

KẾT QUẢ SỬ DỤNG VẬT VÁCH NGĂN MŨI CÙNG THÌ PHẪU THUẬT TẠO HÌNH MÔI Ở BỆNH NHÂN KHE HỞ MÔI VÒM MIỆNG

Tạ Quang Trung¹, Đặng Triệu Hùng², Nguyễn Tấn Văn³

TÓM TẮT

Khe hở môi vòm miệng (KHMVM) đặc biệt là KHMVM toàn bộ là dị tật bẩm sinh nặng có ảnh hưởng nhiều đến chức năng ăn uống, phát âm, tăng trưởng mặt và tâm lý của trẻ cũng như gia đình. Phẫu thuật tạo hình môi và vòm miệng sớm là một phần quan trọng trong chiến lược điều trị toàn diện cho trẻ KHMVM. **Mục tiêu:** Đánh giá kết quả phẫu thuật bước đầu ở bệnh nhân KHMVM toàn bộ một bên được phẫu thuật sử dụng vật vách ngăn mũi cùng thì tạo hình môi. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả chùm ca bệnh trên 26 bệnh nhân KHMVM toàn bộ một bên được phẫu thuật tại Bệnh viện E, Bệnh viện Đại Học Y Hà Nội từ tháng 6/2024 đến tháng 8/2025. **Kết quả:** Sau phẫu thuật có 1/26 bệnh nhân chiếm 3.8% bị chảy máu. Tại thời điểm tái khám sau phẫu thuật 3 tháng, tỷ lệ vật vách ngăn liền thương hoàn toàn là 23/26 đạt 88.5%, 2/26 trường hợp (7.7%) vật liền thương 60%, 1 trường hợp (3.8%) vật không liền thương.

Từ khóa: Khe hở môi vòm miệng toàn bộ một bên, vật vách ngăn mũi, Millard cải tiến.

SUMMARY

RESULTS OF USING VOMER FLAP AT THE SAME TIME AS LIP RECONSTRUCTION SURGERY IN PATIENTS WITH CLEFT LIP AND PALATE

Cleft lip and palate (CLP), especially bilateral complete cleft lip and palate, is a severe congenital craniofacial anomaly that significantly affects feeding, speech, facial growth, and the psychological well-being of both the child and their family. Early surgical repair of the lip and palate is a critical component of the comprehensive treatment strategy for children with CLP. **Objective:** To evaluate the preliminary surgical outcomes of simultaneous nasal septal flap reconstruction during primary cleft lip repair in patients with unilateral complete CLP. **Subjects and Methods:** A descriptive case series was conducted on 26 patients with unilateral complete CLP who underwent surgery at E Hospital and Hanoi Medical University Hospital from June 2024 to August 2025. **Results:** Postoperative bleeding occurred in 1 out of 26 patients (3.8%). At the 3-month postoperative follow-up, 23/26 patients (88.5%) achieved complete healing of the nasal septal flap; 2/26 patients (7.7%)

showed approximately 60% flap healing, and 1 patient (3.8%) had flap failure.

Keywords: Unilateral complete cleft lip and palate, nasal septal flap, modified Millard technique.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Khe hở môi vòm miệng (KHMVM) là dị tật bẩm sinh hay gặp ở vùng sọ mặt, với tỷ lệ khoảng 1:1000 trẻ mới sinh, dị tật gây ảnh hưởng lớn ăn uống, phát âm, tăng trưởng mặt và tâm lý của trẻ cũng như gia đình.^{1,6} Phẫu thuật đóng vai trò quan trọng trong chiến lược điều trị toàn diện cho trẻ KHMVM giúp khôi phục lại cấu trúc giải phẫu, giúp trẻ ăn uống và phát âm được, hạn chế tỷ lệ lỗ thông mũi – miệng, cũng như làm ảnh hưởng tối thiểu tới sự tăng trưởng của mặt.⁷

Đóng được sự thông thương mũi miệng, biến một khe hở vòm toàn bộ thành một khe hở vòm miệng mềm, giảm được kích thước khe hở vòm miệng là những ưu điểm khi vật vách ngăn mũi liền thương hoàn toàn⁸. Đã có nhiều báo cáo kết quả sử dụng vật vách ngăn mũi cùng thì phẫu thuật tạo hình khe hở môi ở bệnh nhân KHMVM toàn bộ nhận thấy tỷ lệ thành công cao khoảng 94-96%, vật liền thương không hoàn toàn hoặc không liền thương dẫn tới còn lỗ thông mũi – miệng là 4-6%⁸.

Ở Việt Nam đã có các nghiên cứu về việc sử dụng vật vách ngăn mũi cùng thì tạo hình môi ở trẻ bị KHMVM toàn bộ, trong bối cảnh chiến lược điều trị toàn diện cho trẻ dị tật KHMVM được nâng cao và đặc biệt chú trọng. Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu với mục tiêu: *Đánh giá kết quả phẫu thuật sử dụng vật vách ngăn mũi cùng thì tạo hình môi tại Bệnh viện E, Bệnh Viện Đại Học Y Hà Nội 2024– 2025.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: 26 bệnh nhân KHMVM toàn bộ một bên phẫu thuật lần đầu.

2.1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân vào nghiên cứu

- Bệnh nhân KHMVM toàn bộ một bên
- Tuổi $\geq$ 3 tháng tuổi
- Bệnh nhân phẫu thuật lần đầu
- Bệnh nhân không kèm các hội chứng sọ mặt khác

- Có đủ điều kiện sức khỏe để phẫu thuật

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ bệnh nhân

- Bệnh nhân được mổ theo phương pháp khác

¹Bệnh viện E

²Trường Đại học Y Hà Nội

³Trường Đại học Y Dược - Đại học Quốc gia Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Tạ Quang Trung

Email: drtaquangtrung@gmail.com

Ngày nhận bài: 8.9.2025

Ngày phản biện khoa học: 20.10.2025

Ngày duyệt bài: 17.11.2025

- Bệnh nhân không được người nhà đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu: Mô tả chùm ca bệnh.

2.2.2. Cách chọn mẫu. Mẫu thuận tiện: 26 bệnh nhân KHMVM toàn bộ một bên được phẫu thuật lần đầu tại Bệnh viện E và Bệnh viện Đại học Y từ tháng 6/2024 đến tháng 8/2025.

2.2.3. Các bước tiến hành

- Bước 1: Lựa chọn đối tượng nghiên cứu
o Khám sàng lọc, làm xét nghiệm
o Lựa chọn đối tượng nghiên cứu là trẻ có KHMVM toàn bộ một bên đáp ứng các Tiêu chuẩn lựa chọn

- Bước 2: Tiến hành phẫu thuật sử dụng vật vách ngăn mũi cùng thì với tạo hình môi ở trẻ có KHMVM toàn bộ 1 bên.

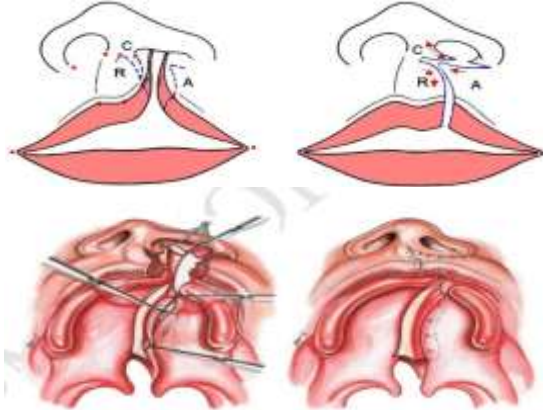
o Thực hiện các chấm điểm đánh giá trước và sau phẫu thuật

- Bước 3: Theo dõi và đánh giá kết quả sau phẫu thuật, khi ra viện.

- Bước 4: Khám lại và đánh giá kết quả sau phẫu thuật 1 – 3 và 6 tháng.

- Bước 5: Nhập số liệu và xử lý số liệu.

2.2.4. Phương pháp phẫu thuật: Bệnh nhân phẫu thuật sử dụng vật vách ngăn mũi cùng thì với tạo hình môi theo phương pháp Millard cải tiến dưới gây mê nội khí quản.



Hình 1. Các bước phẫu thuật 8

A. Thiết kế đường rạch theo phương pháp Millard cải tiến. Rạch da và niêm mạc.

B. Rạch và Lật vật vách ngăn mũi, bóc tách và giảm căng vật, khâu đóng vật vách ngăn vào bờ khe hở bên ngoài.

C. Khâu đóng tạo nền mũi

D. Các khâu vật cơ-niêm mạc và da ở khe hở môi phía trước. Thực hiện các phép đo trước và sau phẫu thuật. Các đo đặc được tiến hành trước, trong và sau phẫu thuật sau khi bệnh nhân đã được gây mê.



Hình 2. Đo kích thước KHMVM trên lâm sàng⁸

- Đánh giá KHM theo thang điểm Mortier.
- Độ rộng KHVM: là khoảng cách 2 điểm gai mũi sau (là nơi rộng nhất của KHVM ở phần vòm miệng cứng) và được đo là AA'.

2.2.5. Đánh giá kết quả phẫu thuật

a. Các biến chứng sớm

- Chảy máu sau mổ

- Nhiễm trùng

- Bục vết mổ

b. Các biến chứng muộn sau 1 tháng

- Lỗ thông miệng - mũi

- Tình trạng vật vách ngăn liền thương bao nhiêu %

2.2.6. 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 20.0.

2.3. Đạo đức nghiên cứu

- Bố mẹ và người giám hộ của bệnh nhân được giải thích đầy đủ về mục đích và nội dung nghiên cứu. Bố mẹ và người giám hộ được đọc và ký vào bản đồng thuận tham gia nghiên cứu theo mẫu.

- Nghiên cứu được thực hiện sau khi Đề cương nghiên cứu được thông qua bởi Hội đồng thông qua đề cương Trường Đại học Y Hà Nội.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong số 26 bệnh nhân KHMVM toàn bộ một bên được phẫu thuật, có 13 bệnh nhân nam, chiếm 50.0%, 13 bệnh nhân nữ, chiếm 50%. Tỷ lệ nam: nữ = 1:1

Tuổi trung bình 12 tháng, trong đó tuổi lớn nhất là 27 tháng, tuổi nhỏ nhất là 3 tháng.

Bảng 1. Phân bố bên KHMVM toàn bộ một bên

Bên KHMVM	Trái	Phải	Tổng
Giới			
Nam	7(45%)	6(55%)	13(100%)
Nữ	4(30%)	9(70%)	13(100%)
Tổng số	11(42%)	15(58%)	26(100%)

Trong số 26 bệnh nhân, 11 bệnh nhân có khe hở bên trái, chiếm 42%, 15 bệnh nhân có khe hở bên phải, chiếm 58%. Tỷ lệ khe hở bên Phải:Trái là 1.36 :1. Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về tỷ lệ khe hở bên trái với khe hở bên

phải theo các nghiên cứu trong và ngoài nước.

Bảng 2. Chiều rộng KHMV tại gai mũi sau

Chiều rộng KHMV	Tại gai mũi sau
<10 mm	4(15%)
10–20 mm	22(85%)
>20 mm	0(0%)
Tổng số	26(100%)
Chiều rộng KHMV trung bình (mm) (n=26)	12,5±1,75

Bảng 3. Tỷ lệ biến chứng sau phẫu thuật

Tình trạng vật	Số bệnh nhân	Tỷ lệ (%)
Các vật da, niêm mạc được nuôi dưỡng tốt	23	88.5%
Đầu vật bị sưng nề, thiếu dưỡng nhẹ	2	7.7%
Vật bị bong, chảy máu sau mổ.	1	3.8%
Tổng số	26	100%

Trong 26 bệnh nhân, chiều rộng KHMV tại gai mũi sau từ 10 – 20 mm có 22/26 bệnh nhân, chiếm 88.5%, 4/26 bệnh nhân (chiếm 15%) có chiều rộng khe hở tại gai mũi sau < 10 mm và không có bệnh nhân nào có độ rộng khe hở tại gai mũi sau > 20 mm.

Bảng 4. Thay đổi kích thước khe hở vòm miệng trước và sau phẫu thuật

Kích thước KHMV tại gai mũi sau	Trước phẫu thuật	Sau phẫu thuật từ 6 tháng
<10 mm	4(15%)	2(20%)
10 – 20 mm	22(85%)	10(80%)
Tổng số	26(100%)	12(100%)
Kích thước KHMV tại gai mũi sau trung bình (mm)	12,5±1,75	11,4±2.7

Do điều kiện địa lý, các bệnh nhân đều ở vùng sâu, vùng xa đi lại khó khăn và thời gian nghiên cứu ngắn nên bệnh nhân quay lại để phẫu thuật đóng khe hở vòm miệng chỉ còn 12/26 bệnh nhân. Và chỉ trong 12 bệnh nhân này mới đo đạc được chỉ số nghiên cứu nghiên cứu. Kích thước khe hở vòm miệng tại gai mũi sau trung bình trước phẫu thuật là 12,5 ± 1,75 (mm), sau phẫu thuật là 11,4 ± 1.5 (mm). Sau phẫu thuật, khe hở vòm miệng giảm thêm trung bình 1,1±1,3 (mm). Khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Đối với các biến chứng sớm sau phẫu thuật, có 2/26 trường hợp (chiếm 7.7%) bị sưng nề, thiếu dưỡng nhẹ, sau đó thì vật vách ngăn chỉ liền thương được 60%, có một trường hợp chảy máu sau mổ, trường hợp này vật vách ngăn không liền thương. Có 23/26 trường hợp, chiếm 88.5% là vật vách ngăn liền thương tốt ở thời điểm 3 tháng.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm lâm sàng KHMV toàn bộ một bên. Tỷ lệ nam:nữ khoảng 1:1, thấp hơn so với nghiên cứu của các tác giả trước đó với tỷ lệ nam:nữ thường gặp là 3:2. 2

Tuổi phẫu thuật trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi là 12 tháng, nhỏ nhất là 3 tháng, lớn nhất là 27 tháng. So với các nghiên cứu được tại Việt Nam cho thấy độ tuổi phẫu thuật trong nghiên cứu của chúng tôi cao hơn, cho thấy công tác khám, tư vấn và sàng lọc vẫn cần phải chú trọng và đẩy mạnh. 5,8

Tỷ lệ KHMV bên P : bên T = 1,36:1, tương tự như các nghiên cứu của Nguyễn Thị Hồng Tuyền (2014) 2

Trong nghiên cứu của chúng tôi, độ rộng tại gai mũi sau đại diện cho độ rộng của KHMV. Trong đó, độ rộng < 10 mm, chiếm 15%; bệnh nhân có khe hở có độ rộng 10 – 20 mm chiếm 85% và không có khe hở nào có độ rộng > 20mm, tương tự như nghiên cứu của Trịnh Đỗ Vân Nga 2022 và Nguyễn Thị Hồng Tuyền (2014) cũng nghiên cứu trên các bệnh nhân có KHMV toàn bộ một bên.

4.2. Kết quả phẫu thuật. Trong nghiên cứu của chúng tôi sử dụng vật vách ngăn mũi phối hợp cùng thì với tạo hình môi theo phương pháp Millard cải tiến, với kết quả vật vách ngăn liền thương tốt ở 23/26 trường hợp chiếm 88.5%, kích thước khe hở vòm miệng đo tại gai mũi sau giảm trung bình 1,1±1,3 (mm), giảm kích thước khe hở vòm miệng nhằm tạo thuận lợi cho quá trình đóng khe hở vòm miệng chính thức ở thì 2.

Tỷ lệ gặp biến chứng sớm trong nghiên cứu của chúng tôi là 7.7% ở 2 bệnh nhân có hiện tượng sưng nề và thiếu dưỡng nhẹ vật vách ngăn, một trường hợp bị chảy máu sau mổ và vật vách ngăn không liền thương chiếm 3.8%. Tỷ lệ không có biến chứng sau phẫu thuật là 23/26 trường hợp, chiếm 88.5%. Hai trường hợp chúng tôi gặp vật vách ngăn chỉ liền thương được 60% đều gặp ở những bệnh nhân trên 1 tuổi, đã mọc răng trên miệng, và thực tế khi phẫu thuật kích thước của vật vách ngăn khá biến đổi và thường khá nhỏ nên khi bóc tách và đóng vật khó khăn như nghiên cứu của Gaurav Deshpande 7 cũng cho kết quả thất bại lên tới 20% và lý giải một phần nguyên nhân do sự thay đổi hệ vi khuẩn trong miệng giữa một trẻ chưa mọc răng và có răng trên miệng.

Đối với nghiên cứu của chúng tôi, cần theo dõi lâu dài và đánh giá thêm về các thuận lợi và khó khăn ở thì phẫu thuật đóng vòm miệng

chính thức cũng như theo dõi sự ảnh hưởng của vạt vách ngăn với sự tăng trưởng của mặt với sự theo dõi sau 5-10 đến 15 năm sau của cách thức phẫu thuật này.

V. KẾT LUẬN

KHMVM toàn bộ một bên là dị tật bẩm sinh thường gặp, với tỷ lệ khe hở bên Phải: khe hở bên Trái ở mức 1,36:1. Nghiên cứu trên 26 trẻ có KHMVM toàn bộ một bên thấy phẫu thuật sử dụng vạt vách ngăn mũi cùng thì với tạo hình môi là phương pháp có ưu điểm, với tỷ lệ thành công và an toàn cao, giảm được kích thước khe hở vòm miệng tại gai mũi sau, giảm tình trạng thông mũi – miệng sau phẫu thuật thuận lợi cho ăn uống và phát âm.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Văn Giáp, Nguyễn TT, Lê NT, Nguyễn HL, Nguyễn HT. Kết quả điều trị và phục hồi chức năng cho trẻ em mắc dị tật khe hở môi và/hoặc vòm miệng tại bệnh viện răng hàm mặt trung ương Hà Nội năm 2019-2021. VMJ. 2022;514(2).
2. Nguyễn Thị Hồng Tuyền. Nhận xét đặc điểm lâm sàng và kết quả phẫu thuật khe hở vòm miệng toàn bộ một bên theo phương pháp V-Y pushback tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Nam - Cu Ba năm 2014. Luận văn Bác sỹ Chuyên khoa Cấp II. 2014.
3. Lurian Minatel, Jéssica Marcela de Luna Gomes, Cleidiel Aparecido Araújo Lemos, João Pedro Justino de Oliveira Limirio. Influence of vomer flap on craniofacial growth in patients with cleft lip and palate: A systematic review. Journal of Cranio-Maxillofacial Surgery. Volume 47, Issue 6, June 2019, Pages 902-908
4. James D. Martin Smith, Louise Fitzgerald, David J.A. Orr. How reliable is the vomer flap in early hard palate repair. Journal of PlasticReconstructive & Aesthetic Surgery. Volume 70, Issue6, June2017, Pages 826-832.
5. Bram J. A. Smarius, Corstiaan C. Breugem. Use of early hard palate closure using a vomer flap in cleft lip and palate patients 2016. Journal of Cranio-Maxillofacial Surgery. Volume 44, Issue 8, August 2016, Pages 912-918
6. Nishantha Perinparajah, David Drake. Analysis of changes in the 3-dimensional anatomy of palatal shelves of unilateral cleft lip & palate patients following vomer flap repair 2011. International Journal of Surgery. Volume 9, Issue 7, 2011, Pages 501-502.
7. Gaurav Deshpande, Lisa Wendby, Rasika Jag tap, Björn Schönmeier. The efficacy of vomer flap for closure of hard palate during primary lip repair. Journal of Plastic, Reconstructive & Aesthetic Surgery 2015. Volume 68, Issue 7, July 2015, Pages 940-945
8. Timbang MR, Gharb BB, Rampazzo A, Papay F, Zins J, Doumit G. A systematic review comparing Furlow double-opposing Z-plasty and straight-line intravelar veloplasty methods of cleft palate repair. Plast Reconstr Surg. 2014;134(5): 1014-1022.
9. Yamaguchi K, Lonc D, Lee CH, Yun C, Lo LJ. Modified Furlow Palatoplasty Using Small Double-Opposing Z-Plasty: Surgical Technique and Outcome. Plastic and reconstructive surgery. 2016;137(6):1825-1831.

KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ BỆNH NHÂN UNG THƯ BUỒNG TRÚNG THỂ NHẦY GIAI ĐOẠN I-III TẠI BỆNH VIỆN K

Othitmoura Siama^{1,2}, Lê Trí Chính^{1,2},
Hoàng Mạnh Thắng^{1,2}, Trần Việt Hoàng^{1,2}

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả kết quả điều trị ung thư buồng trứng thể nhầy giai đoạn I–III tại Bệnh viện K. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả hồi cứu kết hợp tiền cứu trên 47 bệnh nhân được chẩn đoán xác định bằng mô bệnh học và điều trị tại Bệnh viện K giai đoạn 2016–2024. Dữ liệu được phân tích bằng thống kê mô tả và phương pháp Kaplan–Meier để ước tính thời gian sống thêm toàn bộ và sống thêm không bệnh, với các kiểm định so sánh theo nhóm,

ngưỡng ý nghĩa $p < 0,05$. **Kết quả:** Thời gian sống thêm toàn bộ trung bình của nhóm nghiên cứu đạt $71,6 \pm 4,27$ tháng, với tỷ lệ sống sau 1 năm là 97,8%, sau 2 năm 89,8% và sau 5 năm 81,2%. Thời gian sống thêm không bệnh trung bình là $55,4 \pm 5,06$ tháng, với tỷ lệ không bệnh sau 1 năm là 89,3%, sau 2 năm 76,8% và sau 5 năm 53,3%. Phân tích cho thấy kết quả sống còn khác biệt có ý nghĩa theo giai đoạn FIGO đối với OS ($p = 0,02$), trong khi sự khác biệt về DFS chưa đạt ý nghĩa ($p = 0,91$). Kích thước khối u có ảnh hưởng rõ rệt đến DFS, với nhóm ≤ 15 cm có kết quả tốt hơn đáng kể so với nhóm > 15 cm ($p < 0,01$), trong khi khác biệt về OS không có ý nghĩa ($p = 0,47$). Ngoài ra, có xu hướng tiên lượng tốt hơn ở bệnh nhân có mô bệnh học xâm nhập kiểu lan rộng so với kiểu thâm nhiễm và ở nhóm CA-125 < 35 U/ml so với ≥ 35 U/ml, mặc dù khác biệt chưa đạt ý nghĩa thống kê. **Kết luận:** Giai đoạn bệnh là yếu tố tiên lượng quan trọng đối với thời gian sống thêm

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện K

Chịu trách nhiệm chính: Othitmoura Siama

Email: neeghlubtiag@gmail.com

Ngày nhận bài: 9.9.2025

Ngày phản biện khoa học: 21.10.2025

Ngày duyệt bài: 18.11.2025