

thư tuyến giáp thể biệt hóa có thể ảnh hưởng gián tiếp đến tình trạng dinh dưỡng của người bệnh, mặc dù các nghiên cứu hiện tại, chưa trực tiếp đánh giá mối liên hệ này. Nghiên cứu của Nguyễn Thành Lam tại Trung tâm Ung bướu Thái Nguyên (2018) ghi nhận trong 159 lượt điều trị I-131, các tác dụng phụ thường nhẹ và ít gặp, nhưng người bệnh nhận liều cao (≥ 100 mCi) có xu hướng xuất hiện các triệu chứng rõ rệt hơn. Nghiên cứu của Chae Moon Hong cho thấy các tác dụng phụ ngắn hạn như buồn nôn, đau cổ, rối loạn chức năng tuyến nước bọt và thay đổi vị giác xuất hiện thường xuyên hơn ở nhóm người bệnh nhận liều 150 mCi so với 50 mCi⁷.

Nhiều bằng chứng cho thấy giai đoạn ung thư ảnh hưởng đáng kể đến TTDD, nhiều bằng chứng chỉ ra rằng ở giai đoạn muộn (III và IV) có tỷ lệ SDD cao hơn so với giai đoạn sớm (I và II). Nghiên cứu của Lê Thị Vân nhấn mạnh ung thư giai đoạn muộn gây ra các tác động tiêu cực như mệt mỏi, chán ăn, và sụt cân, kết hợp với quá trình điều trị kéo dài bằng hóa chất, xạ trị, và thuốc khiến tỷ lệ suy dinh dưỡng tăng cao⁸. Những phát hiện này cho thấy ung thư giai đoạn muộn không chỉ làm suy giảm khả năng ăn uống mà còn gia tăng nguy cơ SDD do tác động của bệnh lý và điều trị cho người bệnh.

V. KẾT LUẬN

Xạ trị bằng I-131 ảnh hưởng xấu đến tình trạng dinh dưỡng của người bệnh. Tỷ lệ người bệnh có nguy cơ SDD chiếm tỷ lệ 70%. Tuy nhiên, UTTG đáp ứng điều trị tốt, cùng với ảnh hưởng của vấn đề học-môn (cần được nghiên cứu và đánh giá thêm) và các triệu chứng do xạ trị bằng I-131 giảm dần theo thời gian, TTDD của người bệnh được cải thiện đáng kể. Một số

yếu tố có ảnh hưởng đến tình trạng dinh dưỡng của người bệnh như nơi sống, liều lượng xạ trị và giai đoạn bệnh.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Lê Thị Hồng Giang.** Khảo Sát Tình Hình Sử Dụng I131 Trong Điều Trị Ung Thư Tuyến Giáp Thể Biệt Hóa Tại Trung Tâm Y Học Hạt Nhân và Ung Bướu Bệnh Viện Bạch Mai. Đại học quốc gia Hà Nội; 2017.
2. **Hoàng Thị Hằng và cộng sự.** Tình trạng dinh dưỡng của người bệnh ung thư tuyến giáp trước điều trị I-131 tại bệnh viện nội tiết trung ương năm 2020-2021. Tạp Chí Dinh Dưỡng Và Thực Phẩm. 2022;18:1.
3. **Key Statistics for Thyroid Cancer | American Cancer Society.** <https://www.cancer.org/cancer/types/thyroid-cancer/about/key-statistics.html>
4. **Nguyễn Tuấn Sơn, Thị Vân Thanh H.** Kết quả phẫu thuật điều trị ung thư biểu mô tuyến giáp thể biệt hóa tại bệnh viện K cơ sở Tân Triều. Tạp Chí Học Việt Nam. 2021;506(1). doi:10.51298/vmj.v506i1.1182
5. **Hoang Khắc Tuan Anh.** Nutrition status of thyroid cancer patients undergoing radioactive iodine ablation therapy. Tạp Chí Dinh Dưỡng Và Thực Phẩm. 2025;21(2E): 45-52. doi:10.56283/1859-0381/753
6. **Ju DL, Park YJ, Paik HY, et al.** Dietary evaluation of a low-iodine diet in Korean thyroid cancer patients preparing for radioactive iodine therapy in an iodine-rich region. Nutr Res Pract. 2016;10(2):167. doi:10.4162/nrp.2016.10.2.167
7. **Hong CM, Ahn BC.** Factors Associated with Dose Determination of Radioactive Iodine Therapy for Differentiated Thyroid Cancer. Nucl Med Mol Imaging. 2018;52(4): 247-253. doi:10.1007/s13139-018-0522-0
8. **Lê Thị Vân và cộng sự.** Tình trạng dinh dưỡng và một số yếu tố liên quan trên bệnh nhân ung thư đường tiêu hóa điều trị hóa chất tại trung tâm Ung bướu, bệnh viện Trung ương Thái Nguyên. Tạp Chí Dược Học Cần Thơ. 2021;34.

ĐÁNH GIÁ HIỆU QUẢ LÀNH THƯƠNG VÀ MỨC ĐỘ CẢI THIỆN CƯỜI LỘ NƯỚU CỦA PHƯƠNG PHÁP PHẪU THUẬT TÁI ĐỊNH VỊ MÔI CẢI TIẾN

Nguyễn Thị Thanh Hà¹, Nguyễn Việt Hà¹, Hồ Thị Hòa¹,
Nguyễn Ngọc Yến Thu¹, Nguyễn Mẹo¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá hiệu quả lành thương và mức độ cải thiện cười lộ nướu của phương pháp phẫu thuật tái định vị môi cải tiến. **Đối tượng và phương**

¹Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Mẹo

Email: nguyennmeorhm@ump.edu.vn

Ngày nhận bài: 7.7.2025

Ngày phản biện khoa học: 14.8.2025

Ngày duyệt bài: 11.9.2025

pháp: Nghiên cứu thử nghiệm lâm sàng đánh giá trước sau không nhóm chứng được thực hiện trên bệnh nhân đủ 18 tuổi, có mức độ lộ nướu ≥ 3 mm khi cười tối đa do môi trên tăng động (Độ di động của môi trên ≥ 4 mm khi cười tối đa). Tất cả bệnh nhân được phẫu thuật tái định vị môi cải tiến. Các thông số nha chu được đánh giá trước phẫu thuật và 3 tháng sau phẫu thuật, bao gồm: mức độ sưng, mức độ đau, mức độ liền sẹo, mức độ lộ nướu. **Kết quả và kết luận:** Trong giới hạn của nghiên cứu này, phẫu thuật tái định vị môi cải tiến hiệu quả ở những bệnh nhân cười lộ nướu do môi trên tăng động; đồng thời cho

thấy lành thương sớm sau phẫu thuật.

Từ khóa: phẫu thuật tái định vị môi cải tiến, lành thương, cười lộ nướu

SUMMARY

EFFECTIVENESS OF MODIFIED LIP REPOSITION SURGERY IN HEALING AND IMPROVING GUMMY SMILE

Objective: To evaluate the effectiveness of modified lip reposition surgery in early healing and improving gummy smile. **Subjects and Methods:** A non-controlled pre-post clinical trial was conducted on patients aged 18 years and older with gingival exposure ≥ 3 mm at maximum smile due to upper lip hypermobility (upper lip mobility ≥ 4 mm at maximum smile). All patients underwent modified lip repositioning surgery. Periodontal parameters were assessed at baseline and 3 months postoperatively, including: swelling, pain, healing, and gingival exposure. **Results and Conclusion:** Within the limitations of this study, modified lip repositioning surgery improved outcomes in patients with gummy smiles due to upper lip hypermobility; and also showed early postoperative healing.

Keywords: Modified lip repositioning surgery, healing, gummy smile

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Cười lộ nướu (cười hở lợi) là tình trạng nướu hàm trên lộ quá mức khi cười, dẫn tới mất thẩm mỹ, giảm tự tin trong giao tiếp. Nghiên cứu của Elhiny (2014) trên 346 đối tượng người Ai Cập độ tuổi 17-25 cho thấy 11,8% có tình trạng lộ nướu khi cười tối đa. Nghiên cứu của Nguyễn Thu Thủy (2007) [1] trên 100 người Việt từ 20-25 tuổi cho thấy tỷ lệ đường cười rất cao (>2 mm) là 31%.

Cười lộ nướu xuất phát từ nhiều nguyên nhân khác nhau [2]; như quá triển xương hàm trên theo chiều đứng, mọc răng thụ động không hoàn toàn, môi trên ngắn, môi trên tăng động, trồi răng, thân răng ngắn... Hiện nay, có nhiều phương pháp để điều trị cười lộ nướu, trong đó, phẫu thuật tái định vị môi thường được áp dụng đối với tình trạng bệnh nhân có môi trên tăng động hoặc môi trên ngắn khi cười. Tuy nhiên tính ổn định của kỹ thuật này vẫn còn nhiều tranh luận do sự tái phát sau phẫu thuật. Do vậy, phẫu thuật tái định vị môi cải tiến đã được đề xuất với ưu điểm nhằm bảo tồn cơ nâng môi trên cánh mũi và thẳng môi trên. Nghiên cứu của Al Jasser và cs (2023) [3] cho thấy giảm sưng, đau, hạn chế sẹo sau phẫu thuật và mức độ tái phát giảm sau phẫu thuật 2-3 mm sau 12 tháng.

Tại Việt Nam, tỷ lệ cười lộ nướu khá cao [4], và chủ yếu điều trị bằng phương pháp phẫu thuật làm dài thân răng lâm sàng; chưa có nghiên cứu nào đánh giá hiệu quả điều trị cười lộ

nướu bằng phương pháp tái định vị môi cải tiến. Vì vậy, nghiên cứu này được thực hiện nhằm đánh giá hiệu quả lành thương sớm và mức độ cải thiện cười lộ nướu của phẫu thuật tái định vị môi cải tiến.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Thiết kế nghiên cứu. Nghiên cứu thử nghiệm lâm sàng đánh giá trước sau không nhóm chứng.

Mẫu nghiên cứu. Nghiên cứu được thực hiện từ tháng 08/2024 đến tháng 06/2025. Đối tượng nghiên cứu được chọn từ các bệnh nhân đủ 18 tuổi, có mức độ lộ nướu ≥ 3 mm khi cười tối đa, thỏa mãn tiêu chí chọn mẫu, đến khám và điều trị tại Phòng khám chuyên khoa Răng Hàm Mặt, Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh.

Tiêu chuẩn chọn mẫu:

- Bệnh nhân đủ 18 tuổi, có mô nha chu khỏe mạnh, răng trước hàm trên không lệch lạc.
- Chiều dài môi trên ở tư thế nghỉ bình thường (≥ 20 mm) [3].
- Bệnh nhân có cười lộ nướu ≥ 3 mm khi cười tối đa do môi trên tăng động (Độ di động của môi trên ≥ 4 mm khi cười tối đa) [5].
- Tỷ lệ chiều rộng / chiều dài thân răng ở các răng trước hàm trên trong giới hạn bình thường (75% - 85%).

- Sức khỏe tổng quát tốt.

Tiêu chuẩn loại trừ:

- Hút thuốc lá hay các sản phẩm từ hút thuốc.
- Đang mang thai hay cho con bú.
- Bệnh nhân viêm nha chu.
- Đang sử dụng thuốc gây triển dưỡng nướu.
- Bệnh nhân cười lộ nướu do quá triển xương hàm trên theo chiều đứng, mọc răng thụ động không hoàn toàn, môi trên ngắn, có tiền sử tiêm Botulinum toxin A hoặc tiêm chất làm đầy dưới 6 tháng [3].

- Nướu sùng hóa ≤ 3 mm.

Quy trình phẫu thuật: Phẫu thuật được thực hiện theo phương pháp của Al Jasser (2023) [3]





Hình 1: Quy trình phẫu thuật tái định vị môi cải tiến

(Nguồn: Nghiên cứu này)

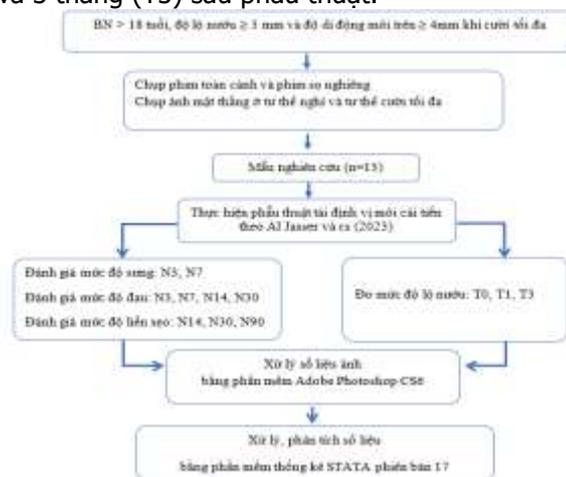
- Súc miệng 2 phút bằng dung dịch chlorhexidine 0,12%.
- Đo mức độ lộ nướu khi cười tối đa trước phẫu thuật (hình 1.a và hình 1.b).
- Gây tê tại chỗ bằng lidocaine 2% có epinephrine 1:100.000.
- Sử dụng xanh methylen để vẽ giới hạn vị trí phẫu thuật (hình 1.c).
- Rạch vị trí phẫu thuật đã được mô phỏng bằng dao 15C.
- Đường rạch bán phần thứ nhất nằm ngay đường tiếp hợp niêm mạc nướu theo chiều trước-sau từ R11 đến R16 và từ R21 đến R26, đường rạch bán phần thứ hai song song và cách đường rạch thứ nhất về phía chóp với chiều cao gấp đôi so với mức độ lộ nướu khi cười tối đa được đo trước phẫu thuật, đường rạch bán phần thứ ba nối hai đường rạch trên (hình 1.d).
- Cắt tách và loại bỏ toàn bộ dải niêm mạc xương ổ theo giới hạn đã được xác định.
- Thực hiện khâu bằng chỉ Glycolon 6.0 với lớp khâu thứ nhất là các mũi khâu đơn cố định cơ nâng môi trên vào màng xương và lớp khâu thứ hai là các mũi khâu liên tục có khóa (hình 1.e và 1.f).

Chăm sóc hậu phẫu:

- Chườm mát 24 giờ đầu, ăn thức ăn mềm trong tuần đầu tiên.
- Súc miệng chlorhexidine 0,12%: 2 lần mỗi ngày trong 10 ngày.
- Bệnh nhân được kê đơn thuốc:
 1. Amoxicilline 500mg (15 viên): Ngày uống 3 lần, mỗi lần 1 viên.
 2. Ibuprofen 400mg (9 viên): Ngày uống 3 lần, mỗi lần 1 viên.
 3. Paracetamol 500mg (9 viên): Ngày uống 3 lần, mỗi lần 1 viên.
- Hạn chế cử động môi trong hai tuần đầu.
- Cắt chỉ sau 2 tuần.

Đánh giá các thông số lâm sàng về lành thương và mức độ giảm cười lộ nướu:

- Mức độ sưng: Đánh giá ở ngày thứ 3 (N3) và ngày thứ 7 (N7) sau phẫu thuật theo Pasqualini (2005).
- Mức độ đau: Đánh giá ở ngày thứ 3 (N3), ngày thứ 7 (N7), ngày thứ 14 (N14) và ngày thứ 30 (N30) sau phẫu thuật theo Pasqualini (2005).
- Mức độ liền sẹo: Đánh giá ở ngày thứ 14 (N14), ngày thứ 30 (N30), và ngày thứ 90 (N90) sau phẫu thuật theo Wessels (2019).
- Mức độ lộ nướu: Đánh giá ở thời điểm trước phẫu thuật (T0), thời điểm 1 tháng (T1), và 3 tháng (T3) sau phẫu thuật.



Sơ đồ 1: Sơ đồ tóm tắt quy trình nghiên cứu

Ghi chú: N3 (sau phẫu thuật 3 ngày), N7 (sau phẫu thuật 7 ngày), N14 (sau phẫu thuật 14 ngày), N30 (sau phẫu thuật 30 ngày), N90 (sau phẫu thuật 90 ngày), T0 (trước phẫu thuật), T1 (sau phẫu thuật 1 tháng), T3 (sau phẫu thuật 3 tháng)

Y đức. Nghiên cứu được thông qua bởi Hội đồng Đạo đức trong nghiên cứu Y sinh học thuộc Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh theo quyết định số 1969/ĐHYD-HĐĐĐ ngày 16/8/2024.

Phân tích thống kê. Sự thay đổi mức độ cười lộ nướu sau 3 tháng được chọn làm biến số chính. Cỡ mẫu được tính toán cần ít nhất 11 bệnh nhân ($\alpha = 0,05$; $\beta = 0,2$; lực mẫu 0,8), sử dụng công thức nghiên cứu trước-sau với hệ số tương quan cặp đo lường 0,8. Số liệu độ lệch chuẩn của mức độ lộ nướu từ nghiên cứu của Mendoza (2022) [6] được sử dụng để ước tính cỡ mẫu.

Dữ liệu nghiên cứu được phân tích bằng phần mềm STATA phiên bản 17.

Các mức độ sưng, đau được mô tả với tần số và tỉ lệ % theo các mốc thời gian bằng kiểm định Fisher. Điểm mức độ liền sẹo, độ lộ nướu được

mô tả bằng trung bình, độ lệch chuẩn từ mô hình ANOVA đo lường lặp lại theo thời gian. Ngưỡng ý nghĩa thống kê được chọn trong nghiên cứu là $p < 0,05$.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Các đặc điểm tuổi và giới tính

Bảng 1: Đánh giá tuổi và giới tính

| | TB±ĐLC | TV (TPV) | Tối thiểu – Tối đa |
|------------------|---------------|----------------|--------------------|
| Tuổi | 30,31±8,08 | 27 (24–32) | 23 – 46 |
| Giới tính | Tần số | Tỉ lệ % | |
| Nam | 5 | 38,46% | |
| Nữ | 8 | 61,54% | |

TB ± ĐLC: Trung bình ± Độ lệch chuẩn; TV (TPV): Trung vị (khoảng tứ phân vị)

Mẫu nghiên cứu gồm 13 đối tượng với giới tính 5 nam (38,46%) và 8 nữ (61,54%). Độ tuổi trung bình là 30,31 ± 8,08, tuổi thấp nhất là 23 tuổi và cao nhất là 46 tuổi.

3.2. Mức độ sưng sau phẫu thuật

Bảng 2: Đánh giá mức độ sưng sau phẫu thuật

| Ngày | Mức độ sưng, n (%) | | p# |
|------|--------------------|------------|-------|
| | Không sưng | Có sưng | |
| N3 | 7 (53,85) | 6 (46,15)* | 0,073 |
| N7 | 12 (92,31) | 1 (7,69)** | |

*Gồm 2 ít sưng, 1 sưng nhẹ và 3 sưng rất

nặng; ** gồm 1 sưng nhẹ; # Kiểm định Fisher

Sau phẫu thuật tại N3, có 6 bệnh nhân ứng với 46,15% có sưng. Tại N7 chỉ còn 1 trường hợp sưng nhẹ chiếm 7,69%. Tuy nhiên sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p=0,073$.

3.3. Mức độ đau sau phẫu thuật

Bảng 3: Đánh giá mức độ đau sau phẫu thuật

| Ngày | Mức độ đau, n (%) | | p# | | |
|------|-------------------|-------------|-----------|-----------|------------|
| | Không đau | Có đau | So với N3 | So với N7 | So với N14 |
| N3 | 6 (46,15) | 7 (53,85)* | | | |
| N7 | 10 (76,92) | 3 (23,18)** | 0,241 | | |
| N14 | 12 (92,31) | 1 (7,69)*** | 0,048 | 0,593 | |
| N30 | 13 (100) | 0 (0) | 0,005 | 0,220 | 1,000 |

*Gồm 3 ít đau, 1 đau nhẹ và 3 đau nặng; ** gồm 2 ít đau và 1 đau nhẹ; *** gồm 1 đau nhẹ; # Kiểm định Fisher

Tại N3, có 53,85% bệnh nhân có đau và 46,15% không đau. Đến N30, 100% bệnh nhân đều không còn đau. Tỉ lệ không đau tăng dần và tại N30 đã đạt được khác biệt có ý nghĩa thống kê so với N3 với $p=0,005$.

3.4. Mức độ liền sẹo

Bảng 4: Thang điểm đánh giá mức độ liền sẹo nướu

| Mức độ liền sẹo nướu | Thang điểm, n (%) | | |
|------------------------------------|-------------------|-------------------|-----------------|
| Độ rộng của sẹo | 0: 0 mm | 1: ≤ 1 mm | 2: > 1mm |
| N14 | 0 (0,00) | 12 (92,31) | 1 (7,69) |
| N30 | 0 (0,00) | 12 (92,31) | 1 (7,69) |
| N90 | 1 (7,69) | 11 (84,62) | 1 (7,69) |
| Độ lõm của sẹo | 0: không thấy | 1: Hơi lộ rõ | 2: Lộ rõ |
| N14 | 5 (38,46) | 8 (61,54) | 0 (0,00) |
| N30 | 6 (46,15) | 7 (53,85) | 0 (0,00) |
| N90 | 8 (61,54) | 5 (38,46) | 0 (0,00) |
| Màu sắc sẹo so với vùng xung quanh | 0: Đồng nhất | 1: Hơi khác biệt | 2: Khác biệt rõ |
| N14 | 0 (0,00) | 13 (100) | 0 (0,00) |
| N30 | 0 (0,00) | 13 (100) | 0 (0,00) |
| N90 | 2 (15,38) | 11 (84,62) | 0 (0,00) |
| Đường khâu | 0: không thấy | 1: Hơi lộ rõ | 2: Lộ rõ |
| N14 | 0 (0,00) | 13 (100) | 0 (0,00) |
| N30 | 1 (7,69) | 12 (92,31) | 0 (0,00) |
| N90 | 3 (23,08) | 10 (76,92) | 0 (0,00) |
| Nhìn tổng thể | 0: Đẹp | 1: Chấp nhận được | 2: Xấu |
| N14 | 11 (84,62) | 2 (15,38) | 0 (0,00) |
| N30 | 12 (92,31) | 1 (7,69) | 0 (0,00) |
| N90 | 12 (92,31) | 1 (7,69) | 0 (0,00) |

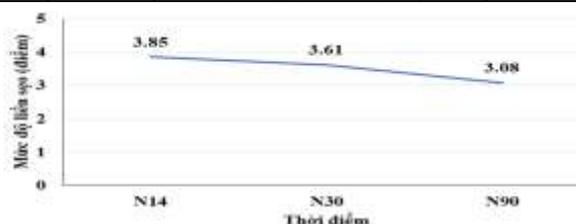
Bảng 5: So sánh sự thay đổi mức độ liền sẹo sau phẫu thuật

| Thời điểm | Mức độ liền sẹo TB ± ĐLC | N14 | | N30 | |
|-----------|--------------------------|---------------------|----|---------------------|----|
| | | Khác biệt (KTC 95%) | p* | Khác biệt (KTC 95%) | p* |
| N14 | 3,85 ± 0,90 | | | | |

| | | | | | |
|-----|-------------|--------------------|-------|--------------------|-------|
| N30 | 3,61 ± 0,96 | 0,23 (0,26 – 0,72) | 0,349 | | |
| N90 | 3,08 ± 1,32 | 0,77 (0,28 – 1,26) | 0,003 | 0,54 (0,05 – 1,03) | 0,033 |

* ANOVA đo lường lặp lại theo thời gian; KTC 95%: Khoảng tin cậy 95%

Mức độ liền sẹo có sự cải thiện theo thời gian với chỉ số mức độ sẹo giảm dần từ 3,85 tại N14, giảm còn 3,61 tại N30 và còn 3,08 tại N90. Mức độ liền sẹo tại N90 khác biệt có ý nghĩa thống kê so với N14 với $p=0,003$ và chỉ số sẹo giảm 0,77 điểm; khác biệt có ý nghĩa thống kê so với N30 với $p=0,033$ và chỉ số sẹo giảm 0,54 điểm.



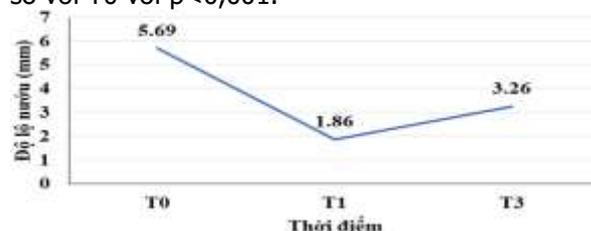
Biểu đồ 1. Mức độ liền sẹo sau phẫu thuật
3.5. Mức độ lộ nướu sau phẫu thuật

Bảng 6: So sánh sự thay đổi mức độ lộ nướu trước-sau phẫu thuật

| Thời điểm | Mức độ lộ nướu TB ± ĐLC | So với T0 | | So sánh với T1 | |
|-----------|-------------------------|---------------------|--------|-----------------------|--------|
| | | Khác biệt (KTC 95%) | p* | Khác biệt (KTC 95%) | p* |
| T0 | 5,69 ± 0,98 | | | | |
| T1 | 1,86 ± 1,06 | 3,83 (3,39 – 4,26) | <0,001 | | |
| T3 | 3,26 ± 0,95 | 2,43 (1,99 – 2,86) | <0,001 | -1,40 (-1,83 – -0,97) | <0,001 |

* ANOVA đo lường lặp lại theo thời gian; KTC 95%: Khoảng tin cậy 95%

Trước phẫu thuật tại T0, mức độ lộ nướu trung bình là 5,69 mm. Giá trị này giảm xuống 1,86 tại T1 và tăng lên 3,26 tại T3. Tại T1 có mức độ lộ nướu giảm trung bình 3,83 mm so với T0, có ý nghĩa thống kê với $p<0,001$. Tại T3 có mức độ lộ nướu giảm trung bình 1,4 mm so với T1, có ý nghĩa thống kê với $p<0,001$. Dù vậy, mức độ lộ nướu tại T3 vẫn có ý nghĩa thống kê so với T0 với $p<0,001$.



Biểu đồ 2: Mức độ lộ nướu sau phẫu thuật

IV. BÀN LUẬN

Bàn luận về phương pháp nghiên cứu.

Đây là nghiên cứu thử nghiệm lâm sàng được tính cỡ mẫu, có giá trị thống kê hơn so với nghiên cứu loạt ca phổ biến hiện nay. Có 13 đối tượng tham gia, được chọn lựa theo đúng tiêu chí chọn mẫu, trong đó có 8 nữ và 5 nam, đây một điểm mạnh so với các nghiên cứu chỉ tập trung vào nữ giới.

Phương pháp đo mức độ lộ nướu: quy trình chụp ảnh chuẩn hóa và do một người thực hiện. Hình ảnh được phân tích trên phần mềm Adobe Photoshop CS6 để đo mức độ lộ nướu với độ chính xác cao.

Về kết quả nghiên cứu. Mức độ sưng, đau sau phẫu thuật: phẫu thuật tái định vị môi cải

tiến ít xâm lấn với các đường rạch bán phần, bảo tồn cơ và thẳng, giảm sưng đau hiệu quả. Nghiên cứu này cho thấy 92,31% không sưng ở ngày thứ 7 và 100% không đau ở ngày thứ 30 sau phẫu thuật.

Mức độ liền sẹo: Phương pháp phẫu thuật tái định vị môi cải tiến sử dụng chỉ khâu có đường kính nhỏ 6.0, thúc đẩy lành thương nguyên phát và hạn chế sẹo. Kết quả nghiên cứu này cho thấy tỷ lệ sẹo "đẹp" đạt 92,31% và màu sắc gần đồng nhất (15,4%) ở ngày thứ 90 sau phẫu thuật; độ rộng sẹo dưới 1 mm. Vị trí đường rạch bán phần thứ nhất và đường rạch bán phần thứ hai cần thiết để bảo tồn 2-3 mm nướu sưng hóa và duy trì độ sâu ngách tiền đình để đảm bảo chức năng nhai, vị trí môi, đường viền môi, và các cấu trúc quan trọng [2].

Mức độ cười lộ nướu: kết quả nghiên cứu tổng quan hệ thống và phân tích gộp của Santos và cs (2021) [7] cho thấy mức độ giảm cười lộ nướu trung bình sau 3 tháng, 6 tháng, 12 tháng sau phẫu thuật tương ứng là 2,87 mm, 2,71 mm và 2,1 mm; tương tự trong nghiên cứu của Couto và cs (2023) [8] cho thấy kết quả tương ứng là 3,34 mm, 2,94 mm và 2,29 mm. Điều này chứng tỏ có sự tái phát cười lộ nướu sau phẫu thuật. Nghiên cứu tổng quan của Mendoza và cs (2022) [6] cho thấy hiệu quả giảm cười lộ nướu đáng kể của phương pháp phẫu thuật tái định vị môi cải tiến, với mức độ lộ nướu trung bình giảm 5,20 mm sau 6 tháng so với ban đầu là 6,63 mm. Mức độ cải thiện cười lộ nướu này cao hơn so với nghiên cứu của Al Jasser (2023) [3] và nghiên cứu này với mức độ lộ nướu giảm tương ứng 3,02 mm và 2,43 mm so với ban đầu là 5,37 mm và 5,69 mm. Sự khác biệt kết quả giữa các

ngiên cứu có thể do sự chọn lựa mẫu với những đối tượng có mức độ cười lộ nướu ban đầu cao hơn. Tuy nhiên, phương pháp phẫu thuật tái định vị môi cải tiến đã chứng minh tính hiệu quả giảm sưng, đau, hạn chế sẹo và có hiệu quả giảm cười lộ nướu có ý nghĩa.

V. KẾT LUẬN

Trong giới hạn của nghiên cứu này, thời điểm 3 tháng sau điều trị phẫu thuật tái định vị môi cải tiến cho thấy đây là phương pháp ít xâm lấn, cải thiện đáng kể mức độ sưng, đau, liền sẹo và đặc biệt giảm mức độ cười lộ nướu rất có ý nghĩa. Do vậy, đây là phương pháp có thể được ứng dụng trên lâm sàng để điều trị cười lộ nướu trên những đối tượng có môi tăng động.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Thùy NT, Đan HTB, Vân NB.** Vẻ đẹp nụ cười và một số yếu tố ảnh hưởng. Y Học TP Hồ Chí Minh. 2007;11(2):116-121.
2. **Alfaraj TMA, Aljohani RE, AlFaifi FA, et al.** A Review of Current Techniques in Lip Repositioning Surgery for Treating Excessive Gingival Display. Cureus. 2024;16(12).
3. **AlJasser RN.** A modified approach in lip repositioning surgery for excessive gingival display to minimize post-surgical relapse: a randomized controlled clinical trial. Diagnostics. 2023;13(4):716.
4. **Ngọc VTN.** Phân tích kết cấu đầu mặt và thẩm mỹ khuôn mặt. Nhà xuất bản y học. 2014:28-29.
5. **Andijani RI, Tatakis DN.** Hypermobility upper lip is highly prevalent among patients seeking treatment for gummy smile. Journal of periodontology. 2019;90(3):256-262.
6. **Mendoza-Geng A, Gonzales-Medina K, Meza-Mauricio J, et al.** Clinical efficacy of lip repositioning technique and its modifications for the treatment of gummy smile: systematic review and meta-analysis. Clinical oral investigations. 2022;26(6):4243-4261.
7. **dos Santos-Pereira SA, Cicareli AJ, Idalgo FA, et al.** Effectiveness of lip repositioning surgeries in the treatment of excessive gingival display: A systematic review and meta-analysis. Journal of Esthetic and Restorative Dentistry. 2021;33(3):446-457.
8. **Couto J, Abreu LG, Cunha FA, et al.** Effectiveness of lip repositioning in the treatment of excessive gingival display: systematic review and meta-analysis. Journal of Oral Research Research in Oral Sciences. 2023.

ĐÁNH GIÁ HIỆU QUẢ CỦA CHỈ SỐ ANALGESIA NOCICEPTION INDEX (ANI) TRONG THEO DÕI ĐAU TRONG VÀ SAU MỔ Ở NGƯỜI BỆNH PHẪU THUẬT MỔ Ổ BỤNG

Hoàng Thị Thanh Tâm¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá tương quan giữa chỉ số ANI với thang điểm PRST trong phẫu thuật và điểm đau VAS ở giai đoạn hồi tỉnh sau gây mê toàn thân phẫu thuật mở ổ bụng. **Đối tượng phương pháp:** 60 bệnh nhân ASA I, II được phẫu thuật mở ổ bụng được đưa vào nghiên cứu. Tất cả bệnh nhân đều được theo dõi và gây mê theo phác đồ. Đo và ghi lại các chỉ số ANI, PRST, VAS theo các thời điểm nghiên cứu. **Kết quả và kết luận:** Có sự liên quan chặt chẽ giữa chỉ số ANI với PRST trong mổ và điểm đau VAS sau phẫu thuật mở ổ bụng. ANI và PRST có mối tương quan tuyến tính nghịch mức độ trung bình với $r = -0,402$ ($r^2 = 0,129$; $p < 0,001$) và chặt chẽ với $r = -0,511$ ($r^2 = 0,261$; $p < 0,001$) trong thời điểm có kích thích mạnh đặt ống nội khí quản và rạch da. Thời điểm rút ống NKQ đến sau 60 phút chỉ số ANI và điểm đau VAS có mối tương quan nghịch chặt chẽ với $r = -0,517$ ($r^2 = 0,268$ và $p < 0,001$). **Từ khóa:** Chỉ số ANI; Theo dõi

đau; Phẫu thuật mở ổ bụng; PRST; VAS

SUMMARY

EVALUATION OF THE EFFECTIVENESS OF THE ANALGESIA NOCICEPTION INDEX (ANI) IN INTRAOPERATIVE AND POSTOPERATIVE PAIN MONITORING IN PATIENTS UNDERGOING OPEN ABDOMINAL SURGERY

Objective: To evaluate the correlation between the Analgesia Nociception Index (ANI) and the PRST score during surgery, as well as the Visual Analog Scale (VAS) score during the recovery period after general anesthesia in open abdominal surgery. **Subjects and Methods:** A total of 60 patients classified as ASA I–II undergoing open abdominal surgery were included in the study. All patients received anesthesia and monitoring according to a standardized protocol. ANI, PRST, and VAS scores were recorded at predefined time points during and after surgery. **Results and Conclusion:** There was a significant correlation between the ANI and PRST scores intraoperatively, and between ANI and VAS postoperatively. ANI and PRST demonstrated a moderate negative linear correlation with $r = -0.402$ ($r^2 = 0.129$; $p < 0.001$), and a stronger negative

¹Bệnh viện Bạch Mai

Chịu trách nhiệm chính: Hoàng Thị Thanh Tâm

Email: thanhtram011995@gmail.com

Ngày nhận bài: 3.7.2025

Ngày phản biện khoa học: 13.8.2025

Ngày duyệt bài: 15.9.2025