

- *P. aeruginosa* kháng lại tất cả các loại kháng sinh với tỉ lệ rất cao, kể cả kháng sinh nhóm Carbapenem. Chỉ còn kháng sinh Colistin và Piperacillin/Tazobactam kháng ít hơn với tỉ lệ lần lượt là 8,3%, 24,3%, tuy nhiên Colistin là kháng sinh khuyến cáo thuộc nhóm O – rất hạn chế trong việc sử dụng.

5.2. Kiến nghị

- Cần tiến hành thường xuyên các nghiên cứu giám sát vi khuẩn kháng lại kháng sinh tại các cơ sở y tế để có các giải pháp cụ thể. Cần thường xuyên kiểm tra vệ sinh khoa phòng bằng thuốc sát trùng phù hợp để loại bỏ trường hợp lây chéo tác nhân gây nhiễm trùng bệnh viện.

- Cần có các công trình nghiên cứu sâu hơn ở cấp độ phân tử về tính kháng thuốc của *P.*

aeruginosa, đặc biệt là các gen mã hóa cho Carbapenemase.

- Cần có sự phối hợp thuốc khi sử dụng thuốc kháng sinh để điều trị cho các trường hợp đa kháng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Ngô Thị Thanh Xuân (2014).** Nghiên cứu sự phân bố và tính kháng thuốc của trực khuẩn mũ xanh tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Thanh Hóa 2014.
2. **Bùi Khắc Hậu và cộng sự (2008).** Dịch tễ học phân tử các chủng *Pseudomonas aeruginosa* đa kháng thuốc nhiễm trùng bệnh viện tại Hà Nội, Báo cáo kết quả nghiên cứu Đề tài cấp Bộ, Đại học Y Hà Nội.
3. **Hoàng Doãn Cảnh và cộng sự (2014).** Tình hình kháng kháng sinh của *Pseudomonas aeruginosa* phân lập được trên bệnh phẩm tại viện Pasteur, TP Hồ Chí Minh.
4. **M100 – Performance standard for Antimicrobial Susceptibility Testing 2020.**

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ PHẪU THUẬT ĐIỀU TRỊ KHE HỞ VÒM MIỆNG HAI BÊN TOÀN BỘ BẨM SINH THEO KỸ THUẬT PUSH BACK TẠI BỆNH VIỆN SẢN NHI NGHỆ AN NĂM 2018 - 2021

Tăng Xuân Hải*, Trần Minh Long*, Lê Xuân Thu*

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả liền thương, đóng kín khe hở sau phẫu thuật điều trị khe hở vòm miệng (KHVM) hai bên toàn bộ bẩm sinh theo kỹ thuật push-back và nêu một số đặc điểm lâm sàng khe hở vòm miệng hai bên toàn bộ được phẫu thuật điều trị theo kỹ thuật này. **Đối tượng, phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang kết hợp hồi cứu, tiến cứu cỡ mẫu 38 BN đủ tiêu chuẩn bị KHVM hai bên toàn bộ bẩm sinh từ tháng 01/2018-08/2021 tại khoa Răng Hàm Mặt - BV Sản Nhi Nghệ An. **Kết quả:** Nam 25 BN (65,79 %); Nữ 10 BN (34,21 %); Ở nhóm tuổi ≤24 tháng: 8 (21,05%) BN; Nhóm >24-48 tháng: 60,53% (23 BN). Do di truyền: 18,42% (7 BN); mẹ bị cúm trong 3 tháng đầu mang thai: 34,21% (13 BN); không rõ nguyên nhân: 47,37% (18 BN). KHVM đơn thuần 4 BN (10,53%). KHVM kèm theo KHM 34 BN (89,47%). Nhóm nam: KHVM đơn thuần 12%; KHVM kết hợp KHM 88,00%. Nhóm nữ: KHVM đơn thuần 7,69%, KHVM kết hợp KHM 92,31%. Kích thước KHVM rộng 1-2 cm cao nhất 30 BN (78,95%); KHVM rộng >2 cm: 03 BN (21,05%). Không có biến chứng sau mổ 34 BN (89,47%). **Kết luận:** Tỷ lệ nam/nữ: 2/1; tuổi PT trung bình: 36,62±20,90 tháng (min 16, max 72 tháng (6 tuổi)); Nhóm tuổi ≤24 tháng: 21,05%; Nhóm >24-48

tháng: 60,53%; Nhóm >48-<72 tháng: 15,79%; Thấp nhất tuổi ≥72 tháng: 2,63%. Nguyên nhân: mẹ ốm 03 tháng đầu mang thai: 34,21%; di truyền 18,42%; không rõ 46,37%.

Từ khóa: Khe hở vòm miệng hai bên, khe hở môi, phẫu thuật, trẻ em.

SUMMARY

TO ASSESS THE SURGICAL TREATMENT RESULTS OF BILATERAL CLEFT PALATE BY PUSH BACK TECHNIQUE IN NGHE AN OBSTETRICS AND GYNECOLOGY HOSPITAL IN 2018-2021

Objectives: Evaluate the results of wound healing and closure of the cleft after surgery for bilateral cleft palate and describe the clinical characteristics of bilateral total cleft palate surgically treated by push-back technique. **Subjects-methods:** a cross-sectional descriptive study combined with retrospective, prospective sample size of 38 patients according to the above selection criterias of the bilateral total cleft palate from January 2018 to August 2021 at the Department of Odonto-Stomatology, NgheAn Obstetrics and Children's Hospital. **Results:** Male 25 (65.79%); Female 10 (34.21%); In the age ≤24 months: 8 (21.05%) patients; Group >24-48 months: 60.53% (23 patients). Genetic causes: 18.42% (7 patients); mother with flu in the first stage pregnancy: 34.21% (13 patients); unknown cause: 47.37% (18 patients). Only 4 patients (10.53%) cleft palate. Cleft palate with cleft lip 34 patients (89.47%). Male group: cleft palate 12.00%; Cleft palate with cleft

*Bệnh viện Sản Nhi Nghệ An

Chịu trách nhiệm chính: Tăng Xuân Hải

Email: bstangxuanhai@gmail.com

Ngày nhận bài: 24.11.2021

Ngày phản biện khoa học: 12.01.2022

Ngày duyệt bài: 24.01.2022

lip 88.00%. Female group: Cleft palate 7.69%; Cleft palate with cleft lip 92.31%. Dimensions of Cleft palate: 1-2 cm wide and highest in 30 patients (78.95%); Cleft palate >2 cm wide: 03 patients (21.05%). There were no postoperative complications in 34 patients (89.47%). **Conclusions:** The ratio of male/female: \approx 2/1; Average age: 36.62 ± 20.90 months: Age group \leq 24 months: 21.05%; group >24-48 months: 60.53%; group >48-<72 months: 15.79%; minimum age \geq 72 months: 2.63%. Cause: sickness mother in the first stage of pregnancy: 34.21%; hereditary 18.42%; unknown 46.37%.

Keywords: Bilateral cleft palate, cleft lip, surgery, children

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Khe hở môi, vòm miệng là một dị tật bẩm sinh vùng hàm mặt thường gặp. Trên thế giới tỷ lệ mắc 1/600-1/1000 [1][2]. Ở Việt Nam, tỷ lệ này khoảng 0,1-0,2%, trong đó gần 12% trẻ có khe hở vòm miệng hai bên toàn bộ và thường kèm theo KHM hai bên toàn bộ gây biến dạng môi, mũi trầm trọng [3][4][5]. Ước tính hàng năm Nghệ An có 200 trẻ mới sinh mắc dị tật này (12 đến 24 trẻ có KHVM hai bên toàn bộ). KHVM gây rối loạn càng trầm trọng, trẻ mắc bệnh hô hấp, sặc, rối loạn phát âm, mặc cảm, xa lánh cộng đồng. Có nhiều phương pháp phẫu thuật được dùng: Langenbeck, Limberg... phải đặt đóng kín khe hở, đẩy lùi được vòm miệng ra sau, tạo sự liên tục của các cơ vòm miệng, thu hẹp họng giữa mà ít ảnh hưởng tới sự phát triển của xương hàm trên [6].

Kỹ thuật đẩy lùi vòm miệng ra sau (push back): dùng vật niêm mạc màng xương có cuống ở phía sau do động mạch khẩu cái lớn nuôi dưỡng có ưu điểm và được nhiều phẫu thuật viên áp dụng [7].

Mục tiêu mô tả đặc điểm lâm sàng khe hở vòm miệng hai bên toàn bộ được phẫu thuật điều trị theo kỹ thuật push-back và đánh giá kết quả liền thương, đóng kín khe hở sau phẫu thuật điều trị khe hở vòm miệng hai bên toàn bộ bẩm sinh theo kỹ thuật này.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng - thời gian - địa điểm

Đối tượng chọn từ những BN bị KHVM hai bên toàn bộ bẩm sinh.

Từ tháng 01/2018 - 08/2021.

Tại khoa Răng Hàm Mặt - Bv Sản Nhi Nghệ An.

2.2. Tiêu chuẩn lựa chọn

+ Nhóm hồi cứu: BN bị KHVM hai bên toàn bộ bẩm sinh đã PT điều trị lần đầu theo kỹ thuật Push back có bệnh án đầy đủ thông tin NC.

+ Nhóm tiến cứu: bệnh nhân KHVM hai bên toàn bộ bẩm sinh, đủ điều kiện sức khỏe để PT,

PT điều trị lần đầu theo Push-Back.

2.3. Cỡ mẫu: 38 bệnh nhân.

2.4. Thiết kế nghiên cứu: Mô tả cắt ngang kết hợp hồi cứu và tiến cứu.

2.5. Chỉ số nghiên cứu: tiền sử bệnh liên quan đến bệnh lý; yếu tố di truyền; lâm sàng khe hở vòm; độ rộng khe hở VM: là khoảng cách 2 điểm gai mũi sau (là nơi rộng nhất của KHVM ở phần VM cứng). Xét nghiệm, thăm khám khác: Tai-mũi-họng, xét nghiệm máu, xét nghiệm nước tiểu, x-quang tim phổi; thuốc điều trị; chăm sóc.

2.6. Phương pháp phẫu thuật:

- Kỹ thuật Push back.
- Theo dõi và chăm sóc sau mổ.
- Theo dõi đề phòng tắc đường thở do tiết nhiều dịch bằng cách cho bệnh nhân nằm nghiêng hoặc hút đờm dãi, ức chế hô hấp.
- Khi trẻ tỉnh hoàn toàn cho ăn bằng thìa.
- Bệnh nhân được xuất viện sau mổ 7 ngày nếu tiền triển tốt.

**Đánh giá kết quả phẫu thuật:*

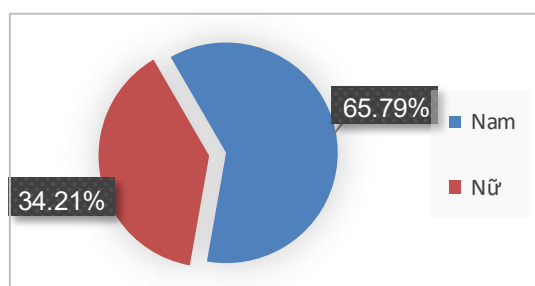
Tốt	- KHVM được đóng kín - Không bị biến chứng - Vết mổ liền tốt
Trung bình	- KHVM được đóng kín - Vết mổ bị chảy máu, nhiễm trùng nhưng không bị bục - Quá trình liền thương chậm
Kém	- Vết mổ bị nhiễm trùng và bị bục - Có lỗ thông miệng mũi

**Biến chứng sau mổ:* giảm thông khí do phù nề; chảy máu; nhiễm trùng; bục vết mổ.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung

3.1.1. Giới tính



Biểu đồ 3.1. Phân bố BN theo giới tính

Nhận xét: Nam 25 (65,79 %) BN; Nữ 10 (34,21 %) BN

3.1.2. Tuổi

Bảng 3.1. Phân bố tuổi theo giới tính

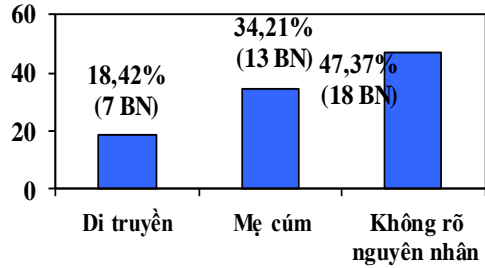
Tuổi	Nam	Nữ	Tổng	
			n	%
12-24 tháng	8	0	8	21,05

>24-48 tháng	14	9	23	60,53
>48- <72 tháng	3	3	6	15,79
≥72 tháng (6 tuổi)	0	1	1	2,63

Nhận xét: Ở nhóm tuổi ≤24 tháng: 8 (21,05%) BN; Nhóm >24-48 tháng: 60,53% (23 BN).

3.1.3. Nguyên nhân gây dị tật bẩm sinh vùng hàm mặt

Nhận Xét: Di truyền: 18,42% (7 BN); mẹ bị cúm 3 tháng đầu mang thai: 34,21% (13 BN); không rõ nguyên nhân: 47,37% (18 BN).



Biểu đồ 3.2. Phân bố BN theo nguyên nhân gây KHVM

3.1.4. Hình thái khuyết hồng và chiều rộng KHVM của BN trong mẫu nghiên cứu

Bảng 3.2. Phân bố BN và tiền sử kết hợp KHM theo giới tính

Loại	Nam		Nữ		Tổng	
	n	%	n	%	n	%
KHVM đơn thuần	3	12,00	1	7,69	4	10,53
KHVM + KHM	22	88,00	12	92,31	34	89,47

Nhận xét: KHVM đơn thuần 4 BN (10,53%). KHVM kèm theo KHM 34 BN (89,47%). Nhóm nam: KHVM đơn thuần 12,00%; KHVM kết hợp KHM 88,00%. Nhóm nữ: KHVM đơn thuần 7,69%, KHVM kết hợp KHM 92,31%.

Bảng 3.3. Phân bố chiều rộng KHVM theo giới tính

CR KHVM	Nam		Nữ		Tổng	
	n	%	n	%	n	%
<1cm	0	0	0	0	0	0
1-2 cm	20	80	10	79,92	30	78,95
>2 cm	5	20	3	23,08	8	21,05

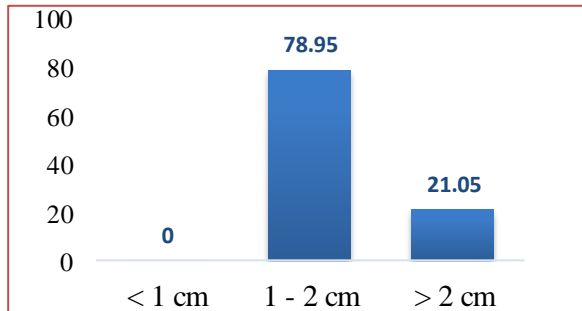
Nhận xét: Nhóm BN nam: KHVM rộng 1-2 cm cao nhất 80%; nhóm có chiều rộng KHVM >2cm: 20%. Nhóm nữ: KHVM rộng 1-2 cm cao nhất: 79,92%.

3.2. Kết quả sau phẫu thuật

3.2.1. Liên thương, đóng kín khe hở sau

Tuổi	Kết quả				Tổng
	12-24th	>24-48th	>48- <72th	≥72th	
Tốt	7	21	5	1	34 (89,47%)
Trung bình	1	1	1		3 (7,9%)
Kém	0	1	0	0	1 (2,63%)
Tổng	8	23	6	1	38 (100%)

Nhận xét: Trong 38 BN: kết quả tốt 34 BN (89,47%). Trung bình 3 BN (7,90 %).



Biểu đồ 3.3. Phân bố BN theo chiều rộng của KHVM

Nhận xét: Kích thước KHVM rộng 1-2 cm cao nhất 30 BN (78,95%); KHVM rộng >2 cm: 03 BN (21,05%).

3.2.2. Biến chứng sau phẫu thuật

Biến chứng	n	%
Giảm thông khí do phù nề vết mổ	0	0
Chảy máu sau mổ	0	0
Nhiễm trùng nhẹ, phù nề vết mổ	3	7,9
Bục vết mổ do nhiễm trùng	1	2,63
Không có biến chứng	34	89,47
Tổng	38	100

Nhận xét: Không có biến chứng sau mổ 34 BN chiếm 89,47%.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung

***Giới tính:** số BN nam là 25 ca chiếm 65,79%, nữ 13 ca chiếm 34,21%; tỷ lệ nam/nữ ≈ 2/1. Theo một số nghiên cứu Mai Đình Hưng,

Phạm Như Hoa, Thomsontỷ lệ nam/nữ $\approx 3/2$.

***Tuổi phẫu thuật:** Phẫu thuật ở tuổi nào là phù hợp nhất? có nhiều thảo luận vì nếu mổ sớm thì ảnh hưởng sự phát triển xương hàm trên. Nhưng nếu mổ muộn, các cơ vòm miệng mềm bị thiếu sản, sự rối loạn phát âm kèm theo kém phát triển thể chất do ảnh hưởng hệ hô hấp và tiêu hóa ở trẻ bị KHVM đặc biệt là KHVM 2 bên toàn bộ. Các tác giả nước ngoài cho rằng nên mổ khi trẻ 18-24 tháng tuổi vì khi đó trẻ đủ sức chịu được cuộc mổ [1].

Ở Việt Nam, trẻ bị khuyết tật môi - vòm miệng thường được mổ muộn hơn nhiều so với thế giới. Theo Nguyễn Hoàn Đức, trẻ được mổ lúc 6 tuổi, Tạ Văn Tùng chỉ 10 % trẻ được mổ lúc 3-5 tuổi, còn lại 90 % trên 5 tuổi [8]. Phân chia tuổi dựa trên các giai đoạn phát triển ngôn ngữ của trẻ bình thường và tuổi mổ KHVM thích hợp nhất [3]. Bệnh nhân được mổ sớm nhất 16 tháng tuổi (02 BN), muộn nhất 72 tháng tuổi (1 BN), trung bình là $36,62 \pm 20,90$ tháng. Kết quả nghiên cứu cho thấy trẻ được mổ lúc $>24-48$ tháng tuổi chiếm cao nhất, 23 BN (60,53%); ≤ 24 tháng tuổi là 21,05% (08 BN). Trẻ được mổ ≤ 4 tuổi chiếm 81,58 % (31 BN); ≥ 72 tháng tuổi 01 BN (2,63%).

***Nguyên nhân gây dị tật bẩm sinh KHM-VM.** Các nguyên nhân gây dị tật KHM-VM rất đa dạng, vai trò của các yếu tố ngoại lai tới người mẹ khi mang thai như rối loạn nội tiết, thiếu dinh dưỡng, tiếp xúc với hoá chất mà nổi bật là ảnh hưởng của virus hoặc vi khuẩn. Kết quả trong thấy 34,21% do mẹ bị cúm trong 3 tháng đầu mang thai, kết quả này phù hợp với Lê Ngọc Uyển có 35% do nguyên nhân này [1]. Nhiều tác giả nước ngoài cảnh báo nguy cơ do dùng thuốc trong mang thai có thể gây dị tật bẩm sinh vùng hàm mặt dù chưa có số liệu cụ thể nào công bố [3]. Yếu tố di truyền được các tác giả trong và ngoài nước đề cập nhiều.

***Hình thái khuyết hồng và kích thước khe hở trong mẫu nghiên cứu.** Kết quả 89,47% KHVM kèm KHM và chỉ có 10,53% không kèm KHM, khác nghiên cứu của Koch 43%. Theo Mai Đình Hưng, KHM kết hợp KHVM 41,2%; Tạ Văn Tùng 17,2% [8]. Có thể vì nghiên cứu chúng tôi chỉ giới hạn ở KHVM hai bên toàn bộ với số lượng nhỏ (38 ca). Với KHVM hai bên toàn bộ thì tỷ lệ KHVM kèm theo KHM rất cao, gây nhiều rối loạn chức năng và biến dạng giải phẫu như KHVM hai bên toàn bộ lại kết hợp với KHM thì vấn đề mổ càng phức tạp và ít nhất là lần thứ hai sau lần đầu mổ KHM.

Trong 38 BN được đo chiều rộng KHVM, có 30

ca có kích thước từ 1-2cm chiếm 78,95%; có 3 ca có kích thước > 2 cm chiếm 21,05% và không có ca nào có kích thước KHVM < 1 cm. Chiều rộng KHVM tương đối đồng nhất và kích thước $> 2,8$ cm không có ca nào, nên khi phẫu thuật tạo hình vòm miệng ở nhóm bệnh nhân này bằng phương pháp V-Y Weau-Wardill-Killner không phải sử dụng vật thành hầu kết hợp. Tuy nhiên, tuổi càng lớn thì KHVM càng rộng hơn tuổi nhỏ (nhóm > 4 tuổi KHVM hai bên rộng > 1 cm có 100% (38/38 ca) và kích thước < 1 cm không có ca nào. Điều này phù hợp với sự phát triển của trẻ [1].

4.2. Kết quả phẫu thuật

***Đánh giá kết quả liền thương, đóng kín KHVM sau phẫu thuật.** Kết quả liền thương và đóng kín KHVM có 89,47% đạt kết quả tốt (34 BN), không có biến chứng, vết mổ liền tốt, KHVM đóng kín hoàn toàn; 7,90% (3 BN) đạt kết quả trung bình do 3 ca nhiễm trùng vết mổ, quá trình liền thương chậm nhưng đều liền thương sau điều trị mà không bị bục; 01 trường hợp cho kết quả kém 2,63% do bị bục vết mổ do nhiễm trùng vết mổ và để lại lỗ thông miệng-mũi.

Các kết quả trên cao hơn so với kết quả nghiên cứu của Randall, Lê Ngọc Uyển trong phương pháp Furlow với 80% cho kết quả tốt [1], có thể các tác giả tiến hành trong các đợt mổ từ thiện với số lượng lớn nên việc chăm sóc sẽ không tốt. Đồng thời, kết quả thấy sự khác biệt về kết quả lành thương, đóng kín khe hở theo giới, tuổi hay kích thước rộng của KHVM không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$). Khẳng định kỹ thuật Push-back an toàn, với 89,47% đạt kết quả tốt khi ra viện, là một tỷ lệ cao trong mổ tạo hình VM.

*Biến chứng sau mổ

+ **Chảy máu:** là một biến chứng của mổ VM, có thể gặp ngay trong mổ. Dùng thuốc tê tại chỗ có pha adrenalin làm giảm chảy máu từ các mạch máu nhỏ. Do các nhánh của động mạch khẩu cái lớn tỏa rộng về phía trước trong niêm mạc VM cứng nên mổ theo Push Back, đường rạch sẽ cắt ngang các mạch máu này. Mặt khác, sau khi lật vạt niêm mạc-màng xương để di chuyển vào trong và đẩy lùi ra sau sẽ để lại một phần diện mô trên bề mặt xương VM cứng không có niêm mạc che phủ. Điều này dẫn tới nguy cơ chảy máu sau mổ, do đó việc cầm máu trong khi mổ rất quan trọng để hạn chế tai biến chảy máu sau mổ. Kết quả NC không có trường hợp nào chảy máu sau mổ nên khẳng định sự an toàn của phương pháp này. Kết quả này tương tự Nguyễn Mạnh Hà, Lê Sơn [4] và Lê Ngọc Uyển trong

phương pháp Furlow[6].

+ **Bảo đảm hô hấp:** hết sức quan trọng, để lưu thông khí, một số tác giả khuyến nên tiếp tục duy trì nội khí quản và cố định lưỡi vào một bên má trong 24 giờ đầu để tránh tụt lưỡi. Những ngày tiếp theo, trẻ có thể bị suy hô hấp do viêm phổi hít phải máu và dịch. Ngoài ra, nếu vùng mỡ bị phù nề mạnh do sang chấn nhiều cũng gây cản trở thông khí qua mũi. Tai biến này càng dễ xảy ra hơn khi tạo hình VM kết hợp với vạt thành hầu ngay trong một thì ở trẻ nhỏ. Peterson báo cáo có 1 trường hợp suy hô hấp do chít hẹp đường thở. Furlow báo cáo 2 BN tương tự [1]. Trong NC không gặp tai biến sớm về hô hấp.

+ **Nhiễm trùng vết mổ:** Nhiễm trùng vết mổ là mối lo ngại lớn bởi nó liên quan đến sự thành bại của cuộc mổ. Nhiễm trùng làm phù nề vết mổ kéo dài, làm chậm quá trình lành thương, gây hoại tử và bục vết mổ. Thông thường, bục vết mổ hay xảy ra tại nơi tiếp nối giữa VM cứng và VM mềm bởi sẽ có một khoảng trống được hình thành giữa hai lớp niêm mạc miệng và mũi khi khâu đóng mà một số tác giả gọi đó là khoảng chết. Peterson ghi nhận trong biến chứng bục vết mổ 4,76%[3].

Trong nghiên cứu 38 BN, có 3 BN (7,90%) nhiễm trùng vết mổ gây phù nề kéo dài, BN được điều trị tích cực kháng sinh, chống phù và lành thương không bị bục vết mổ. 01 trường hợp khác (2,62%) bị bục vết mổ do nhiễm trùng. Tỷ lệ này thấp hơn so với Peterson khi nghiên cứu cả hai phương pháp Furlow và V-Y Veau - Wardill - Kilner có 4,76% bục vết mổ do nhiễm trùng [3] hay Lê Ngọc Uyển trong phương pháp Furlow 7,5% nhiễm trùng vết mổ gây phù nề kéo dài và 5% bị bục vết mổ do nhiễm trùng [1].

4.3. Ưu điểm - Nhược điểm của kỹ thuật Push Back

***Ưu điểm:** Kết quả chúng tôi 100% không có biến chứng chảy máu sau mổ khẳng định trong kỹ thuật này, việc bóc tách bóc lộ rõ các lớp niêm mạc-màng xương, cơ và động mạch sẽ nhìn rõ để thực hiện cầm máu dễ dàng. Kết quả tốt trong lành thương, đóng kín khe hở chiếm 89,47% sau mổ, đây là kết quả cao trong PT tạo hình VM, đồng thời sự khác biệt về kết quả này theo tuổi, giới và chiều rộng KHVM không có ý nghĩa thống kê ($p>0,05$) cho thấy kỹ thuật này có thể áp dụng ở các mức độ KHVM khác nhau và ở các lứa tuổi khác nhau. Các cơ VM được bóc lộ và khâu nối với nhau đưa lại cấu trúc giải phẫu bình thường, do đó sẽ đưa lại hoạt động sinh lý của các cơ VM, đồng thời kết hợp với khâu đẩy lùi VM ra sau đã làm tăng chiều dài vòm miệng

và thu hẹp họng giữa. Vì vậy, có thể dự đoán chức năng phát âm sau mổ sẽ cải thiện đáng kể.

***Nhược điểm:** Phẫu thuật tạo hình theo Push-back là thủ thuật bóc tách để tạo vạt niêm mạc - màng xương, bóc tách bóc lộ các lớp niêm mạc, cơ VM để tạo nên seo cơ kéo gây biến dạng xương hàm, cung răng sau phẫu thuật [3].

V. KẾT LUẬN

1. Đặc điểm lâm sàng KHVM hai bên toàn bộ phẫu thuật Push back

- Tỷ lệ nam cao hơn nữ: $\approx 2/1$.
- Tuổi PT trung bình: $36,62 \pm 20,90$ tháng: Nhóm tuổi ≤ 24 tháng: 21,05%; Nhóm $>24-48$ tháng: 60,53%; Nhóm $>48-72$ tháng: 15,79%.
- Nguyên nhân: mẹ ốm 03 tháng đầu mang thai: 34,21%; di truyền 18,42%; không rõ 46,37%.
- Hình thái: KHVM 2 bên kèm theo KHM: 89,47% và KHVM 2 bên đơn thuần: 18,53%.

2. Kết quả phẫu thuật theo kỹ thuật Push back

- Tỷ lệ nam/nữ: 2/1; tuổi PT trung bình: $36,62 \pm 20,90$ tháng: Nhóm tuổi ≤ 24 tháng: 21,05%; Nhóm $>24-48$ tháng: 60,53%; Nhóm $>48-72$ tháng: 15,79%; Thấp nhất tuổi ≥ 72 tháng: 2,63%.
- Nguyên nhân: mẹ ốm 03 tháng đầu mang thai: 34,21%; di truyền 18,42%; không rõ 46,37%.
- Kết quả theo kỹ thuật push-back: Tốt: 89,47%; Trung bình: 7,90%; Kém 2,63%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Lê Ngọc Uyển (2000)**, Góp phần đánh giá kết quả phẫu thuật khe hở vòm miệng theo phương pháp tạo hình chữ Z (Furlow), Luận văn Thạc sĩ Y học, Trường ĐHY Hà Nội.
2. **Lê Đức Tuấn (2010)**, "Khe hở môi, vòm miệng bẩm sinh", Phẫu thuật hàm mặt, Nhà xuất bản quân đội nhân dân, tr. 89-101.
3. **Lê Xuân Thu (2011)**, Nhận xét đặc điểm lâm sàng và kết quả phẫu thuật khe hở vòm miệng hai bên bẩm sinh theo phương pháp V- Y Veau-Wardill- Kilner, Luận văn bác sĩ chuyên khoa cấp II, Trường Đại học Y Hà Nội.
4. **Võ Thế Quang (1982)**, "Khe hở vòm miệng", Phẫu thuật tạo hình và tái tạo mặt, Nhà xuất bản Y học, tr. 316-322.
5. **Lâm Hoài Phương (2007)**, "Khe hở vòm miệng", Dị tật bẩm sinh vùng hàm mặt, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, tr.105-126.
6. **Nguyễn Mạnh Hà, Lê Văn Sơn (1999)**, "Một số kinh nghiệm trong việc áp dụng kỹ thuật tạo hình vòm miệng bằng hai vạt chữ Z đối chiều nhau", Tạp chí Y học Việt Nam, số (240,241), tr.147-152.
7. **Lê Đức Tuấn (2015)**, "Phẫu thuật khe hở vòm miệng bẩm sinh", benhvien103.vn.
8. **Mai Đình Hưng, Nguyễn Khắc Giảng (1979)**, "Những dị tật khe hở vùng hàm mặt", Răng hàm mặt, tập (II), Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, tr.186-220.