

lúc phẫu thuật vì cường độ âm thanh giao tiếp khi nói chuyện thông thường luôn trên 60dB.

V. KẾT LUẬN

Tổn thương xương con gặp trong bệnh lý xẹp nhĩ chủ yếu là xương đe (70%) và đe đập (17%). Vây xương con để thay thế chỉ cần chuẩn bị 2 loại trụ dẫn thay thế xương đe đơn thuần và thay thế đe đập (trụ dẫn chữ Y).

Nội soi tai chẩn đoán phải được coi là tiêu chuẩn vàng số một để chẩn đoán tổn thương xương con.

Giá trị của chỉ số ABG không những giúp cho việc chẩn đoán tổn thương xương con mà còn giúp đánh giá sự phục hồi khả năng truyền âm của tai giữa.

Phẫu thuật nội soi qua ống tai có những ưu điểm sau

- Giải quyết triệt để 4 mục tiêu cho xẹp nhĩ giai đoạn cuối.
- Kiểm soát các ngách ẩn náu bệnh tích.
- Hạn chế tối đa tổn thương xương con.
- Vùng mổ hẹp không phá hủy rộng rãi, vẫn đảm bảo dẫn lưu tốt.

Sau phẫu thuật nội soi vá nhĩ, tạo hình xương con, nội soi điều trị xẹp nhĩ mở ra một phương pháp phẫu thuật mới: "Kỹ thuật nội soi chức năng tai" (Functional Micro – Endoscopic Ear Surgery).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Cao Minh Thành** (2010). "Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng viêm tai giữa mạn tính tổn thương xương con và đánh giá kết quả phẫu thuật tạo hình xương con". Luận án tiến sĩ y học, Đại học Y Hà Nội.
2. **Nguyễn Tấn Phong** (2002). "Bước đầu đánh giá kết quả điều trị viêm tai dính", Kỷ yếu công trình nghiên cứu khoa học, trang 84-86.
3. **Nguyễn Tấn Phong** (2010). "Phẫu thuật nội soi chỉnh hình tai giữa trên bệnh nhân viêm tai giữa mạn tính ổn định", Y học thực hành, trang 56-62.
4. **Nguyễn Tấn Phong, Phạm Thị Cơi** (2003). "Hình thái thính lực và nhĩ lượng đồ ở bệnh nhân viêm tai dính", Nội san Tai Mũi Họng – Hội nghị Cần Thơ.
5. **DeRowe Ari** (2005). "Long – term outcome of atticotomy for cholesteatoma in children", Otol Neurotol, 26(3): 472-475.
6. **Koury E, Faris C, Sharma S, Quinn S.J.** (2005). "How we do it: free conchal cartilage revisited for primary reconstruction of attic defects in combined approach tympanoplasty", Clinical Otolaryngology, 30(5): 465-67.
7. **Sadé J.** (2000). "The buffering effect of middle ear negative pressure by retraction of the pars tensa", Am J Otol, 21(1): 20-23
8. **Sudhoff H, Tos M.** (2000). "Pathogenesis of attic cholesteatoma: clinical and immunohistochemical support for combination of retraction theory and proliferation theory", Am J Otol, 21(6): 786-92.
9. **Young N, Chole R.** (2002). "Retraction pocket cholesteatoma", Current opinion in Otolaryngology & Head and Neck surgery, 10(5): 355-9.

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG SẸO TRÊN CÁC BỆNH NHÂN SAU PHẪU THUẬT TẠO HÌNH KHE HỞ MÔI VÒM MIỆNG

Phạm Thu Trang¹, Phạm Thị Hồng Thùy², Nguyễn Tuấn Linh¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả một số chỉ số đặc điểm lâm sàng của sẹo sau phẫu thuật tạo hình khe hở môi vòm miệng. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu được thực hiện trên 35 bệnh nhân khe hở môi vòm miệng đã được phẫu thuật tạo hình khe hở môi vòm miệng đến khám và điều trị tại bệnh viện răng hàm mặt trung ương Hà Nội, sử dụng kết quả đo các chỉ số trên thăm khám lâm sàng. **Kết quả:** chiều dài trung bình của sẹo khe hở môi vòm miệng trung bình là 26.3 mm, kích thước trung bình chiều rộng là 1.50 mm, kích thước trung bình chiều dày là 1.29 mm,

mức độ biến dạng độ III, 100% bệnh nhân sau phẫu thuật khe hở môi thì đầu đều có đặc điểm dây làn môi đỏ bên có khe hở, mất liên tục cơ vòng môi, mất cân xứng môi trên – dưới, thiếu chiều cao làn môi trắng bên có khe hở, mất cân đối kích thước lỗ mũi 2 bên, sẹo xơ dính cơ kéo niêm mạc môi đỏ, phanh môi ngắn, nông ngách tiền đình hàm trên, khe hở cung hàm. Các biến dạng: khuyết làn môi đỏ, mất liên tục đường viền môi, sẹo lồi, sẹo quá phát làn môi trắng đều chiếm 97.1%, lỗ thông ngách tiền đình hàm trên (17.1%), sẹo màu làn môi trắng (20%), sẹo lõm làn môi trắng (8.6%). **Từ khóa:** sẹo môi mũi, sẹo, khe hở môi vòm miệng

SUMMARY

CLINICAL FEATURE OF SCAR OF PATIENT AFTER CLEFT LIP PALATE SURGERY

Objectives: Describe some features clinical of scars after cleft lip and palate plastic surgery. **Subjects and methods:** The study was carried out on 35 cleft palate patients who had undergone cleft lip

¹Bệnh viện Răng Hàm Mặt trung ương Hà Nội

²Đại học Y dược Hải Phòng

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Thu Trang

Email: trangpham368@gmail.com

Ngày nhận bài: 8.5.2023

Ngày phản biện khoa học: 20.6.2023

Ngày duyệt bài: 11.7.2023

and palate plastic surgery to examine and treat at the Hanoi Central Odonto-Stomatology Hospital. Using the results of measurements on clinical examination.

Result: The average length of cleft lip and palate scars is 26.3 mm, the mean width is 1.50 mm, the average size and thickness. is 1.29 mm, degree of deformity grade III, 100% of patients after cleft lip surgery all have thick red lips with cleft lip, continuous loss of lip sphincter, upper-lower lip asymmetry, lack of height of white lips on the side with clefts, imbalance of nostril size on both sides, sticky fibrous scars pulling on red lip mucosa, short lip brake, maxillary vestibular recess, cleft palate. Deformities: red lip defect, loss of lip contour continuity, keloid scars, white lip hypertrophic scars all accounted for 97.1%, maxillary vestibular fissures (17.1%), white lip color scars (20%), concave scars of white lips (8.6%).

Keywords: scar, cleft lip palate

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Phẫu thuật tạo hình môi thì đầu là bước đầu tiên trong quá trình điều trị bệnh nhân KHM. Sau phẫu thuật, KHM được đóng lại, tuy nhiên sẽ để lại sẹo. Sẹo sau phẫu thuật khe hở môi vòm miệng thường là sẹo biến dạng môi mũi. Sẹo có kéo gây biến dạng môi mũi, hạn chế sự phát triển của cung hàm và ảnh hưởng trầm trọng đến sự phát triển của khuôn mặt. Bởi vậy hiểu biết về sẹo sau phẫu thuật đóng khe hở môi vòm miệng là rất cần thiết, giúp định hướng để điều trị sẹo. Do đó chúng tôi tiến hành "*Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng sẹo trên các bệnh nhân sau phẫu thuật tạo hình khe hở môi đến khám nắn chỉnh răng tại Bệnh viện Răng Hàm Mặt Trung ương Hà Nội*" với mục tiêu sau: *Mô tả đặc điểm lâm sàng sẹo trên các bệnh nhân sau phẫu thuật tạo hình khe hở môi thì đầu*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Bệnh nhân khe hở môi vòm miệng đến khám tư vấn nắn chỉnh răng tại khoa Nắn chỉnh răng tại bệnh viện Răng hàm mặt trung ương Hà Nội

Tiêu chuẩn lựa chọn. Bệnh nhân trong độ tuổi từ 8 đến 25, có khe hở môi vòm miệng 1 bên đã được mổ tạo hình môi một bên hoặc hai bên hiện có sẹo xấu vùng da môi mũi, niêm mạc môi trên.

Bệnh nhân chưa từng hoặc đã trải qua phẫu thuật sửa sẹo.

Vùng da môi, mũi và niêm mạc miệng không có bệnh lý hoặc viêm nhiễm nào khác.

Không có các tổn thương do các phẫu thuật khác trên da và niêm mạc miệng

Bệnh nhân hoặc người giám hộ tự nguyện tham gia vào nghiên cứu này.

Tiêu chuẩn loại trừ. Bệnh nhân có những bệnh lý hoặc viêm nhiễm khác tại chỗ vùng môi, mũi.

Bệnh nhân không đủ điều kiện sức khỏe để can thiệp do có các bệnh toàn thân khác hoặc đang có những điều trị khác diễn ra đồng thời tại vùng miệng – hàm mặt.

Bệnh nhân đang có các can thiệp khác trên da và niêm mạc miệng.

Thời gian và địa điểm nghiên cứu. Từ tháng 9 năm 2019 đến tháng 9 năm 2020 tại khoa nắn chỉnh răng Bệnh viện Răng Hàm Mặt Trung ương Hà Nội

2.3. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu. Nghiên cứu cắt ngang mô tả

Cỡ mẫu và cách chọn mẫu. Chọn mẫu thuận tiện với số lượng tối thiểu là 35 bệnh nhân.

Phương tiện và dụng cụ nghiên cứu

- Mẫu bệnh án sử dụng được thiết kế sẵn cho nghiên cứu này (phụ lục 1)

- Mẫu đánh giá mức độ sẹo theo Vancouver cải tiến (phụ lục 2)

o Các bước tiến hành nghiên cứu

▪ Khám và hỏi bệnh

Hỏi bệnh: Bệnh sử + Tiền sử

Khám bệnh: Toàn thân + Tại chỗ

Điền đầy đủ thông tin bệnh nhân sau khám và hỏi bệnh vào bệnh án mẫu (Phụ lục 1). Trong đó bao gồm đầy đủ thông tin về tình trạng bệnh toàn thân, tiền sử bệnh lý, tình trạng sẹo tại chỗ, các biến dạng môi mũi và các biến dạng khác có thể gặp phải sau phẫu thuật tạo hình khe hở môi

Chụp ảnh mặt thẳng và trong miệng cận cảnh vùng có sẹo

Đánh giá tình trạng sẹo theo thang điểm Vancouver cải tiến (Bảng 2.1) → điền đầy đủ thông tin vào bản đánh giá mức độ sẹo (Phụ lục 2)

Bảng 2.1: Thang điểm đánh giá sẹo theo Vancouver cải tiến

| Đặc điểm sẹo | Điểm |
|---|------|
| Độ mềm mại (Pliability) | |
| Bình thường (Normal) | 0 |
| Mềm thoải mái với ít lực cản (Supple) | 1 |
| Chắc khi ấn (Yielding) | 2 |
| Cứng (Firm) | 3 |
| Dính, có các dải xơ sẹo (Adherent) | 4 |
| Chiều cao sẹo (Height) | |
| Phẳng (normal) | 0 |
| 1-2mm | 1 |
| 3-4mm | 2 |
| 5-6mm | 3 |
| > 6mm | 4 |
| Tính chất mạch/Màu sắc (Vascularity) | |
| Bình thường (normal) | 0 |

- Mức độ tác động của điều trị sẽ được tính bằng thay đổi của tổn điểm của sẹo theo thang

điểm Vancouver cải tiến trước điều trị so với sau điều trị. Theo thang điểm này thì điểm số cho mỗi loại sẹo sẽ dao động từ 0 đến 14 điểm.

Trong đó:

- o 0 – 3 điểm là sẹo tốt.
- o 4 – 8 điểm là sẹo trung bình.
- o 9 – 14 điểm là sẹo xấu

Nhập số liệu và xử lý số liệu bằng phần mềm SPSS 20.0

2.4. Đạo đức trong nghiên cứu. Nghiên cứu được Hội đồng khoa học và Ban Giám đốc Bệnh viện RHM TW Hà Nội đồng ý thông qua.

Toàn bộ hồ sơ bệnh nhân được giữ kín, không công bố và chỉ phục vụ cho mục đích khoa học.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Bảng 3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

| Đặc điểm | | n | % | p(X ²) |
|-----------------------|----------|-----------|------------|--------------------|
| Giới | Nam | 19 | 54.3 | 0.612 |
| | Nữ | 16 | 45.7 | |
| Nhóm tuổi | <18 tuổi | 25 | 71.4 | 0.011 |
| | ≥18 tuổi | 10 | 28.6 | |
| Khe hở môi phải | Có | 17 | 48.6 | 0.866 |
| | Không | 18 | 51.4 | |
| Khe hở môi trái | Có | 28 | 80.0 | 0.0001 |
| | Không | 7 | 2.0 | |
| Khe hở vòm miệng phải | Có | 17 | 48.6 | 0.866 |
| | Không | 18 | 51.4 | |
| Khe hở vòm miệng trái | Có | 28 | 80.0 | 0.0001 |
| | Không | 7 | 20.0 | |
| Tổng | | 35 | 100 | |

Nhận xét: Đối tượng nghiên cứu chủ yếu là nam giới (54.3%), tuổi dưới 18 tuổi (71.4%), có khe hở môi trái (80.0%), khe hở vòm miệng trái (80.0%).

Tuổi trung bình của đối tượng nghiên cứu là 14.86 ± 4.55 tuổi, nhỏ tuổi nhất là 6 tuổi, lớn tuổi nhất là 25 tuổi.

3.2. Đặc điểm lâm sàng sẹo trên bệnh nhân khe hở môi

Bảng 3.2. Đặc điểm kích thước của sẹo

| Kích thước | Min | Max | Mean±sd |
|-----------------|-----|-----|-----------|
| Chiều dài (mm) | 22 | 32 | 26.3±2.2 |
| Chiều rộng (mm) | 1 | 2 | 1.50±0.21 |
| Chiều dày (mm) | 1 | 2.5 | 1.29±0.34 |

Nhận xét: Kích thước chiều dài trung bình của sẹo khe hở môi trung bình là 26.3 mm, kích thước trung bình chiều rộng là 1.50 mm, kích thước trung bình chiều dày là 1.29 mm.

Bảng 3.3. Bảng đánh giá mức độ biến dạng môi mũi theo Kozin I.A trên bệnh nhân KHM đã phẫu thuật

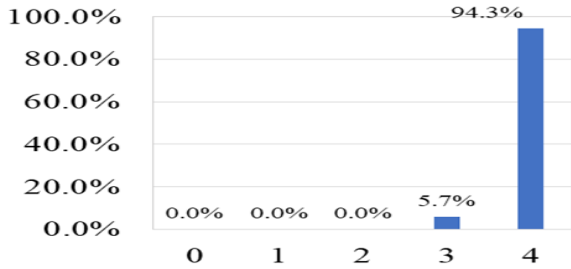
| Mức độ biến dạng | n | % |
|------------------|----|------|
| Độ I | 2 | 5.7 |
| Độ II | 5 | 14.2 |
| Độ III | 32 | 80.1 |

Nhận xét: Bệnh nhân có mức độ biến dạng Độ III tức là có cả biến dạng môi, mũi và biến dạng cung hàm chiếm tỷ lệ cao nhất là 80.1%. Chỉ có 2 bệnh nhân có biến dạng môi đơn thuần (Độ I – 5.7%) và 5 bệnh nhân (14.2%) có biến dạng môi mũi phối hợp không có biến dạng cung hàm.

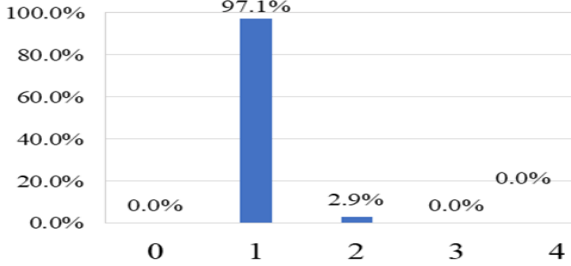
Bảng 3.4: Tỷ lệ các biến dạng gặp phải do sẹo sau phẫu thuật khe hở môi thì đầu

| Đặc điểm | n | % |
|---|----|------|
| Khuyết làn môi đỏ | 34 | 97.1 |
| Mất liên tục đường viền môi | 34 | 97.1 |
| Dầy làn môi đỏ bên có khe hở | 35 | 100 |
| Mất liên tục cơ vòng môi | 35 | 100 |
| Mất cân xứng môi trên – dưới | 35 | 100 |
| Thiếu chiều cao làn môi trắng bên có khe hở | 35 | 100 |
| Sẹo lồi, sẹo quá phát làn môi trắng | 34 | 97.1 |
| Sẹo giãn làn môi trắng | 25 | 71.4 |
| Sẹo lõm làn môi trắng | 3 | 8,6 |
| Sẹo màu làn môi trắng | 7 | 20,0 |
| Lệch trụ vách ngăn mũi | 30 | 85.7 |
| Biến dạng cánh mũi | 15 | 42.9 |
| Biến dạng, lệch đầu mũi | 17 | 48.6 |
| Mất cân đối kích thước lỗ mũi 2 bên | 35 | 100 |
| Sẹo xơ dính co kéo niêm mạc môi đỏ | 35 | 100 |
| Phanh môi ngắn | 35 | 100 |
| Nông ngách tiền đình hàm trên | 35 | 100 |
| Lỗ thông ngách tiền đình hàm trên | 6 | 17.1 |
| Khe hở cung hàm | 35 | 100 |

Nhận xét: 100% bệnh nhân sau phẫu thuật khe hở môi thì đầu đều có đặc điểm dầy làn môi đỏ bên có khe hở, mất liên tục cơ vòng môi, mất cân xứng môi trên – dưới, thiếu chiều cao làn môi trắng bên có khe hở, mất cân đối kích thước lỗ mũi 2 bên, sẹo xơ dính co kéo niêm mạc môi đỏ, phanh môi ngắn, nông ngách tiền đình hàm trên, khe hở cung hàm. Các biến dạng hay gặp tiếp theo là khuyết làn môi đỏ, mất liên tục đường viền môi, sẹo lồi, sẹo quá phát làn môi trắng đều chiếm 97.1%, các biến dạng khác ít gặp hơn là lỗ thông ngách tiền đình hàm trên (17.1%), sẹo màu làn môi trắng (20.0%), sẹo lõm làn môi trắng (8.6%).



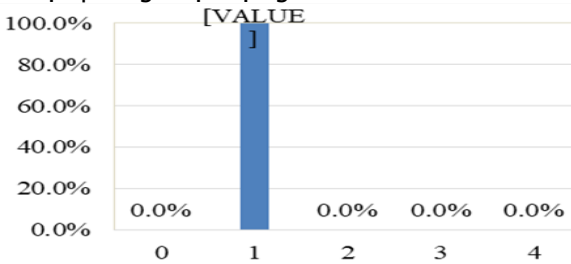
Biểu đồ 3.1. Biểu đồ tỷ lệ các mức độ mềm mại của sẹ



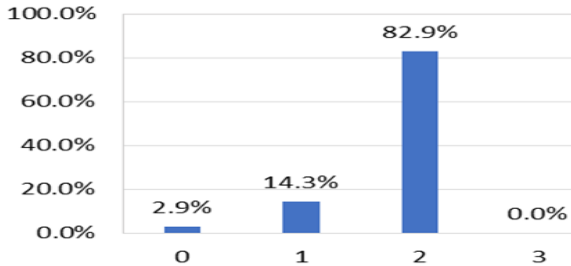
Biểu đồ 3.2. Tỷ lệ các mức độ chiều cao sẹ

Nhận xét: Trong 35 bệnh nhân được điều trị sẹ sau phẫu thuật khe hở môi trước khi điều trị có 94.3% được chấm điểm 4 trên thang đánh giá Vancouver cải tiến tức là sẹ có đỉnh, có các dải xơ sẹ; 5.7% bệnh nhân có sẹ cứng (điểm 3). Không có bệnh nhân nào có sẹ mềm mại hoặc bình thường.

Về chiều cao sẹ chấm theo thang điểm Vancouver cải tiến 97.1% bệnh nhân có sẹ được chấm điểm 1 tức là chiều cao 1-2 mm, chỉ có 2.9% bệnh nhân được chấm điểm 2 tức là sẹ có chiều cao 3-4 mm. Không có bệnh nhân nào có sẹ phẳng hoặc sẹ gồ cao hơn 4mm.



Biểu đồ 3.3. Tỷ lệ các mức độ tính chất mạch/màu sắc sẹ



Biểu đồ 3.4. Tỷ lệ các mức độ sắc tố sẹ

Nhận xét: Về tính chất mạch/màu sắc sẹ chấm theo thang điểm Vancouver cải tiến 100% bệnh nhân có sẹ được chấm điểm 1 tức là tính chất mạch màu hồng. Không có bệnh nhân nào có các bất thường dạng khác về tính chất mạch trên sẹ.

Về sắc tố sẹ chấm theo thang điểm Vancouver cải tiến 82.9% bệnh nhân có sẹ được chấm điểm 2 tức là sẹ có sắc tố hỗn hợp, chiếm tỷ lệ cao nhất. Chỉ có 14.3% bệnh nhân được chấm điểm 1 tức là sẹ giảm sắc tố, 2.9% bệnh được chấm điểm 0 tức là sẹ bình thường về sắc tố.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung của nhóm nghiên cứu. Độ tuổi trung bình của đối tượng nghiên cứu là 14.86 ± 4.55 tuổi với các bệnh nhân có tuổi thấp nhất được phát hiện là 6 tuổi và bệnh nhân lớn nhất là 25 tuổi. Độ tuổi và khoảng biến thiên như vậy là khá tương đồng với đa phần các nghiên cứu trên bệnh nhân khe hở môi, khe hở vòm miệng khác.

Đối tượng nghiên cứu là 19 nam giới (54.3%), nhiều hơn 16 bệnh nhân nữ (45.7%). Tỷ lệ này gần như là tương đồng với đa phần các nghiên cứu khác trên bệnh nhân khe hở môi, khe hở vòm miệng.

4.2. Đặc điểm lâm sàng của sẹ. Kích thước chiều dài trung bình của sẹ khe hở môi vòm miệng trung bình là 26.3 mm, kích thước trung bình chiều rộng là 1.50 mm, kích thước trung bình chiều dày là 1.29 mm. Kích thước này theo chúng tôi không có khác biệt nhiều so với các nghiên cứu khác về khe hở môi và khe hở vòm miệng. Kích thước sẹ phụ thuộc vào: Mức độ khe hở môi, khe hở vòm miệng của bệnh nhân, kĩ thuật tạo hình khe hở môi, khe hở vòm miệng mà phẫu thuật viên lựa chọn sử dụng, sự liền thương và ổn định sẹ của mỗi cá nhân.

Mức độ biến dạng môi mũi theo Kozin I.A trên bệnh nhân KHM đã phẫu thuật

Bệnh nhân có mức độ biến dạng Độ III tức là có cả biến dạng môi, mũi và biến dạng cung hàm chiếm tỷ lệ cao nhất là 80.1%. Chỉ có 2 bệnh nhân có biến dạng môi đơn thuần (Độ I – 5.7%) và 5 bệnh nhân (14.2%) có biến dạng môi mũi phối hợp không có biến dạng cung hàm.

Mức độ biến dạng môi mũi của bệnh nhân đã phẫu thuật dựa trên mức độ tổn thương của khe hở môi khe hở vòm mỗi cá nhân mắc phải sau khi phẫu thuật lần 1. Mức độ tổn thương liên quan đến cấu trúc giải phẫu xương hàm trên, nền mũi, cánh mũi, cấu trúc mũi...

Các biến dạng gặp phải do sẹo sau phẫu thuật khe hở môi thì đầu

Biến dạng làn môi đỏ chúng tôi nhận thấy biến dạng khuyết làn môi đỏ chiếm tỉ lệ cao 97.1%, tương đương với kết quả nghiên cứu của Rajanikanth B.R và CS (2012) là 55%. Nghiên cứu của Cheema S.A và Asim M (2014) còn cho kết quả lớn hơn (66%) [5]. Tuy nhiên khi so sánh nghiên cứu trong nước của Lê Đức Tuấn trên 127 BN thì tỉ lệ biến dạng của tác giả chỉ là 20.1%, thấp hơn nhiều so với chúng tôi. Biến dạng khuyết làn môi đỏ xảy ra do trong quá trình PT, cơ không được giải phóng hoàn toàn nên bị kéo căng khi đóng kín, sau tạo hình toác vết mổ có thể dẫn đến khuyết. Nguyên nhân khác là kỹ thuật khâu tái tạo cơ không tốt, nối cơ không đối xứng hoặc thậm chí là khâu dưới da mà không khâu cơ gây lõm niêm mạc làn môi đỏ.

Một biến dạng thường gặp khác là sai lệch đường viền môi, xuất hiện dạng nhô ra của da xâm nhập trên làn môi đỏ hoặc của làn môi đỏ xâm nhập trên da. Trong nghiên cứu của chúng tôi thì biến dạng này xuất hiện ở 34 BN (97.1%), kết quả này cao hơn so với nghiên cứu Rajanikanth B.R và CS (2012) là 30%. Tuy nhiên, các nghiên cứu của tác giả Christofides E (2006) lại có tỷ lệ sai lệch đường viền môi chiếm tỉ lệ cao (65%), Lê Đức Tuấn (2004) có tỷ lệ 80.4%. Sai lệch đường viền môi có thể tránh được bằng cách đánh dấu cẩn thận đường viền môi trước phẫu thuật. Đánh dấu hai điểm, một điểm trên và một điểm dưới đường viền môi làm cho dễ điều chỉnh và chính xác khi khâu đóng vết mổ hơn là chỉ đánh dấu một điểm tại đường viền da môi đỏ.

Sẹo vết mổ

| | Lê Đức Tuấn (2004) | Rajanikanth B.R và CS (2012) | Cheema S.A và Asim M (2014) | Chúng tôi (2019) |
|------------|---------------------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------|
| Sẹo đẹp | 45 (35.5%) | 28 (70%) | 39 (21%) | 00 |
| Sẹo cơ kéo | 82 (64.5%) | 6 (15%) | 150 (79%) | 34 (97.1%) |
| Sẹo lõm | | 6 (15%) | | |
| Tổng số BN | 127 | 40 | 189 | 35 |

Trong 4 nghiên cứu ở bảng, tỉ lệ sẹo xấu có sự khác biệt nhau, từ khoảng 30-70%. Ở nghiên cứu chúng tôi, tỉ lệ này là 97.1% (34/35 BN). Nguyễn Trọng Điểm (1995), Kapuccu M.R và CS (1996) đều thống nhất ở hai vấn đề cần quan tâm khi tạo hình khe hở môi: thứ nhất là kỹ thuật khâu tái tạo hình thể môi; thứ hai là chăm sóc theo dõi tốt sau mổ. Các tác giả trong và ngoài nước đều nhất trí cho rằng nếu phòng tránh tốt những biến chứng sau phẫu thuật sẽ đạt được kết quả liền sẹo đẹp.

Biến dạng mũi thường xảy ra cùng biến dạng môi và tỷ lệ thuận với mức độ nặng nhẹ của biến dạng môi. Đây là nhận xét chung của các phẫu thuật viên đã từng phẫu thuật khe hở môi và sửa chữa biến dạng môi mũi sau mổ. Khiếm khuyết phần trên viền lõ mũi nhận thấy ở 100% bệnh nhân sau tạo hình khe hở môi. Thực chất biến dạng này xảy ra do cơ ngang mũi bám không đầy đủ vào gai mũi trước dẫn đến sự sai vị trí của sụn cánh giữa và không sửa chữa. Tuy vậy, đây cũng có thể biến dạng do lỗi phẫu thuật viên can thiệp sai vào vùng tam giác mềm, là vùng không được nâng đỡ bởi sụn, điểm liên kết giữa cột bên và cột giữa. Có thể thành công sửa chữa biến dạng này sau tạo hình môi lần hai nếu không có PT mũi hở điều chỉnh lại vị trí sụn cánh mũi [4]. Đề tài nghiên cứu của chúng tôi là ở KHM một bên, do vậy trụ mũi ngắn chỉ có ở 6 BN

(13%). Trụ mũi ngắn là điển hình của KHM hai bên, KHM một bên ít gặp, tuy nhiên có thể nhìn thấy ngắn hơn do sự sai lệch vị trí của sụn cánh mũi. Chiều dài của trụ mũi là cơ sở cho sự cân đối của mũi. Nếu trong lần đầu dùng PP Millard có thể thành công bằng cách sát nhập vạt C vào đường rạch chân trụ mũi.

V. KẾT LUẬN

Kích thước chiều dài trung bình của sẹo khe hở môi vòm miệng trung bình là 26.3 mm, kích thước trung bình chiều rộng là 1.50 mm, kích thước trung bình chiều dày là 1.29 mm.

Bệnh nhân có mức độ biến dạng Độ III tức là có cả biến dạng môi, mũi và biến dạng cung hàm chiếm tỷ lệ là 80.1%.

100% bệnh nhân sau phẫu thuật khe hở môi thì đầu đều có đặc điểm dày làn môi đỏ bên có khe hở, mất liên tục cơ vòng môi, mất cân xứng môi trên – dưới, thiếu chiều cao làn môi trắng bên có khe hở, mất cân đối kích thước lõ mũi 2 bên, sẹo xơ dính co kéo niêm mạc môi đỏ, phanh môi ngắn, nông ngách tiền đình hàm trên, khe hở cung hàm.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Berkowitz, S.**, Cleft lip and palate:Diagnosis and Management. 3rd ed. 2013: Springer.
- Alam, M., et al.**, Postnatal treatment factors affecting craniofacial morphology of unilateral cleft lip and palate (UCLP) patients in a Japanese

- population. British Journal of Oral and Maxillofacial Surgery, 2013. 51(8): p. e205-e210.
3. **Nguyễn Mạnh Hà**, Đánh giá hiệu quả phẫu thuật ghép xương ổ răng ở bệnh nhân sau mổ tạo hình khe hở môi và vòm miệng toàn bộ. 2009, Đại học Y Hà Nội. p. 53-87
 4. **Bộ môn Da Liễu Học viện quân y (2008)**. Giáo trình bệnh da và hoa liễu, Nhà xuất bản quân đội nhân dân, 15-56.
 5. **Bộ môn Da Liễu Trường Đại Học Y Hà Nội (2014)**. Bệnh học da liễu, Nhà xuất bản y học, 13-20.
 6. **Bộ môn Da Liễu Trường Đại Học Y Hà Nội (1992)**, Giáo trình bệnh da liễu, Nhà xuất bản y học, 7-14.

KHẢO SÁT BIẾN CHỨNG HUYẾT KHỐI TÍNH MẠCH SÂU TẠI VỊ TRÍ ĐƯỜNG VÀO MẠCH MÁU SAU THỦ THUẬT THĂM DÒ VÀ CAN THIỆP ĐIỆN SINH LÝ TIM

Phan Đình Phong¹, Nguyễn Tuấn Việt², Trịnh Đình Hoàng²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Thăm dò điện sinh lý tim (TDDSLT) và triệt đốt rối loạn nhịp tim (RLNT) bằng năng lượng sóng có tần số Radio qua đường ống thông là phương pháp chẩn đoán và điều trị hiệu quả các rối loạn nhịp tim. Tuy nhiên đặc thù là sử dụng nhiều đường vào mạch máu tại tĩnh mạch đùi hoặc động mạch đùi. Việc lưu ống thông trong suốt quá trình thủ thuật là yếu tố nguy cơ hình thành huyết khối tĩnh mạch sâu (HKTMS). Nghiên cứu đánh giá tần suất và một số yếu tố nguy cơ biến chứng bằng siêu âm Doppler. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Mô tả cắt ngang trên 144 bệnh nhân thực hiện thủ thuật theo dõi dọc 01 tháng tại Bệnh viện Đa khoa Tỉnh Thanh Hoá từ tháng 02 năm 2022 đến tháng 10 năm 2022. Tất cả được siêu âm Doppler mạch máu thường quy trước, ngay sau thực hiện thủ thuật và khi tái khám sau 01 tháng để đánh giá và theo dõi biến cố huyết khối tĩnh mạch. **Kết quả nghiên cứu:** 144 bệnh nhân (tuổi trung bình $54,7 \pm 15,5$ với 87% là nữ giới thực hiện thủ thuật (thời gian trung bình $52,9 \pm 9,8$ phút). Biến chứng huyết khối tĩnh mạch xảy ra trên 10 bệnh nhân (6,9%). Không có khác biệt có ý nghĩa thống kê về tỷ lệ biến chứng giữa hai nhóm: nhóm sử dụng ≥ 02 sheaths và nhóm sử dụng 01 sheath. Các yếu tố: Tuổi, giới, BMI, đường kính tĩnh mạch trước khi thực hiện thủ thuật, việc sử dụng ≥ 01 sheath tại một vị trí tĩnh mạch đùi, thời gian thực hiện thủ thuật, công suất và nhiệt độ trung bình trong triệt đốt không ảnh hưởng đáng kể đến nguy cơ hình thành huyết khối tĩnh mạch sâu sau thực hiện thủ thuật.

Từ khóa: Huyết khối tĩnh mạch sâu, đường vào mạch máu, thăm dò can thiệp điện sinh lý tim.

SUMMARY

DEEP VEIN THROMBOSIS AFTER CARDIAC ELECTROPHYSIOLOGICAL STUDY AND

¹Bệnh viện Bạch Mai

²Bệnh viện Đa khoa Tỉnh Thanh Hoá

Chịu trách nhiệm chính: Phan Đình Phong

Email: phong.vtm@gmail.com

Ngày nhận bài: 9.5.2023

Ngày phản biện khoa học: 21.6.2023

Ngày duyệt bài: 12.7.2023

RADIOFREQUENCY CATHETER ABLATION

Aims: Cardiac electrophysiological study and radiofrequency catheter ablation are established methods for assessment and treatment for arrhythmia. Multiple intracardiac catheters are often necessary for electrophysiological study (EPS) and radiofrequency (RF) ablation therapy. Therefore, multiple venous sheath placement in one femoral vein is always required for multiple intracardiac catheter insertion. Presence of the catheter in the vein increases the risk of blood clot formation, especially deep venous thrombosis. The vascular complications incurred by placement of multiple sheaths have not been fully studied. We utilized duplex ultrasonography to assess the femoral veins before and after the procedure. **Subjects and methods:** A cross-sectional, cluster-descriptive study on 144 patients with longitudinal follow-up after 01 month of the procedure at Thanh Hoa Provincial General Hospital from February 2022 to October 2022. All patients underwent routine Doppler ultrasound of lower extremity vessels before and immediately after procedures. In addition, at the follow-up visit after 1 month to assess and monitor venous thromboembolism events. **Results:** In 144 patients (mean age 54.7 ± 15.5 years with 87% being female) underwent procedures (mean time was 52.9 ± 9.8 minutes). Non-occlusive deep vein thrombosis (DVT) occurred in 10 patients (6.9%) on the day following the procedure. There were no significant differences in major complications when multiple sheath placement was compared with single sheath placement. Sex, height, BMI, venous diameter, multiple sheath placement, mean procedure time, average power as well as temperature during ablation all failed to have a significant influence on venous thrombosis.

Keywords: Deep vein thrombosis (DVT), cardiac electrophysiological study and radiofrequency catheter ablation, sheath placement.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Dùng điện cực thăm dò nhằm thu thập hoạt động điện học trong khi thực hiện thủ thuật TDDSLT và triệt đốt RLNT bằng năng lượng sóng có tần số radio (RF) là vô cùng cần thiết, đặc biệt là rối loạn nhịp tim có cơ chế phức tạp.^{1,2}