

DOI: 10.59715/pntjimp.1.1.16

## Kết quả tạo hình thẩm mỹ cằm lẹm bằng phương pháp cắt trượt cằm

Trần Phương Nam<sup>1</sup>, Võ Cao Hoàng Phú<sup>2</sup>, Nguyễn Văn Hóa<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Khoa Y, Đại học Nguyễn Tất Thành.

<sup>2</sup>Bác sĩ đang học chuyên khoa 1 Phẫu thuật Tạo hình Thẩm mỹ Trường Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh.

<sup>3</sup>Bộ môn Phẫu thuật Tạo hình Thẩm mỹ Trường Đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch.

### Tóm tắt

**Đặt vấn đề:** Trong điều trị cằm lẹm, cắt trượt cằm là phương pháp được ủng hộ nhiều hơn vì tái tạo được cấu trúc giải phẫu của xương mang lại kết quả lâu dài, tỷ lệ biến chứng thấp. Nghiên cứu được thực hiện với mục tiêu đánh giá kết quả tạo hình thẩm mỹ cằm lẹm, các tai biến trong phẫu thuật và biến chứng sau phẫu thuật bằng phương pháp cắt trượt cằm tại khoa tạo hình thẩm mỹ của bệnh viện Nguyễn Tri Phương trong năm 2018-2020.

**Phương pháp:** Thiết kế nghiên cứu mô tả hàng loạt ca được thực hiện trên 22 người bệnh phẫu thuật cắt trượt cằm điều trị cằm lẹm từ tháng 01 năm 2018 đến tháng 9 năm 2020 tại khoa tạo hình thẩm mỹ của bệnh viện Nguyễn Tri Phương.

**Kết quả:** Sau phẫu thuật, các chỉ số trên mô mềm và trên xương đều thay đổi về gần với đường chuẩn. So với trước phẫu thuật, góc lồi mặt tăng 50, góc cổ cằm môi dưới giảm 22,60, chiều cao tầng mặt dưới tăng 5,4 mm, khoảng cách từ đường thẩm mỹ đến môi dưới giảm 3,1 mm và góc SND tăng 4,90. Có 95,5% trường hợp phẫu thuật có kết quả chung tốt, 4,5% trường hợp đạt kết quả trung bình. Tuy nhiên bệnh nhân gặp phải một số biến chứng sau phẫu thuật. Tất cả bệnh nhân đều bị phù nề trong 01 tuần sau phẫu thuật và 1 người bệnh bị rối loạn cảm giác, tuy nhiên các biến chứng này đều giảm dần và mất hẳn sau 3-6 tháng. Ngoài ra, có 4,5% người bệnh bị hở vết mổ thứ phát sau phẫu thuật 01 tuần.

**Kết luận:** Phương pháp phẫu thuật cắt trượt cằm để điều trị cằm lẹm là một kỹ thuật đơn giản nhưng hiệu quả rõ rệt, hầu hết bệnh nhân và gia đình đều hài lòng về kết quả điều trị.

**Từ khóa:** Cằm lẹm, cắt trượt cằm, phẫu thuật thẩm mỹ.

### Abstract

#### Results of receding chin plastic surgery by Sliding Genioplasty

**Background:** In the treatment of a receding chin, sliding genioplasty is the preferred method because it reconstructs the anatomical structure of the bone, provides long-term results, and has a low complication rate. Assessing the results of receding chin's plastic surgery, as well as the complications during and after surgery through sliding genioplasty method at plastic surgery Department of Nguyen Tri Phuong hospital between 2018 and 2020.

**Methods:** The descriptive study was carried out to describes a chain of cases being examined on more than 22 patients after sliding genioplasty of receding chin.

**Ngày nhận bài:**

22/11/2021

**Ngày phản biện:**

13/12/2021

**Ngày đăng bài:**

20/01/2022

**Tác giả liên hệ:**

Trần Phương Nam

**Email:**

tpnam@nttu.edu.vn

**ĐT:** 0918887871

This process took place from January 2018 until September 2020 in the Department of reconstructive plastic surgery in Nguyễn Tri Phương hospital.

**Results:** After the surgery, the indicators on soft tissue and bone both changed closer to the standard curve. Compared to the previous surgery, the convex angle of the face increased by 50, lower lip neck chin angle decreased by 22.60, height of the lower deck increased by 5.4 mm. Distance from cosmetic line to lower lip decreased by 3.1 mm, and SND angle increased by 4.90. There were 95.5 percent of cases had good outcomes, 4.5 percent of cases had average results. However, there were some complications after surgery. All the patients had edema for 1 month after surgery and 1 patient had sensory disturbances, yet these complications all decreased gradually and completely disappeared 3-6 months. Besides, there were 4.5 percent of patients had open secondary incision in 1 month afterward.

**Conclusion:** Sliding genioplasty method to treat receding chin is a simple technique but has an obvious effect, almost all patients and families are content with the treatment results. However, after the surgeon, patients often suffer from edema and sensory processing disorder (SPD).

**Keywords:** Receding chin, sliding genioplasty, plastic surgery.

## 1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Cằm lẹm là thuật ngữ mô tả khuôn mặt có sự thiếu hụt xương hàm dưới vùng cằm, biểu hiện bằng xương hàm dưới bị dịch chuyển về phía sau hoặc cằm kém phát triển làm cho người bệnh cảm giác tự ti trong giao tiếp, dẫn đến giảm chất lượng cuộc sống và công việc [1]. Tỷ lệ người có cằm lẹm chiếm tỷ lệ khá cao trong số những người có biến dạng cằm. Theo nghiên cứu của Guyuron, vào giai đoạn 1981-1991, có 23,8% người bệnh được xác định là biến dạng cằm, trong số này có 63,2% là cằm lẹm [2]. Chính vì nhu cầu chỉnh sửa cằm rất lớn đó khiến cho phẫu thuật tạo hình cằm lẹm trở thành một trong những quy trình thẩm mỹ được thực hiện nhiều nhất trên khuôn mặt.

Trong điều trị cằm lẹm, cắt trượt cằm là phương pháp được ủng hộ nhiều hơn vì tái tạo được cấu trúc giải phẫu của xương mang lại kết quả lâu dài, tỷ lệ biến chứng thấp. Năm 2015, Bertossi Dario và cộng sự thực hiện nghiên cứu so sánh hiệu quả điều trị cằm lẹm bằng 03 phương pháp đang được sử dụng. Kết quả nghiên cứu cho thấy nhóm đối tượng được phẫu thuật cằm trượt có kết quả điều trị tốt nhất. Sau phẫu thuật, cằm của người bệnh tăng độ nhô là 7,6mm, kết quả này hầu như không thay đổi sau 3 năm theo dõi (7,4mm). Trong quá trình phẫu thuật và theo dõi không ghi nhận biến chứng tiêu xương hay tiêu mô mềm [3].

Khoa Tạo hình Thẩm mỹ của bệnh viện Nguyễn Tri Phương đã thực hiện hàng trăm phẫu thuật cắt trượt cằm cho người bệnh có nhu cầu mỗi năm từ khi phương pháp này được đưa vào danh mục kỹ thuật được thực hiện của chuyên khoa tạo hình thẩm mỹ năm 2018. Tuy nhiên các nghiên cứu đánh giá kết quả thẩm mỹ và hiệu quả phương pháp phẫu thuật cắt trượt cằm trên người Việt Nam còn hạn chế. Do đó, nghiên cứu “Kết quả tạo hình thẩm mỹ cằm lẹm bằng phương pháp cắt trượt cằm” được thực hiện với mục tiêu:

- Đánh giá các tai biến trong phẫu thuật và biến chứng sau phẫu thuật cắt trượt cằm 01 tuần, 03 tháng, 06 tháng và 01 năm.

- Mô tả một số chỉ số sọ mặt trên mô mềm và trên xương của người có cằm lẹm sau phẫu thuật 01 tuần, 03 tháng, 06 tháng và 01 năm so với chỉ số chuẩn.

## 2. ĐỐI TƯỢNG - PHƯƠNG PHÁP

**2.1. Thời gian và địa điểm:** Nghiên cứu được thực hiện từ tháng 01 năm 2018 đến tháng 9 năm 2020 tại khoa tạo hình thẩm mỹ của bệnh viện Nguyễn Tri Phương.

**2.2. Thiết kế nghiên cứu:** Thiết kế nghiên cứu mô tả hàng loạt ca.

**2.3. Cỡ mẫu:** 22 người bệnh phẫu thuật cắt trượt cằm điều trị cằm lẹm.

## 2.4. Đối tượng nghiên cứu, tiêu chuẩn chọn

### 2.4.1. Tiêu chuẩn chọn vào

- Người bệnh từ 16 tuổi trở lên.  
 - Người bệnh được chẩn đoán cảm lạnh mức độ nhiều hoặc dị ứng vật liệu độn nhân tạo hoặc mong muốn được phẫu thuật cắt trượt cảm.

- Đồng ý tham gia nghiên cứu

### 2.4.2. Tiêu chuẩn loại ra

- Người bệnh đang có bệnh lý toàn thân tiến triển.

- Người bệnh có chống chỉ định phẫu thuật (ngoại khoa chung)

- Người bệnh tâm lý không ổn định.

- Người bệnh có bệnh lý xương hàm dưới.

## 2.5. Phương pháp thu thập số liệu

Nghiên cứu sử dụng kỹ thuật chọn mẫu thuận tiện, tác giả tiếp cận và mời người bệnh tham gia nghiên cứu cho đến khi đủ mẫu.

Người bệnh được đánh giá trước phẫu thuật, chụp hình mặt thẳng, nghiêng, chụp phim sọ nghiêng và phim panorama. Sau đó được phẫu thuật tạo hình cảm bằng kỹ thuật cắt trượt cảm và đánh giá các tai biến trong phẫu thuật. Người bệnh được tái khám, kiểm tra vết mổ, đánh giá biến chứng, chụp hình mặt thẳng, nghiêng, chụp phim sọ nghiêng sau 01 tuần, 03 tháng, 06 tháng và 01 năm.

Các chỉ số cần đánh giá bao gồm chỉ số đo trên mô mềm: góc lỗi mặt; góc cổ cảm môi; chiều cao tầng mặt dưới; khoảng cách từ đường thẩm mỹ đến môi dưới (Li-E) và chỉ số đo trên xương là góc SND. Kết quả phẫu thuật được đánh giá dựa trên tính thẩm mỹ, sự hài lòng của người bệnh và biến chứng sau mổ, với mỗi yếu tố đạt được chấm 01 điểm.

## 2.6. Phân tích thống kê

Kết quả thu thập được nhập liệu bằng phần mềm Excel và phân tích số liệu bằng Stata 14.2. Mô tả tần số và tỷ lệ phần trăm đối với các biến số định tính, trung bình và độ lệch chuẩn đối với các biến số định lượng. Kiểm định T-test để đánh giá sự khác biệt về kết quả trước và sau phẫu thuật.

## 2.7. Quy ước đánh giá kết quả phẫu thuật

Đánh giá tính thẩm mỹ của cảm [1]:

Dựa vào các chỉ số: góc lỗi mặt, góc cổ cảm môi dưới, chiều cao tầng mặt dưới, khoảng cách từ đường thẩm mỹ đến môi dưới (Li-E) và góc SND.

Thang điểm đánh giá tính thẩm mỹ của cảm:

- Tốt (3 điểm): khi lớn hơn 3/5 chỉ số đều được đưa về khoảng chuẩn.

- Trung bình (2 điểm): khi nếu 3/5 chỉ số được đưa về khoảng chuẩn.

- Kém (1 điểm): khi ít hơn 3/5 chỉ số được đưa về khoảng chuẩn.

Đánh giá biến chứng [8]:

- Tốt (3 điểm): khi không có biến chứng hoặc biến chứng nhẹ, có thể tự phục hồi.

- Trung bình (2 điểm): có biến chứng cần can thiệp để phục hồi.

- Kém (1 điểm): biến chứng không thể hồi phục hoặc cảm lạnh tái phát.

Đánh giá sự hài lòng của người bệnh:

- Hài lòng: 3 điểm.

- Bình thường: 2 điểm.

- Không hài lòng: 1 điểm.

Kết quả chung được phân loại là [8]:

- Tốt: 8-9 điểm.

- Trung bình: 6-7 điểm.

- Kém:  $\leq 5$  điểm.

## 2.8. Y đức

Đề cương nghiên cứu đã được chấp thuận về mặt y đức trong nghiên cứu từ Hội đồng Đạo đức trong nghiên cứu y sinh học số 283/HĐĐĐ-TĐHYKPNT ký ngày 05 tháng 06 năm 2020 và sự chấp thuận của bệnh viện Nguyễn Tri Phương trước khi thực hiện.

## 3. KẾT QUẢ

### 3.1. Thông tin chung của người bệnh

Bảng 1. Thông tin chung của người bệnh

Đặc điểm	Tần số	Tỷ lệ %
Tuổi	31,64 ± 14,45 (17-53)*	
Nhóm tuổi		
Dưới 29 tuổi	9	40,9
Từ 29-38 tuổi	7	31,8
Trên 38 tuổi	6	27,3
Giới		
Nam	3	13,6
Nữ	19	86,4
Thời gian phẫu thuật	111,4 ± 15,7 (90-141 phút)*	
Thời gian điều trị	2-4 ngày	

\* Trung bình ± độ lệch chuẩn (giá trị nhỏ nhất - giá trị lớn nhất)

Người bệnh nữ chiếm tỷ lệ cao hơn so với người bệnh nam.

Độ tuổi trung bình của người bệnh là  $31,64 \pm 14,45$  tuổi.

Thời gian phẫu thuật trung bình là  $111,4 \pm 15,7$  phút (90-141 phút).

Thời gian điều trị sau phẫu thuật từ 2-4 ngày.

### 3.2. Tai biến trong phẫu thuật và các biến chứng sau phẫu thuật

Bảng 2. Tai biến trong phẫu thuật.

Tai biến	Tần số	Tỷ lệ %
Mất nhiều máu	0	0
Gãy xương theo đường không mong muốn	1	4,5
Cắt qua chóp răng	0	0
Tổn thương thần kinh cảm	1	4,5
Dập nát mô mềm	2	9,0

Trong lô nghiên cứu ghi nhận tai biến dập nát mô mềm ở 9% bệnh nhân, 4,5% trường hợp bị gãy xương theo đường không mong muốn và 4,5% trường hợp bị tổn thương thần kinh cảm.

Bảng 3. Biến chứng sau phẫu thuật

Biến chứng	01 tuần	03 tháng	06 tháng	01 năm
Nhiễm trùng	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
Hở vết mổ thứ phát	1 (4,5%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
Tụ máu	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
Phù nề	22 (100%)	16 (72,3%)	6 (27,3%)	0 (0%)

Tất cả bệnh nhân đều bị phù nề trong 01 tuần sau phẫu thuật tuy nhiên các biến chứng này đều giảm dần và mất hẳn sau 3-6 tháng. Ngoài ra, có 4,5% người bệnh bị hở vết mổ thứ phát sau phẫu thuật 01 tuần.

### 3.3. Các chỉ số trên mô mềm và trên xương

Bảng 4. Các chỉ số trên mô mềm và trên xương

Chỉ số	Trước mổ	01 tuần	03 tháng	06 tháng	01 năm
Góc lồi mắt	$-15,1 \pm 2,40$	$-9,6 \pm 1,30$	$-9,9 \pm 1,50$	$-10,0 \pm 1,70$	$-10,1 \pm 1,90$
Góc cổ cằm môi dưới	$137,8 \pm 5,60$	$112,6 \pm 6,30$	$113,2 \pm 6,00$	$114,1 \pm 5,80$	$115,2 \pm 5,70$
Chiều cao tăng mặt dưới	$55,8 \pm 4\text{mm}$	$62,1 \pm 1,1\text{mm}$	$61,8 \pm 1,0\text{mm}$	$61,5 \pm 0,8\text{mm}$	$61,2 \pm 0,9\text{mm}$
Khoảng cách từ đường thẩm mỹ đến môi dưới	$+1,6 \pm 0,3\text{mm}$	$-1,7 \pm 0,5\text{mm}$	$-1,5 \pm 0,5\text{mm}$	$-1,5 \pm 0,5\text{mm}$	$-1,5 \pm 0,5\text{mm}$
Góc SND	$71,3 \pm 1,70$	$76,2 \pm 0,50$	$76,2 \pm 0,50$	$76,2 \pm 0,50$	$76,2 \pm 0,50$

Sau phẫu thuật, các chỉ số trên mô mềm và trên xương đều thay đổi về gần với đường chuẩn. So với trước phẫu thuật, góc lồi mắt tăng 50, góc cổ cằm môi dưới giảm 22,60, chiều cao tăng mặt dưới tăng 5,4 mm, khoảng cách từ đường thẩm mỹ đến môi dưới giảm 3,1 mm và góc SND tăng 4,90.

Bảng 5. Các chỉ số trên mô mềm và trên xương sau phẫu thuật 01 tuần so với đường chuẩn

Chỉ số	Sau mổ 1 tuần	Chỉ số chuẩn	Giá trị p
Góc lồi mắt	$-9,6 \pm 1,30$	-9,280	0,26
Góc cổ cằm môi dưới	$112,6 \pm 6,30$	1100	0,069
Chiều cao tăng mặt dưới	$62,1 \pm 1,1\text{mm}$	62,3mm	0,29
Khoảng cách từ đường thẩm mỹ đến môi dưới	$-1,2 \pm 0,6\text{mm}$	-2,0mm	<0,001
Góc SND	$76,2 \pm 0,50$	760	0,083

Sau phẫu thuật, các chỉ số trên mô mềm càng gần với đường chuẩn tuy nhiên về mặt thống kê

góc lồi mặt và khoảng cách từ đường thẩm mỹ đến môi dưới chưa giống với đường chuẩn ( $p < 0,001$ ). Mặc dù có sự chênh lệch, nhưng góc cổ cằm môi dưới và chiều cao tầng mặt dưới giống với đường chuẩn về mặt thống kê ( $p = 0,07$ ). Chỉ số trên xương sau phẫu thuật là giống với đường chuẩn ( $p = 0,08$ ).

*Bảng 6. Các chỉ số trên mô mềm và trên xương sau phẫu thuật 01 năm so với đường chuẩn*

Chỉ số	Sau mổ 1 năm	Chỉ số chuẩn	Giá trị p
Góc lồi mặt	$-10,1 \pm 1,90$	-9,280	0,06
Góc cổ cằm môi dưới	$115,2 \pm 5,70$	1100	0,053
Chiều cao tầng mặt dưới	$61,2 \pm 0,9\text{mm}$	62,3 mm	$< 0,001$
Khoảng cách từ đường thẩm mỹ đến môi dưới	$-1,5 \pm 0,5\text{mm}$	-2,0 mm	$< 0,001$
Góc SND	$76,2 \pm 0,50$	760	0,083

Sau khi theo dõi 01 năm, chỉ số trên xương vẫn khớp với giá trị chuẩn về mặt thống kê ( $p = 0,083$ ). Góc lồi mặt và góc cổ cằm môi dưới trên mô mềm không có sự khác biệt với chỉ số chuẩn ( $p > 0,05$ ). Các chỉ số khác trên mô mềm như chiều cao tầng mặt dưới và khoảng cách từ đường thẩm mỹ đến môi dưới chưa giống với giá trị chuẩn ( $p < 0,001$ ).

*Bảng 7. Đánh giá tính thẩm mỹ của cằm*

Điểm	Tần số	Tỷ lệ (%)
Tốt	21	95,5%
Trung bình	1	4,5%
Kém	0	0%

Có 95,5% trường hợp phẫu thuật có kết quả chung tốt, 4,5% trường hợp đạt kết quả trung bình.

#### 4. BÀN LUẬN

##### 4.1. Tai biến trong phẫu thuật và các biến chứng sau phẫu thuật

Trong lô nghiên cứu ghi nhận tai biến dập nát mô mềm ở 9% bệnh nhân, nguyên nhân là do không bóc đúng lớp dưới màng xương để tách mô mềm ra khỏi xương hàm dưới hoặc thao tác thô bạo trong quá trình khoan cắt xương hàm dưới. Nghiên cứu cũng ghi nhận 4,5% trường hợp bị gãy xương theo đường không mong muốn và 4,5% trường hợp bị tổn thương thần kinh cằm. Kết quả này khác với nghiên cứu điều trị một số biến dạng xương hàm bằng phẫu thuật của Nguyễn Văn Hóa khi không ghi nhận tai biến nào trong phẫu thuật như: gãy xương đường không mong muốn, tổn thương mô mềm lân cận, đứt động mạch, thần kinh khẩu cái hay động mạch và thần kinh hàm dưới [4]. Tai biến gãy xương hàm dưới theo đường không mong muốn gặp ở 01 trường hợp chiếm 4,5%. Nguyên nhân của tai biến này do đánh dấu đường cắt không tốt hoặc quá trình cắt

không kiểm soát được lưỡi cưa đi đúng hướng mong muốn. Tai biến này khiến cho xương hàm dưới vùng cằm khi cắt ra mất cân xứng hai bên. Tuy nhiên đường cắt 2 bên của bệnh nhân trong nghiên cứu này chỉ chênh lệch nhau 1mm nên không ảnh hưởng đến kết quả thẩm mỹ cuối cùng. Ngoài ra, nghiên cứu ghi nhận 01 trường hợp (4,5%) bị rối loạn cảm giác môi dưới do tổn thương thần kinh cằm ở mức độ nhẹ, bệnh nhân bị tê bì tạm thời nhưng không mất cảm giác vĩnh viễn.

Sau phẫu thuật 01 tuần, biến chứng rối loạn cảm giác giảm dần, bệnh nhân trả lời hầu như tê bì giảm dần, nếu không để ý thì cảm giác như bình thường. Tình trạng rối loạn cảm giác mất hẳn sau khoảng 3-6 tháng, không có trường hợp bị mất cảm giác vĩnh viễn. Kết quả này giống với kinh nghiệm phẫu thuật của tác giả đồng thời phù hợp với các nghiên cứu trên thế giới và tại Việt Nam [3, 4, 5, 6]. Từ năm 2001 đến năm 2006, Polski Merkuriusz Lekarski phẫu thuật cho 37 bệnh nhân bị hở hàm dưới cho thấy tất cả bệnh nhân đều liệt dây thần kinh mặt tạm thời và sẽ hồi phục sau khoảng 3-6 tháng [6]. Trong nghiên cứu của Nguyễn Văn Hóa, biến chứng rối loạn cảm giác sau mổ ở vùng môi dưới xuất hiện ở tất cả 11 trường hợp tuy nhiên chỉ 2,1% người bệnh có rối loạn cảm giác ở môi trên. Hầu hết các trường hợp đều tự hồi phục sau 3-6 tháng, có 01 trường hợp vẫn còn rối loạn nhẹ môi dưới sau 9 tháng theo dõi [4]. Biến chứng

rối loạn cảm giác xảy ra do quá trình bóc tách bộ lộ bề mặt trong chỏm cằm xương hàm dưới, có thể gây ra nguy cơ tổn thương hoặc kéo căng dây thần kinh cằm, hoặc hình thành khối máu tụ ở vùng phẫu tích. Một nguyên nhân khác quan trọng hơn là thần kinh răng cằm trực tiếp bị chèn ép giữa hai mảnh xương sau khi nẹp vít. Để hạn chế tình trạng này, chúng tôi thiết kế đường cắt chỏm cằm cách 2 lỗ cằm ít nhất 3-5mm.

Có 4,5% người bệnh bị hở vết mổ thứ phát sau phẫu thuật 01 tuần, kết quả này thấp hơn so với biến chứng trong nghiên cứu của Atanasov D. T. (20,8%) [5]. Nghiên cứu không ghi nhận trường hợp biến chứng nhiễm trùng vì chúng tôi tuân thủ đủ kháng sinh dự phòng và kháng sinh sau mổ theo đúng phác đồ. Đồng thời thực hiện nghiêm ngặt quy trình vô trùng của phòng mổ.

#### 4.2. Các chỉ số trên mô mềm và trên xương

Góc cổ cằm môi dưới được tạo bởi đường tiếp tuyến bờ dưới cằm và đường nối từ điểm nhô cằm với điểm giữa đường viền môi dưới. Khi thiếu sản xương hàm dưới thì giá trị trung bình góc này tăng cao với chỉ số trung bình trước phẫu thuật của bệnh nhân là 137,80 so với chỉ số chuẩn là 1100 và chiều dài xương hàm dưới là 52,8mm ngắn hơn 9,5mm so với chiều dài bình thường là 62,3mm [8]. Kết quả của việc thay đổi vị trí cằm sau Phẫu thuật 01 tuần, góc cổ cằm môi dưới được cải thiện rõ rệt là 112,60 và 62,1mm. Đánh giá về mặt thống kê cho thấy các chỉ số này trùng khớp với đường chuẩn ( $p = 0,07$ ). Đánh giá kết quả phẫu thuật sau phẫu thuật 03 tháng, 06 tháng và 01 năm, mô mềm đã giảm và hết phù nề nên nên góc cổ cằm môi dưới tăng lên 2,60 và chiều cao tầng mặt dưới bị giảm xuống 0,9mm sau 01 năm. Kết quả này tốt hơn so với nghiên cứu của Nguyễn Văn Hóa khi góc cổ cằm môi dưới sau phẫu thuật đạt 118,60, lệch so với đường chuẩn 8,60 [4]. Sau phẫu thuật, góc lồi mặt tăng 50, khoảng cách từ đường thẩm mỹ đến môi dưới giảm 3,1 mm kết quả này tốt hơn nghiên cứu của Nguyễn Văn Hóa là 11,60 [4]. Mặc dù kết quả phẫu thuật trên mô mềm không hoàn toàn trùng khớp với đường chuẩn của người Việt Nam về mặt thống kê ( $p < 0,001$ ). Tuy nhiên, sau phẫu thuật, môi dưới ra trước, cằm tiến ra trước, sửa được kiểu cằm lẹm trước phẫu thuật đã làm cho góc mô mềm thẩm mỹ hơn, người bệnh cũng tự tin hơn. Để đạt được các kết quả này, việc lên kế

hoạch phẫu thuật là rất quan trọng để đưa ra kế hoạch di chuyển xương hàm. Bên cạnh đó, để di chuyển xương hàm dưới hiệu quả cần chú trọng bóc tách cơ tốt, khi cắt rời chỏm cằm, cần giải phóng điểm bám của các cơ xung quanh.

Về X-quang sau phẫu thuật cho thấy chỏm cằm xương hàm dưới được cắt rời, đẩy ra trước và xuống dưới ở vị trí mới nên góc SND tăng 4,90 so với trước phẫu thuật. Kiểm tra về mặt thống kê thấy trùng khớp với đường chuẩn là 760. Giá trị này cao hơn so với 4,50 trong nghiên cứu của Johannes F. năm 2007 khi theo dõi 5,4 năm [7]. Xương hàm dưới vùng cằm được cố định vào vị trí mới bằng nẹp vít, nên sau phẫu thuật các chỉ số sọ mặt đo trên xương giống hoàn toàn với các thời điểm sau mổ 01 tuần, việc thay đổi độ sùng nề của mô mềm không ảnh hưởng đến chỉ số trên xương.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, sau phẫu thuật có 21/22 trường hợp đưa được ít nhất 3 trong 4 chỉ số sọ mặt về khoảng chuẩn. Có 01 trường hợp chỉ cải thiện được chỉ số về độ nhô của cằm (góc cổ cằm môi dưới trên mô mềm và góc SND trên xương) mà chưa cải thiện đủ chỉ số về chiều cao tầng mặt dưới do sự thiếu hụt chiều dài tầng mặt dưới quá lớn. Kết quả chung cuộc kết quả tạo hình thẩm mỹ cằm lẹm bằng phương pháp cắt trượt cằm có 95,5% trường hợp đạt kết quả tốt và 4,5% trường hợp đạt kết quả trung bình, không có trường hợp nào đạt kết quả kém. Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của Deshpande S. N. năm 2011 thực hiện trên 37 bệnh nhân với 94,6% người bệnh đạt kết quả tốt. So sánh phim Xquang ngay sau mổ và theo dõi sau 02 năm đã khẳng định được sự duy trì ổn định của xương hàm dưới vùng cằm với mức độ tái phát trong tất cả các trường hợp là  $< 2$  mm [8].

#### 5. KẾT LUẬN

Phương pháp phẫu thuật cắt trượt cằm để điều trị cằm lẹm là một kỹ thuật đơn giản nhưng hiệu quả rõ rệt, làm thay đổi tỉ lệ tầng mặt dưới theo chiều đứng, tăng chiều dài xương hàm dưới. Khung xương cân đối là nền tảng quan trọng cho tính thẩm mỹ của hệ thống mô mềm bên trên, đường nét khuôn mặt trở nên hài hòa. Về thẩm mỹ có thể thấy cải thiện ngay sau phẫu thuật, hầu hết bệnh nhân và gia đình đều hài lòng về kết quả điều trị. Tuy nhiên, sau phẫu thuật người bệnh thường bị phù nề và rối loạn cảm giác.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. MacGregor AJ. A modification of the sliding genioplasty. *International journal of oral surgery*. 1976;5(5):201-6.
2. Guyuron B, Michelow BJ, Willis L. Practical classification of chin deformities. *Aesthetic plastic surgery*. 1995;19(3):257-64.
3. Bertossi D, Galzignato P-F, Albanese M, Botti C, Botti G, Nocini PF. Chin microgenia: a clinical comparative study. *Aesthetic plastic surgery*. 2015;39(5):651-8.
4. Nguyễn Văn Hóa. Nghiên cứu điều trị một số biến dạng xương hàm bằng phẫu thuật [Luận văn Tiến sĩ Y học]. Hà Nội: Viện nghiên cứu khoa học Y Dược lâm sàng 108; 2011.
5. Atanasov DT, Indjov SI. Vertical ramus osteotomy for treatment of mandibular prognathism. *Folia Med (Plovdiv)*. 2004;46(1):36-9.
6. Gaszyńska E, Kozakiewicz M. Complications of surgical treatment of mandibular prognathism. *Pol Merkur Lekarski*. 2008;25(145):27-31.
7. Hoenig JF. Sliding osteotomy genioplasty for facial aesthetic balance: 10 years of experience. *Aesthetic plastic surgery*. 2007;31(4):384-91.
8. Deshpande SN, Munoli AV. Osseous genioplasty: A case series. *Indian journal of plastic surgery : official publication of the Association of Plastic Surgeons of India*. 2011;44(3):414-21.