

Sốt	13	40,6	1	3,1
Sút cần	13	40,6	0	100

Bảng 6 cho thấy trước khi điều trị toàn trạng của BN có PS=1;2;3 có tỷ lệ lần lượt là 32,8%; 43,8%; 23,4%. Sau xạ trị, toàn trạng của BN đã thay đổi như sau: PS=1;2;3 có tỷ lệ lần lượt là 48,2%; 34,4% và 4,8%. Như vậy, tỷ lệ BN có PS=1 tăng từ 32,8% lên 48,2% và PS=3 giảm từ 23,4% xuống 4,8%. Chứng tỏ chỉ số này của BN được cải thiện sau xạ trị, khi xét mối liên quan giữa PS trước và sau xạ trị thì sự khác biệt này là có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$ .

## V. KẾT LUẬN

Bệnh thường gặp ở nam giới (81,3%), khoảng tuổi 51-70 chiếm 61,9%, đến viện trong vòng hơn 1 tháng tính từ khi có triệu chứng (37,5%). Triệu chứng phổ biến nhất là đau đầu (100%); nôn và buồn nôn (93,8%); yếu chi, liệt (68,8%); tiền sử hút thuốc là 71,9% (ở nam là 88,5%).

Trên hình ảnh MRI sọ não, phần lớn tổn thương di căn ở bán cầu đại não (71,9%), 1 ổ (46,9%), kích thước 20-30mm (37,5%).

Đa số BN là ung UTBM tuyến (65,6%). Trong nhóm BN này 67,7% BN có CEA và 68,8% có Cyfra 21-1 huyết thanh cao hơn giới hạn bình thường.

WBRT làm biến mất tổn thương di căn não 6,2%, thu nhỏ kích thước ổ di căn (53,2%), kiểm soát tổn thương di căn ở 96,9% BN.

WBRT giúp cải thiện chỉ số PS ở 84,4%; tỷ lệ BN có thuyên giảm các triệu chứng cơ năng

chiếm 62,5%, trong đó có 12,5% BN hết hoàn toàn triệu chứng.

Tóm lại, WBRT giúp kiểm soát nhanh chóng và giảm nhẹ triệu chứng chèn ép thần kinh và nâng cao chất lượng sống cho BN.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Globocan 2020 Vietnam [Online]** Gco.iarc.fr/today/data/factsheets/populations/704-viet-nam-fact-sheets.pdf
2. **Ngô Quý Châu** (2008). Ung thư phổi. Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, 28-288.
3. **Nguyễn Bá Đức, Bùi Công Toàn, Trần Văn Thuận** (2007). Ung thư phổi. Chẩn đoán và điều trị bệnh ung thư, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, 176-187.
4. National Comprehensive Cancer Network (2021). Central Nervous System Cancers. Clinical practice guidelines in oncology, V.6.2021.
5. **Nguyễn Hoài Nga, Bùi Diệu, Trần Văn Thuận, Bùi Công Toàn** (2011). Nhận xét một số đặc điểm dịch tễ, lâm sàng, cận lâm sàng ung thư phổi nguyên phát. Tạp chí Ung thư học Việt Nam, số 3, 2011, 210-215.
6. **Lê Duy Sơn** (2017). Đánh giá kết quả xạ trị gia tốc di căn não trong ung thư phế quản phổi. Luận văn thạc sỹ Y học, 59-68.
7. **Edward S, Charles S, Luis S, et al** (2000). Single dose radiosurgical treatment of recurrent previously irradiated primary brain tumors and brain metastases: final report of RTOG protocol 90-05. International Journal of Radiation Oncology. Biology. Physics, 47(2), 291-298.
8. **Khosla A** (2013). Brain metastases Imaging: Imaging. <http://medicine.medscape.com>
9. **Eichler A.F, Loeffler J.S** (2007). Multidisciplinary Management of Brain Metastases. The Oncologist, 12(7), 884-898.

## MỘT SỐ CHỈ SỐ TRÊN PHIM ĐO SỌ MẶT NGHIÊNG CỦA BỆNH NHÂN SAI KHỚP CĂN LOẠI II

Hoàng Việt Hải\*

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Đánh giá một số chỉ số trên phim đo sọ mặt của bệnh nhân có sai khớp cắn loại II do lùi xương hàm dưới. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu được thực hiện trên 46 phim đo sọ mặt của bệnh nhân có sai khớp cắn loại II do lùi hàm dưới, độ tuổi trung bình là 10-14 tuổi. **Kết**

**quả:** Góc SNA tăng nhẹ (83,6<sup>0</sup>), góc SNB giảm (75,9<sup>0</sup>) cho thấy có sự lùi hàm dưới, góc ANB cao hơn bình thường (6,5<sup>0</sup>) cho thấy tương quan xương hai hàm loại II, góc liên răng cửa giảm, góc răng cửa trên và góc răng cửa dưới tăng (114,4<sup>0</sup>). Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về giới trong nhóm đối tượng nghiên cứu. **Kết luận:** Hàm dưới lùi so với nền sọ trước, tương quan xương hai hàm loại II và trục răng cửa trên và dưới ngả trước.

**Từ khóa:** Phim đo sọ mặt, Sai khớp cắn loại II, Lùi hàm dưới

### SUMMARY

**CEPHALOMETRIC CHARACTERISTICS OF PATIENTS WITH CLASS II MALOCCLUSION**

\*Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Hoàng Việt Hải

Email: hoangviethai@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 4.8.2021

Ngày phản biện khoa học: 4.10.2021

Ngày duyệt bài: 13.10.2021

**Objective:** To evaluate the cephalometric dento-skeletal characteristics of the Class II with retracted mandibular patients. **Materials and methods:** The material examined included 46 lateral head radiographs of the Class II with retracted mandibular patients. Age range of the representing children was 10–13 years. **Results:** There were prognathic maxilla as indicated by slightly higher SNA angle ( $83.6^{\circ}$ ), retrognathic mandible as indicated by reduced SNB angle ( $75.9^{\circ}$ ), skeletal class II base relationship as shown by higher ANB angle ( $6.5^{\circ}$ ), decreased interincisal angle as shown by low UI/LI angle ( $114.4^{\circ}$ ). No statistically significant difference between genders was found. **Conclusions:** The mandible was retracted in relation to the cranial base. The maxillo-mandibular relation were Class II and patients have proclined upper and lower incisors.

**Key words:** Cephalometrics; Class II malocclusion; Retrognathic mandible

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Sai khớp cắn, trong đó có sai khớp cắn loại II, có một tỉ lệ khá cao<sup>1</sup>. Sai khớp cắn ảnh hưởng tiêu cực đến cuộc sống vì nó gây ra các vấn đề về tâm lý, nguy cơ chấn thương răng, giảm chức năng ăn nhai và tạo điều kiện cho một số bệnh răng miệng hình thành và phát triển. Sai khớp cắn loại II là một trong những hình thái khớp cắn thường gặp trong lâm sàng điều trị chỉnh nha<sup>2,3</sup>. Sai khớp cắn loại II có nhiều nguyên nhân khác nhau tùy theo tương quan giữa xương và răng hai hàm, có thể do quá phát xương hàm trên, xương hàm dưới kém phát triển, kết hợp cả xương hàm trên và hàm dưới hoặc nguyên nhân do răng... Trong số các nguyên nhân đó thì lùi xương hàm dưới là nguyên nhân hay gặp nhất.

Phân tích trên phim X quang sọ mặt là một phương pháp được sử dụng để đánh giá các chỉ số và tương quan xương vùng sọ mặt. Phương pháp này có tính khách quan cao và có thể đánh giá được cả trên mô cứng cũng như mô mềm. Phim X quang sọ mặt là một công cụ quan trọng trong thực hành lâm sàng và nghiên cứu chỉnh hình răng mặt<sup>4</sup>. Phim Cephalometrics là nguồn cung cấp dữ liệu chính về các chỉ số tương quan của xương, răng và mô mềm trong quá trình điều trị chỉnh hình răng mặt.

Sai khớp cắn loại II có nhiều tác động tiêu cực, trong đó ảnh hưởng nhiều đến thẩm mỹ và chức năng, đặc biệt là thẩm mỹ khuôn mặt khi nhìn nghiêng. Việc đánh giá các chỉ số trên phim Cephalometrics là một trong những cơ sở để chẩn đoán, lập kế hoạch phù hợp và đánh giá kết quả điều trị cho bệnh nhân sai khớp cắn loại II<sup>5</sup>. Do vậy chúng tôi thực hiện đề tài với mục tiêu: *Đánh giá một số chỉ số trên phim đo sọ mặt của bệnh nhân sai khớp cắn loại II do lùi xương hàm dưới.*

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

**2.1. Đối tượng nghiên cứu.** Nghiên cứu được thực hiện trên phim Cephalometrics của bệnh nhân đến khám tại Khoa Răng Hàm Mặt Bệnh viện Đại học Y Hà Nội và Viện Đào tạo Răng Hàm Mặt từ tháng 6 năm 2018 đến tháng 7 năm 2021.

**Tiêu chuẩn lựa chọn:** Phim của bệnh nhân là người Việt Nam, lứa tuổi từ 10 đến 14, được chẩn đoán sai khớp cắn loại II với các tiêu chuẩn: Tương quan răng hàm lớn vĩnh viễn thứ nhất hai bên loại II. Góc ANB >  $4^{\circ}$ . Chỉ số Wits > 2,1mm. Góc SNB <  $78^{\circ}$

**Tiêu chuẩn loại trừ:** Có tiền sử nắn chỉnh răng, chấn thương hàm mặt. Dị dạng bẩm sinh vùng hàm mặt, thiếu hoặc thừa răng. Phim Cephalometrics không đạt tiêu chuẩn để đánh giá.

**2.2. Phương pháp nghiên cứu.** Nghiên cứu mô tả cắt ngang, cỡ mẫu gồm 46 bệnh nhân, trong đó có 24 nữ và 22 nam.

### Các bước tiến hành:

- Khám lâm sàng, chụp phim: Ghi nhận các số liệu nghiên cứu về đặc điểm lâm sàng, Chụp và phân tích trên phim sọ nghiêng.

- Đo và phân tích phim Cephalometrics: Vẽ phim trên giấy chuyên dụng bằng bút chì kim để đánh dấu các điểm mốc. Đánh dấu các điểm mốc, vẽ các mặt phẳng tham chiếu và các góc đo.

### Các chỉ số đo góc và khoảng cách sử dụng trong nghiên cứu:

SNA<sup>(0)</sup>: Góc đánh giá vị trí xương hàm trên theo chiều trước sau so với nền sọ

SNB<sup>(0)</sup>: Góc đánh giá vị trí xương hàm dưới theo chiều trước sau so với nền sọ

ANB<sup>(0)</sup>: Góc đánh giá sự chênh lệch theo chiều trước sau giữa xương hàm trên và xương hàm dưới

N-A-Pog<sup>(0)</sup>: Góc đánh giá tương quan giữa xương hàm trên với mặt nghiêng

N-Pog-FH<sup>(0)</sup>: Góc đánh giá mức độ nhô hay lùi của xương hàm dưới

SN-GoGn<sup>(0)</sup>: Góc tạo bởi mặt phẳng nền sọ và mặt phẳng hàm dưới GoGn

GoMe-FH<sup>(0)</sup>: Góc đánh giá tương quan xương hàm dưới với mặt phẳng Franfort

L1-MP<sup>(0)</sup>: Góc trục răng cửa dưới với mặt phẳng hàm dưới

U1-SN<sup>(0)</sup>: Góc trục răng cửa trên với mặt phẳng nền sọ

PP-MP<sup>(0)</sup>: Góc giữa mặt phẳng hàm trên và hàm dưới

U1/L1<sup>(0)</sup>: Góc giữa trục răng cửa trên và trục răng cửa dưới

Co-A (mm): Chiều dài hiệu quả tăng giữa mặt  
Co-Gn (mm): Chiều dài hiệu quả của xương hàm dưới

Go-Pog (mm): Chiều dài thân xương hàm dưới

Co-Go (mm): Chiều dài cạnh lên xương hàm dưới

Wits (mm): Khoảng cách giữa 2 điểm Ao và Bo (hình chiếu của điểm A, B lên mặt phẳng căn)

**2.4. Xử lý số liệu và hạn chế sai số.** Phim được chụp với tư thế chuẩn: đầu ở tư thế tự nhiên mắt nhìn thẳng ra trước, khớp cắn lồng múi tối đa, môi ở tư thế nghỉ. Bên trái đầu tiếp

xúc với phim để giảm độ phóng đại và biến dạng. Phim được và đo bởi một cùng một người để loại bỏ sai số giữa nhiều người. Số liệu được xử lý bằng phần mềm SPSS 17.0, sử dụng T-test, Wilcoxon- test để kiểm định sự khác biệt giữa các chỉ số.

**2.5. Đạo đức trong nghiên cứu.** Các kỹ thuật thu thập thông tin và phân tích số liệu được thực hiện khách quan. Mọi thông tin thu thập được trong quá trình nghiên cứu được giữ bí mật và chỉ được sử dụng để phục vụ nghiên cứu.

### III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

**Bảng 3.1. Các chỉ số kích thước và vị trí xương hàm trên và hàm dưới**

Chỉ số	Nam		Nữ		Chung	
	TB	ĐL	TB	ĐL	TB	ĐL
SNA ( $^{\circ}$ )	83,8	3,5	83,5	3,4	83,6	3,4
SNB ( $^{\circ}$ )	76,8	3,8	75,5	3,2	75,9	3,6
ANB ( $^{\circ}$ )	6,4	1,9	6,9	1,8	6,5	1,8
N-A-Pog ( $^{\circ}$ )	168,8	5,6	168,1	5,2	168,4	5,5
N-Pog-FH ( $^{\circ}$ )	85,4	3,4	84,7	3,1	85,2	3,2
SN-GoGn ( $^{\circ}$ )	31,5	3,6	31,8	3,3	31,7	3,5
Trục Y ( $^{\circ}$ )	69,4	3,1	68,5	2,8	68,8	2,9
Co-A (mm)	93,5	6,4	92,7	5,8	93,3	6,2
Co-Gn (mm)	112,1	7,8	111,7	7,3	111,9	7,6
Go-Pog (mm)	69,3	5,6	68,8	5,1	69,2	5,4
Co-Go (mm)	63,8	7,2	63,2	6,7	63,6	7,0
Wits (mm)	5,1	1,8	4,6	1,5	4,7	1,6

**Nhận xét:** Góc SNA cao hơn bình thường nhưng không có sự khác biệt có ý nghĩa, chiều dài xương hàm trên Co-A cũng tăng hơn bình thường.

Góc SNB nhỏ hơn bình thường, chiều dài xương hàm dưới Co-Gn có giá trị nhỏ hơn giá trị bình thường, như vậy cả vị trí xương hàm dưới và cằm đều lùi sau.

Góc ANB  $6,5^{\circ} \pm 1,8^{\circ}$  lớn hơn bình thường, chỉ số Wits lớn hơn giá trị bình thường, như vậy có sự bất cân xứng lớn giữa xương hàm trên và xương hàm dưới theo chiều trước sau. Tương quan xương giữa hai hàm thuộc loại II.

**Bảng 3.2. Các chỉ số đánh giá về răng- xương ổ răng**

Chỉ số	Nam		Nữ		Chung	
	TB	ĐL	TB	ĐL	TB	ĐL
U1-SN ( $^{\circ}$ )	110,2	5,7	109,3	5,2	109,5	5,5
U1-Max ( $^{\circ}$ )	120,7	3,1	120,6	2,3	120,6	2,8
L1-MP ( $^{\circ}$ )	96,8	2,3	96,5	2,0	96,7	2,2
U1-L1 ( $^{\circ}$ )	114,5	7,4	113,9	6,8	114,4	7,1
L1-NB ( $^{\circ}$ )	28,6	4,7	28,2	4,1	28,3	4,5
L1-NB (mm)	5,7	1,6	5,2	1,3	5,6	1,5

**Nhận xét:** - Các góc U1-SN và U1-Max, góc L1-MP (trục răng cửa dưới) tăng.

- Góc liên răng cửa (U1-L1) nhỏ hơn giá trị bình thường do trục răng cửa trên và trục răng cửa dưới ngả trước.

### IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu thực hiện với mẫu là những bệnh nhân đến khám vì lý do điều trị chỉnh nha, do đó các phim của bệnh nhân dùng để đo và phân tích có tình trạng sai khớp cắn loại II do lùi xương hàm dưới thường ở mức trung bình hoặc nặng. Trong 46 bệnh nhân đến khám có 24 nữ (chiếm tỷ lệ 52%) và 22 nam (chiếm tỷ lệ 48%),

sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê ( $p < 0,05$  với kiểm định T-test). Như vậy, tỷ lệ sai khớp cắn loại II do lùi xương hàm dưới ở nam và nữ trong nhóm đối tượng nghiên cứu tương đương nhau. Một trong những lý do có thể là do mức độ quan tâm đến thẩm mỹ không có sự khác biệt nhiều giữa trẻ em hai giới nam và nữ. Điều này cho thấy, ngày nay cả hai giới đều có nhu

cầu gần như nhau về một hàm răng khỏe về chức năng và đẹp về thẩm mỹ.

Sai khớp cắn loại II có thể do sự kết hợp cả yếu tố xương và răng. Sai khớp cắn loại II do kém phát triển xương hàm dưới có sự bất cân xứng giữa xương hàm trên và xương hàm dưới theo chiều trước sau, làm ảnh hưởng xấu đến thẩm mỹ khuôn mặt, nhất là khi nhìn nghiêng. Khi cho bệnh nhân làm động tác đưa hàm dưới ra trước thì mặt ngoài bệnh nhân nhìn nghiêng sẽ thấy cải thiện hơn rõ rệt. Trong nghiên cứu này, đối tượng là những bệnh nhân đến khám với lý do chủ yếu là thẩm mỹ và có nhu cầu điều trị chỉnh nha, vì vậy mức độ lệch lạc khớp cắn thường khá rõ. Một trong những mục tiêu điều trị sai khớp cắn loại II là giảm bớt độ lồi của khuôn mặt, cải thiện thẩm mỹ nhất là khi nhìn nghiêng. Việc điều trị trong giai đoạn tăng trưởng sẽ nhằm giảm bớt sự bất cân xứng bằng cách tác động vào xương hàm, cụ thể là kích thích sự phát triển xương hàm dưới, hạn chế sự phát triển xương hàm trên tùy theo trường hợp cụ thể và kết hợp với sự di chuyển bù trừ của răng trên hai cung hàm<sup>5</sup>.

Nhóm đối tượng nghiên cứu của chúng tôi có các chỉ số xương hàm trên cao hơn so với bình thường. Góc SNA ở giá trị tăng nhẹ so với bình thường, các chỉ số đánh giá vị trí và tương quan giữa xương hàm trên với nền sọ, kích thước xương hàm trên mà cụ thể là chiều dài hiệu quả xương hàm trên (Co-A) đều cho thấy xương hàm trên quá phát so với bình thường. Tuy nhiên, mức độ quá phát của hàm trên không quá nhiều so với bình thường. Trong khi đó, xương hàm dưới kém phát triển thể hiện ở góc SNB và chiều dài hiệu quả xương hàm dưới (Co-Gn) đều nhỏ hơn rõ rệt so với giá trị bình thường. Như vậy, đã có sự bất cân xứng giữa xương hàm trên và xương hàm dưới theo chiều trước sau, thể hiện qua góc ANB ( $6,5^\circ$ ) và chỉ số Wits (4,7mm) lớn hơn giá trị bình thường. Tương quan xương hai hàm có sự bất cân xứng này dẫn đến đặc điểm là tăng độ cắn chìa ở vùng răng cửa và tương quan loại II ở vùng răng hàm lớn hai bên. Một trong những mục tiêu chính của việc điều trị các trường hợp sai khớp cắn loại II là giảm bớt sự bất cân xứng về xương hàm theo chiều trước sau là. Như vậy, các đối tượng nghiên cứu có góc SNA lớn hơn bình thường nhưng không đáng kể, góc SNB nhỏ hơn bình thường, góc ANB và chỉ số Wits tăng cao rõ rệt so với bình thường.

Kết quả nghiên cứu cho thấy, góc răng cửa trên và răng cửa dưới lớn hơn so với giá trị bình

thường. Bệnh nhân có sai khớp cắn loại II thường có đặc điểm là các răng trên di gần, các răng trước có xu hướng ngả trước tạo nên khớp cắn loại II vùng răng hàm và độ cắn chìa tăng lên vùng răng cửa<sup>6,7</sup>. Góc răng cửa hàm dưới cũng tăng nhẹ so với giá trị bình thường ( $96,7^\circ$ ). Góc giữa trục răng cửa trên và trục răng cửa dưới có giá trị nhỏ hơn bình thường tạo nên vòm mặt lồi và ảnh hưởng đến thẩm mỹ khuôn mặt khi nhìn nghiêng. Như vậy, kết quả nghiên cứu cho thấy nhóm đối tượng nghiên cứu có răng cửa trên và dưới ngả trước, góc giữa trục răng cửa trên và răng cửa dưới nhỏ hơn giới hạn bình thường.

## V. KẾT LUẬN

Nhóm bệnh nhân có xương hàm dưới lùi sau và giảm chiều dài hiệu quả, xương hàm trên quá phát nhẹ. Tương quan xương hai hàm theo chiều trước sau loại II do xương hàm dưới lùi sau. Góc ANB ( $6,5^\circ$ ) và chỉ số Wits (4,7mm) lớn hơn giá trị bình thường do bất cân xứng xương hàm theo chiều trước sau. Góc liên răng cửa nhỏ hơn giá trị bình thường.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Bilgic F, Gelgor IE, Celebi AA (2015).** Malocclusion prevalence and orthodontic treatment need in central Anatolian adolescents compared to European and other nations' adolescents. *Dental Press J. Orthod.* 20 (6):75-81.
- Thilander B, Pena L, Infante C (2001).** Prevalence of malocclusion and orthodontic treatment need in children and adolescents in Bogota, Colombia. An epidemiological study related to different stages of dental development. *Eur J Orthod.* 23(2):153-67.
- Perillo L, Masucci C, Ferro F, Apicella D, Baccetti T (2010).** Prevalence of orthodontic treatment need in southern Italian schoolchildren. *Eur J Orthod.* 32(1):49-53.
- Steiner C.C (1953).** Cephalometric for you and me. *Am J Orthod Dentofacial Orthop.* 39(10):729-755.
- Tomblyn T, Rogers M, Andrews L 2nd, Martin C, Tremont T, Gunel E, Ngan P. (2016).** Cephalometric study of Class II Division 1 patients treated with an extended-duration, reinforced, banded Herbst appliance followed by fixed appliances. *Am J Orthod Dentofacial Orthop.* 150(5):818-830.
- Lau JWP, Hägg U(1999).** Cephalometric morphology of Chinese with Class II Division 1 malocclusion. *British Dental Journal* 1999; 186: 188-190
- Freitas MR, Santos MAC, Freitas KMS, Janson G, Freitas DS, Henriques JFC (2005).** Cephalometric characterization of skeletal class II, division 1 malocclusion in white brazilian subjects. *J Appl Oral Sci* 2005; 13(2): 198-203