Về ferritin huyết thanh. Kết quả nồng độ ferritin trung bình qua các tháng đều nằm trong khoảng bình thường. Tuy nhiên, vẫn còn nhiều bệnh nhân có nồng độ ferritin cao hơn so giá trị bình thường. Nồng độ ferritin ở T2 (275,49 ± 100,25) tăng cao hơn so với T1 (175,63 ± 112,58) và giảm nhẹ ở T3 (265,13 ± 95,82). Điều này có khác biệt so với nghiên cứu của tác giả Đỗ Thị Hòa [2], nồng độ ferritin huyết thanh luôn duy trì ổn định trong khoảng giá trị bình thường.

V. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu 96 bệnh nhân đang chạy thận nhân tạo tại bệnh viện Đa khoa Bạc Liêu trong 12 tháng, chúng tôi đưa ra một số kết luận: liều EPO phổ biến dùng cho bệnh nhân là 48000 UI/ tháng, tất cả bệnh nhân đều được dùng thuốc EPO tiêm tĩnh mạch sau khi lọc máu. các chỉ số huyết học: Hb và hồng cầu trung bình tăng. Tuy nhiên cần chú ý đến tốc độ tăng Hb để đảm bảo an toàn cho bệnh nhân. Nồng độ ferritin huyết thanh trung bình tăng và nằm trong khoảng giá trị bình thường.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bộ Y tế.** Dược thư quốc gia Việt Nam. Nhà xuất bản Y học. 2018; trang 611.
2. **Đỗ Thị Hòa, Nguyễn Thị Tuyết Trinh.** Đánh giá thực trạng sử dụng thuốc tại hồng cầu trên bệnh nhân bệnh thận mạn giai đoạn cuối lọc máu chu kỳ tại Bệnh viện Thận Hà Nội. Tạp chí Khoa học. 2020; 65.
3. **Đỗ Thị Thu Hiền.** Đánh giá việc sử dụng Erythropoietin trong điều trị thiếu máu ở bệnh nhân suy thận mạn lọc máu chu kỳ tại bệnh viện Đa Khoa Tỉnh Thái Bình. Luận văn thạc sỹ dược học. Đại học Y Hà Nội. 2015
4. **Tăng Văn Mến.** Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị thiếu máu bằng erythropoietin người tái tổ hợp ở bệnh nhân suy thận mạn giai đoạn cuối lọc máu định kỳ tại bệnh viện Đa Khoa Tỉnh Vĩnh Long, Luận văn thạc sĩ y học, Trường Đại học Y Dược Cần Thơ. 2017.
5. **Huỳnh Trinh Trí**. Khảo sát tình hình thiếu máu trên bệnh nhân suy thận mạn đang lọc máu định kỳ tại bệnh viện Chợ Rẫy. Luận văn thạc sĩ. 2007; trang 32.
6. **Trần Thanh Trước.** Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng thiếu máu và đánh giá kết quả điều trị thiếu máu ở bệnh nhân suy thận mạn lọc máu bằng thận nhân tạo chu kỳ tại bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ. Luận án Chuyên khoa cấp II, Trường Đại học Y Dược Cần Thơ. 2018.
7. **Jacobs, C., Frei, D., Perkins, A.C.** Results of the European Survey on Anaemia Management 2003 (ESAM 2003): curren status of anaemia management in dialysis patients, factors affecting epoetin dosage and changes in anaemia management over the last 5 years. Nephrol. Dial. Transplant. 2015; 20 (Suppl 3), pp. 3–24.
8. **Kidney Disease: Improving Global Outcomes (KDIGO) Anemia Work Group**. KDIGO Clinical Practice Guideline for Anemia in Chronic Kidney Disease". 2013.

NGHIÊN CỨU HIỆU QUẢ ĐIỀU TRỊ KHÔNG PHẪU THUẬT SAI HÌNH XƯƠNG HẠNG III PHỨC TẠP BẰNG PHƯƠNG PHÁP MEAW CẢI TIẾN

Cù Hoàng Anh[1], Lê Thị Thu Hải[2], Nguyễn Thanh Huyền[3], Trần Ngọc Quảng Phi[4]

TÓM TẮT

Mục tiêu: đánh giá hiệu quả điều trị không phẫu thuật sai hình xương hạng III phức tạp bằng phương pháp MEAW cải tiến. **Phương pháp:** Nghiên cứu can thiệp lâm sàng không nhóm chứng thực hiện trên 31 bệnh nhân sai khớp cắn hạng III do xương phức tạp với kỹ thuật MEAW cải tiến. Đánh giá mức độ cải thiện thẩm mỹ thực hiện bởi nhóm quan sát viên chuyên và không chuyên với thang đo NRS trên hình chụp mặt nghiêng và mặt thẳng cười. Đánh giá sự cải thiện khớp cắn thông qua phân tích mẫu hàm theo tiêu chuẩn ABO. Đánh giá sự thay đổi cấu trúc sọ - mặt – răng – mô mềm trên phim sọ nghiêng và sọ thẳng sử dụng phân tích Ricketts, Arnett và Sato. Dữ liệu trước và sau điều trị được so sánh về mặt thống kê. **Kết quả:** Nghiên cứu cho thấy hiệu quả rõ rệt của kỹ thuật MEAW cải tiến trong điều trị SKC hạng III phức tạp do xương: cải thiện thẩm mỹ mặt và nụ cười từ mức xấu-chấp nhận được đến mức bình thường-hài hoà, hoàn tất khớp cắn ở mức độ khá - tốt theo chuẩn ABO, tạo sự xoay mở và lui sau của XHD thông qua mở góc nền sọ giúp thay đổi tương quan xương hai hàm đáng kể, đẩy răng cửa trên ra trước, dựng trục và lui sau răng cửa dưới, cải thiện độ nhô 2 môi và cằm so với trục thẩm mỹ qua chân mũi, cân bằng mặt phẳng nhai theo chiều ngang giúp giảm tình trạng lệch hàm dưới sang bên.

Từ khoá: Phương pháp MEAW cải tiến, sai khớp cắn hạng III do xương

[1]Đại học Y Khoa Phạm Ngọc Thạch, TPHCM
[2]Viện nghiên cứu Y Dược học Lâm sàng 108
[3]Bệnh viện RHMTW Hà Nội
[4]Khoa Răng hàm mặt Đại học Văn Lang TPHCM
Chịu trách nhiệm chính: Trần Ngọc Quảng Phi
Email: phi.tnq@vlu.edu.vn

Ngày nhận bài: 12.4.2023
Ngày phản biện khoa học: 24.5.2023
Ngày duyệt bài: 19.6.2023

SUMMARY

EFFECTIVENESS OF INNOVATED MEAW TECHNIQUE IN THE NON-SURGICAL TREATMENT OF COMPLEX SKELETAL CLASS III PATIENTS

Objectives: Evaluate the effectiveness of innovated MEAW technique in the non-surgical treatment of severe skeletal class III patients. **Methods:** Clinical Quasi-exprimental study was carried out on 31 severe skeletal class III patients treated with innovated MEAW technique. Research data included: extra and intra oral photos, study models, lateral and frontal cephalometric xrays. The photos were scored by 2 groups of observers (lay persons and professionals) using NRS scale, the study models were analysed and scored following the ABO standards, cephalometric analysis of Ricketts, Arnett and Sato were used to evaluate the cranio-facial characteristics. The data before and after treatment were compared statistically. **Results:** The study showed the effectiveness of the innovated MEAW technique in the treatment of severe skeletal class III cases: improve facial aesthetic from ugly-acceptable to normal-harmonious level, reestablish good occlusion according to ABO standards, reduce the bone base disharmony by creating a backward and clockwise rotation of the mandible and by causing the changes of maxillary bone base through cranio-facial dynamics and orthodontic mechanics aimed at A point, move forward the upper incisors, upright and move backward the lower incisors, improve the protrusion of the lips and chin to the True vertical line, balance the horizontal occlusal plane to reduce the mandibular lateral deviation.

Keywords: innovated MEAW technique, skeletal class III malocclusion

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tại Việt Nam, do tần suất xuất hiện trong dân số cao, nhu cầu điều trị chỉnh hình răng mặt của nhóm bệnh nhân sai khớp cắn hạng III ngày càng cao. Tác giả Sato và cộng sự đã phát triển kỹ thuật MEAW được người Hàn Quốc phát minh trước đó để điều trị thành công nhiều trường hợp bệnh nhân Nhật Bản sai khớp cắn (SKC) hạng III phức tạp giúp tránh được phẫu thuật chỉnh hàm [7]. Tuy nhiên, đặc điểm hình thái sọ mặt của bệnh nhân SKC hạng III người Việt có nhiều điểm khác biệt với người Nhật. Ngoài ra, các nghiên cứu trước đó cho thấy các trường hợp SKC hạng III người Việt thường thường kèm theo nhiều vấn đề tăng nặng như chen chúc răng nhiều, mất răng cối lớn, răng cửa trên và dưới đều nhô ra trước nhiều nên việc áp dụng kỹ thuật MEAW trên người Việt có thể không đạt được kết quả tương tự.

Nghiên cứu này được thực hiện với mục đích đánh giá hiệu quả của kỹ thuật MEAW cải tiến trong việc cải thiện thẩm mỹ mặt, cải thiện khớp cắn, tác động thay đổi khung xương hàm và răng của nhóm bệnh nhân người Việt trưởng thành biểu hiện sai hình xương hạng III phức tạp.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng: Là các bệnh nhân trưởng thành người Việt, dân tộc Kinh đến khám điều trị tại bệnh viện chuyên khoa phẫu thuật thẩm mỹ Kim Hospital.

Tiêu chuẩn lựa chọn: sai khớp cắn hạng III răng, có số đo AoBo <=-5mm, có các sai hình xương tăng nặng theo chiều ngang và/hoặc chiều dọc kèm theo (như hẹp nền xương hàm trên, xương hàm dưới phát triển mở, lệch hàm dưới sang bên).

Tiêu chuẩn loại trừ: Tiền sử chấn thương hàm mặt hoặc điều trị chỉnh nha, dị tật khe hở môi-hàm ếch, loạn năng khớp thái dương hàm trầm trọng.

2.2. Phương pháp nghiên cứu:

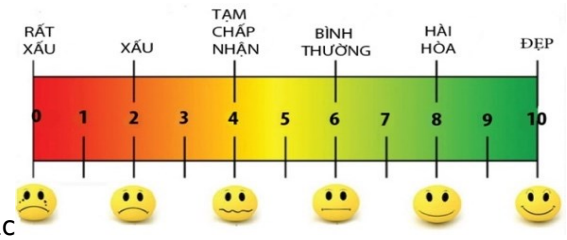
Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu can thiệp lâm sàng không nhóm chứng

Chọn mẫu và cỡ mẫu: mẫu thuận tiện bao gồm 31 bệnh nhân thoả các tiêu chí đề ra.

Phương pháp can thiệp: Các bệnh nhân nghiên cứu được điều trị bởi cùng một bác sĩ chỉnh nha, với phương pháp MEAW (Multi-loop edgewise archwires) được cải tiến với vật liệu dây cung mới Gummetal và kết hợp với vít chỉnh nha nếu cần. Vật liệu Gummetal giúp cung MEAW trở nên gọn hơn, giảm cộm vướng cho bệnh nhân và tạo lực sinh lý hơn [7]. Sử dụng kết hợp vít chỉnh nha giúp tránh được nhiều tác dụng phụ của thun liên hàm và tăng hiệu quả dịch chuyển răng [8].

Phương pháp đánh giá:

*Thẩm mỹ mặt: Thẩm mỹ mặt nghiêng và mặt thẳng cười được đánh giá thông qua hình chụp được tạo bóng đen hoặc chuyển chế độ trắng đen che mắt, thực hiện bởi nhóm quan sát viên (QSV) chuyên (nhóm bác sĩ chỉnh nha) và không chuyên (người trưởng thành không làm các công việc liên quan đến thẩm mỹ), sử dụng thang đo NRS (numbering rating scale) (hình 1).



1c

Hình 1a,b: Hình chụp mặt nghiêng và mặt thẳng cười đã được xử lý, 1c: thang đo NRS

* Khớp cắn tại lồng múi tối đa: đánh giá qua phân tích mẫu hàm theo tiêu chuẩn ABO (American Board of Orthodontics): trước điều trị đánh giá độ khó ca lâm sàng theo chuẩn ABO-DI (ABO Difficulty index) [5], sau điều trị đánh giá mức độ hoàn tất về khớp cắn theo chuẩn ABO-OGS (ABO Objective Grading System [6].

* Thông số đo sọ - mặt - răng: Đánh giá thông số nền sọ, xương hàm trên (XHT), xương hàm dưới (XHD), răng và mặt phẳng khớp cắn [1] bằng phân tích Ricketts và mô mềm bằng phân tích Arnett [2] trên phim sọ nghiêng; đánh giá các trường hợp lệch hàm dưới sang bên trên phim sọ thẳng theo phương pháp Sato [3], sử dụng phần mềm Cliniview Orthotrace (hãng Kavo - Đức).

2.3. Xử lý số liệu: Số liệu được phân tích trên phần mềm STATA phiên bản 16. Các biến số định lượng gồm tuổi, điểm thẩm mỹ, điểm độ khó ca lâm sàng (ABO-DI), điểm hoàn tất ca lâm sàng (ABO-OGS), đặc điểm sọ mặt được mô tả bằng trung vị (TV) và khoảng tứ phân vị (TPV). Sự thay đổi trước – sau can thiệp được kiểm định bằng Chi bình phương McNemar đối với các biến nhị giá, bằng Willcoxon đối với các biến thứ tự và định lượng. Các kiểm định có ý nghĩa thống kê khi p<0,05.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm giới tính và tuổi của nhóm nghiên cứu

Bảng 1: Tỉ lệ nam - nữ, tuổi trung bình của nhóm bệnh nhân nghiên cứu

	Tần số (%)	Tuổi - TV (TPV)
Tổng	31 (100)	22 (18 – 26)
Nam	5 (16,1)	23 (16 – 26)
Nữ	26 (83,9)	22 (18 – 26)

Nhận xét: Nhóm nghiên cứu bao gồm 31 bệnh nhân, 21 nam, 41 nữ với độ tuổi trung bình là 22 tuổi ở nữ và 23 tuổi ở nam.

3.2. Kết quả đánh giá thẩm mỹ của nhóm nghiên cứu trước và sau điều trị

Bảng 2: Kết quả đánh giá thẩm mỹ trước và sau điều trị thực hiện bởi nhóm QSV chuyên và không chuyên

Kiểu đánh giá	Nhóm QSV không chuyên			Nhóm BS CHRM			Tổng hợp 2 nhóm		
	TĐT	SĐT	p	TĐT	SĐT	p	TĐT	SĐT	p
Điểm thẩm mỹ mặt nghiêng	5,7 (4,7–6)	6,3 (5,7–7)	<0,001 (***)	4,7 (4 – 5,8)	6,3 (5,7-6,7)	<0,001 (***)	5 (4,5–5,8)	6,5 (5,8–6,8)	<0,001 (***)
Điểm thẩm mỹ mặt thẳng cười	4,7 (3,7–5,7)	6,3 (6–7)	<0,001 (***)	5 (4,7– 5,7)	6 (5,7–6,3)	<0,001 (***)	4,8 (4,2–5,8)	6,3 (5,7–6,7)	<0,001 (***)

Khác biệt có ý nghĩa thống kê: (*) ở ngưỡng 0.05, (**) ở ngưỡng 0.01, (***) ở ngưỡng 0.001

Nhận xét: Điểm đánh giá thẩm mỹ tăng từ mức tạm chấp nhận đến mức độ bình thường – hài hoà ở cả nhóm QSV không chuyên và chuyên và khi tổng hợp số liệu cả 2 nhóm. Sự thay đổi có ý nghĩa thống kê cao (p<0,001).

3.3. Kết quả đánh giá mẫu hàm nghiên cứu trước và sau điều trị theo chuẩn ABO

Bảng 3: Kết quả đánh giá mẫu hàm nghiên cứu trước và sau điều trị theo chuẩn ABO

	Tần số (%)	TB ± ĐLC	p
Điểm độ khó ca lâm sàng trước điều trị (ABO-DI)		39,5 ±21,5	0,077
Dễ (<10 điểm)	0 (0)		
Trung bình(10-20 điểm)	0 (0)		
Khó (21-30 điểm)	7 (22,6)		
Rất khó (>30 điểm)	24(77,4)		
Điểm hoàn tất ca lâm sàng sau điều trị (ABO-OGS)		18,3 ±6,4	
Tốt (<= 20 điểm)	22 (71,0)		
Khá (21-40 điểm)	9 (29,0)		
Không đạt (>40 điểm)	0 (0)		

Nhận xét: 100% các ca nghiên cứu được phân loại khó và rất khó. Số ca rất khó chiếm đa số (77%). 100% các ca đều được hoàn tất ở mức khá - tốt về mặt khớp cắn. Không có tương quan giữa độ khó ca trước điều trị và mức độ hoàn tất về khớp cắn sau điều trị (p>0.05).

* Tỉ lệ ca điều trị với nhổ răng cối nhỏ (RCN) chỉ chiếm 5 trên 31 ca (16%)

3.4. Kết quả phân tích đo sọ trước và sau điều trị

Bảng 4: Kết quả phân tích đo sọ nghiêng trước và sau điều trị

	Nam			Nữ		
	TĐT	**SĐT**	**p**	**TĐT**	**SĐT**	**p**
Nền sọ						
Cp ⊥ PtV	30,8(30,6–31,1)	31,1(30,1–31,2)	0,174	28,5(26,7–30)	29,2(27,4–30,9)	0,006**
Xương hàm trên						
N–A/FH	87,5(84,3–89,9)	91(85,3–91,2)	0,057	88,9(86,7–90,8)	90,6(89,2–91,9)	<0,001***
Cp-A	83,2(83,1–86)	83,3(82,8–88,9)	0,414	78,3(75,8–81,3)	80,2(77,4–82,8)	<0,001***
Xương hàm dưới						
Cc–Gn/Ba–N	92,6(92,4–93,1)	93,8(93,4–93,8)	0,174	90,3(86,3–92,4)	90,0(84,9–92,7)	0,024*
Cp-Gn	118,9 (117,9–120,5)	118,8 (117,3–121,5)	0,414	113,6 (106,7-116,3)	113,5 (109,5–119,1)	0,031*
Tương quan 2 hàm						
A ⊥ N–Pg	-4,9(-5,9– -3,4)	-3,4(-4,9– -2,9)	0,090	-3,1(-3,6– -1,4)	-1,0(-1,9 – -0,5)	<0,001***
AoBo	-11,9(-12,4– -9,6)	-7(-8,1– -6,5)	0,057	-11,3(-15,–10,4)	-6,5(-7,7 – -3,8)	<0,001***
Chiều cao mặt						
Ba-N/ Xi–Pm	57,3 (55,8 – 60)	57,3(54,7–62)	0,586	61,8(58,6–66,8)	60,4(58,3–65,8)	0,809
Ans–Xi–Pm	42 (41,3 – 43,4)	43,4(42,6–50,6)	0,057	47,7(43,5–50,5)	47,9(43,4–52,3)	0,008**
Mặt phẳng khớp cắn						
OP/FH	6,5 (6,1 – 14,8)	4,1 (0,5 – 6,2)	0,174	12,5(8,4–15,3)	5,5 (3,2 – 9,9)	<0,001***
Răng						
Is ⊥ A–Pg	5 (3,2 – 7,5)	6,3 (4,2 – 7,1)	0,586	5,3 (4,3 – 6,9)	6,8 (4,5 – 8)	0,016*
Ii ⊥ A–Pog	6,7 (4,5 – 10)	3,6 (2,5 – 4,7)	0,056	6,7 (5,5 – 7,3)	3,9 (2 – 5,4)	<0,001***
Ii ⊥ OL	4 (3,5 – 4,3)	0,4 (0 – 0,4)	0,057	1,95 (1,6 – 3,1)	1,25 (0,7 – 2,3)	0,004**
Mô mềm						
Ls⊥ TVL	4,8 (4,5 – 6,4)	5,9 (5,4 – 8)	0,786	5,3 (4,2 – 6,4)	6,3 (4,7 – 7,3)	0,013*
Li⊥ TVL	8,5 (7,4 – 10)	7,1 (5,5 – 8,2)	0,276	7,2 (5 – 9,1)	5,5 (3,9 – 7,6)	<0,001***
Pog'⊥ TVL	4,3 (3,6 – 5)	3,9 (3,1 – 5,2)	1,000	2,4 (-0,3 – 5,5)	1,4 (-0,6 – 4,9)	0,027*
Sn-Sts⊥ TVL	21,4 (20–21,4)	21,3 (20,5–21,4)	0,174	20,5 (19–21,9)	21,8 (19,8–22,7)	0,002**

Khác biệt có ý nghĩa thống kê: (*) ở ngưỡng 0.05, (**) ở ngưỡng 0.01, (***)ở ngưỡng 0.001

Nhận xét: Do số bệnh nhân nam rất ít nên các thay đổi có ý nghĩa thống kê ghi nhận được chủ yếu ở nhóm nữ. Độ sâu hàm trên (N-A/FH) và chiều dài XHT hiệu quả (Cp-A) tăng với p <0.001. Góc trục mặt (Cc–Gn/Ba–N), chiều dài XHD hiệu quả (Cp-Gn) giảm, khoảng cách Cp-ptV tăng, chiều cao tầng mặt dưới tăng biểu thị XHD lui và xoay mở ra sau (p<0.05). Răng cửa trên nhô trước (p<0.05), răng cửa dưới giảm nhô và giảm trồi (p<0.01), môi trên nhô trước (p<0.05), môi dưới và cằm lùi sau (p<0.01), chiều cao môi trên và dưới tăng nhẹ (p<0.05).

Bảng 5: Kết quả phân tích đo sọ thẳng trước và sau điều trị trên các ca có tình trạng lệch hàm

Thông số đo sọ	TĐT, TV (TPV)	SĐT, TV (TPV)	p
Khoảng cách Me - đường giữa	4,6 (3 – 6,2)	0,9 (0,3 – 1,4)	0,002**
Độ lệch mặt phẳng hàm trên	0,9 (0,7 – 1,3)	1,2 (0,6 – 1,3)	0,833
Độ lệch mặt phẳng nhai	3 (1,8 – 4,4)	0,6 (0,2 – 0,8)	0,002**
Độ lệch mặt phẳng hàm dưới	2,8 (2,1 – 3,4)	1 (0,5 – 1,4)	0,002**

Khác biệt có ý nghĩa thống kê: (*) ở ngưỡng 0.05, (**) ở ngưỡng 0.01, (***) ở ngưỡng 0.001

Nhận xét: Có 13/31 ca trong nhóm nghiên cứu có tình trạng lệch hàm dưới sang bên, chiếm tỉ lệ 42%. Độ lệch mặt phẳng nhai, mặt phẳng XHD và cằm giảm có ý nghĩa thống kê với p<0.01.

3.5. Biến chứng điều trị

Bảng 6: Các biến chứng ghi nhận được trong quá trình điều trị

Loại biến chứng	N (%)
Viêm nha chu không hồi phục	2 (6,5)
Tiêu ngót chân răng	9 (29,0)
Rối loạn khớp TDH	1 (3,2)

Nhận xét: Biến chứng tiêu ngót chân răng chiếm tỉ lệ cao (29%).

IV. BÀN LUẬN

4.1. Sự cải thiện thẩm mỹ của nhóm bệnh nhân hạng III phức tạp sau điều trị: Báo cáo các ca lâm sàng riêng lẻ theo Sato và cs.

[7] cho thấy sau điều trị, tương quan 2 môi hài hoà hơn với môi dưới dịch chuyển về phía lưỡi và cải thiện thẩm mỹ nụ cười nhờ cung răng được sắp xếp đều và tạo lại cung cười hài hoà hơn. Trong nghiên cứu này, bảng 2 khẳng định sự cải thiện thẩm mỹ có ý nghĩa thống kê cho cả mặt nghiêng và mặt thẳng cười sau điều trị. Ở cả 2 nhóm QSV dù chuyên hay không chuyên sự thay đổi thẩm mỹ đều là từ trước điều trị ở mức xấu đến tạm chấp nhận đến sau điều trị ở mức bình thường – hài hoà. Khác biệt này có ý nghĩa thống kê cao $p<0.001$.

4.2. Sự cải thiện khớp cắn của nhóm bệnh nhân nghiên cứu sau điều trị: Kết quả ở bảng 3 cho thấy theo chuẩn ABO, tất cả các ca thuộc nhóm nghiên cứu được phân loại khó đến rất khó, số ca rất khó chiếm đa số, nhưng sau điều trị, mức độ hoàn tất về mặt khớp cắn đều đạt mức khá và tốt, mức tốt chiếm đa số. Nhiều ca trong nhóm nghiên cứu có mức độ chen chúc răng trước điều trị lớn nhưng vẫn đạt khớp cắn tốt sau điều trị mà không cần nhổ răng cối nhỏ (RCN). Tỉ lệ nhổ RCN chỉ chiếm 16%. Kết quả này phù hợp với kết luận nghiên cứu lâm sàng của Yi Guo và cs. [10] thực hiện điều trị nhóm bệnh nhân SKC hạng III do xương góc cao với kỹ thuật MEAW và kết luận tổng quan hệ thống (systematic review) của Tabancis và cs. [9] về điều trị lâm sàng các trường hợp cắn hở do xương với MEAW. Theo Yi Guo và cs., kỹ thuật MEAW có nhiều ưu điểm trong việc dịch chuyển toàn bộ cung răng hàm dưới về phía xa nhằm điều chỉnh hạng III răng một cách hiệu quả mà không gây các vấn đề khớp thái dương hàm. Theo Tabancis và cs. cung MEAW nhờ có thiết kế đặc biệt giúp tạo lực tác động sinh lý và trải đều trên toàn bộ cung răng tạo hiệu quả dựng trục các răng cối hàm dưới, di xa toàn bộ cung răng dưới hiệu quả khi kết hợp với thun liên hàm hạng III ngắn, nhờ đó có thể tạo khoảng để sắp xếp cung răng chen chúc và hạn chế nhổ RCN.

4.3. Sự thay đổi các thông số đo sọ, mặt, răng của nhóm bệnh nhân hạng III sau điều trị: Theo kết luận nghiên cứu lâm sàng của Shushu He và cs. [8], Yi Guo [10] và Tabancis [9], kỹ thuật MEAW không tạo tác động thay đổi nền xương , đặc biệt là vị trí xương hàm dưới như Sato và cs. [7] đã khẳng định. Tuy nhiên, kết quả ở bảng 4 cho thấy ở nhóm bệnh nhân nghiên cứu, sau điều trị, ngoài các thay đổi rõ rệt về vị trí răng cửa dẫn đến các thay đổi tương quan 2 môi theo hướng tích cực còn ghi nhận có sự thay đổi vị trí điểm A, làm thay đổi toàn bộ các thông số XHT, có sự dịch chuyển của lồi cầu XHD về sau (Cp-PtV tăng), XHD xoay mở làm giảm trục mặt (Cc-Gn/BaN giảm), tăng chiều cao tầng mặt dưới, dẫn đến thay đổi vị trí cằm tương đối so với trục đứng dọc (Pog'-TVL giảm) và giúp giảm rõ rệt các thông số chênh lệch 2 nền xương. Sự thay đổi vị trí điểm A có thể liên quan đến thủ thuật gắn ngược trên dưới mắc cài răng cửa trên để tăng độ torque âm và chống lại tác dụng phụ cửa thun liên hàm hạng III. Kết quả ở bảng 5 cho thấy các ca lệch hàm dưới sang bên sau điều trị cải thiện rõ rệt. Kết quả này khẳng định việc cân bằng hoá mặt phẳng nhai theo chiều ngang với kỹ thuật MEAW sẽ giúp tái lập sự cân bằng của XHD, phù hợp với nghiên cứu của Sato và cs. [3] [7].

4.4. Biến chứng điều trị: Có 1 trường hợp ghi nhận triệu chứng rối loạn khớp thái dương hàm và 2 trường hợp nha chu viêm. Cả 3 trường hợp này đều có tình trạng bệnh lý có sẵn trước điều trị. Đáng bàn là tỉ lệ tiêu ngót chân răng cửa nhất là răng cửa trên khá cao, dù mức độ tiêu ngót giới hạn ở 1/3 chóp răng. Ghi nhận này rất tương đồng với nghiên cứu của Masahide và cs. [4] và Tabancis và cs. [9]. Do các ca trong nghiên cứu đều biểu hiện SKC phức tạp, thời gian điều trị với cung MEAW và thun liên hàm kéo dài có thể là nguyên nhân gây ra biến chứng này.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu cho thấy hiệu quả rõ rệt của kỹ thuật MEAW cải tiến trong điều trị SKC hạng III phức tạp do xương: cải thiện thẩm mỹ mặt và nụ cười từ mức xấu-chấp nhận được đến mức bình thường-hài hoà, hoàn tất khớp cắn ở mức độ khá - tốt theo chuẩn ABO, tạo sự xoay mở và lui sau nhẹ của XHD, sự ra trước của điểm A giúp giảm chênh lệch nền xương đáng kể, đẩy răng cửa trên ra trước, dựng trục và lui sau răng cửa dưới, cải thiện độ nhô 2 môi và cằm so với trục đứng dọc qua chân mũi, cân bằng mặt phẳng nhai theo chiều ngang giúp giảm tình trạng lệch hàm dưới sang bên.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Cù Hoàng Anh Trần Ngọc Quảng Phi** (2016) "Chỉ số đo sọ theo phân tích Ricketts trên người Việt Nam trưởng thành có khuôn mặt hài hòa". Tạp chí Y học thực hành Bộ Y Tế, số tháng 3, 4.
2. **Trần Ngọc Quảng Phi Dương Thị Hoài Xuân** (2015) "Chỉ số phân tích đo sọ mô mềm trên người Việt trưởng thành có khuôn mặt hài hoà". Y học thực hành, 958 (4), 6-10.
3. **Kyoko Ishizaki, Koichi Suzuki, Sadao Sato** (2010) "Morphologic, functional, and occlusal characterization of mandibular lateral displacement malocclusion". Am J Orthod Dentofacial Orthop 137 (4), 454e1-e9.

4. **Masahide Motokawa, Tomoko Sasamoto, Masato Kaku et al** (2012) "Association between root resorption incident to orthodontic treatment and treatment factors". European Journal of Orthodontics, 34, 350–356.
5. **Orthodontics American Board of** (Revised 2013) "The ABO Discrepancy Index (DI) A Measure of Case Complexity".
6. **Orthodontics American Board of** (Revised 2012) "Grading System for Dental Casts and Panoramic Radiographs".
7. **Sadao Sato Akiyoshi Shirasu** (2019) Orthodontic treatment of malocclusion aimed at establishing functional occlusion, Daiichi Shika publishing Company, Japan, 239.
8. **Shushu He Jinhui Gao, Peter Wamalwa, Yunji Wang et al** (2013) "Camouflage treatment of skeletal Class III malocclusion with multiloop edgewise arch wire and modified Class III elastics by maxillary mini-implant anchorage". Angle Orthodontist, 83 (4), 630-40.
9. **M. Tabancis, A. Ratzmann, P. Doberschütz and K. F. Krey** (2020) "Multiloop edgewise archwire technique and denture frame analysis: a systematic review". Head & Face Medicine, 16 (32), 2-9.
10. **Yi Guo Xinrui Qiao, Shiyu Yao, Tiancheng Li et al** (2020) "Clinical Study: CBCT Analysis of Changes in Dental Occlusion and Temporomandibular Joints before and after MEAW Orthotherapy in Patients with Nonlow Angle of Skeletal Class III". BioMed Research International, 2020, 1-7.

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG CỦA NGƯỜI BỆNH VIÊM LOÉT GIÁC MẠC TẠI BỆNH VIỆN MẮT THÀNH PHỐ HỒ CHÍ MINH

Lê Văn Đảm[1], Lê Trần Thúy Vy[1], Nguyễn Xuân Thảo[2], Nguyễn Công Kiệt[3]

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Viêm loét giác mạc là nguyên nhân gây mù loà phổ biến nhất ở Việt Nam. Nhưng đa phần các báo cáo tập trung đánh giá kết quả điều trị viêm loét giác mạc, còn đặc điểm lâm sàng của bệnh lý này chưa được mô tả nhiều. **Mục tiêu:** Xác định các đặc điểm lâm sàng liên quan đến yếu tố tiên lượng bệnh trong chẩn đoán viêm loét giác mạc tại bệnh viện Mắt thành phố Hồ Chí Minh. **Phương pháp**: Nghiên cứu mô tả hàng loạt ca, hồi cứu hồ sơ bệnh án của bệnh nhân được chẩn đoán viêm loét giác mạc nhiễm trùng và điều trị nội trú tại Khoa Giác Mạc, bệnh viện Mắt thành phố Hồ Chí Minh. **Kết quả:** Nghiên cứu ghi nhận viêm loét giác mạc thường gặp ở độ tuổi trung bình là 54,9 ± 13,59 tuổi, thường gặp nhất là nhóm hơn 60 tuổi. Đối tượng nghiên cứu đến từ khu vực nông thôn chiếm ưu thế. Nghề nghiệp thường gặp là lao động phổ thông: nông dân chiếm 40% và công nhân chiếm 17,5%. Nguyên nhân chấn thương đa số là do tai nạn trong lao động và sinh hoạt. Về thời gian từ lúc khởi phát đến khi nhập viện điều trị sau 4 tuần chiếm tỉ lệ là 55%. Thị lực lúc nhập viện toàn bộ là ĐNT dưới 3m (100%). Viêm loét giác mạc có thâm nhiễm sâu và phân độ nặng (100%). **Kết luận:** Đặc điểm lâm sàng giúp định hướng đến chẩn đoán sớm viêm loét giác mạc do nấm: bề mặt ổ loét gồ, bờ lông vũ, sang thương vệ tinh và vị trí trung tâm.

Từ khóa: viêm loét giác mạc, đặc điểm lâm sàng, bệnh viện Mắt thành phố Hồ Chí Minh

SUMMARY

CLINICAL CHARACTERISTICS OF CORNEAL ULCERS AT THE EYE HOSPITAL AT HO CHI MINH CITY

Background: Corneal ulceration is the most common cause of blindness in Vietnam. But most of the reports focus on evaluating the treatment results of corneal ulcers, and the clinical features of this disease have not been described much. **Objectives:** To determine the clinical features related to the prognostic factors in the diagnosis of corneal ulcers at the Ho Chi Minh City Eye Hospital. **Methods:** A case series descriptive study, retrospectively reviewing the medical records of patients diagnosed with infectious keratitis and treated as an inpatient at the Corneal Department, Ho Chi Minh City Eye Hospital. **Results:** The study noted that corneal ulcers were common at the average age of 54.9 ± 13.59 years old, most common in the group more than 60 years old. Research subjects from rural areas predominate. Common occupations are unskilled workers: farmers account for 40% and workers account for 17.5%. The majority of injuries are caused by accidents at work and in daily life. About the time from onset to hospital admission after 4 weeks, the rate is 55%. The total visual acuity at admission was less than 3m (100%). Corneal ulceration with deep infiltrates and severe grade (100%). **Conclusion:** Clinical features help guide early diagnosis of fungal keratitis: rough ulcer surface, feather margin, satellite lesion, and central location.

Keywords: corneal ulcer, clinical features, Ho Chi Minh City Eye Hospital.

[1]Trường Đại học Trà Vinh
[2]Bệnh viện Chợ Rẫy
[3]Đại học Y dược Thành phố Hồ Chí Minh
Chịu trách nhiệm chính: Lê Văn Đảm
Email: lvdam@tvu.edu
Ngày nhận bài: 12.4.2023
Ngày phản biện khoa học: 24.5.2023
Ngày duyệt bài: 20.6.2023