

**ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ
KHE HỞ MÔI MỘT BÊN BẰNG PHƯƠNG PHÁP TENNISON
TẠI BỆNH VIỆN MẮT – RĂNG HÀM MẶT CẦN THƠ, 2018 – 2020**

Bùi Vũ Ngọc Lan^{1}, Trần Thị Phương Đan¹, Nguyễn Thanh Hòa²*

1. Trường Đại học Y dược Cần Thơ

2. Bệnh viện Mắt – Răng Hàm Mặt Cần Thơ

**Email: ngoclanck6@gmail.com*

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Khe hở môi và vòm miệng là dị tật bẩm sinh thường gặp nhất trong các dị tật vùng hàm mặt, trong đó các biến dạng bẩm sinh của khe hở môi ảnh hưởng trực tiếp sức khỏe, thẩm mỹ, phát âm và sự phát triển về thể chất cũng như tâm lý của trẻ. **Mục tiêu:** Mô tả đặc điểm lâm sàng và đánh giá kết quả điều trị phẫu thuật khe hở môi một bên bằng phương pháp Tennison tại Bệnh viện Mắt – Răng Hàm Mặt Cần Thơ, năm 2018 – 2020. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu hàng loạt ca lâm sàng trên 32 bệnh nhân có 19 nam, 13 nữ khe hở môi một bên, đánh giá kết quả điều trị sau 1 tuần và 6 tháng phẫu thuật. **Kết quả:** Nhóm tuổi phẫu thuật từ 6 tháng – 1 tuổi chiếm tỷ lệ cao 50%, tỷ lệ nam 59,4% cao hơn nữ 40,6%, khe hở bên trái chiếm nhiều hơn (56,3%), sau 1 tuần phẫu thuật đa số trường hợp sự lành thương và sẹo được đánh giá tốt là 87,5% và 100% vạt da đều tốt. Kết quả phẫu thuật chung sau 1 tuần và 6 tháng lần lượt là 96,9%. **Kết luận:** Phương pháp Tennison là phẫu thuật khe hở môi một bên đem lại kết quả tốt.

Từ khóa: Khe hở môi một bên, phẫu thuật khe hở môi, phương pháp Tennison.

ABSTRACT

EVALUATION OF THE TREATMENT RESULTS OF CLEFT LIP WITH TENNISON TECHNIQUE AT CAN THO EYE AND ODONTO – STOMATOLOGY HOSPITAL, 2018 – 2019

Bui Vu Ngoc Lan^{1}, Tran Thi Phuong Dan¹, Nguyen Thanh Hoa²*

1. Can Tho University of Medicine and Pharmacy

2. Can Tho Eye and Odonto- Stomalogy Hospital

Background: Orofacial cleft is the most common craniofacial malformation in the newborns. Patients who have cleft lip are affected on multi aspects including speech communication abilities, hearing, appearance and cognition, which could lead to long-lasting adverse outcomes on their mental and physical health. **Objectives:** To investigate the clinical characteristics and evaluate the results of cleft lip treatment with Tennison technique at Can Tho Hospital Eyes and Odonto-Stomalogy in 2018-2020. **Materials and methods:** Clinical cases followed up longitudinal on 32 patients with 19 males and 13 females who were diagnosed with cleft lips and recalled after 1 week and 6 months. **Results:** The age of subjects at time lip repair ranged from 6 months – 1 year (50%), the percentage of males (59.4%) higher than females (40.6%), the left cleft occupies more (56.2%), after 1 week of surgery, good rate of the healing and scars were 87.5% and skin flap was 100%. Overall surgical results after 1 week and 6 months were 96.9%, respectively. **Conclusions:** The Tennison technique brought good results for unilateral cleft lip.

Keywords: Cleft lip surgery, Tennison. Unilateral cleft lip

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Khe hở môi và vòm miệng là dị tật bẩm sinh thường gặp nhất trong các dị tật vùng hàm mặt. Khe hở môi làm thay đổi về cấu trúc giải phẫu, hình thể thẩm mỹ của môi và khuôn mặt đồng thời gây ra những rối loạn về chức năng ăn uống, phát âm của trẻ. Khe hở môi còn tác động rất lớn về tâm lý đối với gia đình và bản thân trẻ trong quá trình phát triển. Phương pháp điều trị khe hở môi duy nhất là phẫu thuật tạo hình, với mục đích tái tạo hình thể giải phẫu của môi, mũi nhằm phục hồi hình thể thẩm mỹ và chức năng [2]. Hiện nay có nhiều phương pháp tạo hình khe hở môi, nhưng thường được sử dụng là phương pháp Tennison và Millard. Mỗi phương pháp đều có những ưu điểm và còn có những hạn chế nhất định. Phương pháp Tennison là kỹ đơn giản, với ưu điểm ít xâm phạm nhân trung, phục hồi được chiều cao môi, môi đỏ đầy đặn, cân đối, sẹo co kéo ít làm hếch cung Cupison, phù hợp với khe hở môi một bên không toàn bộ và khe hở môi toàn bộ ngắn môi một bên [4]. Vì vậy, chúng tôi thực hiện đề tài đánh giá kết quả điều trị khe hở môi một bên bằng phương pháp Tennison tại bệnh viện Mắt – Răng Hàm Mặt Cần Thơ, năm 2018 – 2020. Mục tiêu nghiên cứu:

1. Mô tả đặc điểm lâm sàng khe hở môi một bên tại bệnh viện Mắt – Răng Hàm Mặt Cần Thơ, năm 2018 – 2020.

2. Đánh giá kết quả điều trị khe hở môi một bên bằng phương pháp Tennison tại bệnh viện Mắt – Răng Hàm Mặt Cần Thơ, năm 2018-2020.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

32 bệnh nhân khe hở môi một bên có chỉ định phẫu thuật lần đầu bằng phương pháp Tennison đến khám và điều trị tại bệnh viện Mắt – Răng Hàm Mặt Cần Thơ từ tháng 4/2018 đến tháng 6/2020.

Tiêu chuẩn chọn mẫu:

Bệnh nhân bị dị tật bẩm sinh khe hở môi một bên có hay không có khe hở vòm miệng có đủ các tiêu chuẩn sau:

- Bệnh nhân từ 6 tháng tuổi trở lên, lớn hơn 6,5kg
- Bệnh nhân đủ tiêu chuẩn gây mê nội khí quản theo phân loại ASA
- Bệnh nhân hoặc cha, mẹ, người bảo hộ bệnh nhân đồng ý tham gia nghiên cứu

Tiêu chuẩn loại trừ:

- Bệnh nhân đã được phẫu thuật khe hở môi lần đầu nay đến để sửa chữa
- Mắc các bệnh nội khoa khác kèm theo không đủ điều kiện phẫu thuật.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

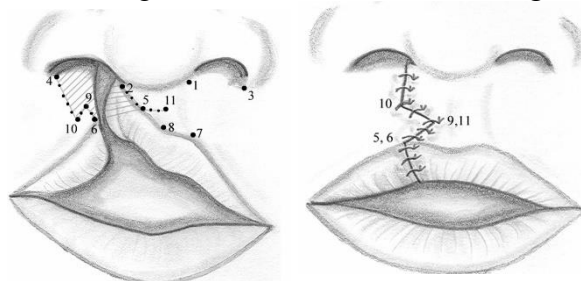
Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu hàng loạt ca lâm sàng

Cỡ mẫu: 32 bệnh nhân

Phương pháp chọn mẫu: chọn mẫu thuận tiện.

Nội dung nghiên cứu:

- Đặc điểm chung: Tuổi được phân làm 4 nhóm, giới tính.
- Đặc điểm lâm sàng trên bệnh nhân khe hở môi một bên: vị trí, mức độ biến dạng cánh mũi, trụ mũi, đánh giá khe hở cầu da, chênh lệch chiều cao nhân trung.
- Đánh giá kết quả điều trị khe hở môi một bên bằng phương pháp Tennison:
 - + Kết quả điều trị sau 1 tuần phẫu thuật gồm biến chứng sau phẫu thuật, tình trạng vạt da, liền sẹo kì đầu và các tiêu chuẩn môi, mũi theo tiêu chí của William cải tiến (1986) gồm chiều cao môi, chiều dài môi, cung cupidon, làn môi đỏ, chiều rộng nền mũi, kích thước lỗ mũi, đầu mũi, viền cánh mũi, chiều cao chân cánh mũi có ba mức độ: tốt, khá và kém [9]. Kết quả chung sau 1 tuần với 3 mức độ: Tốt, đạt, không đạt.
 - + Đánh giá kết quả điều trị sau 6 tháng với tiêu chí của William cải tiến (1986) gồm sẹo môi, chiều cao môi, chiều dài môi, cung cupidon, làn môi đỏ, chiều rộng nền mũi, kích thước lỗ mũi, đầu mũi, viền cánh mũi, chiều cao chân cánh mũi có ba mức độ: Tốt, khá, kém [9]. Kết quả chung sau 6 tháng với 3 mức độ: Tốt, đạt, không đạt.



Hình 1: Phương pháp phẫu thuật khe hở môi Tennison cải tiến [11].

Bảng 1. Tiêu chí đánh giá môi, mũi theo William

	Tốt	Khá	Kém
Môi	Chiều dài môi, chiều cao môi, cung cupidon, làn môi đỏ cân xứng với bên lành. Sẹo mờ, mềm mại, khó nhận ra khi đứng cách xa 2m.	Chiều cao da môi, chiều dài môi, cung cupidon, làn môi đỏ lệch $\leq 2\text{mm}$ so với bên lành. Sẹo mờ, mềm mại, khó nhận ra khi đứng cách xa 3m.	Chiều cao da môi, chiều dài môi, cung cupidon, làn môi đỏ lệch $> 2\text{mm}$ so với bên lành. Sẹo lồi, lõm, dễ nhận thấy.

	Tốt	Khá	Kém
Mũi	Chiều rộng nền mũi, viền cánh mũi, chiều cao chân cánh mũi, lỗ mũi, đầu mũi cân xứng với bên lành.	Chiều rộng nền mũi, viền cánh mũi, chiều cao chân cánh mũi, lỗ mũi chênh lệch $\leq 2\text{mm}$ so với bên lành. Đầu mũi lệch $\leq 1\text{mm}$	Chiều rộng nền mũi, viền cánh mũi, chiều cao chân cánh mũi, lỗ mũi lệch $> 2\text{mm}$ bên lành. Đầu mũi lệch $> 1\text{mm}$

Một phẫu thuật viên chính trong toàn bộ mẫu, kết quả phẫu thuật được đánh giá bởi một bác sĩ nghiên cứu với độ kiên định theo chỉ số Kappa > 0.85 .

Phương pháp thu thập số liệu: Thu thập thông tin bệnh nhân qua hỏi bệnh, thăm khám lâm sàng và thực hiện điều trị phẫu thuật bằng phương pháp Tennison. Xác định các điểm mốc giải phẫu cần đo. Sử dụng compa và thước để đo đạc.

Phân tích số liệu: Nhập và phân tích bằng phần mềm SPSS 20.0, tần số, tỷ lệ (%).

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1 Đặc điểm chung của mẫu nghiên cứu

Trong 32 bệnh nhân, tỷ lệ nam và nữ lần lượt là 59,4% và 40,6%.

Tuổi bệnh nhân được phân làm 4 nhóm tuổi, trong đó nhóm tuổi chiếm tỉ lệ cao nhất là 6 tháng – 1 tuổi (50%), bệnh nhân lớn tuổi nhất là 49 tuổi và bệnh nhân nhỏ tuổi nhất là 6 tháng tuổi.

3.2. Đặc điểm lâm sàng bệnh nhân được phẫu thuật

Vị trí khe hở: Khe hở môi bên trái chiếm 56,2% nhiều hơn khe hở bên phải 43,8%.

Bảng 2. Phân bố tình trạng khe hở môi kèm theo khe hở vòm miệng và khe hở cung răng

Phân loại	Khe hở môi không toàn bộ n (%)	Khe hở môi toàn bộ n (%)	Tổng n (%)
Khe hở môi đơn thuần	11 (34,4)	2 (6,2)	13 (40,6)
Khe hở môi kết hợp cung răng	3 (9,4)	3 (9,4)	6 (18,8)
Khe hở môi kết hợp vòm miệng	3 (9,4)	2 (6,2)	5 (15,6)
Khe hở môi kết hợp cung răng và vòm miệng	2 (6,2)	6 (18,8)	8 (25,0)
Tổng	19 (59,4)	13 (40,6)	32 (100)

Khe hở môi không toàn bộ chiếm tỉ lệ 59,4% cao hơn khe hở môi toàn bộ, khe hở đơn thuần chiếm 40,6% thấp hơn khe hở môi kết hợp 59,4% và dạng kết hợp với khe hở vòm miệng và khe hở cung răng lần lượt 18,8% và 15,6%.

Bảng 3. Đặc điểm chiều cao nhân trung, biến dạng cánh mũi, biến dạng trụ mũi và đánh giá khe hở môi có cầu da

	Đặc điểm	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Chênh lệch chiều cao nhân trung	Chênh lệch $\geq 4\text{mm}$	16	50,0
	Chênh lệch $< 4\text{mm}$	16	50,0
Biến dạng cánh mũi	Biến dạng nhiều	9	28,1
	Biến dạng ít	23	71,9
Biến dạng trụ mũi	Lệch nhiều $\geq 1\text{mm}$	12	37,5
	Lệch ít $< 1\text{mm}$	20	62,5
Đánh giá khe hở môi có cầu da	Khe hở có cầu da	22	68,8
	Khe hở không có cầu da	10	31,2

Đa số trường hợp khe hở môi ít có biến dạng cánh mũi và trụ mũi chiếm lần lượt là (71,9%) và 62,5%, khe hở có cầu da chiếm 68,8% và nhân trung chệnh lệch $\geq 4\text{mm}$ và chệnh lệch $< 4\text{mm}$ có tỷ lệ bằng nhau bằng 50%

3.3. Đánh giá kết quả điều trị sau phẫu thuật

Bảng 4. Đánh giá kết quả điều trị phẫu thuật sau 1 tuần

	Tốt		Khá		Kém	
	n	%	n	%	n	%
Biến chứng sau phẫu thuật	28	87,5	4	12,5	0	0,0
Tình trạng vạt da	32	100	0	0,0	0	0,0
Liên sẹo kì đầu	28	87,5	4	12,5	0	0,0

Sau phẫu thuật đa số trường hợp sự lành thương và sẹo được đánh giá tốt là 87,5% và 100% vạt da đều tốt. Không có trường hợp nào được đánh giá là kém.

Bảng 5. Đánh giá các tiêu chí môi theo William

Tiêu chí	Mức độ	1 tuần		6 tháng	
		n	%	n	%
Chiều cao da môi	Tốt	27	84,4	23	71,9
	Khá	5	15,6	9	28,1
	Kém	0	0	0	0,0
Chiều dài môi	Tốt	23	71,9	19	49,4
	Khá	9	28,1	13	40,6
	Kém	0	0	0	0,0
Đường viền da niêm mạc (cung Cupidon)	Tốt	26	81,3	23	71,9
	Khá	6	18,8	9	28,1
	Kém	0	0	0	0,0
Làn môi đỏ	Tốt	15	46,9	20	62,5
	Khá	17	53,1	11	34,4
	Kém	0	0	1	3,1
Sẹo môi	Tốt			20	62,5
	Khá			11	34,4
	Kém			1	3,1

Sau 1 tuần chiều cao da môi tốt chiếm 84,4%, chiều dài môi tốt chiếm 71,9% và làm môi đỏ khá đều chiếm 53,1%, cung Cupidon tốt chiếm 81,3% và không có đánh giá kém. Sau 6 tháng xuất hiện tình trạng sẹo môi kém và độ dày môi đỏ kém chiếm 3,1%.

Bảng 6. Đánh giá các tiêu chí mũi theo William

Tiêu chí	Mức độ	1 tuần		6 tháng	
		n	%	n	%
Chiều rộng nền mũi	Tốt	25	78,1	20	62,5
	Khá	7	21,9	11	34,4
	Kém	0	0,0	1	3,1
Kích thước lỗ mũi	Tốt	12	37,5	8	25
	Khá	20	62,5	22	68,8
	Kém	0	0,0	2	6,2
Đầu mũi	Tốt	27	84,4	21	65,6
	Khá	5	15,6	9	28,1
	Kém	0	0,0	2	6,2
Viên cánh mũi	Tốt	13	40,6	8	25,0

Tiêu chí	Mức độ	1 tuần		6 tháng	
		n	%	n	%
	Khá	19	59,4	22	68,8
	Kém	0	0,0	2	6,2
Chiều cao chân cánh mũi	Tốt	25	78,1	23	71,9
	Khá	7	21,9	9	28,1
	Kém	0	0,0	0	0,0

Sau 1 tuần đầu mũi đánh giá tốt là 84,4%, chiều rộng nền mũi và chiều cao chân cánh mũi đánh giá tốt là 78,1%. Kích thước lỗ mũi và viền cánh mũi đều được đánh giá khá là 62,5% và 59,4%, không có trường hợp nào được đánh giá kém. Sau 6 tháng có 3,1% trường hợp đánh giá kém về chiều rộng cánh mũi và 6,2% kém về viền cánh mũi, kích thước lỗ mũi và đầu mũi

Bảng 7. Đánh giá chung về kết quả phẫu thuật

Kết quả	1 tuần		6 tháng	
	n	%	n	%
Tốt	25	78,1	18	56,3
Đạt	6	18,8	13	40,6
Không Đạt	1	3,1	1	3,1

Tỉ lệ thành công sau phẫu thuật 1 tuần và sau 6 tháng là 96,9%

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung của mẫu nghiên cứu

Trong nghiên cứu, tỷ lệ nam là 59,4% cao hơn tỷ lệ nữ là 40,6%. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Adetayo AM (2019) [5].

Đối tượng nghiên cứu của chúng tôi được chia thành 4 nhóm tuổi. Trong đó bệnh nhân nhỏ tuổi nhất là 6 tháng tuổi và cao nhất là 49 tuổi. Phần lớn trẻ được bố mẹ cho đến bệnh viện để phẫu thuật thuộc nhóm tuổi 6 tháng – 1 tuổi cao hơn so với các nhóm tuổi của các nghiên cứu khác thường ≤ 6 tháng tuổi, Bùi Đức Thành (2017), Adetayo AM (2019) [3], [5]. Nguyên nhân nghĩ nhiều là do mạng lưới y tế cộng đồng chưa phát triển tốt, người dân chưa nắm bắt được thông tin, chi phí phẫu thuật cao và sự nhận thức về sức khỏe ở người dân kém.

4.2. Đặc điểm lâm sàng bệnh nhân được phẫu thuật

Trong nghiên cứu này, vị trí khe hở môi bên trái chiếm tỷ lệ 56,2% cao hơn so với bên phải 43,8%, kết quả này phù hợp với nghiên cứu của các tác giả trong và ngoài nước. Theo Mai Đình Hưng [2], trung bình khe hở môi bên trái nhiều gấp hai lần bên phải. Tuy nhiên nguyên nhân của hiện tượng này vẫn chưa có một tác giả nào giải thích được một cách thỏa đáng.

Theo thống kê, tỷ lệ khe hở môi một bên kèm khe hở vòm miệng và cung răng khá cao là 59,4 %, tỷ lệ khe hở còn cầu da là 68,8% và không còn cầu da 31,2%, theo Omar Gabriel (2005) [8] tỷ lệ còn cầu da ở bệnh nhân khe hở môi là 31,2% tác giả nhận thấy rằng những trường hợp còn cầu da giúp ngăn chặn những biến dạng cánh mũi do hạn chế sự phát triển của khe hở cung hàm.

Mức độ chênh lệch chiều cao gò nhân trung bên lành và bên bệnh ≥ 4 mm và < 4 mm là 50%. Trong khe hở môi một bên đa số tất cả bệnh nhân đều có lệch trụ mũi, mức độ biến dạng cánh mũi ít là 23 bệnh nhân (71,9%) và biến dạng cánh mũi nhiều là 9 bệnh nhân (28,1%) ở bệnh nhân có khe hở môi toàn bộ làm cánh mũi bị dẫn rộng, xoắn vặn, bệ thấp.

Như vậy với những bệnh nhân có khe hở môi bao giờ cũng gây biến dạng cánh mũi, trụ mũi đặc biệt là đối với khe hở môi một bên toàn bộ. Kết quả của chúng tôi tương tự với các nghiên cứu của Bùi Đức Thành (2017) [3].

4.3. Đánh giá kết quả điều trị sau phẫu thuật

Trong 32 bệnh nhân nghiên cứu: có 28 bệnh nhân không có các biến chứng như tụ máu, bục chỉ, chảy máu, nhiễm trùng. Có 2 bệnh nhân có bục một vài mối chỉ ngay làn môi đỏ ranh giới với môi ướt có thể do mối khâu gần mép vết mổ và tại chỗ có nhiễm trùng nhẹ. Hai trường hợp có biến chứng nhiễm trùng nhẹ ở một vài mối chỉ, nhiễm trùng mối chỉ gần chân trụ mũi có thể do chăm sóc vết thương không tốt chưa giữ sạch vết mổ, trẻ quấy khóc làm vết mổ môi trong tình trạng ướt. Tình trạng vạt đạt tốt 100%. Liên sẹo kì đầu tốt, 2 trường hợp bục mối chỉ ở làn môi đỏ không khâu kì 2 mà để tự liền và kết quả liền sẹo tốt, 2 trường hợp nhiễm trùng nhẹ ở 1 vài mối chỉ chúng tôi cắt tháo chỉ nhiễm trùng, vệ sinh và chăm sóc vết mổ. Để tránh các biến chứng, giúp lành thương tốt và các vạt da được nuôi dưỡng tốt cần bóc tách trong lúc phẫu thuật cẩn thận, tránh vạt quá căng và chăm sóc hậu phẫu tốt [10].

Bù đắp được chiều cao da môi là một trong những chỉ tiêu quan trọng mà tất cả các phương pháp phẫu thuật tạo hình môi đều hướng tới. Chiều cao môi 1 tuần kết quả tốt và khá lần lượt là 84,4% và 15,6%. Sau 6 tháng lần lượt là 71,9% và 28,1% không có kết quả nào kém. Tỷ lệ tốt chiều cao da môi giảm xuống, tăng tỷ lệ chiều cao môi chênh lệch $\leq 2\text{mm}$ nhưng không có kết quả nào kém. Theo Nguyễn Hùng Vĩ (1997) chiều cao da môi thường cân xứng hơn trong phương pháp mổ Tennison [4]. Việc chăm sóc tốt các vạt da sau mổ giúp sẹo dần, ít gây co kéo và sẽ không làm ảnh hưởng đến sự tự nhiên của nhân trung [10].

Chiều dài môi thời điểm 6 tháng có giảm tỷ lệ tốt của chiều dài môi từ 71,9% xuống còn 49,4%, tỷ lệ khá tăng tuy nhiên không có trường hợp nào kém. Trong lúc phẫu thuật chúng tôi cố gắng đo, đánh dấu chính xác các điểm mổ nhằm hạn chế chênh lệch chiều cao môi bên bệnh và bên lành nên tỷ lệ phẫu thuật sau 1 tuần khá cao, tuy nhiên sau 6 tháng tỷ lệ tốt giảm đây cũng là nhược điểm của phương pháp này là làm dài môi nhưng không có trường hợp nào môi dài $>2\text{mm}$. Để khắc phục tình trạng này vạt tam giác nên được đặt cao hơn môi đỏ 1mm và đường cắt bên môi bệnh ngắn hơn 1mm so với bên lành để tránh làm dài môi [11].

Kết quả phục hồi đường viền da niêm mạc tốt sau 1 tuần tỷ lệ tốt là 81,3% và sau 6 tháng là 71,9%. Theo Assunco (1992) tổng kết thấy sẹo co kéo làm ngắn môi và làm héch cung cupidon lên gây mất cân đối với bên lành ở những bệnh nhân khe hở môi một bên toàn bộ. Làn môi đỏ có tỷ lệ tốt tăng, 1 trường hợp kém. Do đường thẳng nối góc miệng trong phương pháp Tennison gây sẹo co kéo làm cho làn môi đỏ bên bệnh bị hở. Môi bên bệnh mỏng hơn so với bên lành [6].

Sẹo môi kết quả tốt đạt khá cao 62,5% trong khi tỷ lệ kém thấp 3,1%. Do phương pháp Tennison có vạt tam giác giúp giảm căng ít gây co kéo, giúp các vạt không bị căng được nuôi dưỡng tốt. Trong quá trình phẫu thuật, chúng tôi thao tác nhẹ nhàng bóc tách tránh làm dập nát các tổ chức, cầm máu kỹ tránh các biến chứng sau phẫu thuật có thể ảnh hưởng đến chất lượng sẹo theo Brosky J (2012) [7]. Về nguyên nhân gây sẹo xấu, Assunco (1992) cho rằng nếu không phục hồi cơ vòng môi thỏa đáng sẽ tạo ra sức kéo ngang qua làm sẹo rộng ra và lõm. Sẹo cắt ngang nhân trung dễ nhận thấy khi đứng gần [6].

Kích thước lỗ mũi và viền cánh mũi có tỷ lệ tốt không cao và không thay đổi nhiều sau 6 tháng, có 2 trường hợp có kết quả kém. Nguyên nhân có thể do trường hợp khe hở lúc

đầu quá rộng thiếu hụt da, sau 6 tháng cánh mũi bị kéo dẫn và bè hơn gây mất cân đối với viền cánh mũi bên lành. Kích thước lỗ mũi, viền cách mũi rất khó đạt được kết quả tốt, để đạt được kết quả tốt cần phục hồi nền mũi cân xứng với bên không có khe hở, bóc tách điểm bám sai sụn cánh mũi, trụ mũi, và cơ vòng môi [12]. Tuy nhiên phương pháp Tennison không có tác động nhiều vào vùng mũi cần kết hợp thêm các phương pháp tạo hình mũi thì đầu và sử dụng khí cụ định dạng sụn cánh mũi.

Đầu mũi đạt kết quả tốt khá cao 84,4% sau 1 tuần và 65,6% sau 6 tháng, tuy nhiên có 2 trường hợp. Chiều cao chân cánh mũi kết quả tốt cao do đa số các bệnh nhân có khe hở môi không toàn bộ, khe hở nhỏ nên ít gây sự mất cân xứng giữa bên bệnh và bên lành.

Chiều rộng nền mũi 1 tuần đạt kết quả tốt cao 78,1% và không có tỷ lệ kém, tuy nhiên sau 6 tháng tỷ lệ tốt giảm 62,5% và có 1 kết quả kém. Nguyên nhân có thể là do sự biến dạng thứ phát ở chân cánh mũi có cơ bám lạc chỗ ở chân cánh mũi gây co kéo chân cánh mũi dẫn rộng ra ngoài và xuống thấp. Để khắc phục cần phục hồi tốt nền mũi cân xứng với bên không có khe hở, bóc tách điểm bám sai sụn cánh mũi, trụ mũi và cơ vòng môi [14], [12]. Theo nghiên cứu của Nguyễn Hùng Vĩ (1997) do phương pháp Tennison kết hợp với phương pháp Oboukhova cải tiến đã chú ý tạo nền cánh mũi 2 bên bằng chèn vạt tam giác Limberg cải tiến và khâu phục hồi cơ vòng môi ở đỉnh khe hở và làm vững vàng nền mũi [4].

Đánh giá kết quả chung thành công của phương pháp phẫu thuật Tennison sau 1 tuần và sau 6 tháng là 96,9% kết quả này tương đương với nghiên cứu của Taiwo O. A (2013) về kết quả phẫu thuật khe hở môi – vòm miệng tại bệnh viện Nigeria là 96,3% [13]. Theo Nguyễn Thế Dũng (2004) kết quả phẫu thuật khe hở môi một bên của phương pháp Tennison đạt kết quả tốt cao (44/45 bệnh nhân) phù hợp chỉ định phẫu thuật với các khe hở một bên thông thường [1]. Kết quả điều trị của phương pháp này đạt kết quả cao vì đơn giản và đạt được chiều cao môi cân xứng, bảo tồn được V môi và sự đẩy dãn của môi, đầu mũi cân xứng. Tuy nhiên vẫn còn nhược điểm sẹo cắt ngang nhân trung dễ nhận thấy, kích thước lỗ mũi và viền cánh mũi chưa cân đối với bên lành cần kết hợp với phương pháp tạo hình mũi thì đầu.

V. KẾT LUẬN

Nhóm tuổi 6 tháng tới 1 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất là 50%. Tỷ lệ nam nhiều hơn nữ là 59,4%, khe hở bên trái nhiều hơn bên phải là 56,2%. Tỷ lệ nhóm chênh lệch chiều cao nhân trung $\geq 4\text{mm}$ và $<4\text{mm}$ là 50%, còn cầu da chiếm 68,8%. Tỷ lệ biến dạng cánh mũi ít là 62,5%, lệch trụ mũi trong tất cả các trường hợp khe hở môi. Sau 1 tuần phẫu thuật đa số trường hợp sự lành thương và sẹo được đánh giá tốt là 87,5% và 100% vạt da đều tốt. Kết quả phẫu thuật thành công sau 1 tuần và sau 6 tháng là 96,9%. Phương pháp Tennison là một lựa chọn tốt để phẫu thuật khe hở môi một bên.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Thế Dũng (2004), Tình hình phẫu thuật tạo hình khe hở môi tại bệnh viện tỉnh Khánh Hòa trong 10 năm (1991-2000), *Tuyển tập công trình nghiên cứu khoa học răng hàm mặt năm 2004*, tr 238-242.
2. Mai Đình Hưng (1972), Tổng kết 14 năm điều trị khe hở môi bẩm sinh tại khoa Răng Hàm Mặt Bệnh viện Việt Đức, *Nội san Răng hàm mặt*, 2, tr 35-51.
3. Bùi Đức Thành (2017), *Đánh giá kết quả tạo hình chữ Z trong phương pháp Millard điều trị khe hở môi toàn bộ một bên tại bệnh viện Răng hàm mặt trung ương Hà Nội năm 2016 – 2017*, Luận văn bác sĩ chuyên khoa II, Đại học y Hà Nội.

4. Nguyễn Hùng Vĩ (1997), *So sánh kết quả mổ khe hở môi trên một bên bẩm sinh giữa phương pháp Millard và Tennison – Oboukhova cải tiến tại bệnh viện trung ương quân đội 108 từ 1970 – 1996*, Luận án thạc sĩ y học, Trường Đại học Y Khoa Hà Nội.
5. Adekunle Moses Adetayo (2019), Unilateral cleft lip: evaluation and comparison of treatment outcome with two surgical techniques based on qualitative (subject/guardian and professional) assessment, *J Korean Assoc Oral Maxillofac Surg*, 45(3), pp 141-51.
6. Assuncao A. G (1992), The V.L.S. classification for secondary deformities in the unilateral cleft lip: clinical application, *Br J Plast Surg*, 45(2), pp 293-6.
7. Borsky J (2012), Successful early neonatal repair of cleft lip within first 8 days of life, *International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology*, 16(2), pp 1616-26.
8. Omar G.S (2006), Prevalence of a Simonart's Band in Patients With Complete Cleft Lip and Alveolus and Complete Cleft Lip and Palate, *Cleft Palate-Craniofacial Journal*, 43, pp 442-5.
9. Onder Tan (2007), Triangular with Alanasi repair of unilateral cleft lips: a personal technique and early outcomes, *J Craniofac Surg*, 18(1), pp 186.
10. Rajanikanth B.R (2012), Assessment of deformities of the Lip and Nose in Cleft Lip Alveolus and Palate Patients by a Rating Scale, *J Maxillofac Oral Surg*, 11(3), pp 38-46.
11. Raymond Tse (2012), Unilateral Cleft Lip: Principles and Practice of Surgical Management, *Semin Plast Surg*, 26(4), pp 145-156.
12. Srinivas G.R (2013), Assessment of nostril symmetry after primary cleft rhinoplasty in patients with complete unilateral cleft lip and palate, *Journal of Cranio-Maxillo-Facial Surgery*, 41(1), pp 147-152.
13. Taiwo O. A (2013), Surgical outcome and complications following cleft lip and palate repair in a teaching hospital in Nigeria, *Afr J Paediatr Surg*, 10(4), pp 345-357.
14. Yoav Kaufman (2012), Cleft Nasal Deformity and Rhinoplasty, *Semin Plast Surg*, 26(4), pp 184-190.

(Ngày nhận bài: 10/08/2020 - Ngày duyệt đăng: 09/09/2020)
