

đánh giá giai đoạn ở bệnh nhân ung thư đường mật rốn gan.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Klatskin G. (1965).** Adenocarcinoma of the hepatic duct at its bifurcation within the porta hepatis. *The American Journal of Medicine*, **38(2)**, 241–256.
2. **Lim J.H. (2012).** Cholangiocarcinoma: Morphologic Classification According to Growth Pattern and Imaging Findings. *American Journal of Roentgenology*.
3. **Vanderveen K.A. and Hussain H.K. (2004).** Magnetic resonance imaging of cholangiocarcinoma. *Cancer Imaging*, **4(2)**, 104–115.
4. **Bismuth H. and Corlette M.B. (1975).** Intrahepatic cholangioenteric anastomosis in carcinoma of the hilus of the liver. *Surg Gynecol Obstet*, **140(2)**, 170–178.
5. **Yu X.-R., Huang W.-Y., Zhang B.-Y., et al. (2014).** Differentiation of infiltrative cholangiocarcinoma from benign common bile duct stricture using three-dimensional dynamic contrast-enhanced MRI with MRCP. *Clin Radiol*, **69(6)**, 567–573.
6. **Vũ Mạnh Hùng (2007),** Đặc điểm hình ảnh và giá trị của cộng hưởng từ trong chẩn đoán ung thư đường mật rốn gan, Luận văn tốt nghiệp bác sĩ nội trú bệnh viện, Đại học Y Hà Nội.
7. **Park M.J., Kim Y.K., Lim S., et al. (2014).** Hilar cholangiocarcinoma: value of adding DW imaging to gadoxetic acid-enhanced MR imaging with MR cholangiopancreatography for preoperative evaluation. *Radiology*, **270(3)**, 768–776.
8. **Ruys A.T., Van Beem B.E., Engelbrecht M.R.W., et al. (2012).** Radiological staging in patients with hilar cholangiocarcinoma: a systematic review and meta-analysis. *Br J Radiol*, **85(1017)**, 1255–1262.

ĐẶC ĐIỂM MÔ CỨNG TRÊN PHIM SỌ NGHIÊNG TỪ XA TRƯỚC ĐIỀU TRỊ CỦA BỆNH NHÂN SAI KHỚP CĂN LOẠI II TIỂU LOẠI 1 CÓ NHỔ BỐN RĂNG HÀM NHỎ

Đỗ Lê Phương Thảo¹, Võ Thị Thúy Hồng²,
Nguyễn Thị Thu Phương¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nhận xét đặc điểm mô cứng trên phim sọ nghiêng từ xa trước điều trị của bệnh nhân sai khớp cắn loại II tiểu loại 1 có nhổ bốn răng hàm nhỏ. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả dựa trên đo đặc phim sọ nghiêng từ xa trước điều trị của 31 bệnh nhân (21 nữ, 10 nam) sai khớp cắn loại II tiểu loại 1 có nhổ bốn răng hàm nhỏ tại Viện Đào tạo Răng Hàm Mặt và Bệnh viện Răng Hàm Mặt Trung Ương Hà Nội đến tháng 6/2021. **Kết quả nghiên cứu:** Tuổi trung bình 18,65 (11- 34). Tương quan xương hàm trên với nền sọ bình thường: góc SNA $83,74 \pm 3,40^{\circ}$. Xương hàm dưới lùi: góc SNB $77,13 \pm 3,71^{\circ}$, cằm lùi: góc NPog- FH $85,23 \pm 3,75^{\circ}$. Góc mặt phẳng hàm dưới lớn hơn bình thường, bệnh nhân có hướng phát triển theo chiều dọc. Góc ANB $6,58^{\circ}$, chỉ số Wits 2,73 mm lớn hơn bình thường chứng tỏ có sự bất cân xứng hai xương hàm theo chiều trước sau. Răng cửa trên và dưới ngả ra trước rất nhiều so với nền sọ, mặt phẳng hàm trên và hàm dưới. Góc liên trục răng cửa $109,79 \pm 8,08^{\circ}$ nhỏ hơn bình thường cho thấy vẩu răng cửa hai hàm. Độ cắn chìa lớn $5,75 \pm 3,08\text{mm}$. **Kết luận:** Bệnh nhân sai khớp cắn loại II tiểu loại 1 có nhổ bốn răng hàm nhỏ có góc SNA

bình thường, góc SNB nhỏ hơn bình thường, cằm lùi, góc ANB và chỉ số Wits tăng. Xu hướng phát triển theo hướng mở. Răng cửa hai hàm ngả trước và nằm ở vị trí ra trước, vẩu răng cửa hai hàm. Độ cắn chìa lớn.

Từ khóa: mô cứng, khớp cắn loại II tiểu loại 1, phim sọ nghiêng, răng hàm nhỏ, nhổ răng

SUMMARY

HARD TISSUE CHARACTERISTICS OF CLASS II DIVISION 1 MALOCCLUSIONS WITH FOUR PREMOLARS EXTRACTION BY EVALUATE PRE-TREATMENT LATERAL CEPHALOMETRIC RADIOGRAPHY

Objectives: To evaluate the pre-treatment cephalometric characteristics of hard tissue of class II division 1 malocclusions with four premolars extraction. **Materials and method:** Descriptive study of 31 patients (21 females, 10 males) diagnosed with class II division 1 malocclusion with four premolars extraction in School of Odonto- Stomatology and National Hospital Of Odonto- Stomatology to June 2021 were recruited. **Results:** The average of age was 18,65 (range in 11 to 34). Normal SNA angle $83,74 \pm 3,40^{\circ}$. Retruded mandibular and Pogonion point with SNB angle $77,13 \pm 3,71^{\circ}$ and NPog- FH angle $85,23 \pm 3,75^{\circ}$ were less than normal range. Mandible angle was greater showed a generalized tendency towards a more vertical skeletal growth pattern. The greater ANB angle $6,58^{\circ}$ and Wits appraisal 2,73 mm. Severe bimaxillary proclination in relation to anterior cranial base, palatal plane and mandible plane. Interincisal angle $109,79 \pm 8,08^{\circ}$ was less than normal. Large overjet was $5,75 \pm 3,08\text{ mm}$.

¹Viện Đào tạo Răng Hàm Mặt, Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Răng Hàm Mặt Trung Ương Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Đỗ Lê Phương Thảo

Email: Dolephuongthaoahm@gmail.com

Ngày nhận bài: 24.6.2021

Ngày phản biện khoa học: 24.8.2021

Ngày duyệt bài: 30.8.2021

Conclusions: In this study, class II division 1 malocclusions with four premolars extraction have normal maxillary- cranial base relationship with normal SNA angle, retruded mandibular and chin with less SNB and NPog- FH angles. The sample showed a generalized tendency towards a more vertical skeletal growth pattern. Greater ANB angle and Wits appraisal showed anterior- posterior discrepancy. Bimaxillary proclination with smaller interincisal angle and large overjet.

Key words: hard tissue, class II division 1 malocclusion, cephalometric, premolar, extract

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Sai khớp cắn loại II tiểu loại 1 là loại sai khớp cắn thường gặp trong cộng đồng. Việc hiểu rõ các đặc điểm về xương- răng của bệnh nhân sai khớp cắn loại II tiểu loại 1 giúp chúng ta xác định được kiểu hình chung và sự biến thiên của nhóm bệnh nhân này. Phim sọ nghiêng từ xa đã được sử dụng rộng rãi trong lâm sàng chỉnh nha để cung cấp thông tin về nguyên nhân, đặc điểm về tương quan xương, răng của bệnh nhân giúp bác sĩ chẩn đoán và lên kế hoạch điều trị hiệu quả.

Hiện nay, điều trị chỉnh nha có nhổ răng hàm nhỏ trên bệnh nhân khớp cắn loại II tiểu loại 1 không còn là điều xa lạ. Tuy nhiên ở Việt Nam, chúng tôi thấy nghiên cứu về vấn đề này còn ít. Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với mục tiêu mô tả đặc điểm mô cứng trên phim sọ nghiêng từ xa trước điều trị của bệnh nhân sai khớp cắn loại II tiểu loại 1 có nhổ bốn răng hàm nhỏ. Kết quả nghiên cứu sẽ bước đầu đưa ra nhận định về đặc điểm sọ mặt- răng của nhóm bệnh nhân người Việt Nam, nhằm giúp ích cho các bác sĩ có cái nhìn toàn diện hơn trong nghiên cứu khoa học và thực hành lâm sàng.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1 Đối tượng nghiên cứu. Gồm 31 bệnh nhân đến khám và điều trị tại các cơ sở khám chữa bệnh của Viện Đào Tạo Răng Hàm Mặt và Bệnh Viện Răng Hàm Mặt Trung Ương Hà Nội tới tháng 6/2021, thoả mãn các điều kiện sau:

Tiêu chuẩn lựa chọn: Bệnh nhân là người Việt Nam; có hàm răng vĩnh viễn, được chẩn đoán sai khớp cắn Angle II tiểu loại 1, được điều trị chỉnh nha bằng mắc cài cố định hai hàm có chỉ định nhổ 4 răng hàm nhỏ với: tương quan răng hàm lớn vĩnh viễn thứ nhất và tương quan răng nanh loại II; độ cắn chìa > 3 mm; bệnh nhân có phim sọ nghiêng từ xa trước điều trị,

3.2. Đặc điểm về xương hàm trên phim sọ nghiêng trước điều trị

Bảng 3.1. Chỉ số đánh giá kích thước và vị trí xương hàm

Chỉ số	$\bar{X} \pm SD$	GTLN	GTNN	GTBT ($\bar{X} \pm SD$)	p
SNA ($^{\circ}$)	83,74±3,40	90,00	76,00	83,50±3,90	0,695
(A \perp FH)→(N \perp FH) (mm)	1,45±3,80	7,50	-7,00	-1,96±4,76	0,000

mẫu hàm trên và hàm dưới, hồ sơ điều trị.

Tiêu chuẩn đánh giá phim: Chất lượng phim chụp tốt (đánh giá về độ sáng, tối và độ phân giải); thấy rõ được đầy đủ phần xương và phần mềm sọ mặt; hai lỗ tai và đường cạnh ngang xương hàm dưới trùng nhau.

Tiêu chuẩn loại trừ: Bị dị tật bẩm sinh vùng hàm mặt; có tiền sử chấn thương hàm mặt; thiếu răng vĩnh viễn vì bất kỳ lý do nào (không kể răng hàm lớn thứ ba); bệnh nhân có chỉ định phẫu thuật chỉnh hình xương; các bệnh nhân không đủ các tiêu chuẩn lựa chọn trên.

2.1 Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang

Chọn mẫu chủ đích 31 bệnh nhân đáp ứng đầy đủ tiêu chuẩn lựa chọn và tiêu chuẩn loại trừ, đồng ý tham gia nghiên cứu cho đến khi đủ cỡ mẫu nghiên cứu.

2.3 Thu thập số liệu. Tiến hành vẽ nét trên phim sọ nghiêng từ xa trước điều trị: Vẽ các nét, xác định các điểm mốc ở mô mềm và mô cứng; kẻ các đường giải phẫu; các phim có hai nét vẽ thì vẽ hai đường sau đó lấy đường giữa; độ phóng đại trên phim được xử lý trong quá trình xử lý số liệu để đảm bảo các giá trị đo trên phim sọ nghiêng cuối cùng đều giống nhau theo tỉ lệ 1:1. Số liệu sau khi đo đạc ghi vào bệnh án nghiên cứu.

2.4 Xử lý số liệu. Số liệu được nhập liệu và phân tích bằng phần mềm SPSS 20.0. Các biến định lượng được kiểm định bằng phép kiểm định T và Wilcoxon. Các biến định tính được kiểm định Khi bình phương hoặc Fisher. Giá trị p < 0,05 được coi là có ý nghĩa thống kê.

2.5 Đạo đức nghiên cứu. Nghiên cứu được sự chấp thuận của Trường Đại học Y Hà Nội, Bệnh viện Răng Hàm Mặt Trung Ương Hà Nội và Trung tâm Kỹ thuật cao khám chữa bệnh Viện đào tạo Răng Hàm Mặt.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu. Nghiên cứu có 31 bệnh nhân, trong đó có 21 nữ (67,7%) và 10 nam (32,3%), sự khác biệt về giới có ý nghĩa thống kê với p < 0,05. Tuổi trung bình là 18,65, lớn nhất 34 tuổi và nhỏ nhất 11 tuổi, trong đó tỉ lệ bệnh nhân dưới 18 tuổi chiếm 51,6%.

SNB (⁰)	77,13±3,71	82,50	69,00	79,90±4,20	0,012
(B [⊥] FH)→(N [⊥] FH) (mm)	-7,25±9,16	20,00	-28,24	-5,30±6,70	0,245
N-Pog-FH (⁰)	85,23±3,75	90,00	75,50	89,3±3,0	0,000*
SN-GoGn (⁰)	34,61±5,42	47,50	25,00	27,91	0,000
PP-MP (⁰)	27,32±4,31	36,00	20,00	27,6±4,6	0,723
GoMe-FH (⁰)	29,61±4,67	43,00	20,50	26,0±4,0	0,000

(Giá trị bình thường từ nghiên cứu của Peak ¹; *: Wilcoxon signrank-test)

- Góc SNA 83,74 ± 3,40⁰ trong giới hạn bình thường do đó không có vẩu xương hàm trên. Tuy nhiên điểm A đưa ra trước do khoảng cách từ đường vuông góc hạ từ A tới đường vuông góc hạ từ N lên mặt phẳng Frankfort lớn hơn so với trung bình với p<0,001.

- Góc SNB 77,13 ± 3,71⁰; góc mặt N-Pog-FH 85,23 ± 3,75⁰ nhỏ hơn bình thường với p<0,05 do vậy cả vị trí xương hàm dưới và cằm đều lùi sau.

- Chiều dài cạnh ngang xương hàm dưới Go-Pog là 75,40 ± 9,30mm cũng nhỏ hơn giá trị bình thường với p<0,05.

- Góc mặt phẳng hàm dưới theo phân tích Steiner SN-GoGn là 34,61 ± 5,42⁰, theo phân tích Tweed là 29,61 ± 4,67⁰, đều lớn hơn giá trị bình thường với p<0,001, cho thấy bệnh nhân có kiểu mặt mở.

Bảng 3.2. Chỉ số đánh giá tương quan xương hàm và răng theo chiều trước sau

Chỉ số	X ± SD	GTLN	GTNN	GTBT (X ± SD)	p
ANB (⁰)	6,58±1,61	9,50	4,50	3,60±2,50	0,000*
N-A-Pog (⁰)	13,11±4,31	6,00	22,50	4,24±5,36	0,000
(A [⊥] FH)→(B [⊥] FH) (mm)	10,49±4,17	22,35	4,71		
Chỉ số Wits (mm)	2,73±3,82	10,60	-5,00	-1,1±2,9	0,000

(Giá trị bình thường từ nghiên cứu của Peak ¹; *: Wilcoxon signrank-test)

- Góc ANB 6,58 ± 1,61⁰, chỉ số Wits 2,73 ± 3,82mm, góc lỗi mặt N-A-Pog 13,11 ± 4,31⁰ lớn hơn giá trị bình thường với p<0,001 chứng tỏ sự bất cân xứng giữa xương hàm trên và xương hàm dưới theo chiều trước sau rất lớn và tương quan xương giữa hai hàm là tương quan xương loại II.

Bảng 3.3. Các chỉ số đánh giá về răng- xương ổ răng

Chỉ số	X ± SD	GTLN	GTNN	GTBT (X ± SD)	p
U1-SN (⁰)	110,36±8,21	126,00	96,00	104,5±8,1	0,000
U1-PP (⁰)	120,57±8,14	115,00	89,00	110,0±5,0	0,000
U1-NA (⁰)	27,92±7,15	40,00	16,50	22,6±5,1	0,000
IsAPog (mm)	12,26±2,70	17,50	7,65	6,0±2,2	0,000
L1-MP (⁰)	102,10±5,62	115,00	89,00	95,09±6,67	0,000
L1-NB (⁰)	37,39±4,02	44,00	29,00	26,7±4,9	0,000
IiAPog (mm)	6,40±2,57	12,50	-0,45	2,7±1,7	0,000
U1-L1 (⁰)	109,79±8,08	131,00	95,00	128,2±7,3	0,000
Độ cắn chìa (mm)	5,75±3,08	12,70	4,20		

(Giá trị bình thường từ nghiên cứu của Peak ¹; *: Wilcoxon signrank-test)

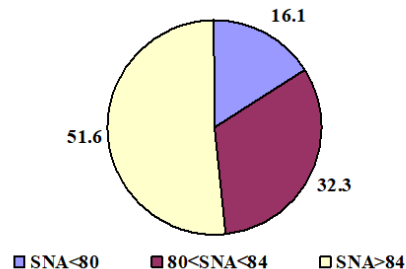
- Trục răng cửa trên so với hàm trên (U1-NA), trục răng cửa trên so với nền sọ (U1-SN) và trục răng cửa trên so với mặt phẳng hàm trên lớn hơn so với giá trị trung bình với p<0,001 chứng tỏ răng cửa hàm trên ngả ra trước nhiều.

- Khoảng cách từ rìa cắn răng cửa trên và răng cửa dưới đến mặt phẳng APog lớn hơn giá trị trung bình lần lượt 6,26mm và 3,7mm rất có ý nghĩa thống kê với p<0,001, chứng tỏ răng cửa trên và dưới nằm ở vị trí ra trước.

- Góc trục răng cửa dưới so với mặt phẳng hàm dưới 102,10 ± 5,62⁰ lớn hơn giá trị bình thường 7,01⁰ và so với NB 37,39 ± 4,02⁰ lớn hơn giá trị bình thường 10,69⁰ với p<0,001 chứng tỏ răng cửa hàm dưới ngả ra trước nhiều.

- Góc liên trục răng cửa 109,79 ± 8,08⁰ nhỏ

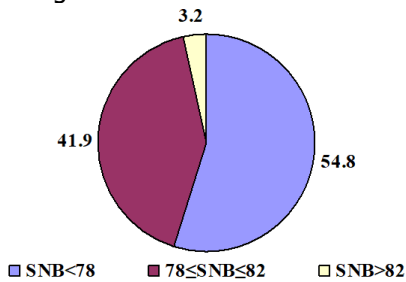
hơn 18,41⁰ so với giá trị bình thường với p<0,001 do vậy bệnh nhân có vẩu răng nặng, khuôn mặt rất lồi khi nhìn nghiêng.



Biểu đồ 3.1. Tỷ lệ phân bố góc SNA theo Steiner

- Có 51,6% bệnh nhân có vẩu xương hàm trên, chiếm tỷ lệ cao nhất; 32,3% bệnh nhân có

xương hàm trên bình thường; 16,1% bệnh nhân có lùi xương hàm trên.



Biểu đồ 3.2. Tỷ lệ phân bố góc SNB theo Steiner

- Tỷ lệ bệnh nhân có lùi xương hàm dưới cao nhất, chiếm 54,8%; 41,9% bệnh nhân có xương hàm dưới bình thường; 3,2% bệnh nhân có vẩu xương hàm dưới.

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu có 21 nữ và 10 nam chiếm tỷ lệ lần lượt là 67,7% và 32,3%, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$, chứng tỏ tỷ lệ sai khớp cắn loại II tiểu loại 1 ở nữ cao hơn nam trong nhóm đối tượng nghiên cứu. Tuổi bệnh nhân bắt đầu điều trị trung bình 18,65 tuổi, lớn nhất 34 tuổi và nhỏ nhất 11 tuổi, trong đó tỉ lệ bệnh nhân dưới 18 tuổi chiếm 51,6%. Như vậy có thể thấy đối tượng nắn chỉnh răng ngày nay có nhu cầu chỉnh nha sớm ở lứa tuổi trẻ và ngày càng có nhiều người lớn tìm kiếm điều trị. Lứa tuổi này cũng là độ tuổi trong nghiên cứu của rất nhiều tác giả khác khi nghiên cứu hiệu quả của điều trị sai lệch khớp cắn Angle II tiểu loại 1.²⁻⁴

Góc SNA nằm trong giới hạn bình thường nên vị trí xương hàm trên bình thường (Bảng 3.1). Trong nghiên cứu của chúng tôi có hơn 50% bệnh nhân vẩu xương hàm trên, 1/3 nằm trong giới hạn bình thường và 16,1% bệnh nhân có lùi xương hàm trên (Biểu đồ 3.1). Xương hàm dưới và cằm lùi ra sau tạo nên sự bất cân xứng theo chiều trước sau giữa xương hàm trên và xương hàm dưới, thể hiện qua góc ANB ($6,58 \pm 1,61^\circ$), chỉ số Wits ($2,73 \pm 3,82\text{mm}$) và góc lỗi mặt ($13,11 \pm 4,31^\circ$) lớn hơn giá trị bình thường. Như vậy, giảm bớt sự bất cân xứng về xương hàm theo chiều trước sau là một trong những mục tiêu quan trọng trong việc điều trị các trường hợp sai khớp cắn loại II. Kết quả về đặc điểm giải phẫu sọ mặt này tương tự như nghiên cứu của Fushima trên người Nhật Bản.^{5,6} Góc mặt phẳng hàm dưới mở thể hiện trên phim theo phân tích Steiner SN-GoGn là $34,61 \pm 5,42^\circ$, theo phân tích Tweed là $29,61 \pm 4,67^\circ$, đều lớn hơn giá trị bình thường, tương tự như với kết luận của Sivakumar trên nhóm bệnh nhân người Việt Nam⁵ và nhưng

lớn hơn kết quả của Staley trên bệnh nhân sai khớp cắn loại II tiểu loại 1 người Mỹ.⁷ Kết quả của chúng tôi ủng hộ kết luận của Sivakumar trên nhóm người Việt là các bệnh nhân này có hướng phát triển theo chiều dọc với góc hàm mở.⁵ Đối tượng nghiên cứu của chúng tôi đều có các chỉ số đánh giá trực của răng cửa lớn hơn so với giá trị bình thường có ý nghĩa với $p < 0,001$. Đa số bệnh nhân sai khớp cắn loại II đều có đặc điểm là các răng trên di ra trước nên các răng trước có xu hướng ngả trước tạo nên khớp cắn loại II vùng răng hàm và độ cắn chìa lớn vùng răng cửa. Nghiên cứu của chúng tôi lựa chọn bệnh nhân có chỉ định nhổ răng nên góc răng cửa hàm trên lớn hơn nhiều so với giá trị bình thường. Độ vẩu của răng cửa trên cao hơn so với độ vẩu của người Mỹ da trắng.⁸ Trục răng cửa trên ngả ra trước rất nhiều dẫn tới môi trên nhô ra trước ảnh hưởng đến thẩm mỹ nghiêm trọng. Góc trục răng cửa dưới so với mặt phẳng hàm dưới $102,1 \pm 5,62^\circ$ lớn hơn trung bình $7,01^\circ$ và so với NB $37,39 \pm 4,02^\circ$ lớn hơn bình thường $10,69^\circ$ do vậy răng cửa dưới cũng vẩu nặng làm môi dưới nhô ra trước nhiều so với đường thẩm mỹ mặc dù đa số bệnh nhân có xương hàm dưới lùi (Bảng 3.5). Sự ngả môi của răng cửa dưới trong các trường hợp sai khớp cắn loại II tiểu loại 1 có thể do sự bù trừ của xương ổ răng để cố gắng duy trì mối tương quan bình thường của các răng cửa trên và dưới trong khi có sự bất cân xứng của xương. Một lý giải khác là cơ chế bù trừ xương ổ răng tăng theo tuổi, tuổi càng tăng thì mức độ bù trừ xương ổ răng với sai lệch tương quan xương hàm càng nhiều.

Bệnh nhân sai khớp cắn loại II tiểu loại 1 có góc liên trục răng cửa nhỏ hơn $18,41^\circ$ so với bình thường, đặc điểm tương đồng với nhóm bệnh nhân người châu Á như người Trung Quốc và Nhật Bản.^{3,6} Góc liên trục răng cửa có giá trị nhỏ hơn bình thường tạo nên vẻ mặt lỗi đặc trưng của các bệnh nhân trước điều trị, ảnh hưởng đến thẩm mỹ khuôn mặt. Do vậy một trong những mục tiêu điều trị quan trọng trong các trường hợp sai khớp cắn loại II là giảm bớt độ lỗi khuôn mặt, cải thiện thẩm mỹ nhất là khi nhìn nghiêng.

V. KẾT LUẬN

Bệnh nhân sai khớp cắn loại II tiểu loại 1 có nhỏ bốn răng hàm nhỏ có xương hàm trên ở vị trí bình thường, xương hàm dưới và cằm lùi sau; góc ANB, chỉ số Wits tăng và hướng phát triển theo chiều dọc, góc hàm mở. Răng cửa trên và dưới ngả trước và nằm ở vị trí ra trước. Góc liên

răng cửa nhỏ hơn giới hạn bình thường cho thấy vấu răng cửa hai hàm. Độ cắn chìa lớn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Park IC, Bowman D, Klapper L.** A cephalometric study of Korean adults. *Am J Orthod Dentofacial Orthop.* 1989;96(1):54-59. doi:10.1016/0889-5406(89)90229-1
2. **Lim H-J, Ko K-T, Hwang H-S.** Esthetic impact of premolar extraction and nonextraction treatments on Korean borderline patients. *American Journal of Orthodontics and Dentofacial Orthopedics.* 2008;133(4):524-531.
3. **Guo Y, Han X, Xu H, Ai D, Zeng H, Bai D.** Morphological characteristics influencing the orthodontic extraction strategies for Angle's class II division 1 malocclusions. *Progress in orthodontics.* 2014;15(1):1-7.
4. **Kuroda S, Yamada K, Deguchi T, Kyung H-M, Takano-Yamamoto T.** Class II malocclusion treated with miniscrew anchorage: comparison with traditional orthodontic mechanics outcomes. *American journal of orthodontics and dentofacial orthopedics.* 2009;135(3):302-309.
5. **Sivakumar A, Nalabothu P, Thanh HN, Antonarakis GS.** A Comparison of Craniofacial Characteristics between Two Different Adult Populations with Class II Malocclusion-A Cross-Sectional Retrospective Study. *Biology (Basel).* 2021;10(5):438. doi:10.3390/biology10050438
6. **Fushima K, Kitamura Y, Mita H, et al.** Significance of the cant of the posterior occlusal plane in Class II division I malocclusions. *The European Journal of Orthodontics.* 1996;18(1):27-40.
7. **Staley RN, Stuntz WR, Peterson LC.** A comparison of arch widths in adults with normal occlusion and adults with Class II, Division 1 malocclusion. *American journal of orthodontics.* 1985;88(2):163-169.
8. **Pancherz H, Zieber K, Hoyer B.** Cephalometric characteristics of Class II division 1 and Class II division 2 malocclusions: a comparative study in children. *The Angle Orthodontist.* 1997;67(2):111-120.

VIÊM MŨI XOANG DO NẤM XÂM LẤN CẤP TÍNH Ở BỆNH NHÂN ĐÁI THÁO ĐƯỜNG

Đoàn Thị Hồng Hoa*, Chu Thị Kim Anh**,
Nguyễn Như Đua*, Nguyễn Lê Hoa*

TÓM TẮT

Viêm mũi xoang do nấm có nhiều thể lâm sàng khác nhau, trong đó thể nấm xâm lấn cấp tính hiếm gặp nên dễ chẩn đoán nhầm với các bệnh lý ác tính. **Ca lâm sàng:** bệnh nhân nữ 68 tuổi, tiền sử đái tháo đường có biểu hiện sốt và đau nhức vùng xoang hàm trái. Chẩn đoán ban đầu là viêm xoang cấp có bội nhiễm nấm *Aspergillus* và được phẫu thuật nội soi mũi xoang. Sau phẫu thuật bệnh nhân được dùng kháng sinh liều cao và uống thuốc chống nấm, tuy nhiên bệnh tiến triển xấu hơn, xuất hiện liệt các dây thần kinh sọ và đau đầu dữ dội, Chẩn đoán hình ảnh nghi ngờ K vòm, tuy nhiên sau đó khẳng định chẩn đoán Viêm xoang do nấm xâm lấn cấp tính qua bấm sinh thiết vòm. Mặc dù đã dùng Amphotericin B nhưng bệnh nhân vẫn tử vong do nấm xâm lấn nền sọ và giảm bạch cầu do ức chế tủy xương. **Kết luận:** Nấm vững các triệu chứng, dấu hiệu lâm sàng và tiêu chuẩn chẩn đoán giúp cho các nhà lâm sàng chẩn đoán nhanh chóng và điều trị kịp thời, giảm tỉ lệ tử vong đáng kể.

Từ khóa: viêm mũi xoang, *Aspergillus*, cấp tính, xâm lấn, đái đường.

SUMMARY

ACUTE INVASIVE FUNGAL SINUSITIS IN PATIENTS WITH DIABETES MELLITUS

Fungal rhinosinusitis has many different clinical forms, in which acute invasive fungal form is rare, so it is easy to misdiagnose with malignancies. **Clinical case:** A 68-year-old female patient with a history of diabetes presents with fever and pain in the left maxillary sinus. Initial diagnosis was acute sinusitis with *Aspergillus* superinfection and endoscopic sinus surgery. After surgery, the patient was given high-dose antibiotics and anti-fungal drugs, but the disease progressed worse, appeared symptoms of cranial nerve paralysis and severe headache. Imaging tests suspected nasopharyngeal cancer, but the final diagnosis was acute invasive fungal sinusitis by nasopharyngeal biopsy. Despite taking Amphotericin B, the patient still died from fungi invading the skull base and leukopenia due to bone marrow suppression. **Conclusion:** Mastering the symptoms, clinical signs and diagnostic criteria helps clinicians make a quick diagnosis and timely treatment, significantly reducing mortality.

Keywords: rhinosinusitis, *Aspergillus*, acute, invasive, diabetes.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm mũi xoang do nấm có xu hướng gia tăng trong những năm gần đây cùng với sự đô thị hóa, ô nhiễm môi trường và sự gia tăng của các bệnh nhân suy giảm miễn dịch như đái tháo

*Trường Đại học Y Dược, ĐHQG Hà Nội,

**Bệnh viện Hữu Nghị đa khoa Nghệ An

Chịu trách nhiệm chính: Đoàn Thị Hồng Hoa

Email: dhhoa63@yahoo.fr

Ngày nhận bài: 22.6.2021

Ngày phản biện khoa học: 20.8.2021

Ngày duyệt bài: 27.8.2021