

bản chất của u có thể sử dụng phương pháp cắt lạnh tức thì để đưa kết quả chính xác nhất. Đặc biệt ở người mãn kinh, nếu khối u lành tính có thể chỉ cần nội soi cắt 2 phần phụ nhưng nếu khối u ác tính thì phẫu thuật tiêu chuẩn sẽ là mổ mở cắt tử cung hoàn toàn và 2 phần phụ mạc nối lớn và nạo vét hạch.

**4.3. Về phân loại mô bệnh học.** Kết quả nghiên cứu cho thấy: Trong nhóm UBT lành tính, loại thanh dịch chiếm nhiều nhất (41,7%), u dạng lạc nội mạc tử cung chiếm ít nhất (4,1%). Trong nhóm u ác tính, ung thư biểu mô chày gặp nhiều nhất chiếm 35,7%, loại u sợi sinh dục ác tính và u tế bào mầm chiếm ít nhất đều 7,2%. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương tự với kết quả nghiên cứu của Lê Quang Vinh (2008). Theo tác giả, nghiên cứu 1269 trường hợp u biểu mô buồng trứng, u biểu mô lành tính chiếm đa số (75,9%), trong số đó u thanh dịch lành tính gặp nhiều nhất (47,7%), u chày lành tính và u dạng nội mạc tử cung lành tính có tỷ lệ không khác biệt nhiều (27,0% và 22,1%). Tiếp đến là u biểu mô ác tính chiếm 19,3%, trong đó ung thư thanh dịch, ung thư chày và ung thư dạng nội mạc tử cung chiếm tỷ lệ cao nhất theo thứ tự 28,6%; 28,6% và 28,2%. U tế bào mầm chuyển tiếp ác tính có tỷ lệ thấp nhất (3,3%). U biểu mô giáp biên chỉ chiếm 4,8%, trong đó u chày giáp biên thường gặp nhất 62,3% [6]. Như vậy, ở lứa tuổi mãn kinh tỷ lệ u buồng trứng từ tế bào biểu mô là hay gặp nhất, trong đó u lành tính hay gặp nhất là u thanh dịch còn u ác tính ở người mãn kinh thì hay gặp ở loại u chày.

## V. KẾT LUẬN

Kết quả nghiên cứu này cho thấy ở nhóm bệnh nhân mãn kinh có khối u buồng trứng tỷ lệ ung thư chiếm 21,4%. Ung thư buồng trứng thường có biểu hiện đau bụng khiến bệnh nhân phải đến bệnh viện và đa phần các u khối ác tính không di động khi khám (85,7%) và hình ảnh siêu âm có tổ chức đặc chiếm 100% và có vách chiếm 92,9%. U buồng trứng ở người mãn kinh chủ yếu có nguồn gốc từ tế bào biểu mô và ung thư buồng trứng ở người mãn kinh chủ yếu là loại u chày (35,7%).

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Philip J. DiSaia (1994). Ovarian neoplasm, Danforth's obstetrics and gynecology edition, seventh. J.B Lippincott company Philadelphia,, 977-1016.
2. Vũ Bá Quyết (2011). Nghiên cứu giá trị của CA 125 trong chẩn đoán giai đoạn và theo dõi điều trị bệnh ung thư biểu mô buồng trứng, Luận án Tiến sĩ Y học, Trường Đại học Y Hà Nội.
3. Nguyễn Thị Hương Linh (2011). Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và xử trí u buồng trứng giáp biên tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương từ 2001 đến 2010, Luận văn BSCKII, Trường Đại học Y Hà Nội.
4. Matthews CE, Chen KY, Freedson PS, et al. Amount of time spent in sedentary behaviors in the United States, 2003-2004. Am J Epidemiol. 2008;167(7):875-881. doi:10.1093/aje/kwm390
5. Fleischer.AC (1996). Early detection ovarian with transvaginal colour Doppler ultrasonography. Am J of Obstetrics and Gynecology, 174 (1), 101-106.
6. Lê Quang Vinh (2008). Nghiên cứu hình thái học các u biểu mô buồng trứng, Luận án Tiến sĩ Y học. Trường Đại học Y Hà Nội.

## KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ KHỚP CẢN SÂU BẰNG MÁNG CHỈNH NHA TRONG SUỐT

Phạm Thu Trang<sup>1</sup>, Trịnh Đình Hải<sup>2</sup>, Tạ Anh Tuấn<sup>3</sup>

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Kết quả điều trị khớp cắn sâu bằng máng chỉnh nha trong suốt thông qua chỉ số PAR W. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu được thực hiện trên mẫu hàm 3D trước và sau điều trị của 30 bệnh nhân có khớp cắn sâu được điều

trị bằng máng chỉnh nha trong suốt điều trị tại bệnh viện răng hàm mặt trung ương Hà Nội, sử dụng kết quả đo các chỉ số trên mẫu hàm 3D. **Kết quả:** độ cắn trùm giảm 1.66mm, chỉ số Par w thay đổi 22.53 điểm, cải thiện tốt 86.7%. **Kết luận:** Máng chỉnh nha trong suốt có hiệu quả trong điều trị lệch lạc khớp cắn sâu.

### SUMMARY

#### MANAGEMENT OF DEEPBITE MALOCCLUSION BY CLEAR ALIGNER

**Objective:** To evaluate effectiveness of deepbite treatment by clear aligner with Par w index. **Materials and method:** 30 deepbite patients was examined and treated in National Hospital of Odontostomatology, analysis index in 3D scan before and after treatment. **Results:** overbite was reduced

<sup>1</sup>Bệnh viện Răng Hàm Mặt trung ương Hà Nội

<sup>2</sup>Đại học Y dược- Đại học quốc gia Hà Nội

<sup>3</sup>Viện nghiên cứu Y dược học lâm sàng 108

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Thu Trang

Email: trangpham368@gmail.com

Ngày nhận bài: 2.3.2022

Ngày phản biện khoa học: 27.4.2022

Ngày duyệt bài: 6.5.2022

1.67mm, Par w was changed 22.53 point, great improvement 86.7%. **Conclusion:** Clear Aligner are effective in deepbite treatment

**Key world:** deepbite, clear aligner, Par index

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Di chuyển răng không dùng đến mắc cài đã được giới thiệu từ rất lâu bởi Kesling 1945, ông sử dụng một khí cụ trong suốt đặt vào răng để điều chỉnh những di chuyển nhỏ. Nó đã được thử nghiệm trong phòng thí nghiệm trên mẫu hàm sáp, và một hàm duy trì trong suốt đã được tạo ra cho những di chuyển của răng đạt được vị trí như máng. Kỹ thuật này có khả thi cho những sắp xếp làm đều nhỏ, dần qua nhiều năm phát triển, hiện tại máng trong suốt đã được sử dụng rộng rãi và phổ biến trong điều trị các bệnh lí về khớp cắn.

Cắn sâu là một trong các dạng bệnh lí về sai khớp cắn khó điều trị. Cắn sâu là sự phủ quá mức theo chiều dọc của răng cửa hàm dưới bởi các răng cửa giữa hàm trên ở tư thế cắn khít trung tâm. Thông thường, rìa cắn của răng dưới phải tiếp xúc nhẹ nhàng ở vị trí gót răng hoặc trên gót răng của răng cửa giữa hàm trên, với độ cắn phủ khoảng 1mm đến 3mm. Do sự khác biệt về độ dài thân răng cửa giữa, độ cắn phủ bình thường là khoảng 5-25% hoặc một phần ba chiều cao lâm sàng của thân răng cửa hàm dưới.

Có rất nhiều cách để điều trị khớp cắn sâu. Đồng thời đánh giá kết quả thông qua chỉ số par được nhiều tác giả sử dụng. Trên thế giới chỉ số PAR được coi như một công cụ để đánh giá kết quả điều trị nắn chỉnh răng đơn giản và chính xác do vậy nó được dùng phổ biến trên thế giới trong thực hành lâm sàng cũng như trong nghiên cứu Chỉ số Par không chỉ đánh giá tổng thể tình trạng khớp cắn trước và sau điều trị, mà còn đánh giá các chỉ số thành phần khớp cắn.

Tuy nhiên các nghiên cứu về kết quả điều trị bằng ở máng chỉnh nha trong suốt chưa nhiều do đó chúng tôi tiến hành thực hiện đề tài với mục tiêu đánh giá kết quả điều trị khớp cắn sâu bằng máng chỉnh nha trong suốt thông qua chỉ số PAR W.

## III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

### 3.1. Sự thay đổi chỉ số PAR W trung bình trước sau điều trị

**Bảng 3.1: Sự thay đổi chỉ số PAR W trung bình trước sau điều trị**

Biến	n	GTTB	GTLN	GTNN	p
Par w trước điều trị	30	25.63±6.96	41.00	10.00	0.000
Par w sau điều trị	30	3.10±3.75	14.00	0.00	
Par w thay đổi	30	22.53±7.76	41.00	7.00	

**Nhận xét:** Giá trị trung bình của điểm số PAR W trước điều trị là 25.63, Giá trị trung bình của điểm số PAR W sau điều trị là 3.10, Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với  $P=0.000<0.001$

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

**2.1. Đối tượng nghiên cứu.** Mẫu thuận tiện 30 bệnh nhân có khớp cắn sâu đồng ý điều trị bằng máng chỉnh nha trong suốt, sử dụng mẫu hàm 3D scan trong miệng trước sau điều trị.

### 2.1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn

Bệnh nhân là người Việt Nam

- Độ cắn trùm >1/3 chiều dài răng cửa dưới
- Góc ANB < 8 độ
- Tự nguyện tham gia nghiên cứu.

### 2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ

- Bệnh nhân có rối loạn tâm thần.
- Bệnh nhân có hội chứng teo nửa mặt.
- Bệnh nhân có dị tật bẩm sinh về hàm mặt, dị dạng hàm mặt.
- Bệnh nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu.

### 2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Mô tả cắt ngang

Biến số và các chỉ số trong nghiên cứu

Thành phần	PAR (W)
Khấp khểnh vùng phía trước trên và dưới	Tổng điểm x 1
Khấp khểnh vùng phía sau trên và dưới	Tổng điểm x 1
Khớp cắn bên phải và trái	Tổng điểm x 1
Cắn chìa	Tổng điểm x 6
Cắn trùm	Tổng điểm x 2
Đường giữa	Tổng điểm x 4
<b>Tổng số</b>	

Phương pháp thu thập thông tin: Thông tin được thu thập qua bộ công cụ thu thập số liệu, phiếu khám lâm sàng

**2.4. Xử lý số liệu:** Chúng tôi sử dụng phần mềm SPSS 20.0 để nhập và xử lý số liệu

Tính giá trị trung bình, kiểm định T – Test, So sánh 2 giá trị trung bình.

### 2.5. Đạo đức trong nghiên cứu đề tài

- Các bệnh nhân tự nguyện tham gia nghiên cứu
- Các thông tin người tham gia nghiên cứu kín chỉ phục vụ mục đích nghiên cứu khoa học.
- Nghiên cứu được thông qua Hội đồng Đề cương Viện y dược học lâm sàng 108.

Thay đổi chỉ số PAR W trước sau điều trị trung bình là 22.53

### 3.2. Phân loại PAR W trước và sau điều trị

**Bảng 3.2: Phân loại PAR W trước và sau điều trị**

	n	PAR W <11	PARW 11-30	PAR W>30
Trước điều trị	30	1(3.3%)	23 (76.7 %)	6 (20%)
Sau điều trị	30	29 (96.7%)	1(3.3%)	0 (0%)
<b>p</b>		<b>0.000</b>		

**Nhận xét:** Trước điều trị: 3.3% khớp cắn bình thường, 76.7 % lệch lạc khớp cắn nhẹ đến trung bình, 20% lệch lạc khớp cắn nặng. Sau điều trị: 96.7% khớp cắn bình thường, 3.3% lệch lạc khớp cắn nhẹ, không còn lệch lạc khớp cắn nặng

Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với  $p=0.000<0.001$

### 3.3. Phân nhóm mức độ cải thiện sau điều trị của PAR W

**Bảng 3.3: Phân loại PAR W trước và sau điều trị**

Biến	n	Không cải thiện	Cải thiện	Cải thiện tốt
PAR W sau điều trị	30	0(0 %)	4 (13.3%)	26 (86.7%)

**Nhận xét:** sau điều trị chỉ số PAR W cho thấy sự cải thiện tốt sau điều trị chiếm 86.7%, cải thiện chiếm 13.3 %.

### 3.4. Sự thay đổi độ cắn chàm trên mẫu 3D trước sau điều trị

**Bảng 3.4: Phân loại PAR W trước và sau điều trị**

STT	Biến	N	Trước điều trị	Sau điều trị	Thay đổi	p
1	Cắn tràm trên mẫu 3D (mm)	30	4.16±1.06	2.49±1.21	1.67±1.08	0.000

**Nhận xét:** - Sự thay đổi độ cắn tràm trên mẫu 3D trước và sau điều trị là 1.67±1.08 mm

- Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với  $p=0.000<0.001$

## IV. BÀN LUẬN

Par w trước điều trị trung bình là 25.63 điểm, sau điều trị giảm còn 3.1 điểm, và tổng Par W thay đổi là 22.53 điểm, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê. Kết quả này của chúng tôi cao hơn nghiên cứu của Jiafeng Gu[1] với độ giảm Par W là 16.73 điểm. Điều này do điểm Par W trước điều trị trong nghiên cứu của Gu thấp hơn với tổng điểm là 20.81; còn Par W sau điều trị tương đương kết quả chúng tôi với Par sau điều trị trung bình là 4.08

Khớp cắn bình thường Par W < 11 trước điều trị là 3.3% đã tăng lên 96.7% sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê. Lệch lạc khớp cắn trung bình đến nặng trước điều trị chiếm 76.7% và 20%, sau điều trị đã giảm còn 3.3% và 0%, và không có bệnh nhân nào có chỉ số PAR thay đổi < 40%, điều này chứng tỏ kết quả điều trị tốt, cải thiện rất nhiều mức độ lệch lạc khớp cắn Điều này cho thấy hiệu quả của việc điều trị can thiệp, giúp lệch lạc khớp cắn cải thiện tốt hơn. Sau điều trị cải thiện tốt chiếm 86.7%, cải thiện chiếm 13.3%. Như vậy cải thiện khi điều trị bằng máng chỉnh nha trong suốt chiếm 100% Kết quả này cũng tương tự Griffith và CS năm 2021[2] và kết quả của chúng tôi cao hơn Valentina Lanteri 2018 cải thiện 80.9%[3]. Sự khác biệt này có thể do mức độ lệch lạc khớp cắn giữa các nghiên cứu không giống nhau, cách lựa chọn mẫu cũng

khác nhau. Bên cạnh đó khẳng định chất lượng điều trị tốt đạt tiêu chuẩn.

Chỉ số PAR(W) sau điều trị =  $3.10\pm 3.75$  chứng tỏ khớp cắn được hoàn thiện rất tốt đảm bảo về mặt chức năng và ổn định. Bởi Theo Richmond thì khi chỉ số PAR <5 khớp cắn được coi như lý tưởng và <10 thì khớp cắn được cho nằm trong giới hạn bình thường. Chỉ số PAR sau điều trị gần tương tự như kết quả nghiên cứu của Dyken (2001)=3,1. Kết quả này cũng chưa khẳng định chất lượng điều trị của nghiên cứu tốt hơn các nghiên cứu trước bởi còn phụ thuộc vào mức độ lệch lạc khớp cắn ban đầu. Nên nếu so sánh về hiệu quả điều trị thì dựa vào mức độ thay đổi của chỉ số PAR sẽ chính xác hơn nhiều.

Phần trăm cắn tràm sau điều trị đã được cải thiện từ 57.56% thành 33%, thay đổi 24.56%. Độ cắn tràm chung đã giảm từ 4.16mm trước điều trị xuống còn 2.49 sau điều trị, giảm 1.67mm. Điều này cho thấy tác dụng của điều trị can thiệp, so sánh với nghiên cứu của Meyer 2021 thì kết quả của chúng tôi cũng tương tự khi so sánh độ cải thiện độ cắn tràm bằng máng chỉnh nha trong suốt [4], và kết quả của chúng tôi cao hơn so với nghiên cứu của Brenner 2019 [5] với chỉ số thay đổi là 1.22mm. Kết quả của Khosravi cũng tương đương kết quả của chúng tôi khi sự thay đổi sau điều trị của cắn sâu khi sử dụng máng invisalign 1,5mm [6]

Phát hiện này mâu thuẫn với quan điểm chung giữa các bác sĩ lâm sàng rằng máng Invisalign làm tăng cắn tràm. Một nghiên cứu ban đầu cho thấy rằng máng Invisalign® làm lún răng sau trong quá trình điều trị, do đó làm tăng cắn tràm [7]

Kết quả của Khosravi cho thấy rằng hàm có thể trôi lên đến 0,6 mm, của răng sau ở những bệnh nhân cắn sâu trung bình [6]. Những cải tiến trong kỹ thuật Invisalign, chẳng hạn như đệm cắn phía trước tác dụng duy trì hoặc tăng kích thước thẳng đứng phía sau.

Những phát hiện của chúng tôi từ việc nghiên cứu bệnh nhân cắn sâu cho thấy rằng kích thước chiều dọc phía trước đã được cải thiện ở phần lớn những bệnh nhân này. Những phát hiện này mâu thuẫn với khuyến nghị của Rossini và cộng đồng rằng máng Invisalign® có thể chỉ được sử dụng để điều trị cắn sâu nhẹ [8]

## V. KẾT LUẬN

Máng chỉnh nha trong suốt giúp giúp điều trị khớp cắn sâu với giảm độ cắn tràm 1.67mm, cải thiện tốt kết quả điều trị 86.7% theo chỉ số PAR W

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Gu, J., et al.**, Evaluation of Invisalign treatment effectiveness and efficiency compared with conventional fixed appliances using the Peer Assessment Rating index. American Journal of Orthodontics, 2017. **151**(2): p. 259-266.
2. **Griffith, M., et al.**, Comparison of 2 Invisalign tray generations using the Peer Assessment Rating index. 2021. **160**(5): p. 718-724.
3. **Lanteri, V., et al.**, The efficacy of orthodontic treatments for anterior crowding with Invisalign compared with fixed appliances using the Peer Assessment Rating Index. Quintessence Int, 2018. **49**(7): p. 581-7.
4. **Meyer, E.**, The Evaluation of Orthodontic Parameters Between Pre-Treatment Clear Aligner Therapy Predictions and Clinically Achieved Outcomes: A Retrospective Study. 2021, Nova Southeastern University.
5. **Brenner, R.C.**, Cephalometric analysis of deep bite correction in patients treated with Invisalign. 2019, Saint Louis University.
6. **Khosravi, R., et al.**, Management of overbite with the Invisalign appliance. American journal of orthodontics, 2017. **151**(4): p. 691-699. e2.
7. **Boyd, R.L., R. Miller, and V. Vlaskalic**, The Invisalign system in adult orthodontics: mild crowding and space closure cases. Journal of Clinical Orthodontics, 2000. **34**(4): p. 203-212.
8. **Rossini, G., et al.**, Efficacy of clear aligners in controlling orthodontic tooth movement: a systematic review. The Angle Orthodontist, 2015. **85**(5): p. 881-889.

## NGHIÊN CỨU ĐẶC ĐIỂM NỒNG ĐỘ KẼM VÀ FRUCTOSE TRONG TINH DỊCH CỦA NHỮNG BỆNH NHÂN VÔ SINH NAM KHÔNG CÓ TINH TRÙNG

Nguyễn Hoài Bắc<sup>1</sup>, Trần Văn Kiên<sup>2</sup>

### TÓM TẮT

Để khảo sát nồng độ kẽm và fructose trong tinh dịch và tìm hiểu mối liên quan giữa nồng độ kẽm và fructose với pH, thể tích tinh dịch và các nội tiết tố sinh dục ở những bệnh nhân vô sinh không có tinh trùng chúng tôi tiến hành nghiên cứu trên 270 bệnh nhân vô sinh không có tinh trùng. Kết quả cho thấy: Tuổi trung bình của bệnh nhân trong nghiên cứu là  $30,1 \pm 5,05$  tuổi. Nồng độ kẽm và fructose tinh dịch trung bình của nhóm đối tượng nghiên cứu lần lượt là  $0,51 \pm 1,76 \mu\text{mol/L}$  và  $1,25 \pm 0,8 \text{mg/ml}$ . Không có sự khác biệt nồng độ kẽm giữa 2 nhóm OA và NOA. Nồng độ fructose ở nhóm NOA cao hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm OA. Trong mô hình hồi quy tuyến tính đa biến, thể tích tinh dịch và pH tinh dịch có mối liên

quan thuận đối với fructose ở nhóm OA. Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy nồng độ fructose trong tinh dịch có giá trị định hướng chẩn đoán nguyên nhân không có tinh trùng do tắc nghẽn.

**Từ khóa:** Kẽm, fructose, không có tinh trùng, vô sinh

### SUMMARY

#### STUDY ON CHARACTERISTICS IN SEMINAL ZINC AND FRUCTOSE CONCENTRATION OF MALE PATIENTS WITH AZOOSPERMIA

We examined 270 patients with azoospermia to investigate the concentration of zinc and fructose in semen and to find out the relationship between zinc and fructose concentrations with pH, semen volume and sex hormones in infertile patients with azoospermia. The results show that the average age of patients in the study was  $30,1 \pm 5,05$  years. The average concentration of zinc and semen fructose of study subjects was  $0.51 \pm 1.76 \mu\text{mol/L}$  and  $1.25 \pm 0.8 \text{mg/ml}$ , respectively. There was no difference in zinc concentration between the 2 groups OA and NOA. The fructose concentration in the NOA group was statistically significantly higher than in the OA group.

<sup>1</sup>Trường Đại học Y Hà Nội,

<sup>2</sup>Bệnh viện Đại học Y Hà Nội.

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Hoài Bắc

Email: nguyenhoaiabc@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 4.3.2022

Ngày phản biện khoa học: 25.4.2022

Ngày duyệt bài: 5.5.2022