

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Juman H Timraz, Ra Ahmed, Nada Y Metwali, et al. Risk factors and predisposing conditions for amniotic fluid embolism: a comprehensive review. *J Med Life*. 2025;18(4). doi:10.25122/jml-2024-0406
2. Tamura N, Farhana M, Oda T, Itoh H, Kanayama N. Amniotic fluid embolism: Pathophysiology from the perspective of pathology. *J Obstet Gynaecol Res*. 2017;43(4):627-632. doi:10.1111/jog.13284
3. Lim C, Tsung-Che Hsieh C, Lai SY, Chu YT, Chen M, Wu HH. Amniotic fluid embolism: A case report of good outcome with timely intensive multidisciplinary team involvement. *Taiwan J Obstet Gynecol*. 2023;62(6):921-924. doi:10.1016/j.tjog.2023.05.015
4. Luis D P, Geogre S, Gary D V H, Steven L C. Amniotic fluid embolism: diagnosis and management. *Am J Obstet Gynecol*. 2016;215(2). doi:10.1016/j.ajog.2016.03.012
5. Fitzpatrick K, Tuffnell D, Kurinczuk J, Knight M. Incidence, risk factors, management and outcomes of amniotic-fluid embolism: a population-based cohort and nested case-control study. *BJOG Int J Obstet Gynaecol*. 2016;123(1):100-109. doi:10.1111/1471-0528.13300
6. Steven L Clark, Roberto Romero, Gary Dildy, et al. Proposed diagnostic criteria for the case definition of amniotic fluid embolism in research studies. *Am J Obstet Gynecol*. 2016;215(4). doi:10.1016/j.ajog.2016.06.037
7. Lipman S, Cohen S, Einav S, et al. The Society for Obstetric Anesthesia and Perinatology Consensus Statement on the Management of Cardiac Arrest in Pregnancy. *Anesth Analg*. 2014;118(5):1003. doi:10.1213/ANE.0000000000000171
8. Kinishi Y, Ootaki C, Iritakenishi T, Fujino Y. A case of amniotic fluid embolism successfully treated by multidisciplinary treatment. *JA Clin Rep*. 2019;5(1):79. doi:10.1186/s40981-019-0296-0

SỰ THAY ĐỔI VỊ TRÍ LỖI CẦU SAU PHẪU THUẬT CHẢ DỌC CẢNH LÊN HAI BÊN KẾT HỢP VỚI CẮT XƯƠNG LE FORT I

Lê Tấn Hùng¹, Trần Ái Khiêm²,
Nguyễn Mỹ Huyền¹, Nguyễn Hoàng Khang¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Phẫu thuật chẻ dọc cảnh lên hai bên (bilateral sagittal split ramus osteotomy - BSSO) có thể làm thay đổi vị trí lỗi cầu; đây có thể là một trong các yếu tố góp phần gây tái phát xương. Nghiên cứu này đánh giá các thay đổi ngắn hạn và dài hạn của vị trí lỗi cầu bằng chụp cắt lớp điện toán chùm tia hình nón (cone-beam computed tomography - CBCT) sau BSSO đưa hàm dưới ra trước kết hợp với cắt xương Le Fort I.

Phương pháp nghiên cứu: 25 bệnh nhân được đưa vào nghiên cứu; dữ liệu CBCT của 50 khớp thái dương hàm được thu thập trước phẫu thuật (T0), ngay sau phẫu thuật (T1), 3 tháng sau phẫu thuật (T2) và tại lần tái khám cuối cùng sau $12,1 \pm 3,0$ tháng (T3). Mỗi tương quan giữa lỗi cầu và khớp được

đánh giá theo phương pháp của Pullinger và Hollender.

Kết quả: Giá trị $\ln(PS/AS)$ theo Pullinger và Hollender thay đổi có ý nghĩa theo thời gian, nhưng không có khác biệt có ý nghĩa giữa lỗi cầu bên phải và bên trái. Lỗi cầu di chuyển xuống dưới - ra sau ngay sau phẫu thuật (T0 đến T1), sau đó di chuyển lên trên - ra trước sau 3 tháng (T1 đến T2). Hiệu ứng chồng lấp cho thấy lỗi cầu di chuyển lên trên - ra sau so với vị trí ban đầu trước phẫu thuật (T0 đến T2), và vị trí này duy trì ổn định tại thời điểm theo dõi 1 năm (T2 đến T3).

Kết luận: Có những thay đổi rõ rệt về vị trí lỗi cầu sau BSSO kết hợp với cắt xương Le Fort I. Lỗi cầu có xu hướng về lại vị trí trung tâm so với khớp 3 tháng sau phẫu thuật và duy trì ổn định trong thời gian theo dõi 1 năm.

Từ khóa: BSSO, lỗi cầu, chụp cắt lớp vi tính chùm tia hình nón, phẫu thuật cắt xương Le Fort I, phẫu thuật chỉnh hình hàm mặt.

SUMMARY

CONDYLAR POSITIONAL CHANGES AFTER BILATERAL SAGITTAL SPLIT RAMUS

¹ Trường Y Dược - Đại học Trà Vinh

² Trường Đại học Quốc tế Hồng Bàng

Chịu trách nhiệm chính: Lê Tấn Hùng

Email: letanhung@tvu.edu.vn

Mã bài: D126

Ngày nhận bài: 11.2.2026

Ngày phản biện khoa học: 11.3.2026

Ngày duyệt bài: 13.4.2026

OSTEOTOMY COMBINED WITH LE FORT I OSTEOTOMY

Objective: Evaluate short- and medium-term changes in condylar position using cone-beam computed tomography after mandibular advancement by bilateral sagittal split ramus osteotomy combined with Le Fort I osteotomy.

Methods: A descriptive retrospective study was conducted in 25 patients. CBCT data of 50 temporomandibular joints were obtained before surgery (T0), immediately after surgery (T1), 3 months after surgery (T2), and at the final follow-up after 12.1 $\pm$ 3.0 months (T3). The condyle-fossa relationship was assessed using the Pullinger and Hollender method.

Results: The $\ln(PS/AS)$ value changed significantly over time, with no significant difference between the right and left condyles. The condyles moved inferoposteriorly immediately after surgery and then anterosuperiorly at 3 months. The superimposed change indicated a posterosuperior condylar position compared with baseline, which remained relatively stable at 1-year follow-up.

Conclusion: Condylar positional changes occurred after BSSO combined with Le Fort I osteotomy. The condyles tended to return to a more concentric position by 3 months and remained stable during the 1-year follow-up.

Keywords: BSSO; condyle; cone-beam computed tomography; Le Fort I osteotomy; orthognathic surgery.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tái phát sau phẫu thuật là một mối quan tâm lớn trong điều trị phẫu thuật chỉnh hình hàm mặt, đặc biệt là điều trị sai hình xương hạng II. Phẫu thuật chỉnh hình hàm mặt có thể làm thay đổi vị trí lồi cầu, và điều này được xem là một yếu tố góp phần gây tái phát xương sớm cũng như khởi phát các rối loạn khớp thái dương hàm (TMD) [1]. CBCT được ứng dụng rộng rãi trong vùng răng hàm mặt do liều bức xạ thấp hơn so với CT, cung cấp hình ảnh ba chiều chính xác của phức hợp khớp thái dương hàm. Các phép đo tuyến tính chính xác và đáng tin cậy để đánh giá sự di lệch lồi cầu sau phẫu thuật chỉnh hình xương hàm [3,4]. Vì vậy, nghiên cứu này được thực hiện nhằm đánh giá ngắn hạn và dài hạn của vị trí lồi cầu trong khớp sau BSSO đưa hàm dưới ra trước kết hợp với cắt xương Le Fort I bằng CBCT.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả loạt 25 trường hợp bệnh nhân được thực hiện phẫu thuật BSSO kết hợp với cắt xương Le Fort

I tại Bệnh viện Đa khoa Vạn Hạnh từ 2024-2025. Việc khám lâm sàng và chụp CBCT khớp thái dương hàm được thực hiện như một phần của quy trình lâm sàng chuẩn của bệnh viện đối với bệnh nhân phẫu thuật chỉnh hình xương hàm. Tất cả bệnh nhân đều ký đồng thuận tham gia, và hội đồng đạo đức của cơ sở đã phê duyệt nghiên cứu này.

Tiêu chí chọn mẫu: Tất cả bệnh nhân được chẩn đoán sai hình xương hạng II và sai khớp cắn Angle hạng II, tiểu loại 1, không có cắn hở phía trước. Thời gian chỉnh nha trước phẫu thuật và sau phẫu thuật trung bình lần lượt là $15,0 \pm 6,7$ tháng và $12,8 \pm 2,6$ tháng. Các trường hợp bị loại trừ gồm bệnh nhân có bệnh thoái hóa khớp thái dương hàm theo tiêu chuẩn chẩn đoán nghiên cứu TMD [21], bất cân xứng mặt nặng, biến dạng thứ phát sau chấn thương, khe hở môi - vòm miệng hoặc bệnh toàn thân.

Phim CBCT được thu thập thường quy tại 4 thời điểm ở tất cả bệnh nhân: (1) trong vòng 1 tuần trước phẫu thuật (T0); (2) 10 ngày sau phẫu thuật (T1); (3) 3 tháng sau phẫu thuật (T2), nhằm đánh giá các thay đổi thích nghi ngắn hạn; và (4) tại lần theo dõi cuối cùng (T3; thời gian trung bình $12,1 \pm 3,0$ tháng), nhằm đánh giá các thay đổi thích nghi dài hạn. Tất cả bệnh nhân ngồi ở tư thế thẳng, răng ở khớp cắn trung tâm. Mặt phẳng Frankfort ngang (FH) của bệnh nhân song song với sàn. Dữ liệu CBCT được tái tạo bằng phần mềm hình ảnh nha khoa Dolphin 3D Imaging.

Kỹ thuật phẫu thuật: BSSO được thực hiện để đưa hàm dưới ra trước ở tất cả bệnh nhân kết hợp với cắt xương Le Fort I để lùi và đánh lún hàm trên, đồng thời tạo hình cằm để đưa cằm ra trước. Hàm trên được phẫu thuật trước và cố định trong vững chắc bằng hệ thống nẹp vít sau khi tái lập được tương quan khớp cắn, và tương quan 2 hàm mong muốn bằng phương pháp cố định liên hàm (IMF) bằng dây thép không gỉ. Sau khi phẫu thuật viên thao tác đưa lồi cầu thuộc mảng gần vào hõm khớp tại tương quan tâm. IMF được tháo và khớp cắn được kiểm tra trước khi đóng vết mổ.

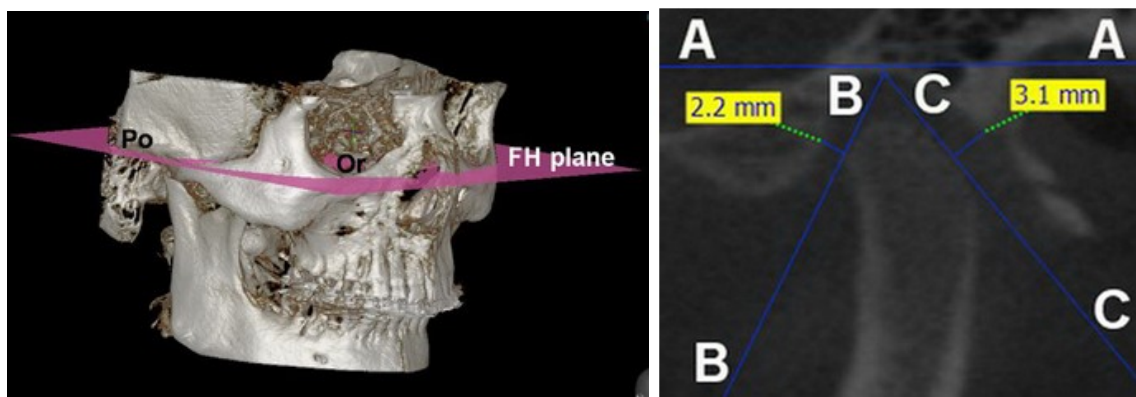
Đánh giá thay đổi vị trí lồi cầu

Xác định mặt phẳng tham chiếu FH đi qua điểm porion hai bên phải - trái và orbitale bên phải. Vẽ các đường thẳng tham chiếu: A đi qua mặt phẳng tiếp tuyến với điểm cao nhất của hõm khớp, song song với mặt phẳng FH; đường B và C lần lượt là các đường tiếp tuyến với điểm

trước nhất và sau nhất của lồi cầu. Vẽ đường thẳng vuông góc với đường B và C đi qua các điểm trước và sau nhất của lồi cầu, để ghi nhận số đo khoảng trước (AS) và khoảng sau (PS)

Đánh giá giá trị $\ln(PS/AS)$ được tính theo phương pháp Pullinger và Hollender [26] để đánh giá tương quan trước - sau của lồi cầu so

với hõm khớp. $\ln(PS/AS) > 0,25$ cho thấy lồi cầu ở vị trí phía trước trong hõm khớp. $\ln(PS/AS) < -0,25$ cho thấy vị trí sau; các giá trị nằm giữa hai ngưỡng này cho thấy vị trí trung tâm. Các phép đo và kiểm định số đo được lặp lại 2 lần, sau 2 tuần bởi cùng một điều tra viên để đánh giá độ tin cậy lặp lại.



Hình 1: Cửa sổ mặt phẳng đứng ngang mô tả các xác định mặt phẳng FH (đường xanh lá) và hình đánh giá khoảng trước và khoảng sau lồi cầu

Phân tích thống kê: Dữ liệu được phân tích thống kê bằng SPSS 22.0 cho Windows (SPSS, Inc., Chicago, IL). So sánh vị trí lồi cầu so với hõm khớp tại T0, T1, T2 và T3 bằng kiểm định t bất cặp; việc so sánh lặp nhiều lần được hiệu chỉnh bằng Bonferroni ($P = 0.05$); giá trị $p < 0,05$ được xem là có ý nghĩa thống kê.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

25 bệnh nhân tham gia nghiên cứu với 7 nam 28,0% và 18 nữ 72,0%. Độ tuổi trung bình là $23,2 \pm 5,6$ tuổi, dao động từ 19,0 đến 32,0 tuổi. Mức đưa hàm dưới ra trước tại điểm B dao động từ 4,6 đến 9,5 mm, trung bình $6,95 \pm 1,42$ mm. Kiểm định t bất cặp không ghi nhận khác biệt có ý nghĩa trong đánh giá sai số đo lặp lại. Sai số ngẫu nhiên của phép đo tuyến tính dao động từ 0,12 đến 0,15 mm.

Đánh giá CBCT, các khoảng khớp thái dương hàm cho thấy lồi cầu có xu hướng di chuyển

xuống dưới - ra sau ngay sau phẫu thuật, thể hiện qua sự tăng khoảng trước và khoảng trên từ T0 đến T1. Sau 3 tháng, lồi cầu có xu hướng di chuyển lên trên - ra trước, tiến gần hơn về vị trí ban đầu nhưng vẫn có xu hướng ra sau hơn so với trước mổ. Từ 3 tháng đến lần theo dõi cuối cùng, các chỉ số vị trí lồi cầu tương đối ổn định, không ghi nhận thay đổi có ý nghĩa thống kê. Các khoảng khớp thay đổi theo hướng lồi cầu di chuyển lên trên - ra trước, tiến gần hơn về vị trí ban đầu (Bảng 1). Từ T2 đến T3 giá trị $\ln PS/AS$ và khoảng trên không thay đổi đáng kể, gợi ý vị trí lồi cầu đạt trạng thái tương đối ổn định sau giai đoạn hồi phục sớm. Xu hướng này cho thấy mặc dù BSSO đưa hàm dưới ra trước kết hợp Le Fort I có thể làm thay đổi vị trí lồi cầu tức thì sau phẫu thuật, phần lớn thay đổi này có xu hướng hồi phục và ổn định trong quá trình theo dõi trung hạn.

Bảng 1. Khoảng khớp thái dương hàm trên CBCT tại các thời điểm khác nhau, N=25

Khoảng khớp (mm)	T0	T1	T2	T3
Khoang trước trái	$2,21 \pm 0,51^a$	$3,28 \pm 0,70^b$	$2,25 \pm 0,55^a$	$2,24 \pm 0,57^a$
Khoang sau trái	$2,70 \pm 0,84^a$	$2,73 \pm 0,88^a$	$2,18 \pm 0,45^b$	$2,12 \pm 0,46^b$
Khoang trên trái	$2,83 \pm 0,61^a$	$3,68 \pm 0,82^b$	$2,43 \pm 0,60^c$	$2,36 \pm 0,59^c$
Khoang trước phải	$2,38 \pm 0,55^a$	$3,29 \pm 0,74^b$	$2,36 \pm 0,66^a$	$2,38 \pm 0,72^a$
Khoang sau phải	$2,78 \pm 0,76^a$	$2,65 \pm 0,70^a$	$2,20 \pm 0,57^b$	$2,18 \pm 0,55^b$
Khoang trên phải	$2,96 \pm 0,66^a$	$3,86 \pm 0,91^b$	$2,53 \pm 0,64^c$	$2,48 \pm 0,65^c$

Các chữ cái mũ giống nhau cho biết không có khác biệt thống kê có ý nghĩa so với T0, $p > 0,05$.

Hiệu chỉnh cho so sánh bất cặp được áp dụng kiểm định Bonferroni.

Bảng 2. Vị trí lồi cầu theo công thức Pullinger và Hollender tại các thời điểm theo dõi (N=25)

Chỉ số	T0	T1	T2	T3
InPS/AS trái	$0,18 \pm 0,24^*$	$-0,21 \pm 0,26^{**}$	$-0,04 \pm 0,23^{***}$	$-0,05 \pm 0,22^{***}$
InPS/AS phải	$0,13 \pm 0,25^*$	$-0,22 \pm 0,25^{**}$	$-0,07 \pm 0,24^{***}$	$-0,08 \pm 0,23^{***}$

Các chú thích *, ** và *** giống nhau cho biết không có khác biệt thống kê có ý nghĩa giữa các nhóm ($p > 0,05$). Hiệu chỉnh cho so sánh bất cặp nhiều lần được áp dụng kiểm định Bonferroni.

IV. BÀN LUẬN

Nhiều nghiên cứu đã khảo sát vị trí lồi cầu trong khớp và mối liên quan giữa vị trí lồi cầu với hình thái sọ mặt. Lồi cầu ở tương quan xương hạng I nằm tại trung tâm khớp, trong khi ở hạng II, tiểu loại 1, lồi cầu nằm ra trước hơn so với hạng I hoặc hạng III [5,6]. Các nghiên cứu khác báo cáo sự thay đổi thấy rõ của tăng trưởng lồi cầu theo hướng ra sau và lên trên ở bệnh nhân sai khớp cắn hạng II được điều trị bằng khí cụ Herbst trong giai đoạn dậy thì. Đặc điểm tăng trưởng này đi kèm với sự tái định vị lồi cầu. Do đó, bệnh nhân sai khớp cắn hạng II, tiểu loại 1 có thể có lồi cầu chưa phát triển đầy đủ và nằm ra trước trong khớp.

Thay đổi vị trí lồi cầu là một yếu tố quan trọng khác góp phần gây tái phát sau phẫu thuật. Việc kiểm soát đoạn gần luôn quan trọng đối với sự ổn định xương và phòng ngừa tái phát. Trong nghiên cứu này, khảo sát thay đổi vị trí lồi cầu ngay sau phẫu thuật, sau 3 tháng và sau 1 năm bằng các phép đo tuyến tính trên CBCT thấy lồi cầu di chuyển xuống dưới - ra sau do phẫu thuật và di chuyển trở lại lên trên - ra trước sau 3 tháng. Vị trí này duy trì ổn định trong thời gian theo dõi 1 năm. Kết quả này tương đồng với các nghiên cứu trước đây [3,4]. Sự di lệch xuống dưới - ra sau của lồi cầu có thể làm căng cơ nhai và dây chằng khớp thái dương hàm. So với vị trí trước phẫu thuật (T0 đến T2), lồi cầu cho thấy di lệch lên trên - ra sau. Đặc tính thích nghi và hồi phục của mô mềm có thể tạo ra những thay đổi vị trí lồi cầu theo hướng ra trước và lên trên, đồng thời làm hàm dưới di chuyển ra trước sau phẫu thuật [2-6].

Biến chứng tiêu lồi cầu dao động từ 4% đến 8% sau BSSO cố định bằng nẹp vít vững chắc. Căn nguyên của tiêu lồi cầu vẫn chưa được làm rõ. Khớp thái dương hàm được cho là luôn ở trạng thái tái cấu trúc chức năng, thích nghi và đáp ứng với ứng suất cơ học. Khi khả năng thích nghi của cơ thể và tải lực lên lồi cầu chênh lệch quá lớn có thể dẫn đến rối loạn chức năng, chẳng hạn tiêu lồi cầu [7]. Ngoài ra, việc xoay ngược chiều kim đồng hồ của các đoạn xa và

gần của hàm dưới và di lệch lồi cầu ra sau do phẫu thuật được xem là các yếu tố nguy cơ gây tiêu lồi cầu. Lúc này cổ lồi cầu nghiêng ra sau, đẩy đĩa khớp ra trước và gây rối loạn nội khớp hoặc thoái hóa khớp đã được hỗ trợ bởi một nghiên cứu lâm sàng trước đây [1-3]. Giảm cấp máu cho lồi cầu sau BSSO có thể là một yếu tố khác dẫn đến hoại tử đầu lồi cầu [8].

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu ghi nhận vị trí lồi cầu có sự thay đổi rõ rệt sau phẫu thuật BSSO đưa hàm dưới ra trước kết hợp với cắt xương Le Fort I. Lồi cầu có xu hướng di chuyển xuống dưới - ra sau ngay sau phẫu thuật, sau đó dịch chuyển lên trên - ra trước trong giai đoạn 3 tháng sau mổ và duy trì tương đối ổn định đến thời điểm theo dõi 1 năm. Sự thay đổi này gợi ý quá trình thích nghi sinh học của lồi cầu trong khớp sau khi tương quan xương hàm và khớp cắn được tái lập.

Kết quả nghiên cứu cho thấy CBCT là phương tiện hữu ích trong đánh giá định lượng thay đổi vị trí lồi cầu sau phẫu thuật chỉnh hình xương hàm. Tuy nhiên, do thay đổi vị trí lồi cầu có thể chịu ảnh hưởng bởi nhiều yếu tố, cần có thêm các nghiên cứu với cỡ mẫu lớn hơn và thời gian theo dõi dài hơn để làm rõ ý nghĩa lâm sàng của các thay đổi này.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Frey DR, Hatch JP, Van Sickels JE, et al: Effects of surgical mandibular advancement and rotation on signs and symptoms of temporomandibular disorder: A 2-year follow-up study. Am J Orthod Dentofacial Orthop 133:490, 2008
2. Kim YI, Jung YH, Cho BH, et al: The assessment of the short- and long-term changes in the condylar position following sagittal split ramus osteotomy (SSRO) with rigid fixation. J Oral Rehabil 37:262, 2010
3. Kim YI, Cho BH, Jung YH, et al: Cone-beam computerized tomography evaluation of condylar changes and stability following two-jaw surgery: Le Fort I osteotomy and mandibular setback surgery with rigid fixation. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod 111:681, 2013

4. **Motta AT, Cevidanes LH, Carvalho FA, et al:** Three-dimensional regional displacements after mandibular advancement surgery: One year of follow-up. *J Oral Maxillofac Surg* 69:1447, 2011
5. **Rodrigues AF, Fraga MR, Vitral RW:** Computed tomography evaluation of the temporomandibular joint in Class II Division 1 and Class III malocclusion patients: Condylar symmetry and condyle-fossa relationship. *Am J Orthod Dentofacial Orthop* 136:199, 2009
6. **Stahl F, Baccetti T, Franchi L, et al:** Longitudinal growth changes in untreated subjects with Class II Division 1 malocclusion. *Am J Orthod Dentofacial Orthop* 134:125, 2008
7. **Nakata Y, Ueda HM, Kato M, et al:** Changes in stomatognathic function induced by orthognathic surgery in patients with mandibular prognathism. *J Oral Maxillofac Surg* 65:444, 2007
8. **Krisjane Z, Urtane I, Krumina G, et al:** The prevalence of TMJ osteoarthritis in asymptomatic patients with dentofacial deformities: A cone-beam CT study. *Int J Oral Maxillofac Surg* 41:690, 2012

GIẢI PHẪU ỨNG DỤNG Ở CHẢO XƯƠNG BÀ VAI CHO PHẪU THUẬT THAY KHỚP VAI ĐẢO NGƯỢC

Phạm Thanh Tân¹, Lê Gia Ánh Thy¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nghiên cứu nhằm mô tả đặc điểm giải phẫu ổ chảo xương bà vai ở người Việt Nam phục vụ cho phẫu thuật thay khớp vai đảo ngược.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 275 ổ chảo xương bà vai từ 245 bệnh nhân được chụp cắt lớp vi tính dựng hình 3D tại Bệnh viện Chấn thương Chỉnh hình TP. Hồ Chí Minh từ tháng 01/2022 đến 12/2025. Các thông số được đo bao gồm kích thước ổ chảo, góc nghiêng ổ chảo, chiều dài cổ xương bà vai và góc ổ chảo cổ xương bà vai.

Kết quả: Kết quả cho thấy đường kính trên-dưới ổ chảo trung bình $33,67 \pm 3,24$ mm, đường kính trước-sau $23,71 \pm 2,57$ mm, nhỏ hơn so với quần thể phương Tây. Góc nghiêng ổ chảo đảo ngược cao hơn góc nghiêng ổ chảo toàn phần khoảng 10° . Đa số ổ chảo nghiêng sau. Chiều dài cổ xương bà vai trung bình $12,11 \pm 3,91$ mm. Không có sự khác biệt có ý nghĩa giữa hai bên và giữa giới tính.

Kết luận: Kích thước ổ chảo nhỏ hơn so với phương Tây và góc RTSA nên được sử dụng làm thông số định hướng đặt tấm đế trong phẫu thuật thay khớp vai đảo ngược.

Từ khóa: ổ chảo xương bà vai; thay khớp vai đảo ngược; giải phẫu; cắt lớp vi tính.

SUMMARY

APPLIED ANATOMY OF THE GLENOID FOR REVERSE SHOULDER ARTHROPLASTY

Objective: This study aimed to describe the anatomical characteristics of the glenoid in Vietnamese individuals for application in reverse shoulder arthroplasty.

Methods: A cross-sectional descriptive study was conducted on 275 glenoids from 245 patients who underwent 3D computed tomography at Ho Chi Minh City Orthopedic and Trauma Hospital from January 2022 to December 2025. Parameters measured included glenoid dimensions, glenoid inclination angles, scapular neck length, and scapular neck angle.

Results: The mean superior-inferior glenoid diameter was 33.67 ± 3.24 mm, and the anterior-posterior diameter was 23.71 ± 2.57 mm, both smaller than those reported in Western populations. The reverse shoulder arthroplasty (RTSA) angle was approximately 10° greater than the total shoulder arthroplasty (TSA) angle. Most glenoids demonstrated posterior inclination. The mean scapular neck length was 12.11 ± 3.91 mm. No significant differences were observed between sides or sexes.

Conclusion: The glenoid size in the Vietnamese population is smaller than that in Western populations. The RTSA angle should be considered as a reference parameter for baseplate positioning in reverse shoulder arthroplasty.

Keywords: glenoid; reverse shoulder arthroplasty; anatomy; computed tomography.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Phẫu thuật thay khớp vai đảo ngược (reverse shoulder arthroplasty – RSA) là phương pháp

¹ Khoa Chi trên, Bệnh viện Chấn thương Chỉnh hình TP. Hồ Chí Minh

Chịu trách nhiệm chính: Lê Gia Ánh Thy
Email: thymd2011@gmail.com

Mã bài: N760

Ngày nhận bài: 12.2.2026

Ngày phản biện khoa học: 12.3.2026

Ngày duyệt bài: 14.4.2026