

**KHẢO SÁT ĐẶC ĐIỂM RĂNG CỎI LỚN CÓ CHỈ ĐỊNH
PHẪU THUẬT NHA CHU LÀM DÀI THÂN RĂNG TRÊN LÂM SÀNG VÀ
TRÊN PHIM CHỤP CẮT LỚP VI TÍNH VỚI CHỤM TIA HÌNH NÓN
TẠI BỆNH VIỆN TRƯỜNG ĐẠI HỌC Y DƯỢC CẦN THƠ NĂM 2021-2023**

Ngô Anh Tài, Trương Nhựt Khuê, Trần Huỳnh Trung*

Trường Đại học Y Dược Cần Thơ

**Email: ngoanhtai1@gmail.com*

Ngày nhận bài: 09/6/2023

Ngày phản biện: 11/9/2023

Ngày duyệt đăng: 30/9/2023

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Răng cối lớn giữ vai trò quan trọng trong ăn nhai và giữ kích thước dọc. Sự hiện diện của thương tổn dưới nướu làm việc tiếp cận thực hiện phục hồi răng gặp nhiều trở ngại và có nguy cơ ảnh hưởng mô nha chu do xâm phạm khoảng sinh học. **Mục tiêu nghiên cứu:** Mô tả đặc điểm của răng cối lớn mất chất dưới nướu và mô nha chu trên lâm sàng và trên phim chụp cắt lớp vi tính với chùm tia hình nón. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 40 bệnh nhân có răng cối lớn được chỉ định phẫu thuật nha chu làm dài thân răng tại Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Cần Thơ. **Kết quả:** Đa số các răng là răng cối lớn hàm dưới, với tổn thương dưới nướu ở nhiều hơn 1 mặt răng. Các chỉ số nha chu nằm trong khoảng thuận lợi để có thể thực hiện phẫu thuật nha chu. Kiểu hình nướu dày chiếm ưu thế, khoảng cách từ bờ tổn thương đến mào xương trung bình 1,92 mm, do đó cần kết hợp điều chỉnh xương ổ răng. **Kết luận:** Khám lâm sàng kết hợp phim chụp cắt lớp vi tính với chùm tia hình nón giúp chẩn đoán chính xác, lên kế hoạch điều trị phù hợp để phục hồi răng và tái lập lại khoảng sinh học.

Từ khóa: Làm dài thân răng, chụp cắt lớp vi tính, răng cối lớn.

ABSTRACT

**THE CHARACTERISTICS OF CLINICAL AND CONE-BEAM
COMPUTED TOMOGRAPHY OF MOLARS WITH INDICATIONS FOR
PERIODONTAL CROWN LENGTHENING AT CAN THO UNIVERSITY
OF MEDICINE AND PHARMACY HOSPITAL IN 2021-2023**

Ngo Anh Tai, Truong Nhat Khue, Tran Huynh Trung*

Can Tho University of Medicine and Pharmacy

Background: Molars play an important role in chewing and maintaining the vertical dimension. The presence of subgingival lesions makes the approach to restoration difficult and there is a risk of periodontal tissue damage due to invasion of the biological width. **Objectives:** Describe the characteristics of molars with loss of subgingival structure and periodontal tissue in clinical and on cone beam computed tomography film. **Materials and methods:** Cross-sectional descriptive study on 40 patients with molars indicated for periodontal crown lengthening at Can Tho University of Medicine and Pharmacy Hospital. **Results:** Most teeth are mandibular molar, with subgingival lesions on more than one tooth surface. Periodontal indices are within a favorable range for performing periodontal surgery. Thick gingival phenotype prevails, the average distance from the lesion margin to the crest was 1.92 mm, so alveolar bone adjustment was required. **Conclusions:** Clinical examination combined with cone-beam computed tomography helps to make accurate diagnosis, appropriate treatment planning for teeth restoration and reestablish biological width.

Keywords: Crown lengthening, computed tomography, molar.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Răng cối lớn là răng có kích thước lớn nhất trên cung hàm, giữ vai trò quan trọng trong nhai nghiền thức ăn và giữ kích thước dọc của tầng dưới mặt. Bên cạnh đó, đây cũng là nhóm răng có tỷ lệ sâu cao. Phục hồi răng cối lớn mất chất đóng vai trò quan trọng không chỉ trong đảm bảo khả năng ăn nhai mà còn bảo tồn sự lành mạnh hệ thống nhai [1].

Thành công của một điều trị phục hồi răng phụ thuộc vào nhiều yếu tố, từ việc chẩn đoán đến lựa chọn vật liệu, phương pháp thực hiện cũng như bảo toàn sự lành mạnh của mô nha chu. Tuy nhiên, với hiện diện của các thương tổn mô răng dưới nướu như sâu răng, thủng thành khi nội nha, nứt gãy răng,... việc thực hiện phục hồi răng gặp nhiều trở ngại và có nguy cơ ảnh hưởng mô nha chu do xâm phạm khoảng sinh học [2]. Các biện pháp làm dài lâm sàng răng trước phục hồi được nhiều tác giả quan tâm nghiên cứu, bao gồm phương pháp làm dài về phía chóp là phẫu thuật nha chu và phương pháp làm dài về phía thân như chỉnh nha, phẫu thuật làm trôi răng không sang chân, trong đó phẫu thuật nha chu là thủ thuật thường xuyên được thực hiện trong thực hành nha khoa [3].

Để nâng cao hiệu quả điều trị phẫu thuật làm dài thân răng lâm sàng vùng răng cối lớn, việc đánh giá các chỉ số răng và nha chu trên lâm sàng kết hợp phân tích phim chụp cắt lớp vi tính với chùm tia hình nón (CBCT) góp phần chẩn đoán và đưa ra kế hoạch điều trị phù hợp [4]. Nghiên cứu này được thực hiện với mục tiêu: Mô tả đặc điểm của răng cối lớn mất chất dưới nướu và mô nha chu trên lâm sàng và trên phim chụp cắt lớp vi tính với chùm tia hình nón.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Bệnh nhân có răng cối lớn chỉ định phẫu thuật nha chu làm dài thân răng lâm sàng đến khám và điều trị tại Khoa Răng Hàm Mặt, Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Cần Thơ.

- **Tiêu chuẩn chọn mẫu:** Tuổi từ 18 trở lên. Sang thương sâu răng có bờ giới hạn nằm dưới nướu hoặc dưới mào xương ổ hoặc các vết gãy cả thân răng lẫn một phần chân răng. Răng đã điều trị nội nha tốt: răng không có triệu chứng, không đau. Bệnh nhân có tình trạng vệ sinh răng miệng tốt: chỉ số mảng bám (PI) ≤ 1 , chỉ số nướu (GI) ≤ 1 . Sức khỏe chung tốt (ASA \leq II). Bệnh nhân đồng ý tham gia nghiên cứu, tuân thủ điều trị.

- **Tiêu chuẩn loại trừ:** Bệnh nhân há miệng < 3 cm. Răng lung lay mức độ II trở lên (Miller, 1950). Răng có sang thương vùng chẽ, lộ vùng chẽ chân răng sau phẫu thuật. Tỷ lệ thân/chân răng ước tính sau phẫu thuật > 1 . Chiều cao nướu sừng hóa < 2 mm. Phụ nữ đang trong thời gian mang thai.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- **Thiết kế nghiên cứu:** Phương pháp mô tả cắt ngang.

- **Cỡ mẫu:** 40 bệnh nhân.

- **Phương pháp chọn mẫu:** Chọn mẫu thuận tiện những bệnh nhân đáp ứng tiêu chuẩn chọn mẫu có chỉ định phẫu thuật nha chu làm dài thân răng lâm sàng răng cối lớn tại Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Cần Thơ từ tháng 04/2021 đến tháng 04/2023.

- **Nội dung nghiên cứu:**

+ Đặc điểm chung của đối tượng: tuổi, giới

+ Đặc điểm răng: vị trí răng, tên răng, vị trí tổn thương dưới nướu.

+ Đặc điểm mô nha chu: chỉ số mảng bám, chỉ số nướu, độ sâu túi, chiều cao nướu sừng hóa, khoảng sinh học, kiểu hình nướu.

+ Đặc điểm trên phim CBCT: khoảng cách từ bờ tổn thương đến mào xương, khoảng cách từ vùng chèn chân răng đến mào xương, tỷ lệ thân/chân.

- **Phương pháp thu thập số liệu:** Khám lâm sàng, răng được chụp và phân tích bằng hệ thống chụp cắt lớp vi tính Pax-i 3D Smart (Vatech, Hàn Quốc).

- **Xử lý và phân tích số liệu:** Xử lý bằng phần mềm SPSS 26.0.

2.3. Đạo đức trong nghiên cứu

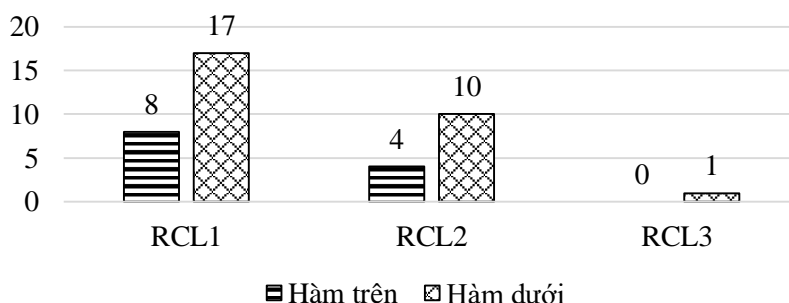
Nghiên cứu được Hội đồng Đạo đức trong Nghiên cứu Y sinh Trường Đại học Y Dược Cần Thơ thông qua. Tất cả bệnh nhân đều được giải thích về kế hoạch điều trị và tự nguyện tham gia nghiên cứu. Các thông tin cá nhân của bệnh nhân được bảo mật.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Mẫu nghiên cứu gồm 40 bệnh nhân có độ tuổi trung bình $29,89 \pm 2,49$ tuổi, cao nhất là 63 tuổi, thấp nhất là 18 tuổi, trong đó có 17 nam (42,5%) và 23 nữ (57,5%).

3.2. Đặc điểm mô răng và mô nha chu trên lâm sàng vùng răng cối lớn tổn thương mất chất có chỉ định làm dài thân răng lâm sàng



Biểu đồ 1. Phân bố răng theo tên răng và vị trí răng

Nhận xét: Đa số các răng trong nghiên cứu là răng cối lớn hàm dưới (70%). Răng cối lớn thứ nhất chiếm tỷ lệ cao nhất (62,5%), trong đó răng cối lớn thứ nhất hàm dưới nhiều hơn hàm trên; kết quả phân bố theo cung hàm tương tự ở răng cối lớn thứ hai. Có 01 trường hợp răng cối lớn thứ ba hàm dưới có chỉ định phẫu thuật làm dài thân răng.

Bảng 1. Phân bố vị trí tổn thương dưới nướu của răng

Vị trí	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Mặt ngoài hoặc mặt trong	6	15%
Mặt bên	15	37,5%
> 1 mặt	19	47,5%
Tổng	40	100%

Nhận xét: Đa số trường hợp có vị trí tổn thương dưới nướu của răng nằm ở nhiều hơn 1 mặt răng (47,5%), kể đến là tổn thương liên quan đến mặt bên (37,5%), tổn thương chỉ ở mặt ngoài hoặc mặt trong chiếm tỷ lệ thấp nhất (15%).

Bảng 2. Đặc điểm mô nha chu răng cối lớn có chỉ định phẫu thuật làm dài thân răng (n=40)

Mô nha chu	Chỉ số mảng bám	Chỉ số nướu	Độ sâu túi (mm)	Chiều cao nướu sừng hóa (mm)	Khoảng sinh học (mm)
Giá trị	0,87±0,34	0,92±0,39	2,49±0,64	3,45±0,59	2,01±1,02

Nhận xét: Chỉ số mảng bám và chỉ số nướu của bệnh nhân trong nghiên cứu lần lượt là 0,87 và 0,92. Độ sâu túi trung bình là 2,49 mm, chiều cao nướu sừng hóa là 3,45 mm và khoảng sinh học là 2,01 mm.

Bảng 3. Phân bố kiểu hình nướu

Kiểu hình nướu	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Mỏng	9	22,5%
Dày	31	77,5%
Tổng	40	100%

Nhận xét: Đa số (77,5%) trường hợp có kiểu hình nướu dày.

3.3. Đặc điểm mô răng và mô xương trên phim chụp cắt lớp vi tính với chàm tia hình nón vùng răng cối lớn tổn thương mất chất có chỉ định làm dài thân răng lâm sàng

Bảng 4. Khoảng cách từ bờ tổn thương đến mào xương ổ và khoảng cách từ vùng chèn chân răng đến mào xương ổ (n=40)

Khoảng cách	Giá trị (mm)
Từ bờ tổn thương đến mào xương ổ	1,92±0,49
Từ vùng chèn chân răng đến mào xương ổ	2,10±0,58

Nhận xét: Khoảng cách từ mào xương ổ đến bờ tổn thương và đến vùng chèn chân răng lần lượt là 1,92 mm và 2,10 mm.

Bảng 5. Tỷ lệ thân/chân dự kiến sau phẫu thuật làm dài thân răng

Tỷ lệ thân/chân	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
<1/2	0	0%
1/2 đến 2/3	17	42,5%
2/3 đến 1	23	57,5%
Tổng	40	100%

Nhận xét: Đa số trường hợp tỷ lệ thân/chân dự kiến nằm trong khoảng từ 2/3 đến 1 (57,5%), phần còn lại từ 1/2 đến 2/3 (42,5%), không có trường hợp nào đạt được tỉ lệ thân/chân nhỏ hơn 1/2.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Độ tuổi trung bình của bệnh nhân là 29,89±2,49 tuổi, kết quả này tương tự với nghiên cứu của Trần Thị Trúc Uyên (2021) [5] với đa số bệnh nhân trong độ tuổi 18 – 30 (67,6%), cao hơn của Huỳnh Thị Ngọc Thanh (2019) [6] trung bình 23,89 tuổi, thấp hơn trong nghiên cứu của Xu (2019) [4] trung bình 37,6 tuổi, Patil (2019) [7] là 55,7 tuổi. Sự khác biệt này có thể do khác nhau về loại răng nghiên cứu (vùng răng thẩm mỹ và vùng răng ăn nhai) nên độ tuổi nhỏ hơn, cũng như tình trạng kinh tế - xã hội và chăm sóc sức khỏe răng miệng tại địa điểm nghiên cứu.

Về giới tính, tỷ lệ nữ trong nghiên cứu cao hơn so với nam (57,5% so với 42,5%), tương tự với các nghiên cứu của Trần Thị Trúc Uyên (2021) [5], Huỳnh Thị Ngọc Thanh (2019) [6] và Patil (2019) [7]. Nữ giới thường được cho là quan tâm đến vấn đề chăm sóc sức khỏe răng miệng hơn nam giới. Tuy nhiên, tỷ lệ nam giới không thấp hơn nữ giới quá nhiều chứng tỏ nam giới cũng dần nâng cao ý thức hơn.

4.2. Đặc điểm mô răng và mô nha chu trên lâm sàng vùng răng cối lớn tổn thương mất chất có chỉ định làm dài thân răng lâm sàng

Phần lớn các răng trong nghiên cứu là răng hàm dưới (70%). Tỷ lệ này có sự khác biệt so với nghiên cứu của Trần Thị Trúc Uyên (2021) [5], nguyên nhân có thể do sự khác nhau về vùng răng nghiên cứu. Răng cối lớn thứ nhất hàm dưới chiếm tỷ lệ cao nhất (42,5%), có thể do răng cối lớn thứ nhất hàm dưới là một trong những răng vĩnh viễn mọc đầu tiên trên cung hàm vào khoảng 6 tuổi, nên ý thức vệ sinh răng miệng của bệnh nhân chưa được tốt. Kế đến là răng cối lớn thứ hai hàm dưới (25%), nguyên nhân có thể do răng nằm ở vị trí phía sau, khó vệ sinh và biến chứng sâu răng do răng khôn hàm dưới mọc kẹt. Có 01 trường hợp răng cối lớn thứ ba hàm dưới đưa vào nghiên cứu, do bệnh nhân đã mất răng cối lớn thứ nhất hàm dưới lâu ngày, vị trí răng cối lớn thứ ba di chuyển về phía gần và tham gia vào chức năng ăn nhai.

Vị trí tổn thương dưới nướu trong nghiên cứu gặp nhiều nhất là ở nhiều mặt răng, do việc sâu răng diễn biến lâu ngày hay tét vỡ múi răng làm mất chất nhiều mô răng. Kế đến là vị trí mặt bên, thường là do sâu mặt tiếp cận khó vệ sinh hoặc tai biến sâu răng do mọc răng khôn. Tổn thương chỉ ở mặt ngoài hoặc mặt trong thường là do răng cối lớn có rãnh mặt ngoài hoặc mặt trong chạy gần sát cổ răng (so sánh răng đối bên còn nguyên vẹn), bệnh nhân khó vệ sinh sạch.

Về độ lành mạnh của mô nha chu, chỉ số mảng bám và chỉ số nướu các trường hợp đều nhỏ hơn 1, và thấp hơn trong nghiên cứu của Trần Thị Trúc Uyên (2021) [5] lần lượt là 1,22 và 1,24, do bệnh nhân đã được hướng dẫn vệ sinh răng miệng trước điều trị, tuy nhiên chỉ số vẫn tiệm cận 1 (0,87 và 0,92) do còn tồn tại tổn thương sâu vỡ lớn răng, đa số dưới nướu làm bệnh nhân khó vệ sinh và ảnh hưởng mô nha chu.

Độ sâu túi trung bình của các răng cối lớn là 2,49 mm, thấp hơn so với nghiên cứu của Trần Thị Trúc Uyên (2021) [5] là 2,51 mm. Độ sâu túi ở mức thấp giúp vệ sinh vùng quanh răng dễ dàng hơn. Bên cạnh đó, nướu sừng hóa giúp tạo nền vững chắc để dễ dàng vệ sinh răng miệng và duy trì mô nha chu khỏe mạnh. Chiều cao nướu sừng hóa trung bình 3,45 mm, thấp hơn nghiên cứu của Huỳnh Thị Ngọc Thanh (2019) [6] là 5,73 mm, nguyên nhân là do khác biệt về vùng răng, vùng răng cối lớn thường có chiều cao nướu sừng hóa ít hơn vùng răng trước, đặc biệt ở vùng răng trước hàm trên. Khoảng sinh học trung bình là 2,01mm, cao hơn mức 1,80 mm và 1,35 mm trong nghiên cứu của Shobha (2010) [8] và Vaziri (2015) [9], nhưng thấp hơn của Lanning (2003) [10] là 2,26 mm.

Kiểu hình nướu trong nghiên cứu đa số là kiểu hình dày (77,5%), kết quả này khác biệt với nghiên cứu của Trần Hùng Lâm (2021) [11] hầu hết bệnh nhân (84,6%) có mô nướu mặt ngoài vùng răng cửa mỏng hơn 1 mm. Sự khác biệt có thể do khác nhau về vùng răng nghiên cứu.

4.3. Đặc điểm mô răng và mô xương trên phim chụp cắt lớp vi tính với chòm tia hình nón vùng răng cối lớn tổn thương mất chất có chỉ định làm dài thân răng lâm sàng

Khoảng cách từ bờ tổn thương đến mào xương ổ trung bình là 1,92 mm, khoảng cách này nhỏ hơn khoảng sinh học trung bình (2,01 mm, theo nghiên cứu này), do đó tổn

thương mất chất răng phần lớn có xâm phạm khoảng sinh học, có thể dẫn đến tiêu xương hoặc viêm nướu – viêm nha chu kéo dài. Vì vậy với các răng mất chất dưới nướu, khảo sát trên phim CBCT góp phần đưa ra kế hoạch điều trị chính xác hơn bằng việc ước lượng lượng xương cần điều chỉnh để đưa về khoảng sinh học phù hợp. Bên cạnh đó, việc điều chỉnh xương ở vùng răng cối lớn cần cân nhắc để duy trì tỷ lệ thân/chân phù hợp và bảo tồn sự lành mạnh của vùng chèn khớp răng. Trung bình khoảng cách từ vùng chèn khớp răng đến mào xương ổ là 2,10 mm, do đó lượng xương lấy đi trong quá trình phẫu thuật cần bé hơn 2,10 mm để giảm nguy cơ lộ chèn khớp dẫn đến hình thành sang thương vùng chèn khớp sau này.

Về tỷ lệ thân/chân dự kiến sau phẫu thuật làm dài thân răng, phần lớn trường hợp tỷ lệ là từ 2/3 đến 1, kế đến là từ 1/2 đến 2/3, tức là 100% trường hợp có lệ thân/chân từ 1/2 đến 1. Tỷ lệ này cao hơn so với trong nghiên cứu của Nguyễn Thị Như Trang (2012) [12], với tỷ lệ là 70-80% tùy cung hàm. Đảm bảo được tỷ lệ thân/chân sau phẫu thuật góp phần tăng tỷ lệ thành công của việc bảo tồn răng thật, hạn chế hệ số với khi làm phục hình thân răng sau này.

V. KẾT LUẬN

Đặc điểm lâm sàng: đa số các răng trong nghiên cứu là răng hàm dưới, với tổn thương dưới nướu ở nhiều hơn 1 mặt răng. Các chỉ số nha chu nằm trong khoảng thuận lợi để có thể thực hiện phẫu thuật nha chu. Kiểu hình nướu dày chiếm ưu thế. Đặc điểm trên phim chụp cắt lớp vi tính với chòm tia hình nón: khoảng cách từ bờ tổn thương đến mào xương trung bình là 1,92 mm. Đa số trường hợp tỷ lệ thân/chân dự kiến nằm trong khoảng từ 2/3 đến 1 (57,5%), phần còn lại là từ 1/2 đến 2/3 (42,5%), không có trường hợp nào đạt được tỉ lệ thân/chân nhỏ hơn 1/2. Khám lâm sàng kết hợp phim chụp cắt lớp vi tính với chòm tia hình nón ở răng cối lớn có chỉ định làm dài thân răng giúp chẩn đoán chính xác, lên kế hoạch điều trị phù hợp để phục hồi răng và tái lập lại khoảng sinh học.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Rickne C. S. Woelfel's Dental Anatomy 9th. Wolters Kluwer. 2015. 136-153.
2. Samantha C. S., Rayner G., Sunyoung M., Getulio R. N. and Momen A. Periodontal tissue changes after crown lengthening surgery: A systematic review and meta-analysis. *The Saudi Dental Journal*. 2023. 35(4), 294-304, doi: 10.1016/j.sdentj.2023.03.004.
3. Walid A., Roberto R., Josep A. Positional stability of the periodontal tissues following crown lengthening surgery. *Dentistry Review*. 2022, 2(4), doi: 10.1016/j.dentre.2022.100059.
4. Xu L. M., Wang M. Y., Liu L. X., Chen X. and Wang Q. T. A pilot study on the consistency of biological widths measured by periodontal probe and cone-beam CT. *Chinese Journal of Stomatology*. 2019. 9, 54(4), 235-239, doi: 10.3760/cma.j.issn.1002-0098.2019.04.005.
5. Trần Thị Trúc Uyên, Phan Thùy Ngân, Lê Quan Liêu, Trương Nhựt Khuê. Đánh giá kết quả phẫu thuật làm dài thân răng lâm sàng tại Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Cần Thơ năm 2019-2021. *Tạp chí Y Dược học Cần Thơ*. 2021. 39, 111-118.
6. Huỳnh Thị Ngọc Thanh, Trần Huỳnh Trung, Trương Nhựt Khuê. Đặc điểm hình thái răng và mô nha chu của mọc răng thụ động không hoàn toàn dựa vào chụp cắt lớp vi tính với chòm tia hình nón. *Tạp chí Y Dược học Cần Thơ*. 2019. 19, 210-216.
7. Patil K., Khalighinejad N., El-Refai N., Williams K. and Mickel A. The Effect of Crown Lengthening on the Outcome of Endodontically Treated Posterior Teeth: 10-year Survival Analysis. *Journal of Endodontics*. 2019. 45, 6, 696-700, doi: 10.1016/j.joen.2019.02.006.
8. Shobha K. S., Mahantesha, Seshan H., Mani R., and Kranti K. Clinical evaluation of the biological width following surgical crown-lengthening procedure: A prospective study. *Journal of Indian Society of Periodontology*. 2010. 14(3), 160–167, doi: 10.4103/0972-124X.75910.

9. Vaziri F., Haerian A., Lotfi K. M. H., Abrishami M.. Evaluation of the Effect of Surgical Crown Lengthening on Periodontal Parameters, *Journal of Dental Materials and Techniques*. 2015. 4(3), 143-148, doi: 10.22038/jdmt.2015.4597.
10. Lanning S.K., Waldrop T.C., Gunsolley J.C. and Maynard J.G., Surgical Crown Lengthening: Evaluation of the Biological Width. *Journal of Periodontology*. 2003. 74, 468-474, doi: 10.1902/jop.2003.74.4.468.
11. Trần Hùng Lâm, Đoàn Vũ, Trần Ngọc Quảng Phi. Đánh giá bề dày vách xương và mô nướu mặt ngoài vùng răng trước hàm trên: nghiên cứu trên hình ảnh CBCT. *Tạp chí Y học Việt Nam*. 2021. 501(1), 25-29, doi: 10.51298/vmj.v501i1.419.
12. Nguyễn Thị Như Trang. Nghiên cứu hình thái thân, chân răng hàm lớn thứ nhất, thứ hai trên CBCT. *Đại học Y Hà Nội*. 2012. 54-60.

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ SAI KHỚP CÁN LOẠI I THEO ANGLE CÓ KÉO LUI KHỐI RĂNG TRƯỚC HÀM TRÊN BẰNG DÂY PHÂN ĐOẠN VÀ VÍT HỖ TRỢ

Lê Nguyễn Thùy Dương*, Trương Thị Bích Ngân, Lê Nguyên Lâm

Trường Đại học Y Dược Cần Thơ

*Email: 20350110118@student.ctump.edu.vn

Ngày nhận bài: 02/6/2023

Ngày phân biện: 22/9/2023

Ngày duyệt đăng: 30/9/2023

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Kéo lui toàn bộ khối răng trước hàm trên bằng dây phân đoạn C-wire và minivít hỗ trợ có nhiều ưu điểm như ma sát thấp, giảm các biến chứng nha chu ở răng sau, không ảnh hưởng đến khớp cắn phía sau, giảm thời gian đóng khoảng sau nhổ răng và tăng neo chặn tối đa. **Mục tiêu nghiên cứu:** Đánh giá kết quả điều trị kéo lui khối răng trước hàm trên bằng C-wire và minivít trong điều trị sai khớp cắn loại I. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** 32 bệnh nhân sai khớp cắn loại I được điều trị chỉnh nha từ năm 2021 đến 2023 tại Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Cần Thơ. Quy trình điều trị bao gồm nhổ răng cối nhỏ hàm trên hai bên và kéo lui toàn bộ khối răng trước bằng cách sử dụng dây cung Niti C-wire (0,016"x0,022") gắn vào sáu răng trước được liên kết với dây cung Stainless Steel (0,017"x0,025") luồn vào mini vít răng sau đặt tại vị trí giữa chân răng cối nhỏ thứ hai và răng cối lớn thứ nhất hàm trên. **Kết quả:** Thời gian đóng khoảng sau nhổ răng trung bình là $12,44 \pm 2,38$ tháng, trục răng cửa hàm trên giảm $8,69 \pm 4,52^0$; răng cửa hàm trên được kéo lui $4,14 \pm 1,58$ mm, góc SNA giảm $0,18 \pm 0,46^0$; cải thiện thẩm mỹ mô mềm. **Kết luận:** Kéo lui toàn bộ khối răng trước hàm trên bằng C-wire và mini vít được thực hiện với cơ chế sinh học đơn giản và tăng hiệu quả kéo lui trong điều trị hô.

Từ khóa: C-wire, mini vít, kéo lui toàn bộ khối răng trước hàm trên, sai khớp cắn loại I.