

Như vậy nhà ở trật trệ làm tăng nguy cơ mắc bệnh VTPQ nặng. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$; $OR = 2,6$; $CI = 1,1-6,1$. Khi nhà ở thoáng mát, sạch sẽ, luồng không khí được trao đổi thường xuyên làm cho việc hô hấp của trẻ được đảm bảo.

V. KẾT LUẬN

VTPQ là bệnh lý nhiễm khuẩn hô hấp cấp hay gặp ở trẻ em dưới 2 tuổi, việc phát hiện, đánh giá các yếu tố liên quan giúp hạn chế tình trạng nặng cho bệnh nhân.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Nguyễn Văn Bằng (2001)**. Viêm tiểu phế quản nặng ở trẻ em, Hồi sức cấp cứu và gây mê ở trẻ em, NXB Y học, 191-209.
2. **Scottish Intercollegiate Guidelines Network (2006)**. Bronchiolitis in children, 7.
3. **World Health Organization (2013)**, Guidelines for the management of childhood illnesses.
4. **Everard M.L (2008)**. Respiratory Syncytial virus associated lower respiratory tract disease, Pediatric Respiratory Medicine, Mosby Elsevier, 491-499.
5. **Vũ Thị Là (2005)**. Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và hiệu quả khí dung Salbutamol trong điều trị viêm tiểu phế quản, Luận văn bác sỹ chuyên khoa cấp II, Trường Đại học Y Hà Nội.
6. **Bradley J.P, Bacharier L.B, Bonfiglio J. et al (2005)**. Severity of Respiratory Syncytial Virus Bronchiolitis Is Affected by Cigarette Smoke Exposure and Atopy, Pediatrics, 115(1).
7. **Knut Q (2014)**. Acute bronchiolitis in infants, Scandinavian Journal of Trauma, Resuscitation and Emergency Medicine, 22(23).

ĐÁNH GIÁ TÌNH TRẠNG LỆCH LẠC KHỚP CÁN VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN Ở HỌC SINH TIỂU HỌC TẠI THÁI BÌNH

Vũ Anh Dũng^{1*}, Vũ Minh Hoàng¹,
Nguyễn Tri Quyết²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Xác định tỉ lệ lệch lạc khớp cắn và một số yếu tố chính có liên quan đến lệch lạc khớp cắn ở học sinh bậc tiểu học.

Đối tượng và phương pháp: Nghiên cứu theo phương pháp mô tả cắt ngang gồm 873 học sinh của 6 trường tiểu học độ tuổi 9 - 10 tại 02 huyện và 01 thành phố của tỉnh Thái Bình.

Kết quả: Tỉ lệ lệch lạc khớp cắn loại I chiếm 19,0%, loại II chiếm 31,0% loại III chiếm 10,7%. Các thói quen xấu bao gồm: Mút ngón tay, cắn môi, đẩy lưỡi, thở miệng có liên quan đến sự lệch lạc khớp cắn mang ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Tình trạng lệch lạc khớp cắn loại I, II, III ở nhóm học sinh (HS) có thói quen xấu cao hơn nhóm HS không có thói quen xấu. Giá trị p ở các nhóm học sinh có khớp cắn lệch lạc loại I, loại II và loại III đều $< 0,05$ mang ý nghĩa thống kê. Độ cắn chìa ở nhóm

HS có thói quen xấu cao hơn nhóm HS không có thói quen xấu, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê. Nhóm HS có tật xấu như mút tay, cắn môi dưới, đẩy lưỡi, thở miệng có tỉ lệ lệch lạc khớp cắn cao hơn nhóm HS không có tật xấu. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Kết luận: Tỉ lệ lệch lạc khớp cắn loại I chiếm 19,0%, loại II chiếm 31,0% loại III chiếm 10,7%. Thói quen xấu như mút tay, cắn môi dưới, đẩy lưỡi, thở miệng đều ảnh hưởng đến lệch lạc khớp cắn mang ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Từ khóa: Lệch lạc khớp cắn, thói quen xấu, các yếu tố nguy cơ gây lệch lạc khớp cắn, học sinh tiểu học tỉnh Thái Bình.

ABSTRACT

ASSESSMENT OF MALOCCLUSION STATUS AND SEVERAL RELEVANT FACTORS IN PRIMARY SCHOOL STUDENTS IN THAI BINH

Objectives: To determine the proportion of malocclusion and some key factors related to malocclusion in primary school students.

1. Trường Đại học Y Dược Thái Bình

* Chịu trách nhiệm chính: Vũ Anh Dũng

Email: vuanhdungytb@gmail.com

Ngày nhận bài: 06/5/2022

Ngày phản biện: 17/6/2022

Ngày duyệt bài: 20/6/2022

Subjects: 873 students from 6 primary schools aged 9-10 in 02 districts and 01 city of Thai Binh province.

Methods: cross-sectional descriptive study.

Results: The proportion of class I malocclusion accounts for 19,0%, class II accounts for 31,0%, and class III accounts for 10,7%. Bad habits including: Thumb sucking, lip biting, tongue thrusting, mouth breathing, which are associated with malocclusion, is statistically significant with $p < 0,05$. Class I, II, III malocclusion in the group of students having bad habits is higher than that in the group of students not having bad habits. The p-values in the groups of students with class I, class II and class III malocclusion are all smaller than 0,05, which has statistical significance. The overjets in the group of students with bad habits is higher than those in the group of students without bad habits, this difference is statistically significant. The group of students with bad habits such as thumb sucking, lower lip biting, tongue thrusting, mouth breathing has a higher rate of malocclusion than the group of students without bad habits. The difference is statistically significant with $p < 0,05$. Conclusion: The proportion of class I malocclusion accounts for 19,0%, class II accounts for 31,0%, and class III accounts for 10,7%. Bad habits such as thumb sucking, lower lip biting, tongue thrusting, mouth breathing all affect malocclusion, which is statistically significant with $p < 0,05$.

Key words: Malocclusion, bad habits, risk factors of malocclusion, primary school students in Thai Binh province.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Trong giai đoạn tăng trưởng và phát triển của trẻ em, đặc biệt ở thời kỳ thay răng sữa bằng răng vĩnh viễn có nhiều nguyên nhân tác động ảnh hưởng đến quá trình mọc răng cũng như sự phát triển của xương hàm gây hậu quả làm lệch lạc khớp cắn (LLKC) của trẻ ở giai đoạn trưởng thành. Lệch lạc khớp cắn có thể làm ảnh hưởng nhiều đến sức khỏe của người bệnh như sang chấn khớp cắn, giảm chức năng ăn nhai, tạo điều kiện cho một số bệnh răng miệng phát triển, ảnh hưởng đến thẩm mỹ khuôn mặt, phát âm và các vấn đề về tâm lý như ngại giao tiếp, sự tự ti. Việc xác định các yếu tố liên quan đến LLKC có vai trò rất quan trọng để từ đó có giải pháp can thiệp và dự phòng sớm nhằm làm giảm tỉ lệ bệnh ở học sinh bậc tiểu học là rất cần thiết [1].

Chúng tôi thực hiện đề tài “Đánh giá tình trạng lệch lạc khớp cắn và một số yếu tố ảnh hưởng đến lệch lạc khớp cắn ở học sinh tiểu học tại Thái Bình” nhằm mục tiêu

1. Đánh giá tình trạng lệch lạc khớp cắn ở học sinh bậc tiểu học tại tỉnh Thái Bình
2. Xác định một số yếu tố ảnh hưởng đến tình trạng lệch lạc khớp cắn nhóm HS nghiên cứu

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Gồm 873 học sinh của 6 trường tiểu học độ tuổi 9 - 10 (lớp 4 - lớp 5) tại 2 huyện và 01 thành phố Thái Bình.

2.1.1. Tiêu chuẩn chọn lựa

- Học sinh có cha, mẹ, ông, bà nội ngoại là người Việt Nam.
- Chưa điều trị nắn chỉnh răng hay phẫu thuật chỉnh hình vùng hàm mặt.
- Không có tiền sử chấn thương hàm mặt liên quan đến khớp cắn, dị tật bẩm sinh vùng hàm mặt.
- Có đủ 4 răng hàm lớn vĩnh viễn thứ nhất.

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ

- Học sinh không có đầy đủ các tiêu chuẩn trên.
- Có bệnh lý toàn thân ảnh hưởng đến sự phát triển sọ mặt và bộ răng.
- Học sinh hoặc bố mẹ không đồng ý tham gia nghiên cứu hoặc không hợp tác trong quá trình nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu:

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu: Sử dụng phương pháp nghiên cứu mô tả cắt ngang.

2.2.2. Cỡ mẫu nghiên cứu

Dựa trên công thức tính cỡ mẫu cho các nghiên cứu ước tính một tỷ lệ trong quần thể, cỡ mẫu được tính như sau:

$$n = Z^2_{(1-\frac{\alpha}{2})} \frac{p(1-p)}{d^2}$$

Trong đó:

n: là cỡ mẫu nghiên cứu tối thiểu

d: mức sai số chấp nhận, lấy $d = 0,025$

p: tỷ lệ trẻ có lệch lạc khớp cắn theo một nghiên cứu trước đó (Theo Vũ Thu Hằng (2015) tỷ lệ lệch lạc răng hàm ở trẻ em lứa tuổi 8 - 10 trên địa bàn tỉnh Phú Thọ là 85,2%) [2].

$Z^2(1-\alpha/2)$: hệ số tin cậy, với $\alpha = 0,05$ ứng với độ tin cậy 95%, $Z^2(1-\alpha/2) = 1,96^2$.

Áp dụng vào công thức, tính được $n = 775,06$, làm tròn $n = 776$.

2.3. Địa điểm và thời gian nghiên cứu

- Địa điểm nghiên cứu: 02 trường tiểu học trên địa bàn thành phố Thái Bình, 02 trường tại huyện Tiền Hải, 02 trường tại huyện Vũ Thư tỉnh Thái Bình.

- Thời gian nghiên cứu: từ tháng 3 năm 2021 đến tháng 11 năm 2021.

2.4. Các bước tiến hành

2.4.1. Cách tổ chức khám

- Lấy danh sách số đối tượng điều tra theo khối, lớp.

- Thiết kế mẫu phiếu khám thu thập thông tin khám cho học sinh.

- Tập huấn nhóm bác sỹ khám: sử dụng chỉ số kappa để đánh giá độ tin cậy khi khám đánh giá của nhóm nghiên cứu.

- Gửi mẫu phiếu phỏng vấn cho phụ huynh các học sinh

2.4.2. Khám lâm sàng cho học sinh tại trường

- Khám ngoài miệng: Đánh giá sự cân đối, hài hòa của khuôn mặt, kiểu mặt khi nhìn nghiêng.

- Khám trong miệng:

+ Chiều trước sau: Độ cắn chìa, phân loại khớp cắn vùng răng nanh và răng hàm theo phân loại của Angle.

+ Chiều ngang: Đường giữa hàm trên và hàm dưới, có cắn chéo hay không, số lượng răng...

+ Chiều đứng: Độ cắn phủ, cắn hở...

+ Hình thái cung răng: Lềch lạc răng trên cung hàm, chen chúc...

+ Khám tình trạng răng miệng khác: Răng sâu, răng dị dạng, răng thừa. Tình trạng lợi và các mô quanh răng, tình trạng của lưỡi.

- Các dấu chứng để xác định thói quen răng miệng xấu: Mút ngón tay, cắn môi dưới, đẩy lưỡi, thở miệng.

- Phỏng vấn phụ huynh học sinh bằng phiếu học vấn

- Xử lý số liệu: bằng phần mềm SPSS 20.0.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 3.1. Tình trạng lệch lạc khớp cắn

Khớp cắn \ Tỷ lệ	Số lượng	Tỷ lệ %
Bình thường	343	39,3
Lệch lạc loại I	166	19,0
Lệch lạc loại II	271	31,0
Lệch lạc loại III	93	10,7
Tổng	873	100%

Nhận xét: LLKC loại II có tỉ lệ cao nhất chiếm 31%, LLKC loại I chiếm 19%, LLKC loại III chiếm 11%. Có 39,3% học sinh có tình trạng khớp cắn bình thường.

Bảng 3.2. Liên quan giữa thói quen xấu đến sự lệch lạc khớp cắn

*Thói quen xấu bao gồm: Mút ngón tay, cắn môi, đẩy lưỡi, thở miệng

Thói quen xấu \ Khớp cắn	Có		Không		Tổng		p
	SL	%	SL	%	SL	%	
Bình thường	15	15,5	328	42,3	343	39,3	0,01
Lệch lạc	82	84,5	448	57,7	530	60,7	
Tổng	97	100	776	100	873	100	

Nhận xét:

- Ở nhóm HC có thói quen xấu, 82 trường hợp có LLKC chiếm tỉ lệ 84,5%, 15 trường hợp không có LLKC chiếm tỉ lệ 15,5%.

- Ở nhóm HS không có thói quen xấu, 57,7% số HS có LLKC (448 HS), 42,3% số HS không có LLKC (328 HS).

- Thói quen xấu có liên quan đến LLKC mang ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Bảng 3.3. Mức độ ảnh hưởng của thói quen xấu đến lệch lạc khớp cắn (theo chiều trước sau)

Thói quen xấu Khớp cắn	Có		Không		Tổng		OR	95% CI	p
	SL	%	SL	%	SL	%			
Bình thường	15	15,5	328	42,3	343	39,3	-	-	-
Lệch lạc loại I	21	21,6	145	18,7	166	19,0	3,17	1,59 - 6,32	0,01
Lệch lạc loại II	47	48,5	224	28,9	271	31,0	4,59	2,50 - 8,41	0,01
Lệch lạc loại III	14	14,4	79	10,1	93	10,7	3,88	1,80 - 8,36	0,01
Tổng	97	100	776	100	873	100			

Nhận xét:

- Tỉ lệ HS có thói quen xấu, LLKC loại II chiếm tỉ lệ cao nhất với 47 trường hợp (48,5%), LLKC loại I có 21 trường hợp (21,6%) và LLKC loại III là 14 trường hợp (14,4%).

- Ở nhóm HS không có thói quen xấu, tỉ lệ khớp cắn bình thường chiếm 42,3% (328 HS), LLKC loại I chiếm 18,7% (145 HS), LLKC loại II chiếm 28,9% (224 HS), LLKC loại III chiếm 10,1% (79 HS).

- Giá trị p ở các nhóm HS có LLKC loại I $< 0,05$ mang ý nghĩa thống kê (OR: 3,17; 95% CI: 1,59 - 6,32). Nhóm HS có LLKC loại II có $p < 0,05$ mang ý nghĩa thống kê (OR: 4,59; 95% CI: 2,50 - 8,41). Nhóm HS có LLKC loại III có $p < 0,05$ mang ý nghĩa thống kê (OR: 3,88; 95% CI: 1,80 - 8,36).

Bảng 3.4. Liên quan giữa thói quen xấu đến độ cắn chìa và độ cắn phủ răng trước (theo chiều đứng)

Thói quen xấu Khớp cắn	Có		Không		Tổng		p
	SL	$X \pm SD$	SL	$X \pm SD$	SL	$X \pm SD$	
Cắn chìa	97	$2,84 \pm 2,60$	776	$2,18 \pm 1,82$	873	$2,25 \pm 1,93$	0,01
Cắn phủ	97	$1,87 \pm 2,02$	776	$2,17 \pm 1,63$	873	$2,13 \pm 1,68$	0,10

Nhận xét:

- Độ cắn chìa răng trước trung bình trong 873 HS nghiên cứu là $2,25 \pm 1,93$ mm. Trong đó nhóm có thói quen xấu là $2,84 \pm 2,60$ mm tăng hơn so với nhóm không có thói quen xấu là $2,18 \pm 1,82$ mm. Sự khác biệt mang ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

- Độ cắn phủ răng trước trung bình trong 873 HS nghiên cứu là $2,13 \pm 1,68$ mm. Trong đó nhóm có thói quen xấu là $1,87 \pm 2,02$ mm, nhóm không có thói quen xấu là $2,17 \pm 1,63$ mm. Sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

Bảng 3.5. Liên quan giữa thói quen xấu đến tình trạng răng sau (theo chiều ngang)

Thói quen xấu Răng sau	Có		Không		Tổng		p
	SL	%	SL	%	SL	%	
Cắn phủ	92	94,8	727	93,7	819	93,8	0,66
Cắn chéo	4	4,1	45	5,8	49	5,6	
Cắn đối đầu	1	1,1	4	0,5	5	0,6	
Tổng	97	100	776	100	873	100	

Nhận xét:

- Trong tổng số 873 HS, khớp cắn phủ răng sau chiếm chủ yếu với tỉ lệ 93,8% (819 HS), khớp cắn chéo chiếm 5,6% (49 HS), khớp cắn đối đầu chiếm tỉ lệ 0,6% (5 HS).
- Cắn phủ răng sau cũng là trường hợp chiếm tỉ lệ cao nhất ở nhóm HS có thói quen xấu với 94,8% (92 HS) cũng như ở nhóm HS không có thói quen xấu với 93,7% (727 HS).
- Sự liên quan giữa thói quen xấu đến tình trạng răng sau theo chiều ngang không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

Bảng 3.6. Liên quan giữa thói quen mút tay đến lệch lạc khớp cắn

Mút tay Khớp cắn	Có		Không		Tổng		p
	SL	%	SL	%	SL	%	
Bình thường	5	15,2	338	40,2	343	39,3	0,01
Lệch lạc	29	84,8	502	59,8	530	60,7	
Tổng	33	100	840	100	873	100	

Nhận xét:

- Ở nhóm HS có thói quen mút tay, 29 trường hợp có LLKC chiếm tỉ lệ 84,8%, 5 trường hợp không có LLKC chiếm tỉ lệ 15,2%.
- Ở nhóm HS không có thói quen xấu, 59,8% số HS có LLKC (502 HS), 40,2% số HS không có LLKC (338 HS).
- Thói quen mút tay liên quan đến LLKC mang ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Bảng 3.7. Liên quan giữa thói quen cắn môi đến lệch lạc khớp cắn

Cắn môi Khớp cắn	Có		Không		Tổng		p
	SL	%	SL	%	SL	%	
Bình thường	3	13,0	340	40,0	343	39,3	0,01
Lệch lạc	20	87,0	510	60,0	530	60,7	
Tổng	23	100	850	100	873	100	

Nhận xét:

- Ở nhóm HS có thói quen cắn môi, 20 trường hợp có LLKC chiếm tỉ lệ 87,0%, 3 trường hợp không có LLKC chiếm tỉ lệ 13,0%.
- Ở nhóm HS không có thói quen xấu, 60,0% số HS có sự LLKC (510 HS), 40,0% số HS không có LLKC (340 HS).
- Thói quen cắn môi liên quan đến LLKC mang ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Bảng 3.8. Liên quan giữa thói quen đẩy lưỡi đến lệch lạc khớp cắn

Đẩy lưỡi Khớp cắn	Có		Không		Tổng		p
	SL	%	SL	%	SL	%	
Bình thường	2	8,7	341	40,1	343	39,3	0,01
Lệch lạc	21	91,3	509	59,9	530	60,7	
Tổng	23	100	850	100	873	100	

Nhận xét:

- Ở nhóm HS có thói quen đẩy lưỡi, 21 HS có lệch lạc về khớp cắn chiếm tỉ lệ 91,3%, 2 HS không có sự lệch lạc về khớp cắn chiếm tỉ lệ 8,7%.
- Ở nhóm HS không có thói quen xấu, 59,9% số HS có sự lệch lạc về khớp cắn (509 HS), 40,1% số HS không có lệch lạc về khớp cắn (340 HS).
- Thói quen đẩy lưỡi có liên quan đến sự lệch lạc khớp cắn mang ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Bảng 3.9. Liên quan giữa thói quen thở miệng đến sự sai lệch khớp cắn

Thở miệng Khớp cắn	Có		Không		Tổng		p
	SL	%	SL	%	SL	%	
Bình thường	6	18,2	337	40,1	343	39,3	0,01
Lệch lạc	27	81,8	503	59,9	530	60,7	
Tổng	33	100	840	100	873	100	

Nhận xét:

- Ở nhóm HS có thói quen thở miệng, 27 HS có lệch lạc về khớp cắn chiếm tỉ lệ 81,8%, 6 HS không có sự lệch lạc về khớp cắn chiếm tỉ lệ 18,2%.
- Ở nhóm HS không có thói quen xấu, 59,9% số HS có sự lệch lạc về khớp cắn (503 HS), 40,1% số HS không có lệch lạc về khớp cắn (337 HS).
- Thói quen đẩy lưỡi liên quan đến LLKC mang ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

IV. BÀN LUẬN**4.1. Tình trạng lệch lạc khớp cắn ở học sinh tiểu học tại Thái Bình**

Khám lâm sàng là giải pháp đơn giản đến đánh giá sự lệch lạc khớp cắn trong cộng đồng đặc biệt ở HS bậc tiểu học. Xác định tình trạng LLKC của trẻ em từ 8-10 tuổi sẽ góp phần không nhỏ vào công tác phòng bệnh và điều trị răng miệng cho trẻ em để có được khuôn mặt đẹp, hàm răng khỏe mạnh. Nghiên cứu của chúng tôi được tiến hành trên 873 HS, trong đó có 343 HS (chiếm 39,3%) có khớp cắn bình thường, 271 HS bị LLKC loại II có tỉ lệ cao nhất chiếm 31%, 166 HS bị LLKC loại I chiếm 19%, 93 HS bị LLKC loại III chiếm 11%.

So sánh với nghiên cứu của Vũ Thu Hằng (2015) điều tra học sinh độ tuổi 8-10 tại tỉnh Phú Thọ với mẫu nghiên cứu 668 HS, có 99 HS khớp cắn bình thường (chiếm 14,8%), LLKC loại I có 306 em chiếm 45,8%, loại II có 148 em chiếm 22,2%, loại III có 107 em chiếm 16,0% và không có tương

quan là 8 em chiếm 1,2%. [2]. Kết quả nghiên cứu của Hoàng Bạch Dương (2000) về điều tra lệch lạc răng ở lứa tuổi 12 tại trường tiểu học Amsterdam Hà Nội thì tần suất LLKC loại I là phổ biến, LLKC loại III là ít gặp hơn [3]. Nghiên cứu của Lê Thu Hương (2013) về tình trạng LLKC của học sinh 8 – 10 tuổi tại Hà Nội: tỷ lệ khớp cắn bình thường 16,5%, loại I là 32,4%, loại II là 41,8, loại III là 9,3% [4].

4.2. Liên quan giữa thói quen xấu đến sự lệch lạc khớp cắn

Khi thói quen liên quan tới miệng trở nên nguy hại, tức là thói quen gây ảnh hưởng có hại tới các cấu trúc vùng miệng, mặt được gọi là thói quen xấu ở miệng.

Các thói quen xấu về răng miệng (thường gặp nhất là thói quen: mút ngón tay, cắn môi dưới, đẩy lưỡi và thở miệng) khi kéo dài sẽ tạo ra những di chuyển răng ngoài ý muốn, gây ra những lệch lạc

về vị trí của răng. Lứa tuổi 8 – 10 tuổi tương ứng trong thời kỳ hàm răng hỗn hợp, là giai đoạn nhạy cảm chuyển tiếp từ thời kỳ hàm răng sữa sang thời kỳ hàm răng vĩnh viễn, việc khám, phát hiện những LLKC cùng nguyên nhân của nó là vô cùng quan trọng (nhất là các thói quen răng miệng xấu), từ đó có một kế hoạch can thiệp sẽ mang lại hiệu quả cao nhất. Can thiệp chỉnh nha trong giai đoạn này được gọi là chỉnh hình răng mặt phòng ngừa, tức là dùng một vài phương pháp điều trị đơn giản nhằm mục đích ngăn ngừa các lệch lạc răng [5, 6, 7].

Trong nghiên cứu của chúng tôi, nhóm học sinh có thói quen xấu 82 trường hợp có LLKC chiếm tỉ lệ 84,5%, 15 trường hợp không có sự LLKC chiếm tỉ lệ 15,5%. Ở nhóm HS không có thói quen xấu 57,7% số HS có sự LLKC (448 HS), 42,3% số HS không có sự LLKC (328 HS). Thói quen xấu có liên quan đến sự LLKC mang ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Về mức độ ảnh hưởng của thói quen xấu đến sự LLKC (theo chiều trước sau): Tỉ lệ HS có thói quen xấu LLKC loại II chiếm tỉ lệ cao nhất với 47 trường hợp (48,5%), LLKC loại I gặp ở nhóm này là 21 trường hợp (21,6%) và loại III là 14 trường hợp (14,4%). Ở nhóm HS không có thói quen xấu, tỉ lệ khớp cắn bình thường chiếm 42,3% (328 HS), LLKC loại I chiếm 18,7% (145 HS), loại II chiếm 28,9% (224 HS), loại III chiếm 10,1% (79 HS). Giá trị p ở các nhóm HS có LLKC loại I, loại II và loại III đều $< 0,05$ mang ý nghĩa thống kê. Lấy nhóm HS có khớp cắn bình thường làm nhóm tham chiếu, khi tình trạng HS không có thói quen xấu trở nên có thói quen xấu thì khớp cắn sẽ dịch chuyển từ bình thường sang LLKC loại I tăng 3,17 lần (95% số trường hợp tăng từ 1,59 - 6,32 lần), loại II tăng 4,59 lần (95% số trường hợp tăng từ 2,50 - 8,41 lần), loại III tăng 3,88 lần (95% số trường hợp tăng từ 1,80 - 8,36 lần).

Về liên quan giữa thói quen xấu đến độ cắn chia và độ cắn phủ răng trước (theo chiều đứng): Độ cắn chia răng trước trung bình trong 873 HS nghiên cứu là $2,25 \pm 1,93$ mm. Trong đó nhóm có thói quen xấu là $2,84 \pm 2,60$ mm tăng hơn so với nhóm không có thói quen xấu là $2,18 \pm 1,82$ mm. Sự khác biệt mang ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Độ cắn phủ răng trước trung bình trong 873 HS nghiên cứu là $2,13 \pm 1,68$ mm. Trong đó nhóm có thói quen xấu là $1,87 \pm 2,02$ mm, nhóm không có thói quen xấu là $2,17 \pm 1,63$ mm. Sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

Về liên quan giữa thói quen xấu đến tình trạng răng sau (theo chiều ngang): Trong tổng số 873 trường hợp, khớp cắn răng sau chủ yếu là khớp cắn phủ với tỉ lệ 93,8% (819 HS), khớp cắn chéo chiếm 5,6% (49 HS), khớp cắn đối đầu chiếm tỉ lệ 0,6% (5 HS). Cắn phủ răng sau cũng là trường hợp chiếm tỉ lệ cao nhất ở nhóm học sinh có thói quen xấu với 94,8% (92 HS) cũng như ở nhóm HS không có thói quen xấu với 93,7% (727 HS). Sự liên quan giữa thói quen xấu đến tình trạng răng sau theo chiều ngang không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

4.2.1. Liên quan giữa thói quen mút tay đến lệch lạc khớp cắn

Mút ngón tay hay gặm ở trẻ em, khoảng 50% trẻ 1 tuổi, sau đó giảm dần ở độ tuổi từ 9 - 14 tuổi. Khi thói quen này kéo dài đều đưa đến tình trạng LLKC, nếu kéo dài qua thời kỳ răng vĩnh viễn bắt đầu mọc lên, LLKC là điều chắc chắn với các biểu hiện lâm sàng: răng cửa trên thừa và nghiêng lệch về phía môi, răng cửa dưới chen chúc nghiêng lệch về phía lưỡi, cắn hở vùng răng trước, hẹp cung răng hàm trên (cung răng hình chữ V).

Trong nghiên cứu của chúng tôi, ở nhóm HS có thói quen mút tay, 29 trường hợp có LLKC chiếm tỉ lệ 84,8%, 5 trường hợp không có LLKC chiếm tỉ lệ 15,2%. Nhóm HS không có thói quen xấu, 59,8% số HS có LLKC (502 HS), 40,2% số HS không có sự sai lệch về khớp cắn (338 HS). Thói quen mút tay có liên quan đến LLKC mang ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Nghiên cứu này phù hợp với kết luận của Vũ Thu Hương (2015) qua kết quả phân tích hồi quy đa biến logistic trong các yếu tố ảnh hưởng đến tình trạng nghiêng lệch răng phía trước thì thói quen xấu mút ngón tay ảnh hưởng nhiều nhất.

4.2.2. Liên quan giữa thói quen cắn môi đến lệch lạc khớp cắn

Dấu hiệu cắn môi dưới dễ nhìn thấy nhất là có dấu của các răng cửa trên ở môi dưới làm tăng độ cắn chìa vì răng cửa trên nghiêng phía môi và răng cửa dưới nghiêng phía lưỡi. Cắn môi dưới có thể là nguyên hoặc thứ phát, trong trường hợp thứ phát độ cắn chìa lớn là do bất hài hòa nhiều giữa xương hàm trên và hàm dưới theo chiều trước – sau, thông thường là do hàm dưới kém phát triển, môi dưới nằm giữa răng cửa trên và răng cửa dưới, đây là sự đáp ứng của môi dưới đối với sự sai lệch hình thái giữa xương hàm trên và dưới và càng làm cho khớp cắn sâu và cắn hở ngày càng trầm trọng hơn.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, nhóm HS có thói quen cắn môi có 20 trường hợp có LLKC chiếm tỉ lệ 87,0%, 3 trường hợp không có LLKC chiếm tỉ lệ 13,0%. Ở nhóm HS không có thói quen xấu, 60,0% số HS có LLKC (510 HS), 40,0% số HS không có LLKC (340 HS). Thói quen cắn môi có liên quan đến LLKC mang ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

4.2.3. Liên quan giữa thói quen đẩy lưỡi đến lệch lạc khớp cắn

Khảo sát mối liên quan giữa thói quen đẩy lưỡi đến LLKC, nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận nhóm 23 HS có thói quen đẩy lưỡi trong đó 21 HS có LLKC chiếm tỉ lệ 91,3%, 2 HS không có LLKC chiếm tỉ lệ 8,7%. Ở nhóm HS không có thói quen đẩy lưỡi, 59,9% số HS có LLKC (509 HS), 40,1% số HS không có LLKC (340 HS). Như vậy thói quen đẩy lưỡi có liên quan đến LLKC mang ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Đẩy lưỡi là thói quen lưỡi đẩy ra trước và tỳ vào các răng trước hoặc lưỡi nằm giữa các răng trước khi nuốt, khi phát âm hoặc ở trạng thái nghỉ [5]. Bình thường chúng ta nuốt liên tục khoảng 2000 lần/ngày và khi nuốt răng thường ở vị trí lồng mũi tối đa, lưỡi thường nằm ở vị trí gốc miệng. Nếu trẻ có thói quen đẩy lưỡi, những lực liên tục này tác động lên răng ngay cả ở tư thế nghỉ làm răng không sắp xếp thẳng hàng, gây lệch lạc khớp cắn và phát âm. Để điều trị thói quen xấu này cần dùng tấm chặn lưỡi, vị trí của tấm chặn lưỡi có thể ở phía trước hoặc phía bên tùy thuộc vào vị trí của lưỡi chêm giữa các răng trước hoặc răng sau.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, nhóm HS có thói quen đẩy lưỡi có 23 trường hợp thì 21 HS có lệch lạc về khớp cắn chiếm tỉ lệ 91,3%, 2 HS không có sự lệch lạc về khớp cắn chiếm tỉ lệ 8,7%. Ở nhóm HS không có thói quen đẩy lưỡi, 59,9% số HS có sự lệch lạc về khớp cắn (509 HS), 40,1% số HS không có lệch lạc về khớp cắn (340 HS). Như vậy thói quen đẩy lưỡi có liên quan đến sự lệch lạc khớp cắn mang ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

4.2.4. Liên quan giữa thói quen thở miệng đến sự lệch lạc khớp cắn

Thở miệng thường gặp ở trẻ có bệnh lý về đường hô hấp trên, là một trong những nguyên nhân gây ra LLKC, bệnh nhân thường có khuôn mặt dài và hẹp, răng cửa hàm trên nghiêng lệch nhô ra phía trước, miệng hở, môi dưới nằm sau các răng cửa hàm trên, vòm khẩu cao, theo các nghiên cứu của

các tác giả trong và ngoài nước thì thấy rằng LLKC thường gặp ở người thở miệng.

Trong nghiên cứu chúng tôi nhận thấy có 33 trẻ có tật thở miệng. Ở nhóm HS có thói quen thở miệng, 27 HS có LLKC chiếm tỉ lệ 81,8%, 06 HS không có LLKC chiếm tỉ lệ 18,2%. Nhóm HS không có thói quen xấu, 59,9% số HS có LLKC (503 HS), 40,1% số HS không có LLKC (337 HS). Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Như vậy thói quen đẩy lưỡi có liên quan đến LLKC.

V. KẾT LUẬN

- Tỉ lệ LLKC loại I chiếm 19,0%, loại II chiếm 31,0% loại III chiếm 10,7%.

- Thói quen xấu như mút tay, cắn môi dưới, đẩy lưỡi, thở miệng đều ảnh hưởng đến LLKC mang ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Abate A. et al. (2021)**, "Short term effects of rapid maxillary expansion on breathing function assessed with spirometry: A case-control study", Saudi Dent J. 33(7), p. 538-545.
2. **Vũ Thu Hằng (2015)**. Thực trạng lệch lạc khớp cắn và một số yếu tố liên quan ở học sinh 8-10 tuổi tại một số trường tiểu học thành phố Việt Trì, tỉnh Phú Thọ. Luận văn tốt nghiệp thạc sỹ y học, Trường đại học y Hà Nội.
3. **Hoàng Thị Bạch Dương (1999)**. Điều tra về lệch lạc răng hàm mặt trẻ em lứa tuổi 12 ở trường cấp II Amsterdam – Hà Nội. Luận văn tốt nghiệp thạc sỹ y học, Trường đại học y Hà Nội.
4. **Lê Thu Hương (2013)**. Thực trạng lệch lạc khớp cắn ở học sinh 8 – 10 tuổi tại trường tiểu học Đền Lừ - Hoàng Mai, Hà Nội năm 2012. Luận văn tốt nghiệp bác sỹ nội trú bệnh viện 2013, Trường Đại học Y Hà Nội.
5. **Võ Trương Như Ngọc, Trần Thị Mỹ Hạnh, Đào Thị Hằng Nga và cs (2014)**. Răng trẻ em tập 2. Nhà xuất bản Y học, 164 -166.
6. **Fujita. Y, Motegi. E, Nomura. M (2003)**. Oral habits of temporomandibular disorder patients with malocclusion, Bull Tokyo Dent Col, 44(4), 201 - 207.
7. **Garde JB, Surgavanshi RK, Jawale BA, et al (2014)**. As epidemiological study to know the prevalence of deleterious oral habits among 6 to 12 year old children. Jint oral health, 6(1), 39 – 43.