

ẢNH HƯỞNG CỦA CÁC QUY TRÌNH PHẪU THUẬT KHÁC NHAU ĐỐI VỚI SỰ PHÁT TRIỂN HÀM MẶT Ở NHỮNG BỆNH NHÂN KHE HỖ MÔI - VÒM MIỆNG MỘT BÊN

Nguyễn Hồng Lợi^{1*}

DOI: 10.38103/jcmhch.2021.68.2

TÓM TẮT

Mục đích: Mục đích của nghiên cứu này là xác định ảnh hưởng của các quy trình kỹ thuật và thời gian phẫu thuật đối với sự phát triển của hàm trên ở bệnh nhân khe hở môi - vòm miệng 1 bên (UCLP) thông qua một bài đánh giá y văn có hệ thống.

Phương pháp: Chúng tôi tra cứu được thực hiện trên PubMed và Web of Science trên cơ sở các từ khóa: “UCLP”, “tăng trưởng hàm mặt” và “phát triển khuôn mặt”, được bổ sung bằng tìm kiếm bằng tay.

Kết quả: 11 bài báo được tìm thấy. 01 phát hiện quan trọng là sự đa dạng các phác đồ điều trị. 08 nghiên cứu thực hiện một quy trình gồm nhiều giai đoạn, trong khi 03 nghiên cứu còn lại áp dụng sửa chữa đồng thời khe hở môi, vòm miệng và xương ổ răng trong một lần phẫu thuật duy nhất. Các bài báo này dựa vào các phép đo trên phim cephalometric. Các bảng so sánh được xây dựng liên quan đến phương pháp nghiên cứu, thời gian và kỹ thuật khâu vết mổ.

Kết luận: Kết quả của các bài báo trái ngược nhau, và điều này cho thấy rõ ràng cần nghiên cứu thêm về chủ đề này. Nhìn chung, hầu hết các nghiên cứu đều nhất trí về yếu tố quan trọng của tạo hình vòm miệng trong tăng trưởng hàm mặt. Phát hiện phổ biến nhất là so với nhóm chứng không có khe hở. Vẫn còn nhiều cuộc thảo luận về tác dụng của việc đóng khe hở môi. Tuy nhiên, hầu hết các nghiên cứu dường như đồng ý rằng việc đóng khe hở môi dẫn đến các răng cửa trên bị nghiêng vào trong. Tóm lại, điều cần thiết là phải đạt được sự hài hòa trong việc điều trị UCLP, vì đây là khuyết tật sọ mặt bẩm sinh phổ biến nhất.

Từ khóa: Khe hở môi - vòm miệng một bên, phát triển khuôn mặt, phát triển hàm mặt

ABSTRACT

EFFECTS OF VARIOUS SURGICAL PROTOCOLS ON MAXILLOFACIAL GROWTH IN PATIENTS WITH UNILATERAL CLEFT LIP AND PALATE

Nguyen Hong Loi^{1*}

Aim: The purpose of this study was to ascertain the effect of surgical procedures and their timing on maxillofacial growth in unilateral cleft lip and palate (UCLP) patients through a systematic literature review.

Methods: A search was conducted in PubMed and Web of Science on the basis of the keywords: “UCLP”, “maxillofacial growth” and “facial growth”, complemented by a hand search.

¹Trung tâm Răng Hàm Mặt - Bệnh viện Trung ương Huế - Ngày nhận bài (Received): 25/02/2021; Ngày phản biện (Revised): 05/4/2021;
- Ngày đăng bài (Accepted): 27/4/2021
- Người phản hồi (Corresponding author): Nguyễn Hồng Lợi
- Email: drloivietnam@yahoo.com.vn; SĐT: 0913498549

Bệnh viện Trung ương Huế

Results: Eleven articles were included. An important finding was the wide range of treatment protocols. Eight studies performed a multistage procedure, whereas three studies applied a simultaneous repair of cleft lip, palate, and alveolus in a single surgical session. The findings in these articles were based on cephalometric measures. Comparative tables were constructed regarding method of study and time and technique of closure.

Conclusion: The results of the articles were conflicting, and it was clear that more research on this subject is necessary. Overall, most studies agreed on the important factor of palatoplasty in maxillofacial growth. The most common finding was a retrusive maxillary growth in comparison to a noncleft control group. This was illustrated by a negative effect on A-point - nasion - B-point. A lot of discussion remains on the effect of lip closure. However, most studies seemed to agree that lip closure results in retro-inclined upper incisors. In conclusion, it is essential that an agreement be reached on the treatment for UCLP, since this is the most common congenital craniofacial condition.

Keywords: Unilateral cleft lip and palate, facial growth, maxillofacial growth

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Khe hở môi và/hoặc vòm miệng là một trong những dị tật bẩm sinh phổ biến nhất, xảy ra ở khoảng 1 trên 700 trẻ em [1, 2]. Dị tật này xảy ra do sự thất bại trong việc hợp nhất các quá trình phát triển khuôn mặt vào các thời điểm, thường xảy ra giữa tuần thứ 7 và tuần 12 của thai kỳ [1, 3]. Căn nguyên của khe hở môi và vòm miệng một bên (UCLP) vẫn chưa hoàn toàn rõ ràng, chắc chắn là do nhiều yếu tố và nó được cho là do sự kết hợp của các yếu tố di truyền và môi trường. Điều trị UCLP đòi hỏi một phương pháp tiếp cận đa chuyên khoa và theo dõi trong thời gian dài. Nhóm điều trị có thể bao gồm bác sĩ phẫu thuật hàm mặt, bác sĩ phẫu thuật thẩm mỹ, bác sĩ nhi khoa, bác sĩ tai mũi họng, bác sĩ di truyền, bác sĩ chỉnh nha, nha sĩ, bác sĩ tâm lý, nhà ngữ âm trị liệu và nhà thính học. Do các khả năng hiện đại của sàng lọc trước sinh, UCLP hiện đã có thể được phát hiện sớm trong thai kỳ.

Các vấn đề gây tranh cãi nhất trong điều trị khe hở môi là thời điểm can thiệp phẫu thuật, phát triển giọng nói sau các thủ thuật phẫu thuật khác nhau và ảnh hưởng của phẫu thuật đối với sự phát triển của khuôn mặt [4]. UCLP và cách điều trị có thể ảnh hưởng đến thẩm mỹ, giọng nói, cách ăn và nhai của bệnh nhân. Cần phải có sự cân bằng giữa các khía cạnh này để cải thiện chất lượng cuộc sống của trẻ.

Mục đích của bài phân tích này là tóm tắt kiến thức về hiệu quả của các quy trình phẫu thuật khác nhau cũng như thời gian phẫu thuật đối với sự phát

triển hàm mặt. Tại thời điểm này, không có 1 tổng hợp rõ ràng nào về tất cả các nghiên cứu độc lập. Mục đích là để xác định thời điểm và cách tiếp cận phẫu thuật nào có liên quan đến kết quả tốt nhất trong lĩnh vực này.

II. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Nguồn thông tin

Một tìm kiếm trên PUBMED và Web of Science đã được thực hiện vào tháng 12 năm 2020. Các từ khóa được sử dụng là “UCLP” và “Tăng trưởng hàm mặt” hoặc “Tăng trưởng khuôn mặt”. Để giới hạn tìm kiếm, ngày xuất bản được đặt thành 2005 trở về sau. Các kết quả thu được được lưu trữ trong một cơ sở dữ liệu duy nhất (Endnote X9; Thomson Reuters, Philadelphia, Hoa Kỳ). Ngoài ra, việc tra cứu thủ công các tài liệu tham khảo của các bài báo bao gồm trong bài tổng quan có hệ thống này đã được thực hiện.

2.2. Trích xuất dữ liệu

Từ các bài báo đã được chọn lọc, các thông tin sau đây đã được trích xuất: tác giả, năm xuất bản, thiết kế nghiên cứu, quần thể nghiên cứu, xác định các nhóm nghiên cứu, số lượng bệnh nhân mỗi nhóm, tuổi trung bình tại thời điểm đánh giá sự phát triển khuôn mặt, phẫu thuật chỉnh hình (có / không), kỹ thuật và thời gian đóng khe hở môi, kỹ thuật và thời gian đóng vòm miệng mềm, kỹ thuật và thời gian đóng vòm miệng cứng, kỹ thuật và thời gian

đóng khe hở cung hàm, và kết luận cuối cùng. Dữ liệu được trích xuất từ mỗi bài báo bởi một tác giả và sau đó được kiểm tra bởi tác giả thứ hai trước khi được thu thập vào cơ sở dữ liệu. Các bất đồng đã được giải quyết bằng cách thảo luận từng bài báo để đạt được sự đồng thuận.

III. KẾT QUẢ

3.1. Đặc điểm nghiên cứu

Ba kỹ thuật phẫu thuật khác nhau đã được mô tả để đóng khe hở cung hàm: phẫu thuật tạo hình nước - xương ổ răng [5, 6], ghép xương nguyên phát [7] và ghép xương thứ phát [5, 6, 8, 9]. 03 nghiên cứu cam kết rằng bệnh nhân trong các mẫu chưa trải qua phẫu thuật ghép xương [10-12], trong khi 03 nghiên cứu không có thông tin về việc phẫu thuật ghép xương đã được thực hiện hay chưa [4, 13, 14].

Tuổi trung bình tại thời điểm phẫu thuật ở bệnh nhân khe hở môi vòm miệng thay đổi tùy theo quy trình phẫu thuật: phẫu thuật môi trước 15 tuần [4] cho đến 2 tuổi [14]; đóng vòm miệng mềm từ 4 tháng [6] đến 5 tuổi [10]; đóng vòm miệng cứng từ 3 tháng [6] đến 4 năm [9] và phẫu thuật khe hở ổ răng từ 6 tháng [7] đến 11 năm [6, 8].

Trong 03 nghiên cứu, quy trình phẫu thuật bao gồm phẫu thuật một thì của khe hở môi - vòm miệng 1 bên: sửa chữa đồng thời khe hở môi, vòm miệng và ổ răng trong một phiên phẫu thuật duy nhất [7, 9, 13]. 05 nghiên cứu áp dụng phẫu thuật tạo hình vòm miệng một thì [4, 8, 11, 12, 14] và 02 nghiên cứu áp dụng cả phẫu thuật tạo hình vòm miệng một thì và hai thì [5, 10]. Meazzini và cộng sự [6] so sánh việc đóng vòm miệng trước sớm bằng vật lá mía trong quá trình phẫu thuật môi lúc 3 tháng và phẫu thuật tạo hình vòm miệng hai giai đoạn.

Tuổi trung bình khi đánh giá sự phát triển của hàm trên thông qua phân tích đo sọ thay đổi từ 6 đến 20 tuổi. Giá trị đo sọ của bệnh nhân UCLP có khe hở môi và vòm miệng đã phẫu thuật (OCLP) trong mỗi nghiên cứu được so sánh với các nhóm sau: Bệnh nhân UCLP được điều trị theo một phác đồ khác [5, 6, 9, 13]; Bệnh nhân UCLP có khe hở môi đã phẫu thuật và khe hở vòm miệng chưa phẫu

thuật [10-12, 14]; và bệnh nhân UCLP không được điều trị [4, 8], giá trị trung bình từ tất cả các trung tâm đã hoàn thành nghiên cứu Eurocleft [7]. Trong 07 nghiên cứu [5, 7, 8, 11-14] nhóm trẻ em không mắc khe hở bẩm sinh được coi là nhóm chứng bình thường. Trong số các nhóm được đề cập ở trên, 10 trong số 11 bài báo bao gồm [4, 5, 7-14] báo cáo giá trị P nhỏ hơn 0,05 cho một hoặc nhiều giá trị đo sọ SNA, SNB và ANB, trong khi một nghiên cứu [6] không báo cáo giá trị P tương ứng. Giá trị P nhỏ hơn 0,05 được coi là có ý nghĩa.

3.2. Phẫu thuật sửa chữa và tăng trưởng hàm mặt

Sáu trong số 11 bài báo được bao gồm đã đánh giá tác động của chính phẫu thuật đối với sự phát triển hàm mặt ở trẻ UCLP [4, 8, 10-12, 14]. Khanna và cộng sự [4] so sánh một nhóm bệnh nhân UCLP được điều trị với một nhóm bệnh nhân UCLP không được điều trị trong độ tuổi từ 12 đến 20 tuổi. Họ đã tìm thấy các giá trị khác nhau bằng cách so sánh các phép đo sọ của hai nhóm và kết luận rằng việc phẫu thuật ảnh hưởng đến sự phát triển ở vùng mặt do mô sẹo ở môi và vòm miệng.

Bốn bài báo đã xác định ảnh hưởng của việc phẫu thuật vòm miệng đối với hình thái hàm trên [10-12, 14]. Các nghiên cứu này đã tuyển chọn những bệnh nhân mắc UCLP không hội chứng chỉ phẫu thuật môi (OCL) và những bệnh nhân mắc UCLP không hội chứng có phẫu thuật môi và vòm miệng (OCLP). Việc phẫu thuật vòm miệng ở giai đoạn đầu ở bệnh nhân UCLP dường như dẫn đến, về lâu dài, sự tái tạo lớn hơn của hàm trên (SNA) và quan hệ hàm trước sau (ANB) nhỏ hơn so với nhóm OCL, những người đã chứng minh sự phát triển hàm trên gần như bình thường [10, 12, 14]. Phản đối quan điểm này, Li và cộng sự [11] đã nhận xét góc SNA nhỏ hơn ở cả hai nhóm OCL và OCLP so với nhóm chứng bình thường và kết luận rằng việc sửa môi chịu trách nhiệm chính cho sự phát triển kích thước tầng giữa mặt ở bệnh nhân khe hở môi.

Tuy nhiên, Zheng và cộng sự [8] cho rằng sự khác biệt về kết quả đo sọ là do tác động nội tại của UCLP lên hàm trên dẫn đến sự thiếu hụt phát triển

Bệnh viện Trung ương Huế

và tuyên bố rằng phẫu thuật có ảnh hưởng nhỏ đến rối loạn tăng trưởng. Họ phát hiện ra rằng xu hướng ở những bệnh nhân bị UCLP (có hoặc không phẫu thuật sửa chữa) đối với xương ổ hàm trên ít nhô ra hơn (SNA) và xương ổ hàm dưới nhô ra nhiều hơn (SNB) đã làm phát sinh mối tương quan thấp ở phía trước dưới hàm dưới ở mức độ xương ổ (ANB).

3.3. Kỹ thuật phẫu thuật và tăng trưởng răng hàm mặt

Năm trong số 11 bài báo bao gồm đánh giá tác động của các kỹ thuật và quy trình phẫu thuật khác nhau đối với sự phát triển răng hàm mặt ở trẻ em mắc khe hở môi - vòm miệng hàm ếch [5-7, 9, 13]. Ba trong số 11 nghiên cứu đã xem xét việc thực hiện phẫu thuật một giai đoạn và so sánh kết quả của chúng với một quần thể đối chứng khỏe mạnh [5, 7, 13]. Xem xét độ tuổi tại thời điểm đánh giá trong 3 nghiên cứu này, các kết quả liên quan đến tăng trưởng theo chiều đứng dọc rất đa dạng khi so sánh các kết quả. Zemann và cộng sự [5] cho thấy không có sự khác biệt đáng kể về các góc SNA, SNB và ANB tại thời điểm 6 tuổi khi so sánh các bệnh nhân được điều trị theo các phác đồ một giai đoạn khác nhau. Hơn nữa, các giá trị thu được tương đương với các giá trị trong nhóm đối chứng khỏe mạnh. Tuy nhiên, Mueller và cộng sự [7] kết luận rằng sự liên quan của sự nhô ra của hàm trên (SNA) và tương quan hàm trước sau (ANB) trong các nhóm một giai đoạn khác nhau đáng kể so với những quan hệ của nhóm không có khe hở môi - vòm miệng, khỏe mạnh, nhưng mức độ xáo trộn về tăng trưởng tương tự với giá trị trung bình của các phương pháp tiếp cận nhiều giai đoạn trong nghiên cứu Euroclef. Kulewicz và cộng sự [13] đã tiến hành nghiên cứu so sánh 3 kỹ thuật phẫu thuật vòm miệng khác nhau được áp dụng cho phương pháp phẫu thuật một giai đoạn và kiểm tra điều này so với nhóm chứng khỏe mạnh. Phân tích so sánh thông số trên phim đo sọ cho thấy sự khác biệt đáng kể giữa 4 nhóm liên quan đến sự nhô của hàm trên (SNA) và mối quan hệ của hàm trên - hàm dưới (ANB). Điều này cho thấy kỹ thuật đóng vòm miệng cứng có ảnh hưởng đáng kể đến sự tăng trưởng và phát triển của răng hàm mặt.

Meazzini và cộng sự [6] đã so sánh giữa các bệnh nhân khe hở môi - vòm miệng được điều trị bằng 3 phác đồ khác nhau để đánh giá kết quả lâu dài giữa đóng khẩu cái cứng ở 18-36 tháng cùng với nong nướu sớm thứ phát (ESGAP) và phẫu thuật khe hở ổ răng ở 9-11 tuổi. Sử dụng phương pháp đánh giá theo chiều dọc, họ phát hiện ra rằng những bệnh nhân trải qua ESGAP có giảm độ nhô của hàm trên (SNA) và cho thấy sự ức chế phát triển của hàm trên so với 2 nhóm ghép xương thứ cấp, trong khi độ nhô của hàm dưới (SNB) tăng lên ở 3 nhóm. Tuy nhiên, thực hiện ghép xương ổ răng trước 8 tuổi bị nghi ngờ là cản trở sự phát triển của hàm trên và thời điểm ghép xương có thể là yếu tố cần thiết cho sự phát triển của hàm trên. Các nghiên cứu cho rằng thực hiện phẫu thuật ở độ tuổi muộn hơn sẽ có lợi nhất [7, 9].

IV. BÀN LUẬN

Tăng trưởng hàm trên ở bệnh nhân UCLP đã được đề cập rộng rãi trong y văn; tuy nhiên, một sự khác biệt lớn trong kết quả đã được tìm thấy. Thông thường, không có sự đồng thuận nào đạt được liên quan đến mô hình tăng trưởng dọc và trước sau ở bệnh nhân UCLP. Một mặt, họ đề xuất rằng có thể có khả năng phát triển hàm trên bình thường ở những bệnh nhân UCLP không được điều trị [14], và mặt khác, bất kể phương pháp điều trị nào, bệnh nhân UCLP cho thấy hàm trên lùi lại và giảm chiều dài, trong đó có nhiều nguyên nhân được xem xét. Một số báo cáo cho rằng sự tái tạo này là do khiếm khuyết nội tại của khe hở [8, 12], trong khi những nghiên cứu khác cho rằng đó là do can thiệp phẫu thuật [4, 7, 13-15] và thậm chí phụ thuộc vào kỹ năng của phẫu thuật viên. Tác động đáng lo ngại đối với sự phát triển của khung xương hàm trên sau phẫu thuật sửa chữa là do sự thoát mạch, xáo trộn của màng xương hoặc tác động hạn chế của sẹo [8]. Do đó, phẫu thuật dẫn đến giảm sản hàm trên: góc hàm trên (SNA) và góc mặt hàm dưới (ANB) nhỏ hơn và âm tính khi khớp với dân số bình thường [15]. Bệnh nhân khe hở vòm miệng chưa được phẫu thuật có hình thái cấu trúc sọ mặt thuận lợi hơn khi

so sánh với bệnh nhân được điều trị bằng phẫu thuật, cho thấy rằng do sự thay đổi của chất nền chức năng quanh miệng, can thiệp phẫu thuật cản trở quá trình phát triển ở bệnh nhân UCLP. Nghiên cứu này nhận thấy mô sẹo ở vùng môi và vòm miệng là một yếu tố có vai trò hạn chế sự tăng trưởng hàm mặt của nó. Những thay đổi trong các cấu trúc chức năng này rất quan trọng trong việc xác định sự phát triển của các cấu trúc trên khuôn mặt. Hơn nữa, chiều dài hàm trên được phát hiện giảm đáng kể ở những bệnh nhân UCLP được điều trị bằng phẫu thuật, và góc nền sọ cũng giảm đáng kể [4].

Không nghi ngờ gì nữa, phẫu thuật đóng khe hở vòm miệng được ghi chép nhiều nhất trong phác đồ điều trị UCLP. Nhiều quy trình phẫu thuật tồn tại, sử dụng các kỹ thuật, thời gian phẫu thuật khác nhau và đã được đánh giá về lợi ích đối với sự phát triển của hàm trên, phát triển giọng nói, chức năng của vòm miệng và chất lượng cuộc sống. Mục tiêu quan trọng là giảm số lượng ca mổ vì chúng gây căng thẳng cho gia đình và khó khăn hơn để phẫu thuật thành công. Tương tự như vậy, số lần phẫu thuật có ảnh hưởng đến tâm lý của bệnh nhân. Dường như không có bất kỳ sự nhất trí nào về thời điểm tốt nhất để thực hiện phẫu thuật đóng khe hở vòm miệng, mọi thời điểm đều có ưu và nhược điểm riêng [16, 17]. Một số nghiên cứu [14, 15, 18, 19] giả định rằng phẫu thuật đóng khe hở vòm miệng sớm là nguyên nhân dẫn đến suy giảm sự phát triển của hàm trên và kết luận rằng tốt hơn là nên trì hoãn phẫu thuật vòm miệng. Trong quá trình tăng trưởng của hàm trên, một phần quan trọng của chiều dài cuối cùng của hàm trên đã đạt được. Có thể cho rằng lợi ích của việc trì hoãn phẫu thuật điều trị khe hở vòm miệng cứng đối với tăng trưởng hàm mặt chỉ có thể đạt được bằng cách đóng lại khi chiều dài cuối cùng của hàm trên đã đạt được tỷ lệ lớn nhất [15]. Tuy nhiên, Zheng và cộng sự [8] khẳng định rằng phẫu thuật tách biệt có ảnh hưởng nhỏ đến rối loạn tăng trưởng và kết luận rằng nên thực hiện sớm việc đóng vòm miệng vì nó sẽ không ảnh hưởng tiêu cực đến sự phát triển của răng hàm mặt. Hơn nữa, các phẫu thuật sớm tạo điều kiện cho trẻ bú dễ dàng và phát triển khả năng nói tốt và

cha mẹ bệnh nhân rất mong muốn được đóng khe hở càng sớm càng tốt [16, 19, 20]. Tuy nhiên, sự phát triển của những đứa trẻ này nên được chờ đợi trước khi hình thành kết quả liên quan đến sự phát triển theo chiều đứng dọc của xương, vì kết quả ở những bệnh nhân có bộ răng hỗn hợp cho thấy có nhiều sự khác biệt. Các nhà nghiên cứu cần lưu ý rằng sự kết thúc tăng trưởng ở trẻ có khe hở môi muộn hơn so với trẻ không có khe hở môi, khỏe mạnh [21].

Trong khi hầu hết các nghiên cứu đồng ý rằng sự đóng khe hở vòm miệng là yếu tố bất lợi nhất cho sự phát triển của hàm trên, các nghiên cứu khác lại tin rằng phẫu thuật môi là yếu tố quan trọng nhất trong việc hạn chế sự phát triển của hàm trên ở bệnh nhân UCLP [11, 22]. Tuy nhiên, có sự đồng ý rằng áp lực từ môi trên căng gây ra các răng cửa hàm trên nghiêng ngược, làm lùn hàm trên và góc mũi môi tù [23]. Điều này thường dẫn đến cắn chéo phía trước [2]. Việc kéo dài kết quả tối ưu của phẫu thuật khe hở môi là vô cùng quan trọng. Môi, mũi và cằm là những vùng quan trọng trên khuôn mặt của bệnh nhân và chúng có tác động đáng kể nhất đến thẩm mỹ khuôn mặt, lòng tự trọng và hình ảnh của bản thân. Vì vậy, môi, mũi và sống mũi [24] thường được phẫu thuật sửa đổi nhiều nhất ở bệnh nhân khe hở môi - vòm miệng UCLP.

Vẫn còn nhiều thảo luận về kỹ thuật và thời điểm nào có lợi nhất cho việc đóng khe hở cung hàm. Tạo hình xương ổ răng được thực hiện để ổn định cung hàm trên, tạo điều kiện thuận lợi cho việc mọc răng nanh (và răng cửa bên), nâng cao nền mũi và tái tạo lại lỗ rò xoang mũi còn sót lại [25]. Nhìn chung, có thể phân biệt 3 kỹ thuật được sử dụng [2]: phẫu thuật tạo hình nướu, ghép xương nguyên phát và ghép xương thứ phát. Mặc dù phẫu thuật tạo hình nướu có ưu điểm lớn là đòi hỏi ít phẫu thuật hơn, nhưng nó dường như có tác dụng ức chế sự phát triển của hàm trên [26].

Ghép xương nguyên phát dẫn đến tình trạng tiêu xương ổ răng không nhất quán và được nghi ngờ là có thể cản trở sự phát triển của hàm trên [7]. Những bệnh nhân được điều trị bằng phương pháp ghép xương thứ phát dường như có sự phát triển

Bệnh viện Trung ương Huế

của hàm trên tốt hơn và ít cần phẫu thuật chỉnh hình hơn [26]. Brudnicki và cộng sự [9] phát hiện ra rằng chiều dài hàm trên tăng lên khi ghép xương ổ răng ở độ tuổi muộn hơn, đặc biệt là khi thực hiện trên 8 tuổi. Điều này cho thấy rằng thời điểm ghép xương là rất quan trọng đối với sự phát triển hàm mặt.

Đánh giá hệ thống này không đạt được sự nhất trí đối với một phác đồ điều trị ưu việt về đóng khe hở cung hàm. Đầu tiên, 4 nghiên cứu [4, 6, 9, 10] không so sánh bệnh nhân UCLP đã phẫu thuật với nhóm chứng không có khe hở môi - vòm miệng. Do đó, không rõ các kết quả đo sọ có liên quan như thế nào đến bình thường, khỏe mạnh. Thứ hai, một số nghiên cứu được thiết kế tốt và thực hiện tốt nhưng có kích thước mẫu nhỏ. Bảy [4-8, 13, 14] trong số 11 bài báo được đưa vào có mẫu ít hơn 100 bệnh nhân. Điều này có ý rằng sức mạnh thống kê của những nghiên cứu này quá thấp để phát hiện ra sự khác biệt. Thứ ba, một nghiên cứu [11] đã kiểm tra các giá trị đo sọ cho nam và nữ riêng biệt và điều này có thể dẫn đến sai lệch phân tích, trong khi một nghiên cứu khác [6] không cung cấp giá trị p tương ứng cho kết quả đo sọ của họ. Thứ tư, nghiên cứu được sử dụng trong các bài báo khác nhau trong tổng quan này có rất nhiều sự đa dạng về chủng tộc. Do đó, không chắc chắn nếu tất cả các phát hiện áp dụng cho tất cả các nhóm chủng tộc khác nhau. Thứ năm, không có nghiên cứu nào được đưa vào có mức độ bằng chứng cao hơn 3. Điều này có nghĩa là còn thiếu các thử nghiệm đối chứng ngẫu nhiên chất lượng cao về tác động của thời gian và kỹ thuật phẫu thuật đối với sự phát triển hàm mặt. Để có thêm các nghiên cứu chất lượng cao, việc theo dõi bệnh nhân nên trong một thời gian dài hơn. Tốt hơn hết, bệnh nhân nên được theo dõi bắt đầu từ hàm răng hỗn hợp cho đến khi mọc răng khôn, kết thúc ở tuổi trưởng thành. Thứ sáu, tài liệu chi tiết về nghiên cứu, kỹ thuật phẫu thuật đóng khe hở, số lượng bác sĩ phẫu thuật, trình độ bác sĩ phẫu thuật và thông tin về việc điều trị chỉnh hình răng hay chỉnh hình được thực hiện, không được mô tả đầy đủ hoặc thiếu, khiến các nghiên cứu không phù hợp để phân tích tổng

hợp. Do đó, không có nỗ lực nào được thực hiện để phân tích tổng hợp và bằng chứng đã được tóm tắt một cách định tính.

Nghiên cứu điều trị trong tương lai cần được thiết lập với sự chú ý đặc biệt đến phương pháp luận, nghiên cứu được mô tả tốt, số lượng bác sĩ phẫu thuật, kỹ thuật kết thúc phẫu thuật và thông tin về việc trải qua các phương pháp điều trị chỉnh nha hoặc chỉnh hình vì can thiệp sớm có thể mang lại kết quả tốt hơn. Kappen và cộng sự [27] đề xuất rằng cần thiết lập một cơ sở dữ liệu đa ngành và đa trung tâm về trẻ em có khe hở môi. Nếu đúng như vậy, một nghiên cứu hồi cứu có thể được tiến hành trên những bệnh nhân này. Điều này có thể giúp xác định thêm thời điểm tốt nhất. Do đó, dựa trên cơ sở của một nghiên cứu như thế này, có thể có một quy trình chung cho việc điều trị trẻ mắc khe hở môi để đảm bảo tốt nhất. Hơn nữa, nhấn mạnh tầm quan trọng của việc tính toán gánh nặng cho người chăm sóc cũng như chi phí để xác định phương thức tốt nhất.

Hầu hết các nghiên cứu đều đồng ý rằng phẫu thuật tạo hình vòm miệng là yếu tố chính gây rối loạn tăng trưởng hàm mặt; Ngoài ra, điều quan trọng là hạn chế số lượng mô sẹo sau phẫu thuật. Trong phẫu thuật tạo hình vòm miệng được thực hiện sau đợt tăng trưởng, sự phát triển hàm mặt ít bị ảnh hưởng nhất. Nhưng các nghiên cứu cũng đồng ý rằng điều quan trọng là phải tìm ra sự cân bằng giữa thẩm mỹ, chức năng và chất lượng cuộc sống. Do đó, không nên chỉ thực hiện phẫu thuật tạo hình vòm miệng mặc dù có tác dụng tốt hơn đối với sự phát triển hàm mặt vì điều này cản trở quá trình phát triển giọng nói.

Tuy nhiên vẫn có sự đồng thuận về thời điểm đóng khe hở môi. Phải được thực hiện từ ba đến sáu tháng tuổi. Người ta cũng chấp nhận rộng rãi rằng đóng khe hở môi có thể có ảnh hưởng tiêu cực đến sự phát triển hàm mặt.

Từ các nghiên cứu về phẫu thuật tạo hình ổ răng, có thể kết luận rằng ghép xương thứ phát có kết quả có lợi nhất đối với sự phát triển hàm mặt; tuy nhiên, khi sử dụng phẫu thuật tạo hình nướu, ít cần phẫu thuật lần thứ ba hơn.

Trong các bài báo được nghiên cứu trong tổng quan này, kết quả chức năng của việc phẫu thuật khe hở môi vòm miệng (UCLP) được coi là quan trọng hơn kết quả thẩm mỹ. Nhiều nghiên cứu vẫn cần được tiến hành để xác định thời điểm phẫu thuật tốt nhất và thiết kế một kỹ thuật tạo ra kết quả tối ưu về chức năng và thẩm mỹ để đảm bảo sức khỏe của bệnh nhân.

Điều quan trọng là phải hiểu đúng về các yếu tố nhân quả dẫn đến sự phát triển của hàm trên bị cản trở. Điều này sẽ giúp lập kế hoạch điều trị thích hợp, giảm thiểu thời gian điều trị chỉnh nha và giảm các ca phẫu thuật chỉnh sửa lớn. Tất cả những điều này cho thấy rằng trong điều trị UCLP, việc theo dõi theo chiều dọc và cách tiếp cận đa ngành là rất quan trọng. Nhiều nghiên cứu vẫn cần được tiến hành để đảm bảo có thể đạt được kết quả tốt nhất.

V. KẾT LUẬN

Kết quả của các bài báo trái ngược nhau, và điều này cho thấy rõ ràng cần nghiên cứu thêm về chủ đề này. Nhìn chung, hầu hết các nghiên cứu đều nhất trí về yếu tố quan trọng của tạo hình vòm miệng trong tăng trưởng hàm mặt. Phát hiện phổ biến nhất là so với nhóm chứng không có khe hở. Vẫn còn nhiều về tác dụng của việc đóng khe hở môi. Tuy nhiên, hầu hết các nghiên cứu dường như đồng ý rằng việc đóng khe hở môi dẫn đến các răng cửa trên bị nghiêng vào trong. Tóm lại, điều cần thiết là phải đạt được sự hài hòa trong việc điều trị UCLP, vì đây là khuyết tật sọ mặt bẩm sinh phổ biến nhất.

Lời cảm ơn: Tác giả cảm ơn sự đóng góp tích cực của BS Nguyễn Đình Hòa và BS Nguyễn Đăng Khoa.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Mossey PA, Little J, Munger RG, Dixon MJ, Shaw WC. Cleft lip and palate. Lancet 2009;374:1773-85.
2. Farronato G, Kairyte L, Giannini L, Galbiati G, Maspero C. How various surgical protocols of the unilateral cleft lip and palate influence the facial growth and possible orthodontic problems? Which is the best timing of lip, palate and alveolus repair? literature review. Stomatologija 2014;16:53-60.
3. Goyenc YB, Gurel HG, Memili B. Craniofacial morphology in children with operated complete unilateral cleft lip and palate. J Craniofac Surg 2008;19:1396-401.
4. Kappen IFPM, Yoder WR, Mink van der Molen ABM, Breugem CC. Long-term craniofacial morphology in young adults treated f hoặc a Không n-syndromal UCLP: a systematic review. J Plast Reconstr Aesthet Surg 2018;71:504-17.
5. Shaw WC, Semb G, Nelson P, Brattstrom V, Molsted K, et al. The eurocleft project 1996-2000: overview. J Craniomaxillofac Surg 2001;29:131-40. discussion 41-2
6. Khanna R, Tikku T, Wadhwa J. Nasomaxillary complex in size, position and orientation in surgically treated and untreated individuals with cleft lip and palate: a cephalometric overview. Indian J Plast Surg 2012;45:68-75.
7. Liao YF, Mars M. Hard palate repair timing and facial growth in cleft lip and palate: a systematic review. Cleft Palate Craniofac J 2006;43:563-70.
8. Greenhalgh T. Assessing the methodological quality of published papers. BMJ 1997;315:305-8.
9. Liao YF, Mars M. Long-term effects of palate repair on craniofacial morphology in patients with unilateral cleft lip and palate. Cleft Palate Craniofac J 2005;42:594-600.
10. Li Y, Shi B, Song QG, Zuo H, Zheng Q. Effects of lip repair on maxillary growth and facial soft tissue development in patients with a complete unilateral cleft of lip, alveolus and palate. J Craniomaxillofac Surg 2006;34:355-61.
11. Zemann W, Mossbock R, Karcher H, Kozelj V. Sagittal growth of the facial skeleton of 6-year-old children with a complete unilateral cleft of lip, alveolus and palate treated with two different protocols. J Craniomaxillofac Surg 2007;35:343-9.
12. Meazzini MC, Rossetti G, Garattini G, Semb G, Brusati R. Early secondary gingivo-alveolo-plasty in the treatment of unilateral cleft lip and palate patients: 20 years experience. J Craniomaxillofac Surg 2010;38:185-91.

13. Kulewicz M, Dudkiewicz Z. Craniofacial morphological outcome following treatment with three different surgical protocols for complete unilateral cleft lip and palate: a preliminary study. *Int J Oral Maxillofac Surg* 2010;39:122-8.
14. Mueller AA, Zschokke I, Brand S, Hockenjos C, Zeilhofer HF, et al. One-stage cleft repair outcome at age 6- to 18-years - a comparison to the Eurocleft study data. *Br J Oral Maxillofac Surg* 2012;50:762-8.
15. Chen ZQ, Wu J, Chen RJ. Sagittal maxillary growth pattern in unilateral cleft lip and palate patients with unrepaired cleft palate. *J Craniofac Surg* 2012;23:491-3.
16. Zheng ZW, Fang YM, Lin CX. Isolated influences of surgery repair on maxillofacial growth in complete unilateral cleft lip and palate. *J Oral Maxillofac Surg* 2016;74:1649-57.
17. Liu X, Chen Z. Effects of palate repair on cranial base and maxillary morphology in patients with unilateral complete cleft lip and palate. *Cleft Palate Craniofac J* 2018;55:1367-74.
18. Brudnicki A, Sawicka E, Brudnicka R, Fudalej PS. Effects of different timing of alveolar bone graft on craniofacial morphology in unilateral cleft lip and palate. *Cleft Palate Craniofac J* 2020;57:105-13.
19. Kappen IFPM, Bittermann GKP, Schouten RM, Bittermann D, Ety E, et al. Long-term mid-facial growth of patients with a unilateral complete cleft of lip, alveolus and palate treated by two-stage palatoplasty: cephalometric analysis. *Clin Oral Investig* 2017;21:1801-10.
20. Salgado KR, Wendt AR, Fagundes NCF, Maia LC, Khongrmando D, et al. Early or delayed palatoplasty in complete unilateral cleft lip and palate patients? A systematic review of the effects on maxillary growth. *J Craniomaxillofac Surg* 2019;47:1690-8.
21. Liao YF, Cole TJ, Mars M. Hard palate repair timing and facial growth in unilateral cleft lip and palate: a longitudinal study. *Cleft Palate Craniofac J* 2006;43:547-56.
22. Gopinath VK, Samsudin AR, Khonghoak SNFM, Sharab HYM. Facial profile and maxillary arch dimensions in unilateral cleft lip and palate children in the mixed dentition stage. *Eur J Dent* 2017;11:76-82.
23. Holland S, Gabbay JS, Heller JB, O'Hara C, Hurwitz D, et al. Delayed closure of the hard palate leads to speech problems and deleterious maxillary growth. *Plast Reconstr Surg* 2007;119:1302-10.
24. Batwa W, Almoammar K, Aljohar A, Alhussein A, Almujel S, et al. The difference in cervical vertebral skeletal maturation between cleft lip/palate and non-cleft lip/palate orthodontic patients. *Biomed Res Int* 2018;2018:5405376.
25. Bichara LM, Araujo RC, Flores-Mir C, Khongrmando D. Impact of primary palatoplasty on the maxillomandibular sagittal relationship in patients with unilateral cleft lip and palate: a systematic review and meta-analysis. *Int J Oral Maxillofac Surg* 2015;44:50-6.
26. Ebin LE, Zam NMZ, Othman SA. Cephalometric analysis of Malay children with and without unilateral cleft lip and palate. *Aust Orthod J* 2010;26:165-70.
27. Moreira I, Suri S, Ross B, Tompson B, Fisher D, et al. Soft-tissue profile growth in patients with repaired complete unilateral cleft lip and palate: a cephalometric comparison with non-cleft controls at ages 7, 11, and 18 years. *Am J Orthod Dentofacial Orthop* 2014;145:341-58.
28. Lilja J. Alveolar bone grafting. *Indian J Plast Surg* 2009;42:S110-5.
29. Meazzini MC, Capasso E, Morabito A, Garattini G, Brusati R. Comparison of growth results in patients with unilateral cleft lip and palate after early secondary gingivoalveoloplasty and secondary bone grafting: 20 years follow up. *Scand J Plast Reconstr Surg Hand Surg* 2008;42:290-5.