

MỘT SỐ ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG CỦA BỆNH NHÂN PHẪU THUẬT CHỈNH HÌNH XƯƠNG HÀM TẠI BỆNH VIỆN RĂNG HÀM MẶT TRUNG ƯƠNG HÀ NỘI NĂM 2024-2025

Lưu Hồng Hạnh¹, Lê Ngọc Tuyền², Trương Mạnh Nguyên¹,
Đông Ngọc Quang², Phạm Quang Dương², Lê Thị Thúy¹, Bùi Thị Thu Hiền³

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nhận xét một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh nhân phẫu thuật chỉnh hình xương hàm tại bệnh viện Răng Hàm Mặt Trung ương Hà Nội, đánh giá sự thay đổi chất lượng cuộc sống của nhóm bệnh nhân này sau phẫu thuật 6 tháng. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 48 đối tượng (11 bệnh nhân lệch lạc khớp cắn loại II và 37 bệnh nhân lệch lạc khớp cắn loại III) từ tháng 7/2024 đến tháng 7/2025, nhận xét một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của 2 nhóm bệnh nhân lệch lạc khớp cắn có phẫu thuật chỉnh hình xương hàm. **Kết quả:** Tuổi trung bình của bệnh nhân là $21,6 \pm 4,5$; nhóm lệch lạc khớp cắn loại II lớn tuổi hơn (25,7 tuổi), nữ chiếm đa số, trong khi lệch lạc khớp cắn loại III trẻ hơn (20,4 tuổi) và nam chiếm ưu thế. Lâm sàng cho thấy bệnh nhân loại II có mặt lồi, độ cắn chia lớn, còn loại III chủ yếu có mặt lõm, độ cắn chia âm. Các chỉ số sọ nghiêng cho thấy sai lệch xương rõ rệt với ANB lớn ở loại II và âm sâu ở loại III. Các đặc điểm răng cho thấy sự bù trừ trực răng cửa trước phẫu thuật ở cả hai nhóm. **Kết luận:** Tỷ lệ nhóm bệnh nhân lệch lạc khớp cắn loại III có phẫu thuật chỉnh hình xương hàm chiếm đa số. Các đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng cho thấy lệch lạc khớp cắn loại III thường nặng, với mặt lõm, cắn chia âm và phát triển quá mức của hàm dưới, trong khi loại II đặc trưng bởi mặt lồi, cắn chia dương và hàm dưới kém phát triển. **Từ khóa:** phẫu thuật chỉnh hình xương, lệch lạc khớp cắn loại III, lệch lạc khớp cắn loại II.

SUMMARY

AN OVERVIEW OF CLINICAL AND PARACLINICAL FEATURES IN PATIENTS UNDERGOING ORTHOGNATHIC SURGERY AT THE NATIONAL HOSPITAL OF ODONTO-STOMATOLOGY, HANOI (2024–2025)

Objective: This study aims to describe several clinical and paraclinical characteristics of patients undergoing orthognathic surgery at the National Hospital of Odonto-Stomatology in Hanoi, and to evaluate the change in their quality of life six months postoperatively. **Subjects and Methods:** A cross-sectional descriptive study was conducted on 48

patients (11 with class II dentofacial deformities and 37 with class III deformities) from July 2024 to July 2025. Clinical and paraclinical characteristics of both groups were analyzed based on preoperative assessments. **Results:** The mean age of patients was 21.6 ± 4.5 years. Patients with Class II deformities were older (mean 25.7 years) and predominantly female, whereas Class III patients were younger (mean 20.4 years) and predominantly male. Clinically, Class II patients exhibited convex facial profiles and positive overjet, while Class III patients presented concave profiles and negative overjet. Cephalometric analysis revealed significant skeletal discrepancies, with positive ANB values in Class II and markedly negative values in Class III. Dental parameters indicated preoperative incisor compensation in both groups. **Conclusion:** Class III deformities accounted for the majority of surgical cases. Clinical and paraclinical findings showed that Class III patients commonly had more severe skeletal discrepancies, with concave profiles, mandibular prognathism, and negative overjet, while Class II patients were characterized by convex profiles, maxillary protrusion, and mandibular retrusion.

Keywords: orthognathic surgery, Class III dentofacial deformity, Class II dentofacial deformity.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Phẫu thuật chỉnh hình xương hàm (orthognathic surgery) là một phương pháp điều trị chuyên sâu, giúp khắc phục những sai lệch về xương hàm gây ảnh hưởng đến chức năng ăn nhai, phát âm cũng như thẩm mỹ khuôn mặt. Các bất thường về hàm mặt như lệch lạc khớp cắn loại II, loại III, lệch mặt, hoặc thiếu sán/ quá phát xương hàm có thể do bẩm sinh, rối loạn phát triển hoặc hậu quả của chấn thương. Trong bối cảnh xã hội ngày càng quan tâm đến chất lượng sống và yếu tố thẩm mỹ, nhu cầu điều trị các bất thường hàm mặt bằng phẫu thuật ngày một tăng cao.

Tại Việt Nam, đặc biệt là tại các cơ sở chuyên khoa sâu như Bệnh viện Răng Hàm Mặt Trung ương Hà Nội, số lượng bệnh nhân tìm đến phẫu thuật chỉnh hình ngày càng nhiều. Tuy nhiên, việc đánh giá toàn diện đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của nhóm bệnh nhân này vẫn còn hạn chế. Những thông tin này có ý nghĩa quan trọng trong việc xây dựng phác đồ điều trị phù hợp, nâng cao hiệu quả điều trị cũng như dự phòng các biến chứng có thể xảy ra.

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Răng Hàm Mặt Trung ương Hà Nội

³Bệnh viện Trung ương Quân đội 108

Chịu trách nhiệm chính: Lưu Hồng Hạnh

Email: luuhonghanhrhm@gmail.com

Ngày nhận bài: 5.8.2025

Ngày phản biện khoa học: 16.9.2025

Ngày duyệt bài: 15.10.2025

Do đó, nghiên cứu “Một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh nhân phẫu thuật chỉnh hàm xương hàm tại Bệnh viện Răng Hàm Mặt Trung ương Hà Nội năm 2024–2025” được thực hiện nhằm cung cấp cơ sở dữ liệu thực tiễn, góp phần nâng cao chất lượng chẩn đoán, điều trị và chăm sóc người bệnh trong lĩnh vực phẫu thuật hàm mặt.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

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

2.2. Đối tượng nghiên cứu. Bệnh nhân được chẩn đoán lệch lạc khớp cắn và xương hàm, và có chỉ định phẫu thuật chỉnh hình xương hàm tại khoa Phẫu thuật tạo hình thẩm mỹ bệnh viện Răng Hàm Mặt Trung ương Hà Nội năm 2024-2025

2.3. Thời gian nghiên cứu

Thời gian nghiên cứu: Từ tháng 7/2024 đến tháng 7/2025.

2.4. Cỡ mẫu và chọn mẫu. Chọn mẫu thuận tiện là các bệnh nhân đến khám đủ tiêu chuẩn và đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.5. Tiêu chuẩn lựa chọn. Bệnh nhân được phẫu thuật chỉnh hình xương hàm để điều trị lệch lạc xương hàm tại khoa Phẫu thuật tạo hình thẩm mỹ bệnh viện Răng Hàm Mặt Trung ương Hà Nội năm 2024-2025. Cụ thể trong nghiên cứu này chúng tôi lựa chọn bệnh nhân thuộc một trong hai lệch lạc khớp cắn loại II và lệch lạc khớp cắn loại III do bất thường phát triển xương hàm.

2.6. Tiêu chuẩn loại trừ. Bệnh nhân bị các dị tật bẩm sinh nặng, dị dạng tăng mặt trên và tăng mặt giữa. Bệnh nhân sai khớp cắn do di chứng chấn thương.

2.7. Phương pháp tiến hành. Trước phẫu thuật, điều tra viên khám bệnh nhân để thu thập một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh nhân trước phẫu thuật chỉnh hình xương hàm.

- Khám tuổi, giới.
- Khám lâm sàng:
 - Khám ngoài mặt:
 - Mặt thẳng: xác định kiểu mặt: ngắn, trung bình và dài.
 - Mặt nghiêng: Xác định kiểu mặt: mặt lồi, lõm, hay bình thường
 - Khám trong miệng: độ cắn tràm độ cắn chìa
 - Đánh giá cận lâm sàng: chụp phim sọ mặt nghiêng từ xa kỹ thuật số. Phân tích phim sọ nghiêng từ xa để đánh giá một số đặc điểm cận lâm sàng.

2.8. Xử lý số liệu. Số liệu được xử lý bằng phần mềm STATA 16.0. Sử dụng χ^2 test để so

sánh tỷ lệ % giữa các nhóm. Trường hợp có tần số mong đợi < 5 sử dụng Fisher's exact Chi-squared test.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu. Khi tính gộp cả 2 nhóm BN, tuổi trung bình của BN phẫu thuật chỉnh hình xương trong nghiên cứu là $21,6 \pm 4,5$ Trong đó BN trẻ nhất là 17 tuổi và cao là 39 tuổi). Đặc điểm về tuổi cho từng nhóm BN riêng biệt được đánh giá theo bảng 3.1:

Bảng 3.1: Đặc điểm về tuổi của nhóm BN nghiên cứu

Nhóm BN	N	X $\pm$ SD	Min – Max
Lệch lạc khớp cắn loại II	11	$25,7 \pm 7,3$	18-39
Lệch lạc khớp cắn loại III	37	$20,4 \pm 2,2$	17-26

Trong 48 BN nghiên cứu có 20 BN nữ (chiếm 41,7%). Tỷ lệ nam / nữ trong nghiên cứu này là 1,4:1. Phân bố về giới cụ thể theo từng nhóm được nêu trong bảng 3.2

Bảng 3.2: Phân bố về giới trong nhóm BN nghiên cứu

Nhóm	Giới		Nữ	
	N	%	N	%
Lệch lạc khớp cắn loại II	4	14,3	7	35
Lệch lạc khớp cắn loại III	24	85,7	13	65
Tổng	28	100	20	100

3.2. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của nhóm bệnh nhân lệch lạc khớp cắn loại II



Biểu đồ 3.1: a Kiểu mặt nhìn nghiêng của nhóm bệnh nhân lệch lạc khớp cắn loại II; b. Kiểu mặt nhìn thẳng nhóm của bệnh nhân lệch lạc khớp cắn loại II

Nhận xét: 100% bệnh nhân có kiểu mặt lồi 45,4% (5 bệnh nhân) có kiểu mặt ngắn, 27,3% (3 bệnh nhân) có kiểu mặt trung bình, 27,3% (3 bệnh nhân) có kiểu mặt dài.

Bảng 3.3: Độ cắn tràm và độ cắn chìa của nhóm bệnh nhân lệch lạc khớp cắn loại II

Chỉ số	Giá trị trung bình (mm) ± Độ lệch chuẩn	Giá trị lớn nhất (mm)	Giá trị nhỏ nhất (mm)	Tổng số (N)
Độ cắn tràm	1,78 ± 2,28	-2,28	5,13	11
Độ cắn chìa	4,80 ± 2,84	-1	10,6	11

Nhận xét: Độ cắn tràm trung bình của nhóm bệnh nhân loại II là $1,78 \pm 2,28$ mm. Độ cắn tràm lớn nhất -2,28 mm, độ cắn chìa nhỏ nhất là 5,13 mm.

Độ cắn chìa trung bình của nhóm bệnh nhân loại II là $4,80 \pm 2,84$ mm. Độ cắn chìa lớn nhất -1 mm, độ cắn chìa nhỏ nhất là 10,6 mm.

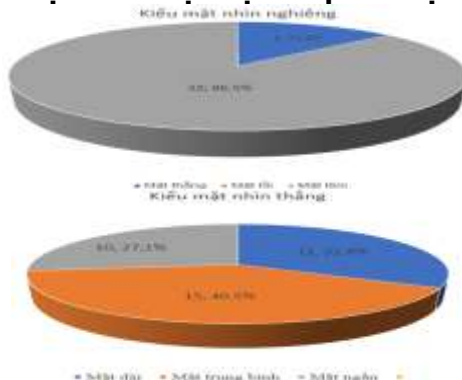
Bảng 3.4: Các chỉ số trên phim sọ nghiêng của nhóm bệnh nhân lệch lạc khớp cắn loại II

Chỉ số	N	X ± SD	Min – Max
SNA (độ)	11	82,9 ± 3,3	80,0 – 90,0
SNB (độ)	11	75,5 ± 4,2	69,8 – 81,7
ANB (độ)	11	7,3 ± 1,8	4,7 – 11,4
Wits (mm)	11	2,7 ± 4,7	-2,4; 14,0
Sn-GoGn (độ)	11	34,9 ± 10,1	24,8 – 60,2
ANS-Me (mm)	11	68,3 ± 10,5	52,2 – 80,7
Is-NA (mm)	11	5,0 ± 3,5	0,4 – 11,6
U1-NA (độ)	11	19,9 ± 6,9	10,9 – 30,8
Ii-NB (mm)	11	11,4 ± 4,7	4,6 – 21,6
L1-NB (độ)	11	37,0 ± 7,8	24,7 – 50,4
U1-L1 (độ)	11	115,8 ± 12,8	91,7 – 135,0

Nhận xét: Chỉ số xương: Góc ANB lớn, chỉ số Wits lớn. Góc SNA có giá trị trung bình, góc SNB có giá trị nhỏ. Khoảng cách ANS - Me nhỏ. Góc SN GoGn tăng.

Chỉ số răng: khoảng cách từ răng cửa trên tới đường NA tăng nhẹ và và góc giữa răng cửa trên với NA giảm nhẹ, khoảng cách từ răng cửa dưới tới đường NB lớn và và góc giữa răng cửa dưới với NB hoặc tới GoGn tăng cao. góc liên răng cửa giảm.

3.3. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của nhóm bệnh nhân lệch lạc khớp cắn loại III



Biểu đồ 3.2: a Kiểu mặt nhìn nghiêng của nhóm bệnh nhân lệch lạc khớp cắn loại III;

b. Kiểu mặt nhìn thẳng nhóm của bệnh nhân lệch lạc khớp cắn loại III

Nhận xét: 86,5% bệnh nhân sai khớp cắn loại III có kiểu mặt lõm; 13,5% có kiểu mặt thẳng.

40,5% bệnh nhân có kiểu mặt trung bình, 32,4% bệnh nhân có kiểu mặt dài, 27,1% bệnh nhân có kiểu mặt ngắn.

Bảng 3.5: Độ cắn tràm và độ cắn chìa của nhóm bệnh nhân lệch lạc khớp cắn loại III

Chỉ số	Giá trị trung bình (mm) ± Độ lệch chuẩn	Giá trị lớn nhất (mm)	Giá trị nhỏ nhất (mm)	Tổng số (N)
Độ cắn tràm	0,54 ± 2,1	-2,76	5,89	37
Độ cắn chìa	-5,98 ± 4,04	-14,3	0,28	37

Nhận xét: Độ cắn tràm trung bình của nhóm bệnh nhân lệch lạc khớp cắn loại III là $0,54 \pm 2,1$ mm

Độ cắn tràm lớn nhất -2,76 mm, độ cắn chìa nhỏ nhất là 5,89 mm.

Độ cắn chìa trung bình của nhóm bệnh nhân này là $-5,98 \pm 4,04$ mm. Độ cắn chìa lớn nhất 0,28 mm, độ cắn chìa nhỏ nhất là -14,3 mm.

Bảng 3.6: Các chỉ số trên phim sọ nghiêng của nhóm bệnh nhân lệch lạc khớp cắn loại III

Chỉ số	N	X ± SD	Min – Max
SNA (độ)	37	82,1 ± 3,0	76,6 – 89,4
SNB (độ)	37	88,2 ± 4,5	78,8 – 97,7
ANB (độ)	37	-6,1 ± 2,9	-13,2; -1,2
Wits (mm)	37	-14,3 ± 4,5	-23,2; -6,7
SN-GoGn (độ)	37	33,1 ± 5,3	22,5-49,3
ANS-Me (mm)	37	69,3 ± 6,1	55,8 – 80,8
Is-NA (mm)	37	9,3 ± 2,5	4,7 – 14,8
U1-NA (độ)	37	33,6 ± 5,8	21,5 – 44,0
Ii-NB (mm)	37	6,5 ± 2,3	1,3 -14,2
L1-NB (độ)	37	27,1 ± 6,2	13,3 – 44,5
U1-L1 (độ)	37	125,3 ± 9,3	106,0 – 145,4

Nhận xét: Chỉ số xương: Góc SNA bình thường, góc SNB lớn, góc ANB nhỏ, chỉ số Wits nhỏ, Khoảng cách ANS - Me nhỏ. Góc Sn-GoGn bình thường.

Chỉ số răng: khoảng cách từ răng cửa trên tới đường NA tăng nhẹ và và góc giữa răng cửa trên với NA giảm nhẹ, khoảng cách từ răng cửa dưới tới đường NB lớn và và góc giữa răng cửa dưới với NB hoặc tới GoGn tăng cao. góc liên răng cửa giảm.

IV. BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu của chúng tôi với 48 bệnh nhân, nhóm lệch lạc khớp cắn loại III chiếm 77,1% (37 trường hợp), trong khi nhóm lệch lạc khớp hàm loại II chỉ chiếm 22,9% (11 trường hợp). Sự chênh lệch này phản ánh xu hướng lâm

sàng tại Việt Nam và nhiều quốc gia châu Á, nơi bệnh nhân lệch lạc khớp cắn loại III có nhu cầu điều trị sớm do ảnh hưởng thẩm mỹ và chức năng rõ rệt (1). Bệnh nhân lệch lạc khớp cắn loại III có độ tuổi trung bình thấp hơn (20,4 tuổi), chủ yếu từ 17–25 tuổi, trong khi bệnh nhân lệch lạc khớp cắn loại II có độ tuổi trung bình cao hơn (25,7 tuổi), với khoảng 45% trên 26 tuổi. Kết quả cho thấy sự khác biệt giới tính rõ rệt giữa hai nhóm bệnh nhân. Ở nhóm loại II, nữ chiếm 63,6%, trong khi ở nhóm loại III, nam chiếm 64,9%. Xu hướng này phản ánh sự quan tâm của nữ giới đến thẩm mỹ sai lệch loại II, trong khi nam giới gặp sai khớp cắn loại III và cần can thiệp sớm. (3)

Một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của nhóm bệnh nhân lệch lạc khớp cắn loại II. Tất cả bệnh nhân loại II trong nghiên cứu có kiểu mặt lõm, phản ánh sự nhô ra của xương hàm trên so với hàm dưới. Về chiều dài mặt, 45,4% có mặt ngắn, 27,3% có mặt trung bình và 27,3% có mặt dài, cho thấy sự đa dạng về sai lệch xương hàm theo chiều đứng. Độ cắn tràm trung bình là $1,78 \pm 2,28$ mm, dao động từ cắn hở nhẹ đến cắn sâu, và độ cắn chìa trung bình là $4,80 \pm 2,84$ mm, vượt ngưỡng bình thường, đặc trưng cho lệch lạc khớp cắn loại II tiểu loại 1. Nhìn chung, nhóm bệnh nhân loại II có kiểu mặt lõm, mặt dưới ngắn và độ cắn chìa lớn, tương đồng với nghiên cứu trên dân số châu Á. Số liệu từ các chỉ số trên phim sọ nghiêng của nhóm bệnh nhân này chỉ ra sự phân bố rõ rệt giữa các chỉ số xương. Góc ANB và Wits cao cho thấy rõ tình trạng lệch lạc khớp cắn loại II do xương, trong khi góc SNA ở mức trung bình cho thấy sự phát triển bình thường của xương hàm trên, và góc SNB thấp chỉ ra sự kém phát triển của xương hàm dưới. Khoảng cách ANS-Me có giá trị trung thấp chỉ ra đa số các trường hợp mặt ngắn và hàm dưới phát triển kém. Trong nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận: khoảng cách từ răng cửa trên tới đường NA tăng nhẹ, góc giữa răng cửa trên và đường NA giảm nhẹ, khoảng cách từ răng cửa dưới tới đường NB tăng cao, góc giữa răng cửa dưới và đường NB hay góc giữa răng cửa dưới và đường GoGn tăng cao. Các chỉ số này cho thấy trước phẫu thuật trực răng có sự bù trừ so với sai lệch về xương: răng cửa trên nhô, trực răng cửa trên hơi ngả về phía khẩu cái; răng cửa dưới lùi sau nhiều, trực răng ngả về phía môi nhiều. Các kết quả này hoàn toàn phù hợp với các nghiên cứu trước đây, chẳng hạn như nghiên cứu của Kinzinger et al. (2009) và Burden et al. (2007), cho thấy phẫu thuật chỉnh hình xương hàm hạng II có thể cải

thiện hiệu quả tỷ lệ xương hàm và răng, đồng thời tạo ra sự hài hòa tổng thể trong cấu trúc khuôn mặt bệnh nhân.(4,5)

Một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của nhóm bệnh nhân lệch lạc xương hàm loại III. Các chỉ số lâm sàng trong nghiên cứu cho thấy bệnh nhân có sự sai lệch phát triển xương hàm rõ rệt, ảnh hưởng trực tiếp đến thẩm mỹ và chức năng ăn nhai. Có đến 86,5% bệnh nhân thuộc kiểu mặt lõm – tỷ lệ cao hơn hẳn so với mặt thẳng (13,5%), tương tự nghiên cứu của Zhao et al. (2020) tại Trung Quốc. Khi nhìn thẳng, 40,5% bệnh nhân có mặt trung bình, 32,4% mặt dài và 27,1% mặt ngắn, cho thấy sự đa dạng về sai lệch theo chiều đứng, phù hợp với nhận định của Lê Tấn Hùng tại Việt Nam(6). Về độ cắn tràm, trung bình đạt $0,54 \pm 2,1$ mm, dao động từ -2,76 mm đến 5,89 mm. Độ cắn chìa trung bình là $-5,98 \pm 4,04$ mm, trong đó thấp nhất là -14,3 mm. Các chỉ số này phản ánh sự sai lệch hàm trên – hàm dưới đặc trưng của nhóm lệch lạc khớp cắn loại III, tương đồng với các nghiên cứu trong nước(7). Phân tích chỉ số xương trên phim sọ nghiêng ở nhóm bệnh nhân loại III cho thấy đặc trưng sai lệch khung xương theo chiều trước – sau. Chỉ số ANB trung bình - $6,1^\circ$ và Wits -14,3 mm cho thấy sự mất cân đối rõ rệt giữa hai hàm, với xu hướng hàm dưới phát triển quá mức hoặc hàm trên kém phát triển. Trong khi đó, chỉ số SNA đạt mức trung bình ($82,1^\circ$), còn SNB lại tăng cao ($88,2^\circ$), khẳng định xu hướng nhô ra trước của hàm dưới – một dấu hiệu điển hình của lệch lạc khớp cắn loại III. Ngoài ra, chỉ số SN-GoGn trung bình ($33,1^\circ$) nằm trong giới hạn bình thường, trong khi khoảng cách ANS-Me thấp (69,3 mm), phản ánh tầng mặt dưới ngắn, góp phần làm khuôn mặt có xu hướng lõm và phát triển ngang. Góc Gonial trung bình lớn ($130,4^\circ$) gợi ý ở một số trường hợp có xu hướng phát triển mặt theo chiều dọc. Những đặc điểm trên hoàn toàn tương đồng với các nghiên cứu quốc tế và trong nước về bệnh nhân loại III, trong đó hàm dưới thường là thành phần chính gây nên lệch lạc khớp cắn(8). Đây là cơ sở quan trọng trong việc chẩn đoán và lập kế hoạch điều trị chỉnh hình hoặc phẫu thuật xương hàm phù hợp cho từng bệnh nhân.

V. KẾT LUẬN

Kết quả nghiên cứu cho thấy nhóm bệnh nhân lệch lạc khớp cắn loại III chiếm tỷ lệ cao (77,1%) và có đặc điểm sai lệch khung xương rõ rệt, với chỉ số ANB, Wits âm sâu và hàm dưới phát triển quá mức. Trong khi đó, nhóm loại II có tỷ lệ thấp hơn, chủ yếu gặp ở nữ giới với sai

lệch do hàm trên nhô và hàm dưới kém phát triển, đi kèm với hiện tượng bù trừ trực răng rõ rệt. Các phân tích lâm sàng và trên phim sọ nghiêng cho thấy mối liên hệ chặt chẽ giữa hình thái sọ mặt và sự lựa chọn phác đồ điều trị. Những dữ liệu thu được góp phần định hướng chẩn đoán chính xác và xây dựng kế hoạch phẫu thuật chỉnh hình hàm hiệu quả, phù hợp với từng nhóm bệnh nhân.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Ngeow WC, Ong ST, Siow KK, Lian CB.** Orthognathic surgery in the University of Malaya. Med J Malaysia. 2002 Dec;57(4):398–403.
2. **Ngan P, Wei SHY.** Early Treatment of Class III Patients To Improve Facial Aesthetics and Predict Future Growth. Hong Kong Dental Journal. 2004.
3. **Lee LH, Jun JH, Danganan M, Pogrel MA, Kushner H, Lee JS.** Orthognathic surgery for the Asian patient and the influence of the surgeon's background on treatment. Int J Oral Maxillofac Surg. 2011 May;40(5):458–63.
4. **Kinzinger G, Frye L, Diedrich P.** Class II treatment in adults: comparing camouflage orthodontics, dentofacial orthopedics and orthognathic surgery--a cephalometric study to evaluate various therapeutic effects. J Orofac Orthop. 2009 Jan;70(1):63–91.
5. **Burden D, Johnston C, Kennedy D, Harradine N, Stevenson M.** A cephalometric study of Class II malocclusions treated with mandibular surgery. Am J Orthod Dentofacial Orthop. 2007 Jan;131(1):7.e1-8.
6. **Sơn NT, Hùng LT.** Đánh giá sự ổn định sau phẫu thuật xoay phức hợp hàm trên - hàm dưới cùng chiều kim đồng hồ. Tạp chí Y dược lâm sàng 108. 2017.
7. **Nguyễn Hoàng Minh.** Nghiên cứu sự phù hợp với khuôn mặt hài hòa người Việt Nam ở bệnh nhân phẫu thuật chỉnh hình xương hàm lệch lạc khớp cắn loại III. Luận án tiến sĩ y học. Đại Học Y Hà Nội; 2021
8. **Guyet EC, Ellis EE, McNamara JA, Behrents RG.** Components of class III malocclusion in juveniles and adolescents. Angle Orthod. 1986 Jan;56(1):7–30.

ĐẶC ĐIỂM X QUANG VÀ CỘNG HƯỞNG TỪ KHỚP CÙNG CHẬU TRONG BỆNH LÝ VIÊM KHỚP CỘT SỐNG THỂ TRỰC

Nguyễn Thị Thùy Linh¹, Trần Thị Mai Thùy¹,
Lê Văn Phước¹, Phạm Thị Hoài Thương¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá đặc điểm hình ảnh và vai trò của X quang và cộng hưởng từ (CHT) khớp cùng chậu trong chẩn đoán viêm khớp cột sống thể trực (VKCSTT). **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu cắt ngang, mô tả 53 bệnh nhân VKCSTT được chẩn đoán theo tiêu chuẩn ASAS 2009 tại Bệnh viện Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh từ tháng 11/2023 đến 05/2024. Phân tích các đặc điểm lâm sàng, xét nghiệm, hình ảnh X quang và CHT khớp cùng chậu. **Kết quả:** Phù tủy xương là tổn thương viêm cấp tính phổ biến nhất trên CHT (67,9%), phân bố chủ yếu ở phần thân chính, 1/3 giữa và 1/3 dưới và phía xương chậu của khớp cùng chậu. Các tổn thương cấu trúc mạn tính thường gặp trên cả X quang, CHT là mòn xương và xơ xương. CHT chẩn đoán thêm 16,9% trường hợp VKCSTT có kết quả X quang và HLA-B27 âm tính. **Kết luận:** Khi lâm sàng nghi ngờ VKCSTT, cần chụp CHT khớp cùng chậu đánh giá cả tổn thương viêm cấp tính và cấu trúc mạn tính, mô tả chi tiết vị trí tổn thương trên các mặt phẳng khác nhau khi phân tích hình ảnh CHT bệnh lý này. **Từ khóa:** viêm khớp cột sống thể trực, khớp cùng chậu, X quang, cộng hưởng từ

SUMMARY

RADIOGRAPHIC AND MAGNETIC RESONANCE IMAGING FEATURES OF THE SACROILIAC JOINTS IN AXIAL SPONDYLOARTHRITIS

Objectives: To evaluate the imaging features and the roles of radiography and magnetic resonance imaging (MRI) of the sacroiliac joints in diagnosing axial spondyloarthritis (AxSpA). **Subjects and Methods:** A cross-sectional, descriptive study was conducted on 53 patients diagnosed with AxSpA according to the 2009 ASAS criteria, at the University Medical Center at Ho Chi Minh City from November 2023 to May 2024. Clinical features, laboratory tests, sacroiliac joint X-rays and MRI findings were analyzed. **Results:** Bone marrow edema was the most common acute inflammatory lesion on MRI (67.9%), predominantly affecting distributed in the main body, middle third, and lower third of the sacroiliac joints, mainly on the iliac side. Common chronic structural lesions included bone erosion (83.3%) and sclerosis (63.3%). MRI identified an additional 16.9% AxSpA cases with negative X-ray and HLA-B27 results. **Conclusion:** When clinical suspicion of AxSpA arises, sacroiliac joints MRI is essential. A comprehensive assessment of both acute inflammatory and chronic structural lesions is necessary, with detailed descriptions of lesion locations on various planes during MRI image analysis for this condition. **Keywords:** axial spondyloarthritis, sacroiliac joint, X ray, magnetic resonance imaging

¹Trường Y – Đại học Y Dược TP HCM

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Thùy Linh

Email: linh.ntt@ump.edu.vn

Ngày nhận bài: 8.8.2025

Ngày phản biện khoa học: 17.9.2025

Ngày duyệt bài: 13.10.2025