

V. KẾT LUẬN

Thoái hóa khớp gối nguyên phát là 1 tình trạng bệnh lý chịu sự ảnh hưởng của tuổi tác, giới tính khiến cho bệnh nhân đau đớn kéo dài, giảm hoặc mất chức năng khớp gối và gây ra dáng đi bất thường cho người bệnh. Phẫu thuật thay khớp gối toàn phần mang lại kết quả giảm đau tốt cho người bệnh và giúp phục hồi lại khả năng đi lại tốt và trở lại dáng đi bình thường.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Văn Hùng (2020), Bệnh học Nội khoa Tập 2. NXB Y học, 201 - 208.
2. Trần Ngọc Ân - Nguyễn Thị Ngọc Lan (2005), Phác đồ chẩn đoán và điều trị các bệnh cơ xương khớp thường gặp, NXB Giáo dục Việt Nam, 178 - 184.
3. Đoàn Việt Quân (2013), Nghiên cứu điều trị thoái khớp gối bằng phẫu thuật thay khớp gối

- toàn phần tại Bệnh viện Việt Đức, Luận văn tốt nghiệp Bác sĩ chuyên khoa II.
4. Võ Thành Toàn (2020), Đánh giá kết quả thay khớp gối toàn phần, Tạp chí Y học Việt Nam, 490(1):221- 223.
 5. Nguyễn Huy Phương, Trần Trung Dũng (2020), Kết quả phẫu thuật thay khớp gối toàn phần ứng dụng các chỉ số góc của lồng cầu xương đùi, Tạp chí Y học Việt Nam, 497(2):84 - 88.
 6. Muraki S., Oka H., Akune T., et al. (2009). Prevalence of radiographic knee osteoarthritis and its association with knee pain in the elderly of Japanese population-based cohorts: the ROAD study. Osteoarthritis Cartilage, 17(9), 1137-1143.
 7. Z A.H., O M., and Ruslan G. (2011). Total Knee Replacement: 12 Years Retrospective Review and Experience. Malays Orthop J, 5(1), 34-39.
 8. Nguyễn Văn Học (2021), Nghiên cứu thay đổi mật độ xương quanh khớp nhân tạo và kết quả phẫu thuật thay khớp gối toàn phần. Luận án Tiến sĩ y học.

ĐẶC ĐIỂM TĂNG TRƯỞNG HỆ THỐNG SỌ MẶT CỦA TRẺ TỪ 7 ĐẾN 13 TUỔI TRÊN PHIM SỌ NGHIÊNG

Đống Thị Kim Uyên¹, Lê Hoàng Sơn¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Xác định đặc điểm tăng trưởng hệ thống sọ mặt của trẻ em Việt Nam trong giai đoạn từ 7 đến 13 tuổi. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Mẫu nghiên cứu là 691 phim sọ nghiêng của 287 trẻ em thỏa điều kiện. Các phim sọ nghiêng được chụp với cùng một kỹ thuật bởi một kỹ thuật viên để hạn chế tối đa sự sai lệch do các yếu tố chủ quan. Các phim được vẽ lại trên giấy chuyên dụng của chỉnh hình, xác định các điểm chuẩn và đo đạc khoảng cách, góc độ bởi nghiên cứu viên. Các điểm chuẩn xác định bao gồm: điểm S (Sella turcia), điểm N (Nasion), điểm Ba (Basion), điểm ANS (Anterior nasal spine), điểm A, điểm B, điểm Gn (Gnathion), điểm Me (Menton) và điểm Go (Gonion). Từ các điểm chuẩn này, các nhóm biến số đại diện cho kích thước của các vùng thuộc hệ thống sọ mặt được đo đạc bao gồm: nền sọ, xương hàm trên, xương hàm dưới, chiều cao các tầng mặt. Các kết quả được xử lý thống kê với mức khác biệt có ý nghĩa là $p < 0,05$. **Kết quả:** Trong giai đoạn 7 đến 13 tuổi, các giá trị khoảng cách và góc độ đều có sự thay đổi có ý nghĩa thống kê, ngoại trừ góc nền sọ Ba-S-N. Tỷ lệ chiều cao và chiều dài của các kích thước có sự thay đổi có ý nghĩa thống kê theo một chiều hướng. Trong giai đoạn này, phức hợp sọ mặt có sự tăng trưởng cả ba chiều không gian. Trong đó, chiều dài xương hàm dưới và chiều cao tầng sau mặt là hai

giá trị tăng nhiều nhất. Chiều dài nền sọ trước là giá trị ít có sự thay đổi nhất. **Kết luận:** Các thành phần của phức hợp sọ mặt đều có sự thay đổi kích thước đáng kể trong giai đoạn 7-13 tuổi. Tỷ lệ các thành phần cũng có sự thay đổi, cho thấy mỗi thành phần trong phức hợp sọ mặt có sự thay đổi hình dạng khuôn mặt. **Từ khóa:** hệ thống sọ mặt, sự tăng trưởng, chiều dài, chiều cao, phần trăm tăng trưởng, phim sọ nghiêng

SUMMARY

GROWTH CHARACTERISTICS OF THE CRANIOFACIAL COMPLEX OF VIETNAMESE CHILDREN FROM 7-13 YEARS OLD

Objective: To determine the growth characteristics of the craniofacial complex in Vietnamese children aged 7-13 years. **Methods:** A total of 691 cephalometric radiographs were obtained from 287 children who met the study criteria. Cephalometric radiographs were taken by a single radiographic technician using one standard technique to limit variation. The radiographs were then drawn on a cephalometric tracing paper, anatomical landmarks were determined, and distances and angles were measured by a single researcher. The anatomical landmarks were the sella turcia (S), nasion (N), basium (Ba), anterior nasal spine (ANS), A and B, gnathion (Gn), menton (Me), and gonion (Go). Based on these points, the distances and angles represented for different areas of the craniofacial complex were measured, such as the skull base, maxilla, mandible, and facial height. Data were statistically analyzed at a significance level of $p < 0.05$. **Results:** The distances and angles significantly changed from 7 to 13 years of age, except for the Ba-S-N angle. The height to length

¹Đại Học Y Dược TP. Hồ Chí Minh

Chịu trách nhiệm chính: Lê Hoàng Sơn

Email: lehoangson@ump.edu.vn

Ngày nhận bài: 12.3.2024

Ngày phản biện khoa học: 23.4.2024

Ngày duyệt bài: 28.5.2024

ratio of the craniofacial complex was also significantly altered in a stable direction. During this period, the craniofacial complex grew in three dimensions. Among the patterns of the craniofacial complex, mandibular length and posterior facial height increased the most, whereas the length of the anterior skull base increased the least. **Conclusion:** Different patterns of the craniofacial complex were significantly grew in patients aged 7-13 years old. The ratio between the length and height of the patterns also increased or decreased, indicating changes in the facial shape.

Keywords: craniofacial complex, growth, length, height, cephalometry

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Thiếu niên là giai đoạn có nhiều sự thay đổi trong quá trình tăng trưởng. Cùng trong giai đoạn này, phức hợp sọ mặt người có những đặc trưng riêng và sự tăng trưởng của bộ phận này thường sớm hơn các phần còn lại trong cơ thể. Khối sọ mặt người được chia thành hai phần: xương hàm dưới và phần còn lại của khối sọ mặt, cung răng hàm trên được xem như cố định với khối xương sọ mặt và bất động. Trong khi đó xương hàm dưới là xương đơn lẻ và di động trong quá trình ăn nhai. Vì vậy, xương hàm trên phụ thuộc vào sự tăng trưởng của phức hợp sọ mặt hàm trên, trong khi xương hàm dưới tăng trưởng theo hướng xuống dưới và ra trước nhờ vào sự phát triển của bờ sau của nhánh đứng và đầu lồi cầu.

Theo góc nhìn này, khớp cắn cân bằng sẽ đạt được khi nào các yếu tố hình thái của mỗi thành phần trên khối sọ mặt và sự tăng trưởng hòa hợp với nhau. Điều này nghĩa là chúng phải đạt được tỉ lệ hợp lý về hình dạng và kích thước cùng với sự tương quan ba chiều của xương nền sọ, xương hàm trên và xương hàm dưới. Yêu cầu cơ bản về sự tương hợp phát triển của phức hợp sọ mặt và xương hàm dưới về mức độ và thời điểm tăng trưởng, thứ tự, và kích thước. Tuy nhiên, xương mặt và các vị trí mà có sự thay đổi nhiều về các yếu tố này, sự thay đổi này không phải luôn diễn tiến theo cùng chiều hướng. Do đó, việc thiếu sự tương hợp này giữa các thành phần sọ mặt sẽ gây ra sự thiếu thẩm mỹ ở một hoặc một vài thành phần nếu mà sự thay đổi này không bù trừ cho nhau phần nào.

Tuy nhiên, sự tăng trưởng của phức hợp sọ mặt với đặc điểm của các thành phần có tính sụn và các yếu tố bề mặt, tất cả dưới sự kiểm soát hoặc tác động của yếu tố di truyền hoặc chức năng và vẫn chưa được hiểu hết. Như vậy, sự tăng trưởng của hàm dưới và phức hợp sọ-hàm trên nên được xem xét là bị chỉ huy bởi các cơ chế tăng trưởng khác nhau của vùng sọ. Các cơ

chế tăng trưởng này nằm dưới các thành phần của sự tăng trưởng chung và mối tương quan ba chiều của hai hàm.

Tại Việt Nam, dù hiện tại có các các nghiên cứu trên phim sọ nghiêng về các đặc điểm tăng trưởng hệ thống sọ mặt của Lê Nguyên Lâm,¹ Trương Đình Khởi² nhưng các nghiên cứu này cho thấy kết quả có sự khác biệt. Nghiên cứu này được thực hiện nhằm bổ sung thêm các kết quả về đặc điểm tăng trưởng hệ thống sọ mặt trên trẻ em Việt Nam từ 7 đến 13 tuổi. Mục tiêu nghiên cứu là xác định đặc điểm tăng trưởng hệ thống sọ mặt giai đoạn từ 7 đến 13 tuổi thông qua tỉ lệ chiều cao và chiều dài các kích thước sọ mặt và tỉ lệ phần trăm tăng trưởng các kích thước hệ thống sọ mặt.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Mẫu nghiên cứu. Mẫu nghiên cứu là phim sọ nghiêng của 287 trẻ của 4 trường mẫu giáo tại thành phố Hồ Chí Minh được theo dõi và chăm sóc răng miệng tại Khoa Răng Hàm Mặt, Đại học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh.

Tiêu chuẩn chọn trẻ tham gia: (1) Có cha mẹ đều là người Việt Nam, dân tộc Kinh; (2) Có trọng lượng bình thường khi được sinh ra, tình trạng sức khỏe bình thường; (3) Không có chấn thương hàm mặt, dị hình do bệnh lý hoặc thói quen xấu; (4) Không có bất hài hòa của mặt; (5) Khớp cắn bình thường; (6) Răng sâu hoặc chỉ có sâu nhỏ ở mặt nhai.

Tiêu chuẩn chọn phim sọ nghiêng: (1) Hồ sơ có ít nhất 1 phim trong mỗi lứa tuổi 7-10, 11-14 tuổi; (2) Phim có chất lượng tốt, đủ để thấy rõ các hình ảnh mô cứng; (3) Răng ở tư thế cắn khít trung tâm khi chụp.

Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: nghiên cứu dọc hỗn hợp.

Cỡ mẫu. Mẫu nghiên cứu bao gồm 691 phim sọ nghiêng đạt tiêu chuẩn nêu trên của các trẻ từ 7 đến 13 tuổi, bao gồm:

- 73 phim của trẻ 7 tuổi
- 96 phim của trẻ 8 tuổi
- 140 phim của trẻ 9 tuổi
- 113 phim của trẻ 10 tuổi
- 94 phim của trẻ 11 tuổi
- 114 phim của trẻ 12 tuổi
- 61 phim của trẻ 13 tuổi

Quy trình nghiên cứu. Các đối tượng được chụp phim ở tư thế đứng, với đầu ở tư thế tự nhiên, hai môi khép kín, răng ở tư thế cắn khít trung tâm. Đầu bên trái của đối tượng nghiên cứu tiếp xúc với phim để giảm độ phóng đại và độ méo lệch. Chùm tia đi qua tai ngoài và thẳng

góc với phim. Khoảng cách từ đầu côn đến mặt phẳng dọc giữa của đối tượng nghiên cứu là 1,52 mét. Tất cả các trẻ đều được mặc áo chì bảo hộ khi chụp phim. Phim được chụp bởi duy nhất một kỹ thuật viên tại bộ môn Chẩn đoán hình ảnh Răng Hàm Mặt, Khoa Răng Hàm Mặt, Đại học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh.

Các phim sọ nghiêng đều được vẽ nét do một nghiên cứu viên duy nhất trên giấy vẽ nét chuyên dụng cho chỉnh hình răng mặt với viết chì đường kính 0,5mm. Trên hình ảnh vẽ nét, nghiên cứu viên xác định các điểm chuẩn sử dụng trong nghiên cứu theo định nghĩa trong Bảng 1.

Bảng 1. Các điểm chuẩn trên phim sọ nghiêng

Tên điểm chuẩn	Các xác định
Điểm S (Sella turcia)	Tâm của hố yên xương bướm
Điểm N (Nasion)	Điểm trước nhất của đường khớp trán-mũi
Điểm Ba (Basion)	Điểm dưới nhất của bờ trước lỗ chẩm
Điểm ANS (Anterior nasal spine)	Điểm gai mũi trước
Điểm A	Điểm lõm nhất của bờ xương ổ răng hàm trên
Điểm B	Điểm lõm nhất của bờ xương ổ răng hàm dưới
Điểm Gn (Gnathion)	Giao điểm của cằm với đường phân giác của góc hợp bởi mặt phẳng hàm dưới theo Downs với mặt phẳng mặt
Điểm Me (Menton)	Điểm dưới nhất của cằm trên mặt phẳng dọc giữa
Điểm Go (Gonion)	Giao điểm của góc hàm với đường phân giác của góc hợp bởi mặt phẳng hàm dưới theo Downs với tiếp tuyến của bờ sau nhánh đứng xương hàm dưới

Các biến số nghiên cứu. Các biến số trong nghiên cứu bao gồm độ tuổi, số đo góc, kích thước, tỷ lệ. Các biến số thu được từ bản vẽ phim sọ nghiêng được đo tại nền sọ, hàm trên

và hàm dưới, chiều cao các tầng mặt, tỷ lệ chiều cao và chiều dài mặt.

Bảng 2. Các biến số trong nghiên cứu

Nhóm biến số	Biến số	Đơn vị	Mô tả
Độ tuổi	Tuổi	tuổi	Tuổi của cá thể tại thời điểm chụp phim sọ nghiêng
Nền sọ	Ba-S-N	độ	Góc nền sọ
	S-N	mm	Chiều dài nền sọ trước
	Ba-S	mm	Chiều dài nền sọ sau
Xương hàm trên	S-N-A	độ	Độ nhô xương hàm trên từ A
	S-N-ANS	độ	Độ nhô xương hàm trên từ ANS
	N-S-ANS	độ	Độ xoay xương hàm trên
	S-ANS	mm	Chiều dài xương hàm trên từ S
Xương hàm dưới	S-N-B	độ	Độ nhô xương hàm dưới
	SN-GoGn	độ	Góc mặt phẳng hàm dưới
	N-S-Go	độ	Vị trí góc hàm
	S-Go-Gn	độ	Góc hàm dưới
Chiều cao các tầng mặt	Go-Gn	mm	Chiều dài thân xương hàm dưới
	N-Me	mm	Chiều cao tầng mặt trước
	S-Go	mm	Chiều cao tầng mặt sau
Chiều cao các tầng mặt	N-ANS	mm	Chiều cao tầng mặt giữa
	ANS-Me	mm	Chiều cao tầng mặt dưới
	S-Me	mm	Chiều dài mặt tương đối

Xử lý và phân tích số liệu. Số liệu được phân tích bằng phần mềm thống kê SPSS 26.0. Thống kê mô tả bao gồm số trung bình, độ lệch chuẩn, khoảng tin cậy 95%, giá trị tối thiểu và tối đa của các số đo. Phân tích ANOVA một yếu tố kết hợp với phương pháp Tukey để so sánh trung bình các số đo giữa các nhóm trẻ 7 tuổi, 8 tuổi, 9 tuổi, 10 tuổi, 11 tuổi, 12 tuổi và 13 tuổi. Phân tích ANOVA một yếu tố có lập kết hợp với phương pháp Bonferroni được dùng để đo lường sự khác biệt trung bình các số đo giữa các nhóm trẻ 7 tuổi, 8 tuổi, 9 tuổi, 10 tuổi, 11 tuổi, 12 tuổi và 13 tuổi trong mẫu dọc thuần túy. Phép kiểm có ý nghĩa thống kê khi giá trị $p < 0,05$.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 3. Đặc điểm hình thái hệ thống sọ mặt của trẻ 7-13 tuổi (n = 691)

Số đo	Nhóm tuổi							Giá trị p
	7 tuổi	8 tuổi	9 tuổi	10 tuổi	11 tuổi	12 tuổi	13 tuổi	
Ba-S-N	129,6±4,8	128,8±5,1	129,6±4,6	128,1±4,4	129,0±4,4	128,2±4,6	127,8±5,1	0,171
S-N	64,4±2,5	64,9±3,0	66,3±2,9	66,6±1,4	67,9±2,9	68,6±3,0	69,2±3,1	<0,001
Ba-S	43,5±2,8	43,9±2,7	45,8±2,6	47,1±2,7	48,2±2,7	49,5±3,3	50,0±3,5	<0,001
S-N-A	81,6±3,0	81,6±3,1	81,5±3,4	82,0±3,1	81,6±3,3	82,8±3,3	83,4±3,9	0,002

S-N-ANS	84,3±3,2	86,4±3,5	85,0±3,6	86,7±3,4	85,0±3,5	86,1±3,4	86,4±3,8	0,005
N-S-ANS	39,0±2,3	39,2±2,2	39,8±2,3	39,5±2,3	40,7±2,3	40,3±2,1	40,8±2,4	<0,001
S-ANS	76,6±2,5	78,5±3,5	80,4±3,7	82,6±3,4	83,6±3,2	86,3±3,4	86,7±3,7	<0,001
S-N-B	77,7±2,9	78,4±2,8	78,4±3,0	79,0±3,1	79,2±3,2	79,8±3,2	80,4±3,5	<0,001
SN-GoGn	36,3±4,7	35,4±4,1	35,1±4,8	34,0±4,6	34,9±4,4	33,5±4,6	33,2±5,5	0,010
N-S-Go	103,2±3,3	103,7±3,7	104,0±3,3	104,1±3,5	104,5±3,2	105,0±4,2	104,4±3,0	<0,001
S-Go-Gn	113,2±4,6	111,8±4,7	111,1±4,8	109,8±4,9	110,5±4,7	108,5±4,9	108,8±5,0	<0,001
Go-Gn	66,0±3,1	68,0±3,4	71,0±4,0	73,9±3,9	75,0±3,9	78,5±5,5	79,3±4,2	<0,001
N-Me	107,6±4,4	110,3±6,2	113,1±5,4	116,2±5,2	118,0±5,4	122,2±5,8	123,5±6,7	<0,001
S-Go	65,7±3,7	68,5±4,6	69,8±4,5	72,7±4,5	73,5±4,4	77,3±5,9	78,6±5,5	<0,001
N-ANS	48,4±2,6	49,7±3,0	51,6±2,9	53,0±2,9	54,5±3,1	55,9±3,0	56,8±3,3	<0,001
ANS-Me	60,9±3,8	62,5±4,1	63,2±4,2	64,9±3,9	65,1±3,8	68,1±4,3	68,2±5,3	<0,001
S-Me	108,3±4,0	111,8±5,9	113,1±5,2	119,0±5,2	120,3±5,2	125,7±5,6	127,7±5,7	<0,001

Kiểm định ANOVA một yếu tố kết hợp phương pháp Tukey

Đối với nền sọ, góc nền sọ (Ba-S-N) có khuynh hướng giảm nhưng sự thay đổi này của góc nền sọ trong khoảng 7-13 tuổi không có ý nghĩa thống kê. Tuy nhiên, chiều dài nền sọ trước (S-N) và nền sọ sau (Ba-S) tăng có ý nghĩa trong giai đoạn này. Độ nhô (đo bởi S-N-A và S-N-ANS) và độ xoay (đo bởi góc N-S-ANS) xương hàm trên đều có khuynh hướng tăng khoảng 2 độ trong giai đoạn 7-13 tuổi. Trong khi đó, xương hàm trên tăng chiều dài (S-ANS) rõ rệt, khoảng 10mm. Đối với xương hàm dưới, độ nhô

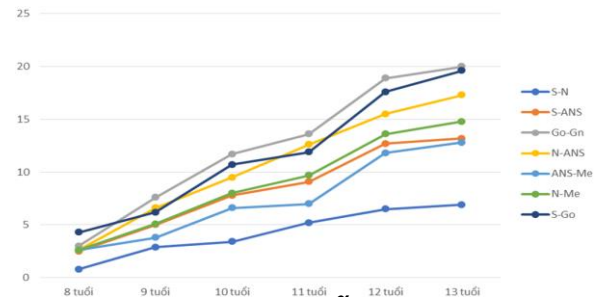
xương hàm dưới (S-N-B) và vị trí góc hàm (N-S-Go) tăng có ý nghĩa thống kê trong giai đoạn 7-13 tuổi. Cùng thời điểm này, góc mặt phẳng hàm dưới (SN-GoGn) và góc hàm dưới (S-Go-Gn) lại có xu hướng giảm có ý nghĩa thống kê. Chiều dài thân xương hàm dưới cũng biểu hiện xu hướng tăng trưởng rõ rệt với chiều dài tăng khoảng 13mm. Tất cả các số đo chiều cao và chiều dài của các tầng mặt đều cho thấy sự tăng kích thước rõ rệt trong giai đoạn 7-13 tuổi.

Bảng 4. Tỷ lệ chiều cao và chiều dài các kích thước hệ thống sọ mặt của trẻ 7-13 tuổi (n=691)

Tỉ lệ	Nhóm tuổi							Giá trị p
	7 tuổi	8 tuổi	9 tuổi	10 tuổi	11 tuổi	12 tuổi	13 tuổi	
<i>S – ANS/SN</i>	1,19	1,21	1,21	1,24	1,23	1,26	1,25	<0,001
<i>Go – Gn/SN</i>	1,02	1,05	1,07	1,11	1,10	1,14	1,15	<0,001
<i>S – ANS/Go – Gn</i>	1,16	1,15	1,13	1,12	1,11	1,10	1,09	<0,001
<i>N – ANS/ANS – Me</i>	0,79	0,79	0,82	0,82	0,84	0,82	0,83	<0,001
<i>S – Go/N – Me</i>	0,61	0,62	0,62	0,63	0,62	0,63	0,64	<0,001

Kiểm định ANOVA một yếu tố kết hợp phương pháp Tukey

Trong giai đoạn từ 7 tuổi đến 13 tuổi, tỉ lệ chiều dài tương đối xương hàm trên (S-ANS) và nền sọ trước (SN) tăng từ 1,19 lên 1,25; tỉ lệ chiều dài tương đối xương hàm dưới (Go-Gn) và nền sọ trước (SN) từ 1,02 lên 1,15. Trong khi đó, tỉ lệ chiều dài tương đối xương hàm trên (S-ANS) và xương hàm dưới (Go-Gn) lại giảm từ 1,16 xuống 1,09. Tỷ lệ chiều cao giữa tầng mặt giữa (N-ANS) và tầng mặt dưới phía trước (ANS-Me) và giữa tầng mặt sau (S-Go) và tầng mặt trước (N-Me) đều tăng tương ứng từ 0,79 lên 0,83 và từ 0,61 lên 0,64. Tất cả các sự thay đổi về tỉ lệ nêu trên đều có ý nghĩa thống kê.



Hình 1. Đường biểu diễn phần trăm tăng trưởng của một số số đo nền sọ trước, chiều dài tương đối xương hàm trên, chiều dài xương hàm dưới, chiều cao mặt ở trẻ từ 8-13 tuổi so với trẻ 7 tuổi

Hình 1 cho thấy phần trăm tăng trưởng của các kích thước mặt từ 7-13 tuổi. Tỷ lệ tăng cao nhất là chiều dài xương hàm dưới (Go-Gn) và chiều cao tầng mặt sau (S-Go). Thấp nhất là chiều dài nền sọ trước (S-N). Các giá trị của số đo nền sọ trước, chiều dài tương đối xương hàm trên và xương hàm dưới, và chiều cao tầng mặt của trẻ tăng đồng biến theo tuổi, cao nhất ở trẻ 13 tuổi khi so với cùng giá trị ở trẻ 7 tuổi.

IV. BÀN LUẬN

Kết quả nghiên cứu cho thấy trong giai đoạn 7-13 tuổi, tỉ lệ giữa chiều dài tương đối xương hàm trên và nền sọ trước (S-ANS/SN) và tỉ lệ giữa chiều dài thân xương hàm dưới và nền sọ trước (Go-Gn/SN) tăng. Điều này cho thấy rằng xương hàm trên và xương hàm dưới đều tăng trưởng đáng kể so với nền sọ trước. Tuy nhiên, khi đánh giá tỉ lệ giữa chiều dài tương đối xương hàm trên và thân xương hàm dưới, tỉ lệ này lại giảm. Như vậy có thể kết luận rằng xương hàm dưới tăng trưởng nhiều hơn xương hàm trên và nền sọ trước tăng trưởng ít nhất.

Tỉ lệ giữa chiều dài tương đối xương hàm trên và chiều dài thân xương hàm dưới (S-ANS/Go-Gn) giảm trong gian đoạn 7-13 tuổi, có nghĩa là mức độ chênh lệch giữa xương hàm trên và xương hàm dưới sẽ giảm trong quá trình tăng trưởng từ 7-13 tuổi. Theo nghiên cứu của Lux (2004), đánh giá tương quan giữa xương hàm trên và xương hàm dưới theo chiều trước sau bằng số đo ANB cho thấy tương quan hai hàm theo chiều trước sau giảm theo tuổi do ưu thế tăng trưởng của xương hàm dưới theo chiều trước sau theo tuổi.⁵ Thordarsson (2006) nghiên cứu dọc 55 nam và 56 nữ ở độ tuổi 6 và 16 tuổi cũng cho thấy độ nhô hàm dưới tăng nhanh nhưng tương quan hai nền hàm theo chiều trước sau giảm.⁶ Nhận định của các tác giả trên cũng tương tự kết quả ghi nhận trong nghiên cứu này.

Tỉ lệ chiều cao tầng mặt giữa và chiều cao tầng mặt dưới trước (N-ANS/ANS-Me) tăng trong giai đoạn 7-13 tuổi. Điều này có nghĩa là trong giai đoạn 7-13 tuổi, tầng mặt giữa trước tăng trưởng nhiều hơn tầng mặt dưới trước. Sự thay đổi này phù hợp với chức năng của khối sọ mặt tăng trưởng để phù hợp với chức năng thông khí, các đường hô hấp trên được mở rộng.

Tỉ lệ chiều cao tầng mặt sau và tầng mặt trước (S-Go/N-Me) tăng trong giai đoạn 7-13

tuổi. Điều này có nghĩa là trong quá trình tăng trưởng, tầng mặt sau tăng trưởng nhiều hơn tầng mặt trước. Kết luận này cũng tương tự ghi nhận của Coben (1995) cho rằng chiều cao tầng mặt sau tăng trưởng đáng kể hơn chiều cao tầng mặt trước.⁷ Vì vậy, tỉ lệ chiều cao tầng mặt sau và chiều cao tầng mặt trước sẽ tăng theo tuổi từ 7-13 tuổi.

Chiều cao tầng mặt sau tăng trưởng chủ yếu do sự dịch chuyển và do quá trình tái tạo xương bề mặt vùng góc hàm. Sự dịch chuyển nguyên phát của xương hàm dưới nhờ sự tăng trưởng vùng lõi cầu và tăng trưởng vùng xương ổ răng hai hàm làm đẩy điểm Go xuống dưới. Sự dịch chuyển xuống dưới của điểm Go còn nhờ quá trình tái tạo xương bề mặt. Hoạt động mạnh của hệ thống cơ nhai trong giai đoạn dậy thì, hoạt động nhai gia tăng nhờ sự hiện diện của bộ răng vĩnh viễn đầy đủ. Tất cả những quá trình này làm tăng quá trình tái tạo xương hàm dưới vùng nhánh đứng cũng như vùng góc hàm.

Kết quả nghiên cứu này còn cho thấy tốc độ tăng trưởng tối đa của các kích thước sọ mặt thường xảy ra ở lứa tuổi 11-13. Ghi nhận này tương tự với kết quả nghiên cứu của Dermaut (1978), nghiên cứu sự thay đổi chiều cao tầng mặt trước ở 24 nữ trong giai đoạn vị thành niên (8-18 tuổi).⁸ Tốc độ tăng trưởng tối đa của chiều cao tầng mặt trước trên thường xảy ra ở tuổi 11-12, chiều cao tầng mặt trước dưới thường xảy ra ở tuổi 12-13.

V. KẾT LUẬN

Trong phạm vi hạn chế của nghiên cứu, các đặc điểm tăng trưởng sọ mặt của trẻ trong giai đoạn 7-13 tuổi quan sát được trên phim sọ nghiêng như sau. Đối với nền sọ, góc nền sọ không thay đổi trong khi chiều dài nền sọ trước và nền sọ sau tăng. Độ nhô và chiều dài tương đối xương hàm trên tăng trong giai đoạn này. Độ nhô xương hàm dưới, vị trí góc hàm và chiều dài thân xương hàm dưới tăng trong khi góc mặt phẳng hàm dưới và góc hàm dưới giảm. Chiều cao tầng mặt sau, tầng mặt trước, tầng mặt giữa phía trước, tầng mặt dưới phía trước và chiều dài mặt tương đối đều tăng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Lê NL, Nguyễn BH. Sự tăng trưởng của xương hàm dưới ở trẻ từ 12-15 tuổi theo phân tích Ricketts. Tạp chí Y học thực hành. 2014; 923(6): 67-71.
2. Đinh Khởi T, Ngọc Khuê L, Thị Dung Đ, Ngọc Chiêu H, Diệu Hồng Đ. Một số đặc điểm cấu trúc sọ mặt ở trẻ em người Kinh từ 7-9 tuổi trên phim sọ nghiêng theo phân tích Ricketts. Tạp chí

- Y học Việt Nam. 09/13 2021;505(2)doi:10.51298/vmj.v505i2.1138
- Bambha JK, Van Natta P.** Longitudinal study of facial growth in relation to skeletal maturation during adolescence. American Journal of Orthodontics. 1963/07/01/ 1963;49(7):481-493. doi:10.1016/0002-9416(63)90203-3
 - Nanda RS, Ghosh J.** Longitudinal growth changes in the sagittal relationship of maxilla and mandible. American Journal of Orthodontics and Dentofacial Orthopedics. 1995/01/01/ 1995; 107(1):79-90. doi:https://doi.org/10.1016/S0889-5406(95)70159-1
 - Lux CJ, Conradt C, Burden D, Komposch G.** Transverse development of the craniofacial skeleton and dentition between 7 and 15 years of age--a longitudinal postero-anterior cephalometric study. Eur J Orthod. Feb 2004;26(1):31-42. doi:10.1093/ejo/26.1.31
 - Thordarson A, Johannsdottir B, Magnusson TE.** Craniofacial changes in Icelandic children between 6 and 16 years of age - a longitudinal study. Eur J Orthod. Apr 2006;28(2):152-65. doi: 10.1093/ejo/cji084
 - Coben SE.** The integration of facial skeletal variants: A serial cephalometric roentgenographic analysis of craniofacial form and growth. American Journal of Orthodontics. 1955/06/01/ 1955; 41(6):407-434. doi:https://doi.org/10.1016/0002-9416(55)90153-6
 - Dermout LR, O'Reilly MI.** Changes in anterior facial height in girls during puberty. Angle Orthod. Apr 1978; 48(2): 163-71. doi:10.1043/0003-3219 (1978)048<0163:Ciafhi>2.0.Co;2

VAI TRÒ HỘI CHẨN ĐA MÔ THỨC TRONG ĐIỀU TRỊ UNG THƯ TRỰC TRÀNG T3, DIỆN CẮT VÒNG QUANH ÂM TÍNH

Trần Xuân Hùng¹, Trần Đức Huy¹, Nguyễn Hữu Thịnh¹

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Nhiều trung tâm ở Việt Nam, ung thư trực tràng (UTTT) T3 thường được chỉ định phẫu thuật trước, tuy nhiên không phải lúc nào cũng có sự tham gia của Hội đồng hội chẩn đa mô thức, từ đó kết quả điều trị có thể không đạt được như mong đợi. **Phương pháp:** Nghiên cứu đoàn hệ, theo dõi dọc những người bệnh được chẩn đoán carcinôm tuyến nguyên phát của trực tràng giai đoạn T3a/b/c, diện cắt vòng quanh (DCVQ) âm tính được hội chẩn đa mô thức tại bệnh viện Đại học Y Dược TPHCM từ 12/2021-12/2023. **Kết quả:** Tỷ lệ phương pháp phẫu thuật triệt để được thực hiện đúng như dự định ban đầu là 95,7%. Tỷ lệ mạc treo trực tràng (MTT) toàn vẹn và tỷ lệ DCVQ trên giải phẫu bệnh dương tính lần lượt là 96,4% và 2,9%. **Kết luận:** Hội chẩn đa mô thức và chỉ định phẫu thuật trước đối với các trường hợp u trực tràng ít xâm lấn như u T3, DCVQ âm tính bước đầu đã mang lại những kết quả khả quan.

Từ khóa: Ung thư trực tràng, diện cắt vòng quanh, hội chẩn đa mô thức.

SUMMARY

MULTIDISCIPLINARY CONSULTATION IN TREATMENT FOR T3, UNINVOLVED CIRCUMFERENTIAL RESECTION MARGIN RECTAL CANCER

Introduction: In many centers in Vietnam, upfront surgery is often prescribed for T3 rectal adenocarcinoma, but the multidisciplinary consultation

is not routinely involved, lead the treatment outcomes may not be satisfactory as expected. **Methods:** Longitudinal cohort study, patients who were diagnosed as rectal adenocarcinoma, stage T3a/b/c, uninvolved circumferential resection margin and received the multidisciplinary team consultation at the University Medical Center from December 2021 to December 2023. **Results:** The rate of radical surgery performed exactly as originally planned is 95.7%. Mesorectum complete rate and involved circumferential resection margin rate were 96.4% and 2.9%, respectively. **Conclusions:** Multidisciplinary team consultation and upfront surgery for T3, uninvolved circumferential resection margin rectal cancer have initially brought positive outcomes.

Keywords: Rectal cancer, circumferential resection margin, multidisciplinary team

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Theo GLOBOCAN 2022³, ung thư đại trực tràng đứng hàng thứ ba trong tất cả các loại ung thư và là nguyên nhân gây tử vong hàng thứ hai với xấp xỉ 1,93 triệu ca mới mắc và 904.000 người bệnh tử vong mỗi năm, trong đó UTTT xếp hàng thứ tám (730.000 ca mới mắc) và tử vong xếp hàng thứ 10 (344.000 ca tử vong).

Trong UTTT, lựa chọn chiến lược điều trị tối ưu đối với những khối u ít xâm lấn như T3, DCVQ âm tính trên MRI trước mổ vẫn còn tranh luận. Nếu hoá-xạ trị tân hỗ trợ trước sau đó mới mổ thì có khả năng điều trị quá tay, người bệnh phải chịu nhiều tác dụng phụ cũng như độc tính của hoá-xạ trị, có thể bỏ điều trị do cạn kiệt về sức khoẻ, tinh thần và tài chính hoặc có nguy cơ xảy ra tai biến, biến chứng sau mổ do hoá-xạ trị làm mất đi mặt phẳng phẫu tích. Bên cạnh đó,

¹Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh

Chịu trách nhiệm chính: Trần Xuân Hùng

Email: hung.tx@ump.edu.vn

Ngày nhận bài: 11.3.2024

Ngày phản biện khoa học: 22.4.2024

Ngày duyệt bài: 27.5.2024