

yếu tố liên quan đến những thành phần gắn kết cụ thể (gắn kết vì quy chuẩn, gắn kết vì tình cảm, và gắn kết do bắt buộc) để có thể đánh giá đầy đủ về sự gắn kết của NGTT tại TPHCM, Việt Nam.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu đã phân tích các yếu tố liên quan đến sự gắn kết của NGTT với nơi làm việc tại TPHCM giai đoạn 2021-2022 theo quan điểm NGTT, tạo căn cứ cho các nhà lãnh đạo của cơ sở kinh doanh trong việc xây dựng và phát triển chính sách quản trị nhân sự và tuyển dụng, từ đó, duy trì được sự gắn kết của NGTT một cách tối đa, góp phần xây dựng một nguồn lực NGTT có năng lực và tận tâm.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bộ Y tế (2018)**. Quy định chi tiết một số điều về kinh doanh dược của luật dược và nghị định số 54/2017/NĐ-CP ngày 08 tháng 5 năm 2017 của chính phủ quy định chi tiết một số điều và biện pháp thi hành luật dược.
2. **Tengilimoglu D, A K. A. a. E. (2004)**. The pharmaceutical sales rep/physician relationship in Turkey: ethical issues in an international context.

- Health Marketing Quarterly. 22 (1), pp. 21-39.
3. **Can Hoang Nguyen Khanh, Nguyen Xuan Nhi (2022)**. Antecedents of organizational commitment and its relationship with turnover intention: A study of business employees in pharmaceutical multinational companies. Research Square, pp. 4-14.
4. **Liu CM (2006)**. The early employment influences of sales representatives on the development of organizational commitment. Employee Relations. 29 (1), pp. 5-15.
5. **Vasileiou K, Barnett J, Thorpe S, Young T (2018)**. Characterising and justifying sample size sufficiency in interview-based studies: systematic analysis of qualitative health research over a 15-year period. BMC Medical Research Methodology. 18 (1), pp. 1-16.
6. **Weng Q, McElroy JC, Morrow PC, Liu R (2010)**. The relationship between career growth and organizational commitment. Journal of Vocational Behavior. 77 (3), pp. 391-400.
7. **Theofilou P, Zyga S, Economou C, Tzavella F (2021)**. Investigation of the Effect of Sociodemographic and Occupational Factors on Fatigue, Organizational Commitment and Job Satisfaction among Employees in the Pharmaceutical Industry. Journal of Human Resources Management and Labor Studies. 9 (1), pp. 1-9.

NHẬN XÉT ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VÀ XQUANG BỆNH NHÂN SAI KHỚP CĂN LOẠI I ANGLE, KHÔNG NHỔ RĂNG

Nguyễn Thị Mỹ Hạnh¹, Lê Thị Thu Hà²,
Trịnh Đình Hải³, Đinh Diệu Hồng³

Từ khóa: Phim sọ nghiêng, không nhổ răng, sai khớp cắn loại I Angle.

SUMMARY

DENTOFATIAL CHARACTERISTICS OF PATIENTS WITH ANGLE CLASS I MALOCCLUSION, NONEXTRACTION

Objectives: To describe the clinical and radiographic characteristics in patients with Angle's class I malocclusion, non-extraction at Hanoi Central Odonto-Stomatology Hospital and 108 Military Central Hospital from May 2016. **Subjects and methods:** A cross-sectional study of 38 patients selected for the study were diagnosed with Angle's class I malocclusion. **Results:** 89,47% patients had symmetrical faces, 84,21% patients had average facial pattern, 81,58% patients had convex faces. The prevalence of oval-shaped dental arches was the highest. The prevalence of deepbite was the highest, followed by crossbite. It shows that most of the patients have a good correlation on the film in terms of anteroposteriorly.

Keywords: Lateral Cephalometric, Nonextraction, Angle's class I malocclusion

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Lệch lạc khớp cắn là sự lệch lạc của tương

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng và Xquang ở các bệnh nhân lệch lạc khớp cắn loại I, răng chen chúc, không nhổ răng tại Bệnh viện Răng Hàm Mặt Trung ương Hà Nội và Bệnh viện Trung ương Quân đội 108 từ tháng 5 năm 2016 đến tháng 12 năm 2019. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 38 bệnh nhân được lựa chọn đủ tiêu chuẩn cho nghiên cứu được chẩn đoán sai lệch khớp cắn loại I Angle. **Kết quả:** 89,47% bệnh nhân có khuôn mặt cân xứng, 84,21% có kiểu mặt trung bình, 81,58% có kiểu mặt lồi. Cung răng hình oval chiếm tỉ lệ cao nhất 86,49%. Tình trạng cắn sâu chiếm tỉ lệ cao nhất 44,74%, cắn chéo 31,58%. Hầu hết các bệnh nhân có tương quan tốt trên phim sọ nghiêng theo chiều trước sau.

¹Bệnh viện Răng Hàm Mặt Trung ương Hà Nội

²Viện Nghiên cứu Khoa học Y Dược lâm sàng 108

³Trường Đại học Y Dược – Đại học Quốc gia Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Mỹ Hạnh

Email: myhanh1978rhm@gmail.com

Ngày nhận bài: 4.01.2023

Ngày phản biên khoa học: 21.2.2023

Ngày duyệt bài: 7.3.2023

quan giữa các răng trên một hàm và/hoặc giữa hai hàm gây ảnh hưởng đến sức khoẻ cá nhân và thường kết hợp với các sai hình răng mặt khác. Lệch lạc khớp cắn không chỉ gây bất hài hoà trong tương quan vùng miệng, mặt gây ảnh hưởng về thẩm mỹ làm con người mất tự tin trong giao tiếp mà còn tạo điều kiện thuận lợi cho nhiều bệnh lý khác phát triển như bệnh nha chu, sâu răng...

Trên thế giới cũng như ở Việt Nam, sai lệch khớp cắn loại I Angle hay gặp nhất. Nghiên cứu của Đống Khắc Thẩm (2000) với đề tài "Khảo sát tình trạng khớp cắn ở người Việt trong độ tuổi 17 – 27" cho thấy tỉ lệ sai khớp cắn Angle loại I cao nhất, chiếm 71,3%¹. Nghiên cứu của Onyeaso CO về "Mức độ phổ biến của sai khớp cắn trên trẻ vị thành niên ở Ibadan, Nigeria" tiến hành trên 636 trẻ tuổi từ 12 đến 17 cho kết quả 50% sai khớp cắn loại I Angle². Trong đó răng chen chúc là một trong những lí do chính để bệnh nhân đến khám và điều trị. Xuất phát từ những lý do trên, chúng tôi thực hiện nghiên cứu với mục tiêu: Nhận xét đặc điểm lâm sàng và Xquang ở các bệnh nhân lệch lạc khớp cắn loại I, răng chen chúc, không nhổ răng tại Bệnh viện Răng Hàm Mặt Trung ương Hà Nội và Bệnh viện Trung ương Quân đội 108 từ tháng 5 năm 2016.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng. Đối tượng nghiên cứu là bệnh nhân đến khám và điều trị tại Bệnh viện Răng Hàm Mặt Trung ương Hà Nội và Bệnh viện Trung ương Quân đội 108. Bệnh nhân là người Việt Nam, dân tộc Kinh.

2.1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn

- Là người Việt Nam tự nguyện tham gia nghiên cứu

- Được chẩn đoán sai khớp cắn loại I với:

Lâm sàng: Hàm răng vĩnh viễn, bệnh nhân không có chỉ định nhổ răng.

Xquang: $-4^{\circ} < \text{Góc ANB} < 8^{\circ}$

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ

- Bị dị tật bẩm sinh vùng hàm mặt, thiếu răng vĩnh viễn (không kể răng hàm lớn thứ ba)

- Bệnh nhân có chỉ định phẫu thuật chỉnh hình xương

- Bệnh nhân có rối loạn tâm thần

- Bệnh nhân bị bệnh nha chu

- Bệnh nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu: Mô tả cắt ngang

2.2.2. Cỡ mẫu và chọn mẫu:

Mẫu thuận tiện: nghiên cứu được thực hiện trên tất cả những bệnh nhân đáp ứng đủ tiêu

chẩn lựa chọn và tiêu chuẩn loại trừ

Cỡ mẫu: 38 bệnh nhân

2.2.3. Các biến số và chỉ số:

> Các chỉ số về răng và xương

- Các góc: SNA, SNB, ANB, U1-NA, L1-NB, U1-L1, Góc mặt (NPog-FH), FMA, FMIA, IMPA và Góc tạo bởi trục răng cửa hàm trên và SN.

- Các khoảng cách: U1-NA, L1-NB, U1-APo, L1-APo.

- Độ nhô mặt (NA-APog): tương quan hai hàm và với phần trước nhất nền sọ.

> Các chỉ số về mô mềm: Góc mũi môi, Góc mặt (G-Sn-Pog'), Ls- E, Li-E, Độ nhô môi trên (Ls-TVL), Độ nhô môi dưới (Li-TVL), Độ nhô cằm (Pog'-TVL), Chiều dài môi trên (Sn-Sts), Độ dày môi trên (Ls-max), độ dày môi dưới (Li-max), độ dày cằm trước (Pog-Pog'), độ dày cằm dưới (Me-Me')

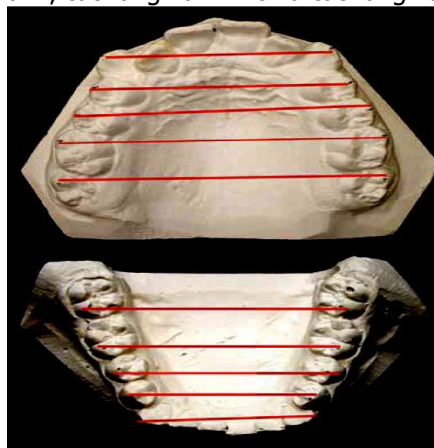
> Phân tích mẫu hàm

+ Hình dạng cung răng

+ Mức độ cân xứng của cung răng

+ Phân tích khoảng: So sánh khoảng cần có và khoảng có sẵn để xác định mức độ thiếu khoảng hay thừa khoảng.

+ Đo độ rộng của cung răng ở cùng giữa các răng nanh, các răng hàm nhỏ và các răng hàm lớn.



Hình 2.1: Đo độ rộng cung hàm trên mẫu thạch cao

Chỉ số PAR

Phân loại PAR

- $PAR \leq 10$ Khớp cắn bình thường

- $10 \leq PAR \leq 20$ lệch lạc khớp cắn nhẹ

- $20 \leq PAR \leq 30$ lệch lạc khớp cắn trung bình

- $PAR > 30$ lệch lạc khớp cắn nặng

Thành phần	PAR	PAR (W)
Khớp khểnh vùng phía trước trên và dưới	Tổng điểm x 1	Tổng điểm x 1
Khớp khểnh vùng phía sau trên và dưới	Tổng điểm x 1	Tổng điểm x 1
Khớp cắn bên phải và trái	Tổng điểm	Tổng điểm

	x 1	x 1
Cắn chìa	Tổng điểm x 1	Tổng điểm x 6
Cắn tràm	Tổng điểm x 1	Tổng điểm x 2
Đường giữa	Tổng điểm x 1	Tổng điểm x 4
Tổng số		

2.3. Đạo đức nghiên cứu: - Tất cả các đối tượng tự nguyện tham gia nghiên cứu.

- Các kết quả nghiên cứu chỉ được sử dụng với mục đích nghiên cứu và đảm bảo bí mật.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm lâm sàng

3.1.1. Đặc điểm về tuổi và giới

Bảng 1: Phân bố bệnh nhân theo tuổi và giới

Nhóm tuổi	Giới tính		
	Nam	Nữ	Tổng
9-<12tuổi	6	5	11
12-15 tuổi	8	10	18
>15tuổi	1	8	9
Tổng	15	23	38

Có 39,47% bệnh nhân nam và 60,53% bệnh nhân nữ. Bệnh nhân trong độ tuổi từ 12 đến 15 tuổi chiếm 47,37%; bệnh nhân từ 9 đến dưới 12 tuổi chiếm 28,95% và bệnh nhân trên 15 tuổi chiếm 23,68%.

3.1.2. Đặc điểm mặt

Bảng 2: Đặc điểm mặt thẳng ở nhóm bệnh nhân nghiên cứu

Đặc điểm mặt thẳng	N	%
Trung bình	32	84,21
Dài	3	7,89
Ngắn	3	7,89

Có 84,21% bệnh nhân có kiểu mặt trung bình; tỷ lệ bệnh nhân có kiểu mặt dài và kiểu mặt ngắn bằng nhau và đều là 7,89%.

Bảng 3: Hình dạng mặt nghiêng ở nhóm bệnh nhân nghiên cứu

Hình dạng mặt nghiêng	N	%
Phẳng	6	15,79
Lồi	31	81,58
Lõm	1	2,63

Kiểu mặt lồi chiếm tỷ lệ cao nhất là 81,58%; tiếp đó là kiểu mặt phẳng với 15,79%; thấp nhất là kiểu mặt lõm với 2,63%.

Bảng 4: Đặc điểm về sự cân xứng khuôn mặt

Sự cân xứng khuôn mặt	N	%
Cân xứng	34	89,48
Lệch trái	2	5,26
Lệch phải	2	5,26

Đối tượng có khuôn mặt cân xứng chiếm tỷ lệ cao nhất 89,48%.

3.1.3. Đặc điểm về khớp cắn

Bảng 5: Hình dạng cung răng hàm trên ở nhóm bệnh nhân nghiên cứu

Hình dạng cung răng hàm trên	N	%
Vuông	3	8,11
Oval	32	86,49
Tam giác	2	5,41

Cung răng hàm trên dạng oval chiếm tỷ lệ cao nhất với 86,49%.

Bảng 6: Hình dạng cung răng hàm dưới ở nhóm bệnh nhân nghiên cứu

Hình dạng cung răng hàm dưới	N	%
Vuông	0	
Oval	38	100,0
Tam giác	0	

Bảng 7: Đặc điểm khớp cắn

Đặc điểm	N	%
Cắn hở	5	13,16
Cắn sâu	17	44,74
Cắn chéo	12	31,58
Cắn đối đầu	5	13,16
Lệch đường giữa	10	26,32
Độ cắn chìa trung bình	3,14 ± 1,75	
Độ cắn phủ trung bình	2,63 ± 1,34	

Khớp cắn sâu có tỷ lệ cao nhất với 44,74%.

3.1.4. Độ rộng cung hàm

Bảng 8: Độ rộng cung hàm

	N	Mean (mm)	Min	Max	SD
U3-U3	38	34,5	30	40	2,635516
U4-U4	38	41,57	37	48	3,139054
U5-U5	38	47,32	35	56	3,604466
U6-U6	38	51,59	47	56	2,215247
L3-L3	38	26,97	19	31	2,256963
L4-L4	38	34,21	24	41	2,900679
L5-L5	38	39,89	29	45	3,196615
L6-L6	38	45,23	40	52	2,622798

Độ rộng cung răng tại các vị trí tăng dần từ vùng răng 3 đến vùng răng 6.

3.1.5. Tỷ lệ bất cân xứng giữa răng và chiều dài cung hàm

Bảng 9: Mức độ mất cân xứng giữa răng và chiều dài cung hàm, hàm trên

Mức độ mất cân đối	N	%
<5mm	9	23,68
5-9 mm	19	50,00
>9mm	10	26,32

Mất cân xứng hàm trên 5-9 mm chiếm tỷ lệ cao nhất với 50%.

Bảng 10: Mức độ mất cân xứng giữa răng và chiều dài cung hàm, hàm dưới

Mức độ mất cân đối	N	%
<5mm	15	39,47
5-9 mm	13	34,21
>9mm	10	26,32

Mất cân xứng hàm dưới < 5 mm chiếm tỷ lệ cao nhất với 39,47%.

3.1.6. Đặc điểm khớp cắn trước điều trị theo chỉ số PAR

Bảng 11: Chỉ số PAR

	N	Mean (mm)	Min	Max	SD
Khấp khểnh vùng phía trước trên và dưới	38	7,42	0	19	4,32
Khấp khểnh vùng phía sau trên và dưới	38	7,71	1	17	3,97
Tương quan khớp cắn phía sau	38	0,11	0	2	0,39
Cắn chìa	38	1,18	0	4	0,95
Cắn trùn	38	0,53	0	2	0,69
Đường giữa	38	0,42	0	2	0,60

Bảng 12: Tổng PAR (W) trước điều trị

Tổng PAR (W) trước điều trị	N	%
PAR(W) ≤ 10	3	7,89
10 < PAR(W) ≤ 20	12	31,58
20 < PAR(W) ≤ 30	13	34,21
PAR(W) > 30	10	26,32

PAR(W) từ trên 20 đến 30 chiếm tỷ lệ cao nhất với 34,21%; từ trên 10 đến 20 chiếm tỷ lệ 31,58%; PAR ≤ 10 có tỷ lệ thấp nhất với 7,89%.

3.2. Đặc điểm Xquang

Bảng 13: Các chỉ số mô cứng trước điều trị trên phim sọ nghiêng

Các chỉ số	Mean ± SD
SNA	81,82 ± 2,60
SNB	79,02 ± 2,82
ANB	2,80 ± 1,13
Góc mặt (NPog-FH)	88,70 ± 3,22
Độ nhô mặt (NA-APog)	5,77 ± 3,30
Chiều cao tăng mặt dưới (ANS-Me)	61,76 ± 4,77
FMA	23,31 ± 5,31
FMIA	60,42 ± 6,64
IMFA	96,27 ± 6,47
U1-L1	120,77 ± 8,83
U1-SN	110,07 ± 5,85
U1-NA (mm)	5,44 ± 2,12
U1-NA (độ)	28,17 ± 5,09
U1-APo	7,51 ± 2,25
L1-APo	3,40 ± 2,28
L1-NB (mm)	5,77 ± 1,98
L1-NB (độ)	28,18 ± 5,93

Giá trị trung bình của các chỉ số về mô cứng: góc SNA - 81,82; góc SNB - 79,02; góc ANB - 2,8;

góc mặt - 88,7; độ nhô mặt - 5,77; chiều cao tăng mặt dưới - 61,76; góc FMA - 23,31; góc FMIA - 60,42; góc IMFA - 96,27; góc U1-L1 - 120,77; khoảng cách U1-NA - 5,44; góc U1-NA có giá trị trung bình là 28,17; khoảng cách L1-NB có giá trị trung bình là 5,77; góc L1-NB - 28,18. Độ nhô răng cửa trên có giá trị trung bình là 7,51. Độ nhô răng cửa dưới có giá trị trung bình là 3,40.

Bảng 14: Các chỉ số mô mềm trước điều trị trên phim sọ nghiêng

Chỉ số	Mean ± SD
Góc mũi môi	93,53 ± 5,19
Góc Gla-Sn-Pog'	169,98 ± 4,23
Ls-E	0,42 ± 2,32
Li-E	2,14 ± 2,62
Độ nhô môi trên (Ls-TVL)	6,04 ± 1,93
Độ nhô môi dưới (Li-TVL)	4,16 ± 2,54
Độ nhô cằm (Pog'-TVL)	-2,55 ± 3,49
Chiều dài môi trên (Sn-Sts)	18,78 ± 2,60
Độ dày môi trên (Ls-max)	12,54 ± 1,64
Độ dày môi dưới (Li-max)	11,53 ± 2,30
Độ dày cằm trước (Pog-Pog')	11,06 ± 1,50
Độ dày cằm dưới (Me-Me')	6,97 ± 1,59

Giá trị trung bình của các chỉ số về mô mềm: góc mũi môi có giá trị trung bình là 93,53; góc Gla-Sn-Pog' - 169,98; khoảng cách Ls-E - 0,42; khoảng cách Li-E - 2,14; độ nhô môi trên - 6,04; độ nhô dưới - 4,16; độ nhô cằm (-2,55); chiều dài môi trên - 18,78; độ dày môi trên - 12,54; độ dày môi dưới - 11,53; độ dày cằm trước - 11,06; độ dày cằm dưới - 6,97.

IV. BÀN LUẬN

Đặc điểm khuôn mặt. Nghiên cứu trên 38 bệnh nhân, bệnh nhân có khuôn mặt cân xứng chiếm tỉ lệ 89,97%; bệnh nhân có khuôn mặt lệch phải lệch trái chiếm tỷ lệ nhỏ và độ lệch chỉ trong khoảng 1-2mm. Trong sai khớp cắn loại I, tương quan giữa xương hàm trên và hàm dưới thường hài hòa, các sai lệch chỉ do răng hay xương ổ răng. Kết quả này cũng phù hợp với nghiên cứu của Nguyễn Mỹ Huyền (2018).³

Về kiểu mặt khi nhìn thẳng thì đa số bệnh nhân có kiểu mặt trung bình. Kết quả này phù hợp với nghiên cứu Nguyễn Mỹ Huyền (2018) với cỡ mẫu 32 sinh viên ghi nhận ghi nhận kiểu mặt trung bình chiếm 74,2%, kiểu mặt dài chiếm 16,1% và kiểu mặt ngắn chiếm 9,7%.³

Cung răng hàm trên hình trứng chiếm tỷ lệ 86,49%, hình vòng chiếm 8,11% và hình tam giác chiếm tỷ lệ thấp nhất với 5,41%. Kết quả phù hợp với nghiên cứu của Nguyễn Hoàng Hiệp (2020). Mặc dù sự phù hợp này không trên cùng một nhóm đối tượng nghiên cứu do tác giả trên

nghiên cứu trên độ tuổi trưởng thành từ 18-33 tuổi nhưng điều này vẫn chứng tỏ người Việt Nam cùng một chủng tộc da vàng, cùng một yếu tố địa lý thì không có sự khác biệt về hình dạng cung răng của nam và nữ. So sánh với một số nghiên cứu khác trên thế giới như nghiên cứu của Nojima K (2001) trên người Nhật Bản cũng cho kết quả tương tự, hình dạng cung răng hình trứng chiếm đa số 88,1% và hình dạng cung răng hình tam giác chỉ chiếm 11,9%.⁴ So với nghiên cứu của Saeed và Mageet năm 2018 thì cung răng hình oval cũng chiếm đa số.⁵

Đặc điểm khớp cắn. Trong nhóm nghiên cứu của chúng tôi có tình trạng cắn sâu 44,74% và cắn chéo 31,58% trong khi lệch đường giữa chiếm 26,32, cắn hở và đôi đầu cùng chiếm 13,16%. So sánh với nghiên cứu của Nguyễn Thị Mỹ Hạnh (2008) thì nghiên cứu của chúng tôi có tỉ lệ cao hơn, mặc dù vậy thứ tự sai lệch khớp cắn khá tương đồng ngoại trừ ở nhóm sai khớp cắn loại 1 của Nguyễn Thị Mỹ Hạnh thì lệch đường giữa chiếm tỷ lệ khá thấp so với các sai lệch còn lại.⁶

Độ rộng cung hàm. Giá trị trung bình các kích thước cung răng có sự khác nhau giữa các dân tộc và chủng tộc trên thế giới ở nhiều mức độ. Theo nghiên cứu của Phạm Thị Hương Loan và Hoàng Tử Hùng (2000), khi nghiên cứu so sánh đặc điểm cung răng người Việt Nam với người Ấn Độ và Trung Quốc, đã đưa ra nhận xét: cung răng người Việt Nam rộng hơn đáng kể so với cung răng người Ấn Độ và gần với kích thước cung răng người Trung Quốc. Trong khi đó, các kích thước độ rộng cung răng của trẻ em trong nghiên cứu của chúng tôi tăng dần từ phía trước ra phía sau và lớn hơn kích thước rộng cung răng trong nghiên cứu 54 đối tượng từ 19 đến 24 tuổi có khớp cắn Angle hạng I của Zeina M Ahmed (2006).⁷

Đặc điểm các chỉ số mô cứng trước điều trị trên phim đo sọ nghiêng. Trong nghiên cứu của chúng tôi theo phân tích Steiner các chỉ số SNA, SNB, ANB đều nằm trong giới hạn bình thường.

Theo phân tích Down, góc mặt (NPog-FH) có giá trị là $88,70 \pm 3,22$, độ nhô mặt (NA-APog) có giá trị là $5,77 \pm 3,30$. Kết quả này cùng phù hợp với nghiên cứu của Nguyễn Thị Thanh Quỳnh (2017)⁸. Các kết quả về chỉ số đo xương cho thấy tương quan hai hàm với nền sọ và tương quan giữa hai hàm với nhau ở giá trị bình thường. Điều này khá dễ hiểu khi đối tượng chúng tôi chọn là khớp cắn loại 1.

Kết quả đo được trong nghiên cứu của chúng tôi cho thấy góc tạo bởi trục răng cửa hàm trên và trục răng cửa hàm dưới (U1-L1) có giá trị $120,77 \pm 8,83$ nằm trong giới hạn bình thường là 115-131⁰. So với nghiên cứu của Nguyễn Thị Bích Ngọc⁹ thì kết quả của chúng tôi lớn hơn. Theo phân tích Tweed, FMA, FMIA, IMFA chúng tôi có giá trị phù hợp với nghiên cứu của Nguyễn Hùng Hiệp (2020).

Trung bình góc IMPA của nhóm nghiên cứu ($96,27^\circ$) lớn hơn so với 90° của chủng tộc Caucasian là nhóm người da trắng do Tweed nghiên cứu và đưa ra phương pháp phân tích của mình.

U1-SN đo được cao hơn giá trị bình thường và khoảng cách từ răng cửa giữa đến NA bình thường trong khi đó góc giữa trục răng cửa giữa với đường NA thì lại lớn hơn giá trị bình thường. Điều này cho thấy ở nhóm đối tượng chúng tôi nghiên cứu, trục răng cửa nghiêng về phía trước hơn. Tương đồng với T. Al Zain nghiên cứu trên 61 trẻ người UAE là 118,6, có thể cùng là người Châu Á (cùng chủng tộc) nên cũng có nhiều nét tương đồng hơn.

L1-Apo, L1- NB tương đồng với giá trị đo được trong nghiên cứu của BS Nguyễn Hùng Hiệp (2020), khẳng định độ nhô răng cửa của trẻ Việt Nam lớn hơn so với các nghiên cứu trên thế giới.¹⁰

Độ nhô môi trên và độ nhô môi dưới so với đường thẩm mỹ E và TVL lớn hơn đáng kể so với giá trị trung bình đưa ra bởi Arnett. Đây là một yếu tố cần cân nhắc khi tư vấn trước điều trị và trong quá trình điều trị, bởi để đạt được thẩm mỹ mong muốn là hoàn toàn hết vẩu thì cần rất nhiều khoảng để dịch chuyển răng. Vì vậy, cần lưu ý rằng trong một số trường hợp chỉ có thể cải thiện, bình thường hoá mặt nghiêng.

Góc mũi môi trong nhóm nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn so với giá trị trung bình của Arnett song lớn hơn các giá trị được đưa ra trong nghiên cứu của Nguyễn Thị Bích Ngọc trên đối tượng lệch lạc khớp cắn Angle I, vẩu xương ổ răng hai hàm có nhổ răng.⁹

Độ dày môi trên và môi dưới trên các đối tượng này thấp hơn so với các giá trị của Arnett, trong khi đó độ dày cằm trước và độ dày cằm dưới lại nằm trong khoảng bình thường.

V. KẾT LUẬN

Qua phân tích các đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng sai khớp cắn loại I Angle trên 38 bệnh nhân, cho thấy 89,47% bệnh nhân có khuôn mặt cân xứng, 84,21% có kiểu mặt trung bình,

81,58% có kiểu mặt lõm. Cung răng hình oval chiếm tỉ lệ cao nhất 86,49%. Tình trạng cắn sâu chiếm tỉ lệ cao nhất 44,74%, rồi đến cắn chéo 31,58%. Hầu hết các bệnh nhân có tương quan tốt trên phim sọ nghiêng theo chiều trước sau. Điều này cũng dễ hiểu khi mà các đối tượng chúng tôi chọn có khớp cắn loại 1 và được chỉ định điều trị không nhổ răng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Đông Khắc Thâm.** Khảo Sát Tình Trạng Khớp Cắn ở Người Việt Trong Độ Tuổi 17-27. Luận văn tốt nghiệp thạc sĩ y học. Trường Đại học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh; 2000.
2. **Onyeaso CO.** Prevalence of malocclusion among adolescents in Ibadan, Nigeria. Am J Orthod Dentofacial Orthop. 2004;126(5):604-607.
3. **Nguyễn Mỹ Huyền, Lê Nguyễn Lâm.** Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị sai lệch khớp cắn loại I Angle ở sinh viên Răng hàm mặt Trường Đại học Y Dược Cần Thơ. Tạp chí y Dược học Cần Thơ. 2018;16:1-8.
4. **Nojima K., Mc Laughlin R.P., Isshiki Y., Sinclair P.M.** A comparative study of Caucasian and Japanese mandibular clinical arch form. The Angle Orthodontist. 2001;71:195-200.
5. **Saeed HK, Mageet AO.** Dental Arch Dimensions and Form in a Sudanese Sample. J Contemp Dent Pract. 2018;19(10):1235-1241.
6. **Nguyễn Thị Mỹ Hạnh.** Khảo Sát Tình Trạng Lệch Lạc Khớp Cắn Trên Học Sinh THCS Lứa Tuổi 12-14. Luận văn thạc sĩ. Đại học Răng Hàm Mặt; 2008.
7. **Zeina M Ahmed.** Clinical measurements of the dimensions of the dental arches and its application on construction of dental prosthesis. Al-Rafidain Dent J. 2006;6(1):88-97.
8. **Nguyễn Thị Thanh Quỳnh, Nguyễn Thị Thu Phương, Quách Thị Thuý Lan.** Đặc điểm một số chỉ số sọ mặt - trên phim sọ nghiêng của người Việt trưởng thành từ 18-25 tuổi theo phân tích Down. Tạp chí Y Dược học quân sự số chuyên đề hình thái học. 2017;Số chuyên đề hình thái học:478-483.
9. **Nguyễn Thị Bích Ngọc.** Nghiên Cứu Sự Thay Đổi Hình Thái Mô Cứng, Mô Mềm Của Khuôn Mặt Sau Điều Trị Chính Răng Lệch Lạc Khớp Cắn Angle I, Vẩu Xương ở Răng Hai Hàm Có Nhổ Răng. Luận án tiến sĩ y học. Trường Đại học Y Hà Nội; 2015.
10. **Nguyễn Hùng Hiệp.** Nghiên Cứu Một Số Chỉ Số Đầu Mặt ở Trẻ Em Việt Ban 12 Tuổi Để Ứng Dụng Trong Điều Trị y Học. Luận án Tiến sĩ Y học. Trường Đại Học Y Hà Nội; 2020.

ĐẶC ĐIỂM HÌNH ẢNH X-QUANG VÀ CẮT LỚP VI TÍNH TRONG CHẨN ĐOÁN CHẤN THƯƠNG VỠ ĐỐT SỐNG C1

Hoàng Gia Du¹, Bùi Dương Hương Ly²

Từ khóa: X-quang, cắt lớp vi tính, chấn thương vỡ đốt sống C1.

SUMMARY

X-RAY AND COMPUTED TOMOGRAPHY SCAN IMAGING IN ATLAS FRACTURE DIAGNOSIS

Objectives: Analyzing and comparing of x-ray imaging and computed tomography features in C1(Atlas) fracture diagnosis. **Methods:** Cross-sectional described retrospective studing of 16 C1 fracture patients were diagnosed in Viet Duc hospital from January 2010 to June 2012. **Results:** On X-ray images: C1 fracture was mostly diagnosed by the open mouth radiographs (62,5 %), anterior-posterior plane x-rays could not show C1 fracture. False negative ratio of x-ray was 37,5%, the corresponding ratio of x-rays and computed tomography scans was low. C1 fracture type II was the most (75%), 8/16 patients had Spence > 6,9mm. **Conclusion:** X-rays was worth in C1 fracture diagnosis, in which open mouth radiographs is the best. Moreover, because of X-ray had high false negative ratio, computed tomography scan was more effective in C1 fracture diagnosis.

Keywords: X-rays, computed tomography scans, C1 fractures.

TÓM TẮT

Mục đích: Mô tả đặc điểm hình ảnh và độ phù hợp của phương pháp chụp X-quang và cắt lớp vi tính trong chẩn đoán chấn thương vỡ đốt sống C1. **Phương pháp nghiên cứu:** Hồi cứu mô tả cắt ngang 16 trường hợp chẩn đoán chấn thương vỡ đốt sống C1 tại Bệnh viện Việt Đức từ tháng 1 năm 2010 đến tháng 6 năm 2012. **Kết quả:** Phát hiện tổn thương vỡ C1 cao nhất trên phim X-quang thẳng há miệng (62,5%), X-quang thẳng không quan sát thấy tổn thương, tỷ lệ âm tính giả của X-quang là 37,5%, độ phù hợp thấp so với hình ảnh cắt lớp vi tính. Tổn thương vỡ C1 loại 2 trên cắt lớp vi tính chiếm tỷ lệ cao nhất (75%), 8/16 bệnh nhân (50%) được chẩn đoán vỡ C1 mất vững theo chỉ số Spence >6,9mm. **Kết luận:** Hình ảnh X-quang thẳng há miệng có giá trị trong chẩn đoán tổn thương vỡ đốt sống C1. Tuy nhiên X-quang có tỷ lệ âm tính giả cao, cắt lớp vi tính có ưu thế vượt trội trong chẩn đoán vỡ thân đốt sống C1.

¹Bệnh viện Bạch Mai

²Bệnh viện Ung bướu Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Hoàng Gia Du

Email: hoanggiadu76@gmail.com

Ngày nhận bài: 3.01.2023

Ngày phản biện khoa học: 20.2.2023

Ngày duyệt bài: 7.3.2023