

KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ PHẪU THUẬT DẠNG ĐỘNG TÍNH MẠCH NÃO HỔ SAU VỠ TẠI BỆNH VIỆN BẠCH MAI

Dương Văn Thăng¹, Nguyễn Thế Hào¹, Phạm Quỳnh Trang¹,
Phạm Văn Thành Công¹, Đặng Văn Hiếu¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng, chẩn đoán hình ảnh và đánh giá kết quả điều trị phẫu thuật dị dạng động tĩnh mạch não hổ sau vỡ tại Bệnh viện Bạch Mai. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả hồi cứu trên 63 bệnh nhân được chẩn đoán xác định dị dạng động tĩnh mạch (AVM) não hổ sau vỡ và được phẫu thuật tại Khoa Phẫu thuật Thần kinh, Bệnh viện Bạch Mai từ 1/2020 – 6/2025. **Kết quả:** Tuổi trung bình $35,97 \pm 12,6$; nam/nữ = 29/34. Hầu hết bệnh nhân nhập viện với hội chứng xuất huyết tiểu não cấp (đau đầu 79,3%, chóng mặt 42,9%, rối loạn ý thức 28,6%); co giật hiếm gặp (3,2%). Tỷ lệ xuất huyết não thất 51%, gây giãn não thất cấp 22%. Về đặc điểm khối dị dạng: 90,5% có kích thước < 3 cm; động mạch nuôi chính thường là động mạch tiểu não sau dưới (68,3%); dẫn lưu tĩnh mạch sâu chiếm 55,6%; 41,3% trường hợp có phình mạch kèm theo. Nút mạch trước mổ được thực hiện ở 20/63 ca (31,7%). 57/63 bệnh nhân được vi phẫu thuật loại bỏ khối dị dạng, tỷ lệ lấy bỏ hoàn toàn AVM đạt 93%. Có 28/63 bệnh nhân (44,4%) gặp ít nhất một biến chứng sau mổ. Sau 3 tháng, 47/63 (74,6%) phục hồi tốt (mRS 0–2), 8/63 (12,7%) di chứng mức độ trung bình, 8/63 (12,7%) di chứng nặng hoặc tử vong. **Kết luận:** AVM hổ sau vỡ là bệnh cảnh cấp tính, nguy hiểm. Phẫu thuật là phương pháp điều trị hiệu quả. Việc phối hợp điều trị đa mô thức, tùy theo đặc điểm lâm sàng và hình ảnh học của từng trường hợp, mang lại kết quả tốt. **Từ khóa:** AVM hổ sau; xuất huyết tiểu não; phẫu thuật vi phẫu; nút mạch.

SUMMARY

SURGICAL OUTCOMES OF RUPTURED POSTERIOR FOSSA ARTERIOVENOUS MALFORMATIONS AT BACH MAI HOSPITAL

Objective: To describe the clinical characteristics, radiological features, and evaluate the surgical treatment outcomes of ruptured posterior fossa arteriovenous malformations (AVMs) at Bach Mai Hospital. **Methods:** This retrospective descriptive study included 63 patients diagnosed with ruptured posterior fossa AVMs who underwent surgery in the Department of Neurosurgery at Bach Mai Hospital from January 2020 to June 2025. **Results:** The mean age was 35.97 ± 12.6 years, with 29 males and 34 females. Most patients were admitted with acute cerebellar hemorrhage, presenting with headache

(79.3%), dizziness (42.9%), and altered consciousness (28.6%); seizures were rare (3.2%). Intraventricular hemorrhage occurred in 51% of cases, causing acute hydrocephalus in 22%. Regarding AVM characteristics, 90.5% were smaller than 3 cm in size; the main feeding artery was the posterior inferior cerebellar artery (68.3%). Deep venous drainage was present in 55.6% of cases, and 41.3% had associated aneurysms. Preoperative embolization was performed in 20 of 63 cases (31.7%). Microsurgical resection of the AVM was performed in 57 patients, achieving a complete resection rate of 93%. Postoperatively, 28 of 63 patients (44.4%) experienced at least one complication. At 3-month follow-up, 47 of 63 patients (74.6%) had a good recovery (modified Rankin Scale 0–2), 8 patients (12.7%) had moderate deficits, and 8 (12.7%) had severe deficits or died. **Conclusion:** Ruptured posterior fossa AVMs present an acute, life-threatening condition. Surgical treatment is effective. A multimodal treatment approach tailored to the clinical and radiological features of each case yields good outcomes. **Keywords:** posterior fossa AVM; cerebellar hemorrhage; microsurgery; embolization.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Dị dạng động tĩnh mạch não (AVM) hổ sau là bệnh lý hiếm gặp, chỉ chiếm khoảng 7–15% tổng số AVM nội sọ. Tuy ít gặp hơn các AVM trên lều, AVM hổ sau lại có nguy cơ vỡ cao hơn và khi vỡ dễ gây tử vong hoặc di chứng nặng do khoang hổ sau chật hẹp, gần kề thân não (1,2). Nguy cơ chảy máu tái phát của AVM hổ sau vỡ ở mức rất cao, ước tính trung bình khoảng 8–12% mỗi năm trong vài năm đầu sau lần vỡ đầu tiên nếu không được điều trị triệt để (3). Vì vậy, AVM hổ sau vỡ được coi là tình trạng cấp cứu tối khẩn, đòi hỏi chẩn đoán kịp thời và xử trí tích cực nhằm giải quyết biến chứng xuất huyết cũng như phòng ngừa tái vỡ. Cho đến nay, phẫu thuật vẫn là phương pháp điều trị triệt để nhất nhằm lấy bỏ khối dị dạng, giải phóng khối máu tụ và ngăn ngừa nguy cơ chảy máu tái phát. Tuy nhiên, cả trên thế giới và tại Việt Nam, số lượng nghiên cứu về AVM hổ sau còn hạn chế. Tại Bệnh viện Bạch Mai, từ 1/2020 đến 6/2025 đã tiếp nhận 63 trường hợp AVM hổ sau vỡ được phẫu thuật. Kết quả theo dõi bước đầu cho thấy nếu được xử trí kịp thời, đa số bệnh nhân đều cải thiện tốt sau mổ. Do đó, chúng tôi thực hiện nghiên cứu này với mục tiêu mô tả đặc điểm lâm sàng, chẩn đoán hình ảnh và đánh giá kết quả điều trị phẫu

¹Bệnh viện Bạch Mai

Chịu trách nhiệm chính: Dương Văn Thăng

Email: duongthang.hmu@gmail.com

Ngày nhận bài: 20.10.2025

Ngày phản biện khoa học: 24.11.2025

Ngày duyệt bài: 5.01.2026

thuật các trường hợp AVM hố sau vỡ tại Bệnh viện Bạch Mai giai đoạn 2020–2025.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu: 63 bệnh nhân được chẩn đoán xác định AVM hố sau vỡ và được điều trị phẫu thuật tại Khoa Phẫu thuật Thần kinh, Bệnh viện Bạch Mai từ tháng 1/2020 đến tháng 6/2025.

Tiêu chuẩn lựa chọn:

- Bệnh nhân được chẩn đoán xác định AVM hố sau vỡ.
- Bệnh nhân được điều trị bằng phẫu thuật.
- Hồ sơ bệnh án và phim chụp đầy đủ.

Tiêu chuẩn loại trừ:

- Bệnh nhân có bệnh lý toàn thân nặng ảnh hưởng đến kết quả điều trị.
- Bệnh nhân hoặc gia đình không đồng ý tham gia nghiên cứu.

Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả hồi cứu. Cỡ mẫu gồm 63 bệnh nhân thỏa tiêu chuẩn lựa chọn. Dữ liệu được thu thập hồi cứu từ hồ sơ bệnh án, phim ảnh và kết quả tái khám.

Các biến số nghiên cứu: Bao gồm thông tin lâm sàng, đặc điểm hình ảnh học, phương pháp điều trị và kết quả sau phẫu thuật.

Đạo đức nghiên cứu: Toàn bộ quá trình nghiên cứu tuân thủ các quy định đạo đức trong nghiên cứu y sinh học. Mọi thông tin liên quan đến bệnh nhân đều được bảo mật và chỉ sử dụng cho mục đích nghiên cứu.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Đặc điểm lâm sàng: Có 63 bệnh nhân, tuổi trung bình $35,97 \pm 12,6$ (9–61) tuổi; tỷ lệ nam/nữ = 29/34. Triệu chứng lâm sàng chủ yếu là hội chứng tăng áp lực nội sọ cấp do xuất huyết tiểu não. Tỷ lệ co giật rất thấp (3,2%). Bảng 1 tóm tắt các đặc điểm lâm sàng chính của nhóm bệnh nhân

Bảng 1: Đặc điểm lâm sàng của bệnh nhân AVM hố sau vỡ (N=63)

Đặc điểm	Số bệnh nhân	Tỷ lệ (%)
Tuổi trung bình \pm SD (phạm vi)	35,97 \pm 12,6 (9–61)	–
Giới tính (Nam/Nữ)	29 / 34	46,0/54,0
Triệu chứng lâm sàng chính		
Đau đầu	50	79,3
Chóng mặt, mất thăng bằng	27	42,9
Buồn nôn/nôn	17	27,0
Co giật	2	3,2
Rối loạn ý thức (GCS \leq 13)	18	28,6

Đặc điểm chẩn đoán hình ảnh: 100%

bệnh nhân được chụp cắt lớp vi tính (CT)/CT đa dãy hoặc chụp mạch số hóa xóa nền (DSA) cấp cứu khi nhập viện. Bảng 2 và Bảng 3 trình bày các đặc điểm hình ảnh học chính về tình trạng xuất huyết và hình ảnh dị dạng mạch máu của nhóm bệnh nhân.

Bảng 2: Đặc điểm xuất huyết và biến chứng do chảy máu (N=63)

Đặc điểm xuất huyết/biến chứng	Số bệnh nhân	Tỷ lệ (%)
Máu tụ nhu mô tiểu não	43	68,3
Xuất huyết não thất	32	50,8
Xuất huyết dưới nhện	22	34,9
Giãn não thất cấp	14	22,2
Chèn ép thân não	5	7,9

Bảng 3: Đặc điểm khối AVM và mạch máu liên quan trên hình ảnh (MSCT/DSA) (N=63)

Đặc điểm	Số bệnh nhân	Tỷ lệ (%)
Kích thước khối dị dạng		
<2,5 cm	48	76,2
2,5-3 cm	9	14,3
>3 cm	6	9,5
Vị trí khối dị dạng		
AVM dưới chẩm	13	20,6
AVM lều tiểu não	14	22,3
AVM mặt xương đá	11	17,5
AVM thùy nhộng	18	28,6
AVM hạnh nhân tiểu não	7	11,1
Tính chất khối dị dạng		
Khu trú	51	81,0
Lan tỏa	12	19,0
Động mạch nuôi chính		
ĐM não sau (PCA)	12	19,0
ĐM tiểu não trên (SCA)	26	41,3
ĐM tiểu não trước dưới (AICA)	25	39,7
ĐM tiểu não sau dưới (PICA)	43	68,3
ĐM đốt sống	3	4,8
Tính mạch dẫn lưu		
Nông	39	61,9
Sâu	35	55,6
Phình mạch đi kèm		
Phình ĐM trên động mạch nuôi	8	12,7
Phình ĐM trong khối dị dạng	15	23,8
Phình ĐM không liên quan AVM	3	4,8

Phương pháp điều trị: Có 20/63 trường hợp (31,7%) được nút mạch trước mổ. Phương pháp nút mạch chủ yếu là nút khối AVM (73,6% số ca nút mạch), ngoài ra nút động mạch nuôi chiếm 26,3% và nút phình động mạch nuôi chiếm 36,8% (một số ca nút mạch kết hợp nhiều mục tiêu). Về phẫu thuật, tất cả 63 bệnh nhân đều được phẫu thuật. Trong đó, 23 trường hợp

(36,5%) phải phẫu thuật cấp cứu do tình trạng nguy kịch; 10 trường hợp được phẫu thuật lấy khối AVM ngay trong thì mổ cấp cứu. Có 47 trường hợp được phẫu thuật can thiệp khối AVM theo chương trình. 6 trường hợp nặng chỉ đặt dẫn lưu não thất (không can thiệp khối dị dạng). Bảng 4 trình bày chi tiết phương pháp phẫu thuật đã thực hiện.

Bảng 4: Đặc điểm điều trị phẫu thuật (N=63)

Đặc điểm	Số bệnh nhân	Tỷ lệ (%)
Phẫu thuật cấp cứu	23	36,5
Dẫn lưu não thất ra ngoài đơn thuần	7	11,1
Dẫn lưu não thất – ổ bụng	4	6,3
Lấy máu tụ + dẫn lưu não thất ra ngoài	2	3,2
Lấy máu tụ + lấy khối AVM + dẫn lưu não thất ra ngoài	10	15,9
Phẫu thuật can thiệp khối AVM có kế hoạch	47	74,6
Vi phẫu lấy khối dị dạng	45	71,4
Kẹp động mạch nuôi	2	3,2

Kết quả phẫu thuật và biến chứng:

Trong 63 bệnh nhân, 57 trường hợp được phẫu thuật can thiệp vào khối dị dạng. Tỷ lệ loại bỏ hoàn toàn khối dị dạng trên phim kiểm tra sau mổ đạt 93% (53/57 bệnh nhân). Có 4 ca (6,3%) còn tồn dư AVM sau mổ. 28 bệnh nhân (44,4%) gặp ít nhất một biến chứng sau mổ. Bảng 5 tóm tắt kết quả điều trị và các biến chứng chính sau phẫu thuật.

Bảng 5: Kết quả phẫu thuật và biến chứng (N=63)

Đặc điểm	Số bệnh nhân	Tỷ lệ (%)
Biến chứng sau mổ	28	44,4
Chảy máu thứ phát sau mổ	2	3,2
Phù não sau mổ	14	22,2
Giãn não thất	5	7,9
Rò dịch não tủy	6	9,5
Viêm màng não	18	28,6
Viêm phổi	9	14,3
Hôn mê	8	12,7
Tổn thương trên phim sau mổ		
Tồn dư ổ dị dạng	4	6,3
Ồ thiếu máu não	2	3,2
Điểm mRS sau mổ 3 tháng		
mRS 0–2	47	74,6
mRS 3–4	8	12,7
mRS 5–6	8	12,7

IV. BÀN LUẬN

Đặc điểm lâm sàng: AVM hố sau vỡ

thường là bệnh cảnh nặng nề, đa phần chỉ được phát hiện khi đã có xuất huyết. Nghiên cứu của Miron và cộng sự (2024) cho thấy 71% AVM hố sau nhập viện do vỡ (4); Robert T và cộng sự (2016) cũng ghi nhận 82,6% AVM hố sau được điều trị có biểu hiện xuất huyết (2). Điều này cho thấy phần lớn AVM hố sau chỉ được chẩn đoán khi đã vỡ. Trong nghiên cứu của chúng tôi, hầu hết bệnh nhân nhập viện với hội chứng tăng áp lực nội sọ và hội chứng tiểu não cấp do xuất huyết. Tỷ lệ đau đầu và nôn trong nhóm của chúng tôi (79% và 27%) tương đương các thể xuất huyết não khác. Tuy nhiên, triệu chứng chóng mặt/mất thăng bằng chiếm tỷ lệ khá cao (42,9%) do khối máu tụ chèn ép tiểu não, cao hơn nhiều so với AVM trên lều. Tỷ lệ rối loạn ý thức khi nhập viện ở nhóm này cũng cao (28,6%, trong đó 11,1% hôn mê sâu), do vị trí AVM sát thân não và tình trạng chèn ép não thất cấp trong nhiều trường hợp. Ngược lại, tỷ lệ co giật chỉ 3,2% – thấp hơn nhiều so với AVM vỡ trên lều (thường 15–30%), do vỏ tiểu não ít khi gây động kinh (4).

Đặc điểm chẩn đoán hình ảnh: Điểm nổi bật của AVM hố sau vỡ là tỷ lệ xuất huyết não thất rất cao: 50,8% trường hợp (gấp 2–3 lần so với AVM trên lều), dẫn đến 22,2% bệnh nhân bị giãn não thất cấp phải dẫn lưu não thất. Tình trạng này nguy hiểm hơn so với xuất huyết do AVM trên lều (chỉ khoảng 10–20% có xuất huyết não thất). Miron và cộng sự nhận định xuất huyết não thất là một yếu tố tiên lượng xấu: 93% bệnh nhân không có xuất huyết não thất đạt kết quả tốt, trong khi chỉ 37% bệnh nhân có xuất huyết não thất là có kết quả tốt (4). Kết quả của chúng tôi cũng củng cố nhận định đó: 5 ca tử vong và hầu hết các ca di chứng nặng đều nằm trong số những bệnh nhân có máu tụ não thất lượng nhiều (điểm xuất huyết não thất Graeb > 6). Do vậy, trong xử trí AVM hố sau vỡ cần đặc biệt lưu ý phát hiện sớm và dẫn lưu não thất khi có dấu hiệu giãn não thất cấp. Ngoài ra, do AVM hố sau thường kèm khối máu tụ lớn, việc giải quyết khối máu tụ kịp thời cũng góp phần giảm áp lực nội sọ, cải thiện tiên lượng.

Về đặc điểm khối dị dạng, phần lớn AVM hố sau có kích thước nhỏ và khu trú. Trong nghiên cứu của chúng tôi, 57 trường hợp (90,5%) có khối AVM < 3 cm (tương đương mức độ I–II theo thang Spetzler–Martin). Vị trí hay gặp nhất là AVM thùy nhộng (28,6%), ít gặp nhất là AVM hạnh nhân tiểu não (11,1%), tương tự báo cáo của các tác giả khác (3,4). Động mạch nuôi chủ yếu xuất phát từ động mạch PICA và các nhánh tiểu não; một số trường hợp có nhánh nuôi từ

PCA. Dẫn lưu tĩnh mạch sâu chiếm 55,6%, cao hơn so với AVM trên lều (khoảng 40% theo Rodriguez-Hernandez và cộng sự (2012)) và phù hợp với đặc điểm giải phẫu hệ tĩnh mạch tiểu não (7). Tỷ lệ phình mạch kèm theo trong nhóm chúng tôi khá cao (41,3%), gần với kết quả của Davison và cộng sự (phát hiện 45% AVM hồ sau có phình mạch) (6). Sự hiện diện của các phình mạch này làm tăng nguy cơ vỡ và gây thách thức khi phẫu thuật; do đó nên cân nhắc nút mạch xử lý các phình mạch trước mổ nếu có thể.

Chiến lược điều trị: Chiến lược điều trị AVM hồ sau vỡ tại Bệnh viện Bạch Mai là phối hợp đa mô thức linh hoạt. Với những trường hợp nặng (36,5% ca phải phẫu thuật cấp cứu), ưu tiên hàng đầu là phẫu thuật cấp cứu giải áp: dẫn lưu não thất, lấy máu tụ. Đặc biệt, nhóm của chúng tôi đã phẫu thuật lấy khối dị dạng ngay trong thì mổ cấp cứu ở 10 ca khi có chỉ định; kết quả khả quan ở nhóm này cho thấy nếu phẫu thuật viên giàu kinh nghiệm và bệnh nhân đủ điều kiện, việc lấy đồng thời khối máu tụ và khối dị dạng trong một cuộc mổ cấp cứu là khả thi. Một số tác giả khác cũng ủng hộ phẫu thuật sớm trong 72 giờ đầu cho AVM hồ sau vỡ ở bệnh nhân nặng (8).

Với những trường hợp lâm sàng ổn định hơn, có thể trì hoãn phẫu thuật vài ngày để bồi phụ thể trạng hoặc phối hợp nút mạch trước mổ nhằm giảm nguy cơ. Trong nghiên cứu của chúng tôi, nút mạch trước mổ được thực hiện ở 20/63 trường hợp, với chỉ định chủ yếu cho những AVM có nidus tương đối lớn, nguồn nuôi từ nhiều động mạch sâu hoặc có phình mạch đi kèm. Kết quả cho thấy nhóm được nút mạch trước phẫu thuật thường có cuộc mổ thuận lợi hơn (giảm mất máu, ranh giới khối rõ ràng hơn). Chúng tôi cho rằng với AVM hồ sau, việc phối hợp nút mạch một cách linh hoạt là cần thiết để giảm thiểu rủi ro trong phẫu thuật, đặc biệt đối với những nidus lớn hoặc động mạch nuôi nằm sâu khó tiếp cận trong mổ (2). Như vậy, quyết định thời điểm và phương pháp phẫu thuật cần được cá thể hóa tùy theo tình trạng cụ thể; trong đó, ưu tiên hàng đầu là cứu sống và ổn định bệnh nhân, sau đó mới xử lý triệt để khối dị dạng.

Kết quả và biến chứng: Kết cục chức năng sau mổ của nhóm nghiên cứu khá khả quan: 74,6% bệnh nhân có kết quả tốt (mRS 0–2) và 12,7% có kết quả trung bình. Có 5 trường hợp tử vong (7,9%), chủ yếu do xuất huyết não thất nặng hoặc tái chảy máu sau can thiệp. Kết quả này tương tự nghiên cứu của Rodriguez-Hernandez và cộng sự trên 60 bệnh nhân (2012), với 74% kết quả tốt và 6 trường hợp tử vong (8).

Tỷ lệ cắt bỏ hoàn toàn khối dị dạng đạt 93%, tương đồng với các báo cáo trên thế giới (7,9).

Tuy nhiên, tỷ lệ biến chứng sau mổ trong nghiên cứu của chúng tôi còn khá cao (44,4% tổng thể; tử vong 7,9%). Ba biến chứng thường gặp nhất là: giãn não thất (7,9%), rò dịch não tủy (9,5%) và viêm màng não (28,6%). So sánh với loạt 69 ca AVM hồ sau của Robert T và cộng sự (2016), tỷ lệ biến chứng thần kinh nặng (mRS \geq 3) của họ là 21,7%, còn chúng tôi ghi nhận khoảng 19% (12/63 bệnh nhân mRS 4–5) (2). Các yếu tố nguy cơ làm tăng biến chứng bao gồm vị trí nidus ở vùng gần thân não hoặc sát sàn não thất IV, dẫn lưu tĩnh mạch sâu đơn độc, và AVM có độ Spetzler–Martin cao buộc phải phẫu thuật do chảy máu. Chúng tôi cũng gặp nhiều khó khăn ở các ca AVM tiểu não sâu: 3/5 ca tử vong thuộc nhóm nidus nằm sâu trong cuống tiểu não hoặc thân não. Do đó, cần cân nhắc kỹ chỉ định phẫu thuật đối với AVM hồ sau độ IV–V khi chưa vỡ; đối với trường hợp đã vỡ nhưng nguy cơ phẫu thuật quá cao, có thể áp dụng chiến lược điều trị bán phần (kẹp động mạch nuôi, lấy máu tụ, dẫn lưu não thất) kết hợp xạ phẫu hoặc nút mạch hỗ trợ để giảm thiểu biến chứng.

V. KẾT LUẬN

AVM hồ sau vỡ là bệnh lý cấp tính, diễn biến nặng nề. Tình trạng lâm sàng khi vào viện, kích thước khối máu tụ, mức độ xuất huyết não thất và đặc điểm khối dị dạng mạch máu là những yếu tố ảnh hưởng quan trọng đến tiên lượng. Chiến lược điều trị cần được phối hợp đa mô thức một cách linh hoạt: nút mạch chọn lọc trước mổ ở những trường hợp phù hợp, phẫu thuật cấp cứu khi cần thiết và phẫu thuật loại bỏ khối dị dạng trong hầu hết các trường hợp. Việc cá thể hóa chiến lược điều trị dựa trên lâm sàng và cận lâm sàng của từng bệnh nhân giúp đem lại kết quả tối ưu.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Almeida JP, Medina R, Tamargo RJ. Management of posterior fossa arteriovenous malformations. *Surg Neurol Int* 25-Feb-2015;6:31
2. Robert T, Blanc R, Ciccio G, Gilboa B, Fahed R, Boissonnet H, Redjem H, Pistocchi S, Bartolini B, Piotin M. Endovascular treatment of posterior fossa arteriovenous malformations. *J Clin Neurosci*. 2016;25:65–68.
3. Tong X, Wu J, Lin F, et al. Cerebellar arteriovenous malformations: Clinical feature, risk of hemorrhage and predictors of posthemorrhage outcome. *World Neurosurg*. 2016;92:206–217.
4. Miron I, Prună VM, Visarion D, et al. Clinical outcomes of posterior fossa arteriovenous malformations: a single center experience. *Acta*

- Neurochir (Wien). 2024;166(1):215
5. **Khổng Ngọc Minh.** Đặc điểm lâm sàng, chẩn đoán hình ảnh, kết quả điều trị phẫu thuật dị dạng động tĩnh mạch não hồ sau tại Bệnh viện Bạch Mai. Luận văn Bác sĩ nội trú, Trường Đại học Y Hà Nội; 2021
 6. **Davison M, McCune M, Thiyagarajah N, Kashkoush A, Achey R, Shost M, Toth G, Bain M, Moore N.** The incidence of infratentorial arteriovenous malformation - associated aneurysms: an institutional case series and systematic literature review. J Neurointerv Surg. 2025;17(7):711–716
 7. **Rodríguez-Hernández A, Kim H, Pourmohamad T, Young WL, Lawton MT.** Cerebellar arteriovenous malformations: anatomic subtypes, surgical results, and increased predictive accuracy of the supplementary grading system. Neurosurgery. 2012;71(6):1111–1124.
 8. **Sinclair J, Kelly ME, Steinberg GK.** Surgical management of posterior fossa arteriovenous malformations. Neurosurgery. 2006;58(4 Suppl 2):ONS-189–201.
 9. **Drake CG, Friedman AH, Peerless SJ.** Posterior fossa arteriovenous malformations. J Neurosurg. 1986. 64: 1-10

KẾT QUẢ PHẪU THUẬT TẠO HÌNH KHE HỖ VÒM MIỆNG KHÔNG TOÀN BỘ TẠI BỆNH VIỆN HỮU NGHỊ VIỆT NAM – CUBA GIAI ĐOẠN 2019-2025

Nguyễn Trung Nghĩa^{1,2}, Phùng Thị Thu Hà^{1,2},
Nguyễn Hồng Nhung¹, Nguyễn Cao Thắng¹

TÓM TẮT

Nghiên cứu hồi cứu được thực hiện trên 35 bệnh nhân khe hở vòm miệng không toàn bộ được điều trị tại khoa Phẫu thuật tạo hình, Bệnh viện Việt Nam – Cuba trong giai đoạn từ năm 2019- 2025 bằng phương pháp tạo hình Furlow. Kết quả nghiên cứu cho thấy: chiều dài khe hở sau mổ tăng lên so với trước phẫu thuật là $11,09 \pm 5,19$ mm; khoảng cách đầu lưỡi gà đến thành sau họng sau phẫu thuật giảm đi $10,4 \pm 2,97$ mm; 97,14% bệnh nhân sau phẫu thuật đạt kết quả liền thương tốt; 94,29% bệnh nhân có hoạt động cơ vòm tốt; toàn bộ đối tượng nghiên cứu đều không gặp biến chứng sớm trong tuần đầu sau phẫu thuật.

SUMMARY

SURGICAL OUTCOMES OF INCOMPLETE CLEFT PALATE REPAIR AT THE VIETNAM– CUBA FRIENDSHIP HOSPITAL, 2019–2025

A retrospective study was conducted on 35 patients with incomplete cleft palate who were treated at the Department of Plastic Surgery, Vietnam–Cuba Hospital, from 2019 to 2025 using the Furlow technique. The results showed that the postoperative cleft length increased by 11.09 ± 5.19 mm compared to preoperative measurements; the distance from the uvula tip to the posterior pharyngeal wall decreased by 10.4 ± 2.97 mm after surgery. A total of 97.14% of patients achieved good wound healing outcomes, 94.29% demonstrated good velopharyngeal muscle function, and none of the patients experienced early postoperative complications within the first week.

¹Trường Đại học Y Dược, Đại học Quốc gia Hà Nội

²Bệnh viện Hữu nghị Việt Nam - Cuba

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Trung Nghĩa

Email: trungnghia.dentist@gmail.com

Ngày nhận bài: 21.10.2025

Ngày phản biện khoa học: 25.11.2025

Ngày duyệt bài: 6.01.2026

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tại Việt Nam, tỷ lệ mắc khe hở vòm miệng vẫn còn cao, khe hở môi vòm là dị tật bẩm sinh thường gặp nhất ở vùng sọ mặt với tỷ lệ từ 1:1000 đến 1:600 trẻ mới sinh, đặc biệt là ở các vùng nông thôn, nơi điều kiện chăm sóc sức khỏe còn hạn chế¹. Phẫu thuật tạo hình khe hở vòm miệng là phương pháp điều trị chính, nhằm khôi phục chức năng cho bệnh nhân. Trong số các kỹ thuật phẫu thuật, phương pháp sử dụng kỹ thuật Furlow đã được áp dụng tại nhiều cơ sở y tế và cho thấy những ưu điểm vượt trội trong việc cải thiện kết quả phẫu thuật. Kỹ thuật này không chỉ giúp giảm thiểu biến chứng mà còn tạo ra một vòm miệng tự nhiên hơn, khôi phục lại cấu trúc giải phẫu, giảm căng cho vòm miệng, từ đó cải thiện chức năng nói, phát âm và ăn uống cho bệnh nhân, hạn chế tỷ lệ lỗ thông mũi-miệng². Tuy nhiên, việc đánh giá hiệu quả của phương pháp này vẫn chưa được thực hiện một cách hệ thống. Các nghiên cứu trước đây chủ yếu tập trung vào các kỹ thuật khác hoặc chưa có sự so sánh rõ ràng về kết quả giữa các phương pháp. Do đó, việc nghiên cứu và đánh giá kết quả phẫu thuật tạo hình khe hở vòm miệng bằng kỹ thuật Furlow là cần thiết.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Là những bệnh nhân khe hở vòm miệng không toàn bộ được điều trị tại khoa Phẫu thuật tạo hình, Bệnh viện Việt Nam – Cuba trong giai đoạn từ năm 2019- 2025.

- Tiêu chuẩn lựa chọn: