

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 1136 trẻ 3-5 tuổi, đi học tại các trường mầm non thuộc huyện Yên Định và Nông Cống tỉnh Thanh Hóa. Kết quả nghiên cứu cho thấy:

Tỷ lệ suy dinh dưỡng thể nhẹ cân là 11,2%; suy dinh dưỡng thể thấp còi là 15,7%; suy dinh dưỡng thể gầy còm là 2,0%. Yếu tố liên quan đến suy dinh dưỡng thấp còi của trẻ gồm: Cân nặng sơ sinh dưới 2500gram, mẹ có trình độ học vấn dưới trung học phổ thông, gia đình có từ 3 con trở lên.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **World Health Organization (2011).** World Health Statistics 2011. Geneva, Switzerland: WHO Department of Health Statistics and Informatics.
2. **Black, R.E., Allen, L.H., Bhutta, Z.A., et al. (2008).** Maternal and child undernutrition: global and regional exposures and health consequences. The lancet. 371(9608): p. 243-260.
3. **Viện dinh dưỡng (2020).** Thống kê về tình trạng dinh dưỡng của trẻ em qua các năm, Viện Dinh dưỡng.
4. **Nguyễn Thị Hoa (2015).** Thực trạng suy dinh dưỡng ở trẻ em dưới 5 tuổi và quản lý chương trình phòng chống suy dinh dưỡng tại thị xã Quảng Yên, Quảng Ninh năm 2015. Luận văn bác sỹ chuyên khoa cấp II, Trường đại học Y Dược Hải Phòng.
5. **Nguyễn Song Tú, Nguyễn Thị Lâm, Đoàn Thị Ánh Tuyết và CS (2019).** Tình trạng dinh dưỡng trẻ 36-71 tháng tuổi tại các trường mầm non huyện Lục Yên và Yên Bình, tỉnh Yên Bái, 2017. Tạp chí Y học Dự phòng, 29(2).
6. **Trần Quang Trung, Nguyễn Thị Thùy Linh, Lê Thị Hiền và CS (2020).** Tình trạng dinh dưỡng và một số yếu tố liên quan ở trẻ em dưới 5 tuổi tại huyện Ba Vì thành phố Hà Nội năm 2019. Tạp chí Y học Dự phòng, 30(5): p. 82-89.
7. **Hoàng Thị Hoa Lê, Hoàng Thị Vân Anh, Cáp Minh Đức (2021).** Tình trạng suy dinh dưỡng và một số yếu tố liên quan ở trẻ em dưới 5 tuổi tại xã Quyết Tiến, Tiên Lãng, Hải Phòng năm 2019 – 2020. Tạp chí Y học Dự phòng, 31(5).
8. **Victora, C.G., de Onis, M., Hallal, P.C.; et al. (2010).** Global database on child growth and malnutrition. Pediatrics, 125: p. e473-e480.

KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ VÀ PHỤC HỒI CHỨC NĂNG CHO TRẺ EM MẮC DỊ TẬT KHE HỞ MÔI VÀ/HOẶC VÒM MIỆNG TẠI BỆNH VIỆN RĂNG HÀM MẶT TRUNG ƯƠNG HÀ NỘI NĂM 2019-2021

Nguyễn Văn Giáp¹, Nguyễn Thị Trang², Lê Ngọc Tuyền³, Nguyễn Hà Lâm⁴, Nguyễn Hữu Thắng⁴

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nhằm đánh giá kết quả điều trị và phục hồi chức năng sau phẫu thuật của trẻ mắc dị tật khe hở môi và/hoặc vòm miệng. **Phương pháp nghiên cứu:** Tiến hành nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 196 trẻ dưới 15 tuổi có dị tật khe hở môi và/hoặc vòm miệng đến khám và điều trị tại Bệnh viện Răng Hàm Mặt Trung ương Hà Nội năm 2019-2021. **Kết quả:** Tỷ lệ xuất hiện biến chứng sớm sau mổ 1 tuần khá cao (58,7%), trong đó tụ máu, bầm tím thường gặp nhất (83,5%). Khả năng nhai được cải thiện rõ rệt nhất sau phẫu thuật và đạt trên 85% sau 6 tháng, tiếp đến là khả năng phát âm. Tỷ lệ sẹo co kéo nhẹ và sẹo to mất thẩm mỹ sau 1 tháng và 6 tháng mổ vẫn chiếm đa số. Trẻ có biểu hiện, thay đổi tích cực để hòa nhập với cộng đồng, xã hội. **Kết luận:** Nghiên cứu cho thấy tác

động tích cực của phẫu thuật trong cải thiện sức khỏe thể chất, tâm thần và chức năng của trẻ mắc dị tật khe hở môi và/hoặc vòm miệng mặc dù tỷ lệ biến chứng sớm sau phẫu thuật khá cao. Tuy nhiên trẻ vẫn phải đối mặt với một số rào cản để hòa nhập, thích nghi với cộng đồng.

Từ khóa: Kết quả điều trị, Phục hồi chức năng, Sau phẫu thuật, Trẻ em, Khe hở môi và/hoặc vòm miệng.

SUMMARY

OUTCOMES OF TREATMENT AND REHABILITATION: POST-OPERATIVE STATUS OF CHILDREN WITH CLEFT LIP AND/OR PALATE AT HANOI CENTRAL ODONTO STOMATOLOGY HOSPITAL, 2019-2021

Objective: To evaluate the outcomes of treatment and rehabilitation of children with cleft lip and/or cleft palate who underwent surgery. **Methodology:** CA cross-sectional descriptive study was conducted on 196 children under 15 years of age with cleft lip and/or palate who attended treatment at Hanoi Central Odontostomatology Hospital in 2019-2021. **Results:** The rate of early complications occurring within the first one weeks after surgery was quite high (58.7%) in which hematoma and bruising were the most common (83.5%). The ability to chew improved most markedly after surgery and reached over 85%

¹Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên,

²Trường Đại học Y Hà Nội

³Bệnh viện Răng Hàm Mặt Trung ương Hà Nội

⁴Viện Đào tạo Y học dự phòng và Y tế công cộng, Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Văn Giáp

Email: giapnguyentn@gmail.com

Ngày nhận bài: 14.3.2022

Ngày phản biện khoa học: 29.4.2022

Ngày duyệt bài: 12.5.2022

after 6 months, followed by the ability to pronounce. The rate of slightly stretched scars and hypertrophic scar within the first one month and six months after surgery still accounted for the majority. Children have positive expressions and changes to integrate into the community and society. **Conclusion:** The study showed a positive impact of surgery in improving the physical, mental and functional health of children with cleft lip and/or cleft palate despite the early complication rate after surgery being quite high. However, children still face some barriers to integrating and adapting to the community.

Keywords: Outcome of treatment, Rehabilitation, Post-operative, Children, Cleft lip and/or palate.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Các nghiên cứu trước đây cho thấy, Châu Á là khu vực có tỷ lệ mắc dị tật khe hở môi và/hoặc vòm miệng (KHMVM) cao nhất cao nhất và thấp nhất là những người gốc Phi [1]. Châu Á và Nam Mỹ là hai khu vực có tỷ lệ mắc dị tật cao ở mức 2/1000 trẻ [2]. Tại Việt Nam, ước tính mỗi năm có khoảng 3.000 trẻ em sinh ra bị khe hở môi, hở vòm miệng, trung bình cứ 500 em mới sinh thì có 1 em mắc [3].

Việc điều trị KHMVM ở trẻ em thường được thực hiện bởi một đội ngũ bác sĩ chuyên khoa đa ngành kết hợp tư vấn cho trẻ và cha mẹ. Những dị tật này có thể gây ra những hậu quả và ảnh hưởng bất lợi cho bản thân trẻ, gia đình đối với việc nuôi dưỡng, tăng trưởng cơ thể, sự phát triển thính giác, giọng nói, khuôn mặt, khớp cắn cùng một số vấn đề tâm lý xã hội [2].

Hiện nay, nhiều phương pháp phẫu thuật tạo hình đã được đề xuất và cải tiến tuy nhiên không một phương pháp nào có thể mang lại kết quả hoàn chỉnh cho người bệnh từ lần phẫu thuật đầu tiên [3]. Bệnh nhân có thể trải qua nhiều thủ thuật, phẫu thuật khác nhau để cải thiện ngoại hình, giọng nói, răng và thính giác. Những nghiên cứu trước đây cũng chứng minh rằng, phẫu thuật là phương pháp đảm bảo được hiệu quả lâu dài đối với người bệnh [4]. Việc điều trị KHMVM cần được tiến hành từ rất sớm ngay sau khi trẻ chào đời và tiếp tục duy trì đến khi trẻ trưởng thành. Việc phục hồi hình thái này gồm phẫu thuật tạo hình môi khi trẻ 3 tháng tuổi, phẫu thuật vòm miệng khi trẻ được 1 tuổi và ghép xương ổ răng thứ cấp được tiến hành khi trẻ 9-12 tuổi [5]. Tuy nhiên, tỷ lệ mắc dị tật sau phẫu thuật cao đạt 70-80% bệnh nhân với mức độ thay đổi phụ thuộc vào các yếu tố như hình thái khe hở hoặc trình độ chuyên môn của bác sĩ phẫu thuật [6].

Theo các tổng hợp trước đây, bên cạnh các phương pháp phẫu thuật, việc phục hồi chức

năng cho trẻ là rất cần thiết và đòi hỏi một quy trình có sự phối hợp của nhiều chuyên khoa như trị liệu ngôn ngữ, phẫu thuật hàm mặt, phục hồi chức năng miệng và các quy trình đều phải được tiêu chuẩn hóa. Việc phục hồi chức năng của những người mắc dị tật KHMVM có liên quan trực tiếp đến tình trạng răng miệng, giải quyết vấn đề này là yêu cầu cơ bản để có thể hoàn thành phẫu thuật. Trong phục hồi chức năng nha khoa, bác sĩ chỉnh nha cần theo dõi sự phát triển của xương sọ và điều chỉnh các ổ lồi phức tạp hơn so với các bệnh nhi khác không có khe hở [5].

Nhận thấy các phương pháp điều trị sau phẫu thuật cho trẻ còn nhiều thiếu sót và ảnh hưởng đáng kể tới kết quả điều trị cũng như sự phát triển toàn diện tâm sinh lý cho trẻ nên chúng tôi đã tiến hành nghiên cứu nhằm đánh giá kết quả điều trị và phục hồi chức năng sau phẫu thuật của trẻ mắc dị tật khe hở môi và/hoặc vòm miệng.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Trẻ em dưới 15 tuổi có dị tật khe hở môi và/hoặc vòm miệng đến khám và điều trị tại Bệnh viện Răng hàm mặt Trung ương Hà Nội; Trẻ có người chăm sóc trực tiếp đi cùng (gia đình, cha mẹ, ông bà).

Trường hợp trẻ > 15 tuổi có KHMVM chưa phẫu thuật và trẻ em dị tật KHMVM có cha mẹ bị các bệnh tật liên quan đến bệnh lý về tâm thần, thần kinh không được chọn vào nghiên cứu.

2.2. Địa điểm và thời gian nghiên cứu. Nghiên cứu tại Bệnh viện Răng hàm mặt Trung ương Hà Nội từ tháng 10/2019 đến tháng 10/2021.

2.3. Phương pháp nghiên cứu

2.3.1. Thiết kế nghiên cứu: Dịch tễ học mô tả có phân tích.

2.3.2. Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu
- Cỡ mẫu. Áp dụng công thức tính cỡ mẫu tối thiểu cho nghiên cứu mô tả xác định một tỷ lệ hiện mắc [7]:

$$N = Z_{1-\alpha/2}^2 \frac{p(1-p)}{(p\varepsilon)^2}$$

Trong đó: n: Cỡ mẫu tối thiểu; p: Tỷ lệ ước đoán quần thể $p = 0,29$ (Tỷ lệ trẻ có dị tật khe hở vòm miệng toàn bộ đến khám và điều trị tại bệnh viện đại học Y Hải Phòng năm 2017); $Z_{1-\alpha/2}$: Hệ số tin cậy, ứng với độ tin cậy 95% thì $Z_{1-\alpha/2} = 1,96$; ε : Sai số tương đối mong muốn chọn $\varepsilon = 0,25$.

Với các giá trị đã chọn, cỡ mẫu đã dự trừ thêm 10% là 165 trẻ, trên thực tế chúng tôi đã nghiên cứu 196 trẻ em.

- **Chọn mẫu.** Tất cả các bệnh nhân đến khám và được chẩn đoán xác định khe hở môi và vòm miệng tại Bệnh viện Răng Hàm Mặt Trung

Ương Hà Nội thỏa mãn các tiêu chuẩn lựa chọn đối tượng nghiên cứu.

2.3.3. Phương pháp nhập và phân tích số liệu. Tất cả các cha mẹ trẻ có KHMVM đưa trẻ đến Bệnh viện khám sẽ được phỏng vấn trực tiếp bằng bảng câu hỏi được biên soạn sẵn, công khai và thống nhất trên một mẫu chung với các câu trả lời cho trước.

2.4. Phân tích và xử lý số liệu. Số liệu định lượng thu thập được qua phỏng vấn quan sát sẽ được nhập bằng chương trình Epidata và phân tích bằng phần mềm Stata 8.0.

Biện pháp khống chế sai số: Thống nhất tiêu chuẩn lựa chọn đối tượng nghiên cứu, tiêu chí của quy trình nghiên cứu, cách thức thu thập thông tin. Điều tra viên được tập huấn kỹ và thống nhất về các tiêu chí đánh giá, cách thu thập số liệu, và được khám thử trong buổi tập huấn. Các phiếu hỏi và phiếu khám phải kiểm tra lại, hoàn thiện và sửa chữa các số liệu bị thiếu, số liệu vô lý trước khi phân tích. Giám sát viên phải giám sát chặt chẽ việc thu thập thông tin, nhập liệu (nhập lại ngẫu nhiên 10% số phiếu để kiểm tra sự chính xác).

2.6. Đạo đức trong nghiên cứu. Đối tượng nghiên cứu được thông báo và nói rõ mục đích nghiên cứu. Cha mẹ trẻ tự nguyện tham gia nghiên cứu, mọi thông tin được bảo mật. Điều trị triệt để cho các đối tượng tham gia nghiên cứu nếu có bệnh. Nghiên cứu được thông qua Hội đồng Y đức của Viện Sốt rét – Ký sinh trùng - Côn trùng Trung ương và được sự chấp thuận của cha mẹ học sinh, của lãnh đạo Bệnh viện Răng Hàm Mặt Trung ương nơi tiến hành nghiên cứu.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 3.1. Đặc điểm chung của trẻ (n=196)

Đặc điểm của trẻ	SL	%
Tuổi (tháng)		
Trung vị	19	
Khoảng tứ phân vị	8 - 72	
Thấp nhất – Cao nhất	5 – 180 (tháng tuổi)	
Giới		
Nam	127	64,8
Nữ	69	35,2

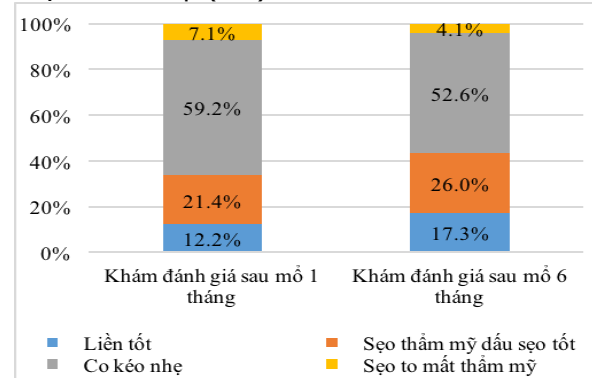
Nhận xét: Kết quả cho thấy, độ tuổi trung vị của trẻ là 19 tháng tuổi, dao động từ 5 – 180 tháng tuổi. Trong số 196 trẻ KHM và KHMVM tham gia nghiên cứu có 127 trẻ nam (64,8%) và 69 trẻ nữ (35,2%).

Bảng 3.2. Khám đánh giá sau mổ 1 tuần (n=196)

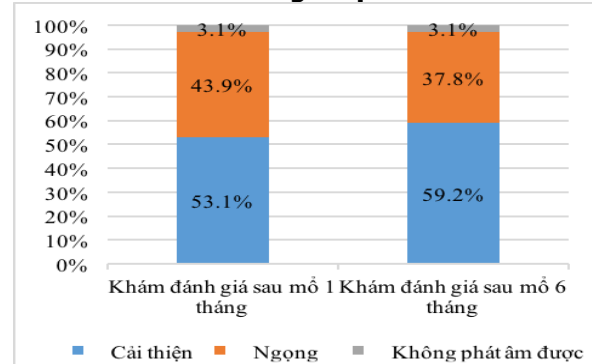
	SL	%
Biến chứng sớm		

Có		115	58,7
Trong đó	Bục một vài mũi chỉ	14	12,2
	Tụ máu, bầm tím	96	83,5
	Nhiễm trùng vết mổ	5	4,3
Không		81	41,3
Vạt da			
Vạt da được nuôi dưỡng tốt		165	84,2
Đuôi vạt bị hoại tử nhẹ		29	14,8
Vạt bị hoại tử		2	1,0

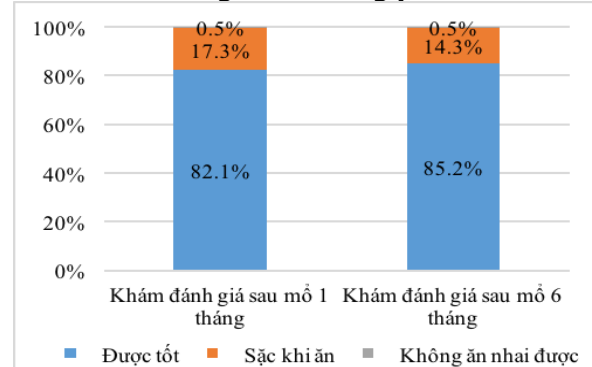
Nhận xét: Đánh giá 1 tuần sau phẫu thuật, có 89 trẻ (58,7%) có biến chứng sớm, chủ yếu là bị tụ máu, bầm tím (83,5%). Phần lớn trẻ có vạt da được nuôi dưỡng tốt (84,2%), tỷ lệ vạt bị hoại tử rất thấp (1%).



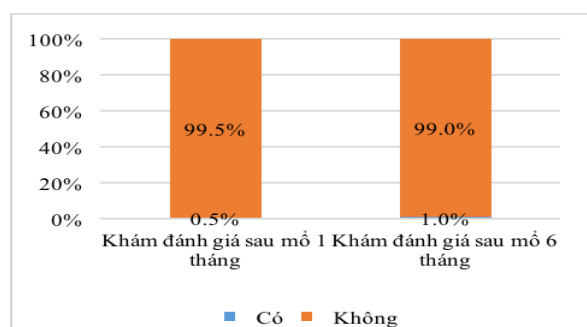
A. Đánh giá sẹo mổ



B. Đánh giá khả năng phát âm



C. Đánh giá khả năng ăn nhai



D. Đánh giá các bệnh nhiễm trùng kèm theo

Biểu đồ 1. Khám đánh giá sau mổ 1 tháng và sau mổ 6 tháng (n=196)

Nhận xét: Đánh giá sẹo 1 tháng sau mổ cho thấy 12,2% sẹo liền tốt hoặc thẩm mỹ tốt, 59,2% sẹo có dấu hiệu co kéo nhẹ và 7,1% sẹo to mất thẩm mỹ. Kết quả 6 tháng sau mổ cho thấy trên tỷ lệ sẹo co kéo nhẹ và sẹo mất thẩm mỹ đã được cải thiện.

Đánh giá khả năng phát âm tại tháng thứ nhất, hơn 50% trẻ có cải thiện khả năng phát âm nhưng tỷ lệ ngọng vẫn chiếm trên 40%. Sau 6 tháng, tỷ lệ trẻ nói ngọng đã giảm nhưng tỷ lệ không phát âm được vẫn duy trì ở mức 3,1%.

Đánh giá khả năng ăn nhai sau 6 tháng cũng được cải thiện nhưng chưa rõ rệt, đạt hơn 85% trẻ nhai tốt và chỉ có 1 trường hợp là trẻ không nhai được (0,5%) sau 6 tháng.

Sau mổ 1 tháng, chỉ có 1 trẻ có bệnh nhiễm trùng kèm theo. Sau 6 tháng ghi nhận thêm 1 trường hợp mắc phải vấn đề này (1%).

Bảng 3.3. Đánh giá việc trẻ hòa nhập với cộng đồng sau phẫu thuật (n=196)

	SL	%
Tự tin	146	74,5
Hòa đồng	129	65,8
Vui vẻ hòa nhập	60	30,6
Thích thú	68	34,7
Rụt rè	13	6,6
Tự ti	6	3,1
Khép mình	6	3,1

Nhận xét: Sau phẫu thuật, phần lớn trẻ có biểu hiện tích cực để hòa nhập với cộng đồng. Kết quả cho thấy, 74,5% trẻ tự tin, 65,8% trẻ hoà đồng, 34,7% thích thú và 30,6% trẻ vui vẻ hòa nhập. Tỷ lệ trẻ sau phẫu thuật vẫn có tâm lý rụt rè, tự ti và khép mình chiếm tỉ lệ nhỏ (khoảng 3-6%).

IV. BÀN LUẬN

Dị tật môi/mũi sau phẫu thuật khe hở môi và/hoặc vòm miệng là điều khó tránh khỏi với tỷ lệ khá cao[6]. Đánh giá tại Bệnh viện Trung ương Huế, Việt Nam về dị tật khe hở môi/mũi

sau phẫu thuật thẩm mỹ trong trường hợp bệnh nhân mắc dị tật này ở một bên cho biết đa số bệnh nhân có sẹo co rút và sẹo lồi khá cao, lần lượt là 21,7% và 30,5%[8].

Đánh giá biến chứng sớm sau phẫu thuật nhận thấy tỷ lệ xuất hiện biến chứng sớm cao, chiếm gần 60% trẻ, trong đó chủ yếu là bị tụ máu, bầm tím (83,5%). Tỷ lệ mắc các bệnh nhiễm trùng không đáng kể, tuy nhiên đánh giá 6 tháng sau mổ ghi nhận thêm 1 trường hợp bị nhiễm trùng. Sau phẫu thuật, khả năng nhai của trẻ được cải thiện rõ rệt nhất với trên 80% nhai được tốt, tiếp đến là tỷ lệ phát âm được cải thiện đạt trên 50%. Hơn 1/2 trẻ có cải thiện khả năng phát âm nhưng tỷ lệ ngọng vẫn chiếm trên 40%. Kết quả này của chúng tôi tương đồng với nghiên cứu của Debbie Sell và cộng sự tại Hoa Kỳ (2001), họ cũng cho biết việc phẫu thuật không phải lúc nào cũng mang lại hiệu quả tốt trong phục hồi chức năng bình thường của môi và vòm miệng hay nói cách khác những đứa trẻ này có thể bị rối loạn ngôn ngữ sau khi phẫu thuật. Nghiên cứu tiến hành khảo sát toàn diện về phát âm sau phẫu thuật của những trẻ bị KHMVM một bên và thấy rằng hầu hết những trẻ nói không rõ lời, khó nói và sai phụ âm mặc dù 2/3 trẻ tham gia nghiên cứu đã trải qua liệu pháp ngôn ngữ [8].

Nghiên cứu của tác giả Ana Ruiz-Guillén và cộng sự (2021) đánh giá về chất lượng cuộc sống của trẻ em và thanh thiếu từ 8-18 tuổi tại Tây Ban Nha cho thấy tình trạng sức khỏe thể chất, tâm lý và chức năng xã hội đều được cải thiện tích cực sau phẫu thuật, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Nghiên cứu còn ghi nhận sự cải thiện đáng kể về sức khỏe thể chất, đặc biệt về chức năng thể chất và giao tiếp [9]. Kết quả này tương tự nghiên cứu của chúng tôi khi phần lớn trẻ có biểu hiện tích cực để hòa nhập với cộng đồng sau khi được phẫu thuật. Hầu hết trẻ cảm thấy tự tin, hòa đồng hơn nhưng nhìn chung vẫn gặp nhiều rào cản trong quá trình hòa nhập cộng đồng.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu cho thấy tác động tích cực của phẫu thuật trong cải thiện sức khỏe thể chất, chức năng và tâm lý của trẻ mắc dị tật khe hở môi và/hoặc vòm miệng mặc dù tỷ lệ biến chứng sớm sau phẫu thuật khá cao. Khả năng ăn uống được cải thiện rõ rệt nhất sau phẫu thuật và tỷ lệ nhiễm trùng rất thấp. Cha mẹ cho biết trẻ vẫn đang đối mặt với một số rào cản để hòa nhập với cộng đồng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Tanaka S.A., Mahabir R.C., Jupiter D.C., et al. (2012). Updating the epidemiology of cleft lip with or without cleft palate. *Plast Reconstr Surg*, **129**(3), 511e–518e.
2. Taib B.G., Taib A.G., Swift A.C., et al. (2015). Cleft lip and palate: diagnosis and management. *Br J Hosp Med Lond Engl* 2005, **76**(10), 584–585, 588–591.
3. Mulliken J.B. and Martínez-Pérez D. (1999). The principle of rotation advancement for repair of unilateral complete cleft lip and nasal deformity: technical variations and analysis of results. *Plast Reconstr Surg*, **104**(5), 1247–1260.
4. Liang Z., Yao J., Chen P.K.T., et al. (2018). Effect of Presurgical Nasoalveolar Molding on Nasal Symmetry in Unilateral Complete Cleft Lip/Palate Patients after Primary Cheiloplasty without Concomitant Nasal Cartilage Dissection: Early Childhood Evaluation. *Cleft Palate-Craniofacial J Off Publ Am Cleft Palate-Craniofacial Assoc*, **55**(7), 935–940.
5. José Alberto de Souza Freitas, Daniela Gamba Garib, Marchini Oliveira, et al. (2012). Rehabilitative treatment of cleft lip and palate: experience of the Hospital for Rehabilitation of Craniofacial Anomalies - USP (HRAC-USP) - Part 2: Pediatric Dentistry and Orthodontics. *Oral Sci*, **20**(2), 9–15.
6. Tatum S.A. (2014). Pediatric facial plastic and reconstructive surgery. *Facial Plast Surg Clin N Am*, **22**(4), xiii.
7. Vũ Quang Hưng, Phạm Thị Nhung, Đoàn Trung Hiếu (2021). Hình thái dị tật khe hở môi, vòm miệng bẩm sinh ở trẻ em tại bệnh viện Đại học Y Hải Phòng. *Tạp Chí Học Việt Nam*, **503**(2), 247–251.
8. Nguyen H.L., Nguyen V.M., and Tran X.P. (2021). Cleft Lip/Nasal Deformities After Plastic Surgery for Unilateral Cleft Lip/Palate: A Prospective Study at a Large Hospital in Vietnam. *Clin Cosmet Investig Dent*, **13**, 305–314.
9. Sell D., Grunwell P., Mildinhal S., et al. (2001). Cleft Lip and Palate Care in the United Kingdom—The Clinical Standards Advisory Group (CSAG) Study. Part 3: Speech Outcomes. *Cleft Palate Craniofac J*, **38**(1), 30–37.
10. Ruiz-Guillén A., Suso-Ribera C., Romero-Maroto M., et al. (2021). Perception of quality of life by children and adolescents with cleft lip/palate after orthodontic and surgical treatment: gender and age analysis. *Prog Orthod*, **22**, 10.

KHẢO SÁT THAY ĐỔI MỘT SỐ CHỈ SỐ HUYẾT ĐỘNG TRONG MỔ VÀ KHÍ MÁU ĐỘNG MẠCH Ở BỆNH NHÂN PHẪU THUẬT TIÊU HÓA LỚN

Trần Việt Đức¹, Vũ Hoàng Phương^{1,2}

TÓM TẮT

Phẫu thuật tiêu hóa lớn là phẫu thuật gây ra tình trạng mất máu, mất dịch nhiều và có thể gây ra nhiều biến đổi huyết động trong mổ. Nghiên cứu cắt ngang mô tả được tiến hành tại khoa Gây mê hồi sức và Chống đau - Bệnh viện Đại học Y Hà Nội từ tháng 1 đến tháng 10 năm 2021 trên 138 bệnh nhân nhằm khảo sát thay đổi một số chỉ số huyết động trong mổ và biến đổi trong khí máu động mạch trong và sau mổ. Kết quả cho thấy tỉ lệ tụt huyết áp sau khởi mê xảy ra ở 44,9% số bệnh nhân, huyết áp trung bình giảm 16% so với mức nền. Xét nghiệm khí máu động mạch cho thấy xu hướng toan hỗn hợp khi mổ kéo dài, sau mổ có tình trạng giảm PaO₂ và PaO₂/FiO₂ có ý nghĩa thống kê. **Kết luận:** các bệnh nhân được phẫu thuật tiêu hóa lớn có tình trạng tụt huyết áp khi khởi mê, tuy nhiên trong cuộc mổ huyết động biến đổi không nhiều, đồng thời xu hướng toan hóa máu khi thời gian phẫu thuật kéo dài và giảm oxy máu sau phẫu thuật. **Từ khóa:** phẫu thuật tiêu hóa lớn, thay đổi huyết động, khí máu động mạch

¹Bệnh viện Đại học Y Hà Nội

²Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Vũ Hoàng Phương

Email: vuhoangphuong@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 15.3.2022

Ngày phản biện khoa học: 28.4.2022

Ngày duyệt bài: 11.5.2022

SUMMARY

THE PERIOPERATIVE HEMODYNAMIC, ARTERIAL BLOOD GAS IN THE MAJOR ABDOMINAL SURGERIES

Major abdominal surgery is surgery that causes blood loss, fluid loss and causes many hemodynamic changes during surgery. The study was conducted at Hanoi Medical University Hospital from January to October 2021 on 138 patients to investigate intraoperative hemodynamic status and changes in arterial blood gases perioperative. The results showed that in 138 patients, 86.2% had gastrointestinal cancer surgery, hypotension after induction of anesthesia occurred in 44.9% of patients, the blood pressure decreased by 16 % averagely. Arterial blood gas test showed a tendency of mixed acidosis during surgery, after surgery there was a statistically significant decrease in PaO₂ and PaO₂/FiO₂. Conclusion: the major abdominal surgery had a decrease in blood pressure at the induction of anesthesia, however, there was not much change in hemodynamics during surgery, and the tendency to acidosis when the surgery time was prolonged and decreased blood oxygen after surgery.

Keywords: major abdominal surgery, hemodynamics, arterial blood gas.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Phẫu thuật tiêu hóa lớn là các phẫu thuật trên