

- có nguy cơ cao mắc bệnh bụi phổi - Amiăng".
3. **Lê Mạnh Kiểm và cs (2003)**, "Nghiên cứu tình hình bệnh bụi phổi Amiăng và ung thư nghề nghiệp ở các cơ sở sản xuất tấm lợp Amiăng - xi măng", Đề tài nghiên cứu khoa học cấp Bộ - Bộ Xây dựng, Hà Nội.
 4. **Phạm Vũ Thư và cs (2011)**, "Nghiên cứu đặc điểm bệnh lý các bệnh phổi - phế quản nghề nghiệp ở công nhân sản xuất vật liệu xây dựng và hiệu quả của một số biện pháp can thiệp", Đề tài nghiên cứu khoa học cấp Bộ - Bộ Xây dựng, Hà Nội.
 5. **Lê Thị Hằng (2017)**, "Nghiên cứu ảnh hưởng của amiăng trắng đối với sức khỏe người lao động tại các đơn vị sản xuất và người sử dụng tấm lợp amiăng - xi măng", Đề tài nghiên cứu khoa học cấp Bộ - Bộ Xây dựng, Hà Nội.
 6. **Trần Thị Ngọc Lan (2001)**, "Góp phần nghiên cứu mối liên quan giữa tiếp xúc amiăng và tình hình bệnh đường hô hấp ở công nhân sản xuất tấm lợp amiăng-xi măng", Báo cáo tóm tắt, Hội nghị Khoa học YHLD toàn quốc lần thứ tư, Hà Nội năm 2001, trang 211.
 7. **Bộ Y tế, Viện nghiên cứu KHKT-BHLĐ**, Tổng liên đoàn Lao động Việt Nam (2012), "Hồ sơ Quốc gia về amiăng 2009-2012".
 8. **Nguyễn Bá Toại (2004)**, "Nghiên cứu đánh giá hiện trạng môi trường các cơ sở sản xuất tấm lợp amiăng-xi măng và ảnh hưởng của amiăng đối với sức khỏe con người. Kiến nghị các giải pháp".

MÔ TẢ SỰ THAY ĐỔI Ở KHỚP CHÂN Bướm KHẨU CÁI TRÊN PHIM CONEBEAM CT Ở BỆNH NHÂN SAU KHI NONG XƯƠNG HÀM TRÊN CÓ SỰ HỖ TRỢ CỦA MINIVIS

Phạm Thị Hồng Thùy¹, Trịnh Thị Thái Hà²,
Phạm Thị Thu Hằng³, Vũ Quang Hưng¹

TÓM TẮT

Mục tiêu của nghiên cứu là nhận xét sự thay đổi của khớp chân bướm khẩu cái trên phim chụp cắt lớp chùm tia hình nón (CBCT) sau khi nong rộng xương hàm trên bằng khí cụ nong nhanh có sự hỗ trợ của minivis (khí cụ MSE). **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** phim CBCT trước và sau khi nong hàm của 36 bệnh nhân (12 nam và 24 nữ, tuổi trung bình là 20,14 tuổi) được điều trị bằng khí cụ MSE, được thu thập, phân tích và so sánh trên phần mềm OneClinic 3D (Hàn Quốc). Các mặt phẳng tham chiếu được xác định, từ đó tính khoảng cách, góc đánh giá cho sự mở, dịch chuyển của khớp sau khi nong hàm. **Kết quả:** Có 37/72 khớp, tương đương 51,4% khớp có dấu hiệu tách giữa cánh giữa và cánh bên của xương bướm. Trong đó 12 bệnh nhân có sự mở khớp cả hai bên, 13 bệnh nhân chỉ mở khớp ở một bên trái hoặc phải. Độ mở rộng trung bình là 1,24mm ở bên phải và 1,15mm ở bên trái. Sự dịch chuyển của hố chân bướm, mỏm chân bướm cũng được quan sát thấy trên các lát cắt. **Kết luận:** Khớp chân bướm khẩu cái có thể bị tách ra dưới tác dụng của lực nong do MSE mà không cần phải phẫu thuật.

Từ khóa: Nong rộng xương hàm trên, CBCT, khí cụ nong xương

SUMMARY

¹Trường Đại học Y Dược Hải Phòng

²Viện Đào tạo Răng Hàm Mặt-ĐH Y Hà Nội

³Bệnh viện Trung Ương quân đội 108

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Thị Hồng Thùy

Email: pthongthuy@hpmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 1.3.2022

Ngày phản biện khoa học: 15.4.2022

Ngày duyệt bài: 25.4.2022

DESCRIPTION OF CHANGES IN PTERYGOPALATINE SUTURE ON CONEBEAM CT IN PATIENTS AFTER MINIVIS SUPPORTED RAPIDE MAXILLARY EXPANSION

Objective: The purpose of this study was to assess the pterygopalatine suture disarticulation pattern in the tomographic axial plane after treatment with midfacial skeletal expander (MSE). Materials and methods: Pre- and post-expansion CBCT records of 36 subjects (12 males, 24 females, mean age 20,14 years) who were treated with MSE (Biomaterials Korea, Seoul, Korea) appliance were analysed and compared using OneClinic 3D software. Reference planes were identified, from there calculate the distance and angle to evaluate the opening and displacement of the suture to the lateral side.

Results: After MSE treatment, 37 sutures out of 72 (51,4%) presented openings between the medial and lateral pterygoid plates on both right and left sides. Partial split was detected with 13 patients (8 females, 5 males). The mean size of the opening was 1,24 mm for the right side and 1,15 mm for the left side. The lateral movements of the pterygomaxillary fissure and pterygoid process were observed. **Conclusions:** this study shows that pterygopalatine suture can be split by MSE appliance without the surgical intervention.

Keywords: Maxillary expansion, Cone beam computed tomography (CBCT)

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Hẹp chiều ngang xương hàm trên là vấn đề khá phổ biến trong chỉnh hình răng mặt¹. Có nhiều cách để tái lập lại sự hài hòa về kích thước ngang giữa xương hàm trên và xương hàm dưới. Các lựa chọn điều trị có thể bao gồm: chỉnh nha đơn thuần, chỉnh hình xương không phẫu thuật,

và chỉnh hình xương bằng phẫu thuật. Các bác sĩ chỉnh nha thường sử dụng phương pháp nong hàm nhanh để điều trị những trường hợp hẹp chiều ngang xương hàm trên trong giai đoạn tăng trưởng, tuy nhiên sự đan xen chặt chẽ của khớp cắn cái sau giai đoạn dậy thì² có thể gây ra những hiệu ứng không mong muốn như nghiêng răng và xương ổ răng nhiều, gây hạn chế sự dịch chuyển xương và không ổn định lâu dài³. Với các bệnh nhân trưởng thành, phẫu thuật chỉnh xương thường được áp dụng, tuy nhiên với khả năng rủi ro phẫu thuật, chi phí cao, quá trình nằm viện kéo dài... là những yếu tố cũng cần xem xét khi lựa chọn phương pháp này. Những năm gần đây, các bác sĩ chỉnh hình răng mặt đã phát triển khí cụ nong hàm nhanh có sự hỗ trợ của minivis (MARPE) để hạn chế những tác dụng không mong muốn như trên.

Có một số thiết kế MARPE được đưa ra, trong đó khí cụ MSE (maxillary skeletal expander) đã trở thành một lựa chọn khá phổ biến để xử trí các trường hợp thiếu hụt kích thước ngang xương hàm trên, đặc biệt ở các bệnh nhân trưởng thành. Khí cụ MSE có một đặc điểm thiết kế khác biệt với các thiết kế MARPE khác đó là sự tích hợp bốn minivis tích hợp vào ốc nong, sự neo chặn xương được tăng cường thông qua hai bản xương vỏ (mặt khẩu cái và nền mũi), nhờ đó khớp cắn cái có thể dịch chuyển sang hai bên, vượt qua được sự cản trở của hệ thống khớp kết nối xương hàm trên với các xương khác, đặc biệt là khớp chân bướm-khẩu cái. Các thiết kế nong hàm nhanh thông thường và MARPE thường gây mở khớp cắn hình chữ V với phần mở rộng ở phía trước nhiều hơn ở phía trước. Ngược lại, với MSE sự mở rộng sang hai bên là gần như song song^{4,5}.

Với sự tiến bộ của chẩn đoán hình ảnh nha khoa, phim chụp cắt lớp chùm tia hình nón ra đời (CBCT) với những ưu thế vượt trội so với phim 2D thông thường, các hình ảnh được mô tả chi tiết, chính xác cao. Do đó việc đánh giá các tác động của nong hàm tới các cấu trúc khớp xung quanh xương hàm trên cũng được thực hiện trên phim CBCT khá nhiều. Tuy nhiên, những thay đổi của khớp chân bướm khẩu cái dưới tác động của nong hàm nhanh vẫn còn rất ít nghiên cứu, đặc biệt ở Việt Nam, hiện chưa có nghiên cứu nào thực hiện về vấn đề này. Do vậy, mục tiêu chính của nghiên cứu này là mô tả những thay đổi ở khớp chân bướm khẩu cái sau khi nong xương hàm trên bằng khí cụ MSE.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu được thực hiện tại Bệnh viện

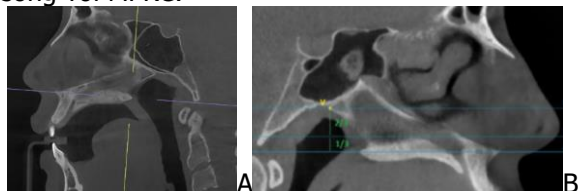
Răng Hàm Mặt Trung ương Hà Nội và Bệnh viện Đại học Y Hải Phòng, trên 36 bệnh nhân (24 nữ, 12 nam), được điều trị bằng MSE (hãng Biomaterials, Hàn Quốc).

Tiêu chuẩn lựa chọn: Bệnh nhân được chẩn đoán hẹp chiều ngang xương hàm trên theo tiêu chuẩn Penn CBCT analysis⁶.

Tiêu chuẩn loại trừ: Bệnh nhân có các hội chứng sợ mặt bất thường, các bệnh hệ thống, toàn thân có thể ảnh hưởng tới kết quả điều trị, bệnh nhân không phối hợp điều trị.

Khí cụ MSE bao gồm một ốc nong được thiết kế có 4 lỗ sẵn cho 4 minivis, với sự hỗ trợ của 4 cánh tay để kết nối ốc nong với khẩu cái của răng hàm lớn thứ nhất hàm trên giúp ổn định ốc nong trong quá trình điều trị. Ốc nong được đặt ở giữa vòm khẩu cái cứng, ngang mức răng hàm lớn thứ nhất. Ốc nong được kích hoạt 2 lần/ngày tương đương 0,26 mm/ngày cho đến khi độ rộng của xương hàm trên đạt được mức nong cần thiết. Ốc nong được duy trì ở vòm miệng 6 tháng sau khi ngừng nong hàm để tạo điều kiện lành thương xương.

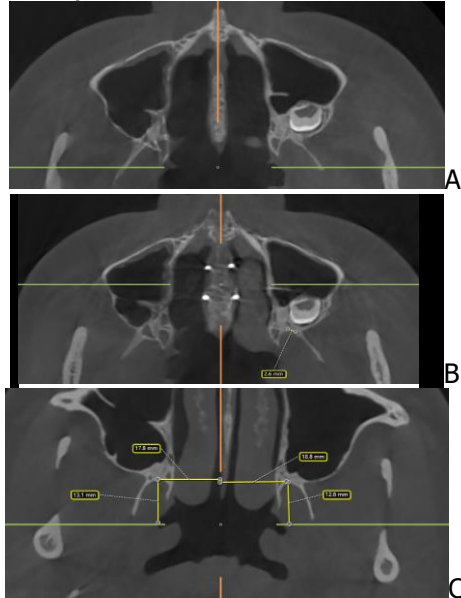
Phim CBCT được chụp một lần trước khi điều trị (To) và sau khi ngừng nong hàm (T1) ở các bệnh nhân. Phim CBCT được chụp bởi máy DENTRI-S, hãng HDX WILL Hàn Quốc với trường quan sát 16 × 14,5 cm, dải xám 14 bit. Thời gian chụp 24 s, 110 kV, 4 mA. Dữ liệu CBCT được đọc và phân tích trên phần mềm OneClinic 3D (Hàn Quốc), để đo các thông số liên quan ở thời điểm To và T1. Các mặt phẳng tham chiếu là mặt phẳng dọc giữa (MPDG) đi qua điểm gai mũi trước, gai mũi sau và điểm trước nhất của khớp trán mũi. Mặt phẳng đứng ngang (MPĐN) qua điểm sau nhất của xương lá mía vuông góc với MPDG. Từ điểm sau nhất của xương lá mía hạ đường thẳng vuông góc với mặt phẳng khẩu cái (đi qua điểm gai mũi trước và gai mũi sau-MPKC). Trên đoạn thẳng này chia làm 3 phần bằng nhau. Lát cắt tầng mũi dưới (TMD) đi qua điểm 1/3 dưới phía khẩu cái và song song với mặt phẳng khẩu cái. Lát cắt tầng mũi trên (TMT) đi qua điểm sau nhất của xương lá mía và song song với MPKC.



Hình 1: Lát cắt qua mặt phẳng khẩu cái (A) và các lát cắt qua TMD và TMT

Ba lát cắt này được sử dụng vì nó cắt qua

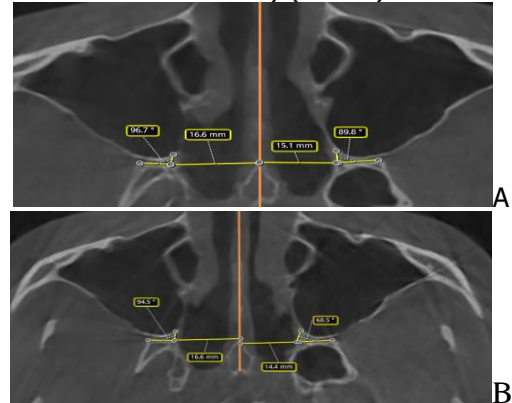
XHT, khớp chân bướm-khẩu cái tại ba vùng riêng biệt. Trên lát qua MPKC sẽ quan sát tần xuất mở của khớp chân bướm khẩu cái, nếu có mở thì độ rộng giữa hai cánh giữa và bên (Hình 2). Trên lát TMD đo khoảng cách (KC) từ điểm trước nhất của hố chân bướm phải (HCB-P), hố chân bướm trái (HCB-T) tới MPDG và MPĐN



Hình 2: Trên lát cắt qua MPKC

A: Trước điều trị, B: Sau điều trị; C: Đo thông số trên lát cắt TMD. Trên lát TMT xác định các điểm

sau giữa của xương hàm trên, điểm trước giữa và trước bên của mỏm chân bướm phải, trái. Sau đó tính khoảng cách từ điểm trước giữa của mỏm bướm tới MPDG. Tính giá trị góc khẩu cái phải, trái (góc tạo bởi ba điểm: điểm sau giữa xương hàm trên, điểm trước giữa và điểm trước bên của mỏm chân bướm) (Hình 3)



Hình 3: Trên lát cắt TMT A:trước điều trị, B: Sau điều trị

Phân tích và xử lý số liệu. Tất cả số liệu được thu thập, phân tích và xử lý trên phần mềm SPSS 15.0. Sự chênh lệch giữa các giá trị đo được trước và sau được ghi nhận và so sánh bằng các test kiểm định phù hợp.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1: Tần xuất mở của khớp chân bướm-khẩu cái

		Nam	Nữ	Tổng	P
Có mở	Mở hoàn toàn hai bên	3	9	12/36	>0,05
	Mở 1 bên phải	3	5	8	
	Mở 1 bên trái	2	3	5	
Không mở		4	7	11	

Trong số 36 bệnh nhân nghiên cứu, có 25 bệnh nhân có dấu hiệu mở khớp chân bướm khẩu cái (cả hai bên, một bên trái hoặc phải). Sự tách khớp một phần được quan sát thấy ở 13 bệnh nhân (8 nữ và 5 nam). Có 12 bệnh nhân có tách khớp cả hai bên.

Bảng 2: Độ mở rộng (mm) của khớp chân bướm-khẩu cái trên lát qua MPKC

	N	To	T1	T1-To	P
Phải	20	0	1,24 ± 0,88	1,24 ± 0,88	<0,05
Trái	17	0	1,15 ± 0,83	1,15 ± 0,83	<0,05

Độ mở rộng trung bình của khớp chân bướm khẩu cái sau khi nong hàm ở bên phải là 1,24mm, bên trái 1,15 mm, sự khác biệt so với giá trị trước khi nong hàm là có ý nghĩa thống kê với p<0,05

Bảng 3: Sự dịch chuyển ra trước (mm) của mỏm chân bướm trên lát cắt ngang qua TMD

	N	To	T1	T1-To	P
KC điểm trước nhất HCB-P tới MPĐN	36	13,31 ± 1,47	13,51 ± 1,27	0,20	>0,05
KC điểm trước nhất HCB-T tới MPĐN	36	13,33 ± 1,34	13,42 ± 1,69	0,09	>0,05

Sau khi nong hàm mỏm chân bướm có sự dịch chuyển nhẹ ra trước, tuy nhiên mức độ không nhiều và chưa có ý nghĩa trên lâm sàng.

Bảng 4: Sự dịch chuyển sang bên (mm) của mỏm chân bướm trên lát cắt đứng ngang

qua TMD

	N	To	T1	T1-To	P
KC điểm trước nhất HCB-P tới MPDG	36	17,47 ± 1,47	18,25 ± 1,27	0,78	<0,05
KC điểm trước nhất HCB-T tới MPDG	36	17,33 ± 1,34	18,12 ± 1,69	0,79	<0,05

Trên lát cắt ngang qua TMD, điểm trước nhất của hố chân bướm dịch chuyển sang bên phải là 0,78 mm, sang bên trái 0,79 mm. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Bảng 5: Sự dịch chuyển sang bên (mm) của mỏm chân bướm trên lát cắt đứng ngang qua TMT

	N	To	T1	T1-To	P
KC điểm trước giữa MCB-P tới MPDG	36	13,05 ± 1,54	13,46 ± 1,63	0,41	<0,05
KC điểm trước giữa MCB-T tới MPDG	36	13,45 ± 1,31	13,91 ± 1,59	0,46	<0,05

Trên lát cắt ngang qua TMT, sự dịch chuyển sang bên của mỏm bướm ở bên phải là 0,41mm, ở bên trái là 0,46 mm.

Bảng 6: Sự thay đổi ở góc khẩu cái phải và trái trên lát cắt TMT

	N	To	T1	T1-To	P
Góc KC-P	36	79,53 ± 16,56°	74,50 ± 15,77°	-5,03°	<0,05
Góc KC-T	36	82,64 ± 11,91°	77,72 ± 11,72°	-4,92°	<0,05

Trong quá trình nong hàm, xương khẩu cái bị uốn cong 5,03° ở bên phải và 4,92° ở bên trái.

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu này được thực hiện để mô tả những thay đổi ở khớp chân bướm-khẩu cái dưới ảnh hưởng của ốc nong nhanh có sự hỗ trợ của minivis trên phim CBCT. Các lát cắt dùng thể tham chiếu là lát cắt qua mặt phẳng khẩu cái, lát cắt qua tầng mũi dưới và lát cắt qua tầng mũi trên. Các lát này có thể quan sát được khớp chân bướm-khẩu cái ở các vị trí khác nhau ^{7,8}.

Lát cắt MPKC qua khớp chân bướm khẩu cái tại vị trí mỏm tháp xương khẩu cái khớp với khuyết chữ V của xương bướm, ở vị trí giữa cánh bên và cánh giữa của xương bướm. Dưới tác dụng của lực nong hàm có sự mở rộng giữa cánh bên và cánh giữa của xương bướm. Tần xuất của sự mở này (số lượng % bệnh nhân và % khớp mở giữa những cánh này) và độ mở rộng của khớp được mô tả cho sự lỏng của khớp. Sự lỏng của khớp chân bướm-khẩu cái được đánh giá là hiệu quả tác động của lực nong hàm lên khu vực phía sau của hàm trên. Điều này được xác nhận nếu có sự gia tăng khoảng cách giữa mỏm chân bướm ngoài và mỏm chân bướm trong giữa các thời điểm trước và sau khi nong hàm. Kết quả nghiên cứu cho thấy 51,4% bệnh nhân có dấu hiệu tách khớp chân bướm-khẩu cái. Kết quả này cũng tương tự kết quả nghiên cứu của Cantarella ¹⁴. Độ mở rộng của khớp ở bên phải là 1,24 mm, bên trái 1,15 mm. Điều này có thể giải thích do thiết kế đặc biệt của MSE, có thể tạo ra lực nong hàm đủ mạnh ở phía sau để có thể tác động lên khớp chân bướm khẩu cái.

Lát TMD cắt qua khớp chân bướm-khẩu cái ở vùng nơi bờ sau của cánh đứng xương khẩu cái khớp với mặt trước của mỏm chân bướm ngoài của xương bướm. Ở vùng này lõi củ xương hàm

trên tiếp xúc gần với mỏm chân bướm, tuy nhiên nó không tạo khớp với mỏm chân bướm. Kết quả cho thấy mỏm chân bướm có dịch chuyển nhẹ ra trước (Bảng 3) nhưng rất nhỏ và không có ý nghĩa lâm sàng. Kết quả ở bảng 4 cho thấy điểm trước nhất HCB dịch chuyển sang bên là 0,78 mm với bên phải, 0,79 mm với bên trái. Kết quả này cũng tương tự kết quả của Ozge Colak ⁸.

Lát TMT cắt qua khớp chân bướm khẩu cái ở vùng nơi phần đứng của xương khẩu cái tạo thành phần giữa của hố chân bướm khẩu cái. Trong quá trình nong hàm, phần đứng của xương khẩu cái có thể bị đẩy sang bên bởi xương hàm trên. Tuy nhiên mỏm bướm của xương khẩu cái không thể dịch chuyển sang bên vì khớp với mặt giữa của mỏm chân bướm ngoài của xương bướm, và do vậy có thể bị lực làm cho uốn cong. Sự thay đổi của cánh đứng của xương khẩu cái trong quá trình nong hàm sẽ được đánh giá bởi góc được mô tả sau trên lát cắt này. Nghiên cứu cho thấy xương khẩu cái bị uốn cong 5,03° ở bên phải và 4,92° ở bên trái (Bảng 6).

Như vậy trên ba lát cắt cho thấy khớp chân bướm-khẩu cái có dấu hiệu lỏng khớp, biểu hiện bằng sự dịch chuyển sang hai bên. Một số tác giả đã cho rằng sức cản chính của việc nong hàm ở phía sau chính là sự cản của khớp chân bướm khẩu cái, điều này đã làm hạn chế kết quả của phương pháp nong hàm truyền thống ⁴. Thậm chí với một số thiết kế MARPE, cũng cho kết quả, mở rộng khớp khẩu cái hình chữ V với kết quả mở rộng phía sau hạn chế nhiều hơn phía trước ⁵. Trong những trường hợp như vậy, có thể lực nong hàm đã chưa thể gây ra các tác động đến khớp chân bướm khẩu cái.

Những ảnh hưởng trên xương của MSE đã

được nghiên cứu và mô tả trong những năm gần đây, với tỷ lệ thành công khá cao ở các bệnh nhân trưởng thành. Sự tăng cường neo chặn bằng 4 minivis chiều dài 11 mm, qua hai bản xương vỏ đã tạo ra sự ổn định và lực tác động lên xương lớn. Điều này cho phép tạo ra lực nong hàm lớn, tạo ra sự lỏng khớp chân bướm-khẩu cái.

Sự khác biệt về sự mở khớp giữa hai bên có thể do mật độ xương và hình thể của trụ bướm hai bên khác nhau tạo ra sức cản của khớp ở hai bên khác nhau. Một yếu tố khác có thể góp phần giải thích cho hiện tượng này có thể là chất lượng neo chặn của xương vỏ. Hơn nữa, sự đan xen của khớp, cấu trúc của các hướng khớp ở các lát cắt trên phim CBCT cũng rất đa dạng ở các bệnh nhân. Nếu hướng khớp song song với sự xoay của xương hàm trên, sự tách khớp sẽ nhận diện được trên lát cắt ngang ⁷.

Các nghiên cứu về sự tác động của nong hàm tới hệ thống các khớp xung quanh xương hàm trên sẽ cần được nghiên cứu nhiều thêm để bổ sung thêm các thông tin hơn nữa về cơ chế mở khớp và hướng chuyển động của xương hàm trên trong quá trình nong hàm.

V. KẾT LUẬN

Kết quả nghiên cứu cho thấy, khớp chân bướm - khẩu cái có thể bị tách ra dưới tác dụng của MSE.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **McNamara JA, Maxillary transverse deficiency.** Am J Orthod Dentofacial Orthop. 2000;117(5):567-70.
2. **Melsen B. Palatal growth studied on human autopsy material. A histologic microradiographic study.** Am J Orthod. 1975;68 (1):42-54.
3. **Lin L, Ahn HW, Kim SJ, Moon SC, Kim SH, Nelson G.** Tooth-borne vs bone-borne rapid maxillary expanders in late adolescence. Angle Orthod. 2015;85(2):253-62.
4. **Cantarella D, Dominguez-Mompell R, Mallya SM, Moschik C, Pan HC, Miller J, et al.** Changes in the midpalatal and pterygopalatine sutures induced by micro-implant-supported skeletal expander, analyzed with a novel 3D method based on CBCT imaging. Prog Orthod. 2017;18(1):34.
5. **Song KT, Park JH, Moon W, Chae JM, Kang KH.** Three-dimensional changes of the zygomaticomaxillary complex after mini-implant assisted rapid maxillary expansion. Am J Orthod Dentofacial Orthop. 2019;156(5):653-62.
6. **Rayan K. Tamburrio.** The Transverse Dimension: Diagnosis and Relevance to Functional Occlusion. RWISO Journal. 2010, 7, pp. 13-21.
7. **Stepanko LS, Lagravere MO.** Sphenoid bone changes in rapid maxillary expansion assessed with cone-beam computed tomography. Korean J Orthod. 2016;46:269-79.
8. **Ozge Colak, Ney Alberto Paredes.** Tomographic assessment of palatal suture opening pattern and pterygopalatine suture disarticulation in the axial plane after midfacial skeletal expansion. Progress in Orthodontics. 2020, 21:21

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VÀ CÁC YẾU TỐ NGUY CƠ VIÊM TAI GIỮA Ứ DỊCH TÁI DIỄN Ở TRẺ EM SAU ĐẶT ỐNG THÔNG KHÍ TẠI BỆNH VIỆN SẢN NHI NGHỆ AN

Tăng Xuân Hải¹, Nguyễn Văn Tuấn², Trần Minh Long¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng và các yếu tố nguy cơ viêm tai giữa ứ dịch tái diễn ở trẻ em sau đặt ống thông khí tại Bệnh viện Sản Nhi Nghệ An. **Phương pháp:** Mô tả cắt ngang được thực hiện trên 35 trẻ viêm tai giữa (VTG) đã được điều trị đặt ống thông khí (OTK) màng nhĩ sau đó bị VTG tái diễn trở lại tại Bệnh viện Sản Nhi Nghệ An từ tháng 9/2020 đến tháng 9/2021. **Kết quả:** Nhóm từ 1-3 tuổi chiếm đa số 37,1%. Triệu chứng chảy dịch tai (68,6%), chảy

dịch mũi (62,6%) hay gặp nhất. Tình trạng OTK còn lưu trên màng nhĩ và chảy dịch qua OTK là nhiều nhất 65,7%. Trẻ thường có tình trạng VA có bị viêm (83,3%) và tình trạng viêm mũi xoang cấp (71,4%) kèm theo. **Kết luận:** Ngoài những nguyên nhân chính và thường gặp như viêm VA, viêm mũi xoang, viêm Amydan, còn những yếu tố nguy cơ khác gây VTG tái diễn sau đặt OTK như một nhiễm khuẩn từ ngoài vào hòm nhĩ qua OTK hay dị tật bẩm sinh hờ hàm ếch.

Từ khóa: Viêm tai giữa ứ dịch tái diễn, ống thông khí.

SUMMARY

CLINICAL CHARACTERISTICS AND RISK FACTORS OF PERSISTENT MIDDLE-EAR INFECTIONS IN CHILDREN AFTER INSERTION OF VENTILATION TUBES AT NGHE AN OBSTETRICS AND PEDIATRICS HOSPITAL

¹Bệnh viện Sản nhi Nghệ An

²Đại học Y khoa Vinh

Chịu trách nhiệm chính: Trần Minh Long

Email: longdr115@gmail.com

Ngày nhận bài: 2.3.2022

Ngày phản biện khoa học: 18.4.2022

Ngày duyệt bài: 26.4.2022