

V. KẾT LUẬN

Chi phí trực tiếp y tế trung bình của người bệnh viêm, loét dạ dày-tá tràng do HP là khoảng 3.327.327 VNĐ. Số bệnh mắc kèm, mức hưởng bảo hiểm y tế có liên quan đến chi phí trực tiếp y tế của người bệnh viêm, loét dạ dày-tá tràng do HP ($p < 0,05$).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Hooi J. K. Y., Lai W. Y., Ng W. K., et al.** (2017), "Global Prevalence of Helicobacter pylori Infection: Systematic Review and Meta-Analysis", *Gastroenterology*, 153(2), pp.420-429
2. **Lanas A., Chan F.** (2017), "Peptic ulcer disease", *Lancet*, 390, pp. 613-624.
3. **Sonnenberg A., Everhart J. E.** (1997). "Health impact of peptic ulcer in the United States". *American Journal of Gastroenterology* (Springer Nature), 92(4), pp. 614-620.
4. **Dương Hiền Thảo Lan, Kha Hữu Nhân** (2022), Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, hình ảnh nội soi

và kết quả điều trị người bệnh viêm, loét dạ dày-tá tràng nhiễm helicobacter pylori bằng phác đồ 4 thuốc có bismuth, Tạp chí y dược học Cần Thơ, 53, tr. 53-60.

5. **Trịnh Kiên Nhụy, Võ Thị Bé My** (2022), Nghiên cứu việc sử dụng thuốc điều trị loét dạ dày tá tràng tại bệnh viện đa khoa tỉnh Trà Vinh, Tạp chí y học Việt Nam, 518(1), tr. 136-141.
6. **Chính phủ** (2018), Nghị định 146/2018/NĐ-CP Quy định quy định chi tiết và hướng dẫn biện pháp thi hành một số điều của Luật Bảo hiểm y tế, Hà Nội.
7. **Chính phủ** (2022), Nghị định 38/2022/NĐ-CP Quy định mức lương tối thiểu đối với người lao động làm việc theo hợp đồng lao động, Hà Nội.
8. **Hiroi, S., Sugano, K., Tanaka, S., & Kawakami, K.** (2017). Impact of health insurance coverage for Helicobacter pylori gastritis on the trends in eradication therapy in Japan: retrospective observational study and simulation study based on real-world data. *BMJ open*, 7(7), e015855.

NHẬN XÉT MỘT SỐ CHỈ SỐ TRÊN PHIM SỌ NGHIÊNG TỪ XA CỦA NGƯỜI BỆNH CƯỜI HỞ LỢI ĐỘ TUỔI 18 - 35

Hà Phương Linh¹, Chu Thị Quỳnh Hương¹, Nguyễn Thị Bích Ngọc¹, Nguyễn Trọng Hiếu¹, Nguyễn Đài Trang¹

TÓM TẮT

Mục đích: Mô tả đặc điểm trên phim sọ nghiêng từ xa của người bệnh cười hở lợi. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 40 người bệnh cười hở lợi độ tuổi 18-35 đến khám Răng Hàm Mặt. **Kết quả:** Qua nghiên cứu trên 40 đối tượng (5 nam và 35 nữ), có 21 người bệnh cười hở lợi có tương quan xương loại II theo Steiner (53%), 13 người (32%) có tương quan xương loại I và 6 người (15%) có tương quan xương loại III. Khi so sánh với giá trị trung bình từ các nghiên cứu đi trước về đặc điểm nhân trắc học của người Việt Nam và người châu Á có khuôn mặt hài hòa và không cười hở lợi, giá trị trung bình chiều cao phần trước xương hàm trên ở người bệnh cười hở lợi cao hơn 2.41 mm. Góc PP/FH, PP/SN và góc mặt phẳng cắn tăng, tỉ lệ Jarabak giảm. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ở nhóm đối tượng nghiên cứu có tương quan xương loại I và loại II. Giá trị trung bình của các góc trục răng cửa trên tăng có ý nghĩa thống kê. Góc mũi môi và góc môi trên với FH giảm có ý nghĩa thống kê. Giá trị trung bình chiều cao môi trên không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê. **Kết luận:** Những đặc điểm nổi bật ở

người bệnh cười hở lợi thông qua việc phân tích phim sọ nghiêng từ xa bao gồm: tương quan xương loại II, kiểu mặt lõm, quá phát xương hàm trên, đặc biệt là theo chiều đứng, xương hàm trên xoay theo chiều kim đồng hồ, hàm dưới lùi, răng cửa trên ngả trước, tăng độ cắn chia, môi trên ngả trước Tình trạng cười hở lợi không phải do chiều dài tuyệt đối của môi trên ngắn. Do vậy, cần lưu ý đánh giá mức độ cười hở lợi của người bệnh và xác định đầy đủ các nguyên nhân, vì các nguyên nhân thường kết hợp với nhau, để từ đó có hướng điều trị hợp lý.

Từ khóa: gummy smile, excessive gingival display, cephalometric analysis, skeletal relationship, maxillary height

SUMMARY

OBSERVATIONS ON VARIOUS MEASUREMENTS IN LATERAL CEPHALOMETRIC ANALYSIS IN PATIENTS AGED 18-35 WITH GUMMY SMILE

Objective: This study aims to describe the characteristics of patients with gummy smile through lateral cephalometric analysis. **Methods:** A cross-sectional study was conducted on 40 patients aged 18-35 who presented for maxillofacial and dental examination. **Results:** Among the 40 subjects (5 males and 35 females), 21 individuals (53%) exhibited Class II skeletal relationships according to Steiner's classification, 13 individuals (32%) displayed Class I relationships, and 6 individuals (15%) presented with Class III relationships. In comparison to the mean

¹Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Hà Phương Linh

Email: phuonghinh97@gmail.com

Ngày nhận bài: 10.7.2023

Ngày phản biện khoa học: 22.8.2023

Ngày duyệt bài: 18.9.2023

values from previous studies on craniofacial characteristics of Vietnamese and Asian individuals with harmonious facial features and no gummy smile, patients with gummy smile exhibited an increase of 2.41 mm anterior maxillary height. Additionally, the PP/FH angle, PP/SN angle, and facial convexity angle increased, while the Jarabak ratio decreased. These differences held statistical significance for both Class I and Class II skeletal relationship groups. Furthermore, the mean values of the upper incisor angles significantly increased, while the nasolabial angle, the angle of upper lip to FH plane exhibited statistically significant decreases. However, upper lip height did not show statistically significant differences.

Conclusion: Distinctive features observed in patients with gummy smile include Class II skeletal relationships, a convex facial profile, increased anterior maxillary height, particularly in the vertical dimension, clockwise rotation of the maxilla, retruded mandible, labially inclined upper incisors, increased overbite, labially upper lip inclination, and normal upper lip length. It is evident that the absolute upper lip length does not contribute to the presence of gummy smiles. Therefore, it is crucial to thoroughly evaluate the severity of the gummy smile to diagnose all causes, which are often combined, and then develop appropriate treatment approaches.

Keywords: gummy smile, excessive gingival display, cephalometric analysis, skeletal relationship, maxillary height

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Nụ cười là yếu tố làm nên ấn tượng đầu tiên về một cá nhân, và là một trong những cách quan trọng nhất để tạo thiện cảm với người đối diện. Cười hở lợi là tình trạng lộ lợi khi cười. Tỷ lệ cười hở lợi chiếm 10% dân số ở độ tuổi 20 – 30 tuổi, gặp nhiều ở nữ hơn ở nam giới.¹ Đây không được coi là tình trạng bệnh lý mà là một vấn đề gây mất hài hòa về mặt thẩm mỹ. Độ lộ lợi khi cười càng nhiều thì nụ cười càng mất thẩm mỹ. Xã hội ngày càng phát triển, chất lượng cuộc sống ngày càng được nâng cao, những vấn đề cơ bản phần lớn đã được giải quyết đầy đủ thì nhu cầu về mặt thẩm mỹ ngày càng được nhiều người chú ý.

Cười hở lợi có thể do một hoặc kết hợp nhiều nguyên nhân: môi trên ngắn, cơ môi hoạt động quá mức, trôi dài xương ổ răng, chậm mọc răng thụ động, quá phát xương hàm trên theo chiều đứng và phì đại lợi.² Điểm mấu chốt để điều trị thành công cười hở lợi là khám lâm sàng và phân tích phim Cephalometrics để xác định đúng nguyên nhân để từ đó lựa chọn phương pháp can thiệp phù hợp.³

Các nghiên cứu trên thế giới dù đầy đủ nhưng không được thực hiện trên người Việt, trong khi đặc điểm nhân trắc học lại thay đổi tùy theo chủng tộc. Các nghiên cứu tại Việt Nam chủ

yếu mô tả dịch tễ và đặc điểm lâm sàng của cười hở lợi. Vì vậy, mục tiêu của nghiên cứu này nhằm mô tả các đặc điểm trên phim sọ nghiêng từ xa của nhóm người bệnh cười hở lợi độ tuổi 18 – 35 trên các loại lệch lạc khớp cắn. Để từ đó, so sánh sự khác biệt trong cấu trúc sọ mặt ở người bệnh cười hở lợi so với người không cười hở lợi thông qua các kết quả từ nghiên cứu về nhân trắc học người Việt trên nhóm người có khuôn mặt hài hòa và không cười hở lợi ở cùng độ tuổi.⁴⁻⁶

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Nghiên cứu được tiến hành tại Bệnh viện Răng Hàm Mặt Trung ương Hà Nội và Trung tâm Khám chữa bệnh Kỹ thuật cao Răng Hàm Mặt, Đại học Y Hà Nội năm 2022-2023. Đối tượng nghiên cứu là những người bệnh đến khám Răng Hàm Mặt có tình trạng cười hở lợi.

Tiêu chuẩn lựa chọn: Người Việt Nam 18 – 35 tuổi cười hở lợi và không có dị tật vùng hàm mặt. Tình trạng toàn thân bình thường và chấp thuận tham gia nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ: Người bệnh có tiền sử chỉnh nha, phẫu thuật hàm mặt hoặc có phục hình vùng răng trước hàm trên hoặc không đồng ý tham gia nghiên cứu.

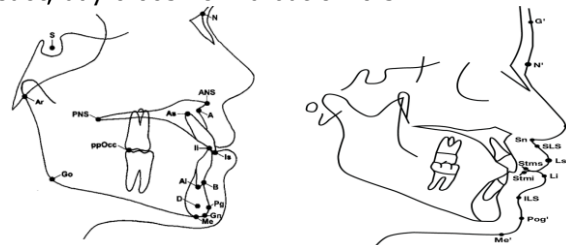
2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế: Nghiên cứu mô tả cắt ngang

Cỡ mẫu và cách chọn mẫu: Dựa vào công thức tính cỡ mẫu cho nghiên cứu mô tả cắt ngang, nhóm tác giả tính được cỡ mẫu $n = 40$ đối tượng nghiên cứu. Chọn mẫu bằng phương pháp ngẫu nhiên.

Các bước tiến hành:

- Hỏi bệnh và thăm khám lâm sàng. Chọn ngẫu nhiên 40 đối tượng có cười hở lợi
- Chụp phim sọ nghiêng từ xa chuẩn hóa
- Vẽ phim trên giấy acetat hạt mịn, trong suốt, dày 0.003inch và bút chì 0.3mm.



Hình 2.1: Một số điểm mốc xương, răng và mô mềm trên phim sọ nghiêng từ xa

• Phân tích phim theo các biến số sau. Các giá trị đo được ở mỗi nhóm được so sánh với các giá trị tham chiếu của các nghiên cứu đi trước về

đặc điểm nhân trắc học của người Việt Nam và người châu Á có khuôn mặt hài hòa, không lệch lạc khớp cắn và không cười hở lợi.⁴⁻⁶

- Góc ANB
- Chiều cao phần trước xương hàm trên (U1/PP)
- Góc mặt phẳng khẩu cái với FH
- Góc mặt phẳng khẩu cái với SN
- Tỷ lệ Jarabak (%)
- Góc mặt phẳng cắn (Occ/SN)
- Góc răng cửa giữa hàm trên với FH
- Góc răng cửa giữa hàm trên với SN
- Góc răng cửa giữa hàm trên với mặt phẳng khẩu cái (U1/PP)
- Độ nghiêng của răng cửa giữa hàm trên (U1/NA)
- Độ nhô răng cửa trên (U1- NA)
- Độ nghiêng của răng cửa giữa hàm dưới (L1/NB)
- Độ nhô răng cửa dưới (L1- NB)
- Độ cắn chìa, độ cắn phủ
- Góc lồi mặt (GI – Sn – Pog')

- Góc mũi môi (Cm – Sn – Ls)
- Góc môi trên so với FH
- Sn-Sts

Xử lý và phân tích số liệu: Làm sạch số liệu trước khi phân tích; nhập số liệu bằng phần mềm Microsoft Excel 2017 và xử lý bằng phần mềm IBM SPSS Statistics 20. Thống kê sử dụng t-test để kiểm định với mức ý nghĩa thống kê 95% được chọn khi $p < 0.05$. Nếu $p > 0.05$ tức sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Qua nghiên cứu trên 40 đối tượng (5 nam và 35 nữ) bằng phương pháp phân tích phim sọ nghiêng từ xa, chúng tôi nhận thấy có 21 người bệnh cười hở lợi có tương quan xương loại II theo Steiner (53%), có 13 người (32%) có tương quan xương loại I và 6 người (15%) có tương quan xương loại III. Khi đánh giá các đặc điểm theo phân loại tương quan xương thu được các bảng kết quả sau:

Bảng 3.1. Các chỉ số tương quan xương trên phim sọ nghiêng từ xa

Chỉ số		ANB	Chiều cao phần trước XHT	PP/FH	PP/SN	Occ/SN	Tỷ lệ Jarabak	
Giá trị tham chiếu	X	2.00	25.68	0.00	8.00	13.1	70	
	SD	3.20	1.90	5.00	3.00	3.81	10	
Tổng	X	3.85	28.09	1.89	9.40	16.45	64.76	
	SD	3.65	2.87	2.79	3.12	4.57	11.3	
	P	0.003	0.000	0.000	0.007	0.000	0.006	
Tương quan xương theo góc ANB	Loại I	X	2.59	27.48	2.61	9.70	15.51	68.52
		SD	0.98	2.48	2.16	2.54	5.14	7.32
		P	0.05	0.023	0.001	0.032	0.117	0.48
	Loại II	X	6.50	28.41	1.92	9.90	17.82	61.30
		SD	1.89	3.14	2.79	2.81	3.98	13.39
		P	0.000	0.001	0.005	0.006	0.000	0.007
	Loại III	X	-2.71	28.31	0.21	7.00	13.73	68.73
		SD	1.37	2.94	3.69	4.56	4.14	6.60
		P	0.000	0.08	0.894	0.613	0.724	0.658

Nhận xét: Giá trị trung bình chiều cao phần trước xương hàm trên tăng 2.41 mm so với người không cười hở lợi. Góc PP/FH, PP/SN và góc mặt phẳng cắn tăng, tỷ lệ Jarabak giảm so với người không cười hở lợi. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ở nhóm đối tượng nghiên cứu có tương quan xương loại I và loại II, không có ý nghĩa thống kê ở nhóm tương quan xương loại III.

Bảng 3.2: Các chỉ số tương quan răng – xương trên phim sọ nghiêng từ xa

Chỉ số		U1/FH	U1/SN	U1/PP	U1/NA	U1-NA	L1/NB	L1-NB	OJ	OB	
Giá trị tham chiếu	X	113.8	105.7	108	24.9	5.2	29.2	6.1	2	2	
	SD	6.37	6.30	5.00	5.03	2.37	5.50	2.10	2.00	2.00	
Tổng	X	117.61	110.10	119.50	26.60	6.14	32.61	8.05	3.64	2.44	
	SD	8.96	9.39	8.62	9.49	2.82	8.82	2.79	3.31	2.68	
	P	0.011	0.005	0.000	0.263	0.042	0.019	0.000	0.003	0.31	
Tương quan xương theo	Loại I	X	119.80	112.71	122.41	30.26	6.81	30.78	7.19	3.28	1.56
		SD	6.75	6.07	6.31	7.45	2.55	6.95	2.64	2.82	2.75
	Loại II	X	0.008	0.001	0.000	0.023	0.042	0.429	0.164	0.129	0.573
		X	114.80	106.82	116.72	23.24	5.32	36.75	9.33	5.32	3.61

góc ANB	II	SD	10.05	10.66	9.60	10.28	2.92	6.03	2.23	2.08	2.22
		P	0.655	0.636	0.000	0.468	0.851	0.000	0.000	0.000	0.000
	Loại III	X	122.70	115.91	122.91	30.46	7.55	22.09	5.44	-1.42	0.21
		SD	6.00	6.45	6.83	6.84	2.48	11.47	2.64	2.44	2.09
		P	0.015	0.012	0.003	0.103	0.068	0.189	0.564	0.019	0.091

Nhận xét: Giá trị trung bình của các góc răng cửa trên ở nhóm người cười hở lợi tăng so với người không cười hở lợi, tăng nhiều nhất ở tương quan xương loại III, tăng ít nhất ở tương quan xương loại II. Sự khác biệt trên có ý nghĩa

thống kê ở nhóm tương quan xương loại I và loại III, không có ý nghĩa thống kê ở tương quan xương loại II. Góc trục răng cửa dưới tăng. Độ cắn chìa, độ cắn phủ tăng ở tương quan loại I và loại II.

Bảng 3.3: Các chỉ số mô mềm trên phim sọ nghiêng từ xa

Chỉ số		G'-Sn-Pog'	Cm-Sn-Ls'	A'-Ls/FH	Sn-Sts	
Giá trị tham chiếu	X	169.90	93.12	-68.19	22.41	
	SD	6.45	10.86	6.58	2.63	
Tổng	X	166.63	83.28	-61.93	22.08	
	SD	7.83	10.05	7.80	2.10	
	P	0.012	0.000	0.000	0.321	
Tương quan xương theo góc ANB	Loại I	X	170.32	80.34	-60.24	22.29
		SD	3.67	7.42	4.85	2.60
		P	0.689	0.000	0.000	0.873
	Loại II	X	161.45	86.90	-64.86	22.14
		SD	6.51	10.02	7.19	1.88
		P	0.000	0.01	0.047	0.51
	Loại III	X	176.76	76.97	-55.31	21.40
		SD	2.37	11.34	10.76	1.81
		P	0.002	0.018	0.033	0.23

Nhận xét: Góc lỗi mặt giảm có ý nghĩa thống kê ở nhóm người có tương quan xương loại II. Góc mũi môi, góc môi trên và FH giảm so với giá trị trung bình ở người không cười hở lợi. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ở cả 3 loại tương quan xương, nhưng có sự khác nhau về mức độ giảm: 2 góc trên giảm nhiều nhất ở tương quan xương loại III và ít nhất ở nhóm tương quan xương loại II.

Giá trị trung bình đoạn Sn-Sts không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê.

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi nhận thấy có sự xuất hiện ở cả 3 loại tương quan xương, trong đó, tương quan xương loại III chiếm tỉ lệ ít nhất (15%). Kết quả này tương tự với kết quả trong nghiên cứu của Đỗ Quốc Hương và Mahaini^{4,7}, khác với kết quả nghiên cứu của Hao Wu⁸ là không có đối tượng cười hở lợi với tương quan xương loại III.

Bảng 4.1: Giá trị tham chiếu của một số chỉ số trên phim sọ nghiêng từ xa của các đối tượng người Việt Nam hoặc người châu Á có khuôn mặt hài hòa, không lệch lạc khớp cắn và không cười hở lợi⁴⁻⁶

Chỉ số	Giá trị tham chiếu	
	X	SD
Chiều cao phần trước xương hàm trên (U1-PP)	25.68	1.9
Góc mặt phẳng khẩu cái với FH	0	5
Góc mặt phẳng khẩu cái với SN	8	3
Tỉ lệ Jarabak	70	10
Góc mặt phẳng cắn (Occ/SN)	13.1	3.81
Góc răng cửa giữa hàm trên với FH	113.8	6.37
Góc răng cửa giữa hàm trên với SN	105.7	6.3
Góc răng cửa giữa hàm trên với mặt phẳng khẩu cái	108	5
Độ nghiêng của răng cửa giữa hàm trên (U1/NA)	24.9	5.03
Độ nhô răng cửa trên (U1- NA)	5.2	2.37
Góc lỗi mặt (Gl – Sn – Pog')	169.9	6.45

Góc mũi môi (Cm – Sn – Ls)	93.12	10.86
Góc môi trên so với FH	68.19	6.58
Chiều dài môi trên Sn-Sts	22.41	2.63

Quá phát xương hàm trên theo chiều đứng (Vertical Maxillary Excess – VME) được cho là một trong các nguyên nhân của cười hở lợi. Khi so sánh với giá trị tham chiếu ở đối tượng không cười hở lợi trong bảng 4.1, nhận thấy chiều cao phần trước xương hàm trên ở đối tượng nghiên cứu cao hơn 2.41mm. Tình trạng VME cũng được xác nhận bởi nghiên cứu của Wu⁸ với mức tăng 1.03mm ở nam và 2.13mm ở nữ. Góc mặt phẳng cắn, góc mặt phẳng xương hàm trên PP/FH và PP/SN tăng cho thấy sự xoay theo chiều kim đồng hồ của xương hàm trên. Bên cạnh đó, tỉ lệ Jarabak giảm thể hiện kiểu phát triển theo chiều đứng của cấu trúc sọ mặt.

Ở cả 3 loại tương quan xương, chiều dài môi trên Sn-Sts không có sự khác biệt. Kết quả này trái với giả thuyết đã được một số tác giả đặt ra về mối tương quan giữa môi ngắn và cười hở lợi. Góc mũi môi và góc môi trên so với mặt phẳng Frankfort giảm cho thấy có sự ngả trước của môi trên ở người cười hở lợi. Các kết quả này đồng nhất với nghiên cứu của Hao Wu⁸ và nhiều nghiên cứu khác. Do hình thể môi bị ảnh hưởng trực tiếp bởi mô xương và răng nâng đỡ bên dưới, điều này có thể được giải thích bằng kết quả tăng giá trị trung bình các góc trục răng cửa trên và độ nhô răng cửa trên. Răng cửa trên ngả trước nhiều nhất ở tương quan xương loại III và ít nhất ở tương quan xương loại II, tương ứng với góc mũi môi và góc môi trên với FH giảm nhiều nhất ở tương quan xương loại III và ít nhất ở tương quan xương loại II.

Xương hàm trên vừa xoay xuống theo chiều kim đồng hồ, vừa tăng chiều cao phần trước của xương trong khi chiều dài môi trên không có sự khác biệt so với người không cười hở lợi. Điều này đôi khi dẫn tới ấn tượng sai lầm là môi trên ngắn hơn bình thường. Kết quả của nghiên cứu này nhất quán với kết quả của nhiều nghiên cứu trước như nghiên cứu của Đỗ Quốc Hương⁴, Mahaini⁷, Hao Wu⁸, cùng góp phần làm rõ môi trên ngắn không phải nguyên nhân chính gây cười hở lợi. Chính vì vậy, thông tin này rất quan trọng trong việc lên kế hoạch điều trị vì nó có thể giúp bác sĩ và người bệnh tránh được ca phẫu thuật làm dài môi không cần thiết và tập trung vào nguyên nhân cốt lõi của cười hở lợi – xương hàm trên.

Đối tượng nghiên cứu có tương quan xương loại II chiếm phần lớn (52%) số ca cười hở lợi có thể do sự kết hợp của nhiều yếu tố. Đầu tiên là

sự quá phát xương hàm trên theo chiều đứng, thể hiện qua sự tăng giá trị trung bình chiều cao phần trước xương hàm trên, xương hàm trên xoay xuống theo chiều kim đồng hồ. Đồng thời, góc SNB và góc lỗi mặt giảm cho thấy xương hàm dưới lùi sau. Bên cạnh đó, các chỉ số về răng của nhóm này cũng cho thấy những đặc điểm nổi bật ở những đối tượng nghiên cứu cười hở lợi, bao gồm răng cửa trên và răng cửa dưới ngả trước, độ cắn chia, độ cắn phủ tăng. Như vậy cần xây dựng kế hoạch điều trị kết hợp chỉnh răng và phẫu thuật chỉnh hình xương chi tiết ở từng người bệnh trong nhóm này để điều trị cười hở lợi hiệu quả.

V. KẾT LUẬN

Đặc điểm nổi bật ở người bệnh cười hở lợi thông qua việc phân tích phim sọ nghiêng từ xa bao gồm: tương quan xương loại II, kiểu mặt lỗi, quá phát xương hàm trên, đặc biệt là theo chiều đứng (vertical maxillary excess – VME), xương hàm trên xoay theo chiều kim đồng hồ, hàm dưới lùi, răng cửa trên ngả trước, tăng độ cắn chia, môi trên ngả trước. Tình trạng cười hở lợi không phải do chiều dài tuyệt đối của môi trên ngắn. Vì vậy, cần lưu ý đánh giá mức độ cười hở lợi của người bệnh và xác định đầy đủ các nguyên nhân, vì các nguyên nhân thường kết hợp với nhau, để từ đó có hướng điều trị hợp lý.

VI. KHUYẾN NGHỊ

Cần kết hợp các phương pháp lâm sàng và cận lâm sàng nhằm chẩn đoán và thống kê các nguyên nhân gây ra tình trạng cười hở lợi một cách đầy đủ. Bên cạnh đó, cần thực hiện nghiên cứu trên cỡ mẫu lớn hơn, độ tuổi phong phú hơn và số lượng người bệnh giới tính nam nhiều để làm rõ được mối liên hệ giữa giới tính và các đặc điểm của cười hở lợi.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Peck S, Peck L, Kataja M.** The gingival smile line. *The Angle Orthodontist*. 1992;62(2):91-100.
2. **Pavone AF, Ghassemian M, Verardi S.** Gummy Smile and Short Tooth Syndrome--Part 1: Etiopathogenesis, Classification, and Diagnostic Guidelines. *Compend Contin Educ Dent*. 2016;37(2):102-7.
3. **Ines D.** Orthodontics Gummy Smile. 2017;
4. **Hương ĐQ.** Cười hở lợi và một số yếu tố liên quan ở người Việt độ tuổi 18 - 25. 2017;
5. **Anh TT.** Nhận xét môi tương quan xương-răng trên phim sọ nghiêng từ xa của một nhóm người Việt tuổi từ 18-25 có khớp cắn bình thường và

khôn mặt hài hòa. Y học Việt Nam 2016;(446):75.

6. **Li C, Jiang W, Chen S-C, et al.** En-Mass Retraction of Maxillary Anterior Teeth with Severe Proclination and Root Resorption—A Case Report. *Diagnostics*. 2022;12(5):1055.

7. **Mahaini L.** Craniofacial Features of Gummy Smile in a Syrian Adult Population. *life*. 2014;1(2):3.

8. **Wu H, Lin J, Zhou L, Bai D.** Classification and craniofacial features of gummy smile in adolescents. *Journal of Craniofacial Surgery*. 2010;21(5):1474-1479.

GIÁ TRỊ CỦA THANG ĐIỂM CHILD PUGH, MELD VÀ MELDNA TRONG TIÊN LƯỢNG TỬ VONG Ở BỆNH NHÂN XƠ GAN MẤT BÙ DO VIÊM GAN VIRUS B

Nguyễn Văn Tuấn¹, Tạ Thị Diệu Ngân^{1,2}

TÓM TẮT

Nhằm đánh giá giá trị của thang điểm Child Pugh, MELD và MELDNA trong tiên lượng tử vong ở bệnh nhân xơ gan mất bù do virus viêm gan B, chúng tôi tiến hành nghiên cứu mô tả trên 149 bệnh nhân xơ gan mất bù do viêm gan virus B điều trị tại Bệnh viện Bệnh Nhiệt đới Trung ương từ tháng 8/2022 đến tháng 07/2023. Bệnh nhân được theo dõi và đánh giá tử vong trong vòng 90 ngày sau khi nhập viện. Kết quả nghiên cứu cho thấy, tỉ lệ tử vong là 32,2%. Nguyên nhân tử vong chủ yếu do hôn mê gan (58,3%), tiếp theo đến xuất huyết tiêu hóa (20,8%), nhiễm trùng (8,3%). Tỉ lệ xơ gan Child-Pugh B và C lần lượt là 45,6% và 47,7%; 76,5% bệnh nhân có điểm MELD > 18 điểm; MELDNA 20-29 điểm và 30-39 điểm chiếm tỷ lệ lần lượt là 40,3% và 36,9%. MELDNA có giá trị tiên lượng tử vong tốt hơn so với MELD và Child Pugh với diện tích dưới đường cong là 0,732 so với 0,655 và 0,578. Điểm cắt có giá trị tiên lượng nguy cơ tử vong trong vòng 90 ngày sau nhập viện đối với thang điểm Child-Pugh là 8 điểm, thang điểm MELD là 23 điểm và MELD Na là 25, với độ nhạy/độ đặc hiệu lần lượt là 81,3%/37,6%; 68,8%/49,5% và 87,5%/47,5%. **Từ khóa:** xơ gan mất bù, viêm gan virus B, tiên lượng, tử vong, Child-Pugh, MELD, MELD-Natri

SUMMARY

PROGNOSTIC VALUE OF CHILD-PUGH, MELD, AND MELDNA SCORES IN PATIENTS WITH DECOMPENSATED HEPATITIS B CIRRHOSIS

To evaluate the prognostic value of the Child-Pugh, MELD, and MELDNA scores in patients with decompensated hepatitis B cirrhosis, we conducted a study in 149 patients with decompensated hepatitis B cirrhosis treated at the National hospital for Tropical diseases from August 2022 to July 2023. The patients were followed and mortality was evaluated within 90

days after admission. The study results showed that the mortality rates was 32.2%, respectively. The main causes of death were hepatic encephalopathy (58.3%), followed by gastrointestinal bleeding (20.8%), and infection (8.3%). The proportions of Child-Pugh class B and C were 45.6% and 47.7%, respectively; the group with MELD scores > 18 points accounted for 76.5%; the MELDNA groups with scores of 20-29 and 30-39 accounted for 40.3% and 36.9%, respectively. MELDNA had a better predictive value for mortality compared to MELD and Child-Pugh, with area under the curve (AUC) values of 0.732, 0.655, and 0.578, respectively. The optimal cutoff points for Child-Pugh, MELD, and MELDNA in predicting mortality were 8, 23, and 25, with sensitivities/specificities of 81.3%/37.6%; 68.8%/49.5% and 87.5%/47.5%, respectively. **Keywords:** Decompensated liver cirrhosis, hepatitis B virus infection, prognosis, mortality, Child-Pugh, MELD, MELD-Na

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Xơ gan là một trong những nguyên nhân hàng đầu gây gánh nặng bệnh tật và tử vong trên toàn cầu, chiếm 2,7% số ca tử vong năm 2017.¹ Trong số các nguyên nhân gây xơ gan, viêm gan B là nguyên nhân thường gặp nhất và gây ra nhiều hậu quả nghiêm trọng nhất. Có khoảng 30-40% bệnh nhân nhiễm HBV mạn chuyển sang giai đoạn xơ gan và 5-10% xuất hiện ung thư biểu mô tế bào gan trong vòng 25 năm sau nhiễm viêm gan B.² Xơ gan mất bù là tình trạng xơ gan với sự hiện diện của cổ chướng, xuất huyết tiêu hóa do giãn vỡ tĩnh mạch thực quản, hội chứng não gan và/hoặc vàng da. Tỉ lệ tiến triển thành xơ gan mất bù sau 10 năm là 58%, trong đó cổ chướng là biểu hiện thường gặp nhất với tỉ lệ 47%. Kỳ vọng sống thêm ở các bệnh nhân sẽ giảm xuống rõ rệt khi các biểu hiện của xơ gan mất bù xuất hiện.²

Việc đánh giá tiên lượng ở các bệnh nhân xơ gan vẫn là một vấn đề gặp nhiều trở ngại, chủ yếu do tầm quan trọng của việc phân loại ưu tiên đối với điều trị ghép gan, cũng như các biện

¹Bệnh viện Bệnh Nhiệt đới Trung ương

²Trường Đại học Y Hà Nội, Bệnh viện Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Tạ Thị Diệu Ngân

Email: dr.dieungan@gmail.com

Ngày nhận bài: 11.7.2023

Ngày phản biện khoa học: 24.8.2023

Ngày duyệt bài: 19.9.2023