

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Mochizuki T, Tsuboi R, Iozumi K, et al** (2020); Guidelines Committee of the Japanese Dermatological Association. Guidelines for the management of dermatomycosis (2019). J Dermatol. 2020 Dec;47(12):1343-1373.
2. **Vũ Văn Tiến** (2015), "Đặc điểm lâm sàng bệnh nhân mắc nấm da khám và điều trị tại bệnh viện 103 (2013 – 2014)", Báo cáo khoa học toàn văn, hội nghị kỷ sinh trùng toàn quốc lần thứ 42, NXB. Khoa học tự nhiên và công nghệ, tr.180 – 186
3. **Tôn Nữ Phương Anh, Ngô Thị Minh Châu, Nguyễn Thị Hóa, Nguyễn Phước Vinh, Hà Thị Ngọc Thúy.** Nghiên cứu tình hình bệnh nấm ở da của các bệnh nhân đến xét nghiệm tại khoa ký sinh trùng bệnh viện trường đại học y dược Huế. Phòng chống sốt rét và các bệnh ký sinh trùng. 2012;4:59-71
4. **Phạm Thị Thu Hà** (2019), Xác định các chủng nấm và hiệu quả điều trị bệnh nấm thân bằng uống itraconazole, Luận văn chuyên khoa cấp 2, Đại học Y Hà Nội, Hà Nội
5. **Nguyễn Thái Dũng, Lê Trần Anh, Nguyễn Khắc Lực** (2017). Nghiên cứu một số đặc điểm và kết quả điều trị nấm da ở bệnh nhân đến khám và điều trị tại trung tâm chống Phong-Da liễu Nghệ An 2015-2016. Tạp chí Y Dược học Quân sự, 2:118-125
6. **Đoàn Văn Hùng.** Tình hình, đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị nấm da bằng Ketoconazole (Nizoral) tại Viện da liễu (10/2001 - 9/2002). Luận văn Thạc sĩ Y học, Đại học Y Hà Nội; 2002
7. **Phạm Văn Tuấn** (2019), So sánh kết quả điều trị của Itraconazole với Griseofulvin trong bệnh nấm da thân tại Bệnh viện Da liễu Bắc Ninh, Luận văn chuyên khoa cấp 2, Đại học Y dược Thái Nguyên, Thái Nguyên

KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ DỊ TẬT HẸP HỘP SỌ BẨM SINH TẠI KHOA PHẪU THUẬT TẠO HÌNH, BỆNH VIỆN VIỆN VIỆT ĐỨC GIAI ĐOẠN 2015-2021

Nguyễn Hồng Hà¹, Bùi Mai Anh¹,
Vũ Trung Trực¹, Bùi Huy Mạnh¹, Tô Tuấn Linh¹

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Dị tật hẹp hộp sọ bẩm sinh (DTHHSBS) là bệnh lý gây ra bởi tình trạng liền sớm bất thường của một hoặc nhiều khớp sọ làm biến dạng hộp sọ, gây tăng áp lực nội sọ. Điều trị DTHHSBS khó khăn cần có sự phối hợp chặt chẽ giữa các chuyên khoa. **Phương pháp và đối tượng nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang, trên 19 bệnh nhân (BN) có DTHHSBS được phẫu thuật tạo hình hộp sọ tại khoa Phẫu thuật Hàm mặt, Tạo hình Thẩm mỹ, bệnh viện Việt Đức từ tháng 01/2015 – 11/2021. **Kết quả:** Có 2 BN (10,5%) dính khớp trán, 6 BN (31,6%) dính khớp vành một bên, 8 BN (42,1%) dính khớp vành 2 bên, 2 BN (10,5%) dính khớp dọc giữa và 1 BN (5,3%). Có 13 BN DKS đơn thuần, 6 BN có hội chứng. Phương pháp phẫu thuật có 16 BN cắt đẩy phức hợp trán- ổ mắt, 2 BN tạo hình 2/3 trước sọ và 1 BN tạo hình toàn bộ hộp sọ. Biến chứng có 3 BN bị rách màng cứng, 1 BN nhiễm khuẩn sau mổ, 1 BN biến chứng do gây mê, không có trường hợp nào tử vong. **Kết luận:** Phẫu thuật tạo hình hộp sọ trong điều trị dị tật hẹp hộp sọ là phẫu thuật an toàn, tỉ lệ biến chứng sau mổ thấp, giúp trẻ phục hồi về mặt chức năng, thẩm mỹ.

Từ khóa: Dị tật hẹp hộp sọ bẩm sinh, dính khớp sọ sớm.

SUMMARY

SURGICAL OUTCOME OF CRANIOSYNOSTOSIS AT MAXILOFACIAL PLASTIC & AESTHETIC SURGERY DEPARTMENT, VIETDUC UNIVERSITY HOSPITAL 2015 - 2021

Craniosynostosis is the premature fusion of one or more cranial sutures, leading to an abnormal head shape with increased intracranial pressure. Treatment of craniosynostosis is very difficult and is necessary to have the coordination of many medical specialties. **Method:** Cross-sectional descriptive study, 19 patients were surgical treatment of craniosynostosis at Maxillofacial, plastic & Aesthetic surgery Department, Vietduc University Hospital, 01/2015 – 11/2021. **Result:** Metopic synostosis 10,5%, lateral coronal synostosis 31,6%, bilateral coronal synostosis 42,1%, sagittal synostosis 5,3%, Multiple synostosis 5,3%. 13 patients were nonsyndromic craniosynostosis, 6 patients were syndromic craniosynostosis. Surgical methods were 16 patients of fronto-orbital advancement, 2 patients of 2/3 front of cranial vault procedures, 1 patient of total cranial vault procedure. 3 patients were dural tear complication, 1 post-operative infection, 1 anesthesia complication, no patient death. **Conclusions:** Surgical treatment of craniosynostosis was safe and effective method, low rate of post-operative complication and good function, aesthetic outcomes.

Keywords: Craniosynostosis, suture synostosis.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Dị tật hẹp hộp sọ bẩm sinh (DTHHSBS) là

¹Bệnh viện Việt Đức

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Hồng Hà

Email: nhadr4@gmail.com

Ngày nhận bài: 4.01.2023

Ngày phản biện khoa học: 21.2.2023

Ngày duyệt bài: 6.3.2023

bệnh lý gây ra bởi tình trạng liền sớm bất thường của một hoặc nhiều khớp sọ, gây hạn chế sự phát triển của xương sọ ở hai bên đường khớp làm cho hộp sọ không thể giãn nở khi trẻ lớn lên, gián tiếp ảnh hưởng đến sự phát triển của nhu mô não bên dưới [1]. Dị tật hẹp hộp sọ bẩm sinh có thể biểu hiện dính khớp sọ (DKS) đơn thuần hoặc trong các hội chứng (HC) như Apert, Crouzon...gây tăng áp lực nội sọ, đồng thời ảnh hưởng đến sự phát triển của các cơ quan lân cận như vùng hàm mặt, mắt... nếu không được điều trị sớm sẽ để lại những hậu quả nặng nề cho trẻ [1]. Tỷ lệ DTHHSBS nói chung trên thế giới là khoảng 1/2000 trẻ sống, trong đó hội chứng Apert là 1/60.000 và Crouzon là 1/25.000, như vậy ở nước ta với mỗi năm có gần 1,5 triệu trẻ em được sinh ra đời thì số lượng trẻ bị dị tật HHSBS cũng là rất lớn, đây là một bệnh lý phức tạp đòi hỏi phải được phát hiện chẩn đoán và điều trị sớm để hạn chế các di chứng ở trẻ. Quá trình điều trị cần sự phối hợp của nhiều chuyên khoa tại các trung tâm phẫu thuật sọ mặt lớn, trong khi đó ở nước ta hiện nay chỉ có rất ít các công trình nghiên cứu về vấn đề DTHHSBS ở trẻ nên quá trình chẩn đoán và điều trị bệnh vẫn còn nhiều hạn chế. Nhằm đánh giá các kết quả và kinh nghiệm thu được trong quá trình điều trị dị tật hẹp hộp sọ những năm qua, chúng tôi tiến hành đề tài nghiên cứu "Đánh giá kết quả điều trị dị tật hẹp hộp sọ bẩm sinh tại khoa Phẫu thuật Tạo hình, bệnh viện Việt Đức giai đoạn 2015 - 2021"

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Nghiên cứu được tiến hành trên 19 bệnh nhân (BN) dị tật hẹp hộp sọ bẩm sinh được điều trị phẫu thuật tạo hình hộp sọ tại khoa phẫu thuật Hàm mặt Tạo hình Thẩm mỹ, bệnh viện Việt Đức từ tháng 1/2015 – 11/2021.

2.1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn. Trẻ em có dị tật hẹp hộp sọ bẩm sinh. Được phẫu thuật tạo hình hộp sọ. Đồng ý tham gia quá trình nghiên cứu.

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ. Trẻ có dị tật hẹp hộp sọ bẩm sinh kèm theo các dị tật, bệnh lý nặng nề khác không thể phẫu thuật tạo hình hộp sọ. Các bệnh nhân không khám lại theo dõi được sau mổ

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Địa điểm và thời gian nghiên cứu:

Địa điểm nghiên cứu: Khoa phẫu thuật hàm mặt, tạo hình, thẩm mỹ bệnh viện Việt Đức

Thời gian nghiên cứu: Từ tháng 01/2015 đến tháng 11/2021

2.2.2. Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang

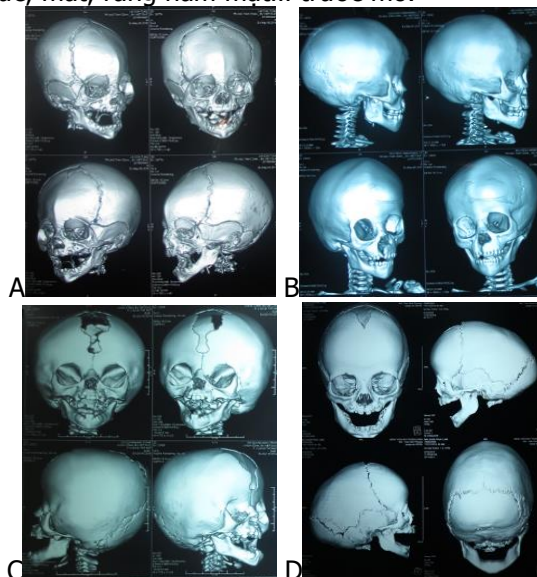
2.2.3. Cách chọn mẫu:

Chọn mẫu thuận tiện: Lựa chọn tất cả các BN đủ tiêu chuẩn lựa chọn trong thời gian nghiên cứu.

2.3. Đạo đức trong nghiên cứu. Phẫu thuật tạo hình dị tật hẹp hộp sọ bẩm sinh được thực hiện trong phòng mổ bệnh viện Việt Đức theo đúng quy trình của Bộ Y tế, được ban lãnh đạo thông qua.

Tất cả BN được giải thích trước khi tham gia vào nghiên cứu, BN có quyền từ chối tham gia vào bất cứ giai đoạn nào của quá trình nghiên cứu.

2.4. Phương pháp phẫu thuật. BN được thăm khám lâm sàng, làm xét nghiệm cận lâm sàng, chụp phim CT scanner dựng hình hộp sọ 3D và hội chẩn các chuyên khoa phối hợp gồm Phẫu thuật tạo hình, phẫu thuật sọ não, gây mê hồi sức, mắt, răng hàm mặt... trước mổ.



Hình 1: Hình ảnh MSCT dựng hình 3D hộp sọ của dị tật hẹp hộp sọ

(A. Dính khớp trán, B. Dính khớp vành một bên, C. Dính khớp vành 2 bên, D. Dính khớp dọc giữa)

Rạch da theo đường mổ Coronal, cầm máu kĩ khi rạch qua da đầu của trẻ bằng Bipolar. Bóc tách vật đầu về phía trước một cách thận trọng tránh tổn thương thần kinh trên ổ mắt hai bên, tùy theo mục đích tạo hình có thể bóc lộ từ 1/2 hộp sọ trước đến toàn bộ hộp sọ. Thiết kế đường cắt xương sọ theo từng loại dị tật hộp sọ khác nhau. Chú ý trong quá trình cắt xương và bóc tách phải truyền máu và cẩn thận tránh làm rách màng cứng cũng như phải cầm máu kĩ. Sau khi đặt và cố định lại xương sọ ở vị trí mới, khâu lại màng xương và cân Galia, đặt dẫn lưu hút áp lực

âm hai bên, khô da. Sau mổ trẻ được theo dõi tri giác, tình trạng toàn thân tại phòng hồi tỉnh trong những ngày đầu đến khi ổn định, rút được ống nội khí quản sẽ chuyển về phòng điều trị. Trẻ được khám lại sau khi ra viện ở thời điểm 1 tháng, 3 tháng, 6 tháng, để đánh giá mức độ cải thiện về chức năng, thẩm mỹ vùng sọ mặt, cũng như lập kế hoạch phẫu thuật bổ xung các dị tật phối hợp.

Đánh giá kết quả sau mổ theo phân loại của Whitaker (1987) [2]:

Loại I: Không cần phải thực hiện thêm bất cứ một phẫu thuật nào nữa sau phẫu thuật lần đầu.

Loại II: Phẫu thuật thêm về phần mềm hoặc đường nét nhỏ của xương là cần thiết hoặc được mong muốn, bất kể phẫu thuật đó có được thực hiện hoặc không.

Loại III: Phẫu thuật thêm về cắt chỉnh xương hoặc ghép xương là mong muốn cần thiết hoặc được thực hiện, nhưng các phẫu thuật này không lớn và rộng rãi như phẫu thuật hộp sọ lần đầu.

Loại IV: Phẫu thuật tạo hình sọ mặt cần được thực hiện lại ngay hoặc sau đó và các phẫu thuật này cũng lớn hoặc lớn và rộng rãi hơn so với phẫu thuật hộp sọ lần đầu.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong 19 BN nghiên cứu có 11 nam (57,9%) và 8 nữ (42,1%), tuổi trung bình trong là 26,3 tháng (3 – 120 tháng) trong đó nhóm dưới 6 tháng là 10,5%, 6 – 12 tháng tuổi là 47,4%, 12 -

36 tháng là 26,3% và trên 36 tháng là 15,8%. Có 2 BN (10,5%) dính khớp trán, 6 BN (31,6%) dính khớp vành một bên, 8 BN (42,1%) dính khớp vành 2 bên, 2 BN (10,5%) dính khớp dọc giữa và 1 BN (5,3%) dính nhiều khớp. Trong các BN nghiên cứu có 13 BN (68,4%) không nằm trong hội chứng, 3 BN (15,8%) có HC Apert, 3 BN (15,8%) có HC Crouzon. Có 9/19 BN (47,4%) có dấu hiệu tăng áp lực nội sọ (TALNS), 15/19 BN (78,9%) có biến dạng hốc mắt, 8/19 BN (42,1%) biểu hiện lồi mắt, mắt nhắm không kín, 6/19 BN (31,6%) có thiếu sản hàm mặt, 2/19 BN (10,5%) dị tật khe hở môi vòm, 3/19 BN (15,8%) dị tật dính ngón tay, chân.

16 BN (84,2%) được phẫu thuật bằng phương pháp cắt đẩy phức hợp trán - ổ mắt cho tạo hình các DKS trán, khớp vành một bên và hai bên, 2 BN (10,5%) tạo hình 2/3 trước sọ ở BN dính khớp dọc giữa và 1 BN (5,3%) tạo hình toàn bộ hộp sọ ở dị tật dính nhiều khớp. 3 BN bị rách màng cứng trong mổ, 1 BN biến chứng nhiễm khuẩn sau mổ, 1 BN biến chứng do gây mê, không có trường hợp nào tử vong. Đánh giá kết quả phẫu thuật theo Whitaker (1987) có tỉ lệ loại I là 47,4%, loại II là 15,8%, loại III là 31,6%, loại IV là 5,3% trong đó tỉ lệ phải phẫu thuật bổ xung lớn (loại III, IV) trong nhóm không hội chứng là 2/13 BN (15,4%), trong nhóm hội chứng là 5/6 BN (83,3%), so sánh giữa hai nhóm có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê.

Bảng 1. Kết quả sau phẫu thuật theo phân loại của Whitaker

	Phân loại Whitaker				Tổng	
	I	II	III	IV		
Loại dính khớp	Dính khớp trán	2	0	0	0	2
	Dính khớp vành 1 bên	5	0	1	0	6
	Dính khớp vành 2 bên	1	3	4	0	8
	Dính khớp dọc giữa	1	0	0	1	2
	Dính nhiều khớp	0	0	1	0	1
Hội chứng	Không hội chứng	9	2	1	1	13
	Hội chứng	0	1	5	0	6
	Tổng	9 (47,4%)	3 (15,8%)	6 (31,6%)	1 (5,3%)	19

IV. BÀN LUẬN

Tuổi phẫu thuật trung bình (PTTB) trong NC của chúng tôi là 26,3 tháng tuổi trong đó nhóm tuổi gặp nhiều nhất là nhóm 6 - 12 tháng tuổi chiếm 47,4%. Kết quả này tương đồng với NC của Đặng Đỗ Thanh Căn với tuổi PTTB là 19,2 tháng tuổi, trong đó nhóm tuổi từ 6 - 12 tháng chiếm tỉ lệ cao nhất 53,9% [1]. Theo Mazzeo (2018), thời gian tối ưu cho phẫu thuật tạo hình hộp sọ vẫn đang còn nhiều tranh cãi, phẫu thuật tiến hành sớm trước 6 tháng tuổi tuy có ưu điểm

là xương mềm, dễ tạo hình, đúng giai đoạn não bộ đang phát triển và tăng trưởng nhanh nhất nhưng nhược điểm là tăng nguy cơ phải phẫu thuật lại, cũng như các nguy cơ cho trẻ do mất máu trong phẫu thuật dù chỉ là số lượng nhỏ. Còn phẫu thuật ở trẻ lớn > 12 tháng có thể giảm nguy cơ phẫu thuật lại và ảnh hưởng do mất máu trong mổ nhưng lúc này xương đã dày, cứng, khó uốn và tạo hình, các khuyết xương ít có khả năng phân hóa tự liền do đó cần phải ghép xương nhiều hơn, nên tuổi phẫu thuật phải

hợp nhất là từ 6 – 12 tháng tuổi khi khi này xương sọ còn mềm, dễ uốn nắn kiểu càn tươi và các biến dạng và di chứng để lại cũng chưa quá nghiêm trọng với trẻ [3].

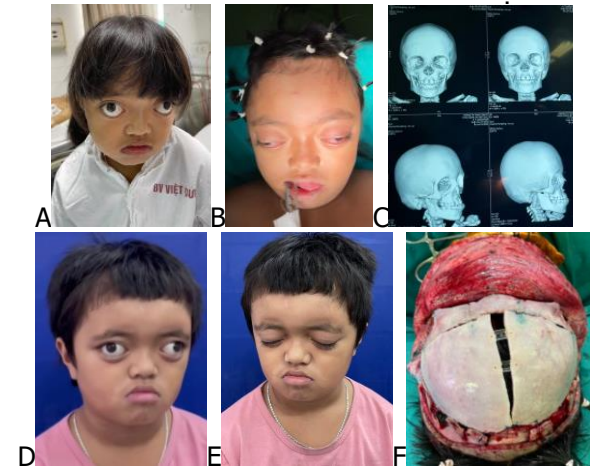


Hình 2. Hội chứng Apert

(A,B,C. Dị tật hẹp hộp sọ và dính ngón, D,E,F. Phẫu thuật tạo hình hộp sọ, G,H,K. Kết quả sau mổ 6 năm và bàn tay 2 bên được tạo hình tách ngón)

Chúng tôi gặp dị tật dính 1 khớp sọ là chủ yếu chiếm tỉ lệ 94,7%, trong đó tỉ lệ dính khớp vành chiếm tỉ lệ cao nhất là 73,7% (dính hai bên 42,1%, dính một bên 31,6%). Dính khớp dọc giữa và dính khớp trán cùng chiếm tỉ lệ 10,5% và dính nhiều khớp là 5,3%. Kết quả này có sự khác biệt với NC của Tarnow (2022) trên 707 BN dị tật hẹp hộp sọ ở Thụy Điển có tỉ lệ dính khớp dọc giữa là cao nhất là 58%, dính khớp trán là

25%... [4]. Sự khác biệt này có thể là do mô hình các BN đến khám với tác giả là các BN sàng lọc DTBS ban đầu, còn BN đến với chúng tôi thường là bị các DTBS nặng, trong các HC phức tạp như Apert, Crouzon đã từng khám ở nhiều nơi trước đó nên tỉ lệ BN dính khớp vành của chúng tôi là cao hơn. Trong 19 BN nghiên cứu của chúng tôi có 3 BN (15,8%) có HC Apert, 3 BN (15,8%) có HC Crouzon, như vậy tỉ lệ HHSBS có hội chứng trong NC là 31,6%. Kết quả của chúng tôi tỉ lệ BN có hội chứng cao hơn so với NC của Pearson (2008) trên 376 BN có 314 BN có dị tật hẹp hộp sọ đơn thuần không hội chứng chiếm tỉ lệ 80%, 62 BN có các hội chứng chiếm tỉ lệ 20%. Trong các hội chứng thì hội chứng Crouzon chiếm tỉ lệ cao nhất 23/ 62 BN (37,1%) tiếp đến là Apert có 8/62 BN (12,9%) [5]. Tuổi trung bình của nhóm BN có TALNS là 45,6 ± 36,2 tháng so nhóm không có TALNS là 8,9 ± 4,5 tháng khác biệt có ý nghĩa thống kê. Như vậy thể tích hộp sọ được phẫu thuật mở rộng càng muộn thì ALNS càng tăng cao, kéo theo những di chứng ảnh hưởng về sự phát triển của não bộ của trẻ cũng như các cơ quan lân cận, do đó phẫu thuật tạo hình hộp sọ phải được cân nhắc tiến hành sớm nhất cho trẻ khi đủ điều kiện.



Hình 3. Hội chứng Crouzon

(A,B. Trước mổ mắt nhắm không kín, bị đẩy lồi nhiều, D,E. Sau mổ 1 tháng mắt nhắm kín, F. Tạo hình hộp sọ)

Tỉ lệ có biến dạng ổ mắt là 78,9% (15/19 BN), tỉ lệ BN lồi mắt, mắt nhắm không kín là 42,1% (8/19 BN). Nguyên nhân của sự biến dạng ổ mắt của bệnh nhân HHSBS liên quan đến sự kém phát triển ở khớp sọ bị dính và sự bù trừ với các khớp sọ xung quanh cũng như sự thiếu sản kém phát triển của các xương vùng hàm mặt. NC của Bentley (2002) về sự phát triển thể

tích ổ mắt ở 50 trẻ bị DTHHSBS thấy tất cả các trẻ này đều có thể tích ổ mắt nhỏ hơn so với chỉ số bình thường tại thời điểm các tháng đầu sau sinh [6]. Lồi mắt, mắt nhắm không kín là một trong các biểu hiện thường gặp ở các BN có DTHHSBS gặp khi nhãn cầu bị đẩy lồi ra trước do sự giảm thể tích của ổ mắt thường được gọi là "Ổ mắt cạn", có thể dẫn đến tình trạng khô giác mạc, loét giác mạc của mắt hay nghiêm trọng hơn là tụt kẹt nhãn cầu ra ngoài do sự chèn ép của mi trên ở phía sau.

Trong 19 BN nghiên cứu có 16/19 BN (84,2%) được phẫu thuật bằng phương pháp cắt đẩy, mở rộng phức hợp trán ổ mắt là các trường hợp dị tật dính khớp trán, khớp vành một bên và hai bên, có 2/19 BN (10,5%) dính khớp dọc giữa được phẫu thuật bằng phương pháp cắt, tạo hình 2/3 trước sọ và 1 BN (5,3%) dính nhiều khớp sọ được cắt, mở rộng tạo hình toàn bộ hộp sọ. Theo Kreppel (2018) phương pháp mở rộng trán ổ mắt là tiêu chuẩn vàng cho phẫu thuật sửa chữa lại các biến dạng do dính khớp sọ phía trước như khớp trán, khớp vành hai bên [7]. Chúng tôi gặp 3 BN (15,8%) có biến chứng bị rách màng cứng, tất cả đều được vá màng cứng bằng cân thái dương nông ngay trong mổ, sau ra viện đều ổn định, 1 BN (5,3%) nhiễm khuẩn chảy dịch sau mổ cần phải mổ lại xử lý làm sạch, lấy bỏ nẹp vis trong ổ nhiễm khuẩn, BN ra viện sau 17 ngày ra viện. Kết quả này gần tương đồng với NC của Đặng Đỗ Thanh Căn (2021) trên 76 BN có tỉ lệ biến chứng rách màng cứng là 14,5% và nhiễm trùng vết mổ là 8,2% [1].

Đánh giá kết quả phẫu thuật theo phân loại của Whitaker có tỉ lệ loại I là 47,4%, loại II là 15,8%, loại III là 31,6%, loại IV là 5,3% và tỉ lệ phải phẫu thuật bổ xung lớn trong nhóm không HC là 2/13 BN (15,4%) thấp hơn hẳn so với nhóm HC là 5/6 BN (83,3%). Pearson (2008) NC trên 374 BN DTHHSBS có kết quả phẫu thuật với tỉ lệ loại I là 63,3%, loại II là 11,2%, loại III là 12,5%, loại IV là 14,2%, trong đó tỉ lệ phải phẫu thuật bổ xung lớn của nhóm hội chứng là 38,1% lớn hơn với nhóm không hội chứng là 19,5% và thấp hơn so với kết quả của chúng tôi [5]. Các BN dính khớp trán có kết quả phẫu thuật là 100% loại I tức là không cần phẫu thuật bổ xung sau mổ, trong khi đó 1 BN dính nhiều khớp phải phẫu thuật bổ xung lớn là cắt chỉnh hàm sau tạo hình hộp sọ, dính khớp vành một bên phẫu thuật bổ xung lớn là 1/6 BN (16,7%), dính khớp khớp vành 2 bên tỉ lệ phải phẫu thuật bổ xung lớn là 50% và dính khớp Sagital có 50% BN phải phẫu

thuật bổ xung lớn là tạo hình hộp sọ lại sau mổ lần đầu 3 năm. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương đồng với kết quả nghiên cứu của Pearson (2008) có tỉ lệ phải phẫu thuật bổ xung lớn của dính khớp trán là 7%, khớp vành một bên là 29%, khớp vành hai bên là 48%, khớp dọc giữa là 11% và dính nhiều khớp là 50% [5]. So sánh tỉ lệ phải phẫu thuật bổ xung lớn giữa các nhóm tuổi thì nhóm 6-12 tháng có tỉ lệ là 0%, trong khi nhóm 12 -36 tháng là 80% và nhóm trên 36 tháng là 66,7%. Từ kết quả này theo chúng tôi tuổi tối ưu trong tạo hình hộp sọ là lứa tuổi từ 6- 12 tháng do khi này xương sọ còn mềm, dễ uốn nắn kiểu càn tươi và các biến dạng và di chứng do dị tật hẹp hộp sọ, tăng áp lực nội sọ cũng chưa ảnh hưởng nhiều đến trẻ.

V. KẾT LUẬN

Phẫu thuật tạo hình hộp sọ trong điều trị dị tật hẹp hộp sọ là phẫu thuật an toàn, tỉ lệ biến chứng sau mổ thấp, giúp trẻ phục hồi về mặt chức năng, thẩm mỹ, phát triển tinh thần và vận động tạo điều kiện hòa nhập với cuộc sống đời thường. Tuy nhiên đây là một quá trình điều trị lâu dài, khó khăn cần phải có sự phối hợp của nhiều chuyên khoa khác nhau.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Đặng Đỗ Thanh Căn** (2021), Luận án tiến sĩ y học, "Kết quả phẫu thuật dính khớp sọ đơn thuần ở trẻ em", Đại học y dược Thành phố Hồ Chí Minh.
2. **Whitaker L.A., Bartlett S.P., Schut L. và cộng sự.** (1987). Craniosynostosis: an analysis of the timing, treatment, and complications in 164 consecutive patients. *Plast Reconstr Surg*, 80(2), 195-212.
3. **Gupta, Mahapatra** (2018), " Tenets of craniosynostosis: Surgical principles and advanced multidisciplinary care", Thieme Medical and Scientific Publishers Private Limited.
4. **Tarnow P., Kølby L., Maltese G. và cộng sự.** (2022). Incidence of Non-Syndromic and Syndromic Craniosynostosis in Sweden. *Journal of Craniofacial Surgery*, 33(5), 1517-1520.
5. **Pearson G.D., Havlik R.J., Eppley B. và cộng sự.** (2008). Craniosynostosis: A Single Institution's Outcome Assessment From Surgical Reconstruction. *Journal of Craniofacial Surgery*, 19(1), 65-71.
6. **Bentley R.P., Sgouros S., Natarajan K. và cộng sự.** (2002). Changes in orbital volume during childhood in cases of craniosynostosis. *Journal of Neurosurgery*, 96(4), 747-754.
7. **Kreppel M., Kauke M., Grandoch A. và cộng sự.** (2018). Evaluation of Fronto-Orbital Advancement Using Titanium-Based Internal Fixation for Corrective Pediatric Craniofacial Surgery. *Journal of Craniofacial Surgery*, 29(6), 1542-1545.