

- 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:

+ Là các bệnh nhân có khe hở vòm miệng không toàn bộ

+ Tuổi phẫu thuật: trên 9 tháng

+ Bệnh nhân đã được phẫu thuật tạo hình khe hở vòm miệng bằng kỹ thuật Furlow tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Nam - Cu Ba trong khoảng thời gian từ 2019- 2025

+ Bệnh nhân có sự đồng ý tham gia nghiên cứu (có chữ ký đồng ý của phụ huynh hoặc người giám hộ đối với trẻ em).

- Tiêu chuẩn loại trừ:

+ Bệnh nhân có các dị tật bẩm sinh khác đi kèm (như hội chứng di truyền).

+ Bệnh nhân hoặc gia đình bệnh nhân không tuân thủ theo dõi sau phẫu thuật.

+ Bệnh nhân có các bệnh lý nặng khác ảnh hưởng đến khả năng hồi phục sau phẫu thuật.

+ Bệnh nhân hoặc gia đình bệnh nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- **Thiết kế nghiên cứu:** Nghiên cứu hồi cứu

- **Phương pháp chọn mẫu:** Phương pháp chọn mẫu thuận tiện

Chúng tôi tiến hành nghiên cứu trên 30 bệnh nhân có khe hở vòm miệng không toàn bộ được phẫu thuật bằng kỹ thuật Furlow tại khoa tạo hình thẩm mỹ trong thời gian nghiên cứu, đáp ứng đầy đủ tiêu chí lựa chọn và không vi phạm tiêu chí loại trừ.

2.3. Kỹ thuật thu thập thông tin

- Lấy thông tin hồ sơ bệnh án lưu trữ của từng bệnh nhân tại Bệnh viện hữu nghị Việt Nam- Cu Ba vào phiếu nghiên cứu

- Bệnh án lưu trữ tại Bệnh viện hữu nghị Việt Nam- Cu Ba trong giai đoạn nghiên cứu

2.4. Các bước tiến hành nghiên cứu

Thời điểm đo:

+ Đo trước thời điểm phẫu thuật, ngay sau khi gây mê và đặt banh miệng đầy đủ để có tầm nhìn rõ

+ Đo sau phẫu thuật, ngay khi khâu phục hồi hoàn tất, hoặc theo dõi hậu phẫu

Tư thế bệnh nhân:

+ Bệnh nhân nằm ngửa, đầu ngửa nhẹ

+ Đặt banh miệng thích hợp

+ Dùng đèn phẫu thuật để quan sát rõ toàn bộ vòm mềm

Mốc đo và cách đo cụ thể

Bước 1: Đo chiều dài khe hở vòm miệng mềm, là khoảng cách từ mép sau khe hở (gần vòm mềm hoặc lưỡi gà) đến mép trước của khe hở (gần sống hàm trên). Dùng thước thẳng đo dọc theo khe hở từ trước ra sau.

Bước 2: Đo độ rộng khe hở, là khoảng cách ngang giữa hai mép của khe hở tại vị trí qua cổ

lưỡi gà và vị trí qua gai mũi sau.

Bước 3: Đo độ sâu của khe hở, là khoảng cách tính từ cổ lưỡi gà, đặt thẳng vuông góc thước đến thành sau họng

Bước 4: Ghi chép lại các giá trị đo đạc vào phiếu thu thập số liệu

Bước 5: Nhập và xử lý số liệu

Bước 6: Tổng hợp số liệu và viết báo cáo

2.5. Biên số nghiên cứu

Tên biến số	Loại biến	Định nghĩa biến
Giới tính	Nhị phân	Nam/Nữ
Tuổi tại thời điểm mổ	Phân loại	<12 tháng, từ 12-24 tháng, >24 tháng
Độ dài khe hở trước mổ	Liên tục	mm
Độ rộng khe hở qua cổ lưỡi gà trước mổ	Liên tục	mm
Độ rộng khe hở qua gai mũi sau trước mổ	Liên tục	mm
Khoảng cách đầu lưỡi gà - thành sau họng trước mổ	Liên tục	mm
Độ dài khe hở sau mổ	Liên tục	mm
Khoảng cách đầu lưỡi gà - thành sau họng sau mổ	Liên tục	mm
Vết mổ lành thương tốt	Nhị phân	Có/Không
Tình trạng thoát khí	Nhị phân	Có/Không
Giọng hở mũi	Nhị phân	Có/Không
Biến chứng sớm trong tuần đầu sau phẫu thuật	Nhị phân	Có/Không

2.6. Xử lý số liệu. Sử dụng phần mềm thống kê SPSS 20.0 để phân tích dữ liệu thu thập được. Các chỉ số thống kê được trình bày với độ tin cậy 95%, với mức độ ý nghĩa thống kê được đặt ở p < 0.05.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1: Đặc điểm khe hở sau phẫu thuật

Biến số	Giá trị trung bình ± SD	Min–Max
Độ dài khe hở sau mổ (mm)	35,26 ± 9,04	20 – 52
Khoảng cách đầu lưỡi gà - thành sau họng sau mổ (mm)	6,83 ± 2,38	2 – 12

Nhận xét: Sau phẫu thuật, độ dài khe hở trung bình là 35,26 ± 9,04mm, độ dài nhỏ nhất là 20mm, lớn nhất là 52mm. Khoảng cách đầu lưỡi gà - thành sau họng sau mổ là 6,83 ± 2,38mm, với giá trị nhỏ nhất và lớn nhất lần lượt là 2mm và 12mm.

Bảng 2: Thay đổi về đặc điểm khe hở sau phẫu thuật

Biến số	Giá trị trung bình \pm SD	Min-Max	p
Độ dài khe hở sau mổ (mm)	11,09 \pm 5,19	4 – 25	<0.01
Khoảng cách đầu lưỡi gà - thành sau họng sau mổ (mm)	-10,4 \pm 2,97	-17 – -3	0.037

Nhận xét: Khi so sánh với thời điểm trước phẫu thuật, chiều dài khe hở sau mổ tăng lên với giá trị trung bình là 11,09 \pm 5,19 mm. Kích thước này tăng lên nhiều nhất là 25mm và ít nhất là 4mm.

Ngược lại, khoảng cách đầu lưỡi gà đến thành sau họng sau phẫu thuật lại giảm đi trung bình -10,4 \pm 2,97 mm. Khoảng cách này giảm đi nhiều nhất là 17mm và ít nhất là 3mm.

Có thể thấy sự thay đổi về độ dài khe hở và khoảng cách từ đầu lưỡi gà đến thành sau họng trước và sau mổ là có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Kết quả lành thương và biến chứng

Bảng 3: Kết quả lành thương và biến chứng sau phẫu thuật

	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Vết mổ lành thương tốt, sẹo mềm	34	97,14
Hoạt động cơ hàm tốt	33	94,29
Không có tình trạng thoát khí	33	94,29
Không có giọng hở mũi	33	94,29
Không xảy ra biến chứng sớm trong tuần đầu sau phẫu thuật	35	100

Nhận xét: Đa số bệnh nhân sau phẫu thuật đạt kết quả liền thương tốt, với 34 trường hợp vết mổ lành, sẹo mềm, chiếm 97,14%. Chỉ có một bệnh nhân có hiện tượng sẹo xơ và lành thương vết mổ trung bình.

Tỷ lệ bệnh nhân có hoạt động cơ vòm tốt, không ghi nhận tình trạng thoát khí và không xuất hiện giọng hở mũi đều chiếm 94,29%. Toàn bộ đối tượng nghiên cứu (35/35 trường hợp) đều không gặp biến chứng sớm trong tuần đầu sau phẫu thuật.

IV. BÀN LUẬN

Các phương pháp phẫu thuật điều trị khe hở vòm miệng hiện nay đều nhằm mục tiêu tái tạo cấu trúc giải phẫu và phục hồi chức năng của vòm miệng, đồng thời cải thiện khoảng cách cũng như kích thước giữa đầu mút của lưỡi gà và thành họng sau. Những kỹ thuật phổ biến như phẫu thuật Furlow với kỹ thuật tạo hình Z-opposing hoặc kỹ thuật Bardach với hai mảnh

vạt thường mang lại hiệu quả tương đương về việc đóng khe hở và phục hồi chức năng phát âm. Một số kỹ thuật phẫu thuật uvuloplasty (tạo hình lưỡi gà) được cải tiến nhằm kéo dài chiều dài lưỡi gà, điều chỉnh lại vị trí trung tâm và độ rộng của lưỡi gà, qua đó giảm thiểu sự ngăn lại sau phẫu thuật và tạo ra hình dạng thẩm mỹ hơn.

Khi so sánh kết quả tăng chiều dài vòm miệng với tác giả Lê Xuân Thu³ cho thấy: chiều dài vòm miệng sau phẫu thuật tăng 3,80 \pm 0,96 mm. Điều này có thể lý giải do độ tuổi phẫu thuật của chúng tôi hầu hết nhỏ hơn nên chiều dài vòm miệng ở độ tuổi thấp hơn sẽ ngắn hơn so với trẻ lớn tuổi. Từ kết quả trên có thể nhận xét rằng chiều dài vòm miệng đã tăng đáng kể với kỹ thuật tạo hình theo phương pháp Furlow.

Khi so sánh với các nghiên cứu trong nước, kết quả nghiên cứu của chúng tôi có sự tương đồng với tác giả Trịnh Đỗ Văn Ngà⁴ cho thấy chiều dài khe hở vòm sau phẫu thuật là 41,17 \pm 4,39 mm và sự thay đổi là 3,40 \pm 1,43mm.

Tác giả Ravishanker² khi so sánh kết quả đẩy lùi vòm miệng của 2 phương pháp phẫu thuật thực hiện trên 63 bệnh nhân bị khe hở môi vòm cho thấy: Trong 33 bệnh nhân có khe hở vòm không toàn bộ và khe hở có độ hở hẹp được tạo hình theo PP Furlow kết quả đẩy lùi vòm miệng 33/33 bệnh nhân, còn 30 ca có khe hở vòm hai bên và rộng được phẫu thuật bằng phương pháp (Veau-Wardill-kilner) V-Y pushback và kết hợp với phẫu thuật vạt thành bầu thi có 9/30 thiếu chiều dài vòm miệng. Như vậy tăng chiều dài vòm miệng đủ cho vùng vòm hầu là sẽ đạt kết quả cao khi sử dụng phương pháp Furlow.

Cùng với việc làm tăng chiều dài của vòm miệng mềm thì khoảng cách đầu lưỡi gà - thành sau họng cũng được nhiều tác giả chú ý.

Khoảng cách đầu lưỡi gà - thành sau họng đo được trên lâm sàng trước mổ là 17,23 \pm 2,80mm, sau phẫu thuật là 6,83 \pm 2,38mm; mức giảm sau phẫu thuật là xấp xỉ 10mm. Kết quả này cũng lớn hơn nhiều so với nghiên cứu tác giả Lê Xuân Thu hay tác giả Lê Ngọc Uyển.

Mục đích chính của việc sử dụng hai vạt chữ Z đảo ngược trong phẫu thuật không phải để tăng thêm chiều dài vòm miệng (như phẫu thuật sử dụng hai vạt chữ Z cổ điển của Furlow), mà nhằm tạo thuận lợi cho quá trình bóc tách cơ khỏi lớp niêm mạc vòm miệng (ở một bên) và niêm mạc mặt nền mũi (ở bên còn lại), xoay và cố định cơ bám sai ở vị trí mới. Sự gia cố của hai vạt xoay đảo ngược giúp làm giảm tỷ lệ di chứng lỗ thông mũi - miệng. Đồng thời, tận dụng được ưu điểm của vạt chữ Z là tạo ra sự lành thương với sức căng tối thiểu ở đường giữa^{5,6}.

Dựa trên kết quả so sánh trước và sau phẫu thuật, có thể khẳng định rằng chiều dài vòm miệng mềm đã gia tăng rõ rệt nhờ kỹ thuật tạo hình với hai vạt chữ Z đảo chiều. Tuy nhiên, so với các giá trị lý thuyết mong đợi (tăng 75% với góc quay 60° và tăng 100% với góc 75°), tỉ lệ đạt được trong thực tế vẫn thấp hơn khá nhiều. Điều này có thể giải thích bởi vị trí của các vạt niêm mạc cơ được thiết kế nằm hai bên khe hở vòm, khi xoay chuyển các vạt và đồng thời co hẹp chiều rộng, các vạt bị kéo căng, dẫn đến giảm độ lớn của góc xoay so với lúc ban đầu.

Kết quả lành thương và biến chứng.

Phục hồi liền thương hoàn toàn và đạt chức năng phát âm tối ưu là hai mục tiêu quan trọng hàng đầu trong phẫu thuật tạo hình khe hở vòm miệng hiện đại. Kỹ thuật Furlow double-opposing Z-plasty, từ khi được ứng dụng rộng rãi ở các trung tâm phẫu thuật lớn thế giới, đã ghi nhận nhiều cải tiến ưu việt về cả mặt giải phẫu và chức năng so với các kỹ thuật kinh điển, đặc biệt với các khe hở vòm mềm không toàn bộ hoặc khe hở kích thước trung bình. Điều này đã được chứng thực qua loạt các nghiên cứu lâm sàng, tổng quan hệ thống và gần đây là dữ liệu phân tích hồi cứu từ năm 2023–2025 ở hai nhóm biến chứng liền thương và đánh giá chuẩn hóa khả năng phát âm các nhóm bệnh nhân sau can thiệp Furlow.

Nghiên cứu của chúng tôi theo dõi sau phẫu thuật thấy kết quả lành thương tốt đạt 97,14% (34/35 trường hợp với vết mổ lành, sẹo mềm) và không có trường hợp nào xuất hiện biến chứng sớm trong tuần đầu. Chỉ một trường hợp có sẹo xơ, cho thấy tỷ lệ thành công cao về phục hồi và chức năng.

Các kết quả trên cao hơn so với kết quả nghiên cứu của Trịnh Đỗ Văn Ngà (chiếm 89,2%)⁴ và Tăng Xuân Hải (chiếm 89,47%)⁷ trong phương pháp Push-back, có thể do sự khác biệt về đặc điểm khe hở, lứa tuổi cũng như về phương pháp phẫu thuật.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ bệnh nhân không có tình trạng thoát khí và không giọng hở mũi đều ở mức 94,29% (33/35 trường hợp). Có được kết quả này là do màn hầu đóng kín hiệu quả. Emi Funayama và cộng sự⁸ đã nghiên cứu về kết quả phát âm gồm: giọng mũi hở và sự thiếu hụt vùng hầu họng cho trường hợp phẫu thuật khe hở vòm lần đầu, ở độ tuổi 18 tháng, cho thấy không có trường hợp nào có giọng hở mũi sau phẫu thuật 4 năm bằng phương pháp Furlow.

Nghiên cứu lớn tại Trung Quốc trên 431 trường hợp cho thấy: tỉ lệ liền thương nguyên

ven (không bung vạt, không rò vòm kéo dài) đạt 87,5%, chỉ 3% xuất hiện rò vòm kéo dài, và 12,5% gặp biến chứng bung vạt nhưng đa số liền thương thứ phát, không cần mổ lại. Chất lượng phát âm sau mổ cải thiện đáng kể, tỉ lệ VPI (velopharyngeal insufficiency) ở nhóm liền thương nguyên vẹn thấp gấp đôi nhóm có bung vạt. Đặc biệt, nhóm bệnh nhân dung nạp tốt mảnh ghép cơ niêm mạc miệng má, kết hợp kỹ thuật Furlow, giảm đáng kể tình trạng nói giọng mũi và tăng số lượng âm phát âm đúng⁹.

V. KẾT LUẬN

+ Sau phẫu thuật, độ dài khe hở trung bình là $35,26 \pm 9,04$ mm. Khoảng cách đầu lưỡi gà - thành sau họng sau mổ là $6,83 \pm 2,38$ mm

+ 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. Sự thay đổi này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

+ 97,14% bệnh nhân sau phẫu thuật đạt kết quả liền thương tốt. Chỉ có một bệnh nhân có hiện tượng sẹo xơ và lành thương vết mổ trung bình.

+ Tỷ lệ bệnh nhân có hoạt động cơ vòm tốt, không ghi nhận tình trạng thoát khí và không xuất hiện giọng hở mũi đều chiếm 94,29%.

+ Toàn bộ đối tượng nghiên cứu đều không gặp biến chứng sớm trong tuần đầu sau phẫu thuật

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Sue G, Deptula P, Chang J.** Surgical Team Trips to Vietnam: Implementation of a Dedicated Cleft Palate Perioperative Program Improves Fistula Rates. *Ann Plast Surg.* 2021; Publish Ahead of Print. doi:10.1097/SAP.0000000000002795
2. **Ravishanker R.** Furlow's Palatoplasty for Cleft Palate Repair. *Med J Armed Forces India.* 2006;62(3): 239-242. doi:10.1016/S0377-1237(06)80010-9
3. **Lê Xuân Thu.** Nhận Xét Lâm Sàng và Kết Quả Phẫu Thuật Khe Hở Vòm Miệng Hai Bên Theo Phương Pháp V-Y Veau-Wardill-Kilner. Luận văn Bác sỹ Chuyên khoa Cấp II. Trường Đại học Y Hà Nội; 2011.
4. **Trịnh Đỗ Văn Ngà.** Kết quả phẫu thuật tạo hình khe hở vòm miệng toàn bộ một bên sử dụng hai vạt chữ z nhỏ đảo ngược. Luận văn Bác sỹ Chuyên khoa Cấp II. Trường Đại học Y Hà Nội; 2022.
5. **Yamaguchi K, Lonic D, Lee CH, Yun C, Lo LJ.** Modified Furlow Palatoplasty Using Small Double- Opposing Z-Plasty: Surgical Technique and Outcome. *Plast Reconstr Surg.* 2016;137(6):1825-1831. doi:10.1097/PRS.0000000000002181
6. **Seo HJ, Denadai R, Pascasio DCG, Lo LJ.** Modified double-opposing Z-plasty for patients with Veau I cleft palate: Are lateral relaxing incisions necessary? *Medicine (Baltimore).* 2019; 98(50). https://journals.lww.com/md-journal/fulltext/2019/12130/modified_double_opposing_z

- plasty_for_patients.96.aspx
7. **Tăng XH, Trần ML, Lê XT.** 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. Tạp Chí Học Việt Nam. 2022;511(1). doi:10.51298/vmj.v511i1.2060
 8. **Funayama E, Yamamoto Y, Nishizawa N, et al.** Important points for primary cleft palate repair for speech derived from speech outcome after three different types of palatoplasty. Int J Pediatr Otorhinolaryngol. 2014;78(12):2127-2131. doi:10.1016/j.ijporl.2014.09.021
 9. **Huang Y, Shi B, Zheng Q, Li J.** The impact of flap dehiscence on the long-term speech outcome of furrow palatoplasty. BMC Surg. 2025; 25(1):326. doi:10.1186/s12893-025-03038-w

KẾT QUẢ PHẪU THUẬT GIẢI ÉP HẸP ỚNG SỐNG NGỰC DO CỐT HOÁ DÂY CHẰNG VÀNG CÓ TỔN THƯƠNG TUYỂN SỬ DỤNG KERRISON THEO PHƯƠNG PHÁP TRUYỀN THỐNG Ở BỆNH VIỆN HỮU NGHỊ VIỆT ĐỨC

Đỗ Mạnh Hùng^{1,2,3}, Đinh Ngọc Sơn^{1,2}

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả phẫu thuật giải ép hẹp ống sống ngực tổn thương tủy do cốt hoá dây chằng vàng sử dụng Kerrison theo phương pháp truyền thống tại khoa Phẫu thuật cột sống Bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức trong thời gian từ tháng 1/2020-1/2025. **Phương pháp:** Mô tả hồi cứu. **Kết quả:** Trong số các bệnh nhân nghiên cứu, tỉ lệ nam/nữ là 1,55/1, độ tuổi trung bình là 51,7 ± 11,6. Phẫu thuật bao gồm: số tầng giải ép trung bình 1,8 ± 1,2, thời gian phẫu thuật trung bình 62,8 ± 15,4 phút, lượng máu mất trung bình là 288,4 ± 66,8 ml và thời gian nằm viện trung bình 5,8 ± 2,2 ngày. Bệnh nhân sau mổ có kết quả chủ yếu ở mức tốt và trung bình chiếm lần lượt là 41,2% và 48,4%. Các bệnh nhân có biến chứng tổn thương tủy chiếm 9,2%, rách màng cứng chiếm 11,8%, rò dịch não tủy sau mổ chiếm 8,5% và máu tụ ngoài màng cứng tủy chiếm 7,8%. Biến chứng nhiễm trùng vết mổ chiếm 2,6%, chậm liền xương ghép chiếm 3,3% và gãy, lỏng dụng cụ nẹp vít chiếm 1,9%. **Kết luận:** Hẹp ống sống ngực là bệnh lí không thường gặp với các triệu chứng tiến triển âm thầm có thể dẫn đến chèn ép và tổn thương tủy nặng. Phẫu thuật giải ép tủy ngực trong hẹp ống sống ngực có nguy cơ tổn thương thần kinh trong và sau mổ cao. Đây là một thách thức lớn đối với các phẫu thuật viên.

Từ khóa: hẹp ống sống, hẹp ống sống ngực, giải ép hẹp ống sống ngực

SUMMARY

OUTCOMES OF TRADITIONAL KERRISON-ASSISTED DECOMPRESSION FOR THORACIC SPINAL STENOSIS WITH MYELOPATHY DUE TO OSSIFICATION OF

¹Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức

²Trường Đại học Y Hà Nội

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

Chịu trách nhiệm chính: Đỗ Mạnh Hùng

Email: manhhungdhy@yahoo.com

Ngày nhận bài: 20.10.2025

Ngày phản biện khoa học: 24.11.2025

Ngày duyệt bài: 6.01.2026

FLAVUM LIGAMENT (OLF) AT VIET DUC UNIVERSITY HOSPITAL

Objectives: To evaluate the outcomes of traditional Kerrison-assisted decompression for thoracic spinal stenosis with myelopathy caused by ossification of the ligamentum flavum at the Spine Surgery Department of Viet Duc University Hospital from January 2020 to January 2025. **Methods:** This was a retrospective, and descriptive study. **Results:** Among the study patients, the male-to-female ratio was 1.55:1, and the mean age was 51.7 ± 11.6 years. Surgical details included: an average of 1.8 ± 1.2 decompressed levels, a mean operative time of 62.8 ± 15.4 minutes, an average blood loss of 288.4 ± 66.8 mL, and a mean hospital stay of 5.8 ± 2.2 days. Postoperative outcomes were primarily good and fair, accounting for 41.2% and 48.4% of patients, respectively. Complications included spinal cord injury (9.2%), dural tears (11.8%), postoperative cerebrospinal fluid (CSF) leakage (8.5%), and epidural hematoma (7.8%). Incisional infection accounted for 2.6% of complications, delayed bone fusion for 3.3%, and implant failure for 1.9%. **Conclusion:** Thoracic spinal stenosis is an uncommon condition with insidious progression that can lead to severe spinal cord compression and injury. Surgical decompression of the thoracic spinal cord carries a high risk of intraoperative and postoperative neurological injury. This presents a major challenge for surgeons.

Keywords: stenosis, thoracic spinal stenosis, decompression for thoracic spinal stenosis with myelopathy.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Hẹp ống sống ngực là bệnh lí không thường gặp và thường được chẩn đoán bằng các phương pháp chẩn đoán hình ảnh hiện đại. Đây là bệnh được đặc trưng bởi sự giảm đường kính ống sống ngực và thường kết hợp với sự chèn ép tủy hoặc rễ thần kinh dẫn đến các biểu hiện lâm sàng ở các mức độ khác nhau. Các rối loạn về chức năng thần kinh do hẹp ống sống ngực chèn ép tủy thường khó điều trị và các biến chứng trong và sau mổ thường hay xảy ra.

Nguyên nhân của hẹp ống sống ngực bao gồm các nguyên nhân chính: cốt hoá dây chằng vàng (OLF), cốt hoá dây chằng dọc sau (OPLL), thoát vị đĩa đệm, bệnh tăng tạo xương lan toả vô căn (DISH), gai xương phía sau,...

Hầu hết các bệnh nhân có biểu hiện triệu chứng âm thầm tê hai chân, đến yếu hoặc thậm chí liệt hoàn toàn hai chân, dáng đi mất vững, cách hồi thần kinh, tăng phản xạ hai chân và rối loạn cơ tròn. Do đó việc hiểu được các đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của hẹp ống sống ngực để chẩn đoán và điều trị sớm là vô cùng cần thiết để mang lại hiệu quả điều trị tốt cho bệnh nhân.

Đối với các bệnh nhân hẹp ống sống ngực có tổn thương tủy thì phẫu thuật giải ép tủy ngực là phương pháp điều trị tiêu chuẩn. Tuy nhiên đây là vùng có không gian phẫu thuật hẹp do các đặc tính về giải phẫu cũng như sự nhạy cảm của tủy ngực nên nguy cơ tổn thương thần kinh rất cao cùng với các biến chứng khác như rách màng cứng, rò dịch não tủy, đặc biệt đối với thể cốt hoá dây chằng vàng.

Hiện có không nhiều báo cáo về kết quả giải ép hẹp ống sống ngực, do đó nghiên cứu của chúng tôi nhằm đánh giá kết quả phẫu thuật giải ép hẹp ống sống ngực bằng Kerrison theo phương pháp truyền thống tại khoa Phẫu thuật cột sống - Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu: Bệnh nhân được chẩn đoán hẹp ống sống ngực có tổn thương tủy do cốt hoá dây chằng vàng (OLF) được phẫu thuật giải ép tủy ngực bằng Kerrison theo phương pháp truyền thống tại khoa Phẫu thuật cột sống Bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức trong thời gian từ tháng 1/2020-1/2025.

Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả hồi cứu

Phương pháp chọn mẫu: Chọn mẫu thuận tiện, tất cả bệnh nhân đủ tiêu chuẩn lựa chọn và không có tiêu chuẩn loại trừ trong thời gian và địa điểm nghiên cứu.

Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân: Bệnh nhân có 1 trong các biểu hiện chèn ép tủy ngực: yếu chân, mất thăng bằng khi đi, tê bì hai chân hoặc da bụng, đau cách hồi thần kinh, khó khăn khi đi tiểu tiện, đại tiện hoặc rối loạn cương dương. Bệnh nhân được chụp CLVT và MRI xác định các nguyên nhân gây hẹp ống sống ngực là cốt hoá dây chằng vàng. Bệnh nhân được phẫu thuật giải ép tủy ngực bằng Kerrison theo phương pháp truyền thống.

Tiêu chuẩn loại trừ: Bệnh nhân có biểu hiện chèn ép thần kinh do các nguyên nhân như

máu tụ ngoài màng cứng, chấn thương, lao cột sống, u tủy,...

Các tham số nghiên cứu bao gồm: Đặc điểm chung (tuổi, giới), khảo sát lâm sàng (triệu chứng lâm sàng, thang điểm VAS), khảo sát cận lâm sàng trên cộng hưởng từ (mức độ hẹp ống sống ngực, tình trạng phù tủy ngực, thoát vị đĩa đệm cột sống ngực,...), CT cột sống ngực (mở xương, cốt hoá dây chằng vàng, cốt hoá dây chằng dọc sau,...). Đánh giá lâm sàng sau mổ (VAS, mJOA,...), biến chứng trong và sau mổ (máu tụ ngoài màng cứng, rách màng cứng, rò dịch não tủy,...

Đạo đức nghiên cứu: Nghiên cứu được thực hiện theo các quy định về đạo đức trong nghiên cứu khoa học, mọi dữ liệu thu thập được đảm bảo bí mật tối đa và chỉ dùng cho nghiên cứu khoa học, kết quả được phản ánh trung thực cho các bên liên quan.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung

Bảng 3.1. Đặc điểm chung của nhóm bệnh nhân nghiên cứu

Triệu chứng	Kết quả (n=153)
Tỉ lệ nam/nữ	1,55/1
Tuổi trung bình	51,7 ± 11,6

Nhận xét: Số lượng bệnh nhân nam lớn hơn nữ với tỉ lệ nam/nữ là 1,55/1, với độ tuổi trung bình 51,7 ± 11,6

3.2. Đặc điểm vị trí hẹp ống sống ngực

Bảng 3.2. Vị trí hẹp ống sống ngực

Nguyên nhân	Số lượng	Tỉ lệ %
Cột sống ngực trên (T1-T4)	9	5,9%
Cột sống ngực giữa (T5-T8)	15	9,8%
Cột sống ngực thấp (T9-T12)	129	84,3%

Nhận xét: Hẹp ống sống ngực thường xảy ra nhất ở đoạn cột sống ngực thấp với tỉ lệ 84,3%

3.3. Đặc điểm phẫu thuật

Bảng 3.3. Đặc điểm của phẫu thuật

Đặc điểm	Kết quả (n=153)
Số tầng được giải ép	1,8 ± 1,2
Thời gian phẫu thuật (phút)	62,8 ± 15,4
Lượng máu mất (ml)	288,4 ± 66,8
Thời gian nằm viện (ngày)	5,8 ± 2,2

Nhận xét: 153 bệnh nhân được phẫu thuật với số tầng giải ép 1,8 ± 1,2, thời gian phẫu thuật trung bình 62,8 ± 15,4 phút, lượng máu mất 288,4 ± 66,8 ml và thời gian nằm viện 5,8 ± 2,2 ngày.

Bảng 3.4. Kết quả phẫu thuật theo mJOA

Kết quả	Số lượng	Tỉ lệ %
---------	----------	---------