

## V. KẾT LUẬN

Phẫu thuật cắt bỏ mảng xơ bao trắng thể hang kết hợp mảnh ghép bì tự thân tại Khoa Nam học, Bệnh viện Bình Dân (01/2023-12/2025) cho thấy kết quả hiệu quả và an toàn: chỉnh thẳng thành công 87,0%, bảo tồn chiều dài dương vật 89,1%, RLC mới xuất hiện 15,2%, IIEF-5 không thay đổi có ý nghĩa sau 12 tháng và 84,8% bệnh nhân hài lòng. Mảnh ghép bì tự thân là vật liệu phù hợp điều kiện Việt Nam nhờ chi phí thấp, không cần vật liệu ngoại nhập và kết quả tương đồng y văn quốc tế.

## VI. KIẾN NGHỊ

Cần triển khai nghiên cứu đa trung tâm, có nhóm đối chứng so sánh mảnh ghép bì với các vật liệu khác (tĩnh mạch hiển, niêm mạc má), với thời gian theo dõi tối thiểu 5 năm. Nên xây dựng quy trình tư vấn chuẩn trước phẫu thuật, đặc biệt về nguy cơ RLC mới xuất hiện đối với bệnh nhân có bệnh tim mạch - chuyển hóa đi kèm. Kỹ thuật phẫu thuật cần được chuẩn hóa và phổ biến đến các cơ sở nam khoa tuyến tỉnh.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Mai Bá Tiến Dũng, Đặng Quang Tuấn, Nguyễn Hồ Vĩnh Phước. Đánh giá kết quả phương pháp cắt bỏ mô xơ bao trắng thể hang và sử dụng mảnh ghép bì trong phẫu thuật điều trị cong dương vật mắc phải. *Tạp chí Y học Việt Nam (VMJ)*. 2025; 547(2)

2. Chierigo F, Fallara G, Tozzi M, và c.s. Guideline of guidelines: Peyronie's disease. *BJU International*. 2026; : bju.70201
3. Chung E, Clendinning E, Lessard L, và c.s. Five-Year Follow-Up of Peyronie's Graft Surgery: Outcomes and Patient Satisfaction. *The Journal of Sexual Medicine*. 2011; 8(2): 594-600
4. Natsos A, Tatanis V, Kontogiannis S, và c.s. Grafts in Peyronie's surgery without the use of prostheses: a systematic review and meta-analysis. *Asian Journal of Andrology*. 2024; 26(3): 250-259
5. Nehra A, Alterowitz R, Culkin DJ, và c.s. Peyronie's Disease: AUA Guideline. *Journal of Urology*. 2015; 194(3): 745-753
6. Rose AFD, Mantica G, Maffezzini M, và c.s. Dermal graft surgery for Peyronie's disease: Long term results at a 15 years follow-up.
7. Simonato A, Gregori A, Varca V, và c.s. Penile Dermal Flap in Patients With Peyronie's Disease: Long-Term Results. *Journal of Urology*. 2010; 183(3): 1065-1068
8. Hatzichristodoulou G. Grafting techniques for Peyronie's disease. *Translational Andrology and Urology*. 2016; 5: 334-341
9. Osmonov D, Ragheb A, Ward S, và c.s. ESSM Position Statement on Surgical Treatment of Peyronie's Disease. *Sexual Medicine*. 2021; 10
10. Salonia A, Boeri L, Capogrosso P, và c.s. *EAU Guidelines on Sexual and Reproductive Health 2025*. European Association of Urology, 2025.

# ĐÁNH GIÁ PHỤC HỒI CẢM GIÁC THẦN KINH HUYỆT RĂNG DƯỚI SAU PHẪU THUẬT CHẼ DỌC CÀNH CAO XƯƠNG HÀM DƯỚI HAI BÊN

Lê Tấn Hùng<sup>1</sup>, Trần Ái Khiêm<sup>2</sup>, Nguyễn Mỹ Huyền<sup>1</sup>, Lê Đức Lánh<sup>2</sup>

## TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Đánh giá phục hồi cảm giác thần kinh huyết răng dưới và xác định một số yếu tố liên quan đến rối loạn cảm giác kéo dài sau phẫu thuật chẻ dọc cành cao xương hàm dưới hai bên (BSSO).

**Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu tiền cứu,

theo dõi dọc 24 tháng trên 94 người bệnh BSSO (47 đưa hàm ra trước, 47 lùi hàm dưới) tại Bệnh viện Đa khoa Vạn Hạnh.

**Kết quả:** Rối loạn cảm giác chủ quan sau 1 tuần đạt 93,6–95,7% ở cả hai nhóm. Level C và B phục hồi gần hoàn toàn sau 6–24 tháng; Level A còn bất thường ở 6,38–8,51% sau 24 tháng. Không có khác biệt có ý nghĩa giữa hai nhóm. VAS tương quan mạnh nhất với Level A ( $\rho = 0,82-0,90$ ). Biên độ di chuyển  $\geq 6,00$  mm (OR = 3,49;  $p = 0,010$ ) và tuổi  $\geq 25$  (OR = 3,11;  $p = 0,030$ ) là yếu tố liên quan độc lập với rối loạn cảm giác kéo dài tại 6 tháng.

**Kết luận:** BSSO mang lại phục hồi cảm giác tốt; cảm giác tinh tế có thể còn bất thường sau 24 tháng. Biên độ di chuyển lớn và tuổi cao cần lưu ý trong tư vấn trước phẫu thuật.

<sup>1</sup>Trường Y Dược – Đại học Trà Vinh

<sup>2</sup>Trường Đại học Quốc tế Hồng Bàng

Tác giả chịu trách nhiệm chính: Lê Tấn Hùng

Email: bsletanhung@gmail.com

Mã bài: N747

Ngày nhận bài: 5/5/2026

Ngày phản biện khoa học: 4/5/2026

Ngày duyệt bài: 5/6/2026

**Từ khóa:** BSSO, thần kinh huyết răng dưới, rối loạn cảm giác, phục hồi cảm giác.

## SUMMARY

### EVALUATION OF INFERIOR ALVEOLAR NERVE SENSORY RECOVERY AFTER BILATERAL SAGITTAL SPLIT OSTEOTOMY

**Objective:** To evaluate sensory recovery of the inferior alveolar nerve and identify factors associated with persistent sensory disturbance after bilateral sagittal split osteotomy (BSSO).

**Subjects and methods:** A prospective longitudinal study with 24-month follow-up was conducted on 94 patients undergoing BSSO, including 47 patients with mandibular advancement and 47 patients with mandibular setback, at Van Hanh General Hospital.

**Results:** Subjective sensory disturbance at 1 week was observed in 93.6–95.7% of patients in both groups. Levels C and B recovered almost completely between 6 and 24 months, whereas Level A remained abnormal in 6.38–8.51% of patients at 24 months. No statistically significant difference was found between the two groups. VAS showed the strongest correlation with Level A ( $\rho = 0.82-0.90$ ). Surgical movement  $\geq 6.00$  mm (OR = 3.49;  $p = 0.010$ ) and age  $\geq 25$  years (OR = 3.11;  $p = 0.030$ ) were independent factors associated with persistent sensory disturbance at 6 months.

**Conclusion:** BSSO provides good sensory recovery; however, fine sensory function may remain abnormal after 24 months. Greater surgical movement and older age should be considered during preoperative counseling.

**Keywords:** BSSO, inferior alveolar nerve, neurosensory disturbance, sensory recovery.

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Phẫu thuật chẻ dọc cạnh cao xương hàm dưới hai bên (Bilateral Sagittal Split Osteotomy – BSSO) là kỹ thuật phẫu thuật chỉnh hình xương hàm dưới phổ biến nhất trong điều trị sai hình xương hàm, được chỉ định cho cả trường hợp đưa hàm dưới ra trước và lùi hàm dưới. Một trong những biến chứng thần kinh đặc trưng và được quan tâm nhiều nhất của kỹ thuật này là rối loạn cảm giác thần kinh huyết răng dưới, bao gồm tê bì, dị cảm hoặc giảm cảm giác vùng môi dưới và cằm [1]. Tỷ lệ rối loạn cảm giác sớm sau BSSO được báo cáo dao động từ 70 đến 100% tùy từng nghiên cứu, phần lớn do kéo giãn thần kinh trong quá trình tách xương hơn là đứt thần kinh hoàn toàn [2]. Mặc dù đa số trường hợp có phục hồi cảm giác trong năm đầu, tỷ lệ rối loạn cảm giác kéo dài sau 12 tháng vẫn từ 5 đến 25% và là vấn đề tiên lượng quan trọng cần tư vấn trước phẫu thuật [3, 4]. Các yếu tố được nghiên cứu liên quan đến rối loạn kéo dài gồm biên độ di chuyển xương hàm dưới, tuổi bệnh nhân, thời gian phẫu thuật và hướng di chuyển xương hàm, song kết quả còn chưa thống

nhất giữa các nghiên cứu [2, 3].

Phân loại Zuniga được xem là hệ thống đánh giá cảm giác thần kinh ngoại biên đa tầng có giá trị, cho phép phân biệt mức độ tổn thương từ cảm giác cơ học tinh tế (Level A) đến cảm giác chạm nhẹ (Level B) và cảm giác đau/nhiệt (Level C) [5]. Tại Việt Nam, dữ liệu về phục hồi cảm giác thần kinh huyết răng dưới sau BSSO theo phân loại chuẩn hóa còn hạn chế. Nghiên cứu này được thực hiện nhằm: Đánh giá phục hồi cảm giác thần kinh huyết răng dưới và xác định một số yếu tố liên quan đến rối loạn cảm giác kéo dài sau phẫu thuật chẻ dọc cạnh cao xương hàm dưới hai bên.

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

### 2.1. Đối tượng nghiên cứu

Nghiên cứu thực hiện trên 94 người bệnh từ 18 tuổi trở lên có chỉ định phẫu thuật BSSO điều trị sai hình xương hàm tại Bệnh viện Đa khoa Vạn Hạnh từ tháng 01/2021 đến tháng 01/2024. Người bệnh được chia thành hai nhóm: nhóm đưa hàm dưới ra trước ( $n = 47$ ) và nhóm lùi hàm dưới ( $n = 47$ ).

**Tiêu chuẩn lựa chọn:** người bệnh từ 18 tuổi trở lên, tình trạng toàn thân ổn định (ASA I hoặc II); có đầy đủ hồ sơ hình ảnh, kế hoạch phẫu thuật và dữ liệu đánh giá cảm giác thần kinh tại các thời điểm nghiên cứu; đồng ý tham gia và tuân thủ lịch tái khám.

**Tiêu chuẩn loại trừ:** tiền sử bệnh lý thần kinh ngoại biên hoặc rối loạn cảm giác vùng chi phối dây thần kinh sinh ba trước phẫu thuật; biến chứng trong mổ như tách xương bất lợi hoặc đứt trực tiếp thần kinh huyết răng dưới; không đủ dữ liệu theo dõi theo các mốc nghiên cứu.

### 2.2. Phương pháp nghiên cứu

**Thiết kế và thời điểm đánh giá:** Nghiên cứu tiến cứu, theo dõi dọc 24 tháng. Đánh giá cảm giác tại T0 (trước phẫu thuật), T1 (1 tuần), T2 (6 tháng) và T3 (24 tháng).

**Quy trình phẫu thuật:** Tất cả người bệnh được phẫu thuật BSSO dưới gây mê nội khí quản bởi cùng một phẫu thuật viên. Tùy dạng sai hình xương hàm, xương hàm dưới được đưa ra trước hoặc lùi về sau theo kế hoạch; cố định xương theo quy trình chuẩn. Biên độ di chuyển ghi nhận bằng milimét và phân nhóm thành dưới 6,00 mm và từ 6,00 mm trở lên trong phân tích yếu tố liên quan.

**Đánh giá cảm giác thần kinh:** Chức năng cảm giác được khảo sát trên bốn vùng: môi dưới phải, môi dưới trái, cằm phải và cằm trái. Cảm nhận chủ quan đánh giá bằng thang điểm VAS (0 = cảm giác bình

thường, 100 = mất cảm giác hoàn toàn). Đánh giá khách quan theo phân loại Zuniga [5] gồm: Level A đánh giá cảm giác cơ học tinh tế bằng nghiệm pháp phân biệt hai điểm (TPD); Level B đánh giá cảm giác chạm nhẹ bằng nghiệm pháp chạm nhẹ tĩnh; Level C đánh giá cảm giác đau và nhiệt. Đáp ứng được xem là bất thường khi không phù hợp tiêu chuẩn từng nghiệm pháp. Để hạn chế sai số, đánh giá viên không biết trước nhóm phẫu thuật và biên độ di chuyển; một phần mẫu được đo lặp lại để kiểm tra độ tin cậy.

### 2.3. Xử lý và phân tích số liệu

Số liệu xử lý bằng SPSS 26.0. Biến định lượng trình bày bằng trung bình  $\pm$  độ lệch chuẩn; biến định tính trình bày bằng số lượng và tỷ lệ phần trăm. So

sánh giữa hai nhóm dùng t-test độc lập hoặc Chi-square/Fisher's exact test. Sự thay đổi theo thời gian đánh giá bằng ANOVA lặp lại hoặc Cochran's Q. Tương quan VAS với các chỉ số khách quan phân tích bằng hệ số Spearman ( $\rho$ ). Yếu tố liên quan độc lập với rối loạn cảm giác kéo dài tại 6 tháng xác định bằng hồi quy logistic đa biến, trình bày qua OR và khoảng tin cậy 95%. Ngưỡng ý nghĩa thống kê  $p < 0,05$ .

### 2.4. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu được thông qua bởi Hội đồng Đạo đức của Trường Đại học Trà Vinh và Bệnh viện Đa khoa Vạn Hạnh. Người bệnh được giải thích đầy đủ về mục tiêu nghiên cứu, tự nguyện tham gia và có thể rút khỏi nghiên cứu bất cứ lúc nào.

## III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

*Bảng 1. Đặc điểm chung và thông số phẫu thuật của đối tượng nghiên cứu*

| Nhóm biến số        | Chỉ số                                  | Đưa hàm dưới ra trước (n = 47) | Lùi hàm dưới (n = 47) | p      |
|---------------------|-----------------------------------------|--------------------------------|-----------------------|--------|
| Đặc điểm chung      | Tuổi, năm                               | 22,50 $\pm$ 4,20               | 21,96 $\pm$ 4,50      | 0,549  |
|                     | Tuổi $\geq 25$ , n (%)                  | 20 (42,55)                     | 17 (36,17)            | 0,527  |
|                     | Nữ, n (%)                               | 28 (59,57)                     | 26 (55,31)            | 0,677  |
|                     | Nam, n (%)                              | 19 (40,43)                     | 21 (44,68)            | 0,677  |
| Thông số phẫu thuật | Biên độ di chuyển xương hàm dưới, mm    | 6,19 $\pm$ 1,91                | 7,82 $\pm$ 2,11       | <0,001 |
|                     | Biên độ di chuyển $\geq 6,00$ mm, n (%) | 34 (72,34)                     | 31 (65,96)            | 0,503  |
|                     | Thời gian phẫu thuật, phút              | 115,40 $\pm$ 18,20             | 122,30 $\pm$ 20,50    | 0,088  |

Hai nhóm tương đồng về tuổi, giới, tỷ lệ người bệnh  $\geq 25$  tuổi, tỷ lệ di chuyển  $\geq 6$  mm và thời gian phẫu thuật. Biên độ di chuyển xương hàm dưới trung bình ở nhóm lùi hàm dưới cao hơn nhóm đưa hàm dưới ra trước (7,82  $\pm$  2,11 mm so với 6,19  $\pm$  1,91 mm;  $p < 0,001$ ).

*Bảng 2. Diễn biến phục hồi cảm giác thần kinh huyết răng dưới theo các mốc thời gian*

| Chỉ số                            | Nhóm                  | T0 trước mổ     | T1               | T2               | T3              | p theo thời gian |
|-----------------------------------|-----------------------|-----------------|------------------|------------------|-----------------|------------------|
| Rối loạn cảm giác chủ quan, n (%) | Đưa hàm dưới ra trước | 0 (0,00)        | 44 (93,62)       | 9 (19,15)        | 3 (6,38)        | <0,001           |
|                                   | Lùi hàm dưới          | 0 (0,00)        | 45 (95,74)       | 10 (21,28)       | 4 (8,51)        | <0,001           |
| Level A – TPD, mm                 | Đưa hàm dưới ra trước | 8,10 $\pm$ 1,20 | 18,50 $\pm$ 4,20 | 9,80 $\pm$ 2,10  | 8,30 $\pm$ 1,40 | <0,001           |
|                                   | Lùi hàm dưới          | 7,90 $\pm$ 1,15 | 19,10 $\pm$ 4,50 | 10,20 $\pm$ 2,20 | 8,50 $\pm$ 1,50 | <0,001           |
| Level A bất thường, n (%)         | Đưa hàm dưới ra trước | 0 (0,00)        | 44 (93,62)       | 9 (19,15)        | 3 (6,38)        | <0,001           |
|                                   | Lùi hàm dưới          | 0 (0,00)        | 45 (95,74)       | 10 (21,28)       | 4 (8,51)        | <0,001           |
| Level B bất thường, n (%)         | Đưa hàm dưới ra trước | 0 (0,00)        | 42 (89,36)       | 2 (4,25)         | 0 (0,00)        | <0,001           |
|                                   | Lùi hàm dưới          | 0 (0,00)        | 43 (91,49)       | 3 (6,38)         | 0 (0,00)        | <0,001           |
| Level C bất thường, n (%)         | Đưa hàm dưới ra trước | 0 (0,00)        | 39 (82,98)       | 1 (2,13)         | 0 (0,00)        | <0,001           |
|                                   | Lùi hàm dưới          | 0 (0,00)        | 40 (85,11)       | 2 (4,25)         | 0 (0,00)        | <0,001           |

TPD: phân biệt hai điểm; Level A: cảm giác cơ học tinh tế; Level B: cảm giác chạm nhẹ; Level C: cảm giác đau/nhiệt. Số liệu: trung bình  $\pm$  SD hoặc n (%).

Rối loạn cảm giác đạt tỷ lệ cao nhất tại T1 ở cả hai nhóm. Sau đó các chỉ số phục hồi rõ theo thời gian. Level C và Level B gần như phục hồi hoàn toàn sau 6–24 tháng, trong khi Level A phục hồi chậm hơn và còn bất thường ở 6,38% nhóm đưa hàm dưới ra trước và 8,51% nhóm lùi hàm dưới tại 24 tháng.

**Bảng 3. So sánh phục hồi cảm giác giữa hai nhóm tại các mốc thời gian chính**

| Chỉ số                            | T1                                  | p     | T2                                 | p     | T3                                | p     |
|-----------------------------------|-------------------------------------|-------|------------------------------------|-------|-----------------------------------|-------|
| Rối loạn cảm giác chủ quan, n (%) | 44(93,62) / 45(95,74)               | 1,000 | 9(19,15) / 10(21,28)               | 1,000 | 3(6,38) / 4(8,51)                 | 1,000 |
| Level A – TPD, mm                 | 18,50 $\pm$ 4,20 / 19,10 $\pm$ 4,50 | 0,506 | 9,80 $\pm$ 2,10 / 10,20 $\pm$ 2,20 | 0,370 | 8,30 $\pm$ 1,40 / 8,50 $\pm$ 1,50 | 0,506 |
| Level A bất thường, n (%)         | 44(93,62) / 45(95,74)               | 1,000 | 9(19,15) / 10(21,28)               | 1,000 | 3(6,38) / 4(8,51)                 | 1,000 |
| Level B bất thường, n (%)         | 42(89,36) / 43(91,49)               | 1,000 | 2(4,25) / 3(6,38)                  | 1,000 | 0(0,00) / 0(0,00)                 | –     |
| Level C bất thường, n (%)         | 39(82,98) / 40(85,11)               | 1,000 | 1(2,13) / 2(4,25)                  | 1,000 | 0(0,00) / 0(0,00)                 | –     |

Số liệu tại các mốc thời gian được biểu diễn theo thứ tự: đưa ra trước / lùi hàm dưới

Không ghi nhận sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa hai nhóm về tất cả các chỉ số cảm giác thần kinh tại T1, T2 và T3.

**Bảng 4. Yếu tố liên quan đến rối loạn cảm giác kéo dài và tương quan VAS với đánh giá khách quan**

| Phân tích                                    | Yếu tố / chỉ số                  | T1    | T2         | T3         |
|----------------------------------------------|----------------------------------|-------|------------|------------|
| Phân tích đơn biến (p)                       | Hướng di chuyển xương hàm dưới   | 1,000 | 1,000      | 1,000      |
|                                              | Biên độ di chuyển $\geq$ 6,00 mm | 0,010 | 0,010      | 0,150      |
|                                              | Tuổi $\geq$ 25                   | 0,030 | 0,030      | 0,200      |
| Tương quan VAS với đánh giá khách quan (rho) | Level A – TPD                    | 0,820 | 0,790      | 0,900      |
|                                              | Level B – Chạm nhẹ tĩnh          | 0,610 | 0,460      | Không tính |
|                                              | Level C – Đau/nhiệt              | 0,450 | Không tính | Không tính |

rho: hệ số tương quan Spearman; các tương quan rho  $\geq$ 0,790 giữa VAS và Level A đều có ý nghĩa thống kê với p <0,001.

Hướng di chuyển xương hàm dưới không liên quan với rối loạn cảm giác kéo dài. Biên độ di chuyển  $\geq$ 6,00 mm và tuổi  $\geq$ 25 liên quan có ý nghĩa thống kê với rối loạn cảm giác trong 6 tháng đầu, nhưng không còn ý nghĩa ở 24 tháng. VAS tương quan mạnh và ổn định nhất với Level A – TPD tại cả ba mốc.

**Bảng 5. Phân tích hồi quy logistic đa biến các yếu tố liên quan đến rối loạn cảm giác kéo dài tại 6 tháng**

| Biến số                          | OR   | KTC 95%   | p     |
|----------------------------------|------|-----------|-------|
| Hướng di chuyển xương hàm dưới   | 1,27 | 0,45–2,85 | 0,790 |
| Biên độ di chuyển $\geq$ 6,00 mm | 3,49 | 1,25–9,50 | 0,010 |
| Tuổi $\geq$ 25                   | 3,11 | 1,10–7,15 | 0,030 |

Nhóm đưa hàm dưới ra trước là nhóm tham chiếu cho biến hướng di chuyển.

Hướng di chuyển xương hàm dưới không phải là yếu tố liên quan độc lập. Biên độ di chuyển  $\geq$ 6,00 mm làm tăng nguy cơ rối loạn cảm giác kéo dài tại 6 tháng 3,49 lần (OR = 3,49; KTC 95%: 1,25–9,50; p = 0,010), trong khi tuổi  $\geq$ 25 làm tăng nguy cơ 3,11 lần (OR = 3,11; KTC 95%: 1,10–7,15; p = 0,030).

#### IV. BÀN LUẬN

Kết quả nghiên cứu cho thấy rối loạn cảm giác thần kinh huyết răng dưới sau phẫu thuật BSSO xuất hiện với tỷ lệ cao ở giai đoạn sớm, sau đó giảm dần theo thời gian. Tại thời điểm 1 tuần sau phẫu thuật, tỷ lệ rối loạn cảm giác chủ quan đạt 93,62% ở nhóm đưa hàm dưới ra trước và 95,74% ở nhóm lùi hàm dưới. Kết quả này phù hợp với tổng quan của Colella và cộng sự, trong đó rối loạn cảm giác sau BSSO được ghi nhận là biến chứng thường gặp, đặc biệt trong giai đoạn sớm sau mổ [4]. Verweij và cộng sự cũng ghi nhận rối loạn cảm giác thần kinh sau BSSO có thể gặp với tỷ lệ cao và cần thời gian theo dõi đủ dài để đánh giá phục hồi [6]. Trong nghiên cứu này, tỷ lệ rối loạn cảm giác giảm rõ sau 6 tháng và chỉ còn 6,38–8,51% sau 24 tháng, cho thấy phần lớn trường hợp có xu hướng phục hồi theo thời gian.

Khi đánh giá theo phân loại Zuniga, các mức cảm giác phục hồi không giống nhau. Level C liên quan đến cảm giác đau/nhiệt phục hồi nhanh nhất và không còn bất thường ở thời điểm 24 tháng. Level B liên quan đến cảm giác chạm nhẹ cũng phục hồi hoàn toàn ở mốc theo dõi cuối. Ngược lại, Level A đánh giá bằng nghiệm pháp phân biệt hai điểm phục hồi chậm hơn và vẫn còn bất thường ở một tỷ lệ nhỏ người bệnh sau 24 tháng. Diễn biến này phù hợp với đặc điểm tổn thương thần kinh ngoại biên sau BSSO, trong đó các chức năng cảm giác tinh tế có thể cần thời gian phục hồi dài hơn [5]. Vì vậy, khi tư vấn người bệnh, cần nhấn mạnh rằng cảm giác đau/nhiệt và chạm nhẹ thường cải thiện sớm hơn, nhưng cảm giác tinh tế có thể kéo dài hơn ở một số trường hợp.

Nghiên cứu không ghi nhận sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa nhóm đưa hàm dưới ra trước và nhóm lùi hàm dưới ở các chỉ số cảm giác tại các thời điểm theo dõi. Điều này cho thấy trong mẫu nghiên cứu này, hướng di chuyển xương hàm dưới chưa phải là yếu tố chính quyết định phục hồi cảm giác. Kết quả này phù hợp với một số nghiên cứu trước đây khi cho rằng rối loạn cảm giác sau BSSO có thể chịu ảnh hưởng bởi nhiều yếu tố, bao gồm biên độ di chuyển xương, thao tác phẫu thuật, vị trí ống thần kinh và đặc điểm người bệnh hơn là chỉ riêng hướng di chuyển [2], [7].

Phân tích hồi quy logistic đa biến cho thấy biên độ di chuyển  $\geq 6,00$  mm và tuổi  $\geq 25$  là hai yếu tố liên quan độc lập với rối loạn cảm giác kéo dài tại 6 tháng. Cụ thể, biên độ di chuyển  $\geq 6,00$  mm làm tăng nguy cơ rối loạn cảm giác kéo dài 3,49 lần, trong khi tuổi  $\geq 25$  làm tăng nguy cơ 3,11 lần. Kết quả này phù hợp với các nghiên cứu của Ylikontiola và Teerijoki-

Oksa, trong đó biên độ di chuyển lớn và các yếu tố liên quan đến người bệnh được xem là có thể ảnh hưởng đến nguy cơ rối loạn cảm giác sau BSSO [2], [3]. Tuy vậy, ở thời điểm 24 tháng, các yếu tố này không còn liên quan có ý nghĩa thống kê trong phân tích đơn biến. Điều này gợi ý rằng các yếu tố trên có thể làm chậm quá trình phục hồi ở giai đoạn trung hạn, nhưng không đủ cơ sở để kết luận là nguyên nhân gây rối loạn cảm giác tồn tại lâu dài.

VAS có tương quan mạnh và ổn định nhất với Level A – TPD, với rho từ 0,79 đến 0,90. Trong khi đó, tương quan với Level B và Level C thấp hơn hoặc không tính được ở giai đoạn muộn do tỷ lệ bất thường gần bằng 0. Kết quả này cho thấy cảm nhận tê bì chủ quan của người bệnh có thể phản ánh rõ nhất rối loạn cảm giác cơ học tinh tế. Do đó, nghiệm pháp phân biệt hai điểm nên được duy trì trong theo dõi sau phẫu thuật, bên cạnh đánh giá chủ quan bằng VAS.

Hạn chế của nghiên cứu gồm thiết kế một nhóm không đối chứng, địa điểm đơn trung tâm và phân tích gộp hai hướng di chuyển vào cùng cỡ mẫu 94 người bệnh. Thang điểm VAS là đánh giá chủ quan và có thể bị ảnh hưởng bởi đặc điểm tâm lý cá nhân. Cần nghiên cứu đa trung tâm với cỡ mẫu lớn hơn và kết hợp đánh giá điện sinh lý thần kinh để xác nhận các yếu tố liên quan một cách toàn diện hơn.

#### V. KẾT LUẬN

Sau phẫu thuật chẻ dọc cành cao xương hàm dưới hai bên, cảm giác thần kinh huyết răng dưới phục hồi rõ theo thời gian. Level C và Level B phục hồi gần hoàn toàn sau 24 tháng, trong khi Level A còn bất thường ở 6,38–8,51% người bệnh. Không ghi nhận khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa nhóm đưa hàm dưới ra trước và nhóm lùi hàm dưới. Biên độ di chuyển  $\geq 6,00$  mm và tuổi  $\geq 25$  là hai yếu tố liên quan độc lập với rối loạn cảm giác kéo dài tại 6 tháng. Đánh giá Level A bằng nghiệm pháp phân biệt hai điểm có giá trị theo dõi tốt vì tương quan chặt với cảm nhận chủ quan của người bệnh.

#### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Westermarck A, Bystedt H, von Konow L. (1998).** Inferior alveolar nerve function after mandibular osteotomies. *Br J Oral Maxillofac Surg*, 36(6):425-428.
2. **Ylikontiola L, Kinnunen J, Oikarinen K. (2000).** Factors affecting neurosensory disturbance after mandibular bilateral sagittal split osteotomy. *J Oral Maxillofac Surg*, 58(11):1234-1239.
3. **Teerijoki-Oksa T, Jääskeläinen SK, Forsell K, et al. (2002).** Risk factors of nerve injury during mandibular sagittal split osteotomy. *Int J Oral Maxillofac Surg*, 31(1):33-39.

4. **Colella G, Cannavale R, Vicidomini A, et al. (2007).** Neurosensory disturbance of the inferior alveolar nerve after bilateral sagittal split osteotomy: a systematic review. *J Oral Maxillofac Surg*, 65(9):1707-1715.
5. **Zuniga JR, Essick GK. (1992).** A contemporary approach to the clinical evaluation of trigeminal nerve injuries. *Oral Maxillofac Surg Clin North Am*, 4(2):353-367.
6. **Verweij JP, Mensink G, Fiocco M, et al. (2016).** Incidence and recovery of neurosensory disturbances after bilateral sagittal split osteotomy in different age groups: a retrospective study of 263 patients. *Int J Oral Maxillofac Surg*, 45(7):898-903.
7. **Becelli R, Renzi G, Carboni A, et al. (2002).** Inferior alveolar nerve impairment after mandibular sagittal split osteotomy: an analysis of spontaneous recovery patterns observed in 60 patients. *J Craniofac Surg*, 13(2):315-320.

## NGHIÊN CỨU TÌNH TRẠNG PHỤC HÌNH RĂNG Ở NGƯỜI MANG PHỤC HÌNH RĂNG TẠI TỈNH NINH BÌNH

Nguyễn Hữu Bản<sup>1</sup>, Nguyễn Thị Lan<sup>2</sup>, Vũ Đình Uyên Phương<sup>3</sup>

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Mô tả tình trạng phục hình răng ở người mang phục hình răng tại tỉnh Ninh Bình năm 2026.

**Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang được thực hiện trên 122 người mang phục hình răng tại tỉnh Ninh Bình năm 2026. Đối tượng nghiên cứu được khám lâm sàng và phỏng vấn trực tiếp nhằm đánh giá loại phục hình, thời gian sử dụng, độ lưu giữ, độ vững ổn, khả năng thích nghi phát âm, tính thẩm mỹ và mức độ hài lòng đối với phục hình răng. Số liệu được xử lý bằng phần mềm SPSS 26.0.

**Kết quả:** Nam giới chiếm 55,7%, nhóm tuổi 45–60 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất (43,4%). Phục hình cố định chiếm tỷ lệ cao nhất (72,1%), tiếp theo là phục hình hỗn hợp (20,5%), phục hình trên Implant (4,9%) và phục hình tháo lắp (2,5%). Có 73,8% đối tượng sử dụng phục hình dưới 5 năm. Tỷ lệ phục hình đạt và tốt về độ lưu giữ, độ vững ổn lần lượt là 54,1% và 21,3%; 50,8% đối tượng có thời gian thích nghi phát âm ngắn và 91,8% hài lòng về thẩm mỹ.

**Kết luận:** Phục hình cố định là loại phục hình phổ biến nhất ở người mang phục hình răng tại tỉnh Ninh Bình. Phần lớn các phục hình có độ lưu giữ, độ vững ổn và tính thẩm mỹ đạt yêu cầu. Cần tăng cường theo dõi và chăm sóc sau phục hình nhằm nâng cao hiệu quả điều trị.

**Từ khóa:** Phục hình răng; phục hình cố định; phục hình tháo lắp; Implant nha khoa.

### SUMMARY

#### DENTAL PROSTHETIC STATUS AMONG INDIVIDUALS WEARING DENTAL PROSTHESES IN NINH BINH PROVINCE

**Objective:** To describe the dental prosthetic status among individuals wearing dental prostheses in Ninh Binh Province in 2026.

**Subjects and methods:** A cross-sectional descriptive study was conducted on 122 individuals wearing dental prostheses in Ninh Binh Province in 2026. Participants underwent clinical examinations and direct interviews to assess the type of dental prostheses, duration of use, retention, stability, speech adaptation, aesthetics, and satisfaction with the prostheses. Data were analyzed using SPSS version 26.0.

**Results:** Males accounted for 55.7% of participants, and the 45–60-year age group represented the highest proportion (43.4%). Fixed dental prostheses were the most common type (72.1%), followed by combined prostheses (20.5%), implant-supported prostheses (4.9%), and removable prostheses (2.5%). A total of 73.8% of participants had used their prostheses for less than five years. The proportions of acceptable and good prostheses regarding retention and stability were 54.1% and 21.3%, respectively; 50.8% of participants had a short speech adaptation period, and 91.8% were satisfied with prosthetic aesthetics.

**Conclusion:** Fixed dental prostheses were the most common type among individuals wearing dental prostheses in Ninh Binh Province. Most prostheses showed acceptable retention, stability, and aesthetic outcomes. Regular follow-up and post-prosthetic care should be enhanced to improve treatment outcomes.

**Keywords:** Dental prostheses; fixed dental prostheses; removable dental prostheses; dental implants.

<sup>1</sup>Học viện Kỹ thuật và Công nghệ an ninh

<sup>2</sup>Phòng khám Răng Hàm Mặt Nụ Cười Việt.

<sup>3</sup>Trường Đại học Kinh doanh và Công nghệ Hà Nội.

Tác giả chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Hữu Bản.

Email: Nguyenhuuban2102@gmail.com

Mã bài: N780

Ngày nhận bài: 11/5/2026

Ngày phản biện khoa học: 8/5/2026

Ngày duyệt bài: 11/6/2026