

- Heart Association/American Stroke Association", Stroke. 44(3), pp. 870-947.
5. **Meretoja, A., Strbian, D., Mustanoja, S., et al.** (2012), "Reducing in-hospital delay to 20 minutes in stroke thrombolysis", Neurology. 79(4), pp. 306-13.
 6. **Powers, W. J., Derdeyn, C. P., Biller, J., et al.** (2015), "2015 American Heart Association/American Stroke Association Focused Update of the 2013 Guidelines for the Early Management of Patients With Acute Ischemic Stroke Regarding Endovascular Treatment: A Guideline for Healthcare Professionals From the American Heart Association/American Stroke Association", Stroke. 46(10), pp. 3020-35.
 7. **Reimers, Bernhard** (2016), Building a multidisciplinary team for interventional acute stroke management, **Humanitas University Rozzano – Milan Italy.**
 8. **Rosamond, W. D., Folsom, A. R., Chambless, L. E., et al.** (1999), "Stroke incidence and survival among middle-aged adults: 9-year follow-up of the Atherosclerosis Risk in Communities (ARIC) cohort", Stroke. 30(4), pp. 736-43.

NHẬN XÉT ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG CÁC BỆNH NHÂN MẤT CÂN XỨNG MẶT

Võ Thị Minh Hảo*, Nguyễn Thị Thúy Nga*, Nguyễn Tấn Văn*

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nhận xét đặc điểm lâm sàng của bệnh nhân mất cân xứng mặt. **Đối tượng nghiên cứu:** **Nghiên cứu** được thực hiện từ tháng 2/2022 đến tháng 12/2022, bằng phương pháp nghiên cứu mô tả cắt ngang của 33 người bệnh từ 16 tuổi đến khám vì mất cân xứng mặt tại bệnh viện Răng Hàm Mặt Trung ương Hà Nội, dựa vào phiếu hỏi bệnh, khám lâm sàng, phân tích ảnh mặt thẳng, ảnh mặt cười. **Kết quả:** Độ tuổi trung bình của nam tham gia nghiên cứu là 20,2 ± 4,02 tuổi và nữ là 23,1 ± 8,38 tuổi, 100% bệnh nhân mất cân xứng mặt có lệch cằm, trong đó bệnh nhân có tỷ lệ sai lệch cằm trái cao 70,6%, không có sự khác biệt giữa nam và nữ bị lệch cằm ($p < 0,05$). Tỷ lệ bệnh nhân tham gia nghiên cứu bất cân xứng ngang mô mềm và lệch góc miệng lần lượt là 87,9% và 69,7%. Trong 33 bệnh nhân tham gia nghiên cứu, 21,2% bệnh nhân được đánh giá cắn chéo một bên, bệnh nhân cắn chéo hai bên là 48,5% và 30,3% không mắc phải triệu chứng này. Độ lệch cằm trung bình là 9,84 ± 5,51mm. Độ lệch trung bình bất cân xứng ngang mô mềm và độ lệch góc miệng lần lượt là 10,07 ± 7,9mm và 3,28 ± 2,27mm. Tỷ lệ sai lệch cằm của các bệnh nhân mất cân xứng mặt bị lệch khớp cắn hạng I, II, III lần lượt là 15,2%; 9,1% và 75,8%. Tình trạng lệch khớp cắn hạng III là hay thường gặp nhất. Tỷ lệ bệnh nhân có lệch cằm thì đường đường giữa hàm dưới sẽ hầu hết bị lệch (84,9%), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê được tìm thấy giữa nhóm bệnh nhân lệch cằm và có đường giữa hàm dưới bị lệch ($p < 0,01$). Yếu tố giới tính không ảnh hưởng đến tình trạng bất cân xứng trên khuôn mặt của bệnh nhân ($p > 0,05$). Thói quen đẩy lưỡi là yếu tố ảnh hưởng đến tình trạng sai lệch mặt của bệnh nhân. **Kết luận:** Bệnh nhân mất cân xứng mặt có 100% có lệch cằm. Đa số 84,9% các trường hợp có lệch cằm thì đường giữa hàm

dưới cũng lệch ($p < 0,01$). Yếu tố giới tính không ảnh hưởng đến tình trạng bất cân xứng trên khuôn mặt của bệnh nhân ($p < 0,05$). Thói quen đẩy lưỡi là yếu tố ảnh hưởng đến tình trạng sai lệch mặt của bệnh nhân.

Từ khóa: sai lệch cằm, mất cân xứng mặt, bất cân xứng theo chiều ngang, lệch góc miệng

SUMMARY

REVIEW THE CLINICAL CHARACTERISTICS OF PATIENTS WITH FACIAL ASYMMETRY

Objective: Review the clinical characteristics of patients with facial asymmetry. **Subjects:** The study was carried out from February 2022 to December 2022, using a cross-sectional descriptive study method of 33 patients aged 16 years old who came to the clinic for facial asymmetry at Hanoi Central Odontostomatology Hospital, based on the patient questionnaire, clinical examination, analysis of straight face and smiley face images. **Results:** The average age of male participants in the study was 20.2 ± 4.02 years old and female was 23.1 ± 8.38 years old, 100% of patients with facial asymmetry had chin deviation, in which patients has a high rate of left chin deviation 70.6%, there is no difference between men and women with chin deviation ($p > 0.05$). The proportion of patients participating in the study was 87.9% and 69.7% respectively. In 33 patients participating in the study, 21.2% of patients were evaluated for unilateral crossbite, 48.5% of patients with bilateral crossbite and 30.3% without this symptom. The average chin deviation is 9.84 ± 5.51mm. Mean deviation of soft tissue horizontal asymmetry and deviation of mouth angle are 10.07 ± 7.9mm and 3.28 ± 2.27mm, respectively. The rate of chin deviation of patients with facial asymmetry with class I, II, and III malocclusion is 15.2%, respectively; 9.1% and 75.8%. Class III malocclusion is the most common. The proportion of patients with chin deviation, the mandibular midline will mostly be deviated (84.9%), a statistically significant difference was found between the group of patients with deviated chin and deviated mandibular midline. ($p < 0.01$). Gender factor did not affect the asymmetry on the patient's face ($p > 0.05$). The habit of pushing the tongue is a factor affecting the patient's

*Trường Đại học Y Dược, Đại học Quốc gia Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Võ Thị Minh Hảo

Email: haodentist@gmail.com

Ngày nhận bài: 8.12.2022

Ngày phản biện khoa học: 24.01.2023

Ngày duyệt bài: 9.2.2023

facial deviation. **Conclusion:** Patients with facial asymmetry have 100% of the chin deviation. In the majority of 84.9% cases with chin deviation, the mandibular midline is also deviated ($p < 0.01$). Gender factor did not affect the asymmetry on the patient's face ($p < 0.05$). The habit of pushing the tongue is a factor affecting the patient's facial deviation.

Keywords: chin deviation, facial asymmetry, horizontal asymmetry, mouth angle deviation

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Sự bất đối xứng trên khuôn mặt là tình trạng tương đối phổ biến, dao động tỷ lệ từ 21% đến 85% [1]. Sự không cân xứng và sai lệch trong giới hạn nào đó được xem là chấp nhận được. Tuy nhiên, sự bất đối xứng nghiêm trọng ảnh hưởng đến xương, răng, mô mềm dẫn tới các hậu quả cả về thẩm mỹ và chức năng cần được điều trị nắn chỉnh răng với cơ học không đối xứng, có hoặc không kết hợp với phẫu thuật chỉnh nha [2].

Về ngoài khuôn mặt về cơ bản sẽ bao gồm cả mô cứng và mô mềm (cơ, da, mỡ) tạo nên. Vì vậy, bác sĩ lâm sàng cần đánh giá đầy đủ cả về xương và mô mềm để chẩn đoán sự bất cân xứng mặt. McCane và cộng sự đã chỉ ra sự bất đối xứng của khung xương được thể hiện rõ ràng khi quan sát lâm sàng [3]. Trong khi đó, Shah và Joshi [4] đã chứng minh rằng các thành phần mô mềm bên trên có thể bù đắp cho sự bất cân xứng của nền xương bên dưới. Ngoài ra, Masuoka và cộng sự [5] lại cho biết những bệnh nhân được phân loại lâm sàng là đối xứng hoặc mất cân xứng nhẹ thì lại có thể có bất cân xứng nặng về xương khi đánh giá trên phim mặt thẳng. Sự mất cân xứng trên khuôn mặt thường thấy ở những bệnh nhân sai khớp cắn xương hạng III. Cằm lệch sang một bên là đặc điểm dễ nhận thấy nhất ở những bệnh nhân có khuôn mặt không đối xứng, có thể do dịch chuyển vị trí hoặc thay đổi hình thái cấu trúc của xương hàm dưới [6]. Trên phương diện đánh giá lâm sàng, cần nhận diện các đặc điểm khác như bất cân xứng ngang mô mềm, lệch góc miệng, canting mặt phẳng cắn hàm trên, lệch đường giữa và tình trạng cắn chéo.

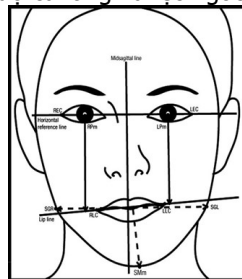
Điều trị chỉnh hình răng trong trường hợp có mất cân xứng đều luôn là một quá trình khó khăn. Nguyên nhân chủ yếu là do chẩn đoán sai, lập kế hoạch và cơ học điều trị kém. Để điều trị các ca bất cân xứng mặt thì quan trọng nhất vẫn là cần chẩn đoán kỹ lưỡng về sự mất cân xứng mô cứng, mô mềm và mức độ sai lệch là điều tối quan trọng. Do vậy, bên cạnh việc phân tích mất cân xứng trên mô cứng thông qua các công cụ

phim 2D, 3D thì khám lâm sàng, quan sát qua ảnh mặt thẳng, mặt cười cũng mang lại nhiều giá trị lớn trong việc chẩn đoán, lập kế hoạch, điều trị và đánh giá kết quả. Xuất phát từ tầm quan trọng, ý nghĩa và thực tế này, chúng tôi đã tiến hành nghiên cứu nhận xét đặc điểm lâm sàng của các bệnh nhân mất cân xứng mặt.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu được tiến hành trên 33 người bệnh từ 16 tuổi đến khám vì mất cân xứng mặt tại bệnh viện Răng Hàm Mặt Trung ương Hà Nội từ tháng 2 năm 2022 đến tháng 12 năm 2022. Các tiêu chí lựa chọn bệnh nhân vào nghiên cứu bao gồm: 1. Bệnh nhân trên 16 tuổi có 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 mô tả cắt ngang 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 (2012) [7] với mức ý nghĩa thống kê $\alpha = 0,05$ và sai số tuyệt đối $d = 0,15$. Các đối tượng được phỏng vấn dựa trên bộ câu hỏi, được khám lâm sàng, chụp ảnh trong miệng, ảnh mặt thẳng, ảnh mặt cười. Các chỉ số đo lường trong nghiên cứu được thu thập trên ảnh mặt thẳng, mặt cười và được phân tích bằng phần mềm Vnceph để chuẩn hóa, chấm điểm và đo lường độ lệch cằm, bất cân xứng theo chiều ngang, mức độ canting và lệch góc miệng.



Hình 1. Các điểm mốc sử dụng trên ảnh mặt thẳng [8]

Các đường thẳng tham chiếu: Đường nối hai góc mắt ngoài được gọi là đường tham chiếu ngang (HRL); đường nối hai khoé mép là đường tham chiếu dọc (STML); đường thẳng tham chiếu dọc (STML) là đường vuông góc với đường tham chiếu ngang, đi qua trung tâm của hai đồng tử và đỉnh mũi; đường thẳng đi qua hai rìa cắn của hai răng cửa giữa trên.

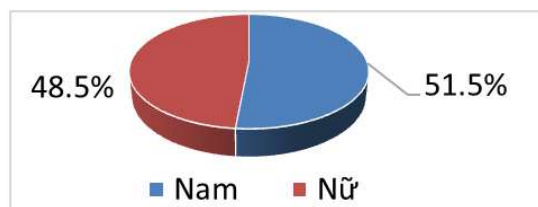
Bảng 1: Các phép đo và tiêu chí đánh giá bất cân xứng trên ảnh mặt thẳng và mặt cười chuẩn hóa [8]

Ký hiệu	Định nghĩa	Tiêu chuẩn đánh giá có bất cân xứng	Kết luận
D _{Sm}	Độ lệch cằm: khoảng cách giữa SMm tới STML	>2mm	Có sai lệch cằm
D _{SG}	Hiệu khoảng cách góc hàm trái, phải đến STML	>2mm	Có lệch góc miệng
D _{Pm}	Hiệu khoảng cách đường môi LL đến điểm giữa đồng tử trái và phải	>2mm	Có BCX ngang mô mềm
Canting mặt phẳng cắn	Góc giữa đường thẳng hai rìa cắn răng cửa trên với HRL xác định mức độ canting của cung răng hàm trên.	> 4 độ	Có canting mặt phẳng cắn

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

1. Đặc điểm chung của mẫu nghiên cứu.

Nghiên cứu được thực hiện trên 33 bệnh nhân có 48,5% là nữ giới. Độ tuổi trung bình của nam tham gia nghiên cứu là 20,2 ± 4,02 tuổi và nữ là 23,1 ± 8,38 tuổi, không có sự khác biệt về độ tuổi giữa bệnh nhân nam và nữ khi tham gia vào nghiên cứu (p=0,631>0,05, Mann-Whitney test).



Biểu đồ 1. Phân bố giới tính của đối tượng nghiên cứu (n=33)

2. Các đặc điểm lâm sàng của bệnh nhân bất cân xứng mặt

Bảng 2. Mô tả tỷ lệ bệnh nhân bất cân xứng trên ảnh chụp thẳng (n=33)

Đặc điểm trên phim mặt thẳng		Nam		Nữ		Tổng	
		n	%	n	%	n	%
Sai lệch cằm	Trái	12	70,6	10	62,5	22	66,7
	Phải	5	29,4	6	37,5	11	33,3
Bất cân xứng theo chiều ngang	Có	15	88,2	14	87,5	29	87,9
	Không	2	11,8	2	12,5	4	12,1
Lệch góc miệng	Có	12	70,6	11	68,8	23	69,7
	Không	5	29,4	5	31,2	10	30,3
Canting mặt phẳng cắn	Có	5	29,4	4	25,0	9	27,3
	Không	7	41,2	9	56,2	16	48,5
	Không xác định	5	29,4	3	18,8	8	24,2
Cắn chéo	Một bên	3	17,6	4	25,0	7	21,2
	Hai bên	10	58,8	6	37,5	16	48,5
	Không	4	23,5	6	37,5	10	30,3
Thói quen xấu	Có	4	23,5	4	25,0	8	24,2
	Không	13	76,5	12	75,0	25	75,8
Lệch đường giữa hàm trên	Có	8	47,1	9	56,2	17	51,5
	Không	9	52,9	7	43,8	16	48,5
Lệch đường giữa hàm dưới	Có	15	88,2	13	81,2	28	84,8
	Không	2	11,8	3	18,8	5	15,2
Tổng		17	100	16	100	33	100

100% bệnh nhân bất cân xứng mặt có lệch cằm, trong đó bệnh nhân có tỷ lệ sai lệch cằm trái cao 70,6%, không có sự khác biệt giữa nam và nữ bị lệch cằm (p<0,05). Tỷ lệ bệnh nhân tham gia nghiên cứu bất cân xứng ngang mô mềm và lệch góc miệng lần lượt là 87,9% và 69,7%. Trong 33 bệnh nhân tham gia nghiên

cứ, 21,2% bệnh nhân được đánh giá cắn chéo một bên, bệnh nhân cắn chéo hai bên là 48,5 % và 30,3% không mắc phải triệu chứng này. Các thói quen xấu như đẩy lưỡi là một trong các yếu tố ảnh hưởng đến bất cân xứng mặt, 24,2% bệnh nhân tham gia nghiên cứu có đẩy lưỡi và không có sự khác biệt giữa nam và nữ (p<0,05).

Bảng 3. Giá trị trung bình của một vài chỉ số mô tả bất cân xứng mặt trên ảnh mặt thẳng

Biến số	Đơn vị	Min	Max	Mean±sd
Độ lệch cằm (n=33)	mm	2,07	27,41	9,84±5,51

DSG (n=33)	mm	0,08	32,26	10,07±7,90
Góc giữa đường thẳng đi qua hai rìa cắn và HRL(n=25)	độ	0,52	12,45	3,86±2,99
DPM (n=33)	mm	0,09	8,38	3,28±2,27

Độ lệch cắn trung bình là 9,84±5,51mm. Độ lệch trung bình bất cân xứng ngang mô mềm và độ lệch góc miệng lần lượt là 10,07±7,9mm và 3,28±2,27mm.

Bảng 4. Mô tả tỷ lệ bệnh nhân sai lệch cắn theo khớp cắn (n=33)

Khớp cắn Sai lệch cắn	Hạng I		Hạng II		Hạng III		Tổng		p (χ ²)
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Trái	3	13,6	2	9,1	17	77,3	22	100	0,942
Phải	2	18,2	1	9,1	8	72,7	11	100	
Tổng	5	15,2	3	9,1	25	75,8	33	100	

Tỷ lệ sai lệch cắn của các bệnh nhân bất cân xứng mặt bị lệch khớp cắn hạng I, II, III lần lượt là 15,2%; 9,1% và 75,8%. Tình trạng lệch khớp cắn hạng III là hay thường gặp nhất.

Bảng 5. Tương quan giữa lệch đường giữa hàm trên và canting hàm trên trên ảnh mặt cười (n=33)

Lệch đường giữa hàm trên	Không		Trái		Phải		Tổng		p (χ ²)
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Có	4	44,4	3	33,3	2	22,2	9	100	0,847
Không	9	56,2	5	31,2	2	12,5	16	100	
Không xác định	3	37,5	4	50,0	1	12,5	8	100	
Tổng	16	48,5	12	36,4	5	15,2	33	100	

Tỷ lệ sai lệch đường giữa hàm trên có canting hàm trên là 55,5%, không có canting là 56,2%. Phân tích cho thấy không có sự khác biệt giữa các bệnh nhân có canting khi lệch đường giữa xương hàm trên (p>0,05).

Bảng 6. Tương quan giữa lệch đường giữa hàm dưới trên lâm sàng và lệch cắn trên ảnh mặt thẳng (n=33)

Lệch đường giữa hàm dưới	Không		Trái		Phải		Tổng		p (χ ²)
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Trái	3	13,6	16	72,7	3	13,6	22	100	0,0001
Phải	2	18,2	0	0	9	81,8	11	100	
Tổng	5	15,1	16	48,5	12	36,4	33	100	

Tỷ lệ bệnh nhân có lệch cắn thì đường giữa hàm dưới sẽ hầu hết bị lệch (84,9%), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê được tìm thấy giữa nhóm bệnh nhân lệch cắn và có đường giữa hàm dưới bị lệch (p<0,01).

Bảng 7. Tương quan giữa bất cân xứng chiều ngang và sai lệch cắn (n=33)

Bất cân xứng theo chiều ngang	Có		Không		Tổng		P (Fisher's Exact test)
	n	%	n	%	n	%	
Trái	18	81,8	4	18,2	22	100	0,276
Phải	11	100	0	0	11	100	
Tổng	29	87,9	4	12,1	33	100	

Có 87,9% bệnh nhân sai lệch cắn kèm theo bất cân xứng theo chiều ngang. Sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê (p>0,05).

Bảng 8. Tương quan giữa bất lệch góc miệng và sai lệch cắn (n=33)

Lệch góc miệng	Có		Không		Tổng		p (Fisher's Exact test)
	n	%	n	%	n	%	
Trái	17	77,3	5	22,7	22	100	0,240
Phải	6	54,5	5	45,5	11	100	
Tổng	23	69,7	10	30,3	33	100	

Có 67,7% bệnh nhân sai lệch cắn kèm theo lệch góc miệng. Sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê (p>0,05).

IV. BÀN LUẬN

Trong số 33 bệnh nhân nghiên cứu thì tất cả các bệnh nhân bất cân xứng mặt đều có sai lệch cằm, tỷ lệ này lớn hơn tỷ lệ 80% bất cân xứng mặt có sai lệch cằm trong nghiên cứu của Wang và cộng sự [7]. Trong đó bệnh nhân có tỷ lệ sai lệch cằm trái cao 70,6%, không có sự khác biệt giữa nam và nữ bị lệch cằm ($p < 0,05$). Tỷ lệ sai lệch cằm của các bệnh nhân bất cân xứng mặt bị lệch khớp cắn hạng I, II, III lần lượt là 15,2%; 9,1% và 75,8%. Tình trạng lệch khớp cắn hạng III là hay thường gặp nhất. Kết quả này cũng tương tự như trong nghiên cứu của Chen Y –J và cộng sự [6]. Khoảng cách giữa điểm giữa cằm SMM đến STML là $9,84 \pm 5,51$ mm, lớn hơn trong nghiên cứu của Kug- Ho You và cộng sự năm 2010 [9] có khoảng cách độ lệch cằm trung bình của nhóm bất cân xứng mặt là $7,7 \pm 3,4$ mm. Tỷ lệ bệnh nhân tham gia nghiên cứu bất cân xứng ngang mô mềm và lệch góc miệng lần lượt là 87,9% và 69,7%. Trong 33 bệnh nhân tham gia nghiên cứu, 21,2% bệnh nhân được đánh giá cắn chéo một bên, bệnh nhân cắn chéo hai bên là 48,5% và 30,3% không mắc phải triệu chứng này.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu 33 bệnh nhân trên 16 tuổi đến khám tại Bệnh viện Răng Hàm Mặt Trung Ương Hà Nội có than phiền về bất cân xứng mặt. Bệnh nhân bất cân xứng mặt có 100% có lệch cằm. Đa số 84,9% các trường hợp có lệch cằm thì đường thì đường giữa hàm dưới thì đường giữa hàm dưới cũng lệch ($p < 0,01$). Yếu tố giới tính không ảnh hưởng đến tình trạng bất cân xứng trên khuôn mặt của bệnh nhân ($p < 0,05$). Thói quen đẩy lưỡi là yếu tố ảnh hưởng đến tình

trạng sai lệch mặt của bệnh nhân.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Haraguchi S, Takada K, Yasuda Y. Facial asymmetry in subjects with skeletal class III deformity. *Angle Orthod* 72:28, 2002
2. Bishara SE, Burkey PS, Kharouf JG. Dental and facial asymmetries: a review. *Angle Orthod* 1994;64:89-98.
3. McCance AM, Moss JP, Fright WR, Linney AD, James DR. Three dimensional analysis techniques—part 1: three dimensional soft-tissue analysis of 24 adult cleft palate patients following Le Fort I maxillary advancement: a preliminary report. *Cleft Palate Cranio-fac J* 1997;34:36-45.
4. Shah SM, Joshi MR. An assessment of asymmetry in the normal craniofacial complex. *Angle Orthod* 1978;48:141-8.
5. Masuoka N, Momoi Y, Arji Y, Nawa H, Muratmatsu A, Goto S, và cộng sự. Can cephalometric indices and subjective evaluation be consistent for facial asymmetry? *Angle Orthod* 2005;75:651-5.
6. Chen Y-J, Yao C-C, Chang Z-C và cộng sự. Characterization of facial asymmetry in skeletal Class III malocclusion and its implications for treatment. *Int J Oral Maxillofac Surg*. 2019; 48(12):1533-1541.
7. Wang Y, Zhu Y, Zheng S, Yang G, Fu X, Xiao N, Wen A, Zhao Y. A novel method for 3D face symmetry reference plane based on weighted Procrustes analysis algorithm. *BMC Oral Health*. 2020 Nov 11; 20(1):319.
8. Kim JY, Jung HD, Jung YS, Hwang CJ, Park HS. A simple classification of facial asymmetry by TML system. *J Craniomaxillofac Surg*. 2014 Jun; 42(4):313-20. doi: 10.1016/j.jcms. 2013.05.019. Epub 2013 Jun 28. PMID: 23810748.
9. You K-H, Lee K-J, Lee S-H. Three-dimensional computed tomography analysis of mandibular morphology in patients with facial asymmetry and mandibular prognathism. *Am J Orthod Dentofac Orthop Off Publ Am Assoc Orthod Its Const Soc Am Board Orthod*. 2010; 138(5):540.e1-8.

CHỈ SỐ SỌ MẶT TRÊN BỆNH NHÂN CẢN NGƯỢC VÙNG CỬA TRONG ĐỘ TUỔI RĂNG HỒN HỢP

Phạm Thu Trang*

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả một số chỉ số trên phim đo sọ nghiêng của bệnh nhân có cản ngược vùng cửa trong độ tuổi răng hỗn hợp. Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu được thực hiện trên 30

bệnh nhân có cản ngược vùng cửa trong độ tuổi răng hỗn hợp đến khám và điều trị tại bệnh viện răng hàm mặt trung ương Hà Nội, sử dụng kết quả đo các chỉ số trên phim sọ nghiêng. **Kết quả:** Góc SNA ($78,75^\circ \pm 3,11^\circ$) giảm, góc SNB tăng ($78,58^\circ \pm 2,76^\circ$) và góc ANB ($0,18^\circ \pm 1,93^\circ$) giảm so với giá trị bình thường, Chỉ số Wits giảm ($-5,44\text{mm} \pm 2,81$) Chỉ số về răng: Độ căn chĩa âm ($-1,86\text{mm} \pm 1,25$), góc trục răng cửa hàm trên so với mặt phẳng hàm trên giảm ($100,36^\circ \pm 7,14$), góc trục răng cửa hàm dưới so với mặt phẳng hàm dưới giảm ($89,76^\circ \pm 8,77$). **Kết luận:** Các bệnh nhân có khớp cắn ngược vùng cửa trên hàm răng hỗn hợp giai đoạn sớm có xu hướng tương quan xương

*Bệnh viện Răng Hàm Mặt trung ương Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Thu Trang

Email: Trangpham368@gmail.com

Ngày nhận bài: 7.11.2022

Ngày phản biện khoa học: 9.12.2022

Ngày duyệt bài: 6.01.2023