cao nhất, 28,9%; đa số các khối u có kích thước dọc > 3 cm (88,9%) và có kích thước ngang ≤ 5 cm (82,2%); dạng u sùi có tỷ lệ cao nhất 44,4%; có đến 46,7% khối u di động mức độ trung bình; giai đoạn T3 chiếm 71,1% và mức độ biệt hóa mô chủ yếu là trung bình với 91% và đa số bệnh nhân ở giai đoạn III, 46,7%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Trương Vĩnh Quý (2018),** Đánh giá kết quả điều trị triệt căn ung thư trực tràng thấp bằng phẫu thuật nội soi có bảo tồn cơ thắt, Luận án Tiến sỹ Y học, Trường Đại học Y dược, Đại học Huế, tr. 130 - 170.
2. **Lâm Việt Trung (2008),** Phẫu thuật cắt toàn bộ trực tràng qua ngả trước và ngả tầng sinh môn bằng phẫu thuật nội soi ổ bụng Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh, Luận án Tiến sỹ Y học, Trường Đại học y Thành Phố Hồ Chí Minh.
3. **Japanese Society for Cancer of the Colon and Rectum.** Japanese Classification of Colorectal, Appendiceal, and Anal Carcinoma: the 3d English Edition [Secondary Publication]. J Anus Rectum Colon. 2019 Oct 30;3(4):175-195.
4. **Wu Z.Y, Zhao G, Lin Peng et al (2008),** "Risk factors for local recurrence of middle and lower rectal carcinoma after curative resection", World J Gastroenterol, 14(30), pp.4805-4809.
5. **Bleday R, Aguilar J.G (2007),** "Surgical treatment of rectal cancer", The ASCRS text book colon and rectal surgery, Spinger, 30, pp.413-436.
6. **Kuo L-J (2011),** "Oncological and Functional outcomes od intersphincteric resection for low rectal cancer", Journal of surgical research, 170, pp.93-98.
7. **Samee A, Selvaseka C.R (2011),** "Current trends in staging rectal cancer", World J Gastrenterol, 17(7), pp.828-834

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ TIỂU TRỤ NGẮN, LỆCH VÀ ĐỈNH MŨI LỆCH BẰNG SỤN SƯỜN TỰ THÂN TRÊN BỆNH NHÂN ĐÃ PHẪU THUẬT KHE HỞ MÔI MỘT BÊN

Lê Hoàng Vĩnh[1,2], Trần Viết Luân[3], Đỗ Quang Hùng[2]

TÓM TẮT

Tiểu trụ ngắn, lệch và đỉnh mũi lệch là 2 biến dạng luôn gặp ở các bệnh nhân khe hở môi một bên. Việc lựa chọn phương pháp và vật liệu để phẫu thuật tạo hình chỉnh sửa 2 biến dạng này luôn là thách thức cho các phẫu thuật viên. Vật liệu tự thân ngày càng được nhiều tác giả sử dụng để hạn chế các biến chứng của vật liệu nhân tạo, trong đó sụn sườn là vật liệu tự thân với ưu điểm vững chắc và số lượng nhiều nên được nhiều phẫu thuật viên trên thế giới lựa chọn, tuy nhiên vẫn chưa phổ biến tại Việt nam. **Mục tiêu:** Đánh giá kết quả điều trị tiểu trụ ngắn, lệch và đỉnh mũi lệch trên bệnh nhân đã phẫu thuật khe hở môi một bên bằng sụn sườn tự thân tại bệnh viện Chợ Rẫy. **Phương pháp và đối tượng nghiên cứu:** Phương pháp can thiệp lâm sàng so sánh trước sau. Đối tượng là bệnh nhân đã được phẫu thuật khe hở môi 1 bên, có biến dạng tiểu trụ ngắn, lệch hay đỉnh mũi lệch, được chỉ định phẫu thuật tạo hình tiểu trụ và đỉnh mũi bằng sụn sườn tự thân tại khoa Tạo hình Thẩm mỹ Bệnh viện Chợ Rẫy từ tháng 01/2018 đến tháng 10/2022. Sụn sườn số 7 được chẻ lát và tạo các mảnh ghép chỉnh hình tiểu trụ và đỉnh mũi. Kết quả phẫu thuật được đánh giá ở thời điểm 1 tháng và 6 tháng sau phẫu thuật. **Kết quả:** 39 bệnh nhân có biến dạng mũi sau mổ khe hở môi được đưa vào nghiên cứu. Tất cả bệnh nhân đều có cả 2 biến dạng tiểu trụ ngắn, lệch và đỉnh mũi lệch (chiếm tỉ lệ 100%). Đa số trường hợp (TH) sử dụng 1 lát sụn tạo hình mảnh ghép kéo dài vách ngăn (Septal extention graft: SEG) chiếm tỉ lệ 69,2%. 89,7% TH sử dụng 1 mảnh ghép hình khiên (Shield graft: SG), và 82,1% TH sử dụng 2 mảnh ghép hình nón (Cap graft: CG). Sau mổ, 97,4% TH cải thiện tình trạng lệch đỉnh mũi, 100% cải thiện tình trạng tiểu trụ ngắn và lệch. **Kết luận:** Phẫu thuật điều trị tiểu trụ ngắn, lệch và đỉnh mũi lệch bằng sườn tự thân trên bệnh nhân đã phẫu thuật khe hở môi một bên có kết quả tốt. Sụn sườn tự thân là chất liệu an toàn và hiệu quả trong tạo hình các biến dạng trụ mũi và đỉnh mũi ở bệnh nhân khe hở môi một bên.

Từ khóa: Tạo hình mũi, sụn sườn tự thân, khe hở môi, biến dạng mũi

[1]Trường Đại học Y Khoa Phạm Ngọc Thạch
[2]Bệnh viện Chợ Rẫy
[3]Trường Đại học Y Khoa Phạm Ngọc Thạch
Chịu trách nhiệm chính: Lê Hoàng Vĩnh
Email: vinhlh@pnt.edu.vn
Ngày nhận bài: 23.10.2023
Ngày phản biện khoa học: 27.11.2023
Ngày duyệt bài: 26.12.2023

SUMMARY

ASSESSMENT OF TREATMENT RESULTS FOR SHORT, DEVIATED COLUMELLA, AND DEVIATED NASAL TIP USING AUTOLOGOUS COSTAL CARTILAGE IN PATIENTS WITH PRIOR CLEFT LIP REPAIR

Short, deviated columella, and deviated nasal tip are two common deformities in patients with unilateral cleft lip. The choice of surgical technique and material for correcting these deformities is always a challenge for surgeons. Autologous materials are increasingly used by many authors to limit the complications of

artificial materials, among which costal cartilage is an autologous material with the advantages of firmness and abundance, making it a popular choice for many surgeons worldwide. However, it is not yet widespread in Vietnam. **Objectives:** To evaluate the treatment outcomes in patients with prior unilateral cleft lip repair who underwent surgery to correct short, deviated columella, and deviated nasal tip using autologous costal cartilage at Cho Ray Hospital. **Research method**: This is a clinical intervention before-after comparison study. Patients with prior unilateral cleft lip repair but still had nasal deformities including short, deviated columella, and deviated nasal, underwent surgery to reconstruct the columella and nasal tip using autologous costal cartilage at the Aesthetic Plastic Surgery Department of Cho Ray Hospital from January 2018 to October 2022. Autologous costal cartilage was sliced and created grafts for the columella and nasal tip. Surgical results were assessed at 1 month and 6 months after surgery. **Results:** A total of 39 patients with nasal deformities after prior cleft lip repair were included in the study. All patients had both short columella and deviated columella (accounting for 100% of cases). The majority of cases (69.2%) used one septal extension graft (SEG) to extend the septum. 89.7% of cases used one shield graft (SG) and 82.1% of cases used two cap grafts (CG). After surgery, 97.4% of cases showed an improvement in the deviated nasal tip, and 100% showed an improvement in short columella and deviated columella. **Conclusion:** Surgical treatment of short columella, deviated columella, and deviated nasal tip with autologous costal cartilage had yielded good results. Autologous costal cartilage is considered a safe and effective material for shaping nasal deformities in patients with prior unilateral cleft lip repair. ***Keywords:*** Rhinoplasty, autologous costal cartilage, cleft lip, nasal deformity, short and deviated columella.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Những biến dạng ở mũi do khe hở môi gây ra rất phức tạp, rất khó điều trị ảnh hưởng nhiều đến thẩm mỹ khuôn mặt [3]. Trong đó tiểu trụ ngắn, lệch và đỉnh mũi lệch là 2 biến dạng thường xuyên gặp và nằm ngay vị trí trung tâm của mũi làm mất cân xứng trầm trọng ở mũi. Việc lựa chọn phương pháp và vật liệu để phẫu thuật tạo hình chỉnh sửa 2 biến dạng này luôn là thách thức cho các phẫu thuật viên [4].

Vật liệu nhân tạo có thể được sử dụng đơn độc hoặc phối hợp với vật liệu tự thân để tạo hình vùng mũi, nhưng có bất lợi chung là tạo bao xơ, vôi hóa, nhiễm trùng và thải ghép cho nên vật liệu tự thân thường được ưu tiên sử dụng trong tạo hình vùng mũi [6]. Vật liệu tự thân ngày càng được nhiều tác giả sử dụng để hạn chế các biến chứng của vật liệu nhân tạo, trong đó sụn sườn là vật liệu tự thân với ưu điểm vững chắc và số lượng nhiều nên được nhiều phẫu thuật viên nổi tiếng trên thế giới lựa chọn [5].

Tại Việt Nam, trong những năm gần đây, với sự phát triển của kỹ thuật phẫu thuật mũi cấu trúc, bệnh viện Chợ Rẫy và một số nơi đã sử dụng sụn tự thân (chủ yếu là sụn vành tai kết hợp với sụn vách ngăn) để tạo hình tiểu trụ và đỉnh mũi cho bệnh nhân khe hở môi một bên, nhưng với đặc tính mềm và số lượng ít nên hai chất liệu này chưa đáp ứng được yêu cầu, đòi hỏi cần có vật liệu mới thay thế [2].

Vì vậy, chúng tôi thực hiện đề tài Đánh giá kết quả tạo hình tiểu trụ và đỉnh mũi bằng sụn sườn tự thân trên bệnh nhân đã phẫu thuật khe hở môi một bên.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu can thiệp lâm sàng so sánh trước sau.

Đối tượng nghiên cứu: Bệnh nhân đã phẫu thuật khe hở môi một bên có chỉ định phẫu thuật tạo hình tiểu trụ và đỉnh mũi bằng sụn sườn tự thân tại khoa Tạo hình Thẩm mỹ Bệnh viện Chợ Rẫy từ tháng 01/2018 đến tháng 10/2022

Cỡ mẫu: Có 39 trường hợp thoả tiêu chuẩn chọn bệnh được đưa vào nghiên cứu.

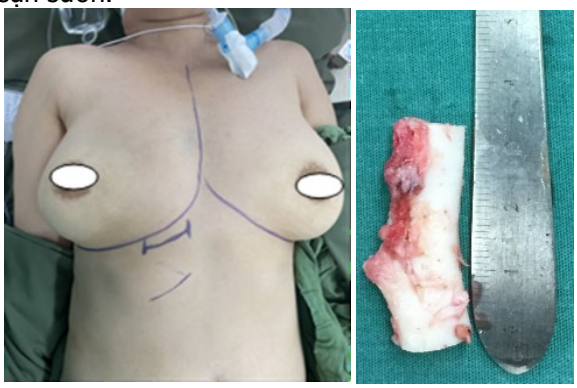
Phương pháp phẫu thuật

Bước 1: Lấy sụn sườn và màng sụn

- Xác định vị trí lấy sụn sườn số 7. Chích tê tại chỗ, rạch da 2-4 cm.

- Bóc tách khoang trên ngực lớn đủ rộng, bóc tách vén cơ ngực lớn bộc lộ sụn sườn

- Lấy một phần màng sụn ở mặt trước của sụn sườn 7. Sau đó tách rời hoàn toàn sụn sườn ra khỏi màng sụn ở mặt sau rồi cắt 2 đầu của sụn sườn.



Hình 1. Vị trí lấy sụn và sụn sườn được lấy ra

Bước 2: Xử lý sụn sườn

- Dùng lưỡi dao bào da Lagrot chẻ sụn sườn thành từng lát mỏng theo thiết diện rộng nhất dọc theo chiều dài của sụn sườn, mỗi lát dày khoảng 1mm.

Hình 2: Chẻ sụn, sụn sườn và màng sụn được ngâm vào dung dịch nước muối sinh lý

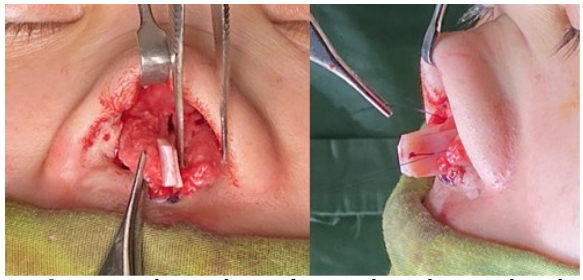
Bước 3: Phẫu thuật tạo hình tiểu trụ và đỉnh mũi bằng sụn sườn toàn bộ

- Thực hiện đường rạch V ngược qua tiểu trụ mũi, vòng qua tiền đình mũi 2 bên. Bóc tách bộc lộ sụn cánh mũi bên dưới, sụn cánh mũi bên trên. Dùng dao 11 rạch nhẹ bóc tách giải phóng một phần dây chằng liên kết giữa sụn cánh mũi bên trên và sụn cánh mũi bên dưới bên khe hở để cân xứng hơn giữa vòm sụn cánh mũi bên dưới 2 bên.

- Bóc tách bộc lộ vách ngăn, đánh giá vách ngăn, dùng kéo bóc tách xuống dưới tiếp cận gai mũi trước, giải phóng phần đuôi vách ngăn (Caudal Septum: CS), chỉnh hình vách ngăn và đuôi vách ngăn trong các trường hợp lệch.

Hình 3: *Phần đuôi vách ngăn lệch về phía bên lành (hình trái), Phần đuôi vách ngăn được chỉnh thẳng lại (hình phải)*

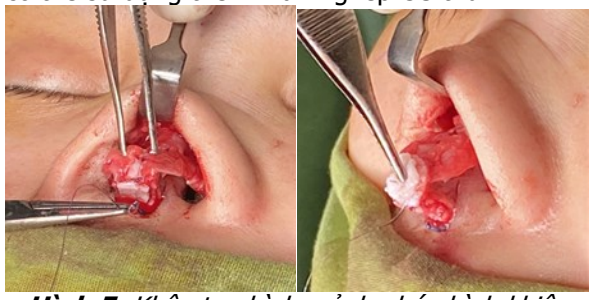
- Tạo hình mảnh ghép SEG: chọn lát sụn sườn thẳng và vững nhất, mảnh ghép SEG được đặt phía bên khe hở, cắm thẳng xuống gai mũi một góc khoảng 90 – 95 độ so với môi trên, khâu cố định vào vách ngăn bằng mũi liên tục qua lại từ dưới lên bằng chỉ PDS 5.0. Sau khi cố định xong mảnh ghép SEG đầu tiên, đánh giá độ vững của mảnh ghép và cả phức hợp vách ngăn và mảnh ghép, nếu chưa vững có thể sử dụng thêm 1 mảnh ghép thứ 2 áp sát vách ngăn phía bên lành và khâu cố định vào mảnh ghép thứ nhất và vách ngăn. cắt ngắn mảnh ghép SEG theo chiều cao của đỉnh vòm sụn cánh mũi bên dưới. Khâu cố định sụn cánh mũi bên dưới 2 bên vào mảnh ghép.



Hình 4: *Đánh giá lại độ cao của mảnh ghép kéo dài vách ngăn (hình trái), mảnh ghép kéo dài vách ngăn được cắt ngắn lại tương xứng với độ cao khi nhấc sụn cánh mũi bên dưới lên (hình phải)*

- Khâu tạo hình mảnh ghép SG vào phía trước tiểu trụ, nhằm tăng độ nhô của tiểu trụ và đỉnh mũi, củng cố thêm cho tiểu trụ.

- Khâu tạo hình mảnh ghép CG thứ nhất lên vùng đỉnh mũi, nhằm định hình vị trí đỉnh mũi, giảm độ lệch và tăng độ cao cho đỉnh mũi. Phủ da đánh giá, nếu cần tăng độ cao cho đỉnh mũi có thể sử dụng thêm mảnh ghép CG thứ 2.



Hình 5: *Khâu tạo hình mảnh ghép hình khiên (hình trái) và mảnh ghép hình nón (hình phải)*

Bước 4: Khâu da, nẹp mũi, chăm sóc hậu phẫu

Đánh giá. Kết quả phẫu thuật được đánh giá bằng sự thay đổi các chỉ số nhân trắc của mũi trước phẫu thuật và 1 tháng, 6 tháng sau phẫu thuật.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong thời gian từ tháng 01/2018 đến tháng 10/2022 chúng tôi thực hiện phẫu thuật trên 39 bệnh nhân với kết quả như sau:

Đặc điểm chung. Tuổi trung bình là 25,13 ± 8,39 tuổi. Tỉ lệ nữ: nam là 2,9:1.

Đặc điểm phẫu thuật. Tất cả bệnh nhân đều có đuôi vách ngăn lệch về bên lành (100%) và được chỉnh đuôi vách ngăn.

Bảng 1. Số lượng mảnh ghép sử dụng trong tạo hình mũi

Mảnh ghép	Số lượng mảnh ghép sử dụng trong tạo hình mũi		
	0 mảnh ghép (%)	1 mảnh ghép (%)	2 mảnh ghép (%)

Mảnh ghép kéo dài vách ngăn	0	69,20	30,80
Mảnh ghép hình khiên	10,30	89,70	0
Mảnh ghép hình nón	0	17,90	82,10

100% bệnh nhân có sử dụng mảnh ghép kéo dài vách ngăn, trong đó 27 TH (69,2%) sử dụng 1 mảnh ghép, và 12 TH (30,8%) sử dụng 2 mảnh ghép kéo dài vách ngăn. 35 TH (89,7%) sử dụng 1 mảnh ghép hình khiên. 100% TH sử dụng mảnh ghép hình nón, trong đó 7 TH (17,9%) sử dụng 1 mảnh ghép và 32 TH (82,1%) sử dụng 2 mảnh ghép hình nón.

Kết quả phẫu thuật:

- Mức độ cải thiện biến dạng đỉnh mũi và tiểu trụ mũi sau phẫu thuật. Sau phẫu thuật 97,4% (38 bệnh nhân) cải thiện tình trạng lệch đỉnh mũi, 1 bệnh nhân trước phẫu thuật có sẹo lõm vùng đỉnh mũi nên mặc dù có cải thiện lệch đỉnh mũi nhưng không nhiều. 100% bệnh nhân cải thiện tình trạng tiểu trụ ngắn và lệch.

- Đánh giá các kích thước mũi thời điểm trước và sau phẫu thuật

Bảng 2. Chiều cao tiểu trụ tại các thời điểm trước và sau phẫu thuật

	Trước phẫu thuật	Sau phẫu thuật 1 tháng	Sau phẫu thuật 6 tháng	Giá trị p*
Chiều cao tiểu trụ	6,4 ± 0,91	9,88 ± 1,09		< 0,001
	6,4 ± 0,91		9,77 ± 1,01	< 0,001
		9,88 ± 1,09	9,77 ± 1,01	0,011
Chiều cao tiểu trụ bên lành	7,53 ± 0,93	10,44 ± 1,05		< 0,001
	7,53 ± 0,93		10,28 ± 1,12	< 0,001
		10,44 ± 1,05	10,28 ± 1,12	0,001
Chiều cao tiểu trụ bên khe hở	5,14 ± 1,12	9,06 ± 1,27		< 0,001
	5,14 ± 1,12		9,03 ± 1,27	< 0,001
		9,06 ± 1,27	9,03 ± 1,27	0,487

*: phép kiểm Paired-sample t test

Chiều cao tiểu trụ trước phẫu thuật là 6,4 ± 0,91 mm, tăng rõ rệt tại thời điểm 1 tháng và 6 tháng sau phẫu thuật, có ý nghĩa thống kê với p < 0,01.

Chiều cao tiểu trụ bên lành là 7,53 ± 0,93 mm, tăng rõ rệt tại thời điểm 1 tháng và 6 tháng sau phẫu thuật, có ý nghĩa thống kê với p < 0,01.

Chiều cao tiểu trụ bên khe hở là 5,14 ± 1,12 mm. tăng rõ rệt tại thời điểm 1 tháng và 6 tháng sau phẫu thuật, có ý nghĩa thống kê với p < 0,01.

Bảng 3. Tỷ lệ chiều cao tiểu trụ bên khe hở/ chiều cao tiểu trụ bên lành tại các thời điểm trước và sau phẫu thuật

	Trước phẫu thuật	Sau phẫu thuật 1 tháng	Sau phẫu thuật 6 tháng	Giá trị p*
Tỷ lệ chiều cao tiểu trụ bên khe hở / chiều cao tiểu trụ bên lành	0,68 ± 0,11	0,87 ± 0,06		< 0,001
	0,68 ± 0,11		0,88 ± 0,07	< 0,001
		0,87 ± 0,06	0,88 ± 0,07	0,037

*: phép kiểm Paired-sample t test

Tỷ lệ chiều cao tiểu trụ bên khe hở / chiều cao tiểu trụ bên lành tăng rõ tại thời điểm sau phẫu thuật 1 tháng và 6 tháng. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê (p < 0,01).

Bảng 4. Góc tiểu trụ tại các thời điểm trước và sau phẫu thuật

	Trước phẫu thuật	Sau phẫu thuật 1 tháng	Sau phẫu thuật 6 tháng	Giá trị p*
Góc tiểu trụ	80,26 ± 4,28	85,90 ± 3,41		< 0,01
	80,26 ± 4,28		85,77 ± 3,54	< 0,01
		85,90 ± 3,41	85,77 ± 3,54	0,324

*: phép kiểm Paired-sample t test

Góc tiểu trụ tăng rõ tại thời điểm sau phẫu thuật 1 tháng và 6 tháng. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê (p < 0,01).

Hình 6: *Hàng trên: trước phẫu thuật: tiểu trụ ngắn, lệch, đỉnh mũi thấp; Hàng dưới: sau phẫu thuật: chiều cao tiểu trụ tăng, tiểu trụ thẳng hơn, đỉnh mũi cao hơn.*

IV. BÀN LUẬN

Độ tuổi trung bình của bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi là 25,13 ± 8,39 tuổi, nhóm tuổi > 18 chiếm tỷ lệ 74,4%, gấp 3 lần nhóm tuổi ≤ 18 (25,6%). Các kết quả này tương tự như ghi nhận của tác giả Lê Đức Tuấn [3], Nguyễn Đình Chương [1]. Theo Lê Đức Tuấn bệnh nhân KHM từ 10 tuổi trở lên nhu cầu sửa chữa mũi lên đến 90% [3].

Nghiên cứu của chúng tôi có 29 bệnh nhân nữ, chiếm đa số với tỉ lệ 74,4%, tỉ lệ nữ/nam là 2,9/1. Tỉlệ giữa nam và nữ trong nghiên cứu của chúng tôi tương đồng với kết quả nghiên cứu về chỉnh sửa mũi biến dạng trên bệnh nhân KHM 1 bên của Lê Đức Tuấn [3] (nữ chiếm 59,84%), Nguyễn Đình Chương [1] (nữ chiếm 54%). Nguyên nhân có lẽ do ở nữ giới nhu cầu sửa chữa để hoàn thiện thẩm mỹ mũi luôn cao hơn so với nam giới.

Nghiên cứu của chúng tôi sử dụng sụn sườn tự thân làm vật liệu cho tạo hình tiểu trụ và đỉnh mũi trên bệnh nhân KHM một bên. Nhờ cấu trúc tế bào độc đáo, trao đổi chất thấp, tế bào sụn không cần nguồn cung cấp máu trực tiếp mà dinh dưỡng bằng cách khuếch tán, sụn sườn ghép bị hấp thu rất thấp [7].

Sụn sườn được sử dụng để tạo hình tiểu trụ và đỉnh mũi là sụn sườn số 7. Rajbhandari nhận thấy phần giữa của sụn sườn số 7 đủ dài để sử dụng làm mảnh ghép SEG hoặc thanh chống tiểu trụ [6]. Sụn sườn, ngoài việc sử dụng để tạo hình tiểu trụ và đỉnh mũi, chúng tôi còn sử dụng sụn sườn dập và cắt nhỏ để tạo hình nền mũi và sống mũi bị khiếm khuyết ở trên chính những bệnh nhân này, do đó nếu không đủ số lượng thì sẽ lấy thêm sụn sườn số 6.

Sau khi bộc lộ toàn bộ vách ngăn, chúng tôi đánh giá tình trạng vách ngăn và tiến hành chỉnh hình lại đuôi vách ngăn. Phần liên kết của sụn vách ngăn với mảnh thẳng của xương hàm trên được bóc tách, lật và đưa phần CS sang bên gai mũi trước, khâu cố định CS ở vị trí thẳng hơn.

Mảnh ghép SEG giúp gia cố vách ngăn, tạo khung nâng đỡ vững cho đỉnh mũi, định hình, kiểm soát độ nhô, và độ xoay của đỉnh mũi góp phần kéo dài tiểu trụ, làm tiểu trụ và đỉnh mũi được thẳng hơn. Mảnh ghép có tác dụng trực tiếp kéo dài vách ngăn, củng cố sự nâng đỡ vững chắc cho vùng trung tâm mũi. Chúng tôi phát triển kỹ thuật SEG từ ghép một bên thuần túy bằng sụn vách ngăn sang ghép một bên hoặc hai bên bằng sụn sườn tự thân tùy theo độ vững của vách ngăn. Sụn vách ngăn trên người Châu Á, đặc biệt là trên những bệnh nhân KHM rất yếu, do đó chúng tôi không lấy sụn vách ngăn để tạo hình các mảnh ghép, các mảnh ghép được sử dụng hoàn toàn từ sụn sườn tự thân.

Mảnh ghép SG là mảnh ghép này đặt phía trước phía trước hỗ trợ tiểu trụ, làm tăng độ nhô của tiểu trụ và đỉnh mũi, giúp tiểu trụ và đỉnh mũi thẳng hơn. Trong nghiên cứu của Wong [8] và cộng sự, mảnh ghép SG được sử dụng ở trên tất cả các bệnh nhân tạo độ nhô về phía trước cho tiểu trụ. Nguyễn Đình Chương và cộng sự [1] đã sử dụng mảnh ghép SG bằng sụn tai hoặc sụn vách ngăn để tái định dạng rõ cấu trúc vùng đầu mũi trên bệnh nhân KHM trên bệnh nhân KHM một bên.

Mảnh ghép CG trên đỉnh mũi giúp định hình và tăng độ nhô đỉnh mũi, góp phần giảm lệch đỉnh mũi. Đây là một mảnh ghép quan trọng để giúp đạt được độ nhô, chiều dài mong muốn và định hình đỉnh mũi. Trong nghiên cứu tạo hình mũi trên KHM một bên của Wong [8] và cộng sự, mảnh ghép CG cũng được dùng tạo hình đầu mũi và giúp đỉnh mũi đạt được độ nhô cũng như gia tăng chiều dài mũi. Trong nghiên cứu của chúng tôi, mảnh ghép CG được thực hiện sau khi chỉnh hình vách ngăn, tạo hình mảnh ghép SEG, khâu cố định 2 sụn cánh mũi bên dưới vào mảnh ghép SEG.

Việc làm dài tiểu trụ, tiểu trụ thẳng góc hơn, cân xứng hơn giữa chiều cao tiểu trụ bên bệnh và bên lành là một vấn đề rất khó khăn trong tạo hình biến dạng mũi. Việc sử dụng mảnh ghép SEG 1 hay 2 bên và các mảnh ghép SG và CG, tất cả đều từ sụn sườn tự thân trong nghiên cứu

của chúng tôi đã khắc phục được những khó khăn này. Tại thời điểm 1 tháng sau phẫu thuật chiều cao tiểu trụ tăng rõ rệt và tiếp tục được duy trì sau 6 tháng. Tỷ lệ chiều cao tiểu trụ bên khe hở/ chiều cao tiểu trụ bên lành tăng rõ sau phẫu thuật 1 tháng và 6 tháng. Điều này cho thấy hiệu quả của các mảnh ghép, đặc biệt là mảnh ghép kéo dài vách ngăn, đóng vai trò chính trong việc kéo dài tiểu trụ. Góc tiểu trụ tăng rõ sau phẫu thuật 1 tháng và duy trì kết quả sau phẫu thuật 6 tháng, cho thấy phẫu thuật có hiệu quả trong việc điều trị cải thiện độ nghiêng của tiểu trụ.

V. KẾT LUẬN

Phẫu thuật điều trị tiểu trụ ngắn, lệch và đỉnh mũi lệch bằng sườn tự thân trên bệnh nhân đã phẫu thuật khe hở môi một bên có kết quả tốt. Sụn sườn tự thân là chất liệu dồi dào, an toàn và hiệu quả trong tạo hình các biến dạng trụ mũi và đỉnh mũi ở bệnh nhân khe hở môi một bên.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Nguyễn Đình Chương.** Nghiên cứu tạo hình mũi ở bệnh nhân đã mổ khe hở môi một bên bằng vạt sụn da và mảnh ghép sụn vách ngăn. Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh; 2022.
2. **Đỗ Quang Hùng, Lê Hoàng Vĩnh, Trần Thị Bích Liên**. Đánh giá kết quả tạo hình mũi bằng sụn tự thân trên bệnh nhân đã phẫu thuật khe hở môi một bên tại khoa Phẫu thuật Tạo hình Thẩm mỹ bệnh viện Chợ Rẫy. Tạp chí Y học Thảm họa & Bỏng. 2015; 2:281 – 286.
3. **Lê Đức Tuấn.** Nghiên cứu sửa chữa những biến dạng môi - mũi sau phẫu thuật khe hở môi trên một bên bẩm sinh. Luận án Tiến sĩ Y học. Viện nghiên cứu Khoa học Y - Dược lâm sàng 108; 2004.
4. **Bonanthaya K, Jalil J.** Management of the Nasal Deformity in the Unilateral Cleft of the Lip and Nose. J Maxillofac Oral Surg. Sep 2020; 19(3):332-341. doi:10.1007/s12663-020-01412-0
5. **Fu X, Yin C, Liang Y, Zhou R, Wang D, Wang C.** Hybrid Autologous Costal Cartilage Grafting for Augmentation Rhinoplasty in Asian Patients. J Craniofac Surg. Jun 1 2023; 34(4):1320-1324. doi:10.1097/scs.0000000000009281
6. **Rajbhandari S, Kao C-H.** Costal cartilage graft in Asian rhinoplasty: surgical techniques. Plastic and Aesthetic Research. 04/18 2019; 2019doi:10.20517/2347-9264.2018.86
7. **Röjdmark J, Cheema M.** Design of a combined cartilage graft crusher, morselizer and holder for use in rhinoplasty. Arch Plast Surg. May 2019; 46(3):282-284. doi:10.5999/aps.2018.01263
8. **Wong KWF, Keeling A, Achal K, Khambay B**. Using three-dimensional average facial meshes to determine nasolabial soft tissue deformity in adult UCLP patients. Surgeon. Feb 2019; 17(1):19-27. doi:10.1016/j.surge.2018.04.006.

KHẢO SÁT ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG VÀ CÁC YẾU TỐ NGUY CƠ CỦA ĐỘT QUỴ NHỒI MÁU NÃO CẤP Ở BỆNH NHÂN RUNG NHĨ KHÔNG DO BỆNH VAN TIM

Nguyễn Ngọc Phương Thư[1], Dương Thị Trang[2], Trương Đình Cẩm[3]

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Rung nhĩ (RN) là rối loạn nhịp tim thường gặp nhất ở người lớn, chiếm khoảng 2 đến 4% dân số [1]. Đây cũng là yếu tố nguy cơ chính của đột quỵ nhồi máu não cấp. Ở bệnh nhân RN, nguy cơ đột quỵ nhồi máu não cấp cao hơn 5 lần [2] và nguy cơ tử vong tăng hơn 2 lần so với dân số chung [3]. Đột quỵ do RN gây tàn phế nặng hơn, tiêu hao chi phí y tế nhiều hơn, tỷ lệ tái phát và tử vong cao hơn ở bệnh nhân nhồi máu não cấp không kèm RN. Vì vậy, đánh giá nguy cơ của đột quỵ nhồi máu não cấp để có chiến lược phòng ngừa thích hợp là nền tảng trong điều trị RN. Trên lâm sàng, rung nhĩ không do bệnh van tim (RNKBVT) chiếm hơn 95% các trường hợp RN được chẩn đoán [4] và có liên quan khoảng 15% [5] tổng số đột quỵ nhồi máu não nên ngày càng được quan tâm. **Mục Tiêu Nghiên Cứu:** *1. Khảo sát đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng ở bệnh nhân RNKBVT tại Bệnh viện Quân Y 175; 2. Khảo sát các yếu tố nguy cơ của đột quỵ nhồi máu não cấp ở bệnh nhân RNKBVT tại Bệnh viện Quân Y 175.* **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu**: Nghiên cứu mô tả cắt ngang được thực hiện trên bệnh nhân RNKBVT tại Bệnh viện Quân Y 175, từ tháng 2/2020 đến tháng 04/2021. RN đươc chẩn đoán dựa trên ECG 12 chuyển đạo. Nhồi máu não cấp được chẩn đoán theo tiêu chuẩn của Tổ chức y tế thế giới. Các đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng được thu thập theo bảng câu hỏi soạn sẵn. **Kết quả**: Tổng cộng có 103 bệnh nhân tham gia nghiên cứu, với 25 bệnh nhân bị nhồi máu não (24,3%). Tuổi trung bình là 72,02. Nam giới chiếm 46,6%. Gần 95% bệnh nhân có ít nhất một bệnh đồng mắc và gần 50% có từ ba bệnh đồng mắc

[1]Trường Đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch
[2]Bệnh viện Quận Tân Phú
[3]Bệnh viện Quân Y 175
Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Ngọc Phương Thư
Email: nguyenngocphuongthu@pnt.edu.vn
Ngày nhận bài: 23.10.2023
Ngày phản biện khoa học: 27.11.2023
Ngày duyệt bài: 26.12.2023