

Sách chuyên ngữ lưu hành nội bộ

# THỰC HÀNH NHA CHU THẨM MỸ

Biên tập:

**Giáo sư Bác sĩ Serge Dibart**

+ Trưởng khoa, phụ trách chương trình đào tạo sau đại học, khoa Nha chu và Sinh học miệng. Trường Y – Đại học Boston. Boston, Massachusetts, Hoa kỳ

Biên dịch: **Nhóm dịch E-bacsy.com**





Cuốn sách: “ **Thực hành phẫu thuật thẩm mỹ Nha Chu**” được chuyển ngữ từ tiếng Anh sang tiếng Việt từ cuốn “**Practical Periodontal Plastic Surgery**” của nhóm tác giả **Giáo sư Bác sĩ SERGE DIBART** cùng cộng sự - bởi nhóm dịch E-bacsy.

Đây là cuốn sách đầu tiên nằm trong nhóm dự án “**Thư viện sách Nha Khoa Tiếng Việt**” của nhóm. Bản quyền cuốn sách thuộc về nhà xuất bản WILEY Backwell và bản quyền dịch thuộc về nhóm E-bacsy.

Với mục tiêu giới thiệu những cuốn sách nha khoa nổi tiếng trên thế giới, vừa đảm bảo nội hàm kiến thức chuyên môn cao vừa có giá trị áp dụng trên lâm sàng, chúng tôi đã nỗ lực hết mình trong quá trình tìm kiếm, lựa chọn đầu sách, đồng thời chuyển ngữ bám sát nội dung sách gốc với cách diễn đạt dễ hiểu nhất. Tuy vậy bản chuyển ngữ cũng không tránh khỏi sai sót trong quá trình biên soạn. Rất mong nhận được ý kiến đóng góp từ độc giả và quý đồng nghiệp để nhóm tiếp tục hoàn thiện hơn trong những lần sau và trong những tác phẩm sắp tới.

Mọi ý kiến đóng góp xin gửi vào địa chỉ mail: [ducta.bic@gmail.com](mailto:ducta.bic@gmail.com)

Fanpage: <https://www.facebook.com/yhocvn2/>

Website: [E-bacsy.com](http://E-bacsy.com)

Chân thành cảm ơn sự ủng hộ của quý đồng nghiệp



# PHỤ LỤC SÁCH

**Chương 1: Định nghĩa và mục tiêu của phẫu thuật tạo hình nha chu**  
Serge Dibart, Mamdouh Karima và Drew Czernick

**Chương 2: Quản lý trang thiết bị phẫu thuật, khâu, gây mê và hậu phẫu**  
Serge Dibart

**Chương 3: Giới thiệu về vi phẫu và huấn luyện kỹ năng**  
Ming Fang Su và Yu-Chuan Pan

**Chương 4: Vi phẫu nha chu**  
James Belcher

**Chương 5: Ghép nướu rời tự thân**  
Serge Dibart

**Chương 6: Ghép mô liên kết dưới biểu mô**  
Serge Dibart và Mamdouh Karima

**Chương 7: Ghép vạt tại chỗ có chân nuôi dưỡng: Vạt xoay, vạt gai nướu kép**  
Serge Dibart và Mamdouh Karima

**Chương 8: Mảnh ghép có chân nuôi dưỡng: Vạt trượt về phía cổ răng**  
Ronaldo B. Santana và Serge Dibart

**Chương 9: Đánh giá thẩm mỹ và hình thái học mô nha chu**  
Ronaldo B. Santana

**Chương 10: Dẫn xuất khung men: Emdogain**  
Ronaldo B. Santana và Serge Dibart

**Chương 11: Tái tạo mô có hướng dẫn**  
Serge Dibart

**Chương 12: Ghép mảnh khung da không tế bào (AlloDerm)**  
Serge Dibart

**Chương 13: Cắt thẳng môi đơn thuần hoặc có kết hợp với ghép nướu rời**  
Serge Dibart và Mamdouh Karima

**Chương 14: Làm đầy sống hàm tiền phục hình: mô cứng và mềm**  
Serge Dibart và Luigi Montesani

**Chương 15: Bộ lộ răng hàm trên ngàm trong điều trị chỉnh nha**  
Serge Dibart và Lorenzo Montesani

**Chương 16: Kiểm soát mô mềm quanh implant**  
Đ.M. Diego

**Chương 17: Cải thiện nụ cười: làm dài thân răng thẩm mỹ**  
Serge Dibart

**Chương 18: Giới thiệu về thẩm mỹ mặt xâm lấn tối thiểu**  
Bradford Towne

**Chương 19: Tiêu chí lựa chọn**  
Serge Dibart và Mamdouh Karima



## Chương 1

# Định nghĩa và mục tiêu của phẫu thuật tạo hình nha chu

Serge Dibart, Mamdouh Karima và Drew Czernick

Phẫu thuật tạo hình nha chu được thực hiện để ngăn ngừa hay chỉnh sửa những khiếm khuyết của nướu, niêm mạc xương và xương ổ răng về cấu trúc giải phẫu, do phát triển, chấn thương hay bệnh lý gây ra bởi mảng bám (Hiệp hội nha chu Hoa Kỳ 1996).

### THÀNH CÔNG CỦA LIỆU PHÁP

Liệu pháp điều trị của tất cả các loại phẫu thuật nha chu được xem là thành công khi nó mang lại kết quả thoả mãn cả về cấu trúc bên trong lẫn thẩm mỹ bên ngoài. Điều trị khiếm khuyết niêm mạc-nướu đòi hỏi quá trình làm tăng thể tích nướu giải quyết cả chức năng và thẩm mỹ cho bệnh nhân (Hiệp hội nha chu Hoa Kỳ 2015).

### CHỈ ĐỊNH

#### Phẫu thuật làm tăng thể tích nướu

Kỹ thuật này được sử dụng để ngăn chặn sự tụt nướu do viêm nha chu, mòn cổ răng do chải răng, tụt nướu xảy ra tự nhiên hoặc do chỉnh nha gây ra sự tiêu xương ổ răng. Phẫu thuật này giúp tạo điều kiện kiểm soát mảng bám quanh răng, quanh implant (Schrott và cộng sự 2009; Lin và cộng sự 2013) hoặc kết hợp với việc phục

hình răng cố định từng phần (Nevins 1986; Jemt và cộng sự 1994).

#### Phẫu thuật che phủ mặt chân răng

Sự di chuyển của bờ nướu viền xuống dưới đường nối men-xê măng làm lộ bề mặt chân răng được gọi là sự tụt nướu, điều này có thể xảy ra ở tất cả các mặt chân răng, mặc dù thường thấy nhiều nhất ở mặt ngoài (Murtomaa et al. 1987). Tụt nướu có liên quan đến chấn thương do đánh răng, bệnh nha chu, răng mọc lệch lạc, tiêu xương ổ răng, cơ bám cao, sự co kéo của dây thừng hoặc do hậu quả của việc điều trị nha khoa (Wennstrom 1996). Tụt nướu có thể được phân thành bốn loại dựa trên tỷ lệ thành công dự kiến của phẫu thuật che phủ mặt gốc răng (Miller 1985):

Loại I: Tụt nướu không vượt quá đường nối niêm mạc- nướu, xương ổ răng vùng kẽ răng bình thường. Có thể che phủ hoàn toàn mặt chân răng.

Loại II: Tụt nướu vượt quá đường nối niêm mạc- nướu, xương ổ răng vùng kẽ răng bình thường. Sự che phủ hoàn toàn mặt chân răng có thể thực hiện được.

Loại III: Tụt nướu tới hay vượt quá đường nối niêm mạc- nướu; có mất xương ổ răng vùng kẽ răng theo

chiều ngang, có thể che phủ được một phần mặt chân răng.

Loại IV: Tụt nướu vượt quá đường nối niêm mạc- nướu, xương ổ răng vùng kẽ răng tiêu gần tới chóp. Không thể thực hiện phẫu thuật che phủ mặt chân răng.

Phẫu thuật che phủ mặt chân răng nhằm mục đích cải thiện thẩm mỹ, giảm ê buốt chân răng và kiểm soát sâu răng và tiêu ngót chân răng.

### **Phẫu thuật làm cao sống hàm vùng mất răng**

Đây là quá trình điều chỉnh chiều cao sống hàm bị tiêu sau mất răng (chấn thương mặt) hoặc khiếm khuyết trong quá trình phát triển (Allen et al. 1985; Hawkins và cộng sự 1991). Trong các trường hợp sống hàm thiếu gây ảnh hưởng chức năng và thẩm mỹ, phẫu thuật này được sử dụng để chuẩn bị phục hình cố định từng phần hoặc phục hình trên implant. Sự thiếu sống hàm có thể được phân thành 3 loại (Seibert 1993):

Loại I: Tiêu xương theo chiều ngoài trong, chiều cao sống hàm bình thường

Loại II: Tiêu xương theo chiều dọc, chiều rộng sống hàm bình thường

Loại III: Sống hàm bị tiêu xương ở cả chiều ngang và chiều dọc

### **Dây thăng bất thường**

Phẫu thuật cắt thăng được sử dụng để loại bỏ hoặc tái định vị thăng về phía chóp răng để đóng khe hở giữa răng cửa giữa hàm trên trong điều trị chỉnh nha. Nó cũng được sử dụng trong điều trị tụt nướu do sự co kéo của dây thăng (Edwards 1977).

### **Ngăn sự tiêu xương sống hàm sau nhổ răng**

Việc duy trì thể tích xương ổ răng bằng kỹ thuật ghép xương sau khi nhổ sẽ giúp giảm nguy cơ tiêu xương ổ và tạo điều kiện tốt cho việc đặt implant trong tương lai.

### **Làm dài thân răng**

Kỹ thuật này được sử dụng khi không có đủ mô răng (Yeh & Andreana 2004; Sharma và cộng sự 2012) hoặc để cải thiện thẩm mỹ (Bragger và cộng sự 1992; Garber & Salama 1996; Sonic 1997).

### **Phẫu thuật bộc lộ răng ngầm, kẹt**

Kỹ thuật này nhằm mục đích bộc lộ thân răng lâm sàng cho răng ngầm hay kẹt mà tiên lượng có thể đưa vào vị trí đúng trên cung răng bằng biện pháp chỉnh nha.

### **Mất gai nướu kẽ răng**

Không có kỹ thuật nào có thể giúp khôi phục một nhú nướu kẽ răng bị mất (Blatz et al. 1999; Kaushik et al. 2014). Cách tốt nhất là không được để mất nó ngay từ đầu.

## **CÁC YẾU TỐ ẢNH HƯỞNG ĐẾN KẾT QUẢ CÁC PHẪU THUẬT TẠO HÌNH NHA CHU**

### **Răng không đều**

Răng mọc lệch lạc là nguyên nhân chính gây ra tình trạng mất mô nướu mà muốn chỉnh sửa thì cần phải phẫu thuật nha chu. Việc làm đều răng cũng là một yếu tố quan trọng quyết định kết quả điều trị. Vị trí của bờ nướu, chiều rộng của nướu dính,

chiều cao và độ dày xương ổ răng, tất cả đều bị ảnh hưởng bởi việc sắp xếp răng.

Những răng bị nghiêng hoặc xoay về phía má có vách xương ổ phía má mỏng hơn và bờ xương nằm về phía chóp nhiều hơn so với răng kế cận. Nướu bị tụt, rồi chân răng bị lộ. Ở mặt lưỡi các răng này, nướu phồng lên và bờ xương gần đường nối men-xê mỏng hơn (Bowers 1963; Andlin-Soboki & Bodin 1993). Mức bám dính của nướu trên bề mặt gốc răng và chiều rộng của nướu dính sau phẫu thuật niêm mạc-nướu bị ảnh hưởng bởi sự sắp xếp răng nhiều bằng, hoặc nhiều hơn các vấn đề khác trong quá trình điều trị.

Chỉnh nha được chỉ định khi muốn thực hiện phẫu thuật niêm mạc nướu trên răng mọc lệch lạc để cố gắng làm tăng phần nướu dính hoặc để che phủ nướu lên vùng chân răng bị lộ. Nếu không thể làm chỉnh nha, răng bị nhô ra cần được mài vùng mô răng bị lồi ra, sao cho răng chỉ nằm trong khoảng bờ xương ổ, cần tránh gây tổn thương tuỷ khi mài.

Chân răng được phủ bằng vách xương quá mỏng gây bất lợi cho phẫu thuật niêm mạc - nướu. Ngay cả loại vạt đơn giản nhất (vạt dày bán phần) cũng tạo ra nguy cơ tiêu bề mặt màng xương (Hangorsky & Bissada 1980). Sự tiêu xương dù không đáng kể nhưng có thể gây giảm chiều cao xương ổ khi vách xương mỏng hay bờ xương ổ nhọn.

### **Thần kinh cảm**

Thần kinh cảm ra khỏi xương hàm dưới từ vị trí lỗ cảm, thường là

gần chóp chân răng cối nhỏ thứ nhất và thứ hai hàm dưới và thường chia thành ba nhánh. Một nhánh rẽ về phía trước và xuống dưới vào vùng da cảm. Hai nhánh kia đi về phía trước và lên trên để cung cấp cho da, niêm mạc môi dưới và niêm mạc xương ổ răng mặt ngoài.

Chấn thương dây thần kinh cảm có thể gây dị cảm khó chịu ở môi dưới, chậm phục hồi. Nắm được vị trí và đường đi của dây thần kinh này để tránh nguy cơ gây tổn thương nó.

### **Chỗ bám của cơ**

Vị trí bám cơ cao tạo sức căng, làm ảnh hưởng xấu tới phẫu thuật niêm mạc- nướu vì gây sự tụt nướu sau phẫu thuật tại góc hành lang, giảm cả chiều sâu và chiều rộng nướu dính.

### **Đường nối niêm mạc- nướu**

Thông thường, đường nối niêm mạc- nướu ở vùng răng cửa và răng nanh nằm cách mào xương ổ về phía chóp khoảng 3 mm trên bề mặt chân răng và 5 mm ở vùng kẽ răng (Strahan 1963). Những răng bị bệnh nha chu và răng không bị bệnh nha chu nhưng mọc sai vị trí, bờ xương ổ nằm gần chóp răng hơn và có khi thấp hơn đường nối niêm mạc- nướu.

Khoảng cách giữa đường nối niêm mạc-nướu và đường nối men-xê mỏng, trước và sau phẫu thuật nha chu, không nhất thiết là như nhau. Sau khi tình trạng viêm được loại bỏ, các mô có xu hướng cho cơ rút lại và kéo đường nối niêm mạc- nướu về phía thân răng (Donnenfeld & Glickman 1966).



## Chương 2

# Quản lý trang thiết bị phẫu thuật, khâu, gây tê và hậu phẫu

Serge Dibart

### **Trang thiết bị phẫu thuật**

#### **Bộ dụng cụ phẫu thuật cơ bản gồm:**

- Gương trong miệng
- Cây thăm dò đo túi nha chu (UNC 15; Hu-Friedy, Chicago, IL, USA)
- Kẹp gòn (DP2; Hu-Friedy)
- Cán dao mổ số 5 (Hu-Friedy) với lưỡi số 15 hoặc 15C
- Kẹp phẫu tích (TPKN; Hu-Friedy)
- Cây bóc tách màng xương 24G (Hu-Friedy)
- Cây bóc tách Prichard (PR-3; Hu-Friedy)
- Cây nạo Gracey 11/12 hoặc cây nạo Younger-Good phổ thông (Hu-Friedy)
- Cây đục nha chu Rhodes (Hu-Friedy)
- Kẹp giữ kim Castroviejo (Hu-Friedy)
- Kéo cong Goldman-Fox (Hu-Friedy)
- Chỉ khâu silk 5-0 với kim P-3
- Chỉ khâu chromic gut 5-0 với kim C-3
- Bột băng nha chu

#### **Bộ dụng cụ vi phẫu cơ bản có thêm các dụng cụ sau:**

- Kính lúp phóng to  $\times 4$  (hoặc cao hơn) thị trường rộng hoặc kính hiển vi phẫu thuật
  - Đèn pha phẫu thuật (tùy chọn)
- Cán dao mổ với lưỡi dao nhỏ cho vi phẫu (đầu tròn và góc lưỡi dao 2,5 mm)
- Kẹp giữ kim nhỏ Castroviejo
  - Kéo vi phẫu cong Castroviejo

- Kèm phẫu tích vi phẫu
- Chỉ khâu chromic gut 6-0 với kim C-1
- Chỉ khâu bọc vicryl 7-0 3/8 với kim 6,6 mm

#### **Chỉ khâu**

- Sử dụng chỉ khâu nhỏ nhất và ít phản ứng, vật liệu tương thích với vùng phẫu thuật (Halstead 1913).

### **Các loại chỉ khâu**

Hai loại chỉ khâu chính hiện có là loại không tiêu và tự tiêu. Các loại chỉ này được sử dụng tốt nhất với kim nhọn, xuyên qua niêm mạc nướu dễ dàng, không gây sang chấn, lý tưởng trong phẫu thuật tạo hình nha chu.

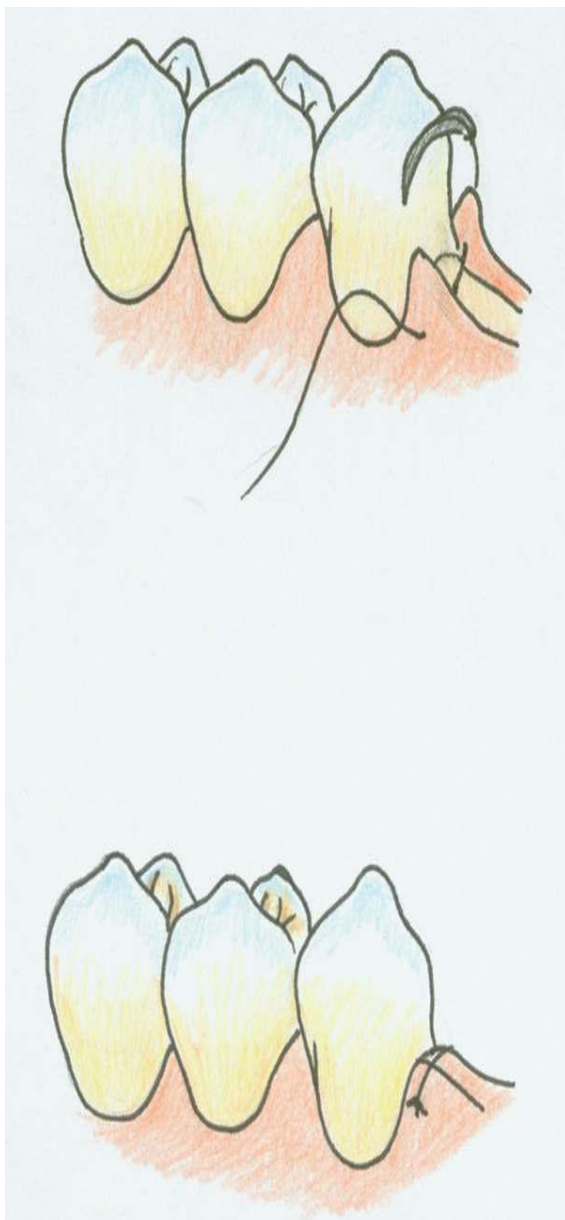
#### **Chỉ khâu không tiêu**

##### *Chỉ tơ silk (sợi bền)*

Chỉ tơ dễ sử dụng, trơn nên ít bị thắt gút. Tuy nhiên, nhược điểm là nó sẽ hấp thụ mảng bám nên có thể gây nhiễm trùng vết thương nếu giữ lâu hơn 1 tuần.

##### *Polyester ((Nylon Monofilament, Polytetrafluoroethylene)*

Chỉ khâu polyester có thể được giữ trong miệng lâu hơn, 2-3 tuần, ít nguy cơ nhiễm trùng. Điểm bất lợi là vật liệu này hay bị bung chỉ nếu không hết sức cẩn thận khi buộc nút.



Hình 2.1 Mũi khâu rời



Hình 2.2 Mũi khâu đệm ngang

### **Chỉ khâu tự tiêu**

#### **Chỉ khâu làm từ ruột động vật (chỉ gut)**

Chỉ gut có độ bền kéo thấp và được các enzyme trong cơ thể làm tiêu trong khoảng 5- 7 ngày. Loại chỉ này khó thắt hơn chỉ tơ, có thể bị bung, vì vậy cần chú ý không cắt đầu chỉ quá

ngắn. Chỉ gut cũng có thể gây kích ứng mô.

#### **Chỉ chromic gut**

Cũng là loại chỉ khâu làm từ ruột nhưng trong thành phần có thêm muối chromium, có độ bền kéo trung

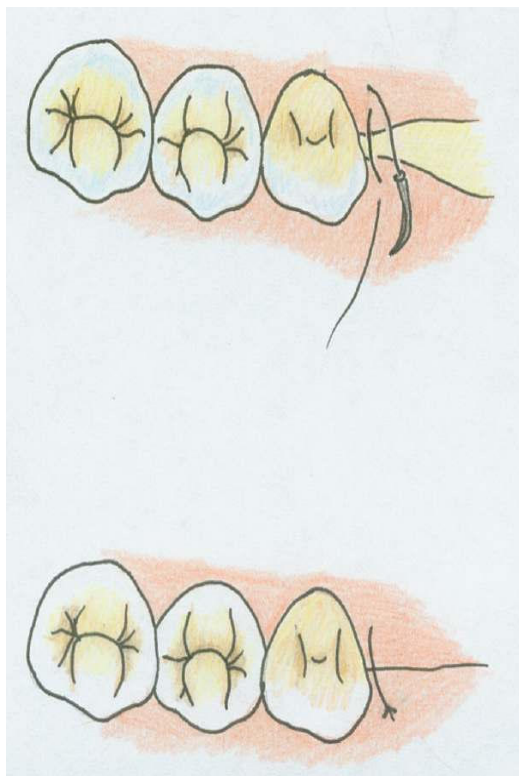
bình và tiêu trong 7-10 ngày. Chỉ khâu này thường được dùng trong lâm sàng hơn so với khâu gut.

#### **Chỉ axit polyglycolic (tổng hợp)**

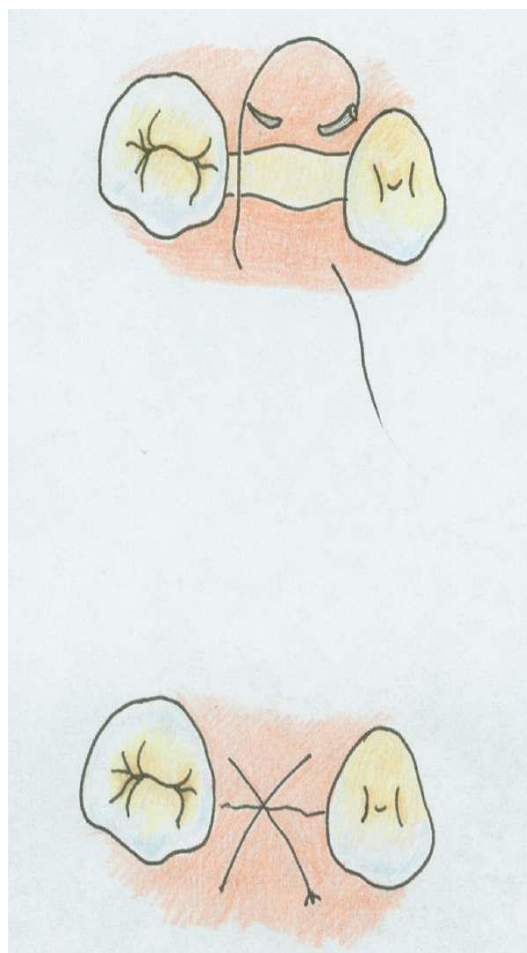
Chỉ khâu axit polyglycolic có độ bền kéo tốt, tiêu chậm (trong vòng 3 - 4 tuần trong môi trường miệng) và được phân hủy thông qua quá trình thủy phân chậm.

#### **Kích thước chỉ khâu**

Kích thước chỉ khâu thay đổi từ 1-0 đến 10-0, 10-0 là mỏng nhất. Kích thước phổ biến nhất được sử dụng cho phẫu thuật tạo hình nha chu là 5-0 và kích thước phổ biến nhất được sử dụng cho phẫu thuật vi phẫu nha chu là 6-0, 7-0 và 8-0.



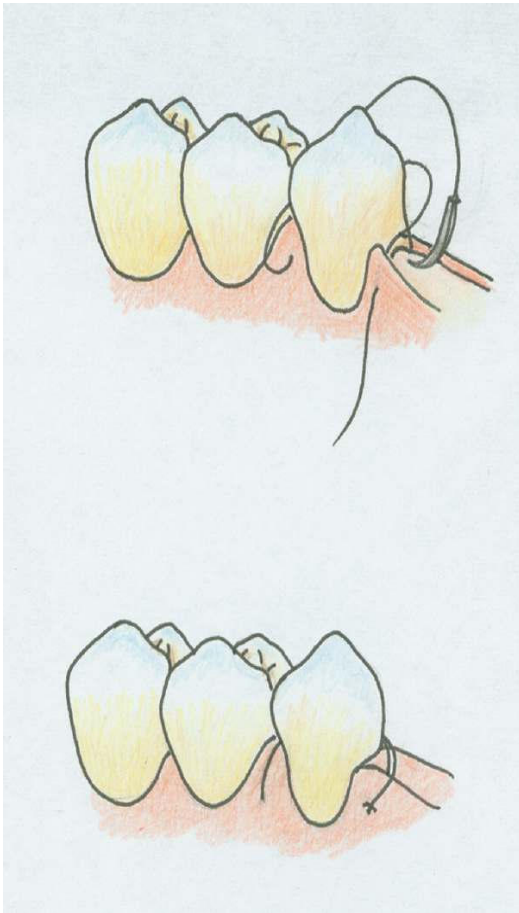
Hình 2.3 Khâu đệm dọc



Hình 2.4 Khâu chéo

#### **Chỉ cyanoacrylates (Dạng Butyl và Isobutyl)**

Chỉ khâu Cyanoacrylate đã được sử dụng để đóng vết thương từ giữa những năm 1960. Chỉ cyanoacrylates có thể gắn kết các mô lại với nhau và tiêu trong 4 - 7 ngày (McGraw & Cafflie 1978). Không nên sử dụng chỉ khâu này một mình để bảo đảm đóng vết thương, nhưng có thể sử dụng như một công cụ hỗ trợ.



Hình 2.5 Khâu treo

### **Kỹ thuật**

Khâu rời đơn giản (Hình 2.1)

Khâu đệm ngang (Hình 2.2)

Khâu đệm dọc (Hình 2.3)

Khâu chéo (Hình 2.4)

Khâu treo (Hình 2.5)

### **GÂY TÊ**

Trong hầu hết các trường hợp, gây tê tại chỗ hiệu quả cho phép thực hiện tốt các đường cắt mô mềm và mài xương nhẹ. Gây tê vùng có thể làm giảm số lần đâm kim, nhưng gây tê tại chỗ sẽ giúp đạt được độ cứng của mô và cầm máu, rất hữu ích khi tiến hành

phẫu thuật.

Hình 2.3 Mũi khâu đệm dọc

hình 2.4 Mũi khâu chéo

### **Trang thiết bị cần thiết**

- 10 ml chlorhexidine gluconate 0.12
- Thuốc tê bôi và dầu bôi
- Ống tiêm gây tê
- Kim kích thước 30-gauge
- Lidocaine hydrochloride (HCl) với 1 / 100.000 epinephrine
- Lidocaine HCl với 1 / 50.000 epinephrine (chỉ để kiểm soát chảy máu)

### **Kỹ thuật gây tê**

Sau khi bệnh nhân súc miệng với 10 ml chlorhexidine gluconate trong 1 phút, phẫu thuật viên dùng gạc làm khô các vùng cần gây tê. Sử dụng tăm bông đặt thuốc tê bôi tại chỗ vùng mô cần làm trong 3 phút để gây tê bề mặt. Sau đó chích tê tại chỗ một hoặc hai ống lidocaine HCl với epinephrine 1 / 100.000. Có thể làm bệnh nhân phân tâm bằng cách dùng tay kia nhấn nhẹ vào vùng mô ở xa vị trí đâm kim dự định, như thế sẽ giúp làm giảm cảm giác đau khi đâm kim.

Bước đầu tiên là tiêm thuốc tê vào ngách hành lang, sau đó tiêm một lượng nhỏ thuốc tê vào gai nướu của vị trí phẫu thuật (phía ngoài và trong). Bạn sẽ quan sát thấy gai nướu vùng gây tê, nướu viền, gai nướu kế cận bị trắng ra. Điều này sẽ giúp bệnh nhân vô cảm khi bạn làm việc trong khu vực được gây tê.

Dùng ngón tay xoa bóp nhẹ mô mềm vùng ngách hành lang giúp thuốc tê khuếch tán. Điều này sẽ làm giảm sưng phồng vùng chích tê do dung dịch thuốc tê tiêm vào. Cùng lúc



này, bạn sẽ có thể nhìn thấy các mốc giải phẫu một lần nữa. Xoa bóp mô cũng sẽ thúc đẩy việc vô cảm xảy ra nhanh chóng.

Một vài giọt lidocaine HCl với epinephrine 1 / 50.000 có thể được sử dụng để kiểm soát chảy máu bằng cách cho ngấm vào các mô xung quanh vùng phẫu thuật.

### **HƯỚNG DẪN CHĂM SÓC SAU PHẪU THUẬT, THUỐC VÀ CHẾ ĐỘ DINH DƯỠNG**

Sau thủ thuật, bệnh nhân được dùng thuốc giảm đau nhẹ trong khi vẫn còn trong phòng mổ (có thể dùng ibuprofen 600 mg) và một túi nước đá chườm.

#### **Đơn thuốc**

1. Ibuprofen 600 mg (Motrin) hoặc acetaminophen 300 mg và codein phosphate 30 mg (Tylenol số 3) 3- 4 lần mỗi ngày khi cần thiết để giảm đau.

2. Clorhexidine gluconate 0,12% sẽ được sử dụng sau tuần thứ nhất. Súc hai lần một ngày trong 7 ngày.

#### **Hướng dẫn**

Hướng dẫn bệnh nhân chườm đá trên mặt trong 2 giờ sau phẫu thuật, cứ 20 phút chườm lại ngưng 20 phút rồi chườm tiếp 20 phút. Cũng hướng dẫn bệnh nhân giữ chế độ ăn uống mềm, tránh đồ uống có cồn và thức ăn nóng hoặc cay trong 48 giờ tiếp theo. Bệnh nhân chỉ nên súc miệng nhẹ, tránh tập thể dục nặng và không uống thuốc có chứa aspirin. Chỉ khâu, nếu dùng loại không tự tiêu, sẽ được

cắt bỏ sau 1 tuần. Bệnh nhân sẽ được yêu cầu súc miệng bằng chlorhexidine gluconate 1,2% trong 1 tuần, sau khi cắt chỉ.

### **Hướng dẫn chuyên cho hậu phẫu ghép mô mềm**

Nhấn mạnh với bệnh nhân rằng 4 ngày sau phẫu thuật rất quan trọng cho sự thành công của mảnh ghép. Nên nhớ rằng, sau khi ghép, mảnh ghép sống được là do sự khuếch tán dinh dưỡng từ mô liên kết thẩm qua mảnh ghép khoảng 3 ngày cho đến khi tuần hoàn máu được khôi phục (Foman 1960). Vì vậy việc cố định hoàn toàn mảnh ghép là điều bắt buộc để đạt kết quả thành công. Sau khi cắt chỉ, bệnh nhân không nên chải răng ở vùng ghép trong 2 tuần. Hai tuần sau khi phẫu thuật dùng tăm bông sạch nhúng vào chlorhexidine gluconate, sử dụng thay cho bàn chải đánh răng để làm sạch răng ở vùng ghép. Bệnh nhân nên tiếp tục làm như vậy trong 2 tháng. Sau khoảng thời gian 2 tháng này, bệnh nhân bắt đầu có thể đánh răng nhẹ nhàng.

#### **Tài liệu tham khảo**

- Foman, S. (1960) *Cosmetic Surgery*. Philadelphia: Lippincott, 161-200.
- Halstead, W.S. (1913) *Ligature and suture material*. *Journal of the American Medical Association* 60, 119-125.
- McGraw, V., & Caffesse, R. (1978) *Cyanoacrylates in periodontics*. *Journal of the Western Society of Periodontology/Periodontal Abstracts* 26, 4-13.

## Chương 3

### Giới thiệu về vi phẫu và huấn luyện kỹ năng

Ming Fang Su and Yu-Chuan Pan

#### GIỚI THIỆU

Năm 1960, J.H. Jacobson và E.L. Suarez lần đầu tiên giới thiệu kỹ thuật vi phẫu khi họ giải phẫu các mạch máu nhỏ dưới kính hiển vi phẫu thuật. Năm 1963, Chen Zong-Wei, người được cấp phép hành nghề trong ngành vi phẫu ở Trung Quốc, đã báo cáo trường hợp ghép thành công cẳng tay bị đứt lia đầu tiên trên thế giới (Chen và cộng sự 1963a & b). Sau đó, với sự phát triển và cải tiến kỹ thuật vi phẫu và ứng dụng lâm sàng, nhiều tiến bộ đã được thực hiện trong phẫu thuật tái tạo mô khắp thế giới.

#### ĐÀO TẠO TRONG LĨNH VỰC VI PHẪU

Nói chung, các kỹ thuật vi phẫu tương đối khó. Học kỹ năng vi phẫu đòi hỏi thực hành nhiều, chịu khó và bền bỉ. Trước khi áp dụng lâm sàng ở bệnh nhân, điều tối quan trọng là phải được huấn luyện thực hành trong phòng thí nghiệm trên động vật để làm quen với các kỹ thuật.

Vì việc quan sát các vật thể dưới kính hiển vi hoặc kính lúp phẫu thuật khác với việc nhìn các vật bằng mắt thường, mắt và tay của bác sĩ phẫu thuật phải phối hợp điều chỉnh chính xác theo nhiều mức độ phóng đại khác nhau. Bàn tay phải được huấn luyện

cho các thao tác tinh tế. Đây là một trong những thách thức trong ngành vi phẫu. Độ phóng đại càng cao thì đòi hỏi sự chính xác càng nhiều.

#### THIẾT BỊ VI PHẪU CƠ BẢN

Một số dụng cụ cần thiết trong đào tạo trong ngành vi phẫu (Hình 3.1).

#### Bộ vi phẫu cơ bản

5 món bao gồm :

- Kẹp kim vi phẫu cong, dài 14 cm
- Hai kẹp thẳng, cứng, dài 15 cm, với đầu 0,3 mm và tay cầm tròn
- Một kẹp thẳng, dài 14 cm, với đầu 0,2 mm và tay cầm tròn
- Một kéo thẳng, dài 14 cm

#### Dụng cụ và vật liệu phẫu thuật khác

- Kẹp Adson thẳng, dài 12,5 cm (Microsurgery Instruments, Bellaire, TX, Hoa Kỳ), với 1 × 2 răng
- Kéo Iris cong, dài 12,5 cm (Microsurgery Instruments, Bellaire, TX, Hoa Kỳ)
- Bảng tập khâu 16 hàng để thực hành khâu
- Kẹp mạch máu đôi
- Kim bơm rửa và ống chính



Hình 3.1 Bộ thực tập viphẫu cơ bản, bao gồm chân gà (xem phần bài viết)

### **Kẹp giữ kim vi phẫu**

Kẹp giữ kim được sử dụng để nắm kim, kéo nó xuyên qua mô và thắt nút. Kim nên được giữ ở vị trí giữa phần ba giữa và phần ba dưới phía mũi kim. Nếu kim được giữ quá gần phần chuôi, khó có thể nối hai đầu mạch máu hoàn chỉnh với một mũi khâu. Nếu nó được giữ quá gần mũi, đầu kim dễ bị uốn gãy chuyển hướng làm cho việc điều khiển khó khăn. Kim có thể bị uốn cong hoặc gãy nếu lực kẹp quá mạnh.

Kẹp kim chủ yếu được cầm bằng ngón tay cái, ngón trỏ và ngón giữa, tương tự như cách cầm bút chì giữa các ngón tay. Với tư thế này, bàn tay được duy trì ở vị trí chức năng hoặc vị trí nghỉ.

Chiều dài kẹp kim thích hợp phụ thuộc vào tính chất của phẫu thuật, thường được sử dụng loại 14 cm và 18 cm. Đầu kẹp có thể thẳng hoặc cong nhẹ, nhưng đầu cong thường được

chọn hơn. Lựa chọn kích thước đầu kẹp kim phụ thuộc bản chất của chỉ khâu. Thông thường đầu nhọn (0,3 mm) được sử dụng cho chỉ khâu 8-0 và 10-0. Kẹp kim có đầu 1 mm được sử dụng cho chỉ khâu 5-0 và 6-0.

Các nha sĩ thường dùng kẹp kim loại có khóa. Kẹp kim có khóa rất hữu ích vì ta có thể giữ kim an toàn, điều này quan trọng nhất trong quá trình đâm kim. Để tránh bị lắc, khóa nên được đóng lại từ từ nhưng được mở nhanh. Thực hành nhiều là cần thiết để phát triển kỹ năng dùng kẹp kim.

Kẹp kim phải đảm bảo kim được giữ ổn định mà không bị trượt, phải nhẹ và tay giữ kẹp không cần tốn lực. Kẹp nên có chiều dài phù hợp với kích thước của bàn tay và được thao tác dễ dàng. Kẹp kim bằng titan là sự lựa chọn tốt nhất.

### **Kẹp vi phẫu**

Đây là dụng cụ quan trọng trong vi phẫu, đặc biệt là cho các thao tác tinh tế và chi tiết. Chúng được sử dụng để giữ các mô nhỏ mà không làm rách mô, và giữ chỉ khâu trong khi buộc các nút thắt. Kẹp vi phẫu giúp làm được những thao tác không thể thực hiện bằng tay. Ví dụ, kẹp có thể được đưa vào trong lòng của một đầu mạch bị đứt, làm mở ống thành mạch để đâm kim. Các kẹp được sử dụng cho phẫu thuật nối mạch là rất tinh vi và được gọi là kẹp nong dẫn mạch.

Một cây kẹp tiêu chuẩn có thể gấp chỉ khâu 100 nylon trên mặt kính mà không bị trượt. Các đầu của kẹp phải trơn tru và cứng. Kẹp không được làm hỏng mô và không được làm đứt