

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.

ABSTRACT

EVALUATION OF MAXILLARY ANTERIOR EN-MASS RETRACTION WITH C-WIRE AND MINISCREW IMPLANT ANCHORAGE IN TREATMENT OF CLASS I MALOCCLUSION

*Le Nguyen Thuy Duong**, *Truong Thi Bich Ngan*, *Le Nguyen Lam*
Can Tho University of Medicine and Pharmacy

Background: En-mass retraction of maxillary anterior teeth with C-wire and miniscrew implant has multiple advantages, such as low friction, reducing periodontal complications at posterior teeth, no impact on the normal posterior occlusion, reducing time of post-extraction space closure and maximum anchorage. **Objectives:** To evaluate the treatment efficiency in terms of en-mass retraction of maxillary anterior teeth with C-wire and miniscrew implant anchorage in treatment of class I malocclusion. **Materials and methods:** This study includes 32 patients with class I malocclusion undergoing orthodontic treatments between 2021 and 2023 at Can Tho University of Medicine and Pharmacy. The treatment procedure included extractions of the bimaxillary premolars and en-mass retraction of anterior tooth by using C-wire Niti archwires (0.016"x0.022") engages on six anterior teeth, Stainless Steel archwires (0.017"x0.025") engages on the anterior teeth and guiding wire was inserted into the hole of the miniscrew implant to be placed between the second premolar and first molar. **Results:** The average post extraction space closure time was 12.44 ± 2.38 months, the maxillary incisor axis was reduced $8.69 \pm 4.52^\circ$; the upper incisors were retracted 4.14 ± 1.58 mm, SNA is reduced $0.18 \pm 0.46^\circ$; the soft tissue's aesthetics are improved. **Conclusions:** En-mass retraction of maxillary anterior teeth with C-wire and miniscrew implant is performed with simple biomechanics and increase the efficiency of tooth retraction in the treatment of protrusion.

Keywords: C-wire, miniscrew implant, en-mass retraction of maxillary anterior teeth, class I malocclusion.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tình trạng sai lệch khớp cắn không chỉ gây ảnh hưởng thẩm mỹ, tâm lý mà còn là nguyên nhân gây ra các bệnh lý răng miệng như sâu răng, nha chu, giảm hiệu quả ăn nhai và phát âm [1]. Hô răng là lý do chính khiến bệnh nhân đến chỉnh hình răng mặt, kế hoạch điều trị thường là nhổ răng để tạo khoảng và kéo lui khối răng trước có kiểm soát, dựng thẳng trục răng, cải thiện thẩm mỹ hiệu quả.

Kỹ thuật kéo lui khối răng trước bằng dây phân đoạn, không cho dây vào răng sau giúp giảm lực kéo lui và đã được chứng minh không làm tổn thương mô nha chu nâng đỡ răng sau bởi hạn chế việc gắn khâu và đồng thời giảm $\frac{1}{2}$ thời gian đóng khoảng [2]. Hệ thống minivít cây ghép vào xương hàm cho phép nhà lâm sàng thiết kế hệ thống neo chặn tối ưu, vị trí của minivít và chiều cao cánh tay lực có thể thay đổi nên sẽ kiểm soát neo chặn tốt hơn và làm thay đổi hướng của lực kéo [3].

Nghiên cứu được thực hiện nhằm mục tiêu: Đánh giá kết quả điều trị kéo lui khối răng trước hàm trên bằng kỹ thuật dây phân đoạn có vít hỗ trợ ở bệnh nhân sai khớp cắn loại I theo Angle tại Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Cần Thơ, năm 2021-2023.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Nghiên cứu được thực hiện trên bệnh nhân sai khớp cắn loại I theo Angle đến khám và điều trị tại Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Cần Thơ.

- Tiêu chuẩn chọn mẫu:

+ Bệnh nhân có chỉ định điều trị bằng khí cụ cố định, có đầy đủ răng của hệ răng vĩnh viễn (không kể răng khôn).

+ Tương quan RCL1 loại I theo Angle: múi ngoài gần của RCL1 hàm trên khớp với rãnh ngoài gần của RCL1 hàm dưới [4].

+ Góc tương quan xương hàm trên và xương hàm dưới (ANB) hạng I: 00-40.

+ Chỉ số Wits (tổng khoảng cách của điểm sau nhất xương ổ răng hàm trên (điểm A) và điểm sau nhất xương ổ răng hàm dưới (điểm B) với mặt phẳng căn chức năng) có giá trị bình thường: từ 0-2mm [5].

+ Có chỉ định nhổ RCN1 để tạo khoảng trong quá trình điều trị (chen chúc > 9mm, thiếu khoảng trên cung hàm 5-9mm kèm theo các lệch lạc khác.)

- Tiêu chuẩn loại trừ:

+ Bệnh nhân đã điều trị chỉnh hình trước đó.

+ Bệnh nhân có tiền sử chấn thương hàm mặt nghiêm trọng hoặc đã phẫu thuật tạo hình hàm mặt.

+ Bệnh nhân mắc các dị tật bẩm sinh vùng hàm mặt hoặc các bệnh ảnh hưởng đến sự phát triển của đầu mặt và cung răng.

+ Bệnh nhân không đồng ý và không hợp tác tham gia nghiên cứu.

- Địa điểm và thời gian nghiên cứu:

+ Thời gian nghiên cứu từ tháng 03/2021 đến 09/2023.

+ Địa điểm nghiên cứu: Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Cần Thơ.

Nghiên cứu được chấp thuận bởi Hội đồng đạo đức trong nghiên cứu Y sinh của Trường Đại học Y Dược Cần Thơ theo công văn số 547/PCT-HĐĐĐ.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- **Thiết kế nghiên cứu:** Nghiên cứu can thiệp lâm sàng không nhóm chứng.

- **Cỡ mẫu nghiên cứu:** 32 bệnh nhân

- **Phương pháp chọn mẫu:** Chọn mẫu thuận tiện.

- **Nội dung nghiên cứu:** Đặc điểm chung của mẫu, đặc điểm lâm sàng, X quang của bệnh nhân sai khớp cắn loại I theo Angle, đánh giá kết quả điều trị kéo lui khối răng trước hàm trên bằng kỹ thuật dây phân đoạn có vít hỗ trợ.

- **Phương pháp thu thập và đánh giá số liệu:**

Giai đoạn 1: sắp xếp, làm phẳng cung răng

- Gắn mắc cài: sử dụng mắc cài hệ thống MBT, slot 0.022"x0.028", Victory SeriesTM, hãng 3M, Keo dán mắc cài quang trùng hợp 3M.

- Gắn khâu slot 0.022" lên RCL hàm dưới, hàm trên không gắn khâu.

- Tiến hành đặt vít theo quy trình vít tự khoan:

+ Thăm khám lâm sàng và kết hợp phim X quang toàn cảnh để xác định vị trí cắm vít.

+ Hướng dẫn bệnh nhân súc miệng sát khuẩn và lau sạch vị trí cắm vít bằng dung dịch sát trùng miệng.

+ Gây tê tại chỗ bằng Lidocain 2% #1/4 ống 1,8mL và bộc lộ vị trí cắm vít, vít được dùng của hãng Ortho sino, đường kính 1,2-2,0mm; chiều dài 8,0mm.

+ Xác định vị trí cắm vít bằng thám trâm, hướng dẫn bệnh nhân không há quá to, kiểm tra hướng và vị trí cắm vít bằng gương.

+ Đặt vít: vị trí ngang mức đường nối giữa nướu dính và niêm mạc di động giữa chân RCN2 và RCL1 hàm trên, vận chậm tốc độ 15-30 vòng/phút xoay cùng chiều kim đồng hồ để giảm thiểu tổn thương xương vò, góc độ 60-90° so với bề mặt niêm mạc.

+ Chụp phim kiểm tra.

+ Trong các lần hẹn khám và điều trị định kỳ, tiến hành kiểm tra lực tác dụng và tình trạng của vít

Hàm trên: Sử dụng dây phân đoạn: đối với răng trước dùng dây Niti 0.016”x0,022” đặt vào rãnh mắc cài từ răng 13 đến răng 23, hai đoạn dây SS 0.017”x0.025” đặt vào hai bên liên kết với dây Niti ở răng trước bằng nút bấm tại vị trí răng cửa bên và răng nanh, đầu tận cùng phía sau của dây SS luồn vào ống của vít. Cánh tay phụ cao 4-8mm cho mỗi bên, tỳ vào răng trước có độ nghiêng nhiều hay ít, phần này tiếp nối với dây SS phía sau [2].

Giai đoạn 2: đóng khoảng nhỏ răng, điều chỉnh tương quan răng 6

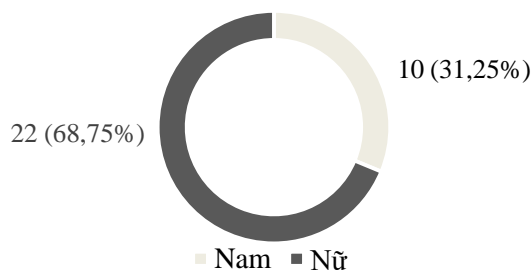
Hàm trên: Bệnh nhân được thay thun chuỗi mỗi 4 tuần/lần. Kiểm soát lún và tạo lực torque bằng cách uốn gập góc dây, ngang mức RCN1 và RCN2, ban đầu 10⁰ sau tăng dần lên 30⁰. Việc chỉnh dây tùy vào mục đích di chuyển thân răng, chân răng hay di chuyển tịnh tiến.

Giai đoạn 3: ghi nhận kết quả sau khi đóng hết khoảng răng hàm trên

Tiêu chí đánh giá: Không còn khoảng nhỏ răng, có sự tiếp xúc liên tục từ răng 16 đến răng 26 [7]. Tiến hành chụp hình ảnh trong miệng, chụp phim toàn cảnh và phim sọ nghiêng, lấy dấu hai hàm và ghi nhận khớp cắn.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung đối tượng nghiên cứu



Biểu đồ 1. Đặc điểm giới tính của đối tượng nghiên cứu

Nhận xét: Nghiên cứu của chúng tôi thực hiện trên 32 bệnh nhân, trong đó nữ giới chiếm tỉ lệ 68,75% cao hơn nam giới với 31,25%. Độ tuổi nghiên cứu trung bình là 21,13 ±3,5 tuổi. Bệnh nhân đến khám vì lý do thẩm mỹ là 26 bệnh nhân (81,24%), 6 bệnh nhân (18,76%) vì lý do chức năng.

3.2. Đặc điểm lâm sàng, X quang của bệnh nhân sai khớp cắn loại I theo Angle

Bảng 1. Đặc điểm lâm sàng khám ngoài mặt trong nghiên cứu

Đặc điểm		Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Cân xứng khuôn mặt	Cân xứng	28	87,50
	Lệch trái	3	9,38
	Lệch phải	1	3,12
Hình dạng mặt	Trung bình	24	75,0

Đặc điểm		Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
	Ngắn	5	15,63
	Dài	3	9,37
Kiểu mặt	Lồi	22	68,8
	Lõm	2	6,2
	Phẳng	8	25,0
Tổng		32	100

Nhận xét: Trong nghiên cứu của chúng tôi, đặc điểm lâm sàng ngoài mặt của 32 bệnh nhân chiếm tỉ lệ cao nhất là khuôn mặt cân xứng (87,50%), hình dạng mặt trung bình (75,0%), kiểu mặt lồi (68,8%).

Bảng 2. Phân loại sai lệch khớp cắn loại I theo Anderson

		Tần số (n)	Ti lệ (%)
Phân loại sai lệch	Tiểu loại 1	27	46,88
	Tiểu loại 2	13	31,25
	Tiểu loại 3	6	6,25
	Tiểu loại 4	3	9,37
	Tiểu loại 5	6	6,25

Nhận xét: Trong nghiên cứu của chúng tôi, phân loại sai khớp cắn loại I theo Anderson thường gặp nhất ở tiểu loại 1 (46,88%), ít gặp nhất ở tiểu loại 3 và 5 (6,25%).

3.3. Đánh giá kết quả điều trị kéo lui khối răng trước hàm trên bằng kỹ thuật dây phân đoạn có vít hỗ trợ của bệnh nhân sai khớp cắn loại I theo Angle

Thời gian đóng khoảng trung bình là $12,44 \pm 2,38$ tháng. Thời gian đóng khoảng nhanh nhất là 09 tháng, chậm nhất là 17 tháng.



Hình 1. Ghi nhận kết quả sau khi đóng khoảng
(Nguồn: Dữ liệu lâm sàng từ nghiên cứu)



Hình 2. So sánh phim sọ nghiêng trước và sau trong nghiên cứu
(Nguồn: Dữ liệu lâm sàng từ nghiên cứu)

Bảng 3. So sánh chỉ số X quang trước và sau điều trị

Đặc tính		Trước điều trị	Sau điều trị	Thay đổi	p*
Chỉ số xương	SNA ($^{\circ}$)	83,68 ± 1,34	83,51 ± 1,33	-0,18 ± 0,46	<0,001
	SNB ($^{\circ}$)	81,41 ± 1,37	81,32 ± 1,34	-0,09 ± 0,14	
	ANB ($^{\circ}$)	2,27 ± 1,18	2,18 ± 1,16	-0,09 ± 0,15	
Chỉ số răng	U1-NA (mm)	6,38 ± 1,88	2,24 ± 0,89	-4,14 ± 1,58	<0,001
	U1-NA ($^{\circ}$)	28,25 ± 6,09	19,56 ± 2,46	-8,69 ± 4,52	
	L1-NB (mm)	7,22 ± 1,66	3,31 ± 1,28	-3,9 ± 2,35	
	L1-NB ($^{\circ}$)	35,04 ± 5,62	29,12 ± 6,43	-5,84 ± 5,01	
	U1-L1 ($^{\circ}$)	115,36 ± 11,55	129,64 ± 6,03	14,27 ± 10,64	
Chỉ số mô mềm	Ls-SL (mm)	1,84 ± 0,7	0,27 ± 0,71	-1,56 ± 0,95	<0,001
	Li-SL (mm)	1,75 ± 0,84	0,93 ± 0,91	-0,81 ± 0,83	

* Paired – Sample T Testa

Nhận xét: Trong nghiên cứu của chúng tôi, chỉ số xương SNA giảm và có ý nghĩa thống kê ($p < 0,001$), các chỉ số U1-NA (mm), U1-NA ($^{\circ}$), L1-NB (mm), L1-NB ($^{\circ}$), chỉ số mô mềm giảm và có ý nghĩa thống kê. Riêng góc liên răng cửa tăng lên $129,64^{\circ} \pm 6,03$ và có ý nghĩa thống kê ($p < 0,001$).

Bảng 4. So sánh chỉ số PAR trước và sau điều trị

Thành phần	Trước điều trị	Sau điều trị	Thay đổi	p*
Khấp khênh trước trên và dưới	5,31 ± 2,23	0,06 ± 0,25	5,25 ± 2,27	<0,001
Khấp khênh sau trên và dưới	1,47 ± 2,19	0,19 ± 0,39	1,28 ± 2,30	
Khớp cắn bên phải và trái	1,97 ± 0,78	0,56 ± 0,51	1,41 ± 0,98	
Cắn chìa	3,31 ± 0,89	0,25 ± 0,51	3,06 ± 0,98	
Cắn phủ	1,69 ± 1,23	0,41 ± 0,62	1,28 ± 1,14	
Đường giữa	1,44 ± 0,71	1,03 ± 0,3	0,41 ± 0,66	
Tổng (n=20)	15,19 ± 4,81	2,5 ± 0,95	12,68 ± 4,75	

* Kiểm định Wilcoxon

Nhận xét: Trong số 32 bệnh nhân tham gia nghiên cứu có tổng chỉ số PAR đều giảm có ý nghĩa thống kê. Cụ thể chỉ số khấp khênh vùng phía trước trên và dưới giảm nhiều nhất từ $5,31 \pm 2,23$ điểm còn $0,06 \pm 0,25$ điểm giảm $5,25 \pm 2,27$ điểm, tiếp theo là độ cắn chìa giảm từ $3,31 \pm 0,89$ điểm xuống còn $0,25 \pm 0,51$ điểm, giảm $3,06 \pm 0,98$ điểm. Tổng chỉ số PAR trước điều trị là $15,19 \pm 4,81$ điểm giảm xuống còn $2,5 \pm 0,95$ điểm, tức giảm $12,68 \pm 4,75$ điểm.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung đối tượng nghiên cứu

Nghiên cứu của chúng tôi thực hiện trên 32 bệnh nhân, trong đó nữ giới chiếm tỉ lệ 68,75% cao hơn nam giới với 31,25%. Các nghiên cứu trong và ngoài nước ghi nhận, tỉ lệ sai khớp cắn không có sự khác biệt giữa nam và nữ nhưng tỉ lệ điều trị chỉnh hình ở bệnh nhân nữ cao hơn có thể do bệnh nhân nữ quan tâm về thẩm mỹ, chú trọng hình thức bên ngoài hơn nam giới.

4.2. Đặc điểm lâm sàng, X quang của bệnh nhân sai khớp cắn loại I theo Angle

Đặc điểm lâm sàng ngoài mặt của 32 bệnh nhân chiếm tỉ lệ cao nhất là khuôn mặt cân xứng (87,5%), hình dạng mặt trung bình (75,0%) và kiểu mặt lõm (68,8%) kết quả này phù hợp với nghiên cứu của Nguyễn Mỹ Huyền (2018) ghi nhận lần lượt là 83,9%; 74,2%;

54,8% [8]. Nguyên nhân là do sai lệch khớp cắn loại I theo Angle thì tương quan xương hai hàm vẫn hài hòa và điều này phù hợp với thực tế lâm sàng do thẩm mỹ gương mặt là một trong những lý do khiến bệnh nhân chỉnh hình răng mặt.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, phân loại sai khớp cắn loại I theo Anderson thường gặp nhất ở tiêu loại 1 (46,88%), ít gặp nhất ở tiêu loại 3 và 5 (6,25%). Phân loại khớp cắn của Angle chỉ đánh giá tương quan răng theo chiều trước sau dựa vào tương quan răng cối lớn thứ nhất và răng nanh, vì thế phân loại Anderson giúp bác sĩ có thể đánh giá được cấu trúc xương hay tương quan răng mặt theo chiều đứng (cắn sâu hay cắn hở).

4.3. Đánh giá kết quả điều trị kéo lui khối răng trước hàm trên bằng kỹ thuật dây phân đoạn có vít hỗ trợ của bệnh nhân sai khớp cắn loại I theo Angle

Thời gian đóng khoảng trung bình là $12,44 \pm 2,38$ tháng. Thời gian đóng khoảng nhanh nhất là 09 tháng, chậm nhất là 17 tháng. Thời gian này dài hơn nghiên cứu của Đinh Vĩnh Ninh (2020) (12,4 tháng) [9], nhanh hơn nghiên cứu của Seong-Hun Kim (2009) (13,94 tháng) [2]. Thời gian điều trị một số ca kéo dài do tình hình dịch Covid-19 ảnh hưởng đến quá trình lấy mẫu và theo dõi của nhóm nghiên cứu.

Chỉ số xương SNA giảm $0,18^0 \pm 0,46$ và có ý nghĩa thống kê ($p < 0,001$), tương đương nghiên cứu tương tự của tác giả Đinh Vĩnh Ninh (2020) ($0,23^0 \pm 0,21$) [9], với Trần Tiêu Trang (2019) ($0,34 \pm 0,71$) [10] có sự chênh lệch là do đặc điểm khớp cắn trước điều trị, mức độ chen chúc khác nhau. Các chỉ số U1-NA (mm), U1-NA (0), L1-NB (mm), L1-NB (0), chỉ số mô mềm giảm và có ý nghĩa thống kê cho thấy việc kéo lui đóng khoảng là có hiệu quả, chúng tôi sử dụng cánh tay lực cao 7mm đặt giữa răng cửa bên và răng nanh giúp cho hướng lực kéo ngang qua tâm cắn, góc liên răng cửa tăng lên $129,64^0 \pm 6,03$ và có ý nghĩa thống kê ($p < 0,001$) điều này chứng tỏ phương pháp điều trị giúp dựng thẳng trục răng và tịnh tiến nguyên khối răng trước ra phía sau để giảm độ nhô của răng và môi.

Tất cả các thành phần của chỉ số PAR đều giảm sau điều trị, sự khác biệt đều có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$) tuy nhiên chỉ số đường giữa còn khá cao $1,03 \pm 0,3$ nhưng trên thực tế lệch đường giữa rất ít, khó nhìn thấy bằng mắt thường. Chỉ số thay đổi nhiều nhất là độ khấp khểnh trước trên và dưới ($5,45 \pm 2,27$ điểm) điều này phù hợp vì sai lệch chủ yếu tập trung vùng răng trước, khớp cắn khấp khểnh sau trên và dưới thay đổi ít nhất ($1,28 \pm 2,30$ điểm) tương tự nghiên cứu của Nguyễn Mỹ Huyền (2018) vì nghiên cứu của chúng tôi không can thiệp vùng răng sau, sử dụng neo chặn tuyệt đối bằng minivis [8].

V. KẾT LUẬN

Kéo lui toàn bộ khối răng trước hàm trên bằng C-wire và minivít được thực hiện với cơ chế sinh học đơn giản và tăng hiệu quả kéo lui trong điều trị hô.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Alhammadi M.S., Halboub E. Global distribution of malocclusion traits: A systematic review. *Dental Press Journal of Orthodontics*. 2018. 23(6). 40.e41-40.e10. <https://doi.org/10.1590/2177-6709.23.6.40.e1-10.onl>.
2. Kim S.H., Iskenderoglu N.S., Kook Y.A., et al. The Biocreative Strategy, part 3: Extraction treatment. *Journal of Clinical Orthodontics*. 2018. 52(8). 388-407.
3. Nguyễn Thanh Huyền. Đánh giá độ dày xương vò và mật độ xương giữa các răng để đặt minivis tại Bệnh viện Đại học Y Hải Phòng năm 2018. Trường Đại học Y Dược Hải Phòng. 2019. 1-20.
4. Proffit W. R. *Contemporary Orthodontics 6th*. Mosby. 2019. 150-278.

5. Trần Ngọc Quảng Phi. Chỉnh nha lâm sàng từ nguyên lý đến kỹ thuật. *Nhà xuất bản Y học*. 2019. 231-863.
6. Mo S.S., Noh M.K., Kim S.H., et al. Finite element study of controlling factors of anterior intrusion and torque during Temporary Skeletal Anchorage Device (TSAD) dependent en masse retraction without posterior appliances: Biocreative hybrid retractor (CH-retractor). *The Angle Orthodontist*. 2020. 90(2). 255-262. <https://doi.org/10.2319/050619-315.1>
7. Kim S.H., Park K.H., Noh M.K., et al. The biocreative strategy, part 5: Labial and lingual space closure in extraction treatment. *Journal of Clinical Orthodontics*. 2018. 52(10). 528-549.
8. Nguyễn Mỹ Huyền. Nghiên cứu tình hình và đánh giá kết quả điều trị sai lệch khớp cắn loại I Angel bằng khí cụ cố định ở sinh viên Răng Hàm Mặt Trường Đại học Y Dược Cần Thơ năm 2016-2018. Trường Đại học Y Dược Cần Thơ. 2018. 1-45.
9. Đinh Vĩnh Ninh. Hiệu quả dây phân đoạn có vít hỗ trợ kéo lui khối răng trước hàm trên. Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh. 2020. 62-91.
10. Trần Tiểu Trang. Ảnh hưởng của quyết định nhổ răng trên sự thay đổi răng, xương, mô mềm ở người trưởng thành sai khớp cắn Angle I. Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh. 2019. 1-40.

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ RỐI LOẠN CƯƠNG DƯƠNG BẰNG TADALAFIL TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TRUNG ƯƠNG CẦN THƠ VÀ BỆNH VIỆN TRƯỜNG ĐẠI HỌC Y DƯỢC CẦN THƠ

Nguyễn Văn Nghĩa^{1*}, Đàm Văn Cương²

1. Trường Đại học Y Dược Cần Thơ

2. Trường Đại học Y Dược Cần Thơ

*Email: 20310410103@student.ctump.edu.vn

Ngày nhận bài: 08/6/2023

Ngày phản biện: 22/8/2023

Ngày duyệt đăng: 30/9/2023

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Rối loạn cương dương là một trong những rối loạn hoạt động tình dục phổ biến ở nam giới. Rối loạn cương có thể ảnh hưởng đến sức khỏe tâm lý và có tác động đáng kể đến chất lượng cuộc sống của bệnh nhân và bạn tình của họ. Tadalafil là lựa chọn đầu tay trong điều trị rối loạn cương dương vì tính hiệu quả, dễ dung nạp, an toàn và dễ sử dụng. Liều khởi đầu sử dụng thuốc 10mg trước quan hệ và sau đó điều chỉnh theo đáp ứng của bệnh nhân nhưng liều dùng tối ưu từng nhóm bệnh rối loạn cương dương chưa được nghiên cứu. **Mục tiêu nghiên cứu:** Đánh giá kết quả điều trị Tadalafil trên bệnh nhân rối loạn cương tại bệnh viện Đa khoa Trung Ương Cần Thơ và Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Cần Thơ năm 2022-2023. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu cắt ngang tiến cứu trên 62 bệnh nhân đến khám vì rối loạn cương dương và được điều trị bằng Tadalafil liều khởi đầu 10mg trước quan hệ. Sau 3 lần dùng thuốc nếu không cải thiện chúng tôi tăng liều lên 20mg. **Kết quả:** Có 62 bệnh nhân nam được đưa vào nghiên cứu, trong đó độ tuổi trung bình 44.67 ± 12.16 tuổi. Mức độ cải thiện chức năng cương ở liều 20mg tốt hơn liều 10mg ($p=0.07$) và ở nhóm bệnh nhân rối loạn cương dương nặng liều 20mg tác dụng tốt hơn liều 10mg ($p=0.001$). Kết quả điều trị tốt chiếm 69.4%; trung bình chiếm 16.1%; không cải