

- cứ y học Phụ trường, 62(3), 10-14.
5. **Trần Huy Thịnh, Ngô Thị Thảo và Trần Văn Khánh** (2022). Phát hiện đột biến gen G6PD ở bệnh nhân thuộc nhóm dân tộc Tày thiểu hụt enzyme glucose-6-phosphatase dehydrogenase. Tạp chí Y học Việt Nam, 513(2).
6. **ESHRE PGT-M Working Group** (2020). ESHRE PGT Consortium good practice recommendations for the detection of monogenic disorders. Human reproduction open, 2020(3).

ỨNG DỤNG SỤN SƯỜN NHUYỄN TỰ THÂN TRONG CHỈNH HÌNH MŨI CHẤN THƯƠNG

Ngô Văn Công¹, Lê Huy Hoàng²

TÓM TẮT

Mục tiêu nghiên cứu: ứng dụng sụn sườn nhuyễn tự thân trong chỉnh hình mũi trên bệnh nhân gãy xương chính mũi sau chấn thương. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** mô tả cắt ngang có can thiệp. Khảo sát các triệu chứng lâm sàng, các thương tổn kèm theo và hiệu quả điều trị ở bệnh nhân gãy xương chính mũi sau chấn thương tại khoa Tai Mũi Họng - Bệnh Viện Chợ Rẫy. **Kết quả:** từ 01/ 2020 – 12/ 2022, có 65 trường hợp gãy xương chính mũi sau chấn thương được phẫu thuật chỉnh hình mũi bằng sụn sườn tự thân. Với các tổn thương thường gặp: lệch sóng mũi, lõm sóng mũi 100% trường hợp; gãy vách ngăn 69,2% trường hợp; sụp khối mũi trán 24,6% trường hợp. Can thiệp chỉnh hình sóng mũi bằng sụn sườn tự thân 100% các trường hợp, kết hợp chỉnh hình vách ngăn 53,8%; nâng khớp mũi trán 24,6%; mổ xoang nội soi 6,2%. **Kết luận:** Chỉnh hình mũi chấn thương là phẫu thuật thách thức và khó khăn. Hầu hết các trường hợp mũi chấn thương, sử dụng sụn sườn tự thân nhuyễn chỉnh hình sóng mũi cho kết quả tốt, bệnh nhân hài lòng dạng mũi, ít biến chứng di lệch hoặc nhiễm trùng sau phẫu thuật.

Từ khóa: chỉnh hình mũi sau chấn thương, chỉnh hình mũi bằng sụn sườn nhuyễn, chỉnh hình mũi sụn sườn tự thân

SUMMARY

APPLICATION OF AUTOLOGOUS DICED COSTAL RHINOPLASTY WITH TRAUMATIC NASAL BONE FRACTURE

Objectives: Application of autologous diced costal rhinoplasty on patients with nasal bone fracture after facial trauma. **Materials and Methods:** descriptive study with intervention. To survey about clinical symptoms and accompanying lesions of patients having complex nasal bone fracture after facial trauma. Effect of costal rhinoplasty combined with nasal endoscopic surgery in patients nasal bone fracture after facial trauma at the Otolaryngology

Department - Cho Ray Hospital. **Results:** From 02/2020 - 12/2022, there are 65 cases of serious nasal bone fractures after facial trauma have operated autologous diced costal open rhinoplasty and nasal endoscopic cooperation to cure post-trauma sinusitis. There are a lot of lesions in facial trauma consist of 65/65 (100%) cases with nasal bone fracture and nasal dorsal concave, nasal septal fracture (69,2%), nasofrontal joint collapse (14,6%). Almost of cases were autologous diced costal rhinoplasty (100%). In addition, surgeon must combine with other surgery such as: nasal septoplasty (53,8%); nasofrontal joint elevator (24,6%); 6,2% maxillary endoscopic surgery. **Conclusion:** Traumatic rhinoplasty is challenging and difficult surgery. Almost of cases traumatic nasal bone fracture were applied autologous diced costal cartilage in open rhinoplasty giving good results, satisfaction of almost patients, rare complications such infected, displaced nasal dorsum.

Keywords: open rhinoplasty after nasal bone trauma; diced costal rhinoplasty; autologous costal rhinoplasty.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Sụn sườn trong phẫu thuật tạo hình mũi được phổ biến 70 năm trước đây, nhưng sau chiến tranh thế giới thứ II phần lớn silicone được dùng để thay thế dần[2]. Ngày nay, Silicone là vật liệu phổ biến trong cấy ghép sóng mũi, cho kết quả tốt. Tuy nhiên, giới hạn về mặt tương thích sinh học có thể gây ra các phản ứng dị ứng, lồi ra, lệch và nhiễm trùng.

Năm 1889, Von Mangoldt lần đầu tiên báo cáo sử dụng sụn sườn tự thân trong chỉnh hình mũi[3]. Nhưng hạn chế chính của sụn sườn khối là bị vênh khó lường theo thời gian. Thêm vào đó, các phẫu thuật viên chưa có kinh nghiệm rất khó điều chỉnh sụn sườn thành hình dạng chính xác. Năm 1954, Peer lần đầu tiên báo cáo sụn sườn nhuyễn cho phẫu thuật tái tạo để tránh vấn đề vênh sụn[7]. Sụn sườn mỏng kích thước khoảng 0,5-1.0 mm có thể dễ uốn chỉnh và không có khả năng bị vênh cong. Do đó, chúng tôi ứng dụng sụn sườn tự thân nhuyễn trong chỉnh hình mũi sau chấn thương tại Khoa Tai Mũi Họng – Bệnh viện Chợ Rẫy.

¹Bệnh viện Chợ Rẫy

²Đại học Y Dược TP.HCM

Chịu trách nhiệm chính: Ngô Văn Công

Email: congtmh@gmail.com

Ngày nhận bài: 7.3.2023

Ngày phản biện khoa học: 25.4.2023

Ngày duyệt bài: 10.5.2023

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Từ tháng 1/2020 đến 12/ 2022, chúng tôi thực hiện được 65 trường hợp chỉnh hình mũi sụn sườn tự thân nhuyển cho các trường hợp mũi chấn thương tại Khoa Tai Mũi Họng – Bệnh viện Chợ Rẫy.

Phương pháp nghiên cứu: mô tả loạt ca có can thiệp.

Phương pháp phẫu thuật:

+ Chuẩn bị sụn sườn: thủ thuật được thực hiện dưới gây mê toàn thân. Sụn sườn được lấy từ sụn sườn số 6,7 với đường rạch 2 – 3 cm. Tách phần sụn khỏi màng sụn. Sụn sườn được lấy với chiều dài 2,5 - 4.0 cm. Từ đoạn sụn sườn lấy được, tôi tiến hành cắt thành các mảnh ghép (thanh nhỏ) với chiều rộng 2-3 mm, thanh nhỏ phải dài hơn chiều dài của trụ mũi, chúng sẽ có chức năng như mảnh ghép gia cố trụ mũi hoặc kéo dài đầu mũi trở thành cấu trúc nâng đỡ chính cho sự nhô ra và kéo dài đầu mũi và duy trì hình dạng của trụ mũi. Phần sụn còn lại được cắt nhuyễn thành các miếng nhỏ kích thước # 0.5 mm bỏ vào syringe 1ml và nén loại bỏ khoảng chết, bơm vào túi cân cơ thái dương.



Hình 1: Sụn sườn tự thân sau khi lấy ra



Hình 2: Sụn sườn tự thân sau xử lý (sụn nhuyễn, thanh sụn) + cân cơ thái dương

+ Kỹ thuật chỉnh hình mũi: phẫu thuật lấy sụn sườn và làm các mảnh ghép, đồng thời tiến hành bóc tách vào khoang sổng mũi thích hợp qua đường mổ hở ngang trụ mũi hình chữ V ngược, và bóc tách vạt da mũi theo bờ tự do của sụn cánh lớn. Bóc tách sát sụn cánh lớn trên mũi và giải phóng các mô bám trên sụn cánh lớn, để dễ dàng điều chỉnh đầu mũi dài ra hay nhô lên theo sụn cánh lớn 2 bên mũi. Tiếp tục bóc tách

khoang mũi dọc theo sổng mũi được thực hiện cẩn thận trên xương mũi và dưới màng xương đến góc mũi trán. Sau khi bóc tách khoang mũi, tiếp tục thực hiện gia cố trụ mũi và kéo dài đầu mũi bằng các thanh sụn sườn được chuẩn bị trước, cố định các thanh sụn sườn bằng chỉ BDS 5.0. Sau đó, khâu chỉnh sụn cánh lớn để tạo hình đầu mũi. Hoàn thiện gia cố chi tiết các cấu trúc trụ, đầu mũi hoàn thành, tiến hành làm đầy khoang sổng mũi bằng cách đặt khối sụn nhuyển trong túi cân cơ thái dương và khoang sổng mũi. Khi hoàn thiện, nắn chỉnh sổng mũi để tạo dáng và phủ lại vạt da mũi, khâu cố định bằng nylon 6.0. Đặt dẫn lưu và cố định sổng mũi.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Tất cả bệnh nhân theo dõi ít nhất 6 tháng, thời gian trung bình 16,9 (6 – 24 tháng). Nam 45 trường hợp. Hầu hết nguyên nhân đều do tai nạn giao thông gây chấn thương và biến dạng vùng mũi.

Bảng 1: Triệu chứng thường gặp

Triệu chứng	Trước mổ (n=65)		Sau mổ (n=65)	
	Số lượng	Tỷ lệ	Số lượng	Tỷ lệ
Nghẹt mũi	65	100%	5	7,7%
Chảy mũi	25	38,5%	2	3,1%
Đau đầu, đau vùng mặt	32	49,2%	1	1,5%
Không hài lòng về khuôn mặt	65	100%	0	0

Bảng 2: Các thương tổn vùng mặt sau chấn thương

Thương tổn (n=65)	Số lượng (n=65)	Tỷ lệ
Lõm sổng mũi	65	100%
Sổng mũi lệch	65	100%
Sụp khối mũi trán	16	24,6%
Gãy vách ngăn	45	69,2%
Gãy bờ dưới ổ mắt	4	6,1%
Gãy xương hàm gò má	3	4,6%
Viêm xoang hàm	4	6,1%
Cửa mũi không đều	12	18,4%
Sẹo co rút chóp mũi	3	4,6%
Mất chất cánh mũi	2	3,1%
Thủng vách ngăn	1	1,5%

Bảng 3: Các phẫu thuật

Thương tổn (n = 65)	Số lượng	Tỷ lệ
Chỉnh hình sổng mũi sụn sườn	65	100%
Nâng khớp mũi trán	16	24,6%
Chỉnh hình vách ngăn	35	53,8%
Chỉnh hình xương gò má và bờ dưới ổ mắt bằng nẹp vis	1	1,5%
Mổ nội soi xoang	4	6,2%

Chỉnh hình cánh mũi bằng vật mũi má	1	1,5%
--	---	------

IV. BÀN LUẬN

Từ tháng 1/2020 đến 12/2022 đã thực hiện 65 trường hợp phẫu thuật chỉnh hình mũi bằng sụn sườn nhuyễn tự thân bao bọc bởi cân cơ thái dương tại Khoa Tai Mũi Họng – Bệnh viện Chợ Rẫy. Hầu hết là ở tuổi trung niên 20 -35 tuổi, nam giới chiếm ưu thế 69,2%. Nguyên nhân thường gặp là do tai nạn giao thông.

Các triệu chứng thường dẫn bệnh nhân đến khám là không hài lòng với khuôn mặt do biến dạng vùng mũi 100% trường hợp. Kèm theo có các triệu chứng nghẹt mũi 100% trường hợp, đau đầu và vùng mặt chiếm khoảng 49,2%. Với các thương tổn thường gặp là gãy xương chính mũi gây biến dạng vẹo và lõm 100% trường hợp. Bên cạnh đó, các thương tổn khác kèm theo lần lượt gãy vách ngăn (69,2%), sụp khối mũi trán (24,6%), cửa mũi không đều (18,4%), gãy xương gò má và bờ dưới ổ mắt (10,7%), viêm xoang (6,1%)...

Hầu hết các trường hợp chấn thương, các xương chính mũi bị gãy lệch và gây cal xương tạo nên nên mũi không đều. Do đó, việc dùng vật liệu nhân tạo làm sống mũi có nguy cơ vẹo, lệch về sau hoặc nhiễm trùng sau hậu phẫu cao[6]. Bên cạnh đó, ở các trường hợp mũi chấn thương thường kèm theo nhiều tổn thương như vẹo vách ngăn, sụp khối mũi trán, viêm xoang nên vừa can thiệp chỉnh hình mũi và can thiệp các thương tổn kèm theo đồng thời. Như vậy, cần một Bác sĩ chuyên sâu lĩnh vực Tai Mũi Họng và chỉnh hình mũi để xử lý.

Sụn sườn cho chất lượng, đa dạng mảnh ghép và sụn nhuyễn thích hợp trong trường hợp nền mũi chấn thương. Sụn sườn là vật liệu hữu ích cho những bệnh nhân cần chỉnh hình mũi lại, chỉnh hình mũi phức tạp hoặc chỉnh hình mũi chấn thương. Các nghiên cứu đã chứng minh sụn sườn là sụn thích hợp cho nâng mũi, đặc biệt các trường hợp mổ lại, mũi chấn thương. Sụn nhuyễn hạn chế nguy cơ tối thiểu bị cong và có thể dễ dàng tạo khuôn dáng khi mảnh ghép vào vị trí tốt. Sụn nhuyễn cũng có thuận lợi cho chỉnh lại dễ dàng và nắn chỉnh sau phẫu thuật. Để ổn định các đoạn sụn nhuyễn, Daniel đã dùng cân cơ thái dương sâu làm chất liệu bao phủ trong tạo hình sụn nhuyễn, sụn sẽ không bị hấp thu[2]. Vấn đề liên quan với cân cơ thái dương là, nó có thể khó khăn để đánh giá đúng chiều cao của sống mũi do sự điều chỉnh kích cỡ của vật liệu cân cơ theo hướng trên dưới ngoài ý

muốn. Thêm vào đó, bệnh tích của cân cơ thái dương lấy cần quan tâm như sẹo tại chỗ, vùng không có tóc. Hơn nữa, Y văn trước đây, lý do nguyên thủy cho việc dùng cân cơ thái dương là ngăn ngừa nguy cơ lộ và phân tán của sụn nhuyễn[1]. Trọng nghiên cứu của chúng tôi, các khối sụn nhuyễn được bọc trong ống cân cơ thái dương.

Hạn chế gõ ghề sống mũi, chúng tôi khuyến nghị, sụn sườn nên cắt nhuyễn đều kích thước 0,5mm hoặc nhỏ hơn và bao bọc trong cân cơ thái dương và bóc tách dưới lớp cốt mạc và trên xương mũi[4]. Thật sự cần thiết để bóc tách túi vừa khít giúp kiểm soát hình dáng và kích thước. Thêm vào đó, theo dõi kỹ sau hậu phẫu và chỉnh sửa ở một số trường hợp thì chắc chắn sẽ làm cho sụn ở vị trí bình thường.

Sụn sườn có vài ưu điểm trong phẫu thuật chỉnh hình mũi lại, đặc biệt cho các biến chứng từ sau nâng mũi tiêm chất làm đầy hoặc sau nâng mũi bằng sụn nhân tạo, mà loại này thì rất phổ ở bệnh nhân Châu Á. Nó cung cấp nhiều sụn và hỗ trợ không bị cong. Những thách thức nhiễm trùng, hoại tử da và co rút thì tối thiểu. Nhiều phẫu thuật viên thích lấy sụn sườn số 6, số 7 hoặc thỉnh thoảng số 8[1]. Chúng tôi thường lấy sụn sườn số 6 ở nữ bởi vì sẹo đường mổ có thể thường ẩn dưới nếp vú, ở nam giới lấy sụn sườn số 7 bởi vì nó thường là sụn dài nhất. Nếu bệnh nhân lớn hơn 40 tuổi, chụp CT thành ngực có thể cần để đánh giá canxi hóa của sụn.

Các biến chứng như sụn sườn cong có thể khắc phục bằng cách sử dụng sụn nhuyễn và bao trong cân cơ thái dương. Việc này rất hữu ích như lớp da mỏng sống mũi, đầu mũi.

Đường cắt để lấy sụn sườn rất thay đổi từ 1 – 5cm, phụ thuộc độ dày của thành ngực và kỹ năng của phẫu thuật viên. Điều khắc sụn sườn đòi hỏi phẫu thuật viên có nhiều kinh nghiệm và tỉ mỉ[5].

Nhiễm trùng thì không phổ biến ở những trường hợp chỉnh hình mũi thứ phát. Bóc tách tỉ mỉ trong quá trình phẫu thuật, kháng sinh hiệu quả và chăm sóc hậu phẫu thích hợp thì rất cần thiết.

Hút thuốc thì tuyệt đối cấm trước mổ ít nhất 2 tuần và sau mổ 1 – 2 tháng. Trong những trường hợp nhiễm trùng vết thương, bệnh nhân nên được điều trị với cắt lọc vết thương, loại bỏ mô sụn viêm và kháng sinh tĩnh mạch. Những lý do cho nhiễm trùng có thể là tác dụng của sụn sườn khối làm căng da mũi và làm rối loạn quá trình trao đổi chất dinh dưỡng/ chất thải và cũng do thiếu cung cấp máu nuôi ở vùng tiếp nhận trong những trường hợp mổ lại.

Để đạt kết quả tốt, chắc chắn an toàn cho bệnh nhân và biến chứng tối thiểu, phẫu thuật viên chỉnh hình mũi phải có kiến thức giải phẫu mũi và các tỷ lệ thẩm mỹ vùng mặt. Nhiều bệnh nhân Châu Á trải qua hơn 3 lần phẫu thuật để chỉnh sửa hoặc bù đắp không đúng các cuộc mổ đã thực hiện, không đúng vật liệu hoặc biến chứng phẫu thuật. Nghiên cứu của Park và Jin,

47% các trường hợp chỉnh hình mũi mổ lại và 4/5 trường hợp nhiễm trùng xảy ra ở các trường hợp mổ lại[5].

Các chứng cứ hiện tại về các kỹ thuật và tỷ lệ biến chứng trong sụn sườn liên quan với chỉnh hình mũi dựa vào báo cáo loạt ca. Tuy nhiên, tỷ lệ biến phụ thuộc vào kỹ năng của phẫu thuật viên cũng như sự tuân thủ của bệnh nhân.



Hình 3: Ba tư thế (thẳng, chệch 45°, nghiêng) trước phẫu thuật



Hình 4: Ba tư thế (thẳng, chệch 45°, nghiêng) sau phẫu thuật chỉnh hình mũi sụn sườn nhuyển tự thân (4 tuần sau mổ)

V. KẾT LUẬN

Chỉnh hình mũi lại ở người Châu Á là phẫu thuật thách thức, đặc biệt là chỉnh hình mũi chấn thương. Hầu hết các trường hợp mũi chấn thương, sử dụng sụn sườn tự thân nhiên nhuyển cho kết quả tốt, bệnh nhân hài lòng đáng mũi, ít biến chứng di lệch hoặc nhiễm trùng sau phẫu thuật.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Baser B., Kothari S., Thakur M.** (2013), Diced cartilage: an effective graft for post-traumatic and revision rhinoplasty. *Indian J Otolaryngol Head Neck Surg*, 65 (Suppl 2), 356-9.
2. **Daniel R. K.** (2008), Diced cartilage grafts in rhinoplasty surgery: current techniques and applications. *Plast Reconstr Surg*, 122 (6), 1883-1891.
3. **Kim J. S., Khan N. A., Song H. M., Jang Y. J.** (2010), Intraoperative measurements of harvestable septal cartilage in rhinoplasty. *Ann Plast Surg*, 65 (6), 519-23.
4. **Ma J. G., Wang K. M., Zhao X. H., Cai L., Li X.** (2015), Diced Costal Cartilage for Augmentation Rhinoplasty. *Chin Med J (Engl)*, 128 (19), 2679-81.
5. **Park J. H., Jin H. R.** (2012), Use of autologous costal cartilage in Asian rhinoplasty. *Plast Reconstr Surg*, 130 (6), 1338-1348.
6. **Fry Hunter** (1967), Nasal skeletal trauma and the interlocked stresses of the nasal septal cartilage. *British Journal of Plastic Surgery*, 20, 146-158.
7. **Peer Lyndon A.** (1966), A Method to Correct Saddle Nose Associated with Retracted Columella. *Plastic and Reconstructive Surgery*, 38 (5).