

tôi mới dừng lại ở phẫu thuật, chưa đánh giá được thành công thực sự của điều trị sau khi implant đi vào tài lực.

V. KẾT LUẬN

Trong khuôn khổ đề tài của chúng tôi, tỷ lệ thành công phẫu thuật là 100%. Mức ổn định sơ khởi > 35 Ncm chiếm tỷ lệ cao nhất với 83,3%. Hầu hết bệnh nhân có đau sau phẫu thuật ở mức độ nhẹ, phản ứng sưng nề gặp ở 73,3% trường hợp. Biến chứng hở vết thương là phổ biến nhất chiếm tỷ lệ 13,3%, chảy máu kéo dài và bầm tím tụ máu hiếm gặp. Chiều rộng lợi sừng hoá giảm sau phẫu thuật từ $2,1 \pm 1,11$ mm còn $1,4 \pm 0,81$ mm.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Ngo Vinh P, Tran Tan T, Huynh Van D.** Evaluation of results of the implant placement immediately after tooth extraction. JMP. 2018;8:196–202.
2. **Hämmerle CH, Chen ST, Wilson Jr TG.** Consensus statements and recommended clinical procedures regarding the placement of implants in extraction sockets. Int J Oral Maxillofac Implants. 2004;19 suppl:26–8.
3. **Bornstein MM, Hart CN, Halbritter SA, Morton D, Buser D.** Early Loading of Nonsubmerged Titanium Implants with a Chemically Modified Sand-Blasted and Acid-Etched Surface: 6-Month Results of a Prospective Case Series Study in the Posterior Mandible Focusing on Peri-Implant Crestal Bone Changes and Implant Stability Quotient (ISQ) Values. Clinical Implant Dentistry and Related Research. 2009;11:338–47.
4. **Reynolds I, Winning L, Polyzois I.** A three-year prospective cohort study evaluating implant stability utilising the osstell® and periostest™ devices. Front Dent Med. 2023;4.
5. **Nguyễn CT, Trần CB, Đàm VV, Đinh DH, Trần TMH.** Sử dụng màng hướng dẫn phẫu thuật cấy ghép implant sớm lành thương mô mềm trên bệnh nhân mất răng từng phần vùng răng trước. VMJ. 2021;508.
6. **Mai T, Tong Y, Jiang F.** Investigation and analysis of pain after dental implantation and its influencing factors. Am J Transl Res. 2021;13:12065–70.
7. **Việt ĐV.** Nghiên cứu điều trị mất răng hàm trên từng phần bằng kỹ thuật implant có ghép xương. Luận án Tiến sỹ Y học. Trường Đại học Y Hà Nội; 2013.
8. **Papi P, Pranno N, Di Murro B, Pompa G.** Early implant placement and peri-implant augmentation with a porcine-derived acellular dermal matrix and synthetic bone in the aesthetic area: a 2-year follow-up prospective cohort study. International Journal of Oral and Maxillofacial Surgery. 2021;50:258–66.

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ PHẪU THUẬT CHỈNH HÌNH TỔN KHUYẾT MẮT CHẤT MŨI CÓ LIÊN QUAN ĐẾN CÁNH MŨI TẠI BỆNH VIỆN CHỢ RẪY

Nguyễn Hoàng Nhân¹, Đỗ Quang Hùng²,
Hoàng Bá Dũng², Phạm Trịnh Quốc Khanh³

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Có rất nhiều phương pháp để tái tạo cấu trúc mũi bị tổn khuyết mất chất liên quan đến cánh mũi bao gồm: sử dụng vật da tại chỗ, mảnh ghép da dày, mảnh ghép phức hợp, vật có cuống và vật tự do. Kết quả phẫu thuật sẽ thay đổi tùy mức độ thương tổn, phương pháp chỉnh hình lại các tổn thương gây khuyết ở mũi và cánh mũi. Để có đánh giá cụ thể hiệu quả của phẫu thuật tái tạo tổn khuyết ảnh hưởng đến cánh mũi chúng tôi thực hiện đề tài: “Đánh giá kết quả phẫu thuật chỉnh hình tổn khuyết mất chất mũi có liên quan đến cánh mũi tại Bệnh viện Chợ

Rẫy”. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Đây là một nghiên cứu mô tả tiến cứu loạt ca lâm sàng các bệnh nhân được điều trị phẫu thuật tạo hình các tổn khuyết mất chất mũi có liên quan đến cánh mũi tại khoa Tai Mũi Họng và khoa Tạo Hình Thẩm Mỹ - Bệnh viện Chợ Rẫy từ tháng 10 năm 2014 đến tháng 07 năm 2015. **Kết quả:** Trong 21 có 9/21 trường hợp tổn thương khu trú tại cánh mũi, 12/21 trường hợp là tổn thương phối hợp với các tiểu đơn vị khác, đặc biệt có một trường hợp mất hoàn toàn cả tháp mũi. Về phương pháp phẫu thuật, có 17/21 trường hợp khuyết hổng mũi được tái tạo bằng vật tại chỗ, 3/21 trường hợp khuyết hổng được tái tạo bằng mảnh ghép phức hợp da sụn vành tai, 1/21 trường hợp còn lại được tái tạo bằng vật tự do. Các bệnh nhân sau phẫu thuật đều đạt kết quả cân xứng về chiều dài và chiều rộng chân cánh mũi hai bên. Bề dày cánh mũi có sự chênh lệch nhau. Sau phẫu thuật có 20/21 bệnh nhân mức độ hài lòng theo bảng điểm ROE sửa đổi lớn hơn 50, điểm số hài lòng trung bình là 75.4 ± 15.52 . Điểm số hài lòng trung bình cải thiện sau phẫu thuật so với trước phẫu thuật là 42.86. **Kết luận:** Các bệnh nhân sau phẫu thuật đều đạt kết quả cân xứng chiều dài và

¹Trường Đại học Trà Vinh, Tỉnh Trà Vinh

²Bệnh viện Chợ Rẫy, Thành Phố Hồ Chí Minh

³Trường Đại học Y Dược Cần Thơ, Cần Thơ

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Trịnh Quốc Khanh

Email: ptqkhanh@gmail.com

Ngày nhận bài: 16.4.2025

Ngày phản biện khoa học: 22.5.2025

Ngày duyệt bài: 18.6.2025

chiều rộng chân cánh mũi hai bên. Tuy nhiên bề dày cánh mũi vẫn còn chênh lệch nhau bởi đơn vị này có khuynh hướng nhô cao hơn các đơn vị lân cận sau tái tạo. Điểm số hài lòng trung bình cải thiện sau phẫu thuật so với trước phẫu thuật là 42.86. Điểm số hài lòng sau phẫu thuật cao hơn điểm số trước phẫu thuật là 2.3 lần.

SUMMARY

EVALUATION OF SURGICAL OUTCOMES OF RECONSTRUCTION OF NASAL TISSUE DEFECTS INVOLVING THE ALAR REGION AT CHO RAY HOSPITAL

Background: Numerous surgical techniques exist for reconstructing tissue loss of the nose that involves the alar region, including local skin flaps, full-thickness skin grafts, composite grafts, pedicled flaps and free flaps. Operative outcomes vary according to the extent of injury and the method chosen for repairing nasal and alar defects. To provide a focused assessment of the effectiveness of reconstruction for alar-related defects, we conducted the study "Evaluation of surgical outcomes of reconstruction of nasal tissue defects involving the alar region at Cho Ray Hospital". **Materials and Methods:** This prospective descriptive case-series included patients undergoing reconstructive surgery for nasal tissue loss involving the alar region in the Departments of Otorhinolaryngology and Plastic & Aesthetic Surgery, Cho Ray Hospital, from October 2014 to July 2015. **Results:** Among 21 patients, 9/21 had lesions confined to the alar region, whereas 12/21 had combined defects of other nasal sub-units; one patient had total loss of the nasal pyramid. Regarding technique, 17/21 defects were reconstructed with local flaps, 3/21 with auricular chondro-cutaneous composite grafts, and 1/21 with a free flap. Post-operatively, all patients achieved symmetry in alar base length and width; however, alar thickness remained unequal. Twenty of 21 patients had a modified Rhinoplasty Outcome Evaluation (ROE) satisfaction score > 50, with a mean of 75.4 ± 15.52. The mean satisfaction score improved by 42.86 points compared with pre-operative values. **Conclusion:** Surgery resulted in symmetrical alar base length and width on both sides. However, the thickness of the nose is still different because this unit tends to protrude higher than nearby units after reconstruction. The mean satisfaction score increased by 42.86 points post-operatively—an improvement of 2.3 times over the pre-operative score.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Mũi được chia thành nhiều tiểu đơn vị nhân trắc học, trong đó cánh mũi là vị trí thường xuyên bị ảnh hưởng bởi các tổn khuyết của mũi. Nguyên nhân của các tổn khuyết này có thể do chấn thương gây mất cánh mũi, nhiễm trùng hoại tử, sau phẫu thuật loại bỏ khối u vùng mũi nhất là ung thư cần phải cắt bỏ rộng rãi hoặc những khiếm khuyết bẩm sinh.

Việc tái tạo các tổn khuyết ảnh hưởng đến cánh mũi là một trong những thách thức của

phẫu thuật vùng hàm mặt do những đặc điểm đặc biệt của khu vực này như: đường cong của cánh mũi, màu sắc da ghép, cấu trúc của mũi và vale mũi. Có nhiều phương pháp để tái tạo cấu trúc mũi tổn khuyết, bao gồm: sử dụng vật da tại chỗ, mảnh ghép da dày, mảnh ghép phức hợp, vật có cuống và vật tự do. Sau phẫu thuật, kết quả sẽ thay đổi tùy mức độ thương tổn, phương pháp chỉnh hình lại các tổn thương gây khuyết ở mũi và cánh mũi.

Để có đánh giá cụ thể hiệu quả của phẫu thuật tái tạo tổn khuyết mất chất mũi có liên quan đến cánh mũi, chúng tôi thực hiện đề tài: *"Đánh giá kết quả phẫu thuật chỉnh hình tổn khuyết mất chất mũi có liên quan đến cánh mũi tại Bệnh viện Chợ Rẫy"*.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Các bệnh nhân được điều trị phẫu thuật tạo hình tổn khuyết mất chất mũi có liên quan đến cánh mũi tại khoa Tai Mũi Họng và khoa Tạo Hình Thẩm Mỹ - Bệnh viện Chợ Rẫy từ tháng 10 năm 2014 đến tháng 07 năm 2015.

Tiêu chuẩn chọn mẫu gồm: Những bệnh nhân có tổn thương khuyết mất chất mũi liên quan cánh mũi và những bệnh cần tái tạo lại cánh mũi sau cắt bỏ u; Đồng ý tham gia nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ gồm: Bệnh nhân bị tiểu đường không kiểm soát được đường huyết; Có nhiễm trùng vùng chuẩn bị phẫu thuật

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: mô tả tiền cứu loạt ca.

2.3. Phương pháp tiến hành. Mỗi bệnh nhân được thăm khám lâm sàng, ghi nhận các biến số theo phiếu thu thập số liệu, xác định các mốc, đo các kích thước trước và sau phẫu thuật.

Ghi nhận các phương pháp phẫu thuật chỉnh hình tổn khuyết mất chất mũi có liên quan đến cánh mũi, diễn tiến hậu phẫu.

Đánh giá kết quả sau phẫu thuật 1 tháng gồm: chức năng, thẩm mỹ, sự cân xứng hình thái và độ hài lòng của bệnh nhân.

Mức độ hài lòng của bệnh nhân về tình trạng mũi trước và sau phẫu thuật được đánh giá bằng bảng câu hỏi đánh giá kết quả tái tạo mũi, sửa đổi dựa trên bảng câu hỏi ROE (Rhinoplasty Outcomes Evaluation questionnaires viết tắt ROE). Bảng đánh giá kết quả tạo hình mũi ROE được Alsarraf và cộng sự giới thiệu vào năm 2000[2]. Bệnh nhân sẽ được phỏng vấn trả lời sáu câu hỏi, mỗi câu hỏi có năm lựa chọn, được chia từ không đến bốn. Không là câu trả lời xấu nhất, bốn là câu trả lời tốt nhất.

Bảng 1: Bộ câu hỏi đánh giá kết quả tái tạo

mũi, sửa đổi dựa trên bảng câu hỏi ROE

Câu hỏi 1: Bạn có hài lòng với hình dạng mũi của bạn không?

Không (0), Một phần (1), Đôi lúc không (2), Được (3), Rất hài lòng (4)

Câu hỏi 2: Bạn thở thoải mái bằng đường mũi không? Nghẹt bít kín (0), Chỉ một chút (1), Hơi hơi (2), Khá tốt (3), Thở bình thường (4)

Câu hỏi 3: Bạn có tin rằng bạn bè và người thân thuộc thích mũi của bạn?

Hoàn toàn không (0), Ít tin (1), Cũng tùy (2), Khá tin (3), Tin tưởng tuyệt đối (4)

Câu hỏi 4: Bạn có nghĩ rằng hình dạng mũi hiện tại của bạn ảnh hưởng xấu đến hoạt động xã hội và công việc của bạn không?

Luôn luôn (0), Thường xuyên (1), Thi thoảng (2), Hiếm khi (3), Chưa bao giờ (4)

Câu hỏi 5: Bạn có tin là hình dạng mũi hiện tại là tốt nhất có thể rồi không?

Hoàn toàn không (0), Chỉ một chút (1), Còn tùy (2), Khá tin (3), Tin tưởng tuyệt đối (4)

Câu hỏi 6: Bạn sẽ trải qua phẫu thuật tạo để thay đổi hình dạng mũi, bệnh lý hoặc cải thiện chức năng thở của bạn chứ?

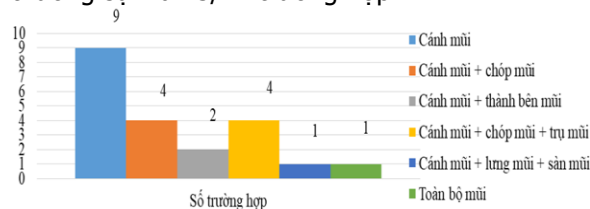
Chắc chắn rồi (0), Rất có thể (1), Có lẽ có (2), Có lẽ không (3), Chắc chắn không (4)

Xử lý số liệu: Các số liệu sau khi đo đạc và thu thập được xử lý bằng phần mềm SPSS 22.0

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Từ tháng 10/2014 đến tháng 07/2015 chúng tôi đã thực hiện được 21 trường hợp phẫu thuật tái tạo tổn khuyết mất chất mũi liên quan cánh mũi sau tai nạn, bỏng hoặc sau cắt u.

3.1. Đặc điểm lâm sàng tổn khuyết mất chất mũi liên quan cánh mũi. Nguyên nhân gây tổn khuyết cánh mũi: có 11 trường hợp thứ phát sau mổ u, 8 do tai nạn và 2 do bỏng. Tình trạng tổn thương mô mềm đơn thuần là 8/21 trường hợp, tổn thương mô mềm phối hợp tổn thương sụn là 13/21 trường hợp.



Biểu đồ 1: Các tổn khuyết mũi phối hợp liên quan cánh mũi

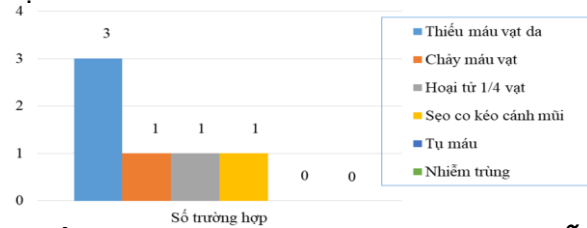
Nhận xét: Tổn thương khu trú cánh mũi chiếm 9/21 và tổn thương phối hợp liên quan là 12/21, trong đó chóp mũi là vị trí thường liên quan ảnh hưởng nhất.

3.2. Phương pháp phẫu thuật

Bảng 2: Lựa chọn vật và mảnh ghép

Vật và mảnh ghép	Số trường hợp	Tỷ lệ
Vật tại chỗ	17	17/21
Mảnh ghép phức hợp da sụn vành tai	3	3/21
Vật tự do	1	1/21

Nhận xét: Vật tại chỗ được sử dụng nhiều nhất, tiếp đó là ghép phức hợp, cuối cùng là vật tự do.



Biểu đồ 2: Tai biến và biến chứng sau phẫu thuật

Nhận xét: Sau phẫu thuật thiếu máu là biến chứng hay cao nhất có 3 trường hợp. Không có trường hợp tụ máu hoặc nhiễm trùng.

3.3. Đánh giá kết quả phẫu thuật sau 1 tháng

Bảng 3: Đánh giá thay đổi về chức năng thở và ngủ

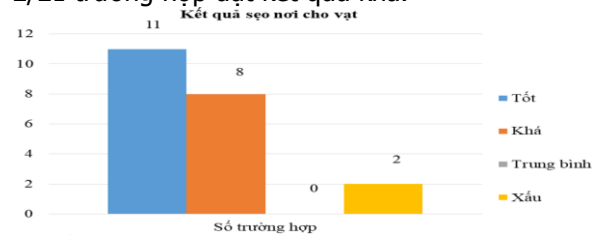
	Trước mổ	Xấu	Trung bình	Khá	Tốt
Sau mổ					
Xấu		0	0	0	0
Trung bình		1	0	0	0
Khá		0	1	1	0
Tốt		0	1	2	15

Nhận xét: Sau phẫu thuật 18/21 trường hợp có chức năng thở và ngủ tốt. Chỉ còn 2/21 trường hợp thở khá và 1/21 trường hợp thở trung bình.



Biểu đồ 3: Mô sẹo nơi ghép mảnh ghép hoặc vật da với cánh mũi

Nhận xét: Có 19/21 sẹo đạt kết quả tốt, 2/21 trường hợp đạt kết quả khá.



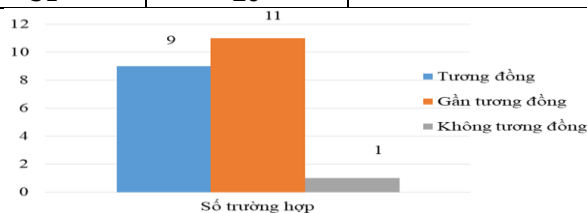
Biểu đồ 4: Mô sẹo nơi lấy vật hoặc mảnh ghép

Nhận xét: 2/21 trường hợp sẹo xấu ở vùng cánh tay, 8/21 trường hợp sẹo đạt kết quả khá ở rãnh mũi má và trán, 11/21 trường hợp sẹo đạt kết quả tốt ở vùng thấp mũi và tai.

Bảng 4: Chiều rộng chân cánh mũi sau phẫu thuật

Tổn khuyết cánh mũi	Cánh mũi	Chiều rộng chân cánh mũi (mm)			P (Mann-Whitney test)
		Trung bình	Lớn nhất	Nhỏ nhất	
Một bên	Bên lành	20.05 ± 2.26	25	16	0.47
	Bên khuyết	20.61 ± 2.48	25	15	
Hai bên	Bên trái	24.67 ± 6.43	32	20	0.9
	Bên phải	25.33 ± 5.51	31	20	

Nhận xét: Trường hợp tổn khuyết cánh mũi một bên, chiều rộng chân cánh mũi bên lành và bên khuyết khác biệt không ý nghĩa thống kê sau tái tạo lại cánh mũi ($p=0.47 > 0.05$). Tương tự, trường hợp tổn khuyết cánh mũi hai bên, chiều rộng chân cánh mũi 2 bên khác biệt không ý nghĩa thống kê sau tái tạo ($p=0.9 > 0.05$)



Biểu đồ 5: Màu sắc da nơi ghép

Nhận xét: 9/21 trường hợp màu sắc vạt da tương đồng với thấp mũi, 11/21 trường hợp gần tương đồng, 1/21 trường hợp không tương đồng.

Bảng 5: Chiều dài cánh mũi sau phẫu thuật

Tổn khuyết cánh mũi	Cánh mũi	Chiều dài cánh mũi (mm)			P (Mann-Whitney test)
		Trung bình	Lớn nhất	Nhỏ nhất	
Một bên	Bên lành	32.94 ± 3.78	40	25	0.31
	Bên khuyết	34.44 ± 4.51	43	26	
Hai bên	Bên trái	36.00 ± 5.29	40	30	0.99
	Bên phải	36.67 ± 7.64	45	30	

Nhận xét: Trường hợp tổn khuyết cánh mũi một bên, chiều dài cánh mũi bên lành và bên khuyết sau tái tạo khác biệt không ý nghĩa thống kê ($p=0.31 > 0.05$). Trường hợp tổn khuyết cánh mũi hai bên, chiều dài cánh mũi hai bên khác biệt không ý nghĩa thống kê sau tái tạo ($p=0.99 > 0.05$).

Bảng 6: Bề dày cánh mũi sau phẫu thuật

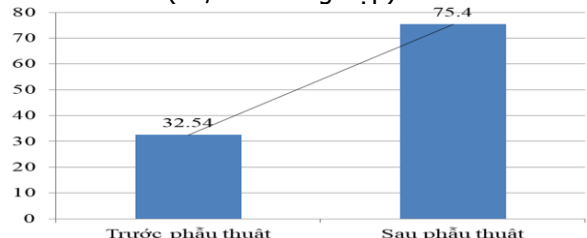
Tổn khuyết cánh mũi	Cánh mũi	Bề dày cánh mũi (mm)			P (Mann-Whitney test)
		Trung bình	Lớn nhất	Nhỏ nhất	
Một bên	Bên lành	4.5 ± 1.65	10	3	0.048
	Bên khuyết	5.78 ± 2.51	12	3	
Hai bên	Bên trái	10.67 ± 5.51	17	07	0.376
	Bên phải	8.00 ± 2.65	11	06	

Nhận xét: Trường hợp tổn khuyết cánh mũi một bên, bề dày cánh mũi bên khuyết sau tái tạo lớn hơn bề dày cánh mũi bên lành có ý nghĩa thống kê ($p=0.048 < 0.05$). Sự khác biệt này chủ yếu ở các trường hợp cần tái tạo bờ cánh mũi. Đối với trường hợp tái tạo cả hai bên cánh mũi, bề dày trung bình cánh mũi hai bên chênh nhau khoảng 2.67 mm. Tuy nhiên sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê ($p=0.376 > 0.05$)

Bảng 7: Điểm hài lòng của bệnh nhân trước và sau phẫu thuật

Điểm ROE	Trước phẫu thuật		Sau phẫu thuật	
	Số trường hợp	Tỷ lệ	Số trường hợp	Tỷ lệ
<25	10	10/21	0	0/21
25 - <50	5	5/21	1	1/21
50 - <75	5	5/21	7	7/21
75-100	1	1/21	13	13/21

Nhận xét: Trung bình điểm hài lòng trước phẫu thuật là 32.54 ± 22.53 , nhỏ nhất là 0, lớn nhất là 83.33. Có 15/21 trường hợp bệnh nhân trước phẫu thuật có độ hài lòng <50. Điểm hài lòng trung bình sau phẫu thuật là 75.4 ± 15.52 , nhỏ nhất là 33.33, lớn nhất là 100. Sau phẫu thuật hầu hết các bệnh nhân đều có độ hài lòng trên 50 điểm (20/21 trường hợp).



Biểu đồ 6: Sự cải thiện điểm hài lòng trung bình của bệnh nhân trước và sau phẫu thuật

Nhận xét: Mức độ hài lòng sau phẫu thuật cải thiện hơn so với trước phẫu thuật, điểm hài lòng trung bình cải thiện là 42.86 (T test, $p=0.001 < 0,05$). Điểm số hài lòng sau phẫu thuật cao gấp 2.3 lần điểm số trước phẫu thuật.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Về đặc điểm lâm sàng của khuyết cánh mũi. Nguyên nhân gây tổn khuyết mũi liên quan đến cánh mũi đa dạng, tuy nhiên tỷ lệ khuyết cánh mũi nguyên phát do tai nạn và thứ phát do cắt u tương đương nhau. Vị trí sang thương khuyết cánh mũi thường kết hợp với các tiểu đơn vị khác của mũi. Chóp mũi là tiểu đơn vị liên quan nhiều nhất.

Tình trạng tổn thương sụn có ở phần lớn trường hợp (61.9%), đòi hỏi kỹ thuật tái tạo phức tạp.

4.2. Về phương pháp phẫu thuật. Khi lựa chọn vật và mảnh ghép, dựa vào nghiên cứu về các tiểu đơn vị giải phẫu theo Shan R.Baker kết hợp năm được giải phẫu và sinh lý của vật giúp việc lựa chọn vật đạt kết quả thành công cao. Sụn và xương được dùng để tái tạo bộ khung của mũi, vật da dùng để tạo hình có màu sắc và kết cấu càng giống với da vùng mũi là chất liệu tốt cho tái tạo khuyết hồng mũi[3], [5]. Trong nghiên cứu chúng tôi nhận thấy các trường hợp tạo hình sử dụng vật da trán thường cho kết quả rất tốt, độ tương hợp của da vật và khuyết hồng rất cao[3], [4], [6].

Tai biến chúng tôi gặp nhiều là thiếu máu vật (3/21 trường hợp). Chảy máu vật (1/21 trường hợp), hoại tử một phần vật (1/21 trường hợp), sẹo co rút (1/21 trường hợp). Tuy nhiên kết quả sau 01 tháng các vật và mảnh ghép đều sống tốt.

4.3. Đánh giá kết quả phẫu thuật sau 1 tháng. Chức năng thở và ngủ hầu hết đạt kết quả tốt sau mổ (19/21 trường hợp), khá và trung bình chiếm tỷ lệ nhỏ (2/21) trường hợp.

Về thẩm mỹ, mô sẹo nơi mép nối mảnh ghép hoặc vật da với cánh mũi thường đạt kết quả tốt sau mổ: 19/21 trường hợp đạt kết quả tốt, khá là 2/21 trường hợp.

Sẹo nơi lấy vật hoặc mảnh ghép vị trí tại tháp mũi hay vành tai đạt kết quả tốt. Vị trí nơi cho là rãnh mũi má hay ở trán kết quả đạt khá. Sẹo ở cẳng tay khi cho vật da cẳng tay quay kết quả xấu da xu hướng dẫn rộng sẹo.

Màu sắc vùng da nơi ghép đạt kết quả tương đồng khi sử dụng vật tại chỗ trên tháp mũi. Kết quả gần tương đồng khi sử dụng những vật, mảnh ghép xung quanh tháp mũi: vật mũi má, vật da trán, mảnh ghép da phức hợp sụn vành

tai. Vật tự do cho kết quả không tương đồng với tháp mũi và da mặt xung quanh.

Về hình thái giữa hai bên cánh mũi, chiều rộng chân cánh mũi bên lành và bên khuyết sau phẫu thuật khác biệt không ý nghĩa thống kê và gần tương đồng với chỉ số của người Việt Nam theo nghiên cứu của tác giả Trần Thị Anh Tú[1]. Đối với trường hợp khuyết cánh mũi hai bên, chiều rộng chân cánh mũi hai bên khác biệt không ý nghĩa thống kê.

Chiều dài cánh mũi sau phẫu thuật có sự cân xứng đối với trường hợp khuyết cánh mũi một bên cũng như cả hai bên. Tuy nhiên chiều dài trung bình cánh mũi sau tái tạo đối với trường hợp khuyết cánh mũi hai bên lớn hơn so với trường hợp khuyết cánh mũi một bên.

Bề dày trung bình cánh mũi sau phẫu thuật giữa bên lành và bên khuyết sau tái tạo khác biệt có ý nghĩa thống kê với ($p=0.048 < 0.05$). Đối với các trường hợp khuyết cánh mũi hai bên, sự chênh lệch này không có ý nghĩa thống kê ($p=0.376 > 0.05$), tuy nhiên chênh lệch so với chuẩn bình thường theo nghiên cứu của tác giả Trần Thị Anh Tú[1].

Về mức độ hài lòng, sau phẫu thuật mức độ hài lòng của bệnh nhân được cải thiện hơn rất nhiều so với trước phẫu thuật, điểm cải thiện là 42.86. Mức cải thiện này gần với kết quả 44.5 trong nghiên cứu độ hài lòng phẫu thuật chỉnh hình mũi của tác giả Alssarraf và cộng sự[2]. Có sự tương đồng giữa điểm số hài lòng của bệnh nhân và thực tế lâm sàng, thể hiện độ tin cậy của thang điểm ROE sửa đổi khi dùng để đánh giá kết quả hài lòng của bệnh nhân sau phẫu thuật tái tạo mũi.

V. KẾT LUẬN

Các bệnh nhân sau phẫu thuật đều đạt kết quả cân xứng chiều dài và chiều rộng chân cánh mũi hai bên. Tuy nhiên bề dày cánh mũi vẫn còn chênh lệch nhau bởi đơn vị này có khuynh hướng nhô cao hơn các đơn vị lân cận sau tái tạo.

Điểm số hài lòng trung bình cải thiện sau phẫu thuật so với trước phẫu thuật là 42.86. Điểm số hài lòng sau phẫu thuật cao gấp 2.3 lần điểm số trước phẫu thuật.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Trần Thị Anh Tú.** (2003). "Hình thái, cấu trúc tháp mũi người trưởng thành". Luận án tiến sĩ y học, ĐHY Dược TP HCM.
2. **Alsarraf Ramsey** (2000), "Outcomes Research in Facial Plastic Surgery: A Review and New Directions". Aesthetic Plastic Surgery, 24(3), pp 192-197.
3. **Baker, S. R.** (2007), "Reconstruction of the Nose"

- in Local Flaps in Facial Reconstruction, edited by Shan R Baker, 2nd ed, Mosby, pp 415-474.
4. **Baker, S. R.** (2007), "Interpolated paramedian forehead flaps" in Local Flaps in Facial Reconstruction, edited by Shan R Baker, 2nd ed, Mosby, pp 265-312.
 5. **Burget, G. C., Menick, F. J.** (1986), "Nasal reconstruction: seeking a fourth dimension". Plastic and reconstructive surgery, 78(2), pp 145-157.
 6. **Menick, F. J.** (2004), "Nasal reconstruction: forehead flap". Plastic and Reconstructive Surgery, 113(6), pp 100-111.

NGHIÊN CỨU GIÁ TRỊ CỦA KỸ THUẬT TMA TRONG ĐÁNH GIÁ BIỂU HIỆN PROTEIN p53 TRÊN CARCINÔM NỘI MẠC TỬ CUNG

Lê Hoàng Anh¹, Vũ Huyền Trang²,
Thái Anh Tú², Ngô Thị Tuyết Hạnh^{1,3}

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Carcinôm nội mạc tử cung (NMTC) là một trong những ung thư phổ biến ở phụ nữ, trong đó phân nhóm có đột biến p53 có tiên lượng xấu nhất. Hóa mô miễn dịch (HMMD) là phương pháp hiệu quả trong đánh giá biểu hiện p53. Kỹ thuật TMA giúp phân tích đồng thời nhiều mẫu mô với chi phí và thời gian tối ưu. **Mục tiêu:** Đánh giá biểu hiện protein p53 bằng phương pháp HMMD và so sánh kết quả giữa mẫu TMA với mẫu bệnh phẩm phẫu thuật. **Đối tượng – phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 112 mẫu carcinôm NMTC tại Bệnh viện Ung Bướu TP.HCM, Các đặc điểm giải phẫu bệnh như loại mô học, độ mô học được đánh giá dựa trên tiêu bản nhuộm Hematoxyline – Eosin. Áp dụng kỹ thuật HMMD với kháng thể p53 trên mẫu TMA và mẫu phẫu thuật, đánh giá độ tương đồng. **Kết quả:** Độ tuổi trung bình ghi nhận được là $56,5 \pm 10,71$ tuổi. Nhóm tuổi >50 tuổi chiếm tỉ lệ cao nhất trong mẫu nghiên cứu với 76,8%. Carcinôm dạng nội mạc tử cung là loại mô học chiếm ưu thế, với 89 trường hợp, tương ứng 79,46%, trong đó độ 2 chiếm tỉ lệ cao nhất là 40,45%, độ 3 chiếm 38,20%, độ 1 chiếm 21,35%. Tỉ lệ biểu hiện p53 bất thường trên mẫu phẫu thuật là 18,75%, trên mẫu TMA là 19,4%. Sự tương đồng giữa hai phương pháp đạt 98,2%, với hệ số Kappa được tính là 0,950 với sai số chuẩn 0,034, khoảng tin cậy 95% từ 0,883 đến 1,000 và $p < 0,001$. **Kết luận:** Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy rằng kỹ thuật TMA có độ tương đồng cao với mẫu phẫu thuật trong đánh giá p53, cho thấy giá trị ứng dụng trong nghiên cứu và thực hành giải phẫu bệnh.

Từ khóa: carcinôm nội mạc tử cung, protein p53, hóa mô miễn dịch, kỹ thuật TMA.

SUMMARY

EVALUATION OF THE VALUE OF TISSUE MICROARRAY (TMA) TECHNIQUE IN

¹Bệnh viện Nguyễn Tri Phương.

²Bệnh viện Ung bướu Thành phố Hồ Chí Minh.

³Trường Y - Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh.

Chịu trách nhiệm chính: Ngô Thị Tuyết Hạnh

Email: ngothituyethanh@ump.edu.vn

Ngày nhận bài: 16.4.2025

Ngày phản biện khoa học: 20.5.2025

Ngày duyệt bài: 18.6.2025

ASSESSING P53 PROTEIN EXPRESSION IN ENDOMETRIAL CARCINOMA

Background: Endometrial carcinoma (EC) is one of the most common malignancies in women, with the p53-mutant molecular subgroup associated with the poorest prognosis. Immunohistochemistry (IHC) is an effective method for assessing p53 expression. The tissue microarray (TMA) technique enables simultaneous analysis of multiple tissue samples in a cost- and time-efficient manner. **Objective:** To evaluate p53 protein expression using IHC and compare results between TMA cores and conventional surgical specimens. **Subjects and Methods:** A cross-sectional descriptive study was conducted on 112 endometrial carcinoma samples at Ho Chi Minh City Oncology Hospital. Histopathological features, including histologic type and grade, were evaluated on hematoxylin and eosin-stained slides. IHC staining for p53 was performed on both TMA cores and surgical specimens, and concordance was assessed. **Results:** The mean age was 56.5 ± 10.71 years, with the >50-year-old group accounting for 76.8% of the cases. Endometrioid carcinoma was the predominant histologic subtype (79.46%, $n = 89$), with grade 2 comprising 40.45%, grade 3 at 38.20%, and grade 1 at 21.35%. Abnormal p53 expression was observed in 18.75% of surgical specimens and 19.4% of TMA samples. The concordance rate between the two methods was 98.2%, with a Kappa coefficient of 0.950 (standard error: 0.034; 95% confidence interval: 0.883–1.000; $p < 0.001$). **Conclusion:** Our study demonstrates that the TMA technique has a high concordance with surgical specimens in evaluating p53 expression, supporting its applicability in both research and routine pathology practice.

Keywords: endometrial carcinoma, p53 protein, immunohistochemistry, tissue microarray.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Carcinôm nội mạc tử cung (NMTC) là ung thư phụ khoa phổ biến với tỉ lệ mắc và tử vong ngày càng tăng. Theo Globocan 2022, Việt Nam ghi nhận 4.950 ca mới [1]. Phân loại mô bệnh học tuy là nền tảng chẩn đoán, nhưng chưa đủ để tiên lượng chính xác, đặc biệt trong các thể mô học độ cao. Phân loại phân tử theo Tổ chức Y tế Thế giới 2020 bổ sung thêm 4 nhóm, trong