

Phần lớn bệnh nhân (74%) hồi phục hoàn toàn và không để lại di chứng cho thấy rằng nếu được tiếp nhận sớm và quản lý hồi sức đầy đủ, kết quả điều trị của SXH Dengue nặng hoàn toàn khả quan. Tỷ lệ bệnh nhân hồi phục nhưng còn di chứng chiếm 6%, tương đồng với kết quả ghi nhận tại Malaysia (7%) và Ấn Độ (5%). Tuy nhiên, tỷ lệ tử vong hoặc xin về sớm trong các trường hợp tiên lượng xấu vẫn là thách thức lớn, đòi hỏi việc phân tầng nguy cơ, nhận diện sớm biến chứng và cá thể hóa điều trị để kết quả điều trị đạt hiệu quả tối ưu^{1,2,5}.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu cho thấy SXH Dengue nặng tại Bệnh viện E có biểu hiện lâm sàng phức tạp, tổn thương đa cơ quan, đặc biệt ở nhóm tuổi cao. Kết quả điều trị đạt tỷ lệ hồi phục tốt nhưng tử vong và di chứng vẫn còn cao. Việc phát hiện sớm dấu hiệu cảnh báo, theo dõi sát các chỉ số cân lâm sàng và can thiệp kịp thời tại ICU đóng vai trò quyết định đến kết quả điều trị của bệnh nhân.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Padyana M, Bhat R, Dinesha M, Nawaz K.** Clinical profile and outcome of dengue patients admitted to a tertiary care hospital in Mangalore, India. *Trop Doct.* 2019;49(2):130-132. doi:10.1177/0049475518820772
2. **Sharma A, Kumar A, Sharma R, Bansal N, Jain S, Sharma R.** Clinical profile and outcome of dengue fever in ICU: A prospective study from a tertiary care center in North India. *J Clin Diagn Res.* 2017;11(6):OC01-OC04. doi:10.7860/JCDR/2017/26213.9973
3. **Ranzani OT, Zanetti MT, Bastos LS, et al.** Characterisation of the first 250,000 hospital admissions for COVID-19 in Brazil: a retrospective analysis of nationwide data. *Lancet Respir Med.* 2021; 9(4): 407-418. doi:10.1016/S2213-2600(20) 30560-9
4. **Braga JU, Bressan C, Dalvi APR, Calvet GA, Daumas RP.** Accuracy of dengue reporting by national surveillance system, Brazil. *Emerg Infect Dis.* 2017;23(1): 144-146. doi:10.3201/eid2301.160370
5. **Cavalcanti LPG, Braga DN, da Silva LMA, Aguiar MG, Castiglioni M.** Risk factors associated with death in patients with severe dengue in the state of Amazonas, Brazil: A case-control study. *Trans R Soc Trop Med Hyg.* 2016;110(9):554-559. doi:10.1093/trstmh/trw057
6. **Jayarathne SD, Atukorale V, Gomes L, Chang T, Wijesinghe T, Fernando S, Malavige GN.** Evaluation of the WHO revised criteria for classification of clinical disease severity in acute adult dengue infection. *BMC Res Notes.* 2012;5:645. doi:10.1186/1756-0500-5-645
7. **Lee LK, Gan VC, Lee VJ, et al.** Clinical relevance and discriminatory value of elevated liver aminotransferase levels for dengue severity. *PLoS Negl Trop Dis.* 2012;6(6):e1676. doi:10.1371/journal.pntd.0001676

SO SÁNH ĐẶC ĐIỂM HÌNH THÁI BỀ MẶT LỖI CẦU Ở NHÓM SAI KHỚP CÁN ANGLE HẠNG II CHI 2 VÀ NHÓM KHỚP CÁN BÌNH THƯỜNG TRÊN HÌNH ẢNH CBCT

Vũ Bùi Khánh Linh¹, Nguyễn Thị Kim Anh², Trần Xuân Vĩnh¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: So sánh đặc điểm cấu trúc bề mặt diện khớp lồi cầu của khớp thái dương hàm giữa những đối tượng có sai khớp cắn Angle hạng II chi 2 và những đối tượng có khớp cắn bình thường. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu cắt ngang mô tả, bao gồm 40 người trưởng thành (20 – 31 tuổi) được chia làm hai nhóm: nhóm Angle hạng II chi 2 (20 đối tượng) và nhóm khớp cắn bình thường (20 đối tượng). Mỗi đối tượng tham gia được chụp phim CBCT khớp thái dương hàm và đặc điểm cấu trúc bề mặt diện khớp lồi cầu được ghi nhận riêng biệt cho từng bên theo phương pháp của Peyron và Altman (1992). **Kết quả:**

Trong nhóm Angle hạng II chi 2, ở bên trái, tỷ lệ bề mặt lồi cầu bình thường chiếm 50%, bề mặt phẳng 30%, bề mặt mòn 15% và bề mặt có dấu hiệu tiêu xương 5%, không ghi nhận bề mặt gai xương hay xơ cứng. Ở bên phải, tỷ lệ tương ứng lần lượt là 40%, 25%, 20%, 10% và 5%, không ghi nhận bề mặt xơ cứng. Trong nhóm khớp cắn bình thường, ở bên trái, bề mặt lồi cầu bình thường chiếm 80%, bề mặt phẳng 15% và bề mặt mòn 5%. Ở bên phải, bề mặt bình thường chiếm 85%, bề mặt phẳng 10% và bề mặt mòn 5%. Không ghi nhận trường hợp nào có bề mặt gai xương, xơ cứng hoặc tiêu xương. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ở bên phải ($p < 0,05$), trong khi ở bên trái không ghi nhận ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$). **Kết luận:** Ở bên phải, tỷ lệ đặc điểm cấu trúc bề mặt diện khớp lồi cầu khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa hai nhóm: nhóm Angle hạng II chi 2 có tỷ lệ bề mặt bình thường thấp hơn so với nhóm khớp cắn bình thường. Ngược lại, ở bên trái, sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê.

Từ khóa: Cấu trúc bề mặt diện khớp lồi cầu, Angle hạng II chi 2, khớp thái dương hàm, CBCT.

¹Đại học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh

²Đại học Quốc tế Hồng Bàng

Chịu trách nhiệm chính: Trần Xuân Vĩnh

Email: vinhdentist@yahoo.com

Ngày nhận bài: 25.7.2025

Ngày phản biện khoa học: 25.8.2025

Ngày duyệt bài: 29.9.2025

SUMMARY**COMPARISON OF CONDYLAR SURFACE MORPHOLOGY BETWEEN PATIENTS WITH ANGLE CLASS II DIVISION 2 MALOCCLUSION AND THOSE WITH NORMAL OCCLUSION USING CBCT**

Objective: To compare the condylar articular surface morphology of the temporomandibular joint between individuals with Class II Division 2 malocclusion and those with normal occlusion. **Subjects and Methods:** A descriptive cross-sectional study was conducted on 40 adults (aged 20–31 years; 22 males and 18 females), divided into two groups: Class II Division 2 (n = 20) and normal occlusion (n = 20). Each participant underwent CBCT imaging of the temporomandibular joint, and the condylar articular surface morphology was assessed separately for each side according to the method of Peyron and Altman (1992). **Results:** In the Class II Division 2 group, on the left side, normal condylar surfaces accounted for 50%, flat surfaces 30%, worn surfaces 15%, and surfaces showing bone resorption 5%, with no cases of osteophytes or sclerosis. On the right side, the corresponding proportions were 40%, 25%, 20%, 10%, and 5%, with no sclerosis observed. In the normal occlusion group, on the left side, normal condylar surfaces accounted for 80%, flat surfaces 15%, and worn surfaces 5%. On the right side, normal surfaces accounted for 85%, flat surfaces 10%, and worn surfaces 5%. No cases of osteophytes, sclerosis, or bone resorption were observed. Differences between groups were statistically significant on the right side ($p < 0.05$), but not on the left side ($p > 0.05$). **Conclusion:** On the right side, condylar articular surface morphology differed significantly between the two groups, with the Class II Division 2 group showing a lower proportion of normal surfaces compared to the normal occlusion group. On the left side, no statistically significant difference was observed. **Keywords:** Condylar articular surface morphology, Class II Division 2 malocclusion, temporomandibular joint, CBCT.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Khớp thái dương hàm (KTDH) là một khớp hoạt dịch, là cầu nối giữa lồng cầu của xương hàm dưới và hõm khớp của xương thái dương. Đặc điểm hình thái KTDH là một trong số những chỉ dấu quan trọng thể hiện sự hài hoà chức năng và cân bằng trong mối quan hệ hàm mặt. Một trong số những yếu tố ảnh hưởng đến hình thái KTDH được nhiều nhà nghiên cứu quan tâm đó là tình trạng sai khớp cắn. Phân loại theo Angle là phương pháp được sử dụng phổ biến nhất để phân loại các tình trạng sai khớp cắn. Các đối tượng có tình trạng sai khớp cắn khác nhau có thể có sự khác biệt về hình thái khuôn mặt, cấu trúc xương hàm và đặc điểm hình thái KTDH. Tuy nhiên, ảnh hưởng của khớp cắn lên KTDH vẫn chưa được hiểu rõ hoàn toàn, đặc biệt là ở

các đối tượng có tình trạng sai khớp cắn Angle hạng II chi 2.

Nhờ sự phát triển không ngừng của các kỹ thuật chẩn đoán hình ảnh, việc khảo sát đặc điểm hình thái của KTDH ngày càng trở nên dễ tiếp cận và chính xác hơn. Đặc biệt, với sự ra đời và ứng dụng rộng rãi của kỹ thuật chụp cắt lớp điện toán chùm tia hình nón (Cone-Beam Computed Tomography – CBCT). Hình ảnh KTDH có thể được quan sát rõ ràng, hạn chế sự chồng lấp các cấu trúc giải phẫu, đồng thời cho phép đánh giá chính xác hơn các đặc điểm hình thái và biến đổi của mô xương. Tuy nhiên, các nghiên cứu sử dụng hình ảnh CBCT để phân tích đặc điểm hình thái KTDH ở những đối tượng sai khớp cắn, đặc biệt là nhóm có sai khớp cắn Angle hạng II chi 2, hiện vẫn còn hạn chế. Do đó, nghiên cứu này được thực hiện nhằm mục tiêu so sánh đặc điểm cấu trúc bề mặt diện khớp lồng cầu của KTDH giữa hai nhóm: Nhóm có sai khớp cắn Angle hạng II chi 2 và nhóm có khớp cắn bình thường.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. 40 đối tượng tham gia là những người trưởng thành đến khám tại Phòng khám chuyên khoa Răng Hàm Mặt, Đại học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh (ĐHYD TPHCM) từ tháng 07 năm 2024 đến tháng 07 năm 2025.

2.1.1. Tiêu chuẩn chọn mẫu:

- Tuổi từ 18 – 40 tuổi
- Không có dấu hiệu và triệu chứng rối loạn thái dương hàm (RLTDH)
- Chưa từng điều trị chỉnh nha hoặc điều trị RLTDH trước đây
- Không ghi nhận tiền sử chấn thương vùng hàm mặt

Các đối tượng tham gia nghiên cứu sẽ được chia thành 2 nhóm theo đặc điểm khớp cắn:

- Nhóm khớp cắn bình thường: Tương quan khớp cắn Angle hạng I theo răng cối lớn 1
- Nhóm angle hạng II chi 2: Sai khớp cắn Angle hạng II chi 2

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ:

- Không chụp được phim CBCT (phụ nữ mang thai, người mất năng lực hành vi,...)
 - Có cắn chéo răng trước hoặc răng sau
 - Có cặp răng tiếp xúc dạng kéo
- Riêng NHÓM KHỚP CẮN BÌNH THƯỜNG có thêm các tiêu chuẩn loại trừ sau:
- Có cắn phủ răng trước > 4 mm
 - Có cắn hở vùng răng cửa

2.2. Phương pháp nghiên cứu**2.2.1. Thiết kế nghiên cứu:** Nghiên cứu

cắt ngang mô tả có so sánh 2 nhóm.

2.2.2. Phương pháp chọn mẫu: Nhóm Angle hạng II chi 2 chọn mẫu thuận tiện, liên tiếp; nhóm khớp cắn bình thường chọn mẫu tương ứng với nhóm Angle hạng II chi 2.

2.2.3. Các bước thực hiện:

- Các đối tượng tham gia nghiên cứu thỏa mãn tiêu chuẩn chọn mẫu sẽ được thăm khám lâm sàng và thu thập thông tin: họ và tên, tuổi, giới tính, đặc điểm khớp cắn và phân nhóm các đối tượng tham gia.

- Chụp phim CBCT KTDH 2 bên của các đối tượng tham gia nghiên cứu bằng hệ thống CBCT Orthoshos SL 3D của hãng Sirona Đức (sản xuất năm 2016) tại Phòng khám chuyên khoa Răng Hàm Mặt, ĐHYD TPHCM.

- Cấu trúc bề mặt diện khớp lồi cầu đánh giá trên lát cắt mặt phẳng đứng dọc theo tiêu chuẩn của Peyron và Altman (1992)³, bao gồm:

○ Bình thường: Đầu lồi cầu có hình dạng cong, tròn. Lớp xương vỏ đầu lồi cầu thể hiện bằng đường viền cản quang mỏng và liên tục.

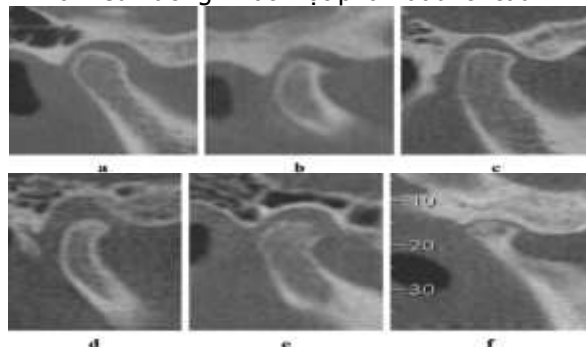
○ Phẳng: đường viền của đầu lồi cầu phẳng lệch so với hình dạng cong lồi bình thường.

○ Mòn bề mặt: giảm mật độ của lớp xương vỏ và xương dưới vỏ.

○ Gai xương: có một viền xương vượt ra ngoài đường viền trên bề mặt diện khớp lồi cầu.

○ Xơ cứng: có một vùng gia tăng độ đậm trong tuỷ xương.

○ Tiêu xương: mất một phần đầu lồi cầu.



Hình 1. Các thay đổi cấu trúc bề mặt diện khớp lồi cầu

Nguồn: Pontual và Freire (2012)¹

Hình A: Hình ảnh đầu lồi cầu bình thường, hình B: Gai xương, hình C: Phẳng, hình D: Xơ cứng, hình E: Mòn, hình F: Tiêu xương

2.3. Phân tích số liệu: Bằng phần mềm STATA 14.0

2.4. Đạo đức nghiên cứu: Nghiên cứu được sự chấp thuận của Hội đồng Đạo Đức trong nghiên cứu Y sinh học, Đại học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh theo quyết định số 1549/HĐĐĐ

– ĐHYD về việc chấp thuận các vấn đề đạo đức NCYSH, kí ngày 16/7/2024.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm của mẫu nghiên cứu

Bảng 1. Đặc điểm của mẫu nghiên cứu

Nhóm	Tuổi (TB±ĐLC)	Giới tính n(%)		
		Nam	Nữ	Tổng
Angle hạng II chi 2	24,6± 3,6	11 (55%)	9 (45%)	20 (100%)
Khớp cắn bình thường	24,5±3,6	11 (55%)	9 (45%)	20 (100%)
p value	p _a = 0,978			

(a): Kiểm định Mann-Whitney

Nhận xét: Các đối tượng tham gia nghiên cứu ở hai nhóm có độ tuổi trong khoảng từ 21 đến 33 tuổi. Trong đó, tuổi trung bình của nhóm Angle hạng II chi 2 là 24,6 tuổi và nhóm khớp cắn bình thường là 24,5 tuổi. Cả hai nhóm đều có tỉ lệ nam:nữ là 11:9.

3.2. Đặc điểm cấu trúc bề mặt diện khớp lồi cầu

Bảng 2. Đặc điểm cấu trúc bề mặt diện khớp lồi cầu ở nhóm Angle hạng II chi 2 và nhóm khớp cắn bình thường

n		Angle hạng II chi 2	Khớp cắn bình thường	p value
		20 (100%)	20 (100%)	
Bên trái (n%)	Bình thường	10 (50%)	16 (80%)	p _b = 0,244
	Gai xương	0 (0%)	0 (0%)	
	Phẳng	6 (30%)	3 (15%)	
	Xơ cứng	0 (0%)	0 (0%)	
	Mòn	3 (15%)	1 (5%)	
	Tiêu xương	1 (5%)	0 (0%)	
Bên phải (n%)	Bình thường	8 (40%)	17 (85%)	p _b = 0,031
	Gai xương	1 (5%)	0 (0%)	
	Phẳng	5 (25%)	2 (10%)	
	Xơ cứng	0 (0%)	0 (0%)	
	Mòn	4 (20%)	1 (5%)	
	Tiêu xương	2 (10%)	0 (0%)	
p value		p _b = 0,897	p _b = 1,000	

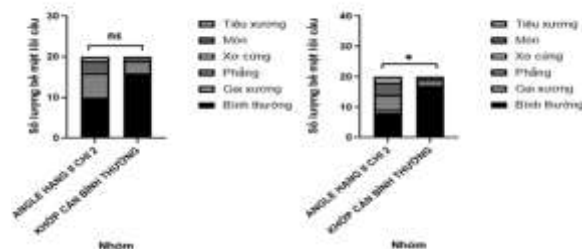
(b): Kiểm định Fisher

Nhận xét: - Ở bên trái, nhóm Angle hạng II chi 2 có tỉ lệ cấu trúc bề mặt lồi cầu bình thường (50%) nhỏ hơn nhóm khớp cắn bình thường (80%), đồng thời tỉ lệ bề mặt phẳng (30%), bề mặt mòn (15%) và tiêu xương (5%) ở nhóm Angle hạng II chi 2 đều lớn hơn so với tỉ lệ cấu trúc bề mặt phẳng (15%), mòn (5%) và tiêu xương (0%) ở nhóm khớp cắn bình thường, nhưng sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê (p > 0,05).

- Ở bên phải, tỉ lệ cấu trúc bề mặt lồi cầu bình thường của nhóm Angle hạng II chi 2

(40%) nhỏ hơn nhóm khớp cắn bình thường (85%), tỉ lệ cấu trúc bề mặt phẳng (25%), mòn (20%), tiêu xương (10%), gai xương (5%) ở nhóm Angle hạng II chi 2 lớn hơn so với tỉ lệ cấu trúc bề mặt phẳng (10%), mòn (5%), tiêu xương (0%), gai xương (0%) ở nhóm khớp cắn bình thường và sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

CẤU TRÚC BỀ MẶT LỖI CẦU BÊN TRÁI CẤU TRÚC BỀ MẶT LỖI CẦU BÊN PHẢI



Biểu đồ 1. Đặc điểm cấu trúc bề mặt diện khớp lồi cầu giữa hai nhóm

ns: not significant – không có ý nghĩa thống kê, (*): $p < 0,05$.

IV. BÀN LUẬN

KTDH là khớp động duy nhất ở sọ, là một hệ thống khớp cực kì phức tạp vì những đặc điểm giải phẫu, mô học và cơ sinh học. Bên cạnh đó, đặc điểm hình thái KTDH không phải là một đặc điểm cố định, bất biến mà là kết quả của nhiều quá trình động như tăng trưởng, sửa chữa, phản ứng với những thay đổi chức năng và khớp cắn. Do đặc điểm phức tạp và sự chồng lấp của các cấu trúc đã khiến việc đánh giá các đặc điểm hình thái KTDH trên phim X quang trở nên khó khăn. Các kỹ thuật hình ảnh cổ điển như phim xuyên sọ, phim xuyên hầu,... tuy từng được ứng dụng rộng rãi, nhưng lại tồn tại nhiều hạn chế do sự chồng lấp cấu trúc và đặc tính hình ảnh hai chiều, khiến việc đánh giá chính xác hình thái ba chiều của KTDH gặp nhiều khó khăn. Trong những năm gần đây, kỹ thuật hình ảnh CBCT đã trở nên phổ biến trong lâm sàng răng hàm mặt nhờ khả năng cung cấp hình ảnh ba chiều rõ nét, không bị chồng lấp cấu trúc và có độ chính xác cao. Hình ảnh CBCT cho phép đánh giá chi tiết các thay đổi về cấu trúc xương, đặc biệt là tổn thương thoái hóa bề mặt xương của KTDH, với độ nhạy trong khoảng từ 87,5% đến 96,0%⁴. Bên cạnh đó, lượng phơi nhiễm tia xạ của CBCT cũng ít hơn so với CT, nhờ đó áp dụng CBCT KTDH trong thăm khám lâm sàng cắn khớp ngày nay trở nên dễ dàng tiếp cận và phổ biến hơn.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ bề mặt lồi cầu bình thường chiếm ưu thế, cụ thể ở nhóm khớp cắn bình thường là 80 - 85%, ở nhóm

Angle hạng II chi 2 là 40 -50%. Tỷ lệ này cao hơn so với kết quả nghiên cứu của Pontual và Preier (2012) (29%)¹, Walewski và cs (2022) (67,4%)⁷, nhưng thấp hơn nghiên cứu của Cho và cs (2012) (90,1%)². Ở nhóm khớp cắn bình thường, bề mặt bình thường chiếm tỷ lệ lớn nhất, song vẫn ghi nhận một số trường hợp có bề mặt phẳng, mòn, tiêu xương hoặc xơ cứng, mặc dù các bất thường này chiếm tỷ lệ thấp. Điều này cho thấy ngay cả ở đối tượng không có sai khớp cắn, cấu trúc bề mặt lồi cầu cũng không hoàn toàn bình thường.

Khi so sánh giữa hai nhóm, nhóm Angle hạng II chi 2 có tỷ lệ bề mặt bình thường thấp hơn và tỷ lệ bề mặt phẳng, mòn, gai xương, tiêu xương cao hơn so với nhóm khớp cắn bình thường. Nguyên nhân của các biến đổi này được cho là có liên quan đến mối quan hệ khớp cắn, đặc biệt là tình trạng sai khớp cắn. Tuy nhiên, theo chúng tôi tìm hiểu, chưa có nghiên cứu nào so sánh cụ thể đặc điểm này giữa nhóm Angle hạng II chi 2 và nhóm khớp cắn bình thường, vì vậy nghiên cứu này có thể xem là một trong những khảo sát đầu tiên.

Kết quả cho thấy nhóm Angle hạng II chi 2 có tỷ lệ bất thường xương cao hơn, có thể do khác biệt về lực tác động lên KTDH trong quá trình ăn nhai. Do KTDH có khả năng thích nghi và tái tạo, những thay đổi hình thái có thể phản ánh đáp ứng thích nghi của khớp trước các thay đổi chức năng và cơ học. Hướng dẫn răng của đóng vai trò quan trọng trong việc duy trì sự hài hòa khớp cắn, ổn định vận động hàm dưới và bảo vệ các cấu trúc khớp. Nhiều nghiên cứu đã nhấn mạnh mối liên hệ giữa hướng dẫn răng cửa, đường đi của lồi cầu và hình thái lồi cầu. Li và cs (2021) cũng chỉ ra rằng mối quan hệ lồi cầu – hõm khớp biến thiên tùy theo góc hướng dẫn răng cửa, đặc điểm cắn phủ cắn chia và chính điều này ảnh hưởng đến sự phát triển của KTDH⁶. Ở những đối tượng sai khớp cắn Angle hạng II chi 2, trục răng cửa cụp và cắn sâu thường gây rối loạn vận động hàm dưới, làm tăng áp lực bất thường lên khớp và ảnh hưởng đến hình thái lồi cầu. Khi khả năng thích nghi hạn chế, áp lực quá mức có thể dẫn đến thoái hóa cấu trúc khớp và gây hại cho hệ thống nhai. Ngoài ra, khác biệt về vectơ lực tác động lên lồi cầu giữa các loại khớp cắn cũng có thể góp phần vào sự thay đổi hình thái, trong đó nhóm Angle hạng II có xu hướng chịu tải lực lớn hơn so với nhóm Angle hạng I và III⁸.

Tuy vậy, kết quả này không hoàn toàn phù hợp với nghiên cứu của Grossmann và cs (2016), khi nhóm tác giả này ghi nhận bất thường lồi cầu

không nhất thiết tương quan với tình trạng khớp cắn⁵. Nhìn chung, mối liên quan giữa hình thái KTDH và tình trạng sai khớp cắn vẫn còn nhiều tranh luận. Tuy nhiên, từ kết quả của chúng tôi, có thể thấy ở những đối tượng có sai khớp cắn Angle hạng II chi 2, bất thường bề mặt lồi cầu xuất hiện với tỷ lệ cao hơn so với nhóm khớp cắn bình thường. Mặc dù các đối tượng nghiên cứu không có triệu chứng RLTDH hay tiền sử điều trị RLTDH, sự hiện diện của các bất thường này gợi ý rằng lực chức năng quá mức do khớp cắn không thuận lợi có thể làm KTDH, đặc biệt là lồi cầu, dễ có nguy cơ tổn thương và phát triển RLTDH hơn.

V. KẾT LUẬN

Kết quả nghiên cứu cho thấy ở bên phải, nhóm Angle hạng II chi 2 có tỷ lệ bề mặt lồi cầu bình thường thấp hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm khớp cắn bình thường, trong khi ở bên trái sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê. Kết quả này gợi ý rằng đặc điểm cấu trúc bề mặt lồi cầu có thể chịu ảnh hưởng của tình trạng sai khớp cắn Angle hạng II chi 2, và cần được xem xét như một yếu tố liên quan trong đánh giá và điều trị lâm sàng KTDH.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. dos Anjos Pontual ML, Freire JS, Barbosa JM, Frazão MA, dos Anjos Pontual A. Evaluation of bone changes in the temporomandibular joint using cone beam CT.

- Dentomaxillofac Radiol. Jan 2012;41(1):24-9.
2. Cho BH, Jung YH. Osteoarthritic changes and condylar positioning of the temporomandibular joint in Korean children and adolescents. Imaging Sci Dent. Sep 2012;42(3):169-74.
3. Doherty M. Osteoarthritis: Diagnosis and Medical/Surgical Management. Annals of the Rheumatic Diseases. 09/01 1992;51.
4. Ganugapanta VR, Ponnada SR, Gaddam KP, et al. Computed Tomographic Evaluation of Condylar Symmetry and Condyle-Fossa Relationship of the Temporomandibular Joint in Subjects with Normal Occlusion and Malocclusion: A Comparative Study. J Clin Diagn Res. Feb 2017;11(2):Zc29-zc33.
5. Grossmann E, Remedi MP, Ferreira LA, Carvalho AC. Magnetic Resonance Image Evaluation of Temporomandibular Joint Osteophytes: Influence of Clinical Factors and Artrogenic Changes. J Craniofac Surg. Mar 2016;27(2):334-8.
6. Li Y, Zhou W, Wu Y, Dai H, Zhou J. The relation between incisal guidance angle and the growth and development of temporomandibular joint: a multi-cross-sectional retrospective study. BMC Oral Health. Jul 28 2021;21(1):380.
7. Walewski L, Tolentino ES, Yamashita FC, Iwaki LCV, da Silva MC. Cone beam computed tomography study of osteoarthritic alterations in the osseous components of temporomandibular joints in asymptomatic patients according to skeletal pattern, gender, and age. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol. Jul 2019;128(1):70-77.
8. Ueki K, Nakagawa K, Takatsuka S, Yamamoto E, Laskin DM. Comparison of the stress direction on the TMJ in patients with class I, II, and III skeletal relationships. Orthod Craniofac Res. Feb 2008;11(1):43-50.

MỐI LIÊN QUAN GIỮA TÌNH TRẠNG METHYL HÓA GEN SEPTIN9 HUYẾT TƯƠNG VỚI MỘT SỐ ĐẶC ĐIỂM KHỐI U GAN Ở BỆNH NHÂN UNG THƯ BIỂU MÔ TẾ BÀO GAN

Trần Hải Yến¹, Hồ Hữu Thọ², Dương Quang Huy¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá mối liên quan giữa mức độ methyl hóa gen SEPTIN9 (mSEPT9) huyết tương với một số đặc điểm khối u gan ở bệnh nhân ung thư biểu mô tế bào gan (UTBMTBG). **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 133 bệnh nhân UTBMTBG tại Bệnh viện Quân y 103. Methyl hóa gen SEPTIN9 trong huyết tương được xác định bằng kỹ thuật semi-nested realtime PCR. **Kết quả:** Mức độ

mSEPT9 huyết tương ở bệnh nhân UTBMTBG có liên quan có ý nghĩa thống kê với số lượng khối u ($p = 0,01$), đường kính khối u ≥ 50 mm ($p = 0,003$), khối u lan tỏa hai thùy gan ($p < 0,0001$) và hiện diện huyết khối tĩnh mạch cửa ($p < 0,0001$). Mức độ mSEPT9 huyết tương ở nhóm bệnh nhân UTBMTBG giai đoạn sớm (BCLC 0/ A) thấp hơn so với nhóm giai đoạn muộn hơn (BCLC B/C/D), khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). **Kết luận:** Mức độ methyl hóa gen SEPTIN9 huyết tương có liên quan chặt chẽ với mức độ tiến triển của khối u gan và giai đoạn bệnh ở bệnh nhân UTBMTBG, cho thấy tiềm năng của dấu ấn sinh học không xâm lấn này trong chẩn đoán và tiên lượng bệnh. **Từ khóa:** Methyl hóa gen SEPTIN9, ung thư biểu mô tế bào gan, semi-nested realtime PCR.

SUMMARY

THE ASSOCIATION BETWEEN PLASMA

¹Bệnh viện Quân y 103, Học viện Quân y

²Học viện Quân y

Chịu trách nhiệm chính: Dương Quang Huy

Email: huyduonghvq@gmail.com

Ngày nhận bài: 21.7.2025

Ngày phản biện khoa học: 25.8.2025

Ngày duyệt bài: 2.10.2025