

học cơ sở Minh Trí tại Thành phố Trà Vinh nói riêng cũng như học sinh Trung học cơ sở nói chung về hành vi sử dụng mạng xã hội một cách phù hợp để không ảnh hưởng đến kết quả học tập cũng như cuộc sống của học sinh để góp phần làm nâng cao kết quả học tập của học sinh. Ngoài ra, cần đẩy mạnh chiến lược truyền thông giáo dục sức khỏe để giảm thiểu tỷ lệ suy dinh dưỡng ở học sinh.

### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Lê Minh Công (2013), "Tình trạng nghiện internet ở học sinh trung học cơ sở tại thành phố Biên Hòa tỉnh Đồng Nai", Tạp chí Khoa học tr1-13.
2. Nguyễn Thị Minh Ngọc (2017), "Thực trạng nghiện Internet của học sinh trường Trung học phổ thông Hải Hậu, tỉnh Nam Định năm 2017 và một số yếu tố liên quan", Tạp chí Y học dự phòng.
3. Trần Minh Trí (2016), "Thực trạng sử dụng Internet và những tác động của Internet đến sinh viên trường Đại học Nông lâm TP.HCM", Tạp chí

- Nông lâm học, Đại học Nông lâm TP.HCM, tr1-11.
4. Kilic M and et al (2016), "Internet Addiction in High school Students in Turkey and Multivariate Analyses of the Underlying Factors", J Addict Nurs, doi: 10.1097/JAN.0000000000000110.
  5. Ozalp EKINCI and et al (2014), "Association between Internet use and sleep Problems in Adolescents", Noro Psikiyatr Ars, doi: 10.4274/npa.y6751.
  6. Jian Xu and et al (2012), "Personal characteristics related to the risk of adolescent internet addiction: a survey in Shanghai, China", BMC Public Health, doi:10.1186/1471-2458-12-1106.
  7. Milani Luca and et al (2009), "Quality of interpersonal relationships and problematic internet use in adolescence", Cyberpsychol Behav, doi: 10.1089/cpb.2009.0071.
  8. Tran Xuan Bach and et al (2017), "A student on the influence of internet addiction and online interpersonal on health-related quality of life in young Vietnamese", BMC Public Health , doi: 10.1186/s12889-016-3983-z.

## CÁC CẤP ĐỘ KÉO DÀI TRỤ MŨI TRONG TẠO HÌNH MŨI TRÊN BỆNH NHÂN DI CHỨNG KHE HỞ MÔI VÒM

Vũ Thị Dung<sup>1</sup>, Phạm Kiến Nhật<sup>2</sup>, Phạm Tuấn Anh<sup>2</sup>,  
Luu Phương Lan<sup>2</sup>, Đỗ Tuấn Ngọc<sup>2</sup>, Hoàng Tuấn Anh<sup>1</sup>

### TÓM TẮT

Mục tiêu của bài báo này là trình bày một cách tiếp cận theo các cấp độ để kéo dài trụ mũi trong phẫu thuật tạo hình mũi trên bệnh nhân di chứng khe hở môi - vòm dựa trên các đặc điểm nhân trắc học. Đây là nghiên cứu thuần tập hồi cứu trên các bệnh nhân điều trị tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội từ năm 2017 đến năm 2021. 18 bệnh nhân với biến dạng môi - mũi di chứng khe hở môi vòm được phẫu thuật tạo hình mũi với 4 phương pháp tiếp cận kéo dài trụ mũi gồm: vạt dồn đẩy V-Y (10 bệnh nhân), vạt xoay đẩy theo Millard (3 bệnh nhân), vạt folded (3 bệnh nhân) và vạt Abbé (2 bệnh nhân). Kết quả được đánh giá bằng cách sử dụng hệ thống chấm điểm theo bảng câu hỏi "Đánh giá kết quả tạo hình mũi" (ROE) và hệ thống chấm điểm Mortier. 4 thông số đo lường nhân trắc học được thu thập để định lượng và đánh giá khách quan. Thời gian theo dõi trung bình là 9 tháng. Mức độ biến dạng ban đầu trung bình là  $22,72 \pm 5,99$  điểm và kết quả sau phẫu thuật là  $72,58 \pm 11,45$  điểm theo bộ câu hỏi "Đánh giá kết quả tạo hình mũi (ROE)". Phương pháp tiếp cận kéo dài trụ mũi theo các cấp độ

đã cho thấy kết quả tốt, tỷ lệ bệnh nhân hài lòng cao và tỷ lệ biến chứng thấp.

**Từ khóa:** Khe hở môi - vòm, tạo hình mũi, kéo dài trụ mũi.

### SUMMARY

#### GRADUATED APPROACH TO LENGTHENING COLUMELLA IN CLEFT RHINOPLASTY

The purpose of this article was to present a graduated approach to lengthening columella in cleft rhinoplasty based on anthropometric features. This was a retrospective cohort study of patients treated at the Hanoi Medical University Hospital from 2017 to 2021. 18 patients underwent rhinoplasty with four approaches include: V-Y plasty (10 patients), rotation-advancement flap (3 patients), Forked flap (3 patients) and Abbé flap (2 patients). Outcomes were assessed by using a Rhinoplasty Outcome Evaluation (ROE) questionnaire and the Mortier scoring system. 4 parameters of anthropometric measurement were collected for objective evaluation. Of the 18 patients enrolled in the study, 10 were women and 8 were men. Mean follow-up period was 9 months. The average degree of initial deformity was  $22.72 \pm 5.99$  and postoperative result was  $72.58 \pm 11.45$  according to the "Rhinoplasty Outcome Evaluation (ROE)". The graduated approach has shown excellent outcomes, a high rate of patient satisfaction, and a low rate of complication.

**Keywords:** Cleft lip and palate, rhinoplasty, columella lengthening.

<sup>1</sup>Bệnh viện Đại học Y Hà Nội

<sup>2</sup>Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Vũ Thị Dung

Email: vuthidung.ptth@gmail.com

Ngày nhận bài: 24/8/2021

Ngày phản biện khoa học: 22/9/2021

Ngày duyệt bài: 3/10/2021

**I. ĐẶT VẤN ĐỀ**

Một trong những biến dạng đặc trưng của bệnh nhân khe hở môi - vòm miệng bẩm sinh, đặc biệt là khe hở môi hoàn toàn hai bên là trụ mũi ngắn hoặc thậm chí không có trụ mũi. Nguyên nhân có thể là do rối loạn hình thái nguyên phát, thường là giảm sản và biến dạng do hậu quả thứ phát của phẫu thuật thì đầu. Những bệnh nhân này thường có một tập hợp biến dạng dễ thấy và đặc trưng: đầu mũi rộng và phẳng, được neo xuống môi trên, lỗ mũi lớn, cánh mũi loe ra như mũi cừu. Dị tật này có xu hướng dễ thấy hơn theo thời gian, khi đầu mũi tẹt và lỗ mũi loe ra ngày càng nhiều khi khung xương mũi phát triển<sup>1</sup>. Hầu hết các nỗ lực để tái tạo hoặc kéo dài trụ mũi ở lần phẫu thuật đầu tiên ít cho kết quả khả quan, chủ yếu do thiếu tổ chức phù hợp ở giai đoạn này. Có nhiều phương pháp kéo dài trụ mũi khác nhau tùy thuộc vào mức độ biến dạng mũi. Để tái tạo một trụ mũi đủ chiều dài với hình dáng tự nhiên là một thách thức của phẫu thuật; điều này có lẽ xuất phát từ thực tế là trụ mũi sau tái tạo thường dày và bị co rút lại. Để nâng cao khả năng lập kế hoạch điều trị và tiên lượng kết quả, chúng tôi thực hiện nghiên cứu "Đánh giá kết quả kéo dài trụ mũi theo các cấp độ trong tạo hình mũi ở bệnh nhân dị chứng khe hở môi - vòm".

**II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU**

**2.1. Đối tượng nghiên cứu:** Gồm 18 bệnh nhân được chẩn đoán biến dạng môi - mũi dị chứng khe hở môi - vòm phẫu thuật tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội từ 2017- 2021.

**2.2. Phương pháp nghiên cứu**

- **Thiết kế nghiên cứu:** Phương pháp nghiên cứu thuần tập hồi cứu.

- **Qui trình phẫu thuật**

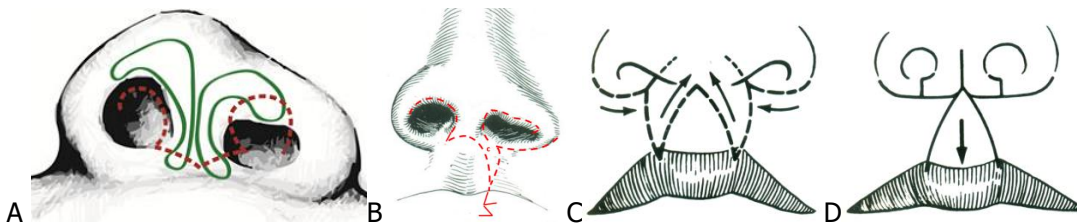
Bệnh nhân được gây mê nội khí quản. Tất cả bệnh nhân được nâng sống mũi bằng silicon; dựng trụ mũi với Medpor hoặc ghép sụn vách; tạo hình đầu mũi với sụn vành tai hoặc khâu định hướng sụn cánh mũi. Kéo dài trụ mũi được

thực hiện bằng một trong bốn phương pháp theo mức độ tăng dần tương ứng với độ ngắn của trụ mũi: nhẹ, trung bình, nặng và rất nặng.

**Vạt đôn đẩy V-Y** được chỉ định cho những trường hợp tăng chiều dài trụ mũi dưới 2mm. Thiết kế vạt theo hình chữ V với cuống là trụ mũi ban đầu, đỉnh chữ V nằm ở chân trụ mũi. Vạt có thể bao gồm cả phần trung tâm của mẫu mũi tùy theo mức độ thiếu hụt chiều dài trụ mũi. Vạt được nâng lên cùng với tổ chức dưới da. Đường rạch phía bên kéo dài dọc 2 bên trụ mũi tới vách mũi và vòm cánh mũi 2 bên để giải phóng hoàn toàn trụ mũi và tăng khả năng di động vạt, đồng thời tạo đường vào thích hợp cho các can thiệp chỉnh sửa các biến dạng khung sụn mũi, đặt các mảnh ghép dựng trụ mũi. Vạt được dịch chuyển lên phía trên theo nguyên tắc của vạt đôn đẩy V-Y. Sau khi đóng vết mổ, đường sẹo chữ Y nằm trên đường giữa. (Hình 1A)

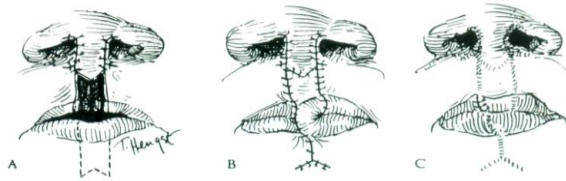
**Vạt xoay đẩy theo Millard** được chỉ định cho những trường hợp tăng chiều dài trụ mũi từ 2-3mm. Thiết kế vạt theo đường rạch mũi mở bao gồm đường rạch bờ cánh mũi và ngang trụ mũi, kéo dài xuống dưới môi theo thiết kế tạo hình môi Millard. Vạt chữ C được xoay lên trụ mũi hoặc xoay về phía nền mũi tùy theo kiểu biến dạng. (Hình 1B)

**Vạt Forked** được chỉ định cho những trường hợp tăng chiều dài trụ mũi từ 3-5mm. Trong kỹ thuật này, hai ngành của vạt được thu hoạch từ hai bên của mẫu môi dưới dạng vạt hình chữ "V", từ trụ mũi kéo dài xuống các điểm cao nhất của cung Cupid. Tùy vào nhu cầu huy động tổ chức, vạt có thể bao gồm cả sẹo môi từ lần phẫu thuật trước. Để nâng cao đầu mũi đầy đủ, các vết rạch kéo dài qua qua 2 bờ trụ mũi tới tận vách mũi, giải phóng hoàn toàn vạt và trụ mũi khỏi sự gắn kết với vách ngăn mũi. Qua đường mở này, việc chỉnh sửa các biến dạng của sụn cánh mũi và vách mũi được thực hiện. Hai ngành của vạt được khâu lại với nhau trên đường giữa, các vết rạch được đóng lại, nhờ đó trụ mũi được kéo dài. (Hình 1C và 1D)



**Hình 1.** A- Đường mổ tạo hình mũi mở và kéo dài trụ mũi với tạo hình V-Y ở vùng nhân trung. B- Tạo hình mũi mở với vạt xoay đẩy ở môi theo Millard, tạo hình chữ Z ở vùng môi đỏ nếu cần. C,D- Vạt forked kéo dài trụ mũi.

**Vật Abbé** được chỉ định cho những trường hợp tăng chiều dài trụ mũi trên 5mm. Ở môi trên, da nhân trung liên tục với trụ mũi được dùng để kéo dài trụ mũi. Sẹo và cơ vòng môi được cắt để nhận vật từ môi dưới bao gồm cả da, cơ và niêm mạc. Vật Abbé được thiết kế với kích thước phù hợp với nhân trung, có cuống nuôi là động mạch vòng môi. Phần cuống chứa lượng nhỏ niêm mạc, cơ ở mặt trên sau của môi dưới. Với cuống nhỏ, vật dễ dàng xoay lên trên mà không làm biến dạng mô quanh cuống và không tác động xấu đến nguồn cấp máu. Phần niêm mạc mặt trước xương hàm trên và của mẫu môi được bảo tồn để tạo hình ngách tiền đình. Vật Abbé sau đó được đưa vào nơi nhận và đóng theo từng lớp. Vật được cắt cuống sau 2 tuần đồng thời với chỉnh sửa môi đỏ.



**Hình 2.** A- Mẫu môi ban đầu được đẩy lên làm trụ mũi. B- Vật Abbe từ môi dưới xoay lên tạo hình nhân trung. C- Cắt chân nuôi vật sau 2 tuần. (From Cronin, T. D., and Upton, J.: *Lengthening of the short columella associated with bilateral cleft lip. Ann. Plast. Surg., 1:75, 1978*)  
**- Đánh giá kết quả.** Việc đánh giá được thực hiện ở 3 thời điểm: trước phẫu thuật, ngay sau phẫu thuật và thời điểm khám lại sau ít nhất 3 tháng.

**Bảng 1.** Bảng câu hỏi đánh giá kết quả tạo hình mũi ROE<sup>2</sup>.

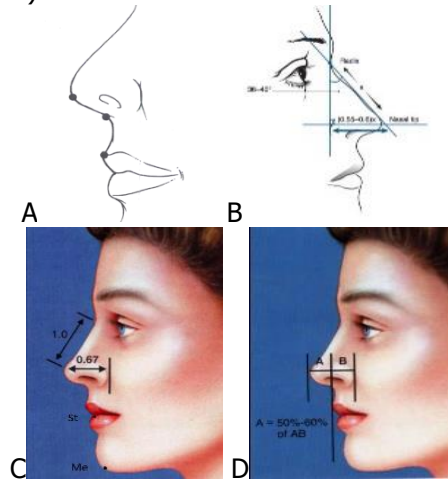
Câu hỏi	Hoàn toàn không	Một chút	Chấp nhận được	Có	Hoàn toàn đồng ý
Thích hình dáng mũi?	0	1	2	3	4
Thở dễ dàng qua mũi?	0	1	2	3	4
Người thân thích mũi của bạn?	0	1	2	3	4
Hạn chế giao tiếp xã hội?	0	1	2	3	4
Tự tin với mũi của mình?	0	1	2	3	4
Mong muốn phẫu thuật sửa chữa	0	1	2	3	4

Kết quả phẫu thuật cũng được đánh giá bằng cách sử dụng bảng câu hỏi "Đánh giá kết quả tạo hình mũi" (ROE)<sup>2</sup> và hệ thống chấm điểm Mortier<sup>3</sup>. Mỗi câu hỏi cho điểm từ 0 đến 4. Điểm tối đa là 24 với 6 câu hỏi. Tổng điểm được quy chiếu sang hệ điểm 100. Đánh giá thời điểm trước và sau mổ.

**Bảng 2.** Hệ thống chấm điểm Mortier đánh giá biến dạng mũi ở bệnh nhân khe hở môi<sup>3</sup>

Thiếu phần trên bờ lỗ mũi (0,5)	Cánh mũi vị trí cao (0,5)	Nền mũi hẹp (0,5)	Nền trụ mũi rộng (0,5)	Cánh mũi vị trí thấp (0,5)	Cánh mũi bẹt, thiếu sán (3)

Tất cả các bệnh nhân được chụp ảnh ở 3 tư thế: thẳng, nghiêng và chếch dưới (góc nhìn từ nền mũi, với hình chiếu đầu mũi nằm giữa khoảng cách từ góc mắt trong đến cung mày). Thông qua tư liệu hình ảnh, 4 chỉ số nhân trắc về tỷ lệ cân đối mũi-mặt được gián tiếp đo đạc. (Hình 3)



**Hình 3.** Các thông số nhân trắc đánh giá cân đối mũi-mặt. A- tỷ lệ chiều dài mũi trên (từ điểm chân trụ mũi tới ranh giới môi trên trắng-đỏ): độ nhô mũi (từ chân trụ mũi tới đầu mũi) = 1 (Simon analysis); B- Tỷ lệ độ nhô mũi (chân cánh mũi tới đầu mũi): chiều dài mũi (gốc mũi tới đầu mũi) = 0,55-0,6 (Goode analysis); C- Tỷ lệ chiều dài mũi:chiều cao tăng dưới mặt (chân trụ mũi tới dưới cằm) = 1; D- Đường thẳng đứng qua đỉnh môi trên chia mũi thành hai phần trước sau với tỷ lệ 1/2 (Gunter and Rohrich analysis).

<b>Lệch vách ngăn (2)</b>	<b>Nền mũi rộng (0,5)</b>	<b>Nền trụ mũi hẹp (0,5)</b>	<b>Thừa bao phủ cánh mũi (0,5)</b>	<b>Thiếu bao phủ cánh mũi (0,5)</b>	<b>Trụ mũi ngắn (0,5)</b>

**III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU**

Nghiên cứu thực hiện trên 18 bệnh nhân với 10 bệnh nhân nữ và 8 bệnh nhân nam; tuổi trung bình là 22 tuổi. Trong đó có 6 bệnh nhân khe hở môi hai bên và 12 bệnh nhân khe hở môi một bên. Các bệnh nhân khe hở môi 1 bên được phẫu thuật với tạo hình V-Y (10 bệnh nhân) và vạt xoay đẩy (2 bệnh nhân). Các bệnh nhân khe hở môi hai bên được phẫu thuật với tạo hình forked flap (4 bệnh nhân) và vạt Abbe (2 bệnh nhân).

**Bảng 3.** Thay đổi các chỉ số nhân trắc của mũi trước và sau phẫu thuật

Chỉ số trung bình (n=18)	Trước phẫu thuật	Sau phẫu thuật
Tỷ lệ chiều dài môi trên: độ nhô mũi	0,69	0,65
Tỷ lệ độ nhô mũi: chiều dài mũi	0,46	0,53
Tỷ lệ chiều dài mũi: chiều cao tăng dưới mắt	0,8	0,876
Tỷ lệ phần trước trụ mũi: chiều cao mũi	0,43	0,47

Thời gian theo dõi trung bình là 9 tháng. Mức độ biến dạng ban đầu trung bình là 24,7 ± 5,99 điểm và kết quả sau phẫu thuật là 72,58 ± 11,45 điểm theo thang điểm "Đánh giá kết quả tạo hình mũi (ROE)". Thang điểm Mortier đánh giá mức độ nặng của biến dạng cải thiện rõ rệt từ trước mổ 4.1 ± 2.0, sau mổ giảm còn 1.63 ± 1.008. Không có biến chứng nào được ghi nhận.

**IV. BÀN LUẬN**

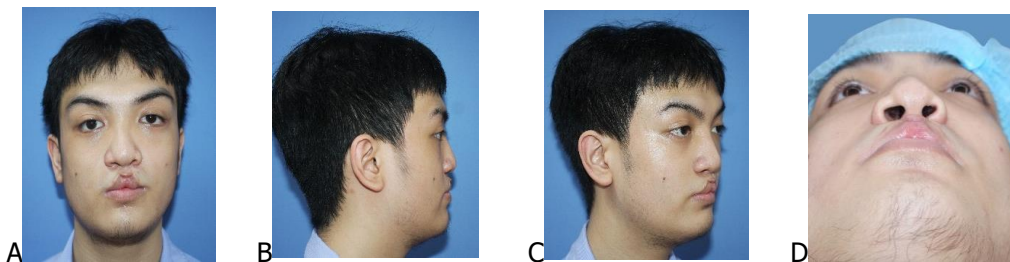
Kéo dài trụ mũi là bước quan trọng trong toàn bộ phẫu thuật tạo hình sửa các biến dạng môi mũi trên bệnh nhân di chứng khe hở môi - vòm.<sup>1</sup> Tăng chiều dài trụ mũi giúp tăng rõ rệt độ nhô của mũi, yếu tố tạo nên sự thay đổi quan

trọng về hình thể ngoài của mũi, cơ sở cho hiệu quả của các phương pháp đặt vật liệu dựng trụ và chỉnh sửa các biến dạng khung sụn mũi. Ngoài ra, kéo dài trụ mũi cũng góp phần cải thiện chiều dài của mũi. Kết quả của nghiên cứu cho thấy có sự cải thiện rõ rệt tỷ lệ chiều dài mũi/chiều dài tăng dưới mắt (0.8→0.876) (chiều dài tăng dưới mắt không thay đổi trước và sau phẫu thuật) và tỷ lệ độ nhô mũi/chiều dài mũi (0.46→0.53). Tỷ lệ chiều cao môi trên/độ nhô mũi không giảm nhiều (0.69→0.65) dù độ nhô mũi tăng rõ rệt cho thấy chiều cao môi trên ít bị ảnh hưởng, thậm chí được cải thiện gián tiếp thông qua các phương pháp kéo dài trụ mũi.

Có nhiều phương pháp có thể sử dụng cho mục đích kéo dài trụ mũi, chúng tôi lựa chọn phương pháp dựa trên những ưu, nhược điểm và sự phù hợp với các đặc điểm và mức độ biến dạng mũi khác nhau trong từng trường hợp.

Vật dồn đẩy dạng V-Y được biết đến như là "kỹ thuật Gensoul", được giới thiệu lần đầu năm 1833 [4]; được nhiều phẫu thuật viên sử dụng và cải tiến. Kỹ thuật có những hạn chế như: mức độ kéo dài trụ mũi không nhiều; sẹo mổ ở đường giữa nhân trung; làm giảm chiều ngang của môi trên. Trong nghiên cứu này vạt V-Y được chỉ định trong các trường hợp thiếu chiều dài trụ mũi ít, nền mũi và cánh mũi 2 bên không quá rộng, hình thái của nhân trung và cung Cupid chấp nhận được, sẹo môi không cần can thiệp.

Vạt xoay đẩy của Millard là phương pháp lý tưởng để điều chỉnh các biến dạng thứ phát của khe hở môi một bên [5]. Vạt được chỉ định trên các bệnh nhân có tình trạng ngắn trụ mũi mức độ trung bình, ngắn chiều cao môi trắng và biến dạng cánh mũi trong di chứng khe hở môi một bên, Sẹo mổ thẩm mỹ trùng với viền nhân trung.





**Hình 4.** Tạo hình mũi: nâng sống mũi với silicone, trụ mũi với Medpor, kéo dài trụ mũi với vạt folk, ghép sụn đầu mũi.

Trong phẫu thuật đóng khe hở môi, thông thường không có sự mất mát quá mức của mô vùng mòm môi, thậm chí mòm môi thường tăng kích thước rất nhiều dẫn đến có đủ mô để tạo ra một trụ mũi đủ dài. Millard [6](1958) đã sử dụng một vạt hai ngành từ các phần bên của mòm môi bao gồm cả đường sẹo từ phẫu thuật môi trước đó để kéo dài trụ mũi. Forked flap, như được mô tả bởi Millard (1958) có những ưu điểm: Có đủ mô nơi cho từ phần bên của mòm môi đáp ứng yêu cầu kéo dài trụ mũi; hầu hết bệnh nhân có khe hở môi hai bên cần chỉnh sửa sẹo môi và thu hẹp lỗ mũi sau lần phẫu thuật đầu tiên. Cả hai mục tiêu đó đều đạt được như là một phần của quá trình phẫu tích vạt và tạo đường vào thuận lợi cho chỉnh sửa cơ vòng môi cũng như sụn cánh mũi [1]. Thu hẹp môi ở phần trên dẫn đến sự dịch chuyển tự nhiên của phần trung tâm còn lại của mẫu môi dịch chuyển xuống dưới trong khi khâu lại. Vết sẹo để lại ở môi trên ở vị trí thẩm mỹ tương ứng với các gờ nhân trung. Hạn chế của kỹ thuật là nếu da được đóng lại theo mô tả ban đầu của Millard, các góc của năm vạt sẽ gần như gặp nhau tại điểm duy nhất ở gốc trụ mũi. Điều này có thể tạo ra một điểm yếu có thể xảy ra sự cố như hoại tử, thiếu dưỡng vạt, chậm liền thương. Đường sẹo dọc giữa trụ mũi hiếm khi cho kết quả thẩm mỹ khả quan. Forked flap được chúng tôi ưu tiên sử dụng trong trường hợp trụ mũi ngắn nhiều; mòm môi rộng có chỉ định thu hẹp mòm môi để tạo hình thái tự nhiên hơn của nhân trung; sẹo môi cần can thiệp sửa chữa; đồng thời môi trên không quá căng.

Vạt "Abbe" được Robbert Abbé giới thiệu là "vạt chuyển môi" vào năm 1898 để điều chỉnh thứ phát dị tật khe hở môi và vẫn được sử dụng rộng rãi cho đến nay. Vạt cung cấp chất liệu tạo hình tương đồng về màu sắc, chất lượng, toàn bộ tiểu đơn vị nhân trung được thiết kế lại, mang lại kết quả thẩm mỹ tốt [7]. Hạn chế của phương pháp là tạo ra một đường sẹo thẳng ở trung tâm môi dưới, sự gắn liền 2 môi trong 2 tuần, khả

năng gây ra những vết sẹo không thẩm mỹ [8]. Sử dụng vạt toàn bộ mẫu môi để kéo dài trụ mũi kết hợp vạt Abbé trong trường hợp cần mức độ kéo dài trụ mũi lớn, môi trên căng và ngắn nhiều theo chiều dọc, khe tiền đình nông, sẹo môi xấu và thiếu tổ chức môi đo trung tâm.



**Hình 5.** A, D. Biến dạng mũi đi chứng khe hở môi toàn bộ hai bên. B, E. Sau phẫu thuật thì đầu tạo hình mũi và tạo hình nhân trung với vạt Abbe. C, F. Sau phẫu thuật 6 tháng.

## V. KẾT LUẬN

Phương pháp tiếp cận kéo dài trụ mũi theo các cấp độ đã cho thấy kết quả tốt, tỷ lệ bệnh nhân hài lòng cao và tỷ lệ biến chứng thấp.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

- G Eskeland, H Borchgrevink, F E Abyholm 1979.** Columella lengthening in bilateral cleft lip patients. Experience with the forked flap procedure. *Scand J Plast Reconstr Surg*;13(3):429-36. Doi:10.3109/02844317909013093.
- Alsarraf R.** Outcomes Research in Facial Plastic Surgery: A Review and New Directions. *Aesth. Plast. Surg.* 24:192-197, 2000 DOI: 10.1007/s002660010031
- Mortier P. B, Martinot L. V (1997),** "Evaluation of the results of cleft lip and palate surgical treatment: Preliminary report", *Cleft palate-craniofacial Journal*, Vol 34 (3), 247- 254
- Gensoul M.** Reduction of a thickened columella and advancing the point of the nose. *J Univ Hebd Med Prat* 12:29, 1833.
- Ying-jun Yan et al.** Analysis of Millard II technique for correcting secondary deformities of unilateral cleft lip. *Zhonghua Zheng Xing Wai Ke Za Zhi.* 2006 May

6. Millard Dr Jr. Columella lengthening by a forked flap. *Plast Reconstr Surg* 1958;42:535.
7. Abbe R. A new plastic operation for the relief of deformity due to double harelip. *Plast Reconstr Surg* 1968;42:481-3.

8. Lun-Jou Lo , Alex A Kane, Yu-Ray Chen. Simultaneous reconstruction of the secondary bilateral cleft lip and nasal deformity: Abbé flap revisited. *Plast Reconstr Surg*.2003 Oct;112(5) :1219-27.

## NHẬN XÉT KẾT QUẢ THAY HUYẾT TƯƠNG TRONG PHỐI HỢP ĐIỀU TRỊ VIÊM TUY CẤP DO TĂNG TRIGLYCERIDE MÁU TẠI BỆNH VIỆN HỮU NGHỊ

Tô Hoàng Dương\*, Nguyễn Thế Anh\*

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Mô tả các đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và hiệu quả của liệu pháp thay huyết tương trong phối hợp điều trị viêm tụy cấp do tăng Triglyceride (TG). **Đối tượng và phương pháp:** 14 bệnh nhân được chẩn đoán viêm tụy có trị số TG > 11.3 mmol/L, được điều trị thay huyết tương phối hợp điều trị viêm tụy cấp thường quy tại khoa Hồi sức tích cực và Chống độc từ 2/2018 đến 2/2021. Tiến cứu mô tả. **Kết quả:** Giới nam: 78.6%, nữ: 21.4%; tuổi trung bình 62±17; tiền sử: 64.3% uống rượu, 57.1% rối loạn lipid máu, 42.9% đái tháo đường. Thời điểm nhập khoa; 100% đau bụng trên rốn, 85.7% buồn nôn, nôn; 100% chướng bụng, 71.4% bí trung, đại tiện; 64,3% đau điểm sườn lưng. Chỉ số trung bình Amylase: 642±347 UI/L, TG: 35.7±13.2 mmol/L; Cholesterol: 13.7±4.2mmol/L. CT bụng: 14.3% Baltaza E; 50% Baltaza D; 35.7% Baltaza C. Kết quả, thay huyết tương: 71.4% thay 01 lần; 21.4% thay 02 lần; 7.2% thay 03 lần. Dung dịch thay thế: 85.7% là plasma tươi và 14.3% là Albumin 5%. Nồng độ TG sau lọc lần 1: giảm từ 35.7 xuống 7.8; sau lần 2: 2.4 mmol/L. Biến chứng: 7.1% tắc quả lọc, 7.1% tắc catheter, 14.3% dị ứng. Tỷ lệ khỏi: 92.9%; tử vong 7.1%. **Kết luận:** Thay huyết tương là một liệu pháp an toàn và hiệu quả trong phối hợp điều trị viêm tụy cấp do tăng TG; cần được triển khai rộng rãi và thường quy trong bệnh viện.

**Từ khóa:** Lâm sàng, cận lâm sàng, hiệu quả liệu pháp thay huyết tương, điều trị viêm tụy cấp.

### SUMMARY

#### COMMENT ON THE RESULTS OF PLASMA EXCHANGE IN COMBINATION TREATMENT FOR ACUTE PANCREATITIS DUE TO HYPERTRIGLYCERIDEMIA AT HUU NGH HOSPITAL

**Objective:** To describe the clinical, subclinical, and clinical features of plasma replacement therapy in the combination treatment of triglyceride-induced pancreatitis (TG). **Subjects and methods:** 14

patients diagnosed with pancreatitis with TG value > 11.3 mmol / L, plasma exchange treatment combined with routine treatment of acute pancreatitis at the Intensive care and Control poisoning department from February 2018 to February 2021. Descriptive research. **Results:** Men: 78.6%, women: 21.4%; average age 62 ± 17; history: 64.3% drink alcohol, 57.1% have dyslipidemia, 42.9% diabetes mellitus. Time of admission; 100% abdominal pain on the navel, 85.7% nausea, vomiting; 100% bloating, 71.4% urinary retention, defecation; 64.3% of back pain point. Average Amylase index: 642 ± 347 UI/L, TG: 35.7 ± 13.2 mmol/L; Cholesterol: 13.7 ± 4.2 mmol/L. CT abdomen: 14.3% Baltaza E; 50% of Baltaza D; 35.7% Baltaza C. Results, plasma replacement: 71.4% instead of 01 time; 21.4% replaced 02 times; 7.2% changed 03 times. Alternative solution: 85.7% is fresh plasma and 14.3% is 5% albumin. The concentration of TG after the first filtration: decreased from 35.7 to 7.8; after 2nd time: 2.4 mmol/L. Complications: 7.1% filter obstruction, 7.1% catheter obstruction, 14.3% allergies. Cure rate: 92.9%; mortality 7.1%. **Conclusion:** Plasma exchanged is a complete and effective treatment of conjunctivitis due to TG increase; should be widely and routinely deployed in the hospital.

**Keywords:** Clinical, subclinical, features of plasma replacement therapy, treatment of pancreatitis.

### I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm tụy cấp (VTC) là một quá trình tổn thương cấp tính của tụy, bệnh thường xảy ra đột ngột với những triệu chứng lâm sàng đa dạng, phức tạp từ VTC nhẹ thể phù đến VTC nặng thể hoại tử với các biến chứng suy đa tạng nặng nề, tỉ lệ tử vong cao. Ở Mỹ hằng năm có khoảng 250.000 trường hợp nhập viện vì VTC; Ở Anh bệnh nhân VTC tăng 3,1% mỗi năm [1]. Khoảng 10 – 15% ca VTC có diễn tiến nặng và có thể dẫn đến tử vong. Ở Việt Nam trong những năm gần đây qua một số nghiên cứu và thống kê cho VTC ngày càng gia tăng [2].

Có nhiều nguyên nhân gây ra VTC, đứng hàng đầu là do sỏi mật và nghiện rượu chiếm khoảng 80%; tiếp sau đó là do tăng Triglyceride (TG), chiếm 1,3 – 3,8%. Tuy nhiên, do chất lượng cuộc sống ngày một nâng cao, với chế độ ăn không hợp lý, các bệnh lý rối loạn chuyển hoá

\*Bệnh viện Hữu Nghị

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thế Anh

Email: theanhstc@gmail.com

Ngày nhận bài: 22/8/2021

Ngày phản biện khoa học: 17/9/2021

Ngày duyệt bài: 2/10/2021