

III. BÀN LUẬN

Người bệnh trải qua ba đợt điều trị lao với mức độ kháng thuốc tăng dần từ lao nhạy cảm đến MDR-TB và sau đó là pre-XDR-TB, phù hợp với hiện tượng khuếch đại kháng thuốc mắc phải. Tỷ lệ lao đa kháng ở người bệnh đã từng điều trị cao hơn đáng kể so với lao mới (khoảng 16% so với 3,2%) [1]. Điều này nhấn mạnh tầm quan trọng của theo dõi sau điều trị và khái niệm “điều trị thành công bền vững” đã được WHO đề cập gần đây [5]

Chẩn đoán tái phát lao kháng thuốc trên người bệnh này được xác định bằng nuôi cấy và kháng sinh đồ kiểu hình, giúp hạn chế nguy cơ dương tính giả do DNA vi khuẩn tồn lưu khi chỉ dựa vào xét nghiệm sinh học phân tử ở người bệnh có tiền sử kháng Rifampicin. Tuy nhiên, do không thực hiện giải trình tự gen, không thể loại trừ hoàn toàn khả năng tái nhiễm chủng mới [8].

Việc lựa chọn phác đồ trong bối cảnh đã kháng Fluoroquinolones và thuốc tiêm hàng hai là một thách thức. Dựa trên kết quả còn nhạy với Bedaquiline và Linezolid, phác đồ BPaL được cân nhắc dù người bệnh có BMI rất thấp (<14 kg/m²), nhóm thường được khuyến cáo thận trọng do nguy cơ tăng độc tính, đặc biệt liên quan đến Linezolid.

Linezolid được sử dụng ở người bệnh với liều 600 mg/ngày theo khuyến cáo chuẩn của WHO đối với phác đồ BPaL tại thời điểm điều trị [5][6], không điều chỉnh theo cân nặng. Tuy nhiên một số cập nhật và ý kiến chuyên gia gần đây gợi ý cần cân nhắc điều chỉnh liều Linezolid theo cân nặng, kể cả trong phác đồ BPaL. Theo đó, người bệnh có cân nặng thấp (từ 16- 36 kg) chỉ nên sử dụng 0.5 viên/ngày. Linezolid có thể tích phân bố lớn và gắn protein huyết tương khoảng 30%. Vì vậy ở người bệnh suy kiệt và giảm Albumin máu, tỷ lệ thuốc tự do có thể tăng, làm gia tăng nguy cơ độc tính [5]. Thực tế, thiếu máu trên người bệnh xuất hiện từ tháng thứ 5 và tiến triển đến độ 2 vào tháng thứ 7, phù hợp với độc tính huyết học liên quan Linezolid khi dùng kéo dài.

Đáng chú ý, người bệnh đạt âm hoá vi khuẩn học từ tháng thứ 2 dù chẩn đoán muộn, tổn thương phổi rộng và thể trạng suy kiệt. Việc kéo dài điều trị đến 9 tháng trong trường hợp này là phù hợp với khuyến cáo của WHO [5].

Theo khuyến cáo của WHO, Lzd có thể được giảm liều hoặc ngừng trong 2 tháng cuối của phác đồ nếu người bệnh không dung nạp, tương đương với tháng thứ 5-6 trong thực hành lâm sàng với phác đồ BPaL 6 tháng chuẩn mà vẫn duy trì hiệu quả điều trị. Ca bệnh này, thiếu máu

tiến triển diễn ra vào cuối tháng thứ 7 và đã đạt đáp ứng lâm sàng, vi khuẩn học tốt. Vì vậy việc ngừng Lzd từ tháng thứ 8 nhằm hạn chế tiến triển độc tính huyết học là phù hợp với khuyến cáo hiện hành và nhấn mạnh tầm quan trọng của việc cá thể hóa điều trị, đặc biệt ở người bệnh suy dinh dưỡng nặng và có nguy cơ cao gặp biến cố bất lợi [5]

Thành công điều trị trong bối cảnh này gợi ý rằng, khi được đánh giá nguy cơ – lợi ích cẩn trọng và theo dõi chặt chẽ, BPaL có thể được cân nhắc ở một số người bệnh BMI thấp thay vì chống chỉ định tuyệt đối. Tuy nhiên do hạn chế của bài báo cáo chỉ giới hạn ở 1 ca bệnh, không có nhóm so sánh, thời gian theo dõi sau điều trị ngắn; kết quả này chưa đủ cơ sở để khuyến nghị điều chỉnh tiêu chí lựa chọn người bệnh dựa trên BMI. Các nghiên cứu thực hành với cỡ mẫu lớn hơn là cần thiết để đánh giá đầy đủ tính an toàn của BPaL ở nhóm người bệnh suy dinh dưỡng nặng.

IV. KẾT LUẬN

Ca bệnh này là minh chứng cho thấy Phác đồ BPaL có thể hiệu quả ở bệnh nhân lao tiền siêu kháng có BMI thấp trong trường hợp được theo dõi chặt chẽ và quản lý tốt biến cố bất lợi. Tuy nhiên, cần có thêm dữ liệu từ các nghiên cứu quan sát hoặc thử nghiệm thực hành trước khi cân nhắc điều chỉnh hướng dẫn.

ĐỒNG THUẬN BÁO CÁO

Các tác giả không có xung đột lợi ích liên quan đến bài báo. Tất cả các thông tin và hình ảnh có khả năng nhận diện người bệnh đã được ẩn danh. Người bệnh đã ký văn bản đồng ý cho phép công bố ca bệnh.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **World Health Organization**, *Global Tuberculosis Report 2024*, ISBN 978-92-4-010153-1. <http://www.who.int/tb/publications/global>
2. **O. S. Pedersen et al.**, “Global treatment outcomes of extensively drug-resistant tuberculosis in adults: A systematic review and meta-analysis,” *J. Infect.*, vol. 87, no. 3, pp. 177–189, 2023, doi: 10.1016/j.jinf.2023.06.014.
3. **F. Conradie et al.**, “Treatment of Highly Drug-Resistant Pulmonary Tuberculosis,” *N. Engl. J. Med.*, vol. 382, no. 10, pp. 893–902, 2020, doi: 10.1056/nejmoa1901814.
4. **F. Conradie et al.**, “Bedaquiline–Pretomanid–Linezolid Regimens for Drug-Resistant Tuberculosis,” *N. Engl. J. Med.*, vol. 387, no. 9, pp. 810–823, 2022, doi: 10.1056/nejmoa2119430.

5. **World Health Organization.** *Operational handbook on tuberculosis.* Module 4: Treatment, Drug-resistant tuberculosis treatment 2022 update, 2022.
6. **Bộ Y tế.** "Hướng dẫn chẩn đoán, điều trị và dự phòng bệnh lao," 2024.
7. **World Health Organization.** *Consolidated*

guidelines on tuberculosis. Module 4: Treatment Drug-resistant tuberculosis treatment 2022 update, 2022.

8. **World Health Organization,** *Consolidated guidelines on tuberculosis* Module 3: Diagnosis, Rapid diagnostics for tuberculosis detection, Third edition. 2024.

MẪU MÚI RĂNG CỐI SỮA THỨ HAI HÀM TRÊN NGƯỜI VIỆT

Huỳnh Kim Khang*

TÓM TẮT

Mục tiêu: (1) xác định tỉ lệ các mức độ mẫu múi trên răng cối sữa thứ hai hàm trên, (2) so sánh mẫu múi của răng cối sữa thứ hai hàm trên người Việt với các nhóm khác. **Phương pháp:** Nghiên cứu cắt ngang mô tả, mẫu nghiên cứu gồm 496 răng của trẻ từ 3 đến 5 tuổi (256 nam, 240 nữ). Đánh giá và phân loại mẫu múi răng cối sữa thứ hai theo Hanihara (1963). **Kết quả:** Tỉ lệ dạng 3+B và 4- cao nhất trên răng cối sữa 2 (88,11%). Có sự khác biệt về các mức độ thể hiện mẫu múi trên răng cối sữa 2 giữa bộ răng người Việt với các nhóm khác ($p < 0,001$). **Kết luận:** Ở bộ răng người Việt mức độ 3+B và 4- chiếm tỉ lệ cao nhất. Có sự khác biệt lớn nhất về các mức độ mẫu múi trên răng cối sữa 2 giữa nhóm Việt và nhóm Nhật ($p < 0,001$). **Từ khóa:** mẫu múi răng cối sữa thứ hai. **Ký hiệu:** răng cối sữa 2, răng cối sữa thứ hai: RCS2, m2.

SUMMARY

CROWN PATTERN OF THE DECIDUOUS UPPER SECOND MOLARS OF VIETNAMESE

Objectives: The aims of this study were to: (1) determine the frequencies of crown pattern trait of the deciduous upper second molars; (2) compare the crown pattern trait between the Viet and different population. **Materials and method:** With the descriptive cross-sectional study design, the sample consisted 496 teeth (256 boys, 240 girls, from 3 to 5 years-old). Crown pattern were evaluated, classified according to Hanihara method (1963). **Results:** The frequency of 3+B and 4- form of the deciduous upper second molars was highest (88.11%). There was significant difference of crown pattern trait between the Viet and different population ($p < 0.001$). **Conclusions:** In Viet dentition, the deciduous upper second molars had 3+B and 4- form that were highest. There was highest difference of crown pattern trait between the Viet and Japan ($p < 0.001$). **Key word:** crown pattern of the deciduous upper second molars.

*Khoa Răng Hàm Mặt - Đại học Y Dược TP Hồ Chí Minh
 Chịu trách nhiệm chính: Huỳnh Kim Khang
 Email: kimkhanghuynh@yahoo.com
 Ngày nhận bài: 19.1.2026
 Ngày phản biện khoa học: 9.2.2026
 Ngày duyệt bài: 16.3.2026

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Răng cối sữa thứ hai về hình thể được mô tả như một răng cối lớn thứ nhất vĩnh viễn thu nhỏ⁽⁴⁾. Dahlberg (1956)⁽¹⁾ đã chia mẫu mặt nhai răng cối lớn thứ nhất hàm trên thành bốn loại theo mức độ phát triển của múi xa trong (là múi thường bị tiêu giảm). Hanihara (1963)⁽²⁾ dựa trên sự phân loại của Dahlberg để nghiên cứu trên răng cối sữa thứ hai hàm trên. Múi xa trong là múi sau cùng được thêm vào trong quá trình tiến hóa của răng cối hàm trên, cả về phát triển chủng loại lẫn về phát triển cá thể và là phần thay đổi nhất của răng cối hàm trên. Thường múi xa trong phát triển mạnh ở răng cối sữa thứ hai và răng cối lớn thứ nhất hàm trên, có khuynh hướng tiêu giảm ở răng cối lớn thứ hai và thứ ba hàm trên. Trong nghiên cứu này, chúng tôi khảo sát đặc điểm mẫu múi trên răng cối sữa 2 hàm trên người Việt.

Mục tiêu nghiên cứu

- Xác định tỉ lệ các mức độ mẫu múi trên răng cối sữa 2 hàm trên.
- So sánh mẫu múi của răng cối sữa 2 hàm trên người Việt với các nhóm khác.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

- Mẫu nghiên cứu: mẫu hàm lấy từ bộ sưu tập mẫu hàm tại khoa Răng Hàm Mặt, Đại học Y Dược, Thành phố Hồ Chí Minh.
- Tiêu chuẩn chọn mẫu: mẫu hàm được sử dụng khi răng mọc đầy đủ, không có bất thường hình dạng thân răng.
- Loại khỏi nghiên cứu những mẫu hàm có sai sót do bị vỡ, bọt...

Cỡ mẫu: gồm 496 răng của trẻ từ 3 đến 5 tuổi (256 nam, 240 nữ).

Thiết kế nghiên cứu

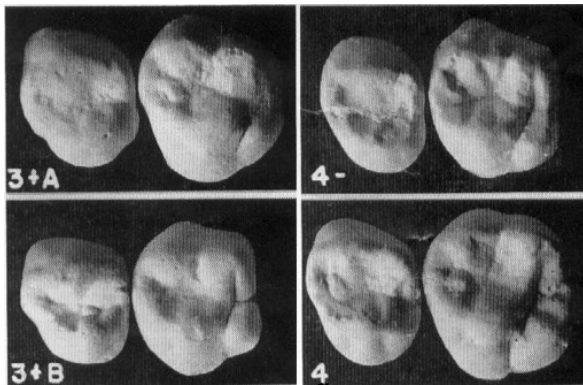
Nghiên cứu cắt ngang mô tả.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- Sử dụng phương pháp quan sát bằng mắt thường kết hợp kính lúp phóng đại gấp bốn lần.
- Đánh giá và phân loại các đặc điểm mẫu múi răng cối sữa 2 hàm trên theo Hanihara (1963)⁽¹⁾.
- Quan sát và khảo sát toàn bộ răng: ghi nhận đặc điểm mẫu múi răng cối sữa 2 hàm trên ở tất cả răng (theo Scott, 1980)⁽⁵⁾.

Mẫu múi răng cối sữa 2 hàm trên phân loại theo Hanihara (1963) (hình 1)

- (3+A): có ba múi chính, không có múi xa trong
- (3+B): múi xa trong rất nhỏ so với các múi khác
- (4-): múi xa trong nhỏ hơn các múi khác
- (4): múi xa trong lớn xấp xỉ các múi khác



Hình 1: Các mức độ mẫu múi trên răng cối sữa 2 hàm trên (Nguồn: Hanihara, 1963) ⁽²⁾

Xử lý số liệu:

- Sử dụng phần mềm SPSS 11.5 để xử lý số liệu.
- Kiểm định bằng test Chi bình phương để xác định sự khác biệt (nếu có) của các mức độ biểu hiện mẫu múi giữa nam và nữ; giữa người Việt và các nhóm khác.
- Các đặc điểm mẫu múi được đánh giá và phân loại hai lần, cách nhau hai tuần. Chỉ số Kappa được sử dụng để đánh giá độ kiên định của quan sát viên là 0,86.

III. KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN

Trong phần dưới đây, chúng tôi gộp chung loại 3+B và 4- thành một nhóm để tính toán và so sánh với các nhóm khác.

Tỉ lệ các mức độ mẫu múi trên răng cối sữa 2 hàm trên.

Trên răng cối sữa 2 hàm trên, dạng 3+B và 4- chiếm tỉ lệ cao (88,11%), dạng 3+A và 4 chiếm tỉ lệ thấp (lần lượt là 0,40% và 11,49%), (bảng 1, 2, hình 2).

Bảng 1: mẫu múi RCS2 hàm trên (%) (tính chung phải, trái)

Nhóm	Giới	3+A	3+B và 4-	4
Việt	Nam = 256	0,00	89,45	10,55
	Nữ = 240	0,8	86,67	12,50
	Chung = 496	0,4	88,11	11,49

Bảng 2: mẫu múi RCS2 hàm trên ở các nhóm (%)

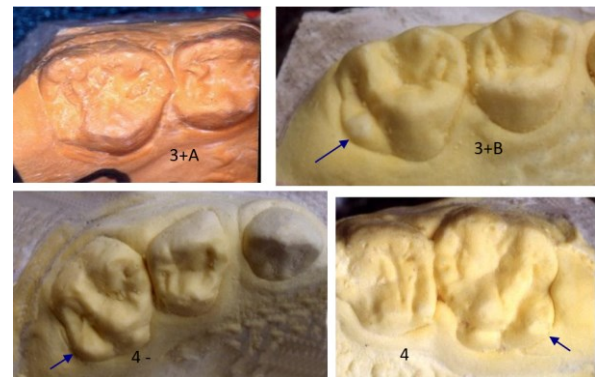
Nhóm	N	3+A	3+B và 4-	4
Việt	496	0,4	88,11	11,49
Nhật ⁽³⁾	191	1,60	27,70	70,70
Mỹ trắng ⁽³⁾	57	1,80	24,60	73,70
Mỹ đen ⁽³⁾	51	0,00	9,80	90,20

So sánh giữa bốn nhóm, sự khác biệt giữa nhóm Việt với nhóm Nhật rất nhiều, kể đến là sự khác biệt giữa nhóm Việt với nhóm Mỹ đen, đến Mỹ trắng. (bảng 3)

Bảng 3: so sánh mẫu múi RCS2 hàm trên (test chi bình phương)

Cặp so sánh	3+A	3+B và 4-	4	χ^2 (ĐTD = 2)
Việt-Nhật	2,58	70,43	172,86	245,87***
Việt-Mỹ trắng	1,70	25,32	110,53	137,55*
Việt-Mỹ đen	0,21	35,09	152,21	187,51**

*** $p < 0,001$, ** $p < 0,01$, * $p < 0,05$



Hình 2: các mức độ mẫu múi trên răng cối sữa 2 hàm trên

IV. KẾT LUẬN

Ở bộ răng người Việt mức độ 3+B và 4- chiếm tỉ lệ cao nhất. Có sự khác biệt lớn nhất về các mức độ mẫu múi trên răng cối sữa 2 giữa nhóm Việt và nhóm Nhật ($p < 0,001$).