

RECONSTRUCTIVE SURGERY FOR CLEFT LIP IN NEWBORNS: EXPERIENCE WITH 372 PATIENTS, 2018-2024

Dang Hoang Thom^{1,3*}, Tran Thiet Son³, Duong Huy Luong^{2,3}, Nguyen Van Son¹

¹Vietnam National Children's Hospital - 18/879 La Thanh, Lang Thuong Ward, Dong Da District, Hanoi City, Vietnam

²Ministry of Health - 138A Giang Vo Street, Kim Ma Ward, Ba Dinh District, Hanoi City, Vietnam

³Hanoi Medical University - 1 Ton That Tung, Kim Lien Ward, Dong Da Dist, Hanoi City, Vietnam

Received: 17/02/2025

Revised: 04/03/2025; Accepted: 25/03/2025

ABSTRACT

Objective: This study aimed to evaluate the surgical outcomes of cleft lip repair performed during the neonatal period.

Methods: A prospective, uncontrolled clinical interventional study was conducted on 372 neonates with cleft lip from January 2018 to January 2024 at the Craniofacial and Plastic Surgery Department, Vietnam National Children's Hospital.

Results: Among the patients, 203 were male and 169 were female, with an average age of 30 ± 5.63 days at the time of surgery. The mean weight at surgery was $3,546.14 \pm 1,065.43$ grams. Unilateral cleft lip accounted for 77.15%, while bilateral cleft lip comprised 22.85% of cases. The average surgical duration was 53 ± 16.45 minutes. Postoperative outcomes showed that 92% of patients achieved good results according to the Fisher scale, while 8% had moderate results, and no poor outcomes were recorded. Morphological indices of the lip and nose improved significantly after surgery. The nasal height ratio decreased from 1.5 ± 0.24 preoperatively to 1.25 ± 0.13 immediately after surgery, then gradually increased to 1.17 ± 0.21 at three months and 1.11 ± 0.12 at twelve months postoperatively. The nasal base width ratio increased from 0.33 ± 0.19 before surgery to 0.76 ± 0.23 immediately after, then stabilized at 0.85 ± 0.27 by twelve months.

Conclusion: Neonatal cleft lip repair was found to be a safe, feasible, and effective procedure. Early surgical intervention helped restore anatomical structures, improve feeding function, enhance lip-nose symmetry, and positively impact family psychology. This approach represents a promising direction for the future treatment of cleft lip and palate deformities.

Keywords: Neonatal cleft lip and palate, Cleft lip, Neonate.

*Corresponding author

Email: Thommdplastic@gmail.com Phone: (+84) 904136131 <https://doi.org/10.52163/yhc.v66iCĐ2.2202>

PHẪU THUẬT TẠO HÌNH KHE HỖ MÔI SƠ SINH KINH NGHIỆM QUA 372 BỆNH NHÂN, TỪ 2018-2024

Đặng Hoàng Thom^{1,3*}, Trần Thiết Sơn³, Dương Huy Lương^{2,3}, Nguyễn Văn Sơn¹

¹Bệnh viện Nhi Trung ương - 18/879 La Thành, P. Láng Thượng, Q. Đống Đa, Tp. Hà Nội, Việt Nam

²Bộ Y tế - 138A P. Giảng Võ, P. Kim Mã, Q. Ba Đình, Tp. Hà Nội, Việt Nam

³Trường Đại học Y Hà Nội - 1 Tôn Thất Tùng, P. Kim Liên, Q. Đống Đa, Tp. Hà Nội, Việt Nam

Ngày nhận bài: 17/02/2025

Chỉnh sửa ngày: 04/03/2025; Ngày duyệt đăng: 25/03/2025

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả phẫu thuật tạo hình khe hở môi trong giai đoạn sơ sinh.

Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu tiến cứu can thiệp lâm sàng không đối chứng, thực hiện trên 372 trẻ sơ sinh bị khe hở môi, từ tháng 1/2018 đến tháng 1/2024, tại Khoa Sọ mặt và Tạo hình, Bệnh viện Nhi Trung ương.

Kết quả: Trong tổng số bệnh nhân, 203 bé trai và 169 bé gái, với độ tuổi trung bình $30 \pm 5,63$ ngày, đã được phẫu thuật. Cân nặng trung bình khi phẫu thuật là $3546,14 \pm 1065,43$ gram. Khe hở môi một bên chiếm 77,15%, trong khi khe hở hai bên chiếm 22,85%. Thời gian phẫu thuật trung bình là $53 \pm 16,45$ phút. Kết quả sau can thiệp cho thấy 92% bệnh nhân đạt kết quả tốt theo thang điểm Fisher, 8% có kết quả trung bình và không có trường hợp kém. Các chỉ số hình thái môi – mũi cải thiện đáng kể sau phẫu thuật. Tỷ lệ chiều cao lỗ mũi giảm từ $1,5 \pm 0,24$ trước phẫu thuật xuống $1,25 \pm 0,13$ ngay sau phẫu thuật, sau đó tăng dần lên $1,17 \pm 0,21$ ở tháng thứ 3 và $1,11 \pm 0,12$ ở tháng thứ 12. Tỷ lệ rộng nền lỗ mũi tăng từ $0,33 \pm 0,19$ trước phẫu thuật lên $0,76 \pm 0,23$ ngay sau phẫu thuật, rồi ổn định ở $0,85 \pm 0,27$ vào tháng thứ 12.

Kết luận: Phẫu thuật tạo hình khe hở môi ở giai đoạn sơ sinh là một phương pháp an toàn, khả thi và hiệu quả. Kỹ thuật này giúp phục hồi sớm cấu trúc giải phẫu, cải thiện chức năng ăn uống, tăng tính đối xứng môi – mũi, đồng thời có tác động tích cực đến tâm lý gia đình. Đây là một hướng đi tiềm năng trong điều trị dị tật khe hở môi – vòm miệng trong tương lai.

Từ khóa: Khe hở môi vòm sơ sinh, Khe hở môi, Sơ sinh.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Khe hở môi là dị bẩm sinh thường gặp nhất vùng hàm mặt, với tỷ lệ 1/700-1/800 trẻ được sinh ra [1]. Sự biến đổi cấu trúc của dị tật ảnh hưởng đến thẩm mỹ khuôn mặt, gây khó khăn trong việc ăn uống cho trẻ sơ sinh, tạo sang chấn tâm lý không chỉ cho trẻ khi lớn lên mà còn ảnh hưởng đến tâm lý cha mẹ và gia đình. Phẫu thuật tạo hình khe hở môi là phương pháp điều trị hiệu quả giúp khôi phục hình dạng, chức năng và thẩm mỹ của môi. Trước đây, phẫu thuật tạo hình môi từ khoảng 10 tuần tuổi (Ở Mỹ theo quy tắc chuẩn số 10) [2]. Tuy nhiên, hiện nay tại các trung tâm phẫu thuật Sọ Mặt trên thế giới thì can thiệp phẫu thuật sớm đang dần trở thành xu hướng thay thế [3]. Kết quả phẫu thuật giai đoạn sơ sinh khác biệt với phẫu thuật môi muộn, giúp nhanh chóng tạo sự tương tác kết nối giữa mẹ và con, cho thấy triển vọng, khả thi, cải thiện khả năng ăn uống,

hình dạng khuôn mặt, mang lại hiệu quả thẩm mỹ bền vững, đồng thời tác động tích cực đến tâm lý. “*Phẫu thuật tạo hình môi sơ sinh là quá trình phục hồi sớm, cải thiện nuôi dưỡng và gắn kết mẹ con*”.

Nghiên cứu của chúng tôi tiếp tục với báo cáo trước đây đã được công bố trên tạp chí Y học Thành phố Hồ Chí Minh vào năm 2013 về kết quả ban đầu phẫu thuật tạo hình khe hở môi một bên trẻ sơ sinh bằng phương pháp Onizuka [4]. Với mục đích khẳng định tính khả thi, phù hợp, an toàn, nguy cơ biến chứng thấp, hiệu quả của phương pháp phẫu thuật tạo hình môi sớm ở trẻ sơ sinh với kết quả tốt về chức năng và thẩm mỹ, Nghiên cứu được tiến hành với mục tiêu đánh giá kết quả phẫu thuật của phương pháp phẫu thuật môi trong độ tuổi sơ sinh.

*Tác giả liên hệ

Email: Thommdplastic@gmail.com Điện thoại: (+84) 904136131 <https://doi.org/10.52163/yhc.v66iCD2.2202>

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

2.1.1. Tiêu chuẩn bệnh nhân nghiên cứu

Bệnh nhân trong nghiên cứu được chẩn đoán mắc khe hở môi đơn thuần, khe hở môi kết hợp khe hở vòm, hoặc khe hở môi kèm theo khe hở cung răng, không phân biệt bên một hoặc hai bên. Trẻ chưa được áp dụng phương pháp dán TAPPING và chưa sử dụng thiết bị NAM (Nasoalveolar Molding). Đối tượng nghiên cứu có độ tuổi là 1 tháng và trọng lượng cơ thể từ 3,5 kg trở lên. Ngoài dị tật khe hở môi và vòm miệng, bệnh nhân không có dị tật bẩm sinh khác kèm theo.

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ

Những bệnh nhân có tiền sử khe hở môi đã được can thiệp phẫu thuật trước đó, từng sử dụng nẹp NAM hoặc dán Tapping, không được đưa vào nghiên cứu. Ngoài ra, trẻ có trọng lượng cơ thể dưới 3,0 kg tại thời điểm một tháng tuổi cũng không đáp ứng tiêu chí tham gia. Nghiên cứu loại trừ các trường hợp mắc rối loạn đông máu hoặc bệnh lý nghiêm trọng không đủ điều kiện để gây mê hồi sức an toàn. Bên cạnh đó, những bệnh nhân có hồ sơ bệnh án không đầy đủ hoặc không đồng ý tham gia nghiên cứu cũng không được tuyển chọn.

2.2. Địa điểm và thời gian nghiên cứu

Nghiên cứu được thực hiện trong khoảng thời gian từ tháng 1 năm 2018 đến tháng 1 năm 2024 tại Khoa Sơ mật và Tạo hình, Bệnh viện Nhi Trung ương.

2.3. Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu tiến cứu can thiệp lâm sàng không đối chứng, có đánh giá trước sau.

2.4. Cơ mẫu

Toàn bộ các bệnh nhân được chẩn đoán khe hở môi đơn thuần, khe hở môi kết hợp khe hở vòm, hoặc kèm theo khe hở cung răng, không phân biệt một bên hoặc 2 bên, đạt tiêu chuẩn lựa chọn. Tổng cộng cỡ mẫu trong nghiên cứu là 372 bệnh nhi.

2.5. Các biến số nghiên cứu

Nghiên cứu thu thập và phân tích các thông số liên quan đến bệnh nhân trước và sau phẫu thuật. Các yếu tố được đánh giá bao gồm tuổi, giới tính, cân nặng tại thời điểm phẫu thuật, thời gian phẫu thuật, và các đặc điểm lâm sàng trước phẫu thuật. Về mặt thẩm mỹ, nghiên cứu ghi nhận các chỉ số như chiều cao môi, hình dạng môi, đặc điểm nhân trung, môi đỏ, đường viền cung môi (Cupidon) và tình trạng sẹo.

Ngoài ra, hình dạng cung hàm cũng được đánh giá cùng với các biến dạng mũi, bao gồm trụ mũi, cánh mũi, nền mũi và sự chênh lệch chân cánh mũi. Tỷ lệ giữa các cấu trúc mũi và môi được xem xét dựa trên các thông số chiều cao lỗ mũi, chiều rộng nền mũi, chiều cao môi và mức độ đối xứng của mũi.

Kết quả phẫu thuật được đánh giá thông qua thang điểm thẩm mỹ của Fisher, đồng thời xem xét sự hồi phục chức năng, bao gồm khả năng ăn uống và phát âm của bệnh nhân sau can thiệp.

Thang điểm của Fisher (Fisher Scale) trong đánh giá kết quả can thiệp thường được sử dụng để đánh giá mức độ cải thiện hoặc tiến triển của bệnh nhân trong các can thiệp điều trị hoặc phục hồi chức năng, đặc biệt trong các nghiên cứu y tế và sức khỏe [5]. Thang điểm này đánh giá dựa trên các tiêu chí về khả năng phục hồi và chức năng của bệnh nhân, từ mức độ nghiêm trọng đến mức độ phục hồi hoàn toàn.

Cụ thể, thang điểm Fisher có thể bao gồm các mức sau:

1. Không có cải thiện: Không có sự thay đổi về tình trạng bệnh hoặc chức năng của bệnh nhân.
2. Cải thiện một phần: Có sự thay đổi tích cực nhưng chưa đủ để đạt được sự phục hồi hoàn toàn.
3. Cải thiện đáng kể: Tình trạng bệnh nhân có sự cải thiện rõ rệt, nhưng vẫn còn một số vấn đề hoặc hạn chế nhất định.
4. Phục hồi hoàn toàn: Bệnh nhân đã phục hồi hoàn toàn, không còn bất kỳ triệu chứng hoặc hạn chế nào.

2.6. Kỹ thuật

Bệnh nhân được gây mê nội khí quản, với ống nội khí quản được cố định giữa môi dưới. Trước khi tiến hành phẫu thuật, các mốc giải phẫu được xác định, bao gồm điểm gờ nhân trung, chiều cao, chiều sâu và chiều cao của cung Cupid theo phương pháp Millard cải tiến. Sau đó, đường rạch da và niêm mạc được thực hiện theo đường định hướng, dựa theo độ cong của gờ nhân trung philtral bên lành không có khe hở.

Chiều cao môi được xác định theo từng bên. Đối với bên không có khe hở, khoảng cách từ đỉnh cung Cupid đến điểm giao nối môi-trụ mũi được đo lường. Đối với bên có khe hở, khoảng cách từ điểm Noordhoff đến điểm chân trụ mũi được sử dụng để xác định vị trí cutback tại phần cuối đường rạch ở chân trụ mũi. Vạt chữ C không được sử dụng để kéo dài nhân trung bên khe hở mà thay vào đó, được áp dụng dưới dạng vạt xoay, bù vào trụ mũi bên khe hở nhằm tăng chiều cao trụ mũi.

Trong quá trình phẫu thuật, sụn vách mũi được bóc tách và giải phóng tự do khỏi niêm mạc mũi, sau đó chuyển dịch sang vị trí đối bên tại gai mũi trước xương hàm trên. Đối với bờ ngoài khe hở, đường rạch da và niêm mạc được thực hiện theo đường định hướng. Vạt niêm mạc bờ khe hở được bóc tách với cuống dưới, mở rộng niêm mạc cánh mũi theo đường da niêm mạc. Vạt niêm mạc cuống dưới được xoay chuyển vào phần mở rộng của niêm mạc mũi và cố định bằng chỉ Vicryl 5.0 để mở rộng niêm mạc lỗ mũi bên khe hở.

Cơ vòng môi được bóc tách, trong khi cơ ngang mũi được cắt bỏ. Niêm mạc môi tại góc tiền đình bờ ngoài

khe hở được giải phóng bằng đường cắt dọc theo cung hàm, sử dụng cutback dạng vật Imre xoay. Khâu niêm mạc được thực hiện trước, tiếp theo là khâu cơ vòng môi, sử dụng chỉ Vicryl 5.0. Vật chèn tam giác từ bờ ngoài khe hở được đưa vào để tăng chiều dài nhân trung và tạo sự cân đối cho cung Cupid. Sau đó, da được khâu lại bằng chỉ PDS 6.0 hoặc 7.0.

Để điều chỉnh biến dạng mũi, kỹ thuật Tajima được áp dụng, trong đó sụn mũi được sử dụng để tạo hình, giúp nâng cao cánh mũi bên đối diện và điều chỉnh trụ mũi về trung tâm. Sự điều chỉnh này được cố định bằng ba điểm khâu luôn dưới da hoặc bằng mũi khâu liên vòm mũi. Cuối cùng, ống mũi silicone được đặt để cố định hai lỗ mũi, sử dụng chỉ Vicryl 5.0 để khâu mũi rời xuyên qua vách trụ mũi.

2.7. Phương pháp thu thập số liệu

Đối tượng nghiên cứu được phẫu thuật tại Khoa Sọ mặt và tạo hình, Bệnh viện Nhi Trung ương. Thu thập số liệu từ hồ sơ bệnh án, ảnh (chụp trước – trong và sau mổ) để đánh giá, phỏng vấn phụ huynh về tình trạng sức khỏe, sự phát triển và thẩm mỹ của trẻ sau phẫu thuật.

2.8. Xử lý và phân tích số liệu

Số liệu thu thập được tổng hợp, làm sạch, nhập số liệu hệ thống bằng phần mềm Epidata. Các số liệu định lượng sẽ được tổng hợp, phân tích và trình bày theo các phương pháp thống kê mô tả. Việc xử lý số liệu được thực hiện trên phần mềm STATA 14.0.

2.9. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu được thực hiện theo các quy định về đạo đức trong nghiên cứu y sinh học và chỉ được tiến hành sau khi được Hội đồng đạo đức phê duyệt. Quá trình nghiên cứu diễn ra tại Bệnh viện Nhi Trung ương với sự chấp thuận chính thức từ phía Bệnh viện. Toàn bộ dữ liệu thu thập được chỉ sử dụng cho mục đích nghiên cứu, đảm bảo tính trung thực và bảo mật tuyệt đối thông tin của bệnh nhân.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu (n=372)

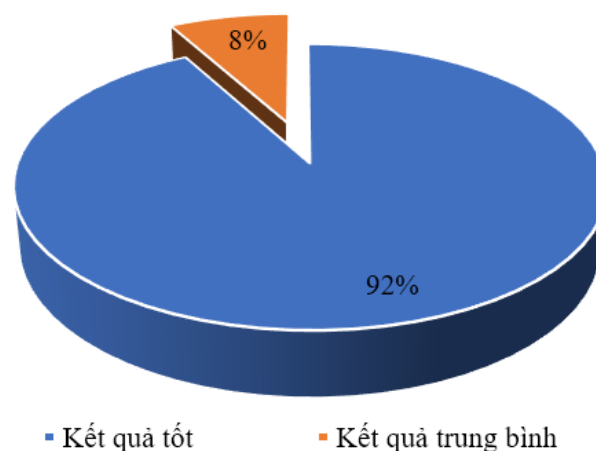
Giới	Số lượng (n)	Tỉ lệ (%)
Nam	203	54,57
Nữ	169	45,43
Cân nặng khi mổ (Gram) TB ± SD	3546,14 ± 1065,43	
Độ tuổi khi mổ (Ngày) TB ± SD	30 ± 5,63	
Thời gian mổ (phút) TB ± SD	53 ± 16,45	

Bảng 1 mô tả đặc điểm chung của 372 bệnh nhân nghiên cứu, trong đó nam chiếm 54,57% và nữ chiếm 45,43%. Cân nặng trung bình khi phẫu thuật là 3546,14 ± 1065,43 gram, độ tuổi trung bình là 30 ± 5,63 ngày, và thời gian phẫu thuật trung bình là 53 ± 16,45 phút.

Bảng 2. Đặc điểm lâm sàng (n=372)

Đặc điểm	Một bên (n)	Hai bên (n)	Tỷ lệ %
Khe hở môi đơn thuần	93	25	31,72
Khe hở môi và Khe hở vòm	67	4	19,09
Khe hở môi và Khe hở cung răng	39	16	14,78
Khe hở môi, khe hở vòm, Khe hở cung răng	74	40	30,65
Tổng/ Tỷ lệ %	287 (77,15%)	85 (22,85%)	372 (100%)

Bảng 2 mô tả đặc điểm lâm sàng của 372 bệnh nhân, trong đó khe hở môi đơn thuần chiếm 31,72%, khe hở môi và khe hở vòm chiếm 19,09%, khe hở môi và khe hở cung răng chiếm 14,78%, và khe hở môi, khe hở vòm, khe hở cung răng chiếm 30,65%. Tỷ lệ khe hở một bên là 77,15%, cao hơn so với khe hở hai bên (22,85%).



Hình 1. Đánh giá kết quả can thiệp theo thang điểm của Fisher (n=372)

Trong nghiên cứu, kết quả tốt chiếm 92% (theo thang điểm của Fisher), 8% tỷ lệ trung bình và không có kết quả kém (Hình 1).

Bảng 3. Kết quả theo dõi giữa bên lành và bên bệnh, tại các thời điểm (n=372)

Tỷ lệ bên Lành/ bệnh			
Trước phẫu thuật TB $\pm$ SD	Ngay sau phẫu thuật	Sau 3 tháng	Sau 12 tháng
Tỷ lệ chiều cao lỗ mũi			
1,5 $\pm$ 0,24	1,25 $\pm$ 0,13	1,17 $\pm$ 0,21	1,11 $\pm$ 0,12
Tỷ lệ chiều cao nhân trung			
3,3 $\pm$ 0,15	1 $\pm$ 0,12	1,05 $\pm$ 0,17	1,1 $\pm$ 0,11
Tỷ lệ góc trụ mũi			
3,15 $\pm$ 1,70	1,1 $\pm$ 0,25	1,1 $\pm$ 0,11	1,2 $\pm$ 0,13
Tỷ lệ chiều cao 2 bên trụ mũi			
3,42 $\pm$ 0,12	1 $\pm$ 0,27	1,2 $\pm$ 0,14	1,2 $\pm$ 0,21
Tỷ lệ rộng nền lỗ mũi			
0,33 $\pm$ 0,19	0,76 $\pm$ 0,23	0,82 $\pm$ 0,31	0,85 $\pm$ 0,27
Tỷ lệ chiều cao môi			
1,7 $\pm$ 0,16	1,02 $\pm$ 0,12	1,0 $\pm$ 0,17	1,01 $\pm$ 0,12

Bảng 3 cho thấy sự thay đổi của các chỉ số hình thái giữa bên lành và bên bệnh theo thời gian sau phẫu thuật. Tỷ lệ chiều cao lỗ mũi giảm từ 1,5 $\pm$ 0,24 trước phẫu thuật xuống 1,25 $\pm$ 0,13 ngay sau phẫu thuật, sau đó tăng dần lên 1,17 $\pm$ 0,21 ở tháng thứ 3 và 1,11 $\pm$ 0,12 ở tháng thứ 12. Tương tự, tỷ lệ chiều cao nhân trung giảm mạnh từ 3,3 $\pm$ 0,15 xuống 1 $\pm$ 0,12 ngay sau phẫu thuật, rồi tăng lên 1,05 $\pm$ 0,17 ở tháng thứ 3 và 1,1 $\pm$ 0,11 ở tháng thứ 12. Tỷ lệ rộng nền lỗ mũi tăng từ 0,33 $\pm$ 0,19 trước phẫu thuật lên 0,76 $\pm$ 0,23 ngay sau phẫu thuật, sau đó dần ổn định ở mức 0,82 $\pm$ 0,31 vào tháng thứ 3 và 0,85 $\pm$ 0,27 vào tháng thứ 12. Những kết quả này cho thấy xu hướng ban đầu có sự thay đổi lớn ngay sau phẫu thuật, sau đó dần cải thiện và ổn định theo thời gian.

Một số hình ảnh trước và sau phẫu thuật môi sơ sinh

**Hình 2. Bệnh nhân khe hở môi 1 bên 29 ngày, ngay sau mổ, sau mổ 3 tháng, 12 tháng****Hình 3. Khe hở môi sơ sinh 28 ngày, sau mổ 2 năm****Hình 4. Khe hở môi sơ sinh 24 ngày tuổi, sau mổ 7 ngày, sau 1 năm, sau 5 năm**

4. BÀN LUẬN

4.1. Chỉ định phẫu thuật

Thời điểm phẫu thuật: Có nhiều ý kiến khác nhau về thời điểm phẫu thuật tạo hình môi, việc phục hồi môi có thể thực hiện ngay trong tuần đầu tiên sau sinh [6]. Trong nhiều năm qua “Quy tắc số 10” trọng lượng 10 pound, 10 tuần và Hemoglobin 10 gram được coi là tiêu chuẩn để chỉ định phẫu thuật tạo hình môi [2]. Cho đến nay, mặc dù phẫu thuật môi sớm trong giai đoạn sơ sinh đang là một xu thế, tuy nhiên vẫn còn có nhiều trung tâm phẫu thuật Sọ mặt, Môi và Vòm miệng vẫn dựa theo quy tắc truyền thống này mà không quan tâm, đánh giá khả năng, mức độ an toàn và hiệu quả phẫu thuật khe hở môi sớm trong giai đoạn sơ sinh [3].

Nghiên cứu của Philippe Galiner (2008) trên 61 trẻ sơ sinh được phẫu thuật 7,5 $\pm$ 6,7 ngày với cân nặng trung bình 3190 $\pm$ 454 gram, không có biến chứng phẫu thuật, cũng như gây mê [1]. Silvia Valentova (2016) phẫu thuật tái tạo môi sớm khoảng 14 ngày tuổi, có tác động đến sự phát triển và tăng trưởng của phần trước cung răng, tạo áp lực liên tục lên đoạn gò phía trước, làm giảm độ nhô cung hàm, tạo khuôn hình dạng cung hàm phù hợp [7]. Nghiên cứu của chúng tôi với 372 ca phẫu thuật khe hở môi và mũi sớm ở giai đoạn sơ sinh, cân nặng trung bình 3546,14 $\pm$ 1065,43, cho thấy quy tắc số 10 truyền thống cần phải điều chỉnh, độ tuổi 1 tháng tuổi, trọng lượng 3,5kg có thể phẫu thuật với kết quả tốt mà không có biến chứng. Vì vậy phẫu thuật sớm kỳ sơ sinh là xu hướng hiện nay, có thể tiến hành an toàn, kết quả tốt. Mô hình phẫu thuật theo quy tắc số 10 nên điều chỉnh phù hợp tránh trì hoãn thời điểm phẫu thuật khe hở môi và mũi thì 1 đến 3–6 tháng.

Tỷ lệ biến chứng do gây mê và phẫu thuật ở thời điểm

phẫu thuật trước 28 ngày tuổi là rất thấp, theo Burt và Byrd (2000), Calteux (2013) cho thấy phẫu thuật tạo hình môi sớm thực sự an toàn, không làm tăng tỷ lệ biến chứng và có kết quả tương đương với phẫu thuật muộn hơn [1], [3]. Hơn nữa, hiện nay tiến bộ trong gây mê sơ sinh đã làm giảm bớt nguy cơ, thuốc gây mê phù hợp, thời gian phẫu thuật ngắn đã làm giảm nguy cơ và tỷ lệ biến chứng.

Chảy máu nghiêm trọng trong phẫu thuật khe hở môi theo y văn hiếm khi xảy ra. Đồng thuận quan điểm với các tác giả khác trên thế giới, chúng tôi cho rằng mất máu trong phẫu thuật môi sơ sinh là không đáng kể do chúng tôi luôn sử dụng thuốc gây tê tại chỗ có pha Adrenalin, bệnh nhân không có tiền sử rối loạn đông máu, sử dụng dao điện cầm máu kỹ trong mổ, luôn kiểm soát chảy máu ở động mạch vòng môi [8], [9]. Kỹ năng của phẫu thuật viên đã được hoàn thiện, thuần thục qua 372 ca trong tất cả các thao tác kỹ thuật nên hoàn toàn có thể kiểm soát cầm máu trong suốt quá trình mổ. Tuy nhiên trong nghiên cứu của chúng tôi có 15 trường hợp chiếm 4,03% vẫn cần truyền máu sau mổ, tất cả các trường hợp này có thiếu máu trước mổ đã được kiểm tra đánh giá, nên chủ động truyền máu trong mổ.

4.2. Kết quả phẫu thuật

Liên thương sau mổ tạo hình môi: Là yếu tố luôn phải được quan tâm, vì ảnh hưởng trực tiếp lên quá trình hình thành sẹo, gây ra biến dạng thứ phát sau mổ. Do phẫu thuật thực hiện sớm trong giai đoạn sơ sinh nên da trẻ rất mỏng, bóc tách không đúng dễ gây tổn thương da, sức căng lớn ở khe hở dễ gây toác vết mổ. Do vậy yêu cầu trong phẫu thuật khe hở môi đó là sự “tinh tế”, Phẫu thuật viên đòi hỏi kỹ năng hoàn thiện, dụng cụ nhỏ phù hợp và chỉ khâu loại nhỏ, vicryl 50, 6.0, khâu da bằng chỉ 7.0. Bên cạnh khó khăn trên thì phẫu thuật môi trong giai đoạn sơ sinh có những ưu điểm như trẻ có sức khỏe trạng thái sinh lý tốt, da mềm mại, giữ nhiều nước, nồng độ corticoid trong máu cao thông qua nhau thai và sữa mẹ, tạo điều kiện vết mổ lành thương rất tốt, giảm thiểu khả năng hình thành sẹo xấu – kém thẩm mỹ. Phẫu thuật tạo hình khe hở môi sớm giai đoạn sơ sinh có thể mang lại những ưu điểm nổi bật như cải thiện hình dạng sẹo thẩm mỹ, giúp tăng cân nhanh hơn do dễ dàng cho con bú và tăng cường sự tương tác giữa mẹ và con.

Hình thái cung hàm trong phẫu thuật tạo hình môi sớm giai đoạn sơ sinh: Với các trường hợp khe hở môi có kèm theo khe hở vòm và khe hở cung hàm. Chúng tôi đánh giá sự thay đổi hình thái cung xương hàm dựa trên các mẫu trên thạch cao thu được ở bệnh nhân qua các thời điểm khác nhau: lấy mẫu cung hàm thạch cao tại thời điểm can thiệp thì 1 (trong mổ lần 1 tạo hình môi) và mẫu thạch cao cung hàm trên tại thời điểm thì 2 (khi phẫu thuật tạo hình vòm miệng), đánh giá hình dạng và kích thước cung hàm, góc, khoảng cách khe hở. Chúng tôi nhận thấy chiều rộng khe hở giữa 2 cung

hàm liên tục giảm trong khoảng thời gian từ khi tạo hình môi sớm đến thời điểm tạo hình vòm, trong ba tháng đầu tiên giảm mạnh nhất gần 50%, Sau đó khoảng cách khe hở hai cung hàm tiếp tục giảm cho đến khoảng 12 tháng tuổi, chúng tôi cho rằng phẫu thuật tạo hình môi trong giai đoạn sơ sinh giúp nhanh chóng tái lập, phục hồi sự toàn vẹn của cơ vòng môi trên, giảm chiều rộng khe hở cung hàm xảy ra ngay sau khi phẫu thuật tạo hình môi, đồng thời gây ra hiệu ứng định hình trên đoạn không bị khe hở và tăng cường vị trí chung của các đoạn cung hàm [3], [6], [10]. Cơ vòng môi được phục hồi hoạt động giống như một cơ thắt phía ngoài cung răng, luôn tỳ ép khi môi hoạt động giúp cho cung hàm trên hai bên điều chỉnh cong xuống dưới ở phía trên, đi cong lên trên với phần bên dưới, ở phía mặt trong cung hàm có đầu lưỡi và thân lưỡi đẩy cung răng hàm trên ra phía trước và ở cả 2 bên khe hở. Chính sự kết hợp “đẩy - ép” giữa bên trong với bên ngoài cung răng hàm trên đã giúp tạo nên sự điều chỉnh hình dạng cung hàm có độ cong sinh lý phù hợp hàm trên dưới, đây có thể được coi là hoạt động “chỉnh nha sinh lý giai đoạn sơ sinh” mà không cần sử dụng đeo NAM hay dán tapping. Sự hình thành phần nhô phía trước của cung hàm đóng vai trò quan trọng trong năm đầu đời của trẻ bị khe hở môi và vòm miệng có kèm theo khe hở cung răng, vị trí tương thích, phù hợp của cung răng hàm trên sẽ góp phần giúp trẻ bú, ăn và phát triển lời nói tốt hơn. Hơn nữa giảm kích thước khe hở cung hàm do hiệu ứng tạo khuôn trong quá trình tái tạo môi giúp hình thành và điều chỉnh tính đối xứng của cung răng và ổ răng hàm trên [2], [11].

Phục hồi cơ vòng môi sớm giúp cung hàm phát triển thuận lợi, giúp đóng kín khe hở cung hàm ổ răng, không gây hạn chế sự phát triển của vòm theo bất kỳ hướng nào, cả chiều dài và chiều rộng vòm, cũng như không thu hẹp cung răng của vòm miệng trong năm đầu, theo Lenka Jaklova(2020). Đồng quan điểm, chúng tôi cho rằng phục hồi toàn vẹn cơ vòng môi sớm

Điều trị chỉnh nha trước phẫu thuật tái tạo môi: Hsieh (2012), Silvia Valentova (2006) cho rằng điều trị chỉnh nha trước phẫu thuật không có tác động thực sự tích cực, lâu dài đến sự phát triển của cung răng-ổ răng hàm trên, hiện nay sử dụng điều trị chỉnh nha trước phẫu thuật tạo hình môi trong điều trị dị tật khe hở vẫn là vấn đề chưa thống nhất do hiệu quả thực sự mà nó mang lại, rất nhiều PTV chấp nhận không sử dụng can thiệp đeo NAM hay dán Tapping trước mổ [6], [7]. Đây chính là cơ sở khoa học để chúng tôi không sử dụng liệu pháp chỉnh nha trước phẫu thuật. Hơn nữa “vai trò và chức năng” của chỉnh nha đã được thay thế bằng chức năng cơ vòng môi sau tái tạo toàn vẹn đảm nhiệm. Lực ép của cơ vòng môi giúp hình thành, điều chỉnh cung hàm, thu hẹp khoảng cách khe hở cung răng, làm khe hở dần tiến lại với nhau đóng kín khi hai đầu xương phát triển khoảng sau 6-9 tháng.

Thay đổi hình dạng mũi: Theo y văn thời sụn kỳ sơ sinh là giai đoạn sụn dễ uốn, định hình nhất, do đó việc can thiệp vào sụn (sụn vách mũi, và sụn cánh mũi) sẽ tạo điều kiện thuận lợi cho điều chỉnh các biến dạng môi, mũi trong khe hở môi và mang lại sự đối xứng lâu dài. Can thiệp sớm sẽ giải phóng các điểm bám cơ bất thường, kìm hãm sự phát triển từ cánh mũi, trụ mũi và lệch vách ngăn mũi [4]. Các yếu tố này gây cản trở sự khép lại của khe hở môi, đồng thời gây biến dạng mũi tiến triển, do vậy việc phẫu thuật môi sớm sẽ hạn chế mức độ biến dạng môi, mũi nghiêm trọng so thời điểm can thiệp khi 3–6 tháng. Ngoài ra, phẫu thuật sớm sẽ tận dụng được mức độ dẻo, khả năng đàn hồi sụn vách mũi, cánh mũi. Qua đó dễ dàng điều chỉnh hình thái mũi lệch trở về cân bằng. Theo Y văn ghi nhận sụn tai ở trẻ sơ sinh được uốn nắn dễ dàng trong vòng 6 tuần đầu đời do nồng độ estrogen trong máu của mẹ tăng cao, kích thích sản xuất lượng axit hyaluronic, gia tăng nồng độ yếu tố tăng trưởng. Vì vậy trong giai đoạn sơ sinh, sụn vách mũi- sụn cánh mũi cũng dễ dàng uốn điều này đã được chứng minh qua kết quả chỉnh hình mũi không phẫu thuật, bằng các khí cụ. Vì vậy can thiệp sớm vào mũi không chỉ giúp cải thiện hình dạng mũi mà còn ngăn tình trạng biến dạng mũi tiến triển xảy ra trong thời kỳ sau sơ sinh, cải thiện kết quả phẫu thuật giảm tỷ lệ bệnh nhân cần các can thiệp bổ sung điều chỉnh biến dạng mũi thì 2.

Tác động tích cực đến tâm lý của gia đình bệnh nhân:

Can thiệp phẫu thuật sớm giúp nhanh chóng phục hồi cấu trúc giải phẫu, thay đổi hình dạng khuôn mặt, hỗ trợ cải thiện chức năng ăn uống, ghi nhận cho thấy tất cả gia đình bệnh nhân đều hài lòng với kết quả đạt được. Đa số đều mong muốn được can thiệp sớm hơn nữa nếu có thể, ngay cả khi kết quả chỉ tương đương với phẫu thuật muộn theo truyền thống, Phẫu thuật tạo hình môi sớm trong giai đoạn sơ sinh có thể coi là quá trình “*Tái tạo chữa lành, nuôi dưỡng và gắn kết*”.

5. KẾT LUẬN

Phẫu thuật tạo hình khe hở môi sơ sinh là phương pháp phẫu thuật đầy triển vọng, khả thi, an toàn và có hiệu quả. Giúp phục hồi sớm cấu trúc giải phẫu, cải thiện chức năng ăn uống, cải thiện tính đối xứng của môi mũi, tác động tích cực đến tâm lý gia đình, là mô hình mới điều trị dị tật khe hở môi vòm miệng trong tương lai.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] Galinier P., Salazard B., Deberail A. và cộng sự. (2008). Neonatal repair of cleft lip: a decision-making protocol. *J Pediatr Surg*, 43(4), 662–667.
- [2] Chow I., Purnell C.A., Hanwright P.J. và cộng sự. (2016). Evaluating the Rule of 10s in Cleft Lip Repair: Do Data Support Dogma?. *Plast Reconstr Surg*, 138(3), 670–679.
- [3] Hammoudeh J.A., Imahiyerobo T.A., Liang F. và cộng sự. (2017). Early Cleft Lip Repair Revisited: A Safe and Effective Approach Utilizing a Multidisciplinary Protocol. *Plast Reconstr Surg Glob Open*, 5(6), e1340.
- [4] Đặng Hoàng Thơm và Nguyễn Thanh Liêm (2013). Đánh giá kết quả phẫu thuật tạo hình khe hở môi một bên ở trẻ sơ sinh bằng kỹ thuật Onizuka cải tiến. *Tạp chí Y học TP Hồ Chí Minh*, 17(3), 1–6.
- [5] Kwong J.W., Cai L.Z., Azad A.D. và cộng sự. (2019). Assessing the Fisher, Mohler, and Millard Techniques of Cleft Lip Repair Surgery With Eye-Tracking Technology. *Ann Plast Surg*, 82(5S Suppl 4), S313–S319.
- [6] Hsieh Y.-J., Liao Y.-F., và Shetty A. (2012). Predictors of poor dental arch relationship in young children with unilateral cleft lip and palate. *Clin Oral Investig*, 16(4), 1261–1266.
- [7] Valentová-Strenáčiková S. và Malina R. (2016). Effects of early and late cheiloplasty on anterior part of maxillary dental arch development in infants with unilateral complete cleft lip and palate. *PeerJ*, 4, e1620.
- [8] Huang C.-S., Wang W.-I., Liou E.J.-W. và cộng sự. (2002). Effects of cheiloplasty on maxillary dental arch development in infants with unilateral complete cleft lip and palate. *Cleft Palate Craniofac J*, 39(5), 513–516.
- [9] Greives M.R., Camison L., và Losee J.E. (2014). Evidence-based medicine: Unilateral cleft lip and nose repair. *Plast Reconstr Surg*, 134(6), 1372–1380.
- [10] Eichhorn W., Blessmann M., Vorwig O. và cộng sự. (2011). Influence of lip closure on alveolar cleft width in patients with cleft lip and palate. *Head Face Med*, 7, 3.
- [11] Gamble C., Persson C., Willadsen E. và cộng sự. (2023). Timing of Primary Surgery for Cleft Palate. *New England Journal of Medicine*, 389(9), 795–807.