

RỐI LOẠN CẢM GIÁC THẦN KINH LƯỠI DO NGƯỜI BỆNH TỰ BÁO CÁO SAU PHẪU THUẬT CHẼ DỌC CÀNH LÊN HAI BÊN XƯƠNG HÀM DƯỚI

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

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả tỷ lệ, biểu hiện, thời gian hồi phục và ảnh hưởng chức năng của rối loạn cảm giác thần kinh lưỡi do người bệnh tự báo cáo sau phẫu thuật chẻ dọc cành lên hai bên xương hàm dưới (BSSO), đồng thời khảo sát một số yếu tố liên quan.

Đối tượng và phương pháp: Nghiên cứu mô tả hồi cứu trên 46 người bệnh sai hình xương hạng III được phẫu thuật BSSO lùi xương hàm dưới đơn thuần. Rối loạn cảm giác vùng phân bố thần kinh lưỡi được khảo sát bằng bảng câu hỏi, bao gồm biểu hiện, thời gian tồn tại và ảnh hưởng đến hoạt động chức năng.

Kết quả: Có 9/46 người bệnh (19,6%) tự báo cáo rối loạn cảm giác thần kinh lưỡi. Tê bì là biểu hiện thường gặp nhất (88,9%). Có 8/9 trường hợp (88,9%) hồi phục trong vòng 6 tháng và 8/9 trường hợp ghi nhận ảnh hưởng chức năng; chức năng vị giác bị ảnh hưởng nhiều nhất (87,5%). Chưa ghi nhận khác biệt có ý nghĩa thống kê theo tuổi, giới, nhổ răng khôn hàm dưới đồng thời hoặc đường chẻ xương không thuận lợi ($p > 0,05$).

Kết luận: Rối loạn cảm giác thần kinh lưỡi do người bệnh tự báo cáo sau BSSO gặp ở khoảng một phần năm trường hợp và phần lớn hồi phục trong 6 tháng. Khi xuất hiện, rối loạn có thể ảnh hưởng đến vị giác và các hoạt động chức năng hằng ngày.

Từ khóa: BSSO, thần kinh lưỡi, rối loạn cảm giác, phẫu thuật chỉnh hình hàm mặt.

SUMMARY

PATIENT-REPORTED LINGUAL NERVE SENSORY DISTURBANCE AFTER MANDIBULAR BILATERAL SAGITTAL SPLIT OSTEOTOMY

Objective: To describe the frequency, manifestations, recovery time, and functional impact of patient-reported

lingual nerve sensory disturbance after bilateral sagittal split osteotomy (BSSO), and to explore selected associated factors.

Subjects and methods: This retrospective descriptive study included 46 patients with skeletal Class III deformity who underwent isolated mandibular setback BSSO. A questionnaire assessed sensory changes in the lingual nerve distribution, symptom duration, and effects on daily functions.

Results: Nine of 46 patients (19.6%) reported lingual nerve sensory disturbance. Numbness was the most frequent symptom (88.9%). Eight of nine patients (88.9%) recovered within 6 months, and eight reported an effect on at least one daily function; taste was most frequently affected (87.5%). No statistically significant differences were found according to age, sex, concomitant mandibular third-molar removal, or unfavorable split ($p > 0.05$).

Conclusion: Patient-reported lingual nerve sensory disturbance occurred in approximately one fifth of patients after BSSO and usually resolved within 6 months. When present, it may affect taste and other daily functions.

Keywords: BSSO, lingual nerve, sensory disturbance, orthognathic surgery.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Phẫu thuật chẻ dọc cành lên hai bên xương hàm dưới (bilateral sagittal split osteotomy – BSSO) được sử dụng phổ biến trong điều trị sai hình xương hàm dưới. Rối loạn cảm giác sau phẫu thuật thường liên quan đến thần kinh huyết răng dưới; trong khi đó, rối loạn cảm giác thần kinh lưỡi ít gặp và ít được nghiên cứu hơn [1–3]. Thần kinh lưỡi chi phối cảm giác chung ở hai phần ba trước lưỡi, sàn miệng và lợi mặt lưỡi; đồng thời dẫn truyền các sợi vị giác từ thừng nhĩ. Vì vậy, tổn thương hoặc kích thích thần kinh có thể gây tê bì, đau, nóng rát, thay đổi vị giác và ảnh hưởng đến nói, nhai hoặc nuốt.

Trong BSSO, thần kinh lưỡi nằm ngoài đường

¹Trường Y Dược – Đại học Trà Vinh

²Trường Đại học Quốc tế Hồng Bàng

Tác giả chịu trách nhiệm chính: Lê Tấn Hùng

Email: bsletanhung@gmail.com

Mã bài: N774a

Ngày nhận bài: 14/4/2026

Ngày phản biện khoa học: 14/4/2026

Ngày duyệt bài: 15/5/2026

cắt xương nhưng có thể bị ảnh hưởng trong quá trình rạch niêm mạc, bóc tách mặt trong cành lên, kéo mô mềm, thực hiện đường cắt hoặc cố định xương [2, 3]. Các nghiên cứu tổng quan cho thấy tỷ lệ tổn thương thần kinh lưỡi được báo cáo thấp, nhưng kết quả giữa các nghiên cứu không đồng nhất do khác biệt về thời điểm đánh giá, định nghĩa kết cục và phương pháp khảo sát [1, 3]. Đặc biệt, đánh giá bằng bảng câu hỏi có thể ghi nhận các thay đổi cảm giác thoáng qua mà khám khách quan không phát hiện, trong khi người bệnh có thể thích nghi và báo cáo triệu chứng ít hơn khi thời gian theo dõi kéo dài [4, 5].

Tại Việt Nam, dữ liệu về rối loạn cảm giác thần kinh lưỡi sau BSSO còn hạn chế. Nghiên cứu này được thực hiện nhằm mô tả tỷ lệ, biểu hiện, thời gian hồi phục và ảnh hưởng đến hoạt động chức năng của rối loạn cảm giác thần kinh lưỡi do người bệnh tự báo cáo sau BSSO lùi xương hàm dưới, đồng thời khảo sát mối liên quan với một số đặc điểm người bệnh và phẫu thuật.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Nghiên cứu thực hiện trên 46 người bệnh sai hình xương hạng III được phẫu thuật BSSO lùi xương hàm dưới đơn thuần tại Bệnh viện Đa khoa Vạn Hạnh, từ tháng 1/2021 đến tháng 1/2025. Phiếu khảo sát được thực hiện sau phẫu thuật tối thiểu 6 tháng.

Tiêu chuẩn lựa chọn: người bệnh được chẩn đoán sai hình xương hạng III; đã hoàn thành chỉnh nha trước phẫu thuật; được phẫu thuật BSSO lùi xương hàm dưới đơn thuần; hoàn thành đầy đủ bảng câu hỏi nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ: không hoàn thành bảng câu hỏi; có tiền sử phẫu thuật hoặc thủ thuật khác trên xương hàm dưới trước BSSO; có rối loạn cảm giác vùng lưỡi trước phẫu thuật; hồ sơ thiếu các biến số chính.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: nghiên cứu mô tả hồi

cứu trên loạt bệnh nhân, chọn mẫu liên tiếp.

Quy trình phẫu thuật: tất cả người bệnh được điều trị chỉnh nha trước phẫu thuật, khám lâm sàng, chẩn đoán hình ảnh và lập kế hoạch phẫu thuật. Phẫu thuật được thực hiện dưới gây mê nội khí quản đường mũi bởi cùng một phẫu thuật viên. Đường cắt xương được thực hiện theo kỹ thuật BSSO cải tiến; các đoạn xương được cố định bằng nẹp và vít qua đường trong miệng. Các đặc điểm được ghi nhận gồm nhỏ răng khôn hàm dưới đồng thời, đường chẻ xương không thuận lợi và tổn thương trực tiếp thần kinh trong phẫu thuật.

Đánh giá rối loạn cảm giác thần kinh lưỡi: bảng câu hỏi được xây dựng tham khảo nghiên cứu của Jacks và cộng sự [4]. Rối loạn cảm giác được xác định khi người bệnh trả lời có thay đổi cảm giác ở vùng lưỡi sau phẫu thuật. Các nội dung khảo sát gồm: biểu hiện cảm giác (tê bì, đau, nóng rát hoặc biểu hiện khác), thời gian tồn tại (≤ 1 tháng, $>1-6$ tháng, $>6-12$ tháng hoặc >12 tháng) và ảnh hưởng đến nhai, nuốt, nói, vị giác hoặc hoạt động khác. Người bệnh được phép lựa chọn nhiều biểu hiện và nhiều hoạt động chức năng.

Các biến số nghiên cứu: tuổi, giới tính, nhỏ răng khôn hàm dưới đồng thời, đường chẻ xương không thuận lợi, tổn thương trực tiếp thần kinh, phương pháp cố định, rối loạn cảm giác thần kinh lưỡi, biểu hiện, thời gian tồn tại và ảnh hưởng chức năng.

2.3. Xử lý và phân tích số liệu

Số liệu được xử lý bằng phần mềm SPSS 26.0. Biến định lượng được trình bày bằng trung bình $\pm$ độ lệch chuẩn; biến định tính được trình bày bằng số lượng và tỷ lệ phần trăm. Phân bố của biến tuổi được kiểm tra bằng Shapiro–Wilk. Tuổi trung bình được so sánh bằng t-test độc lập hoặc Mann–Whitney U; các biến định tính được so sánh bằng Fisher’s exact test. Các kiểm định được thực hiện hai phía, với ngưỡng ý nghĩa thống kê $p < 0,05$.

2.4. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu được sự đồng ý của đơn vị nghiên cứu và được tài trợ bởi Đại học Trà Vinh theo Hợp đồng tài trợ số 88/1/2025/HĐ.HĐKH&ĐT-ĐHTV.

Người bệnh được giải thích về mục tiêu nghiên cứu, tự nguyện tham gia và đồng ý sử dụng dữ liệu cho mục đích khoa học. Thông tin cá nhân được mã hóa và bảo mật.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Tất cả 46 người bệnh được đưa vào nghiên cứu đều hoàn thành bảng câu hỏi. Tuổi trung bình tại thời điểm phẫu thuật là $21,67 \pm 5,34$ tuổi.

Bảng 1. Đặc điểm chung và một số đặc điểm phẫu thuật của đối tượng nghiên cứu (n = 46)

Đặc điểm	Giá trị
Tuổi, năm, trung bình $\pm$ ĐLC	$21,67 \pm 5,34$
Nam giới, n (%)	21 (45,7)
Nữ giới, n (%)	25 (54,3)
Nhổ răng khôn hàm dưới đồng thời, n (%)	12 (26,1)
Đường chẻ xương không thuận lợi, n (%)	1 (2,2)
Đứt thần kinh lưỡi trong phẫu thuật, n (%)	0 (0,0)
Đứt thần kinh huyết răng dưới trong phẫu thuật, n (%)	0 (0,0)
Cố định bằng nẹp và vít, n (%)	46 (100,0)

Nữ giới chiếm 54,3%; 26,1% người bệnh được nhổ răng khôn hàm dưới đồng thời. Đường chẻ xương không thuận lợi gặp ở 1 trường hợp (2,2%); không ghi nhận đứt thần kinh trong phẫu thuật.

Bảng 2. Đặc điểm rối loạn cảm giác thần kinh lưỡi sau phẫu thuật BSSO

Đặc điểm	n	%
Rối loạn cảm giác thần kinh lưỡi (n = 46)		
Có	9	19,6
Không	37	80,4

Đặc điểm	n	%
Biểu hiện cảm giác (n = 9)*		
Tê bì	8	88,9
Đau	2	22,2
Nóng rát	1	11,1
Biểu hiện khác	1	11,1
Thời gian tồn tại (n = 9)		
≤ 1 tháng	3	33,3
>1 đến 6 tháng	5	55,6
>6 đến 12 tháng	1	11,1
>12 tháng	0	0,0
Ảnh hưởng ≥ 1 hoạt động chức năng (n = 9)		
Có	8	88,9
Không	1	11,1
Hoạt động bị ảnh hưởng (n = 8)*		
Vị giác	7	87,5
Nói	4	50,0
Nhai	3	37,5
Nuốt	2	25,0
Hoạt động khác	1	12,5

* Người bệnh có thể lựa chọn nhiều đáp án; tổng tỷ lệ có thể lớn hơn 100%.

Có 9/46 người bệnh (19,6%) tự báo cáo rối loạn cảm giác thần kinh lưỡi. Trong số này, 88,9% hồi phục trong vòng 6 tháng và 88,9% ghi nhận ảnh hưởng chức năng. Tê bì là biểu hiện thường gặp nhất (88,9%); vị giác là chức năng bị ảnh hưởng nhiều nhất (87,5%).

Bảng 3. Một số yếu tố liên quan đến rối loạn cảm giác thần kinh lưỡi sau phẫu thuật

Yếu tố	Có rối loạn (n = 9)	Không rối loạn (n = 37)	p
Tuổi, năm, trung bình $\pm$ ĐLC	21,30 $\pm$ 5,20	21,80 $\pm$ 5,40	0,802
Nam giới, n (%)	4 (44,4)	17 (45,9)	1,000
Nhỏ răng khôn hàm dưới đồng thời, n (%)	3 (33,3)	9 (24,3)	0,678
Đường chẻ xương không thuận lợi, n (%)	0 (0,0)	1 (2,7)	1,000

Tuổi trung bình, tỷ lệ nam giới, nhỏ răng khôn hàm dưới đồng thời và đường chẻ xương không thuận lợi không khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa hai nhóm ($p > 0,05$).

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu ghi nhận 19,6% người bệnh tự báo cáo rối loạn cảm giác vùng phân bố thần kinh lưỡi sau BSSO lùi xương hàm dưới. Phần lớn trường hợp biểu hiện bằng tê bì, hồi phục trong vòng 6 tháng và có ảnh hưởng đến ít nhất một hoạt động chức năng. Không ghi nhận mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa rối loạn cảm giác với tuổi, giới, nhỏ răng khôn hàm dưới đồng thời hoặc đường chẻ xương không thuận lợi.

Tỷ lệ 19,6% trong nghiên cứu cao hơn ước lượng gộp của các phân tích tổng hợp. Shawky và cộng sự ước tính tỷ lệ rối loạn cảm giác thần kinh lưỡi sau BSSO khoảng 0,7% [1], trong khi tổng quan năm 2024 ghi nhận ước lượng 0,1% sau khi loại một nghiên cứu có ảnh hưởng lớn [3]. Sự khác biệt có thể liên quan đến cách xác định kết cục. Nghiên cứu hiện tại ghi nhận bất kỳ thay đổi cảm giác nào do người bệnh nhớ lại, kể cả triệu chứng thoáng qua; trong khi nhiều nghiên cứu khác chỉ ghi nhận thiếu hụt được phát hiện tại thời điểm khám hoặc rối loạn tồn tại lâu dài. Tổng quan của Kostares và cộng sự cũng cho thấy kết quả phụ thuộc đáng kể vào phương pháp đánh giá, trong đó nghiên cứu sử dụng bảng câu hỏi của Jacks và cộng sự là một nguồn tạo khác biệt lớn trong ước lượng gộp [3, 4]. Vì vậy, tỷ lệ trong nghiên cứu này nên được hiểu là tỷ lệ thay đổi cảm giác do người bệnh tự báo cáo, không đồng nhất với tỷ lệ tổn thương thần kinh được xác nhận khách quan.

Trong 9 người bệnh có rối loạn cảm giác, 8 trường hợp hồi phục trong 6 tháng và trường hợp còn lại hồi phục trong khoảng 6–12 tháng; không ghi nhận triệu chứng kéo dài trên 12 tháng. Diễn biến này phù hợp với nhận định rằng rối loạn thần kinh lưỡi sau BSSO thường hiếm và phần lớn có xu hướng hồi phục trong năm đầu [1, 2]. Nghiên cứu của Posnick và cộng sự trên 523 phẫu thuật cũng cho thấy tổn thương thần kinh lưỡi không hồi phục liên quan đến cắt xương cạnh lên và cố định vít hai vỏ là biến cố hiếm [2]. Trong nghiên cứu hiện tại, không ghi nhận trường hợp đứt thần kinh lưỡi trong mổ, do đó các thay đổi cảm giác có thể chủ yếu phản ánh ảnh hưởng tạm thời do kéo, chèn ép hoặc phù nề mô; tuy nhiên, giả thuyết này chưa được xác nhận bằng khám cảm giác khách quan.

Tê bì là biểu hiện thường gặp nhất, trong khi đau và nóng rất ít gặp hơn. Có 8/9 người bệnh cho biết rối loạn cảm giác ảnh hưởng đến hoạt động hằng ngày, trong đó vị giác bị ảnh hưởng nhiều nhất, tiếp theo là nói, nhai và nuốt. Kết quả này phù hợp với chức năng của thần kinh lưỡi trong dẫn truyền cảm giác chung và các sợi vị giác từ thừng nhĩ ở hai phần ba trước lưỡi [6, 7]. Mặc dù số người bệnh có triệu chứng không lớn, tỷ lệ ảnh hưởng chức năng trong nhóm này tương đối cao, cho thấy cần tư vấn trước phẫu thuật không chỉ về khả năng tê lưỡi mà còn về thay đổi vị giác và hoạt động miệng.

Nghiên cứu chưa ghi nhận khác biệt theo tuổi,

giới, nhỏ răng khôn hàm dưới đồng thời hoặc đường chẻ xương không thuận lợi. Tuy nhiên, chỉ có 9 biến cố và một trường hợp đường chẻ xương không thuận lợi, nên khả năng phát hiện mối liên quan còn hạn chế. Đồng thời, toàn bộ người bệnh đều được cố định bằng nẹp và vít, do đó không thể đánh giá ảnh hưởng của phương pháp cố định. Kết quả $p > 0,05$ chỉ cho thấy chưa có bằng chứng về sự khác biệt trong mẫu nghiên cứu, không đủ để loại trừ vai trò của các yếu tố này.

Nghiên cứu có một số hạn chế. Thiết kế hồi cứu và đánh giá bằng bảng câu hỏi có thể gây sai lệch nhớ lại; thời điểm khảo sát không đồng nhất có thể ảnh hưởng đến khả năng ghi nhận triệu chứng. Nghiên cứu không đánh giá bên tổn thương, mức độ nặng, thời điểm khởi phát hoặc thực hiện các nghiệm pháp cảm giác khách quan. Cỡ mẫu nhỏ, số biến cố ít và thực hiện tại một cơ sở làm hạn chế khả năng khái quát hóa. Các nghiên cứu tiếp theo nên được thiết kế tiến cứu, đánh giá cảm giác trước và sau mổ theo các mốc chuẩn hóa, kết hợp bảng hỏi với nghiệm pháp khách quan và theo dõi ảnh hưởng đến chất lượng sống.

V. KẾT LUẬN

Rối loạn cảm giác thần kinh lưỡi do người bệnh tự báo cáo sau BSSO lùi xương hàm dưới gặp ở 19,6% trường hợp; phần lớn hồi phục trong vòng 6 tháng. Tê bì là biểu hiện thường gặp nhất và vị giác là chức năng bị ảnh hưởng nhiều nhất. Chưa ghi nhận mối liên quan có ý nghĩa thống kê với tuổi, giới, nhỏ răng khôn hàm dưới đồng thời hoặc đường chẻ xương không thuận lợi. Cần nghiên cứu tiến cứu kết hợp đánh giá chủ quan và khách quan để xác định chính xác tỷ lệ và yếu tố liên quan.

LỜI CẢM ƠN

Nghiên cứu này được tài trợ bởi Đại học Trà Vinh theo Hợp đồng tài trợ số 88/1/2025/HĐ.HĐKH&ĐT-ĐHTV. Nhóm tác giả trân trọng cảm ơn sự hỗ trợ của Đại học Trà Vinh và đội ngũ lâm sàng trong quá trình thực hiện nghiên cứu.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Shawky M, Mosleh M, Jan AM, Jadu FM. (2016).** Meta-analysis of the incidence of lingual nerve deficits after mandibular bilateral sagittal split osteotomy. *J Craniofac Surg*, 27(3):561-564.
2. **Posnick JC, Choi E, Singh N. (2016).** Lingual nerve injury in association with sagittal ramus osteotomy and bicortical screw fixation: a review of 523 procedures in 262 subjects. *Int J Oral Maxillofac Surg*, 45(11):1445-1451.
3. **Kostares E, Kostares M, Kostare G, Kantzanou M. (2024).** Prevalence of lingual sensory impairment following bilateral sagittal split osteotomy: a systematic review and meta-analysis. *Oral Maxillofac Surg*, 28(3):1055-1062.
4. **Jacks SC, Zuniga JR, Turvey TA, Schalit C. (1998).** A retrospective analysis of lingual nerve sensory changes after mandibular bilateral sagittal split osteotomy. *J Oral Maxillofac Surg*, 56(6):700-704.
5. **Cunningham LL, Tiner BD, Clark GM, et al. (1996).** A comparison of questionnaire versus monofilament assessment of neurosensory deficit. *J Oral Maxillofac Surg*, 54(4):454-459.
6. **Romsa B, Ruggiero SL. (2021).** Diagnosis and management of lingual nerve injuries. *Oral Maxillofac Surg Clin North Am*, 33(2):239-248.
7. **Selvi F, Yildirimyan N, Zuniga JR. (2022).** Inferior alveolar and lingual nerve injuries: an overview of diagnosis and management. *Front Oral Maxillofac Med*, 4:27.