

Tp.Nam Định chúng tôi có kết luận sau.

NCT sử dụng rượu bia nhóm tuổi 60 - 80 chiếm 65,3%, nam giới 52,3%, trình độ THCS trở xuống 62,3%, sống riêng một mình 85%.

Lượng đơn vị cồn trung bình/lần, uống 1 đơn vị bia là 70,4%; uống 2-3 đơn vị rượu mạnh 25,9%. Uống ≥ 6 đơn vị rượu nhẹ 15,8% và rượu mạnh là 4,9%. Tần suất trên 01 lần/năm, ít hơn 01 lần/tháng và uống rượu nhẹ 46,4%, rượu mạnh 44,0%.

Sử dụng hàng ngày rượu mạnh 2,6% và bia 2,4%. NCT uống rượu bia có hại 23,7% và nam 17,4%. Mức độ lệ thuộc 11,0% và nam 9,1%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- BỘ Y TẾ** (2016). Hỏi đáp về phòng chống tác hại của rượu bia. Nhà xuất bản Y học. Hà Nội 2016.
- BỘ Y TẾ** (2020). Quyết định số 4946/QĐ-BYT về Hướng dẫn sàng lọc và can thiệp giảm tác hại cho người có nguy cơ sức khỏe do uống rượu, bia tại cơ sở chăm sóc sức khỏe ban đầu và tại cộng đồng, ban hành ngày 26 tháng 11 năm 2020.

- Nguyễn Tiến Mạnh và CS** (2021). Một số yếu tố liên quan đến bệnh tim mạch thường gặp ở người cao tuổi tại huyện Bắc Mê, tỉnh Hà Giang năm 2021. Tạp chí Y học Việt Nam, số 515 (2), 2022.
- Lưu Bích Ngọc, Nguyễn Thị Thiêng** (2018), Tiêu dùng rượu bia ở Việt Nam, một số kết quả điều tra quốc gia. Nhà xuất bản Đại học kinh tế quốc dân 2018.
- Tạc Văn Nam** (2014), Thực trạng sử dụng, kiến thức và thái độ của người uống rượu, bia tại thị trấn Chợ Rã, huyện Ba Bể, tỉnh Bắc Kạn. Kỷ yếu các đề tài nghiên cứu khoa học của hệ truyền thống giáo dục sức khỏe năm 2014, 14 - 24.
- Huỳnh Văn Sơn và CS** (2014). Mức độ nghiện rượu bia ở nam sinh viên và người trưởng thành trẻ tuổi tại thành phố Hồ Chí Minh hiện nay. Tạp chí khoa học ĐHSPTp. Hồ Chí Minh, số 55, năm 2014.
- Trần Phát Đạt và CS** (2021). Nghiên cứu về thực trạng lạm dụng rượu bia và các yếu tố liên quan ở nam giới tại phường Thới An, quận Ô Môn, thành phố Cần Thơ năm 2021. Tạp chí Y Dược học Cần Thơ, số 53, tháng 11/2022.
- World Health Organization** (2018). Global status report on alcohol and health 2018, ISBN 978-92-4-156563-9, Geneva.

HIỆU QUẢ ĐIỀU TRỊ CẢN NGƯỢC VỚI HÀM MYOBACE I3 TRÊN HÀM RĂNG HỖN HỢP

Phạm Thu Trang¹, Nguyễn Bích Ngọc¹, Nguyễn Thị Mận¹, Nguyễn Thanh Huyền¹, Võ Thị Thúy Hồng¹, Nguyễn Thùy Linh¹, Trịnh Vũ Hải¹

TÓM TẮT

Trẻ trong độ tuổi răng hỗn hợp có thể có những vấn đề về đường thở, nhai, nuốt, nói, hình thái khuôn mặt và các thói quen xấu như mút ngón tay, thở miệng... Nếu được phát hiện sớm, được điều trị phòng ngừa và kịp thời sẽ giảm thiểu tối đa các vấn đề về khớp cắn cũng như chức năng hàm mặt, giúp cho việc nắn chỉnh răng sau này diễn ra dễ dàng và thuận lợi hơn. Việc sử dụng hàm chức năng như Myobrace đúng thời điểm, đúng chỉ định sẽ góp phần thay đổi chức năng cơ hàm mặt, hình dáng cung răng, giúp hàm mặt của trẻ phát triển theo hướng thuận lợi nhất có thể. Bài trình bày sẽ mô tả thiết kế, chức năng, chỉ định và những ưu điểm của hàm chỉnh nha chức năng Myobrace I3 đối với trẻ trong độ tuổi răng hỗn hợp. **Mục tiêu:** Đánh giá sự thay đổi trước sau điều trị trên lâm sàng và Xquang cephalometric sau khi điều trị cản ngược vùng cửa trên hàm răng hỗn hợp giai đoạn sớm bằng hàm Myobrace I3. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu được thực hiện trên 30 bệnh nhân có cản ngược vùng cửa trên 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 thăm khám lâm sàng và xquang. Sử dụng so sánh Pair T Test, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,005$. **Kết quả:** Thói quen xấu đẩy lưỡi đã được loại bỏ 85,7%, Phanh lưỡi bám thấp được loại bỏ hoàn toàn 100%, vị trí lưỡi đặt thấp loại bỏ 80%. Thời gian điều trị trung bình đến khi hết ngược là $14,47 \pm 1,31$ tháng. Bệnh nhân tuân thủ tốt các bước điều trị. Trên phim Cephalometric: sự thay đổi cắn chia sau điều trị tăng 3,65mm; góc trục răng cửa trên so với mặt phẳng nền sọ tăng 9,16o, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê $p < 0,005$. Sự thay đổi về xương không có ý nghĩa thống kê. **Kết luận:** Hàm tháo lắp chức năng Myobrace I3 đem lại sự thay đổi về mặt chức năng, thay đổi ở răng trong khi sự thay đổi về xương là không đáng kể.

SUMMARY

EFFECTIVENESS OF CROSSBITE TREATMENT WITH MYOBACE I3 ON MIXED DENTITION

Children in mixed dentition age may have problems with breathing, chewing, swallowing, speaking, facial morphology and bad habits such as thumb sucking, mouth breathing... If detected early, Preventive treatment and timely treatment will minimize the problems of occlusal as well as maxillofacial function, making the future orthodontic treatment easier and more convenient. The use of functional appliance such as Myobrace at the right

¹Bệnh viện Răng Hàm Mặt trung ương Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Thu Trang

Email: trangpham368@gmail.com

Ngày nhận bài: 5.2.2024

Ngày phản biện khoa học: 21.3.2024

Ngày duyệt bài: 12.4.2024

time and right indication will contribute to changing the function of facial muscles, the shape of the teeth, helping the child's jaw to develop in the most favorable direction possible. The presentation will describe the design, function, indications and advantages of the functional orthodontic Myobrace I3 for children of mixed dentition. **Objectives:** To evaluate the change before and after treatment in clinical and cephalometric after treatment of crossbite on the early mixed dentition with Myobrace I3. **Meterior and methods:** The study was carried out on 30 patients with anterior crossbite in the mixed dentition age who came for examination and treatment at the Hanoi National Hospital of Odontostomatology, using the results of the examination and treatment. clinical and radiographic. Using the Pair T Test, the difference was statistically significant with $p < 0.005$. **Results:** The bad habit of pushing the tongue was eliminated 85.7%, tongue tie was completely eliminated 100%, the low tongue position was eliminated 80%. The mean duration of treatment until the reversal was 14.47 ± 1.31 months. The patient complied well with the treatment protocol. On Cephalometric: change of overbite after treatment increased 3.65mm; The angle of the upper incisors axis compared to the SNA base plane increased by 9.16o, this difference has statistical significance $p < 0.005$. The skeletal change was not statistically significant. **Conclusion:** The Myobrace I3 functional appliance resulted in functional; a major change in the teeth while the skeletal changes were negligible.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Điều trị cắn ngược vùng cửa 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.

Về cơ bản, điều trị chức năng nếu can thiệp càng sớm sẽ càng có lợi cho việc phát triển khuôn mặt theo hướng thuận lợi nhất. Tuy nhiên, can thiệp khi trẻ từ có ý thức tự giác sẽ giúp việc điều trị kiểm soát tốt hơn về mặt ý thức và về mặt giải phẫu. Và trẻ trong giai đoạn sớm của hàm răng hỗn hợp cũng là lúc ý thức tự giác của trẻ bắt đầu hình thành, và khi đó, luyện tập thói quen cho trẻ sẽ dễ đem lại thành công [1].

Đặc biệt khí cụ chức năng Myobrace tập trung vào các yếu tố căn nguyên, chỉnh sửa các thói quen cơ kém làm ảnh hưởng đến răng, hàm và sự phát triển khuôn mặt, hướng đến giải pháp chỉnh nha tự nhiên bởi tính tiện dụng và đặc điểm nổi bật khi kết hợp loại bỏ những thói quen xấu ở cơ miệng như thở miệng, đẩy lưỡi, mút

môi... là nguyên nhân gây ra 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. Nghiên cứu can thiệp lâm sàng không đối chứng nhằm so sánh sự thay đổi trước – sau điều trị trên nhóm 30 bệnh nhân

2.3. Xử lý số liệu. Số liệu được nhập và phân tích bởi phần mềm SPSS 20.0

2.4. Đạo đức trong nghiên cứu

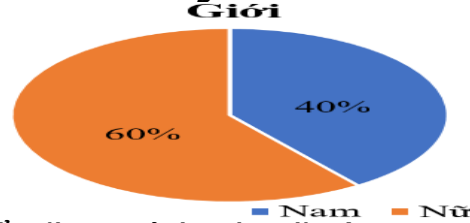
- Nghiên cứu được thực hiện tại cơ sở có sự đồng ý của bệnh viện RHM Trung Ương Hà Nội

- 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. Đặc điểm chung của nhóm nghiên cứu

3.1.1. Phân bố giới



Biểu đồ 3.1: Tỷ lệ phân bố giới trong nhóm nghiên cứu

Nhận xét: Giới nữ chiếm 60% tổng số lượng điều trị trong khi giới Nam chiếm tỉ lệ thấp hơn với 40%.

3.1.2. Tuổi trung bình bắt đầu điều trị

Bảng 3.1: Tuổi trung bình bắt đầu điều trị

Biên	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

3.1.3 Thời gian điều trị trung bình

Bảng 3.2: Thời gian điều trị trung bình

Thời gian	GTTB+- SD	GTLN	GTNN
Tháng	14,47 ± 1,31	16	12

Nhận xét: Thời gian điều trị trung bình khi đeo hàm là 14,47 tháng trong đó lớn nhất là 16 tháng và thấp nhất là 12 tháng

3.2. Thay đổi lâm sàng trước sau điều trị

3.2.1. Sự thay đổi chức năng hàm mặt

Bảng 3.3: Sự thay đổi chức năng hàm mặt

Biến	Trước điều trị (T1) n=30	Sau điều trị (T2) n=30	Thay đổi (T1-T2) n=30	P
Thói quen	7	1	6	<0,005

xấu đẩy lưỡi	(23,3%)	(3,3%)	(85,7%)	
Phanh lưỡi bám thấp	13 (43,3%)	0	13 (100%)	<0,005
Vị trí lưỡi đặt thấp	10 (33,4%)	2 (6,6%)	8 (80%)	<0,005

Nhận xét:

- Sau điều trị, thói quen xấu đẩy lưỡi giảm từ 23,3% xuống còn 3,3%
- Vị trí lưỡi đặt thấp giảm từ 33,3 % xuống còn 6,6%
- Phanh lưỡi bám thấp đã được giải phóng toàn bộ, nên không còn phanh lưỡi bám thấp

3.3. Thay đổi X quang trước sau điều trị

Bảng 3.4: Chỉ số về xương trước sau điều trị

STT	Chỉ số	Trước điều trị (T1) n=30	Sau điều trị (T2) n=30	Thay đổi (T1-T2) n=30	P
Chỉ số về xương					
1	SNA (°)	78,75 ± 3,11	78,9 ± 3,45	-0,15 ± 2	0,693
2	SNB (°)	78,58 ± 2,76	78,2 ± 2,91	0,37 ± 1,9	0,29
3	ANB (°)	0,18 ± 1,93	0,7 ± 2,26	-0,52 ± 1,06	0,012
4	FMA (°)	27,76 ± 4,49	28,37 ± 4,98	-0,61 ± 2,77	0,236
5	Góc mặt phẳng hàm dưới	123,85 ± 6,17	124,5 ± 6,14	-0,65 ± 4,51	0,438
6	A to N-Perp(FH)	-2,65 ± 2,59	-2,9 ± 3,09	0,25 ± 2,25	0,551
7	B to N-Perp(FH)	-5,02 ± 4,39	-6,11 ± 5,14	1,1 ± 2,95	0,051
8	Pog to N-Perp(FH)	-5,86 ± 4,76	-6,78 ± 5,73	0,92 ± 3,45	0,155
9	Wits appraisal	-5,44 ± 2,81	-5,01 ± 3,05	-0,43 ± 1,58	0,149
Chỉ số về răng					
10	Cắn chìa (mm)	-1,86 ± 1,24	1,79 ± 0,98	-3,65 ± 1,51	< 0,0005
11	Cắn trùn (mm)	2,39 ± 1,98	1,27 ± 2,37	0,62 ± 3,2	< 0,0005
12	U1 to SN (°)	100,36 ± 7,14	109,52 ± 7,18	-9,16 ± 9,43	< 0,005
13	IMPA (°)	89,76 ± 8,77	86,97 ± 7,97	2,78 ± 4,31	0,001
14	L1 to LOP	72,36 ± 7,95	76,63 ± 7,64	-4,28 ± 4,49	< 0,005
15	Góc liên răng cửa (°)	133,79 ± 11	127,06 ± 8,91	6,73 ± 11,64	0,004
Chỉ số về mô mềm					
16	Môi trên đến đường E (mm)	-0,02 ± 2,06	0,18 ± 2,05	0,28 ± 1,44	0,446
17	Môi dưới đến đường E (mm)	2,09 ± 2,24	1,81 ± 1,92	2,47 ± 9,51	0,296
18	Góc mũi môi (°)	89,65 ± 12,71	87,18 ± 11,66	0,54 ± 5,43	0,166

Nhận xét: - Sự thay đổi về xương: Có sự thay đổi các chỉ số về xương trước sau điều trị, tuy nhiên sự thay đổi này không có ý nghĩa thống kê.

- Sự thay đổi về răng: Có sự thay đổi trước sau điều trị ở chỉ số cắn trùn và cắn chìa, trực răng cửa hàm trên với mặt phẳng nền sọ, trực răng cửa hàm dưới với mặt phẳng cắn hàm dưới, góc liên răng cửa. Sự thay đổi này có ý nghĩa thống kê.

- Sự thay đổi về phần mềm: Có sự thay đổi các chỉ số về xương trước sau điều trị, tuy nhiên sự thay đổi này không có ý nghĩa thống kê.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Về lâm sàng. Xét về mặt lâm sàng, sau thời gian điều trị, giá trị độ cắn chìa và cắn

trùn đã có thay đổi rõ rệt. Theo kết quả tại bảng 3.7, giá trị độ cắn chìa trước điều trị là -2,51± 1,90 mm, giá trị sau điều trị là 1,57 ± 1,14 mm. Sau điều trị, giá trị độ cắn chìa tăng 3,73mm, sự khác biệt giữa hai thời điểm có ý nghĩa thống kê với p <0,0005. Đây là chỉ số rất có giá trị trên đánh giá lâm sàng bởi khi độ cắn chìa chuyển từ âm sang lớn hơn 0 điều đó chứng tỏ kết quả điều trị bằng hàm Myobrace đã cho kết quả hết ngược. Như vậy, điều trị bằng khí cụ Myobrace đã cho kết quả khá khả quan khi điều chỉnh giá trị độ chia về ngưỡng bình thường. Khí cụ Myobrace đã cải thiện đáng kể mức độ cắn hở và cắn ngược. Nguyên nhân có thể do khí cụ Myobrace đã giúp bệnh nhân loại bỏ thói quen

xấu như đẩy lưỡi, từ đó tạo điều kiện thuận lợi cho quá trình tăng trưởng bình thường diễn ra.

Sự thay đổi về chức năng hàm mặt. Sau điều trị, thói quen xấu đẩy lưỡi giảm từ 23,3% xuống còn 3,3%. Vị trí lưỡi đặt thấp giảm từ 33,3% xuống còn 6,6%. Phanh lưỡi bám thấp đã được tiểu phẫu cắt phanl lưỡi, nên không còn phanl lưỡi bám thấp. Từ đó cùng với sự tập luyện với hàm myobrace i3, lưỡi được đặt lên đúng vị trí tại thê lưỡi, thấy rằng hiệu quả của hàm myobrace trong điều trị thói quen xấu.

Lưỡi đặt thấp là một bất thường về tư thế ở những đối tượng có khớp cắn chéo phía trước ở răng hỗn hợp ảnh hưởng đến mối quan hệ chìa ra phía trước của các răng phía trước và sự phát triển của phức hợp hàm trên-hàm dưới trong quá trình vận động chức năng [3] Myobrace I3 được phát triển để di chuyển môi trên, tạo điều kiện cho xương hàm trên phát triển về phía trước và cải thiện vị trí của lưỡi bằng cách nâng cao vị trí lưỡi.

Kết quả của chúng tôi tương tự Wiley Rohan và CS [4]. Với các đặc điểm về sự tăng trưởng và phát triển cho thấy rằng hầu hết các trường hợp sai khớp cắn và dị tật trên khuôn mặt đều xấu đi theo tuổi tác. Khả năng thích nghi của các tế bào, mô và cơ quan thông qua các quá trình phát triển bình thường là lớn nhất trong giai đoạn đầu phát triển và giảm dần khi đến gần quá trình trưởng thành. Điều trị sớm cắn chéo phía trước mang lại tiên lượng tốt, tác động đáng kể đến chất lượng cuộc sống của bệnh nhân. Xem xét tác động của việc chăm sóc sớm, điều cần thiết là phải thực hiện chẩn đoán chính xác để phân biệt nguyên nhân chính gây bệnh chéo do thay đổi tư thế của xương hàm với những nguyên nhân do sự phát triển không đều của các nền xương ở mặt phẳng trước sau. Cắn chéo phía trước có thể tự điều chỉnh trong quá trình mọc răng vĩnh viễn, nhưng trong một số trường hợp, nó có thể tồn tại hoặc xấu đi trong một thời gian dài hơn. Do đó, điều quan trọng là cha mẹ, nha sĩ, bác sĩ và chuyên gia chăm sóc sức khỏe phải nhận ra các thói quen và rối loạn cấu trúc răng miệng bị rối loạn chức năng để thiết lập chẩn đoán đầy đủ và đưa ra biện pháp can thiệp sớm. Việc xác định các cơ chế sinh lý thần kinh liên quan đến quá trình tăng trưởng và phát triển sọ mặt và nhận biết các yếu tố môi trường có thể ảnh hưởng đến các cơ chế này đã chứng minh một cách khoa học nghệ thuật chỉnh hình chức năng hàm trong việc thúc đẩy hoặc hạn chế tăng trưởng và thay đổi hướng và tư thế của xương. Nếu để lâu không được điều trị, nó có thể dẫn đến các rối loạn sinh lý, xã hội và tâm lý,

đôi khi không thể hồi phục. Việc xác định các cơ chế sinh lý thần kinh liên quan đến quá trình tăng trưởng và phát triển sọ mặt và nhận biết các yếu tố môi trường có thể ảnh hưởng đến các cơ chế này đã chứng minh một cách khoa học nghệ thuật chỉnh hình chức năng hàm trong việc thúc đẩy hoặc hạn chế tăng trưởng và thay đổi hướng và tư thế của xương. Nếu để lâu không được điều trị, nó có thể dẫn đến các rối loạn sinh lý, xã hội và tâm lý, đôi khi không thể hồi phục[5].

4.2. Về x quang

4.2.1. Sự thay đổi về xương. Từ kết quả của bảng 3.10 ta có thể thấy rằng sự thay đổi về xương sau điều trị là rất ít và sự thay đổi này không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$. Từ đó có thể cho thấy rằng trong thời gian điều trị với hàm Myobrace ở giai đoạn sau khi loại bỏ thói quen xấu khoảng 4-6 tháng, chuyển sang giai đoạn hàm tác động lên răng trong thời gian điều trị tiếp theo 4-6 tháng thì đánh giá sau khi hết ngược với độ cắn chìa lớn hơn 0. Thời điểm này thì chưa thấy sự thay đổi về xương, có thể do thời gian nghiên cứu ngắn. Bởi theo quan điểm của một số tác giả như Rohan 2017 [4] thì thay đổi chức năng là tiền đề để thay đổi các chỉ số về xương nhưng trên thời gian nghiên cứu dài. Bởi vậy cần có những nghiên cứu dài đánh giá sự thay đổi về mặt chức năng lên sự thay đổi các chỉ số về xương.

4.2.2. Sự thay đổi về răng. Nhìn chung bệnh nhân không còn cắn ngược với trung bình độ cắn chìa sau điều trị tăng 3,65 mm. Khi so sánh với Wieldel và cs (2015) thì sự thay đổi độ cắn chìa của chúng tôi tương đương sự thay đổi độ cắn chìa trung bình của Wieldel là tăng 3,5mm, sự thay đổi cắn tràm trước sau điều trị của chúng tôi cao hơn thay đổi độ cắn tràm của Wieldel là tăng 0,1mm [8], nghiên cứu của Wieldel sử dụng hàm tháo lắp cung trong cung ngoài, nên có thể đây là sự khác biệt lên các yếu tố về răng như trên.

Nghiên cứu của chúng tôi tương tự với nghiên cứu của Harun và CS (2021) cho thấy Myobrace có tác dụng trong điều trị sai khớp cắn loại III, thêm vào nữa là sự điều chỉnh độ cắn tràm, cắn chìa, chen chúc răng trên và dưới, điều chỉnh, tương quan răng hàm theo chiều trước sau [6]. Nghiên cứu của Kizi G và CS (2017) cho thấy Myobrace i3 có hiệu quả trong điều trị cắn chéo phía trước[9]. Nghiên cứu của Rohan và CS (2017) cho thấy Myobrace i3 có hiệu quả trong điều trị sai khớp cắn loại III, tạo lập lại tư thế và chức năng của lưỡi, giúp ngừng tiến trình quá

phát xương hàm dưới và tăng sự phát triển theo chiều ngang của xương hàm trên [4].

4.2.3. Sự thay đổi mô mềm. Sự thay đổi các chỉ số về mô mềm ít và không có ý nghĩa thống kê. Có thể cho rằng sự thay đổi vị trí răng cửa giữa trên (nhô và chìa hơn) và vị trí răng cửa giữa dưới (lùi và ngả lưỡi hơn) đã có sự ảnh hưởng tương ứng lên mô mềm, tuy chưa có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê. Như vậy, có thể thấy rằng tác động tới răng của khí cụ Myobrace trong nghiên cứu này là chủ yếu. Khí cụ Myobrace hiệu quả tốt trong điều trị khớp cắn ngược ở nhóm bệnh nhân trong nghiên cứu.

V. KẾT LUẬN

Hàm tháo lắp chức năng Myobrace đem lại sự thay đổi chủ yếu là ở răng trong khi sự thay đổi về xương là không đáng kể. Sự thay đổi cắn chìa sau điều trị tăng 3,65mm; góc trục răng cửa trên so với mặt phẳng nền sọ tăng 9,16°, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê $p < 0,005$.

Sử dụng khí cụ Myobrace I3 để điều trị ở nhóm bệnh nhân trên giúp loại bỏ thói quen đặt lưỡi thấp, làm đều răng và hết cắn ngược

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **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.
2. **Onodera, K., et al.,** Effects of functional

- orthodontic appliances in the correction of a primary anterior crossbite—changes in craniofacial morphology and tongue position. The European Journal of Orthodontics, 2006. 28(4): p. 373-377.
3. **Sakata, T.,** A study on the relationship between the position of the hyoid bone in subjects with reversed occlusion and maxillofacial shape in childhood. Nihon University Dental Journal, 2001. 75: p. 28-37.
4. **Wijey, R.,** Treatment for Class III Malocclusion: Surely we can do better? Australasian Dental Practice, 2017. 3: p. 80-84.
5. **Monte Callado, F., M.L. Sperandeo,** and C. Growth, Anterior crossbite correction in early mixed dentition stage using functional jaw orthopedics principles: a case report with two-years follow-up. Jaw Functional Orthopedics, 2021. 1(2): p. 62-74.
6. **Achmad, H. and N. Auliya,** Management of Malocclusion in Children Using Myobrace Appliance: A Systematic Review. Annals of the Romanian Society for Cell Biology, 2021: p. 2120-2136.
7. **Nery, S.S., et al.,** Ortodontia Miofuncional-Sistema Myobrace® relato de caso clínico Myofunctional Orthodontics-Myobrace system® clinical case report. Brazilian Journal of Health Review, 2022. 5(4): p. 12147-12161.
8. **Wiedel, A.-P. and L. Bondemark,** Fixed versus removable orthodontic appliances to correct anterior crossbite in the mixed dentition—a randomized controlled trial. European journal of orthodontics, 2015. 37(2): p. 123-127.
9. **Kizi, G., et al.** Early treatment of a class III malocclusion with the myobrace system: clinical case. in 2nd International Congress of CiEM-Translational Research and Innovation in Human and Health Science. 2017.

RỐI LOẠN LIPID MÁU VÀ NGUY CƠ MẮC BỆNH ĐỘNG MẠCH VÀNH Ở BỆNH NHÂN SUY THẬN MẠN GIAI ĐOẠN CUỐI LỌC MÁU CHU KỲ TẠI BỆNH VIỆN THẬN HÀ NỘI THEO THANG ĐIỂM FRAMINGHAM

Lê Thị Thanh Tâm^{1,2}, Nguyễn Thị Diệp², Ngô Trung Dũng², Nguyễn Thế Lương², Phan Tùng Linh², Lê Ngọc Anh³

TÓM TẮT

Rối loạn lipid máu là một yếu tố nguy cơ truyền thống đã được chứng minh rõ ràng đối với các biến cố tim mạch trong dân số nói chung, đặc biệt là những bệnh nhân suy thận mạn giai đoạn cuối (STMGĐC) lọc máu chu kỳ. **Mục tiêu nghiên cứu:** Mô tả đặc điểm

rối loạn lipid máu và xác định nguy cơ mắc bệnh động mạch vành theo thang điểm Framingham ở bệnh nhân suy thận mạn giai đoạn cuối lọc máu chu kỳ. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 353 bệnh nhân STMGĐC lọc máu chu kỳ tại bệnh viện Thận Hà Nội trong năm 2023. **Kết quả và kết luận:** Tỷ lệ rối loạn ít nhất một thành phần lipid máu là 80,5%, trong đó giảm HDL-C là 73,4% và tăng Triglycerid là 52,6%. Nguy cơ mắc bệnh động mạch vành theo thang điểm Framingham: Nguy cơ rất cao 15,6%; Nguy cơ cao 5,3%; Nguy cơ trung bình 8,8%; Nguy cơ thấp 70,3%. Nguy cơ mắc bệnh động mạch vành gia tăng theo tuổi và mức độ tăng huyết áp tâm thu.

Từ khóa: rối loạn lipid máu, nguy cơ mắc bệnh động mạch vành, thang điểm Framingham.

¹Trường Đại Học Y tế Công cộng

²Bệnh viện Thận Hà Nội

³Trường Đại học Y Dược, Đại học Quốc Gia Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Lê Ngọc Anh

Email: lengocanh.ump@vnu.edu.vn

Ngày nhận bài: 6.2.2024

Ngày phản biện khoa học: 22.3.2024

Ngày duyệt bài: 15.4.2024