

cứu của chúng tôi được phát hiện muộn, hiệu quả điều trị cũng kém hơn.

Trường hợp ung thư nội mạc tử cung tái phát nhìn chung có tiên lượng xấu. Các phác đồ điều trị cho thời gian đáp ứng không dài, mục tiêu điều trị trong giai đoạn này chủ yếu làm chậm sự phát triển của bệnh đồng thời hạn chế tác dụng phụ không mong muốn của hóa trị.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu trên 56 bệnh nhân ung thư nội mạc tử cung tái phát, di căn được điều trị phác đồ liposomal doxorubicin đơn trị tại bệnh viện K từ tháng 6/2017 đến 6/2023, liposomal doxorubicin có hiệu quả trên bệnh nhân ung thư nội mạc tử cung tái phát, di căn:

- Tỷ lệ đáp ứng hoàn toàn (5,4%), đáp ứng một phần (14,3%), (51,8%) bệnh giữ nguyên, (28,5%) bệnh tiến triển. Tỷ lệ đáp ứng khách quan là 19,7%. Tỷ lệ kiểm soát bệnh (bao gồm đáp ứng hoàn toàn, đáp ứng một phần và bệnh giữ nguyên) là 71,5%.

- Trung vị thời gian sống thêm không tiến triển 18,3 tuần (CI 95%: 17,413 – 19,187).

- Nghiên cứu của chúng tôi chứng minh được hiệu quả của liposomal doxorubicin trong điều trị bước 2 UTNMTCT tái phát, di căn. Mặc dù vậy, nghiên cứu có cỡ mẫu còn nhỏ, đơn trung tâm, cần có những nghiên cứu lớn hơn để cho kết quả thuyết phục hơn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **BỘ Y TẾ.** Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số

bệnh ung bướu (Ban hành kèm theo Quyết định số 1514/QĐ-BYT ngày 01 tháng 04 năm 2020 của Bộ trưởng Bộ Y tế). 2020.

2. <https://gco.iarc.fr/today/fact-sheets-populations>
3. **Escobar PF, et al.** Phase 2 trial of pegylated liposomal doxorubicin in advanced endometrial cancer. *J Cancer Res Clin Oncol.* 2003 Nov;129(11):651-4. doi: 10.1007/s00432-003-0497-8. Epub 2003 Sep 23. PMID: 14505047.
4. **Heffernan K, et al.** Previously treated recurrent or advanced endometrial cancer in England: A real-world observational analysis. *Gynecol Oncol.* 2022 Aug;166(2):317-325. doi: 10.1016/j.ygyno.2022.06.011. Epub 2022 Jun 22. PMID: 35752507.
5. **Homesley HD, et al.** Phase II trial of liposomal doxorubicin at 40 mg/m² every 4 weeks in endometrial carcinoma: a Gynecologic Oncology Group Study. *Gynecol Oncol.* 2005 Aug;98(2):294-8. doi: 10.1016/j.ygyno.2005.05.016. PMID: 15975638.
6. **Muggia FM, et al.** Phase II trial of the pegylated liposomal doxorubicin in previously treated metastatic endometrial cancer: a Gynecologic Oncology Group study. *J Clin Oncol.* 2002 May 1;20(9):2360-4. doi: 10.1200/JCO.2002.08.171. PMID: 11981008.
7. **Julius JM, et al.** Evaluation of pegylated liposomal doxorubicin dose on the adverse drug event profile and outcomes in treatment of recurrent endometrial cancer. *Int J Gynecol Cancer.* 2013 Feb;23(2):348-54. doi: 10.1097/IGC.0b013e31827c18f3. PMID: 23295941.
8. **Siegenthaler F, et al.** Time to first recurrence, pattern of recurrence, and survival after recurrence in endometrial cancer according to the molecular classification. *Gynecol Oncol.* 2022 May;165(2):230-238. doi: 10.1016/j.ygyno.2022.02.024. Epub 2022 Mar 8. PMID: 35277281.

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ PHẪU THUẬT ĐIỀU TRỊ LỆCH LẠC KHỚP CẦN LOẠI III CÓ HỖ TRỢ PHẦN MỀM 3D TẠI BỆNH VIỆN RĂNG HÀM MẶT TRUNG ƯƠNG HÀ NỘI

Lê Bá Anh Đức¹, Phạm Hoàng Tuấn¹, Vũ Tuấn Hùng¹, Nguyễn Hồng Nhung¹, Phạm Đức Giang¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả điều trị lệch lạc khớp cần loại III bằng phẫu thuật chỉnh hình xương hàm có hỗ trợ phần mềm 3D. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu được tiến hành trên 30 bệnh nhân sai khớp cần hạng III theo Angle được phẫu thuật chỉnh

hình xương hàm tại BV RHM TW Hà Nội năm 2020-2023. **Kết quả:** Biến chứng sau mổ: hiếm gặp trong đó chảy máu sau mổ 1 ca, rối loạn cảm giác 2 ca và hoàn toàn hết sau 6 tháng. Giải phẫu: Xương được đưa về vị trí giải phẫu nên hầu hết các chỉ số sọ mặt trở về giá trị chuẩn hơn. Chức năng: Sau phẫu thuật 100% trường hợp đạt được tương quan răng loại I theo Angle. Tình trạng cắn đối đầu hay cắn chéo răng sau và cắn ngược răng trước được sửa chữa triệt. Phần lớn các trường hợp thiết lập được hướng dẫn răng nanh (23/30). Tình trạng loạn năng khớp giảm, có hai trường hợp hết trật khớp khi há lớn hay ngáp. Thẩm mỹ: 83,3% bệnh nhân cho kết quả rất hài lòng, 16,7% bệnh nhân cho kết quả hài lòng vì còn bất cần

¹Bệnh Viện Răng Hàm Mặt Trung ương Hà Nội

Chịu trách nhiệm: Lê Bá Anh Đức

Email: dr.lebaanhduc@gmail.com

Ngày nhận bài: 20.6.2023

Ngày phản biện khoa học: 14.8.2023

Ngày duyệt bài: 25.8.2023

xứng nhẹ vùng cằm và bờ dưới XHD. Ổn định xương: Tái phát chủ yếu trong 3 tháng đầu tiên sau phẫu thuật. Mức độ tái phát khác nhau ở các vị trí khác nhau, theo các chiều (chiều ngang ít hơn chiều đứng).

Kết luận: Phẫu thuật chỉnh hình xương hàm có hỗ trợ phần mềm 3D đem lại kết quả tốt về cả chức năng và thẩm mỹ cho bệnh nhân sai khớp cắn hạng III

Từ khóa: Phẫu thuật chỉnh hình xương, sai khớp cắn hạng III, Lefort I, BSSO, Phần mềm 3D.

SUMMARY

MANAGEMENT OF CLASS III MALOCCLUSION SURGICAL TREATMENT WITH 3D SOFTWARE SUPPORT AT NATIONAL HOSPITAL OF ODONTO-STOMATOLOGY HANOI, VIETNAM

Objectives: This study aimed to evaluate the outcomes of surgical treatment for Class III malocclusion using orthognathic surgery with 3D software support. **Subjects and Methods:** The study was conducted on 30 patients with Class III malocclusion, as per Angle's classification, who underwent orthognathic surgery at the National Hospital of Odonto-Stomatology Hanoi, Vietnam, between 2020 and 2023. **Results:** Postoperative complications were rare, with only one case of postoperative bleeding and two cases of sensory disturbance, all resolved entirely within six months. Anatomically, the bones were successfully repositioned, significantly improving most craniofacial indices, approaching standard values. Functionally, after surgery, 100% of the cases achieved Class I dental occlusion, according to Angle. The cases of anterior crossbite, posterior crossbite, and anterior edge-to-edge bite were thoroughly corrected. The majority of cases showed canine-guided occlusion (23 out of 30). Temporomandibular joint dysfunction decreased, and in two cases, the joint dislocation ceased during wide mouth opening or yawning. Aesthetically, 83.3% of patients reported very satisfactory results, while 16.7% expressed satisfaction despite slight asymmetry in the chin and lower border of the mandible. Bone stabilization showed recurrence mainly within the first three months after surgery, with varying recurrence in different locations and dimensions (more in the vertical dimension). **Conclusion:** 3D software-assisted orthognathic jaw surgery yielded positive outcomes in both functional and aesthetic aspects for patients with Class III malocclusion.

Keywords: Orthognathic surgery, Class III malocclusion, Lefort I, BSSO, 3D software.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Trên thế giới, phẫu thuật chỉnh hình xương hàm (Orthognathic surgery) được thực hiện từ những năm đầu thế kỷ XX. Cùng với sự tiến bộ của khoa học kỹ thuật, phẫu thuật chỉnh hình xương hàm bằng kỹ thuật mở xương (Osteotomy) không ngừng phát triển và ngày càng hoàn thiện. Đặc biệt, ngày nay nhờ có sự phát triển của khoa học công nghệ đã hỗ trợ các

chương trình phần mềm 3D giúp cho chẩn đoán, lập kế hoạch phẫu thuật, in máng hướng dẫn phẫu thuật và mô phỏng kết quả phẫu thuật đã làm cho phẫu thuật chỉnh hình xương ngày càng tiến bộ và hiệu quả hơn.

Bệnh viện Răng Hàm Mặt Trung ương Hà Nội hàng năm phẫu thuật cho hàng trăm người bệnh bất hòa khuôn mặt kèm sai khớp cắn loại III đạt kết quả tốt. Phần mềm ứng dụng công nghệ 3D được Bệnh viện áp dụng điều trị mang đến cho bác sĩ và người bệnh nhiều tiện lợi. Tuy nhiên chưa có các nghiên cứu đánh giá kết quả phẫu thuật này một cách toàn diện và đầy đủ. Chính vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài: "*Kết quả phẫu thuật điều trị lệch lạc khớp cắn loại III có hỗ trợ phần mềm 3D tại Bệnh viện Răng hàm mặt Trung ương Hà Nội*"

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Bao gồm các người bệnh bất đối xứng mặt do sai khớp cắn loại III, có chỉ định và được phẫu thuật chỉnh hình xương hàm tại Bệnh viện Răng Hàm Mặt Trung ương Hà Nội từ tháng 1/2020 đến 6/2023, kèm hồ sơ bệnh án đầy đủ.

2.1.1. Tiêu chí lựa chọn:

- Người bệnh bất đối xứng mặt đã hết tuổi tăng trưởng xương (độ tuổi từ 18 - 35 tuổi).

- Người bệnh sai khớp cắn loại III có chỉ định phẫu thuật chỉnh hình xương 2 hàm:

- Người bệnh đã hoàn thành quá trình chỉnh nha chuẩn bị trước phẫu thuật: Các răng không còn khấp khểnh và được dựng lại đúng trục, đường cong Spee, Wilson trong giới hạn tiêu chuẩn, khi đặt mẫu cuối cùng đạt được tối thiểu 3 điểm chạm giữa 2 hàm.

2.1.2. Tiêu chí loại trừ:

- Người bệnh sai khớp cắn loại III do di chứng chấn thương

- Người bệnh phẫu thuật chỉnh hình hàm trước nắn chỉnh răng (Surgery-first)

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu. Mô tả theo dõi dọc.

2.2.2. Cách chọn mẫu. Chọn mẫu thuận tiện thỏa mãn các tiêu chí lựa chọn và loại trừ.

2.2.3. Các bước tiến hành nghiên cứu

- Lựa chọn bệnh nhân nghiên cứu theo tiêu chuẩn lựa chọn và loại trừ.

- Đánh giá đặc điểm lâm sàng trước phẫu thuật

- Đánh giá đặc điểm X quang trước phẫu thuật

- Lập kế hoạch điều trị cho bệnh nhân và thiết kế máng phẫu thuật 3D bằng phần mềm Dolphin

- Phẫu thuật bệnh nhân theo kế hoạch.
- Đánh giá kết quả tại các thời điểm T1, T2, T3 và so sánh với thời điểm T0

2.3. Xử lý số liệu: Số liệu được nhập và phân tích bởi phần mềm SPSS 16.0.

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.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu là 23,34; bệnh nhân lớn tuổi nhất là 28 tuổi, bệnh nhân nhỏ tuổi nhất là 19 tuổi. Chúng tôi chọn bệnh nhân ở lứa tuổi trưởng thành vì lứa tuổi này đã bệnh nhân đã

hết tuổi tăng trưởng để giảm nguy cơ tái phát sau phẫu thuật. Tỷ lệ nam: nữ là 1:2,33 (9 bệnh nhân nam, 21 bệnh nhân nữ). Tỷ lệ này phù hợp nghiên cứu của tác giả Glenda H. de Villa (2005)¹. Điều này cho thấy nhu cầu thẩm mỹ của nữ cao hơn. Thời gian nắn chỉnh răng trước phẫu thuật trên 2 năm chiếm tỷ lệ cao nhất (63,3%). Những trường hợp sai khớp cắn do nguyên nhân hai hàm có thời gian nắn chỉnh răng lâu, trung bình trên 2 năm là 26,3% trường hợp; trên 3 năm là 42,1% trường hợp.

3.1.2. Sự thay đổi tương quan xương-răng-mô mềm 2 hàm trước và sau phẫu thuật ở các thời điểm đánh giá

Chỉ số so - mặt	Thời điểm	Trước phẫu thuật $\bar{X}^{(o)} \pm \text{ĐLC T0}$	Sau phẫu thuật $\bar{X}^{(o)} \pm \text{ĐLC p}^{(1)}$		
			T1	T2	T3
SNA		80,41 ± 3,36	85,21 ± 4,32 0,000*	84,71 ± 4,22 0,007**	84,89 ± 4,19 0,089**
SNB		84,69 ± 4,96	83,08 ± 4,09 0,000*	83,64 ± 4,16 0,029**	83,6 ± 4,11 0,032**
ANB		-4,28 ± 3,32	2,13 ± 1,56 0,000*	1,23 ± 1,68 0,000**	1,29 ± 1,54 0,001**
Mặt phẳng nhai - SN		14,46 ± 5,82	14,72 ± 4,25	13,51 ± 4,89	13,62 ± 4,93
Mặt hàm dưới - SN		35,03 ± 5,67	35,26 ± 4,68	34,51 ± 5,02	34,88 ± 5,11
U1 - mặt phẳng khẩu cái		120,63 ± 6,35	118,53 ± 6,63 0,004*	124,97 ± 7,23 0,000**	124,26 ± 6,93 0,000**
U1 - NA		30,42 ± 6,28	20,03 ± 6,22 0,000*	27,89 ± 6,62 0,000**	28,13 ± 6,11 0,000**
L1 - mặt phẳng hàm dưới		86,76 ± 6,13	82,85 ± 5,32 0,000*	83,13 ± 6,38 0,234**	83,85 ± 6,36 0,520**
L1 - NB		28,01 ± 6,28	21,98 ± 6,29 0,000*	22,23 ± 6,37 0,531**	23,12 ± 6,26 0,291**
U1 - L1		126,11 ± 10,05	133,12 ± 9,89 0,000*	126,98 ± 9,96 0,000**	127,02 ± 10,13 0,000**
Góc lồi mặt ^(o) (Ns - Sn - Pg')		175,96 ± 6,96		165,56 ± 5,34 <0,001*	165,13 ± 5,15 0,889**
Góc mũi môi ^(o) (Cm - Sn - Ls)		85,61 ± 10,05		94,29 ± 6,98 <0,001*	93,87 ± 4,68 0,196**
Góc môi cằm ^(o) (Li - B' - Pg')		148,81 ± 11,86		134,39 ± 10,19 <0,001*	134,02 ± 9,65 0,856**
Li - E (mm)		3,16 ± 2,43		1,89 ± 2,85 <0,001*	1,75 ± 2,76 0,365**
Ls - E (mm)		-2,96 ± 2,56		-0,25 ± 2,13 <0,001*	-0,43 ± 2,36 0,236**

Tương quan xương: Sau phẫu thuật, góc SNA tăng trung bình 4,8°, góc SNB giảm trung bình 1,61°. Lệch lạc xương hàm hạng III với góc ANB - 4,28°, sau phẫu thuật xương hàm hạng I với góc ANB trung bình 2,13° ($p < 0,001$).

Tương quan răng: Sự thay đổi các góc liên quan với trục răng cửa hàm trên, hàm dưới ngay sau phẫu thuật khác biệt có ý nghĩa, trục răng bớt chia hơn. Sau 6 tháng bệnh nhân được nắn

chỉnh răng, góc ANB và trục răng cửa hàm trên có thay đổi, tuy nhiên xương hàm duy trì xương hàm hạng I.

Tương quan mô mềm:

*Chỉ số mô mềm sau phẫu thuật 6 tháng so với sau phẫu thuật 3 tháng:

- Khoảng cách Ls - E, Li - E thay đổi không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$) → môi trên, môi dưới, cằm ổn định.

- Góc lồi mặt (Ns-Sn-Pg'), góc mũi môi (Cm-Sn-Ls), góc môi cằm (Li-B'-Pg'), thay đổi không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

Chỉ số mô mềm sau phẫu thuật 3 tháng so với trước phẫu thuật:

- Khoảng cách Ls - E tăng, Li - E giảm có ý nghĩa thống kê ($p < 0,001$) → môi trên ra trước, môi dưới, cằm lùi sau.

- Góc lồi mặt (Ns-Sn-Pg') giảm có ý nghĩa thống kê ($p < 0,001$) → sửa được kiểu mặt lõm trước phẫu thuật.

- Góc mũi môi (Cm-Sn-Ls) tăng, góc môi cằm (Li-B'-Pg') giảm có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

3.2. Kết quả phẫu thuật

3.2.1. Biến chứng ngay sau phẫu thuật

Biến chứng	Số lượng n (%)
Nghẽn tắc đường thở	0(0)
Chảy máu	1(3,33)
Rối loạn cảm giác	2(6,67)
Nhiễm trùng vết mổ	0(0)

Trong và ngay sau phẫu thuật (tính tới hết tuần đầu tiên sau phẫu thuật) có 3 trường hợp xuất hiện biến chứng với 1 trường hợp chảy máu từ ngách tiền đình hàm trên, 2 trường hợp có rối loạn cảm giác. Không có trường hợp nào nhiễm trùng vết mổ và nghẽn tắc đường thở

3.2.2. Đặc điểm khớp cắn sau phẫu 3 tháng (T2)

3.2.3. Triệu chứng rối loạn khớp TDH trước và sau phẫu thuật

Triệu chứng	Thời điểm Trước phẫu thuật T ₀		Sau phẫu thuật T ₂		Sau phẫu thuật T ₃	
	n	%	n	(%)	n	(%)
Bình thường	14	46,7	17	56,67	20	66,67
Nhẹ	14	46,7	13	43,33	10	33,33
Trung bình	0	0	0	0	0	0
Nặng	2	6,6	0	0	0	0
Tổng số	30	100	30	100	100	100

Thời điểm 3 - 6 tháng, các dấu chứng loạn nặng khớp giảm so với trước phẫu thuật. Sau phẫu thuật, có hai trường hợp hết trật khớp khi há lớn hay ngáp.

IV. BÀI LUẬN

4.1. Biến chứng trong - sau phẫu thuật

***Chảy máu.** Chảy máu trong phẫu thuật nhẹ do cầm máu cao XHD thường từ động tĩnh mạch mặt, động mạch xương ổ dưới. Trong phẫu thuật, chúng tôi tách xương cẩn thận và dùng dụng cụ chèn vào bờ dưới XHD để bảo vệ động tĩnh mạch mặt, vì vậy không có trường hợp nào phải xử lý chảy máu do tổn thương động mạch mặt. Trong nghiên cứu của chúng tôi chỉ có một trường hợp chảy máu từ nền mũi và ngách tiền đình hàm trên. Bệnh nhân được nhét merocel 2 bên hốc mũi và đã hết chảy máu sau đó.

Tiêu chí		Tổng			
		T ₀		T ₂	
		(n=30)	%	(n=30)	%
Khớp cắn	Tốt	0	0	26	86,67
	Khá	0	0	4	13,33
	Kém	30	100	0	0
Cắn tràm	Tốt	0	0	29	96,67
	Khá	0	0	1	3,33
	Kém	30	100	0	0
Cắn chìa	Tốt	0	0	29	96,67
	Khá	0	0	1	3,33
	Kém	30	100	0	0
Hướng dẫn sang bên	Tốt	0	0	23	76,67
	Khá	0	0	7	23,33
	Kém	30	100	0	0

Phẫu thuật đã cải thiện tương quan răng hàm theo chiều trước sau ở tất cả các trường hợp đạt được tương quan răng loại I theo Angle. Tình trạng cắn đối đầu hay cắn chéo răng sau và cắn ngược răng trước được sửa chữa triệt để trong quá trình phẫu thuật. Sau phẫu thuật, hầu hết các trường hợp đạt được hiện tượng phủ múi răng sau, cắn tràm-cắn chìa dương và ổn định ở thời gian sau đó. Kiểu tiếp xúc răng khi đưa hàm sang bên được cải thiện khi phần lớn các trường hợp thiết lập được hướng dẫn răng nanh (23/30), còn lại là hướng dẫn nhóm (7/30).

*** Tắc nghẽn đường thở.** Trong nghiên cứu của chúng tôi, tất cả BN đều được cố định liên hàm sau phẫu thuật. Việc cố định liên hàm này giúp ổn định, tránh tái phát xương sau phẫu thuật và lành thương tốt hơn. Tuy nhiên, cố định liên hàm có sẽ hạn chế thông khí của bệnh nhân sau phẫu thuật, nhất là những ngày đầu của hậu phẫu do tụ máu và phù nề niêm mạc mũi. Trong phòng hậu phẫu, chúng tôi theo dõi sát bệnh nhân, luôn giữ đường thở thông thoáng, hút sạch máu, dịch tiết nên không gặp biến chứng về đường thở. Có một vài trường hợp khó thở nhẹ sau phẫu thuật. Trong đó, 1 trường hợp do chảy máu từ nền mũi và ngách tiền đình hàm trên. Nghiên cứu của Chris Johnston và cộng sự² báo cáo có 20,9% bệnh nhân khó thở sau phẫu thuật.

***Rối loạn cảm giác.** Rối loạn cảm giác thần kinh gặp ở 2 trường hợp (chiếm 6,67%),

không có đối tượng nào gặp ở hai bên. Các dấu hiệu này giảm dần theo thời gian và mất hoàn toàn khi được đánh giá ở thời điểm 6 tháng sau phẫu thuật. Trong nghiên cứu của chúng tôi, khi cắt xương chúng tôi tựa theo vỏ xương phía má. Để giảm thiểu mức độ chấn thương thần kinh, chúng tôi tách xương thật cẩn thận, một số trường hợp thần kinh còn dính với mảnh gân, chúng tôi tách xương xốp nhẹ nhàng để thần kinh không bị rách hay đứt và sao cho thần kinh di động cùng với mảnh xa dễ dàng

***Nhiễm trùng vết mổ.** Trước phẫu thuật chúng tôi có sử dụng kháng sinh dự phòng, sau phẫu thuật chúng tôi hướng dẫn bệnh nhân vệ sinh răng miệng kỹ và bơm rửa miệng hàng ngày cho bệnh nhân. Nên không có trường hợp nào bị nhiễm trùng. Nhiễm trùng vết mổ thường xảy ra khoảng ngày thứ 11 đến ngày thứ 15 sau phẫu thuật, thời gian phẫu thuật kéo dài trên 157 phút để có nguy cơ nhiễm trùng vết mổ hơn. Trong phẫu thuật chỉnh hàm, tỉ lệ nhiễm trùng hiếm 2,4% cho XHD và 0,5% cho XHT (Robl 2014)³.

4.2. Khớp cắn và chức năng nhai. Loại khớp cắn và hướng dẫn sang bên: Trước phẫu thuật, không trường hợp nào có kiểu tiếp xúc răng nanh khi đưa hàm sang bên. Kết quả này phù hợp với các báo cáo trước đó^{102,103}. Tuy nhiên phần lớn khớp cắn được thiết lập sau phẫu thuật có kiểu hướng dẫn này, số còn lại có kiểu tiếp xúc nhóm hoặc phối hợp tiếp xúc nhóm và tiếp xúc răng nanh. Điều này là dễ hiểu bởi khớp cắn loại I được tạo thành do phẫu thuật và mối liên quan giữa khớp cắn loại I với kiểu hướng dẫn này đã được khẳng định từ trước đây.

Cắn chìa-cắn trùn: Tình trạng cắn đối đầu hay cắn chéo răng sau và cắn ngược răng trước được sửa chữa triệt để trong quá trình phẫu thuật. Sau phẫu thuật, hầu hết các trường hợp đạt được hiện tượng phủ múi răng sau, cắn trùn-cắn chìa dương (29/30). Mặc dù không có bệnh nhân nào trải qua hiện tượng đảo ngược tương quan răng cửa, nhưng cắn chìa-cắn trùn có xu hướng giảm dần trong 6 tháng đầu sau phẫu thuật, mặc dù có bù trừ bởi hiện tượng ngả tiền đình của các răng cửa trên.

4.3. Tình trạng khớp thái dương hàm.

Trong nghiên cứu của tôi, trước phẫu thuật có 14/30 (42,1%) bệnh nhân có tình trạng loạn năng thái dương hàm nhẹ. Hai trường hợp nặng xảy ra trên bệnh nhân có lệch lạc hai hàm nặng với triệu chứng là dễ bị trật khớp và bệnh nhân thường tự nắn chỉnh lại khớp. Nghiên cứu của chúng tôi thấy sau phẫu thuật tình trạng loạn năng khớp giảm so với trước phẫu thuật. Số bệnh

nhân loạn năng thái dương hàm nhẹ giảm còn 13 bệnh nhân sau 3 tháng, 10 bệnh nhân sau 6 tháng. Hai trường hợp loạn năng thái dương hàm nặng hết tình trạng trật khớp khi há lớn hay ngáp. Nghiên cứu của Sebastiani (2016)⁴ cũng cho thấy phẫu thuật chỉnh hình xương làm giảm triệu chứng loạn năng TDH, trước phẫu thuật 83,3%, 6 tháng sau phẫu thuật giảm còn 34,7%.

4.4. Sự thay đổi chỉ số xương, răng, mô mềm sau phẫu thuật so với trước phẫu thuật.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, sau phẫu thuật 1 tháng so với trước phẫu thuật, chỉ số góc SNA tăng 4,8°, góc SNB giảm 1,61°, chỉ số tương quan xương: góc ANB trung bình tăng từ -4,28° đến 2,13°. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Yung S.Y⁵ với mức tăng góc SNA là 3,1° và mức giảm giá trị góc SNB là 3,7°. Như vậy, phẫu thuật chỉnh hình xương 2 hàm giúp xương hàm trên được đưa ra trước, xương hàm dưới, cằm được đẩy lùi ra sau, tương quan xương 2 hàm được đưa về tương quan xương loại I.

Sau phẫu thuật, chỉ số răng hàm trên: góc U1 - NA, U1 - mặt phẳng khẩu cái giảm. Sự thay đổi góc răng cửa hàm trên là do sự xoay của xương hàm trên cũng như sự di chuyển của mảnh tiền hàm trong các trường hợp chẻ ba mảnh nhằm tạo độ cắn phủ và cắn phủ thích hợp. Chỉ số răng hàm dưới: góc L1 - NB, L1 - MP giảm. Như vậy, sau phẫu thuật, sự bù trừ ở răng đã được xóa, trục răng thẩm mỹ hơn (răng hàm trên nghiêng vào trong, răng hàm dưới nghiêng ra ngoài) răng cửa trên đưa ra trước, răng cửa dưới lùi sau. Góc trục hai răng cửa sau phẫu thuật trong nghiên cứu của chúng tôi đạt 133,12° gần sát với giá trị tham chiếu trong phân tích Steiner là 130°. Kết quả cho thấy có sự giảm độ cắn trùn và tăng cắn chìa có ý nghĩa thống kê trước sau phẫu thuật. Độ cắn trùn và cắn chìa trước- sau phẫu thuật lần lượt là 1,21 và (-4,98) mm; 1 và 0,6 mm. Độ cắn chìa thay đổi từ <0 sang >0 cho thấy sự thay đổi tương quan hai hàm, loại bỏ khớp cắn ngược vùng cửa.

Chỉ số mô mềm sau phẫu thuật: khoảng cách Ls - E tăng, Li - E giảm; góc lồi mặt (Ns-Sn-Pg') giảm, góc mũi môi (Cm-Sn-Ls) tăng, góc môi cằm (Li-B'-Pg') giảm. Như vậy, sau phẫu thuật, môi trên ra trước, môi dưới, cằm lùi sau, sửa được kiểu mặt lõm trước phẫu thuật, góc mô mềm thẩm mỹ hơn. Đây là một yếu tố quan trọng đánh giá sự thành công của phẫu thuật, là điều mà bệnh nhân và người nhà bệnh nhân dễ dàng nhận thấy nhất.

V. KẾT LUẬN

Phẫu thuật chỉnh hình xương trong điều trị

sai khớp cắn hạng III có hỗ trợ của phần mềm 3D cho kết quả tốt:

Biến chứng sau mổ: Chảy máu sau mổ 1 ca, rối loạn cảm giác 2 ca và hoàn toàn hết sau 6 tháng.

Giải phẫu: Xương được đưa về vị trí giải phẫu nên hầu hết các chỉ số sọ mặt trở về giá trị chuẩn hơn.

Chức năng: Sau phẫu thuật 100% trường hợp đạt được tương quan răng loại I theo Angle. Tình trạng cắn đối đầu hay cắn chéo răng sau và cắn ngược răng trước được sửa chữa triệt.

Phần lớn các trường hợp thiết lập được hướng dẫn răng nanh (23/30). Tình trạng loạn năng khớp giảm, có hai trường hợp hết trật khớp khi há lớn hay ngáp.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Glenda H. de V.** (2005), "Bilateral Sagittal Split Osteotomy for Correction of Mandibular Prognathism: Long-Term Results", J. Oral Maxillofac Surg. 63(11), pp.1584-92
2. **Chris J.** (2006), "Class III surgical-orthodontic treatment: A cephalometric study", Am. J. Orthod Dentofacial Orthop.130(3), pp.300- 309.
3. **Robl M.T., Farrell B.B., Tucker M.R.** (2014). Complications in orthognathic surgery: a report of 1,000 cases. Oral Maxillofac Surg Clin North Am, 26 (4), 599-609
4. **Sebastiani A.M., Baratto-Filho F., Bonotto D., et al.** (2016). Influence of orthognathic surgery for symptoms of temporomandibular dysfunction. Oral surgery, oral medicine, oral pathology and oral radiology, 121 (2), 119-125.
5. **Yung S.Y., Uhm K.I., et al.** (2015), Bone and Soft Tissue Changes after Two-Jaw Surgery in Cleft Patients, Arch Plast Surg, 42(4), pp.419-23.

KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ SỎI THẬN BẰNG TÁN SỎI QUA DA ĐƯỜNG HẸM NHỎ TẠI TRUNG TÂM Y TẾ CẨM KHÊ-PHÚ THỌ

Giang Hoài Đức¹, Nguyễn Trọng Thảo², Trần Ngọc Tuấn²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá hiệu quả và tính an toàn của phẫu thuật tán sỏi thận qua da đường hầm nhỏ điều trị sỏi thận. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu hồi cứu kết hợp tiền cứu mô tả với 92 trường hợp sỏi thận được phẫu thuật tán sỏi thận qua da đường hầm nhỏ tại Trung Tâm y tế Cẩm Khê-Phú Thọ. Phẫu thuật sử dụng máy soi thận Karl-Storz 16 Fr, chọc dò vào thận dưới hướng dẫn siêu âm, sỏi thận được tán bằng năng lượng laser Holmium. Đánh giá tỷ lệ sạch sỏi và biến chứng sau phẫu thuật. **Kết quả:** 92 BN gồm 60 nam(65,2%) và 32 nữ (34,8%). Tuổi trung bình là 52 ± 11,76 tuổi(19-70). 73,9% BN có 1 viên sỏi, 26,1% BN có ≥2 viên sỏi. Mức độ giãn của đài bể thận: Đài bể thận không giãn-giãn độ I (21,7% và 42,7%), giãn độ II chiếm 28,3% và giãn độ III chiếm (7,6%). Kích thước sỏi chiều dài trung bình 25,7±5,9 mm, chiều rộng trung bình 16,3 ± 2,5 mm Thời gian phẫu thuật trung bình 71,86 ± 15,09 phút (45 - 80). Tỷ lệ sạch sỏi ngay sau mổ 79,3%, tỷ lệ sạch sỏi sau 1 tháng 90,2%. 80 BN được theo dõi xa sau mổ trung bình: 20 ± 6 tháng. Có 2 BN mảnh sỏi rơi xuống niệu quản phải nội soi tán sỏi ngược dòng, 1 BN hẹp niệu quản được xẻ hẹp đặt sonde jj. Không gặp các trường hợp có biến chứng teo thận, suy thận, đái máu, nhiễm khuẩn nặng. Thời gian nằm viện trung

bình 7,67 ± 3,21 ngày (4-10). **Kết luận:** Tán sỏi thận qua da đường hầm nhỏ được triển khai thành công tại Trung tâm Y tế Cẩm Khê - Phú Thọ mang lại kết quả đáng khích lệ, tỷ lệ sạch sỏi cao, thời gian nằm viện ngắn, không có tai biến biến chứng

Từ khóa: Tán sỏi thận qua da đường hầm nhỏ, sỏi thận

SUMMARY

MINI PERCUTANEOUS

NEPHROLITHOTOMY IN THE TREATMENT OF KIDNEY STONES: INITIAL RESULTS AT THE MEDICAL CENTER CAM KHE-PHU THO

Objectives: The aim of this research is to evaluate the efficacy and safety of mini percutaneous nephrolithotomy in the treatment of kidney stones. **Patients and methods:** A retrospective combine prospective-descriptive study of 92 patients suffering from kidney stones treated by mini-PCNL at Medical Center Cam Khe-Phu Tho from 1/2022 to 6/2023. The technique is performed under ultrasound, using a 16 Fr nephroscope of Karl-Storz. Holmium laser is used to disintegrate the stones. Evaluate the stones free rate and complications postoperatively. **Results:** 92 patient 60 males (65,2%) and 32 females (34,8%) with the mean age of 52±11,76 years (range from 19 to 70 year old). 73,9% have one stones, 26,1% have more two stones. The grade of hydronephrosis on preoperative MSCT: No hydronephrosis and grade I (21,7% and 42,7%), grade II (28,3 %), and grade III (7,6 %). Average length stone size 25,7±5,9 mm, average width stone size 16,3±2,5 mm. Operative time 71,86±15,09minutes (45 - 80). Postoperative stone free rate 79,3%, stone free rate at 1 month postoperative follow-up 90,2 %. 80 patient follow-up

¹Trung tâm Y tế Cẩm Khê - Phú Thọ

²Bệnh viện Trung Ương Thái Nguyên

Chịu trách nhiệm chính: Giang Hoài Đức

Email: giangducckpnt@gmail.com

Ngày nhận bài: 22.6.2023

Ngày phản biện khoa học: 10.8.2023

Ngày duyệt bài: 28.8.2023