

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ LỆCH LẠC XƯƠNG HÀM LOẠI III BẰNG PHẪU THUẬT HÀM MÓM TRƯỚC - KHÔNG NIỀNG TẠI BỆNH VIỆN JW HÀN QUỐC, TP. HỒ CHÍ MINH

Nguyễn Phan Tú Dung¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nghiên cứu điều trị lệch lạc xương hàm loại III bằng phẫu thuật hàm móm không cần niềng răng. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu được thực hiện từ tháng 1/2022 đến 6/2024, trên người trưởng thành, được chẩn đoán bất đối xứng mặt do sai khớp cắn loại III với góc mặt phẳng khớp cắn thấp ($<4^\circ$), và có chỉ định, được phẫu thuật chỉnh hình xương hàm tại bệnh viện phẫu thuật thẩm mỹ Hàn Quốc JW. **Kết quả:** Biến chứng: hiếm gặp trong đó chẻ xương xấu, đường gãy không thuận lợi có một trường hợp, không ảnh hưởng đến kết quả chung của phẫu thuật. Kết quả về khớp cắn sau phẫu thuật, không có BN nào xếp loại kém có khớp cắn loại III răng nanh sau phẫu thuật. Kết quả hài lòng của BN về thẩm mỹ sau phẫu thuật. Tất cả BN đều rất hài lòng với kết quả thẩm mỹ. **Kết luận:** Điều trị lệch lạc xương hàm loại III bằng phẫu thuật hàm móm không niềng răng đem lại kết quả tốt về chức năng, thẩm mỹ và sự hài lòng cho BN.

Từ khóa: Phẫu thuật chỉnh hình, lệch lạc xương hàm loại III, Lefort I, BSSO.

SUMMARY

EVALUATION OF TREATMENT OUTCOMES FOR SKELETAL CLASS III MALOCCLUSION USING ORTHOGNATHIC SURGERY AT JW KOREA PLASTIC HOSPITAL, HO CHI MINH CITY

Objective: This study aimed to investigate the treatment of skeletal Class III malocclusion using orthognathic surgery without orthodontic treatment. **Materials and Methods:** This study was conducted from January 2022 to June 2024 on adult patients diagnosed with facial asymmetry due to skeletal Class III malocclusion with a low occlusal plane angle ($<4^\circ$), who were indicated for and underwent orthognathic surgery at JW Korea Plastic Surgery Hospital. **Results:** Complications: Rare, with one case of unfavorable fracture line due to poor bone splitting, which did not affect the overall surgical outcome. Postoperative occlusion: No patients were classified as poor in terms of postoperative occlusal results; none exhibited Class III canine occlusion after surgery. Patient satisfaction with postoperative aesthetics: All patients reported high satisfaction with their aesthetic outcomes. **Conclusion:** Treatment of skeletal Class III malocclusion using orthognathic surgery without

orthodontics yields favorable results in terms of function, aesthetics, and patient satisfaction.

Keywords: Orthognathic surgery, skeletal Class III malocclusion, Le Fort I, BSSO.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Trên thế giới, phương pháp phẫu thuật xoay phức hợp hàm trên-hàm dưới theo chiều kim đồng hồ để điều trị cho những BN bị lệch lạc xương hàm loại III có mặt phẳng khớp cắn thấp được Larry Wolford giới thiệu năm 1994[7]. Năm 2006, Johan Reyneke chứng minh đây là kỹ thuật có độ ổn định cao và có kết quả thẩm mỹ tuyệt vời. Ngày nay, kỹ thuật này đã được ứng dụng và phát triển mạnh trên thế giới, đặc biệt tại các quốc gia Đông Á như Hàn Quốc (Hoon Jin, 2006), Nhật Bản (Akira, 2009), Đài Loan (I Ming Tsai, 2012).

Tại Việt Nam, ở người trưởng thành tỉ lệ sai khớp cắn loại III là 21,7% [1] và hầu hết có nguyên nhân do lệch lạc xương hàm, việc áp dụng phương pháp phẫu thuật xoay phức hợp hàm trên-hàm dưới theo chiều kim đồng hồ đáp ứng tốt yêu cầu điều trị an toàn ổn định, thẩm mỹ và hiệu quả.

Bệnh viện thẩm mỹ JW Hàn Quốc, Tp. Hồ Chí Minh hàng năm phẫu thuật cho hàng trăm BN bất hài hòa khuôn mặt kèm sai khớp cắn loại III đạt kết quả tốt. Để tiến hành đánh giá kết quả phẫu thuật một cách toàn diện và đầy đủ, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài: "*Nghiên cứu điều trị lệch lạc xương hàm loại III bằng phẫu thuật hàm móm không cần niềng răng*".

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Nghiên cứu được thực hiện tại bệnh viện phẫu thuật thẩm mỹ Hàn Quốc JW từ tháng 1/2022 đến 6/2024. Bao gồm những người trưởng thành, được chẩn đoán bất đối xứng mặt do sai khớp cắn loại III với góc mặt phẳng khớp cắn thấp ($<4^\circ$), có chỉ định và được phẫu thuật chỉnh hình xương hàm tại Bệnh viện.

2.1.1. Tiêu chí lựa chọn: BN nữ ≥ 17 tuổi, nam ≥ 18 tuổi có lệch lạc xương hàm loại III với góc mặt phẳng khớp cắn thấp ($<4^\circ$).

2.1.2. Tiêu chí loại trừ: BN có lệch lạc răng mặt do di chứng chấn thương như lõm tăng giữa mặt do gãy LeFort, lùi XHD do gãy lồi cầu hai bên; BN có khớp cắn nghiêng.

¹Bệnh viện JW Hàn Quốc

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Phan Tú Dung

Email: drdunghanquoc@gmail.com

Ngày nhận bài: 25.4.2025

Ngày phản biện khoa học: 26.5.2025

Ngày duyệt bài: 01.7.2025

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu. Phương pháp nghiên cứu tiến cứu, can thiệp lâm sàng, mô tả cắt ngang, theo dõi dọc.

2.2.2. Cách chọn mẫu. Chọn mẫu thuận tiện 150 BN thỏa mãn tiêu chuẩn chọn mẫu và không vi phạm tiêu chuẩn loại trừ.

2.2.3. Các bước tiến hành nghiên cứu

- Lựa chọn BN nghiên cứu.
- Đánh giá đặc điểm lâm sàng, X quang trước phẫu thuật
- Phẫu thuật BN theo kế hoạch.
- Đánh giá kết quả tại các thời điểm T1 (1 tuần), T2 (12 tháng) và so sánh với thời điểm T0 (trước).

2.3. Xử lý số liệu: Số liệu được nhập và phân tích bởi phần mềm SPSS 20.0.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm hình thái sọ mặt trước – sau phẫu thuật

3.1.1. Đặc điểm của mẫu nghiên cứu.

Nghiên cứu của chúng tôi thực hiện trên 150 BN lịch lạc xương hàm loại III, gồm 70 nam (chiếm 46,67%), 80 nữ (53,33%), tuổi từ 17 đến 44, độ tuổi trung bình là 25,6 tuổi.

Lý do phẫu thuật gồm 45 BN do nhu cầu thẩm mỹ (30,00%), 50 BN do nhu cầu cải thiện chức năng (33,33%), đa số BN có lý do thúc đẩy phẫu thuật là nhu cầu cả về thẩm mỹ và chức năng (36,67%).

3.1.2. Hiệu quả của phẫu thuật xoay phức hợp hàm trên - hàm dưới theo chiều kim đồng hồ đối với tương quan của xương hàm trên, hàm dưới, răng cửa hàm trên, hàm dưới ở các thời điểm đánh giá.

Bảng 3.1: Đặc điểm hình thái sọ mặt trước – sau phẫu thuật

Chỉ số sọ - mặt	Thời điểm	Trước phẫu thuật X +- DLC T0	SAU phẫu thuật X +- DLC	
			Giá trị p	
			T1	T2
SNA (°)	78,12 +- 4,77	81,78 +- 4,59	0,005*	0,036*
SNB (°)	84,16 +- 4,31	81,11 +- 3,93	0,007*	0,007*
ANB (°)	-6,03 +- 3,49	0,67 +- 3,31	0,006*	0,004*
Độ cắn chìa (mm)	-3,74 +- 2,73	2,72 +- 1,20	0,008*	0,003*
Độ cắn phủ (mm)	0,37 +- 3,14	0,91 +- 1,37	0,04*	0,03*
Góc răng cửa hàm trên (°)	33,1 +- 5,03	22,9 +- 3,63	0,001*	0,003*

Góc răng cửa hàm dưới (°)	21,1 +- 6,13	24,0 +- 4,39	0,04*	22,7 +- 3,87	0,003*
Góc mũi môi	87,31 +- 11,01			96,43 +- 9,74	<0,05*
Góc đường viền mặt	0,19 +- 5,65			8,29 +- 5,14	<0,05*

Tại thời điểm T1 (sau 1 tuần) và thời điểm T2 (sau 12 tháng) xương hàm trên xương hàm dưới đã được đưa về tương quan xương loại I. Góc SNA, góc SNB, góc ANB, độ cắn chìa, độ cắn phủ, góc răng cửa hàm trên, góc răng cửa hàm dưới sau phẫu thuật được đưa về giá trị bình thường. Sự thay đổi có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

Góc mũi môi thay đổi từ 87,31° (T0) thành 96,43° (T2) nằm trong phạm vi giá trị chuẩn ($p < 0,05$). Góc đường viền mặt thay đổi từ 0,19° (gương mặt lõm) thành 8,29° đạt gần với giá trị bình thường ($p < 0,05$). Sự thay đổi này có ý nghĩa về mặt thống kê.

3.2. Kết quả phẫu thuật

3.2.1. Biến chứng trong phẫu thuật

Bảng 3.2: Biến chứng trong phẫu thuật

Biến chứng trong PT	Số BN	Tỷ lệ (%)
Tai biến về gây mê	0	0
Chảy máu	0	0
Chê xương xấu	1	0.67
Đứt dây thần kinh	0	0

Có 1/150 trường hợp, chiếm 0,67% xảy ra biến chứng chê xương xấu, đường gãy không thuận lợi, được xử lý và không ảnh hưởng đến kết quả chung của phẫu thuật.

3.2.2. Biến chứng sớm sau phẫu thuật

Bảng 3.3: Biến chứng sớm sau phẫu thuật

Biến chứng sớm sau PT	Số BN	Tỷ lệ (%)
Nôn ói	53	35,3
Đường thở	13	8,7
Sưng nề	84	56
Nhiễm trùng	0	0
Tụ máu	0	0
Biến chứng hiếm	0	0

Khoảng 53/150 BN, chiếm 35,3% trường hợp trong nghiên cứu bị nôn ói ít nhiều trong thời gian hồi tỉnh. 13/150 trường hợp (8,7%) khó thở do phù nề, máu đọng trong mũi sau phẫu thuật, không có trường hợp nào phải cấp cứu do khó thở. Không có trường hợp nhiễm trùng, tụ máu, biến chứng hiếm.

Thời điểm 12 tháng sau phẫu thuật, không có trường hợp biến chứng bất lợi nào được ghi nhận.

3.2.3. Kết quả lâm sàng sau phẫu thuật

a. Kết quả về khớp cắn sau phẫu thuật

Bảng 3.4: Kết quả về khớp cắn sau phẫu thuật

Khớp cắn sau PT	Số BN	Tỷ lệ (%)
Kém (Khớp cắn loại III răng nanh)	0	0
Đạt (Tương quan răng nanh đối đầu)	49	32,4
Tốt (Khớp cắn loại I răng nanh)	101	67,6
Tổng	150	100

Có 32.4% (49/150) BN có tương quan răng nanh đối đầu được xếp loại đạt, 67,6% (101/150) BN có khớp cắn loại I răng nanh được xếp loại tốt.

b. Kết quả hài lòng của BN về thẩm mỹ sau phẫu thuật

Bảng 3.5: Sự hài lòng của BN về thẩm mỹ sau phẫu thuật

Sự hài lòng của BN về thẩm mỹ	Số lượng	Tỉ lệ (%)
Kém (Không hài lòng)	0	0,00
Đạt (Tương đối hài lòng)	31	20,7
Tốt (Rất hài lòng)	119	79,3
Cộng	150	100

Tất cả BN đều rất hài lòng với kết quả thẩm mỹ.

c. Các yếu tố khác ảnh hưởng sự hài lòng của BN:

Thời gian nằm viện: Tất cả 150 trường hợp đều mổ chương trình. BN nhập viện buổi sáng ngay ngày phẫu thuật. Thời gian nằm viện ngắn nhất 4 ngày, dài nhất 10 ngày; trung bình 7 ngày. Đa số BN nằm viện 5-7 ngày (94,45%).

Thời gian đi học, làm việc lại: 73,5% BN đi học và làm việc lại bình thường sau 4 tuần, ngay sau khi tháo cố định hàm.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Biến chứng trong - sau phẫu thuật

Chảy máu: Theo y văn, máu mất trung bình trong cắt LeFort I khoảng 700ml. Kahnberg (2005) [6] và cộng sự báo cáo lượng máu mất trung bình trong phẫu thuật chỉnh hàm là 451ml, trong phẫu thuật xương hàm dưới là 345ml, trong cắt LeFort I là 697ml, trong phẫu thuật hai hàm là 889ml. Nghiên cứu của chúng tôi, lượng máu mất trung bình là 130ml. Trong suốt thời gian phẫu thuật, huyết áp tối đa được duy trì 90-95mmHg. Không có trường hợp nào phải hồi sức cấp cứu và truyền máu do mất máu.

Chê xương xấu, đường gãy không thuận lợi: Theo y văn, đường gãy không thuận lợi trong lúc cắt xương chung cho phẫu thuật chỉnh hàm từ 1,9% -11% các trường hợp [8]. Riêng phương pháp chê dọc cành cao, tỉ lệ này là 3%-23%. Nghiên cứu của Constantin (2003)[3] và cộng sự báo cáo tỷ lệ 3,1%, nghiên cứu của David M. Smith (2000) [5] và cộng sự là 2%. Nghiên cứu của chúng tôi có một trường hợp chiếm 0.67% bị gãy vỏ xương phía má của mảnh xương gần.

Đứt dây thần kinh: Tất cả BN trong nghiên cứu chúng tôi, không có ca nào bị đứt dây thần kinh.

Nôn ói: Khoảng 53-150 BN, chiếm 35,3% trường hợp trong nghiên cứu bị nôn ói ít nhiều trong thời gian hồi tỉnh, chất nôn là dịch, máu đọng trong dạ dày lúc phẫu thuật. BN được đặt đầu nằm nghiêng, hút sạch dịch, máu trước khi chuyển về bệnh phòng, không gây hậu quả gì nghiêm trọng.

Đường thở: 13/150 trường hợp (8,7%) khó thở do phù nề, máu đọng trong mũi sau phẫu thuật. Không có trường hợp nào phải cấp cứu do khó thở.

Sưng nề: Hầu hết BN chỉ sưng nề nhẹ sau phẫu thuật.

Nhiễm trùng: Tỉ lệ nhiễm trùng hậu phẫu ít gặp sau phẫu thuật chỉnh hàm, chiếm tỉ lệ dưới 1% [10]. Trong nghiên cứu của chúng tôi, không có trường hợp nào bị nhiễm trùng trong thời gian nằm viện.

Rối loạn cảm giác thần kinh: Thần kinh V3: Tê môi dưới: có 88/150 trường hợp (58,8%). Thời gian tê ít nhất 2 tuần, nhiều nhất 6 tháng; trung bình là 3 tháng; Tê cằm: có 75/150 trường hợp (50%). Thời gian tê ít nhất 2 tuần, nhiều nhất 6 tháng, trung bình là 3 tháng. Thần kinh V2: Tê răng hàm trên: có 44/150 trường hợp (29,4%). Thời gian tê ít nhất 3 tuần, nhiều nhất 10 tuần; trung bình 6,25 tuần; Tê môi trên: có 8 trường hợp (53%). Thời gian tê ít nhất 1 tuần, nhiều nhất 12 tuần; trung bình 5,33 tuần. Thử nghiệm cảm giác TK (+): cho thấy TK phục hồi cảm giác khoảng 3 tuần, nhưng 2-3 tuần sau cảm giác chủ quan của BN mới phục hồi hoàn toàn. Các dây thần kinh khác như TK lưỡi, TK mặt, liệt Bell: không nhận thấy.

Biến chứng liên quan đến đổi tuổi máu: Chết tùy rằng, tụt nướu, hoại tử xương: trong nghiên cứu chúng tôi không có trường hợp nào.

Phát âm: Không BN nào thay đổi giọng nói sau phẫu thuật. Một số BN nhò hàm dưới nhiều, sau phẫu thuật báo cáo là giọng nói rõ hơn, nhất là khi nói tiếng Anh.

Tiêu lồi cầu: 100% BN được theo dõi trên 1 năm nhưng chúng tôi không phát hiện biến chứng tiêu lồi cầu.

4.2. Sự thay đổi chỉ số xương, răng, mô mềm trước – sau phẫu thuật. Về sự cải thiện vị trí răng-xương ổ răng, xương hàm trên, hàm dưới, nghiên cứu của Lucas Senhorinho Esteves, phẫu thuật xoay phức hợp hàm trên hàm dưới theo chiều kim đồng hồ tương tự như phẫu thuật truyền thống sẽ đưa tương quan xương hàm trên hàm dưới về loại I khi điều trị cho BN lệch lạc xương hàm loại III. Nghiên cứu của chúng tôi

cho thấy góc SNA thay đổi trung bình từ $78,12^\circ$ (T0) thành $81,78^\circ$ (T1), góc SNB trung bình từ $84,16^\circ$ (T0) thành $81,11^\circ$ (T1), góc ANB trung bình từ $-6,03^\circ$ (T0) thành $0,67^\circ$ (T1), tức là tương quan xương hàm trên hàm dưới đã trở về vị trí bình thường. Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của Lucas Senhorinho Esteves.

Sự thay đổi của mô mềm được đánh giá với góc mũi môi và góc đường viền mặt. Góc mũi môi cho thấy mối liên hệ với sự nhô lên của môi trên. Góc đường viền mặt phản ánh độ lồi của khuôn mặt nhìn nghiêng. Các BN trong nghiên cứu của chúng tôi có góc mũi môi thay đổi trung bình trước phẫu thuật (T0) từ $87,31^\circ$ thành $96,43^\circ$ sau phẫu thuật (T2), nằm trong phạm vi giá trị góc mũi môi bình thường (90° đến 110°) [1]. Bên cạnh đó, góc đường viền mặt thay đổi từ trung bình $0,2^\circ$ trước phẫu thuật (T0) (gương mặt lõm) thành $-8,3^\circ$ sau phẫu thuật (T2), gần với giá trị bình thường của góc đường viền mặt (12°). Góc mũi môi tăng trung bình $9,09^\circ$ và góc đường viền mặt tăng trung bình $8,49^\circ$. Điều này cho thấy phẫu thuật xoay phức hợp xương hàm trên-hàm dưới hỗ trợ làm đầy đặn vùng cận mũi bị lép, làm bình thường góc mũi môi và góc đường viền mặt, cải thiện đáng kể sự hài hòa khuôn mặt.

Các kết quả mô mềm cho thấy rằng phẫu thuật cắt xương Le Fort I và xoay phức hợp hàm trên-hàm dưới theo chiều kim đồng hồ có thể hữu ích để điều trị các BN có răng cửa trên bị nghiêng ngoài, môi trên nhô và xương hàm dưới tăng trưởng quá mức. Trong trường hợp khớp cắn bị thu hẹp, xoay theo chiều kim đồng hồ mặt phẳng khớp cắn cho phép lùi nhiều hơn điểm phía dưới của xương hàm dưới chẳng hạn như pogonion. Kiểm soát mặt phẳng khớp cắn theo hướng xoay theo chiều kim đồng hồ có thể làm thay đổi sự di chuyển của phân đoạn gần của phẫu thuật lùi xương hàm dưới, và điều này có thể làm tăng mức độ cải thiện nét nhìn nghiêng.

4.3. Các yếu tố ảnh hưởng sự hài lòng của BN

Thời gian chỉnh nha: Trung bình thời gian chỉnh nha để chuẩn bị cho phẫu thuật chỉnh hàm lệch lạc xương hàm loại III là 1,5 – 2 năm và hoàn tất sau khi phẫu thuật là 3-9 tháng. Nghiên cứu của Friederike Luther (2007) cho thấy thời gian chỉnh nha kéo dài có thể làm cho BN không hài lòng với kết quả phẫu thuật. Trong nghiên cứu của chúng tôi, thời gian chỉnh nha trung bình trước phẫu thuật là 8 tháng. Thời gian chỉnh nha sau phẫu thuật được rút ngắn so với các nghiên cứu khác do phẫu thuật xoay phức hợp hàm trên hàm dưới theo chiều kim đồng hồ đã

tự động khử bù trừ độ nghiêng vùng răng cửa bằng cách nghiêng răng cửa trên vào trong và nghiêng răng cửa dưới ra trước. Điều này làm cho BN hài lòng sau phẫu thuật.

Thời gian nằm viện: Trong nghiên cứu của chúng tôi có 94,45% trường hợp nằm viện từ 4 đến 7 ngày. Điều này phù hợp với các nghiên cứu khác. Friederike Luther và cộng sự cho thấy thời gian nằm viện trung bình là 6-8 ngày; 88,7% BN báo cáo có thể chấp nhận; nhưng 11,3% BN cho là quá dài.

Thời gian phẫu thuật: Thời gian phẫu thuật trung bình cho phẫu thuật xoay phức hợp hàm trên - hàm dưới theo chiều kim đồng hồ khoảng 4h. Điều này phù hợp với thời gian phẫu thuật 2 hàm trong nghiên cứu của Peter D.Chemello (1994) [9].

Thời gian đi học và làm việc lại: Trong nghiên cứu của chúng tôi, 73,5% BN đi học và làm việc lại bình thường sau 4 tuần, ngay sau khi tháo cố định hàm. 26,5% BN trở lại sinh hoạt bình thường sau hơn 4 tuần. Hầu hết BN là học sinh, sinh viên nên họ chọn thời điểm phẫu thuật vào dịp nghỉ hè hay Tết để được nghỉ 4 tuần. Trên thực tế, sức khỏe toàn thân của BN đã được phục hồi sau khoảng 2 tuần và BN có thể trở lại sinh hoạt bình thường. Chris Johnston và cộng sự [4] cho thấy thời gian trở lại sinh hoạt bình thường sau phẫu thuật một hàm là 4,8 tuần, hai hàm là 5,2 tuần.

V. KẾT LUẬN

Kết quả điều trị lệch lạc xương hàm loại III bằng phẫu thuật hàm móm không niềng răng, cho kết quả tốt. Về hiệu quả của phẫu thuật hàm móm không niềng răng đối với sự thay đổi vị trí của răng-xương ổ răng, xương nền hàm trên, hàm dưới và mô mềm trong điều trị lệch lạc xương hàm loại III: HT- HD được đưa về tương quan xương loại I (ANB: $6,70^\circ$); Cằm xoay ra sau và trở nên ít nhô hơn, chiều cao tăng mặt dưới giảm, cấu trúc xương quanh mũi đưa ra trước, góc răng cửa hàm trên giảm, góc răng cửa hàm dưới tăng. Tăng góc mặt phẳng khớp cắn. Góc mũi môi tăng ($9,09^\circ$), góc đường viền mặt tăng ($8,49^\circ$). Tăng kết quả thẩm mỹ. 100% BN hài lòng với chức năng ăn nhai và kết quả thẩm mỹ. Qua nghiên cứu cho thấy, phẫu thuật hàm BSSO và Lefort I không chỉ cải thiện thẩm mỹ mà còn phục hồi đáng kể chức năng cho BN. Có thể được xem là một trong những phương pháp điều trị tốt nhất cho BN lệch lạc xương hàm loại III.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Lâm Hoài Phương, Nguyễn Bạch Đường,

- Phạm Phi Lâm, William Besly, Rowan Story** (2010), "Đánh giá sự phục hồi của BN sau phẫu thuật chỉnh hàm", Tuyển tập công trình nghiên cứu khoa học Răng Hàm Mặt, Đại học Y Dược TP.HCM, tr. 174-182
2. **Hồ Thị Thùy Trang** (1999), Những đặc trưng của khuôn mặt hài hòa qua ảnh chụp và phim sọ nghiêng (nghiên cứu trên sinh viên đại học y dược), Luận văn thạc sĩ, Đại học Y Dược TP.HCM, tr. 67-75
 3. **Ceib P., Greg E. J. Z., Myron T.** (2006), "Qualitative Descriptors Used by Patients Following Orthognathic Surgery to Portray Altered Sensation", J. Oral Maxillofac Surg. 64, pp. 1751-1760
 4. **Chiung-Shing H.** (2006), "Mandibular Remodeling After Bilateral Sagittal Split Osteotomy for Prognathism of the Mandible", J. Oral Maxillofac Surg. 64(2), pp.167-172
 5. **David M. S.** (2001). "The importance of incisor positioning in the esthetic smile: The smile arc", Am. J. Orthod Dentofacial Orthop. 120(2), pp.98- 111
 6. **Joseph G. M. C., Henry K.** (1995), "Surgery of the jaw", Plastic Surgery pp.1333 – 1450
 7. **Larry M.W.** (1993), "Occlusal Plane Alteration in Orthognathic Surgery", Am. J. Orthod Dentofacial Orthop. 106(4), pp.434-40
 8. **Marcus G., Mohsen D. Z., Gereon S.** (2006), "The Functional Long-Term Results After Bilateral Sagittal Split Osteotomy (BSSO) With and Without a Condylar Positioning Device, J. Oral Maxillofac Surg. 64, pp.1624-1630
 9. **Patrick J. L., Brinks A., Peter D. W.** (2001), "Soft Tissue Changes of the Upper Lip Associated With Maxillary Advancement in Obstructive Sleep Apnea Patients", J. Oral Maxillofac Surg. 59, pp.151-156
 10. **Stephen J. C.** (1996), "The Use of a Fibrin Sealant to Control Intraoperative Bleeding During a Le Fort 1 Osteotomy: Report of a Case", J. Oral Maxillofac Surg. 54, pp.1014-1016

ĐÁNH GIÁ TÁC DỤNG KHÁNG KHUẨN CỦA PEPTIDE TỔNG HỢP TRÊN MỘT SỐ CHỦNG VI KHUẨN GÂY VIÊM PHỔI MẮC PHẢI TẠI CỘNG ĐỒNG

Ngô Văn Hòa¹, Ngô Thu Hằng²,
Đinh Văn Hân³, Cấn Văn Mão²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá tác dụng của peptide tổng hợp IND-4,11K trên một số chủng vi khuẩn gây viêm phổi mắc phải cộng đồng. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang, tiến cứu, đánh giá tác dụng kháng khuẩn của peptide tổng hợp IND-4,11K lên 35 chủng vi khuẩn phân lập từ bệnh phẩm đường hô hấp ở Bệnh nhân viêm phổi mắc phải tại cộng đồng điều trị nội trú tại Bệnh viện Quân y 103 từ tháng 12/2022 đến tháng 12/2024. **Kết quả:** 10/12 số chủng E. coli là đa kháng thuốc (83,3%), 50% số chủng S. aureus là MRSA. Nồng độ ức chế tối thiểu của peptide tổng hợp IND-4,11K với các chủng vi khuẩn E. Coli, S. aureus từ 16 µmol/L đến 128 µmol/L, hầu hết các chủng P. aeruginosa có giá trị MIC ≥128 µmol/L. **Kết luận:** Peptide tổng hợp IND-4,11K có tác dụng với tất cả các chủng S. aureus và E. coli với giá trị MIC từ 16 µmol/L đến 128 µmol/L, hầu hết các chủng P. aeruginosa là đa kháng thuốc, giá trị MIC ≥128 µmol/L. **Từ khóa:** Peptide kháng khuẩn, viêm phổi cộng đồng, đề kháng kháng sinh

SUMMARY

EVALUATION OF THE EFFECTS OF THE

¹Bệnh viện Quân y 103 – Học viện Quân y

²Học viện Quân y

³Bệnh viện Bổng Quốc Gia Lê Hữu Trác

Chịu trách nhiệm chính: Cấn Văn Mão

Email: canvanmao@vmmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 24.4.2025

Ngày phản biện khoa học: 26.5.2025

Ngày duyệt bài: 2.7.2025

SYNTHETIC PEPTIDE IND-4,11K ON CERTAIN BACTERIAL STRAINS CAUSING COMMUNITY-ACQUIRED PNEUMONIA

Objective: To evaluate the antibacterial effects of the synthetic peptide IND-4,11K on several bacterial strains causing community-acquired pneumonia (CAP). **Subjects and Methods:** This is a prospective, cross-sectional descriptive study assessing the antibacterial activity of the synthetic peptide IND-4,11K on 35 bacterial strains isolated from respiratory specimens of patients with community-acquired pneumonia hospitalized at the Military Hospital 103 from December 2022 to December 2024. **Results:** Among the isolates, 10/12 Escherichia coli strains were multidrug-resistant (83.3%), 50% of the S. aureus strains were MRSA, 50% of the S. aureus strains were MSSA. The MIC (Minimum Inhibitory Concentration) values of the synthetic peptide IND-4,11K against E. coli and S. aureus strains ranged from 16 µmol/L to 128 µmol/L, while most Pseudomonas aeruginosa strains had MIC values ≥128 µmol/L. **Conclusion:** The synthetic peptide IND-4,11K demonstrated activity against all S. aureus and E. coli strains with MIC values ranging from 16 µmol/L to 128 µmol/L. Most P. aeruginosa strains had MIC values ≥128 µmol/L.

Keywords: Antimicrobial peptide, community-acquired pneumonia, antibiotic resistance

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm phổi mắc phải tại cộng đồng (VPCĐ) là bệnh lý hô hấp thường gặp nằm trong nhóm nguyên nhân hàng đầu gây bệnh tật và tử vong trên toàn thế giới bất chấp sự có mặt của nhiều dòng kháng sinh thế hệ mới. Căn nguyên VPCĐ