

Đánh giá kết quả phẫu thuật tạo hình hộp sọ bằng xương sọ tự thân tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Tiệp năm 2023-2024

Vũ Đình Nam^{1*}

¹ Trường Đại học Y Dược Hải Phòng

***Tác giả liên hệ**

Vũ Đình Nam
Trường Đại học Y Dược Hải Phòng
Điện thoại: 0352304282
Email: Vudnam@hpmu.eud.vn

Thông tin bài đăng

Ngày nhận bài: 13/01/2025
Ngày phản biện: 17/01/2025
Ngày duyệt bài: 25/02/2025

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả phẫu thuật tạo hình hộp sọ bằng xương sọ tự thân cho người bệnh khuyết sọ sau phẫu thuật mở nắp sọ. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu trên 74 bệnh nhân được chẩn đoán khuyết sọ và được phẫu thuật tạo hình hộp sọ bằng xương sọ tự thân. **Kết quả:** Độ tuổi thường gặp trong nghiên cứu là dưới 25 tuổi, nam giới chiếm 75,7%, nguyên nhân chủ yếu phải phẫu thuật mở nắp sọ là chấn thương sọ não. Tỷ lệ bệnh nhân đến ghép sọ sau 3-6 tháng là 70,1%. Biến chứng sau mổ hay gặp nhất là động kinh với 8,0%, có 2,7% BN bị nhiễm trùng, không có BN nào tử vong trong nghiên cứu. Có 81,1% bệnh nhân được đánh giá là thành công sau ghép sọ. Phần lớn bệnh nhân đạt hiệu quả thẩm mỹ và hài lòng với kết quả phẫu thuật. **Kết luận:** Các bệnh nhân được phẫu thuật có sự cải thiện tốt về lâm sàng, ít gặp các biến chứng, đạt hiệu quả thẩm mỹ và sự hài lòng cao.

Từ khóa: Khuyết sọ, tạo hình hộp sọ, ghép sọ, xương sọ tự thân.

Evaluation of the results of skull reconstruction surgery using autologous skull bone at Viet Tiep Friendship Hospital in 2023 - 2024

ABSTRACT: Objectives: Evaluation of the results of cranioplasty using autologous skull bone for patients with skull defect after craniotomy. **Subjects and methods:** Study on 74 patients diagnosed with skull defect and underwent cranioplasty using autologous skull bone. **Results:** The common age in the study was under 25 years old, male accounted for 75.7%, the main cause of craniotomy was traumatic brain injury. The rate of patients coming for skull grafting after 3-6 months was 70.1%. The most common postoperative complication was epilepsy with 8.0%, 2.7% of patients had infection, no patient died in the study. 81.1% of patients were assessed as successful after skull grafting. Most patients achieved aesthetic results and were satisfied with the surgical results. **Conclusions:** Patients who underwent surgery had good clinical improvement, few complications, high aesthetic results and satisfaction.

Keywords: Cranioplasty, skull grafting, autologous skull bone.

ĐẶT VẤN ĐỀ

Hộp sọ có chức năng bảo vệ não và có vai trò quan trọng về thẩm mỹ. Khuyết sọ là mất sự toàn vẹn của hộp sọ, có thể do nhiều nguyên

nhân, nhưng thường gặp sau phẫu thuật mở hộp sọ để can thiệp thương tổn bên trong do chấn thương hoặc các bệnh lý ngoại khoa của não. Phẫu thuật tạo hình hộp sọ nhằm tái tạo sự toàn vẹn hộp sọ để bảo vệ não, dự phòng

Bản quyền © 2025 Tạp chí Khoa học sức khỏe

và điều trị hội chứng khuyết sọ, khôi phục thẩm mỹ, sự tự tin, hoà nhập cuộc sống của bệnh nhân. Ở Việt Nam, tỷ lệ chấn thương sọ não do tai nạn giao thông thường ở mức rất cao, trong đó rất nhiều trường hợp phẫu thuật mở hộp sọ là người trẻ, đang ở độ tuổi lao động, do đó nhu cầu điều trị khuyết sọ ngày càng nhiều. Vật liệu và phương pháp phẫu thuật có vai trò quan trọng trong sự thành công tái tạo hộp sọ. Các nhà phẫu thuật thần kinh thường ưu tiên lựa chọn ghép tự thân mảnh xương sọ do có ưu điểm: sẵn có, rẻ tiền, tránh được sự đào thải mảnh ghép và sự lây nhiễm các bệnh...

Tại Việt Nam trong những năm gần đây, phương pháp tạo hình hộp sọ đã trở nên phổ biến tại các bệnh viện, tuy nhiên vấn đề này chưa được quan tâm nghiên cứu nhiều. Để đánh giá kết quả điều trị phẫu thuật tạo hình hộp sọ bằng xương sọ tự thân trong giai đoạn hiện nay, góp phần vào công tác chăm sóc sức khỏe cộng đồng, chúng tôi thực hiện đề tài “Đánh giá kết quả phẫu thuật tạo hình hộp sọ bằng xương sọ tự thân tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Tiệp năm 2023-2024” với hai mục tiêu sau:

1. Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh nhân khuyết sọ được phẫu thuật tạo hình hộp sọ bằng xương sọ tự thân tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Tiệp năm 2023-2024
2. Đánh giá kết quả phẫu thuật tạo hình hộp sọ bằng xương sọ tự thân ở nhóm bệnh nhân trên.

PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu

Gồm 74 bệnh nhân khuyết sọ, được phẫu thuật tạo hình hộp sọ bằng xương sọ tự thân

tại khoa Phẫu thuật sọ não cột sống, Bệnh viện Hữu nghị Việt Tiệp.

Thời gian nghiên cứu: từ tháng 01/2023 đến tháng 12/2024.

Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân

- Bệnh nhân được chẩn đoán là khuyết sọ, được phẫu thuật tạo hình hộp sọ bằng xương sọ tự thân tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Tiệp năm 2023-2024

- BN đồng ý tham gia nghiên cứu.

- Hồ sơ bệnh án đầy đủ các tiêu chuẩn nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ

- Bệnh nhân được phẫu thuật ghép sọ bằng vật liệu nhân tạo

- Không có hồ sơ nghiên cứu hoặc đầy đủ chỉ tiêu nghiên cứu

- BN không đồng ý tham gia nghiên cứu

- Bệnh nhân không kiểm tra và tái khám đầy đủ theo hẹn.

Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu hồi cứu kết hợp tiến cứu, mô tả loạt ca bệnh có can thiệp lâm sàng, không nhóm chứng.

Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu

Chọn mẫu thuận tiện, tất cả NB đủ tiêu chuẩn đều được đưa vào nghiên cứu.

Xử lý số liệu

- Phân tích số liệu dựa vào phần mềm thống kê y học SPSS 26.0

- Đối với các biến định lượng: Tính các giá trị trung bình (), độ lệch chuẩn (SD), giá trị lớn nhất (Max), giá trị nhỏ nhất (Min).

- Đối với các biến định tính: Tính các tỷ lệ phần trăm, so sánh sự thay đổi các triệu chứng trước và sau mổ với test χ^2 , T-test. Sự khác biệt có ý nghĩa khi $p \leq 0,05$.

KẾT QUẢ

Đặc điểm chung của nhóm nghiên cứu

Bảng 1. Đặc điểm chung của nhóm nghiên cứu

	Số lượng (n)	Tỷ lệ %	Tổng
Độ tuổi	<25	37	50,0%
			X ±SD

	25 – 60	26	35,2%	45,9 ± 16,2
	>60	11	14,8%	
Giới tính	Nam	56	75,7%	74
	Nữ	18	24,3%	
Lý do phẫu thuật mở nắp sọ	Chấn thương sọ não	58	78,4%	74
	Tai biến mạch não	12	16,2%	
	U não	4	5,4%	

Bệnh nhân trong nghiên cứu có độ tuổi trung bình 45,9 ± 16,2; bệnh nhân có tuổi cao nhất là 68 tuổi, thấp nhất là 17 tuổi, nhóm tuổi <25 chiếm tỉ lệ cao nhất với 50,0%, nhóm trên 60 tuổi chiếm tỉ lệ thấp nhất với 14,8%.

Nhóm bệnh nhân nam chiếm tỷ lệ 75,7% và bệnh nhân nữ chiếm tỷ lệ 24,3%.

Trong các nguyên nhân khiến người bệnh phải phẫu thuật mở nắp sọ thì chấn thương sọ não chiếm tỷ lệ cao nhất với 78,4%.

Triệu chứng lâm sàng

Bảng 2. Triệu chứng lâm sàng

	Triệu chứng	Số lượng NB	Tỷ lệ %
Các triệu chứng LS	Bình thường	38	51,4%
	Đau đầu	18	24,3%
	Co giật	6	8,1%
	Giảm trí nhớ	5	6,8%
	Dễ bị kích động	3	4,1%
	Triệu chứng khác	4	5,3%
Thời gian sau PT mở sọ đến khi PT ghép sọ	< 3 tháng	15	20,3%
	3 – 6 tháng	52	70,1%
	> 6 tháng	7	9,6%

Trong nhóm nghiên cứu, phần lớn bệnh nhân đến ghép sọ theo lịch hẹn, không có các triệu chứng bất thường (51,4%), có 24,3% BN có triệu chứng đau đầu, các triệu chứng khác dao động từ 4,1 – 8,1%.

Nhóm có thời gian ghép sọ từ 3-6 tháng sau mổ chiếm tỷ lệ cao nhất với 70,1%, chỉ có 9,6% BN đến ghép muộn sau 6 tháng.

Đặc điểm hình ảnh CLVT sọ não

Bảng 3. Đặc điểm hình ảnh CLVT sọ não của BN khuyết sọ

	Đặc điểm	Số lượng	Tỷ lệ
Vị trí khuyết sọ	Bán cầu	62	83,7%
	Trán	8	10,8%
	Chẩm	4	5,4%
	Vị trí khác	0	0
Diện tích khuyết sọ	Dưới 20 cm ²	5	6,8%

20 - 100 cm ²	47	63,5%
Trên 100 cm ²	22	29,7%

Vị trí khuyết sọ chủ yếu ở vùng bán cầu chiếm 83,7%, diện tích ổ khuyết từ 20 - 100 cm² chiếm tỷ lệ cao nhất với 63,5%.

Đánh giá kết quả phẫu thuật

Bảng 4. Kết quả phẫu thuật

		Số lượng (n)	Tỷ lệ %
Trong phẫu thuật	Chọc dịch não tủy	9	12,2%
Sau phẫu thuật	Thời gian nằm viện	9,53 ± 2,25 ngày	
Biến chứng	Không	64	86,5%
	Nhiễm trùng	2	2,7%
	Máu tụ mô lại	1	1,4%
	Giãn não thất	1	1,4%
	Động kinh	6	8,0%
	Tử vong	0	0%

Trong phẫu thuật, có 12,2% BN có giãn não thất, thoát vị não phải tiến hành chọc hút dịch não tủy để làm xẹp não trước khi đặt lại mảnh ghép. Thời gian nằm viện trung bình là 9,53 ± 2,25 ngày. Biến chứng sau mổ hay gặp nhất là động kinh với 8,0%, có 2,7% BN bị nhiễm trùng, không có BN nào tử vong trong nghiên cứu.

Bảng 5. Đánh giá liền xương sau phẫu thuật ghép sọ

Đánh giá	Đặc điểm hình ảnh	Số lượng BN
Thành công hoàn toàn	Có sự liền xương ở bờ trước diện cắt và không có bằng chứng về sự tiêu xương	38 (51,4%)
Thành công một phần	Không có sự dính liền ở bờ cắt sọ nhưng có bằng chứng tối thiểu về sự tiêu xương	22 (29,7%)
Hài lòng	Một số tái hấp thu nhưng bảo vệ não là thỏa đáng	8 (10,8%)
Thất bại một phần	Ăn mòn qua cả bản xương sọ hoặc có những khoảng trống đáng kể trong hộp sọ dẫn đến khả năng bảo vệ não bị ảnh hưởng	4 (5,4%)
Thất bại hoàn toàn	Mất khả năng bảo vệ não, phải phẫu thuật lại	2 (2,7%)

Trong nhóm nghiên cứu có 81,1% bệnh nhân được đánh giá là thành công sau ghép sọ. Nhóm thất bại chiếm 9,1%.

Bảng 6. Kết quả thẩm mỹ và sự hài lòng của người bệnh sau ghép sọ tự thân

		Số lượng (n)	Tỷ lệ %
Kết quả thẩm mỹ	Tốt	13	17,7%
	Đạt	55	74,3%
	Không đạt	6	8,0%
Mức độ hài lòng	Rất hài lòng	15	20,3%
	Hài lòng	50	67,6%
	Không hài lòng	9	12,1%

Đánh giá kết quả thẩm mỹ sau mổ, nhóm có kết quả đạt và tốt chiếm tỷ lệ cao với 74,3% và 17,7%. Có 67,6% BN hài lòng với kết quả phẫu thuật, nhóm không hài lòng chiếm 12,1%.

BÀN LUẬN

Đặc điểm chung và triệu chứng lâm sàng của bệnh nhân ghép sọ

Bệnh nhân trong nghiên cứu có độ tuổi trung bình $45,9 \pm 16,2$; bệnh nhân có tuổi cao nhất là 68 tuổi, thấp nhất là 17 tuổi, nhóm tuổi <25 chiếm tỉ lệ cao nhất với 50,0%, nhóm trên 60 tuổi chiếm tỉ lệ thấp nhất với 14,8%. Nhóm bệnh nhân nam chiếm tỷ lệ 75,7% và bệnh nhân nữ chiếm tỷ lệ 24,3%.

Trong các nguyên nhân khiến người bệnh phải phẫu thuật mở nắp sọ thì chấn thương sọ não chiếm tỷ lệ cao nhất với 78,4%. Trong nghiên cứu của chúng tôi, nhóm BN nhỏ hơn 25 tuổi hay gặp chấn thương sọ não do tai nạn giao thông, khi chấn thương tổn thương thường nặng và phối hợp nhiều dạng tổn thương não nên phải phẫu thuật mở nắp sọ và không ghép lại sọ ngay, bên cạnh đó nhóm tai nạn cũng hay gặp ở nam giới có sử dụng rượu khi tham gia giao thông, điều này cũng phù hợp với các nghiên cứu trong nước khác. Ở nhóm bệnh nhân trên 60 tuổi, nguyên nhân phải phẫu thuật chủ yếu do xuất huyết não, sau khi phẫu thuật lấy máu tụ não phù nhiều nếu đặt lại mảnh ghép xương sọ sẽ gây phù não, tăng áp lực nội sọ nên việc không ghép lại xương sọ ngay là cần thiết, tuy nhiên tỷ lệ nhóm này trong nghiên cứu của chúng tôi chiếm tỷ lệ thấp hơn nhóm chấn thương.

Về triệu chứng lâm sàng, phần lớn bệnh nhân đến ghép sọ theo lịch hẹn, không có các triệu chứng bất thường (51,4%), có 24,3% BN có triệu chứng đau đầu, các triệu chứng khác dao động từ 4,1 – 8,1%. Các bệnh nhân sau mổ mở nắp sọ thường sẽ đến ghép sọ theo hẹn sau 3-6 tháng nên hầu hết sẽ không còn các triệu chứng bất thường, một số bệnh nhân có hội chứng ổ khuyết. Trước khi phẫu thuật ghép sọ, BN sẽ được thăm khám, và chụp lại phim CLVT sọ não đánh giá, toàn trạng và tại chỗ cho phép mới tiến hành phẫu thuật đặt lại mảnh ghép xương sọ. Có 8,1% bệnh nhân xuất hiện co giật trước mổ, đây là những bệnh

nhân trước mổ có tổn thương não nặng, thời gian nằm điều trị hồi sức lâu và khi ra viện không tuân thủ điều trị kháng động kinh.

Cho đến thời điểm hiện tại, hầu hết các nghiên cứu đều đồng ý rằng nên phẫu thuật tạo hình hộp sọ trong khoảng thời gian từ 3 đến 6 tháng sau phẫu thuật lần đầu, tuy nhiên vẫn còn gây tranh cãi. Tuy nhiên, nghiên cứu của Mukherjee và cộng sự (2014), các tác giả kết luận rằng những bệnh nhân được phẫu thuật tạo hình hộp sọ trong khoảng từ 4 – 8 tháng cho kết quả tỷ lệ biến chứng thấp hơn. Các nghiên cứu khác đã chỉ ra rằng phẫu thuật tạo hình hộp sọ sớm trước 3 tháng có liên quan đến biến chứng giãn não thất, ngoài ra không có sự khác biệt đáng kể giữa các biến chứng khác, kể cả nhiễm trùng, phẫu thuật tạo hình hộp sọ trong khoảng từ 3 đến 6 tháng cho tỷ lệ biến chứng thấp nhất, giảm tỷ lệ giãn não thất và cho kết quả tốt hơn về hồi phục ý thức của bệnh nhân.

Theo các nhà lâm sàng, thời điểm từ khi mở sọ đến khi ghép lại có thể khác nhau tùy thuộc tình trạng và điều kiện của bệnh nhân. Thường là khi bệnh nhân ở giai đoạn đã ổn định về tổn thương não sau mổ can thiệp hộp sọ lần 1 và tình trạng toàn thân tốt, không có bệnh toàn thân chống chỉ định cho việc ghép sọ...Do vậy, thời gian bảo quản lạnh sâu mảnh xương sọ thường là 3 – 6 tháng là có thể ghép lại; một số trường hợp có thể ghép sớm hơn khi có đủ điều kiện ghép lại với những trường hợp bệnh nhân có biến chứng nhiễm trùng, tình trạng toàn thân nặng thường phải chờ sau 6 tháng, thậm chí hàng năm mới có thể ghép sọ.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, phần lớn bệnh nhân đến ghép sọ lại trong khoảng thời gian từ 3-6 tháng sau phẫu thuật lần 1, chiếm tỷ lệ 70,1%, chỉ có 9,6% BN đến ghép muộn sau 6 tháng, đây là những bệnh nhân có thể trạng kém, phải nằm hồi sức sau mổ lâu điều kiện toàn thân chưa cho phép ghép sọ lại ngay ở thời điểm khám lại sau mổ 3 tháng. Các

nghiên cứu trong nước và trên thế giới cho thấy, nếu ghép sọ sớm trước 3 tháng, lúc này các tổ chức liên kết đang hình thành, tái tạo lại các mô, tăng sinh mạch máu khi phẫu thuật sẽ gây chảy máu nhiều, còn nếu phẫu thuật sau 6 tháng, khi bóc tách các mô sẽ khó khăn hơn, tăng nguy cơ rách màng cứng, làm tổn thương nhu mô não bên dưới và rò dịch não tủy. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng tương tự kết quả của tác giả Nguyễn Kim Chung (2000), Nguyễn Công Tô và cộng sự (2009).

Hình ảnh cắt lớp vi tính sọ não

Các bệnh nhân trong nghiên cứu sẽ được chụp phim cắt lớp vi tính sọ não đánh giá trước mổ. Trong nghiên cứu của chúng tôi, vị trí khuyết mảnh xương sọ thường gặp là ở vùng bán cầu với 83,7%, vùng trán chiếm 10,8%, vùng chẩm là 5,4%. Những vùng này đều liên quan đến thâm mỹ, đặc biệt là vùng trán. Trong nghiên cứu này, tần suất gặp khuyết xương sọ ở các vùng này tương đương kết quả đã được công bố của các tác giả Trần Thanh Bảo (2007) và Nguyễn Công Tô và cộng sự (2009). Đây là những vị trí thường gặp tổn thương sau tai nạn giao thông, một phần do tổn thương và cũng là do đường phẫu thuật vào hộp sọ thường phải mở đủ rộng để có thể can thiệp tổn thương.

Kích thước các mảnh xương sọ cũng ảnh hưởng đến quá trình liền xương. Trong nghiên cứu của chúng tôi chỉ có 05 trường hợp mảnh xương sọ có kích thước dưới 20cm² đây là những trường hợp phẫu thuật u não, chúng tôi chỉ mở xương phù hợp với vị trí và kích thước u. Kích thước mảnh xương là 20 – 100 cm² chiếm tỷ lệ cao nhất 63,5%. Tỷ lệ các trường hợp bệnh nhân có mảnh xương sọ lớn trên 100 cm² là 29,7%. Khi phẫu thuật mở nắp sọ giảm áp trong chấn thương hoặc tai biến, hầu hết các tác giả khuyến cáo nên mở sọ diện tích tương đương 100 cm² mới có hiệu quả giảm áp. Nghiên cứu của Schoekler B và cộng sự (2014) cũng

thấy kích thước mảnh xương lớn nhất trên 100cm², tuy nhiên các tác giả cũng cho rằng kích thước mảnh xương lớn có thể làm tăng khả năng tiêu xương.

Đánh giá kết quả phẫu thuật

Trong phẫu thuật, có 12,2% BN có giãn não thất, thoát vị não phải tiến hành chọc hút dịch não tủy để làm xẹp não trước khi đặt lại mảnh ghép. Thời gian nằm viện trung bình là 9,53 ± 2,25 ngày. Biến chứng sau mổ hay gặp nhất là động kinh với 8,0%, có 2,7% BN bị nhiễm trùng, không có BN nào tử vong trong nghiên cứu.

Theo nhiều nghiên cứu, biến chứng sau phẫu thuật tạo hình hộp sọ có tỷ lệ dao động từ 28% đến 55%. Theo nghiên cứu của Mukherjee và cộng sự (2014): Tỷ lệ biến chứng chung là 28%, trong đó biến chứng thường gặp nhất là nhiễm trùng gặp ở 8,6% bệnh nhân. Các biến chứng thường gặp khác là tụ máu ngoài màng cứng, tụ máu dưới màng cứng, phù não và co giật. Nghiên cứu của Kwiecien và cộng sự (2019), tỷ lệ biến chứng chung là 44,7%. Trong đó, một số biến chứng có thể gặp như nhiễm trùng (9,2%), động kinh (5,4%), giãn não thất (4,6%) hoặc viêm màng não (0,8%). Trong nghiên cứu của chúng tôi có 02 bệnh nhân (2,7%) có biến chứng nhiễm trùng vết mổ. Bệnh nhân biểu hiện lúc đầu là một điểm nhỏ chảy mủ ở mép da vết mổ, mặc dù đã được điều trị kháng sinh và kháng viêm toàn thân, kết hợp sát khuẩn cắt lọc vùng viêm, nhưng bệnh nhân có biểu hiện nhiễm trùng tại chỗ tăng dần, sau đó phải phẫu thuật tháo bỏ mảnh xương sọ. Bệnh nhân thứ 2 có biểu hiện điểm chảy dịch trên da, bệnh nhân được nhập viện, cấy dịch ra tụ cầu và điều trị theo kháng sinh đồ, kết quả ổn định sau 4 tuần.

Tỷ lệ biến chứng này rất khác nhau, theo nhiều nghiên cứu, dao động từ 5% đến 26,4%. Thời gian xuất hiện biến chứng từ vài ngày đến vài tháng sau phẫu thuật. Các nghiên cứu trước đây chỉ ra không có mối liên quan cụ thể nào giữa các yếu tố với tỷ lệ

niêm trùng. Không tìm thấy mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa thời điểm phẫu thuật tạo hình khuyết sọ với nhiễm trùng khi so sánh giữa hai mốc thời gian là trước 3 tháng vào sau 3 tháng, mặc dù tỷ lệ nhiễm trùng cao hơn đáng kể nếu được phẫu thuật rất sớm trong vòng 14 ngày.

Tỷ lệ tiêu xương sọ trong các nghiên cứu dao động từ 4 đến 50%. Trong nghiên cứu của chúng tôi tỷ lệ tiêu xương sọ hoàn toàn là 2,7%. Sở dĩ có sự khác nhau giữa các nghiên cứu phụ thuộc vào cách xác định mức độ tiêu xương sọ, cũng như thời điểm đánh giá sau phẫu thuật. Có 81,1% bệnh nhân được đánh giá là thành công sau ghép sọ, chúng tôi chụp lại phim CLVT sọ não sau mổ 3 tháng cho thấy có sự liền xương và hiệu quả che phủ, bảo vệ não tốt.

Thẩm mỹ là một trong những lý do các bệnh nhân khuyết sọ mong muốn được phẫu thuật để tái tạo hộp sọ. Theo các tiêu chí hình thái đánh giá về thẩm mỹ trong nghiên cứu của chúng tôi, kết quả ở bảng 6 cho thấy có 74,3% trường hợp đạt và 8,0% không đạt yêu cầu. Kết quả này cũng tương tự như kết quả của Iwama T, Yamada J và cộng sự (2003), kết quả của nhóm tác giả Goiato MC, Anchieta RB và cộng sự (2009). Khuyết sọ sẽ làm cho người bệnh mất sự tự tin, làm hộp sọ biến dạng, mất cấu trúc ban đầu, sau phẫu thuật tạo hình hộp sọ sẽ khôi phục lại hình dạng ban đầu của hộp sọ, phần lớn bệnh nhân hài lòng về kết quả sau ghép. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ bệnh nhân hài lòng và rất hài lòng với kết quả tái tạo hộp sọ là 87,9%, có 9 bệnh nhân không hài lòng với tỷ lệ 12,1%. Đây là những bệnh nhân trẻ tuổi, sau chấn thương cấu trúc da đầu tổn thương phức tạp, khuyết sọ rộng và một số bệnh nhân có biểu hiện viêm xương.

Quá trình nghiên cứu có 6 bệnh nhân (8,1%) sau ghép tự thân mảnh xương sọ tự thân đã phải phẫu thuật thay mảnh xương bằng mảnh ghép titan do có hiện tượng tiêu xương, thẩm

mỹ không đạt, đây là những bệnh nhân còn trẻ tuổi nên không tự tin và không hài lòng với kết quả sau phẫu thuật ghép tự thân mảnh xương sọ tự thân. Mặc dù tỷ lệ thay thế vật liệu khác này không cao nhưng điều đó cũng thêm một lần nữa khẳng định thẩm mỹ cũng là một trong những chỉ định quan trọng trong việc điều trị khuyết sọ của các bác sĩ lâm sàng, đó cũng là động lực quyết định phẫu thuật của bệnh nhân để hướng tới chất lượng cuộc sống, tuy nhiên để đánh giá hiệu quả và thời gian liền xương sau phẫu thuật ghép sọ tự thân cần có thời gian theo dõi dài hơn.

KẾT LUẬN

Phẫu thuật tạo hình hộp sọ bằng xương sọ tự thân là một phẫu thuật giúp tái tạo lại cấu trúc hộp sọ, tăng hiệu quả bảo vệ và thẩm mỹ, đem lại sự tự tin cho người bệnh, giúp bệnh nhân có thể hòa nhập lại cuộc sống và sinh hoạt bình thường. Nhóm bệnh nhân trong nghiên cứu chủ yếu là người trẻ với các chấn thương sọ não mức độ nặng, có thể để lại nhiều di chứng, ảnh hưởng trực tiếp đến chất lượng cuộc sống của người bệnh. Phẫu thuật gặp ít các biến chứng, không có các biến chứng nặng, tuy nhiên biến chứng tiêu xương sau phẫu thuật vẫn gặp và cần có thời gian theo dõi dài hơn để đánh giá.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Chim H, Gosain AK (2009), Biomaterials in craniofacial surgery: experimental studies and clinical application, *J Craniofac Surg*, Jan; 20(1):29-33.
2. Humber CC, Sondor GK, Davis GM et al (2010), Bone healing with an in situ-formed bioresorbable polyethylene glycol hydrogel membrane in rabbit calvarial defects, *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod*, Mar;109(3):372-84.
3. Clune JE, Mulliken JB, et al (2011), Autologous cranial particulate bone graft: an experimental study of onlay

- cranioplasty. *J Craniofac Surg*, 22 (1): 319-23.
4. Sauvigny T, Giese H, Höhne J, et al (2021), A multicenter cohort study of early complications after cranioplasty: results of the German Cranial Reconstruction Registry, *J Neurosurg*, 137(2):591-598.
 5. Kwiecien GJ, Rueda S, Couto RA, et al (2018), Long-term Outcomes of Cranioplasty: Titanium Mesh Is Not a Long-term Solution in High-risk Patients. *Ann Plast Surg*, 81(4):416-422
 6. Quách Thị Yên, Ngô Duy Thìn (2012), “Đặc điểm hình thái các mảnh xương sọ bảo quản lạnh sâu tại labo bảo quản mô ĐH Y HN từ 2002 đến 2010 – liên quan giữa tình trạng mảnh xương và khả năng nhiễm khuẩn”, *Tạp chí NCYH – 80 PT-số 3C*, tr 228-233.
 7. Bùi Thị Thanh Thủy (2015), “Đánh giá hiệu quả của phương pháp ghép tự thân mảnh xương sọ bảo quản lạnh sâu trên thực nghiệm và ở người”, *Luận án Tiến sĩ Y học*, Trường Đại học Y Hà Nội.
 8. Nguyễn Công Tô, Nguyễn Đình Hưng, Quách Văn Kiên (2009), “Phẫu thuật tạo hình khuyết vòm sọ lớn sau mổ giải phóng chèn ép não do chấn thương bằng xương sọ tự thân bảo quản lạnh sâu”, *Tạp chí Y học thực hành*, 686, số 11, tr 43-47.
 9. Nguyễn Ngọc Bá và cộng sự (2004), “Nghiên cứu ứng dụng phẫu thuật tạo hình khuyết vòm sọ bằng xương tự thân”, *Hội nghị tổng kết 10 năm chấn thương thần kinh*, Hội phẫu thuật thần kinh Việt Nam, tr 86 -87.
 10. Nguyễn Việt Đức, Dương Trung Kiên và cộng sự (2023), “Đánh giá kết quả tạo hình hộp sọ bằng xương tự thân so với tạo hình hộp sọ bằng 3D Titanium tại Bệnh viện Xanh Pôn”, *Tạp chí Y Học Việt Nam*, 532, tháng 11, số chuyên đề, tr 161-168.