

## ĐÁNH GIÁ NHỮNG THUẬN LỢI CỦA KỸ THUẬT LẤY XƯƠNG TỪ ĐẦU GẦN XƯƠNG CHÀY TRONG PHẪU THUẬT GHÉP KHE HỞ XƯƠNG Ổ RĂNG

NGUYỄN HỮU NAM

### TÓM TẮT

Nghiên cứu 50 bệnh nhân khe hở môi vòm miệng đã được phẫu thuật hiện diện khe hở xương ổ răng cần được ghép xương, tuổi từ 6 đến 25 tại BV RHM TW Tp Hồ Chí Minh. Đánh giá những kỹ thuận lợi kỹ thuật lấy xương từ đầu gần xương chày bao gồm thể tích xương lấy, thời gian phẫu thuật, thời gian nằm viện, tình trạng đi lại cũng như sẹo sau mổ tại vị trí xương chày.

Kết quả cho thấy thời gian trung bình lấy xương là 16 phút, bệnh nhân có thể đi lại ngay sau 24 giờ, sẹo sau mổ tốt, thể tích xương trung bình cho 1 khe hở 3ml và có thể lấy được 10 ml tại một vị trí cho

**Từ khóa:** hở môi vòm miệng.

### SUMMARY

Studied on 50 patients with repaired complete unilateral and bilateral cleft lip with alveolar cleft needing to be bone grafted at the national hospital of Odontomatology at Hochiminh city from March 2005 to March 2010, we evaluated the advantages of bone harvesting from the proximal tibia on these patients including the the volume of harvested bone, surgical time, recovering time as well as the scar at the donor site.

**Keywords:** Alveolar cleft; Tibia; Proximal Tibia

### ĐẶT VẤN ĐỀ

Khe hở xương ổ hiện diện trong tất cả các khe hở môi toàn bộ. Sự hiện diện các khe hở xương ổ đưa đến biến dạng môi cánh mũi, mất sự liên tục của cung răng, rối loạn sự mọc răng, lỗ thông mũi miệng [1]. Do vậy, điều trị toàn diện một trường hợp khe hở môi toàn bộ không chỉ đơn thuần là đóng kín khe hở môi mà còn phải đạt được mục tiêu chức năng và thẩm mỹ nhất định, giảm thiểu những rối loạn về mặt tăng trưởng.

Để đạt được kết quả trên cần phải ghép xương cho khe hở cung răng, có nhiều nguồn như xương mào chậu, xương sườn, xương hàm dưới vùng cằm, xương ổ răng vùng răng cối, đầu gần và đầu xa xương chày, xương sọ, xương quay, các xương hàm [6].

Lựa chọn vùng cho với ưu điểm kỹ thuật đơn giản hồi phục nhanh nhưng vẫn đảm bảo lượng xương ghép là yếu tố quan trọng cần đánh giá trong phẫu thuật ghép xương khe hở cung răng.

Phẫu thuật lấy xương từ đầu gần xương chày đã được một số tác giả nghiên cứu cho thấy những ưu điểm về thời gian phẫu thuật, thể tích xương, tình trạng nhiễm trùng khả năng đi lại sớm sau phẫu thuật. Tuy nhiên các công trình nghiên cứu của các tác giả cỡ mẫu nhỏ, chưa đủ tính thuyết phục. Vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu này trên cỡ mẫu lớn hơn nhằm đánh giá thuận lợi của kỹ thuật.

## ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

### 1. Đối tượng nghiên cứu.

Nghiên cứu từ tháng 3 năm 2005 đến tháng 3 năm 2010, với 50 bệnh nhân tuổi trung bình 15,2 đã được phẫu thuật tạo hình môi và vòm miệng toàn bộ một bên hoặc hai bên đến khám lại với nhu cầu được điều trị tiếp để đạt kết quả tốt hơn về thẩm mỹ và chức năng tại Bv RHM TW tp Hồ Chí Minh.

#### + Tiêu chuẩn đầu vào:

Tất cả bệnh nhân có độ tuổi từ 6 trở lên, sức khỏe tốt cho phép gây mê nội khí quản, không có bệnh toàn thân có thể gây tai biến trong quá trình phẫu thuật.

Đã được tạo hình khe hở môi, vòm miệng toàn bộ.

Không có tình trạng viêm nhiễm tại chỗ hoặc toàn thân.

Không có các bệnh bất thường về toàn thân

#### + Tiêu chuẩn loại trừ:

Bệnh nhân có các điều kiện toàn thân không cho phép gây mê nội khí quản, như có các bất thường về máu, các bệnh lý về tim mạch, hô hấp...

Bệnh nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu

### 2. Phương pháp nghiên cứu.

Phương pháp nghiên cứu mô tả loạt ca

Đánh giá tình trạng đi lại, thời gian phẫu thuật, thể tích xương lấy, tình trạng nhiễm trùng, sẹo sau mổ lấy xương từ đầu gần trong xương chày để điều trị khuyết xương ở răng trên bệnh nhân khe hở môi vòm bẩm sinh.

## KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN

### 1. Thể tích xương lấy.

Bảng 1. Thể tích xương cần lấy

	Khe hở môi toàn bộ 1 bên	Khe hở môi toàn bộ 2 bên	Khe hở môi toàn bộ 2 bên	Khe hở môi toàn bộ 2 bên	Tổng số
Số lượng (cc)	3	5	8	10	26
Số khe hở	29	12	2	7	59
Tỷ lệ (%)	49	20	7	24	100

Theo nghiên cứu của chúng tôi kể cả khe hở lớn 2 bên thể tích xương vẫn đủ dư, thể tích xương trung bình 4cc (bảng 3.4) từ 3ml cho khe hở một bên đến 10ml cho khe hở 2 bên nhỏ hơn so với hầu hết các nghiên cứu như:

Robert A (1997) trung bình 4,1ml (2,1- 9,2 ml) thể tích xương mào chậu [10].

Catone Guy A. (1992) trung bình 25ml (10-42 ml) thể tích xương chày mỗi bên [5].

### 2. Thời gian phẫu thuật lấy xương.

Bảng 2. Thời gian phẫu thuật lấy xương

	Số lượng	Tỷ lệ (%)
12 phút	6	12

15 phút	35	70
20 phút	7	14
40 phút	2	4
Cộng	50	100

Có 35 bệnh nhân trên tổng số 50 chiếm 70% chỉ có 15 phút.

Trung bình 16 phút cho một bệnh nhân

Hai trường hợp 40 phút do chảy máu nhiều phải Garo lại

Trong phẫu thuật, ngoài kỹ thuật an toàn hiệu quả, yếu tố quan trọng phải kể đến là thời gian phẫu thuật. Thời gian phẫu thuật ngắn, ngoài việc tránh được nguy cơ các biến chứng về gây mê, nhiễm trùng còn tiết kiệm được sức khỏe cũng như kinh tế của bệnh nhân và bác sĩ.

Nghiên cứu của chúng tôi, thời gian mổ trung bình để lấy xương chày là 16 phút, tối đa là 40 phút. Khi so sánh với các tác giả khác như Catone G. A.[5] thời gian phẫu thuật trung bình khoảng 20 phút, tác giả nghiên cứu trên 20 bệnh nhân và sử dụng đường rạch đầu ngoài xương chày

### 3. Thời gian nằm viện

Bảng 3. Thời gian nằm viện trung bình

	≤ 2 ngày	Sau 2 ngày
Số lượng	8	42
Tỷ lệ (%)	16	84

Thời gian nằm viện trung bình của chúng tôi ngắn nhất là 2 ngày, ngắn hơn khi so với xương mào chậu khi so sánh với các tác giả khác như [10]:

Troxell và cộng sự trung bình là 3.6 ngày.

Hall và Posnick 3.8 ngày đối với khe hở 1 bên và 4.1 ngày đối với khe hở 2 bên

Canady và cộng sự 2,5 ngày. Trong khi đó Berkowits báo cáo thời gian nằm viện 1-2 ngày nhưng dữ liệu không đầy đủ

Thời gian nằm viện ngắn giúp giảm sự quá tải bệnh nhân đặc biệt tại Việt Nam khi nhu cầu giường bệnh còn thiếu

Thời gian nằm viện ngắn đồng thời tiết kiệm chi phí cho bệnh nhân

Thời gian nằm viện ngắn cũng giúp tăng khả năng giải quyết bệnh nhân trong điều kiện thiếu thốn nguồn nhân sự phẫu thuật như hiện nay.

### 4. Kết quả sau xuất viện và sau 6-12 tháng.

Bảng 1. Sau xuất viện

Đánh giá vị trí lấy xương	Tốt		Trung bình		Kém		Tổng số
	N	%	N	%	N	%	
Tình trạng đi lại	47	94	2	4	1	2	50
Sẹo sau mổ	50	100	0	0	0	0	50
Tình trạng nhiễm trùng	50	100	0	0	0	0	50

Thường khi xuất viện chúng tôi quan tâm kiểm tra nhiễm trùng, vết mổ thành công hay thất bại sau xuất viện thường do kỹ thuật ghép xương nếu xương không được lèn chặt, dẫn đến có khoảng trống trong vùng xương ghép dễ tiêu xương hơn. Vật niêm mạc xương không được tạo và giảm căng tốt dẫn đến việc vết mổ khi khâu đóng bị căng, không che phủ tốt xương ghép cũng dễ gây nhiễm trùng, tình trạng toàn thân và tại chỗ, chăm sóc hậu phẫu.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tình trạng nhiễm trùng sau xuất viện là 0%.

Bảng 4. Sau 6-12 tháng

Đánh giá vị trí lấy xương mảnh ghép	Tốt		Trung bình		Khá		Tổng số
	N	%	N	%	N	%	
Tình trạng đi lại	49	98	0	0	1	2	50
Sẹo sau mổ	35	70	15	30	0	0	50
Tình trạng nhiễm trùng	50	100	0	0	0	0	50

Theo kết quả nghiên cứu của bảng 4

Sau 6-12 tháng cũng chỉ có 2% bệnh nhân đi lại khó khăn sau mổ

98% bệnh nhân hài lòng và đạt kết quả tốt

Sẹo xấu sau 6 tháng chiếm tỉ lệ cao hơn 30% tuy nhiên vị trí sẹo không ảnh hưởng nhiều về thẩm mỹ

### KẾT LUẬN

Ghép xương ổ cho KHM-VM là cần thiết. Kỹ thuật lấy đầu gần xương chày là kỹ thuật không phức tạp, an toàn, hiệu quả, dụng cụ đơn giản, sẹo thẩm mỹ, bệnh nhân đi lại sớm, thể tích xương lấy đủ lớn, thời gian phẫu thuật ngắn, có thể triển khai đại trà tiết kiệm chi phí, giải quyết được tình trạng thiếu gờng bệnh, thiếu phẫu thuật viên lâu năm và điều kiện kinh tế của bệnh nhân.

### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Alan S. Herford (2003), "Medial approach for tibia bone graft", J. Oral. Maxillofac Surg., 61, pp. 358-363.
2. Berkowitz S. (2006), "Lip and Palate Sugery", Cleft Lip and Palate, Springer, Chapter 15, 316 - 351.
3. Beronio J.P. (1983), One approach to a viable method of obtaining cancellous bone for grafting", J. Foot Surg., 22, pp. 240.
4. Campbell M., Seligson D. (1992), "The history of bone grafting", Tech Orthop, 7-2, pp. 1.
5. Catone G.A., Reimer B.L., McNeir D., et al (1992), "Tibial autogenous cancellous bone as an alternative donor site in maxillofacial surgery: a preliminary report", J. Oral. Maxillofac Surg., 50, pp. 1258.
6. Collins M, James D.R and Mars M (1998), " Alveolar bone grafting: a review of 115
7. Goulet J.A., Senunas L.E., DeSilva G.L., et al (1997), "Autogenous iliac crest bone graft", Clin. Orthop., 339, pp. 76.
8. M. Telfer, L.J Peterson (1998), "A prospective study of trephined bone grafts of tibia shaft ang iliac crest", *British Journal of Oral and Maxillofacial Surgery*, 36 pp 434-439
9. O' Keefe R.M., Reimer B.L., Butterfield S.L. (1991), "Harvesting of autogenous cancellous bone graft from the proximal tibial metaphysis: A review of 230 cases", J. Orthop. Trauma., 5, pp. 469.
10. Robert A. Rudman (1997), J. Oral. Maxillofac Surg., 55, pp. 219-223.