

bên liệt ở giai đoạn khởi phát kéo dài hơn ở nhóm bệnh nhân không khỏi hoàn toàn so với nhóm khỏi hoàn toàn với $p > 0.05$ (Bảng 7). Kết quả của chúng tôi tương đồng với kết quả trong nghiên cứu của Kherd năm 2018, khi thời gian tiềm vận động dây thần kinh mặt bên liệt ở nhóm bệnh nhân phục hồi kém kéo dài hơn nhóm bệnh nhân phục hồi tốt, nhưng không có ý nghĩa thống kê, $p > 0.05$.⁵

Về mối liên quan giữa thời gian tiềm vận động dây thần kinh mặt bên liệt với sự phục hồi liệt mặt; chúng tôi nhận thấy rằng: ở nhóm còn phản xạ nhắm mắt tại thời điểm khởi phát, tỷ lệ khỏi hoàn toàn sau 30 ngày đạt 76.7%; so với nhóm mất phản xạ nhắm mắt có tỷ lệ khỏi hoàn toàn sau 30 ngày chỉ đạt 29.6%. Chúng tôi tính toán tỷ suất chênh hai nhóm này và đưa ra nhận xét: Nhóm còn phản xạ nhắm mắt giai đoạn khởi phát có tỷ lệ phục hồi hoàn toàn sau 30 ngày điều trị cao gấp 7.8 lần so với nhóm mất đáp ứng phản xạ nhắm mắt tại giai đoạn khởi phát (95%CI 2,3 – 25,4), $p < 0.001$. Kết quả của chúng tôi tương đồng với một số nghiên cứu khác: Young Min Hah (2018) nghiên cứu 98 bệnh nhân liệt VII ngoại vi do lạnh từ năm 2009 đến 2015; có tới 90% các bệnh nhân còn đáp ứng R1 phản xạ nhắm mắt sẽ phục hồi tốt (HB 1-2); trong khi có 65.2% bệnh nhân mất đáp ứng R1 phục hồi tốt (HB 1-2). Tuy nhiên nghiên cứu này có sự khác biệt so với chúng tôi ở thời gian nghiên cứu dài hơn và cách chia nhóm phục hồi tốt (HB 1-2) với nhóm phục hồi kém hơn (HB > 2).⁸

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu trên 57 bệnh nhân liệt dây thần

kinh VII ngoại biên vô căn chúng tôi thu được nhóm có thoái hóa thần kinh mặt <50% có khả năng khỏi hoàn toàn sau 30 ngày điều trị cao gấp 12.4 lần so với nhóm có thoái hóa thần kinh mặt $\geq 50\%$. Nhóm còn phản xạ nhắm mắt giai đoạn khởi phát có tỷ lệ phục hồi hoàn toàn sau 30 ngày điều trị cao gấp 7.8 lần so với nhóm mất đáp ứng phản xạ nhắm mắt tại giai đoạn khởi phát.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Lê Quốc Việt, Nguyễn Công Hoan. Vai trò chẩn đoán và tiên lượng phục hồi của kỹ thuật chẩn đoán điện thần kinh ở người bệnh liệt mặt ngoại biên vô căn. Luận văn Thạc sỹ y học, Đại học Y Hà Nội, 2019.
2. Adour KK, Byl FM, Hilsinger RL, Jr., Kahn ZM, Sheldon MI. The true nature of Bell's palsy: analysis of 1,000 consecutive patients. Laryngoscope 1978; 88(5): 787-801.
3. Esslen E. The acute facial palsies: investigations on the localization and pathogenesis of meato-labyrinthine facial palsies. Schriftenr Neurol 1977; 18: 1-164.
4. House JW, Brackmann DE. Facial nerve grading system. Otolaryngol Head Neck Surg 1985; 93(2): 146-7.
5. Khedr EM, Abo El-Fetoh N, El-Hammady DH, et al. Prognostic role of neurophysiological testing 3-7 days after onset of acute unilateral Bell's palsy. Neurophysiol Clin 2018; 48(2): 111-7.
6. Preston DC, Barbara ES et al. Electromyography and Neuromuscular Disorders: Clinical-Electrophysiological-Ultrasound Correlations, 2021
7. Peitersen E. Bell's palsy: the spontaneous course of 2,500 peripheral facial nerve palsies of different etiologies. Acta Otolaryngol Suppl 2002; (549): 4-30.
8. Hah YM, Kim SH, Jung J, et al. Prognostic value of the blink reflex test in Bell's palsy and Ramsay-Hunt syndrome. Auris Nasus Larynx 2018; 45(5): 966-70.

KẾT QUẢ PHẪU THUẬT SMILE KẾT HỢP CROSSLINKING DỰ PHÒNG TRÊN BỆNH NHÂN CẬN THỊ CAO GIÁC MẠC MỎNG

Nguyễn Kiềm Hiệp¹, Đinh Thị Phương Thủy², Lê Thị Vân Anh³

TÓM TẮT

Mục đích: Phân tích tính hiệu quả, an toàn và ổn định trong điều trị cận loạn thị bằng phương pháp phẫu thuật khúc xạ đường rạch nhỏ (SMILE) kết hợp

cross-linking (CXL) dự phòng trên bệnh nhân giác mạc mỏng. **Đối tượng và phương pháp:** nghiên cứu hồi cứu trên 48 mắt của 24 bệnh nhân cận loạn thị đã được phẫu thuật SMILE kết hợp cross-linking dự phòng. Bệnh nhân được theo dõi trong 12 tháng. Máy phẫu thuật: LDV Z8 (Ziemer). Tiêu chuẩn lựa chọn: bệnh nhân có chiều dày giác mạc còn lại dự kiến dưới 300µm. **Kết quả:** Bệnh nhân tuổi trung bình 20.58 ± 3.12 (tuổi). Khúc xạ cầu tương đương trước phẫu thuật -6.85 ± 1.80 (từ -9.75 đến -5.00) D. Sau phẫu thuật khúc xạ tương đương là -0.5 ± 0.26 (từ -1.00D đến +0.25D); 60% bệnh nhân có thị lực 20/20; 81% mắt đạt 20/25; 60% có khúc xạ $\pm 0.5D$ và 8.3% mắt đã thay đổi $\geq 0.5D$ từ 3 đến 12 tháng. **Kết luận:** Phẫu thuật SMILE kết hợp CXL dự phòng

¹Bệnh viện Mắt Trung Ương

²Bệnh viện Đông Đô

³Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Kiềm Hiệp

Email: nguyenkiliephiep@gmail.com

Ngày nhận bài: 8.01.2024

Ngày phản biện khoa học: 22.2.2024

Ngày duyệt bài: 11.3.2024

trên bệnh nhân cận thị cao giác mạc mỏng có hiệu quả, tính an toàn và ổn định tốt sau 12 tháng theo dõi.

SUMMARY

OUTCOMES OF SMALL INCISION LENTICULE EXTRACTION WITH PROPHYLACTIC CORNEAL CROSSLINKING IN HIGH MYOPIA AND THIN CORNEA

Purpose: To analyze the efficacy, safety and stability in myopic and astigmatic small-incision lenticule extraction (SMILE) with simultaneous prophylactic corneal crosslinking (CXL) in thin corneas. **Methods:** A total of 48 eyes from 24 patients who underwent myopic and astigmatism SMILE with simultaneous prophylactic CXL were included in this retrospective study. All patients had a 12-month follow-up. A femtosecond laser was performed with LDV Z8 (Zeimer). CXL treatment was applied when the predicted stromal thickness was less than 300 μm . **Results:** The patients' mean age was 20.58 \pm 3.12 years. The previous mean spherical equivalent was -6.85 ± 1.80 (-9.75 to -5.00) D. The postoperative mean spherical equivalent was -0.50 ± 0.26 (-1.00 to $+0.25$) D; 60% of the eyes had 20/20 or better; 81% of eyes had 20/25 or better; 60% were within ± 0.50 D; and 8.3% of the eyes changed 0.50 D or more between 3 and 12 months. **Conclusion:** Prophylactic CXL with simultaneous SMILE for myopia and astigmatism femtosecond laser surgery technique appears to be partially effective, safe, predictable, and stable after 12 months of follow-up.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Phẫu thuật khúc xạ đường mổ nhỏ (SMILE) là một can thiệp tối thiểu không tạo vạt giác mạc. Việc sử dụng hoàn toàn laser femtosecond, vết cắt tạo ra có độ chính xác cao hơn với mức độ xâm lấn ít hơn so với LASIK. Sau khi tạo ra lớp trước và lớp sau, lenticule được lấy ra bằng panh qua đường rạch nhỏ[1].

Crosslinking (CXL) dự phòng để ngăn ngừa giãn lồi giác mạc sau phẫu thuật khúc xạ ở mắt có nền giác mạc còn lại dưới ngưỡng hoặc giác mạc mỏng (dưới 500 μm). Cấu trúc giác mạc có thể thay đổi bằng phản ứng quang trùng hợp của riboflavin nồng độ thấp với bức xạ tia cực tím (UVA) nhờ đồ nhu mô giác mạc tăng độ bền và ổn định. Các tác giả trước đây đã nghiên cứu CXL dự phòng với SMILE nhận thấy rằng SMILE với CXL là một công cụ đầy hứa hẹn để ngăn ngừa giãn lồi giác mạc ở bệnh nhân có nguy cơ cao[2]. Đây là một thủ thuật an toàn và đơn giản có thể áp dụng cho những bệnh nhân phẫu thuật SMILE với nguy cơ giãn lồi trước mổ.

Để tìm hiểu thêm về hiệu quả của phương pháp này, chúng tôi tiến hành nghiên cứu hồi cứu nhằm phân tích hiệu quả, độ an toàn và tính ổn định của phẫu thuật SMILE kết hợp CXL dự phòng trong điều trị cận loạn thị.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng: Nghiên cứu được thực hiện trên 48 mắt từ 24 bệnh nhân phẫu thuật cận loạn thị bằng SMILE kết hợp CXL dự phòng từ 10/2021 đến 6/2022.

Tiêu chuẩn lựa chọn: (1) cận hoặc cận loạn thị, (2) tuổi từ 18 đến dưới 45, (3) khúc xạ ổn định hơn 1 năm, nghĩa là sự thay đổi ≤ 0.50 D cầu tương đương, (4) độ cận từ -1.00D đến -10D , (5) độ loạn từ 0.00D đến -4.5D . (6) thị lực tối đa trước mổ từ 20/25 trở lên, (7) nền giác mạc còn lại sau mổ dự tính dưới 300 μm , (8) độ cong lớn nhất và nhỏ nhất giác mạc không chênh quá 5D.

Tiêu chuẩn loại trừ: (1) có các bệnh về mắt như glaucoma, đục thủy tinh thể, (2) bệnh giãn lồi giác mạc tiến triển (giác mạc chóp, nghi ngờ giác mạc chóp, thoái hoá rìa giác mạc), (3) có bệnh bề mặt giác mạc, (4) dấu hiệu bệnh lý mạch máu võng mạc, (5) bệnh suy giảm miễn dịch hoặc người được chẩn đoán mắc bệnh mô liên kết, (6) bệnh nhân đang mang thai hoặc cho con bú, (7) bệnh nhân nhạy cảm với thuốc được sử dụng trong phẫu thuật, (8) bệnh nhân có rối loạn cơ mắt như lác, rung giật nhãn cầu hoặc bất kỳ rối loạn nào khác ảnh hưởng đến sự cố định của mắt và (9) bệnh nhân không nhìn thấy hoặc bị nhược thị ở mắt kia.

Phương pháp: nghiên cứu hồi cứu, quan sát theo chiều dọc trong vòng 12 tháng

Địa điểm: khoa Mắt bệnh viện Đông Đô.

Chọn mẫu: chọn mẫu thuận tiện. Lấy toàn bộ số bệnh nhân đủ tiêu chuẩn trong thời gian thực hiện

Quy trình khám trước phẫu thuật: Khúc xạ viên đo thị lực không kính, thị lực tối đa có kính, khúc xạ có và không có cycloplegia.

Khúc xạ tự động, chiều dày giác mạc trung tâm, công suất giác mạc, nhãn áp phụt hơi bằng máy TONOREF III (NIDEK CO.LTD)

Bản đồ giác mạc ghi lại bằng máy Schwind sirius Cuối cùng, trước khi lên kế hoạch phẫu thuật, các chỉ số được xác nhận một lần nữa bởi bác sĩ phẫu thuật.

Quy trình phẫu thuật. Tất cả phẫu thuật được thực hiện bởi cùng một phẫu thuật viên có kinh nghiệm. Trước phẫu thuật 10 phút, vệ sinh mắt bằng povidine-iodine 5%. Ngay trước phẫu thuật, tra tê Alcaïn cả 2 mắt. Quy trình thực hiện bởi máy LDV Z8 (Ziemer, Thụy Sĩ). Đặt giác hút, thực hiện laser theo kế hoạch. Laser tạo ra các bọt khí CO₂ và nước giải phóng sau khi phân tách mô. Thứ tự thực hiện laser femtosecond: mặt sau lenticule, mặt trước lenticule và đường

vào. Chiều dày cap là 110 μm, vùng OZ 6-6.8mm.

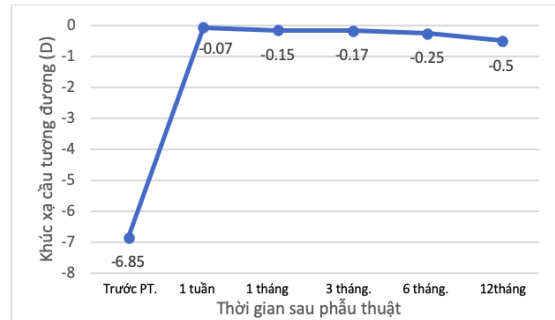
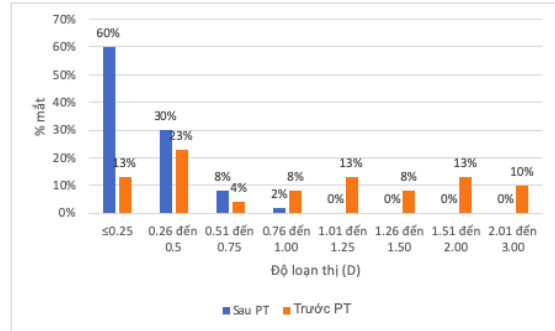
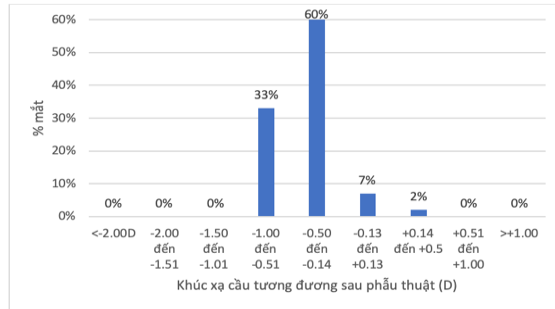
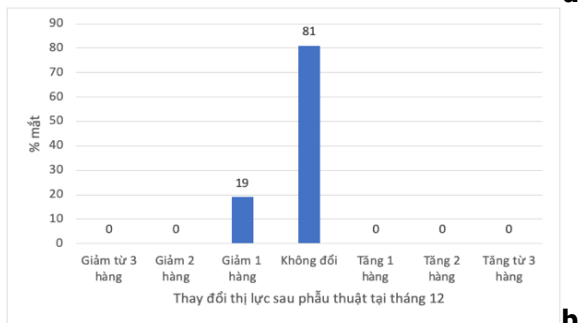
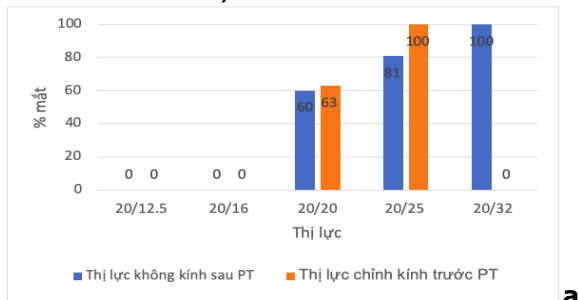
Sau khi rút lenticule ra, tra 1 giọt Vibex Rapid (Avedro, Inc., Waltham, MA, Mỹ) chứa riboflavin 0.25% pha với nước muối sinh lí vào nhu mô giác mạc trong 90 giây. Lượng riboflavin dư thừa được rửa trôi. Bề mặt giác mạc được chiếu xạ bằng tia cực tím 30mW/cm² có bước sóng 375nm sử dụng hệ thống KXL (Avedro, MA, Mỹ) trong 90 giây với tổng năng lượng là 2.7J/cm² và diện tích xử lý đường kính là 9mm.

Chăm sóc sau phẫu thuật. Dung dịch Cravit 0.5%, dung dịch Flumetholon 0.1% và Vismed tra 5 lần một ngày trong tuần đầu tiên, 3 lần mỗi ngày trong tuần tiếp theo, sau đó giảm dần. Bệnh nhân khám lại sau phẫu thuật 1 ngày, 1 tuần, 1 tháng, 3 tháng, 6 tháng và 12 tháng.

Xử lý số liệu: phần mềm SPSS 16.0

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Tuổi trung bình của bệnh nhân 20.58 ± 3.12 là (18-29) tuổi. Trước phẫu thuật, khúc xạ cầu trung bình là -6.18 ± 1.62 (từ -8.50 đến - 4.75) D, độ loạn thị trung bình là - 1.33 ± 1.13 (từ - 4.25 đến 0.00) D. Thị lực không kính trước phẫu thuật là 20/148.75 ± 52.13 (20/200 đến 20/70). Thị lực chỉnh kính tối đa trước phẫu thuật là 20/21.87 ± 2.44 (20/25 đến 20/20). Thị lực không kính sau phẫu thuật là 20/22.91 ± 3.97 (từ 20/32 đến 20/20). Tại thời điểm khám lại 12 tháng sau phẫu thuật, khúc xạ cầu trung bình là -0.31 ± 0.29 (từ -0.75D đến +0.5D), độ loạn thị trung bình là -0.38 ± 0.31 (từ -0.75 đến 0D), cầu tương đương trung bình là -0.5 ± 0.26 (từ -1.00D đến +0.25D).



Biểu đồ 1: Kết quả phẫu thuật SMILE kết hợp CXL dự phòng

(a) Hiệu quả về thị lực không kính tại 12 tháng sau phẫu thuật, (b) Đánh giá độ an toàn-sự thay đổi thị lực chỉnh kính tối đa tại 12 tháng sau phẫu thuật, (c) Khúc xạ cầu tương đương sau phẫu thuật, (d) Độ loạn thị tại 12 tháng sau phẫu thuật, (e) Mức độ ổn định của khúc xạ cầu tương đương sau phẫu thuật

Kết quả về thị lực được thể hiện trong Biểu đồ 1a; 81% mắt đạt thị lực trên 20/25, 60% đạt thị lực 20/20 trở lên. Chỉ số hiệu quả tính bằng thị lực không kính sau mổ trên thị lực chỉnh kính tối đa sau mổ là 0.98. Về mức độ an toàn, 19% giảm 1 hàng; chỉ số an toàn tính bằng thị lực có kính sau mổ chia thị lực có kính trước mổ là 0.96. Khúc xạ cầu tương đương sau mổ được thể hiện trong Biểu đồ 1c. Độ loạn thị sau mổ được thể hiện trong Biểu đồ 1d. Cuối cùng, về độ ổn định, khúc xạ cầu tương đương trước mổ là -6.85 ± 1.8 D, 12 tháng sau mổ mức độ thay đổi là -0.5 ± 0.26 D.

Bảng 1. So sánh giữa các nghiên cứu về phẫu thuật SMILE kết hợp CXL.

	Ganesh và Brar 2015	Ng vs CS 2016	Osman và CS 2019	Nghiên cứu của chúng tôi
Khúc xạ cầu tương đương	-5.03	-7.08	-8.60	-6.85
Máy phẫu thuật	VisuMax	VisuMax	VisuMax	LDV Z8
Dung dịch Riboflavin	Vibex XTRA	Vibex XTRA	Medio Cross	Vibex XTRA
CXL	Avedro	Schwind	Schwind	Schwind
Cỡ mẫu	40 (20)	21(12)	30(15)	48(24)
Thời gian theo dõi	12	6	24	12
Hiệu quả (từ 20/25 trở lên)	100%	96%	97%	81%
Hiệu quả (từ 20/20 trở lên)	95%	67%	90%	60%
Hiệu quả (từ 20/16 trở lên)	12.5%	0%	0%	0%
Mức độ an toàn (giảm 1 hàng)	0%	33%	3%	19%
Mức độ an toàn (giảm 2 hàng)	0%	0%	0%	0%
Biến chứng	Haze nhẹ (1)	Không	Không	Không
Độ ổn định	-0.25	-0.17	-0.18	-0.5

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi là nghiên cứu hồi cứu về kết quả thị lực và khúc xạ sau phẫu thuật SMILE kết hợp CXL dự phòng ở 48 mắt cận loạn thị sau 12 tháng theo dõi.

Về hiệu quả của phẫu thuật, 60% mắt đạt thị lực từ 20/20 trở lên (Hình 1a). Các nghiên cứu tương tự khác được trình bày trong bảng 2. Một vài tác giả có kết quả giống chúng tôi, một số tác giả có kết quả tốt hơn. Ganesh và Brar[2] báo cáo 12.5% mắt đạt thị lực không kính sau mổ từ 20/16 trở lên. Về an toàn, chúng tôi không có mắt nào giảm 1 hàng thị lực (Hình 1b). Ganesh và Brar[2], Ng và CS[3], và Osman và CS[4] báo cáo độ an toàn trong bảng 2. Kết quả của chúng tôi khớp với Ng và CS[3] nhưng không tương đồng với Ganesh và Brar[3], và Osman và CS[4]. Hơn nữa, Ge và CS[5] chứng minh rằng CXL có hiệu quả trong điều trị giãn lồi giác mạc sau phẫu thuật SMILE.

Về độ ổn định, kết quả của chúng tôi cho thấy thay đổi -0.35D từ tháng thứ 3 (-0.15D) đến tháng thứ 12 (-0.5D) sau phẫu thuật. Trong số các nghiên cứu có thời gian theo dõi từ 1 năm trở lên và cỡ mẫu trên 40 mắt, chỉ có Osman và CS có tỷ lệ hồi quy tuyến tính khúc xạ đạt được sau mổ 12 tháng thấp với -0.18D. Mặc dù số lượng nghiên cứu có thể so sánh còn thấp, tất cả các tác giả đều chứng minh có sự liên quan hồi quy. ICL được coi là một lựa chọn khác cho bệnh nhân cận thị cao. Mặc dù Wei và CS [6] báo cáo về hiệu quả, độ an toàn và khả năng dự đoán tương tự nhau trên bệnh nhân cận thị cao, nhưng ICL tạo cảm giác quang sai bậc cao thấp hơn SMILE.

Gần đây, Konstantopoulos và CS [7] khảo sát rằng nếu SMILE kết hợp CXL có làm giảm giãn lồi giác mạc sau phẫu thuật so với LASIK

kết hợp CXL trên thỏ. Họ kết luận rằng SMILE làm giảm giãn lồi hơn LASIK khi cùng kết hợp với CXL dự phòng. Tuy nhiên, trong một nghiên cứu của Torres-Netto và CS [8] đã đánh giá tác động cơ sinh học ở CXL trên 26 giác mạc sau PRK và SMILE. CXL trong PRK và SMILE dự phòng giãn lồi giác mạc có đặc tính cơ sinh học tương tự nhau. Những dữ liệu này cho rằng dự phòng CXL giúp hạn chế biến chứng trên giác mạc.

V. KẾT LUẬN

Dự phòng CXL trong phẫu thuật SMILE điều trị cận loạn thị có hiệu quả, an toàn, khả năng dự đoán và độ ổn định sau 12 tháng theo dõi. Đặt thấu kính nội nhãn cũng là một lựa chọn. Nghiên cứu với lượng bệnh nhân lớn hơn và theo dõi lâu hơn để trả lời câu hỏi này.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Shah R et al.** Results of small incision lenticule extraction: All-in-one femtosecond laser refractive surgery. *J Cataract Refract Surg* 2011;37:127–37
2. **Ganesh S, Brar S.** Clinical outcomes of small incision lenticule extraction with accelerated cross-linking (ReLEx SMILE Xtra) in patients with thin corneas and borderline topography. *J Ophthalmol* 2015;2015:1–7.
3. **Ng ALK, et al.** Comparison of the early clinical outcomes between combined small-incision lenticule extraction and collagen cross-linking versus SMILE for myopia. *J Ophthalmol* 2016;2016:1–7.
4. **Osman IM, et al.** Corneal safety and stability in cases of small incision lenticule extraction with collagen cross-linking (SMILE Xtra). *J Ophthalmol* 2019;2019:1–10.
5. **Ge Q, et al.** Combined transepithelial phototherapeutic keratectomy and corneal collagen cross-linking for corneal ectasia after small-incision lenticule extraction-Preoperative and 3-year postoperative results: A case report. *BMC Ophthalmol* 2018;18:1–5.
6. **Wei R, et al.** Comparison of objective and

subjective visual quality early after implantable collamer lens V4c (ICL V4c) and small incision lenticule extraction (SMILE) for high myopia correction. *Acta Ophthalmol* 2020;98:e943-50. doi: 10.1111/aos.14459.

7. **Konstantopoulos A, et al.** Corneal stability of

LASIK and smile when combined with collagen cross-linking. *Transl Vis Sci Technol* 2019;8:21.

8. **Torres-Netto EA, et al.** Similar biomechanical cross-linking effect after SMILE and PRK in human corneas in an ex vivo model for postoperative ectasia. *J Refract Surg* 2020;36:49-54.

TỔNG QUAN IMPLANT XƯƠNG GÒ MÁ

Võ Văn Nhân¹

I. GIỚI THIỆU

Trong những trường hợp khi xương hàm trên bị tiêu xương nghiêm trọng nhất là vùng răng sau dẫn đến không đủ xương để neo chặn implant, việc phục hồi răng bằng implant thông thường cấy vào xương hàm trên là không khả thi. Đặc biệt có nhiều tình trạng rất khó khăn và phức tạp như xương hàm bị cắt bỏ sau điều trị ung thư, hay bệnh bẩm sinh như loạn sản ngoại bì, không răng bẩm sinh dẫn đến khiếm khuyết và teo dẹt xương hàm trên. Năm 1998, Branemark giới thiệu implant xương gò má, lần đầu áp dụng cho bệnh nhân phẫu thuật cắt rộng xương hàm trên do khối u và bệnh nhân bị dị tật bẩm sinh. Sau đó, áp dụng cho bệnh nhân bị tiêu xương trầm trọng. Bài viết này với mục tiêu trình bày tổng quan về implant xương gò má với các nội dung sau: lịch sử, cơ sở khoa học, chỉ định, chống chỉ định, thiết kế, kỹ thuật phẫu thuật, tỉ lệ thành công, cũng như biến chứng của phương pháp cấy ghép implant xương gò má trong phục hồi hàm trên bị tiêu xương nghiêm trọng.

II. LỊCH SỬ, CƠ SỞ KHOA HỌC VÀ THIẾT KẾ IMPLANT XƯƠNG GÒ MÁ

2.1. Lịch sử. Năm 1978 Weischer T đã cấy implant thông thường có chiều dài 10mm vào xương gò má ở bệnh nhân đã cắt xương hàm trên sau điều trị ung thư và công trình này được xuất bản vào năm 1997. Tuy nhiên, bệnh nhân được ghi nhận có biến chứng mô mềm. Năm 1993 Aparicio et al. đề cập ý tưởng sử dụng xương gò má làm vị trí neo chặn implant. Tiếp sau đó, năm 1998, Branemark giới thiệu Implant với chiều dài từ 35 đến 52mm cấy từ mẫu ổ răng xương hàm trên, xuyên qua xoang hàm vào xương gò má gọi là zygomatic implant hay là

implant xương gò má, lần đầu áp dụng cho bệnh nhân phải phẫu thuật cắt rộng xương hàm trên do khối u và bệnh nhân bị dị tật bẩm sinh.

2.2. Cơ sở khoa học và thiết kế implant xương gò má

2.2.1. Cấu trúc giải phẫu xương gò má.

Xương gò má nằm giữa ổ mắt và hố thái dương được so sánh như một kim tự tháp hình thành bởi một thân và bốn mẫu. Mẫu trán tạo nên thành bên của ổ mắt. Mẫu thái dương liên kết với mẫu gò má của xương thái dương tạo thành cung gò má. Mẫu hàm trên tạo thành trụ chống xương gò má-hàm trên và mẫu ổ mắt tạo thành bờ dưới ổ mắt và khớp xương gò má-xương bướm.

Xương gò má là sự hóa xương nội sụn của xương mặt và do đó, có một tỷ lệ lớn xương vỏ và mật độ xương cao hơn 98%. Do đặc điểm này, xương gò má được sử dụng để đặt miniplates trong điều trị chỉnh hình răng. Theo một nghiên cứu giải phẫu của Van Steenberghe (2003), chiều dài trung bình của implant cắm vào xương gò má là 14 mm cung cấp một neo chặn vững chắc cho implant.

Bên cạnh đó, Kato et al. khảo sát cấu trúc bên trong của xương gò má ở tử thi mất răng bằng phim chụp cắt lớp và phát hiện rằng có sự hiện diện của xương xốp rộng hơn và dày hơn ở phần cuối của chóp implant, điều này có thể được sử dụng để tăng sự cố định ban đầu

Thêm vào đó, một nghiên cứu khác được thực hiện bởi Nkenke et al. xác định tiềm năng của xương gò má như một vị trí từ xa để neo chặn implant. Hình ảnh chụp cắt lớp vi tính và kỹ thuật mô hình thái học (histomorphometry) đã được sử dụng để kiểm tra 30 xương gò má ở người. Các tác giả cho thấy xương gò má có chứa xương xốp không thích hợp để đặt implant. Tuy nhiên tác giả này cũng cho rằng implant có thể ổn định nhờ đi qua 4 vị trí neo chặn xương vỏ. Rigolizzo et al. [8] cũng cho rằng implant xương gò má có sự ổn định tuyệt vời nhờ sự tiếp xúc với ít nhất bốn lớp xương vỏ (xương vỏ ở mặt khẩu cái xương hàm trên, xương vỏ sàn xoang hàm, xương vỏ mặt bên dưới và bên trên

¹Trường Đại học Quốc tế Hồng Bàng
Chịu trách nhiệm chính: Võ Văn Nhân
Email: drnhan@nhantamdental.com
Ngày nhận bài: 3.01.2024
Ngày phản biện khoa học: 19.2.2024
Ngày duyệt bài: 6.3.2024