

- học Việt Nam. 2022; 508(1).
4. **Blanco R, Ansari T, Riad W, et al.** Quadratus lumborum block versus transversus abdominis plane block for postoperative pain after cesarean delivery: a randomized controlled trial. *Regional Anesthesia & Pain Medicine*. 2016; 41(6):757-762.
 5. **Yang X, Long F, Wang M.** A Meta-analysis of the comparison of the analgesic effect of the block of trapezius and trapezius abdominis after cesarean section. *J Pract Med*. 2021; 37:611-5.
 6. **Lê Anh Tuấn.** Đánh giá hiệu quả giảm đau sau mổ lấy thai bằng phương pháp gây tê cơ vuông thắt lưng dưới hướng dẫn siêu âm. *Tạp chí Nghiên cứu Y học*. 2019; 9(20):Tr. 14-23.
 7. **Khổng Quang Chương, Hoàng Thị Ngọc Trâm, Lăng Thị Luyện và cộng sự.** Kết quả giảm đau sau mổ lấy thai bằng phương pháp gây tê cơ vuông thắt lưng kết hợp với giảm đau tĩnh mạch tại Bệnh viện Trung Ương Thái Nguyên. *Tạp chí Y học Việt Nam*. 2024; 539(2).
 8. **Wang Yanqing, Wang Xiaojia, Zhang Kexian.** Effects of transversus abdominis plane block versus quadratus lumborum block on postoperative analgesia: a meta-analysis of randomized controlled trials. *BMC anesthesiology*. 2020; 20(1-9).

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ TẠO NÂNG MŨI BẰNG EPTFE KẾT HỢP SỤN TAI TẠI KHOA TẠO HÌNH THẨM MỸ BỆNH VIỆN CHỢ RẪY

Trần Văn Dương¹, Ngô Quốc Hưng¹, Lâm Quang An¹

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: phẫu thuật nâng mũi là một thủ thuật tạo hình phổ biến, đặc biệt tại Việt Nam. Việc lựa chọn vật liệu ghép phù hợp vẫn còn là một thách thức lớn. Gần đây, polytetrafluoroethylene mở rộng (ePTFE) ngày càng được sử dụng rộng rãi trong nâng mũi. Việc kết hợp ePTFE và sụn tai trong nâng mũi giúp giảm biến chứng liên quan đến đầu mũi bao gồm lộ vật liệu, mỏng da... Tuy nhiên, vẫn chưa có nhiều nghiên cứu đánh giá hiệu quả của phương pháp này. **Mục tiêu nghiên cứu:** Đánh giá kết quả nâng mũi bằng ePTFE kết hợp với sụn tai tại Khoa Tạo hình Thẩm mỹ Bệnh viện Chợ Rẫy. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Từ tháng 12 năm 2023 đến tháng 12 năm 2024, tổng cộng 52 bệnh nhân liên tiếp (gồm 02 nam và 50 nữ) với các mức độ mũi ngắn vừa và trung bình đã được đưa vào nghiên cứu tiền cứu này. Tất cả bệnh nhân đều được thực hiện phẫu thuật nâng mũi bằng cách đặt chất liệu ePTFE kết hợp sụn tai. **Kết quả:** 52 bệnh nhân nâng mũi bằng ePTFE kết hợp sụn tai tại Bệnh viện Chợ Rẫy, trong đó 96,1% là nữ, tuổi trung bình 30,5 ± 8,1. Chiều dài mũi trung bình cải thiện 5,29 ± 1,75 mm sau phẫu thuật. Điểm hài lòng ROE tăng từ 11,71 lên 20,67 điểm, cho thấy cải thiện rõ rệt về thẩm mỹ và chức năng. Tỷ lệ hài lòng đạt 98,1% và không có trường hợp nào cần phẫu thuật lại. **Kết luận:** Kéo dài mũi bằng cách sử dụng chất liệu ePTFE là một phương pháp điều trị khả thi cho các trường hợp mũi ngắn nhẹ và vừa. Kết quả ổn định và tỷ lệ bệnh nhân hài lòng cao. Tuy nhiên, chọn bệnh nhân phù hợp là điều kiện tiên quyết để đạt được kết quả tối ưu.

Từ khóa: nâng mũi, ePTFE, sụn tai, mũi ngắn

SUMMARY

¹Bệnh viện Chợ Rẫy

Chịu trách nhiệm chính: Trần Văn Dương

Email: lamanbvcr@gmail.com

Ngày nhận bài: 11.4.2025

Ngày phản biện khoa học: 14.5.2025

Ngày duyệt bài: 11.6.2025

EVALUATE THE OUTCOMES OF RHINOPLASTY USING ePTFE COMBINED WITH AURICULAR CARTILAGE AT THE DEPARTMENT OF PLASTIC AND AESTHETIC SURGERY, CHO RAY HOSPITAL

Background: Rhinoplasty is a common aesthetic procedure, particularly in Vietnam. Selecting appropriate graft material remains a significant challenge. Recently, expanded polytetrafluoroethylene (ePTFE) has been increasingly used in dorsal augmentation. The combination of ePTFE and auricular cartilage helps reduce complications related to the nasal tip, such as implant exposure and skin thinning. However, there is still a lack of clinical studies evaluating the efficacy of this approach. **Objective:** To evaluate the outcomes of rhinoplasty using ePTFE combined with auricular cartilage at the Department of Plastic and Aesthetic Surgery, Cho Ray Hospital. **Materials and Methods:** From December 2023 to December 2024, a prospective study was conducted involving 52 consecutive patients (2 males and 50 females) with mild to moderate short noses. All patients underwent rhinoplasty using ePTFE combined with auricular cartilage. **Results:** 52 patients underwent rhinoplasty with ePTFE and auricular cartilage at Cho Ray Hospital. Female patients accounted for 96.1%, with a mean age of 30.5 ± 8.1 years. The average nasal length increased by 5.29 ± 1.75 mm postoperatively. The mean Rhinoplasty Outcome Evaluation (ROE) score improved significantly from 11.71 to 20.67, indicating both functional and aesthetic enhancement. Patient satisfaction reached 98.1%, with no cases requiring revision surgery. **Conclusion:** Rhinoplasty using ePTFE combined with auricular cartilage is a feasible treatment option for patients with mild to moderate short noses. The technique yielded stable results and a high satisfaction rate. Careful patient selection is essential to achieve optimal outcomes. **Keywords:** rhinoplasty, ePTFE, ear cartilage, short nose

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Mũi thấp ngắn là một đặc điểm bẩm sinh

thường gặp ở người châu Á. Theo nghiên cứu của tác giả Hồ Nguyễn Anh Tuấn (2021), chiều dài mũi của người Việt Nam là $40 \pm 1,8\text{mm}$ [1]. Hiện nay, các phẫu thuật viên đều đồng thuận rằng việc sử dụng vật liệu tự thân như sụn, xương, trung bì và mô mỡ mang lại hiệu quả tốt về mặt thẩm mỹ và sinh học tốt. Tuy nhiên, những hạn chế như thiếu nguồn mô tự thân phù hợp, biến chứng tại vùng lấy mô, và đặc tính cơ học không tối ưu của đã khiến việc sử dụng vật liệu tự thân gặp nhiều khó khăn. Ngoài ra, một số trường hợp bệnh nhân không muốn sử dụng vật liệu tự thân để nâng mũi.

Chính vì vậy, các vật liệu ghép nhân tạo ngày càng được quan tâm vì có đặc tính ổn định, tương thích tốt với mô và độ an toàn cao. Trong số đó, mảnh ghép polytetrafluoroethylene mở rộng (expanded polytetrafluoroethylene - ePTFE) được đánh giá cao về khả năng tương thích sinh học. Trong hơn 30 năm qua, ePTFE đã được sử dụng phổ biến trong nâng sống mũi và mang lại kết quả thẩm mỹ vượt trội so với silicone[2]. Tuy nhiên, vẫn còn thiếu các nghiên cứu về ứng dụng của PTFE trong phẫu thuật nâng mũi cho người Việt Nam.

Trong nghiên cứu này, chúng tôi sử dụng vật liệu ePTFE được bọc sụn tai ở phần đầu của vật liệu nhằm nâng cao vùng sống mũi và kéo dài đầu mũi trong các trường hợp mũi ngắn mức độ ít và trung bình.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Thiết kế nghiên cứu: tiến cứu

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: tất cả các trường hợp bệnh nhân được phẫu thuật nâng mũi tại Khoa Tạo hình Thẩm mỹ Bệnh viện Chợ Rẫy sử dụng vật liệu ePTFE được bọc sụn tai phần đầu vật liệu.

Tiêu chuẩn chọn bệnh: bệnh nhân có mũi ngắn mức độ ít hoặc vừa (chiều dài từ gốc mũi trán đến điểm cao nhất của đầu mũi N-P từ 38 mm trở lên) và có hồ sơ bệnh án đầy đủ và có thời gian theo dõi tối thiểu 06 tháng sau phẫu thuật

Tiêu chuẩn loại trừ: bệnh nhân có mũi ngắn mức độ nhiều, đã được phẫu thuật mũi trước đây, có tình trạng mũi lệch vẹo, hay viêm nhiễm vùng mũi.

Phương pháp phẫu thuật. Phẫu thuật được thực hiện dưới gây tê tại chỗ, có thể kết hợp với gây mê toàn thân hoặc tiền mê tĩnh mạch nếu cần. Phương pháp tiếp cận trong mũi 2 bên được sử dụng, với đường rạch qua trong mũi 2 bên. Các sợi mô mềm nối giữa phần trong của trụ mũi dưới (medial crura) và sụn cánh mũi trên (upper lateral cartilages) được bóc tách

hoàn toàn. Sau đó, tạo khoang đặt sống dưới màng xương đủ rộng để có thể nhét vừa ePTFE.



Hình 1: Rạch da đường mỡ mũi kín 2 bên và bóc tách khoang đặt sống dưới màng xương

Tiến hành lấy sụn vành tai kèm cân sau tai qua đường rạch da sau tai để dấu sẹo sau tai. Kích thước sụn tai được lấy khoảng 5mm x 5mm.



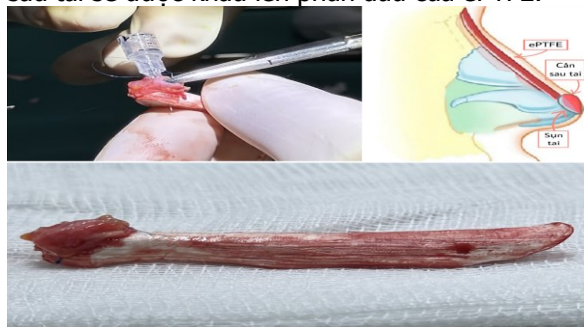
Hình 2: Lấy sụn và cân sau tai qua đường rạch sau tai

Sử dụng vật liệu ePTFE (Surgiform do hãng Surgiform USA sản xuất tại Mỹ và được phân phối tại Việt Nam bởi công ty Thallo) để nâng vùng sống mũi và kéo dài một phần đầu mũi. ePTFE được gọt sao cho phù hợp với chiều dài mũi và tiếp xúc tối đa với bề mặt của xương chính mũi.



Hình 3: Gọt ePTFE và kiểm tra hình dáng mũi

Sau khi nhét thử ePTFE vào trong khoang đặt sống để kiểm tra hình dáng mũi, sụn tai và cân cơ sau tai sẽ được khâu lên phần đầu của ePTFE.



Hình 4: Khâu phần sụn tai và cân sau tai lên đầu ePTFE

Toàn bộ quy trình phẫu thuật được tiến hành trong điều kiện vô khuẩn nghiêm ngặt để tránh nhiễm trùng. Trước khi đưa vào mũi, vật liệu nâng mũi sẽ được ngâm áp lực âm trong bơm tiêm 20cc với 20 ml dung dịch gồm 10ml

Gentamycin và 10ml NaCl 0.9% trong 3 phút.

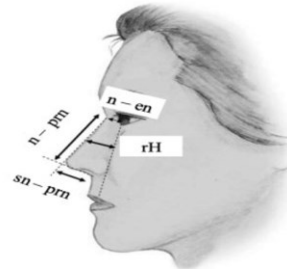
Trước khi khâu đóng da, vị trí vật liệu được đảm bảo đúng theo theo đường giữa khuôn mặt. Cuối cùng, da được đóng bằng chỉ 6-0 nylon. Dẫn lưu kín 1 bên mũi được sử dụng và rút sau 24-48 tiếng. Nẹp mũi ngoài được đặt và duy trì trong 2 tuần để cố định vật liệu và giảm sưng phù.

Đánh giá kết quả phẫu thuật. Để đánh giá kết quả phẫu thuật một cách khách quan, ảnh chụp chuẩn hóa của từng bệnh nhân được thực hiện trước mổ và tại các mốc thời gian sau mổ: 1 tháng, 3 tháng, 6 tháng.

Bệnh nhân được đánh giá sau phẫu thuật tối thiểu 6 tháng, các đánh giá bao gồm:

- Cải thiện chỉ số nhân trắc chiều dài mũi: chiều dài từ điểm Nasion (điểm giữa của gốc mũi

và đường khớp mũi trán) đến điểm Pronasale (điểm cao nhất của đầu mũi theo hướng nhìn nghiêng) – chỉ số N-P



Hình 5: Cách đo chiều dài mũi N-P[1]

- Đánh giá kết quả tạo hình mũi bằng thang điểm ROE

Bảng 1. Bảng câu hỏi đánh giá kết quả tạo hình mũi ROE

Câu hỏi	Điểm				
	0	1	2	3	4
1. Bạn thích dáng mũi của mình đến mức nào?	Không thích chút nào	Hơi thích	Bình thường	Rất thích	Hoàn toàn thích
2. Bạn có thể thở bằng mũi dễ dàng đến mức nào?	Không thể	Khó	Trung bình	Dễ	Rất dễ
3. Bạn cảm thấy bạn bè và người thân thích dáng mũi của bạn đến mức nào?	Hoàn toàn không	Ít	Bình thường	Nhiều	Rất nhiều
4. Dáng mũi hiện tại có gây ảnh hưởng đến hoạt động xã hội hoặc công việc không?	Luôn luôn ảnh hưởng	Thường xuyên	Thỉnh thoảng	Hiếm khi	Không bao giờ
5. Bạn tự tin đến mức nào rằng dáng mũi hiện tại của bạn là tốt nhất có thể?	Hoàn toàn không	Hơi tự tin	Trung bình	Khá tự tin	Rất tự tin
6. Bạn có mong muốn phẫu thuật để thay đổi hình dáng hoặc chức năng mũi không?	Chắc chắn có	Có thể có	Có lẽ	Có lẽ không	Không

Tổng điểm tối đa: 24 điểm. Cách tính điểm ROE: Cộng tổng điểm của 6 câu hỏi, sau đó chia cho 24 và nhân với 100 để ra tỉ lệ %.

- Đánh giá mức độ hài lòng sau phẫu thuật: rất hài lòng, hài lòng, chấp nhận được, không hài lòng và rất không hài lòng

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

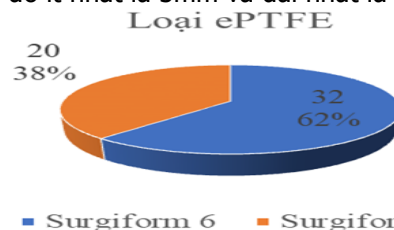
Từ năm tháng 12/2023 đến tháng 12/2024, có 52 bệnh nhân thỏa tiêu chuẩn chọn mẫu được nghiên cứu với kết quả như sau:

Đặc điểm chung mẫu nghiên cứu. Tất cả 52 trường hợp đều là phẫu thuật mũi lần đầu. Trong đó có 50 bệnh nhân là nữ chiếm 96,1% và 02 bệnh nhân là nam. Tuổi trung bình nhóm nghiên cứu là $30,5 \pm 8,1$ tuổi, trong đó bệnh nhân nhỏ nhất là 19 tuổi và lớn nhất là 47 tuổi, trong đó thường gặp nhất từ 20 – 30 tuổi.

Đặc điểm phẫu thuật. Tất cả các trường hợp được phẫu thuật qua đường rạch trong mũi 2 bên và lấy sụn tai phần xoắn tai qua đường rạch da sau tai. Phần lớn các trường hợp lấy sụn tai bên trái (44/52 trường hợp) và 8 trường hợp lấy sụn tai bên phải.

Đặc điểm ePTFE. Chiều dài ePTFE trung bình là $49,98 \pm 3,38$ mm, trong đó ngắn nhất là 43 mm và dài nhất là 57 mm. Khoảng tứ phân vị của ePTFE từ 47 – 52 mm.

So với chỉ số N-P trước phẫu thuật, ePTFE được gọt dài hơn N-P trung bình $5,77 \pm 2,01$ mm, trong đó ít nhất là 3mm và dài nhất là 9mm



Biểu đồ 1. Loại ePTFE (Surgiform) được sử dụng

Có 32 bệnh nhân, chiếm 62% bệnh nhân được sử dụng ePTFE (Surgiform) số 6.

Đánh giá kết quả phẫu thuật

Cải thiện chiều dài mũi. Chiều dài mũi (N-P) trước phẫu thuật là $44,21 \pm 2,48$ mm, trong đó mũi ngắn nhất là 38 mm và dài nhất là 49 mm.

Sau phẫu thuật, N-P là $49,5 \pm 3,18$ mm, ngắn nhất là 43 mm và dài nhất là 56 mm. Thay đổi

N-P trước và sau phẫu thuật như sau:

Sau phẫu thuật, chiều dài mũi cải thiện là $5,29 \pm 1,75$ mm, trong đó, chiều dài mũi được cải thiện ít nhất là 3 mm và dài nhất là 8 mm.



Hình 6: Bệnh nhân trước và sau phẫu thuật 6 tháng, chiều dài mũi được cải thiện từ 49mm thành 55mm

Cải thiện điểm ROE

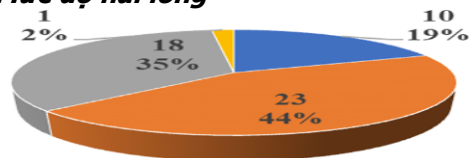
Bảng 2. Cải thiện điểm ROE sau phẫu thuật

	Trước PT	Sau PT	P*
1. Bạn thích dáng mũi của mình đến mức nào?	$1,02 \pm 0,87$	$3,06 \pm 0,75$	$<0,001$
2. Bạn có thể thở bằng mũi dễ dàng đến mức nào?	4	4	
3. Bạn cảm thấy bạn bè và người thân thích dáng mũi của bạn đến mức nào?	$1,67 \pm 1,09$	$3,38 \pm 0,74$	$<0,001$
4. Dáng mũi hiện tại có gây ảnh hưởng đến hoạt động xã hội hoặc công việc không?	$3,02 \pm 0,72$	$3,88 \pm 0,32$	$<0,001$
5. Bạn tự tin đến mức nào rằng dáng mũi hiện tại của bạn là tốt nhất có thể?	$0,96 \pm 0,86$	$3,13 \pm 0,74$	$<0,001$
6. Bạn có mong muốn phẫu thuật để thay đổi hình dáng hoặc chức năng mũi không?	$1,04 \pm 0,90$	$3,21 \pm 0,69$	$<0,001$

*: phép kiểm student's t

Điểm ROE trước phẫu thuật là $11,71 \pm 1,95$, trong đó thấp nhất là 7 và cao nhất là 16 điểm. Sau phẫu thuật, điểm ROE là $20,67 \pm 1,85$, thấp nhất là 17 điểm và cao nhất là 24 điểm.

Mức độ hài lòng



■ Rất hài lòng ■ Hài lòng
■ Chấp nhận được ■ Không hài lòng

Biểu đồ 2. Mức độ hài lòng của bệnh nhân sau phẫu thuật

Trong tổng số 52 bệnh nhân được phẫu thuật nâng mũi bằng ePTFE kết hợp với sụn tai, có 1 trường hợp bệnh nhân không hài lòng với kết quả sau phẫu thuật, chiếm tỉ lệ 1,9%. Phần

lớn bệnh nhân hài lòng và chấp nhận với kết quả sau phẫu thuật, chiếm 98,1%.

Biến chứng

Bảng 3. Các biến chứng sau phẫu thuật và xử trí

Biến chứng	Số lượng	Xử trí
Lệch sống mũi	2/52	Nắn chỉnh lại
Đỏ da đầu mũi	1/52	Cải thiện từ tháng thứ 3
Viêm trụ mũi	1/52	Kháng sinh, kháng viêm

Trong 52 trường hợp, không ghi nhận biến chứng nặng sau phẫu thuật và không ghi nhận trường hợp phải phẫu thuật lại.

IV. BÀN LUẬN

Mũi thấp, ngắn là đặc điểm thường gặp ở mũi người Việt Nam. Những năm gần đây, nhu cầu phẫu thuật nâng và kéo dài mũi đã trở nên phổ biến hơn trên phạm vi toàn cầu.

Đặc điểm ePTFE. ePTFE là vật liệu xốp gồm các phân tử fluor và carbon, với cấu trúc vi mô cho phép mô liên kết như collagen, mao mạch và nguyên bào sợi phát triển vào bên trong. Sự tích hợp này giúp tăng độ ổn định của implant, tuy nhiên cũng làm tăng nguy cơ nhiễm trùng[3]. Vì vậy, ePTFE có tỷ lệ bao xơ và di lệch thấp hơn, thao tác phẫu thuật dễ hơn. Bên cạnh đó, ePTFE là chất liệu mềm mại và dễ uốn, giúp bệnh nhân ít cảm thấy khó chịu và hạn chế khả năng nhìn thấy hoặc sờ thấy đường viền implant dưới da.

ePTFE có xu hướng giảm thể tích sau phẫu thuật và việc bám dính vào mô xung quanh tốt nên loại bỏ implant khó khăn hơn silicone. Các biến chứng chủ yếu liên quan đến ePTFE là nhiễm trùng hoặc phản ứng viêm muộn. Các biến chứng khác khi sử dụng ePTFE như lộ implant, bề mặt không đều, sưng tái phát và tụ dịch cũng đã được ghi nhận với ePTFE[4]. Trong một số nghiên cứu cho thấy nguy cơ nhiễm trùng của ePTFE bằng với silicone trong nâng mũi.

Tuy nhiên, mặc dù có nhiều tranh luận giữa silicone và Gore-Tex, chúng tôi sử dụng ePTFE nhờ khả năng tạo hình linh hoạt, bám dính tốt và hiệu quả thẩm mỹ cao.

Phương pháp phẫu thuật. Trong nghiên cứu này, chúng tôi áp dụng kỹ thuật sử dụng vật liệu ePTFE kết hợp với sụn vành tai để cải thiện tình trạng mũi ngắn mức độ nhẹ đến trung bình, cụ thể ở các trường hợp có chiều dài mũi (tính từ điểm Nasion đến Pronasale) từ 38 mm trở lên. Đối với các trường hợp có chiều dài mũi dưới 38 mm – chúng tôi lựa chọn áp dụng các phương pháp phẫu thuật khác.

Việc đánh giá chính xác chiều dài từ điểm Nasion đến điểm Pronasale (N-P) trước phẫu

thuật, cùng với độ mềm mại và độ đàn hồi của da mũi, đóng vai trò then chốt trong việc lập kế hoạch và thực hiện kỹ thuật kéo dài mũi bằng vật liệu ePTFE. Trong nghiên cứu của chúng tôi, vật liệu ePTFE được gọt với chiều dài trung bình lớn hơn chiều dài N-P trước phẫu thuật khoảng $5,77 \pm 2,01$ mm, nhưng không vượt quá 9 mm. Điều này nhằm tạo ra hiệu quả kéo dài rõ rệt nhưng vẫn đảm bảo an toàn mô mềm và hạn chế nguy cơ biến chứng.

Nếu vật liệu ePTFE được tạo hình dài hơn quá mức so với chiều dài thực tế của N-P, nguy cơ xảy ra các biến chứng như di lệch, lộ vật liệu hoặc thậm chí thủng da đầu mũi sẽ tăng lên. Nguyên nhân chính là do khoang đặt sống mũi không đủ khả năng giãn nở để chứa vật liệu quá dài, từ đó gây áp lực lên mô da đầu mũi – một vùng vốn có da mỏng và ít khả năng che phủ. Những biến chứng này đã được ghi nhận trong nhiều nghiên cứu, đặc biệt là ở các bệnh nhân có mô mềm hạn chế và da mũi mỏng.

Việc sử dụng ePTFE trong phẫu thuật nâng mũi kéo dài có thể đi kèm với nguy cơ làm mỏng da đầu mũi theo thời gian hoặc thậm chí gây lộ vật liệu cấy ghép, đặc biệt ở những bệnh nhân có da mũi mỏng hoặc ít mô che phủ. Nhằm giảm thiểu nguy cơ này và đồng thời duy trì độ linh hoạt tự nhiên của đầu mũi, kỹ thuật “ride-on” – tức là khâu cố định sụn hoặc màng sụn lên bề mặt vật liệu cấy – đã được Agrawal và cộng sự (2015) đề xuất như một giải pháp hiệu quả[5]. Chúng tôi đã áp dụng kỹ thuật này bằng cách lấy một mảnh sụn vành tai kích thước khoảng 5×5 mm thông qua một đường rạch nhỏ phía sau tai, đồng thời giữ nguyên hai lớp màng sụn bao quanh. Bên cạnh đó, một mảnh cân sau tai với kích thước phù hợp cũng được lấy để phủ lên bề mặt của miếng sụn tai, đóng vai trò như một lớp đệm sinh học. Sau khi chuẩn bị xong, chúng tôi khâu sụn tai và cân sau tai theo thứ tự chồng lên phần đầu của thanh ePTFE, tạo thành một lớp bảo vệ mềm mại giữa implant và da mũi. Cách tiếp cận này không những giúp giảm nguy cơ lộ vật liệu mà còn tăng cường tính tương thích sinh học, đồng thời bảo tồn chuyển động tự nhiên của đầu mũi sau phẫu thuật.

Kết quả sau phẫu thuật. Trong nghiên cứu này, việc sử dụng vật liệu ePTFE kết hợp với sụn tai cho thấy hiệu quả rõ rệt trong cải thiện chiều dài mũi ở các bệnh nhân có mũi ngắn mức độ ít và vừa. Sự lựa chọn chính xác đối tượng bệnh nhân – cụ thể là những người có chiều dài N-P ≥ 38 mm trước phẫu thuật – đóng vai trò then chốt giúp đảm bảo tính ổn định của kết quả trong thời gian theo dõi 6 tháng.

Hiệu quả cải thiện chiều dài mũi. Chiều dài mũi sau phẫu thuật tăng trung bình $5,29 \pm 1,75$ mm, với mức cải thiện dao động từ 3 đến 8mm, cho thấy kỹ thuật này cho kết quả khả quan về mặt thẩm mỹ. Bên cạnh đó, kết quả dài hạn cho thấy chiều dài mũi được duy trì ổn định sau 6 tháng, không có trường hợp nào bị co rút hay biến dạng đáng kể. Điều này cho thấy độ vững chắc của hệ thống nâng đỡ (tripod structure) với ePTFE – một cấu trúc được tạo thành bởi sụn vách ngăn và sụn cánh mũi dưới hai bên – là yếu tố quyết định giúp vật liệu không bị di lệch hoặc lật.

Cải thiện về mặt điểm ROE. Điểm ROE sau phẫu thuật tăng đáng kể từ $11,71 \pm 1,95$ lên $20,67 \pm 1,85$ ($p < 0,001$), phản ánh sự hài lòng vượt trội của bệnh nhân cả về mặt thẩm mỹ lẫn chức năng. Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của Pot (2024), trong đó ROE được ghi nhận là chỉ số tin cậy để đánh giá chất lượng cuộc sống liên quan đến thẩm mỹ mũi sau phẫu thuật chỉnh hình[6].

Đặc biệt, câu trả lời cho các mục tiêu liên quan đến sự tự tin và mong muốn phẫu thuật lại đều được cải thiện rõ rệt, cho thấy việc ứng dụng ePTFE trong nhóm bệnh nhân phù hợp giúp tạo ra cảm nhận chủ quan tích cực lâu dài.

Biến chứng và tính an toàn. Tổng cộng có 4 biến chứng nhẹ trong 52 ca (7,7%), gồm lệch sống mũi (2 ca), đỏ da đầu mũi (1 ca) và viêm trụ mũi (1 ca). Tất cả đều được xử trí bảo tồn hoặc cải thiện theo thời gian, không ghi nhận trường hợp phải phẫu thuật lại.

Việc lựa chọn đúng đối tượng bệnh nhân có nền mũi đủ dài, da mềm mại, và khoảng đặt implant không quá chật là yếu tố giúp hạn chế các biến chứng như di lệch hoặc lộ vật liệu. Trong nghiên cứu này, ePTFE được cắt dài hơn N-P trung bình $5,77 \pm 2,01$ mm nhưng không vượt quá 9mm, đảm bảo độ căng da đầu mũi không quá mức – một yếu tố quan trọng được nhiều tác giả như Bai và cs. (2020) khuyến cáo[7].

V. KẾT LUẬN

Kết quả nghiên cứu cho thấy nâng mũi bằng ePTFE kết hợp sụn tai là một phương pháp hiệu quả và an toàn đối với các trường hợp mũi ngắn mức độ nhẹ đến vừa. Việc chọn đúng đối tượng bệnh nhân, đảm bảo chiều dài implant hợp lý, và sử dụng lớp phủ sụn phù hợp là các yếu tố quan trọng giúp nâng cao kết quả thẩm mỹ và giảm biến chứng lâu dài.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Hồ Nguyễn Anh Tuấn**, Các chỉ số nhân trắc, hình thái và cấu trúc gốc mũi trên một nhóm

- người Việt, luận án Tiến sĩ, Trường Đại Học Y Dược Thành Phố Hồ Chí Minh. 2021.
2. **Ham, J. and P.J. Miller**, Expanded polytetrafluoroethylene implants in rhinoplasty: literature review, operative techniques, and outcome. *Facial plastic surgery*, 2003. 19(04): p. 331-340.
 3. **Winkler, A.A., et al.**, Complications associated with alloplastic implants in rhinoplasty. *Archives of facial plastic surgery*, 2012. 14(6): p. 437-441.
 4. **Dong, L., X. Hongyu, and Z. Gao**, Augmentation rhinoplasty with expanded polytetrafluoroethylene and prevention of complications. *Archives of Facial Plastic Surgery*, 2010. 12(4): p. 246-251.
 5. **Agrawal, K.S., et al.**, "Ride-on" technique and other simple and logical solutions to counter most common complications of silicone implants in augmentation rhinoplasty. *Indian Journal of Plastic Surgery*, 2015. 48(02): p. 172-177.
 6. **Rot, P., et al.**, The Rhinoplasty Outcome Evaluation (ROE) Questionnaire in Rhinoplasty: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Journal of Clinical Medicine*, 2024. 13(16): p. 4642.
 7. **Bai, S.-s., et al.**, A novel method to enhance dynamic rhinoplasty outcomes: double "V" carving for alloplastic grafts. *Ear, Nose & Throat Journal*, 2020. 99(4): p. 262-267.

ĐẶC ĐIỂM RỐI LOẠN NHỊP THẤT VÀ YẾU TỐ LIÊN QUAN Ở BỆNH NHÂN BỆNH TIM THIẾU MÁU CỤC BỘ ĐƯỢC CẤY MÁY KHỬ RUNG TỰ ĐỘNG (ICD) TẠI BỆNH VIỆN CHỢ RẪY

Đào Thị Thanh Bình¹, Kiều Ngọc Dũng²,
Nguyễn Tri Thức³, Võ Thái Duy²

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Đột tử do tim là nguyên nhân hàng đầu gây tử vong ở bệnh nhân mắc bệnh tim thiếu máu cục bộ, đặc biệt trong nhóm có rối loạn chức năng tâm thu thất trái. Rối loạn nhịp thất, bao gồm nhịp nhanh thất (VT) và rung thất (VF), là nguyên nhân chính dẫn đến đột tử ở nhóm bệnh nhân này. Máy khử rung tim tự động cấy dưới da (ICD) đã được chứng minh hiệu quả trong việc dự phòng đột tử do tim. Tuy nhiên, dữ liệu tại Việt Nam về đặc điểm các cơn rối loạn nhịp thất và các yếu tố liên quan vẫn còn hạn chế ở Việt Nam. **Mục tiêu nghiên cứu:** Khảo sát đặc điểm rối loạn nhịp thất và các yếu tố liên quan đến nguy cơ xuất hiện rối loạn nhịp ở bệnh nhân bệnh tim thiếu máu cục bộ được cấy ICD. **Phương pháp:** Nghiên cứu đoàn hệ hồi cứu trên 57 bệnh nhân ≥ 18 tuổi, mắc bệnh tim thiếu máu cục bộ (TMCB) có chỉ định dự phòng nguyên phát hoặc thứ phát, được cấy ICD từ 01/2021 đến 06/2024. Dữ liệu lâm sàng, đặc điểm can thiệp mạch vành, thông số kỹ thuật ICD và biến cố rối loạn nhịp thất được phân tích. Sử dụng phân tích hồi quy đơn biến để xác định yếu tố liên quan. **Kết quả:** Tổng cộng 57 bệnh nhân tham gia vào nghiên cứu. Tuổi trung bình là 57.7 ± 6.4 tuổi, với tỷ lệ nữ giới chiếm 35.1%. Tất cả bệnh nhân đều có tiền sử can thiệp mạch vành, trong đó phần lớn được đặt stent từ hai nhánh mạch trở lên. Tồn thương mạch vành ghi nhận cao nhất là LMCA (30.6%), tiếp theo là LCx (27.1%), RCA (21.6%) và LAD (20.7%).

Phân suất tổng máu thất trái trung vị là 32% [26–39], với 56.1% bệnh nhân ở NYHA III. Tất cả bệnh nhân đều đang điều trị suy tim nền tối ưu, với tỉ lệ sử dụng chẹn beta, MRA, ARNI và SGLT-2i lần lượt là 86%, 84.2%, 71.9% và 68.4%. Trong thời gian theo dõi, 8 bệnh nhân (14%) xuất hiện rối loạn nhịp thất nguy hiểm cần điều trị bằng ICD, với tổng cộng 13 cơn. Thời gian xuất hiện cơn đầu tiên trung vị là 10.5 tháng [8 – 25.8], phản ánh giai đoạn nguy cơ cao tập trung chủ yếu trong năm đầu sau cấy máy. Trong đó, 11/13 cơn là nhịp nhanh thất đơn dạng với tần số trung bình 173.3 ± 8.2 lần/phút; phần lớn được xử lý hiệu quả bằng ATP (6 trường hợp), và 5 trường hợp phải sử dụng sốc điện. Rung thất chiếm 2/13 cơn, đều được ICD xử lý thành công bằng sốc điện. Phân tích hồi quy đơn biến ghi nhận hai yếu tố liên quan đến xuất hiện rối loạn nhịp thất: giới nam là yếu tố nguy cơ (OR = 19.39; 95% CI: 2.171–173.061; $p = 0.008$), trong khi sử dụng ARNI là yếu tố bảo vệ rõ rệt (OR = 0.17; 95% CI: 0.036–0.844; $p = 0.030$). **Kết luận:** Rối loạn nhịp thất xuất hiện sớm sau cấy ICD, chủ yếu là nhịp nhanh thất và có thể kiểm soát hiệu quả nhờ lập trình hiệu quả máy khử rung. Giới nam là yếu tố nguy cơ, trong khi ARNI có vai trò bảo vệ rõ rệt. Kết quả nhấn mạnh vai trò của điều trị nội khoa tối ưu với vai trò nổi bật của ARNI, phối hợp với ICD sẽ cải thiện tiên lượng bệnh nhân.

Từ khóa: máy khử rung tự động, bệnh tim thiếu máu cục bộ, stent động mạch vành, rối loạn nhịp thất.

SUMMARY

**CHARACTERISTICS OF VENTRICULAR
ARRHYTHMIAS AND ASSOCIATED FACTORS
IN PATIENTS WITH ISCHEMIC HEART
DISEASE UNDERGOING IMPLANTABLE
CARDIOVERTER-DEFIBRILLATOR (ICD)
PLACEMENT AT CHO RAY HOSPITAL**
Background: Sudden cardiac death remains the

¹Trường Đại học Y Khoa Phạm Ngọc Thạch

²Bệnh viện Chợ Rẫy

³Giám đốc Bệnh viện Chợ Rẫy – Thứ trưởng Bộ Y Tế

Chịu trách nhiệm chính: Võ Thái Duy

Email: thauiduyd@gmail.com

Ngày nhận bài: 11.4.2025

Ngày phản biện khoa học: 14.5.2025

Ngày duyệt bài: 12.6.2025