

# HÌNH THÁI MÔ MỀM SAU PHẪU THUẬT BSSO ĐẨY LÙI XƯƠNG HÀM DƯỚI PHỐI HỢP TẠO HÌNH CẦM Ở BỆNH NHÂN SAI KHỚP CẢN XƯƠNG HẠNG III

Lê Tấn Hùng<sup>1\*</sup>, Trần Ái Khiêm<sup>2</sup>, Nguyễn Mỹ Huyền<sup>1</sup>, Nguyễn Hoàng Khang<sup>1</sup>

## TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Mô tả sự thay đổi mô mềm tầng mặt dưới và tỷ lệ đáp ứng mô mềm–mô cứng sau phẫu thuật phẫu thuật chẻ dọc ngành lên hai bên (BSSO) đẩy lùi xương hàm dưới phối hợp tạo hình cầm trượt ra trước ở bệnh nhân sai hình xương hạng III.

**Phương pháp:** Nghiên cứu mô tả theo dõi dọc trên 36 bệnh nhân. Phim sọ nghiêng được thu thập trước phẫu thuật (T0), ngay sau phẫu thuật (T1) và 6 tháng sau phẫu thuật (T2). Các mốc mô cứng, mô mềm và khoảng cách vùng cằm–cằm được đánh giá theo chiều trước–sau và chiều đứng.

**Kết quả:** Sau 6 tháng, các mốc mô mềm Stoi, Li, B', Pg' và Me' thay đổi có ý nghĩa theo chiều trước–sau ( $p < 0,05$ ). Các khoảng cách B–B', Pg–Pg' và Me–Me' giảm có ý nghĩa, trong đó mức giảm lớn nhất tại Pg–Pg'. Tỷ lệ đáp ứng mô mềm so với mô cứng theo chiều trước–sau tại B'/B, Pg'/Pg và Me'/Me lần lượt là 82,4%, 60,2% và 88,8%; theo chiều đứng lần lượt là 93,9%, 81,0% và 83,8%.

**Kết luận:** Mô mềm vùng cằm thay đổi tương ứng nhưng không đồng nhất với dịch chuyển mô cứng. Các tỷ lệ đáp ứng này có thể hỗ trợ dự đoán hình thái mô mềm và lập kế hoạch phẫu thuật.

**Từ khóa:** BSSO; tạo hình cầm trượt ra trước; sai hình xương hạng III.

## SUMMARY

### SOFT-TISSUE MORPHOLOGY AFTER MANDIBULAR SETBACK BSSO COMBINED WITH ADVANCEMENT GENIOPLASTY IN PATIENTS WITH SKELETAL CLASS III MALOCCLUSION

**Objective:** To describe changes in lower facial soft-tissue morphology and determine soft-tissue-to-hard-tissue response ratios following mandibular setback bilateral sagittal split osteotomy (BSSO) combined with advancement genioplasty in patients with skeletal Class III malocclusion.

**Methods:** This longitudinal descriptive study included 36 patients. Lateral cephalometric radiographs were obtained before surgery (T0), immediately after surgery (T1), and 6 months postoperatively (T2). Changes in hard-tissue and soft-tissue landmarks and lip–chin measurements were evaluated in the anteroposterior and

vertical dimensions.

**Results:** At 6 months, the soft-tissue landmarks Stoi, Li, B', Pg', and Me' showed significant anteroposterior changes ( $p < 0.05$ ). The B–B', Pg–Pg', and Me–Me' distances decreased significantly, with the greatest reduction observed at Pg–Pg'. The anteroposterior soft-tissue-to-hard-tissue response ratios at B'/B, Pg'/Pg, and Me'/Me were 82.4%, 60.2%, and 88.8%, respectively. The corresponding vertical response ratios were 93.9%, 81.0%, and 83.8%.

**Conclusion:** Chin soft tissues changed in response to the underlying hard-tissue movements, although the magnitude of response varied among anatomical landmarks. These response ratios may support postoperative soft-tissue prediction and orthognathic surgical planning.

**Keywords:** *bilateral sagittal split osteotomy; advancement genioplasty; skeletal Class III malocclusion.*

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Sai hình xương hạng III có thể ảnh hưởng rõ rệt đến chức năng ăn nhai, thẩm mỹ khuôn mặt và tâm lý–xã hội của người bệnh. Vì vậy, điều trị phẫu thuật chỉnh hình hàm mặt không chỉ nhằm cải thiện tương quan xương và khớp cắn mà còn hướng đến sự hài hòa của khuôn mặt [1]. Ở một số bệnh nhân quá triển xương hàm dưới, sau khi lập kế hoạch đẩy lùi hàm dưới, vùng cằm có thể trở nên kém nhô, rãnh môi–cằm nông và hình thái tầng mặt dưới chưa cân đối. Trong những trường hợp này, tạo hình cầm trượt ra trước được chỉ định phối hợp nhằm điều chỉnh vị trí cằm theo chiều trước–sau và chiều đứng, qua đó cải thiện nét mặt nghiêng và sự cân xứng khuôn mặt [2].

Kết quả thẩm mỹ sau phẫu thuật phụ thuộc không chỉ vào mức độ dịch chuyển mô cứng mà còn vào đáp ứng của mô mềm phủ bên ngoài. Dự đoán chính xác sự thay đổi mô mềm có ý nghĩa quan trọng trong lập kế hoạch phẫu thuật và tư vấn người bệnh [3]. Tuy nhiên, đáp ứng mô mềm có thể thay đổi theo kỹ thuật phẫu thuật, mức độ dịch chuyển xương, độ dày mô mềm, đặc điểm lành thương và việc phối hợp nhiều thủ thuật. Các nghiên cứu trước đây ghi nhận tỷ lệ đáp ứng mô mềm sau phẫu thuật lùi hàm dưới phối hợp tạo hình cầm hoặc cắt xương ổ răng trước dao động từ 26% đến 85%. Riêng tại vùng cằm, tỷ lệ thay đổi Pogonion mô mềm so với Pogonion mô cứng sau tạo hình cầm trượt ra trước được Busquets và Sassouni báo cáo là 0,80 [4], trong khi Polido và Bell ghi nhận tỷ lệ 0,83 [5].

<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: N773a

Ngày nhận bài: 15/4/2026

Ngày phản biện khoa học: 14/4/2026

Ngày duyệt bài: 15/5/2026

Mặc dù một số nghiên cứu đã mô tả mối quan hệ giữa dịch chuyển mô cứng và thay đổi mô mềm sau phẫu thuật chỉnh hình hàm mặt, dữ liệu về phẫu thuật BSSO đẩy lùi xương hàm dưới phối hợp tạo hình cằm trượt ra trước vẫn còn hạn chế. Do đó, nghiên cứu này được thực hiện nhằm mô tả sự thay đổi hình thái mô mềm tầng mặt dưới theo chiều trước-sau và chiều đứng sau phẫu thuật, đồng thời xác định tỷ lệ đáp ứng của mô mềm so với sự dịch chuyển của các mốc mô cứng tương ứng ở bệnh nhân sai hình xương hạng III.

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

### 2.1. Đối tượng nghiên cứu

Nghiên cứu được thực hiện trên 36 bệnh nhân sai hình xương hạng III do quá triển xương hàm dưới, đã hoàn tất giai đoạn chỉnh nha trước phẫu thuật và được điều trị bằng phẫu thuật chẻ dọc ngành lên hai bên (BSSO) đẩy lùi xương hàm dưới phối hợp tạo hình cằm trượt ra trước.

**Tiêu chuẩn lựa chọn:** Bệnh nhân đã ngừng tăng trưởng; được chẩn đoán sai hình xương hạng III do quá triển xương hàm dưới; chỉ thực hiện BSSO phối hợp tạo hình cằm trượt ra trước; có đầy đủ phim sọ nghiêng tại ba thời điểm nghiên cứu và phim đạt yêu cầu để đo đạc.

**Tiêu chuẩn loại trừ:** Bệnh nhân có dị tật bẩm sinh hoặc hội chứng sọ mặt; tiền sử chấn thương, phẫu thuật chỉnh hình hàm mặt hoặc phẫu thuật thẩm mỹ vùng mặt; phẫu thuật phối hợp các thủ thuật khác có thể ảnh hưởng đến mô mềm tầng mặt dưới; phim sọ nghiêng không đạt chất lượng hoặc thiếu dữ liệu theo dõi.

### 2.2. Phương pháp nghiên cứu

**Thiết kế nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả theo dõi dọc trên loạt bệnh nhân, chọn mẫu thuận tiện. Thời gian nghiên cứu từ tháng 1/2021 đến tháng 1/2025.

**Phương pháp phẫu thuật:** Mức đẩy lùi xương hàm dưới và đưa cằm ra trước được xác định trên kế hoạch phẫu thuật. Tạo hình cằm được chỉ định dựa trên tương quan điểm cằm với đường Gonzalez-Ulloa zero-meridian. Mảnh xương cằm được di chuyển theo kế hoạch và cố định vững chắc bằng nẹp vít; hạn chế bóc tách mô mềm nhằm duy trì sự bám dính của cơ và mô mềm vùng cằm.

**Thu thập phim sọ nghiêng:** Phim được thu thập tại ba thời điểm: trước phẫu thuật trong vòng 2 tuần (T0), ngay sau phẫu thuật (T1) và 6 tháng sau phẫu thuật (T2). Phim T1 được sử dụng để đánh giá thay đổi mô cứng ngay sau phẫu thuật. Do ảnh hưởng của phù nề sau mổ, thay đổi mô mềm được đánh giá chủ yếu giữa T0 và T2.

Đường tham chiếu ngang H là đường đi qua Sella và song song với mặt phẳng Frankfort; đường tham chiếu đứng V vuông góc với H tại Sella. Khoảng cách từ các mốc đến đường V phản ánh vị trí theo chiều trước-sau, còn khoảng cách đến đường H phản ánh vị trí theo chiều đứng.

Các mốc mô cứng gồm U1, L1, Infra, B, Pogonion (Pg) và Menton (Me). Các mốc mô mềm gồm stomion superius (Stos), stomion inferius (Stoi), labrale inferius (Li), B', Pogonion mô mềm (Pg') và Menton mô mềm (Me').

Thay đổi mô cứng được xác định tại các khoảng T1-T0, T2-T1 và T2-T0. Thay đổi mô mềm và các khoảng cách vùng môi-cằm được xác định giữa T2 và T0. Tỷ lệ đáp ứng mô mềm so với mô cứng được tính theo công thức:

Tỷ lệ đáp ứng (%) =  $\frac{|\text{Thay đổi trung bình mô mềm T2-T0}|}{|\text{Thay đổi trung bình mô cứng tương ứng T2-T0}|} \times 100$ .

Toàn bộ phim được đo bởi cùng một nghiên cứu viên. Một số phim được chọn ngẫu nhiên và đo lặp lại sau ít nhất 2 tuần; độ tin cậy trong người đo được đánh giá bằng hệ số tương quan nội lớp.

### 2.3. Các biến số nghiên cứu

- Đặc điểm chung: tuổi, giới tính.
- Các mốc mô cứng: U1, L1, Infra, B, Pogonion (Pg) và Menton (Me).
- Các mốc mô mềm: Stos, Stoi, Li, B', Pogonion mô mềm (Pg') và Menton mô mềm (Me').
- Thay đổi vị trí các mốc: khoảng cách từ từng mốc đến đường tham chiếu V theo chiều trước-sau và đường H theo chiều đứng tại T0, T1 và T2; mức thay đổi được tính cho các khoảng T1-T0, T2-T1 và T2-T0.
- Các kích thước vùng môi-cằm: U1-Li, L1-Li, Infra-B', B-B', Pg-Pg', U1-Stoi, L1-Stoi, Me-Me' và Me'-Stoi.
- Tỷ lệ đáp ứng mô mềm-mô cứng: tỷ lệ thay đổi của B'/B, Pg'/Pg và Me'/Me theo chiều trước-sau và chiều đứng. Các khoảng cách được tính bằng mm, tỷ lệ đáp ứng được trình bày bằng phần trăm.

### 2.4. Xử lý và phân tích số liệu

Số liệu được phân tích bằng phần mềm SPSS 26.0. Biến định lượng được trình bày bằng trung bình và độ lệch chuẩn. Phân bố số liệu được kiểm tra bằng kiểm định Shapiro-Wilk.

Sự thay đổi giữa hai thời điểm được so sánh bằng paired-samples t-test đối với số liệu phân bố chuẩn hoặc kiểm định Wilcoxon signed-rank đối với số liệu không phân bố chuẩn. Mức ý nghĩa thống kê khi  $p < 0,05$ .

### 2.5. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu được sự đồng ý của Trường Đại học Trà Vinh và thực hiện theo hợp đồng tài trợ số 88/1/2025/HĐ.HĐKH&ĐT-ĐHTV. Bệnh nhân được giải thích về mục tiêu nghiên cứu và đồng ý sử dụng dữ liệu lâm sàng phục vụ nghiên cứu. Thông tin cá nhân được mã hóa và bảo mật.

### III. KẾT QUẢ

Nghiên cứu gồm 36 bệnh nhân, trong đó có 18 nam và 18 nữ. Tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu là 22,3 tuổi.

*Bảng 1. Thay đổi vị trí các mốc mô cứng theo chiều trước-sau và chiều đứng tại các thời điểm nghiên cứu (n = 18)*

| Mốc đo                                                           | T0 (mm)       | T1-T0 (mm)   | p      | T2-T1 (mm)   | p     | T2-T0 (mm)   | p      |
|------------------------------------------------------------------|---------------|--------------|--------|--------------|-------|--------------|--------|
| <b>Khoảng cách đến đường V – phản ánh vị trí trước-sau</b>       |               |              |        |              |       |              |        |
| V-U1                                                             | 74,46 ± 5,10  | 0,37 ± 2,37  | 0,517  | -0,64 ± 2,62 | 0,315 | -0,27 ± 2,69 | 0,676  |
| V-L1                                                             | 77,90 ± 6,56  | 4,09 ± 2,49  | <0,001 | 1,26 ± 1,64  | 0,005 | 5,35 ± 3,05  | <0,001 |
| V-Infra                                                          | 75,81 ± 7,41  | 5,12 ± 4,12  | <0,001 | -0,84 ± 2,35 | 0,148 | 4,28 ± 4,07  | <0,001 |
| V-B                                                              | 72,89 ± 8,52  | 7,19 ± 3,95  | <0,001 | -1,05 ± 2,94 | 0,148 | 6,14 ± 3,70  | <0,001 |
| V-Pg                                                             | 71,38 ± 10,50 | 7,03 ± 6,02  | <0,001 | -1,15 ± 3,35 | 0,163 | 5,88 ± 5,98  | <0,001 |
| V-Me                                                             | 63,90 ± 10,66 | 6,76 ± 6,83  | <0,001 | -1,59 ± 3,75 | 0,090 | 5,17 ± 6,71  | 0,005  |
| <b>Khoảng cách đến đường H – phản ánh vị trí theo chiều đứng</b> |               |              |        |              |       |              |        |
| H-U1                                                             | 80,73 ± 4,11  | -1,30 ± 2,42 | 0,036  | 0,51 ± 1,62  | 0,199 | -0,79 ± 1,95 | 0,104  |
| H-L1                                                             | 80,71 ± 4,43  | 0,55 ± 1,37  | 0,107  | 0,89 ± 1,64  | 0,034 | 1,44 ± 2,03  | 0,008  |
| H-Infra                                                          | 93,94 ± 5,07  | 0,45 ± 1,15  | 0,115  | 0,58 ± 1,26  | 0,067 | 1,03 ± 1,37  | 0,005  |
| H-B                                                              | 105,99 ± 5,80 | 1,10 ± 3,21  | 0,164  | 0,21 ± 1,47  | 0,552 | 1,32 ± 2,23  | 0,022  |
| H-Pg                                                             | 120,64 ± 5,25 | -1,78 ± 3,47 | 0,044  | 0,52 ± 2,01  | 0,288 | -1,26 ± 2,82 | 0,075  |
| H-Me                                                             | 129,40 ± 5,79 | -1,91 ± 3,32 | 0,026  | 0,74 ± 2,14  | 0,161 | -1,17 ± 1,78 | 0,013  |

Ngay sau phẫu thuật, các mốc L1, Infra, B, Pg và Me thay đổi có ý nghĩa theo chiều trước-sau ( $p < 0,001$ ), trong khi U1 không thay đổi. Từ T1 đến T2, chỉ thay đổi tại L1 đạt ý nghĩa thống kê. Sau 6 tháng, thay đổi trước-sau tại L1, Infra, B, Pg và Me vẫn có ý nghĩa ( $p < 0,01$ ). Theo chiều đứng, thay đổi T2-T0 có ý nghĩa tại L1, Infra, B và Me.

*Bảng 2. Thay đổi vị trí các mốc mô mềm sau 6 tháng phẫu thuật (n = 36)*

| Mốc mô mềm | Thay đổi trước-sau T2-T0, TB ± ĐLC (mm) | p      | Thay đổi chiều đứng T2-T0, TB ± ĐLC (mm) | p     |
|------------|-----------------------------------------|--------|------------------------------------------|-------|
| Stos       | 1,24 ± 3,16                             | 0,114  | -0,96 ± 1,12                             | 0,002 |
| Stoi       | 5,19 ± 3,65                             | <0,001 | 0,26 ± 2,07                              | 0,601 |
| Li         | 5,01 ± 3,59                             | <0,001 | 1,52 ± 1,85                              | 0,003 |
| B'         | 5,06 ± 4,33                             | <0,001 | 1,24 ± 2,84                              | 0,081 |
| Pg'        | 3,54 ± 5,41                             | 0,013  | -1,02 ± 2,07                             | 0,052 |
| Me'        | 4,59 ± 5,98                             | 0,005  | -0,98 ± 2,52                             | 0,117 |

Sau 6 tháng, các mốc Stoi, Li, B', Pg' và Me' thay đổi có ý nghĩa theo chiều trước-sau, trong khi Stos không thay đổi có ý nghĩa. Theo chiều đứng, thay đổi có ý nghĩa được ghi nhận tại Stos và Li; các mốc còn lại chưa có khác biệt có ý nghĩa thống kê.

**Bảng 3. Thay đổi các khoảng cách vùng môi-cằm sau 6 tháng phẫu thuật (n = 18)**

| Khoảng cách | Thay đổi T2-T0, TB $\pm$ ĐLC (mm) | p      |
|-------------|-----------------------------------|--------|
| U1-Li       | 5,87 $\pm$ 3,46                   | <0,001 |
| L1-Li       | -0,28 $\pm$ 2,07                  | 0,574  |
| Infra-B'    | -0,90 $\pm$ 2,44                  | 0,136  |
| B-B'        | -1,08 $\pm$ 2,01                  | 0,036  |
| Pg-Pg'      | -2,34 $\pm$ 2,29                  | <0,001 |
| U1-Stoi     | 6,05 $\pm$ 3,56                   | <0,001 |
| L1-Stoi     | -0,10 $\pm$ 2,17                  | 0,847  |
| Me-Me'      | -1,20 $\pm$ 2,02                  | 0,022  |
| Me'-Stoi    | 2,41 $\pm$ 3,29                   | 0,006  |

Các khoảng cách U1-Li và U1-Stoi tăng có ý nghĩa sau phẫu thuật. Các khoảng cách B-B', Pg-Pg' và Me-Me' giảm có ý nghĩa, trong đó mức giảm lớn nhất được ghi nhận tại Pg-Pg'. Khoảng cách Me'-Stoi tăng 2,41  $\pm$  3,29 mm (p = 0,006). Chưa ghi nhận thay đổi có ý nghĩa tại L1-Li, Infra-B' và L1-Stoi.

**Bảng 4. Tỷ số thay đổi trung bình của mô mềm so với mô cứng tương ứng sau 6 tháng phẫu thuật**

| Cặp mốc mô mềm/mô cứng | Theo chiều trước-sau (%) | Theo chiều đứng (%) |
|------------------------|--------------------------|---------------------|
| B'/B                   | 82,4                     | <b>93,9</b>         |
| Pg'/Pg                 | 60,2                     | 81,0                |
| Me'/Me                 | 88,8                     | 83,8                |

Theo chiều trước-sau, tỷ số đáp ứng mô mềm/mô cứng cao nhất tại Me'/Me (88,8%), tiếp theo là B'/B (82,4%) và thấp nhất tại Pg'/Pg (60,2%). Theo chiều đứng, tỷ số dao động từ 81,0% đến 93,9%, cao nhất tại B'/B.

#### IV. BÀN LUẬN

Phẫu thuật chỉnh hình hàm mặt ở bệnh nhân sai hình xương hạng III không chỉ nhằm thiết lập tương quan xương và khớp cắn phù hợp mà còn hướng đến cải thiện hình thái mô mềm và sự hài hòa của khuôn mặt. Khi phẫu thuật BSSO đẩy lùi xương hàm dưới được phối hợp với tạo hình cằm trượt ra trước, đáp ứng mô mềm tầng mặt dưới trở nên phức tạp hơn do chịu ảnh hưởng đồng thời của hai hướng dịch chuyển xương, đặc điểm mô mềm trước mổ và quá trình lành thương sau phẫu thuật.

Kết quả nghiên cứu ghi nhận ngay sau phẫu thuật, các mốc mô cứng vùng hàm dưới gồm B, Pogonion

và Menton có sự thay đổi rõ theo chiều trước-sau. Từ thời điểm ngay sau phẫu thuật đến 6 tháng, các thay đổi tại các mốc này không đạt ý nghĩa thống kê, cho thấy vị trí xương vùng cằm tương đối ổn định trong giai đoạn theo dõi. Tuy nhiên, kết quả này cần được diễn giải trong phạm vi thời gian 6 tháng, vì sự tái cấu trúc xương và thích nghi mô mềm có thể tiếp tục diễn ra ở các thời điểm muộn hơn.

Sau 6 tháng, các điểm mô mềm Stoi, Li, B', Pg' và Me' thay đổi có ý nghĩa theo chiều trước-sau, phù hợp với hướng dịch chuyển của các cấu trúc mô cứng tương ứng. Tỷ lệ đáp ứng mô mềm so với mô cứng theo chiều trước-sau tại B'/B, Pg'/Pg và Me'/Me lần lượt là 82,4%, 60,2% và 88,8%. Kết quả cho thấy mức đáp ứng không đồng nhất giữa các vị trí, trong đó tỷ lệ tại Pogonion mô mềm thấp hơn so với vùng điểm B' và Menton mô mềm. Sự khác biệt này có thể liên quan đến độ dày mô mềm ban đầu, trương lực cơ cằm, mức độ bóc tách mô mềm, hướng dịch chuyển của mảnh xương cằm và quá trình co kéo mô trong giai đoạn lành thương. Scheideman và cộng sự [6] ghi nhận tỷ lệ thay đổi Pogonion mô mềm so với mô cứng là 0,968 sau phẫu thuật phối hợp lùi hàm dưới và tạo hình cằm. Busquets và Sassouni [4], cũng như Polido và Bell [5], báo cáo tỷ lệ đáp ứng vùng Pogonion sau tạo hình cằm lần lượt khoảng 0,80 và 0,83. Sự khác biệt giữa các nghiên cứu có thể xuất phát từ kỹ thuật phẫu thuật, mức độ dịch chuyển xương, thời điểm đánh giá và phương pháp đo. Do đó, các tỷ lệ trong nghiên cứu hiện tại nên được xem là số liệu mô tả cho nhóm bệnh nhân và kỹ thuật được khảo sát, không phải hệ số áp dụng chung cho mọi trường hợp.

Theo chiều đứng, tỷ lệ đáp ứng mô mềm-mô cứng tại B'/B, Pg'/Pg và Me'/Me lần lượt là 93,9%, 81,0% và 83,8%. Tuy nhiên, chỉ một số mốc mô mềm có thay đổi chiều đứng đạt ý nghĩa thống kê. Điều này cho thấy đáp ứng mô mềm theo chiều đứng có thể biến thiên lớn hơn và chịu ảnh hưởng của tư thế đầu, trạng thái môi, trương lực cơ và sai số xác định điểm mốc trên phim sọ nghiêng. Vì vậy, khi lập kế hoạch phẫu thuật, không nên chỉ dựa vào một tỷ lệ cố định mà cần xem xét đồng thời hướng dịch chuyển xương và đặc điểm mô mềm của từng bệnh nhân.

Nghiên cứu cũng ghi nhận các khoảng cách B-B', Pg-Pg' và Me-Me' giảm sau 6 tháng, trong đó mức giảm tại Pg-Pg' lớn nhất. Đồng thời, khoảng cách Me'-Stoi tăng, phản ánh sự thay đổi hình thái vùng cằm và môi dưới sau phẫu thuật phối hợp. Kết quả này phù hợp với nhận định của Polido và Bell [5] rằng quá trình lành thương và co sẹo sau tạo hình cằm có thể làm thay đổi độ dày mô mềm. Tuy nhiên,

nghiên cứu hiện tại chỉ ghi nhận sự thay đổi đồng thời giữa độ dày mô mềm và tỷ lệ đáp ứng; chưa đủ cơ sở để kết luận giảm độ dày mô mềm là nguyên nhân trực tiếp làm giảm đáp ứng mô mềm.

Kết quả nghiên cứu có ý nghĩa trong dự đoán hình thái mặt nghiêng sau phẫu thuật. Đặc biệt, tỷ lệ đáp ứng tại Pogonion mô mềm thấp hơn các vị trí khác cho thấy việc dự báo vị trí cằm sau mổ chỉ dựa trên mức dịch chuyển mô cứng có thể chưa chính xác. Trong lập kế hoạch, cần cân nhắc độ dày mô mềm, hướng đưa mảnh cằm, mức lùi hàm dưới và kỹ thuật khâu phục hồi mô mềm để dự đoán kết quả thẩm mỹ phù hợp hơn.

## V. KẾT LUẬN

Ở 36 bệnh nhân sai hình xương hạng III được phẫu thuật BSSO lùi hàm dưới phối hợp tạo hình cằm trượt ra trước, mô mềm vùng cằm thay đổi tương ứng với sự dịch chuyển mô cứng sau 6 tháng. Độ dày mô mềm tại vùng B', Pogonion và Menton giảm có ý nghĩa thống kê. Tỷ lệ đáp ứng mô mềm so với mô cứng theo chiều trước-sau tại B'/B, Pg'/Pg và Me'/Me lần lượt là 82,4%, 60,2% và 88,8%. Kết quả này cần được cân nhắc khi dự đoán hình thái mô mềm và lập kế hoạch phẫu thuật.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Stricker G, Clifford E, Cohen LK, et al. Psychosocial aspects of craniofacial disfigurement: a "State of the Art" assessment conducted by the Craniofacial Anomalies Program Branch, the National Institute of Dental Research. *Am J Orthod*. Oct 1979;76(4):410-22. doi:10.1016/0002-9416(79)90226-4.
2. Park HS, Ellis E 3rd, Fonseca RJ, et al. A retrospective study of advancement genioplasty. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol*. May 1989;67(5):481-9. doi:10.1016/0030-4220(89)90261-2.
3. Björk N, Eliasson S, Wictorin L. Changes of facial profile after surgical treatment of mandibular protrusion: a cephalometric study, 1 and 11 years after treatment. *Scand J Plast Reconstr Surg*. 1971;5(1):41-6. doi:10.3109/02844317109042935.
4. Busquets CJ, Sassouni V. Changes in the integumental profile of the chin and lower lip after genioplasty. *J Oral Surg*. Jul 1981;39(7):499-504.
5. Polido WD, Bell WH. Long-term osseous and soft tissue changes after large chin advancements. *J Craniomaxillofac Surg*. Mar 1993;21(2):54-9. doi:10.1016/S1010-5182(05)80148-9.
6. Scheideman GB, Legan HL, Bell WH. Soft tissue changes with combined mandibular setback and advancement genioplasty. *J Oral Surg*. Jul 1981;39(7):505-9.

# KHẢO SÁT NGUY CƠ XƠ HÓA GAN TIẾN TRIỂN Ở BỆNH NHÂN CAO TUỔI ĐÁI THÁO ĐƯỜNG TÍP 2 KÈM GAN NHIỄM MỠ KHÔNG DO RƯỢU

Nguyễn Văn Tân<sup>1,2</sup>, Lê Hữu Phần<sup>1</sup>, Phạm Hòa Bình<sup>1,2</sup>

## TÓM TẮT

**Đặt vấn đề:** Xơ hóa gan tiến triển là một trong những vấn đề quan trọng ở bệnh nhân đái tháo đường típ 2 có đồng mắc bệnh gan nhiễm mỡ không do rượu (NAFLD), đặc biệt trong nhóm người cao tuổi. Tuy nhiên, tại Việt Nam, số liệu nghiên cứu chuyên biệt cho nhóm đối tượng này còn hạn chế.

**Mục tiêu:** Khảo sát nguy cơ xơ hóa gan tiến triển bằng thang điểm FIB – 4 và các yếu tố liên quan ở người cao tuổi mắc đái tháo đường típ 2 kèm NAFLD.

**Phương pháp:** Nghiên cứu cắt ngang được thực hiện tại Phòng khám Nội tiết – Bệnh viện Thống Nhất từ tháng 09/2024 đến tháng 06/2025, trên bệnh nhân  $\geq 60$  tuổi mắc đái tháo đường típ 2 kèm NAFLD.

**Kết quả:** Trong 355 bệnh nhân được đánh giá nguy cơ xơ hóa gan tiến triển, có 73,24% nguy cơ thấp, 20,00% nguy cơ chưa xác định và 6,76% nguy cơ cao. Phân tích hồi quy logistic đa biến cho thấy các yếu tố liên quan độc lập với nguy cơ xơ hóa gan tiến triển gồm: bệnh thận mạn (OR = 2,78; 95% CI: 1,27 – 6,10; p = 0,011), bạch cầu (OR = 0,73; 95% CI: 0,62 – 0,84; p < 0,001).

**Kết luận:** Ở bệnh nhân cao tuổi đái tháo đường típ 2 kèm NAFLD, có một tỷ lệ khá cao thuộc nhóm nguy cơ xơ hóa gan tiến triển chưa xác định và cao. Bệnh thận mạn và số lượng bạch cầu là những yếu tố độc lập liên quan chặt chẽ đến nguy cơ xơ hóa gan tiến triển ở nhóm đối tượng này.

**Từ khóa:** xơ hóa gan tiến triển, gan nhiễm mỡ không do rượu, đái tháo đường típ 2, người cao tuổi.

<sup>1</sup>Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh

<sup>2</sup>Bệnh viện Thống Nhất

Tác giả chịu trách nhiệm chính: Phạm Hòa Bình

Email: drbinh98@ump.edu.vn

Mã bài: N744

Ngày nhận bài: 16/5/2026

Ngày phản biện khoa học: 15/5/2026

Ngày duyệt bài: 16/6/2026