

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ SỬ DỤNG NỆP VÍT TỰ TIÊU TRONG ĐIỀU TRỊ KẾT XƯƠNG GÒ MÁ - CUNG TIẾP TẠI BỆNH VIỆN QUÂN Y 103

BS. ĐỖ VĂN ANH, TS. LÊ ĐỨC TUẤN
TS. LÊ MẠNH CƯỜNG, ThS. HOÀNG GIA BẢO

Bệnh viện Quân y 103

Phản biện khoa học: PGS.TS. VŨ NGỌC LÂM

Phó Chủ nhiệm Khoa Phẫu thuật hàm mặt và tạo hình,
Bệnh viện Trung ương Quân đội 108

TÓM TẮT: Nghiên cứu tiến cứu, can thiệp lâm sàng, theo dõi dọc không đối chứng 21 bệnh nhân gãy xương gò má cung tiếp, điều trị phẫu thuật kết xương bằng nẹp vít tự tiêu, tại Bệnh viện Quân y 103 từ tháng 01/2017-5/2018. **Kết quả:** Chủ yếu bệnh nhân sử dụng đường mổ chân tóc mai (9/21 bệnh nhân, chiếm 42,86%) và kết xương tại vị trí cung tiếp (11/21 bệnh nhân, chiếm 52,38%). 1 bệnh nhân (4,76%) gãy nẹp trong quá trình phẫu thuật. Kết quả điều trị về chức năng: 19/21 bệnh nhân (90,48%) đạt kết quả tốt khi ra viện và 15/16 bệnh nhân (93,75%) đạt kết quả tốt sau 3-6 tháng; về thẩm mỹ: 20/21 bệnh nhân (95,24%) đạt kết quả tốt khi ra viện, 100% bệnh nhân (16/16) đạt kết quả tốt sau 3-6 tháng; về giải phẫu: 100% bệnh nhân (16/16) đạt kết quả tốt về giải phẫu khi ra viện và sau mổ từ 3-6 tháng.

Từ khóa: Gãy xương gò má cung tiếp, nẹp vít tự tiêu.

ABSTRACT: Objectives: Evaluation of using resorbable plates in the treatment of zygomatic arch fracture. **Subjects and methods:** Prospective, vertical observation without comparison 21 patients zygomatic arch fracture surgical treatment use resorbable plate at 103 military hospital from January 2017 to May 2018. **Results:** Most of patients used the temporal hairline incision (9/21 patients, 42.86%) and fixation fracture at the arch bone (11/21 patients, 52.38%). One patient (4.76%) broken plate during surgery. Result of function: good result when hospital discharge is 19/21 patients (90.48%), good result after surgery 3-6 months is 15/16 patients (93.75%). Result of aesthetic: good result when hospital discharge is 20/21 patients (95.24%), good result after surgery 3-6 months is 16/16 patients (100%). Result of anatomy: 100% patients had good result when hospital discharge and after surgery 3-6 months (16/16 patients).

Keywords: Zygomatic arch fracture, resorbable plates and screws.

Chịu trách nhiệm nội dung: TS. Lê Đức Tuấn, Email: drtuan103@yahoo.com.vn

Ngày nhận bài: 16/7/2018; mời phản biện khoa học: 25/7/2018; chấp nhận đăng: 26/9/2018.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ.

Gãy xương gò má - cung tiếp (GMCT) gây ảnh hưởng trực tiếp đến chức năng và thẩm mỹ của người bệnh. Khi có chỉ định can thiệp phẫu thuật nắn chỉnh kết xương, việc lựa chọn phương tiện và vật liệu kết hợp xương rất quan trọng, quyết định kết quả điều trị. Kết hợp xương bằng nẹp vít được sử dụng rộng rãi, đem lại kết quả tốt hơn cả. Tuy nhiên, sau thời gian liền xương chắc, thường phải phẫu thuật tháo bỏ nẹp vít.

Nẹp vít tự tiêu ra đời là một giải pháp tốt, vừa kế thừa ưu điểm của nẹp vít thông thường, vừa khắc phục được nhược điểm phải tháo bỏ nẹp vít (tránh phẫu thuật lần 2), vừa tiết kiệm chi phí, thời gian và sức khỏe. Nẹp vít tự tiêu được ứng dụng điều trị trong nhiều chuyên khoa, trong đó có loại dành cho

điều trị kết hợp xương GMCT. Chúng tôi thực hiện đề tài này nhằm đánh giá kết quả sử dụng nẹp vít tự tiêu trong điều trị phẫu thuật gãy xương GMCT, tại Khoa Phẫu thuật hàm mặt và tạo hình, Bệnh viện Quân y 103.

2. ĐỐI TƯỢNG, PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU.

2.1. Đối tượng nghiên cứu:

21 BN gãy mới xương GMCT, điều trị phẫu thuật kết hợp xương bằng nẹp vít tự tiêu, tại Khoa Phẫu thuật hàm mặt và tạo hình, Bệnh viện Quân y 103, từ tháng 01/2017 đến tháng 5/2018.

Lựa chọn các BN gãy xương GMCT mới, nhóm II, III (theo phân loại của Knight & North). Loại trừ các BN gãy xương GMCT do bệnh lý; BN gãy nát, phức tạp xương gò má; BN không đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu:

- Thiết kế nghiên cứu: tiến cứu, can thiệp lâm sàng, theo dõi dọc không đối chứng.

- Cỡ mẫu nghiên cứu: lựa chọn theo kỹ thuật chọn mẫu thuận tiện.

- Phương tiện phẫu thuật: máy khoan xương (Micro motor); máy cầm đầu điện cực siêu âm; mũi khoan xương đường kính 1,9 mm; dụng cụ nhỏ chuyên biệt (cây nâng xương, móc xương, lóc cốt mạc...).

- Vật liệu nghiên cứu: nẹp tự tiêu (dày 1,5 mm, dạng nẹp thẳng); vít tự tiêu (đường kính 2,1 mm, dài 7 mm, không có ren hăng KLS Martin - hình 1).

- Các bước tiến hành kỹ thuật:

+ Vô cảm: gây mê nội khí quản với ống nội khí quản đặt qua mũi hoặc qua miệng; gây tê tại chỗ bằng Lidocain 2% pha Adrenalin.

+ Bước 1: rạch da, bộc lộ đường gãy.

+ Bước 2: nắn chỉnh ổ gãy.

+ Bước 3 (kết xương): chọn nẹp, hoạt hóa (làm nóng) nẹp tự tiêu; uốn nẹp tự tiêu; đặt nẹp và khoan xương; cố định vít.

+ Bước 4: kiểm tra cầm máu, đóng vết mổ, đặt dẫn lưu (nếu cần).

- Chẩn đoán xác định gãy mới xương GMCT theo phân loại của Makus Zingg (1991) gồm nhóm A, nhóm B [1]; theo phân loại Knight và North (1961) [2] gồm nhóm II, nhóm III.

- Tiêu chuẩn đánh giá kết quả phẫu thuật:

Kết quả	Chức năng	Thẩm mỹ	X quang (giải phẫu)
Tốt (3 điểm)	- Ăn nhai tốt. - Không hạn chế vận nhãn, không nhìn đôi, không nhìn mờ.	- Mặt cân đối - Xương và phần mềm tại chỗ không biến dạng. - Vết mổ khô/vết mổ liền sẹo tốt.	- Hình ảnh xương gò má 2 bên cân đối. - Hình ảnh lỗ bắt vít đang có can xương
Khá (2 điểm)	- Ăn nhai được. - Không hạn chế vận nhãn, không nhìn đôi, không nhìn mờ.	- Mặt cân đối - Xương và phần mềm tại chỗ có biến dạng nhẹ. - Vết mổ khô/vết mổ liền sẹo tốt.	- Hình ảnh xương gò má 2 bên tương đối cân. - Hình ảnh lỗ bắt vít đang có can xương
Kém (1 điểm)	- Ăn nhai khó khăn. - Hạn chế vận nhãn và/hoặc nhìn đôi, và/hoặc giảm thị lực.	- Mặt mất cân đối. - Xương và phần mềm tại chỗ biến dạng. - Nhiễm trùng vết mổ/sẹo mổ dẫn hoặc co kéo.	- Hình ảnh xương gò má 2 bên không cân đối. - Hình ảnh lỗ bắt vít không can xương

- Đánh giá kết quả chung (dựa trên cơ sở cho điểm từng mặt về chức năng, thẩm mỹ, giải phẫu): tốt: 9 điểm; khá: 6-8 điểm; kém: 3-5 điểm.

- Xử lý số liệu: theo phương pháp thống kê y học.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU.

3.1. Đường mổ và vị trí kết xương trong phẫu thuật:

- Các đường mổ trong phẫu thuật (n = 21):

+ Đường chân tóc mai: 9 BN (42,86%).

+ Đường dưới bờ mi dưới: 2 BN (9,52%).

+ Đường qua vết thương: 1 BN (4,76%).

+ Đường chân tóc mai phối hợp dưới bờ mi dưới: 5 BN (23,81%).

+ Đường chân tóc mai phối hợp ngách tiền đình-lợi: 2 BN (9,52%).

+ Đường dưới bờ mi dưới phối hợp đuôi cung mày: 1 BN (4,76%).

+ Đường dưới bờ mi dưới phối hợp đuôi cung mày: 1 BN (4,76%).

Chủ yếu BN được sử dụng đường mổ chân tóc mai (9/21 BN, chiếm 42,86%) hoặc đường mổ chân tóc mai kết hợp dưới bờ mi dưới (5/21 BN, chiếm 23,81%). Các đường mổ khác chiếm tỉ lệ thấp hơn.

- Vị trí kết xương (n = 21):

+ Cung tiếp: 11 BN (52,38%).

+ Dưới bờ ổ mắt: 4 BN (19,05%).

+ Trụ gò má-hàm trên: 2 BN (9,52%).

+ Cung tiếp và dưới bờ ổ mắt: 1 BN (4,76%).

+ Cung tiếp và trụ gò má-hàm trên: 1 BN (4,76%).

+ Dưới bờ ổ mắt và bờ ngoài ổ mắt: 1 BN (4,76%).

+ Dưới bờ ổ mắt và thân xương gò má: 1 BN (4,76%).

Chiếm tỉ lệ cao nhất là vị trí cung tiếp (11/21 BN, chiếm 52,38%), tiếp đến là vị trí dưới bờ ổ mắt và trụ gò má-hàm trên lần lượt là 4/21 BN (19,05%) và

2/21 BN (9,52%), thấp nhất là các vị trí kết xương còn lại, đều chiếm 4,76% (1/21 BN).

3.2. Kết quả điều trị:

Kết quả điều trị khi BN ra viện và sau phẫu thuật từ 3-6 tháng.

Kết quả điều trị		Khi ra viện (n = 21)	Sau 3-6 tháng (n = 16)
Về chức năng	Tốt	19 (90,48%)	15 (93,75%)
	Khá	2 (9,52%)	1 (6,25%)
	Kém	0	0
Về thẩm mỹ	Tốt	20 (95,24%)	16 (100%)
	Khá	1 (4,76%)	0
	Kém	0	0
Kết quả chung	Tốt	18 (85,71%)	15 (93,75%)
	Khá	3 (14,29%)	1 (6,25%)
	Kém	0	0

Ngay sau phẫu thuật và kiểm tra sau phẫu thuật từ 3-6 tháng, có 100% BN đạt kết quả tốt về hình thái giải phẫu. Đánh giá khi ra viện, đạt kết quả tốt là 85,71% (riêng về chức năng là 90,48%, riêng về thẩm mỹ là 95,24%). Sau phẫu thuật 3-6 tháng, đạt kết quả tốt là 93,75% (tốt về thẩm mỹ là 100%). Không BN nào đạt kết quả kém.

- Tai biến, biến chứng: chỉ gặp 1 BN (4,76%) gãy nẹp trong phẫu thuật; không trường hợp nào viêm nhiễm phần mềm tại chỗ và phản ứng với nẹp tự tiêu.



Hình 1. Nẹp và vít tự tiêu.

4. BÀN LUẬN.

Mục đích của điều trị gãy xương GMCT là phục hồi tốt nhất về chức năng và thẩm mỹ cho BN. Trong đó, việc nắn chỉnh các đường gãy về đúng vị trí giải phẫu phải bảo đảm tối đa các điểm gãy xương về đúng vị trí ban đầu và cố định vững các đường gãy bằng nẹp vít.

4.1. Đường mổ và vị trí kết xương:

Đường mổ chân tóc mai chiếm tỉ lệ cao nhất (9/21 BN, chiếm 42,68%) và vị trí cung tiếp được kết xương nhiều nhất (11/21 BN, chiếm 52,38%). Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của Makus Zingg năm 1991 (phân loại gãy xương GMCT: nhóm A, nhóm B); Knight và North năm 1961 (phân loại gãy xương GMCT: nhóm II, nhóm III).

Đường mổ chân tóc mai có nhiều ưu điểm hơn so với đường mổ khác, như đường mổ ngắn (5 cm), nằm hoàn toàn trong phần da có tóc (bảo đảm thẩm mỹ), can thiệp vào cung tiếp thuận lợi, hạn chế tổn thương nhánh trán dây VII. Cung tiếp là một trụ rất hay gãy, đặc biệt với BN gãy xương GMCT thuộc nhóm II, III (theo phân loại của Knight & North). Đây là vị trí cần can thiệp nắn chỉnh kết xương, cố định chắc.

4.2. Kết quả điều trị:

- Về chức năng: đánh giá kết quả về chức năng sau phẫu thuật thông qua việc BN ăn nhai, tình trạng khớp cắn, chức năng cảm giác, vận động nhãn cầu và thị lực. Kết quả khi ra viện cho thấy, về chức năng, có 19/21 BN (90,48%) đạt kết quả tốt, 2/21 BN (9,52%) đạt kết quả khá. 2 BN đạt kết quả khá là do gãy xương hàm trên kết hợp tổn thương các nhánh cảm giác của dây V2 (hàm trên), nên BN còn cảm giác tê bì vùng má, môi trên phía tổn thương. Sau ra viện 3-6 tháng, 15/16 BN (93,75%) đạt kết quả tốt về chức năng và 1/16 BN (6,25%) đạt kết quả khá. 1 BN khá do còn than phiền về cảm giác tê bì má, môi trên, nhưng giảm hơn so với khi ra viện.

- Kết quả chung (đánh giá dựa vào chức năng, giải phẫu và thẩm mỹ) cho thấy, khi ra viện, 18/21 BN (85,7%) đạt kết quả tốt (BN há miệng, ăn nhai tốt, không tê bì vùng mũi má môi trên cùng bên với tổn thương, vận động nhãn cầu bình thường và thị lực tốt). Đây là những BN gãy cung tiếp đơn thuần hoặc gãy xương gò má khối lớn (thuận lợi cho nắn chỉnh kết xương, trả lại sự cân đối khuôn mặt), không có tổn thương dây thần kinh dưới ổ mắt, không kẹt cơ trực, sau phẫu thuật vết mổ liền tốt. 3/21 BN (14,3%) đạt kết quả khá (gò má cung tiếp 2 bên cân, ăn nhai tốt), do gãy xương chèn ép dây thần kinh dưới ổ mắt và tê bì. Mặc dù đã được phẫu thuật nắn chỉnh kết xương nhưng khi ra viện vẫn còn tê bì vùng má mũi môi trên cùng bên tổn thương, vết mổ còn sưng nề. Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của Nguyễn Văn Luật (35/41 BN, chiếm 85,3% kết quả tốt; 6/41 BN, chiếm 14,6% kết quả khá) [7]; Trương Mạnh Dũng (89,5% kết quả tốt, 10,5% kết quả khá) [3]; Đặng Xuân Lộc (85,7% kết quả tốt, 12,5% kết quả khá, 1,8% kết quả kém) [8].

Sau phẫu thuật 3-6 tháng, kiểm tra 16 BN, thấy 15/16 BN (93,8%) đạt kết quả tốt (chức năng ăn nhai tốt, vận nhãn thị lực bình thường, không nhìn đôi và không tê bì vùng má mũi môi trên, gò má 2 bên cân, sẹo mổ tốt, không có biến chứng co kéo biến dạng, không rò vết mổ). 1/16 BN (6,3%) đạt kết quả khá (còn cảm giác tê bì vùng má mũi môi

trên cùng bên tổn thương). Kết quả này cao hơn nghiên cứu của Nguyễn Văn Luật (tốt: 86,7%; khá: 10%; kém: 3,3%) [7]; Đặng Xuân Lộc (tốt: 83,9%; khá: 14,3%; kém: 1,8%) [8]. Sở dĩ kết quả xa trong nghiên cứu này cao hơn so với nghiên cứu của các tác giả khác là do đối tượng nghiên cứu của chúng tôi gồm những BN gãy xương đơn giản hơn, can thiệp phẫu thuật thuận lợi.

- Về tai biến, biến chứng: trong nghiên cứu này, chúng tôi chỉ gặp 1/21 BN (4,76%) gãy nẹp trong quá trình phẫu thuật và đã được thay thế bằng nẹp mới ngay sau đó. Không BN nào gặp biến chứng nhiễm trùng sau mổ và phản ứng hoặc thải loại vật liệu.

Như vậy, có thể nói, áp dụng nẹp vít tự tiêu trong điều trị gãy xương GMCT cho kết quả tốt và đem lại nhiều lợi ích cho người bệnh.

5. KẾT LUẬN.

Nghiên cứu 21 BN gãy xương GMCT, điều trị phẫu thuật kết hợp xương bằng nẹp vít tự tiêu, tại Bệnh viện Quân y 103, từ tháng 01/2017 đến tháng 5/2018, chúng tôi rút ra kết luận:

- Chủ yếu BN sử dụng đường mổ chân tóc mai (9/21 BN, chiếm 42,86%) và vị trí kết xương là cung tiếp (11/21 BN, chiếm 52,38%).

- Kết quả điều trị về chức năng: 19/21 BN (90,48%) đạt kết quả tốt khi ra viện và 15/16 BN (93,75%) đạt kết quả tốt sau 3-6 tháng; về thẩm mỹ: 20/21 BN (95,24%) đạt kết quả tốt khi ra viện, 100% BN (16/16) đạt kết quả tốt sau 3-6 tháng; về giải phẫu: 100% BN đạt kết quả tốt về giải phẫu khi ra viện (21/21 BN) và sau mổ 3-6 tháng (16/16 BN).

- Biến chứng: 1 BN (4,76%) gãy nẹp trong quá trình phẫu thuật.

TÀI LIỆU THAM KHẢO:

1. Markus Zingg M.D (1992), "Classification and treatment of Zygomatic fracture, A review of 1025 case", *Journal of oral maxilla-facial surgery*, Vol 50, 770-778.
2. Knight J.S, North J.F (1961), "The classification of malar fracture: an analysis of displacement as a guide to treatment", *Br.J. Plastic Surg*.
3. Trương Mạnh Dũng (2012), *Nghiên cứu áp dụng hệ thống nẹp vít tự tiêu trong điều trị gãy xương hàm mặt*, Đề tài cấp Bộ.
4. Suuronen R, Kallela I, Lindqvist C (2000), "Bioabsorbable plates and screws: current state of the art in facial fracture repair", *J. Craniomaxillofac. Trauma*, 6 (1), 19-27.
5. Nguyễn Danh Toàn (2010), *Nhận xét đặc*

điểm lâm sàng, X quang và kết quả điều trị gãy xương GMCT bằng nẹp vít tự tiêu, Luận văn tốt nghiệp bác sĩ chuyên khoa II, Trường Đại học Y Hà Nội.

6. Ambrose C.G, Clanton T.O (2004), "Bioabsorbable implants: Review of clinical experience in orthopedic surgery", *Ann Biomed Eng*, 32, 171-177.□

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ PHẪU THUẬT TÁI TẠO...

(Tiếp theo trang 11)

TÀI LIỆU THAM KHẢO:

1. Đặng Hoàng Anh (2009), *Nghiên cứu điều trị đứt DCCT khớp gối bằng phẫu thuật nội soi sử dụng gân cơ bán gân và gân cơ thon*, Luận án tiến sĩ y học, Học viện Quân y.
2. Đỗ Phước Hùng (2008), "Gân cơ mác dài: một chọn lựa thay thế mảnh ghép trong tái tạo DCCT khớp gối", *Tạp chí Y học thành phố Hồ Chí Minh*, 12(1), tr. 1-4.
3. Trương Trí Hữu (2009), *Tái tạo đứt DCCT kèm rách sụn chêm do chấn thương thể thao qua nội soi*, Luận án tiến sĩ y học, Trường Đại học Y dược thành phố Hồ Chí Minh.
4. Phạm Quang Vinh (2015), "Cơ sinh học và áp dụng lâm sàng gân mác dài tái tạo DCCT", *Tạp chí Y học thực hành*, (12), tr. 59-62.
5. Angthong Chayanin (2015), "The Anterior Cruciate Ligament Reconstruction with the Peroneus Longus Tendon: A Biomechanical and Clinical Evaluation of the Donor Ankle Morbidity", *J Med Assoc Thai* 2015, 98 (6), pp. 555-560.
6. Kerimoglu Servet, Aynaci Osman, Saracoğlu Metehan (2008), "Anterior cruciate ligament reconstruction with the peroneus longus tendon", *Acta Orthop Traumatol Turc*, 42 (1), pp. 38-43.
7. Liu Chung-Ting, Lu Yung-Chang, Huang Chang-Hung (2015), "Halfperoneuslongustendon graft augmentation for unqualified hamstring tendon graft of anterior cruciate ligament reconstruction", *J Orthop Sci*, 20, pp. 854-860.
8. Marx Robert G (2014), "Graft selection for revision ACL reconstruction, Revision ACL Reconstruction: Indications and Technique", *Springer*, pp. 75-86.□