

phải nhập viện và cần can thiệp ngoại khoa vì có những tổn thương phức tạp như đục võ, sa lệch thể thủy tinh, xuất huyết nội nhãn mức độ nặng.

Thời gian xuất hiện biến đổi nhãn áp trước 1 tháng chiếm phần lớn với 85,5%. Còn trong nghiên cứu của tác giả Bai H. Q. (2009)⁵ thì tỷ lệ này là 88,35%, khá tương đồng với kết quả của chúng tôi. Thời gian biến đổi nhãn áp sớm hay muộn phụ thuộc nhiều vào mức độ và vị trí tổn thương của các thành phần trong nhãn cầu. Những trường hợp biến đổi nhãn áp sớm thường là bong thể mi, xuất huyết nội nhãn mức độ nặng, lệch thể thủy tinh ra tiền phòng.

Đánh giá mối tương quan của những tổn thương nhãn cầu sau chấn thương đung dập với tình trạng biến đổi nhãn áp chúng tôi thu được: có sự tương quan có ý nghĩa thống kê giữa xuất huyết tiền phòng, bong thể mi với biến đổi nhãn áp ($p < 0,05$). Những trường hợp xuất huyết tiền phòng có nhãn áp trung bình $28,38 \pm 8,76$ mmHg, do vậy tăng nhãn áp là tình trạng biến đổi nhãn áp chính. Trong khi đó mắt bong thể mi có nhãn áp trung bình là $11,50 \pm 6,24$ mmHg, nhãn áp biến đổi theo hướng hạ nhãn áp. Razeghinejad R. và cộng sự (2020)⁶ cũng cho nhận xét tương tự như vậy. Đối với tổn thương tại góc tiền phòng, thể thủy tinh và xuất huyết dịch kính mặc dù có nhãn áp trung bình > 22 mmHg nhưng mối tương quan lại không có ý nghĩa thống kê.

V. KẾT LUẬN

Chấn thương đung dập nhãn cầu gây ra tổn thương phức tạp cho nhiều thành phần trong

nhãn cầu dẫn đến nhiều biến chứng nguy hiểm ảnh hưởng trực tiếp tới thị lực của bệnh nhân sau chấn thương. Biến chứng thường gặp đó là tình trạng biến đổi nhãn áp. Xuất huyết tiền phòng và bong thể mi là hai yếu tố liên quan đến tình trạng biến đổi nhãn áp sau chấn thương đung dập, xuất huyết tiền phòng chủ yếu gây tăng nhãn áp, trong khi đó bong thể mi lại gây hạ nhãn áp.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Mohseni M, Blair K, Gurnani B, Bragg BN. Blunt Eye Trauma.** In: StatPearls. StatPearls Publishing; 2022. Accessed October 5, 2022. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK470379/>
2. **Bhagat P, Gupta P, Agrawal N, Mansuri M.** Glaucoma following blunt trauma: an epidemiological and clinical study. Journal of Evolution of Medical and Dental Sciences. 2014;3:2926-2943. doi:10.14260/jemds/2014/2226
3. **Vũ Huy Quang.** Nghiên Cứu Đặc Điểm Lâm Sàng Của Tăng Nhãn Áp Sớm Sau Chấn Thương Đung Dập Nhãn Cầu và Kết Quả Điều Trị. Luận văn thạc sỹ Y học. Trường Đại học Y Hà Nội; 2016.
4. **Ding C, Zeng J.** Clinical study on Hypotony following blunt ocular trauma. Int J Ophthalmol. 2012;5(6):771-773. doi:10.3980/j.issn.2222-3959.2012.06.21
5. **Bai HQ, Yao L, Wang DB, Jin R, Wang YX.** Causes and treatments of traumatic secondary glaucoma. Eur J Ophthalmol. 2009;19(2):201-206. doi:10.1177/112067210901900205
6. **Razeghinejad R, Lin MM, Lee D, Katz LJ, Myers JS.** Pathophysiology and management of glaucoma and ocular hypertension related to trauma. Surv Ophthalmol. 2020;65(5):530-547. doi:10.1016/j.survophthal.2020.02.003

HIỆU QUẢ DI XA TOÀN BỘ HÀM RĂNG BẰNG MI - NI - VÍT: NGHIÊN CỨU TỔNG QUAN HỆ THỐNG

Nguyễn Thị Mai Hương¹, Nguyễn Thị Thu Phương², Quách Thị Thúy Lan²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá hiệu quả di xa toàn hàm hàm trên và hàm dưới bằng mini vít từ các nghiên cứu trong 20 năm trở lại đây. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Tổng quan hệ thống. **Kết quả:** Có 08 bài báo được đưa vào tổng quan hệ thống. Mini vít được sử dụng để di xa có đường kính 1,5mm -

2mm và chiều dài 6mm - 14mm ở hàm trên, đường kính 1,5mm và chiều dài 6mm - 7,1mm ở hàm dưới. Lực di xa ở cả hai hàm là 200gram hoặc 300gram. Răng cửa hàm trên được kéo lùi 0,49mm đến 4,6mm ($p < 0,05$ ở 4/6 tài liệu). Răng hàm lớn thứ nhất hàm trên di xa 1,29 mm đến 4mm ($p < 0,05$ ở 5/6 tài liệu). Răng cửa hàm dưới được kéo lùi 1,69mm đến 3,2mm ($p < 0,05$ ở 2/3 tài liệu). Răng hàm lớn thứ nhất hàm dưới di xa 1,88mm đến 3,4mm ($p < 0,05$ ở 2/3 tài liệu). Răng cửa nghiêng trong, trồi; răng hàm lớn thứ nhất nghiêng xa, lún ở cả hai hàm. Mặt phẳng cắn xoay ngược chiều kim đồng hồ khi di xa hàm trên và ngược chiều kim đồng hồ khi di xa hàm dưới. Môi trên lùi tối đa 2,5mm và môi dưới lùi tối đa 2,0mm khi di xa toàn bộ. Các kết quả đồng nhất về xu hướng chuyển động, không có kết quả đối nghịch, nhưng chưa có giá trị

¹Bệnh viện E

²Viện Đào tạo Răng Hàm Mặt, Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Mai Hương

Email: dr.maihuong48@gmail.com

Ngày nhận bài: 3.10.2022

Ngày phản biện khoa học: 21.11.2022

Ngày duyệt bài: 1.12.2022

nhiều về mặt thống kê vì số lượng nghiên cứu ít. **Kết luận:** Mini vít được sử dụng hiệu quả để di xa toàn bộ hàm trên và hàm dưới. Sự kéo lùi răng cửa và di xa răng hàm lớn thứ nhất, được chứng minh khác biệt có ý nghĩa thống kê ở phần lớn các nghiên cứu. Các di chuyển nghiêng, lún hoặc trôi của các răng trên cung hàm, hướng xoay của mặt phẳng cắn cũng như mức độ cải thiện mô mềm khi di xa thể hiện một xu hướng chung ở tất cả các nghiên cứu nhưng ít nghiên cứu có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê.

SUMMARY

EFFICACY OF MINISCREW FOR WHOLE ARCH DISTALIZATION: A SYSTEMATIC REVIEW

Objective: To evaluate the efficacy of miniscrews for whole arch distalization from researches in the past 20 years. **Materials and methods:** Systematic review. **Results:** 08 articles were included in the systematic review. Miniscrew used in whole arch distalization are 1.5mm – 2mm in diameter, 6mm – 14mm in length for maxillary and are 1,5mm in diameter, 6mm – 7.1mm in length for mandibular. Distalization force is 200gram in most articles. Upper incisors retract 0.49mm – 4.6mm ($p < 0.05$ in 4/6 articles). Upper first molar move distally 1.29 mm – 4mm ($p < 0.05$ in 5/6 articles). Lower incisors retract 1.69mm – 3.2mm ($p < 0.05$ in 2/3 articles). Lower first molar move distally 1.88mm – 3.4mm ($p < 0.05$ in 2/3 articles). Incisor tip labially and extrude, first molar tip distally and intrude in both upper and lower jaw. Occlusion plane rotates counterclockwise during maxillary whole arch distalization and anticlockwise during mandibular whole arch distalization. Upper lip retracts up to 2.5mm, lower lip retracts up to 2.0mm. Trends of moving are the same in all results but not highly statistically significant. **Conclusion:** Miniscrews are effective in whole arch distalization. The most obvious clinical signs of total dentition distalization are incisor retraction and molar distal movement, statistically significant difference proved. Other movement such as tipping, extrusion, intrusion of incisors and molars, rotation of occlusion plane, lips retraction are somewhat showed in the results but not many articles have statistically significant difference.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Trong điều trị chỉnh nha, có nhiều phương pháp để tạo khoảng. Nhổ răng, cắt kẽ, nong hàm là những phương pháp phổ biến đã được sử dụng từ lâu. Tuy nhiên trong những năm gần đây, di xa toàn bộ hàm răng là một phương pháp điều trị đã được sử dụng nhằm hạn chế việc phải nhổ răng trong những ca sai lệch mức độ nhẹ tới trung bình.

Các khí cụ kinh điển được sử dụng để di xa là khí cụ chức năng, chun liên hàm. Mặc dù có hiệu quả nhưng có công kênh, bất tiện, khả năng thành công phụ thuộc lớn vào sự hợp tác của bệnh nhân.

Mini vít đã được ứng dụng như một khí cụ chỉnh nha từ nhiều thập kỷ nay¹. Sự phát triển của

hệ thống mini vít đã mở rộng giới hạn của điều trị nắn chỉnh răng mặt. Mini vít tạo ra neo chặn gần như tuyệt đối cho các di chuyển răng, tối ưu hóa kết quả điều trị, tăng khả năng tiên lượng.

Hiệu quả di xa toàn bộ hàm răng của mini vít đã được chứng minh qua một số nghiên cứu^{2,3}. Trong quá trình tìm kiếm tài liệu trong nước và trên thế giới, chúng tôi chỉ tìm thấy một số đánh giá lẻ tẻ về vấn đề này. Vì thế chúng tôi thực hiện nghiên cứu tổng quan hệ thống này với mục tiêu đánh giá hiệu quả di xa toàn bộ hàm trên và hàm dưới bằng mini vít.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Thiết kế nghiên cứu: Tổng quan hệ thống.

Đối tượng nghiên cứu: Đối tượng nghiên cứu là những bài báo gốc tìm được trên các cơ sở dữ liệu y học, phù hợp tiêu chuẩn PICO.

Tiêu chuẩn lựa chọn

Địa điểm nghiên cứu: Toàn thế giới.

Các tài liệu khoa học đáp ứng tiêu chí PICO trên toàn thế giới trong thời gian từ năm 2002 tới tháng 5 năm 2022.

Tiêu chuẩn loại trừ:

- Các tài liệu viết bằng ngôn ngữ khác ngoài Tiếng Anh và Tiếng Việt.

- Các tài liệu không lấy được toàn văn.

- Các nghiên cứu mô phỏng trên phần mềm máy tính.

- Các nghiên cứu sử dụng hệ thống mắc cài mặt lưỡi.

- Các nghiên cứu tổng quan hệ thống và báo cáo ca lâm sàng, chùm ca lâm sàng.

Từ khóa tìm kiếm tài liệu. Dựa trên công thức PICO, trong đó yếu tố P (population) và C (comparison) và O (outcome) trong trường hợp này không đặc hiệu nên được lược bỏ để mở rộng phạm vi tìm kiếm, tránh bỏ sót tài liệu, đặc biệt với số lượng nghiên cứu về vấn đề này còn ít.

Population: Các đối tượng có chỉ định di xa cung răng trên và/hoặc dưới.

Intervention: Di xa toàn hàm bằng mini vít (Total, Distalization, Miniscrew)

Comparison: Các phương pháp lấy khoảng, di xa khác

Outcome: Hiệu quả di xa

Cơ sở dữ liệu. Tìm kiếm tự động trên các cơ sở dữ liệu: Pubmed, Embase, Cochrane (CENTRAL)

Tìm kiếm bằng tay các tạp chí chuyên ngành: American Journal of Orthodontics and Dentofacial Orthopedics, European Journal of Orthodontics, Korean Journal of Orthodontics, Tạp chí Y học Việt Nam được tìm kiếm bằng tay,

danh sách tham khảo của tất cả các nghiên cứu được lựa chọn.

Cấu trúc tìm kiếm tài liệu: Thuật toán OR:

Pubmed: (1) total hoặc whole hoặc dentition hoặc mandibular hoặc maxillary hoặc arch, (2) distalization hoặc distal movement, (3) miniscrew hoặc mini implant hoặc skeletal anchorage hoặc temporary anchorage device hoặc TAD hoặc orthodontic anchorage procedure (MeSH terms)

Embase: (1) total hoặc whole hoặc dentition hoặc mandibular hoặc maxillary hoặc arch, (2) distalization hoặc distal movement, (3) miniscrew hoặc mini implant hoặc skeletal anchorage hoặc temporary anchorage device hoặc TAD hoặc bone screw (EMTREE)

Central: (1) total hoặc whole hoặc dentition hoặc mandibular hoặc maxillary hoặc arch, (2) distalization hoặc distal movement, (3) miniscrew hoặc mini implant hoặc skeletal anchorage hoặc temporary anchorage device hoặc TAD

Thuật toán AND: (1) và (2) và (3)

Lựa chọn và xử lý dữ liệu. Sau khi tìm kiếm tự động và thủ công, tất cả các tài liệu được quản lý bằng phần mềm Zotero và Microsoft Excel. Thực hiện loại trùng lặp, sàng lọc tóm tắt sau đó sàng lọc toàn văn theo tiêu chuẩn lựa chọn và tiêu chuẩn loại trừ.

Dữ liệu được trích xuất dựa theo bảng được tiêu chuẩn hóa.

Chất lượng của các nghiên cứu được lựa chọn được đánh giá bằng công cụ NOS (Newcastle-Ottawa Scale) ⁴, chấm điểm dựa trên các tiêu chí: chọn mẫu, so sánh, kết quả. Dựa trên tổng điểm, xếp loại nghiên cứu vào các nhóm nguy cơ sai số thấp, trung bình và cao.

Quy trình thực hiện bởi hai nhà nghiên cứu độc lập, mọi bất đồng được giải quyết bằng phương pháp thảo luận.

Cách xử lý dữ liệu thiếu. Nếu kết quả nghiên cứu thiếu dữ liệu so sánh trước – sau, lấy hiệu số của chỉ số trước và sau.

Nếu kết quả nghiên cứu cung cấp chỉ số của cả bên phải và bên trái, thì lấy kết quả của bên phải làm kết quả cuối cùng, với điều kiện nghiên cứu chỉ ra không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa hai bên.

Nếu kết quả nghiên cứu thành phần bị thiếu dữ liệu, liên hệ với tác giả để yêu cầu thêm thông tin (nếu có), hoặc bỏ qua dữ liệu đó.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Lựa chọn nghiên cứu. Quá trình tìm kiếm thu được 510 tài liệu có liên quan. Sau khi loại trùng lặp có 175 tài liệu bị loại bỏ. 320 tài liệu rõ

ràng không liên quan đã bị loại bỏ sau khi sàng lọc tóm tắt. 07 tài liệu bị loại bỏ sau khi sàng lọc toàn văn (không có toàn văn, không có kết quả cuối cùng hoặc không đề cập tới hiệu quả của di xa toàn bộ) 08 tài liệu được đưa vào nghiên cứu tổng quan hệ thống.

Đặc điểm các nghiên cứu thành phần.

100% các nghiên cứu được thực hiện ở các nước Châu Á (Hàn Quốc, Ấn Độ, Trung Quốc) và trong vòng 10 năm trở lại đây.

Có 02 nghiên cứu thử nghiệm lâm sàng ngẫu nhiên có đối chứng, 01 nghiên cứu thử nghiệm lâm sàng có đối chứng, 02 nghiên cứu bệnh chứng và 03 nghiên cứu thuần tập

Đánh giá chất lượng các nghiên cứu thành phần. Trong 08 nghiên cứu được đưa vào tổng quan hệ thống, có 02 nghiên cứu có nguy cơ sai số thấp (chiếm 25%) là nghiên cứu thử nghiệm lâm sàng có đối chứng ngẫu nhiên, 03 nghiên cứu có nguy cơ sai số trung bình (chiếm 37,5%) và 03 nghiên cứu có nguy cơ sai số cao (chiếm 37,5%) là các nghiên cứu thuần tập và bệnh chứng. Nguy cơ sai số cao gặp ở sai số lựa chọn.

Hiệu quả di xa toàn bộ bằng mini vít. Độ dài mini vít là 6 mm hoặc 7,0mm (cấy liên chân răng và cành lên xương hàm dưới) tới 10 và 14mm (cấy trụ gò má hàm trên). Đường kính mini vít ở hàm dưới là 1,5mm và ở hàm trên là 1,5mm đến 2mm (cấy trụ gò má). 100% các nghiên cứu sử dụng một mini vít cho mỗi bên.

Dây cung SS chữ nhật được sử dụng khi di xa, kích thước phổ biến là 0,019 x 0,025 (inch). Tất cả nghiên cứu chọn điểm đặt lực ở phía gần hoặc phía xa của răng nanh, 7/8 nghiên cứu đặt lực trên móc. Các nghiên cứu sử dụng lực có độ lớn 200 tới 300 gram khi di xa.

Răng cửa được kéo lùi từ 1,78mm đến 4,6mm ở hàm trên, 1,69mm đến 3,2mm ở hàm dưới. 5/8 nghiên cứu cho thấy sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về độ nghiêng trong của răng cửa. Mức độ trôi răng cửa thay đổi từ 1,7mm - 3,9mm ở hàm trên và 0,22mm – 0,3mm ở hàm dưới, phần lớn có $p > 0,05$

Răng hàm lớn thứ nhất di xa tối đa 2,9mm ở hàm trên và 3,4mm ở hàm dưới (7/8 nghiên cứu có $p < 0,05$). 4/8 tài liệu đánh giá độ nghiêng xa thân răng hàm lớn, giá trị tối đa 7,22° ở hàm trên và 8,7° ở hàm dưới, tất cả đều có $p < 0,05$. Độ lún răng hàm lớn thứ nhất được chứng minh khác biệt có ý nghĩa thống kê ở 4/7 bài báo (từ 0,11mm đến 3,8mm).

3/6 nghiên cứu đánh giá mức độ lùi môi trên với giá trị trung bình là 0,9mm đến 2,5mm

($p < 0,05$ ở 2/3 tài liệu). Vị trí môi dưới được kéo lùi 0,61mm đến 2,0mm ($p < 0,05$ ở 2/3 tài liệu) khi di xa hàm trên, xoay ngược chiều kim đồng hồ khi di xa hàm dưới, 3/4 tài liệu khác biệt có ý nghĩa thống kê.
Mặt phẳng cắn xoay theo chiều kim đồng hồ nghĩa thống kê.

Bảng 3.1: Hiệu quả di xa toàn bộ bằng mini vít

STT		1	2	3	4	5	6	7	8
Nghiên cứu		Jung MH, 2013 ⁵	Lee SK, 2018 ⁶	Bechtold TE, 2013 ⁷	Shaikh A, 2021 ⁸	Ali D, 2016 ⁹	Wu X, 2018 ¹⁰	Yeon BM, 2020 ¹¹	Ye C, 2012 ¹²
Thiết kế nghiên cứu		Thử nghiệm lâm sàng có đối chứng	Bệnh chứng	Thử nghiệm lâm sàng có đối chứng ngẫu nhiên	Thuần tập tiến cứu	Thuần tập tiến cứu	Thuần tập hồi cứu	Bệnh chứng	Thử nghiệm lâm sàng có đối chứng ngẫu nhiên
Mục tiêu di xa		Hai hàm	Hàm trên	Hàm trên	Hàm trên	Hàm trên	Hàm trên	Hàm dưới	Hàm dưới
Cỡ mẫu		34	18	12	10	17	20	20	10
Độ tuổi		28.3 +- 8.4	24.4 +- 6.8	23.58 +- 6.92	15 tới 30	26.04+- 10.8	23+-5	25.8+-7.9	20.7+-2.5
Kích thước mini vít (mm)	Hàm trên	1.5 x 6.1	1.5 x 6.0	1.8 x 7.0	2.0 x 14	1.6 x 6.0	2.0 x 10		
	Hàm dưới	1.5 x 7.1						1.5 x 6.0	1.5 x 6.0
Vị trí cấy mini vít	Hàm trên	Liên chân răng, giữa răng hàm nhỏ thứ hai và răng hàm lớn thứ nhất	Liên chân răng, giữa răng hàm nhỏ thứ hai và răng hàm lớn thứ nhất	Liên chân răng, giữa răng hàm nhỏ thứ hai và răng hàm lớn thứ nhất	Trụ gò má, giữa răng hàm lớn thứ nhất và thứ hai	Liên chân răng, giữa răng hàm nhỏ thứ hai và răng hàm lớn thứ nhất	Trụ gò má, giữa răng hàm lớn thứ nhất và thứ hai		
	Hàm dưới	Giữa răng hàm nhỏ thứ hai và răng hàm lớn thứ nhất hàm dưới						Giữa răng hàm nhỏ thứ hai và răng hàm lớn thứ nhất hàm dưới	Cành lên xương hàm dưới
Số mini vít/bên		1	1	1	1	1	1	1	1
Dây cung di xa		0.019 x 0.025 inch SS	0.017 x 0.025 inch SS	0.016 x 0.022 inch SS	0.019 x 0.025 inch SS	0.016 x 0.022 inch SS	0.019x 0.025 inch SS	0.019 x 0.025 inch SS	0.019 x 0.025 inch SS
Điểm đặt lực	Hàm trên	Mắc cài răng nanh hoặc răng hàm nhỏ thứ nhất	Móc 7mm trên cánh xa của mắc cài răng nanh	Móc trên dây cung, giữa răng cửa bên và răng nanh	Móc trên dây cung, giữa răng cửa bên và răng nanh	Móc trên dây cung, giữa răng cửa bên và răng nanh	Móc 4mm trên dây cung, giữa răng nanh và răng hàm nhỏ thứ nhất		
	Hàm dưới	Mắc cài răng nanh hoặc răng hàm nhỏ						Móc trên dây cung nằm giữa răng nanh và răng cửa bên	Móc trên dây cung nằm giữa răng nanh và răng cửa bên
Lực (gram)	Hàm trên	200	-	200	-	200	300		

	Hàm dưới	200						300	200
Lùi răng cửa (mm)	Hàm trên	-3.8 +- 2.1	-2.48 +-2.72*	-0.49 +- 0.88 NS	-3.8 ***	-1.78 +-1.21***	-4.6 +- 2.0*		
	Hàm dưới	-3.2 +-1.8						-1.69 +- 1.14***	-2.4 +-2.6*
Nghiêng răng cửa (độ)	Hàm trên	-6.9 +-4.7	-3.9 +-7.72*	-1.72 +-2.22*	-5.8 ***	-	-		
	Hàm dưới	-2.4 +- 1.7	-4.84 +- 5.05***	-4.4 +-2.1*				-4.84 +- 5.05***	-4.4 +-2.1*
Trồi răng cửa (mm)	Hàm trên	-	0.32 +-2.13 NS	0.49 +-0.88 NS	-3.2 +-1.3**	0.17 +-1.67 NS	3.9 +-1.1*		
	Hàm dưới	-						0.22+- 1.56NS	0.3 +-1.1NS
Di xa răng hàm lớn thứ nhất (mm)	Hàm trên	-2.2 +-1.2	-2.0 +-1.26 ***	-1.29 +-0.66 ***	-4 ***	-2.04 +-1.41 ***	-2.9 +- 0.9*		
	Hàm dưới	-2.1 +-1.4						-1.88 +- 1.4 ***	-3.4 +-2.4 **
Nghiêng răng hàm lớn thứ nhất (độ)	Hàm trên	-	-7.22 +-5.22 ***	-3.19 +-4.61 **	-	-	-		
	Hàm dưới	-						-5.37 +- 4.17 ***	-8.7 +-5.5 *
Lún răng hàm lớn thứ nhất (mm)	Hàm trên	-	-0.13 +-1.88 NS	-0.84 +-1.09 *	-0.6 NS	-0.11 +-1.39 NS	-3.8 +-3.0 *		
	Hàm dưới	-						-1.34 +- 0.71 ***	-0.7 +-0.6 *
Xoay mặt phẳng khớp cắn (độ)		-	2.58 +-3.91 NS	0.87 +-0.91 **	-	-	-	-2.22 +- 2.19 ***	-4.6 +-2.3 **
Lùi môi trên (mm)		-1.7 +-0.9	-0.9+-1.2 *	-	-2.5 ***	-	-	-0.23 +- 1.33 NS	0.6 +-2.1 NS
Lùi môi dưới (mm)		-2+-1.3	-0.97+- 1.96NS	-	-1.6 **	-	-	-0.61 +- 1.28*	-1.4 +-0.8*
Tỷ lệ rơi/lỏng vít		-	-	3/24	-	-	0/40	-	-

* : p value < 0,05; ** : p value < 0,01; *** : p value < 0,001 NS: không có ý nghĩa thống kê

IV. BÀN LUẬN

Đặc điểm các nghiên cứu thành phần.

Số lượng nghiên cứu quan tâm tới di xa toàn hàm rất ít, và chỉ tập trung trong vòng 10 năm trở lại đây. Di xa toàn hàm là một phương pháp tương đối mới và chưa có nhiều bằng chứng khoa học về hiệu quả của nó.

Số lượng nghiên cứu về di xa toàn bộ hàm trên nhiều hơn so với nghiên cứu về di xa toàn bộ hàm dưới (tỷ lệ 2:1). Trên thực tế lâm sàng, số lượng bệnh nhân có khớp cắn hạng II nhiều hơn khớp cắn hạng III, người Châu Á thường có kiểu mặt lồi đòi hỏi phải di xa hàm trên hoặc cả

hai hàm. Do đó, nhu cầu nghiên cứu về kéo lùi hàm trên cao hơn.

Chất lượng các nghiên cứu thành phần.

Chất lượng các nghiên cứu được lựa chọn ở mức trung bình. Trong đó nhóm có nguy cơ sai số thấp vẫn chiếm tỷ lệ ít nhất. Số lượng đối tượng nghiên cứu thường chỉ chọn được một nhóm nhỏ tại cơ sở y tế, thời gian theo dõi dài, khó làm mù.

Hiệu quả di xa toàn bộ bằng mini vít.

Độ di xa của răng cửa và răng hàm lớn thứ nhất được chứng minh tương đối rõ ràng với tỷ lệ lần lượt là 6/8 và 7/8 tài liệu có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê. Độ kéo lùi răng cửa hàm trên

cao nhất được ghi nhận ở hai nghiên cứu sử dụng vít trụ gò má^{8,10}. Về nguyên lý, vít cấy liên chân răng có khả năng cản trở di chuyển ra phía xa của cung răng nhiều hơn vít trụ gò má. Tuy nhiên cần thêm nhiều nghiên cứu sâu hơn nữa để làm rõ giả thiết này.

Một nghiên cứu duy nhất (Amir Shaikh, 2021) cho kết quả rằng cửa hàm trên lún khi di xa 3,2mm ($p < 0.01$). Đây là tác dụng của hai mini vít vùng răng trước được thêm vào để hỗ trợ đánh lún răng cửa mà tác giả sử dụng.

Xu hướng di chuyển của răng cửa và răng hàm lớn phù hợp với hướng xoay của mặt phẳng cắn (thuận chiều kim đồng hồ ở hàm trên, ngược chiều kim đồng hồ ở hàm dưới).

V. KẾT LUẬN

Mini vít được sử dụng hiệu quả để di xa toàn bộ hàm trên và hàm dưới. Dấu hiệu rõ nhất là sự di xa của răng cửa và răng hàm lớn thứ nhất, được chứng minh khác biệt có ý nghĩa thống kê ở phần lớn các nghiên cứu.

Các di chuyển nghiêng, lún hoặc trôi của các răng trên cung hàm, hướng xoay của mặt phẳng cắn cũng như mức độ cải thiện mô mềm khi di xa thể hiện một xu hướng chung ở tất cả các nghiên cứu nhưng bằng chứng chưa thực sự mạnh mẽ do số lượng nghiên cứu ít.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Labauskaite B, Jankauskas G, Vasiliauskas A, Haffar N. Implants for orthodontic anchorage. Meta-analysis. Stomatologija. 2005;7(4):128-132.
2. Park JH, Kook YA, Kim YJ, Lee NK. Biomechanical considerations for total distalization

of the maxillary dentition using TSADs. Semin Orthod. 2020;26(3):139-147. doi:10.1053/j.sodo.2020.06.011

3. Chae JM, Park JH, Kojima Y, Tai K, Kook YA, Kyung HM. Biomechanical analysis for total distalization of the mandibular dentition: A finite element study. Am J Orthod Dentofacial Orthop. 2019;155(3):388-397. doi:10.1016/j.ajodo.2018.05.014
4. Zeng X, Zhang Y, Kwong JSW, et al. The methodological quality assessment tools for preclinical and clinical studies, systematic review and meta-analysis, and clinical practice guideline: a systematic review. 2015;8(1):2-10. doi:10.1111/jebm.12141
5. Jung MH. A comparison of second premolar extraction and mini-implant total arch distalization with interproximal stripping. Angle Orthod. 2013;83(4):680-685. doi:10.2319/091112-726.1
6. Lee SK, Abbas NH, Bayome M, et al. A comparison of treatment effects of total arch distalization using modified C-palatal plate vs buccal miniscrews. Angle Orthod. 2018;88(1):45-51. doi:10.2319/061917-406.1
7. Bechtold TE, Kim JW, Choi TH, Park YC, Lee KJ. Distalization pattern of the maxillary arch depending on the number of orthodontic miniscrews. Angle Orthod. 2013;83(2):266-273. doi:10.2319/032212-123.1
8. Shaikh A, Jamdar AF, Galgali SA, Patil S, Patel I, Hemagiriappa MS. Efficacy of Infrazygomatic Crest Implants for Full-arch Distalization of Maxilla and Reduction of Gummy Smile in Class II Malocclusion. J Contemp Dent Pract. 2021;22(10):1135-1143. doi:10.5005/jp-journals-10024-3179
9. Ali D, Mohammed H, Koo SH, Kang KH, Kim SC. Three-dimensional evaluation of tooth movement in Class II malocclusions treated without extraction by orthodontic mini-implant anchorage. Korean J Orthod. 2016;46(5):280-289. doi:10.4041/kjod.2016.46.5.280

TÌNH TRẠNG MẤT ỔN ĐỊNH VI VỆ TINH Ở NGƯỜI BỆNH UNG THƯ ĐẠI - TRỰC TRÀNG TẠI BỆNH VIỆN UNG BƯỚU HÀ NỘI

Nguyễn Thị Hải^{1,2}, Dương Hoàng Hảo¹

TÓM TẮT

Mất ổn định vi vệ tinh (Microsatellite instability - MSI) là một trong 3 con đường phân tử đã được biết đến trong bệnh sinh của ung thư đại trực tràng (UTĐTT). MSI đã được xác định là một chỉ số tiên

lượng đáng tin cậy trong ung thư ĐTT, với một vai trò dự đoán không có lợi ích từ việc hóa trị bổ trợ dựa trên 5-FU, đồng thời góp phần trong sàng lọc hội chứng Lynch. **Mục tiêu:** Xác định tỉ lệ MSI, các thể lâm sàng và đối chiếu với một số đặc điểm giải phẫu bệnh của UTĐTT tại bệnh viện Ung Bướu Hà Nội. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** 96 người bệnh UTĐTT được nghiên cứu HMMD với các dấu ấn MLH1, MSH2, MSH6, PMS2 và các đặc điểm GPB. **Kết quả nghiên cứu:** Tỷ lệ UTĐTT có MSI chiếm 29.2%; Phân loại thể lâm sàng dựa vào kết quả nhuộm HMMD thấy: UTĐTT đơn lẻ chiếm phần lớn với 70.8%, các trường hợp chưa rõ là 17.7%, trong khi đó hội chứng Lynch (LS) là 11,5%. Tình trạng xâm nhập lympho vào mô u và phản ứng lympho dạng Crohn là các yếu tố có

¹Bệnh viện Ung Bướu Hà Nội

²Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Hải

Email: hainguyen.bvub@gmail.com

Ngày nhận bài: 3.10.2022

Ngày phản biện khoa học: 24.11.2022

Ngày duyệt bài: 2.12.2022