

Theo đó, sinh viên y đa khoa năm thứ sáu có kiến thức chung đúng nhiều hơn 1,5 lần sinh viên y đa khoa năm thứ năm. Kết quả cho thấy sự khác biệt giữa giới tính với kiến thức chung đúng không có ý nghĩa thống kê. Giới tính với thái độ chung về COVID-19 có mối liên quan có ý nghĩa thống kê. Sinh viên nữ có thái độ chung tích cực cao hơn gấp 1,69 lần sinh viên. Sự khác biệt giữa năm học và thái độ chung về COVID-19 không có ý nghĩa thống kê

Kết quả này tương đồng với kết quả trên sinh viên y khoa tại Uganda. Mối quan hệ giữa kiến thức đúng và thái độ tích cực về COVID-19 cũng được ghi nhận trong một số nghiên cứu. Một người có ý định với một hành vi cụ thể có thể được dự đoán bằng thái độ của người đó đối với hành vi đó. Dựa trên mối liên hệ tích cực đáng kể giữa kiến thức và thái độ trong nghiên cứu của chúng tôi, các chương trình giáo dục sức khỏe, đặc biệt nên quan tâm nhiều vào các cá nhân có kiến thức kém hơn [7][8].

#### V. KẾT LUẬN

Tỷ lệ sinh viên có kiến thức đúng và thái độ tích cực về COVID-19 tương đối thấp. Nhà trường cũng như cũng như các hội sinh viên trong trường cần tập trung truyền thông qua mạng xã hội, và khuyến khích sinh viên truy cập các nguồn thông tin chính thống từ Bộ Y tế và báo khoa học.

#### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Chang D, Lin M, Wei L, Xie L (2020).** Epidemiologic and Clinical Characteristics of Novel Coronavirus Infections Involving 13 Patients Outside Wuhan, China. *JAMA*, 323(11):1092-1093.
2. **WHO (2020).** Coronavirus disease 2019 (COVID-19) 2020.
3. **Saqlain M, Munir MM, Rehman SU, Gulzar A (2020).** Knowledge, attitude, practice and perceived barriers among healthcare professionals regarding COVID-19: A Cross-sectional survey from Pakistan. *J Hosp Infect*, 105(3):419-423.
4. **Khasawneh AI, Humeidan AA, Alsulaiman JW, Bloukh S (2020).** Medical Students and COVID-19: Knowledge, Attitudes, and Precautionary Measures. A Descriptive Study From Jordan. *Front Public Health*, 8:253.
5. **Al Sulayyim Hadi J, Al-Noaemi Mohammed Chyad, Rajab Saleh M, Dagherri Hassan A (2020).** An Assessment of Healthcare Workers Knowledge about COVID-19. *Open Journal of Epidemiology*, 10(03):220.
6. **Taghrir MH, Borazjani R, Shiraly R (2020).** COVID-19 and Iranian Medical Students; A Survey on Their Related- Knowledge, Preventive Behaviors and Risk Perception. *Arch Iran Med*, 23(4):249-254.
7. **Modi PD, Nair G, Uppe A, Modi J (2020).** COVID-19 Awareness Among Healthcare Students and Professionals in Mumbai Metropolitan Region: A Questionnaire-Based Survey. *Cureus*, 12(4) :7514.
8. **Olum R, Kajjimu J, Kanyike AM (2020).** Perspective of Medical Students on the COVID-19 Pandemic: Survey of Nine Medical Schools in Uganda. *JMIR Public Health Surveill*, 6(2):19847.

## ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG CỦA BỆNH NHÂN CÓ CẢN NGƯỢC VÙNG CỬA TRONG ĐỘ TUỔI RĂNG HỖN HỢP

Phạm Thu Trang\*

#### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Mô tả một số đặc điểm lâm sàng của bệnh nhân có cản ngược vùng cửa trong độ tuổi răng hỗn hợp. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu được thực hiện trên 30 bệnh nhân có cản ngược vùng cửa trong độ tuổi răng hỗn hợp đến khám và điều trị tại bệnh viện răng hàm mặt trung ương Hà Nội, sử dụng kết quả đo thăm khám lâm sàng. **Kết quả:** trong các bệnh nhân cản ngược vùng cửa giai đoạn sớm của hàm răng hỗn hợp có 43,33% phanh lưỡi bám thấp, 33,33% vị trí lưỡi đặt thấp, và 23,33% có thói quen xấu đẩy lưỡi. Chiều cao

tăng mặt dưới  $57,55 \pm 2,45$  mm. Tương quan răng 6 theo Angle loại III chiếm tỉ lệ 63,33% bên Phải, 56,67% bên trái; sau đó đến tương quan loại I bên Trái chiếm 43,33% và 36,67% bên Phải. **Kết luận:** Các bệnh nhân có khớp cắn ngược vùng cửa trên hàm răng hỗn hợp giai đoạn sớm có vị trí lưỡi đặt thấp, hay kèm theo thói quen xấu đẩy lưỡi, chiều cao tăng mặt dưới thấp và tương quan răng 6 theo Angle chủ yếu loại III sau đó đến loại I và không có tương quan loại II.

#### SUMMARY

##### CLINICAL FEATURE OF ANTERIOR CROSSBITE IN MIX DENTITION

**Objective:** To describe the clinical features of anterior crossbite in mix dentition. **Materials and method:** 30 patients with anterior crossbite in mix dentition were examined and treated in National Hospital of Odonto Stomatology, analysis index in the clinical feature. **Results:** Rate of tongue tie was 43,33%; Rate of low position of tongue was 33,33%,

\**Bệnh viện Răng Hàm Mặt trung ương Hà Nội*

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Thu Trang

Email: Trangpham368@gmail.com

Ngày nhận bài: 6.12.2022

Ngày phản biện khoa học: 10.01.2023

Ngày duyệt bài: 10.2.2023

and 23,34% tongue thrust, Low facial high was 57,55  $\pm$  2,45 mm, Class III Angle with Right first molar was 63,33%, Left first molar was 56,67%; Class I Angle with Right first molar was 43,33%, Left first molar was 36,67%.

**Keyword:** Clinical feature, anterior crossbite, mixed dentition

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Cắn ngược vùng cửa do răng có tỉ lệ khoảng 4-5 % [1]. Cắn ngược có thể gây nên sang chấn khớp cắn, mòn mặt trong răng cửa dưới, mặt ngoài răng cửa trên, ảnh hưởng đến tuổi thọ của răng, rối loạn chức năng khớp thái dương hàm, ngoài ra còn gây mất thẩm mỹ khuôn mặt, ảnh hưởng đến giọng nói và các chức năng hàm mặt. Bởi vậy điều trị cắn ngược vùng cửa trở nên cấp thiết. Tuy nhiên việc điều trị này sẽ cần đánh giá thể bệnh một cách toàn diện trong đó cần đánh giá yếu tố nguyên nhân. Nguyên nhân cắn ngược vùng cửa có thể do răng, do xương hoặc do các nguyên nhân ngoại lai như các thói quen không tốt ở vùng hàm mặt. Đối với nguyên nhân do các chức năng hàm mặt

nếu được phát hiện sớm, điều trị sớm sẽ giúp cho sự phát triển khuôn mặt cũng như khớp cắn của trẻ được phát triển theo hướng thuận lợi nhất. Điều trị khớp cắn ngược tùy theo thời điểm can thiệp và nguyên nhân sai lệch khớp cắn.

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

**2.1 Đối tượng nghiên cứu.** Bệnh nhân đến khám và điều trị tại khoa Nắn chỉnh răng bệnh viện Răng Hàm Mặt trung ương Hà Nội trong thời gian 2021-2022 thỏa mãn tiêu chuẩn:

**Tiêu chuẩn lựa chọn.** Bệnh nhân đang ở giai đoạn đầu của hàm răng hỗn hợp, có khớp cắn ngược vùng cửa, vị trí tương quan tâm khác cắn khít trung tâm ( $CO \neq CR$ ), bệnh nhân chưa từng được nắn chỉnh răng, bệnh nhân có bố mẹ hoặc người giám hộ đồng ý tham gia nghiên cứu.

**Tiêu chuẩn loại trừ:** Dị tật bẩm sinh vùng hàm mặt, bệnh nhân không hợp tác.

**2.2 Thiết kế nghiên cứu.** Cắt ngang mô tả Chọn mẫu thuận tiện

**2.3** Biến số và các chỉ số dùng trong nghiên cứu.

**Bảng: Các biến số dùng trong nghiên cứu**

	Biến số	Cách xác định	Phân loại biến
<b>Đặc điểm chung</b>			
1.	Tuổi	Hỏi bệnh	Liên tục
2.	Giới	Hỏi bệnh	Nhị phân
<b>Đặc điểm lâm sàng</b>			
3.	Phanh lưỡi bám thấp	Dài sợi dính ở phanh ở mức trung bình và còn đàn hồi, lưỡi được giữ từ 2 – 4 mm từ đầu sàn miệng gần với rãnh sau các răng cửa dưới. Dài sợi còn nhìn thấy nhưng dày và cứng hơn neo từ giữa dưới lưỡi đến sàn miệng. Dài sợi dính ở phanh bị lấp phía sau hoặc không nhìn thấy nhưng chạm vào bằng đầu ngón tay có thể cảm nhận các sợi dai chắc neo giữ lưỡi.	Nhị phân
4.	Thói quen xấu đẩy lưỡi	Kết thúc quá trình nuốt nếu thấy lưỡi bệnh nhân đặt giữa 2 hàm răng trên và dưới.	Nhị phân
5.	Vị trí lưỡi đặt thấp	Kết thúc quá trình nuốt nếu thấy lưỡi bệnh nhân đặt giữa 2 hàm răng trên và dưới.	Nhị phân
6.	Chiều cao tăng mặt dưới (mm)	Khoảng cách từ chân cánh mũi đến đỉnh cằm	Liên tục
7.	Cắn trùn (mm)	Độ cắn trùn là khoảng cách giữa rìa cắn răng cửa trên và dưới theo chiều đứng khi hai hàm cắn khớp	Liên tục
8.	Cắn chìa (mm)	Là khoảng cách giữa rìa cắn răng cửa trên và dưới theo chiều trước sau	Liên tục
9.	Tương quan răng 6	Loại I: đỉnh nướu ngoài gần răng 6 trên khớp rãnh ngoài gần răng 6 dưới. Loại II: đỉnh nướu ngoài gần răng 6 trên nằm về phía gần rãnh ngoài gần răng 6 dưới. Loại III: đỉnh nướu ngoài gần răng 6 trên nằm về phía xa rãnh ngoài gần răng 6 dưới.	Danh định

### 3. Các bước tiến hành nghiên cứu

Bước 1: Khám sàng lọc chọn lựa đối tượng nghiên cứu.

Bệnh nhân đến khám được phân loại giai

đoạn hàm răng hỗn hợp giai đoạn sớm, nếu có cắn ngược vùng cửa, vị trí tương quan tâm khác cắn khít trung tâm, được đưa vào nhóm nghiên cứu. Bệnh nhân được khám và ghi các chỉ số

ngiên cứu lên phiếu nghiên cứu.

Bước 2: Thống kê và viết kết quả.

**4. Phương pháp thu thập thông tin:**

Thông tin được thu thập qua bộ công cụ thu thập số liệu, phiếu khám lâm sàng.

**5. Đạo đức trong nghiên cứu.** Nghiên cứu được thực hiện tại cơ sở có sự đồng ý của bệnh viện RHM Trung Ương Hà Nội, giải thích rõ cho đối tượng về mục đích của nghiên cứu, trách nhiệm của người nghiên cứu, trách nhiệm và quyền lợi của người tham gia nghiên cứu.

**III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU**

**3.1. Tuổi trung bình bắt đầu điều trị**

**Bảng 3.1: Tuổi trung bình bắt đầu điều trị**

Biến	GTTB+- SD	GTLN	GTNN
Tuổi	8,07 ± 0,94	10	6

**Nhận xét:** Tuổi trung bình bắt đầu điều trị là 8,07 tuổi. Trong đó lớn nhất là 10 tuổi, thấp nhất là 6 tuổi.

**3.2. Chức năng hàm mặt**

**Bảng 3.3: Chức năng hàm mặt**

Biến	Số lượng (n=30)	%
Thói quen xấu đẩy lưỡi	7	23,3
Phanh lưỡi bám thấp	13	43,33
Vị trí lưỡi đặt thấp	10	33,3

**Nhận xét:** Thói quen đẩy lưỡi chiếm 23,3%, phanh lưỡi bám thấp chiếm 43,33%, vị trí lưỡi đặt thấp chiếm 33%.

**3.3. Đặc điểm lâm sàng**

**Bảng 3.4: độ cắn tràm cắn chia trên lâm sàng**

Biến (n=30)	GTTB+- SD	GTLN	GTNN
Chiều cao tăng mặt dưới (mm)	57,55 ± 2,45	62,0	54,0
Cắn tràm (mm)	-2,51± 1,90	-0,5	-7,0
Cắn chia (mm)	-2,17± 0,92	-1,0	-4,0

**Nhận xét:** Chiều cao tăng mặt dưới trung bình là 57,55mm với biên độ dao động từ 54,0 đến 62,0mm

Độ cắn tràm trung bình là -2,51mm với biên độ dao động từ -7,0 mm đến -0,5mm

Độ cắn chia trung bình là -2,17mm với biên độ dao động từ -1,0 mm đến -4,0mm

**3.4. Tương quan răng 6 theo Angle**

**Bảng 3.5: Tương quan răng 6 theo Angle**

Biến	Loại I n(%)	Loại II	Loại III N (%)	Tổng
Tương quan răng 6 Phải	11	0	19	30
	36,67%	0	63,33%	(100%)
Tương quan răng 6 Trái	13	0	17	30
	43,33%	0	56,67%	(100%)

**Nhận xét:** Tương quan răng 6 theo Angle là chủ yếu là loại III với 63,33% bên Phải và 43,33% bên Trái, sau đó đến tương quan loại I với 36,67% bên Phải và 43,33% bên Trái

**IV. BÀN LUẬN**

Nghiên cứu của chúng tôi tiến hành từ năm 2020 đến 2022, thu thập được 30 bệnh nhân đủ tiêu chuẩn nghiên cứu. Trong số 30 bệnh nhân này, nữ giới chiếm phần lớn với tỷ lệ 60% (biểu đồ 3.1). Độ tuổi trung bình bắt đầu điều trị của bệnh nhân là 8,07 ± 0,94 (lớn nhất 10 tuổi, bé nhất 6 tuổi) (bảng 3.1). Kết quả của chúng tôi tương đương độ tuổi trung bình của Moon 2005 [2] nghiên cứu trên nhóm bệnh nhân Hàn Quốc là 8,5 tuổi, và Kajijama 2000 trên nhóm bệnh nhân người Nhật là 8,07 tuổi [3]. Có thể thấy kết quả tương đương do cùng nghiên cứu trên người Châu Á. Độ tuổi trung bình của hàm răng hỗn hợp giai đoạn sớm là 8 tuổi. Đây là độ tuổi mà bệnh nhân đang trong giai đoạn bộ răng hỗn hợp và là độ tuổi thích hợp nhất để can thiệp chỉnh nha bằng phương pháp Myobrace theo khuyến cáo của nhà sản xuất.

Qua thăm khám lâm sàng, bệnh nhân có phanh lưỡi bám thấp chiếm tỷ lệ cao nhất (43,33%) (bảng 3.3). Các bệnh nhân có phanh lưỡi bám thấp có thể gây ra một số bất thường trong quá trình mọc răng hàm dưới và sự phát triển của xương hàm. Nghiên cứu của So-Jeong Jang chỉ ra rằng tình trạng lệch khớp cắn loại III ở xương có liên quan đến phanh lưỡi ngắn. Những bệnh nhân được chẩn đoán mắc chứng dính lưỡi có thể có khuynh hướng lệch lạc ở xương loại III [22]. Bên cạnh đó, có 33,3% bệnh nhân nghiên cứu có vị trí đặt lưỡi thấp và 23,3% bệnh nhân có thói quen đẩy lưỡi (bảng 3.3). Vị trí lưỡi đặt thấp gây thiếu lực tại vòm miệng và làm tăng hoạt động cơ vùng má, gây ra kém phát triển hàm trên theo chiều ngang và hạn chế sự phát triển của các răng phía trước hàm trên. Đó là các nguyên nhân gây ra cắn chéo phía sau 1 bên hoặc 2 bên. Đồng thời vị trí lưỡi đặt thấp gây quá phát xương hàm dưới gây ra bất cân xứng 2 hàm, sai khớp cắn loại III. Thói quen đẩy lưỡi cũng là nguyên nhân chính gây ra cắn hở đặc biệt khi đi kèm thở miệng [4, 5].

Theo kết quả đánh giá lâm sàng của bảng 3.4, các bệnh nhân có độ cắn chia trung bình lần lượt là -2,51± 1,90mm. Do độ cắn chia âm nên theo kết quả của bảng 3.5, hầu hết các bệnh nhân đều có tương quan 6 răng theo phân loại của Angle chủ yếu là loại III với bên phải chiếm 63,33% và bên trái chiếm 56,67%. Tương quan

6 răng thuộc phân loại I với bên phải chiếm 36,67% và bên trái là 43,44%. Không có bệnh nhân nào có tương quan 6 răng thuộc phân loại II. Điều đó cũng cho ta thấy bệnh nhân cắn ngược vùng cửa thì có tương quan răng 6 theo Angle là loại III và loại I.

Với những đặc điểm lâm sàng trên cũng cho thấy các bệnh nhân này phù hợp với việc đeo hàm Myobrace i3. Hàm Myobrace i-3 có thiết kế linh hoạt, kích thích các cơ mặt, giúp loại bỏ thói quen đặt lưỡi thấp và hỗ trợ điều trị sai khớp cắn loại III.

## V. KẾT LUẬN

Các bệnh nhân có khớp cắn ngược vùng cửa trên hàm răng hỗn hợp giai đoạn sớm có vị trí lưỡi đặt thấp, hay kèm theo thói quen xấu đẩy lưỡi, chiều cao tăng mặt dưới thấp và tương

quan răng 6 theo Angle chủ yếu loại III sau đó đến loại I và không có tương quan loại II.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Major, P.W. and K. Glover, Treatment of anterior cross-bites in the early mixed dentition. J Can Dent Assoc, 1992. **58**(7): p. 574-5, 578-9.
2. Moon, Y.-M., S.-J. Ahn, and Y.-I. Chang, Cephalometric predictors of long-term stability in the early treatment of Class III malocclusion. The Angle Orthodontist, 2005. **75**(5): p. 747-753.
3. Kajiyama, K., et al., Evaluation of the modified maxillary protractor applied to Class III malocclusion with retruded maxilla in early mixed dentition. American Journal of Orthodontics, 2000. **118**(5): p. 549-559.
4. Nagda, S.C. and U.B. Dixit, Current Evidence on the Effect of Pre-orthodontic Trainer in the Early Treatment of Malocclusion. 2019.
5. Wijey, R., It's time to talk about Myofunctional Therapy. 2018.

# KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ KHÔNG PHẪU THUẬT MÁU TỤ DƯỚI MÀNG CỨNG CẤP TÍNH TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TỈNH THÁI BÌNH

Vũ Minh Hải\*

## TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Nhận xét lâm sàng, tổn thương trên phim chụp cắt lớp vi tính và kết quả điều trị không phẫu thuật máu tụ dưới màng cứng cấp tính. **Phương pháp:** Mô tả cắt ngang 117 bệnh nhân máu tụ dưới màng cứng cấp tính điều trị không phẫu thuật tại Khoa Phẫu thuật Thần kinh-Cột sống bệnh viện Đa khoa tỉnh Thái Bình trong khoảng thời gian từ tháng 2 đến tháng 8 năm 2020. **Kết quả:** 117 bệnh nhân gồm 86 nam (73,5%), 31 nữ (26,5%); Tuổi nhỏ nhất: 8; Tuổi cao nhất: 96; Tuổi trung bình:  $53,84 \pm 20,92$ . Nguyên nhân tai nạn giao thông (55,6%), tai nạn sinh hoạt (35,9%), bạo lực (1,7%). Triệu chứng đau đầu (88,9%); tụ máu dưới da đầu (32,5%), vết thương vùng đầu (31,6%); nôn chiếm (23,1%). Lâm sàng theo (GCS): Mức độ nhẹ chiếm (90,6%), mức độ trung bình (7,7%), chỉ có (1,7%) mức độ nặng. Điều trị nội khoa, kết quả ra viện tốt (90,6%); khả chiếm (5,1%); trung bình (1,7%); sống thực vật (2,6%). **Kết luận:** Máu tụ dưới màng cứng cấp tính mức độ nhẹ điều trị không phẫu thuật đa số cho kết quả tốt. Khi điều trị cần lưu ý những bệnh nhân có thêm tổn thương phối hợp.

**Từ khóa:** máu tụ dưới màng cứng cấp tính, máu tụ dưới màng cứng không phẫu thuật, chấn thương sọ não.

\*Trường Đại học Y Dược Thái Bình

Chịu trách nhiệm chính: Vũ Minh Hải

Email: vuminhhai777@gmail.com

Ngày nhận bài: 01.12.2022

Ngày phản biện khoa học: 9.01.2023

Ngày duyệt bài: 8.2.2023

## SUMMARY

### THE OUTCOMES OF NONSURGICAL MANAGEMENT OF ACUTE SUBDURAL HEMATOMAS AT THAI BINH GENERAL HOSPITAL

**Objectives:** Clinical assessment, lesions on CT Scan and outcomes of non-surgical management of acute subdural hematomas. **Methods:** A descriptive cross-sectional study was conducted among 117 patients with acute subdural hematomas underwent non-surgical treatment at Department of Spinal Neurosurgery of Thai Binh General Hospital, from February to August, 2020. **Results:** 117 patients, including 86 males (73.5%), 31 females (26.5%); youngest: 8; oldest: 96; Mean age:  $53.84 \pm 20.92$ . Traffic accidents accounted for (55.6%), household accidents (35.9%), violence (1.7%). Headache (88.9%); scalp hematomas (32.5%), head lacerations (31.6%); vomiting (23.1%). According to GCS: Mild (90.6%), moderate (7.7%), only (1.7%) severe. Nonsurgical treatment outcomes: good when being discharged accounted for (90.6%); fair (5.1%); moderate (1.7%); vegetative state (2.6%). **Conclusion:** Mild acute subdural hematomas underwent non-surgical treatment mostly give good outcomes. In treatment, it is necessary to pay attention to patients with associated lesions.

**Keywords:** acute subdural hematoma, non-surgical subdural hematoma, traumatic brain injury.

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Chấn thương sọ não là một cấp cứu ngoại khoa thường gặp, chiếm khoảng 25-30% số bệnh nhân chấn thương nói chung. Số bệnh