

using EUCAST breakpoints compared with previously used breakpoints. *Enferm Infect Microbiol Clin.* 2017;35 (5):278-282.

11. **Nguyễn Phúc Thịnh, Hoàng Lê Phúc, Nguyễn Việt Trường và CS** (2014), “Loét dạ dày tá tràng do *Helicobacter pylori* ở trẻ em tại Bệnh viện Nhi Đồng 1 thành phố Hồ Chí Minh” tạp chí Y học

12. **Nguyễn Văn Quang, Chu Văn Tường, Nguyễn Gia Khánh** (2012), “nhận xét tình hình loét dạ dày tá tràng ở trẻ em”, Hội nghị nhi khoa toàn quốc, NXB Y học; tr 269-277.

13. **Võ Thị Thu Thủy** (2009), “Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, biến chứng và tỉ lệ nhiễm *Helicobacter pylori* của bệnh loét dạ dày ở trẻ em”, *Y học Việt Nam*, 4(2), tr. 598-604.

14. **Malfertheiner P., Megraud F., O'Morain C.A.** et al. Management of *Helicobacter pylori* infection--the Maastricht V/ Florence Consensus Report, *Gut* 2017; 66: 6-30.

15. **Dehghani SM, Erjaee A, Imanieh MH** et al. Efficacy of the standard quadruple therapy versus triple therapies containing proton pump inhibitor plus amoxicillin and clarithromycin or amoxicillin-clavulanic acid and metronidazole for *Helicobacter pylori* eradication in children. *Dig Dis Sci.* 2009; 54(8): 1720-1724.

16. **Hong J and Yang HR.** Efficacy of Proton Pump Inhibitor-based Triple Therapy and Bismuth-based Quadruple Therapy for *Helicobacter pylori* Eradication in Korean Children. *Pediatr Gastroenterol Hepatol Nutr.* 2012; 15(4): 237-242.

17. **Nguyễn Thị Út, Lê Thanh Hải, Hoàng Thị Thu Hà.** Hiệu quả diệt *Helicobacter pylori* của phác đồ 3 thuốc theo kháng sinh đồ so với phác đồ điều trị 4 thuốc ở trẻ em. *Tạp chí Y học dự phòng* 2015; tập XXV: số 8 (186): 409-419.

MỘT SỐ KẾT QUẢ SỚM TẠO HÌNH KHUYẾT HỔNG XƯƠNG HÀM DƯỚI BẰNG NẸP CẤU TRÚC, VẬT LIỆU Y SINH PEEK (POLYETHER ETHER KETONE) TRONG PHẪU THUẬT U CÓ CẮT ĐOẠN XƯƠNG HÀM DƯỚI

TRỊNH HÙNG MẠNH, NGUYỄN TIẾN HÙNG,
HOÀNG VĂN NHẠ, NGUYỄN VIỆT CHIẾN và CS
Bệnh viện K

TÓM TẮT

Mục tiêu: Tìm hiểu đặc điểm lâm sàng, mô bệnh học và đánh giá kết quả phẫu thuật sớm tạo hình khuyết hồng xương hàm dưới bằng nẹp cấu trúc, vật liệu y sinh PEEK (Polyether Ether Ketone) trong phẫu thuật u có cắt đoạn xương hàm dưới.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Tiến cứu, mô tả cắt ngang. Thực hiện ở 39 bệnh nhân (BN) tại Khoa Ngoại Tai Mũi Họng Bệnh viện K, trong thời gian từ tháng 11 năm 2019 đến tháng 11 năm 2021. Ghi nhận các thông tin về tuổi và giới của BN cùng những đặc điểm về khối u: vị trí, kích thước, giai đoạn lâm sàng,

cách thức phẫu thuật. Phân typ mô bệnh học (MBH), độ mô học, giai đoạn TNM theo Ủy ban liên hợp của Hoa Kỳ về ung thư, phiên bản thứ 9, năm 2021. Đánh giá tình trạng sống của vật sau phẫu thuật, tình trạng vết mổ và khớp cắn.

Kết quả và kết luận: Khuyết hồng cắt đoạn XHD hay gặp ở người tuổi trung bình: $56 \pm 0,13$ tuổi; Tỷ lệ Nam/Nữ = 3,9, gặp ở những người có thói quen uống rượu (74,4%), hút thuốc lá (69,2%). Vị trí của khuyết XHD hay gặp: vùng II (48,7%), khuyết 2 vị trí vùng II,III (23,1%), vị trí khuyết cả 3 vùng II,I,II (7,7%). Về mô bệnh học chủ yếu gặp SCC 87,2%. Phương pháp tạo hình chủ yếu là: Nẹp cấu trúc + vật trực mạch, vật tự do chiếm tỉ lệ cao nhất (71,8%); Nẹp cấu trúc + khâu phủ trực tiếp (15,4%); vật xương mác (7,6%) và PEEK+ vật (2,6%). Theo dõi kết quả sớm khi ra viện vật tạo hình vật sống hoàn toàn (87,4%), vật bị hoại tử < 1/3 (6,3%), vật hoại tử

Chịu trách nhiệm: *Trịnh Hùng Mạnh*
Email: *manhrhm@gmail.com*
Ngày nhận: 20/7/2021
Ngày phản biện: 16/8/2021
Ngày duyệt bài: 08/9/2021

hoàn toàn (6,3%). Về tình trạng vết mổ khô, liền tốt (89,7%), phải tạo vạt lại thì 2 (10,3%). Tỷ lệ khớp cắn đúng khi ra viện (87,2%), khớp cắn sai lệch ít (12,8%).

Từ khoá: Khuyết xương hàm dưới, tạo hình khuyết xương hàm dưới

SUMMARY
PRIMARY MANDIBULAR RECONSTRUCTION WITH THE TITANIUM HOLLOW SCREW RECONSTRUCTION PLATE AND PEEK (POLYETHER ETHER KETONE)

Objective: To determine the clinical, pathological of tumor and evaluate the results of treatment by surgery Primary Mandibular Reconstruction with the Titanium Hollow Screw Reconstruction Plate and PEEK (Polyether Ether Ketone) in segmental mandibular defects.

Patients and methods: A Prospective cross-sectional descriptive study, performed on 39 patients with tumor whom were diagnosed and treated at The Otolaryngology Department of K Hospital from October 2019 to October 2021. Data Collected of patients including ages and gender as well as characteristics of tumors such as location, size, clinical stages and surgical methods. The histological classification were types, grades, TNM stages according to the American Joint Committee on Cancer (AJCC), 9th Edition (2021). About the Flaps status were evaluated post operative and follow-up the occlusion and immediate stability of the reconstructions.

Results and conclusions: segmental mandibular defects is frequent in old age patients with an average of 56 ± 0.13 years old. The ratio of male / female is 3.9, bad habits such as alcohol (74.4%), smokes (69.2%), segmental mandibular defects mainly located on: Extent of mandibular ablation II (48.7%), II,III (23.1%), II,I,II (7.7%). Pathological mainly of squamous cell of oral cavity 87.2%. The surgical methods are mainly used with wide resection and close the defects with Reconstruction Plate + perforator flaps and free flaps (71.8%); Reconstruction Plate + primarily closure (15.4%); osteocutaneous fibula flap (7.6%) và PEEK+ free flap (2.6%). About the Flaps status were evaluated post operative: good (87,4%), flap necrosis < 1/3 (6.3%), total flap necrosis (6.3%), Incision status, good (89.7%), failure (10.3%). The follow up patient shows preserved occlusion (87.2%), little malocclusion (12.8%).

Keywords: Segmental mandibular defects, segmental mandibular defects Reconstruction.

ĐẶT VẤN ĐỀ

Khuyết hồng xương vùng hàm mặt gặp ở mọi lứa tuổi, cả 2 giới Nguyên nhân phần lớn hiện nay do u, nang xương hàm, ung thư. Những khuyết hồng xương này ảnh hưởng nhiều đến chức năng và thẩm mỹ, thường khủng hoảng tâm lý gây trở ngại trong giao tiếp và hoà nhập cộng đồng.

Cắt đoạn xương hàm và tái tạo bằng nẹp cấu trúc, ghép xương, vạt xương mác là phương pháp phẫu thuật được áp dụng cho các khối u có kích thước lớn, hoặc tình trạng vỡ xương còn lại quá mỏng và thủng. Nếu u xâm lấn phần mềm thì cần phải cắt rộng để ngăn ngừa sự phát triển u ở phần mềm, xâm lấn vào các cấu trúc lân cận^[1,3,4]. Một số trường hợp BN lớn tuổi, không chịu được cuộc mổ kéo dài, cần đặt nẹp tái tạo giữ khoảng và tạo hình xương hàm.

Ui-Lyong Lee, Jae-sung Kwon và cộng sự (2016) sử dụng thành công mảnh ghép titan in theo công nghệ CAD/CAM điều trị trường hợp khuyết xương hàm dưới từ lỗ cằm cãnh ngang, ngành lên và lỗi cầu trái. Philipp Honigmann và cộng sự (2018), sử dụng máy in 3D Apium, model P220, phiên bản in 3D trong y tế PEEK FFF và sợi PEEK 450 Natural có đường kính 1.75mm để in mảnh và hộp sọ, xương hàm, các mảnh thay thế xương. Với tính phù hợp sinh học, tính cơ học như xương đặc, không cản quang, chịu được liều tia gamma ở liều đến 40 KGy. Chi phí hợp lý và quy trình sản xuất đơn giản mang lại cơ hội tạo hình khuyết xương hàm cho bệnh nhân ung thư^[7,10].

Tại Khoa Ngoại Tai Mũi Họng đã triển khai mổ cắt ung thư sàn miệng, Ung thư lợi hàm có cắt đoạn xương hàm dưới tạo hình bằng nẹp cấu trúc tính từ tháng 4/2019 đến 12/2019 khoảng 20 ca đạt kết quả tốt. Chính vì lý do đó chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài: "Một số kết quả sớm tạo hình khuyết hồng xương hàm dưới bằng nẹp cấu trúc, vật liệu y sinh PEEK (Polyether Ether Ketone) trong phẫu thuật u có cắt đoạn xương hàm dưới tại khoa Ngoại Tai Mũi Họng Bệnh viện K từ 11/2019- 11/2021".

ĐỐI TƯỢNG, PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

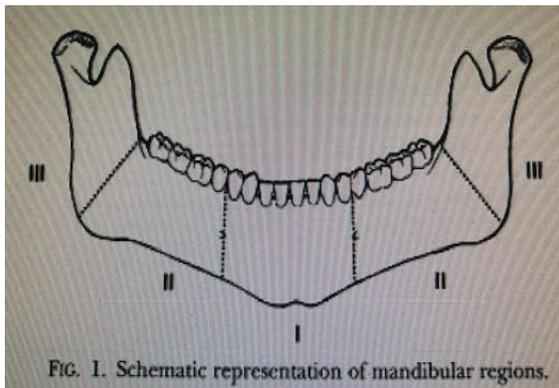
1. Đối tượng nghiên cứu

Gồm 39 bệnh nhân (BN) được chẩn đoán và điều trị phẫu thuật cắt u có cắt đoạn XHD và tạo hình tại Khoa Ngoại Tai Mũi Họng, Bệnh viện K, trong thời gian từ tháng 11 năm 2019 đến tháng 11 năm 2021

2. Phương pháp nghiên cứu

Tiến cứu, mô tả cắt ngang.

- Trong nghiên cứu chúng tôi sử dụng phân loại khuyết XHD theo phân loại của Brown^[4].



- Ghi nhận đầy đủ các thông tin về tuổi và giới của BN cùng những đặc điểm về khối u: vị trí, kích thước, giai đoạn lâm sàng, cách thức phẫu thuật.

- Bệnh phẩm sau phẫu thuật được cố định, xử lý, cắt, nhuộm theo phương pháp thường quy. Phân type mô bệnh học (MBH), độ mô học, nhuộm hóa mô miễn dịch, giai đoạn TNM theo Ủy ban liên hợp của Hoa Kỳ (American Joint Committee on Cancer -AJCC), phiên bản thứ 9, năm 2021.

- Đánh giá kết quả điều trị sau phẫu thuật bằng cách đánh giá trực tiếp trạng thái của vật, tình trạng khớp cắn, tình trạng nẹp vis phát hiện dấu hiệu lâm sàng trước khi ra viện và định kỳ 3 tháng một lần. BN được theo dõi trung bình 12,8 tháng, theo dõi lâu nhất là 23,2 tháng, gần nhất là 1 tháng.

KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu 39 trường hợp tại Khoa Ngoại Tai mũi Họng Bệnh viện K Trung ương, trong thời gian từ tháng 11 năm 2019 đến tháng 11 năm 2021, chúng tôi thu được kết quả như sau:

1. Đặc điểm về tuổi, giới và các yếu tố nguy cơ

Bảng 1. Phân bố bệnh nhân theo giới tính (n=39)

| Giới tính | Số BN | Tỉ lệ % |
|-----------|-------|---------|
| Nam | 31 | 79,5% |
| Nữ | 8 | 20,5% |
| Tổng | 39 | 100,0% |

Nhận xét: Trong số 39 BN trong NC có 31 Nam, chiếm 79,5% và 8 Nữ, chiếm 20,5%. Tỷ lệ Nam / Nữ = 3,9. Tuy nhiên tỷ lệ chênh này không có ý nghĩa thống kê (p = 0,87).

Bảng 2. Phân bố bệnh nhân theo nhóm tuổi (n = 39)

| Nhóm tuổi | Số BN | Tỉ lệ % |
|-----------|-------|---------|
| ≤ 40 | 7 | 17,9 |
| 40 – 60 | 25 | 64,2 |
| >60 | 7 | 17,9 |
| Tổng cộng | 39 | 100,0 |

Nhận xét: BN ít tuổi nhất là 16 tuổi, nhiều tuổi nhất là 87 tuổi, trung bình: 56 ± 0,13 tuổi; hầu hết ở tuổi 40-60 (64,2%). (p < 0,05)

Bảng 3. Phân bố bệnh nhân theo yếu tố nguy cơ (n = 39)

| Yếu tố nguy cơ | Số bệnh nhân | Tỉ lệ % |
|----------------|--------------|---------|
| Rượu | 29 | 74,4 |
| Thuốc lá | 27 | 69,2 |
| Không | 8 | 20,5 |
| Tổng | 39 | 100,0 |

Nhận xét: Hầu hết các BN trong nhóm NC là những người có thói quen uống rượu(74,4%), hút thuốc lá (69,2%).

2. Đặc điểm lâm sàng trước khi phẫu thuật

2.1. Phân bố UTD theo type mô bệnh học

Bảng 4. Phân bố bệnh UTD theo type mô bệnh học (n = 39)

| Kết quả vi thể | Số bệnh nhân | Tỷ lệ % |
|----------------|--------------|---------|
| UTBMTB vảy | 34 | 87,2 |
| Sarcom | 1 | 2,5 |
| UT tuyến | 1 | 2,5 |
| U men, u xơ | 3 | 7,8 |
| Tổng | 39 | 100,0 |

Nhận xét: Trong số 39 trường hợp, gặp 34 UTBMTBV, chiếm 87,2%

2.2. Vị trí tổn khuyết xương hàm dưới

Bảng 5. Phân bố theo vị trí tổn thương (n = 39)

| Vị trí tổn thương | Số tổn thương | Tỉ lệ % |
|-------------------|---------------|---------|
| Vùng II | 19 | 48,7 |
| Vùng III | 3 | 7,7 |
| Vùng I,II | 5 | 12,8 |
| Vùng II,III | 9 | 23,1 |
| Vùng II,I,II | 3 | 7,7 |
| Tổng | 39 | 100,0 |

Nhận xét: Khuyết XHD vùng II chiếm tỉ lệ cao nhất (48,7%), tiếp đến là khuyết 2 vị trí vùng II,III (23,1%), các vị trí khuyết cả 3 vùng như II,I,II ít gặp hơn (7,7%).

3. Đánh giá kết quả phẫu thuật

3.1. Phương pháp phẫu thuật tạo hình

Bảng 6. Phân bố theo phương pháp phẫu thuật tạo hình (n = 39)

| Phương pháp phẫu thuật | | Kết quả tốt | Kết quả kém | Tỉ lệ % |
|-------------------------------|--------------|---------------|--------------|---------|
| Nẹp cấu trúc đơn thuần | 6 | 6 | 0 | 15,4 |
| Nẹp+mào chậu | 1 | 1 | 0 | 2,6 |
| Nẹp+ vật trực mạch, vật tự do | 28 | 26 | 2 | 71,8 |
| Nẹp+ Vật xương mác | 3 | 1 | 2 | 7,6 |
| PEEK + Vật tự do | 1 | 1 | 0 | 2,6 |
| Tổng cộng | 39 (100%) | 35 (89,7%) | 4 (10,3%) | 100,0 |

Nhận xét: Nẹp cấu trúc + vật trực mạch, vật tự do để tạo hình che khuyết tổ chức sau cắt bỏ khối u chiếm tỉ lệ cao nhất (71,8%); đứng hàng thứ 2 là Nẹp + khâu phủ trực tiếp (15,4%); vật xương mác và PEEK chiếm tỉ lệ thấp (7,6%) và (2,6%).

3.2. Kích thước khuyết hồng

Bảng 7. Phân bố theo kích thước khuyết hồng (Đường kính lớn nhất) (n = 39)

| Kích thước UTD | Số BN | Kết quả tốt | Kết quả kém | Tỉ lệ % |
|----------------|--------------|---------------|--------------|---------|
| < 6cm | 23 | 23 | 0 | 59 |
| 6-9 cm | 13 | 9 | 4 | 33,3 |
| > 9 cm | 3 | 3 | 0 | 7,7 |
| Tổng | 39 (100%) | 35 (89,7%) | 4 (10,3%) | 100,0 |

Nhận xét: Hơn một nửa số TH trong nghiên cứu này có kích thước khuyết hồng < 6cm (59%), tuy nhiên có tới (33,3%) số TH với kích thước từ 6 đến 9 cm, có 3 TH chiếm (7,7%) kích thước > 9 cm. Có 4 TH chiếm 10.3% các trường hợp tai biến hoại tử vật (p < 0,05).

3.3. Sức sống của vật

Bảng 8. Kết quả sống của vật (n = 32)

| Sức sống của vật | Số lượng | Tỉ lệ % |
|-------------------|----------|---------|
| Sống hoàn toàn | 28 | 87,4 |
| Hoại tử < 1/3 vật | 2 | 6,3 |
| Hoại tử vật | 2 | 6,3 |
| Tổng cộng | 32 | 100,0 |

Nhận xét: Kết quả sau khi phẫu thuật tạo hình vật tạo hình sống hoàn toàn chiếm tỉ lệ cao (87,4%), chỉ có 6,3% số vật bị hoại tử < 1/3 vật và gặp 2 TH hoại tử hoàn toàn (6,3%). (p < 0,05)

3.4. Đánh giá vết mổ, khớp cắn

Bảng 9: Tình trạng vết mổ, khớp cắn của bệnh nhân

| Tình trạng ra viện | | n = 31 | Tỷ lệ % |
|--------------------|---------------|--------|---------|
| Vết mổ | Khô, liền tốt | 35 | 89,7 |
| | Rò nước bọt | 4 | 10,3 |
| Khớp cắn | Đúng | 34 | 87,2 |
| | Sai ít | 5 | 12,8 |
| | Sai nhiều | 0 | 0 |

Nhận xét

Có 89,7% bệnh nhân khi ra viện có tình trạng vết mổ khô, liền tốt, có 4 TH (10,3%) BN phải tạo vật lại thì 2 trước khi ra viện.

Có 34TH (87,2%) bệnh nhân có khớp cắn đúng khi ra viện. Có 5TH (12,8%) BN khớp cắn sai lệch ít

BÀN LUẬN

- Về giới và tuổi: Trong số 39 BN trong NC có 31 Nam, chiếm 79,5% và 8 Nữ, chiếm 20,5%. BN ít tuổi nhất là 16 tuổi, nhiều tuổi nhất là 87 tuổi, tuổi trung bình: 56 ± 0,13 tuổi; hầu hết độ tuổi 40-60 (64,2%). Tuổi trung bình nhóm BN Nghiên cứu của chúng tôi có kết quả thấp hơn với NC của Jonathan C.Irish và cộng sự (1994) có 29% nữ, tuổi trung bình 63,9 tuổi từ 31 đến 81. Tương đồng với nhóm NC Majeed Rana và cộng sự (2011) nghiên cứu hồi cứu 178 trường hợp cho tỷ lệ Nam 131(73,6%) nữ 47 (26,4%) độ tuổi từ 13 đến 85 (Tuổi TB 55).

- Về các yếu tố nguy cơ: Hầu hết các BN trong nhóm NC là những người có thói quen uống rượu (74,4%), hút thuốc lá (69,2%).

- Về mô bệnh học: Trong số 39 TH, gặp 34 TH SCC, chiếm 87,2%. Kết quả này tương đồng với NC của Majeed Rana(2011) khi NC 178 TH có 90% SCC.

- Về vị trí của khuyết XHD: Chúng tôi sử dụng phân loại của Brown và cộng sự 1991, phân chia XHD làm 4 vùng I, II, III, IV. Kết quả khuyết vùng II chiếm tỉ lệ cao nhất (48,7%), tiếp đến là khuyết 2 vị trí vùng II,III (23,1%), các vị trí khuyết cả 3 vùng như II,I,II ít gặp hơn (7,7%).

Theo nhóm tác giả Jonathan C.Irish và cộng sự (1994) khi NC 51 TH thì vùng II,III chiếm tỉ lệ là 25%, vùng II,I,II chiếm 22% trong khi vùng I, II,III chiếm tỉ lệ cao nhất là 27%.

Nhóm tác giả Braimab R.,(2019) NC 52 TH gặp 57,7% vùng II, 30,8% vùng III, vùng I chỉ gặp 1,9% còn 9,6% là phối hợp các vùng.

- Về kích thước của khuyết hồng và mức độ xâm lấn: Hơn một nửa số TH trong nghiên cứu này có kích thước khuyết hồng < 6cm (59%), tuy nhiên có tới (33,3%) số TH với kích thước từ 6 đến 9 cm, chỉ có 3 TH chiếm (7,7%) kích thước > 9 cm. Những tổn thương có kích thước <6 cm thì khả năng tạo hình bằng nẹp cấu trúc và các vật để phủ khuyết hồng dễ thực hiện hơn so với khối u có kích thước lớn hơn. Phẫu thuật tạo hình bao gồm tạo hình che phủ và tạo hình độn, khi thiếu hụt nhiều tổ chức gây rò nước bọt, không liền vết thương. Vật xương mác, vật liệu PEEK in 3D tái tạo xương hàm có tính ưu việt vượt trội hơn so với các phương pháp khác do

khoảng xương hàm bị cắt đoạn được tạo hình độn đầy đủ kích thước.

- Về phương pháp tạo hình: Nẹp cấu trúc + vạt trực mạch, vạt tự do để tạo hình che khuyết tổ chức sau cắt bỏ khối u chiếm tỉ lệ cao nhất (71,8%); đứng hàng thứ 2 là Nẹp + khâu phủ trực tiếp chiếm tỉ lệ 15,4%; vạt xương mác và PEEK in 3D tái tạo xương hàm chiếm tỉ lệ thấp (7,6%) và (2,6%). So với NC Chana và CS (2004)^[2], tại Bệnh viện Chang Gung Memorial Hospital (Đài Bắc, Đài Loan) đã điều trị cho 13 trường hợp u men XHD bằng cắt đoạn xương (đoạn xương được cắt dài từ 5 đến 13 cm) và tái tạo bằng vạt xương mác, thời gian theo dõi từ 18 đến 70 tháng, thấy 100% đạt kết quả tốt có lẽ trong nhóm NC của chúng tôi BN ung thư chiếm tỷ lệ cao nên PT cắt rộng, khuyết hồng lớn hơn.

- Về kết quả tạo hình:

+ Về khả năng sống của vạt: Kết quả sau khi phẫu thuật tạo hình vạt tạo hình sống hoàn toàn chiếm tỉ lệ cao (87,4%), chỉ có 6,3% số vạt bị hoại tử < 1/3 vạt và gặp 2 TH hoại tử hoàn toàn (6,3%).

+ Về tình trạng vết mổ: Có 89,7% bệnh nhân khi ra viện có tình trạng vết mổ khô, liền tốt, có 4 TH chiếm 10,3% phải tạo lại vạt thì 2 trước khi ra viện. Kết quả của chúng tôi tương đồng với NC nhóm tác giả Becelli R. và CS (1998)^[1] có 10% BN có biến chứng khi nghiên cứu 60 BN u men XHD được phẫu thuật và ghép xương trong đó 7 BN được ghép xương sườn, 8 BN ghép xương mào chậu.

+ Về tình trạng khớp cắn: Có 34TH (87,2%) bệnh nhân có khớp cắn đúng khi ra viện. Có 5TH (12,8%) BN khớp cắn sai lệch ít.

KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu 39 TH tại khoa ngoại Tai mũi Họng Bệnh viện K, trong thời gian từ tháng 11 năm 2019 đến tháng 11 năm 2021, chúng tôi thu được kết quả như sau:

- Về giới và tuổi: Tỷ lệ Nam (79,5%), (Nữ 20,5%). Tuổi trung bình: $56 \pm 0,13$ tuổi; tỷ lệ nhóm tuổi 40-60 (64,2%).

- Về yếu tố nguy cơ: uống rượu (74,4%), hút thuốc lá (69,2%).

- Về mô bệnh học: Tỷ lệ SCC 87,2%.

- Về vị trí của khuyết XHD: vùng II (48,7%), khuyết 2 vị trí vùng II,III (23,1%), vị trí khuyết cả 3 vùng II,I,II (7,7%).

- Về kích thước của khuyết hồng: kích thước khuyết hồng < 6cm (59%), từ 6 đến 9 cm (33,3%), kích thước > 9 cm (7,7%).

- Về phương pháp tạo hình: Nẹp cấu trúc + vạt trực mạch, vạt tự do chiếm tỉ lệ cao nhất (71,8%); Nẹp + khâu phủ trực tiếp (15,4%); vạt xương mác (7,6%) và PEEK (2,6%).

- Kết quả tạo hình vạt tạo hình sống hoàn toàn (87,4%), vạt bị hoại tử < 1/3 (6,3%), hoại tử hoàn toàn (6,3%).

- Về tình trạng vết mổ khô, liền tốt (89,7%), phải tạo vạt lại thì 2 (10,3%).

Tỷ lệ khớp cắn đúng khi ra viện (87,2%), khớp cắn sai lệch ít (12,8%).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Baldwin, B.J.** (1996), "Pedicle Regional Flaps for Reconstruction", *Basal and squamous cell skin cancers of the Head and neck*, R.S. Weber, Editor., Williams & Wilkins, p. 275-287.

2. **Jonathal C. Irish, MD** (1992), "Primary Mandibular Reconstruction with the Titanium Hollow Screw Reconstruction Plate: Evaluation of 51 cases", July 26-30, 1992

3. **Int J Oral Maxillofac Surg** (2017), <https://doi.org/10.1016/j.ijom.2017.11.008>

4. **Brown JS, Barry C, Ho M** "A new classification for Mandibular defects after oncological resection" *Lancet Oncol.* 2016;17(1):p23-p30

5. **Williams DF, McNamara A, Turner RM.** Potential of polyetheretherketone (PEEK) and carbon-fibrereinforced PEEK in medical applications. *J Mat Sci Letters* 1987;6:199-190.

6. **Toth JM, Wang M, Estes BT, Scifert JL, Seim HB 3rd, Turner AS.** Polyetheretherketone as biomaterial for spinal applications. *Biomaterials* 2006;27(3):324-334. [PubMed: 16115677]

7. **Wang A, Lin R, Stark C, Dumbleton JH.** Suitability and limitations of carbon fiber reinforced PEEK composites as bearing surfaces for total joint replacements. *Wear* 1999;225-229:724-727.

8. **Abu Bakar MS, Cheng MHW, Tang SM, Yu SC, Liao K, Tan CT, et al.** Tensile properties, tension fatigue and biological response of polyetheretherketone -hydroxyapatite composites for loadbearing orthopedic implants. *Biomaterials* 2003;24(13):2245-2250. [PubMed: 12699660]

9. **Wei, F., S.M. Mardini** (2009), "Flap & Reconstructive Surgery". Saunders, p. 7-623.

10. **Harmant A Saraiya** (2020), "Wide Excision with Immediate Reconstruction of the Mandible Using Free Fibular Flap in Ameloblastoma of the Mandible – A need of time: Our Experience of 37 cases" *Indian J Plast Surg*:2020;53:363-370