

NHẬN XÉT KẾT QUẢ NONG XƯƠNG HÀM TRÊN BẰNG KHÍ CỤ ỐC NONG NHANH TỰA TRÊN MINISCREW Ở NHÓM NGƯỜI BỆNH CÓ ĐƯỜNG KHỚP TRƯỞNG THÀNH

Nguyễn Thị Thúy Nga¹, Lê Thu Hương¹,
Nguyễn Lê Ngọc Khanh¹, Trần Hải Hà¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá hiệu quả nong xương hàm trên với khí cụ MARPE ở nhóm người bệnh Việt Nam có đường khớp xương trưởng thành. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu can thiệp lâm sàng đánh giá kết quả trước-sau ở 24 trường hợp có hẹp hàm trên và đường khớp xương đã đóng (độ trưởng thành đốt sống cổ ở mức 5 hoặc 6), các biến số về độ rộng cung răng, độ rộng nền xương, độ rộng và dài đường khớp, độ nghiêng chân răng hàm được đo trên phim CBCT ở hai thời điểm trước và ngay sau khi nong hàm. **Kết quả:** độ rộng nền xương hàm trên sau khi nong tăng có ý nghĩa với sự tăng của độ rộng hàm trên ở mức tâm căn RHL thứ nhất là 4.31 ± 1.31 mm ($p < 0.000$), đường khớp được tách suốt dọc chiều dài với sự tăng độ rộng đường khớp ở ba vị trí ngang răng cửa, ngang răng hàm nhỏ, ngang răng hàm lớn lần lượt là 3.15 ± 2.00 , 2.58 ± 2.19 , 2.57 ± 1.64 ($p < 0.000$). Đo trên cung răng, mức độ tăng trung bình độ rộng cung hàm trên ở ngang mức răng nanh, RHN thứ nhất, RHL thứ nhất và thứ hai lần lượt là 4.00, 5.61 và 6.10 và 4.71. Góc liên chân răng hàm nhỏ và hàm lớn thứ nhất sau khi nong tăng trung bình 8.93° và 11.25° ($p < 0,05$). **Kết luận:** Khí cụ MARPE có hiệu quả nong tách đường khớp giữa XHT ở người bệnh có đường khớp đã trưởng thành, hiệu quả nong rộng đến từ nong rộng nền xương và làm rộng cung răng. **Từ khóa:** Nong Xương hàm trên, Khí cụ nong nhanh tựa trên Miniimplant

SUMMARY

MAXILLARY EXPANSION IN SKELETALLY MATURE PATIENTS WITH MICROIMPLANT-ASSISTED RAPID PALATAL EXPANSION (MARPE)

Objective: This study aims to assess the efficacy of maxillary skeletal expansion using the MARPE (Micro-Implant Assisted Rapid Palatal Expander) appliance in a cohort of Vietnamese patients with matured midpalatal sutures. **Subjects and methods:** A non-controlled clinical trial was conducted to evaluate pre- and post-treatment outcomes in 24 cases presenting with maxillary constriction and closed midpalatal sutures (cervical vertebrae maturation stage 5 or 6). Variables measured included maxillary dental arch width, basal bone width, length and width of the midpalatal sutures, and inclination of the root of

posterior maxillary teeth. These measurements were assessed using CBCT images obtained before and immediately after maxillary expansion. **Conclusion:** The mid-palatal suture is successfully separated in skeletally mature patients immediately after MARPE.

Keywords: Maxillary expansion, Miniimplant Assisted Rapid Palatal Expansion

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Hẹp xương hàm trên (XHT) là một vấn đề thường gặp trong nắn chỉnh răng, có thể gặp ở mọi lứa tuổi. Khí cụ nong xương tựa trên Miniscrew (MARPE – Miniscrew Assisted Rapid Maxillary Expander) là một thiết kế cải tiến của khí cụ ốc nong nhanh vòm miệng (RPE), sử dụng Miniimplant (MI) cố định khí cụ vào xương nhằm nong tách đường khớp giữa vòm miệng cũng như hạn chế các lực tác dụng phụ làm nghiêng răng ở người có đường khớp đã trưởng thành. Từ thiết kế ban đầu chỉ tựa trên 2 onplant, gần đây khí cụ đã được hoàn thiện bởi các nhà nghiên cứu Mỹ và Hàn Quốc^{1,2} với 4 điểm tựa trên 4 MI cắm hai bên đường khớp giữa và có ứng dụng rộng rãi trên thế giới.

Nghiên cứu nhằm đánh giá hiệu quả nong xương hàm trên của khí cụ MARPE ở nhóm người bệnh Việt Nam có đường khớp xương trưởng thành

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Nghiên cứu can thiệp lâm sàng đánh giá kết quả trước-sau ở 24 trường hợp (16 nữ, 8 nam) tại bệnh viện RHM trung ương Hà Nội, đối tượng nghiên cứu là người bệnh có các đặc điểm sau:

+ Kém phát triển chiều ngang xương hàm trên với chỉ số bất cân xứng chiều ngang hàm trên – hàm dưới nhiều hơn – 3 mm so với chỉ số bình thường)

+ Bệnh nhân có độ trưởng thành trên đốt sống cổ từ mức CVS 5, tuổi từ 15-30.

+ Mô nha chu khỏe mạnh, tụt lợi ít hơn 1mm ở vùng răng hàm lớn thứ nhất hàm trên trước điều trị.

2.2. Phương pháp nghiên cứu. Các biến số nghiên cứu được ghi nhận trên phim gồm đánh giá độ trưởng thành đốt sống cổ trên phim sọ nghiêng và đánh giá trên phim CBCT các đặc điểm của đường khớp và độ rộng hàm trên (theo

¹Bệnh viện Răng Hàm Mặt Trung ương Hà Nội
Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Thúy Nga
Email: thuyngamed@yahoo.com
Ngày nhận bài: 7.2.2024
Ngày phản biện khoa học: 22.3.2024
Ngày duyệt bài: 25.4.2024

bảng số liệu 2.1) tại 2 thời điểm: trước điều trị (T0), sau khi ngừng nong hàm (T1).

Bảng 2.1: Các số liệu nghiên cứu

Nhóm biến số	Loại biến
Các độ rộng ngang cung răng	Độ rộng liên răng nanh
	Độ rộng liên RHN thứ nhất
	Độ rộng liên RHL thứ nhất
	Độ rộng liên RHL thứ hai
Chỉ số Yonsei	Độ rộng HT tại tâm cắn (RHL thứ nhất)
	Độ rộng HD tại tâm cắn (RHL thứ nhất)
	Độ rộng hàm trên tại đỉnh nướu ngoài RHL thứ nhất
	Độ rộng hàm dưới tại đỉnh nướu ngoài RHL thứ nhất
Đường khớp	Mức độ cốt hóa (A/B/C/D/E)
Độ rộng đường khớp	Độ rộng vùng răng cửa (đo ở mức ngang xương khẩu cái (mức 1) và ngang nền mũi (mức 2))
	Độ rộng vùng liên RHN thứ nhất (mức 1 và mức 2)
	Độ rộng vùng liên RHL thứ nhất
Độ dài đường khớp	Độ dài đường khớp
	Độ dài đường khớp tách được
Độ nghiêng chân R	Góc trục RHN thứ nhất – XHT
	Góc trục RHL thứ nhất – XHT

Các phép đo tiến hành trên CBCT theo tuần tự sau:

Bước 1: Điều chỉnh trên lát Sagittal để xoay mặt phẳng Axial đi qua ANS - PNS.

Bước 2: Đo các độ rộng cung răng: Độ rộng liên RHL thứ nhất, độ rộng liên RHL thứ hai, độ rộng liên RHN thứ nhất, độ rộng liên răng nanh: đo ở lát cắt axial đi qua hố giữa răng, sau khi đã kiểm tra trên cả 3 mặt phẳng.

Bước 3: Đo chỉ số Yonsei³: Trên lát cắt coronal: Đo độ rộng hàm trên và hàm dưới tại tâm cắn (đi qua ché chân RHL thứ nhất hàm trên và hàm dưới) và tại đỉnh nướu ngoài RHL thứ nhất hàm.

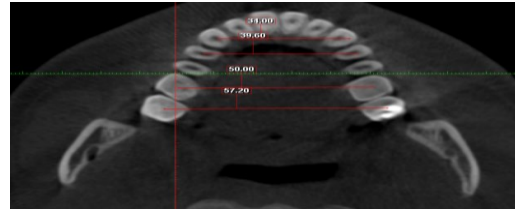
Bước 4: Đo độ nghiêng của RHN thứ nhất và RHL thứ nhất hàm trên: góc liên RHN và RHL trên mặt phẳng Coronal: đo từ điểm ché chân răng tới chóp chân vòm miệng⁴

Bước 5: Đo độ rộng, dài đường khớp

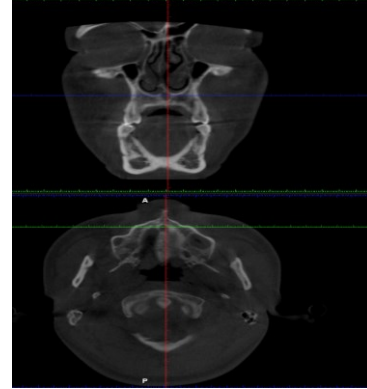
- Đánh giá mức độ cốt hóa của đường khớp trên lát cắt axial

- Độ dài đường khớp: Đo từ gai mũi trước đến gai mũi sau

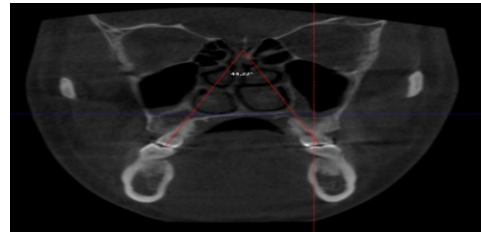
- Độ rộng đường khớp: đo độ rộng đường khớp trên axial ngang mức ống răng cửa, RHN thứ nhất và RHL thứ nhất



Hình 2.1. Các độ rộng được đo



Hình 2.2. Đo độ rộng đường khớp liên RHN thứ nhất



Hình 2.3. Đo độ nghiêng thân RHL thứ nhất hàm trên

2.3. Xử lý số liệu. Các số liệu nghiên cứu sau khi kiểm tra, được mã hóa, nhập và phân tích bằng phần mềm SPSS 16.0.

III. KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN

Nghiên cứu được thực hiện trên 16 bệnh nhân nữ và 8 bệnh nhân nam. Về tuổi, 17 bệnh nhân trong nhóm tuổi 15 – 17, chỉ có 7 bệnh nhân ở nhóm tuổi 18 – 23, Ở cả hai giới; tỷ lệ bệnh nhân trong nhóm tuổi từ 15 – 17 tuổi chiếm tỷ lệ cao hơn với 75% ở nhóm nữ và 62.5% ở nhóm nam. Đánh giá mức độ trưởng thành của bệnh nhân dựa trên đốt sống cổ, có 18 bệnh nhân đốt sống cổ ở mức 6 chiếm 75%, chỉ có 6 bệnh nhân đốt sống cổ ở mức 5 (chiếm 25%).

Hiệu quả nong XHT với khí cụ Marpe được ghi nhận ở những thay đổi về độ rộng cung hàm trên, độ rộng nền xương và độ rộng đường khớp.

Ngay sau khi nong, kết quả nghiên cứu ở Bảng 3.1 và 3.2 thể hiện rõ việc tăng có ý nghĩa độ rộng xương hàm trên trước và sau nong ($p < 0.000$), dù là đo các chỉ số trên răng (độ

rộng cung hàm ở răng nanh, RHN, RHL) hay các chỉ số trên xương (chỉ số Yonsei). Đo trên cung răng, mức độ tăng trung bình độ rộng cung hàm trên ở ngang mức răng nanh, RHN thứ nhất, RHL thứ nhất và thứ hai lần lượt là 4.00, 5.61 và 6.10 và 4.71, mức tăng có ý nghĩa thống kê, đánh giá mức mở rộng thực sự của nền xương dựa trên chỉ số Yonsei, cho thấy sự tăng của độ rộng hàm trên ở mức tâm căn RHL thứ nhất là 4.31±1.31 mm (p < 0.000).

So sánh với kết quả nong của một số nghiên cứu tương tự sử dụng khí cụ MARPE, hiệu quả

nong rộng cung răng của chúng tôi khá tương đồng. Tác giả Sung- Hwan Choi² và cộng sự nghiên cứu trên 20 bệnh nhân trưởng thành trên 18 tuổi, đạt kết quả nong rộng với vùng liên răng nanh, RHN thứ nhất, RHL thứ nhất lần lượt là 2,86; 6,09; 8,32. Các kết quả ở vùng RHN, RHL thứ nhất và thứ hai trong nghiên cứu của Lu Lin³ là 4,0; 3,46; 3,03; Yu- Jin- Seo⁴ là 5,93; 4,90; 4,44. Hai tác giả này đều có hiệu quả nong ở mức ngang răng RHL thứ nhất và thứ hai ít hơn so với kết quả nghiên cứu của chúng tôi.

Bảng 3.1: Sự thay đổi các chỉ số chiều rộng cung răng hàm trên sau nong

Đặc điểm	N	Trung bình ± Độ lệch (mm)			p
		Trước nong	Sau nong	Chênh lệch trước - sau	
Vùng liên răng nanh	24	30.68 ± 2.44	34.68 ± 3.34	4.00 ± 2.54	0.000
Vùng liên RHN I	24	37.41 ± 3.91	43.02 ± 3.18	5.61 ± 3.44	0.000
Vùng liên RHL I	24	48.33 ± 4.01	54.43 ± 2.95	6.10 ± 3.25	0.000
Vùng liên RHL II	23	52.65 ± 4.89	57.36 ± 4.57	4.71 ± 3.93	0.000

Bảng 3.2: Sự thay đổi độ rộng xương hàm trên sau nong hàm

Đặc điểm	N	Trung bình ± Độ lệch (mm)			p
		Trước nong	Sau nong	Chênh lệch trước - sau	
Độ rộng ngang tâm căn RHL I	24	45.81 ± 3.17	50.19 ± 2.62	4.38 ± 1.75	0.000
Độ rộng ngang múi ngoài RHL I	24	55.70 ± 3.34	60.73 ± 11.95	5.03 ± 11.95	0.051
Chỉ số Yonsei	24	-4.50 ± 3.54	-0.28 ± 3.71	4.21 ± 1.67	0.000

Quan sát những thay đổi tại đường khớp giữa, chúng tôi ghi nhận 100 % các trường hợp trong nghiên cứu có sự tách rời hoàn toàn đường khớp giữa quan sát được trên phim CBCT theo suốt chiều dọc của đường khớp (axial view) cũng

như trên lâm sàng với 100 % trường hợp xuất hiện khe thưa giữa hai răng cửa hàm trên. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu khác của Carlson (2016), Choi (2016), Lee (2010)^{1,2,5}.

Bảng 3.3: Sự thay đổi của độ rộng đường khớp sau nong hàm

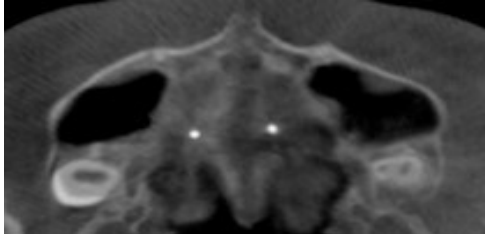
Đặc điểm	N	Trung bình ± Độ lệch (mm)			p
		Trước nong	Sau nong	Chênh lệch trước - sau	
Độ rộng đường khớp vị trí ngang răng cửa (mức 1)	24	0.48 ± 0.76	3.63 ± 1.85	3.15 ± 2.00	0.000
Độ rộng đường khớp vị trí ngang răng cửa (mức 2)	24	1.08 ± 1.27	4.54 ± 2.15	3.47 ± 2.10	0.000
Độ rộng đường khớp vị trí ngang RHN I (mức 1)	24	1.46 ± 1.96	4.05 ± 2.19	2.58 ± 2.19	0.000
Độ rộng đường khớp vị trí ngang RHN I (mức 2)	24	1.24 ± 1.45	4.21 ± 2.35	2.97 ± 2.86	0.000
Độ rộng đường khớp vị trí ngang RHL I	24	0.52 ± 0.49	3.08 ± 1.53	2.57 ± 1.64	0.000
Độ dài đường khớp tách được	24	45.15 ± 3.34	45.15 ± 3.34	0	0.000

Theo chiều dọc của đường khớp, đường khớp được tách theo dạng hơi chữ V với đường khớp phía trước được tách rộng hơn đường khớp phía sau. (Bảng 3.3). Độ rộng đường khớp tách trung bình ở vùng răng cửa là 3.47 mm, vùng răng hàm nhỏ lần lượt là 4.21 mm, vùng răng hàm lớn là 2.57 mm. Điều này được lý giải phù hợp với nhận định của Angelieri F và cs (2013)⁶ khi mô tả quá trình cốt hóa của đường khớp giữa vòm miệng: bắt đầu từ vùng đường khớp phía sau giữa 2 xương khẩu cái, tiếp đó ở vùng phía

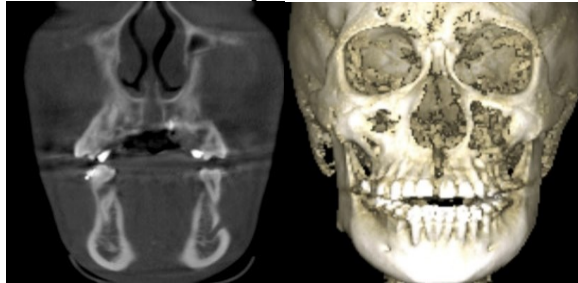
trước vòm miệng và kết thúc ở vùng giữa.

Kết quả của chúng tôi cũng tương đồng với kết quả nghiên cứu Kelly Nguyen⁷ (2.55 ± 0.71), Wilmes et al (2010)⁸ với việc quan sát thấy đường khớp được mở theo dạng chữ V với đáy ở vùng răng trước. Lin et al. (2015)³ nhận thấy khi nong XHT với khí cụ nong nhanh thông thường, đường khớp mở theo hình tam giác với mức mở rộng hơn ở vùng tiền hàm, trong khi đường khớp được mở song song trong nhóm sử dụng khí cụ nong Marpe.

Theo chiều cao, nhìn từ mặt phẳng trán (coronal view), độ rộng đường khớp tách trung bình mức vòm miệng là 3.47 mm, mức nền mũi là 3.15mm ở vùng răng cửa, và lần lượt là 4.21 mm, 4.15 mm ở vùng răng hàm nhỏ. Như vậy, trong nghiên cứu của chúng tôi, đường khớp được tách song song theo suốt chiều cao của đường khớp.



Hình 4.2: Đặc điểm tách đường khớp giữa theo chiều dọc trên lát cắt axial



Hình 4.3: Đường khớp được tách rời song song theo chiều cao trong nghiên cứu của chúng tôi (ảnh chụp trên lát cắt coronal và 3D)

Kết quả trong nghiên cứu của chúng tôi có ưu điểm hơn so với kết quả trong nghiên cứu của Lin và cs³ quan sát thấy đường khớp tách theo hình tam giác với độ mở rộng nhất ở mức sát vòm miệng và độ mở ít nhất ở mức sát nền mũi. Sự khác biệt về mức độ song song khi mở đường khớp có thể là do khác biệt về thiết kế khí cụ, với việc sử dụng 2 hay 4 MI neo chặn và vị trí đặt MI. Một số tác giả cho rằng đường khớp có thể mở khác nhau do vị trí đặt khí cụ nong khác nhau, cụ thể nếu đặt khí cụ lùi về sau hơn sẽ đạt hiệu quả tách đường khớp song song hơn.

Nếu tính phần trăm thay đổi ở xương, thì tỉ lệ độ rộng đường khớp trên tỉ lệ thay đổi ở độ rộng hàm trên đo giữa 2 tâm cắn RHL thứ nhất là $2.57/4.38 = 58,67 \%$, như vậy MARPE mang đến hơn 50 % thay đổi ở xương, phần còn lại (49 %) do thay đổi ở răng và xương ổ răng. Kết quả này lớn hơn so với kết quả của Kelly Nguyễn⁷, sử dụng hệ thống MARPE của Won Moon (41 % xương và 59 % răng). Tỉ lệ so với thay đổi độ rộng ở mức ngang R 6 vùng tâm cắn / mũi ngoài RHL thứ nhất là $4.38/5.03$. Thay đổi ở xương này tương tự như kết quả của thay đổi

ở xương khi dùng kỹ thuật nong xương bằng phẫu thuật (SARPE) do Chamberlain và Proffit⁹ báo cáo trên nhóm bệnh nhân 15-54 tuổi (đạt 46% nong xương ngay sau khi phẫu thuật).

So sánh với hiệu quả nong sử dụng ốc nong nhanh (RPE) thông thường trên bệnh nhân trước đình tăng trưởng các nghiên cứu cho thấy nong rộng đường khớp chiếm 38% của tổng kích thước nong ở vùng răng hàm lớn thứ nhất. Nghiên cứu của Blais et al. cũng cho kết quả tương tự với hiệu quả nong xương trung bình của khí cụ nong nhanh tựa trên răng thông thường (RPE) và khí cụ nong tựa trên xương (MARPE) lần lượt là 41% và 65%.

Đánh giá các thay đổi ở răng, chúng tôi ghi nhận các răng bị tăng mức độ ngả về phía tiền đình thể hiện ở tăng góc liên trục RHL và RHN thứ nhất. Trung bình các răng bị ngả về phía tiền đình thêm khoảng $8,93^\circ$ và $11,25^\circ$ ($p < 0,05$) tương ứng vị trí của RHN và RHL thứ nhất. So sánh với nghiên cứu của Park JJ¹⁰ (2017) có góc liên chân RHN thứ nhất tăng thêm $2,2 \pm 10,6$, góc liên chân RHL thứ nhất tăng thêm $5,8 \pm 5,7^\circ$ ($p < 0,000$). Các tác giả đều cho thấy mức độ nghiêng răng này nằm trong giới hạn bù trừ và có thể chỉnh sửa ở giai đoạn sau bằng dựng lại trục răng. Mô nha chủ khỏe mạnh là yếu tố quan trọng cần đánh giá trước khi sử dụng khí cụ nong hàm để tránh tình trạng tiêu xương, tụt lợi khi các răng có tăng nghiêng ngoài.

IV. KẾT LUẬN

Nghiên cứu trên nhóm 24 người bệnh (16 nữ, 8 nam) sử dụng khí cụ MARPE với thiết kế dùng neo chặn trên 4 MI, hai MI vùng răng trước, 2 MI vùng răng sau, cho hiệu quả nong tách đường khớp giữa hoàn toàn theo suốt chiều dọc và chiều cao đường khớp ở người có đường khớp trưởng thành, với đặc điểm đường khớp được tách hơi dạng chữ V từ sau ra trước và tách song song từ trên xuống dưới. Hiệu quả nong rộng hàm trên đạt được 58% từ tách đường khớp giữa, và 42% từ thay đổi ở răng và xương ổ răng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Carlson C, Sung J, McComb RW et al** (2016). Microimplant assisted rapid palatal expansion appliance to orthopedically correct transverse maxillary deficiency in an adult. Am J Orthod Dentofacial Orthop.149(5):716-28. 25.
2. **Choi SH, Shi KK, Cha JY et al** (2016). Non surgical miniscrew-assisted rapid maxillary expansion results in acceptable stability in young adults. Angle Orthod. Sept:86(5):713-20.
3. **Lin L, Ahn H, Kim S et al** (2015). Tooth-borne vs bone-borne rapid maxillary expanders in late adolescence. The Angle orthodontist. 2015

- Mar;85(2):253-62.
4. **Yu Jin Seo, Kyn Rhim Chung, Seong Hun Kim et al** (2015). Camouflage treatment of skeletal class III malocclusion with asymmetry using a bone-borne rapid maxillary expander. *Angle Orthod.* Mar 85(2): 322 – 334.
 5. **Lee K, Park Y, Park J, Hwang W** (2010). Miniscrew-assisted nonsurgical palatal expansion before orthognathic surgery for a patient with severe mandibular prognathism. *American Journal of Orthodontics and Dentofacial Orthopedics.* 137(6):830-9.
 6. **Angelieri F., Cevidanes H. et al** (2013). Midpalatal suture maturation: classification method for individual assessment before rapid maxillary expansion. *Am J Orthod Dentofacial Orthop.* Nov;144(5):759-69.
 7. **Kelly Nguyen** (2017). Retrospective prospective Evaluation of Sk evaluation of Skeletal, Dent eletal, Dentoalveolar, and Periodontal Changes of Microimplant Assisted Rapid Palatal Expansion (MARPE) In Skeletally Matured Patients. Thesis of Master. School of Dentistry, West Virginia University.
 8. **Wilmes B, Nienkemper** (2010). Application and effectiveness of mini implant and tooth borne rapid palatal expansion device: the hybrid hyrax. *World Journal of Orthodontics.* 11(4): 323 – 330.
 9. **Chamberland S, Proffit WR** (2011). Short-term and long-term stability of surgically assisted rapid palatal expansion revisited. *American Journal of Orthodontics & Dentofacial Orthopedics.* 139(6):822.
 10. **Jung Jin Park** (2017). Skeletal and Dentoalveolar Changes after Skeletal Anchorage-assisted Rapid Palatal Expansion in Young Adults: A Cone Beam Computed Tomography Study. *APOS Trends in orthodontics.* Vol 7 issue 3. 127-128

PHÒNG NGỪA VÀ XỬ TRÍ BIẾN CHỨNG PHẪU THUẬT NÂNG MŨI: BÁO CÁO CA LÂM SÀNG

Nguyễn Đức Vượng¹, Võ Hương Duyên¹,
Nguyễn Đình Chương¹, Trần Đình Khả², Nguyễn Thị Kiều Thơ¹

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Phẫu thuật nâng mũi là một trong những phương pháp phẫu thuật thẩm mỹ phổ biến nhất. Tuy nhiên, như mọi phẫu thuật khác, có thể xảy ra các biến chứng sau phẫu thuật nâng mũi. Việc phòng ngừa và xử trí các biến chứng này là một phần quan trọng trong quá trình điều trị. Lựa chọn phương thức xử trí biến chứng thích hợp tùy theo từng trường hợp bệnh nhân cụ thể. **Ca lâm sàng:** Bệnh nhân nữ, 30 tuổi, được phẫu thuật nâng mũi trước đó 18 tháng. Không ghi nhận rõ phương pháp phẫu thuật và vật liệu đã sử dụng để nâng mũi. Ngay sau phẫu thuật, bệnh nhân có triệu chứng sưng nề và đau toàn bộ mũi. Bệnh nhân được điều trị với kháng sinh và kháng viêm trong thời gian dài nhưng không cải thiện. Tại thời điểm chúng tôi tiếp nhận, bệnh nhân sưng nề toàn bộ mũi, ấn đau dọc tháp mũi và đầu mũi. Nội soi mũi ghi nhận niêm mạc tiền đình mũi phù nề và đọng mủ đục. Bệnh nhân được chẩn đoán nhiễm trùng sau phẫu thuật nâng mũi không đáp ứng điều trị nội khoa. Tiến hành phẫu thuật mũi mở thám sát ghi nhận khối mô mỡ và lợn cợn mủ đục; bên dưới lớp mô mỡ là khối vật liệu nâng mũi nhân tạo cùng nhiều mảnh vụn cứng. Lấy trọn khối vật liệu nâng mũi nhân tạo, các mảnh vụn cứng và mô mỡ. Sau phẫu thuật 1 tháng, mũi hết sưng đau, vết thương lành tốt. Nội soi tiền đình mũi không sưng nề, không đọng mủ. Bệnh nhân

mong muốn thực hiện chỉnh hình mũi sau khi tình trạng ổn định. **Bàn luận:** Biến chứng sau phẫu thuật nâng mũi có thể xảy ra. Việc theo dõi, phát hiện sớm và chẩn đoán chính xác là chìa khóa quan trọng trong việc xử trí thành công. Từ đó giúp đảm bảo kết quả điều trị tốt nhất cho bệnh nhân cả về mặt thẩm mỹ và chức năng. Ở bệnh nhân này, khi chúng tôi tiếp nhận, tình trạng nhiễm trùng đã xảy ra trong một thời gian dài trước đó. Tuy nhiên, nhờ sự kết hợp giữa phẫu thuật lấy vật liệu nâng mũi nhân tạo, cắt lọc sạch mô viêm và sử dụng kháng sinh hợp lý đã giúp xử lý triệt để tình trạng nhiễm trùng của bệnh nhân. **Kết luận:** Phẫu thuật nâng mũi là phương pháp phẫu thuật thẩm mỹ phổ biến, tuy nhiên có thể xảy ra các biến chứng sau phẫu thuật. Việc phòng ngừa, phát hiện sớm và xử lý kịp thời biến chứng nếu có là điều cần thiết để đảm bảo kết quả phẫu thuật tốt về cả mặt thẩm mỹ và chức năng.

Từ khóa: Phẫu thuật nâng mũi, biến chứng phẫu thuật nâng mũi, vật liệu nâng mũi nhân tạo.

SUMMARY

PREVENTION AND MANAGEMENT OF RHINOPLASTY COMPLICATIONS: A CLINICAL CASE REPORT

Objectives: Rhinoplasty is one of the most popular cosmetic surgical procedures. However, like any other surgery, complications may arise after rhinoplasty. Preventing and managing these complications are integral parts of the treatment process. The appropriate methods for managing complications depend on each individual case. **Case report:** A 30-year-old female patient underwent rhinoplasty 18 months prior to admission. The surgical technique and materials used for the rhinoplasty procedure were not clearly documented. Immediately

¹Đại học Y Dược TP HCM

²Bệnh viện Nhân Dân Gia Định

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Kiều Thơ

Email: drkietho@ump.edu.vn

Ngày nhận bài: 8.2.2024

Ngày phản biện khoa học: 22.3.2024

Ngày duyệt bài: 23.4.2024