

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, X-QUANG CỦA VIÊM XOANG HÀM DO RĂNG TẠI BỆNH VIỆN RĂNG HÀM MẶT TRUNG ƯƠNG HÀ NỘI

Khổng Hoàng Thao^{1,✉}, Hoàng Việt Hải², Trần Cao Bình³
Phạm Thu Trang³, Phan Thị Bích Hạnh⁴

¹Bệnh viện Đa khoa tỉnh Vĩnh Phúc

²Trường Đại học Y Hà Nội

³Bệnh viện Răng Hàm Mặt Trung ương Hà Nội

⁴Trường Đại học Y dược, Đại học Quốc gia Hà Nội

Nghiên cứu được thực hiện từ tháng 3/2022 đến tháng 6/2023 tại Khoa Điều trị Nội nha, Bệnh viện Răng Hàm Mặt Trung ương Hà Nội trên 32 người bệnh được chẩn đoán viêm xoang hàm do răng, nhằm đánh giá đặc điểm lâm sàng và Xquang ở nhóm đối tượng trên. Kết quả cho thấy, tình trạng đau nhức vùng mặt chiếm 90,6%, đau nhức răng hàm trên cùng bên chiếm 90,6%. Mờ xoang hàm cùng bên một phần chiếm 62,5%, hình ảnh viêm quanh chóp chiếm 87,5%, hình ảnh tiêu xương quanh chóp chiếm 84,4%. Như vậy, viêm xoang hàm do răng có hai triệu chứng gợi ý rất có giá trị là đau nhức vùng mặt và đau nhức răng hàm trên cùng bên. Trên phim chụp cắt lớp chùm tia hình nón (Conebeam Computed Tomography - CBCT), cần phát hiện những dấu hiệu quan trọng hướng đến nguyên nhân viêm xoang do răng là mờ xoang hàm cùng bên và viêm quanh chóp răng, tiêu xương quanh chóp. Phim chụp cắt lớp chùm tia hình nón có giá trị chẩn đoán tổn thương xoang hàm và đánh giá chi tiết tổn thương răng nguyên nhân, giúp lập kế hoạch điều trị phối hợp xoang và răng.

Từ khóa: Viêm xoang hàm do răng, cắt lớp chùm tia hình nón.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm xoang hàm do răng là tình trạng viêm niêm mạc xoang hàm, xảy ra thứ phát sau các nhiễm trùng có nguồn gốc từ răng.¹ Nghiên cứu cho thấy viêm xoang hàm do răng chiếm từ 10 - 40% trong các trường hợp viêm xoang nói chung.² Ngày nay, bệnh có xu hướng ngày càng gia tăng do chuyên khoa Răng Hàm Mặt thực hiện ngày càng nhiều các phẫu thuật, thủ thuật của răng như cấy ghép, phục hình, nhổ răng...

Bệnh viêm xoang do răng là bệnh thông thường việc điều trị không quá phức tạp, nhưng đa số bệnh nhân thường chủ quan không điều

trị hoặc điều trị không đúng cách. Nếu chỉ quan tâm điều trị xoang mà không điều trị triệt để răng nguyên nhân thì bệnh cũng có thể gây ra các biến chứng nguy hiểm khác. Hầu hết, bệnh nhân khi phát hiện ra bệnh viêm xoang hàm thì đều đến phòng khám hay bệnh viện chuyên khoa Tai Mũi Họng để khám và điều trị viêm xoang chứ ít khi được điều trị triệt để nguyên nhân do răng.³ Viêm xoang hàm do răng bao gồm tất cả các bệnh nhiễm trùng xoang hàm do bệnh răng miệng (ví dụ: viêm quanh chóp mãn tính), các thủ thuật nha khoa (ví dụ: nhổ răng, điều trị nội nha), thủ thuật phẫu thuật miệng (ví dụ: cấy ghép implant), hoại tử xương và viêm tủy xương hàm. Theo Piotr Kuligowski sâu răng và bệnh lý quanh chóp là một trong những nguyên nhân phổ biến nhất của bệnh viêm xoang hàm do răng.⁴

Các phim X-quang thường quy như

Tác giả liên hệ: Khổng Hoàng Thao

Bệnh viện Đa khoa tỉnh Vĩnh Phúc

Email: drlevink@gmail.com

Ngày nhận: 30/08/2023

Ngày được chấp nhận: 17/09/2023

Blondeau, Panoramic, chụp cận chóp hoặc phim chụp cắt lớp vi tính khó phát hiện các tổn thương nhỏ ở răng, vùng đáy xoang dẫn đến việc chẩn đoán viêm xoang hàm do răng hay bị bỏ sót. Hậu quả của bỏ sót nguyên nhân do răng làm ảnh hưởng rất lớn đến kết quả điều trị cho cả viêm xoang và răng. Do đó, cần có một phương pháp chẩn đoán chính xác hơn nhiều để đánh giá đúng vùng xoang hàm và vùng răng hàm mặt. Chụp cắt lớp vi tính với chùm tia hình nón (Conebeam Computed Tomography - CBCT) là một phương pháp chẩn đoán hình ảnh dựa trên nguyên lý sử dụng nguồn tia hình nón tạo nên hình ảnh ba chiều với độ phân giải cao cho phép đánh giá, phát hiện tổn thương chi tiết và đầy đủ của cả xoang và răng.⁵ Theo nghiên cứu của Mailliet, chụp CBCT phát hiện được trên 50% các trường hợp VXH có nguồn gốc từ răng.⁶ Việc chẩn đoán nguyên nhân do răng có vai trò quan trọng đối với cả xoang và răng. Đối với xoang việc điều trị triệt để hơn, hạn chế tái phát. Đối với răng để xây dựng phương án điều trị phù hợp như bảo tồn hoặc nhổ răng, xử trí các tổn thương kèm theo như cấy nang chân răng, xử lý đường rò...

Vì thế, nghiên cứu này được tiến hành nhằm mục tiêu mô tả đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng ở bệnh nhân có chẩn đoán viêm xoang hàm do răng.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

1. Đối tượng

Trong nghiên cứu này, chúng tôi sử dụng phương pháp mô tả cắt ngang, được thực hiện từ tháng 3/2022 đến tháng 6/2023 tại Khoa Điều trị Nội nha, Bệnh viện Răng Hàm Mặt Trung ương.

Tiêu chuẩn lựa chọn

- 1) Được chẩn đoán viêm xoang hàm (VXH) qua lâm sàng.
- 2) Được khám răng xác định có tổn thương

răng liên quan cùng bên với xoang viêm.

3) Có phim CBCT đúng tiêu chuẩn đánh giá được đặc điểm tổn thương xoang và răng.

4) Được chẩn đoán VXH do răng (các trường hợp viêm xoang hàm có triệu chứng răng và/hoặc có tổn thương răng có triệu chứng xoang được chụp phim CBCT phát hiện tổn thương xoang và răng).

5) Bệnh nhân đồng ý tham gia nghiên cứu.

2. Phương pháp

Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu mô tả cắt ngang.

Phương pháp chọn mẫu

Chọn mẫu có chủ đích, tổng số 32 bệnh nhân.

Thông tin thu thập

Bao gồm đặc điểm chung (tuổi, giới), lý do vào viện: triệu chứng cơ năng mũi xoang (hỏi bệnh), triệu chứng răng (hỏi bệnh), tiền sử điều trị răng (hỏi bệnh), triệu chứng thực thể mũi xoang (khám bệnh), triệu chứng thực thể răng miệng (khám bệnh); hình ảnh CBCT (hình ảnh tổn thương xoang, hình ảnh đáy xoang hàm, hình ảnh răng).

Xử lý số liệu

Số liệu được thu thập và nhập bằng phần mềm Epidata và phân tích bằng phần mềm Stata 14. Thống kê mô tả (tần số, phần trăm, giá trị trung bình và độ lệch chuẩn).

3. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu được tiến hành sau khi được thông qua đề cương cơ sở của Viện Đào tạo Răng Hàm Mặt – Trường Đại học Y Hà Nội. Các đối tượng được giải thích kỹ về mục đích nghiên cứu, có thể tự nguyện tham gia nghiên cứu hoặc từ chối khi không muốn. Các thông tin về đối tượng nghiên cứu được bảo mật, chỉ phục vụ mục đích nghiên cứu mà không phục vụ bất kỳ mục đích nào khác. Các thao tác khám trên bệnh nhân đảm bảo đúng chuyên môn.

III. KẾT QUẢ

Bảng 1. Thông tin chung của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm	n = 32	%
Nhóm tuổi		
< 18	2	6,3
18 - 40	10	31,3
41 - 60	20	62,5
Giới		
Nam	15	46,9
Nữ	17	53,1

Nghiên cứu gồm 32 bệnh nhân, trong đó 15 nam và 17 nữ (tỷ lệ nam/nữ = 0,88). Tuổi thấp nhất là 14 tuổi, cao nhất là 56 tuổi. Nhóm tuổi hay gặp nhất là 41 - 60 tuổi chiếm tỷ lệ 62,5%

(20/32 bệnh nhân); sau đó là nhóm 18 - 40 tuổi là 31,3% (10/32 bệnh nhân). Ít gặp nhóm tuổi < 18 tuổi là 6,3% (2/32 bệnh nhân) và không gặp bệnh nhân nào > 60 tuổi.

Bảng 2. Lý do vào viện và tiền sử điều trị răng

Thông tin	n = 32	%
Lý do vào viện		
Đau nhức vùng mặt	29	90,6
Ngủ thối một bên	3	9,4
Đau nhức răng hàm trên cùng bên	29	90,6
Chảy mủ trong miệng	5	15,6
Hôi miệng	11	34,4
Không có triệu chứng răng	2	6,3
Tiền sử điều trị răng		
Điều trị nội nha	15	46,9
Trám răng sâu	10	31,3
Phục hình	9	28,1
Nhổ răng	2	6,3

Kết quả bảng 2 cho thấy lý do vào viện bao gồm triệu chứng cơ năng mũi xoang và triệu chứng răng. Trong đó triệu chứng cơ năng mũi

xoang hay gặp nhất là đau nhức vùng mặt chiếm tỷ lệ 90,6% (29/32 bệnh nhân), triệu chứng răng hay gặp nhất là đau nhức răng hàm trên cùng

bên chiếm tỷ lệ 90,6% (29/32 bệnh nhân). Tiền 46,9% (15/32 bệnh nhân) sau đó đến hàn răng
sử hay gặp nhất là điều trị nội nha chiếm tỷ lệ sâu chiếm tỷ lệ 31,3% (10/32 bệnh nhân).

Bảng 3. Đặc điểm triệu chứng lâm sàng của 32 bệnh nhân

Đặc điểm lâm sàng	n = 32	%
Triệu chứng mũi xoang		
Sưng vùng má cùng bên	17	53,1
Sàn mũi đọng mủ	3	9,4
Khe giữa có mủ	2	6,3
Triệu chứng răng miệng		
Răng lung lay	22	68,8
Có lỗ sâu	12	37,5
Có miếng trám	5	15,6
Gõ răng đau	32	100
Răng vỡ	4	12,5
Mất răng	1	3,1
Ngách lợi sưng phồng	2	6,3
Sưng nề ngách lợi	26	81,3
Ngách lợi có lỗ dò	1	3,1

Triệu chứng mũi xoang hay gặp nhất là sưng nhất là triệu chứng gõ răng đau chiếm tỷ lệ
vùng má cùng bên chiếm tỷ lệ 53,1% (17/32 100%, sau đó là sưng nề ngách lợi chiếm tỷ lệ
bệnh nhân). Triệu chứng răng miệng hay gặp 81,3% (26/32 bệnh nhân).

Bảng 4. Hình ảnh tổn thương xoang và răng trên phim CBCT

Đặc điểm tổn thương	n = 32	%
Mờ xoang hàm cùng bên		
Một phần	20	62,5
Toàn bộ	12	37,5
Tổn thương đáy xoang hàm		
Dày niêm mạc đáy xoang > 2mm	32	100
Hình ảnh tiêu xương đáy xoang	19	59,4
Hình ảnh thông xoang răng	19	59,4
Tổn thương răng		

Đặc điểm tổn thương	n = 32	%
Hình ảnh viêm quanh chóp	28	87,5
Hình ảnh nang chân răng	15	46,9
Hình ảnh tiêu xương quanh răng	3	9,4
Hình ảnh tiêu xương quanh chóp	27	84,4
Hình ảnh thông xoang răng	19	59,4
Răng nguyên nhân		
Răng hàm nhỏ thứ nhất	1	3,1
Răng hàm nhỏ thứ hai	5	15,6
Răng hàm lớn thứ nhất	17	53,1
Răng hàm lớn thứ hai	12	37,5
Răng hàm lớn thứ ba	2	6,3
Chân răng nguyên nhân		
Chân trong	22	68,8
Chân gần ngoài	22	68,8
Chân xa ngoài	19	59,4
Chân răng hàm nhỏ thứ hai	5	15,6
Chân răng hàm nhỏ thứ nhất	1	3,1
Khoảng cách giữa chân răng nguyên nhân và đáy xoang		
Chân răng có khoảng cách với đáy xoang	14	43,8
Chân răng tiếp xúc với đáy xoang	7	21,9
Chân răng lồi vào trong xoang	11	34,4

Kết quả bảng 4 cho thấy đặc điểm X-quang: Hình ảnh trên phim CBCT, tất cả các bệnh nhân đều có hình ảnh mờ xoang hàm cùng bên, trong đó mờ một phần chiếm tỷ lệ cao nhất 62,5% (20/32 bệnh nhân). Tất cả các trường hợp đều có dày niêm mạc đáy xoang > 2mm. Hình ảnh tiêu xương đáy xoang và thông xoang răng đều chiếm tỷ lệ 59,4% (19/32 bệnh nhân). Tổn thương răng hay gặp nhất là hình ảnh viêm quanh chóp chiếm tỷ lệ 87,5% (28/32 bệnh nhân), sau đó đến tiêu xương quanh chóp chiếm tỷ lệ 84,4% (27/32 bệnh nhân). Đối với

răng nguyên nhân, hay gặp nhất là răng hàm lớn thứ nhất hàm trên chiếm tỷ lệ 53,1% (17/32 bệnh nhân), sau đó đến răng hàm lớn thứ hai hàm trên chiếm tỷ lệ 37,5% (12/32 bệnh nhân). Chân răng nguyên nhân bị tổn thương hay gặp nhất là chân trong và chân gần ngoài đều chiếm tỷ lệ 68,8% (22/32 bệnh nhân). Đa số chân răng gây bệnh có khoảng cách với đáy xoang chiếm tỷ lệ 43,8% (14/32 bệnh nhân), tiếp đến là chân lồi vào trong xoang chiếm tỷ lệ 34,4% (11/32 bệnh nhân).

IV. BÀN LUẬN

Về đặc điểm lâm sàng, nghiên cứu gồm 32 bệnh nhân, trong đó 15 nam và 17 nữ (tỷ lệ nam/nữ = 0,88). Nhóm tuổi hay gặp nhất là 41 - 60 tuổi chiếm tỷ lệ 62,5% (20/32 bệnh nhân); sau đó là nhóm 18 - 40 tuổi chiếm 31,3% (10/32 bệnh nhân). Điều này phù hợp với các nghiên cứu trên thế giới đều cho rằng độ tuổi hay gặp nhất là từ 40 - 60 tuổi.⁷ Hiện tượng này được lí giải là trong giai đoạn 41 - 60 tuổi răng phải hoạt động nhiều nên nguy cơ tổn thương răng do vỡ, viêm quanh răng và những yêu cầu can thiệp răng cao hơn các nhóm tuổi khác.

Về lý do vào viện, chúng tôi gặp nhiều nhất là triệu chứng đau nhức vùng mặt có 29/32 bệnh nhân (90,6%) và đau nhức răng hàm trên cùng bên có 29/32 bệnh nhân (90,6%). Đa phần bệnh nhân khi mới gặp 1 hoặc 2 triệu chứng này đều tự mua thuốc uống chứ ít khi đi khám kiểm tra ngay, chỉ khi triệu chứng không đỡ hoặc nặng lên mới đi khám. Điều trị nội nha là phương pháp điều trị bảo tồn, bác sĩ sẽ mở buồng tủy, lấy hết tủy, làm sạch buồng tủy, ống tủy rồi trám kín bằng các chất trám. Điều trị thiếu là trám không hết chiều dài ống tủy và điều trị thừa là đưa chất trám đi quá chiều dài ống tủy ra ngoài chân răng. Cả 2 trường hợp đều có thể gây ra viêm vùng chóp răng, nguy cơ gây viêm xoang hàm. Trong nghiên cứu này, có 15/32 bệnh nhân chiếm 46,9% có tiền sử điều trị nội nha. Trám răng sâu có 10/32 bệnh nhân chiếm tỷ lệ 31,3%. Nếu trám răng mà không làm sạch lỗ sâu để vi khuẩn tiếp tục xâm nhập gây viêm tủy rồi viêm quanh chóp, sau đó dẫn đến viêm xoang nếu không điều trị răng kịp thời. Vì vậy, đối với những trường hợp có 1 trong 2 triệu chứng trên mà có tiền sử điều trị nội nha hoặc trám răng sâu nên khuyến cáo bệnh nhân chụp phim CBCT để chẩn đoán xác định và điều trị sớm.

Về triệu chứng mũi xoang, sưng vùng má cùng bên là triệu chứng hay gặp nhất có 17/32

bệnh nhân chiếm tỷ lệ 53,1%. Đa phần bệnh nhân khi mới đau nhức vùng mặt đều tự mua thuốc uống, chỉ đến khi không đỡ hoặc biến chứng sưng vùng má mới đi khám và điều trị.

Về triệu chứng răng miệng, chúng tôi thấy toàn bộ các bệnh nhân đều có triệu chứng gõ răng đau, sau đó đến sưng nề ngách lợi có 26/32 bệnh nhân (81,3%) và răng lung lay có 22/32 bệnh nhân (68,8%). Hầu hết các răng đều bị viêm quanh chóp hoặc viêm quanh răng rồi mới dẫn đến viêm xoang hàm. Khi chóp chân răng bị viêm có dịch viêm hoặc mũ xung quanh việc gõ răng sẽ khiến bệnh nhân cảm thấy đau do có sức ép và răng lung lay nhiều hơn, ngách lợi tương ứng cũng sưng nề do dịch viêm hoặc mũ thoát ra ngoài vùng ngách tiền đình tương ứng

Về đặc điểm tổn thương xoang hàm trên phim CBCT, tất cả các bệnh nhân đều có hình ảnh mờ xoang hàm và hay gặp nhất là mờ một phần xoang hàm, có 20/32 bệnh nhân (62,5%). Vi khuẩn từ ổ viêm ở răng nguyên nhân xâm nhập vào xoang. Niêm mạc xoang viêm dày, xuất tiết, tạo mũ và tạo nên hình ảnh mờ xoang hàm trên CBCT. Tất cả các trường hợp tổn thương đều có dày niêm mạc đáy xoang > 2mm do đa số bệnh nhân đến khám khi các triệu chứng lâm sàng của VXH đã rõ ràng. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Piotr Kuligowski về sự dày lên của niêm mạc xoang hàm.⁴ Trong nghiên cứu này, hình ảnh tiêu xương đáy xoang và thông xoang răng cũng rất hay gặp đều có 19/32 bệnh nhân chiếm tỷ lệ 59,4%. Đây là con đường trực tiếp vi khuẩn xâm nhập từ răng vào xoang gây viêm niêm mạc xoang. Cũng giống như nghiên cứu của Fahimeh năm 2015.⁸ Tổn thương hay gặp nhất là viêm quanh chóp có 28/32 bệnh nhân (87,5%). Đa số các bệnh nhân đều có răng nguyên nhân chưa điều trị nội nha hoặc điều trị nội nha thất bại, tủy hoại tử

chưa được làm sạch vi khuẩn xâm nhập đến vùng chóp răng dẫn đến tình trạng viêm quanh chóp. Kèm theo là tổn thương tiêu xương quanh chóp có 27/32 bệnh nhân (84,4%). Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Sonia Peñarrocha-Oltra về tổn thương quanh chóp có liên quan đến viêm xoang hàm do răng.⁹ Tổn thương nang chân răng cũng hay gặp có 15/32 bệnh nhân (46,9%). Răng nguyên nhân bị viêm quanh chóp, độc tố của vi khuẩn có thể kích thích các tế bào biểu mô Malassez còn sót lại trong dây chằng quanh răng, từ đó hình thành nang chân răng. Hay gặp nhất là nguyên nhân do răng hàm lớn thứ nhất có 17/32 bệnh nhân (53,1%). Sau đó là do răng hàm lớn thứ hai có 12/32 bệnh nhân (37,5%). Răng hàm lớn thứ nhất là răng phổ biến nhất liên quan đến VXH. Phát hiện này phù hợp với các báo cáo trước đó của Lechien.¹⁰ Về tần số gây VXH của các chân răng chúng tôi thấy: chiếm tỷ lệ cao nhất là chân trong và chân gần ngoài có 22/32 bệnh nhân (68,8%). Tiếp đến là chân xa ngoài có 19/32 bệnh nhân (59,4%). Thực tế các răng nguyên nhân gây VXH đều có tổn thương viêm quanh chóp và tiêu xương quanh chóp dẫn đến tình trạng các chân răng của răng hàm lớn đều bị tổn thương. Và các chân răng của răng hàm lớn cũng gần đáy xoang hơn nên tỷ lệ gây VXH cao hơn các răng hàm nhỏ. Về mặt giải phẫu, trong nghiên cứu này có 11/32 bệnh nhân (34,4%) chân răng lồi vào trong xoang và 7/32 bệnh nhân (21,9%) chân răng tiếp xúc với đáy xoang. Yếu tố này là cơ hội thuận lợi cho các nhiễm trùng ở vùng chóp răng dễ dàng xâm nhập vào xoang hàm gây VXH. Trên phim 2D như phim Panorama không thể đánh giá được yếu tố giải phẫu này. Đáy xoang hàm lồi lõm uốn lượn nên khi chụp lên sẽ bị trùng hình các khu vực đáy xoang. Phim CBCT là phim 3D nên giúp chúng tôi xoay hình ảnh đáy xoang theo nhiều hướng, cắt các lát cắt qua đúng vị trí chân răng nguyên nhân, xác định chính xác chân

răng có lún vào trong xoang hay không. Trong nghiên cứu này, các trường hợp còn lại 14/32 bệnh nhân (43,8%) chân răng có khoảng cách với đáy xoang lại chiếm đa số. Vì đa số các răng nguyên nhân đều có tình trạng viêm quanh chóp và tiêu xương quanh chóp dẫn đến tổn thương thông xoang răng, vi khuẩn dễ dàng xâm nhập qua lỗ thông vào xoang hàm gây VXH.

V. KẾT LUẬN

Viêm xoang hàm do răng có biểu hiện đặc trưng là viêm mũi xoang một bên kèm theo triệu chứng răng hàm trên cùng bên, với hai triệu chứng gợi ý rất có giá trị là đau nhức vùng mặt và đau nhức răng hàm trên cùng bên. Trên phim CBCT, cần phát hiện những dấu hiệu quan trọng hướng đến nguyên nhân viêm xoang do răng là mờ xoang hàm cùng bên và viêm quanh chóp răng, tiêu xương quanh chóp. Răng nguyên nhân có thể là răng hàm nhỏ và răng hàm lớn, trong đó răng hàm lớn thứ nhất hay gặp nhất và đa số có tiền sử điều trị nội nha hoặc trám răng sâu. CBCT có giá trị chẩn đoán tổn thương xoang hàm và đánh giá chi tiết tổn thương răng nguyên nhân, giúp lập kế hoạch điều trị phối hợp xoang và răng.

Khuyến nghị ứng dụng vào trong thực hành là thông báo cho bệnh nhân có một trong hai triệu chứng đau nhức vùng mặt và đau nhức răng hàm trên cùng bên mà có tiền sử điều trị nội nha hoặc trám răng sâu đi chụp phim CBCT để đánh giá các dấu hiệu mờ xoang hàm cùng bên, viêm quanh chóp răng và tiêu xương quanh chóp để chẩn đoán và điều trị bệnh sớm tránh các biến chứng nghiêm trọng của xoang và răng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Đỗ Tuấn Hùng. *Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, nội soi, Conebeam CT trên bệnh nhân viêm xoang hàm do răng*. Luận văn chuyên khoa II, Trường Đại học Y Hà Nội; 2020.

2. Hisato Yoshida, Masafumi Sakashita, Naoto Adachi, Shinpei Matsuda, Shigeharu Fujieda, Hitoshi Yoshimura. Relationship between infected tooth extraction and improvement of odontogenic maxillary sinusitis. *Laryngoscope Investig Otolaryngol.* 2022; 7(2): 335-341.
3. Huỳnh Thị Ánh Ngọc. *Nhận xét các trường hợp viêm xoang hàm do răng điều trị tại Bệnh viện Tai-Mũi-Họng Trung Ương năm 2012-2013.* Khóa luận tốt nghiệp bác sĩ y khoa, Trường Đại học Y Hà Nội. 2014; 1.
4. Piotr Kuligowski, Aleksandra Jaroń, Olga Preuss, Ewa Gabrysz-Trybek, Joanna Bladowska and Grzegorz Trybek. Association between Odontogenic and Maxillary Sinus Conditions: A Retrospective Cone-Beam Computed Tomographic Study. *J. Clin. Med.* 2021; 10, 2849.
5. Elluru Venkatesh, Snehal Venkatesh Elluru. Conebeam computed tomography: basics and applications in dentistry, *Journal of Istanbul University faculty of Dentistry.* 2017; 51(3 Suppl 1): S102-S121.
6. Michelle Mailett, Water R Bowles, Scott L McClanahan, Mike T John, Mansur Ahmad. Cone-beam computed tomography evaluation of maxillary sinusitis, *Journal of endodontics.* 2011; 37(6): 753-757.
7. Cristian Martu, Maria-Alexandra Martu, George-Alexandru Maftai, Diana Antonela Diaconu-Popa and Luminita Radulescu. Odontogenic Sinusitis: From Diagnosis to Treatment Possibilities - A Narrative Review of Recent Data. *Diagnostics.* 2022; 12, 1600.
8. Akhlaghi F, Esmaeelinejad M, Safai P. Etiologies and Treatments of Odontogenic Maxillary Sinusitis: A Systematic Review. *Iran Red Crescent Med J.* 2015 ;17(12): e25536.
9. Sonia Peñarrocha-Oltra, David Soto-Peñaloza, Leticia Bagán-Debón, José V. Bagán-Sebastián, David Peñarrocha-Oltra. Association between maxillary sinus pathology and odontogenic lesions in patients evaluated by cone beam computed tomography. A systematic review and meta-analysis. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal.* 2020; 25 (1): 34-48.
10. Lechien J. R., Filleul O., Costa de Araujo P, et al. Chronic maxillary rhinosinusitis of dental origin: a systematic review of 674 patient cases. *International journal of otolaryngology.* 2014; 2014: 465173.

Summary

CLINICAL FEATURES, X-RAY OF ODONTOGENIC MAXILLARY SINUSITIS AT HANOI CENTRAL HOSPITAL OF ODONTO-STOMATOLOGY

The study was carried out from March 2022 and June 2023 at the Department of Endodontics, Hanoi Central Hospital of Odonto-Stomatology; 32 patients were evaluated for clinical and subclinical characteristics of odontogenic maxillary sinusitis. We found that facial pain accounted for 90.6%, pain in the maxillary teeth on the same side accounted for 90.6%. Partial opacity of the ipsilateral maxillary sinus accounted for 62.5%, periapical inflammation pictures accounted for 87.5%, image of bone loss around the apex accounted for 84.4%. So odontogenic maxillary sinusitis has two highly suggestive symptoms, which are pain in the face and pain in the maxillary teeth on the same side. On Conebeam Computed Tomography, it is necessary to detect important signs leading to the cause of dental sinusitis, such as opacity of the ipsilateral maxillary sinus and periodontitis, bone loss around the apex. Conebeam Computed Tomography is valuable for diagnosing maxillary sinus lesions and assessing in detail a teeth lesion, helping to plan a combination of sinus and dental treatment.

Keywords: Odontogenic maxillary sinusitis, Conebeam Computed Tomography.