

RESULTS OF LINGUAL FRENECTOMY IN CHILDREN AGED 18 MONTHS TO 3 YEARS AT HAI PHONG CHILDREN'S HOSPITAL

Le Thi Thuy Ly¹, Pham Minh Thao¹, Dang Tuan Anh^{1,2*}

Hai Phong University of Medicine and Pharmacy - No. 72A Nguyen Binh Khiem, Gia Vien Ward, Hai Phong, Vietnam

Received: 05/11/2025

Revised: 06/01/2026; Accepted: 04/06/2026

Thêm tên tác giả: Phạm Thanh
Hải vào vị trí số 2, Phan Thị
Thanh Giang vào vị trí số 4

SUMMARY

Objective: To evaluate the outcomes of electrocautery frenectomy in children aged 18–36 months at Hai Phong Children's Hospital.

Materials and Methods: A prospective interventional study without a control group was conducted on 30 children diagnosed with Kotlow class III and IV ankyloglossia classification at Hai Phong Children's Hospital from October 2025 to March 2026. All patients underwent frenectomy using electrocautery under general anesthesia. Anatomical and functional tongue parameters were assessed before and one month after surgery. Postoperative complications including bleeding, pain, swelling, and fever were also recorded.

Results: After surgery, 100% of patients achieved normal frenulum attachment and tongue shape. Tongue protrusion improved to 100%, and the ability to reach the upper dental arch increased to 90%. Postoperative bleeding was well controlled, with 100% of patients having no bleeding after 6 hours. Pain and swelling were mostly mild and resolved rapidly, with complete recovery observed by day 7. No major complications were reported; mild postoperative fever occurred in 6.7% of cases.

Keywords: Ankyloglossia, frenectomy, electrocautery, children.

*Corresponding author

Email: lttly@hpmu.edu.vn **Phone:** (+84) 368934598 **DOI:** 10.52163/yhc.v67iCD7.5576

KẾT QUẢ PHẪU THUẬT CẮT PHANH LƯỠI TRÊN TRẺ TỪ 18 THÁNG ĐẾN 3 TUỔI TẠI BỆNH VIỆN NHI HẢI PHÒNG

Lê Thị Thùy Ly¹, Phạm Minh Thảo¹, Đặng Tuấn Anh^{1,2*}

Thêm tên tác giả: Phạm
Thanh Hải vào vị trí số 2
, Phan Thị Thanh Giang
vào vị trí số 4

Trường Đại học Y Dược Hải Phòng - Số 72A Nguyễn Bình Khiêm, phường Gia Viên, Hải Phòng, Việt Nam

Ngày nhận bài: 05/11/2025

Ngày chỉnh sửa: 06/01/2026; Ngày duyệt đăng: 04/06/2026

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả phẫu thuật cắt phanh lưỡi bằng dao điện ở trẻ từ 18–36 tháng tuổi tại Bệnh viện Nhi Hải Phòng.

Đối tượng và phương pháp: Nghiên cứu can thiệp lâm sàng không đối chứng trên 30 bệnh nhi được chẩn đoán dính lưỡi độ 3 và 4 theo phân loại Kotlow ở Bệnh viện Nhi Hải Phòng từ tháng 10/2025 đến tháng 3/2026. Tất cả bệnh nhân được phẫu thuật cắt phanh lưỡi bằng dao điện dưới gây mê. Các chỉ số giải phẫu và chức năng của lưỡi được đánh giá trước và sau phẫu thuật 1 tháng; đồng thời ghi nhận các biến chứng như chảy máu, đau, sưng nề và sốt sau mổ.

Kết quả: Sau phẫu thuật, 100% bệnh nhân đạt mức bình thường về vị trí bám phanh lưỡi và hình dạng lưỡi; khả năng đưa lưỡi ra ngoài đạt 100% và chạm gót răng cửa đạt 90%. Tình trạng chảy máu được kiểm soát tốt, với 100% bệnh nhân không còn chảy máu sau 6 giờ. Mức độ đau và sưng nề chủ yếu ở mức nhẹ và giảm nhanh, với 100% bệnh nhân không còn đau và sưng từ ngày thứ 7. Không ghi nhận biến chứng nặng, chỉ có 6,7% trường hợp sốt nhẹ sau mổ.

Từ khóa: Dính lưỡi, cắt phanh lưỡi, dao điện, trẻ em.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Dính lưỡi là một dị tật bẩm sinh của phanh lưỡi, trong đó dải mô liên kết giữa mặt dưới của lưỡi và sàn miệng ngắn, dày hoặc dính bất thường, làm hạn chế vận động bình thường của lưỡi. Trẻ bị dính lưỡi có thể gặp khó khăn trong các chức năng cơ bản như bú mẹ, nuốt, nhai, nói, và sau này có thể ảnh hưởng đến phát âm, thẩm mỹ, thậm chí cả sự phát triển của cung hàm và khớp cắn. Theo y văn, tỷ lệ dính lưỡi ở trẻ sơ sinh và trẻ nhỏ dao động từ 4% đến 10% [1]. Trên thế giới, theo nghiên cứu của Zahra Ghayoumi-Anaraki và cộng sự năm 2022 tiến hành khảo sát trên 487 trẻ, thì tỷ lệ dính lưỡi là 8,3% (72 trẻ bị dính lưỡi) [2].

Ở lứa tuổi từ 18 tháng đến 3 tuổi, trẻ đang bước vào giai đoạn phát triển mạnh về ngôn ngữ và kỹ năng vận động miệng – lưỡi. Đây cũng là giai đoạn “vàng” trong phát hiện và can thiệp các vấn đề liên quan đến rối loạn phát âm hoặc bất thường cấu trúc miệng. Đây là giai đoạn quan trọng trong sự phát triển ngôn ngữ, nếu không được can thiệp kịp thời, trẻ có thể hình thành thói quen phát âm sai kéo dài, ảnh hưởng đến giao tiếp và hòa nhập xã hội sau này. [3]

Hiện nay, điều trị dính lưỡi chủ yếu là phẫu thuật cắt phanh lưỡi. Có nhiều phương pháp được áp dụng như cắt bằng dao mổ truyền thống, dao điện và laser. Trong đó, phương pháp cắt bằng dao điện ngày càng được ứng dụng rộng rãi do có nhiều ưu điểm như khả năng cầm máu tốt, thời gian phẫu thuật ngắn, chi phí thấp và phù hợp với điều

kiện trang thiết bị tại các bệnh viện tuyến tỉnh [4]. Bệnh viện Nhi Hải Phòng là cơ sở tiếp nhận và điều trị số lượng lớn trẻ mắc dính lưỡi, tuy nhiên chưa có nghiên cứu hệ thống nào đánh giá hiệu quả của phương pháp cắt phanh lưỡi bằng dao điện tại đây. Xuất phát từ thực tế đó, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài “Kết quả phẫu thuật cắt phanh lưỡi bằng dao điện trên trẻ từ 18 tháng đến 3 tuổi tại Bệnh viện Nhi Hải Phòng” với mục tiêu đánh giá kết quả phẫu thuật cắt phanh lưỡi bằng dao điện ở đối tượng trên.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Tiêu chuẩn lựa chọn

Độ tuổi: 18 tháng – 3 tuổi

Dính lưỡi độ 3, 4 theo phân loại Kotlow.

Không có dị tật bẩm sinh vùng hàm mặt

Có đủ điều kiện gây mê, không có chống chỉ định liên quan tới bệnh toàn thân.

Các kết quả xét nghiệm nằm trong giới hạn bình thường.

Có khả năng theo dõi, tái khám.

Tiêu chuẩn loại trừ:

Trẻ có các bất thường về lưỡi, sàn miệng mắc phải do tai nạn, viêm nhiễm.

*Tác giả liên hệ

Email: ltly@hpmu.edu.vn Điện thoại: (+84) 368934598 DOI: 10.52163/yhc.v67iCD7.5576

2.2. Thời gian nghiên cứu: Từ tháng 10/2025 đến tháng 3/2026

2.3. Địa điểm nghiên cứu: Khoa Răng Hàm Mặt, Bệnh viện Nhi Hải Phòng.

2.4. Phương pháp nghiên cứu

2.4.1. Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu can thiệp lâm sàng không đối chứng, theo dõi trước – sau.

2.4.2. Cỡ mẫu: Mẫu toàn bộ (30 bệnh nhân)

Các bước tiến hành nghiên cứu: (1) Giới thiệu, xin ý kiến bệnh nhân, người giám hộ, (2) Hỏi bệnh, thăm khám lâm sàng, (3) Phẫu thuật cắt phanh lưỡi, (4) Đánh giá kết quả, (5) Viết báo cáo

Biến số nghiên cứu:

Bảng 1. Biến số nghiên cứu

Tên biến	Loại biến	Tiêu chí đánh giá	Phương pháp đánh giá
Vị trí bám phanh lưỡi vào lưỡi [5]	Định tính	Độ I: Cách đầu lưỡi trên 1cm Độ II: Cách đầu lưỡi trên 6mm, dưới 1cm Độ III: Cách đầu lưỡi dưới 5mm	Khám/Quan sát trước và sau phẫu thuật 1 tháng
Vị trí bám phanh lưỡi vào sàn miệng [5]	Định tính	Độ I: Bám vào sàn miệng Độ II: Bám vào nền xương ổ răng cửa dưới Độ III: Bám vào mào xương ổ răng cửa dưới	Khám/Quan sát trước và sau phẫu thuật 1 tháng
Hình dạng lưỡi khi cong lên [5]	Định tính	Độ 1: Hình tròn hoặc vuông Độ 2: Đầu lưỡi hơi chẻ Độ 3: Hình trái tim	Khám/Quan sát trước và sau phẫu thuật 1 tháng
Mức độ đưa lưỡi ra ngoài môi dưới [5]	Định tính	Có Không	Khám/Quan sát trước và sau phẫu thuật 1 tháng
Khả năng lưỡi chạm vào gót răng cửa [5]	Định tính	Có Không	Khám/Quan sát trước và sau phẫu thuật 1 tháng
Mức độ chảy máu	Định tính	Độ 0: Không chảy máu Độ 1: rỉ máu Độ 2: chảy máu nhẹ Độ 3: chảy máu nặng Độ 4: chảy máu rất nặng nguy hiểm tính mạng	Khám
Đau	Định tính	Độ 0 (0 điểm): Không đau Độ 1 (1-3 điểm): Đau nhẹ Độ 2 (4-6 điểm): Đau trung bình Độ 3 (7-10 điểm): Đau nặng Đánh giá tại 3 thời điểm sau 1, 3, 7, 21 ngày sau phẫu thuật	Thang FLACC scale
Sưng nề	Định tính	Độ 0: Không sưng nề Độ 1: Sưng nề ít Độ 2: Sưng nề nhiều Độ 3: Sưng nề rất nhiều Đánh giá tại 3 thời điểm sau 1, 3, 7, 21 ngày sau phẫu thuật	Khám
Sốt	Định tính	Không sốt Sốt dưới 38 độ Sốt trên 38 độ	Đo nhiệt độ

Xử lý số liệu: Số liệu được xử lý bằng phần mềm chương trình SPSS 16.0.

Đạo đức đánh giá: Nghiên cứu tuân thủ đầy đủ các nguyên tắc đạo đức trong nghiên cứu y sinh học. Tất cả các thông tin cá nhân của bệnh nhân đều được bảo mật, và cha mẹ hoặc người giám hộ của bệnh nhân đều được giải thích rõ ràng về mục đích, quy trình và các nguy cơ có thể xảy ra trước khi ký cam kết đồng ý tham gia nghiên cứu.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong tổng số 30 bệnh nhi tham gia nghiên cứu, tỷ lệ trẻ nam chiếm ưu thế với 70%, trong khi trẻ nữ chiếm 30%. Độ tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu là $23,4 \pm 5,2$ tháng, phù hợp với mục tiêu nghiên cứu tập trung vào nhóm trẻ nhỏ trong giai đoạn phát triển ngôn ngữ sớm. Trong đó, Theo phân độ dính lưỡi của Kotlow: 83,33% dính lưỡi độ 3 và 16,67 % dính lưỡi độ 4. Sau phẫu thuật được đánh giá bởi một người độc lập, không tham gia thực hiện phẫu thuật và không biết trước các thông tin can thiệp, nhằm giảm thiểu sai lệch đánh giá.

Bảng 2. Sự thay đổi biên động của lưỡi trước và sau phẫu thuật 1 tháng(n=30)

Tiêu chí đánh giá		Trước phẫu thuật n (%)	Sau phẫu thuật n (%)
Vị trí bám phanh lưỡi vào lưỡi	Độ 1	2 (6,67)	30 (100)
	Độ 2	16 (53,33)	0
	Độ 3	12 (40)	0
Vị trí bám phanh lưỡi vào sàn miệng	Độ 1	2 (6,67)	30 (100)
	Độ 2	27 (90)	0
	Độ 3	1 (3,33)	0
Hình dạng lưỡi khi cong lên	Độ 1	25 (83,33)	30 (100)
	Độ 2	5 (16,67)	0
	Độ 3	0	0
Mức độ đưa lưỡi ra ngoài môi dưới	Có	19 (63,33)	30 (100)
	Không	11 (36,67)	0
Khả năng lưỡi chạm vào gót răng cửa	Có	0	27 (90)
	Không	30 (100)	3 (10)

Kết quả nghiên cứu cho thấy phẫu thuật cắt phanh lưỡi mang lại hiệu quả rõ rệt trên cả phương diện giải phẫu và chức năng, với toàn bộ các chỉ số đánh giá đều cải thiện đáng kể sau can thiệp 1 tháng, thể hiện qua việc 100% bệnh nhân đạt mức bình thường về vị trí bám phanh lưỡi và hình dạng lưỡi, đồng thời khả năng vận động lưỡi như đưa ra ngoài và chạm gót răng cửa cũng được phục hồi rõ rệt, qua đó khẳng định tính hiệu quả và giá trị lâm sàng cao của phương pháp này.

Bảng 3. Thời điểm cầm máu và mức độ chảy máu sau phẫu thuật (n=30)

Thời điểm / Mức độ	Sau 30 phút n (%)	Sau 1 giờ n (%)	Sau 6 giờ n (%)
Độ 0 (Không chảy máu)	2 (6,67)	27 (90)	30 (100)
Độ 1 (Rỉ máu)	23 (76,67)	2 (2,5)	0 (0)

Mức độ \ Thời điểm	Sau 30 phút n (%)	Sau 1 giờ n (%)	Sau 6 giờ n (%)
Độ 2 (Chảy máu mức độ nhẹ)	5 (16,67)	3 (3,8)	0 (0)
Độ 3 (Chảy máu mức độ nặng)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Độ 4 (Chảy máu mức độ rất nặng)	0 (0)	0 (0)	0 (0)

Bảng 4: Phân bố mức độ đau và sưng nề sau phẫu thuật theo thời gian (n=30)

Thời điểm	Mức độ	Ngày 1 (n=30)	Ngày 3 (n=30)	Ngày 7 (n=30)	Ngày 21 (n=30)
Mức độ đau	Mức 0 - Không đau	8 (26,67)	13 (43,33)	27 (90)	30 (100)
	Mức 1 -Đau nhẹ	12 (40)	9 (30)	3 (10)	0 (0)
	Mức 2 - Đau trung bình	10 (33,33)	8 (26,67)	0 (0)	0 (0)
	Mức 3 - Đau nặng	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Mức độ sưng nề	Độ 0 (Không sưng nề)	16 (53,33)	26 (86,67)	30(100)	30(100)
	Độ 1 (Sưng nề ít)	11 (36,67)	4 (13,33)	0 (0)	0 (0)
	Độ 2 (Sưng nề nhiều)	2 (6,67)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
	Độ 3 (Sưng nề rất nhiều)	1 (3,33)	0 (0)	0 (0)	0 (0)

Kết quả cho thấy tình trạng chảy máu sau phẫu thuật được kiểm soát tốt và giảm nhanh theo thời gian, với tỷ lệ không chảy máu tăng từ 6,67% sau 30 phút lên 90% sau 1 giờ và đạt 100% sau 6 giờ, trong khi các mức độ chảy máu nhẹ và rỉ máu giảm dần và không còn ghi nhận sau 6 giờ, đồng thời không xuất hiện trường hợp chảy máu nặng. Bên cạnh đó, mức độ đau và sưng nề cũng cải thiện rõ rệt theo thời gian, với tỷ lệ không đau tăng từ 26,67% ngày đầu lên 100% vào ngày 21, trong khi đau trung bình và đau nhẹ giảm dần và biến mất sau ngày 7, tương tự, tình trạng sưng nề giảm nhanh với 100% bệnh nhân không còn sưng từ ngày thứ 7, qua đó cho thấy phẫu thuật có mức độ xâm lấn thấp, an toàn và khả năng hồi phục nhanh. Có 2 trường hợp (6,7%) xuất hiện sốt nhẹ sau mổ, tuy nhiên đều tự khỏi sau điều trị nội khoa

4. BÀN LUẬN

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy phẫu thuật cắt phanh lưỡi bằng dao điện mang lại hiệu quả rõ rệt cả về mặt giải phẫu và chức năng ở nhóm trẻ từ 18–36 tháng tuổi, là giai đoạn quan trọng trong sự phát triển vận động miệng – lưỡi và ngôn ngữ. Sau phẫu thuật, toàn bộ bệnh nhân đều đạt mức bình thường về vị trí bám phanh lưỡi và hình dạng lưỡi, đồng thời các chức năng như đưa lưỡi ra ngoài và chạm gót răng cửa được cải thiện đáng kể. Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của Nguyễn Thị Ngọc Lan (2024), khi các tác giả ghi nhận sự cải thiện rõ rệt về vận động lưỡi và chức năng phát âm sau can thiệp .[3]

Về khía cạnh an toàn, nghiên cứu của chúng tôi không ghi nhận các biến chứng nặng như chảy máu nhiều hoặc nhiễm trùng sau phẫu thuật. Đặc biệt, tình trạng chảy máu được

kiểm soát hiệu quả với tỷ lệ không chảy máu đạt 100% sau 6 giờ, trong khi các mức độ chảy máu nhẹ và rỉ máu giảm nhanh theo thời gian. Kết quả này tương đồng với nhận định của Osama A Bawazir (2021) rằng cắt phanh lưỡi là một thủ thuật ít xâm lấn và có độ an toàn cao khi được thực hiện đúng kỹ thuật [6]. Đồng thời, ưu thế của dao điện trong khả năng cầm máu cũng đã được Nikki Mill (2020) chứng minh khi so sánh với các phương pháp phẫu thuật truyền thống, cho thấy giảm đáng kể nguy cơ chảy máu sau mổ [7]. Bên cạnh đó, mức độ đau và sưng nề sau phẫu thuật trong nghiên cứu chủ yếu ở mức nhẹ và giảm nhanh theo thời gian, với phần lớn bệnh nhân không còn đau và hết sưng từ ngày thứ 7. Điều này cho thấy quá trình hồi phục diễn ra thuận lợi và ít ảnh hưởng đến sinh hoạt cũng như ăn uống của trẻ. Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của Osama A Bawazir (2021), trong đó các tác giả ghi nhận rằng bệnh nhân sau cắt phanh lưỡi thường hồi phục nhanh, ít biến chứng và ít cần can thiệp giảm đau kéo dài.[6]

Tuy nhiên, nghiên cứu của chúng tôi vẫn tồn tại một số hạn chế nhất định. Cỡ mẫu còn nhỏ và chưa có nhóm đối chứng khiến việc so sánh trực tiếp với các phương pháp khác như laser hoặc dao mổ truyền thống còn hạn chế. Ngoài ra, thời gian theo dõi mới dừng lại ở 1 tháng sau phẫu thuật nên chưa đánh giá được đầy đủ ảnh hưởng lâu dài đến phát triển ngôn ngữ, chức năng nhai và sự phát triển khớp cắn. Do đó, trong tương lai cần có các nghiên cứu với thiết kế ngẫu nhiên có đối chứng, cỡ mẫu lớn hơn và thời gian theo dõi dài hơn để khẳng định rõ hơn hiệu quả cũng như giá trị lâm sàng bền vững của phương pháp này.

5. KẾT LUẬN

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi bước đầu cho thấy phẫu thuật cắt phanh lưỡi bằng dao điện cải thiện các chỉ số giải phẫu và chức năng lưỡi sau 1 tháng theo dõi. Sau can thiệp, các chỉ số lâm sàng đều cải thiện rõ rệt, với tỷ lệ phục hồi chức năng đạt mức cao, đồng thời các biến chứng sau phẫu thuật như chảy máu, đau và sưng nề ở mức nhẹ và giảm nhanh theo thời gian. Phương pháp này có ưu điểm về khả năng cầm máu tốt, ít xâm lấn, thời gian hồi phục nhanh và phù hợp với điều kiện thực hành tại các cơ sở y tế. Tuy nhiên, cần có thêm các nghiên cứu với cỡ mẫu lớn hơn và thời gian theo dõi dài hơn để đánh giá toàn diện hiệu quả lâu dài của phương pháp.

6. TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] Võ Trương Như Ngọc (2015). Răng trẻ em - Giáo trình dành cho học viên sau đại học. Nhà xuất bản đại học Huế, 163.
- [2] Zahra Ghayoumi-Anaraki, Fatemeh Majami, Fatemeh Farahnakimoghadam, Seyede Mohadeseh Zohour KarbafBarbari, Neda Tahmasebifard, Javad Sarabadani (2022). Prevalence of tongue-tie and evaluation of speech sound disorder in young children. Clinical Archives of Communication Disorders / Vol. 7, No. 3:125-130. Available from: <https://doi.org/10.21849/cacd.2022.00787>
- [3] Nguyễn Thị Ngọc Lan, Hà Ngọc Chiêu, Lê Thị Thuỳ Linh, Dương Thị Diễm Hằng (2024). Kết quả phẫu thuật cắt phanh lưỡi bằng laser diode trên bệnh nhân dính lưỡi tại bệnh viện nhi trung ương. Tạp chí Y học Việt Nam, Tập 541: 258-261.

- [4] Lê Thanh Thái, Nguyễn Thanh Tuấn (2017). Đánh giá kết quả điều trị phẫu thuật cắt amidan bằng dao điện lưỡng cực. Tạp chí Y Dược học - Trường Đại học Y Dược Huế - Tập 7, số 4: 90-94.
- [5] Dagna Brzęcka, Małgorzata Garbacz, Marcin Mical, Barbara Zych Bogumił Lewandowski (2019). Diagnosis, classification and management of ankyloglossia including its influence on breastfeeding. *Developmental Period Medicine*, XXIII,1:79-85. DOI: 10.34763/devperiodmed.20192301.7985
- [6] Osama A Bawazir, Abdullah O Bawazir, Razan O Bawazir, Faisal Ahmed Bawazir, Nawaf F Halabi (2021). Experiences and outcomes of frenotomy in children with ankyloglossia in multiple tertiary centers in Saudi Arabia. *J Clin Neonatol/ Vol 10, No 2*:103-107. Available from: <https://www.jcnonweb.com/text.asp?2021/10/2/103/316175>
- [7] Nikki Mills, Donna T. Geddes, Satya Amirapu, and S. Ali Mirjalili (2020). Understanding the Lingual Frenulum: Histological Structure, Tissue Composition, and Implications for Tongue Tie Surgery. *International Journal of Otolaryngology*. Volume 2020, Article ID 1820978, 12 pages. Available from: <https://doi.org/10.1155/2020/1820978>