

KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ CỨNG KHỚP THÁI DƯƠNG HÀM BẰNG PHƯƠNG PHÁP CẮT CHỖM LỖI CẦU VÀ GHÉP TRUNG BÌ MỠ TỰ THÂN

Vũ Trung Trực¹, Bùi Mai Anh¹

TÓM TẮT

Mục tiêu nghiên cứu: Mô tả đặc điểm lâm sàng, X-quang của bệnh nhân cứng khớp thái dương hàm được điều trị bằng phương pháp cắt chỏm lồi cầu và ghép trung bì mỡ tự thân tại bệnh viện Hữu nghị Việt Đức và nhận xét kết quả điều trị của nhóm bệnh nhân này. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Các bệnh nhân được chẩn đoán cứng khớp thái dương hàm một bên hoặc hai bên do nguyên nhân tại khớp dựa trên khám lâm sàng và chẩn đoán hình ảnh được phẫu thuật bằng phương pháp cắt chỏm lồi cầu và ghép trung bì mỡ tự thân tại bệnh viện Hữu nghị Việt Đức từ tháng 03 năm 2008 đến tháng 03 năm 2023. Nghiên cứu mô tả cắt ngang. **Kết quả:** Tỷ lệ nam giới 75%, đa số bệnh nhân từ 19 đến 39 tuổi (7/12 trường hợp), nguyên nhân chính là do chấn thương (58,3%). Cứng khớp một bên gặp ở 7 trường hợp, 5 trường hợp còn lại cứng khớp 2 bên. Đa số cứng khớp độ 3-4 theo Dongmei He (75%). Theo dõi tối thiểu 12 tháng sau phẫu thuật, há miệng tối đa trung bình là 25,3mm (thông số này trước phẫu thuật là 8,6mm), có hai trường hợp cứng khớp tái phát, 2 trường hợp khớp cắn hở cửa. Kết quả điều trị thành công 83,3%. **Kết luận:** Cứng khớp thái dương hàm gặp nhiều hơn ở nam giới và sau chấn thương. Điều trị bằng phương pháp cắt chỏm lồi cầu và ghép trung bì mỡ tự thân cho kết quả tốt, đơn giản, dễ thực hiện.

Từ khóa: Cứng khớp thái dương hàm, cắt chỏm lồi cầu, ghép trung bì mỡ, há miệng tối đa.

SUMMARY

SURGICAL OUTCOME OF GAP ARTHROPLASTY WITH INTERPOSITION AUTOLOGOUS DERMIS-FAT GRAFT FOR TEMPOROMANDIBULAR JOINT ANKYLOSIS

Objectives: To describe the clinical and radiographic characteristics of patients with temporomandibular joint ankylosis treated by gap arthroplasty and autologous dermis-fat graft at Viet Duc University Hospital and the treatment outcomes of this patient group. **Methods:** Patients diagnosed with unilateral or bilateral temporomandibular joint ankylosis (intra-articular) based on clinical examination and imaging diagnosis were operated on by gap arthroplasty and autologous dermis-fat graft at Viet Duc University Hospital from March 2008 to March 2023. The study was designed as a descriptive prospective cross-sectional approach. **Results:** Male proportion is 75%, the majority of patients are

between 19 and 39 years old (7/12 cases), the main cause is trauma (58.3%). Unilateral joint ankylosis occurred in 7 cases, the remaining 5 cases had bilateral joint ankylosis. The majority of grade is 3-4 according to Dongmei He (75%). Over 12 months after surgery, the average maximum interincisal opening was 25.3mm (this parameter before surgery was 8.6mm), there were two cases of recurrent ankylosis, and two cases of open bite. Successful treatment results 83.3%. **Conclusions:**

Temporomandibular joint ankylosis is more common in men and after trauma. Treatment with gap arthroplasty and autologous dermis-fat graft can archive good results, it is simple, and easy to perform.

Keywords: Temporomandibular joint ankylosis, gap arthroplasty, dermis-fat graft, maximum interincisal opening.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Cứng (đính) khớp thái dương hàm là bệnh lý khó điều trị và để lại hậu quả nặng nề: hạn chế há miệng, khó ăn nhai, bất cân xứng phát triển xương mặt, thiếu sản xương hàm dưới, những trường hợp cứng khớp nặng có thể gây hội chứng ngừng thở khi ngủ [1]. Trong điều trị phẫu thuật cứng khớp thái dương hàm do nguyên nhân tại khớp, có rất nhiều cách thức khác nhau: Phẫu thuật cắt khối dính đơn thuần (Gap Arthroplasty), phẫu thuật cắt khối dính có đặt vật liệu giữa khớp (Interposition Arthroplasty) vật liệu này có thể là vật liệu tự thân (vật cân cơ thái dương, vạt mỡ má...) hoặc vật liệu nhân tạo (silicone), phẫu thuật cắt khối dính có phục hồi khớp bằng vật liệu xương tự thân (Autogenous Reconstruction), phẫu thuật cắt khối dính có phục hồi khớp bằng phức hợp lồi cầu ổ chảo nhân tạo (Total Joint Replacement) [2],[3].

Do là bệnh lý tương đối hiếm gặp nên hầu hết báo cáo trong nước là các ca lâm sàng riêng lẻ với các phương pháp như đặt silicone, ghép sụn... Nhóm tác giả trong nghiên cứu này cũng đã báo cáo 3 ca lâm sàng ghép trung bì mỡ tự thân năm 2015 [4]. Đề tài này được đánh giá dựa trên cỡ mẫu lớn hơn.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu. Nghiên cứu thực hiện trên 12 bệnh nhân, các trường hợp được phẫu thuật tạo khe khớp bằng lấy bỏ tổ chức xơ và cắt chỏm lồi cầu, sau đó ghép trung bì mỡ lấy từ vùng bụng dưới vào khe khớp tại khoa Phẫu thuật Hàm mặt- Tạo hình- Thẩm mỹ, Bệnh viện

¹Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức

Chịu trách nhiệm chính: Vũ Trung Trực

Email: drvutrongtruc@gmail.com

Ngày nhận bài: 4.6.2024

Ngày phản biện khoa học: 10.7.2024

Ngày duyệt bài: 16.8.2024

Hữu nghị Việt Đức. Số liệu được lấy từ tháng 03/2008 đến tháng 03/2023.

Tiêu chuẩn lựa chọn: - Các bệnh nhân được chẩn đoán cứng khớp thái dương hàm một bên hoặc hai bên do nguyên nhân tại khớp dựa trên khám lâm sàng và chẩn đoán hình ảnh được phẫu thuật bằng phương pháp cắt chỏm lồi cầu và ghép trung bì mỡ tự thân.

- Có đầy đủ hồ sơ bệnh án, thông tin cho nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ: - Không có khả năng hợp tác với các liệu pháp phục hồi chức năng và theo dõi sau phẫu thuật.

- Theo dõi sau mổ không đủ 12 tháng.

Phương pháp nghiên cứu

- Nghiên cứu mô tả lâm sàng.

Nội dung nghiên cứu. Thu thập các thông tin về đặc điểm chung, đặc điểm lâm sàng, chẩn đoán hình ảnh trước phẫu thuật, các thông tin trong phẫu thuật và sau phẫu thuật. Theo dõi đánh giá sau phẫu thuật tối thiểu 12 tháng, các thông số về chức năng và thẩm mỹ được ghi nhận ở lần khám cuối cùng, biến chứng và di chứng ghi nhận trong cả quá trình điều trị và theo dõi. Kết quả điều trị được đánh giá dựa trên các tiêu chí: (1) mức độ há miệng tối đa; (2) tình

trạng khớp cắn; (3) biến chứng trong khi điều trị và (4) cứng khớp tái phát. Số liệu được xử lý theo chương trình thống kê SPSS 20.0 (SPSS Inc., Chicago, Illinois, USA).

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

12 bệnh nhân được chẩn đoán cứng khớp thái dương hàm và được điều trị phẫu thuật tạo khe khớp sau đó ghép trung bì mỡ tự thân được lấy từ vùng bụng dưới. Trong số đó, 75% là nam giới và 25% là nữ giới. Chỉ có 1 trường hợp (8,3%) dưới 18 tuổi; 91,7% còn lại trong độ tuổi lao động từ 19 đến 60, nhóm chiếm tỉ lệ cao nhất là 19-39 tuổi (58,3%). Nguyên nhân gây dính khớp chủ yếu là sau chấn thương (58,3%), ngoài ra còn gặp sau viêm nhiễm (25%) và khối u lành tính lồi cầu xương hàm dưới (16,7%).

Về đặc điểm lâm sàng trước phẫu thuật: 58,3% số trường hợp dính khớp một bên (33,3% bên phải và 25% bên trái); 41,7% dính khớp hai bên. Theo phân loại dính khớp của Dongmei He [2], phần lớn dính khớp ở giai đoạn 3 và 4 (tỉ lệ tương ứng là 41,7% và 33,3%), theo sau đó là giai đoạn 2 (16,7%) và giai đoạn 1 (8,3%). Mức độ há miệng tối đa trước-sau phẫu thuật và thời gian theo dõi được trình bày trong Bảng 1.

Bảng 1. Mức độ há miệng tối đa trước-sau phẫu thuật và thời gian theo dõi sau mổ.

Bệnh nhân	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	
MIO trước mổ (mm)	10	5	10	15	2	2	8	10	4	12	10	15	n=12 MIO _{TB} = 8,6
MIO sau mổ (mm)	20	20	30	40	10	15	30	40	7	30	27	35	n=12 MIO _{TB} = 25,3
Thời gian theo dõi (năm)	5	2	4	1,5	4	1	1	2,5	5,5	5,5	7	3,5	

MIO (Maximum interincisal opening): mức độ há miệng tối đa

MIO_{TB}: mức độ há miệng tối đa trung bình

Đánh giá tình trạng khớp cắn sau phẫu thuật, 75% có khớp cắn đúng và 25% khớp cắn sai nhưng người bệnh ăn nhai được và không có yêu cầu điều trị chỉnh sửa về khớp cắn.

Một bệnh nhân có rò dịch mỡ qua vết mổ trước tai phải nhưng không có dấu hiệu nhiễm trùng, ổn định sau 1 tuần điều trị kháng sinh. Một trường hợp xuất hiện liệt nhánh trán thần kinh mặt phải tạm thời ngay sau phẫu thuật, theo dõi thấy phục hồi hoàn toàn sau 3 tháng, 2 trường hợp cứng khớp tái phát (16,7%). Kết quả điều trị tốt ở 83,3% số trường hợp. Tất cả đều hài lòng với kết quả phẫu thuật, có cải thiện khả năng há miệng và ăn nhai sau mổ.

IV. BÀN LUẬN

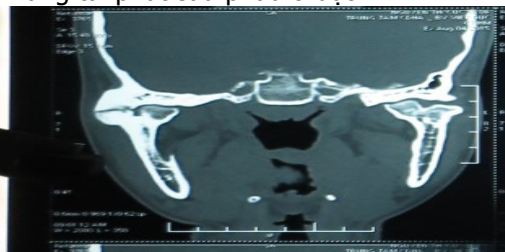
Trong nghiên cứu của chúng tôi gồm 12 bệnh nhân trong đó có 9 bệnh nhân là nam

chiếm 75%. Lứa tuổi gặp nhiều nhất từ 19-39 tuổi chiếm 58,3%, sau đó là lứa tuổi 40-59 chiếm 33,4%. Lứa tuổi 19-39 chiếm tỷ lệ cao do đây là lứa tuổi tham gia nhiều các hoạt động xã hội, lao động sản xuất do đó liên quan nhiều tới chấn thương hàm mặt hơn. Tỷ lệ nam nhiều hơn nữ và độ tuổi cũng phù hợp với các nghiên cứu ở các nước đang phát triển [5].

Chấn thương lồi cầu xương hàm dưới trong đó gãy chỏm lồi cầu là nguyên nhân phổ biến nhất gây dính khớp thái dương hàm. Theo Phạm Hoàng Tuấn nghiên cứu tình trạng chấn thương lồi cầu tại bệnh viện Răng Hàm Mặt trung ương năm 2017 cho thấy tỷ lệ gãy lồi cầu xương hàm dưới là 40,9% trong đó gãy chỏm lồi cầu chiếm 34,6%. Hossain và cộng sự nghiên cứu 60 bệnh nhân bị dính khớp thái dương hàm cho thấy kết quả: nguyên nhân dính khớp do chấn thương 78,3%, nhiễm trùng 11,7% [6]. Nghiên cứu của Manbogo và cộng sự năm 2014 chỉ ra tỷ lệ dính khớp thái dương hàm do chấn thương lên tới

62,2% theo sau là thoái hóa khớp 13,3% và nhiễm trùng khớp 11,1% [7]. Trong các chấn thương khớp thái dương hàm thì chấn thương nội khớp gồm: gãy vụn đầu lồi cầu, gãy bên chỏm lồi cầu, chấn thương đĩa khớp, gãy lồi cầu vị trí sát hố thái dương đóng vai trò quan trọng cơ chế bệnh sinh gây dính khớp thái dương hàm. Do đó việc theo dõi sát và hướng dẫn chi tiết liệu trình tập phục hồi chức năng sau chấn thương nội khớp xương hàm dưới là hết sức cần thiết để ngăn ngừa, phát hiện và điều trị kịp thời dính khớp.

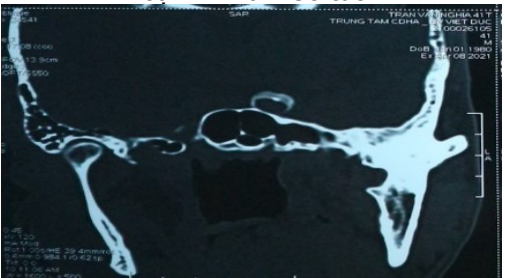
Đa số bệnh nhân trong nghiên cứu nằm trong độ 3 (%) và 4 (%) theo phân loại dính khớp của Dongmei He, theo đó mức độ dính lồi cầu và diện khớp từ 50% đến 100% là các mức độ nặng. Tỷ lệ này cũng tương tự nghiên cứu của Xia [8] với độ 3 (25/71 = 35,2%) và độ 4 (19,7%). Ở các bệnh nhân này khối xơ dính lớn, gây khó khăn hơn cho điều trị cũng như tăng khả năng tái phát sau phẫu thuật.



Loại II: nữ 34 tuổi



Loại III: nam 38 tuổi



Loại IV: nam 41 tuổi

Hình 1. Hình ảnh chụp cắt lớp vi tính của một số bệnh nhân trong nhóm nghiên cứu

Trước phẫu thuật, mức độ há miệng tối đa trung bình của các bệnh nhân là 8,6mm; sau phẫu thuật trung bình là 25,3mm. Như vậy có sự cải thiện rõ ràng về mặt chức năng há ngậm

miệng của bệnh nhân.

Qua theo dõi các bệnh nhân trong nhóm nghiên cứu với thời gian theo dõi từ 12 đến 84 tháng, có 2 trường hợp bị dính khớp tái phát đều xuất hiện trong năm đầu tiên sau phẫu thuật. Theo các thông báo của các tác giả nước ngoài thì thấy dao động trong khoảng từ 1 tháng đến 13 năm sau phẫu thuật. Lý do chính gây tái dính khớp là khoảng cắt khối dính không đủ và bệnh nhân không hợp tác tốt trong vấn đề tập há miệng và lý liệu pháp sau phẫu thuật. Một số yếu tố khác có thể dẫn đến tái dính khớp bao gồm: nhiễm trùng vết mổ, phản ứng tại chỗ do vật liệu đặt nội khớp. [9].

Về kỹ thuật, các thông báo trong y văn đưa ra các khuyến cáo về tạo khoang khe khớp cần thiết từ 5-15mm mà không có chỉ định rõ ràng cho từng trường hợp cụ thể [3]. Chúng tôi chủ trương tạo khe khớp tối thiểu 10mm để giảm khả năng dính khớp tái phát. Tuy nhiên, theo dõi sau phẫu thuật thì có 2 trường hợp dính khớp tái phát. Tình trạng khớp cắn hở cửa gấp ở 3 bệnh nhân. Tất cả các trường hợp này đều nằm trong nhóm dính khớp hai bên. Nguyên nhân có thể là do khi cắt lồi cầu hai bên dẫn đến ngăn chiều cao của cành lên, xương hàm dưới của bệnh nhân có xu hướng tụt ra sau gây lệch xương hàm dưới và sai khớp cắn (khớp cắn hở, khớp cắn chặm sớm). Việc tập phục hồi chức năng sớm cho các trường hợp này giúp hạn chế dính khớp tái phát nhưng lại làm tăng khả năng sai khớp cắn sau phẫu thuật. Theo chúng tôi cần cân nhắc áp dụng kỹ thuật này cho các trường hợp cứng khớp hai bên, liệu có nên tạo khe khớp hẹp hơn, ghép vật liệu cứng như sụn sườn, vật liệu nhân tạo hay thay khớp để tránh các biến chứng này?

V. KẾT LUẬN

Theo dõi lâu dài các trường hợp được chẩn đoán cứng khớp thái dương hàm và điều trị phẫu thuật tạo khe khớp sau đó ghép trung bì mỡ tự thân cho thấy kỹ thuật này có thể áp dụng rộng rãi, phù hợp với điều kiện trong nước, tương đối dễ thực hiện và có tính an toàn cao.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Chidzonga MM.** Temporomandibular joint ankylosis: review of thirty-two cases. The British journal of oral & maxillofacial surgery. Apr 1999; 37(2):123-126.
2. **Movahed R, Mercuri LG.** Management of temporomandibular joint ankylosis. Oral and maxillofacial surgery clinics of North America. Feb 2015; 27(1):27-35.
3. **Khanna JN, Ramaswami R.** Protocol for the management of ankylosis of the

- temporomandibular joint. The British journal of oral & maxillofacial surgery. Dec 2019; 57(10): 1113-1118.
- Vũ Trung Trực, Bùi Mai Anh, Nguyễn Hồng Hà** (2015). Phẫu thuật điều trị cứng khớp thái dương hàm bằng phương pháp cắt chỏm lồi cầu xương hàm dưới và ghép trung bì mỡ tự thân: thông báo ba ca lâm sàng và tổng kết y văn. Y học thực hành, năm 60, số 2, tập 952, tr 45-48.
 - Phạm Hoàng Tuấn**. Tình Trạng chấn thương lồi cầu tại bệnh viện Răng Hàm Mặt Trung ương Hà Nội. Tạp chí y học Việt Nam. 2017;452:111-114.
 - Hossain MA, Shah SAA, Biswas ASA**. Frequency of Temporomandibular Joint Ankylosis in Various Age Groups with Reference to Etiology. Chattagram Maa-O-Shishu Hospital Medical College Journal. 2014. 13. 10.3329/cmshmcj.v13i2.21056.
 - Mabongo M, Karriem G**. Temporomandibular Joint Ankylosis: Evaluation of surgical outcomes. IOSR Journal of Dental and Medical Sciences. 13. 60-66
 - Xia, L., An, J., He, Y., Xiao, E., Chen, S., Yan, Y., & Zhang, Y.** Association between the clinical features of and types of temporomandibular joint ankylosis based on a modified classification system. Scientific reports, (2019). 9(1), 10493.
 - Jain G, Kumar S, Rana AS, Bansal V, Sharma P, Vikram A**. Temporomandibular joint ankylosis: a review of 44 cases. Oral Maxillofac Surg. Jul 2008;12(2):61-66.

SO SÁNH HIỆU QUẢ GIẢM TRIGLYCERIDE BẰNG LIỆU PHÁP TRAO ĐỔI HUYẾT TƯƠNG VÀ LIỆU PHÁP INSULIN TRONG ĐIỀU TRỊ BỆNH NHÂN VIÊM TỤY CẤP

Lê Quốc Tuấn¹, Trần Thị Tuyết Nhung¹

INSULIN THERAPY IN THE TREATMENT OF PATIENTS WITH ACUTE PANCREATITIS

Objective: "Compare the effectiveness of triglyceride reduction by plasma exchange therapy and insulin therapy in the treatment of patients with acute pancreatitis". **Subjects and Methods:** Includes 30 AP patients with hyperglycemia treated with Insulin and TPE therapy at Thai Nguyen Nation Hospital from June 2022 to March 2024. **Results:** Both 2 groups have 3 patients developed severe AP. TG decreased <10 mmol/L after 24 hours of admission. TG decreased more within 24 hours after admission in the TPE group (66 ± 15%) compared to the Insulin group (55 ± 18%), p > 0.05. Cholesterol levels were also lower after 24 hours of hospitalization in the TPE group. TG decreased < 10 mmol/L on average after 1 day in the TPE group and after 2 days in the Insulin group. Both 2 groups had 3 cases of severe AP. Hospital stay was similar in both 2 groups, and survival rates were both 100%. There was one case of mild hypoglycemia in the Insulin group and some urticaria and hypotension in the TPE group. **Conclusion:** There is no difference in the effectiveness of TG reduction with TPE therapy and Insulin therapy in the treatment of patients with acute pancreatitis. **Keywords:** effectiveness, triglycerides, plasma exchange therapy, Insulin therapy, treatment, acute pancreatitis

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tăng triglyceride (TG) máu là nguyên nhân phổ biến gây viêm tụy cấp (VTC). Sinh lý bệnh của VTC do tăng TG máu chưa được hiểu đầy đủ. Hai cơ chế có thể liên quan đến đó là: 1) sự hình thành chylomicron, làm tăng độ nhớt của máu, gây tắc nghẽn mao mạch và dẫn đến thiếu máu cục bộ ở tuyến tụy và 2) thủy phân chất

TÓM TẮT

Mục tiêu: "So sánh hiệu quả giảm Triglyceride bằng liệu pháp trao đổi huyết tương và liệu pháp insulin trong điều trị bệnh nhân viêm tụy cấp". **Đối tượng và phương pháp:** Gồm 30 bệnh nhân VTC có tăng TG máu được điều trị bằng liệu pháp Insulin và TPE tại Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên từ tháng 6 năm 2022 đến tháng 3 năm 2024. **Kết quả:** Cả 2 nhóm đều có 3 bệnh nhân tiến triển nặng, nhưng TG đã giảm <10 mmol/L sau 24 giờ nhập viện. TG giảm nhiều hơn trong vòng 24 giờ sau nhập viện ở nhóm TPE (66±15%) so với nhóm Insulin (55±18%), p >0,05. Mức cholesterol cũng thấp hơn sau 24 giờ nhập viện ở nhóm TPE. TG giảm < 10 mmol/L trung bình sau 1 ngày ở nhóm TPE và sau 2 ngày ở nhóm dùng Insulin. Cả 2 nhóm đều có 3 trường hợp VTC nặng. Thời gian nằm viện cũng tương đương ở cả hai nhóm và tỷ lệ sống sót đều là 100%. Có một trường hợp hạ đường huyết nhẹ ở nhóm dùng Insulin và một số nổi mề đay và hạ huyết áp ở nhóm TPE. **Kết luận:** Không có sự khác biệt về hiệu quả làm giảm TG bằng liệu pháp TPE và liệu pháp Insulin trong điều trị bệnh nhân viêm tụy cấp. **Từ khóa:** hiệu quả, triglyceride, liệu pháp trao đổi huyết tương, liệu pháp insulin, điều trị, viêm tụy cấp

SUMMARY

COMPARISON OF THE EFFECTIVENESS OF TRIGLYCERIDE REDUCTION USING PLASMA EXCHANGE THERAPY AND

¹Trung tâm Y tế Thanh Ba, Phú Thọ
 Chịu trách nhiệm chính: Lê Quốc Tuấn
 Email: tuanpk103ck@gmail.com
 Ngày nhận bài: 3.6.2024
 Ngày phản biện khoa học: 9.7.2024
 Ngày duyệt bài: 15.8.2024