

- burden of patients with pemphigus from a societal perspective. *Expert Rev Pharmacoecon Outcomes Res.* Feb 2021;21(1):77-86. doi:10.1080/14737167.2020.1722104
2. **Kang S AM, Bruckner AL, Enk AH, Margolis DJ, McMichael AJ, Orringer JS. eds.** Fitzpatrick's Dermatology. 9th edition ed. vol 2. Chapter 165: Varicella and Herpes Zoster. McGraw Hill; 2019.
 3. **Tabolli S, Mozzetta A, Antinone V, Alfani S, Cianchini G, Abeni D.** The health impact of pemphigus vulgaris and pemphigus foliaceus assessed using the Medical Outcomes Study 36-item short form health survey questionnaire. *Br J Dermatol.* May 2008;158(5):1029-34. doi:10.1111/j.1365-2133.2008.08481.x
 4. **Phạm Thị Thảo QTHG, Phạm Thị Minh Phương.** Chất lượng cuộc sống và các yếu tố liên quan của bệnh nhân pemphigus thông thường. *Tạp chí Da liễu học Việt Nam.* 2022;(38):pp. 72 - 81.
 5. **Ghodsi SZ, Chams-Davatchi C, Daneshpazhooh M, Valikhani M, Esmaili N.** Quality of life and psychological status of patients with pemphigus vulgaris using Dermatology Life Quality Index and General Health Questionnaires. *J Dermatol.* Feb 2012;39(2):141-4. doi:10.1111/j.1346-8138.2011.01382.x
 6. **Sung JY, Roh MR, Kim SC.** Quality of Life Assessment in Korean Patients with Pemphigus. *Ann Dermatol.* Oct 2015;27(5):492-8. doi:10.5021/ad.2015.27.5.492
 7. **Paradisi A, Sampogna F, Di Pietro C, et al.** Quality-of-life assessment in patients with pemphigus using a minimum set of evaluation tools. *J Am Acad Dermatol.* Feb 2009;60(2):261-9. doi:10.1016/j.jaad.2008.09.014
 8. **Tee CT, Lee CS, Gunabalasingam P.** Characteristics and quality of life in pemphigus patients. *Med J Malaysia.* May 2022;77(3):324-330.

ĐẶC ĐIỂM HÌNH THÁI TRÊN PHIM SỌ THẲNG Ở NGƯỜI BỆNH MẤT CÂN XỨNG MẶT

Tạ Thị Lan Anh¹, Nguyễn Thị Thúy Nga¹, Võ Thị Minh Hảo¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: So sánh một số đặc điểm hình thái xương sọ mặt trên phim sọ thẳng ở người mất cân xứng mặt và người không mất cân xứng mặt. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên phim sọ thẳng của 31 người bệnh từ 16 tuổi được chẩn đoán mất cân xứng mặt tại bệnh viện Răng Hàm Mặt Trung ương Hà Nội và phim sọ thẳng của 10 người từ 16 tuổi, có khuôn mặt không phát hiện mất cân xứng trên lâm sàng. **Kết quả:** Trong 31 người bệnh mất cân xứng mặt, 58,06% là nữ giới. Bệnh nhân có tỷ lệ sai lệch cằm trái cao 66,67%, gấp đôi bất cân xứng bên phải. Độ lệch cằm, độ lệch đường giữa hàm dưới và độ lệch điểm trước góc hàm mặt theo chiều dọc ở người bất cân xứng mặt lớn hơn ở người không bất cân xứng lần lượt là $12,2 \pm 1,06\text{mm}$, $0,97 \pm 0,39\text{mm}$ và $3,93 \pm 0,46\text{mm}$. Độ nghiêng mặt phẳng nhai ở nhóm người bất cân xứng mặt lớn hơn $1,73 \pm 0,31\text{mm}$ so với nhóm người không bất cân xứng mặt. Sự chênh lệch góc di lệch cằm giữa hai nhóm đối tượng là $11,15 \pm 0,93$ độ. Ở nhóm người bất cân xứng mặt, góc di lệch mặt phẳng nhai và góc di lệch mặt phẳng góc hàm lớn hơn lần lượt là $2,2 \pm 0,44$ độ và $1,74 \pm 0,54$ độ so với ở người không bất cân xứng mặt. **Kết luận:** Bệnh nhân mất cân xứng mặt bên trái chiếm đa số. Bất cân xứng mặt ít có ảnh hưởng tăng mặt giữa mà chủ yếu là tăng mặt dưới, cụ thể lệch mặt thường kèm theo lệch cằm,

lệch góc hàm và lệch đường giữa hàm dưới.

Từ khoá: sai lệch cằm, mất cân xứng mặt.

SUMMARY

MORPHOLOGICAL CHARACTERISTICS ON POSTEROANTERIOR CEPHALOMETRIC RADIOGRAPHS IN PATIENTS WITH FACIAL ASYMMETRY

Objective: To compare some morphological characteristics of craniofacial bones on posteroanterior cephalometric radiographs in patients with facial asymmetry and those without facial asymmetry. **Subjects and Methods:** This was a cross-sectional descriptive study conducted on posteroanterior cephalometric radiographs of 31 patients aged 16 years and older, diagnosed with facial asymmetry at Hanoi Central Odonto-Stomatology Hospital, and 10 individuals aged 16 years and older with clinically undetected facial asymmetry. **Results:** Among the 31 patients with facial asymmetry, 58,06% were female. The patients showed a higher rate of left chin deviation, accounting for 66,67%, which was twice the rate of right-sided asymmetry. The chin deviation, lower jaw midline deviation, and lateral deviation of the anterior mandibular angle in the facial asymmetry group were $12,2 \pm 1,06\text{mm}$, $0,97 \pm 0,39\text{mm}$, and $3,93 \pm 0,46\text{mm}$, respectively, which were significantly higher than those in the non-asymmetry group. The occlusal plane inclination in the facial asymmetry group was greater by $1,73 \pm 0,31\text{mm}$ compared to the non-asymmetry group. The difference in the mandibular deviation angle between the two groups was $11,15 \pm 0,93$ degrees. In the facial asymmetry group, the occlusal plane deviation angle and mandibular angle deviation were significantly higher, measuring $2,2 \pm 0,44$ degrees and $1,74 \pm 0,54$

¹Trường Đại học Y Dược – Đại học Quốc gia Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Tạ Thị Lan Anh

Email: lananhrhm1005@gmail.com

Ngày nhận bài: 13.5.2025

Ngày phản biện khoa học: 19.6.2025

Ngày duyệt bài: 24.7.2025

degrees, respectively, compared to the non-asymmetry group. **Conclusion:** The majority of patients had left-sided facial asymmetry. Facial asymmetry has less impact on the middle face but primarily affects the lower face, specifically with deviations of the face often accompanying deviations of the chin, mandibular angle, and lower jaw midline.

Keywords: Chin deviation, facial asymmetry.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

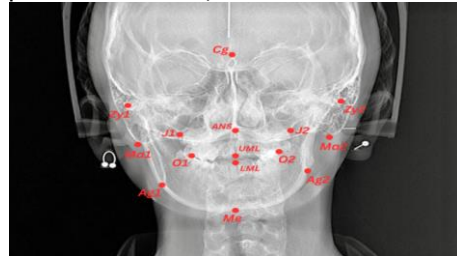
Sự cân xứng mặt là sự cân đối về kích thước, hình dạng, vị trí của các cấu trúc khuôn mặt ở hai bên phía đối diện của mặt phẳng dọc giữa [1]. Mặc dù sự mất cân xứng nhẹ trên khuôn mặt là phổ biến và ít được phát hiện, nhưng khi sự mất cân xứng trở nên rõ rệt hoặc ảnh hưởng đến chức năng và thẩm mỹ, nó có thể gây ra các vấn đề về sức khỏe cũng như ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống của người bệnh. Trong y văn, tỷ lệ gặp bất cân xứng mặt trên lâm sàng khá phổ biến, từ 21% đến 85% [2]. Một trong những công cụ quan trọng giúp đánh giá tình trạng mất cân xứng mặt là phim sọ thẳng. Phim sọ thẳng cho phép bác sĩ có cái nhìn tổng quát về cấu trúc và hình thái của xương sọ, giúp phát hiện các sự bất đối xứng giữa hai bên mặt. Các chỉ số hình thái trên phim sọ thẳng có thể cung cấp thông tin về các mối tương quan giữa các phần khác nhau của xương sọ mặt, cung răng và đường giữa khuôn mặt. Xuất phát từ tầm quan trọng, ý nghĩa và thực tế này, chúng tôi đã tiến hành nghiên cứu này với mục tiêu: *So sánh một số đặc điểm hình thái xương sọ mặt trên phim sọ thẳng ở người mất cân xứng mặt và người không mất cân xứng mặt.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu được tiến hành trên 31 phim sọ thẳng của người bệnh từ 16 tuổi được chẩn đoán mất cân xứng mặt tại bệnh viện Răng Hàm Mặt Trung ương Hà Nội và phim sọ thẳng của 10 người từ 16 tuổi, có khuôn mặt không phát hiện mất cân xứng trên lâm sàng. Các tiêu chí lựa

chọn phim sọ thẳng ở nhóm người BCXM bao gồm: 1. Phim sọ thẳng của bệnh nhân từ 16 tuổi trở lên có chẩn đoán bất cân xứng mặt; 2. Người bệnh chưa từng chỉnh hình răng hoặc chỉnh hình xương trước đó. Tiêu chí loại trừ ra khỏi nghiên cứu bao gồm: bệnh nhân rối loạn tâm thần, bệnh nhân không hợp tác, bệnh nhân mắc các dị tật bẩm sinh, hội chứng teo nửa mặt hay có tiền sử chấn thương vùng hàm mặt.

Nghiên cứu nhóm BCXM với cỡ mẫu là 30 được ước theo công thức cỡ mẫu 1 tỷ lệ tham khảo số liệu ($P = 0,8$) từ nghiên cứu của Wang và cộng sự [3] với mức ý nghĩa thống kê $\alpha = 0,05$ và sai số tuyệt đối $d = 0,15$. Nhóm KBCXM có cỡ mẫu thuận tiện. Các chỉ số đo lường trên phim sọ thẳng được phân tích bằng phần mềm VNCeph để chuẩn hóa, chấm điểm và đo lường.



Hình 1: Các điểm mốc sử dụng trên phim sọ thẳng

Các đường thẳng tham chiếu: Đường thẳng đi qua điểm mào gà (Cg) và điểm gai mũi trước (ANS) được gọi là trục giữa mặt (MP), đường thẳng vuông góc với trục giữa mặt là đường tham chiếu ngang (MP'), đường thẳng đi qua điểm tiếp khớp giữa răng số 6 hai hàm ở bên phải và bên trái (O1, O2) gọi là mặt phẳng nhai (OP), đường thẳng đi qua điểm chấm bên phải và bên trái (Ma1, Ma2) là mặt phẳng xương chũm (MA), đường thẳng đi qua điểm trước góc hàm bên phải và trái (Ag1, Ag2) là mặt phẳng góc hàm (AG), đường thẳng đi qua Z1 và Z2 là mặt phẳng trán (FF).

Bảng 1: Các biến số trên phim sọ thẳng

Phân loại biến số	Biến số	Phân loại biến		Đơn vị	Cách xác định	Định nghĩa
		Định tính	Định lượng			
Độ di lệch góc của một số mặt phẳng so với mặt phẳng ngang tham chiếu	MOP		x	Độ	Góc giữa (MP') và (OP)	Góc di lệch mặt phẳng nhai
	MAG		x	Độ	Góc giữa (MP') và (AG)	Góc di lệch mặt phẳng góc hàm
	MMA		x	Độ	Góc giữa (MP') và (MA)	Góc di lệch mặt phẳng xương chũm
Mức độ BCXM	MMe		x	Độ	Góc giữa (MP) và đường thẳng nối ANS và Me	Mức độ BCXM
Độ lệch khoảng cách	Ma-FF		x	mm	Độ chênh lệch khoảng cách từ điểm Ma hai bên tới (MP)	Độ lệch điểm chấm hai bên

theo chiều dọc	J-FF		x	mm	Độ chênh lệch khoảng cách từ điểm J hai bên tới (MP)	Độ lệch điểm gò má – hàm trên hai bên
	Ag-FF		x	mm	Độ chênh lệch khoảng cách từ điểm Ag hai bên tới (MP)	Độ lệch điểm trước góc hàm hai bên
	Zy-FF		x	mm	Độ chênh lệch khoảng cách từ điểm Zy hai bên tới (MP)	Độ lệch điểm cung tiếp hai bên
	O-FF		x	mm	Độ chênh lệch khoảng cách từ điểm O1 và O2 tới (FF)	Độ nghiêng mặt phẳng nhai
Độ lệch khoảng cách theo chiều ngang	Me-MP		x	mm	Khoảng cách từ Me tới (MP)	Độ lệch cằm
	UML-MP		x	mm	Khoảng cách từ UML đến (MP)	Độ lệch đường giữa hàm trên
	LML-MP		x	mm	Khoảng cách từ LML đến (MP)	Độ lệch đường giữa hàm dưới

Tiêu chuẩn và danh pháp đánh giá BCXM trên phim sọ thẳng

Tiêu chuẩn đánh giá BCXM trên phim sọ thẳng
- Kích thước Me lệch so với trục giữa mặt > 4mm: có BCXM (có lệch)

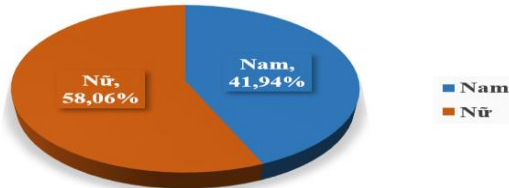
Danh pháp đánh giá BCXM trên phim sọ thẳng

- Bên lệch: cùng bên với bên Me lệch
- Bên không lệch: khác bên với bên Me lệch
- Góc giữa trục giữa mặt và đường chạy qua ANS và Me được xác định là mức độ của BCXM.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Phân bố theo giới



Biểu đồ 1: Phân bố giới tính của đối tượng nghiên cứu

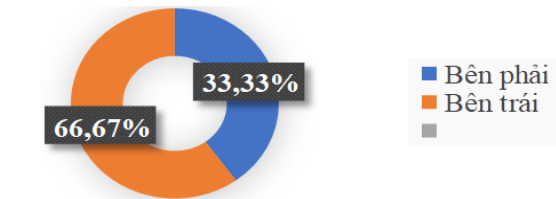
Nhận xét: Nghiên cứu được thực hiện trên 31 bệnh nhân, trong đó có 58,06% là nữ giới. Tỷ lệ nữ giới chiếm ưu thế hơn so với nam giới (41,94%).

Phân bố bên BCXM

Bảng 3: So sánh độ lệch các khoảng cách ở hai bên theo chiều dọc giữa người BCXM và người KBCXM

Định nghĩa	Biến số	Chênh lệch khoảng cách ở người BCXM	Chênh lệch khoảng cách ở người KBCXM	Khác nhau	p
Độ lệch điểm cung tiếp 2 bên	Zy - FF	0,53 ± 0,47	0,4 ± 0,21	0,13 ± 0,11	0,5647
Độ lệch điểm chấm 2 bên	Ma - FF	1,31 ± 1,46	0,43 ± 0,31	0,88 ± 0,28	0,06
Độ lệch điểm gò má-hàm trên 2 bên	J - FF	0,6 ± 0,68	0,39 ± 0,17	0,22 ± 0,13	0,2391
Độ lệch điểm trước góc hàm 2 bên	Ag - FF	4,33 ± 2,51	0,4 ± 0,22	3,93 ± 0,46	0,9171
Độ nghiêng mặt phẳng nhai	O-FF	2,24 ± 1,54	0,51 ± 0,47	1,73 ± 0,31	0,5899

Nhận xét: - Độ lệch điểm cung tiếp, điểm chấm và điểm gò má – hàm trên hai bên ở nhóm



Biểu đồ 2: Phân bố bên bất cân xứng mặt

Nhận xét: BCXM bên trái chiếm ưu thế hơn với 66,67%, gấp 2 lần so với BCXM bên phải (33,33%)

3.2. Một số đặc điểm cấu trúc xương sọ mặt và mối tương quan trên phim sọ thẳng ở người BCXM

Bảng 2: So sánh độ lệch đường giữa hàm trên UML-MP, độ lệch đường giữa hàm dưới LML-MP và độ lệch cằm ở người BCXM và người KBCXM

Biến số	Người BCXM	Người KBCXM	Khác nhau
Độ lệch cằm	12,6±5,86	0,39±0,33	12,2±1,06*
UML-MP	1,57±1,17	1,01±0,91	0,56±0,36
LML-MP	1,92±1,45	0,94±0,92	0,97±0,39*

* Kiểm định t-test. $p < 0,05$: có ý nghĩa thống kê.

Nhận xét: Độ lệch cằm, độ lệch đường giữa hàm dưới ở người bất cân xứng mặt lớn hơn ở người không bất cân xứng lần lượt là $12,2 \pm 1,06\text{mm}$ và $0,97 \pm 0,39\text{mm}$, có ý nghĩa thống kê.

Bảng 3: So sánh độ lệch các khoảng cách ở hai bên theo chiều dọc giữa người BCXM và người KBCXM

Định nghĩa	Biến số	Chênh lệch khoảng cách ở người BCXM	Chênh lệch khoảng cách ở người KBCXM	Khác nhau	p
Độ lệch điểm cung tiếp 2 bên	Zy - FF	0,53 ± 0,47	0,4 ± 0,21	0,13 ± 0,11	0,5647
Độ lệch điểm chấm 2 bên	Ma - FF	1,31 ± 1,46	0,43 ± 0,31	0,88 ± 0,28	0,06
Độ lệch điểm gò má-hàm trên 2 bên	J - FF	0,6 ± 0,68	0,39 ± 0,17	0,22 ± 0,13	0,2391
Độ lệch điểm trước góc hàm 2 bên	Ag - FF	4,33 ± 2,51	0,4 ± 0,22	3,93 ± 0,46	0,9171
Độ nghiêng mặt phẳng nhai	O-FF	2,24 ± 1,54	0,51 ± 0,47	1,73 ± 0,31	0,5899

người BCXM hơn nhóm người KBCXM lần lượt là $0,13 \pm 0,11\text{mm}$, $0,88 \pm 0,28\text{mm}$ và $0,22 \pm 0,13\text{mm}$.

0,13mm, đều không có ý nghĩa thống kê.

- Độ lệch điểm trước góc hàm hai bên ở người BCXM lớn hơn $3,93 \pm 0,46\text{mm}$ so với độ lệch điểm này ở người KBCXM, không có ý nghĩa thống kê.

- Độ nghiêng mặt phẳng nhai ở nhóm người BCXM trung bình là $2,24 \pm 1,54\text{mm}$, lớn hơn $1,73 \pm 0,31\text{mm}$ ở nhóm người KBCXM ($0,4 \pm 0,22\text{mm}$), không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

Bảng 4: So sánh các góc giữa các mặt phẳng biến số ở người BCXM và người KBCXM

Biến số	Người BCXM	Người KBCXM	Khác nhau
MOP	$2,70 \pm 2,40$	$0,50 \pm 0,24$	$2,2 \pm 0,44^*$
MAG	$2,87 \pm 1,93$	$1,13 \pm 1,29$	$1,74 \pm 0,54^*$
MMA	$1,17 \pm 0,88$	$1,27 \pm 0,80$	$-0,1 \pm 0,3$
MMe	$11,64 \pm 5,15$	$0,48 \pm 0,24$	$11,15 \pm 0,93^*$

* Kiểm định t-test; $p < 0,05$: có ý nghĩa thống kê

Nhận xét: - Ở nhóm người bất cân xứng mặt, góc di lệch mặt phẳng nhai và góc di lệch mặt phẳng góc hàm lớn hơn lần lượt là $2,2 \pm 0,44$ độ và $1,74 \pm 0,54$ độ so với ở người không bất cân xứng mặt, có ý nghĩa thống kê.

- Sự chênh lệch góc di lệch cằm giữa hai nhóm đối tượng là $11,15 \pm 0,93$ độ, có ý nghĩa thống kê.

IV. BÀN LUẬN

Chúng tôi tiến hành trên mẫu nghiên cứu gồm 31 bệnh nhân, trong số đó có 18 người bệnh là nữ (58,06%) và 13 bệnh nhân là nam, chiếm 41,94%. Điều này cho thấy rằng tỷ lệ nữ cao hơn trong nghiên cứu và tỷ lệ này phù hợp với nghiên cứu của tác giả Sato S năm 2010 thực hiện nghiên cứu trên 116 bệnh nhân có lệch mặt, gồm 81 nữ (69,83%) và 35 nam (chiếm 30,17%) [4].

Có một điểm đáng lưu ý trong nghiên cứu của chúng tôi là tỷ lệ BCXM bên trái chiếm ưu thế hơn (66,67%), gấp 2 lần so với BCXM bên phải. Kết quả này tương tự như nghiên cứu của tác giả Haraguchi S [5] có 79,3% những người bị lệch cằm sang trái. Điểm này có thể bởi vì tiềm năng tăng trưởng chiếm ưu thế hơn ở phía bên phải của khuôn mặt, đặc biệt là kích thước hộp sọ và não bên phải thường lớn hơn [6].

Trong nghiên cứu của chúng tôi, bệnh nhân có độ lệch cằm khá lớn, trung bình là $12,6 \pm 5,86\text{mm}$, trong khi đó độ lệch cằm của người không BCXM là $0,39 \pm 0,33\text{mm}$ với sự chênh lệch trung bình là $12,2 \pm 1,06\text{mm}$. Bên cạnh đó, góc di lệch cằm (MMe) ở nhóm người BCXM hơn nhóm KBCXM là $11,15 \pm 0,93$ độ, có ý nghĩa thống kê. Kết quả này cao hơn so với kết quả

nghiên cứu của tác giả Võ Thị Minh Hào với độ lệch cằm của người bệnh BCXM là $7,38 \pm 4,48\text{mm}$, góc di lệch cằm là $6 \pm 3,5$ độ [9]. Các kết quả này cho thấy rằng cằm đóng vai trò quan trọng trong việc phản ánh bất cân xứng khuôn mặt.

Mức độ lệch đường giữa răng cửa hàm dưới trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi là $1,92 \pm 1,45\text{mm}$ có ý nghĩa thống kê, nhiều hơn độ lệch đường giữa răng cửa hàm trên (UML-MP = $1,57 \pm 1,17\text{mm}$, không có ý nghĩa thống kê). Điều này có thể nói, trong trường hợp có BCX hàm dưới thì luôn có lệch cằm kèm theo.

Chúng tôi tiến hành đo đạc các điểm ở tầng mặt giữa, bao gồm các điểm như điểm chấm Ma, điểm gò má-hàm trên J và điểm điểm cung tiếp Zy. Trong nghiên cứu này, độ lệch điểm cung tiếp, điểm chấm và điểm gò má – hàm trên hai bên ở nhóm người BCXM lần lượt là $0,53 \pm 0,47\text{mm}$, $1,31 \pm 1,46\text{mm}$ và $0,6 \pm 0,68\text{mm}$ lớn hơn các độ lệch này ở nhóm người không BCXM (nhóm KBCXM lần lượt có độ khoảng cách là $0,4 \pm 0,21\text{mm}$, $0,43 \pm 0,31\text{mm}$ và $0,39 \pm 0,17\text{mm}$), đều không có ý nghĩa thống kê. Các kết quả này cho thấy rằng mức độ bất cân xứng mặt không có ảnh hưởng rõ rệt đến cấu trúc xương ở tầng mặt giữa.

Ở tầng mặt dưới, một trong những đặc điểm hình thái khác dễ nhận thấy khi có BCXM là lệch góc hàm. Độ lệch điểm trước góc hàm hai bên theo chiều đứng ở nhóm BCXM đạt giá trị cao là $4,33 \pm 2,51\text{mm}$, trong khi ở nhóm KBCXM chỉ là $0,4 \pm 0,22\text{mm}$ với sự chênh lệch trung bình lớn đến $3,93 \pm 0,46\text{mm}$. Kết quả này tương tự như nghiên cứu của tác giả Võ Thị Minh Hào với khoảng cách góc hàm bên lệch tới mặt phẳng trán lớn hơn bên không lệch là $3,59 \pm 3,43\text{mm}$ trên phim CBCT [9]. Điểm trước góc hàm là một trong các điểm giải phẫu quan trọng để đánh giá hình thái vùng mặt dưới, đặc biệt liên quan đến phát triển chiều dọc của ngành lên xương hàm dưới. Về mặt phẳng nhai, chúng tôi nhận thấy rằng độ nghiêng mặt phẳng nhai ở nhóm bất cân xứng mặt lớn hơn nhóm không BCXM khá lớn, $1,73 \pm 0,31\text{mm}$. Điều này cho thấy rằng trong nhóm bệnh nhân có bất cân xứng mặt có bệnh nhân bị bất cân xứng theo chiều dọc, trong đó mặt phẳng cắn bị nghiêng (canting) [7]. Các kết quả này cho thấy trong mẫu nghiên cứu ít có ảnh hưởng tầng mặt giữa mà chủ yếu là lệch tầng mặt dưới, đặc biệt là hàm dưới thường là cấu trúc bị ảnh hưởng khi có BCX sọ mặt.

V. KẾT LUẬN

Bệnh nhân mất cân xứng mặt bên trái chiếm đa số. Bất cân xứng mặt ít có ảnh hưởng tầng

mặt giữa mà chủ yếu là tăng mặt dưới, cụ thể lệch mặt thường kèm theo lệch cằm, lệch góc hàm và lệch đường giữa hàm dưới.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Ramirez-Yañez GO, Stewart A, Franken E, Campos K. Prevalence of mandibular asymmetries in growing patients. *Eur J Orthod*. 2011;33(3):236-242. doi:10.1093/ejo/cjq057
2. Samman N, Tong AC, Cheung DL, Tideman H. Analysis of 300 dentofacial deformities in Hong Kong. *Int J Adult Orthodon Orthognath Surg*. 1992;7(3):181-185.
3. Zhu Y, Zheng S, Yang G, et al. A novel method for 3D face symmetry reference plane based on weighted Procrustes analysis algorithm. *BMC Oral*

Health. 2020;20(1):319. doi:10.1186/s12903-020-01311-3

4. Ishizaki K, Suzuki K, Mito T, Tanaka EM, Sato S. Morphologic, functional, and occlusal characterization of mandibular lateral displacement malocclusion. *Am J Orthod Dentofacial Orthop*. 2010;137(4):454.e1-9; discussion 454-455. doi:10.1016/j.ajodo.2009.10.031
5. Haraguchi S, Iguchi Y, Takada K. Asymmetry of the face in orthodontic patients. *Angle Orthod*. 2008;78(3):421-426. doi:10.2319/022107-85.1
6. Thiesen G, Gribel BF, Kim KB, Pereira KCR, Freitas MPM. Prevalence and Associated Factors of Mandibular Asymmetry in an Adult Population. *J Craniofac Surg*. 2017;28(3):e199-e203. doi:10.1097/SCS.0000000000003371

HIỆU QUẢ ĐIỀU TRỊ CHỮA Ở SẴO MỔ LẤY THAI BẰNG PHƯƠNG PHÁP HÚT CHÂN KHÔNG DƯỚI HƯỚNG DẪN SIÊU ÂM TẠI BỆNH VIỆN PHỤ SẢN NAM ĐỊNH

Nguyễn Công Trình¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và đánh giá kết quả điều trị chữa ở sỡ mổ lấy thai (CSMLT) bằng phương pháp hút chân không dưới hướng dẫn siêu âm tại Bệnh viện Phụ sản Nam Định từ năm 2023 đến 2024. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả hồi cứu trên 46 bệnh án bệnh nhân CSMLT được điều trị bằng hút chân không có hỗ trợ siêu âm, kết hợp chèn bóng Foley khi cần thiết. **Kết quả:** Tuổi trung bình sản phụ: $32,7 \pm 4,88$ tuổi; 84,8% sản phụ đã sinh ≥ 2 lần; 56,5% từng mổ lấy thai 2 lần. Tỷ lệ điều trị thành công: 97,8%; Thời gian điều trị trung bình: $4,47 \pm 1,49$ ngày. **Kết luận:** Phương pháp hút thai dưới hướng dẫn siêu âm kết hợp chèn bóng Foley cho hiệu quả cao, ít biến chứng trong điều trị CSMLT giai đoạn sớm. Nên tăng cường chẩn đoán sớm và điều trị tại tuyến tỉnh để giảm nguy cơ biến chứng và bảo tồn khả năng sinh sản cho bệnh nhân. **Từ khóa:** Chửa ở sỡ mổ lấy thai, Điều trị bảo tồn.

SUMMARY

EFFECTIVENESS OF VACUUM ASPIRATION UNDER ULTRASOUND GUIDANCE IN THE MANAGEMENT OF CESAREAN SCAR PREGNANCY AT NAM DINH OBSTETRICS AND GYNECOLOGY HOSPITAL

Objectives: To describe the clinical and paraclinical characteristics and evaluate the treatment

outcomes of cesarean scar pregnancy (CSP) using ultrasound-guided vacuum aspiration at Nam Dinh Obstetrics and Gynecology Hospital from 2023 to 2024. **Methods:** A retrospective descriptive study was conducted on 46 medical records of CSP patients treated with ultrasound-guided vacuum aspiration, combined with Foley balloon tamponade when necessary. **Results:** The mean maternal age was 32.7 ± 4.88 years; 84.8% had delivered at least twice; 56.5% had undergone two previous cesarean sections. The treatment success rate was 97.8%, and the average treatment duration was 4.47 ± 1.49 days. **Conclusion:** Ultrasound-guided vacuum aspiration combined with Foley balloon tamponade proved to be a highly effective and low-complication method for early-stage CSP management. Early diagnosis and treatment at provincial-level hospitals should be strengthened to reduce complications and preserve fertility. **Keywords:** Cesarean scar pregnancy, Conservative treatment.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Chửa ở sỡ mổ lấy thai (CSMLT) là một dạng hiếm gặp nhưng ngày càng phổ biến của thai ngoài tử cung, khi phôi làm tổ tại vị trí sẹo mổ trên cơ tử cung từ lần mổ lấy thai trước đó. Mặc dù tỷ lệ mắc thấp, chỉ chiếm khoảng 0,15% số thai phụ có tiền sử mổ lấy thai, nhưng CSMLT có thể dẫn đến các biến chứng nguy hiểm như vỡ tử cung, băng huyết, thậm chí tử vong nếu không được chẩn đoán và can thiệp kịp thời.¹

Sự gia tăng tỷ lệ mổ lấy thai trong những thập kỷ gần đây là một yếu tố góp phần làm tăng số ca CSMLT. Nhờ tiến bộ trong kỹ thuật siêu âm đầu dò âm đạo, đặc biệt khi kết hợp với Doppler màu, việc phát hiện sớm CSMLT trong

¹Trường Đại học Điều dưỡng Nam Định

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Công Trình

Email: nguyencongtrinh@ndun.edu.vn

Ngày nhận bài: 13.5.2025

Ngày phản biện khoa học: 19.6.2025

Ngày duyệt bài: 23.7.2025