

Stoffel là -3.6 ± 0.2 . Tuy nhiên theo nhiều tác giả việc định nghĩa LX dựa vào chỉ số T-scores lại tạo ra một sự đơn giản hóa quá mức. Phần lớn bệnh nhân gãy xương do chấn thương nhẹ không có T-Scores nằm trong khu vực LX. Ngược lại, nhiều người có T-Scores thấp lại không gãy xương. Điều này càng nhấn mạnh T-Scores chỉ giúp ước chừng nguy cơ tương đối, chứ không phải nguy cơ tuyệt đối.

V. KẾT LUẬN

Xẹp đốt sống do loãng xương hay gặp ở nữ và chủ yếu gặp ở người cao tuổi. Lâm sàng thường gặp đau dữ dội và gù vẹo cột sống. Trên phim chụp đa số tổn thương 1 đốt với phần lớn là xẹp hình chêm.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Jeong-Taik Kwon M.D, Jung-Hoon Lee M.D., Young-Baeg Kim M.D, et al (2007), "Segmental Deformity Correction after Balloon Kyphoplasty in the Osteoporotic Vertebral Compression Fracture", J Korean Neurosurg Soc.

42(5), p:371-376.

2. Võ Văn Nhò và cộng sự (2012), Tạo hình thân đốt sống bằng phương pháp bơm cement sinh học qua da trong điều trị đau do xẹp đốt sống ở bệnh nhân loãng xương", Hội nghị khoa học thường niên lần thứ VII, Hội loãng xương thành phố Hồ Chí Minh, ngày 11 tháng 8 năm 2012, Bộ Y tế, tr.25-32.
3. Fribourg D, Tang C, Sra P, et al (2004), "Incidence of subsequent vertebral fracture after kyphoplasty", Spine Journal. 29(20), p:2270-2276.
4. Trịnh Văn Cường và Nguyễn Quốc Bảo (2017), "Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị xẹp đốt sống do loãng xương bằng bơm cement sinh học qua da", Y học thành phố Hồ Chí Minh. 21(6), tr.213-217.
5. Đỗ Mạnh Hùng Nguyễn Văn Thạch (2016), "Kết quả điều trị tạo hình đốt sống bằng bơm cement có bóng cho bệnh nhân xẹp đốt sống do loãng xương", Tạp chí chấn thương chỉnh hình Việt Nam. Số đặc biệt, 42-49.
6. Gasbarrini A, Ghermandi R, et al (2017), "Elastoplasty as a promising novel technique vertebral augmentation with an elastic silicone-based polymer", Acta Orthop Traumatol Turc, 51(3), 209-214.

THOÁT VỊ HOÀNH SAU BÊN VỚI THẬN LÊN LỒNG NGỰC TÁI PHÁT Ở TRẺ EM: NHÂN 2 TRƯỜNG HỢP

Tô Mạnh Tuấn¹, Vũ Thanh Tú¹, Nguyễn Minh Khôi¹,
Nguyễn Văn Linh¹, Phạm Thanh Tùng¹, Phạm Duy Hiền¹

TÓM TẮT

Thoát vị Bochdalek là một bất thường bẩm sinh với tỷ lệ mắc bệnh và tử vong cao được đặc trưng bởi sự di chuyển của các cơ quan ổ bụng vào khoang ngực thông qua một khiếm khuyết cơ hoành. Vị trí trong lồng ngực của các cơ quan trong ổ bụng như thận là rất hiếm, với tỷ lệ được báo cáo chỉ là 0,25% trong y văn. Ở đây, chúng tôi trình bày hai trường hợp thoát vị Bochdalek tái phát với thận lạc chỗ trong lồng ngực đã được sửa chữa bằng cách đặt tấm lưới bằng phẫu thuật nội soi. Không có biến chứng nào được quan sát thấy trong, sau mổ và theo dõi 2 năm.

SUMMARY

RECURRENT OF THE RIGHT SIDE BOCHDALEK HERNIA WITH INTRATHORACIC KIDNEY IN CHILDREN: TWO CASE REPORTS

Bochdalek hernia is a congenital abnormality with

high morbidity and mortality characterized by passage of the abdominal organs into the thoracic cavity through a diaphragmatic defect. Intrathoracic location of abdominal organs such as kidneys is very rare, with a reported incidence of only 0.25% in the literature. Herein, we present two cases of recurrent Bochdalek hernia with intrathoracic renal ectopia that was repaired using mesh placement by laparotomy. No complications were observed during the postoperative period, and 2-year follow-up.

Keywords: Bochdalek hernia, Intrathoracic ectopic kidney, Recurrence

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Thoát vị hoành sau bên (Bochdalek Hernia/ BH) là thoát vị hoành bẩm sinh thường gặp trong Nhi khoa, được nhà giải phẫu học Bochdalek mô tả lần đầu năm 1848. Tổn thương chủ yếu ở trẻ trai, với các tạng trong ổ bụng thoát vị vào lồng ngực qua lỗ sau bên, chèn ép phổi bên bệnh từ thời kỳ bào thai. Tỷ lệ mắc bệnh 1-5/ 10000 trẻ sinh sống, với tổn thương bên trái chiếm 80%, bên phải chiếm 19% và 1% tổn thương cả 2 bên. Có đến 40% BH có tổn thương phổi hợp. Tỷ lệ tử vong của BH được mổ chữa từ 20-30% [1] [2] [3].

¹Bệnh viện Nhi Trung Ương

Chịu trách nhiệm chính: Vũ Thanh Tú

Email: dranhthubca@gmail.com

Ngày nhận bài: 8.6.2023

Ngày phản biện khoa học: 19.7.2023

Ngày duyệt bài: 11.8.2023

BH với thận trong lồng ngực là tổn thương rất hiếm gặp chiếm 0,25%. Sarac 2018, điểm báo có 22 trường hợp BH với thận trong lồng ngực qua Y văn từ 2001-2018, có độ tuổi từ 1 ngày đến 80 tuổi, với triệu chứng hô hấp chiếm 57%, triệu chứng tiêu hóa chiếm 7,14% và 36,4% bệnh nhân có chẩn đoán trước sinh. Điều trị BH có thận lên lồng ngực nhằm phục hồi cấu trúc giải phẫu, chức năng của các tạng thoát vị. Trường hợp chỉ có thận thoát vị vào ngực hay không có triệu chứng thì việc bảo tồn có thể đặt ra. Phẫu thuật chữa BH có thể thực hiện qua đường bụng hay đường ngực với mổ mở, nội soi hay nội soi robot [2] [3] [4] [5].

Điều trị BH có thận lên lồng ngực tái phát được mô tả lần đầu bởi Pindoria năm 2018, với bệnh nhân nữ 21 tuổi đang mang thai 6 tháng, có đau bụng và khó thở, có tiền sử mổ chữa BH lúc 12 ngày tuổi [6]. Tỷ lệ BH tái phát sau mổ chữa đến 32% và liên quan nhiều hơn đến phẫu thuật nội soi ngực [7]. Chúng tôi báo cáo 2 trẻ BH phải tái phát có thận phải thoát vị vào lồng ngực sau mổ mở được phẫu thuật có sử dụng mảnh vá Neuro-Patch®, (Aesculap- Germany) tại Bệnh viện Nhi Trung ương có kết quả.

II. CA BỆNH

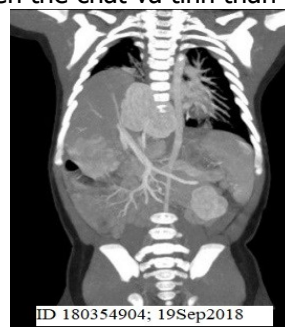
2.1. Ca bệnh 1. Trẻ trai, Ng Minh K, con 1/1, không có siêu âm trước sinh, đẻ thường cân nặng 2900g, sau sinh khóc ngay. Lúc 2 tháng tuổi trẻ có viêm phổi, được chụp x quang ngực có chẩn đoán BH phải và được mổ chữa BH với ruột, thận phải lên ngực phải qua đường mổ dưới sườn phải, ra viện sau mổ 2 tuần. Đến 25 tháng tuổi, trẻ được vào viện do khó thở, ho và nôn dịch tiêu hóa.

Phim X quang ngực có hình viêm phổi và mờ đáy phổi phải; chụp cắt lớp vi tính (CLVT) ngực và bụng phát hiện có BH phải có gan, thận, thượng thận phải và quai ruột vào lồng ngực phải chèn ép 2/3 phế trường phải. Kết quả xét nghiệm máu trong giới hạn bình thường (BC: 6,6 G/L; TC: 286 G/L; Hb: 105g/L; CRP: 0,21mg/L; Ure\Creatinin: 1,6\23,2). Siêu âm tim không có bất thường.

Bệnh nhân được phẫu thuật qua sẹo mổ cũ dưới sườn phải. Cắt dính, đưa tạng thoát vị gồm gan trái, đại tràng, tiểu tràng xuống ổ bụng. Thận, thượng thận phải dính vào thùy dưới phổi phải và thành ngực sau, được giải phóng và chuyển xuống dưới gan với cuống mạch, niệu quản không bị cản trở. Tổn thương cơ hoành phải qua lỗ sau bên 6x5 cm, có các nốt chỉ không tiêu hai bên mép, mép sau lỗ thoát vị

mỏng, sát cột sống. Diện khuyết cơ hoành được đóng kín bằng chỉ không tiêu 2/0 ETHIBOND® Polyester Suture (© Ethicon-US), có dùng mảnh vá polyesterurethane Neuro-Patch®, (Aesculap-Germany) 4x5cm khâu vào xương sườn và cột sống. Kiểm tra, cơ hoành vững, thận phải được cố định dưới gan, không có xoắn, hẹp mạch thận và niệu quản. Thời gian phẫu thuật 90 phút, lượng máu mất 10ml.

Sau mổ, trẻ được thở máy 2 ngày, ăn lại ngày 4 sau mổ, ra viện sau mổ 7 ngày. Theo dõi sau mổ 2 năm, trẻ lên cân, không có triệu chứng. Hình ảnh vòm hoành rõ, không có tái phát cũng như bất thường về chức năng thận. Trẻ phát triển thể chất và tinh thần bình thường.



Hình 1: Phim CLVT với gan, thận phải trong lồng ngực trước mổ



Hình 2: Phim CLVT sau mổ. Không có tái phát, gan thận về vị trí bình thường

2.2. Ca bệnh 2. Trẻ trai, Phạm Minh T, con 2/2, có chẩn đoán BH tuần thai 20. Đẻ thường, cân nặng 2600g, sau đẻ được mổ mở đường bụng chữa BH phải lúc ngày 2 tuổi. Trẻ ra viện sau mổ 2 tuần. Trẻ được vào viện lại lúc 8 tháng tuổi do ho khan và khó thở. Phổi có tiếng rale ẩm vừa nhỏ hạt hai bên. Phim Xquang có hình viêm phổi và mờ đáy phổi phải.

Phim CLVT ngực-bụng thấy có hình thoát vị hoành tái phát có gan trái, thận phải lên lồng ngực, chèn ép phổi phải. Kết quả xét nghiệm máu có tăng bạch cầu. (BC: 11,08G/L; TC: 334G/L; Hb 118g/L; CRP: 4,26mg/L;

Ure\Creatinin: 4,4\34,8). Sau khi điều trị viêm phổi ổn định trẻ được mổ chữa BH tái phát qua sẹo mổ cũ dưới sườn phải. Nội dung thoát vị có: Gan trái, thận phải, thượng thận phải xoay 120 độ và dính vào lỗ thoát vị sau bên và phổi thùy dưới phải. Cắt dính, đưa gan trái xuống ổ bụng, đưa thận, thượng thận xuống dưới gan. Lỗ thoát vị sau bên qua diện BH cũ khuyết cơ hoành kích thước 4 x 6cm sát cột sống, với phần cơ hoành mép sau dạng màng xơ mỏng, rộng 10mm. Lỗ thoát vị được sửa chữa bằng chỉ Ethibond 2/0 kết hợp với Neuropatch 5x4cm, có khâu vào thành ngực sau và cột sống. Kiểm tra cuống mạch, niệu quản phải, cổ định thận phải dưới gan. Thời gian phẫu thuật 100 phút, lượng máu mất 15ml.

Bệnh nhân được thở máy 3 ngày sau mổ và ăn ngày thứ 4 sau mổ. Trẻ được ra viện sau 10 ngày điều trị. Khám sau mổ 24tháng, trẻ tăng cân, vòm hoành, gan, thận có vị trí, chức năng bình thường.



Hình 3: Hình CLVT trước mổ với gan trái và thận phải trên ngực phải



Hình 4: Sẹo mổ dưới sườn phải

III. BÀN LUẬN

Thoát vị hoành sau bên (Bochdalek hernia/ BH) do sự chậm đóng ống phúc- phế mạc làm cho tạng từ ổ bụng có thể di chuyển vào lồng ngực thường xảy ra ở tuần thứ 7-10 thai kỳ. Tổn thương BH có đến 80% ở sau bên trái, bên phải

19% và 1% có 2 bên. Chẩn đoán trước sinh có thể đạt 50 -70%. Bệnh thường có biểu hiện lâm sàng ngay trong những giờ đầu sau sinh và có tỉ lệ tử vong cao (20-30%) cũng như tỷ lệ tái phát cao sau mổ chữa từ 1-48% [1] [7] [8].

Thận được hình thành từ tiểu khung và dần di chuyển vào phần bụng trên vào thắt lưng, thận lạc vị khi thận không nằm trong hố thận. Thận lạc vị trong ngực là tổn thương rất hiếm gặp được mô tả lần đầu bởi Campbell năm 1930 với 22 trường hợp ở 15919 xác trẻ. Mười năm sau Wolfromm báo cáo ca lâm sàng đầu tiên ở bệnh nhân nữ 43 tuổi qua chụp bể thận niệu quản. Phần lớn thận lạc vị nằm thấp ở vùng tiểu khung do bất thường di chuyển thận lên thắt lưng từ thời kì bào thai từ tuần thai thứ 5 -8 và có thể có vai trò của tuyến thượng thận. Tuyến thượng thận có thể ở phía trên hay dưới so với thận. Thận trong ngực chiếm 5% các thận lạc vị, có thể 1 bên hay cả hai bên. Murphy 2012, qua 20 năm có 5 trường hợp thận trong ngực, trong đó có 2 trẻ có kèm theo thoát vị hoành phải với ruột được mổ đưa thận vào ổ bụng và chữa khuyết cơ hoành do có suy hô hấp [4].

Thận lạc vị trong ngực thường kèm theo biến đổi giải phẫu với dài niệu quản, xoay trục thận, đổi chiều cực dưới và nguyên ủy mạch thận cao hơn và có chức năng thận bình thường. Thận lạc vị trong lồng ngực kết hợp với BH chiếm 0,25%, nam nhiều hơn nữ, bên trái nhiều hơn phải. Nguyên nhân thận lạc vị bẩm sinh trong ngực chưa rõ ràng, có thể do sự chậm đóng kín ống phúc phế mạc làm cho quá trình di chuyển thận kéo dài hơn [2][9]. Thận lạc vị trong lồng ngực được Pfister và Burnier chia làm bốn nhóm:

- Thận trong ngực với thoát vị hoành có màng bọc, hay gặp nhất.
- Thận trong ngực với thoát vị hoành bẩm sinh.
- Thận trong ngực với vỡ cơ hoành do chấn thương.
- Thận trong ngực với cơ hoành bình thường.

BH được chẩn đoán trước sinh trong phần lớn ca bệnh, nhưng với thận trong ngực còn rất ít. BH với thận thoát vị lên lồng ngực thường không liên quan đến sự biến đổi về chức năng cũng như cấu trúc nhu mô của thận. Thận vẫn hoạt động bình thường, không có biểu hiện của sự tắc nghẽn nên không có các triệu chứng về đường sinh dục tiết niệu. Hầu hết bệnh nhân đến khám do tình cờ hoặc có biểu hiện không rõ ràng của bệnh lý đường hô hấp. Thận lạc chỗ vào lồng ngực là rất hiếm, triệu chứng rất đa dạng, có thể suy hô hấp, đau bụng, ho, sốt...trong trường hợp bệnh không có triệu chứng khi siêu âm có thể bị nhầm với thận tiền phát một bên.

Do đó để tránh bỏ sót tổn thương thì chụp x quang ngực, CLVT và cộng hưởng từ cho phép

Bảng 1: Đặc điểm trẻ có thoát vị hoành sau bên có thận thoát vị

Nghiên cứu	Tuổi bệnh nhân	Giới	Triệu chứng ban đầu	Bên bệnh	Tạng thoát vị	Xử trí
Murphy (2012)	4 tháng 4 ngày	Nữ	Suy hô hấp; Suy hô hấp;	Phải Phải	Ruột, gan trái, thận phải Ruột, thận phải	Khâu cơ hoành, cố định thận; Khâu cơ hoành, cố định thận phải;
Kawashima (2014)	2 tuổi	Nam	Đau bụng	Trái	Lách, đại tràng, thận trái	Nội soi bụng khâu thoát vị; cố định dạ dày.
Sarac (2018)	6 tháng 7 tuổi	Nam Nữ	Khó thở. Đau bụng.	Trái Trái	Dạ dày, tiểu tràng, thận trái. Đại tràng, tiểu tràng, thận trái	Mở bụng khâu thoát vị hoành Mở bụng khâu thoát vị hoành
Mizzi (2020)	24 ngày	Nữ	khó thở và sốt	Trái	Đại tràng, tiểu tràng, thận trái.	Nội soi ngực khâu thoát vị hoành
Yin (2021)	4 tuổi	Nữ	Ho, sốt.	Phải	Thận phải, ruột	Nội soi, không mở màng bọc.

Phẫu thuật để phục hồi vị trí giải phẫu của cơ hoành, đưa tạng thoát vị về vị trí là mẫu chốt để bảo tồn chức năng thận và phòng ngừa suy thận lâu dài. Mổ chữa thoát vị hoành, phục hồi vị trí giải phẫu của thận là lí tưởng. Tuy nhiên, một số trường hợp. Việc chấp nhận để thận trong lồng ngực khi thận lạc vị dính nhiều được Sarac báo cáo 2 ca bệnh theo dõi sau 10 năm không có biến chứng [2] [4]. Phẫu thuật chữa BH và lạc vị thận có thể sửa chữa bằng các mũi khâu rời hoặc có thể kết hợp với vật liệu lưới nhân tạo trong các diện khuyết lớn qua đường mở ngực, đường bụng, nội soi ngực, nội soi bụng, hay nội soi robot đường bụng [5] [6]. Tuy vậy, phẫu thuật nội soi điều trị BH có nguy cơ tái phát cao hơn đến 48% so với mổ mở thì tỉ lệ tái phát là 17% và xảy ra với 97% bệnh nhân trong năm đầu sau mổ [8]. Tỉ lệ tái phát khi có mảnh và từ 5 – 54% thường là do tổn thương lớn, khó che phủ [7].

Trường hợp BH tái phát, việc sửa chữa có nguy cơ tái phát là 32% so với nguy cơ tái phát lần một là 11%, trong đó nguy cơ cao khi mổ nội soi ngực với mảnh vá cơ hoành. Báo cáo tác giả Nhật bản xử trí tái phát với vật cơ bụng hay tác giả Bắc Mỹ sử dụng vật cơ rộng lưng cũng như mảnh vá nhân tạo cho thoát vị tái phát và kết quả không thấy có sự khác biệt trong các nhóm vật liệu vá cơ hoành [176]. Các loại mảnh vá nhân tạo thường được dùng như: polyesterurethane Neuro-Patch®, (Aesculap-Germany), polyester Parietex™ Optimized Composite two-sided mesh (Covidien, New Haven, CT, USA), Gore-Tex (WL Gore, Newark DE) polyethylene terephthalate, fibrine, polytetrafluoroethylene [1] [7] [10].

Hai trường hợp thoát vị hoành tái phát bên

phải của chúng tôi sau mổ lần đầu 8 – 23 tháng, đều có gan và ruột, thận và thượng thận thoát vị lên trên, có dính đáy phổi phải. Khi mổ đưa thận xuống dưới gan đều thuận lợi, quan sát niệu quản đều có nhu động bình thường, không có sự thay đổi về trục của thận. sử dụng mảnh ghép Neuropath cho kết quả cơ hoành vững, theo dõi sau mổ 24 tháng không có biến chứng.

Hai bệnh nhân BH này có tái phát, có thể do một số yếu tố như: do lỗ thoát vị lớn dẫn đến tăng sức căng của các mũi khâu trong quá trình đóng ban đầu. Phẫu thuật không sử dụng miếng vá nhân tạo hay do tình trạng nhiễm trùng, suy hô hấp phải điều trị hồi sức kéo dài sau mổ... làm bục vết khâu ban đầu và việc lựa chọn mổ mở qua sẹo mổ dưới sườn phải đáp ứng được phục hồi vị trí tạng thoát vị, khâu vững cơ hoành với mảnh vá phục hồi giải phẫu, chức năng của tạng thoát vị.

IV. KẾT LUẬN

BH với thận lên lồng ngực tái phát ở trẻ em là một trong những trường hợp rất hiếm gặp, cần được theo dõi và điều trị kịp thời. Phương pháp phẫu thuật đưa tạng thoát vị trở lại ổ bụng và phục hồi khuyết hổng cơ hoành có sử dụng mảnh ghép Neuropath đảm bảo cho phục hồi giải phẫu và chức năng tạng thoát vị. Tuy vậy, cần được đánh giá và theo dõi thêm.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Holcomb III GW, Murphy JP, Peter SD (2020), Holcomb and Ashcraft's Pediatric surgery, Seventh edition 2020.
2. Sarac M, Bakal U, Tartar T, et al (2018), "Bochdalek Hernia and Intrathoracic Ectopic Kidney: Presentation of Two Case Reports and Review of the Literature", Niger J Clin Pract, 21:681-686.
3. Demiri C, Mouravas V, Lambropoulos V, et al

- (2021), "Right sided Bochdalek diaphragmatic hernia appeared as a life-threatening event in an infant: a case report", Pan African Medical Journal, 38(150). 10.11604/pamj.2021.38.150. 28044
4. **Murphy JJ, Altit G, Zerhouni S** (2012), "The intrathoracic kidney: should we fix it?" J Pediatr Surg 2012; 47: 970–973.
 5. **Chen B, Finnerty BM, Schamberg NJ, et al** (2015), "Transabdominal robotic repair of a congenital right diaphragmatic hernia containing an intrathoracic kidney: a case report", J Robotic Surg, 9:357–360.
 6. **Pindoria N, Mekanjuola J, Botha A, et al** (2018), "What Goes Up Must Come Down": Laparoscopic Retrieval of a Migrated Intrathoracic Kidney and Repair of Recurrent Symptomatic Diaphragmatic Hernia. Journal of Endourology Case Reports 2018; 4(1): 129–132.
 7. **Tamura R, O'Connor E, Jaffray B** (2021), "Surgeon level variation in outcome of repair of congenital diaphragmatic hernia with particular reference to the management of recurrence", J Pediatr Surg, 65(12): 2207 – 2214.
 8. **Cioci AC, Urrechaga EM, Parreco J, et al** (2021), "One-year outcomes of congenital diaphragmatic hernia repair: Factors associated with recurrence and complications", J Pediatr Surg, 56(9): 1542–1546.
 9. **Kawashima S, Urushihara N, Fukumoto K** (2014), "Laparoscopic repair of Bochdalek hernia with intrathoracic kidney in a 2-year-old child", Asian J Endosc Surg, 7: 279–281.
 10. **Suply E, Rees C, Cross K, et al** (2020), "Patch repair of congenital diaphragmatic hernia is not at risk of poor outcomes", J Pediatr Surg, 55(8): 1522–1527.

NHẬN XÉT KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ SẸO TRÊN CÁC BỆNH NHÂN SAU PHẪU THUẬT TẠO HÌNH KHE HỞ MÔI VÒM MIỆNG BẰNG LASER YAG

Phạm Thu Trang¹, Phạm Thị Hồng Thùy², Trần Thị Thanh Mai¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nhận xét kết quả điều trị sẹo sau phẫu thuật tạo hình khe hở môi bằng laser YAG. **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 sẹo 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:** Mức độ mềm mại của sẹo, chiều cao sẹo, sắc tố sẹo theo thang điểm Vancouver thay đổi theo hướng tích cực qua các lần điều trị, sự thay đổi này có ý nghĩa thống kê. Tình trạng sẹo theo thang điểm Vancouver tiến triển rõ rệt từ lần điều trị thứ 3 trở đi và sự tiến triển này có ý nghĩa thống kê. **Từ khóa:** sẹo môi mũi, sẹo, khe hở môi vòm miệng

SUMMARY

RESULTS OF SCAR TREATMENT OF PATIENT AFTER CLEFT LIP PALATE SURGERY BY LASER YAG

Objectives: Review the results of scar treatment after cleft lip plastic surgery by YAG. **Material and methods:** The study was carried out on 35 cleft palate patients who had undergone cleft lip and palate plastic surgery to examine and treat scars at the Hanoi Central Odonto-Stomatology Hospital. using the results

of the measurements on the clinical examination. **Results:** The degree of scar softness, scar height, scar pigmentation according to the Vancouver scale changed in a positive direction through the treatments, this change Statistical significance. The scarring according to the Vancouver scale improved markedly from the 3rd treatment onwards and this progression was statistically significant.

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. Do đó điều trị sẹo sau phẫu thuật tạo hình khe hở môi vòm miệng sẽ giúp đảm bảo về mặt thẩm mỹ, tạo điều kiện thuận lợi cho sự phát triển cung hàm cũng như khuôn mặt. Để điều trị sẹo sau phẫu thuật khe hở môi có nhiều phương pháp trong đó sửa sẹo bằng phẫu thuật là phương pháp thường được sử dụng nhất, ngoài ra sửa sẹo bằng laser là phương pháp hiện đại được áp dụng nhiều hiện nay do sự phát triển của ứng dụng khoa học công nghệ. Tại Việt Nam các thiết bị laser đã được đưa vào sử dụng trong y tế từ hơn 20 năm, và được sử dụng rộng rãi tại nhiều bệnh viện trên toàn quốc. Với công nghệ ngày càng phát triển các loại máy Laser từ đơn giản

¹Bệnh viện Răng Hàm Mặt trung ương Hà Nội

²Đại học Y Dược Hải Phòng

Chịu trách nhiệm chính: TS. Phạm Thu Trang

Email: trangpham368@gmail.com

Ngày nhận bài: 6.6.2023

Ngày phản biện khoa học: 20.7.2023

Ngày duyệt bài: 9.8.2023