

# KẾT QUẢ PHẪU THUẬT ĐÓNG LỖ THÔNG MŨI MIỆNG LỚN BẰNG VẬT LƯỠI CUỐNG TRƯỚC

Nguyễn Thị Ngọc Lan, Dương Thị Diễm Hằng  
Bệnh viện Nhi Trung ương

## TÓM TẮT

Thông mũi miệng là một bệnh lý thách thức với các chuyên gia phẫu thuật dị tật bẩm sinh vùng hàm mặt. Thông mũi miệng thường là biến chứng sau phẫu thuật đóng khe hở vòm miệng thì đầu. Thông mũi miệng cũng có thể là biến chứng sau khi trẻ mắc các bệnh toàn thân như nhiễm nấm thời kỳ sơ sinh, hội chứng thực bào máu. Trên thế giới hiện có một số phương pháp phẫu thuật đóng lỗ thông mũi miệng lớn như vạt má 2 lớp, vạt vi phẫu, vạt lưỡi. Vạt lưỡi là phương pháp được chứng minh rất hiệu quả và ít biến chứng, tỷ lệ thành công cao. Trong nghiên cứu này, tác giả báo cáo 3 ca bệnh phẫu thuật đóng lỗ thông mũi miệng lớn bằng vạt lưỡi cuống trước.[1]

**Từ khóa:** Phẫu thuật tạo hình vòm miệng, Thông mũi miệng, Vạt lưỡi

## CLOSURE OF LARGE PALATAL FISTULA USING ANTERIOR-BASED DORSAL TONGUE FLAP

Nguyen Thi Ngoc Lan, Duong Thi Diem Hang  
Vietnam National Children's Hospital

Large palatal fistulas are a challenging problem in congenital maxillofacial surgery. Large palatal fistulas are often the severe complication of primary cleft palate repair or the complication of systemic diseases as fungus infection, HLH... Many techniques are used to close the defect. The tongue flap is an easy and reproducible procedure for managing this complication. The author report 3 cases of a large palatal fistula closure with anteriorly based tongue flap.

**Key words:** Cleft surgery, fistula, palate, tongue flap

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Thông mũi miệng là sự thông thương bất thường giữa hốc mũi và hốc miệng. Bệnh thường là biến chứng hay gặp sau phẫu thuật tạo hình khe hở vòm miệng. Theo các báo cáo, tỷ lệ thông mũi miệng xảy ra từ 4% đến 35% [2] tùy từng trung tâm. Thông mũi miệng nhỏ có thể ít ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống. Tuy nhiên thông mũi miệng lớn gây ra rất nhiều hậu quả ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống của trẻ

như thức ăn và chất lỏng thường xuyên lên mũi, viêm mũi họng thường xuyên, rối loạn phát âm...

Các thông mũi miệng nhỏ được phẫu thuật đóng bằng vạt niêm mạc màng xương tại chỗ. Các thông mũi miệng lớn thì việc phẫu thuật gặp vô vàn khó khăn như thiếu tổ chức, mô xơ khó bóc tách và di chuyển.[3] Do đó mà tỷ lệ tái phát rất cao. Hiện tại Việt Nam có nhiều trung tâm điều trị khe hở môi và khe hở vòm miệng cho trẻ, Tuy nhiên rất ít trung tâm có thể điều trị thành công được các trường hợp thông mũi miệng

Nhận bài: 31-8-2024; Phản biện: 15-9-2024; Chấp nhận: 10-10-2024

Người chịu trách nhiệm: Nguyễn Thị Ngọc Lan

Email: ngooclanwinter@gmail.com

Địa chỉ: Bệnh viện Nhi Trung ương

lớn. Về phương pháp điều trị, hiện có 3 phương pháp trên thế giới là phẫu thuật đóng thông mũi miệng bằng vật má 2 lớp[4], bằng vật lưới 1 lớp và bằng vật vi phẫu từ xa. [5, 6]

Vật lưới cuống trước là một phương pháp đáng tin cậy và có thể thực hiện được mà không cần các trang thiết bị tốn kém, có tỷ lệ thành công cao, tỷ lệ chết vật thấp. [7]Mô lưới rất giàu mạch máu và nguồn phong phú có thể đóng được các tổn thương thông mũi miệng rất lớn. Nguy cơ biến dạng vùng cho thấp.[5, 8]

Tại Việt Nam, Tỷ lệ khe hở môi và khe hở vòm miệng khá cao so với thế giới. Tỷ lệ là 1/550 trẻ đẻ ra sống cao hơn thế giới là 1/700 trẻ đẻ ra sống. [9]Với số dân hiện nay là 98 triệu dân, số lượng trẻ có dị tật này khá cao và số lượng trẻ có thông mũi miệng còn cao do kỹ thuật phẫu thuật trước đây còn hạn chế .[10]

Nghiên cứu này mô tả điều trị tiên phong sử dụng vật lưới cuống trước để phẫu thuật đóng thông mũi miệng kích thước lớn trên 3 trẻ em tại

Bệnh viện Nhi Trung ương - Một trong các trung tâm khe hở môi vòm miệng lớn nhất cả nước.

**II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU**

3 bệnh nhân được chẩn đoán có thông mũi miệng lớn được phẫu thuật bằng vật lưới cuống trước trong thời gian tháng 11 và tháng 12 năm 2022 tại Khoa Răng Hàm Mặt, Bệnh viện Nhi Trung ương. 2 bệnh nhân có thông mũi miệng do biến chứng sau phẫu thuật đóng khe hở vòm miệng thì đầu và có hoại tử vật ở vòm miệng cứng. 1 bệnh nhân có tiền sử bệnh HLH hay gọi là hội chứng thực bào máu do các tế bào thực bào phát triển mạnh và phá hủy tổ chức trong đó có phá hủy vòm miệng cứng. Cả 3 trường hợp đều có các triệu chứng ảnh hưởng nặng đến chất lượng cuộc sống như thức ăn và chất lỏng thường xuyên lên mũi, rối loạn ngôn ngữ, hơi thoát qua mũi nặng, thường xuyên viêm mũi mủ.

Bảng 1 mô tả thông tin bệnh nhân và kích thước thương tổn. Kết quả phẫu thuật được đánh giá bởi bác sĩ phẫu thuật hàm mặt giàu kinh nghiệm.

**Bảng 1.** Thông tin bệnh nhân và các đặc điểm lâm sàng

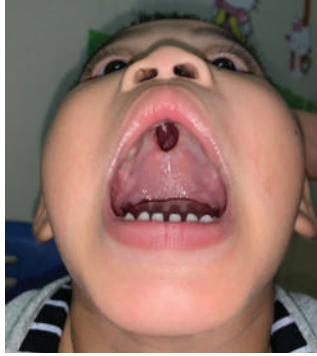
Tuổi, Giới	Chẩn đoán	Kích thước thông mũi miệng	Kích thước vật lưới	Biến chứng sau mổ	Biến chứng sau 6 tháng	Biến chứng sau 12 tháng
17, Nữ	Thông mũi miệng/ khe hở môi vòm 2 bên	35-21mm	38-23mm	Không	Không	Không
10, Nam	Thông mũi miệng/ Hội chứng HLH	18-8mm	21-11mm	Không	Không	Không
9, Nam	Thông mũi miệng/ Khe hở môi vòm toàn bộ 2 bên	21-7mm	24-10mm	Không	Không	Không

Bệnh nhân và gia đình được giải thích về thông tin lâm sàng và hình ảnh lâm sàng trước-sau phẫu thuật sẽ được đăng tải lên tạp chí và không cho biết tên. Các bệnh nhân và đại diện gia đình đã ký cam kết đồng ý.

**Hình ảnh**  
**Trước phẫu thuật**



Bệnh nhân 1



Bệnh nhân 2

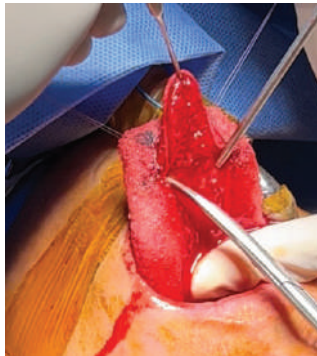


Bệnh nhân 3

**Quá trình phẫu thuật**

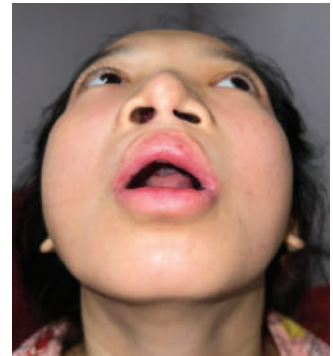


Tạo vạt lưỡi



Nâng vạt lưỡi

**Sau mổ 12 tháng**



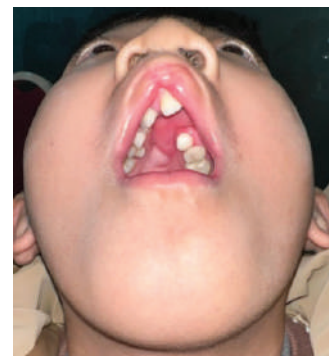
Sau cố định vạt



Bệnh nhân 1



Bệnh nhân 2



Bệnh nhân 3

**III. GIỚI THIỆU CA BỆNH**

Bệnh nhân số 1: bệnh nhân nữ 17 tuổi có khe hở môi vòm miệng 2 bên toàn bộ. Bệnh nhân có thông mũi miệng rất lớn với kích thước 35-21 mm từ vòm miệng cứng đến 1 phần vòm miệng mềm. Tổn thương này đã có 15 năm sau khi bệnh nhân được mổ khe hở vòm miệng lúc 2 tuổi và bị hoại tử vạt. Sau đó bệnh nhân đã trải qua 3 lần phẫu thuật đóng thông mũi miệng song lại bị tái phát.

Bệnh nhân số 2: Bệnh nhân nam 10 tuổi có bệnh HLH( hội chứng thực bào máu). Trẻ có tổn thương thông mũi miệng từ giai đoạn 1 tuổi sau khi bị bệnh HLH, sau đó được điều trị ổn định tại Khoa Huyết học lâm sàng Bệnh viện Nhi Trung ương. Trẻ có tổn thương thông mũi miệng kích thước 18-8 mm ở vùng vòm miệng cứng

Bệnh nhân số 3: trẻ nam 9 tuổi có khe hở môi vòm miệng 2 bên. Trẻ có thông mũi miệng kích thước 21-7mm ở vùng vòm miệng cứng. và thông với khe hở cung hàm hai bên. Xung quanh tổn thương rất nhiều xơ sẹo. Trẻ có hẹp hàm trên nặng theo chiều ngang - ngang mức với tổn thương thông mũi miệng do hậu quả của nhiều lần phẫu thuật đóng lỗ thông không thành công.

**\*Kỹ thuật phẫu thuật**

- Chuẩn bị bệnh nhân và vùng vòm miệng:

3 bệnh nhân được gây mê nội khí quản đặt ống đường miệng. Dùng dụng cụ mở miệng Digman bộc lộ vòm miệng cứng. Đánh dấu đường rạch quanh khuyết hồng. Gây tê tại chỗ bằng Lidocain 1% có Epinephrine 1:100000. Rạch niêm mạc xung quanh bờ lỗ thông mũi miệng. Bóc tách niêm mạc lật ra phía mũi và khâu lộn mép vạt để tạo lớp nền mũi bằng chỉ Vicryl 4.0. Sau khi khâu lớp nền mũi, để lộ ra bề mặt mô sống xung quanh tổn khuyết để chuẩn bị nhận vạt lưỡi.

- Tạo vạt lưỡi

Dùng dụng cụ mở miệng Denhart mở miệng. Dùng 2 chỉ khâu treo để kéo lưỡi ra trước. Vẽ vạt lưỡi định lấy sau khi đã đo kích thước tổn khuyết vòm miệng. Vạt rộng hơn tổn khuyết 3mm. Độ dày vạt là 3mm ở phía sau và dày 5 mm ở cuống vạt phía trước để đảm bảo nuôi dưỡng. Độ dài

của vạt khoảng 5-6 cm để đảm bảo di chuyển của lưỡi sau khi cố định vạt.

Vùng cho được khâu đóng bằng các mũi khâu đệm giảm căng bằng chỉ Vicryl 4.0. Kiểm soát chảy máu sau khi lấy vạt lưỡi.

- Cố định vạt lưỡi vào tổn khuyết vòm miệng

Kiểm tra lại tuần hoàn mao mạch mép vạt trước khi cố định vạt vào vòm miệng. Dùng chỉ Vicryl 4.0 bằng các mũi khâu đệm cố định vạt vào vùng vòm miệng đã chuẩn bị. Đặt 6 mũi chỉ chờ trước khi thắt. Ngoài ra còn dùng chỉ Nylon 3.0 để khâu giữ vạt tăng cường vào vùng lợi dính xung quanh răng. Phần sống của vạt lưỡi sẽ được biểu mô sau 10 ngày. Không cần cố định hai hàm.

Sau phẫu thuật, bệnh nhân được theo dõi và rút ống nội khí quản trong phòng mổ. Sau đó ăn lỏng 3 ngày và ăn mềm những ngày tiếp theo.

- Tách cuống vạt

Cuống vạt được tách sau 20 ngày. Trẻ được gây mê nội khí quản bằng ống qua đường mũi bởi bác sĩ gây mê và bác sĩ nội soi hô hấp. Sau khi tách cuống vạt, phần lưỡi được chỉnh sửa các mép chỗ vùng cho. Với lỗ thông mũi miệng rất lớn như ca lâm sàng 1, cuống vạt tiếp tục được mở rộng thêm về phía đầu lưỡi đủ che phủ khuyết hồng. Khâu phần cuống vạt vừa tách lên lỗ thông mũi miệng.

Cần kiểm tra cẩn thận không để còn lại bất kỳ lỗ thông nhỏ nào.

Chăm sóc sau mổ: Ăn mềm 2 ngày và sau đó trở lại chế độ ăn bình thường.

**\*Kết quả điều trị**

*Khả năng sống của vạt và lỗ thông mũi miệng*

3 ca đóng lỗ thông mũi miệng lớn này được theo dõi sau 1 tuần, 1 tháng và 3 tháng và 12 tháng.

Các vạt đều sống, tuần hoàn máu tốt và lỗ thông mũi miệng lớn được đóng kín hoàn toàn. Bệnh nhân không còn bị thức ăn lên mũi.

Không có biến chứng nào xảy ra như chảy máu, nhiễm trùng, hoại tử vạt.

Tuy nhiên 2 bệnh nhân số 1 và số 3 có khe hở môi vòm toàn bộ 2 bên và mổ thì đầu thất

bại nên ngoài tổn thương thông mũi miệng còn có tình trạng thiếu sản vòm miệng mềm. Sau khi đóng hoàn toàn thông mũi miệng, bệnh nhân còn tình trạng thiếu sản vòm miệng mềm và cần cần thì phẫu thuật trị ngọng sau này. Bệnh nhân số 2 có tình trạng phát âm tốt do bệnh nhân có thông mũi miệng do bệnh HLH và chức năng vòm miệng mềm bình thường.

*Tại vùng cho vạt: vùng lưỡi*

Biến dạng tại vùng lưỡi sau khi lấy vạt là không đáng kể. Bệnh nhân không bị mất cảm giác hay mất vị giác. Vận động lưỡi và nuốt vẫn bình thường cho thấy vấn đề chức năng của lưỡi vẫn được đảm bảo sau phẫu thuật. Ngay sau phẫu thuật tách cuống vạt, kích thích lưỡi có nhỏ đi 1 phần, sau đó hồi phục lại theo thời gian cho thấy sự thích ứng và sự tái tạo mô của vùng lưỡi. Sẹo vùng lưỡi và vùng vòm miệng cũng cải thiện dần cho thấy kết quả phẫu thuật đạt được cả vấn đề chức năng và thẩm mỹ.

#### IV. BÀN LUẬN

Với các tổn khuyết thông mũi miệng lớn ở vòm miệng, phẫu thuật đóng bằng vạt tại chỗ hay vạt niêm mạc màng xương mang lại kết quả rất hạn chế do thiếu tổ chức và nhiều mô xơ sẹo xung quanh lỗ thông. Nghiên cứu của chúng tôi, 2 trong 3 bệnh nhân có khe hở môi vòm miệng toàn bộ 2 bên và đã trải qua rất nhiều lần phẫu thuật trong đó có các lần phẫu thuật đóng thông mũi miệng bằng vạt tại chỗ không thành công và hậu quả là gây hẹp hàm, thiếu sản tổ chức mô mềm, thiếu sản xương hàm trên.

Kết quả của chúng tôi cho thấy hiệu quả của sử dụng vạt lưỡi cuống trước để đóng thông mũi miệng lớn. Ưu điểm của vạt lưỡi là tuần hoàn tốt và mô phong phú, có thể đóng được các tổn thương lớn. Vạt lưỡi là mô mềm tốt cho vòm miệng, hỗ trợ sự phát triển của xương hàm trên cũng như điều trị nong hàm sau này. Vạt lưỡi dễ lấy dễ tạo hình mà không cần đo đạc quá tỉ mỉ khuyến khích. Biến dạng mô lưỡi cho không đáng kể và giảm dần theo thời gian, không có rối loạn chức năng. Nhược điểm duy nhất của vạt lưỡi là cần 2 lần phẫu thuật cách nhau 20 ngày và cần sự hợp tác của bệnh nhân.

Sử dụng vạt lưỡi cuống trước để đóng thông mũi miệng lớn được phát triển rộng rãi tại các nước phát triển như Mỹ, Đài Loan, Hàn Quốc. [5] Tuy nhiên tại Việt Nam, kỹ thuật này còn khá mới. Nghiên cứu của chúng tôi đại diện tính tiên phong và kỹ thuật cao tại Bệnh viện Nhi Trung ương - một bệnh viện nhi lớn nhất cả nước với số lượng bệnh nhân khe hở môi vòm miệng đến thăm khám và điều trị hơn 1700 ca mỗi năm. Sự thành công của các ca lâm sàng trong nghiên cứu này không chỉ cho thấy tính hiệu quả của vạt lưỡi cuống trước trong điều trị thông mũi miệng lớn mà quan trọng hơn sự thay đổi về kiến thức, nhận thức là sự lựa chọn kỹ thuật phù hợp trong điều trị toàn diện cho trẻ khe hở môi và khe hở vòm miệng.

#### V. KẾT LUẬN

Vạt lưỡi cuống trước là phương pháp hiệu quả trong phẫu thuật đóng thông mũi miệng lớn do di chứng khe hở môi vòm miệng hay do hậu quả các bệnh toàn thân như nhiễm nấm, HLH gây thông mũi miệng.

#### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **AK, Algadiem EA, Alwabari MS et al.** Single-layer closure with tongue flap for palatal fistula in cleft palate patients. *Plastic Reconstr Surg Glob Open* 2016;4(8):e852. <https://doi.org/10.1097/gox.0000000000000841>.
2. **Kocaaslan FN, tuncer FB, Sendur S et al.** The tongue flap for large palatal fistulas, a success or a failure? Our 15-year experience. *J Plast Surg Hand Surg* 2020;54(3):151-155. <https://doi.org/10.1080/2000656x.2020.1720702>
3. **Mahajan RK, Kaur A, Singh SM et al.** A retrospective analysis of incidence and management of palatal fistula. *Indian J Plast Surg* 2018;51(3):298-305. [https://doi.org/10.4103/ijps.IJPS\\_84\\_18](https://doi.org/10.4103/ijps.IJPS_84_18)
4. **Kalmar C, Siu A, Alvarez E et al.** Modified buccal myomucosal flap closure of large anterior palatal oronasal fistulas. *Plastic&Reconstructive Surgery* 2021;147(1):94e-97e. <http://dx.doi.org/10.1097/PRS.00000000000007496>

5. **Prakash A, Singh S, Solanki S et al.** Tongue flap as salvage procedure for recurrent and large palatal fistula after cleft palate repair. *Afr J Paediatr Surg* 2018;15(2):88-92. [https://doi.org/10.4103/ajps.ajps\\_131\\_16](https://doi.org/10.4103/ajps.ajps_131_16)
6. **Jeyaraj CP.** Techniques to improve reliability and predictability of the dorsal pedicled tongue flap in closure of palatal defects and oronasal fistulae. *J Maxillofac Oral Surg* 2018;17(2):175-181. <https://doi.org/10.1007/s12663-017-1035-6>
7. **Yang ZH, Zhong JL, Chen WL.** Reconstruction of large anterior palatal fistulae using anteriorly based dorsal tongue flaps. *J Craniofac Surg* 2020;31(1):62-63. <https://doi.org/10.1097/scs.0000000000005844>
8. **Mohan V, Nair UN, Usha AM.** Versatility of tongue flaps for closure of palatal defects-case report. *J Clin Diagn Res* 2017;11(1):ZD31-ZD33. <https://doi.org/10.7860/jcdr/2017/23978.9219>
9. **Phạm Thanh, S.** Đặc điểm lâm sàng và kết quả điều trị lỗ thông mũi-miệng bằng vạt niêm mạc màng xương trên bệnh nhân khe hở môi vòm miệng tại bệnh viện Răng Hàm Mặt Trung Ương Hà Nội. 2020, ĐHY.
10. **Nguyễn, H.L.** Ảnh hưởng của các quy trình phẫu thuật khác nhau đối với sự phát triển hàm mặt ở những bệnh nhân khe hở môi-vòm miệng một bên. 2021.