

6. Lecia V Sequist, James Chih-Hsin Yang et al (2013).

7. Aw DC et al (2018). Management of epidermal growth factor receptor tyrosine kinase inhibitor-related cutaneous and gastrointestinal toxicities.

Asia-Pacific Journal of Clinical Oncology, 2018;14:23-31.

8. Melosky B. Supportive care treatments for toxicities of anti-egfr and other targeted agents. Curr Oncol. 2012;19(suppl 1):S59-63.

## ĐÁNH GIÁ ĐIỀU TRỊ KHE HỞ VÒM MIỆNG TẠI BỆNH VIỆN SẢN-NHI TỈNH QUẢNG NGÃI

Huỳnh Thị Lệ Châu<sup>1</sup>, Nguyễn Đình Tuyền<sup>1</sup>

### TÓM TẮT

**Đặt vấn đề:** Khe hở vòm miệng (KHVM) là dị tật bẩm sinh vùng hàm mặt làm tách rời cấu trúc vòm miệng bao gồm xương vòm miệng, khối cơ nâng vòm hầu, cơ căng màn hầu và niêm mạc. KHVM tuy không nguy hiểm đến tính mạng nhưng lại gây ra những khó khăn trong ăn uống, giao tiếp. Trong điều trị KHVM cần phải có kế hoạch điều trị toàn diện từ lúc trẻ được sinh ra đến khi trưởng thành với sự phối hợp của nhiều chuyên khoa. Cho đến nay, chưa có đề tài nghiên cứu về điều trị KHVM tại Quảng Ngãi. **Mục tiêu:** Mô tả đặc điểm lâm sàng và đánh giá kết quả phẫu thuật của người bệnh KHVM điều trị tại Bệnh viện Sản - Nhi tỉnh Quảng Ngãi. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu lâm sàng mô tả, tiến cứu và theo dõi dọc thực hiện trên 32 người bệnh bị KHVM bẩm sinh được khám và điều trị phẫu thuật tại Bệnh viện Sản - Nhi tỉnh Quảng Ngãi trong thời gian từ 01/2021 đến 08/2021. **Kết quả:** Đặc điểm lâm sàng: gồm 32 người bệnh khe hở vòm miệng 23 nam, 09 nữ, tuổi hay gặp 12-24 tháng. Lý do vào viện do nói ngọng chiếm tỷ lệ 56,2% (18/32), sặc khi ăn uống 43,8% (14/32). Sâu răng trên 2 răng chiếm 40,6%. Người mẹ bị ốm đau trong ba tháng đầu mang thai có con KHVM chiếm 34,4% (11/34). Khe hở vòm miệng toàn bộ bên phải chiếm tỷ lệ cao nhất 40,6% (13/32), bên trái 18,8% (6/32), KHVM mềm cứng 31,3% (10/32); khe hở vòm miệng kết hợp khe hở môi là 62,5% (20/32). Chiều rộng của khe hở vòm miệng ở vị trí gai mũi sau trung bình 16,1±3,4 mm. Chiều dài vòm mềm trung bình trước và sau mổ lần lượt là 20,84±3,44 mm và 29,13±3,24 mm tăng được 39,78%. Thời gian phẫu thuật trung bình 85,47±8,17 phút. Kết quả phẫu thuật: Kết quả tốt sau mổ đạt 96,6% (31/32), 01 trường hợp bục chỉ vết mổ. Tái khám sau 2 tháng, vết mổ tốt chiếm 90,6%; và 9,45% (3/32) người bệnh có lỗ thông mũi miệng. **Kết luận:** Đặc điểm lâm sàng thường gặp gồm khe hở vòm miệng toàn bộ bên phải, bên trái, khe hở vòm miệng mềm cứng, khe hở vòm miệng kết hợp với khe hở môi. Phẫu thuật KHVM tại bệnh viện Sản Nhi tỉnh Quảng Ngãi đạt kết quả khả quan, thời gian mổ chấp

nhận được. Tái khám sau 2 tháng vết mổ tốt chiếm 90,6% (29/32);

**Từ khóa:** Khe hở vòm miệng, Dị tật vùng hàm mặt, Sút môi, Điều trị khe hở vòm miệng, Bệnh viện Sản-Nhi tỉnh Quảng Ngãi.

### SUMMARY

#### ASSESSING THE EFFECTIVE TREATMENT IN PATIENTS WITH CLEFT PALATE AT QUANG NGAI HOSPITAL FOR WOMEN AND CHILDREN

**Background:** Cleft palate, which separates the palatal structure, is a congenital malformation in the maxillofacial region. The palatal structure includes the palatine bone, the palatine levator muscle mass, the pharyngeal stretcher muscle, and the mucosa. Although the cleft palate is not life-threatening, it makes difficulties in eating and communication. It is necessary to have a comprehensive treatment plan from birth to maturity with a combination of many specialties. Up to now, there is no research on cleft palate treatment in Quang Ngai. **Objective:** Describe the clinical characteristics and evaluate the surgical results of patients with cleft palate treated at Quang Ngai Hospital for Women and Children. **Method:** A descriptive, prospective longitudinal study was performed on 32 patients with congenital cleft palate who were treated at Quang Ngai Hospital for Women and Children between January 2021 and August 2021. **Result:** Clinical characteristics: Among 32 patients, there are 23 males and 9 females with the common age of 12-24 months. The reason for hospitalization is due to lisp, reaching 56.2% (18/32); choking when eating or drinking is 43.8% (14/32). Tooth decay over 2 teeth accounts for 40.6%. Sick mother in the first trimester of pregnancy who gives birth infants with cleft palate reaches 34.4% (11/34). The number of right-sided cleft palate cases reaches a peak of 40.6% (13/32), the figure for the left-sided one is 18.8% (6/32), and the percentage of soft and hard cleft palate is 31.3% (10/32); the proportion of cleft lip and palate is 62.5% (20/32). The mean width of the cleft palate at the posterior nasal spine is 16.1±3.4 mm. The mean length of the soft palate before and after surgery is 20.84±3.44 mm and 29.13±3.24 mm, respectively, and has increased by 39.78%. The average surgical time is 85.47±8.17 minutes. **Surgical results:** Successful results after surgery reach 96.6% (31/32), one patient gets broken suture of incision. After two months, patients with good incision account for 90.6%, and 9.45% (3/32) of

<sup>1</sup>Bệnh viện Sản-Nhi tỉnh Quảng Ngãi

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Đình Tuyền

Email: nguyendinhhtuyen889@gmail.com

Ngày nhận bài: 5.4.2022

Ngày phản biện khoa học: 23.5.2022

Ngày duyệt bài: 3.6.2022

patients have a stoma. **Conclusion:** Common clinical characteristics include: right-sided cleft palate, left-sided cleft palate, soft and hard cleft palate, cleft lip and palate. Cleft palate surgery at Quang Ngai hospital for Children and Women achieves positive results. The operation time is acceptable. After two months, cases with good incisions account for 90.6%.

**Keywords:** Cleft palate, Maxillofacial malformations, Cleft lip, Cleft palate treatment, Quang Ngai Hospital for Women and Children.

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Khe hở vòm miệng là dị tật bẩm sinh vùng hàm mặt làm tách rời cấu trúc vòm miệng bao gồm xương vòm miệng, khối cơ nâng vòm hầu, cơ căng màn hầu và niêm mạc. KHVM có thể kết hợp với khe hở môi hoặc chỉ có KHVM đơn thuần. Khe hở môi – vòm miệng gặp với tỷ lệ khá cao. Với tỷ lệ 1,41/1000 trẻ bị KHVM-VM thì tương đương với 1 trẻ dị tật/709 trẻ sơ sinh, phản ánh tình hình dị tật KHVM-VM ở Việt Nam khá cao so với các nước khác trên thế giới [7]. Trên thế giới cũng như tại Việt Nam đã có rất nhiều phương pháp phẫu thuật KHVM được sử dụng như: Langenbeck, Furlow, Veau – Wardill – Kilner (V- Y push back), chuyển vật cơ. Mỗi phương pháp được sử dụng trên một loại KHVM cho phù hợp và có ưu nhược điểm riêng. Mục tiêu cuối cùng là đóng kín khe hở, đẩy lùi được vòm miệng ra sau, tạo sự liên tục của các cơ vòm miệng, thu hẹp được họng giữa mà lại ít ảnh hưởng tới sự phát triển của xương hàm trên. Các kết quả của những nghiên cứu sử dụng các phương pháp phẫu thuật khác nhau nhưng đều cho thấy tỷ lệ đóng kín KHVM cao trên 90%<sup>[3][5]</sup>. Tại Việt Nam, kết quả nghiên cứu của Nguyễn Văn Đầu<sup>[9]</sup> tại bệnh viện Nhi đồng I cho thấy tỷ lệ đẩy lùi vòm miệng mềm là 98%, thu hẹp eo họng 98%, và đẩy lùi vòm miệng mềm chiếm 97%. Nghiên cứu khác cho thấy tình trạng thoát khí mũi giảm đi hơn 50% sau phẫu thuật, không nhận thấy có nhiều biến chứng hay nhiễm trùng hậu phẫu<sup>[8]</sup>.

KHVM tuy không nguy hiểm đến tính mạng nhưng lại gây ra những khó khăn trong ăn uống, giao tiếp. Trong điều trị KHVM cần phải có kế hoạch điều trị toàn diện từ lúc trẻ được sinh ra đến khi trưởng thành với sự phối hợp của nhiều chuyên khoa. Cho đến nay, chưa có đề tài nghiên cứu về điều trị KHVM tại tỉnh Quảng Ngãi. Xuất phát từ những lý do trên, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài này. Từ đó giải quyết số lượng bệnh nhân KHVM tại tỉnh nhà, giảm tải cho tuyến trên, giảm chi phí điều trị cho người bệnh. Mục tiêu nghiên cứu

### 1. Mô tả đặc điểm lâm sàng của người bệnh

khe hở vòm miệng tại Bệnh viện Sản – Nhi tỉnh Quảng Ngãi.

### 2. Đánh giá kết quả của phẫu thuật khe hở vòm miệng ở đối tượng nghiên cứu.

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

**Thiết kế nghiên cứu:** Nghiên cứu lâm sàng mô tả, tiền cứu và theo dõi dọc.

**Địa điểm và thời gian nghiên cứu:** tại Bệnh viện Sản-Nhi tỉnh Quảng Ngãi trong thời gian từ 01/2021 đến 08/2021.

**Đối tượng nghiên cứu:** những người bệnh bị KHVM bẩm sinh được khám và điều trị tại Bệnh viện Sản Nhi tỉnh Quảng Ngãi.

**Tiêu chuẩn chọn bệnh:** - Người bệnh  $\geq 12$  tháng tuổi và cân nặng  $\geq 10$  kg.

- Bị KHVM bẩm sinh chưa phẫu thuật đóng khe hở vòm miệng.

### Tiêu chuẩn loại trừ:

- Mặc các bệnh lý khác tại miệng như viêm loét miệng, amidan quá phát độ III, IV, dị tật tim bẩm sinh, bệnh lý hô hấp...

-Người bệnh hoặc người giám hộ không đồng ý tham gia phẫu thuật.

**Phương pháp chọn mẫu:** Chọn mẫu thuận tiện.

Toàn bộ người bệnh khe hở vòm miệng được khám và phẫu thuật đóng khe hở vòm miệng lần đầu tại Bệnh viện Sản - Nhi tỉnh Quảng Ngãi đạt tiêu chuẩn chọn bệnh. Cỡ mẫu tối thiểu trên 30 người bệnh.

### Cách thức tiến hành nghiên cứu

- Người bệnh cần được khám xét toàn diện, được giải thích chu đáo về khả năng thủ thuật, kết quả và những nguy cơ có thể xảy ra để người bệnh và người nhà yên tâm, thoải mái về tư tưởng.

- Vô cảm: Gây mê nội khí quản, dùng ống nội khí quản cong bằng nhựa cứng để tránh bị gấp ống trong lúc phẫu thuật. Thông thường ống nội khí quản được bảo vệ bởi cung Dingman.

- Tư thế: Người bệnh nằm ở tư thế Rose (nằm ngửa, đệm gối dưới vai, đầu ngửa đè lên hai đùi của phẫu thuật viên). Phẫu thuật viên ngồi ở phía đầu của người bệnh, người phụ ngồi bên trái của phẫu thuật viên.

- Người bệnh được sát khuẩn ngoài mặt, đặt banh miệng bằng cung Dingman, sát khuẩn trong miệng.

- Chúng tôi thực hiện phẫu thuật khe hở vòm miệng theo phác đồ điều trị của Bộ Y tế, sử dụng kỹ thuật V- Y push back:

+ Đo các kích thước khe hở, chiều dài vòm miệng mềm.

+ Gây tê thêm ở vùng PT với Medicaine 2%

và Epinephrine 1/100.000.

+ Tại một bên: Đường rạch thứ nhất bắt đầu từ gai mũi sau tới đầu lưỡi gà, tiếp theo rạch từ gai mũi sau dọc theo hai bên khe hở vòm miệng đến sát cung răng.

Rạch song song với bờ cung răng và cách đường viền lợi khoảng 2 mm bắt đầu từ điểm trước của đường rạch bờ KH ra sau qua điểm sau cung răng. Các đường rạch cắt đứt niêm-cốt mạc. Bóc tách tạo vạt niêm cốt mạc có chân nuôi ở sau bởi ĐM khẩu cái lớn, bóc tách giải phóng đầu bám cơ, niêm mạc tại gai mũi sau.

Bóc tách niêm mạc mũi ở bờ khe hở và bộc lộ các cơ ở VM mềm.

+ Tại bên kia cũng rạch và tạo vạt tương tự bên kia.

+ Trường hợp khe hở toàn bộ 2 bên mức độ rộng: Rạch, bóc tách vạt niêm cốt mạc ở vách mũi.

+ Khâu đóng tạo hình lưỡi gà 2 lớp kiểu nổi-tận-tận, khâu cơ niêm mạc vòm mềm 3 lớp, khâu niêm mạc vòm cứng 2 lớp.

+ Cầm máu đầu vạt vùng mũi khẩu cái.

+ Đặt surgicell vùng khuyết niêm mạc do khâu, đẩy toàn bộ vòm miệng ra sau, đồng thời có tác dụng cầm máu vùng khuyết hồng.

+ Đo lại chiều dài vòm mềm.

- Theo dõi sau mổ các chỉ số sinh hiệu, đánh giá lâm sàng sau mổ

- Theo dõi để phòng tắc đường thở.

- Sử dụng kháng sinh toàn thân.

**Trang thiết bị nghiên cứu:** Bàn mổ, Monitor chuyên dụng, Bộ dụng cụ khám răng hàm mặt, bộ dụng cụ phẫu thuật tạo hình vòm miệng, Thuốc gây tê medicaid 2% và Epinephrine 1/100.000, kim chỉ khâu vòm: chỉ vicryl 4.0, thước đo.

**Xử lý số liệu:** phần mềm SPSS 20.0.

**Đạo đức nghiên cứu:** Nghiên cứu được sự chấp thuận của Ban giám đốc Bệnh viện Sản - Nhi tỉnh Quảng Ngãi, lãnh đạo các khoa phòng có liên quan. Người nhà người bệnh hoặc người giám hộ đồng ý tham gia nghiên cứu. Mọi thông tin của người bệnh đều được mã hóa theo số liệu, đảm bảo bí mật.

### III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

#### 1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

**Bảng 1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu**

Đặc điểm		Tần số (n=32)	Tỷ lệ %
Nhóm tuổi (năm)	12-24	20	62,5
	25-36	4	12,5
	>36	8	25,0

Giới	Nam	23	71,9
	Nữ	9	28,1
Cân nặng (kg)	<15	24	75,0
	≥ 15	8	25,0
Lý do vào viện	Sặc khi ăn uống	14	43,8
	Nói ngọng	18	56,2
Nguyên nhân dị tật bẩm sinh	Mẹ nhiễm hóa chất khi mang thai 3 tháng đầu	3	9,4
	Mẹ dùng thuốc khi mang thai 3 tháng đầu	5	15,6
	Mẹ bị ốm khi mang thai 3 tháng đầu	11	34,4
	Không rõ nguyên nhân	13	40,6

**Nhận xét:** Người bệnh KHVM nam chiếm 71,9% nhiều hơn nữ (28,1%). Người bệnh KHVM từ 12- 24 tháng tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất (62,5%). Trong 32 người bệnh KHVM được phẫu thuật có 24 người bệnh có cân nặng dưới 15 kg, chiếm 75%. Người bệnh được phẫu thuật chủ yếu do người nhà lo lắng người bệnh nói ngọng chiếm 56,2% hoặc người bệnh sặc khi ăn uống chiếm 43,8%. Không xác định được nguyên nhân gây dị tật KHVM chiếm tỷ lệ cao nhất (40,6%).

#### 2. Đặc điểm lâm sàng ở người bệnh KHVM

**Bảng 2. Đặc điểm lâm sàng người bệnh KHVM**

Đặc điểm		Tần số (n=32)	Tỷ lệ %
Trình trạng răng miệng	Không sâu răng	16	50,0
	Sâu 1-2 răng	3	9,4
	Sâu nhiều hơn 2 răng	13	40,6
Hình thái khuyết hồng	KHVM mềm cứng	10	31,3
	KHVM toàn bộ bên trái	6	18,8
	KHVM toàn bộ bên phải	13	40,6
	KHVM toàn bộ 2 bên	3	9,4
Hình thái KHVM và khe hở môi	KHVM không khe hở môi	12	37,5
	KHVM kết hợp khe hở môi	20	62,5
Chiều rộng KHVM ở vị trí gai mũi sau (mm)	<10	1	3,1
	10 – 20	27	84,4
	>20	4	12,5
Chiều dài vòm miệng mềm (mm)	<20	4	12,5
	20-25	24	75,0
	>25	4	12,5

**Nhận xét:** Có 50% người bệnh không bị sâu răng; 40,6% người bệnh sâu nhiều hơn 2 răng. Người bệnh có KHVM toàn bộ phải chiếm tỷ lệ cao nhất (40,6%). Tỷ số KHVM kết hợp khe hở

môi/ KHVM không có khe hở môi = 5/3. Đa số người bệnh có chiều rộng KHVM tại vị trí gai mũi sau 10-20 mm, chiếm 84,4 %. Đa số người bệnh có chiều dài vòm miệng mềm trước mổ dài từ 20-25mm (75%) với phần lớn người bệnh 12-24 tháng chiếm 53,1%.

**Bảng 3. Kết quả sau phẫu thuật**

Đặc điểm		Tần số (n=32)	p-value
Chiều dài vòm miệng (mm)	Trước mổ	20,84±3,44	< 0,001
	Sau mổ	29,13±3,24	
Thời gian phẫu thuật (phút)	< 80	3 (9,4%)	
	80-90	26 (81,2%)	
	>90	3 (9,4%)	
Dấu hiệu lâm sàng	Sốt	5 (15,6%)	
	Nôn	1 (3,1%)	
	Chảy máu	2 (6,3%)	
	Bục chỉ vết mổ	1 (3,1%)	
Tình trạng vết mổ khi ra viện	Tốt	31(96,9%)	
	Trung bình	0 (0)	
	Kém	1 (3,1)	
Liên vết mổ sau 1 tuần	Tốt	29 (90,6%)	
	Kém	3 (9,4%)	
Tái khám sau 2 tháng	Tốt	29 (90,6%)	
	Kém	3 (9,4%)	

**Nhận xét:** Chiều dài vòm miệng mềm trung bình trước mổ là 20,84 ± 3,44 mm; sau mổ là 29,13 ± 3,24mm, tăng được 39,78%; sự thay đổi chiều dài vòm miệng mềm trước và sau mổ có ý nghĩa thống kê (p<0,001); 81,3% ca phẫu thuật trong thời gian 80-90 phút, trung bình là 85,47±8,17 phút. Có 5 trường hợp sốt sau mổ chiếm 15,6%; chảy máu vết mổ chiếm 6,35; có 1 người bệnh bục chỉ vết mổ chiếm 3,1%; không có người bệnh nhiễm trùng vết mổ. Kết quả phẫu thuật tốt đạt 96,9%. Tái khám sau ra viện một tuần 90,6% vết mổ lành thương tốt; 01 trường hợp bị bục vết mổ. Người bệnh có chiều rộng khe hở ở vị trí gai mũi sau <10 mm và >20 mm kết quả phẫu thuật đều tốt. Tái khám sau 02 tháng: vết mổ tốt 90,6%; vết mổ kém có lỗ thông mũi miệng 90,6% (3/32).

#### IV. BÀN LUẬN

Đặc điểm lâm sàng: Kết quả nghiên cứu cho thấy KHVM toàn bộ một bên chiếm ưu thế (59,4%). Kết quả này tương tự nghiên cứu của Trương Mạnh Dũng, Nguyễn Thanh Hoà [8]. Theo nhiều tài liệu, KHVM là dị tật bẩm sinh thường kết hợp với khe hở môi. Nghiên cứu chúng tôi, 32 người bệnh KHVM có 62,5% (20/32) trường hợp KHVM kết hợp khe hở môi. Tỷ lệ KHVM kết hợp khe hở môi trong các nghiên cứu khác dao động từ 52,2% đến 77,8% [5][8][10]. Chiều rộng

của KHVM ở vị trí gai mũi sau thể hiện độ rộng của KHVM. Kết quả nghiên cứu chúng tôi 84,4% (27/32) trường hợp có chiều rộng của KHVM ở vị trí gai mũi rộng từ 15-20 mm. Có sự khác biệt về chiều rộng KHVM trong nghiên cứu này so với các tác giả khác do ở những nghiên cứu khác được can thiệp khí cụ N.A.M trước phẫu thuật làm hẹp khe hở trong khi đó những người bệnh được phẫu thuật tại Bệnh viện Sản-Nhi tỉnh Quảng Ngãi đa số chưa được can thiệp khí cụ này [4]. Khe hở rộng là một bất lợi lớn cho sự thành công của phẫu thuật. Bên cạnh chiều rộng của gai mũi sau thì chiều dài của vòm miệng mềm là một trong những kích thước quan trọng trong phẫu thuật khe hở vòm miệng. Sau phẫu thuật chiều dài vòm miệng mềm tăng thêm trung bình 8,29 mm, tương tự kết quả của Phạm Dương Châu [6]. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê (p<0,001).

Kết quả phẫu thuật: Người bệnh sau phẫu thuật được theo dõi các dấu hiệu lâm sàng sốt, nôn, khó thở do phù nề, chảy máu vết mổ, nhiễm trùng vết mổ và bục chỉ vết mổ. Kết quả phẫu thuật cho thấy không có nhiều biến chứng nặng sau mổ, chỉ có một số phản ứng thông thường như sốt, chảy máu, nôn nhưng tỉ lệ cũng tương đối thấp. Nghiên cứu chúng tôi, sau mổ trung bình từ 5-7 ngày: Vết mổ tốt chiếm 96,9%. Theo nghiên cứu của Phạm Dương Châu [6] sau ra viện một tuần với tỉ lệ vết mổ tốt từ 83,3% đến 97%. Sau mổ một tháng là 9,4% vết mổ đạt kém (có lỗ thông mũi miệng) trong đó có 1 người bệnh đã bục vết mổ trong thời gian nằm viện, 2 trường hợp bục vết mổ còn lại trong thời gian ra viện tại nhà do người bệnh viêm hô hấp trên, ho nhiều kèm theo. Người bệnh tái khám sau 2 tháng vết mổ liền tốt tương tự như sau ra viện 1 tuần. Kết quả chúng tôi cũng tương đồng với kết quả nghiên cứu của Phạm Dương Châu [6], tái khám sau mổ 2-3 tháng tốt chiếm 83,9%. Nghiên cứu của Phumzile Hlongwa [2] tỷ lệ lỗ thông sau phẫu thuật dao động từ 3- 9,7%. Thời gian phẫu thuật trung bình là 85,47 ± 8,17 phút. Theo Mosaad Abdel[1] đối với phương pháp Furlow thời gian phẫu thuật trung bình 107 phút, phương pháp V- Y push back trung bình là 135 phút. Có sự khác biệt về thời gian phẫu thuật trong các nghiên cứu do cách định nghĩa biến thời gian phẫu thuật khác nhau.

#### V. KẾT LUẬN

Khe hở vòm miệng thường gặp: toàn bộ bên phải chiếm tỷ lệ cao nhất 40,6% (13/32), bên trái 18,8% (6/32), KHVM mềm cứng 31,3%

(10/32); khe hở vòm miệng kết hợp khe hở môi là 62,5% (20/32). Kết quả điều trị khe hở vòm miệng tại Bệnh viện Sản - Nhi tỉnh Quảng Ngãi bước đầu đạt kết quả rất khả quan, tái khám sau 2 tháng vết mổ tốt chiếm 90,6%.

#### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Mosaad A (2017)**, "Comparative study between V-Y pushback technique and Furlow technique in cleft soft palate repair", Eur J Plast Surg, pp. 462-482.
2. **Phumzile H (2019)**, "Epidemiology and clinical profile of individuals with cleft lip and palate utilising specialised academic treatment centres in South Africa", PLoS One, pp.5-16.
3. **Hadal K, Mustafa S (2018)**, "The role of intravelar veloplasty in primary cleft palate repair", Zanco J. Med. Sc, pp.47-69.
4. **Chuxian L (2019)**, "Varying width ratio patterns of posterior hard palate cleft to posterior maxillary tuberosity plane in cleft palate", Xi Kou Qiang Yi Xue Za Zhi, pp.3-4.
5. **Jayarajan R (2018)**, "Intravelar veloplasty: A

- review", Cleft Lip Palate Craniofac Anomal, pp.68-73.
6. **Phạm Dương Châu (2012)**, "Đánh giá kết quả phẫu thuật khe hở vòm miệng hai bên bẩm sinh theo phương pháp đẩy lùi vòm miệng(Push back) tại Bệnh viện Răng Hàm Mặt Trung Ương", Tạp chí Y học thực hành, tr.830.
  7. **Phan Quốc Dũng, Hoàng Tử Hùng (2007)**, "Tình hình dị tật khe hở môi và hàm ếch bẩm sinh tại bệnh viện Từ Dũ và Hùng Vương", Tuyển tập công trình nghiên cứu Y học răng hàm mặt, tr.93-100.
  8. **Trương Mạnh Dũng, Nguyễn Thanh Hòa (2007)**, "Nghiên cứu các hình thái lâm sàng dị tật khe hở môi - vòm miệng ở trẻ sơ sinh tại thành phố Cần Thơ 2001 -2005", Tạp chí Y học thực hành, tr.589- 590.
  9. **Nguyễn Văn Đầu (2020)**, "Phẫu thuật khe hở vòm khẩu cái theo phương pháp Push- Back", Phác đồ điều trị Nhi khoa 2 Bệnh viện Nhi Đồng 1, Nhà xuất bản Y học, tr.501- 509.
  10. **Phạm Thanh Hải (2012)**, "Nghiên cứu đặc điểm dị tật bẩm sinh khe hở môi - vòm miệng và thể lực của trẻ em tại bệnh viện Đại Học Y Hải Phòng", Tạp chí Y học thực hành, tr.807.

## ĐẬU ĐỎ VÀ SỨC KHỎE DƯỚI GÓC NHÌN CỦA QUY LUẬT NGŨ HÀNH VÀ DINH DƯỠNG HIỆN ĐẠI

Trương Hồng Sơn\*, Lưu Liên Hương\*, Lê Minh Khánh\*, Hoàng Hà Linh\*

#### TÓM TẮT

Đậu đỏ đóng vai trò rất quan trọng trong nhiều chế độ ăn khác nhau trên thế giới, đặc biệt là ở các quốc gia đang phát triển tại châu Phi, Mỹ Latinh và châu Á. Do vậy, việc nghiên cứu tác dụng của từng loại đậu đối với từng tình trạng sức khoẻ cụ thể cần được quan tâm. Từ xa xưa, quy luật ngũ hành đã được sử dụng để lý giải nhiều hiện tượng tự nhiên cũng như trong cơ thể con người. Đậu đỏ cũng không nằm ngoài quy luật này. Theo quan điểm y học cổ truyền, năm loại đậu tương trưng cho ngũ hành, bồi bổ cho ngũ tạng bao gồm: đậu trắng hành kim tốt cho phổi (phế), đậu đỏ hành hỏa tốt cho tim (tâm), đậu xanh hành mộc tốt cho gan (can), đậu đen hành thủy tốt cho thận, đậu ván hành thổ tốt cho hệ tiêu hóa (tỳ). Theo y học hiện đại, đậu trắng, đậu đỏ, đậu xanh, đậu ván, đậu đen vừa có giá trị dinh dưỡng cao vừa có hiệu quả điều trị và dự phòng một số bệnh.

**Từ khóa:** ngũ hành, đậu xanh, đậu đỏ, đậu trắng, đậu đen, đậu ván

#### SUMMARY

#### BEANS AND HEALTH BENEFITS ACCORDING TO FIVE ELEMENTS OF

\*Viện Y học ứng dụng Việt Nam

Chịu trách nhiệm chính: Trương Hồng Sơn

Email: vienyhocungdung@gmail.com

Ngày nhận bài: 1.4.2022

Ngày phản biện khoa học: 24.5.2022

Ngày duyệt bài: 1.6.2022

#### ZODIAC AND MODERN NUTRITION

Legumes are very important in many different diets around the world, especially in developing countries in Africa, Latin America, and Asia. Therefore, the study of the effects of each type of bean on specific health condition is necessary. Since ancient times, the law of the five elements has been used to explain many natural phenomena as well as in the human body. Beans are no exception to this rule. According to five elements of zodiac law, five types of beans represent the five elements and nourish the five internal organs, including: white bean belongs to metal, nourishing lungs, red bean belongs to fire and good for heart, green bean belongs to wood and good for liver, black bean belongs to water, nourishing kidney and hyacinth bean belongs to earth, nourishing digestive system. These beans are either high in nutritional content or beneficial in treating a variety of ailments in modern nutrition.

**Keywords:** Five elements of zodiac, black bean, green bean, white bean, hyacinth bean, red bean.

#### I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đậu đỏ từ xa xưa đã là một món ăn truyền thống phổ biến, giàu dinh dưỡng. Ngày nay, bằng các tiến bộ khoa học, các nghiên cứu đã chứng minh được giá trị dinh dưỡng của đậu đỏ như: giàu chất xơ, giàu protein và có chứa các acid amin thiết yếu cho cơ thể. Trong ngành công nghiệp thực phẩm, ngày càng có nhiều sản phẩm thực phẩm, đồ uống ứng dụng đậu đỏ