bên không làm việc có ở 27 đối

tượng (27%) (bảng 3.8), trong đó có 9 đối tượng có điểm chạm bên không làm việc cả bên phải và trái; 18 đối tượng có điểm không bên không làm việc một bên. Tỷ lệ điểm chạm bên không làm việc xảy ra khi đưa hàm sang bên là 19,5%.

Số lượng điểm chạm bên không làm việc khác nhau có ý nghĩa thống kê giữa bên phải và trái với  $p < 0,005$  ( $p = 0,000$ ).

Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về số lượng điểm chạm bên không làm việc giữa nam và nữ với  $p > 0,005$

#### IV. BÀN LUẬN

Tiêu chuẩn lựa chọn đối tượng của nghiên cứu này để đảm bảo đại diện cho hàm răng tự nhiên. Lựa chọn những đối tượng có độ tuổi từ 18-25 vì những thay đổi trong quá trình phát triển khớp cắn cũng ảnh hưởng đến loại hướng dẫn sang bên. Những trường hợp răng bị mòn cũng được loại trừ dựa trên khẳng định trong nghiên cứu của McAdam 20 và Woda 12 đó là hướng dẫn răng nanh và hướng dẫn nhóm đường như là hai trạng thái kế tiếp của hàm răng tự nhiên dưới sự ảnh hưởng của mòn răng.

Phương pháp sử dụng để xác định các điểm tiếp xúc khớp cắn là những phương pháp hay sử dụng trên lâm sàng, tương tự như những phương pháp sử dụng trong các nghiên cứu khác. Nhiều nghiên cứu khác sử dụng các phương pháp khác như chỉ nha khoa, giấy cắn, sáp cắn và giấy cắn, shimstock, silicon, alginat, T-scan. Một nghiên cứu so sánh đã chỉ ra rằng khi kiểm tra điểm chạm khớp cắn thì shimstock có độ chính xác cao hơn giấy cắn, vì vậy trong nghiên cứu này, tôi đã chọn ghi dấu điểm chạm khớp bằng shimstock. Điểm mới của nghiên cứu này là chú ý đến phản hồi của đối tượng nghiên cứu như là một phương pháp xác định điểm tiếp xúc khớp cắn. Mặc dù phương pháp này sử dụng phổ biến trong thực hành lâm sàng nhưng rất ít nghiên cứu đề cập đến phương pháp này. Răng được gắn vào xương ổ răng bằng dây chằng nha chu giúp răng có thể di chuyển nhẹ. Trong chuyển động đưa hàm sang bên, lực cắn không phân bố đều giữa các răng, một số răng phải chịu tải lực lớn hơn các răng khác. Mục tiêu của phương pháp thứ 3 này không phải là xác định chính xác tất cả điểm điểm chạm khớp, nó chỉ là phương pháp kiểm tra thêm những điểm tiếp xúc chính đã được xác định bởi hai phương pháp đầu.

Điểm tiếp xúc khớp cắn được ghi nhận khi đưa hàm sang bên từ tư thế lỏng múi tối đa đến vị trí đối đầu răng nanh như trong hầu hết các nghiên cứu khác. Một số nghiên cứu khác đánh

giá các điểm tiếp xúc khớp cắn không trong quá trình chuyển động mà ở một số vị trí nhất định 0,5mm hoặc 3mm.

Nghiên cứu này sử dụng nhiều cách phân loại hướng dẫn đưa hàm sang bên nên có thể so sánh với nhiều nghiên cứu khác. Tuy nhiên, do có sự khác biệt về phương pháp nghiên cứu giữa các nghiên cứu nên làm hạn chế sự so sánh. Vì nghiên cứu này ghi lại những điểm tiếp xúc khớp cắn trong quá trình chuyển động đưa hàm sang bên từ tư thế lỏng múi tối đa đến vị trí đối đầu răng nanh nên chỉ những nghiên cứu ghi điểm chạm khớp trong khoảng di chuyển hàm tương tự mới có khả năng so sánh. Bên cạnh đó, những nghiên cứu không ghi những điểm tiếp xúc khớp cắn trong quá trình di chuyển trừ những vị trí xác định nhưng vẫn phân loại hướng dẫn sang bên dựa trên toàn bộ phạm vi từ lỏng múi tối đa đến vị trí đối đầu răng nanh vẫn có thể so sánh được. Những nghiên cứu ghi và phân loại hướng dẫn sang bên chỉ tại những vị trí xác định (như vị trí đối đầu răng nanh) bị loại vì quá khác biệt.

Trong cách phân loại thứ nhất, trong nghiên cứu của tôi thì loại hướng dẫn sang bên chiếm tỷ lệ lớn nhất là hướng dẫn nhóm (62%). Kết quả này khá tương đồng với các nghiên cứu khác cũng có hướng dẫn nhóm chiếm tỷ lệ cao nhất nhưng có kết quả cao hơn so với nghiên cứu của chúng tôi như nghiên cứu của Katarina Francova (74,5%)<sup>1</sup>, Hochman (87,5%)<sup>2</sup>, Ogawa 1998 (86%)<sup>3</sup>. Tỷ lệ hướng dẫn răng nanh (HNRN) trong nghiên cứu của chúng tôi là 23,5% thấp hơn tỷ lệ ở nghiên cứu của Katarina Francova (25%)<sup>1</sup> nhưng cao hơn kết quả trong nghiên cứu của Hochman và Ogawa (12,5%, 10,5%, 10,1%)

Theo cách phân loại 2, tỷ lệ hướng dẫn răng nanh bên làm việc và không có điểm chạm bên không làm việc (HDRN-) là 21,5%, cao hơn kết quả trong các nghiên cứu khác như trong nghiên cứu của Katarina (20,5%)<sup>1</sup>, Hochman (0%)<sup>3</sup>, Ogawa 1998 (9,3%)<sup>3</sup>. Tỷ lệ hướng dẫn nhóm bên làm việc và không có điểm chạm bên không làm việc (HDN-) là 44,5%, thấp hơn kết quả trong các nghiên cứu của Katarina (56,5%)<sup>1</sup> nhưng lại cao hơn kết quả trong nghiên cứu của Hochman (3,1%)<sup>2</sup>, Ogawa 1998 (43,3%)<sup>3</sup>. Trong khi đó tỷ lệ khớp cắn cân bằng trong nghiên cứu của chúng tôi là 19,5% thấp hơn kết quả trong các nghiên cứu khác nghiên cứu của Katarina (22,5%)<sup>1</sup>, Hochman (89,6%)<sup>2</sup>, Ogawa 1998 (41,8%)<sup>3</sup>

Theo cách phân loại 3, tỷ lệ hướng dẫn răng nanh cả hai bên trong nghiên cứu này là 14%, cao hơn kết quả trong các nghiên cứu khác như nghiên cứu của Katarina Francova (11%)<sup>1</sup>,

Rinchuse 1982 (1,3%)<sup>4</sup>, Rinchuse 1983 (1,4%)<sup>5</sup>, Tippon và Rinchuse (8,9%)<sup>6</sup>. Tỷ lệ khớp cắn cân bằng một bên trong nghiên cứu này là 18%, khá tương đồng với kết quả trong các nghiên cứu khác như Katarina Francova (22%)<sup>1</sup>, Rinchuse 1982 (23,5%)<sup>4</sup>, Rinchuse 1983 (23,7%)<sup>5</sup>, Tippon và Rinchuse (33,7%)<sup>6</sup>. Tỷ lệ khớp cắn cân bằng hai bên trong nghiên cứu này là 9%, tương đồng so với kết quả trong các nghiên cứu khác như Katarina Francova (11%)<sup>1</sup>, thấp hơn so với kết quả trong các nghiên cứu khác như Rinchuse 1982 (68,3%)<sup>4</sup>, Rinchuse 1983 (68,4%)<sup>5</sup>, Tippon và Rinchuse (40,6%)<sup>6</sup>

Có sự khác biệt lớn về kết quả tỷ lệ các loại hướng dẫn sang bên giữa nghiên cứu của chúng tôi và nghiên cứu của các tác giả đã nêu trên. Điều này do sự lựa chọn đối tượng nghiên cứu có sự khác biệt. Nghiên cứu của chúng tôi được thực hiện trên đối tượng là sinh viên Răng Hàm Mặt có độ tuổi từ 18-24, chưa chỉnh nha trước đây, trong khi nghiên cứu của Katarina lựa chọn cả đối tượng đã chỉnh nha, nghiên cứu của Hochman loại trừ những đối tượng có sai khớp cắn loại III Angle, nghiên cứu của Rinchuse có đối tượng đã chỉnh nha ngoài ra sự khác biệt về chủng tộc cũng ảnh hưởng đến tỷ lệ loại hướng dẫn sang bên do có sự khác biệt về xương mặt

Trong nghiên cứu này đã chỉ ra là các loại hướng dẫn sang bên bên phải thường khác loại hướng dẫn sang bên bên trái. Điều này cũng được phát hiện trong các nghiên cứu của các tác giả khác như nghiên cứu của Katarina Francova<sup>1</sup> và Wang<sup>7</sup>. Bên cạnh đó, không có sự khác nhau có ý nghĩa thống kê về kiểu hướng dẫn chuyển động đưa hàm sang bên giữa nam và nữ. Điều này cũng được đề cập trong các nghiên cứu của các tác giả khác như nghiên cứu của Katarina Francova<sup>1</sup> và Wang<sup>7</sup>.

Tỷ lệ điểm chạm bên không làm việc ở nghiên cứu này có trên 27% đối tượng. Những nghiên cứu khác cũng báo cáo cho kết quả tỷ lệ tương đối tương đồng như nghiên cứu Katarina Francova (33%)<sup>1</sup>, Marklund (35%)<sup>8</sup>. Nghiên cứu này cũng cho kết quả là không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về tỷ lệ điểm chạm bên không làm việc giữa nam và nữ và giữa bên phải và trái. Điều này cũng tương đồng với kết quả của nhiều nghiên cứu như Katarina Francova<sup>1</sup>, Marklund<sup>8</sup>. Tỷ lệ điểm cản trở khớp cắn trong nghiên cứu này là 14,5% cao hơn các nghiên cứu khác như Katarina Francova (0,5%)<sup>1</sup>, điều này do sự khác biệt về đối tượng nghiên cứu- nghiên cứu của Katarina thực hiện trên cả đối tượng đã chỉnh nha. Điểm cản trở khớp cắn

thường nằm ở răng hàm lớn thứ ba hàm trên và hàm dưới, nên khuyến khích bệnh nhân nhổ răng hàm lớn thứ ba để tránh cản trở chuyển động đưa hàm sang bên.

## V. KẾT LUẬN

Theo cách phân loại thứ nhất, loại hướng dẫn trong chuyển động đưa hàm sang bên chiếm tỷ lệ lớn nhất là hướng dẫn nhóm (62%), tiếp theo là hướng dẫn răng nanh (chiếm tỉ lệ 23,5%). Theo cách phân loại thứ hai, loại hướng dẫn sang bên chiếm tỷ lệ cao nhất là HDN- (44,5%), sau đó đến HDRN- (21,5%). Kiểu hướng dẫn sang bên có điểm chạm bên không làm việc ít phổ biến hơn với 19,2%. Theo cách phân loại thứ ba, loại hướng dẫn chiếm tỷ lệ cao nhất là hướng dẫn nhóm cả hai bên với 30%, sau đó là hướng dẫn răng nanh cả hai bên 14%, kiểu hướng dẫn cân bằng hai bên chiếm 9%, kiểu hướng dẫn không cân bằng hai bên là 21%. Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa các loại hướng dẫn sang bên phải và trái. Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa các loại hướng dẫn sang bên và giới tính với  $p > 0,05$ . Tỷ lệ điểm chạm bên không làm việc ở nghiên cứu này có trên 30% đối tượng. Tỷ lệ điểm cản trở khớp cắn trong nghiên cứu này là 14,5%. Điểm cản trở khớp cắn thường nằm ở răng hàm lớn thứ ba hàm trên và hàm dưới, nên khuyến khích bệnh nhân nhổ răng hàm lớn thứ ba để tránh cản trở chuyển động đưa hàm sang bên.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Francová K, Eber M, Zapletalová J.** Functional occlusal patterns during lateral excursions in young adults. *J Prosthet Dent.* 2015;113(6):571-577. doi:10.1016/j.prosdent.2014.12.004
2. **Hochman N, Ehrlich J, Yaffe A.** Tooth contact during dynamic lateral excursion in young adults. *J Oral Rehabil.* 1995;22(3):221-224. doi:10.1111/j.1365-2842.1995.tb01567.x
3. **Ogawa T, Ogimoto T, Koyano K.** Pattern of occlusal contacts in lateral positions: canine protection and group function validity in classifying guidance patterns. *J Prosthet Dent.* 1998;80(1):67-74. doi:10.1016/s0022-3913(98)70093-9
4. **Rinchuse DJ, Sassouni V.** An evaluation of eccentric occlusal contacts in orthodontically treated subjects. *Am J Orthod.* 1982;82(3):251-256. doi:10.1016/0002-9416(82)90146-4
5. **Rinchuse DJ, Sassouni V.** An evaluation of functional occlusal interferences in orthodontically treated and untreated subjects. *Angle Orthod.* 1983;53(2):122-130. doi:10.1043/0003-3219(1983)053<0122:AEOFOI>2.0.CO;2
6. **Tipton RT, Rinchuse DJ.** The relationship between static occlusion and functional occlusion in a dental school population. *Angle Orthod.* 1991; 61(1):57-66. doi:10.1043/0003-3219 (1991) 061<0057:TRBSOA>2.0.CO;2
7. **Wang YL, Cheng J, Chen YM, Yip KHK, Smales RJ, Yin XM.** Patterns and forces of occlusal contacts during lateral excursions recorded by the T-Scan II system in young Chinese adults with normal occlusions. *J Oral Rehabil.* 2011; 38 (8):571-578. doi:10.1111/j.1365-2842.2010.02194.x
8. **Marklund S, Wänman A.** A century of controversy regarding the benefit or detriment of occlusal contacts on the mediobuccal side. *J Oral Rehabil.* 2000;27(7):553-562. doi:10.1046/j.1365-2842.2000.00629.x

## PHÂN TÍCH CHI PHÍ THỎA DỤNG ESOMEPRAZOLE TRONG ĐIỀU TRỊ PHÒNG NGỪA TÁI XUẤT HUYẾT TIÊU HÓA DO LOÉT DẠ DÀY - TÁ TRÀNG Ở BỆNH NHÂN SAU NỘI SOI CAN THIỆP CẦM MÁU TẠI VIỆT NAM

Võ Xuân Nam<sup>1</sup>, Cao Ngọc Tuấn<sup>2</sup>, Lương Thị Tuyết Minh<sup>3</sup>

### TÓM TẮT

**Đặt vấn đề:** Xuất huyết tiêu hóa do loét dạ dày - tá tràng là nguyên nhân phổ biến dẫn đến nhập viện. Việc sử dụng thuốc ức chế bơm proton có thể cải thiện được tỷ lệ tái xuất huyết, tử vong cho bệnh nhân sau

nội soi can thiệp cầm máu. Nghiên cứu này hướng đến việc phân tích chi phí hiệu quả của esomeprazole tiêm tĩnh mạch liều cao ở bệnh nhân loét dạ dày - tá tràng đã trải qua điều trị bằng phương pháp nội soi can thiệp cầm máu. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu sử dụng mô hình cây quyết định, so sánh chi phí hiệu quả giữa sử dụng esomeprazole và pantoprazole tiêm tĩnh mạch liều cao để ngăn ngừa nguy cơ tái xuất huyết. Thời gian điều trị tính từ lúc nội soi can thiệp thành công là 30 ngày. Số liệu được lấy từ tổng quan hệ thống tài liệu dựa trên các cơ sở dữ liệu. Khung thời gian đánh giá của mô hình là một năm. **Kết quả:** Esomeprazole có hiệu quả lâm sàng tốt hơn so với pantoprazole trong chỉ định điều trị phòng ngừa tái xuất huyết tiêu hóa do loét dạ dày - tá tràng. Theo quan

<sup>1</sup>Trường Đại học Tôn Đức Thắng, Tp Hồ Chí Minh

<sup>2</sup>Bệnh viện Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh

<sup>3</sup>Bệnh viện Chợ Rẫy

Chịu trách nhiệm chính: Võ Xuân Nam

Email: voxuannam@tdtu.edu.vn

Ngày nhận bài: 30.8.2022

Ngày phản biện khoa học: 30.9.2022

Ngày duyệt bài: 12.10.2022