

chỉ chiếm một tỷ lệ nhỏ mặc dù đây cũng có thể là một trong những yếu tố nguy cơ làm gia tăng tiểu máu trên nhóm BN thận đa nang.

Một trong những hình ảnh điển hình của bệnh thận đa nang di truyền gen trội là các nang kèm theo ở cơ quan khác. Trong chẩn đoán, nếu kết hợp tiền sử gia đình có bệnh thận đa nang và hình ảnh siêu âm thấy nang gan, tụy, lách có thể chẩn đoán ngay thận đa nang. Chúng tôi ghi nhận 71,9% BN có kèm theo nang gan, chưa phát hiện được nang ở cơ quan khác (bảng 4). So sánh với một số nghiên cứu tại Việt Nam và trên thế giới, tỷ lệ cụ thể như sau: theo Nguyễn Thị Nga nang gan chiếm 24/56 bệnh nhân – tỷ lệ 42,9% [4]; theo Đinh Gia Hưng nang gan chiếm 56% [5]; theo Farooq Z. thì 91% có ít nhất 1 nang gan và 12% có nhiều nang gan [8].

V. KẾT LUẬN

Bệnh thận đa nang có biến chứng thường gặp ở người trung niên và cao tuổi từ 40 đến 60 tuổi (61,6%). Biến chứng tại thận thường gặp là đái máu (57,5%), chảy máu trong nang (37,6%) hoặc nhiễm trùng nang (21,9%). Biến chứng toàn thân là suy thận (93,8%) và tăng huyết áp (100%). Cần kết hợp lâm sàng và chẩn đoán hình ảnh để lựa chọn biện pháp phẫu thuật phù hợp với các biến chứng của bệnh.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Willey CJ, Blais JD, Hall AK. et al (2016).

Prevalence of autosomal dominant polycystic kidney disease in the European Union, *Nephrol Dial Transplant*, 32(8), pg 1356-1363

2. Chen K, Tan YG, Tan D. et al (2018). Predictors and outcomes of laparoscopic nephrectomy in autosomal dominant polycystic kidney disease, *Investig Clin Urol*, 59, pg 238-245.
3. Solazzo A, Giovannella S, Carrera P. et al (2018). The prevalence of autosomal dominant polycystic kidney disease (ADPKD): A meta-analysis of European literature and prevalence evaluation in the Italian province of Modena suggest that ADPKD is a rare and underdiagnosed condition *PLoS One*, 13(1), pg e0190430.
4. Nguyễn Thị Nga (2013). Tìm hiểu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và một số biến chứng của bệnh thận đa nang tại Khoa Thận-tiết niệu Bệnh viện Bạch Mai, Khóa luận tốt nghiệp bác sỹ Y khoa, Trường Đại học Y Hà Nội.
5. Đinh Gia Hưng (2008). Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng bệnh thận đa nang bẩm sinh ở người trưởng thành điều trị tại khoa Thận Tiết niệu Bệnh viện Bạch Mai, Luận văn tốt nghiệp bác sỹ chuyên khoa cấp II, Trường Đại học Y Hà Nội.
6. Abraham GP, Siddaiah AT, Das K. et al. (2015). Laparoscopic nephrectomy for autosomal dominant polycystic kidneys in patients with end-stage renal disease on maintenance hemodialysis: 10-year single surgeon experience from an Indian center, *J Minim Access Surg*, 11(3), pg PMC4499924.
7. Pei Y., Hwang Y.H., Conklin J. et al (2015). Imaging-based diagnosis of autosomal dominant polycystic kidney disease, *J Am Soc Nephrol*, pg 26:746.
8. Farooq Z., Behzadi A.H., Blumenfeld J.D. et al (2017). Complex liver cysts in Autosomal Dominant Polycystic Kidney Disease, *Clin Imaging*, 46, pg 98-101.

SỰ THAY ĐỔI TRÊN PHIM SỌ NGHIÊNG CỦA MÔ CỨNG VÀ MÔ MỀM SAU PHẪU THUẬT CHỈNH HÌNH MẮT TIỀN HÀM ĐIỀU TRỊ VẤU HAI HÀM

Lê Thị Thu Hải¹, Nguyễn Thị Hồng Minh², Võ thị Thúy Hồng²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nhận xét sự thay đổi trên phim sọ nghiêng của mô cứng và mô mềm sau phẫu thuật chỉnh hình mắt tiền hàm điều trị vấu hai hàm. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả chùm ca bệnh được thực hiện trên phim sọ nghiêng trước mổ và sau mổ của 21 bệnh nhân vấu hai hàm (21 nữ, 0 nam) được điều trị chỉnh hình mắt tiền hàm tại Bệnh viện Răng Hàm Mặt trung ương Hà Nội và Bệnh viện Trung ương Quân đội 108, thời gian từ tháng 1/2018

đến tháng 2/2021. Nghiên cứu mô tả sự thay đổi các chỉ số và điểm mốc trên 21 cặp phim sọ nghiêng trước và sau phẫu thuật chỉnh hình mắt tiền hàm điều trị vấu hai hàm. **Kết quả:** Góc SNA, SNB giảm trung bình lần lượt 3,8° và 2,8°. Góc trục răng cửa trên (I/MxP) và răng cửa dưới (IMPA) giảm trung bình lần lượt 23,1° và 9,5°. Góc liên răng cửa (IIA) tăng trung bình 14°. Độ nhô răng cửa hàm trên (1u-NA) và hàm dưới (1l-NB) giảm trung bình lần lượt 1,3mm và 0,8mm, cần chàm giảm 0,5 mm, độ cần chia không có sự thay đổi có ý nghĩa thống kê. Góc mũi môi và góc Z tăng trung bình lần lượt 16,5° và 8,1°, góc lồi mắt N'SnPog' không có sự thay đổi có ý nghĩa thống kê. Độ nhô môi trên và môi dưới (khoảng cách tới đường E) giảm trung bình lần lượt 1,8 mm và 3,6 mm. Các điểm mốc mô cứng ANS, Is, Ii lùi trung bình theo trục X lần lượt 6,74; 8,04 và 6,70mm. Các điểm mốc mô mềm Prn, Cm, Sn, Ls, Li lùi trung bình theo trục X lần lượt 2,27; 2,77; 3,58; 6,25 và 7,15mm. Các điểm mốc không có sự thay đổi khoảng cách có ý nghĩa thống kê theo trục

¹Bệnh viện Trung ương Quân đội 108

²Bệnh viện Răng Hàm Mặt TƯ Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Lê Thị Thu Hải

Email: lethuhai2009@gmail.com

Ngày nhận bài: 5/4/2022

Ngày phản biện khoa học: 28/4/2022

Ngày duyệt bài: 14/5/2022

Y. Tỷ lệ di chuyển mô mềm theo mô cứng ở hàm trên và hàm dưới trong nghiên cứu của chúng tôi lần lượt là 77% và 105%. **Kết luận:** Phẫu thuật chỉnh hình mẫu tiền hàm là một phương pháp điều trị có tác dụng đẩy lùi các cấu trúc mô cứng và mô mềm hiệu quả trong điều trị vẩu hai hàm.

Từ khóa: Vẩu hai hàm, chỉnh hình mẫu tiền hàm, phim sọ nghiêng

SUMMARY

CHANGES ON LATERAL CEPHALOMETRIC RADIOGRAPHS OF HARD AND SOFT TISSUE FOLLOWING CORRECTION OF BIMAXILLARY PROTRUSION WITH ANTERIOR SEGMENTAL OSTEOTOMY (ASO)

Objectives: evaluate the change on lateral cephalometric radiographs of hard and soft tissues following correction of bimaxillary protrusion with ASO. **Material and methods:** A case series study is performed on pre-operative and postoperative lateral cephalometric radiographs of 21 patients with bimaxillary protrusion (21 female, 0 male) who underwent anterior segmental osteotomy on the maxilla and mandible. The study describes the change of measurements and landmark's position on 21 pairs of lateral cephalometric radiographs taken right before and at least 6 months after surgery. **Results:** Comparison of lateral cephalometric radiographs before and after surgery showed: SNA, SNB angles decreased on average 3,8° and 2,8°, respectively. The inclination angle of the maxillary incisor (I/MxP) and the lower incisor (IMPA) decreased by an average of 23,1° and 9,5°, respectively. The interincisor angle (IIA) increased on average of 14°. Protrusion of maxillary incisors (1u-NA) and mandibular (1l-NB) decreased on average by 1,3mm and 0,8mm, overbite decreased by 0,5 mm, overjet change was not statistically significant. Nasolabial angle and Z angle increased on average by 16,5° and 8,1°, respectively, N'SnPog' angle had no statistically significant change. Upper lip and lower lip protrusion (distance to E line) decreased by 1,8 mm and 3,6 mm, respectively. The hard tissue landmarks ANS, Is, Ii retracted on average on the X-axis by 6,74; 8,04 and 6,70mm, respectively. The soft tissue landmarks Prn, Cm, Sn, Ls, Li retracted on the X axis on average by 2,27; 2,77; 3,58; 6,25 and 7,15mm. Both soft and hard tissue landmarks do not have a statistically significant distance change on the Y axis. The soft-to-hard-tissue ratio in the maxilla and mandible in our study was 77% and 105%, respectively. **Conclusion:** ASO is an effective treatment method in bimaxillary protrusion cases.

Keywords: Bimaxillary protrusion, anterior segmental osteotomy, lateral cephalometric

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Vẩu hai hàm được đặc trưng bởi sự nhô, nghiêng ngoài của răng cửa hàm trên, răng cửa hàm dưới, môi nhô, mặt nghiêng lồi và xếp hạng thứ 6/7 về nhu cầu điều trị thẩm mỹ trong các kiểu mặt nghiêng¹. Kiểu mặt này thường thấy ở người châu Á và người Mỹ gốc Phi. Chính vì vậy,

nhu cầu điều trị vẩu hai hàm của người Việt Nam là rất lớn.

Phẫu thuật chỉnh hình mẫu tiền hàm kết hợp nắn chỉnh có ưu điểm chính so với nắn chỉnh răng đơn thuần là khả năng rút ngắn thời gian điều trị và bệnh nhân có thể thấy sự thay đổi gần như ngay sau phẫu thuật đối với nhóm bệnh nhân vẩu xương nặng.

Phim sọ nghiêng có vai trò quan trọng trong chẩn đoán và điều trị các trường hợp bất cân xứng hàm mặt nói chung và vẩu hai hàm nói riêng. Để nâng cao tính chuẩn xác trong tiên lượng và lên kế hoạch phẫu thuật chỉnh hình hàm, trên thế giới đã có nhiều nghiên cứu đánh giá tương quan giữa sự thay đổi của mô cứng và mô mềm ở các kỹ thuật cắt chỉnh xương hàm, tuy nhiên các nghiên cứu về sự thay đổi đó trong phẫu thuật chỉnh hình mẫu tiền hàm còn hiếm và chưa đầy đủ. Đặc biệt, tại Việt Nam số lượng nghiên cứu tổng hợp, đánh giá sự đáp ứng của mô mềm theo mô cứng còn ít. Chính vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này ở mục tiêu: *Nhận xét sự thay đổi trên phim sọ nghiêng của mô cứng và mô mềm sau phẫu thuật chỉnh hình mẫu tiền hàm điều trị vẩu hai hàm.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Phim sọ nghiêng trước mổ và sau mổ của 21 bệnh nhân vẩu hai hàm (21 nữ, 0 nam) được điều trị chỉnh hình mẫu tiền hàm tại Bệnh viện Răng Hàm Mặt trung ương Hà Nội và Bệnh viện Trung ương Quân đội 108, thời gian từ tháng 1/2018 đến tháng 2/2021.

Tiêu chuẩn lựa chọn. Phim sọ nghiêng đạt tiêu chuẩn của các bệnh nhân trên 18 tuổi đối với nam, trên 16 tuổi đối với nữ được chẩn đoán vẩu hai hàm với ít nhất một trong các tiêu chí sau:

- Xương: Góc SNA lớn hơn 82° và:
 - + Góc SNB nhỏ hơn 80° hoặc:
 - + Góc SNB lớn hơn 80° nhưng góc SND ≤ 76°
- Phần mềm: Kiểu mặt nghiêng lồi (N-SnPog' nhỏ hơn 163° ở nam và 167° ở nữ)
- Răng: Góc trục liên răng cửa nhỏ hơn 116°

Tiêu chuẩn loại trừ

- Phim XQ sọ nghiêng không đủ tiêu chuẩn.

2.1. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Mô tả chùm ca bệnh

- Tất cả các phim sọ nghiêng trước và sau phẫu thuật tối thiểu 6 tháng được đo bởi cùng một người bằng phần mềm Vistadent 4.2 (Dentsply Sirona, Hoa Kỳ)

- Phân tích phim bằng phần mềm Vistadent OC 4.2 (Dentsply Sirona, Hoa Kỳ) để đánh giá sự

thay đổi mô cứng và mô mềm.

+ So sánh các chỉ số mô cứng và mô mềm trên phim sọ nghiêng trước và sau phẫu thuật.

+ Xác định sự di chuyển của một số điểm mốc mô cứng, mô mềm so với trục X và trục Y, trong đó trục X là đường thẳng song song với mặt phẳng Frankfort và đi qua điểm S, trục Y là đường vuông góc với trục X và đi qua điểm S.

Xử lý và phân tích số liệu bằng phần mềm SPSS 22.0 (IBM, Hoa Kỳ).

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Nhóm nghiên cứu là 21 cặp phim sọ nghiêng trước và sau phẫu thuật của 21 bệnh nhân vẩu hai hàm, trong đó có 0 nam và 21 nữ, tuổi từ 17 đến 44, tuổi trung bình là $33 \pm 7,6$.

Bảng 1. So sánh các chỉ số về tương quan xương hàm trên, xương hàm dưới trước và sau phẫu thuật

Tương quan		Trước mổ	Sau mổ	p
		TB \pm SD	TB \pm SD	
HT-nền sọ	SNA ($^{\circ}$)	83,4 \pm 3,7	79,6 \pm 4,0	<0,0005
HD-nền sọ	SNB ($^{\circ}$)	77,7 \pm 4,5	74,8 \pm 4,7	<0,0005
Hai hàm	ANB ($^{\circ}$)	5,7 \pm 3,2	4,8 \pm 2,1	1,000

Nhận xét: Sau phẫu thuật góc SNA và SNB đều giảm, khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,0005$.

Bảng 2. So sánh các chỉ số về răng trước và sau phẫu thuật

Tương quan		Trước mổ	Sau mổ	p
		TB \pm SD	TB \pm SD	
Răng	IMPA ($^{\circ}$)	101,1 \pm 7,9	91,6 \pm 6,1	<0,0005
	I/MxP ($^{\circ}$)	132,8 \pm 7,6	109,6 \pm 9,6	<0,0005
	IIA ($^{\circ}$)	110,1 \pm 10,9	124,2 \pm 12,2	<0,0005
	1u-NA (mm)	7,4 \pm 2,7	6,0 \pm 3,1	0,008
	1l-NB (mm)	10,3 \pm 2,3	9,6 \pm 0,9	0,042
	Căn chùm (mm)	1,4 \pm 1,9	0,8 \pm 1,3	0,005
	Căn chìa (mm)	4,4 \pm 3	3,2 \pm 1,8	0,641

Nhận xét: Trục và độ nhô răng cửa trên và răng cửa dưới đều giảm sau phẫu thuật với sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Nhờ đó, góc liên răng cửa tăng rõ rệt ($p < 0,0005$). Độ căn chùm và chìa đều giảm tuy nhiên sự thay đổi của độ căn chùm giảm có ý nghĩa thống kê.

Bảng 3. So sánh các chỉ số về tương quan mô mềm trước và sau phẫu thuật

Tương quan		Trước mổ	Sau mổ	p
		TB \pm SD	TB \pm SD	
Mô Imềm	Cm-Sn-Ls ($^{\circ}$)	91,7 \pm 10,0	108 \pm 10,5	<0,0005
	N'SnPog' ($^{\circ}$)	161,2 \pm 6,1	159,8 \pm 4,2	0,405
	Góc Z ($^{\circ}$)	58,5 \pm 9,8	63,6 \pm 4,4	0,010
	Gl'SnPog' ($^{\circ}$)	166,2 \pm 5,8	163,8 \pm 5,1	0,090
	Li-E line (mm)	5,5 \pm 2,6	1,8 \pm 1,48	<0,0005
	Ls-E line (mm)	1,8 \pm 2,2	0 \pm 1,67	0,017

Nhận xét: Góc mũi môi (Cm-Sn-Ls), góc Z tăng có ý nghĩa thống kê; Khoảng cách từ môi trên và môi dưới đến đường E đều giảm sau phẫu thuật, khác biệt có ý nghĩa thống kê với p lần lượt <0,0005 và 0,017.

Bảng 4. Sự thay đổi khoảng cách từ các điểm mốc mô xương theo các trục tham chiếu sau phẫu thuật

Điểm mốc	Trục X		Trục Y	
	TB (mm)	SD (mm)	TB (mm)	SD (mm)
ANS	6,74**	2,16	0,89 (NS)	5,17
Is	8,04**	2,97	-0,34 (NS)	6,73
Ii	6,70**	1,01	-0,13 (NS)	6,92
Pog	2,13*	2,54	-3,26 (NS)	4,33
Gn	2,15 (NS)	3,09	-3,22 (NS)	4,02
Me	1,63 (NS)	1,98	-3,39 (NS)	4,34

*: $p < 0,05$; **: $p < 0,001$; NS: không có ý nghĩa thống kê

Nhận xét: Trong các điểm mốc mô cứng, sự thay đổi vị trí theo trục X của ANS, Is, Ii, Pog có ý nghĩa thống kê.

Bảng 5. Sự thay đổi các khoảng cách từ các điểm mốc mô mềm theo các trục tham chiếu sau phẫu thuật

Điểm mốc	Trục X		Trục Y	
	TB (mm)	SD (mm)	TB (mm)	SD (mm)
Prn	2,27*	2,84	-1,13 (NS)	3,39
Cm	2,77*	2,42	-1,31 (NS)	3,01
Sn	3,58*	2,07	-2,52 (NS)	4,42
Ls	6,25**	2,81	-1,59 (NS)	4,91
Li	7,15**	2,11	0,88 (NS)	2,39
Pog'	5,69*	4,01	-4,36 (NS)	9,52
Gn'	5,89*	6,13	-5,71 (NS)	6,08
Me'	2,22 (NS)	1,64	-3,63 (NS)	5,49

*: $p < 0,05$; **: $p < 0,001$

NS: không có ý nghĩa thống kê

Nhận xét: Trong các điểm mốc mô mềm, sự thay đổi vị trí theo trục X của Prn, Cm, Sn, Ls, Li, Pog', Gn' có ý nghĩa thống kê. Không có sự thay đổi vị trí theo trục Y có ý nghĩa thống kê.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Sự thay đổi các chỉ số mô cứng và mô mềm trên phim sọ nghiêng sau phẫu thuật. Phần lớn các chỉ số mô cứng, mô mềm trên phim sọ nghiêng đều thay đổi theo hướng thuận lợi, cải thiện thẩm mỹ cho người bệnh:

- Góc SNA và SNB lần lượt giảm trung bình $3,8^\circ$ và $2,9^\circ$, tương đồng với kết quả nghiên cứu của Lee² và cộng sự, theo đó góc SNA giảm trung bình $3,96^\circ$, góc SNB giảm trung bình $2,64^\circ$. Sự thay đổi giá trị góc ANB trong đề tài của chúng tôi không có ý nghĩa thống kê. Trong nghiên cứu của Lee, góc ANB giảm và có ý nghĩa thống kê, mức độ giảm nhỏ, trung bình $1,34^\circ$.

- Trục răng cửa hàm trên và hàm dưới giảm rõ rệt dẫn tới góc liên răng cửa tăng trung bình $14,1^\circ$, so với $14,93^\circ$ theo nghiên cứu của Lee²; $11,2^\circ$ theo nghiên cứu của Kim³ và $10,55^\circ$ theo nghiên cứu của Nadkarni⁴. Độ nhô răng cửa hàm trên, hàm dưới giảm và có ý nghĩa thống kê (Bảng 2).

- Góc mũi môi của nhóm nghiên cứu chúng tôi tăng trung bình $16,3^\circ$, sát với nghiên cứu của Nguyễn Tài Sơn⁵ và Lê Tấn Hùng (tăng trung bình $14,7^\circ$). Nhóm nghiên cứu của Lee² có chỉ số góc mũi môi tăng trung bình $11,1^\circ$. Nghiên cứu của Nadkarni⁴ cho thấy chỉ số góc mũi môi tăng trung bình $10,55^\circ$. Nhóm nghiên cứu của Kim³ và cộng sự có chỉ số góc mũi môi tăng trung bình $11,2^\circ$.

- Góc Z tăng trung bình $5,1^\circ$, cùng với khoảng cách môi trên, môi dưới đến đường E giảm cho thấy sự gia tăng mức độ hài hòa tăng mặt dưới sau phẫu thuật chỉnh hình mẫu tiền hàm điều trị vẩu hai hàm. Các khác biệt đều có ý nghĩa thống

kê (Bảng 3).

- Sự thay đổi góc lồi mặt N'SnPog' và GI'SnPog' sau phẫu thuật ở nhóm nghiên cứu của chúng tôi không có ý nghĩa thống kê. Có thể do điểm Sn và Pog cùng di chuyển theo một hướng (Bảng 5) do phẫu thuật. Góc lồi mặt trong nghiên cứu của Nadkarni⁴ giảm trung bình 3° và có ý nghĩa thống kê.

2. Sự thay đổi vị trí một số điểm mốc sọ nghiêng trên phim phẫu thuật. Các điểm mốc mô cứng, mô mềm quan trọng thuộc mẫu tiền hàm hàm trên, hàm dưới đều được đẩy lùi ra sau hiệu quả bằng phẫu thuật chỉnh hình mẫu tiền hàm (Bảng 4, 5).

- Mức độ di xa trung bình của Is và Ii theo trục X lần lượt là $8,04\text{mm}$ và $6,70\text{mm}$, gần tương đương với nghiên cứu của Phạm Như Hải⁶ có độ di xa trung bình của răng cửa trên và răng cửa dưới lần lượt là $8,6$ và $8,1\text{mm}$. Tuy nhiên, Phạm Như Hải không mô tả rõ phương pháp xác định mức độ di chuyển răng cửa trên và răng cửa dưới. Park⁷ thấy trung bình độ lùi sau của Is và Ii theo trục X lần lượt là $5,9$ và $6,4\text{mm}$, trong đó trục X là mặt phẳng Frankfort, trục Y đi qua N và vuông góc với trục X.

- Điểm ANS lùi sau ít hơn điểm Is (Bảng 4) cho thấy mẫu tiền hàm hàm trên được xoay thuận chiều kim đồng hồ, làm giảm độ nhô răng cửa và giảm góc nghiêng răng cửa hàm trên.

- Các điểm Prn, Cm và Sn lùi sau (Bảng 5) cho thấy ảnh hưởng của việc thay đổi vị trí mẫu tiền hàm hàm trên nói chung và vị trí điểm ANS nói riêng tới cấu trúc mũi. Kết quả này của chúng tôi tương đồng với các nghiên cứu trước đây của Okudaira⁸ và Ayoub. Người Việt Nam thường có sống mũi tẹt, chóp mũi thấp, tù. Vì vậy cần lên kế hoạch điều trị để kết quả phẫu thuật được tối ưu.

- Okudaira⁸ thực hiện nghiên cứu trên nhóm đối tượng phẫu thuật chỉnh hình mẫu tiền hàm hàm trên. Ông sử dụng trục X là đường

đi qua điểm S và song song với mặt phẳng Frankfort, trục Y đi qua điểm S và vuông góc với trục X. Tác giả nhận thấy môi dưới cũng lùi sau dù không thực hiện phẫu thuật ở hàm dưới. Brock¹⁰ và cộng sự thấy rằng kéo lùi răng cửa trên ở nhóm bệnh nhân vẩu hàm trên sẽ làm cả môi trên và môi dưới lui sau. Điều này có thể phần nào giải thích vì sao mức độ di chuyển trung bình theo trục X của Li (7,15 mm) lớn hơn Ii (6,70 mm).

- Mức độ dịch chuyển theo trục X của Is và Ii có mối tương quan mạnh và thuận chiều với mức độ dịch chuyển theo trục X của Ls và Li với r lần lượt là 0,83 (Ls và Is) và 0,87 (Li và Ii).

- Tỷ lệ di chuyển mô cứng và mô mềm theo trục X trên phim sọ nghiêng sau phẫu thuật: Ls:Li \approx 77%. Ii:Ii \approx 105%. Tỷ lệ di chuyển của mô mềm theo mô cứng ở vùng môi dưới cao hơn so với vùng môi trên, tương đương các kết quả nghiên cứu khác về phẫu thuật chỉnh hình mẫu tiền hàm điều trị vẩu hàm trên nhóm đối tượng người nước ngoài^{4,7} và người Việt Nam⁵

V. KẾT LUẬN

Các điểm mốc mô cứng và mô mềm đều được đẩy lùi sau hiệu quả. Các chỉ số về mô cứng, mô mềm trên phim sọ nghiêng sau phẫu thuật đều thay đổi theo hướng thuận lợi, tiến dần về giá trị bình thường. Từ đó cho thấy, nếu được chỉ định, lên kế hoạch và thực hiện đúng cách, phẫu thuật chỉnh hình mẫu tiền hàm là phương pháp điều trị

vẩu hai hàm nhanh và hiệu quả.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Soh J., Chew M.T. and Wong H.B. (2007)**, An Asian community's perspective on facial profile attractiveness. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*. **35**(1), 18-24.
2. **Lee J.K., Chung K.R. and Baek S.H. (2007)**, Treatment outcomes of orthodontic treatment, corticotomy-assisted orthodontic treatment, and anterior segmental osteotomy for bimaxillary dentoalveolar protrusion. *Plast Reconstr Surg*. **120**(4), 1027-1036.
3. **Kim J.R., Son W.S. and Lee S.G. (2002)**, A retrospective analysis of 20 surgically corrected bimaxillary protrusion patients. *Int J Adult Orthodon Orthognath Surg*. **17**(1), 23-27.
4. **Nadkarni P.G. (1986)**, Soft tissue profile changes associated with orthognathic surgery for bimaxillary protrusion. *J Oral Maxillofac Surg*. **44**(11), 851-854.
5. **Nguyễn Tài Sơn và Lê Tấn Hùng (2017)**, Đánh giá những thay đổi ở mô mềm và mô cứng sau thủ thuật cắt phân đoạn phía trước xương hàm trên và hàm dưới. *Tạp chí Y Dược lâm sàng* 108. **12**(2), 70-75.
6. **Phạm Như Hải (2015)**, Nghiên cứu bước đầu điều trị phẫu thuật chữa vẩu xương ổ răng 2 hàm bằng mở xương ổ dưới chóp chân răng tại Bệnh viện Việt Nam Cu Ba, Hà Nội. *Y học Việt Nam* (1), 75-79.
7. **Park J.U. and Hwang Y.S. (2008)**, Evaluation of the soft and hard tissue changes after anterior segmental osteotomy on the maxilla and mandible. *J Oral Maxillofac Surg*. **66**(1), 98-103.
8. **Okudaira M., Kawamoto T., Ono T., et al. (2008)**, Soft-tissue changes in association with anterior maxillary osteotomy: a pilot study. *Oral Maxillofac Surg*. **12**(3), 131-138.

KHẢO SÁT THAY ĐỔI MỘT SỐ CHỈ SỐ HUYẾT ĐỘNG TRONG MỔ Ở BỆNH NHÂN PHẪU THUẬT TIÊU HÓA LỚN ĐƯỢC TRUYỀN DỊCH THEO ĐÍCH DƯỚI HƯỚNG DẪN CỦA ESCCO

Vũ Hoàng Phương^{1,2}, Trần Việt Đức¹

TÓM TẮT

Phẫu thuật tiêu hóa lớn chiếm tỷ lệ cao trong các loại phẫu thuật, trong mổ có nhiều diễn biến huyết động do mất dịch và thay đổi khối lượng tuần hoàn. Nghiên cứu can thiệp ngẫu nhiên được tiến hành tại khoa Gây mê hồi sức và Chống đau - Bệnh viện Đại học Y Hà Nội từ tháng 1 đến tháng 10 năm 2021 trên 70 bệnh nhân có theo dõi huyết động bằng monitor

esCCO nhằm khảo sát thay đổi một số chỉ số huyết động trong mổ. **Kết quả:** tỉ lệ tụt huyết áp trong mổ xảy ra ở 80% số bệnh nhân, sau bù dịch không cần thuốc trợ tim nhưng vẫn cần sử dụng trung bình 6mg ephedrin để điều trị tụt huyết áp trong mổ. Các thông số esCCI và esSVI giảm sau khởi mê và tăng về cuối cuộc mổ. **Kết luận:** trong phẫu thuật tiêu hóa lớn huyết động thay đổi ở nhiều bệnh nhân, tuy nhiên có thể tái lập ổn định theo các hướng dẫn truyền dịch theo đích dưới hướng dẫn của esCCO.

Từ khóa: Phẫu thuật tiêu hóa lớn, thay đổi huyết động, esCCO.

SUMMARY

THE INTRAOPERATIVE HEMODYNAMIC PARAMETERS IN THE GOAL-DIRECTED FLUID THERAPY IN MAJOR ABDOMINAL

¹Bệnh viện Đại học Y Hà Nội

²Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Vũ Hoàng Phương

Email: vuhoangphuong@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 9/4/2022

Ngày phản biên khoa học: 30/4/2022

Ngày duyệt bài: 19/5/2022