

KẾT QUẢ PHẪU THUẬT TẠO HÌNH KHE HỞ VÒM MIỆNG TOÀN BỘ MỘT BÊN SỬ DỤNG HAI VẠT CHỮ Z NHỎ ĐẢO NGƯỢC

Trịnh Đỗ Văn Ngà¹, Lê Văn Sơn²
Đặng Triệu Hùng², Nguyễn Khánh Long³

TÓM TẮT

Khe hở vòm miệng (KHVM) là dị tật bẩm sinh có ảnh hưởng lớn về chức năng ăn uống, phát âm, sức nghe, tăng trưởng mặt và tâm lý của trẻ. Phẫu thuật tạo hình vòm miệng (THVM) đóng vai trò quan trọng đến sự thành công của điều trị. **Mục tiêu:** Đánh giá kết quả phẫu thuật ở bệnh nhân KHVM toàn bộ một bên được phẫu thuật THVM bằng phương pháp có sử dụng hai vạt chữ Z nhỏ đảo ngược. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu can thiệp lâm sàng không đối chứng, đánh giá kết quả theo mô hình trước – sau trên 30 bệnh nhân KHVM toàn bộ một bên được phẫu thuật tại Bệnh viện Nhi Trung ương từ tháng 6/ 2021 đến tháng 8/ 2022. **Kết quả:** Sau phẫu thuật, chiều dài vòm miệng trung bình tăng $3,40 \pm 1,43$ (mm). Tỷ lệ biến chứng sớm sau mổ là 6,7% với 2/30 bệnh nhân có phù nề, nhiễm trùng nhẹ. Tại thời điểm tái khám sau phẫu thuật 2 tháng, tỷ lệ không có biến chứng đạt 90%, 2 trường hợp (6,7%) có hình thể lưỡi gà không rõ ràng, 1 trường hợp (3,3%) có lưỡi gà chẻ đôi.

Từ khóa: Khe hở vòm miệng toàn bộ một bên, vạt chữ Z, vạt chữ Z nhỏ đảo ngược.

SUMMARY

SURGICAL OUTCOMES OF SMALL DOUBLE-OPPOSING Z-PLASTY FOR PATIENTS WITH COMPLETE UNILATERAL CLEFT PALATE

Cleft palate is one of the most common anomalies of the face which affects feeding and speech functions, facial growth and further psycho-socio problems. Palatoplasty plays a vital role in recovering both anatomic and functional aspects of the patients. **Objective:** To evaluate surgical outcomes of complete unilateral cleft palate patients who were under surgical technique using small double-opposing Z-plasty. **Subjects and methods:** The randomized uncontrolled research was conducted on 30 complete unilateral cleft palate patients in National Children's Hospital from June 2021 to August 2022. **Results:** Post-operation, the palatal elongated of average 3.40 ± 1.43 (mm). Immediate complication rates were 6,7% with 2 patients who had mild swollen and infection at surgical site. 2 months after the surgeries, all patients were reevaluated. Good healing was

achieved in 90% without any complication; 6.7% had atypical uvula shape; 3.3% (1 out of 30) were ranged as Failed due to separation of the uvula.

Keywords: cleft palate, complete unilateral cleft palate, double-opposing Z-plasty, small double-opposing Z-plasty

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Khe hở môi (KHM) và khe hở vòm miệng (KHVM) là dị tật bẩm sinh thường gặp nhất ở vùng sọ mặt, với tỷ lệ từ 1:1000 đến 1:600 trẻ mới sinh, gây ảnh hưởng lớn về tăng trưởng mặt, sức nghe, phát âm và tâm lý của trẻ.^{1,6} Phẫu thuật đóng vai trò quyết định tới kết quả điều trị với mục tiêu hàng đầu của phẫu thuật tạo hình vòm miệng (THVM) là khôi phục lại cấu trúc giải phẫu, giúp trẻ phát âm được bình thường, hạn chế tỷ lệ lỗ thông mũi – miệng, cũng như đảm bảo cho sự tăng trưởng hài hòa của mặt.⁸

Tâm quan trọng của kéo dài vòm miệng thường được nhấn mạnh trong quá trình phẫu thuật. Randall nhận thấy bệnh nhân với vòm miệng dài hơn thì sẽ phát âm tốt hơn so với những trường hợp vòm miệng ngắn.³ Tuy nhiên, đây không phải là yếu tố duy nhất cần thiết để đạt được sự đóng kín eo họng. Salyer và cộng sự cho rằng việc đóng kín toàn bộ vòm miệng một cách mềm mại (không bị căng), tạo lập chức năng vòm miệng mềm từ sớm là thiết yếu hơn cả làm tăng chiều dài vòm miệng.⁴ Yamaguchi đã báo cáo kết quả phương pháp phẫu thuật THVM phối hợp hai vạt chữ Z nhỏ đảo ngược ở phần vòm miệng mềm kết hợp với các kỹ thuật khác nhau ở vùng vòm miệng cứng trên 231 trẻ bị KHVM nhận thấy tỷ lệ lỗ thông mũi – miệng là 0,4%, cần phẫu thuật sửa chữa là 5,5%.⁸

Ở Việt Nam đã có các nghiên cứu về việc sử dụng phương pháp V-Y Veau-Wardill-Kilner pushback trong phẫu thuật tạo hình KHVM hai bên bẩm sinh và KHVM toàn bộ một bên, phương pháp hai vạt chữ Z đảo ngược (Furlow) trong phẫu thuật tạo hình KHVM mềm, chưa có nghiên cứu nào về việc sử dụng vạt chữ Z nhỏ đảo ngược trong phẫu thuật tạo hình KHVM toàn bộ một bên. Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu với mục tiêu: *Đánh giá kết quả phẫu thuật tạo hình khe hở vòm miệng toàn bộ một bên sử dụng hai vạt chữ Z nhỏ đảo ngược tại Bệnh viện Nhi Trung ương năm 2021 – 2022.*

¹Bệnh viện Nhi Trung ương

²Viện Đào tạo Răng Hàm Mặt, Trường Đại học Y Hà Nội

³Bệnh viện Việt Nam – Cu Ba

Chịu trách nhiệm chính: Trịnh Đỗ Văn Ngà

Email: trindhovannga@nch.gov.vn

Ngày nhận bài: 26.9.2022

Ngày phản biện khoa học: 18.11.2022

Ngày duyệt bài: 28.11.2022

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: 30 bệnh nhân KHVM toàn bộ một bên phẫu thuật lần đầu

2.1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân vào nghiên cứu

- Bệnh nhân KHVM toàn bộ một bên
- Tuổi \geq 9 tháng tuổi
- Bệnh nhân phẫu thuật lần đầu
- Bệnh nhân không kèm các hội chứng sọ mặt khác
- Có đủ điều kiện sức khỏe để phẫu thuật

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ bệnh nhân

- Bệnh nhân được mổ theo phương pháp khác
- Bệnh nhân không được người nhà đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu. Can thiệp lâm sàng không đối chứng, đánh giá kết quả theo mô hình trước – sau.

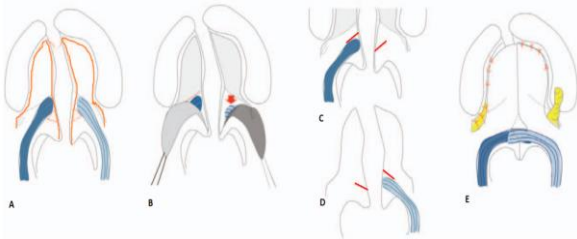
2.2.2. Cách chọn mẫu

Mẫu thuận tiện: 30 bệnh nhân KHVM toàn bộ một bên được phẫu thuật lần đầu tại Khoa Răng Hàm Mặt – Bệnh viện Nhi Trung ương từ tháng 6/2021 đến tháng 8/2022.

2.2.3. Các bước tiến hành

- Bước 1: Lựa chọn đối tượng nghiên cứu
 - o Khám sàng lọc, làm xét nghiệm
 - o Lựa chọn đối tượng nghiên cứu là trẻ có KHVM toàn bộ một bên đáp ứng các Tiêu chuẩn lựa chọn
- Bước 2: Tiến hành phẫu thuật THVM theo phương pháp sử dụng hai vật chữ Z nhỏ đảo ngược
 - o Thực hiện các phép đo trước và sau phẫu thuật
- Bước 3: Theo dõi và đánh giá kết quả sau phẫu thuật, khi ra viện.
- Bước 4: Khám lại và đánh giá kết quả sau phẫu thuật 2 – 3 tháng.
- Bước 5: Nhập số liệu và xử lý số liệu.

2.2.4. Phương pháp phẫu thuật. Bệnh nhân phẫu thuật THVM theo phương pháp sử dụng hai vật chữ Z nhỏ đảo ngược dưới gây mê nội khí quản.

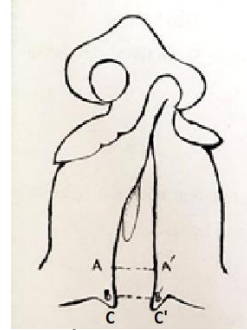


Hình 1. Các bước phẫu thuật⁸

- A, Đường rạch vật niêm mạc màng xương ở vòm miệng cứng
- B. Lật vật, giải phóng cơ bám vào bờ sau xương khẩu cái

- C. Đường rạch cho vật mini Z mặt vòm miệng
- D. Đường rạch cho vật mini Z mặt mũi
- E. Các vật cơ-niêm mạc được đẩy ra sau và khâu

Thực hiện các phép đo trước và sau phẫu thuật. Trên lâm sàng, việc đo đạc được tiến hành ngay trong phẫu thuật, sau khi gây mê, trước khi gây tê và ngay sau khi phẫu thuật được hoàn thành.



- Điểm A, A': điểm gai mũi sau hai bên khe hở
- Điểm B, B': điểm cổ lưởi gà hai bên khe hở
- Điểm C, C': đỉnh lưởi gà hai bên khe hở
- AA': độ rộng KHVM tại gai mũi sau
- BB': độ rộng KHVM tại cổ lưởi gà
- AC: chiều dài vòm miệng mềm

Hình 2. Đo kích thước KHVM trên lâm sàng⁸

- Độ rộng KHVM: là khoảng cách 2 điểm gai mũi sau (là nơi rộng nhất của KHVM ở phần vòm miệng cứng) và được đo là AA'.
- Độ rộng giữa cổ lưởi gà hai bên khe hở: là khoảng cách giữa cổ lưởi gà hai bên khe hở và được đo là BB'.
- Chiều dài của khe hở: Được đo từ mặt sau răng cửa giữa hàm trên bên lành đến đầu lưởi gà cùng bên.

2.2.5. Đánh giá kết quả phẫu thuật

a. Các biến chứng sớm

- Giảm thông khí do phù nề vết mổ (Khó thở)
- Chảy máu sau mổ
- Nhiễm trùng
- Bục vết mổ

b. Các biến chứng muộn sau 2 tháng

- Chảy máu sau khi ra viện
- Lỗ thông miệng - mũi
- Tình trạng lưởi gà: hình thể không rõ ràng, tách đôi

2.2.6. Phương pháp xử lý số liệu. Các số liệu thu được sẽ xử lý theo các thuật toán thống kê y học trong chương trình SPSS 16.0 để tìm tỷ lệ, giá trị trung bình, có sử dụng các test phi tham số Chi-square dành cho biến định tính để so sánh sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa các tỷ lệ, test so sánh ghép cặp cho các biến định lượng, tìm độ tin cậy p.

2.3. Đạo đức nghiên cứu

- Tất cả cha mẹ và người giám hộ của bệnh nhân được giải thích đầy đủ về mục đích, yêu cầu và nội dung nghiên cứu. Cha mẹ và người giám hộ được đọc và ký vào bản đồng ý tham gia nghiên cứu theo mẫu.

- Nghiên cứu được thực hiện sau khi Đề cương nghiên cứu được thông qua bởi Hội đồng thông qua đề cương Trường Đại học Y Hà Nội và Hội đồng Đạo đức Bệnh viện Nhi Trung ương (IRB – VN01037/IRB00011976/FWA00028418).

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong số 30 bệnh nhân KHVM toàn bộ một bên được phẫu thuật, có 21 bệnh nhân nam, chiếm 70.0%, 9 bệnh nhân nữ, chiếm 30%. Tỷ lệ nam: nữ = 2.3:1

Tuổi trung bình 15,5 tháng, trong đó tuổi lớn nhất là 30 tháng, tuổi nhỏ nhất là 12 tháng.

Bảng 1. Phân bố bên KHVM toàn bộ một bên

Bên KHVM Giới	Phải	Trái	Tổng
Nam	7(29,6%)	14(70,4%)	21(100%)
Nữ	5 (50%)	4 (50%)	9 (100%)
Tổng số	12(40,0%)	18(60,0%)	30(100%)

Trong số 30 bệnh nhân, 18 bệnh nhân có khe hở bên trái, chiếm 60,0%, 12 bệnh nhân có khe hở bên phải, chiếm 40,0%. Tỷ lệ khe hở bên trái:phải là 1,5:1. Không có sự khác biệt về tỷ lệ khe hở bên trái với khe hở bên phải theo giới.

Bảng 2. Chiều rộng KHVM tại gai mũi sau và tại cổ lưỡi gà

Chiều rộng KHVM	Tại gai mũi sau	Tại cổ lưỡi gà
< 10 mm	4(13,3%)	5(16,7%)
10 – 20 mm	26(86,7%)	25(83,3%)
>20 mm	0(0%)	0(0%)
Tổng số	30(100%)	30(100%)
Chiều rộng KHVM trung bình (mm) (n = 30)	11,28 ± 1,75	12,0 ± 2.24

Bảng 4. Tỷ lệ biến chứng sau phẫu thuật

Biến chứng		Số lượng	Tỷ lệ %	
Biến chứng sớm	Giảm thông khí do phù nề vết mổ	0	0	
	Chảy máu sau mổ	0	0	
	Nhiễm trùng nhẹ, phù nề vết mổ	2	6,7	
	Bục vết mổ do nhiễm trùng	0	0	
	Chảy máu sau mổ	0	0	
	Không có biến chứng	28	93,3	
Biến chứng sau 2 – 3 tháng	Chảy máu từ tuần thứ 2 sau mổ	0	0	
	Lỗ thông mũi - miệng	0	0	
	Tình trạng lưỡi gà	Hình thể không rõ ràng	2	6,7
		Chẻ đôi	1	3,3
Không có biến chứng		27	90,0	

Trong 30 bệnh nhân, chiều rộng KHVM tại gai mũi sau từ 10 – 20 mm có 26/30 bệnh nhân, chiếm 86,7%, 4/30 bệnh nhân (chiếm 13,3%) có chiều rộng khe hở tại gai mũi sau < 10 mm và không có bệnh nhân nào có độ rộng khe hở tại gai mũi sau > 20 mm.

Chiều rộng KHVM tại cổ lưỡi gà từ 10 – 20 mm có 25/30 bệnh nhân, chiếm 83,3%, 5/30 bệnh nhân có chiều rộng khe hở tại cổ lưỡi gà < 10 mm và không có bệnh nhân nào có độ rộng khe hở tại gai mũi sau > 20 mm.

Bảng 3. Thay đổi chiều dài vòm miệng trước và sau phẫu thuật

Chiều dài vòm miệng mềm	Trước phẫu thuật	Sau phẫu thuật
<40 mm	21(70,0%)	9(30,0%)
40 – 45 mm	8(26,7%)	16(53,3%)
>45 mm	1(3,3%)	5(16,7%)
Tổng số	30(100%)	30(100%)
Chiều dài vòm miệng mềm trung bình (mm) (n = 30)	37,77 ± 3,76	41,17 ± 4,39
Thay đổi kích thước vòm miệng mềm sau phẫu thuật (mm) (n=30)	3,40 ± 1,43	

Trong 30 bệnh nhân nghiên cứu, 21/30 bệnh nhân có chiều dài vòm miệng < 40mm (chiếm 70,0%); 8/30 bệnh nhân (chiếm 46,7%) có chiều dài vòm miệng 40 – 45mm. Chỉ 1 bệnh nhân có chiều dài vòm miệng > 45 mm. Chiều dài vòm miệng trung bình trước phẫu thuật là 37,77 ± 3,76 (mm). Sau phẫu thuật, tỷ lệ chiều dài vòm miệng <40mm, 40 – 45 mm và >45 mm lần lượt là 30,0%; 53,3% và 16,7%. Chiều dài vòm miệng trung bình sau phẫu thuật là 41,17 ± 4,39 (mm). Sau phẫu thuật, chiều dài vòm miệng tăng thêm trung bình 3,40 ± 1,43 (mm). Khác biệt có ý nghĩa thống kê với p < 0,05.

Đối với các biến chứng sớm sau phẫu thuật, có 2/30 trường hợp (chiếm 6,7%) bị nhiễm trùng nhẹ, phù nề vết mổ. Không gặp các biến chứng: giảm thông khí do phù nề vết mổ, bục vết mổ do nhiễm trùng, chảy máu sau mổ. Tỷ lệ không có biến chứng sau phẫu thuật là 28/30 trường hợp, chiếm 93,3%.

Đối với các biến chứng muộn, tại thời điểm khám lại sau mổ 2–3 tháng, có 2/30 trường hợp có hình thể lưỡi gà không rõ ràng (chiếm 6,7%), 1 trường hợp lưỡi gà chẻ đôi (chiếm 3,3%). Tỷ lệ không có biến chứng tại thời điểm khám lại đạt 90%.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm lâm sàng KHVM toàn bộ một bên. Trong 30 ĐTNC, tỷ lệ nam:nữ khoảng 2,3:1, cao hơn so với nghiên cứu của các tác giả trước đó với tỷ lệ nam : nữ thường gặp là 3:2.²

Tuổi phẫu thuật trung bình của 30 bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi là 15,5 tháng, nhỏ nhất là 12 tháng, lớn nhất là 30 tháng. Việc lựa chọn thời điểm phẫu thuật THVM hiện nay vẫn còn nhiều quan điểm. Tuy nhiên, các nghiên cứu được tại Việt Nam cho thấy phẫu thuật THVM ngày càng được thực hiện với độ tuổi sớm hơn so với trước đây, nhằm giúp trẻ cải thiện chức năng phát âm.² Ở một số nghiên cứu khác, tuổi phẫu thuật trung bình của 83 trẻ KHVM toàn bộ một bên trong nghiên cứu của Yamaguchi là $9,5 \pm 0,9$ (tháng) trong khi tuổi phẫu thuật THVM trung bình của 231 ĐTNC là $8,3 \pm 1,7$ (tháng).^{5,8}

Tỷ lệ KHVM bên trái : bên phải = 2:1, tương tự như các nghiên cứu của Tạ Văn Tùng (1995) và Nguyễn Thị Hồng Tuyến (2014).²

Trong nghiên cứu của chúng tôi, độ rộng tại gai mũi sau đại diện cho độ rộng của KHVM. Trong đó, độ rộng < 10 mm, chiếm 13,3%; 86,7% bệnh nhân có khe hở có độ rộng 10 – 20 mm và không có khe hở nào có độ rộng > 20mm, tương tự như nghiên cứu của Nguyễn Thị Hồng Tuyến (2014) cũng nghiên cứu trên các bệnh nhân có KHVM toàn bộ một bên.²

4.2. Kết quả phẫu thuật. Trong nghiên cứu của chúng tôi, sau phẫu thuật, chiều dài vòm miệng tăng thêm trung bình $3,40 \pm 1,43$ (mm), gần giống với kết quả của Nguyễn Thị Hồng Tuyến, tăng trung bình $3,80 \pm 0,96$ (mm) ở trẻ KHVM toàn bộ một bên.²

Trong phương pháp phẫu thuật của chúng tôi, có sử dụng hai kỹ thuật: bóc tách cơ bám sai ở bờ sau vòm miệng cứng và đẩy về phía sau (pushback), đồng thời tạo mở hai vạt chữ Z đảo

ngược tương tự như Furlow nhưng cánh tay vạt nhỏ (5mm). Về mặt lý thuyết, cả hai phương pháp này đều góp phần làm tăng chiều dài vòm miệng sau phẫu thuật. Tuy nhiên, kích thước vòm miệng sau phẫu thuật trong nghiên cứu của chúng tôi tăng thêm chỉ tương đương với kết quả của Nguyễn Thị Hồng Tuyến. Mục đích chính của việc sử dụng hai vạt chữ Z nhỏ (5mm) đảo ngược trong phẫu thuật không phải để tăng thêm chiều dài vòm miệng, mà nhằm tạo thuận lợi cho quá trình bóc tách cơ khối 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.^{5,8}

Tỷ lệ gặp biến chứng sớm trong nghiên cứu của chúng tôi là 6,7% ở 2 bệnh nhân có hiện tượng nhiễm trùng nhẹ, phù nề vết mổ. Không gặp trường hợp nào bị giảm thông khí do phù nề vết mổ, chảy máu, bục vết mổ. Tỷ lệ không có biến chứng sau phẫu thuật là 28/30 trường hợp, chiếm 93,3%, tương tự với nghiên cứu của Nguyễn Thị Hồng Tuyến (2014) với phương pháp phẫu thuật V-Y pushback ở 30 bệnh nhân KHVM toàn bộ một bên.²

Đối với các biến chứng muộn, tại thời điểm khám lại, có 2/30 trường hợp có hình thể lưỡi gà không rõ ràng (chiếm 6,7%), 1 trường hợp lưỡi gà chẻ đôi (chiếm 3,3%). Như vậy, tỷ lệ không có biến chứng tại thời điểm khám lại đạt 90%, cao hơn so với 76,7% của Nguyễn Thị Hồng Tuyến (2014).² Như vậy, có thể thấy với cùng hình thái KHVM, và cùng số lượng ĐTNC, tỷ lệ không có biến chứng sớm và tỷ lệ kết quả phẫu thuật tại thời điểm xuất viện và khi khám lại đều ở mức tương đương hoặc tốt hơn, cho thấy phương pháp phẫu thuật THVM có sử dụng hai vạt chữ Z nhỏ đảo ngược là một phương pháp cho kết quả phẫu thuật tốt, tỷ lệ lỗ thông mũi – miệng thấp, tương tự với báo cáo của Yamaguchi⁸ và Seo⁵ nghiên cứu trên 49 bệnh nhân có KHVM Veau I. Với thời gian theo dõi trung bình lên tới hơn 30 tháng trong báo cáo của Yamaguchi, tỷ lệ cần phẫu thuật sửa chữa do thiếu năng vòm hầu sau khi trẻ được đánh giá về phát âm với phương pháp phẫu thuật này chỉ là 5,5%.⁸ Đối với nghiên cứu của chúng tôi, các ĐTNC cần được theo dõi lâu dài và đánh giá thêm về phát âm để khẳng định kết quả của cách thức phẫu thuật này.

V. KẾT LUẬN

KHVM toàn bộ một bên là dị tật bẩm sinh thường gặp ở nam hơn nữ, với tỷ lệ khe hở bên trái: khe hở bên phải ở mức 2:1. Nghiên cứu trên 30 trẻ có KHVM toàn bộ một bên được phẫu thuật tại Bệnh viện Nhi Trung ương cho thấy phẫu thuật THVM có sử dụng hai vạt chữ Z nhỏ đảo ngược là phương pháp có nhiều ưu điểm, với tỷ lệ biến chứng sớm thấp, giảm được tình trạng thông mũi – miệng sau phẫu thuật.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Nghiêm Chi Phương.** Khe hở môi - vòm miệng. Bệnh lý và Phẫu thuật hàm mặt, Tập 1, Nhà xuất bản Giáo dục Việt Nam, 2013: .115 - 138.
2. **Nguyễn Thị Hồng Tuyền.** Nhận xét đặc điểm lâm sàng và kết quả phẫu thuật khe hở vòm miệng toàn bộ một bên theo phương pháp V-Y pushback tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Nam - Cu Ba năm 2014. Luận văn Bác sỹ Chuyên khoa Cấp II. 2014.
3. **Randall P, LaRossa D, McWilliams BJ, Cohen M, Solot C, Jawad AF.** Palatal length in cleft palate as a predictor of speech outcome. *Plast Reconstr Surg.* 2000;106(6):1254-1259; discussion 1260-1251.
4. **Salyer KE, Sng KW, Sperry EE.** Two-flap palatoplasty: 20-year experience and evolution of surgical technique. *Plast Reconstr Surg.* (2006);118(1):193-204.
5. **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.* 2019; 98(50):e18392.
6. **Stein MJ, Zhang Z, Fell M, Mercer N, Malic C.** Determining postoperative outcomes after cleft palate repair: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Plastic, Reconstructive & Aesthetic Surgery.* 2019;72(1):85-91.
7. **Timbang MR, Gharb BB, Rampazzo A, Papay F, Zins J, Doumit G.** A systematic review comparing Furlow double-opposing Z-plasty and straight-line intravelar veloplasty methods of cleft palate repair. *Plast Reconstr Surg.* 2014;134(5):1014-1022.
8. **Yamaguchi K, Lonic D, Lee CH, Yun C, Lo LJ.** Modified Furlow Palatoplasty Using Small Double-Opposing Z-Plasty: Surgical Technique and Outcome. *Plastic and reconstructive surgery.* 2016;137(6):1825-1831.

KẾT QUẢ THAY VAN HAI LÁ TẠI BỆNH VIỆN ĐẠI HỌC Y HÀ NỘI

Nguyễn Văn Thịnh¹, Vũ Ngọc Tú^{1,2}, Nguyễn Anh Huy^{1,2}

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả sớm sau phẫu thuật thay van hai lá tại bệnh viện Đại học Y Hà Nội. **Kết quả:** Từ tháng 10/2019 tới 05/2022, có 43 bệnh nhân thay van hai lá tại Đơn vị Phẫu thuật Tim mạch – Lồng ngực bệnh viện Đại học Y Hà Nội có bệnh van tim mắc phải và đủ điều kiện tham gia nghiên cứu với độ tuổi trung bình 55.6 ± 10.7 . Trước phẫu thuật, 34.9% bệnh nhân có tiền sử nong van hai lá, 39.5% bệnh nhân có phân độ NYHA III, IV, chỉ số tim ngực trung bình 0.6 ± 0.07 , phân suất tống máu thất trái EF $58.1 \pm 8.5\%$, áp lực động mạch phổi 48.2 ± 15.7 mmHg. Trong phẫu thuật có 74.4% bệnh nhân được thay van cơ học, 62.8% bệnh nhân được sửa ba lá hai lá kèm theo, 46.5% bệnh nhân được phối hợp khâu chân tiểu nhĩ trái, thời gian tuần hoàn ngoài cơ thể 109.0 ± 20.7 phút, kẹp động mạch chủ 83.0 ± 21.8 phút. Sau phẫu thuật, thời gian thở máy trung bình 25.5 ± 20.8 giờ, nằm tại phòng hồi sức 3.5 ± 1.3 ngày và thời gian hậu phẫu 12.8 ± 6.2 ngày. 79.1% bệnh nhân có sự cải thiện NYHA so với trước phẫu thuật, 1 bệnh nhân (2.3%) phải dẫn lưu màng phổi vì tràn máu, 1 bệnh nhân

(2.3%) phải nhập viện để điều chỉnh chống đông, 1 trường hợp (2.3%) chảy máu phải mổ lại, không có trường hợp nào tử vong vì nguyên nhân tim mạch. **Kết luận:** Với tỉ lệ biến chứng và tử vong thấp, phẫu thuật thay van hai lá tại bệnh viện Đại học Y Hà Nội là mang lại kết quả an toàn và khả quan.

Từ khóa: “Thay van hai lá”, “van hai lá nhân tạo”

SUMMARY

RESULTS OF REPLACEMENT OF MITRAL VALVE AT HANOI MEDICAL UNIVERSITY HOSPITAL

Objective: Evaluate early results after mitral valve replacement surgery at Hanoi Medical University Hospital. **Results:** From 10/2019 to 05/2022, 43 patients with heart valve disease had gone through mitral valve replacement at the Cardiothoracic - Thoracic Operations Unit of Hanoi Medical University Hospital with heart valve disease and were eligible to participate in the study with the average age is 55.6 ± 10.7 . Before surgeries, 34.9% of patients had a history of percutaneous balloon mitral valvuloplasty, 39.5% of patients had NYHA class III, IV, the cardiothoracic ratio 0.6 ± 0.07 , average of EF $58.1 \pm 8.5\%$, and pulmonary pulse pressure 48.2 ± 15.7 mmHg. In the surgeries, 74.4% of patients received mechanical valve replacement, 62.8% of patients received bilateral tricuspid repair, 46.5% of patients is sutured auricle of left atrium. CPB mean time 109.0 ± 20.7 minutes, and clamping the aorta 83.0 ± 21.8 minutes. After surgeries, the average time of the ventilator was 25.5 ± 20.8 hours, the average time in the ICU was $3.5 \pm$

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Vũ Ngọc Tú

Email: vungoctu@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 20.9.2022

Ngày phản biện khoa học: 17.11.2022

Ngày duyệt bài: 21.11.2022