

BỘ GIÁO DỤC VÀ ĐÀO TẠO

BỘ QUỐC PHÒNG

HỌC VIỆN QUÂN Y

NGUYỄN ANH TUẤN

NGHIÊN CỨU ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG
VÀ PHẪU THUẬT TẠO HÌNH VẠO THÁP MŨI
SAU CHẤN THƯƠNG

Ngành: Phẫu thuật tạo hình, tái tạo và thẩm mỹ

Mã số: 9720119

TÓM TẮT LUẬN ÁN TIẾN SĨ Y HỌC

HÀ NỘI - 2025

CÔNG TRÌNH ĐƯỢC HOÀN THÀNH TẠI HỌC VIỆN QUÂN Y

Người hướng dẫn khoa học:

1. PGS.TS. Vũ Quang Vinh
2. TS. Lê Trần Quang Minh

Phản biện 1: GS.TS Nguyễn Đình Phúc

Phản biện 2: PGS.TS Đỗ Quang Hùng

Phản biện 3: PGS.TS Trần Văn Anh

Luận án sẽ được bảo vệ trước Hội đồng chấm luận án cấp trường
vào hồi: giờ ngày tháng 07 năm 2025

Có thể tìm hiểu luận án tại:

1. Thư viện Quốc Gia
2. Thư viện Học viện Quân y

**DANH MỤC CÁC CÔNG TRÌNH CÔNG BỐ
KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU CỦA ĐỀ TÀI LUẬN ÁN**

1. **Nguyễn Anh Tuấn, Lê Trần Quang Minh, Vũ Quang Vinh** (2024). “Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng và khí áp mũi của bệnh nhân vẹo tháp mũi sau chấn thương”, *Tạp Chí Y Dược Học Quân Sự*, 47(8): 173-181.
2. **Nguyễn Anh Tuấn, Nguyễn Xuân Khái, Lê Trần Quang Minh, Vũ Quang Vinh** (2024). “Khảo sát tổn thương lệch vẹo tháp mũi sau chấn thương trên phim chụp cắt lớp vi tính”, *Tạp chí Y học Việt Nam*, 542(1): 311-314.
3. **Nguyễn Anh Tuấn, Lê Trần Quang Minh, Vũ Quang Vinh** (2024). “Nghiên cứu kết quả phẫu thuật tạo hình vẹo tháp mũi sau chấn thương”, *Tạp chí Y học Việt Nam*, 541(2): 355-358.

ĐẶT VẤN ĐỀ

Biến dạng vẹo tháp mũi (VTM) ảnh hưởng đến chức năng và thẩm mỹ khuôn mặt. Nguyên nhân gây VTM bẩm sinh hoặc mắc phải, trong đó nguyên nhân sau chấn thương chiếm tỉ lệ cao nhất. Phẫu thuật (PT) tạo hình VTM, mục tiêu là đạt được cả thẩm mỹ và chức năng. Vì vậy đòi hỏi phẫu thuật viên hiểu biết rõ về giải phẫu và sinh lý mũi, chẩn đoán trước và trong phẫu thuật chính xác cũng như có kiến thức và kỹ năng thực hiện tốt kỹ thuật phẫu thuật. Về PT, trên thế giới có nhiều nghiên cứu và cho kết quả điều trị thành công cao. Tại Việt Nam hiện có một số nghiên cứu về PT tạo hình VTM di chứng sau chấn thương. Các nghiên cứu cho kết quả tốt về thẩm mỹ và ít biến chứng. Tuy nhiên các báo cáo không hoặc chưa mô tả rõ về các kỹ thuật trong phẫu thuật và không đánh giá khách quan kết quả về chức năng. Xuất phát từ những yêu cầu thực tiễn trên chúng tôi tiến hành đề tài **“Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng và phẫu thuật tạo hình vẹo tháp mũi sau chấn thương”** với hai mục tiêu như sau:

1. *Khảo sát đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của bệnh nhân (BN) vẹo tháp mũi (VTM) sau chấn thương.*
2. *Đánh giá hiệu quả phẫu thuật (PT) tạo hình vẹo tháp mũi sau chấn thương về chức năng và thẩm mỹ.*

ĐÓNG GÓP MỚI CỦA LUẬN ÁN

Trong nghiên cứu này, PT tạo hình VTM di chứng sau chấn thương gồm các thì: PT theo đường mở mũi mở; Chính hình xương mũi với 2 đường cắt xương đường giữa và đường bên; Tạo hình vách ngăn theo kỹ thuật mảnh ghép mở rộng và mảnh ghép nếp đôi vách ngăn bằng sụn sườn tự thân; Tạo hình sống mũi với các mảnh ghép là các thanh sụn sườn tự thân dài nhỏ và điều trị giảm thể tích cuốn mũi dưới bằng phương pháp điện đông lưỡng cực cao tần (Coblation) dưới niêm mạc

và bề cuốn dưới hai bên góp phần tạo hình tháp mũi thẳng hơn, đồng thời cải thiện chức năng giúp BN thở thông thoáng hơn.

CẤU TRÚC LUẬN ÁN

Luận án gồm 111 trang (không kể tài liệu tham khảo và phụ lục), 4 chương, 43 bảng, 04 biểu đồ, 35 hình, 01 sơ đồ; 122 tài liệu tham khảo, trong đó có: 16 tài liệu tiếng Việt và 106 tài liệu tiếng Anh. Đặt vấn đề: 02 trang, tổng quan tài liệu: 25 trang, đối tượng và phương pháp nghiên cứu: 23 trang, kết quả nghiên cứu: 26 trang, bàn luận: 31 trang, kết luận: 02 trang, kiến nghị: 01 trang.

CHƯƠNG 1 - TỔNG QUAN

1.1. Giải phẫu và chức năng sinh lý mũi

1.1.1. Giải phẫu mũi

Mũi được chia làm 3 phần là mũi ngoài có dạng hình tháp còn gọi là tháp mũi, mũi trong, và các xoang cạnh mũi. Tháp mũi bao gồm 3 phần chính: khung xương - sụn mũi, bên ngoài phủ bởi da, tổ chức mô mềm dưới da và lót bên trong bởi niêm mạc

Các phần tạo nên vòm tháp mũi gồm: xương mũi, sụn mũi bên và sụn cánh lớn. Các phần tạo nên vách ngăn mũi gồm: xương (mảnh đứng xương sàng, xương lá mía) và sụn (sụn vách mũi, sụn lá mía, trụ trong của sụn cánh lớn).

1.1.2. Chức năng mũi

Mũi có chức năng quan trọng nhất là hô hấp, ngoài ra còn chức năng ngửi, cộng hưởng và tạo âm sắc giọng và chức năng bảo vệ.

1.2. Định nghĩa, nguyên nhân và phân loại VTM

1.2.1.VTM: là tình trạng bệnh lý biểu hiện tháp mũi bị lệch vẹo, mất cân xứng so với đường giữa mặt, ảnh hưởng đến thẩm mỹ khuôn mặt và chức năng thở gây nghẹt mũi.

1.2.2. Nguyên nhân VTM: bẩm sinh hoặc mắc phải. Trong đó, VTM thứ phát sau chấn thương trước đó là thường gặp nhất.

1.2.3. Phân loại VTM: có nhiều cách phân loại. Trong đó phân loại VTM theo Jang Y. J. được nhiều phẫu thuật viên ứng dụng vì đơn giản hóa việc phân tích các cấu trúc tháp mũi bất thường trước PT và lập kế hoạch PT. Theo đó, VTM được chia thành 5 dạng.

1.3. VTM sau chấn thương

VTM sau chấn thương được định nghĩa là VTM di chứng sau chấn thương hơn 3 tháng chưa được điều trị hoặc đã được điều trị nắn chỉnh xương mũi thì đầu không hiệu quả.

1.4. PT VTM di chứng sau chấn thương: có 2 phương pháp là PT tạo hình tái cấu trúc mũi và phương pháp nghệ thuật (ngụy trang). *PT tạo hình tái cấu trúc* thường được lựa chọn, gồm các thì sau: Chỉnh hình xương mũi; Tạo hình vách ngăn mũi; Tạo hình sống mũi và điều trị thu nhỏ thể tích cuồn mũi.

CHƯƠNG 2 - ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: 40 BN VTM sau chấn thương từ 3 tháng trở lên được PT tạo hình mũi tại BV TMH TP.HCM 12/2020-12/2023

2.1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn

- BN VTM sau chấn thương ít nhất 3 tháng
- BN có chỉ định PT tạo hình mũi sử dụng sụn sườn tự thân
- BN có độ tuổi từ 18 đến 60 tuổi
- BN có bệnh án nghiên cứu và theo dõi đầy đủ sau PT.
- BN đồng ý PT và tham gia nghiên cứu.

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ

- BN có bệnh lý hô hấp khác
- BN có yêu cầu quá mức hoặc nghi ngờ bệnh lý tâm thần
- BN không theo dõi, tái khám đủ sau PT

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu: can thiệp lâm sàng tự đối chứng.

2.2.2. Cỡ mẫu nghiên cứu

Nghiên cứu sử dụng công thức tính cỡ mẫu sau:

$$n = Z_{1-\frac{\alpha}{2}}^2 \frac{p(1-p)}{d^2}; n \text{ là số BN của mẫu cần nghiên cứu. } Z_{(1-\alpha/2)} = 1,96$$

tương ứng với độ tin cậy 95%. p là tỉ lệ cải thiện chức năng của BN, chúng tôi kỳ vọng đạt 90%, do đó $p = 0,9$. d : Độ chính xác tuyệt đối, chọn $d = 0,10$ (10%) $\Rightarrow$ cỡ mẫu tối thiểu là 35 BN.

2.2.3. Các biến số thu thập trong nghiên cứu

2.2.3.1. *Đặc điểm chung:* tuổi, giới, địa chỉ...

2.2.3.2. *Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng*

- *Triệu chứng nghẹt mũi:* hỏi bệnh và NOSE trước và sau PT.

Bảng 2.1. Bảng câu hỏi BN tự đánh giá trong thang điểm NOSE

	Triệu chứng	Không ảnh hưởng	Rất ít	Trung bình	Rất nhiều	Nghiêm trọng
1	Nghẹt mũi hay cảm giác thiếu không khí	0	1	2	3	4
2	Tắc mũi hay nghẹt hoàn toàn	0	1	2	3	4
3	Khó thở bằng mũi	0	1	2	3	4
4	Khó thở khi ngủ	0	1	2	3	4
5	Khó khăn thở bằng mũi khi tập thể dục hay gắng sức	0	1	2	3	4

- *Các dạng vẹo vách mũi:* theo phân loại của Jang Y. J.

- Tình trạng và mức độ vách ngăn mũi, cuốn mũi dưới

- *Đo góc α lâm sàng:* trước và sau PT ≥ 3 tháng

- Đo góc van mũi trong trên CLVT trước và sau PT ≥ 3 tháng.

- Đo khí áp mũi trước và sau PT ≥ 3 tháng. Theo J. Merkle hầu hết những người trưởng thành khỏe mạnh thở thông thoáng có tổng trở kháng mũi dưới 0,25 Pa/mL/s. Tổng trở kháng mũi lớn hơn 0,25 Pa/mL/s thường có triệu chứng nghẹt mũi.

2.2.3.3. *Các phương pháp PT*: kỹ thuật và chất liệu mảnh ghép.

2.2.3.4. *Đánh giá kết quả*:

❖ *Thời gian theo dõi sau phẫu thuật*

❖ *Đánh giá kết quả gần, kết quả xa*: sau PT ≥ 3 tháng

- *Sẹo mổ mũi hoặc sẹo thành ngực*: Tốt: sẹo lành phẳng và mờ; Chấp nhận được: sẹo kích thước $\leq 2\text{mm}$, khó thấy; Xấu: sẹo kích thước $> 2\text{mm}$.

2.2.3.5. *Đánh giá hiệu quả PT*:

❖ **Về chức năng**: đánh giá cải thiện tình trạng nghẹt mũi. Dựa vào NOSE, góc van mũi trong và chỉ số khí áp mũi. So sánh kết quả trước và sau PT ≥ 3 tháng

❖ **Về thẩm mỹ**: So sánh góc α trước và sau PT ≥ 3 tháng. Góc α trước PT là α_1 và sau PT là α_2 . Kết quả: **Tốt**: $\alpha_2 = 0$; **Trung bình**: $0 < \alpha_2 < \alpha_1$; **Thất bại**: $\alpha_2 \geq \alpha_1$.

❖ **Đánh giá sự hài lòng của BN**: sử dụng bảng kiểm ROE (Rhinoplasty outcomes evaluation) của tác giả Sara S. E

2.2.3.6. *Các tai biến, biến chứng phẫu thuật*

2.2.4. **Các bước tiến hành**:

2.2.4.1. *Chuẩn bị BN trước phẫu thuật*

- Khám và ghi nhận các triệu chứng lâm sàng
- Cho BN làm các cận lâm sàng: nội soi mũi, CLVT mũi và đo khí áp mũi. Chụp hình tư thế thẳng, nghiêng 45° , 90° và nền mũi.

2.2.4.2. Phẫu thuật

- ❖ Phương pháp vô cảm: mê nội khí quản
- ❖ Phương pháp phẫu thuật: gồm các thì chính như sau
 - *Chỉnh hình xương mũi*: cắt xương và nắn chỉnh xương mũi
 - *Tạo hình vách ngăn*: mảnh ghép mở rộng và mảnh ghép nẹp đuôi VN
 - *Tạo hình sống mũi*: độn sụn sườn tự thân
 - *Tạo hình chóp mũi*: độn sụn vách ngăn, đôi khi kết hợp cân cơ
 - *Điều trị thu nhỏ thể tích cuốn mũi dưới*: điện đông lưỡng cực cao tần dưới niêm mạc, kết hợp bẻ xương cuốn dưới
 - *Các điều trị khác*: cắt và chỉnh sửa sẹo xấu; Độn mỡ tự thân và cân cơ chỗ lõm vùng trán-gốc mũi, vùng mặt...

2.2.4.3. Chăm sóc sau PT và tái khám: Khám và ghi nhận các triệu chứng lâm sàng. Làm các cận lâm sàng: nội soi mũi, CLVT mũi và đo khí áp mũi. Chụp hình tư thế thẳng, nghiêng 45^0 , 90^0 và nền mũi.

Tái khám sau PT: 2 tuần, 1 tháng và 3 tháng.

2.2.5. Phương pháp thu thập và xử lý số liệu: phần mềm SPSS 22.0. Phép kiểm t- cặp đôi kiểm định trung bình các biến số trước và sau PT.

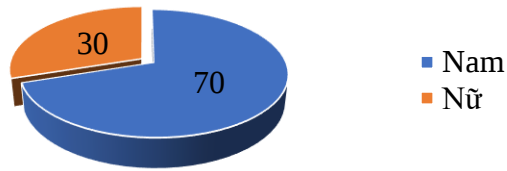
2.3. Đạo đức nghiên cứu: nghiên cứu nhằm mục đích nâng cao hiệu quả điều trị BN VTM sau chấn thương

CHƯƠNG 3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

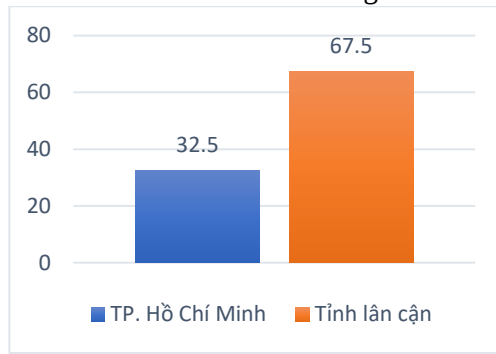
3.1. Đặc điểm chung

Bảng 3.1. Phân bố theo nhóm tuổi

Nhóm tuổi	Số lượng (n)	Tỉ lệ (%)
< 20 tuổi	3	7,5
20-49 tuổi	34	85,0
≥ 50 tuổi	3	7,5



Biểu đồ 3.1. Phân bố theo giới tính



Biểu đồ 3.2. Phân bố theo địa chỉ

Bảng 3.2. Nguyên nhân chấn thương

Nguyên nhân	Số lượng (n)	Tỉ lệ (%)
TN giao thông	25	62,5
TN sinh hoạt	6	15,0
TN thể thao	5	12,5
Đánh nhau	4	10,0

Bảng 3.3. Lý do nhập viện

Lý do nhập viện	Số lượng (n)	Tỉ lệ (%)
Nghẹt mũi	19	47,5
Thấp mũi vẹo xấu (thẩm mỹ)	21	52,5

Bảng 3.4. Tiền sử

Tiền sử	Số lượng (n)	Tỉ lệ (%)
Chấn thương gãy xương mũi	40	100,0
Đã được điều trị gãy xương mũi	7	17,5
PT khác	16	40,0

Bảng 3.5. Thời gian từ lúc chấn thương đến khi nhập viện

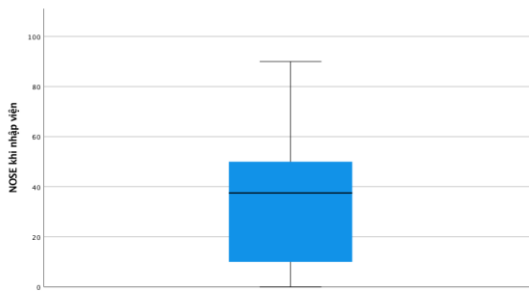
Thời gian	Số lượng (n)	Tỉ lệ (%)
Từ 3 tháng đến dưới 6 tháng	16	40,0
Từ 6 tháng đến dưới 12 tháng	10	25,0
≥ 12 tháng	14	35,0

3.2. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của BN VTM sau chấn thương

3.2.1. Tình trạng nghẹt mũi cơ năng trước phẫu thuật:

Bảng 3.6. Triệu chứng nghẹt mũi trước phẫu thuật

Nghẹt mũi	Số lượng (n)	Tỉ lệ (%)
Có	35	87,5
Không	5	12,5



Biểu đồ 3.3. Phân bố điểm NOSE khi nhập viện

3.2.2. Tình trạng thẩm mỹ tháp mũi trước phẫu thuật:

Bảng 3.7. Góc α trước phẫu thuật

Góc α (độ)	Trung bình $\pm$ SD	Trung vị	P*
Đo trên lâm sàng	$19,15 \pm 6,88$	18,0	$> 0,05$
Đo trên CLVT	$17,52 \pm 7,37$	16,5	

3.2.3. Phân loại vẹo tháp mũi theo Jang Y. J.

Bảng 3.8. Phân loại vẹo tháp mũi theo Jang Y. J.

Dạng vẹo tháp mũi	Số lượng (n)	Tỉ lệ (%)
Dạng 1	35	87,5
Dạng 2	5	12,5

3.2.4. Một số đặc điểm lâm sàng khác:

Bảng 3.9. Một số đặc điểm lâm sàng khác

Đặc điểm lâm sàng	Số lượng (n)	Tỉ lệ (%)
Sụp thóp mũi	8	20,0
Gò sống mũi	5	12,5
Sẹo xấu thóp mũi	5	12,5
Bất xứng khuôn mặt	17	42,5

3.2.5. Đặc điểm vách ngăn trước và trong phẫu thuật:

Bảng 3.10. Đặc điểm VN trước PT qua khám lâm sàng, CLVT và nội soi mũi.

Đặc điểm VN	Số lượng (n)	Tỉ lệ (%)
Không vẹo	1	2,5
Vẹo nhẹ hoặc trung bình	27	67,5
Vẹo nặng	12	30

3.2.6. Đặc điểm cuốn mũi dưới trước phẫu thuật:

Bảng 3.11. Mức độ quá phát cuốn dưới trước PT theo phân loại của Camacho M. (phụ lục 6).

Quá phát cuốn mũi dưới	Số lượng (n)	Tỉ lệ (%)
Độ 2	1	2,5
Độ 3	39	97,5

3.2.7. Các tổn thương mặt phối hợp

Bảng 3.12. Các tổn thương xương mặt khác khảo sát qua CLVT

Tổn thương xương	Số lượng (n)	Tỉ lệ (%)
Vỡ xương vách ngăn	27	67,5
Vỡ xương ổ mắt	12	30,0
Vỡ xương xoang	7	17,5
Vỡ xương gò má và xương hàm trên	2	5,0
Chỉ gãy xương mũi	13	32,5

3.2.8. Góc van mũi trong trước phẫu thuật:

Bảng 3.13. Góc van mũi trong trước phẫu thuật

Góc van mũi trong	Trung bình $\pm$ SD	Trung vị	P*
Bên phải (độ)	18,73 $\pm$ 7,62	18,5	> 0,05
Bên trái (độ)	19,05 $\pm$ 6,61	19,5	

3.2.9. Kết quả khí áp mũi trước phẫu thuật:

❖ Trở kháng mũi trước phẫu thuật

Bảng 3.14. Trở kháng mũi trước phẫu thuật

Trở kháng mũi	Trung bình $\pm$ SD	Trung vị
Bên trái (Pa/cm ³ /giây)	1,30 $\pm$ 1,20	0,98
Bên phải (Pa/cm ³ /giây)	0,93 $\pm$ 0,58	0,72
Tổng trở kháng (Pa/cm ³ /giây)	0,43 $\pm$ 0,16	0,39

❖ Lưu lượng khí qua mũi trước phẫu thuật

Bảng 3.15. Lưu lượng khí qua mũi trước phẫu thuật

Lưu lượng khí	Trung bình $\pm$ SD	Trung vị
Bên trái (lít/giây)	201,53 $\pm$ 120,48	159
Bên phải (lít/giây)	206,95 $\pm$ 118,74	208
Tổng lưu lượng (lít/giây)	394,98 $\pm$ 132,13	387

3.3. Kết quả PT tạo hình VTM sau chấn thương

3.3.1. Đặc điểm kỹ thuật

3.3.1.1. Phương pháp tiếp cận: 100% PT theo đường mổ mũi mở.

3.3.1.2. Chính hình xương mũi vẹo

Bảng 3.16. Kỹ thuật chỉnh hình xương mũi

Đặc điểm	Số lượng (n)	Tỉ lệ (%)
Cắt xương mũi đơn thuần	32	80
Cắt xương mũi+ cắt gò	5	12,5
Cắt xương mũi + dũa xương	3	7,5

Bảng 3.17. Các đường cắt xương mũi

Đặc điểm cắt xương	Một bên		Hai bên	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
Đường giữa (n = 40)	7	17,5	33	82,5
Đường bên (n = 40)	7	17,5	33	82,5
Đường trung gian (n = 18)	4	10	14	35

3.3.1.3. Tạo hình vách ngăn

- **Kỹ thuật tạo hình vách ngăn:**

Bảng 3.18. Kỹ thuật tạo hình vách ngăn

Kỹ thuật	Có		Không	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
Mảnh ghép mở rộng (Spreader graft)	40	100	0	0
Mảnh ghép nếp đuôi VN (Batten graft)	40	100	0	0
Cắt và khâu chân VN với gai mũi trước	1	2,5	39	97,5

- **Chất liệu tạo hình vách ngăn:** 100% trường hợp chúng tôi sử dụng sụn sườn tự thân

3.3.1.4. Tạo hình sống mũi, chóp mũi

Bảng 3.19. Tạo hình sống mũi

Đặc điểm	Số lượng (n)	Tỉ lệ (%)
Độn sụn sườn sống mũi	38	95,0
Độn sụn sườn sống mũi + ghép mỡ và màng sụn vùng gốc mũi-trán	2	5,0

Bảng 3.20. Tạo hình chóp mũi

Đặc điểm	Số lượng (n)	Tỉ lệ (%)
Độn sụn VN chóp mũi	39	97,5
Độn sụn VN + màng sụn sườn dưới sụn lõm chóp mũi	1	2,5

3.3.1.5. Điều trị giảm thể tích cuốn mũi dưới

100% BN có quá phát cuốn mũi dưới và điều trị thu nhỏ thể tích cuốn mũi dưới bằng phương pháp điện đông lưỡng cực cao tần dưới niêm mạc Coblation kết hợp bẻ xương cuốn dưới

3.3.1.6. Các phẫu thuật khác phối hợp:

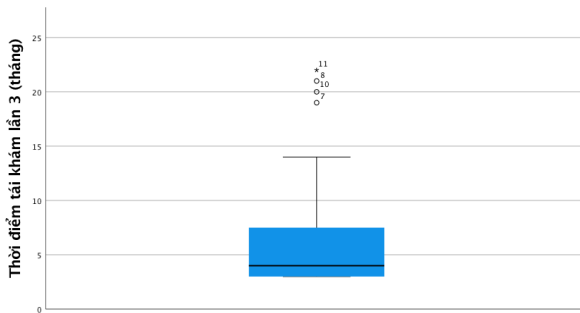
Bảng 3.21. Các phẫu thuật khác

Điều trị khác	Số lượng (n)	Tỉ lệ (%)
Cắt sửa sẹo xấu thóp mũi	5	12,5
Ghép mỡ tự thân chỗ lõm vùng mũi mặt	2	5,0

3.3.2. Đánh giá kết quả phẫu thuật

3.3.2.1. Thời gian theo dõi sau phẫu thuật

Thời gian tái khám lần 3



Biểu đồ 3.4. Thời gian BN tái khám lần 3

3.3.2.2. Kết quả gần sau PT: sau phẫu thuật 2 tuần và 1 tháng

▪ Triệu chứng nghẹt mũi

Bảng 3.22. Tình trạng nghẹt mũi cơ năng sau phẫu thuật 2 tuần và 1 tháng

Nghẹt mũi (n=40)	Sau PT 2 tuần		Sau PT 1 tháng	
	n	%	n	%
Không hoặc hết nghẹt mũi	22	55	35	87,5
Nghẹt mũi nhưng có cải thiện	16	40,0	5	12,5
Nghẹt mũi nhiều hơn	2	5,0	0	0

- Tình trạng sung nề thấp mũi

Bảng 3.23. Tình trạng thấp mũi sau phẫu thuật 2 tuần và 1 tháng

Tình trạng thấp mũi	Sau phẫu thuật 2 tuần		Sau phẫu thuật 1 tháng	
	n	%	n	%
Sung nề nhiều	1	2,5	0	0
Sung nề vừa	14	35,0	0	0
Sung nề ít	25	62,0	18	45,0
Hết sung nề	0	0	22	55,0
Bầm tím	0	0	0	0

- Tình trạng vết mổ thành ngực

Bảng 3.24. Tình trạng vết mổ thành ngực sau phẫu thuật 2 tuần và 1 tháng

Vết mổ thành ngực	Sau PT 2 tuần		Sau PT 1 tháng	
	n	%	n	%
Liên tốt	39	97,5	40	100
Chưa liên	1	2,5	0	0

3.3.2.3. Kết quả xa: sau PT ≥ 3 tháng

Bảng 3.25. Tình trạng nghẹt mũi cơ năng của BN trước và sau PT

Tình trạng nghẹt mũi	Trước PT		Sau PT ≥ 3 tháng	
	n	%	n	%
Không hoặc hết nghẹt mũi	5	12,5	32	80
Nghẹt mũi nhưng có cải thiện	35	87,5	8	20
Nghẹt mũi nhiều hơn	0	0	0	0

Bảng 3.26. Tình trạng sung nề thấp mũi sau PT ≥ 3 tháng

Thấp mũi	Sau PT ≥ 3 tháng	
	n	%
Sung nề nhiều	0	0
Sung nề vừa	0	0
Sung nề ít	0	0
Hết sung nề	40	100%

○ **Tình trạng sẹo PT:**

Bảng 3.27. sẹo vết mổ mũi và thành ngực sau PT ≥ 3 tháng

Sẹo PT	≥ 3 tháng		
	Đẹp	Chấp nhận được	Xấu
Sẹo vết mổ mũi	100%	0	0
Sẹo vết mổ thành ngực	70%	15%	15%

❖ **Đánh giá hiệu quả pt về chức năng**

○ **Theo thang điểm NOSE**

Bảng 3.28. Điểm NOSE của BN trước và sau PT ≥ 3 tháng (n=40)

ĐIỂM NOSE	Trước PT		Sau PT ≥ 3 tháng	
	Số lượng BN (n)	Tỉ lệ (%)	Số lượng (n)	Tỉ lệ (%)
0	5	12,5	33	82,5
5	1	2,5	2	5,0
10	6	15	3	7,5
15	1	2,5	0	0
20	2	5,0	2	5,0
25	1	2,5	0	0
30	2	5,0	0	0
35	2	5,0	0	0
40	5	12,5	0	0
45	1	2,5	0	0
50	6	15	0	0
60	3	7,7	0	0
65	2	5,0	0	0
70	2	5,0	0	0
90	1	2,5	0	0

○ *Thay đổi NOSE trước và sau PT ≥ 3 tháng*

Bảng 3.29. Thay đổi điểm NOSE trước và sau phẫu thuật ≥ 3 tháng

Điểm NOSE	Trước PT	Sau PT ≥ 3 tháng	P*
NOSE	34,01 $\pm$ 23,99	2,01 $\pm$ 5,03	< 0,001

○ *Góc van mũi trong*

Bảng 3.30. Thay đổi góc van mũi trong trước và sau phẫu thuật ≥ 3 tháng

Góc van mũi trong	Trước PT	Sau PT ≥ 3 tháng	P*
Bên phải (độ)	18,73 $\pm$ 7,62	33,38 $\pm$ 11,45	< 0,001
Bên trái (độ)	19,05 $\pm$ 6,61	34,65 $\pm$ 13,54	< 0,001

○ *Khí áp mũi:*

Bảng 3.31. Thay đổi trở kháng mũi trước và sau PT ≥ 3 tháng

Trở kháng mũi	Trước PT	Sau PT ≥ 3 tháng	P*
Bên phải	0,93 $\pm$ 0,58	0,48 $\pm$ 0,25	< 0,001
Bên trái	1,30 $\pm$ 1,20	0,46 $\pm$ 0,17	< 0,001
Tổng	0,43 $\pm$ 0,16	0,22 $\pm$ 0,04	< 0,001

Bảng 3.32. Thay đổi lưu lượng khí qua mũi trước và sau PT ≥ 3 tháng

Lưu lượng khí qua mũi	Trước PT	Sau PT ≥ 3 tháng	P*
Bên phải	206,95 $\pm$ 118,74	355,10 $\pm$ 106,70	< 0,001
Bên trái	201,53 $\pm$ 120,48	356,20 $\pm$ 96,16	< 0,001
Tổng	394,98 $\pm$ 132,13	711,33 $\pm$ 139,55	< 0,001

❖ **Đánh giá hiệu quả pt về thẩm mỹ**

○ *Góc α*

Bảng 3.33. Thay đổi góc α trước và sau PT ≥ 3 tháng

Góc α	Trước PT	Sau PT ≥ 3 tháng	P*
Góc α lâm sàng (độ)	19,15 $\pm$ 6,88	0,85 $\pm$ 1,84	<0,001
Góc α CLVT (độ)	17,52 $\pm$ 7,37	1,15 $\pm$ 1,87	<0,001

Bảng 3.34. Đánh giá kết quả theo góc α trước và sau PT ≥ 3 tháng

Góc α	Tốt	Trung bình	Xấu
Góc α lâm sàng (độ)	33 (82,5%)	7 (17,5%)	0
Góc α CLVT (độ)	26 (65%)	14 (35%)	0

○ **Các chỉ số nhân trắc học tháp mũi:**

Bảng 3.35. Thay đổi chỉ số nhân trắc học tháp mũi trước và sau PT ≥ 3 tháng

Đặc điểm	Trước PT	Sau PT ≥ 3 tháng	P*
Góc mũi môi (độ)	92,88 $\pm$ 11,54	94,63 $\pm$ 5,05	0,352
Góc mũi trán (độ)	144,63 $\pm$ 10,46	140,95 $\pm$ 7,97	0,028
Độ cao chóp mũi (cm)	1,66 $\pm$ 0,36	1,97 $\pm$ 0,34	<0,001
Chiều dài sống mũi (cm)	4,14 $\pm$ 0,47	4,28 $\pm$ 0,41	0,011

Bảng 3.36. Chỉ số nhân trắc học tháp mũi sau PT ≥ 3 tháng theo giới

Đặc điểm	Nam (n=28)	Nữ (n=12)
Góc mũi môi (độ)	94,39 $\pm$ 5,53	95,16 $\pm$ 3,83
Góc mũi trán (độ)	138,92 $\pm$ 7,66	145,66 $\pm$ 6,80
Độ cao chóp mũi (cm)	2,01 $\pm$ 0,34	1,88 $\pm$ 0,33
Chiều dài sống mũi (cm)	4,36 $\pm$ 0,36	4,09 $\pm$ 0,45

❖ **Sự hài lòng của bệnh nhân**

Bảng 3.37. Sự hài lòng của bệnh nhân

Sự hài lòng	Số lượng	Tỉ lệ (%)
Rất hài lòng	23	57,5
Khá hài lòng	12	30,0
Hài lòng nhưng còn ít khuyết điểm	5	12,5
Không hài lòng	0	0

3.4. Tai biến, biến chứng của phẫu thuật

Bảng 3.38. Tai biến, biến chứng của phẫu thuật

Biến chứng	Số lượng	Tỉ lệ (%)
Sẹo dính cuốn mũi-vách ngăn	3	7,5
Tụ dịch vết mổ thành ngực	1	2,5
Sẹo lõm thành ngực	6	15

CHƯƠNG 4 - BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung

4.1.1. Tuổi và giới

BN VTM sau chấn thương thường ở độ tuổi trẻ, tuổi trung bình $33,7 \pm 9,89$. Kết quả này nhìn chung tương đồng với các nghiên cứu khác trong nước cũng như trên thế giới. Đây là tuổi lao động chính, tham gia nhiều các hoạt động xã hội thường ngày có rủi ro tai nạn.

Nam giới chiếm đa số, kết quả có sự tương đồng với nhiều tác giả trong và ngoài nước, như Bùi Tuấn Anh tỉ lệ nam/nữ là 1,8; Kalakuntla M. là 65%: 35%. Điều này do sự khác biệt về tính cách giữa hai giới nam và nữ.

Trong nghiên cứu nguyên nhân chấn thương mũi do tai nạn giao thông, chiếm đa số, 62,5%. Điều này cũng hợp lý vì ở Việt Nam nơi phương tiện giao thông chủ yếu là xe máy, dễ gây xương mũi khi bị tai nạn giao thông.

4.2. Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng VTM sau chấn thương

4.2.1. Tình trạng nghẹt mũi cơ năng

Triệu chứng nghẹt mũi giữa các nghiên cứu có kết quả giống nhau, chiếm tỉ lệ cao. Theo Foda H. M. J là 75%, Cheng L. H. là 88%. Nguyên nhân nghẹt mũi ở BN VTM sau chấn thương là tổn thương thực thể như vẹo vách ngăn, hẹp van mũi trong hoặc quá phát cuốn mũi... Vì vậy, BN VTM di chứng sau chấn thương, tình trạng nghẹt mũi không đáp ứng với điều trị nội khoa mà cần phải can thiệp PT sớm, cần phải tái tạo lại cấu trúc tháp mũi để cải thiện chức năng thở.

4.2.2. Phân loại VTM

Qua nghiên cứu, VTM dạng 1 theo phân loại của Jang Y. J. chiếm tỉ lệ cao (87,5%). Điều này dễ hiểu vì đối tượng chọn bệnh của chúng tôi là VTM di chứng chấn thương nên cơ chế chấn thương gây gãy xương mũi sẽ hình thành VTM dạng 1 (VTM hình chữ C hoặc C ngược). Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của E. Azizli, tỉ lệ VTM hình chữ C (28%) C ngược (21,3%).

4.2.3. Đặc điểm vách ngăn:

100% vẹo vách ngăn. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của các tác giả khác. Man K. S. báo cáo phần lớn BN VTM có kèm vẹo vách ngăn và vẹo vách ngăn là nguyên nhân phổ biến nhất gây nghẹt mũi. Stepnick D. (2010); C. Ian N. (2018) cho rằng luôn có vẹo vách ngăn nhiều ở bệnh nhân bị lệch VTM nặng.

4.2.4. Tình trạng cuốn mũi dưới:

Cuốn mũi dưới góp phần tạo trở kháng đối với không khí hít vào ở mũi. Đầu cuốn mũi dưới là cấu trúc tạo nên van mũi trong, là đoạn hạn chế luồng khí qua thở mũi. Do đó tình trạng quá phát cuốn mũi dưới là một trong những nguyên nhân gây nghẹt mũi. Trong nghiên cứu 100% BN có quá phát cuốn mũi dưới và phần lớn là mức độ 3. Điều này phù hợp với kết quả nghiên cứu là BN trước PT nghẹt mũi tỉ lệ cao (87,5%). Taek Kyun Kim cho rằng phần lớn BN VTM có vẹo vách ngăn thì cuốn mũi dưới quá phát bù trừ.

4.2.5. Một số đặc điểm lâm sàng khác

Bất xứng khuôn mặt là biến dạng thường gặp nhất trong VTM (42,5%), tương đồng kết quả nghiên cứu của Jong S. Y. là 55%.

Sụp thấp mũi (giả VTM) 20%. Khác biệt so với báo cáo của Bùi Tuấn Anh (80%). Có sự khác nhau là do khác nhau về chọn mẫu.

4.3. Kết quả PT

4.3.1. Phương pháp tiếp cận

Chúng tôi áp dụng kỹ thuật PT mũi mở giống nhiều tác giả khác như Foda H.M., Cheng L.H., Hunsein W.K.,... Nhận thấy: PT mũi mở có nhiều ưu điểm: quan sát rõ và đánh giá chính xác cấu trúc và mức

độ thấp mũi biến dạng, từ đó có lựa chọn chính xác loại mảnh ghép cần sử dụng; đồng thời phối hợp được nhiều loại mảnh ghép và thực hiện thao tác kỹ thuật dễ dàng. Đảm bảo phục hồi chức năng và thẩm mỹ mũi tốt nhất. Hơn nữa, kỹ thuật này không đòi hỏi các thiết bị phức tạp và có thể thực hiện ở mọi cơ sở y tế, phụ thuộc chủ yếu vào trình độ, kinh nghiệm của phẫu thuật viên.

4.3.2. *Chỉnh hình xương mũi vẹo*

Trong NC chúng tôi cắt xương (100%), cắt gò xương mũi (12,5%) và mài dũa cạnh xương bén nhọn (7,5%) tương tự như cách thức của Kim Y. H.

4.3.3. *Tạo hình vách ngăn*

Chúng tôi áp dụng kỹ thuật mảnh ghép mở rộng để chỉnh thẳng phần lưng vách ngăn giống nhiều tác giả khác Hussein W. K. A., Jang Y. J., Cho G. S.,... Nhận thấy: với phương pháp tiếp cận mũi mở, kỹ thuật này dễ dàng thực hiện và rất hiệu quả trong tạo hình thẳng 1/3 giữa tháp mũi đồng thời mở rộng van mũi trong, cải thiện chức năng thở. Phần đuôi vách ngăn là cấu trúc quan trọng nhất chống đỡ cho tháp mũi, góp phần vào chức năng thở và thẩm mỹ mũi. Trong nghiên cứu này, chúng tôi chỉnh thẳng phần đuôi vách ngăn bằng kỹ thuật mảnh ghép nẹp đuôi vách ngăn, tương tự các tác giả khác như: Scott B. R.; Rod J. R.; Jang J. Y.; Nazim C.; Gye S. C.; Wael K.A.H.

Trong tạo hình vách ngăn, sụn tự thân là chất liệu phổ biến nhất vì có tính tương thích cao, không dị ứng và tỉ lệ biến chứng nhiễm trùng thấp. Trong đó sụn vách ngăn được lấy trong quá trình tạo hình vách ngăn, tuy nhiên số lượng sụn cần thiết không đủ và không vững nhiều. Đặc biệt BN có vách ngăn vẹo nhiều hoặc BN đã được PT vách ngăn trước đó thì sử dụng sụn vách ngăn không khả thi. Với sụn tai thì cong và đàn hồi hơn nhiều so với sụn vách ngăn và sụn sườn nên không phù hợp cho hỗ trợ cấu trúc mũi. Ngược lại sụn sườn có ưu điểm là lượng đủ nhiều, thẳng và đủ vững. Vì vậy, trong nghiên cứu, chúng tôi sử dụng sụn sườn tự thân. Tuy nhiên kỹ thuật lấy sụn sườn là một PT đòi hỏi phẫu thuật viên có nhiều kinh nghiệm để hạn chế một số biến chứng

như: chảy máu, thủng màng phổi, hơn nữa sau PT BN đau nhiều chỗ lấy sụn sườn và có nguy cơ sẹo lồi xấu vết mổ.

4.3.4. *Tạo hình sống mũi, chóp mũi*

❖ **Tạo hình sống mũi:**

Chúng tôi tạo hình sống mũi bằng các thanh sụn sườn nhằm mục đích: che khiếm khuyết còn lại sau tạo hình vách ngăn và cắt xương; hạn chế khả năng vẹo tháp mũi do sự co rút mô mềm khi lành thương; giúp tăng tính thẩm mỹ cho sống mũi. Tương đồng với phương pháp của Jang Y. J.; Jung D. H. và Rohrich R. J...

Trong quá trình PT, niêm mạc vách ngăn và mũi có thể tổn thương, làm tăng nguy cơ nhiễm trùng sau PT. Do đó sử dụng chất liệu nhân tạo để tạo hình sống mũi sẽ có nhiều nguy cơ nhiễm trùng vì vậy chất liệu tự thân được nhiều tác giả lựa chọn. Suh M. K. sử dụng sụn tự thân hoặc trung bì mỡ tự thân. Bùi Tuấn Anh sử dụng sụn vách ngăn hoặc sụn sườn.

❖ **Tạo hình chóp mũi:**

Trong nghiên cứu chúng tôi độn sụn vách ngăn chóp mũi để tăng tính thẩm mỹ cho tháp mũi. Giống nhiều tác giả khác như Bùi Mai Anh; Bùi Tuấn Anh...

4.3.5. *Điều trị giảm thể tích cuốn mũi dưới*

Mục đích là cải thiện chức năng thở và hạn chế VTM tái phát. Trong nghiên cứu, chúng tôi đã đốt và bẻ xương cuốn dưới cho 100% BN. Tương đồng cách thức của Jung D. H.; Suh M. K.

4.4. **Đánh giá kết quả PT**

4.4.1. *Thời gian theo dõi sau PT*

Theo kế hoạch thì thời gian theo dõi lần 3 là 3 tháng sau PT. Trong nghiên cứu, thời gian tái khám lần 3 trễ hơn, trung bình là 6,73 tháng, đặc biệt có trường hợp sau PT 22 tháng. Nguyên nhân do dịch Covid-19 xảy ra trong quá trình nghiên cứu; Hơn nữa do đặc điểm tâm lý của BN chuyên khoa PT tạo hình thẩm mỹ, khi kết quả đạt được như mong muốn thì họ không muốn tái khám.

4.4.2. *Đánh giá kết quả:* sau PT 2 tuần, 1 tháng và ≥ 3 tháng

Tình trạng nghẹt mũi cơ năng: Trong nghiên cứu của chúng tôi, BN có triệu chứng nghẹt mũi được cải thiện dần theo thời gian do tình trạng sung, phù nề mũi giảm dần. Trước phẫu thuật tỉ lệ nghẹt mũi chiếm 87,5% (35/40 BN). Sau PT 2 tuần, chúng tôi ghi nhận phần lớn BN hết nghẹt hoặc cải thiện nghẹt mũi nhiều (95%), nhưng có 5% BN nghẹt mũi nhiều hơn so với trước PT. Điều này phù hợp với diễn tiến lâm sàng mô mềm thấp mũi, hốc mũi sung nề nhiều. Sau PT ≥ 3 tháng 100% các trường hợp hết nghẹt mũi hoặc nghẹt mũi được cải thiện. Chứng tỏ kết quả PT cải thiện chức năng thở mũi của BN. Kết quả này giống báo cáo của nhiều tác giả như Foda H.M. 80% BN cải thiện chức năng sau PT; Ahmed M. Abu El-Wafa: tất cả BN cải thiện chức năng sau PT.

Sẹo vết mổ: 100% BN đều có sẹo mổ mũi liền đẹp vì đây là phẫu thuật sạch, hơn nữa vùng mũi mạch máu rất phong phú. Sẹo thành ngực, 70% kết quả đẹp, 15% sẹo chấp nhận được và 15% sẹo xấu. Kết quả này tương tự Jung D. H., tỉ lệ sẹo lõm xấu thành ngực khoảng 10%.

4.5. **Đánh giá hiệu quả sau PT**

4.5.1. Về chức năng: dựa vào NOSE, góc van mũi trong và khí áp mũi. So sánh trước và sau PT ≥ 3 tháng:

○ *Thang điểm NOSE*

NOSE trung bình trước và sau PT là $34,01 \pm 23,99$ và $2,01 \pm 5,03$. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê điểm NOSE trước và sau PT với $p < 0,001$. Chứng tỏ PT cải thiện chức năng thở mũi. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của tác giả Aurora G. S. sau PT tạo hình vách ngăn mũi bằng kỹ thuật mảnh ghép mở rộng và giảm thể tích cuộn mũi dưới, NOSE trung bình giảm đáng kể so với trước PT

○ *Góc van mũi trong*

Theo định luật Poiseuille: (*Lưu lượng = hằng số k x chênh lệch áp suất x r^4 (bán kính)/chiều dài*). Lưu lượng khí qua mũi tỉ lệ thuận với lũy thừa bậc bốn với bán kính van mũi trong. Vì thế, những thay

đôi nhỏ ở diện tích van mũi trong cũng có thể ảnh hưởng nhiều đến luồng không khí qua mũi.

Sau PT, góc van mũi trong 2 bên đều tăng và lớn hơn giá trị trung bình của người bình thường châu Á ($21,6^0 \pm 4,5^0$) và Việt Nam ($20,25^0$). Khác biệt của góc van mũi trong trước và sau PT có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$. Điều này chứng tỏ PT cải thiện chức năng thở đáng kể.

○ **Khí áp mũi:**

Sau PT, tổng trở kháng mũi giảm đáng kể. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$. Chứng tỏ PT giúp cải thiện tình trạng nghẹt mũi. Tổng lưu lượng khí trung bình qua mũi tăng lên rõ rệt so với trước phẫu thuật. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,001$). Điều này chứng tỏ PT giúp BN thở mũi thông thoáng hơn.

4.5.2. Về thẩm mỹ: so sánh góc α trước và sau phẫu thuật ≥ 3 tháng

Sau PT, góc α giảm đáng kể và gần bằng 0 (α trung bình = $0,85^0$), nghĩa là sống mũi gần như thẳng. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,001$). Điều này chứng tỏ PT làm giảm độ vẹo lệch tháp mũi, giúp tháp mũi thẳng hơn. Nghiên cứu của Samel E. có tỉ lệ thất bại cao (14,3%). Sự khác nhau này có thể do nhiều nguyên nhân. Thứ nhất: trong kế hoạch phẫu thuật, tác giả chỉ thực hiện chỉnh hình xương mũi vẹo và tạo hình vách ngăn, không áp dụng kỹ thuật tạo hình sống mũi giúp che lấp các khiếm khuyết còn lại sau chỉnh hình xương mũi và tạo hình vách ngăn; Thứ hai là tác giả không điều trị thu nhỏ cuốn mũi dưới để hạn chế tỉ lệ vẹo vách ngăn tái phát dẫn đến VTM tái phát; Thứ ba là tác giả sử dụng chất liệu tạo hình là sụn vành tai hoặc sụn vách ngăn có đặc điểm phần lớn các trường hợp là lượng sụn thu được có kích thước nhỏ, không thẳng và thường không đủ vững nên có nhiều khả năng biến dạng sụn sau phẫu thuật gây VTM tái phát. Thứ tư là thời gian theo dõi sau phẫu thuật dài (18-24 tháng) nên có thể ghi nhận một số trường hợp tái phát muộn.

4.5.3. Sự hài lòng của bệnh nhân

Sau PT ≥ 3 tháng, tỉ lệ BN rất hài lòng và hài lòng cao (87,5%), tương đồng với nghiên cứu của Lisandra M. A. là 90% BN hài lòng; Foda H. M. là 95% BN hài lòng về thẩm mỹ và chức năng. Tuy nhiên

có sự khác nhau về tỉ lệ BN phải PT lại do còn VTM nhẹ (6%). Sự khác nhau này có thể do mẫu nghiên cứu của các tác giả lớn (260 BN) hoặc thời gian theo dõi dài (thời gian theo dõi trung bình 28 tháng).

4.6. Biến chứng của phẫu thuật

Biến chứng thường gặp nhất tình trạng sẹo lồi, xấu thành ngực chiếm tỉ lệ 15%. Kết quả tương tự báo cáo của Jung D. H., tỉ lệ sẹo lồi xấu thành ngực khoảng 10% các trường hợp. Nguyên nhân do phản ứng co rút quá mức của mô mềm hoặc do tổn thương thành vết mổ nhiều do thao tác banh rộng hố mổ trong PT. Để hạn chế biến chứng sẹo lồi xấu thành ngực, theo kinh nghiệm của chúng tôi thì đường rạch da thành ngực phải đủ rộng (trung bình 3cm); Cần cắt lọc mép vết mổ trước khi khâu da và sử dụng băng keo silicone vết thương sau PT. Thứ hai là biến chứng sẹo dính giữa cuốn mũi dưới và vách ngăn, chiếm tỉ lệ 7,5% (3/40 BN). Theo Taek K. K., sẹo dính cuốn mũi dưới và vách ngăn xảy ra khoảng 5,9% đến 36% sau PT tạo hình vách ngăn và tạo hình mũi. Nếu sẹo dính được phát hiện sớm qua khám lâm sàng hoặc nội soi mũi trong lần tái khám đầu tiên, sẹo dính có thể tách ra dễ dàng. Khi sẹo đã hình thành rõ ràng, việc tách sẹo dính sẽ khó khăn và đôi khi sẽ cần sử dụng gây tê tại chỗ hoặc gây tê toàn thân để cắt tách sẹo dính. Sau khi tách sẹo dính, cần đặt vật liệu mềm mịn thích hợp (như Spongel) hoặc đặt miếng silicone mỏng ngay sau tách dính trong 1-3 tuần để hạn chế dính tái phát. Ngoài ra, chúng tôi ghi nhận 1 trường hợp (2,5%) tự dịch vết mổ thành ngực. Theo Man Koon Suh, biến chứng tự dịch trong lấy sụn sườn không thường gặp và đặt dẫn lưu thì không cần thiết. Xử trí bằng hút dịch và băng ép.

KẾT LUẬN

Qua 40 trường hợp PT tạo hình VTM sau chấn thương từ 12/2020-12/2023 tại BV TMH TP.HCM chúng tôi rút ra một số kết luận sau:

1. Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của bệnh nhân vẹo thấp mũi đi chứng sau chấn thương

BN trẻ tuổi chiếm đa số, tuổi trung bình $33,70 \pm 9,98$. Nam nhiều hơn nữ (7/3). 87,5% BN có triệu chứng nghẹt mũi ở các mức độ khác nhau. VTM dạng 1 là chủ yếu (87,5%). 100% có quá phát cuốn mũi

dưới và vẹo vách ngăn. Một số đặc điểm lâm sàng đi kèm là sụp thấp mũi (20%), bất xứng khuôn mặt (42,5%) và sẹo xấu thấp mũi (12,5%).

2. Hiệu quả sau PT tạo hình VTM di chứng sau chấn thương

- Về PT, tất cả BN đều được PT gồm: Tiếp cận theo đường mũi mở; Chính hình xương mũi: cắt xương mũi được sử dụng chủ yếu cho cả 2 bên với đường cắt giữa và đường cắt bên, chiếm 82,5%; Tạo hình vách ngăn bằng kỹ thuật mảnh ghép mở rộng và kỹ thuật nẹp đuôi vách ngăn; Tạo hình sống mũi và chóp mũi bằng độn sụn sườn tự thân ; Điều trị giảm thể tích cuốn mũi dưới bằng phương pháp điện đông lưỡng cực cao tần (Coblation) dưới niêm mạc và bẻ cuốn dưới hai bên

-Hiệu quả về chức năng:

- Tình trạng nghẹt mũi cải thiện dần sau phẫu thuật. Sau PT 3 tháng, 100% BN cải thiện chức năng, NOSE trung bình giảm từ $34,01 \pm 23,99$ xuống còn $2,01 \pm 5,03$.
- Góc van mũi trong hai bên đều cải thiện đáng kể sau PT 3 tháng (góc van mũi trong trung bình $18,73^0 \pm 7,62$ và $19,05^0 \pm 6,61$ tăng lên $33,38^0 \pm 11,45$ và $34,65^0 \pm 13,54$ tương ứng mũi (P) và (T) trước và sau PT).
- Trở kháng mũi và lưu lượng khí qua mũi đều cải thiện đáng kể sau PT (tổng trở kháng $0,43 \pm 0,16$ Pa/cm³/giây giảm xuống còn $0,22 \pm 0,04$ Pa/cm³/giây; Tổng lưu lượng khí qua mũi $394,98 \pm 132,13$ lít/giây tăng lên là 711.33 ± 139.55 lít/giây).

-Hiệu quả về thẩm mỹ: sau PT 3 tháng, góc α cải thiện đáng kể (Góc α trung bình trước và sau PT là $19,15^0 \pm 6,88$ và $0,85^0 \pm 1,84$)

- Sau PT tỉ lệ BN rất hài lòng là 57,5% và hài lòng là 30%.

- Biến chứng sau PT không đáng kể, thường gặp nhất là tình trạng sẹo lồi thành ngực do lấy sụn sườn (15%).

KIẾN NGHỊ

1. Cần có thêm nhiều nghiên cứu khác để đánh giá và so sánh kết quả giữa các phương pháp và kỹ thuật PT khác nhau.
2. Nên có nghiên cứu có theo dõi thời gian dài sau PT để đánh giá độ ổn định của phẫu thuật.
3. Cần có nghiên cứu có số lượng mẫu lớn hơn giúp việc đánh giá kết quả được rõ ràng hơn.