

điều trị khỏi chiếm chủ yếu với 45,8%, bệnh nhân có bệnh mắc kèm chiếm 48,1%.

Thông qua khảo sát 131 hồ sơ bệnh án và 465 lượt xuất hiện biến cố bất lợi thì tỷ lệ bệnh nhân gặp ít nhất một biến cố bất lợi chiếm 87,8%. Trong đó biến cố đau khớp là biến cố gặp nhiều nhất với 51,9% và biến cố ít gặp nhất là đau đầu với 3,8. Một số yếu tố liên quan đến sự xuất hiện biến cố bất lợi, trên một số biến cố điển hình như đau khớp là thời gian điều trị và hàm lượng thuốc. Trên biến cố tăng men gan thì hàm lượng thuốc, tuổi và thời gian điều trị là yếu tố liên quan.

Việc phát hiện ra các yếu tố liên quan sẽ giúp xác định được các đối tượng cũng như định hướng cho việc lựa chọn thuốc và theo dõi bệnh nhân trong quá trình điều trị được tốt hơn.

### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Thị Vân Anh, Nguyễn Hoàng Anh & Trần Ngân Hà (2021), "Tổng kết công tác báo cáo ADR năm 2020", Trung tâm DI & ADR Quốc gia.
2. Nguyễn Hải Bình (2019), "Phân tích biến cố bất lợi liên quan đến thuốc lao hàng một tại bệnh viện

- lao và phổi Quảng Ninh", luận văn dược sĩ chuyên khoa cấp 1, Trường Đại học dược Hà Nội.
3. Bộ Y Tế (2021), Tài liệu tập huấn hướng dẫn chẩn đoán, điều trị và dự phòng bệnh lao, quyết định 1314/QĐ-BYT ngày 23/04/2021 của Bộ Y Tế.
  4. Cao Thị Thu Huyền (2017), "Phân tích biến cố bất lợi trên bệnh nhân sử dụng phác đồ điều trị lao đa kháng tại một số cơ sở trọng điểm", Luận văn thạc sĩ Dược, Đại học Dược Hà Nội.
  5. Ahmad, N., Javaid, A., Syed Sulaiman, et al. (2018), "Occurrence, Management, and Risk Factors for Adverse Drug Reactions in Multidrug Resistant Tuberculosis Patients", Am J Ther, 25(5), pp.e533-e540.
  6. Chakaya, J., Khan, M., Ntoumi, et al. (2021), "Global Tuberculosis Report 2020 - Reflections on the Global TB burden, treatment and prevention efforts", Int J Infect Dis, 113 Suppl 1, pp.S7-S12.
  7. Fatima, Maria Fatima Syeda, Nagesh Adla and Rama Devi (2021), "Ambispec-tive study of adverse drug reactions in multi-drug resistant tuberculosis patients in Warangal, Telangana".
  8. Fukunaga, R., Glaziou, et al. (2021), "Epidemiology of Tuberculosis and Progress Toward Meeting Global Targets - Worldwide, 2019", MMWR Morb Mortal Wkly Rep, 70(12), pp.427-430.

## TÌNH TRẠNG MẤT TƯƠNG XỨNG GIỮA RĂNG VÀ CUNG HÀM Ở MỘT NHÓM SINH VIÊN TUỔI TỪ 18-24 TẠI HÀ NỘI

Hà Ngọc Chiêu<sup>1</sup>, Nguyễn Thùy Linh<sup>2</sup>, Nguyễn Mạnh Cường<sup>3</sup>, Phạm Như Hải<sup>4</sup>

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Xác định sự phân bố tỷ lệ tình trạng mất tương xứng giữa răng và cung hàm ở một nhóm sinh viên từ 18-24 tuổi. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang qua khám lâm sàng, đo đặc trên mẫu thạch cao cung răng hai hàm của 305 đối tượng sinh viên Đại học Quốc gia và Trường Đại học Kinh doanh & Công nghệ Hà Nội (136 nam, 169 nữ), tuổi từ 18-24. **Kết quả:** Hàm trên, khoảng chênh lệch  $X \leq 0\text{mm}$  chiếm đa số ở cả hai giới, tiếp theo là khoảng chênh lệch  $0 < X \leq 5\text{mm}$  chiếm tỷ lệ nhỏ hơn, không có trường hợp có khoảng chênh lệch  $X > 5\text{mm}$ . Hàm dưới, khoảng chênh lệch  $X \leq 0\text{mm}$  chiếm đa số ở cả hai giới, khoảng chênh lệch  $X \geq 10\text{mm}$  và  $X \leq 0\text{mm}$  chiếm tỷ lệ nhỏ hơn, không có trường hợp khoảng chênh lệch  $5 < X < 10\text{mm}$ . Theo phân loại khớp cắn Angle, ở hàm trên, mức chênh lệch

$X \leq 0\text{mm}$  ở loại 0, I và loại II chiếm tỷ lệ cao (loại KC 0: 31,1%; KCI: 20,7%; KCII: 25,3%; KCIII: 0,3%), mức chênh lệch  $0 < X \leq 5\text{mm}$  ở loại I Angle chiếm tỷ lệ đa số (17,0%); ở hàm dưới, mức chênh lệch  $X \leq 0\text{mm}$  ở loại 0, I và loại II chiếm tỷ lệ cao (loại KC 0: 31,9%; KCI: 26,6%; KCII: 26,6%; KCIII: 0,7%), mức chênh lệch  $0 < X \leq 5\text{mm}$  ở loại I Angle chiếm tỷ lệ đa số (10,2%). **Kết luận:** Mức độ thiếu khoảng ít và thừa khoảng chiếm tỷ lệ cao nhất cả hai hàm, không có sự phân biệt về tỷ lệ thiếu khoảng giữa hai giới nam và nữ, phân bố tỷ lệ thiếu khoảng mức độ ít và không thiếu khoảng ở khớp cắn trung tính, sai khớp cắn loại I và II lớn hơn so với loại III Angle.

**Từ khóa:** cung răng, mẫu răng thạch cao, tương quan răng - hàm

### SUMMARY

#### ASYMMETRY BETWEEN TEETH AND DENTAL ARCHES IN A GROUP OF STUDENTS AGED 18-24 IN HANOI

**Objective:** To determine the distribution of the prevalence of asymmetry between teeth and dental arches in a group of students aged 18-24. **Subjects and methods:** A cross-sectional descriptive study was conducted using clinical examinations and measurements on plaster dental arch models of 305 subjects from the Vietnam National University, Hanoi and the Hanoi University of Business & Technology

<sup>1</sup>Trường Đại học Y Hà Nội

<sup>2</sup>Bệnh viện Răng Hàm Mặt Trung ương Hà Nội

<sup>3</sup>Trường Đại học Kỹ thuật Y Dược Đà Nẵng

<sup>4</sup>Trường Đại học Y Dược – ĐH Quốc gia Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Hà Ngọc Chiêu

Email: ngocchieu@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 10.3.2023

Ngày phản biên khoa học: 17.4.2023

Ngày duyệt bài: 17.5.2023

(136 males, 169 females), aged 18-24. **Results:** For the upper jaw, the majority of cases had an X discrepancy of  $\leq 0$  mm in both genders, followed by a discrepancy of  $0 < X \leq 5$  mm at a lower rate, with no cases having an X discrepancy of  $> 5$  mm. For the lower jaw, the majority of cases had an X discrepancy of  $\leq 0$  mm in both genders, with an X discrepancy of  $\geq 10$  mm and  $X \leq 0$  mm at a lower rate, and no cases had an X discrepancy of  $5 < X < 10$  mm. According to Angle's classification of occlusion, in the upper jaw, the X discrepancy of  $\leq 0$  mm in Class 0, I, and II had a high rate (Class 0: 31.1%; Class I: 20.7%; Class II: 25.3%; Class III: 0.3%), and the X discrepancy of  $0 < X \leq 5$  mm in Class I Angle had the majority (17.0%); in the lower jaw, the X discrepancy of  $\leq 0$  mm in Class 0, I, and II had a high rate (Class 0: 31.9%; Class I: 26.6%; Class II: 26.6%; Class III: 0.7%), and the X discrepancy of  $0 < X \leq 5$  mm in Class I Angle had the majority (10.2%). **Conclusion:** The levels of minor space deficiency and excess space had the highest rates in both jaws, with no significant differences in space deficiency rates between males and females. The distribution of minor space deficiency and no space deficiency in neutral occlusion, Class I and II malocclusions was higher than in Class III Angle.

**Keywords:** dental arch, plaster dental model, teeth-arch correlation

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ở lứa tuổi từ 18-24, tất cả các răng vĩnh viễn đã được thay và mọc hoàn toàn trên cung hàm, cung hàm đã ổn định và hầu như không thay đổi về kết cấu sọ mặt, trong đó hình dạng và kích thước của cung răng có vai trò quan trọng cho sự sắp xếp của các răng trên cung hàm. Tìm hiểu tình trạng lệch lạc cũng như tình trạng mất tương quan giữa răng và cung hàm góp phần vào công tác phòng ngừa và điều trị bệnh răng miệng, xác định được khoảng thiếu hoặc khoảng thừa, từ đó giúp các bác sĩ điều trị lâm sàng có kế hoạch cho những giai đoạn điều trị chỉnh nha, để có được hàm răng khỏe mạnh và khuôn mặt cân đối là rất cần thiết.

Trên thế giới cũng như tại Việt nam đã có một số nghiên cứu về tương quan giữa răng và cung hàm trên như nghiên cứu của Luiz Retano (2012) [1] về tương quan giữa hình dạng, kích thước cung răng và kích thước các răng hai hàm của người Brazil từ 18-24 tuổi. Nghiên cứu của Tạ Thị Hồng Nhung (2017) [2] về hình dạng răng cửa hàm trên và hình dạng cung răng trên mẫu thạch cao ở một nhóm đối tượng người Việt trưởng thành tuổi từ 18-25. Tuy nhiên chưa có nhiều nghiên cứu về tình trạng mất tương quan giữa kích thước của răng và kích thước của xương hàm ở độ tuổi từ 18-24 tuổi. Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài này với mục tiêu: Xác định tình trạng mất tương quan

giữa răng và cung hàm trên mẫu thạch cao ở một nhóm Sinh viên tuổi từ 18-24.

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

**2.1. Đối tượng nghiên cứu.** Nghiên cứu được thực hiện trên các sinh viên Đại học Quốc gia và Trường Đại học Kinh doanh & Công nghệ Hà Nội, từ 18-24 tuổi.

- **Tiêu chuẩn lựa chọn:** Không mắc dị tật bẩm sinh hoặc các bệnh ảnh hưởng đến tâm thần, thần kinh, chưa điều trị về chỉnh hình răng mặt, chưa phục hình răng giả, không bị mất răng vĩnh viễn (trừ răng khôn), đồng ý tham gia nghiên cứu.

- **Tiêu chuẩn loại trừ:** Thiếu răng vĩnh viễn trên cung hàm (trừ răng hàm lớn thứ ba), có răng hàm lớn thứ nhất bị gãy, vỡ lớn thân răng mà không xác định được khớp cắn, có tiền sử mắc các bệnh trầm cảm, tự kỷ.

### 2.2. Phương pháp nghiên cứu

- **Thời gian và địa điểm nghiên cứu:** Từ tháng 02/2022 đến tháng 08/2022 tại Đại học Quốc gia và Trường Đại học Kinh doanh & Công nghệ Hà Nội.

- **Thiết kế nghiên cứu:** Mô tả cắt ngang.

- **Cỡ mẫu:** Đây là một phần của nghiên cứu "Mối liên quan giữa nhu cầu điều trị chỉnh nha và mức độ tự tin của sinh viên độ tuổi 18-24", chúng tôi đã áp dụng công thức tính cỡ mẫu mô tả một tỷ lệ với sai số tương đối cho nghiên cứu mô tả cắt ngang, với  $p$  là tỷ lệ lệch lạc răng – hàm trong cộng đồng:

$$n = Z_{1-\alpha/2}^2 \frac{1-p}{\epsilon^2 p}$$

$n$ : cỡ mẫu nghiên cứu cần có;  $Z_{(1-\alpha/2)}$ : hệ số tin cậy, với mức ý nghĩa thống kê  $\alpha = 0,05$ , tương ứng với độ tin cậy là 95% thì  $Z_{(1-\alpha/2)} = 1,96$ ;  $p = 83,2\%$  [3],  $\epsilon$ : độ chính xác tương đối (lấy = 5,5% của  $p$ ). Thay vào công thức ta có  $n = 256,4$ . Như vậy cỡ mẫu nhỏ nhất là 257. Thực tế chúng tôi đã tiến hành nghiên cứu trên 305 đối tượng đủ tiêu chuẩn lựa chọn, trong đó 136 nam và 169 nữ.

- **Cách chọn mẫu:** Chọn mẫu thuận tiện có chủ đích.

**2.3. Vật liệu và phương tiện nghiên cứu:** gồm dụng cụ khám; dụng cụ lấy dấu, đổ mẫu; dụng cụ đo và đánh dấu

**2.4. Các chỉ số đo đạc:** Dùng bút chì đánh dấu đường qua đỉnh nướu ngoài gần các răng hàm lớn thứ nhất hàm trên và rãnh ngoài gần của răng hàm lớn thứ nhất hàm dưới rồi đặt ở khớp cắn trung tâm sau đó xác định loại khớp cắn theo Angle (KC0: Khớp cắn trung tính, KC1:

Sai khớp cắn loại I, KC2: Sai khớp cắn loại II, KC3: Sai khớp cắn loại III). Khoảng có sẵn: Khoảng này đo bằng cách chia chu vi cung răng thành 4 đoạn: Đoạn 1: Từ điểm tiếp xúc gần răng hàm lớn thứ nhất bên trái (R6) tới điểm tiếp xúc phía gần răng nanh bên trái (R3). Đoạn 2: Từ điểm tiếp xúc phía gần răng nanh bên trái (R3) tới điểm tiếp xúc giữa hai răng cửa giữa (R1). Đoạn 3: Từ điểm tiếp xúc với hai răng cửa giữa (R1) tới điểm tiếp xúc phía gần răng nanh bên phải (R3). Đoạn 4: Từ điểm tiếp xúc phía gần răng nanh bên phải (R3) tới điểm tiếp xúc phía gần răng hàm lớn thứ nhất bên phải (R6). Khoảng cần chính là tổng kích thước chiều rộng gần xa của các răng: Đo kích thước gần xa: Xác định điểm tiếp xúc gần và tiếp xúc xa của mỗi

răng. Đặt hai đầu của thước vào điểm tiếp xúc, sao cho hai đỉnh của thước vuông góc với trục thân răng. Tính khoảng chênh lệch giữa khoảng cần và khoảng có sẵn (X) theo cách sau: X (Khoảng chênh lệch) = Khoảng cần - Khoảng sẵn có (mm).

**2.5. Xử lý số liệu:** Xử lý số liệu bằng phần mềm SPSS 23.0 và các thuật toán thích hợp, có tập huấn nhóm nghiên cứu trước khi tiến hành nghiên cứu.

**2.6. Đạo đức trong nghiên cứu:** Nghiên cứu chỉ tiến hành trên những đối tượng tự nguyện tham gia, các thông số cá nhân chỉ được dùng vào mục đích nghiên cứu và không dùng vào bất kỳ mục đích nào khác.

### III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

#### 3.1. Phân bố tỷ lệ khớp cắn theo Angle

**Bảng 3.1. Phân bố các loại khớp cắn theo giới (n=305)**

Giới \ KC	KC 0 n (%)	KC I n (%)	KC II n (%)	KC III n (%)	Tổng n (%)
Nam	45 (14,8%)	50 (16,4%)	40 (13,1%)	1 (0,3%)	136 (44,6%)
Nữ	59 (19,3%)	65 (21,3%)	44 (14,4%)	1 (0,4%)	169 (55,4%)
Tổng	104 (34,1%)	115 (37,7%)	84 (27,5%)	2 (0,7%)	305 (100%)

**Nhận xét:** Tỷ lệ khớp cắn theo phân loại Angle cho thấy, khớp cắn loại 0 và loại I chiếm đa số, tỷ lệ khớp cắn loại II Angle chiếm tỷ lệ cao hơn loại III Angle có ý nghĩa thống kê. Mỗi loại khớp cắn có tỷ lệ nữ giới lớn hơn nam giới không ý nghĩa thống kê với  $p > 0,05$ .

#### 3.2. Phân bố tỷ lệ mất tương xứng giữa răng và hàm

**Bảng 3.2. Mức độ thiếu khoảng ở hàm trên theo giới (n=305)**

Giới \ Khoảng (mm)	Nam n (%)	Nữ n (%)	Tổng n (%)	p ( $\chi^2$ test)
$X \geq 10$	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0,373
$5 < X < 10$	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	
$0 < X \leq 5$	34 (11,1%)	35 (11,5%)	69 (22,6%)	
$X \leq 0$	102 (33,4%)	134 (43,9%)	236 (77,4%)	
<b>Tổng</b>	<b>136 (44,6%)</b>	<b>169 (55,4%)</b>	<b>305 (100%)</b>	

**Nhận xét:** Khoảng chênh lệch  $X \leq 0$  mm chiếm đa số ở cả hai giới, tiếp theo là khoảng chênh lệch  $0 < X \leq 5$  mm chiếm tỷ lệ nhỏ hơn, không có trường hợp có khoảng chênh lệch  $X > 5$  mm. Tỷ lệ giữa hai giới nam và nữ tương ứng với mỗi mức độ chênh lệch khác biệt không có ý nghĩa thống kê với  $p > 0,05$ .

**Bảng 3.3. Mức độ thiếu khoảng ở hàm dưới theo giới (n=305)**

Giới \ Khoảng (mm)	Nam n (%)	Nữ n (%)	Tổng n (%)	p ( $\chi^2$ test)
$X \geq 10$	4 (1,3%)	3 (1,0%)	7 (2,3%)	0,438
$5 < X < 10$	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	
$0 < X \leq 5$	19 (6,2%)	17 (5,5%)	36 (11,7%)	
$X \leq 0$	113 (37,1%)	149 (48,9%)	262 (86,0%)	
<b>Tổng</b>	<b>136 (44,6%)</b>	<b>169 (55,4%)</b>	<b>305 (100%)</b>	

**Nhận xét:** Khoảng chênh lệch  $X \leq 0$  mm chiếm đa số ở cả hai giới, khoảng chênh lệch  $X \geq 10$  mm và  $5 < X < 10$  mm chiếm tỷ lệ nhỏ hơn, không có trường hợp khoảng chênh lệch  $5 < X < 10$  mm. Tỷ lệ giữa hai giới nam và nữ tương ứng với mỗi mức độ chênh lệch khác biệt không có ý nghĩa thống kê với  $p > 0,05$ .

**Bảng 3.4. Mức độ thiếu khoảng ở hàm trên theo phân loại Angle (n=305)**

Khớp cắn Khoảng (mm)	KC0 n (%)	KCI n (%)	KCII n (%)	KCIII n (%)	Tổng n (%)	P
X ≥ 10	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	<b>0,000</b>
5 < X < 10	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	
0 < X ≤ 5	9 (3,0%)	52 (17,0%)	7 (2,3%)	1 (0,3%)	69 (22,6%)	
X ≤ 0	95 (31,1%)	63 (20,7%)	77 (25,3%)	1 (0,3%)	236 (77,4%)	

p: Fisher exact test

**Nhận xét:** Theo kết quả mức độ thiếu khoảng hàm trên theo phân loại khớp cắn Angle, khoảng chênh lệch X ≤ 0 mm chiếm đa số ở các loại khớp cắn. Mức chênh lệch X ≤ 0 mm ở loại 0, I và loại II chiếm tỷ lệ cao (loại KC 0: 31,1%; KCI: 20,7%; KCII: 25,3%; KCIII: 0,3%), mức chênh lệch 0 < X ≤ 5 mm ở loại I Angle chiếm tỷ lệ đa số (17,0%). Sự khác biệt về mức độ chênh lệch ở hàm trên giữa các loại khớp cắn khác biệt có ý nghĩa thống kê với p < 0,001.

**Bảng 3.5. Mức độ thiếu khoảng ở hàm dưới theo phân loại Angle (n=305)**

Khớp cắn Khoảng (mm)	KC0 n (%)	KCI n (%)	KCII n (%)	KCIII n (%)	Tổng n (%)	P
X ≥ 10	2 (0,7%)	3 (1,0%)	2 (0,7%)	0 (0,0%)	7 (2,4%)	<b>0,000</b>
5 < X < 10	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	
0 < X ≤ 5	4 (1,3%)	31 (10,2%)	1 (0,3%)	0 (0,0%)	36 (11,8%)	
X ≤ 0	98 (31,9%)	81 (26,6%)	81 (26,6%)	2 (0,7%)	262 (85,8%)	

p: Fisher exact test

**Nhận xét:** Theo kết quả mức độ thiếu khoảng hàm dưới theo phân loại khớp cắn Angle, khoảng chênh lệch X ≤ 0 chiếm đa số ở các loại khớp cắn. Mức chênh lệch X ≤ 0 mm ở loại 0, I và loại II chiếm tỷ lệ cao (loại KC 0: 31,9%; KCI: 26,6%; KCII: 26,6%; KCIII: 0,7%), mức chênh lệch 0 < X ≤ 5 mm ở loại I Angle chiếm tỷ lệ đa số (10,2%). Sự khác biệt về mức độ chênh lệch ở hàm trên giữa các loại khớp cắn khác biệt có ý nghĩa thống kê với p < 0,001.

**Bảng 3.6. Mối liên quan mức thiếu khoảng giữa hai hàm (n=305)**

Hàm trên \ Hàm dưới	X ≥ 10mm n (%)	5 < X < 10mm n (%)	0 < X ≤ 5mm n (%)	X ≤ 0mm n (%)	Tổng n (%)	P
X ≥ 10 mm	0 (0,0%)	0 (0,0%)	2 (0,7%)	5 (1,6%)	7 (2,3%)	<b>0,000</b>
5 < X < 10 mm	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	
0 < X ≤ 5 mm	0 (0,0%)	0 (0,0%)	24 (7,9%)	12 (3,9%)	36 (11,8%)	
X ≤ 0 mm	0 (0,0%)	0 (0,0%)	43 (14,1%)	219 (71,8%)	262 (85,9%)	
Tổng	0 (0,0%)	0 (0,0%)	69 (22,7%)	236 (77,3%)	305 (100%)	

p: Fisher exact test

**Nhận xét:** Theo kết quả mối liên quan mức thiếu khoảng giữa hai hàm, mức chênh lệch X ≤ 0 mm ở cả hai hàm chiếm đa số (85,9%); mức chênh lệch hàm trên 0 < X ≤ 5 mm và hàm dưới X ≤ 0 mm chiếm tỷ lệ nhỏ hơn (62,3%); mức chênh lệch hàm trên 0 < X ≤ 5 mm chiếm tỷ lệ 22,7% và hàm dưới 0 < X ≤ 5 mm chiếm tỷ lệ 11,8%; các mức chênh lệch khác giữa hai hàm chiếm tỷ lệ nhỏ, không có mối liên quan với các mức chênh lệch của hàm trên.

#### IV. BÀN LUẬN

**4.1. Tỷ lệ sai khớp cắn theo phân loại của Angle.** Theo kết quả nghiên cứu tại bảng 3.1, sai lệch khớp cắn tương ứng theo phân loại của Angle là loại I, II và III có (201 đối tượng) tương ứng 65,9%. Như vậy, tỷ lệ sai khớp cắn của sinh viên Đại học Quốc gia và Trường Đại

học Kinh doanh & Công nghệ Hà Nội, từ 18-24 tuổi nhỏ hơn so với nghiên cứu của Đồng Khắc Thẩm, tỷ lệ sai khớp cắn của người Việt là 83,2% [3] và nghiên cứu của Đồng Thị Mai Hương trên nhóm sinh viên 20 tuổi trường Đại học Y Dược Hải Phòng là 74,7% [4]. Kết quả nghiên cứu cũng tương đồng với nghiên cứu của Tạ Ngọc Nghĩa và cộng sự (2017) [5] cho thấy tỷ lệ sai khớp cắn loại II và III Angle có tỷ lệ thấp hơn đáng kể so với khớp cắn loại bình thường và loại I Angle. So sánh với một số nghiên cứu khác trên thế giới: Tại Canada sai khớp cắn là 61% [6], Kenya có tỷ lệ sai khớp cắn là 72% trong đó 93% là sai khớp cắn loại I [7]. Như vậy, sự khác biệt giữa các tỷ lệ có thể do cách chọn mẫu có chủ đích khác nhau, tuy nhiên nhìn chung tỷ lệ sai khớp cắn theo phân loại của Angle luôn luôn lớn hơn khoảng hai lần so với khớp cắn bình thường.

**4.2. Tỷ lệ mất tương xứng giữa răng và hàm.** Nghiên cứu thực hiện trên 305 đối tượng tham gia, có 69 đối tượng (34 nam, 35 nữ) thiếu khoảng hàm trên mức độ ít ( $0\text{mm} < X \leq 5\text{mm}$ ), 236 đối tượng thừa khoảng ( $X \leq 0\text{mm}$ ) hàm trên (102 nam, 134 nữ); có 36 đối tượng (19 nam, 17 nữ) thiếu khoảng hàm dưới mức độ ít ( $0\text{mm} < X \leq 5\text{mm}$ ), 262 đối tượng thừa khoảng ( $X \leq 0\text{mm}$ ) hàm dưới (113 nam, 149 nữ); như vậy đa số các đối tượng tham gia đều thừa khoảng, răng có khe thưa ở bộ răng vĩnh viễn, điều này lý giải có thể do tỷ lệ hình dạng cung răng đa số hình oval và khớp cắn loại bình thường và loại I Angle chiếm đa số, điều này làm cho khoảng có lớn hơn so với khoảng cần, trên thực tế chúng tôi nhận thấy rằng, nhiều đối tượng tham gia nghiên cứu có khe thưa các răng, trong đó khe thưa thường tập trung tại vị trí các răng trước hàm dưới và khe giữa hai răng cửa giữa hàm trên. Thiếu khoảng mức độ ít chủ yếu ở loại khớp cắn bình thường, loại I và II Angle ở cả hai hàm trên và dưới. Thừa khoảng tập trung vào các đối tượng có khớp cắn bình thường hoặc loại I Angle, thường gặp ở hàm dưới hơn hàm trên. Mức độ chênh lệch không có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa hai hàm ở cả bốn loại khớp cắn theo phân loại Angle.

Thiếu khoảng có biểu hiện trên lâm sàng là răng mọc chen chúc hoặc răng mọc kẹt, mọc ngầm ở hai hàm, gây ảnh hưởng đến thẩm mỹ và tâm lý thiếu tự tin. Ngoài nguyên nhân do mất tương quan răng xương như răng quá to so với cung hàm, nhiều trường hợp thiếu khoảng còn gặp trong tình trạng thừa răng.

Trong nghiên cứu này, không có tình trạng thiếu khoảng vừa và lớn đối với hàm trên, tuy nhiên thiếu khoảng lớn ( $X \geq 10\text{mm}$ ) gặp ở 7 trường hợp ở hàm dưới (4 nam, 3 nữ). Thiếu khoảng lớn bắt buộc cần điều trị chỉnh răng với chỉ định nhổ bớt răng tiền hàm để lấy khoảng. Chính vì vậy, việc phát hiện mất tương quan răng xương ở độ tuổi còn tăng trưởng nên được chú trọng hơn, nhằm mục đích phát hiện sớm và dự đoán được tình trạng chen chúc phức tạp ở tuổi trưởng thành.

Tỷ lệ thiếu khoảng trung bình ( $5\text{mm} < X < 10\text{mm}$ ): Điều trị không cần nhổ răng có thể dùng phương pháp nong hàm để tạo chỗ trên cung hàm và nắn chỉnh lại răng. Tuy nhiên cần được phát hiện sớm và dùng hàm nong có hiệu quả tốt khi còn độ tuổi tăng trưởng. Khấp khểnh răng gây thiếu tự tin về thẩm mỹ, ảnh hưởng đến chức năng và vệ sinh răng miệng không sạch hết được thức ăn, mảng bám nên dễ gây viêm lợi,

sâu răng. Chính vì thế, phát hiện sớm để có hướng điều trị kịp thời giúp cải thiện hàm răng, giữ cho răng luôn khoẻ mạnh và thẩm mỹ.

Tỷ lệ phân bố mất đối xứng răng xương cũng tương đồng với nghiên cứu của Đồng Thị Mai Hương (2012) [4] và nghiên cứu của Tạ Thị Hồng Nhung [2]. Tuy nhiên, trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ thiếu khoảng lớn có xảy ra ở hàm dưới, trên lâm sàng là chen chúc vùng răng trước hàm dưới, điều này có thể do quá trình mọc răng hàm lớn thứ ba gây ra, trong quá trình mọc răng tạo nên lực dồn đẩy răng phía trước gây tình trạng chen chúc trầm trọng hơn phía trước ở tuổi trưởng thành. Theo nghiên cứu của Wang G [8] trên người Trung Quốc tuổi từ 12-16 tuổi, kết quả cho thấy tỷ lệ phân bố mất tương quan răng và cung hàm tương tự kết quả của chúng tôi, khuyến cáo rằng với tỷ lệ thiếu khoảng lớn ( $X \geq 10\text{mm}$ ) thì nên có chỉ định nhổ răng tiền hàm để tạo khoảng cho quá trình dàn đều các răng trên cung hàm. Nghiên cứu của Hoàng Thị Bạch Dương (2000) [9] về tỷ lệ phân bố mất tương quan răng và cung hàm ở trẻ 12 tuổi cho thấy, tỷ lệ thiếu khoảng lớn ( $X \geq 10\text{mm}$ ) lớn hơn so với nghiên cứu của chúng tôi, lý giải cho điều này có thể do 12 tuổi cung hàm vẫn còn khả năng tăng trưởng theo chiều ngang và chiều trước sau, vì vậy cung hàm được mở rộng hơn vì thế các răng có xu hướng xoay và vào đúng vị trí hơn ở người trưởng thành hơn.

## V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu 305 đối tượng sinh từ 18-24 tuổi (136 nam, 169 nữ), chúng tôi rút ra kết luận sau: Mức độ thiếu khoảng ít và thừa khoảng chiếm tỷ lệ cao nhất cả hai hàm, không có sự phân biệt về tỷ lệ thiếu khoảng giữa hai giới nam và nữ, phân bố tỷ lệ thiếu khoảng mức độ ít và không thiếu khoảng ở khớp cắn trung tính, sai khớp cắn loại I và II lớn hơn so với loại III Angle.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Luiz retano, Carolina soutu** (2012). Correlation between maxillary central incisor crown morphology and mandibular dental arch form in normal occlusion subjects, *Braz. Dent. J*, 11(6), 195-202.
2. **Tạ Thị Hồng Nhung và cs** (2017). Tương quan giữa hình dạng răng cửa hàm trên và hình dạng cung răng trên một nhóm đối tượng người Việt trưởng thành tuổi 18-25 ở Hà Nội năm 2017, *Tạp chí Y dược Học Quân Sự*, 42, 495-502.
3. **Đông Khắc Thâm** (2004). Chính hình can thiệp sai khớp cắn hạng 1 Angle, *Chính hình răng mặt*, Nhà xuất bản Y học, 155-176.
4. **Đồng Thị Mai Hương** (2012). Nghiên cứu tình trạng lệch lạc khớp cắn và nhu cầu điều trị chỉnh

- nha của sinh viên trường Đại học Y Hải Phòng. Luận văn Thạc sĩ Y học, 16-76.
- Tạ Ngọc Nghĩa** (2017). Nhận xét một số đặc điểm khớp cắn và kích thước cung răng ở người Việt độ tuổi 18-25. Tạp chí Y Dược học Quân sự, 42:465-471.
  - Evans R., Shaw W.** (1987). A preliminary evaluation of an illustrated scale for rating dental attractiveness. European Journal of orthodontic, 9:314-318.
  - Brook Ph., Shaw W.** (1989). The development of an index of orthodontic. Eur J Orthod., 11(3):309-320.
  - Wang G, Hagg U, Ling J** (2009). The orthodontic treatment need and demand of Hong Kong Chinese children, Am. J. Orthodontic, 24-36.
  - Hoàng Thị Bạch Dương** (2000). Điều tra về lệch lạc răng - hàm trẻ em lứa tuổi 12 tại trường cấp 2 Amsterdam Hà Nội, Luận văn Thạc sĩ y khoa, 48-50.

## VIÊM NHIỄM ĐƯỜNG SINH DỤC DƯỚI Ở THAI PHỤ ỒI VỖ NON TUỔI THAI TỪ 22-34 TUẦN VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN TẠI BỆNH VIỆN PHỤ SẢN HÀ NỘI

Trần Quang Tiến Long<sup>1</sup>, Đỗ Tuấn Đạt<sup>1,2</sup>, Ngô Thùy Linh<sup>1</sup>

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Xác định tỷ lệ viêm nhiễm đường sinh dục dưới (VNĐSDD) và một số yếu tố liên quan ở thai phụ ối vỡ non tuổi thai từ 22-34 tuần tại Bệnh viện Phụ sản Hà Nội từ tháng 8/2021 đến tháng 10/2022. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 75 trường hợp thai phụ ối vỡ non. **Kết quả:** Tỷ lệ thai phụ có ối vỡ non bị VNĐSDD là 56%, trong đó tỷ lệ nhiễm khuẩn âm đạo là 59,5%; nhiễm nấm Candida là 11,9%. Triệu chứng lâm sàng thường gặp nhất là ra khí hư. Tỷ lệ giữ thai trong 1 tuần từ lúc vào viện là 69%, và  $\geq 30$  ngày là 11,9%. **Kết luận:** Nhóm bệnh nhân có tiền sử sảy, nạo hút thai có tỷ lệ VNĐSDD cao hơn. **Từ khóa:** viêm nhiễm đường sinh dục dưới, ối vỡ non.

### SUMMARY

#### LOWER GENITAL TRACT INFECTIONS IN PRETERM PREMATURE RUPTURE OF MEMBRANES FROM 22 TO 34 GESTATIONAL WEEKS AND RELATED FACTORS AT HANOI OBSTETRICS AND GYNECOLOGY HOSPITAL

**Objectives:** To determine the incidence of lower genital tract infections and related factors in preterm premature rupture of membranes from 22 to 34 gestational weeks at Hanoi Obstetrics and Gynecology Hospital between August 2021 and October 2022. **Methods:** Our cross-sectional study selected 75 cases with preterm premature rupture of membranes (PPROM). **Results:** 56 percent of patients with PPRM had lower genital tract infection. The incidence of bacterial vaginosis was 59,5% and Candida infection was 11,9%. The most common symptom is

vaginal discharge. The retention rate for 1 week from admission was 69% and  $\geq 30$  days was 11,9%. **Conclusion:** Patients with a history of miscarriage/abortion had a higher rate of lower genital tract infections. **Keywords:** lower genital tract infection, preterm premature rupture of membranes.

### I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm nhiễm đường sinh dục dưới (VNĐSDD) là một trong những bệnh phụ khoa thường gặp nhất ở phụ nữ trong độ tuổi sinh đẻ. Đặc biệt trong thai kỳ, do sự thay đổi về nội tiết, hệ thống miễn dịch và môi trường âm đạo nên nguy cơ viêm nhiễm đường sinh dục dưới cao hơn.<sup>1</sup> VNĐSDD cũng là một trong những nguyên nhân gây ối vỡ non và để lại nhiều biến chứng nặng nề cho trẻ sơ sinh (nhiễm khuẩn sơ sinh, suy hô hấp cấp, viêm ruột hoại tử, chảy máu não thất, chậm phát triển về trí tuệ và thể chất) và sản phụ (nhiễm trùng ối, sót rau, nhiễm khuẩn hậu sản). Tỷ lệ nhiễm trùng càng cao nếu ối vỡ ở tuổi thai càng non tháng.<sup>2</sup>

Có nhiều yếu tố liên quan với viêm nhiễm đường sinh dục dưới ở thai phụ như kiến thức hiểu biết, kỹ năng thực hành vệ sinh đường sinh dục, tiền sử sản khoa, môi trường sống. Nhiều nghiên cứu cho thấy những yếu tố liên quan này không chỉ tác động đến tỷ lệ VNĐSDD trong thai kỳ mà còn ảnh hưởng đến kết quả điều trị.

Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm mục tiêu: Nghiên cứu về tỷ lệ viêm nhiễm đường sinh dục dưới ở thai phụ ối vỡ non tuổi thai từ 22-34 tuần và một số yếu tố liên quan tại Bệnh viện Phụ sản Hà Nội.

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

**2.1. Đối tượng nghiên cứu:** Các thai phụ được chẩn đoán ối vỡ non được khám và điều trị tại Bệnh viện Phụ sản Hà Nội từ tháng 8/2021

<sup>1</sup>Bệnh viện Phụ sản Hà Nội

<sup>2</sup>Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Trần Quang Tiến Long

Email: drlongart@gmail.com

Ngày nhận bài: 10.3.2023

Ngày phản biện khoa học: 17.4.2023

Ngày duyệt bài: 22.5.2023