

- Angle Fractures. JAMA Facial Plast Surg. 2018 May 1;20(3):238–43.
3. **Ellis E WL.** Treatment of mandibular angle fractures using two noncompression miniplates. J Oral Maxillofac Surg Off J Am Assoc Oral Maxillofac Surg. 1994 Oct;52(10):1032–6; discussion 1036-1037.
4. **Paza AO AA, Passeri LA.** Analysis of 115 mandibular angle fractures. Journal of Oral and maxillofacial surgery, vol 66 (1). 2008; pp.6 - 73.

KẾT QUẢ GHÉP XƯƠNG MÁC VI PHẪU TRONG NHỮNG KHUYẾT HỔNG LỚN Ở XƯƠNG HÀM DƯỚI: TỔNG QUAN HỆ THỐNG

Nguyễn Thị Thúy¹, Đặng Triệu Hùng¹,
Nguyễn Đức Hoàng¹, Bùi Trung Kiên¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả ghép xương mác vi phẫu trong những khuyết hồng lớn ở xương hàm dưới của các nghiên cứu trong giai đoạn 2013-2023. **Đối tượng và phương pháp:** Tổng quan hệ thống các nghiên cứu được tìm thấy trên các cơ sở dữ liệu điện tử PubMed-MEDLINE và Cochrane. Đánh giá chất lượng các nghiên cứu sử dụng công cụ MINORS. Thông số đầu ra chính được quan tâm là tỷ lệ thành công của phẫu thuật (tỷ lệ vật sống). Các thông số khác bao gồm mức độ hài lòng của bệnh nhân, khả năng ăn nhai và khả năng phát âm sau phẫu thuật. **Kết quả:** Tổng cộng có 13 nghiên cứu thỏa mãn các tiêu chuẩn lựa chọn và loại trừ. Có 6 nghiên cứu có tỷ lệ thành công của phẫu thuật là 100% và chỉ có 2 nghiên cứu có tỷ lệ dưới 90%. Có 3 nghiên cứu cho thấy tỷ lệ bệnh nhân hài lòng với kết quả phẫu thuật ở mức tốt và trung bình 70-97%. Tỷ lệ bệnh nhân phục hồi phát âm là 65-85%. Tỷ lệ bệnh nhân phục hồi khả năng ăn nhai bình thường hoặc ăn mềm/lỏng vượt trội hơn so với ăn qua sonde, trong đó bệnh nhân ăn nhai bình thường nhiều vượt trội trong 3 nghiên cứu với tỉ lệ 78-97%. **Kết luận:** Phẫu thuật ghép xương mác vi phẫu là phương pháp điều trị hiệu quả cao trong phục hồi khuyết hồng lớn ở xương hàm dưới, cải thiện tốt về mặt chức năng, đem lại sự hài lòng cho bệnh nhân sau phẫu thuật. **Từ khóa:** tái tạo khuyết hồng xương hàm dưới, vật xương mác, vật tự do vi phẫu, tổng quan hệ thống.

SUMMARY

EFFICACY OF MANDIBULAR RECONSTRUCTION WITH THE FIBULA FLAP: A SYSTEMATIC REVIEW

Objective: Evaluating the results of microsurgical fibula bone grafting in large defects in the mandible in studies during the period 2013-2023. **Subjects and methods:** Systematic review of studies found on the electronic databases PubMed-MEDLINE and Cochrane. Assessing the quality of studies using the MINORS

tool. The main outcome is the surgical success rate (survival flap rate). Other outcomes include patient satisfaction, chewing ability and speech ability after surgery. **Results:** A total of 13 studies met the inclusion and exclusion criteria. There were 6 studies with a surgical success rate of 100% and only 2 studies with a rate below 90%. There are 3 studies showing that the rate of patients satisfied with surgical results is good and average 70-97%. The rate of patients recovering pronunciation is 65-85%. The rate of patients recovering the ability to chew normally or eat soft/liquid food was superior to eating through a sonde, in which patients who were able to chew normally were superior in 3 studies with a rate of 78-97%. **Conclusions:** Microsurgical fibula bone grafting surgery is a highly effective treatment method in restoring large defects in the mandible, improving function, and bringing satisfaction to patients after surgery. **Keywords:** mandibular reconstruction, fibula flap, microvascular free flap, systematic review

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Xương hàm dưới đóng vai trò quan trọng trong duy trì các hoạt động chức năng và thẩm mỹ, đồng thời nó cũng xác định ranh giới của một phần ba tầng mặt dưới. Do đó, sự gián đoạn mất liên tục của xương hàm dưới đặc biệt là những khuyết hồng lớn sau khi điều trị bằng phẫu thuật dẫn tới sự khiếm khuyết cả về thẩm mỹ lẫn rối loạn chức năng gây ảnh hưởng tới sức khỏe và chất lượng cuộc sống của người bệnh.

Vật tự do cùng với sự tiến bộ của kỹ thuật vi phẫu mạch máu đã đạt được những thành tựu trong tái tạo các tổn khuyết lớn và phức tạp. Kể từ lần đầu tiên được giới thiệu bởi Taylor [1] (1975) nhưng mãi đến khi Hidalgo [2](1989) công bố nghiên cứu của mình vật xương mác mới trở nên phổ biến và được chấp nhận rộng rãi trên toàn thế giới. Phục hồi khuyết hồng lớn xương hàm dưới bằng ghép vật xương mác áp dụng kỹ thuật vi phẫu đã đáp ứng được yêu cầu tái tạo lại thẩm mỹ khuôn mặt và đảm bảo vai trò chức năng, cũng như gia tăng khả năng phục hình tức thì bằng implant cho người bệnh với sự cải tiến kỹ thuật mới như ghép xương mác chập

¹Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Đặng Triệu Hùng

Email: triehung@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 4.10.2023

Ngày phản biện khoa học: 13.11.2023

Ngày duyệt bài: 14.12.2023

đôi và sự hỗ trợ của công nghệ CAD/CAM, in 3D, lập kế hoạch ảo trước phẫu thuật [3].

Đã có các nghiên cứu trên thế giới đánh giá hiệu quả điều trị khuyết hổng xương hàm dưới bằng phương pháp ghép vạt xương mác vi phẫu trên nhiều phương diện khác nhau. Trong bối cảnh Việt Nam chưa có nghiên cứu tổng quan hệ thống về kết quả điều trị khuyết hổng lớn ở xương hàm dưới bằng ghép vạt xương mác vi phẫu. Vì vậy, việc có một nghiên cứu tổng hợp, so sánh các kết quả đã công bố trên thế giới là cần thiết giúp cho các bác sĩ lâm sàng có cái nhìn tổng quát và từ đó có thể đưa ra chỉ định ghép phù hợp mà vẫn đáp ứng được tối đa nhu cầu của bệnh nhân. Xuất phát từ những lý do trên, chúng tôi tiến hành thực hiện đề tài nghiên cứu: *"Kết quả ghép xương mác vi phẫu trong những khuyết hổng lớn ở xương hàm dưới: Tổng quan hệ thống"* với mục tiêu: *Mô tả kết quả ghép xương mác vi phẫu trong những khuyết hổng lớn ở xương hàm dưới.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Các bài báo dạng tiếng Anh, tiếng Việt trong giai đoạn 2013-2023 phù hợp tiêu chuẩn lựa chọn và tiêu chuẩn loại trừ.

2.2. Phương pháp nghiên cứu:

Thiết kế nghiên cứu: Tổng quan hệ thống.

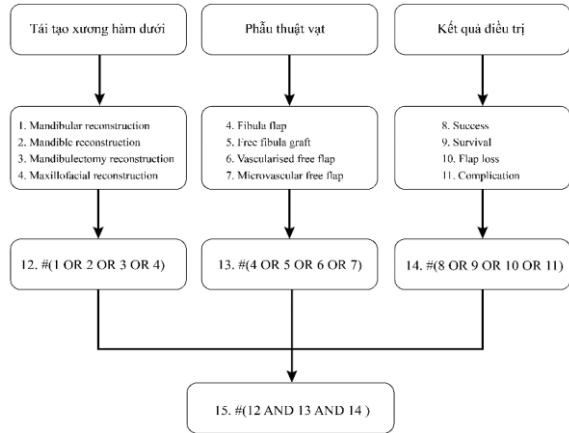
Câu hỏi nghiên cứu: Được xây dựng theo mô hình xác định câu hỏi nghiên cứu PICO: Population/Patient (Đối tượng): bệnh nhân có khuyết hổng lớn ở xương hàm dưới; Intervention (Can thiệp): ghép xương mác vi phẫu hoặc vạt xương mác tự do; Control/Comparison (So sánh): nghiên cứu đối chứng và cả những nghiên cứu có hoặc không có nhóm so sánh; Outcome (Kết quả đầu ra): Tỷ lệ thành công của phẫu thuật (tỷ lệ vạt sống), tỷ lệ hài lòng về thẩm mỹ, tỷ lệ phục hồi chức năng ăn nhai và phát âm.

Tiêu chuẩn lựa chọn: Các bài báo đáp ứng tiêu chí PICO, thử nghiệm lâm sàng ngẫu nhiên có nhóm chứng, nghiên cứu thử nghiệm lâm sàng, nghiên cứu thuần tập, nghiên cứu bệnh chứng, dữ liệu sử dụng của các bài báo không trùng lặp, có công bố dữ liệu định lượng.

Tiêu chuẩn loại trừ: Các nghiên cứu tổng quan, phân tích gộp, chỉ nói tổng quát khái niệm mà không tiến hành nghiên cứu, các nghiên cứu in vitro, nghiên cứu trên động vật, các bài báo không lấy được toàn văn, không phải tiếng Anh, không dịch sang tiếng Anh.

Chiến lược tìm kiếm nghiên cứu: Dựa

trên sự kết hợp của các cụm từ khóa chính được sử dụng, kèm theo xây dựng cụm tìm kiếm nâng cao (Hình 1).

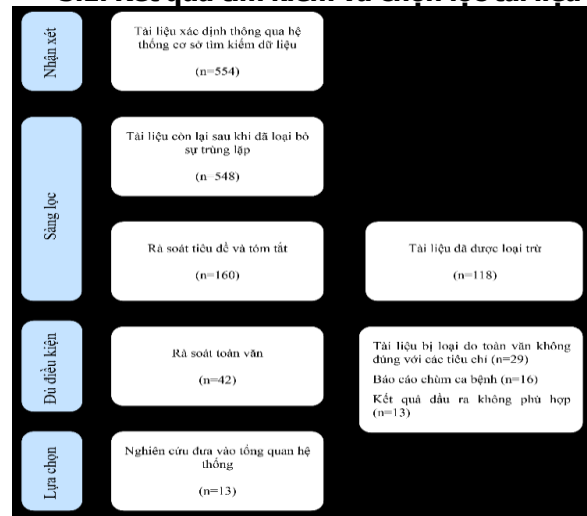


Hình 1. Chiến lược tìm kiếm tài liệu
Đánh giá chất lượng nghiên cứu:

Được đánh giá bằng cách sử dụng công cụ đánh giá nghiên cứu chất lượng cho các nghiên cứu quan sát MINORS để đánh giá chất lượng; bao gồm 8 hạng mục phương pháp luận cho các nghiên cứu không ngẫu nhiên và bổ sung thêm 4 hạng mục trong trường hợp nghiên cứu so sánh. Các mục được cho điểm 0 (không báo cáo), 1 (báo cáo nhưng không đầy đủ), 2 (báo cáo đầy đủ). Điểm lý tưởng là 16 cho các nghiên cứu không so sánh và 24 cho các nghiên cứu so sánh. Các nghiên cứu đáp ứng trên 50% so với điểm tối đa được đánh giá chất lượng trung bình và trên 75% là nghiên cứu chất lượng cao, bằng hoặc dưới 50% điểm tối đa được coi là nghiên cứu chất lượng thấp.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Kết quả tìm kiếm và chọn lọc tài liệu



Hình 2. Kết quả tìm kiếm và chọn lọc tài

liệu theo bảng kiểm PRISMA 2009 [4]

3.2. Đặc điểm các nghiên cứu. Tổng hợp 13 nghiên cứu được chọn đều là nghiên cứu thuần tập, đa số là hồi cứu, có 4 nghiên cứu thuần tập vừa hồi cứu vừa tiến cứu. 12/13 nghiên cứu được xuất bản trong vòng 10 năm gần đây từ 2013 đến nay, năm xuất bản gần nhất là 2022, nghiên cứu có năm xuất bản xa nhất là 2008. 10/13 nghiên cứu được thực hiện ở các quốc gia có nền kinh tế phát triển, 3 nghiên cứu còn lại được thực hiện ở các nước đang phát

triển là Trung Quốc, Đài Loan, Brazil. Thời gian thu thập số liệu của các nghiên cứu thường dài (từ 5 năm trở lên), nghiên cứu có thời gian dài nhất lên đến 25 năm và chỉ có 1 nghiên cứu thu thập số liệu trong 2 năm. Các nghiên cứu được tiến hành trên tổng số 581 vật xương mác không hoặc có so sánh kết quả điều trị với tổng số 45 vật phẫu thuật truyền thống, 28 vật cẳng tay quay, 41 vật mô mềm và 80 vật có sử dụng lập kế hoạch ảo trước phẫu thuật. Thông tin chung về các nghiên cứu được trình bày trong Bảng 1.

Bảng 1. Tóm tắt đặc điểm các nghiên cứu

STT	Tác giả	Năm xuất bản	Địa điểm nghiên cứu	Thời gian nghiên cứu (năm)	Thiết kế nghiên cứu	Cỡ mẫu (N)	Số vật xương mác (n)	Mô tả các nhóm nghiên cứu
1	Nikolaos A. Papadopoulos	2008	Đức	10	Thuần tập	23	23	23 vật da xương mác
2	J. Weitz	2016	Đức	2 (2012-2014)	Thuần tập	50	50	- 24 vật sử dụng lập kế hoạch ảo trước phẫu thuật hướng dẫn cắt xương - 26 vật phẫu thuật truyền thống
3	Juan Pablo Rodríguez-Arias	2022	Tây Ban Nha	5 (2015-2020)	Thuần tập HC	37	37	- 18 vật có lập kế hoạch ảo trước phẫu thuật hướng dẫn cắt xương - 19 vật phẫu thuật truyền thống
4	John M. Le	2021	Mỹ	5 (2014-2019)	Thuần tập HC	93	65	- 65 vật xương mác tự do - 28 vật phức hợp cẳng tay quay
5	Yi Shen	2013	Trung Quốc	10 (2001-2011)	Thuần tập HC	45	45	45 vật xương mác chập đôi
6	Johannes T.M. van Gemert	2017	Hà Lan	14 (1999-2013)	Thuần tập HC	76	79	79 vật xương mác tự do
7	Guilherme Klein Parise	2018	Brazil	17 (1997-2014)	Thuần tập HC	43	43	43 vật xương mác tự do
8	Jennifer An-Jou Lin	2019	Đài Loan	9 (2007-2016)	Thuần tập HC	61	20	- 20 vật xương mác lần 2 - 41 vật mô mềm kết hợp đặt nẹp
9	Julia M. Toto	2015	Mỹ	9 (2002-2011)	Thuần tập HC	57	57	- 25 vật có lập kế hoạch ảo trước phẫu thuật hướng dẫn cắt xương - 20 vật cắt xương tại chỗ không có hướng dẫn trước phẫu thuật - 12 vật cắt tạo hình xương mác ở bàn sau
10	Niklas Rommel	2017	Đức	Không có thông tin	Thuần tập	31	31	- 13 vật có lập kế hoạch ảo trước phẫu thuật hướng dẫn cắt xương - 18 vật phẫu thuật truyền thống
11	Y. Sugiura	2018	Nhật Bản	6 (2009-2015)	Thuần tập HC	37	37	- 17 vật phẫu thuật ở bệnh nhân ≥ 80 tuổi

								- 20 vật phẫu thuật ở bệnh nhân < 80 tuổi
12	Hongyang Ma	2022	Bỉ	23 (1996-2019)	Thuần tập HC	74	74	74 vật xương mác tự do
13	Alexander F. Mericli	2017	Mỹ	25 (1991-2016)	Thuần tập	20	20	- 20 vật da xương mác ghép lần 2 ở bệnh nhân có lặp lại cắt đoạn xương hàm dưới - 20 vật xương mác ban đầu trên cùng đối tượng

3.3. Đánh giá chất lượng các nghiên cứu

Bảng 2. Đánh giá chất lượng của các nghiên cứu không so sánh

STT	Tác giả	Năm xuất bản	MINORS	Chất lượng nghiên cứu		
				Cao (13 - 16)	Trung bình (9 - 12)	Thấp (0 - 9)
1	Nikolaos A. Papadopoulos	2008	9/16		x	
2	Yi Shen	2013	10/16		x	
3	Johannes T.M. van Gemert	2017	14/16	x		
4	Guilherme Klein Parise	2018	9/16		x	
5	Hongyang Ma	2022	14/16	x		

3 nghiên cứu không so sánh có điểm chất lượng ở mức trung bình (9 - 10 điểm) và 2 nghiên cứu xuất bản năm 2017 và 2022 được đánh giá chất lượng cao (14/16 điểm). Điểm MINORS trung bình ở nhóm nghiên cứu không so sánh là $11,2 \pm 2,58$ dao động từ 9 - 14 điểm trên tổng điểm cao nhất là 16.

Bảng 3. Đánh giá chất lượng của các nghiên cứu có so sánh

STT	Tác giả	Năm xuất bản	MINORS	Chất lượng nghiên cứu		
				Cao (19 - 24)	Trung bình (13 - 18)	Thấp (0 - 12)
1	J. Weitz	2016	17/24		x	
2	Juan Pablo Rodríguez-Arias	2022	16/24		x	
3	John M. Le	2021	17/24		x	
4	Jennifer An-Jou Lin	2019	20/24	x		
5	Julia M. Toto	2015	16/24		x	
6	Niklas Rommel	2017	15/24		x	
7	Y. Sugiura	2018	14/24		x	
8	Alexander F. Mericli	2017	17/24		x	

7 nghiên cứu có so sánh đều đạt chất lượng trung bình, duy nhất 1 nghiên cứu trong nhóm xuất bản năm 2019 được đánh giá chất lượng cao (20/24 điểm). Điểm MINORS trung bình ở nhóm nghiên cứu có so sánh là $16,25 \pm 2,12$ dao động từ 13 - 20 điểm trên tổng điểm cao nhất là 24.

3.4. Kết quả phẫu thuật ghép xương mác vi phẫu trong các nghiên cứu. Nhận xét đặc điểm 13 nghiên cứu được chọn cho thấy nam giới chiếm 59% (tỷ lệ Nam/Nữ là 344/217), 1 nghiên cứu không có thông tin. Trung bình độ tuổi của các nghiên cứu có đề cập là $56,7 \pm 9,8$ năm (36,4 - 77). Tổng thời gian phẫu thuật trung bình của 7/13 nghiên cứu có đề cập là 630

± 53 phút dao động từ 573 - 720 phút tương đương với 9 - 12 giờ phẫu thuật. Thời gian nằm viện trung bình là $22 \pm 7,9$ ngày (9,6 - 32,8). Thời gian theo dõi của các nghiên cứu từ 2 - 148 tháng. 7 nghiên cứu cho thấy tổng cộng 167 bệnh nhân (28,7%) đã có xạ trị trước phẫu thuật, 255 vật phẫu thuật có hướng dẫn cắt xương của CAD/CAM/3D trong thời gian từ năm 2013 đến 2022, 3 nghiên cứu thực hiện trên 100% vật phẫu thuật đều được hỗ trợ bởi công nghệ CAD/CAM/3D. Về kết quả điều trị, hầu hết các nghiên cứu có tỷ lệ thành công cao, 11/13 nghiên cứu có tỷ lệ vật sống trên 90%, 2 nghiên cứu còn lại đều trên 85% trong thời gian theo dõi.

Bảng 5. Tóm tắt kết quả điều trị trong các nghiên cứu

STT	Tác giả (Năm xuất bản)	Giới (Nam/Nữ)	Tuổi (Trung bình)	Tiền sử xạ trị	Số BN sử dụng CAD/CA	Tổng thời gian PT	Thời gian nằm	Thời gian theo dõi	Tỷ lệ thành công
-----	------------------------	---------------	-------------------	----------------	----------------------	-------------------	---------------	--------------------	------------------

			năm)		M/3D n (%)	(trung bình phút)	viện (trung bình ngày)	(trung bình tháng)	n (%)
1	Nikolaos A. Papadopoulos (2008)	20/3	44 – 72 (52,7)	Không có thông tin	0	600 - 1140 (720)	19 - 29 (24)	12 - 24	23 (100%)
2	J. Weitz (2016)	33/17	39 – 71 (55,5)	25 (50%)	50(100%)	Không có thông tin	12 - 26 (18)	(15,6)	46 (92%)
3	Juan Pablo Rodríguez-Arias (2022)	19/18	> 18 (51,1)	Không có thông tin	18(48,6%)	(573)	(23,1)	Không có thông tin	37 (100%)
4	John M. Le (2021)	39/26	50 – 74 (62)	6 (9,2%)	65(100%)	Không có thông tin	9,6	Không có thông tin	65 (100%)
5	Yi Shen (2013)	24/21	19 – 66 (36,4)	Không có thông tin	45(100%)	Không có thông tin	Không có thông tin	7 - 32	44 (97,8%)
6	Johannes T.M. van Gemert (2017)	51/28	26 – 81 (61,3)	67 (84,8%)	Không có thông tin	420 - 930 (641)	Không có thông tin	(19,7)	69 (87,3%)
7	Guilherme Klein Parise (2018)	22/21	6 – 78 (44)	Không có thông tin	Không có thông tin	Không có thông tin	Không có thông tin	6 - 84	42 (97,7%)
8	Jennifer An-Jou Lin (2019)	19/1	44 – 68 (56,4)	18 (90%)	Không có thông tin	501 - 853 (677)	12 - 47 (29,5)	(34,7)	17 (85%)
9	Julia M. Toto (2015)	28/29	18 – 88 (61,6)	15 (26,3%)	25(43,9%)	534 - 707 (615)	Không có thông tin	2 - 148	57 (100%)
10	Niklas Rommel (2017)	23/8	17 – 76 (55,9)	16 (51,6%)	13(42%)	Không có thông tin	17,3	(27)	28 (90,3%)
11	Y. Sugiura (2018)	11/26	15 – 92 (77)	Không có thông tin	Không có thông tin	379 - 908 (599)	17 - 154 (32,8)	Không có thông tin	37 (100%)
12	Hongyang Ma (2022)	55/19	25 – 84 (62)	Không có thông tin	29(39%)	Không có thông tin	Không có thông tin	Không có thông tin	68 (92%)
13	Alexander F. Mericli (2017)	Không có thông tin	(60,8)	20 (100%)	10(50%)	460 - 712 (586)	Không có thông tin	Không có thông tin	20 (100%)

3.5. Kết quả phục hồi thẩm mỹ và chức năng trong các nghiên cứu. Trong số 13 nghiên cứu, có 6 nghiên cứu đề cập đến kết quả phục hồi chức năng và thẩm mỹ của bệnh nhân sau phẫu thuật ghép vạt xương mác thời gian theo dõi trung bình từ 15,6 – 72,5 tháng. Kết quả phục hồi thẩm mỹ cao được thể hiện qua mức độ hài lòng của bệnh nhân tốt chiếm 70 – 97%. Kết quả phục hồi chức năng phát âm tương đối cao (65 - 97%). Kết quả phục hồi khả năng ăn nhai có sự khác biệt giữa các nghiên

cứ, tỷ lệ bệnh nhân phục hồi khả năng ăn nhai bình thường chiếm phần lớn (78-97%) ở 3 nghiên cứu (trên tổng số 6 nghiên cứu có đề cập tới kết quả), trong khi đó theo Yi Shen và Y. Sugiura tỷ lệ bệnh nhân chỉ ăn được đồ mềm/lòng chiếm tỉ lệ cao nhất (52% và 51%). Hầu hết các nghiên cứu đều chỉ ra rằng tỷ lệ bệnh nhân chỉ có thể ăn nhai qua sonde chiếm tỉ lệ ít nhất, ngoại trừ theo Alexander F. Mericli [5] đã chỉ ra rằng tỷ lệ này lên đến 45%.

Bảng 6. Tóm tắt một số kết quả phục hồi thẩm mỹ và chức năng

STT	Tác giả	Thời gian theo dõi (trung bình tháng)	Sự hài lòng của bệnh nhân - n (%)			Khả năng ăn nhai - n (%)			Khả năng phát âm tốt n (%)	Tỷ lệ thành công n (%)
			Tốt	TB	Kém	Bình thường	Mềm/Lòng	Sonde		
1	Nikolaos A. Papadopoulos	15,6	16 (70%)	7 (30%)	11 (48%)	12 (52%)	0	15 (65%)	23 (100%)	
2	Yi Shen	34,7	37/38 (97%)	1/38 (3%)	0	37/38 (97%)	1/38 (3%)	0	37/38 (97%)	44 (97,8%)

3	Jennifer An-Jou Lin	Không có thông tin	Không có thông tin (80%)	16 (80%)	0	4 (20%)	Không có thông tin (85%)	17 (85%)		
4	Y. Sugiura	Không có thông tin	Không có thông tin (32%)	12 (32%)	19 (51%)	6 (16%)	Không có thông tin (100%)	37 (100%)		
5	Hongyang Ma	56	69(93%)	5 (7%)	58 (78%)	16 (22%)	0	63 (85%)	68 (92%)	
6	Alexander F. Mericli	72,5	Không có thông tin (30%)	6 (30%)	5 (25%)	9 (45%)	0	20 (100%)		

IV. BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu tổng quan hệ thống này, 11/13 nghiên cứu có tỷ lệ vật sống trên 90%, trong đó có 6 nghiên cứu có tỷ lệ thành công là 100%, và 2 nghiên cứu còn lại tỷ lệ đều trên 85%. Các trường hợp thất bại chiếm 2-5% và nguyên nhân thất bại phổ biến nhất theo Johannes T.M. van Gemert [6] (2017) là do khả năng động máu của vật phẫu thuật ở các trường hợp phẫu thuật xương đi qua đường giữa, sau đó là các nguyên nhân khác như do nhiễm trùng, nứt vết thương, hoại tử xương và gãy xương. Kỹ thuật ghép xương mác vi phẫu là kỹ thuật có tỷ lệ thành công cao và được khẳng định là phương pháp điều trị tốt nhất trong phục hồi khuyết hồng xương hàm dưới, vượt trội hơn so với các phương pháp phẫu thuật vật khác (vật xương quay, vật bả vai, mào chậu) [7]. Trong 6 nghiên cứu có tỷ lệ thành công là 100%, có 4 nghiên cứu có tuổi trung bình cao (>60). Tỷ lệ tương tự cũng xuất hiện trong nghiên cứu của Ferrari với nhóm bệnh nhân >80 tuổi có tỷ lệ thành công là 100%. Điều này cung cấp bằng chứng cho thấy việc chuyển mô tự do có thể được thực hiện ở bệnh nhân cao tuổi với mức độ thành công kỹ thuật cao.

Về kết quả phục hồi chức năng và thẩm mỹ của bệnh nhân sau phẫu thuật ghép vật xương mác, tỷ lệ bệnh nhân hài lòng về thẩm mỹ chiếm 70-97%, tỷ lệ bệnh nhân phục hồi chức năng phát âm chiếm 65-97%. Kết quả phục hồi khả năng ăn nhai có sự khác biệt giữa các nghiên cứu, ở hầu hết các nghiên cứu, không ghi nhận bệnh nhân nào có tình trạng ảnh hưởng nghiêm trọng tới sinh hoạt hàng ngày [8], ngoại trừ nghiên cứu của Alexander F. Mericli [5] có tỷ lệ bệnh nhân cần ăn qua sonde chiếm gần 50%. Điều này là vì đây là nghiên cứu đánh giá hiệu quả phẫu thuật ghép vật xương mác lần hai, trong đó có các bệnh nhân ung thư tái phát và hoại tử xương sau xạ trị nên có tiên lượng điều trị thấp hơn các nghiên cứu khác. Nhìn chung, vật xương mác được nhận định có thể cung cấp một giải pháp thẩm mỹ hiệu quả cho bệnh nhân khuyết hồng lớn ở xương hàm dưới và có thể

giúp bệnh nhân khôi phục khả năng phát âm bình thường sau khi phẫu thuật.

Có 8 trong tổng số 13 nghiên cứu có so sánh hiệu quả của phương pháp ghép vật xương mác thông thường và có sử dụng hỗ trợ công nghệ CAD/CAM trước điều trị. Kết quả cho thấy tỷ lệ sử dụng công nghệ CAD/CAM và tỷ lệ vật sống không có mối tương quan. Tuy nhiên, theo J. Weit 2016, sử dụng công nghệ lập kế hoạch điều trị mô phỏng có khả năng cải thiện độ chính xác, dễ dàng cố định các đoạn xương và giảm đáng kể thời gian phẫu thuật, từ đó giảm nguy cơ biến chứng có thể xảy ra trong quá trình phẫu thuật, phần nào cải thiện tỷ lệ thành công của vật.

Đề tài có một số hạn chế nhất định bao gồm giới hạn ở ngôn ngữ tìm kiếm (tiếng Anh hoặc tiếng Việt), ở nguồn dữ liệu có thể bỏ sót các nghiên cứu bằng ngôn ngữ khác hoặc các nghiên cứu chưa được công bố. Tuy nhiên đề tài cũng có những ưu điểm: các nghiên cứu được lựa chọn trong thời gian dài, có tính cập nhật, được kiểm chứng chất lượng theo thang MINORS ở mức trung bình (10 nghiên cứu) đến cao (3 nghiên cứu).

V. KẾT LUẬN

Trong giới hạn của nghiên cứu tổng quan hệ thống này, có thể kết luận kỹ thuật ghép xương mác vi phẫu là phương pháp có hiệu quả cao trong điều trị những khuyết hồng lớn ở xương hàm dưới, có khả năng phục hồi tương đối tốt về cả thẩm mỹ và chức năng cho bệnh nhân. Trong tương lai, cần mở rộng nghiên cứu đánh giá, đồng thời các tiêu chí đánh giá kết quả cần được thiết kế chặt chẽ hơn và bao quát hơn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **G. I. Taylor, G. D. Miller, and F. J. Ham**, "The free vascularized bone graft. A clinical extension of microvascular techniques.," *Plast. Reconstr. Surg.*, vol. 55, no. 5, pp. 533–544, May 1975, doi: 10.1097/00006534-197505000-00002.
2. **D. Hidalgo**, "Fibula free flap: a new method of mandible reconstruction," *Plast. Reconstr. Surg.*, vol. 84, no. 1, p. 71–79, Jul. 1989.
3. **G. H. Lee, S. M. Lee, and J. H. Park**, "The role of mandibular stabilization in orthognathic surgery," *Semin. Orthod.*, vol. 25, no. 3, pp. 188–

- 204, 2019, doi: <https://doi.org/10.1053/j.sodo.2019.08.005>.
4. **D. Moher, A. Liberati, J. Tetzlaff, D. G. Altman, and T. P. Group**, "Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement," *PLOS Med.*, vol. 6, no. 7, pp. 1–6, 2009.
 5. **A. F. Mericli et al.**, "Using a Second Free Fibula Osteocutaneous Flap after Repeated Mandibulectomy Is Associated with a Low Complication Rate and Acceptable Functional Outcomes," *Plast. Reconstr. Surg.*, vol. 140, no. 2, pp. 381–389, Aug. 2017, doi: [10.1097/PRS.0000000000003523](https://doi.org/10.1097/PRS.0000000000003523).
 6. **J. T. M. van Gemert, J. H. Abbink, R. J. J. van Es, A. J. W. P. Rosenberg, R. Koole, and E. M. Van Cann**, "Early and late complications in the reconstructed mandible with free fibula flaps," *J. Surg. Oncol.*, vol. 117, no. 4, pp. 773–780, Mar. 2018, doi: [10.1002/jso.24976](https://doi.org/10.1002/jso.24976).
 7. **N. A. Papadopoulos et al.**, "Mandibular reconstruction with free osteofasciocutaneous fibula flap: a 10 years experience.," *Injury*, vol. 39 Suppl 3, pp. S75–82, Sep. 2008, doi: [10.1016/j.injury.2008.05.017](https://doi.org/10.1016/j.injury.2008.05.017).
 8. **Y. Shen et al.**, "Double-barrel vascularised fibula graft in mandibular reconstruction: a 10-year experience with an algorithm.," *J. Plast. Reconstr. Aesthetic Surg. JPRAS*, vol. 66, no. 3, pp. 364–371, Mar. 2013, doi: [10.1016/j.bjps.2012.10.005](https://doi.org/10.1016/j.bjps.2012.10.005).

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG CỦA NGƯỜI BỆNH NHƯỢC CƠ CÓ PHẪU THUẬT TUYẾN ỨC

Vũ Thị Thúy¹, Nguyễn Lê Trung Hiếu²

TÓM TẮT

Cơ sở: Bệnh nhược cơ phần lớn là do các tự kháng thể tấn công các thụ thể acetylcholine (AChR), các kháng thể này được cho là bắt nguồn từ các trung tâm mầm trong tuyến ức. **Phương pháp:** nghiên cứu hồi cứu mô tả 60 người bệnh nhược cơ từ 18 tuổi trở lên, có phẫu thuật cắt tuyến ức và kết quả giải phẫu bệnh tại bệnh viện Đại Học Y Dược Tp.HCM từ tháng 01 năm 2017 đến tháng 01 năm 2022. **Kết quả:** 32 người bệnh có u tuyến ức và 28 người bệnh không có u tuyến ức, 41 người bệnh nhược cơ khởi phát sớm và 19 người bệnh nhược cơ khởi phát muộn. 93,4% người bệnh ở phân độ MGFA I, II lúc nhập viện. 100% người bệnh ở phân độ MGFA I, II lúc xuất viện. Nồng độ kháng thể kháng AChR (AChR Ab) không khác biệt giữa nhóm có u tuyến ức và không có u tuyến ức. Trong nhóm có u tuyến ức, theo phân loại mô bệnh học tuyến ức của WHO thì loại AB có tỉ lệ 25%, A là 3,1%, B1 và B2 là 46,8%, B3 là 6,3%. Đối với nhóm không u tuyến ức thì tỉ lệ tăng sản tuyến ức là 35,7%, tồn lưu tuyến ức là 50%. Tỉ lệ chính xác của CT Scan lồng ngực là 84,6%, MRI lồng ngực là 95,2% trong xác định sang thương tuyến ức phù hợp kết quả giải phẫu bệnh. Liệu corticoide và pyridostigmin sau 12 tháng phẫu thuật thấp hơn so với lúc xuất viện (lần lượt, $p=0,049$, $p=0,003$). Tỉ lệ thuyên giảm triệu chứng sau 6 tháng và 12 tháng phẫu thuật cao hơn so lúc xuất viện ($p<0,001$). Không có sự khác biệt về kết cục lâm sàng giữa nhóm có u và không có u tuyến ức vào thời điểm 12 tháng sau cắt tuyến ức ($p=0,48$). **Kết luận:** Phẫu thuật cắt tuyến ức có thể giúp giảm

liều thuốc sử dụng và giảm mức độ nghiêm trọng của người bệnh nhược cơ sau 12 tháng.

Từ khóa: Bệnh nhược cơ, phẫu thuật tuyến ức.

SUMMARY

THE CLINICAL AND PARACLINICAL CHARACTERISTICS OF MYASTHENIA GRAVIS PATIENTS UNDERWENT THYMECTOMY

Background: Myasthenia gravis (MG) is mainly caused by autoantibodies attacking acetylcholine receptors (AChRs), which are thought to originate from germinal centers of the thymus. **Methods:** We conducted a retrospective descriptive study on 60 MG patients aged ≥ 18 who underwent thymectomy and had tissue histopathology reports at the University of Medicine and Pharmacy Hospital in Ho Chi Minh City from January 2017 to January 2022. **Results:** In our sample, 32 patients had thymomatous MG (ThMG) and 28 patients had non-thymomatous MG. 41 patients had early-onset myasthenia gravis (EOMG) and 19 patients had late-onset myasthenia gravis (LOMG). 93.4% of patients were classified as MGFA class I, II at admission, while all patients were classified as MGFA class I, II after hospital discharge. The AChR-Ab concentration did not differ between the ThMG group and non-ThMG group. Among the ThMG group, the thymic tissue WHO pathology classifications were type AB (25%), A (3.1%), B1 and B2 (46.8%), B3 (6.3%). On the other hand, the non-ThMG group primarily consisted of thymic hyperplasia (35.7%) and thymic remnants (50%). The accuracy rate of thoracic MRI and CT Scan in identifying thymic lesions consistent with pathological results were 95.2% and 84.6%, respectively. The need for corticoide and pyridostigmin decreased at 12 months after thymectomy ($p=0.049$, $p=0.003$, respectively). The rates of patients who had symptoms remission after 6 and 12 months were higher than the rate at hospital discharge ($p<0.001$). No significant difference in the clinical outcome was found between ThMG and non-

¹Bệnh viện Đại học Y Dược TP.HCM

²Đại học Y Dược TP.HCM

Chịu trách nhiệm chính: Vũ Thị Thúy

Email: thuy.vt1@umc.edu.vn

Ngày nhận bài: 4.10.2023

Ngày phản biện khoa học: 13.11.2023

Ngày duyệt bài: 14.12.2023