

PHẪU THUẬT TẠO HÌNH KHE HỖ VÒM MIỆNG: MỘT NGHIÊN CỨU THEO DÕI TẠI BỆNH VIỆN TRUNG ƯƠNG HUẾ

Nguyễn Hồng Lợi¹, Nguyễn Văn Khánh¹, Phan Thị Thu Sương¹, Hoàng Lê Trọng Châu¹, Nguyễn Đình Hòa¹, Nguyễn Thị Phương Minh¹

¹Trung tâm Răng Hàm Mặt - Bệnh viện Trung ương Huế

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Khe hở vòm miệng là dị tật bẩm sinh thường gặp, do sự rối loạn phát triển hàm mặt của thai nhi xuất hiện từ tuần thứ 6 đến tuần 12 của thai kỳ. Đây là dị tật gây ảnh hưởng nhiều đến chức năng ăn uống, phát âm, hô hấp và thẩm mỹ do các biến dạng về xương hàm, răng, môi, mũi. Đề tài nhằm đánh giá kết quả điều trị trong vòng 3 tháng sau phẫu thuật tạo hình khe hở vòm miệng tại Trung tâm Răng Hàm Mặt, Bệnh viện Trung ương Huế.

Đối tượng, phương pháp: Nghiên cứu mô tả trên 38 bệnh nhân có khe hở vòm miệng đã được phẫu thuật tại Trung tâm Răng Hàm Mặt bệnh viện Trung ương Huế từ tháng 2/2023 đến tháng 10/2023. Đánh giá kết quả phẫu thuật và các biến chứng sau mổ, sau 1 tháng và 3 tháng.

Kết quả: Đa phần BN được ra viện từ ngày thứ 7 chiếm 73,7%. Theo dõi tình trạng chăm sóc vết mổ: Có 2 BN chảy máu tự cầm (5,3%). 2 BN vết mổ đóng giả mạc (5,3%) và 1 BN vết mổ nhiễm khuẩn (2,6%). Các vật tạo hình tất cả BN vạt hồng. 3 BN vết mổ bục vài mỗi chỉ (7,9%) và 1 BN toác vết mổ lỗ thủng vòm (2,6%). Kết quả liền thương sớm khi ra viện tốt 89,5%, tỷ lệ trung bình 7,9%, có 1 BN (2,6%) bị bục vết mổ và có lỗ thủng vòm miệng. Kết quả liền thương sau phẫu thuật 2-3 tháng đạt tỉ lệ tốt 92,1%, tỷ lệ trung bình 5,3% và kém là 2,6%. Biến chứng sau phẫu thuật: 2 BN nhiễm trùng nhẹ, phù nề vết mổ (5,3%) và 1 BN giảm thông khó do phù nề (2,6%).

Kết luận: Kết quả điều trị phẫu thuật bệnh nhân khe hở vòm miệng tại Trung tâm Răng Hàm Mặt bệnh viện Trung ương Huế mang lại kết quả tốt, giúp trẻ nhanh chóng hồi phục sức khỏe, sớm ra viện.

Từ khóa: Dị tật bẩm sinh vùng mặt, khe hở vòm, chăm sóc phẫu thuật khe hở vòm.

ABSTRACT

CLEFT PALATE SURGERY: A FOLLOW - UP STUDY AT HUE CENTRAL HOSPITAL

Nguyen Hong Loi¹, Nguyen Van Khanh¹, Phan Thi Thu Suong¹, Hoang Le Trong Chau¹, Nguyen Dinh Hoa¹, Nguyen Thi Phuong Minh¹

Background: Cleft palate is a common birth defect, due to fetal maxillofacial development disorders between the 6th and 12th week of pregnancy. It is a malformation that greatly affects the function of eating, pronunciation, respiration, and aesthetics due to deformities of the jawbones, teeth, lips, and nose. The research aims to evaluate the results of treatment within 3 months after cleft palate surgery at the Odonto-Stomatology Center, Hue Central Hospital.

Methods: The study described 38 patients with cleft palate operated on at the Odonto - Stomatology Center, Hue Central Hospital from February 2023 to October 2023. Evaluation of surgical results and postoperative complications, after 1 month and 3 months.

Ngày nhận bài: 27/01/2024. Ngày chỉnh sửa: 01/3/2024. Chấp thuận đăng: 17/03/2024

Tác giả liên hệ: Nguyễn Văn Khánh. Email: drkhanhrhm@gmail.com. ĐT: 0935884886

Phẫu thuật tạo hình khe hở vòm miệng...

Results: The majority of patients were discharged from the hospital on the 7th day accounting for 73.7%. Monitoring the condition of surgical incision care: There were 2 patients with bleeding, and hemorrhage control (5.3%). 2 patients had pseudomembranous on the surgical incisions (5.3%) and 1 patient had infectious incision (2.6%). The flaps of all patients showed a pinkish color. 3 patients with partial stitches broken open (7.9%) and 1 patient with palatal perforations (2.6%). The results at the hospital discharge period: the patients experienced good results accounting for 89.5%, the average rate was 7.9%, and there was 1 patient (2.6%) with an incision's stitches broken open and palatal perforation. Healing outcomes after 2 - 3 months of surgery reached a good rate of 92.1%, an average rate of 5.3%, and a poor rate of 2.6%. Postoperative complications: 2 patients with mild infections, incision edema (5.3%), and 1 with edematous dyspnoea (2.6%).

Conclusion: The process of treatment after cleft palate surgery at Odonto - Stomatology Center, Hue Central Hospital plays a vital role, which helping patients recover quickly, be discharged from the hospital early, as well as promptly detect unusual signs to handle.

Keywords: Facial malformations, cleft palate, cleft palate postoperative care.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Khe hở môi - vòm miệng là một dị tật bẩm sinh vùng hàm mặt thường gặp ở Việt Nam cũng như trên thế giới. Theo các tài liệu thống kê cho thấy trên thế giới, tỷ lệ bệnh chiếm khoảng 1/750 - 1/1000 trẻ sinh ra còn sống [1]. Ở Việt Nam theo tác giả Trần Văn Trường, tỷ lệ này khoảng 0,1 - 0,2%, như vậy ước tính mỗi năm nước ta có khoảng 1500 đến 3000 trẻ mới sinh mắc dị tật này trong đó khoảng 40% là khe hở vòm miệng [2]. Đây là thách thức lớn đối với ngành Y tế nói chung cũng như với chuyên ngành Răng Hàm Mặt nói riêng.

Khe hở vòm miệng là dị tật bẩm sinh thường gặp, do sự rối loạn phát triển hàm mặt của thai nhi xuất hiện từ tuần thứ 6 đến tuần 12 của thai kỳ. Tỷ lệ mắc phải khoảng 0,1 - 0,2% tổng số trẻ sơ sinh [2]. Tỷ lệ này thay đổi theo chủng tộc, khí hậu và từng vùng lãnh thổ. Có nhiều nguyên nhân gây nên khe hở vòm miệng, tuy nhiên có 2 nhóm nguyên nhân chính là ngoại lai và nội lai. Khe hở môi - vòm miệng gây ra những khuyết hổng về cấu trúc giải phẫu, nếu chỉ là khe hở môi trẻ đã bị ảnh hưởng nặng nề tới chức năng và thẩm mỹ, nếu bị khe hở vòm miệng nhất là khe hở vòm miệng toàn bộ những rối loạn ấy càng trầm trọng.

Đây là dị tật gây ảnh hưởng nhiều đến chức năng ăn uống, phát âm, hô hấp và thẩm mỹ do các biến dạng về xương hàm, răng, môi, mũi. Do đó việc điều trị phẫu thuật có vai trò rất quan trọng nhằm mục tiêu chỉnh sửa những biến dạng về giải phẫu,

phục hồi lại chức năng, giúp trẻ tránh khỏi những mặc cảm về hình thể, rối loạn phát triển tâm thần kinh, hòa nhập tốt với cộng đồng.

Chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm đánh giá kết quả điều trị và các biến chứng trong vòng 3 tháng sau phẫu thuật tạo hình khe hở vòm miệng tại Trung tâm Răng hàm mặt, Bệnh viện Trung ương Huế

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Đối tượng nghiên cứu là các bệnh nhân có khe hở vòm miệng đã được phẫu thuật khe hở vòm miệng lần đầu tại Trung tâm Răng Hàm Mặt bệnh viện Trung ương Huế từ tháng 2/2023 đến tháng 10/2023.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu mô tả, tiến cứu có can thiệp lâm sàng, với phương pháp chọn mẫu thuận tiện (n = 38 bệnh nhân).

Phương tiện nghiên cứu: Bệnh án mẫu, bộ dụng cụ khám răng hàm mặt, bộ dụng cụ phẫu thuật tạo hình khe hở vòm miệng

Phương pháp phẫu thuật: Tất cả bệnh nhân được phẫu thuật tạo hình khe hở vòm miệng lần đầu theo các phương pháp vật tại chỗ bởi một phẫu thuật viên của Trung tâm Răng Hàm Mặt, Bệnh viện Trung ương Huế, có kinh nghiệm trên 10 năm, theo quy trình kỹ thuật của Bộ Y tế ban hành [3, 4]:

Tiêu chuẩn đánh giá kết quả phẫu thuật [3]

Phẫu thuật tạo hình khe hở vòm miệng...

Bảng 1: Tiêu chuẩn đánh giá kết quả liền thương, đóng kín khe hở khi ra viện

Kết quả	Tốt	Trung bình	Kém
Toàn thân	Trẻ ăn được, chơi được	Trẻ ăn kém, quấy khóc vừa	Trẻ không chịu ăn, quấy khóc nhiều
	Không sốt	Sốt nhẹ tới vừa	Sốt cao
	Thở bình thường	Thở khó khăn	Không thở được
Tại chỗ	Vạt tạo hình hồng	Vạt tạo hình thiếu dưỡng	Vạt hoại tử
	Vết mổ không chảy máu	Vết mổ chảy máu tự cầm	Vết mổ chảy máu phải can thiệp
	Vết mổ sạch	Vết mổ nhiều giả mạc	Vết mổ nhiễm khuẩn
	Vết mổ liền tốt	Bung một vài môi chi	Toác vết mổ, lỗ thủng

Tình trạng toàn thân và tại chỗ sau mổ: tình trạng hô hấp, sự nhiễm trùng và phù nề vết mổ, chảy máu sau mổ, tình trạng lành thương.

Tình trạng vòm miệng khi ra viện và sau mổ trên 3 tháng: bục vết mổ, lỗ thông miệng mũi, hình dạng lưỡi gà.

Kết quả phẫu thuật được đánh giá với 3 mức độ theo bảng sau: Được đánh giá trên lâm sàng khi ra viện và sau phẫu thuật 3 tháng. Kết quả liền thương, đóng kín khe hở được đánh giá với 3 mức độ (tốt, trung bình và kém) [3]

2.3. Phương pháp xử lý số liệu

Các số liệu thu được sẽ xử lý theo các thuật toán thống kê y học trong chương trình SPSS 16.0 để tìm tỷ lệ, giá trị trung bình, so sánh các giá trị trung bình, tìm độ tin cậy P bằng các thuật toán thống kê.

2.3. Vấn đề đạo đức trong nghiên cứu

Các thông tin, hình ảnh trước và sau mổ của bệnh nhân trong báo cáo khoa học đều được đảm bảo bí mật và có sự đồng ý của bệnh nhân. Phương pháp điều trị thực hiện trên bệnh nhân là những phương pháp đạt chuẩn theo quy định hiện hành. Nghiên cứu đã được Hội đồng Khoa học và Hội đồng Đạo đức trong nghiên cứu y sinh học Bệnh viện trung ương Huế thông qua. Việc nghiên cứu có sự chấp thuận của phụ huynh các trẻ là đối tượng nghiên cứu khi đã giải thích rõ mục đích, ý nghĩa của nghiên cứu.

III. KẾT QUẢ

Bảng 2: Thời gian điều trị sau phẫu thuật

Số ngày	Số bệnh nhân	Tỷ lệ %
4	6	15,8
7	28	73,7
10	4	10,5
Tổng	38	100

Đa phần trẻ sau đóng khe hở vòm được xuất viện ngày từ ngày thứ 7 ngày chiếm tỷ lệ 73,7%. Những trường hợp trẻ có triệu chứng bất thường cần được giữ lại theo dõi và chăm sóc đến khi ổn định.

Bảng 3: Tình trạng vết mổ sau phẫu thuật

Dấu hiệu lâm sàng		Số bệnh nhân	Tỷ lệ (%)
Chảy máu vết mổ	Không chảy máu	36	94,7
	Chảy máu tự cầm	2	5,3
	Chảy máu phải can thiệp	0	0

Phẫu thuật tạo hình khe hở vòm miệng...

Dấu hiệu lâm sàng		Số bệnh nhân	Tỷ lệ (%)
Tình trạng nhiễm khuẩn	Vết mổ sạch	35	92,1
	Vết mổ đọng giả mạc	2	5,3
	Vết mổ nhiễm khuẩn	1	2,6
Vật tạo hình	Vật tạo hình hồng	38	100
	Vật tạo hình thiếu dưỡng	0	0
	Vật tạo hình hoại tử	0	0
Tình trạng bục vết mổ	Vết mổ liền tốt	34	89,5
	Vết mổ bục một vài mối chỉ	3	7,9
	Toác vết mổ, lỗ thủng vòm	1	2,6

Phần lớn bệnh nhân có tình trạng vết mổ tốt sau phẫu thuật. Chỉ có 2 bệnh nhân chảy máu tự cầm (5,3%); Vết mổ sạch 35 bệnh nhân (92,1%), vết mổ đọng giả mạc 2 bệnh nhân (5,3%), vết mổ nhiễm khuẩn 1 bệnh nhân (2,6%); Tất cả bệnh nhân vật tạo hình hồng. Tình trạng bục vết mổ: Vết mổ liền tốt 34 bệnh nhân (89,5%), vết mổ bục một vài mối chỉ 3 bệnh nhân (7,9%), toác vết mổ, lỗ thủng vòm miệng 1 bệnh nhân (2,6%)

Bảng 4: Phân bố BN theo kết quả liền thương khi ra viện

	Kết quả liền thương sớm khi ra viện		Kết quả liền thương sau PT 3 tháng	
	Số lượng	Tỷ lệ %	Số lượng	Tỷ lệ %
Tốt	34	89,5	35	92,1
Trung bình	3	7,9	2	5,3
Kém	1	2,6	1	2,6
Chung	38	100	38	100

Đa số kết quả liền thương, đóng kín KHVM tốt chiếm 89,5%, tỷ lệ trung bình là 7,9%, có 1 BN có kết quả liền thương kém 2,6%. Sau phẫu thuật 3 tháng, trong 38 bệnh nhân nghiên cứu: đạt kết quả liền thương đóng kín tốt chiếm 92,1%; có 2 bệnh nhân đạt kết quả trung bình (5,3%); có 1 bệnh nhân đạt kết quả liền thương kém (2,6%).

Bảng 5: Tỷ lệ biến chứng sớm trong tuần đầu sau phẫu thuật

Biến chứng	Số lượng	n	Tỷ lệ %
Giảm thông khí do phù nề vết mổ	1	1	2,6
Chảy máu sau mổ	0	0	0
Nhiễm trùng nhẹ, phù nề vết mổ nhưng không bục	2	2	5,3
Bục vết mổ do nhiễm trùng	0	0	0
Không có biến chứng	35	35	92,1
Tổng	38	38	100

Phẫu thuật tạo hình khe hở vòm miệng...

Các biến chứng nhẹ, với tỉ lệ thấp: 5,3% BN bị nhiễm trùng nhẹ, phù nề vết mổ; 2,6% BN có giảm thông khí do phù nề vết mổ; Không có BN chảy máu vết mổ sau mổ; Không có BN bị bục vết mổ do nhiễm trùng.

Bảng 6: Tỷ lệ biến chứng muộn sau phẫu thuật

Biến chứng muộn		Có		Không	
		n	%	n	%
Lỗ thủng vòm		1	2,6	37	97,4
Lưỡi gà sau PT 2 - 3 tháng	Hình thể không rõ ràng	1	2,6	37	97,4
	Lưỡi gà chẻ đôi	1	2,6	37	97,4

Trong 38 BN khám lại cho thấy: sau mổ có 1 BN (2,6%) lỗ thủng vòm miệng; 2,6% có lưỡi gà hình thể không rõ ràng. Có 1 BN có lưỡi gà chẻ đôi (2,6%).

IV. BÀN LUẬN

4.1. Kết quả phẫu thuật khe hở vòm miệng

Trẻ sau phẫu thuật tạo hình khe hở vòm cần được chăm sóc và theo dõi cẩn thận, đây là trách nhiệm của phẫu thuật viên, điều dưỡng viên cũng như gia đình người bệnh. Chăm sóc và theo dõi đúng cách giúp bệnh nhân sớm phục hồi, nhanh xuất viện, giảm thiểu các biến chứng xảy ra sau mổ như nhiễm khuẩn, chảy máu, rách toác vết mổ hoặc lỗ thủng vòm. Để thực hiện tốt điều đó quy trình theo dõi và chăm sóc bệnh nhân phải được xây dựng một cách rõ ràng, cụ thể và tỷ mỉ. Tại Trung tâm Răng Hàm Mặt bệnh viện Trung ương Huế, quy trình theo dõi và chăm sóc trẻ sau phẫu thuật tạo hình vòm miệng đã được xây dựng và thực hiện đồng bộ ngay từ lúc trẻ kết thúc cuộc mổ từ phòng mổ đón trở về khoa, thời gian điều trị nội trú tại khoa cũng như sau khi ra viện. Trong thời gian nằm viện, trẻ được điều dưỡng thực hiện đúng quy trình theo dõi và chăm sóc toàn diện kết hợp khi ra viện, gia đình được các nhân viên y tế hướng dẫn cách theo dõi và chăm sóc tiếp cho tới khi vết mổ lành thương hoàn toàn, không có bất kì rối loạn sau phẫu thuật là các bước không thể thiếu góp phần thành công trong điều trị cho mỗi bệnh nhi [2] [5]. Các nghiên cứu trước đã chỉ ra rằng cho trẻ ăn đồ ăn lỏng ngay sau phẫu thuật là phù hợp nhất và một số tác giả ủng hộ việc cho ăn thức ăn lỏng, tránh động tác bú mút sau mổ trong 10 - 14 ngày [6] .

Kết quả nghiên cứu theo dõi tình trạng chăm sóc vết mổ sau phẫu thuật của chúng tôi cho thấy có 2 trường hợp gặp biến chứng chảy máu sau mổ chiếm 5,3%, chảy máu là một trong những biến

chứng chính trong phẫu thuật VM, có thể gặp ngay trong lúc mổ hoặc vài ngày sau mổ. Gây tê tại chỗ cho BN, các phương pháp phẫu thuật có sử dụng thuốc tê có pha thuốc co mạch để tiêm tê tại chỗ, có thể làm giảm nguy cơ chảy máu từ các mạch máu nhỏ; tuy nhiên đối với mạch máu lớn hơn buộc phải thắt hoặc đốt bằng dao điện. Các trường hợp sau chảy máu sáu mổ của chúng tôi đều được xử lý cầm máu tốt và hướng dẫn cách vệ sinh vết mổ cho người nhà.

Các bệnh nhân nghiên cứu được đánh giá kết quả sau phẫu thuật trong thời gian nằm viện, kết quả đó phản ánh được hiệu quả của quy trình chăm sóc, điều trị và theo dõi sau mổ. Phần lớn thời gian nằm điều trị nội trú của trẻ sau đóng khe hở vòm là 7 ngày chiếm 73,7%, có 6 bệnh nhân ra viện sớm sau 4 ngày chiếm 15,8%. 4 bệnh nhân còn lại ra viện sau 10 ngày nguyên nhân do sốt cao, vết mổ nhiễm khuẩn cần giữ lại để theo dõi, chăm sóc và điều trị thêm. Đa phần trẻ sau mổ đều hô hấp bình thường, vết mổ sạch, vật tạo hình sống tốt; tỷ lệ sốt nhẹ sau mổ đóng khe hở vòm chiếm 13,2%, các trường hợp này sốt do phản ứng của cơ thể sau mổ, khỏi trong vòng 2 tới 3 ngày, 1 trường hợp sốt cao kéo dài 5 ngày do vết mổ nhiễm khuẩn. Có 3 bệnh nhân bục một vài mũi chỉ dẫn tới toác vết mổ sau phẫu thuật, trong đó 1 trường hợp do vết mổ nhiễm khuẩn, trường hợp còn lại do vết mổ căng, trẻ quấy khóc gây bục chỉ vết mổ, các trường hợp này được vệ sinh vết mổ sạch hàng ngày, tự liền thương, để lại lỗ thủng vòm mà không có tai biến, biến chứng nguy hiểm. Các trường hợp để lại lỗ thủng vòm có thể xử trí đóng lại lỗ thủng 6 tháng sau phẫu thuật lần đầu.

4.2. Biến chứng sau phẫu thuật

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy 91,1% BN không có biến chứng sớm sau mổ.

Chảy máu là một trong những biến chứng chính trong phẫu thuật VM, có thể gặp ngay trong lúc mổ hoặc vài ngày sau mổ. Gây tê tại chỗ cho BN, các phương pháp phẫu thuật có sử dụng thuốc tê có pha thuốc co mạch để tiêm tê tại chỗ, có thể làm giảm nguy cơ chảy máu từ các mạch máu nhỏ; tuy nhiên đối với mạch máu lớn hơn buộc phải thắt hoặc đốt bằng dao điện. Trong một số phương pháp phẫu thuật đường rạch sẽ cắt ngang cách mạch này do các nhánh động mạch khẩu cái lớn toả rộng về phía trước trong niêm mạc của VM cứng. Sau khi lật vạt niêm mạc - màng xương để di chuyển vào trong và đẩy lùi ra sau, để lại phần diện mô trên bề mặt VM cứng không có niêm mạc che phủ. Điều này có thể dẫn tới nguy cơ chảy máu sau mổ cho BN. Trong phương pháp Furlow, việc phẫu tích chủ yếu thực hiện tại VM mềm, sự can thiệp vào niêm mạc - màng xương của VM cứng ở mức độ tối thiểu, đường rạch giảm căng tại hố Ernst cũng ít phải sử dụng đến, do vậy việc kiểm soát chảy máu sẽ thuận lợi hơn, giảm tai biến chảy máu sau mổ. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy chỉ có 1 BN bị biến chứng về giảm thông khí do phù nề vết mổ, bệnh nhân có khó thở tư thế đặc biệt về đêm và được xử trí thay đổi tư thế thì bệnh nhân hết khó thở. Ngoài ra chúng tôi không có bệnh nhân nào bị chảy máu sau mổ, điều này cho thấy sự an toàn của PP này cả trong và sau PT.

Nhiễm trùng vết mổ cũng làm chậm quá trình lành thương, thậm chí có thể gây hoại tử và bục vết mổ [2]. Trong hầu hết các trường hợp bục vết mổ thường xảy ra tại nơi đầu vạt tam giác nơi tiếp nối giữa VM cứng và VM mềm khi khâu đóng, đây là vị trí dễ bị thiếu dưỡng nhất đặc biệt khi hệ cơ của BN thiếu sản teo nhỏ. Bên cạnh đó khe hở càng rộng thì vạt càng căng, khả năng bị bục đầu vạt vì thế tăng lên [2]. Kết quả của chúng tôi cho thấy khi ra viện có 5,3% nhiễm trùng nhẹ, phù nề vết mổ nhưng không bục; Sau 2 - 3 tháng khám lại có 1 BN (2,6%) có bục vết mổ do bệnh nhân bị sốt, nhiễm trùng sau phẫu thuật. Kết quả của Brother D.B cho thấy biến chứng sớm có 4,8% BN là bục vết mổ [7].

Trong 38 BN khám lại cho thấy: sau mổ có 1 BN (2,6%) lỗ thủng vòm miệng, 2,6% có lưỡi gà hình

thể không rõ ràng. Bản thân Furlow cũng gặp 2 BN (5,4%) [4]; Nghiên cứu của Chen cho thấy không có biến chứng này dù sớm hay muộn [8].

Kết quả này tương đồng với kết quả của Nguyễn Mạnh Hà, Lê Sơn (1999) đã PT 31 trường hợp KHVM không toàn bộ theo phương pháp Furlow sau phẫu thuật không có trường hợp nào bị bục vết mổ [9]. Kết quả nghiên cứu của Lê Ngọc Uyên (2000) cho thấy 87,5% không có biến chứng sớm sau mổ, không có trường hợp nào suy hô hấp do vết mổ phù nề nhiều làm chít hẹp đường thở, không có trường hợp nào bị chảy máu sau mổ, vẫn có 3 BN (7,5%) nhiễm trùng nhẹ làm vết mổ bị phù nề kéo dài hơn so với những BN khác, 5% BN bị nhiễm trùng và bục vết mổ tại ranh giới VM cứng và VM mềm; với 40 BN nghiên cứu có 35 BN được đánh giá biến chứng muộn có thể xảy ra có 2 BN có lỗ thông miệng mũi sau mổ; lưỡi gà tuy bị co ngắn song vẫn còn rõ hình thể trong 100% trường hợp, điều này làm giảm thiểu năng vòm hầu sau mổ [10]. Kết quả một số nghiên cứu và từ kết quả của chúng tôi cho thấy phương pháp tạo hình bằng 2 vạt chữ Z đảo ngược của Furlow là phương pháp an toàn, không xảy ra biến chứng nguy hiểm. Tuy nhiên với một số phương pháp phẫu thuật khác cho thấy mức độ có biến chứng gần tương đồng với phương pháp 2 vạt chữ Z đảo ngược của Furlow. Kết quả nghiên cứu của Lê Xuân Thu (2011) [2] với phương pháp V-YY-Wardill-kinerkiner cho thấy 83,3% không có biến chứng gì trong tuần đầu sau mổ cao gấp 5 lần tỷ lệ BN có biến chứng (16,7%); giảm thông khí do phù nề vết mổ và chảy máu trong tuần đầu sau mổ không có bệnh nhân nào (0%); 8,3% BN có nhiễm trùng nhẹ phù nề vết mổ; 8,3% có bục vết mổ do nhiễm trùng; có 31/36 BN được đánh giá lại biến chứng muộn cho thấy sau mổ ngày thứ 15 có 1 BN bị chảy máu (3,2%); 3BN có lỗ rò mũi - miệng (9,7%), 2BN có hình thể lưỡi gà không rõ ràng (6,5%); không có BN nào lưỡi gà bị chẻ đôi sau mổ 2 - 3 tháng [11]. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi thấy có 1BN hình thể lưỡi gà không rõ ràng chiếm 3,3% và 3 BN hình thể lưỡi gà chẻ đôi chiếm 10%.

V. KẾT LUẬN

Kết quả điều trị phẫu thuật bệnh nhân khe hở vòm miệng tại Trung tâm Răng Hàm Mặt bệnh viện Trung ương Huế đạt kết quả tốt, tạo hình đóng kín khe hở, lành thương vết mổ tốt, sớm ra viện.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Smith DM, Losee JE. Cleft palate repair. 2014; 41(2):189-210.
2. Hải TX, Long TM, Thu LX. Đánh giá kết quả phẫu thuật điều trị khe hở vòm miệng hai bên toàn bộ bẩm sinh theo kỹ thuật Push Back tại Bệnh viện Sản Nhi Nghệ An năm 2018-2021. 2022;511(1).
3. Nguyễn Thị Hồng Minh và cs. Thực trạng chăm sóc bệnh nhân sau mổ áp xe vùng hàm mặt theo quy trình của Bộ Y tế tại Bệnh viện Nhi Trung ương năm 2021. 2022.
4. Furlow JL. Flaps for cleft lip and palate surgery. Clinics in plastic surgery. 1990;17(4):633-644.
5. Nguyễn Thị Nhung, Nguyễn Thúy Dinh. Đánh giá kết quả chăm sóc bệnh nhân sau phẫu thuật tạo hình vòm miệng. 2022.
6. Aslan BI, Gülsen A, Tirank SB, Findikcioglu K, Uzuner FD, Tutar H, et al. Family functions and life quality of parents of children with cleft lip and palate. 2018;29(6):1614-1618.
7. Brothers DB, Dalston RW, Peterson HD, Lawrence WTJP, surgery r. Comparison of the Furlow double-opposing Z-palatoplasty with the Wardill-Kilner procedure for isolated clefts of the soft palate. 1995;95(6):969-977.
8. Chen PK-T, Wu J, Chen Y-R, Noordhoff MS. Correction of secondary velopharyngeal insufficiency in cleft palate patients with the Furlow palatoplasty. Plastic and reconstructive surgery. 1994;94(7):933-41; discussion 942-3.
9. Nguyễn Mạnh Hà. Một số kinh nghiệm trong việc áp dụng kỹ thuật tạo hình vòm miệng bằng hai vạt chữ Z đối chiều nhau. Tạp chí Y học Việt Nam. 1999;240-241:147-152.
10. Lê Ngọc Uyển, Góp phần đánh giá kết quả phẫu thuật khe hở vòm miệng theo phương pháp tại hình chữ Z (Furlow). 2000, Đại học Y Hà Nội.
11. Lê Xuân Thu. Nhận xét lâm sàng và đánh giá kết quả phẫu thuật khe hở vòm miệng hai bên bẩm sinh theo phương pháp V-Y Veau – Wardill – Kilner. 2011:44-68.