

bệnh cao tuổi giúp đánh giá TTDD một cách toàn diện, giúp phát hiện sớm những người có nguy cơ SDD để kịp thời can thiệp. Một số yếu tố như giai đoạn bệnh, tình trạng thiếu máu và nồng độ albumin huyết thanh có liên quan tới TTDD của người bệnh.

VI. KHUYẾN NGHỊ

Trong thực hành lâm sàng, tại các môi trường y tế nói chung và các trung tâm lão khoa nói riêng, cần thực hành sàng lọc và đánh giá TTDD cho người bệnh mắc BTM khi mới nhập viện để kịp thời phát hiện và can thiệp sớm cho những người bệnh có nguy cơ SDD và SDD. Có thể lựa chọn bộ công cụ MNA trong đánh giá cho người bệnh cao tuổi. Ngoài ra, cần tăng cường truyền thông, cung cấp kiến thức đầy đủ, hỗ trợ người bệnh xây dựng và thực hành một chế độ ăn hợp lý.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Centers for Disease Control and Prevention**, "Chronic Kidney Disease in the United States, 2021", Centers for Disease Control and Prevention, US Department of Health and Human Services, 2021.
2. **GBD Chronic Kidney Disease Collaboration**, "Global, regional, and national burden of chronic kidney disease, 1990–2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017", The Lancet, 2020, 709-733.
3. **Isabel T. D. Correia M**, "The impact of malnutrition on morbidity, mortality, length of hospital stay and costs evaluated through a multivariate model analysis", Clin Nutr, 2003, 235-239.
4. **Vũ Trần Văn, Hương Trần Thị Bích**, "Đánh giá tình trạng dinh dưỡng ở bệnh nhân suy thận mạn giai đoạn cuối chưa lọc thận", Tạp Chí Y Học Thành Phố Hồ Chí Minh, 2011, 53-59.
5. **Ann M. O'Hare, Andy I. Choi, Daniel Bertenthal, Peter Bacchetti, Amit X. Garg, James S. Kaufman, Louise C. Walter, Kala M. Mehta, Michael A. Steinman, Michael Allon, William M. McClellan, C. Seth Landefeld**, "Age Affects Outcomes in Chronic Kidney Disease", J Am Soc Nephrol, 2007, 2758-2765.
6. **Arshad AR, Jamal S, Amanullah K**, "Agreement Between Two Nutritional Assessment Scores as Markers of Malnutrition in Patients with End-stage Renal Disease", Cureus, 2020, 12(3):e7429.
7. **Thành Nguyễn Công, Lan Nguyễn Thị Hương, Bình Nguyễn Huy, Hà Nguyễn Thu, Thúy Phạm Minh**, "Tình trạng dinh dưỡng và một số yếu tố liên quan của người bệnh suy thận mạn chưa lọc máu điều trị nội trú tại Bệnh viện Đa khoa Xanh Pôn năm 2018", Tạp Chí Nghiên Cứu Học, 2021, 264-275.
8. **Vũ Trần Văn**, "Đánh giá tình trạng dinh dưỡng ở bệnh nhân bệnh thận mạn", Luận án Tiến sĩ y học Thành phố Hồ Chí Minh, 2015.

KẾT QUẢ PHẪU THUẬT NÂNG MŨI BẰNG VẬT LIỆU NHÂN TẠO KẾT HỢP SỤN TỰ THÂN

Tep Vathanak¹, Hoàng Tuấn Anh^{1,2}, Phạm Kiến Nhật¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả phẫu thuật nâng mũi bằng vật liệu nhân tạo kết hợp sụn tự thân. Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: 28 bệnh nhân, phẫu thuật nâng mũi lần đầu bằng vật liệu nhân tạo kết hợp sụn tự thân tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội và Bệnh viện Bạch Mai. Nghiên cứu mô tả loạt ca bệnh. Kết quả: Phần lớn bệnh nhân là nữ (67,9%), tuổi trung bình 24,6. Các thông số nhân trắc sau phẫu thuật: chiều dài mũi từ gốc mũi đến chóp mũi, chiều dài mũi từ chóp mũi đến trụ mũi, chiều cao chóp mũi và góc mũi trán cải thiện có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Sau mổ 3 tháng, tỉ lệ mũi thẳng tăng từ 82,1% lên 100%, dạng mũi hếch và khoằm không còn trường hợp nào, dạng mũi rất rộng giảm từ 75% xuống 60,7%. Biến chứng trong và sau mổ hiếm gặp. Phần lớn đối tượng

cải thiện 6 đến 7 thông số nhân trắc mũi (21,4% và 46,4%). Hiệu quả cải thiện hình thể rõ rệt với điểm ROE sau mổ tăng có ý nghĩa. Kết luận: Nâng mũi sử dụng vật liệu nhân tạo và sụn tự thân có nhiều ưu điểm: đạt hiệu quả hình thể cao, ít biến chứng.

Từ khóa: Tạo hình mũi, phẫu thuật nâng mũi, vật liệu nhân tạo, sụn tự thân.

SUMMARY

RESULTS OF SURGERY DOING OPEN STRUCTURAL RHINOPLASTY BY ARTIFICIAL MATERIALS AND AUTOLOGOUS CARTILAGE

Objectives: Describe the results of rhinoplasty surgery with artificial material streaks combined with autologous cartilage. **Subjects and methods:** A case series descriptive study. Subjects included the first rhinoplasty surgery with artificial materials combined with autologous tissue at Ha Noi Medical University Hospital and Bach Mai hospital. **Results:** 28 subjects, of which the majority were female 67.9%, average age 24.6 years old. The parameters of the nose length from the tip of the nose to the tip of the nose, the length of the zone from the tip of the nose to the tip of the nose, the height of the tip of the nose and the angle of the nose and forehead were all improved with

¹Trường Đại học Y Hà Nội;

²Bệnh viện Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Tep Vathanak

Email: tepvathanak007@gmail.com

Ngày nhận bài: 18.8.2022

Ngày phản biện khoa học: 23.9.2022

Ngày duyệt bài: 7.10.2022

statistical significance ($p < 0.05$). After 3 months of surgery, the rate of straight nose increased from 82.1% to 100%, no cases of upturned and beaked noses, very wide noses decreased from 75% to 60.7%. The rate of intraoperative complications and postoperative complications in the study are rare. Furthermore, most of the subjects improved 6 to 7 nasal anthropometric parameters, 21.4% and 46.4%, corresponding. ROE score after surgery increased significantly. **Conclusion:** Structural rhinoplasty using artificial objects and autologous cartilage has many advantages: high physical efficiency, few complications.

Keywords: Rhinoplasty, artificial materials, autologous cartilage.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Mũi người Việt Nam có các đặc điểm chung của mũi của người châu Á: sống mũi thấp và rộng, đầu mũi thấp, cánh mũi bè, trụ mũi ngắn và khung xương sụn nhỏ. Đặc điểm đó khiến nhu cầu của phẫu thuật nâng mũi ngày càng cao cùng với sự gia tăng của nhu cầu thẩm mỹ nói chung.

Dựa trên đặc điểm chung của mũi người Châu Á, kỹ thuật nâng mũi thẩm mỹ trên đối tượng này cần đạt được các mục tiêu: cải thiện chiều cao sống mũi, đặc biệt tăng chiều dài mũi; tăng độ nhô và làm thon gọn đầu mũi; kéo dài trụ mũi; thon gọn cánh mũi và lỗ mũi. Do vậy, kỹ thuật nâng mũi hiện đại can thiệp toàn diện hơn vào cấu trúc mũi, tác động vào từng đơn vị cấu trúc riêng lẻ (sống mũi, đầu mũi, trụ mũi, cánh mũi) nhằm đạt được hiệu quả cải thiện hình thể và thẩm mỹ mũi tối đa. Có nhiều loại vật liệu được sử dụng trong nâng mũi thẩm mỹ gồm vật liệu tự thân và vật liệu nhân tạo. Sử dụng các vật liệu nhân tạo (silicone, Medpor...) trong nâng mũi có nhiều ưu điểm như kỹ thuật đơn giản, dễ tạo hình, dễ tháo bỏ khi có biến chứng, tuy nhiên những hạn chế của loại vật liệu này đã được y văn tổng kết như khả năng hình thành bao xơ, nguy cơ nhiễm trùng, viêm lộ vật liệu... Vật liệu tự thân (sụn vành tai, sụn vách mũi, sụn sườn...) khi sử dụng trong tạo hình mũi ít có nguy cơ nhiễm trùng, lộ chất liệu nhưng nguồn chất liệu thường không đủ để đáp ứng nhu cầu tạo hình mũi một cách toàn diện, kỹ thuật lại phức tạp hơn. Nâng mũi hiện đại xu hướng kết hợp hai loại vật liệu nhằm nâng cao hiệu quả thẩm mỹ, hạn chế biến chứng và tận dụng ưu điểm của từng chất liệu. Nghiên cứu này nhằm nâng cao chất lượng điều trị thẩm mỹ mũi.

Mục tiêu: *Đánh giá kết quả phẫu thuật nâng sống mũi bằng vật liệu nhân tạo kết hợp sụn vành tai tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội và Bệnh viện Bạch Mai.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng: 28 bệnh nhân được nâng mũi bằng vật liệu nhân tạo kết hợp với sụn vành tai tại Đơn vị Phẫu thuật Tạo hình Thẩm mỹ công nghệ cao, Bệnh viện Đại học Y Hà Nội và Khoa Phẫu thuật tạo hình thẩm mỹ – Bệnh viện Bạch Mai từ tháng 7/2021 đến tháng 7/2022.

- **Tiêu chuẩn lựa chọn:** người Việt Nam, trưởng thành từ 18 tuổi; được phẫu thuật nâng mũi lần đầu bằng vật liệu nhân tạo kết hợp sụn vành tai và đồng ý tham gia nghiên cứu.

- **Tiêu chuẩn loại trừ:** đã có can thiệp phẫu thuật vào vùng mũi từ trước, đã tiêm các chất làm đầy; người dị dạng vùng mũi do bẩm sinh hoặc mắc phải.

2.2. Phương pháp

- Thiết kế nghiên cứu: mô tả loạt ca bệnh, hồi cứu kết hợp tiến cứu

- Cỡ mẫu: mẫu thuận tiện

- Quy trình nghiên cứu:

+ Đối tượng tham gia nghiên cứu được đo các kích thước nhân trắc mũi trên khuôn mặt trước phẫu thuật. Đo đạc trực tiếp trên đối tượng bằng thước kẹp, thước compa, bộ thước nhân trắc. Bao gồm 7 chỉ số nhân trắc và 4 tỷ lệ đánh giá cân đối mũi-mặt:

1. Chiều dài mũi từ gốc đến chóp (NTP)
2. Chiều dài mũi từ gốc đến trụ (NSN)
3. Chiều ngang cánh mũi (AL-AL)
4. Chiều ngang nền mũi (AC-AC)
5. Chiều cao chóp mũi (SN-TP)
6. Góc mũi trán (NFA)
7. Góc mũi môi (NLA)

* 4 thông số đánh giá sự cân đối mũi – mặt:

1. Tỷ lệ chiều dài môi trên: độ nhô mũi
2. Tỷ lệ độ nhô mũi: chiều dài mũi
3. Tỷ lệ chiều dài mũi: chiều cao tăng dưới mặt
4. Tỷ lệ phần trước trụ mũi: độ nhô mũi

+ Bệnh nhân được thực hiện phẫu thuật nâng mũi bằng vật liệu nhân tạo (silicone) kết hợp với sụn vành tai tại Đơn vị Phẫu thuật Tạo hình Thẩm mỹ công nghệ cao và Khoa Phẫu thuật tạo hình thẩm mỹ – Bệnh viện Bạch Mai.

Phẫu thuật được thực hiện dưới gây tê tại chỗ tăng cường. Bước đầu tiên, phẫu thuật viên tiến hành thu hoạch mảnh ghép từ sụn vành tai tại hõm xoắn tai, mảnh ghép được lấy với kích thước tối đa, bảo tồn trụ gờ luân tránh biến dạng vành tai. Tiếp đó, phẫu tích qua đường mổ mũi mở với đường rạch qua trụ mũi bộc lộ khung xương-sụn mũi. Sau đó, tiến hành thu hoạch mảnh ghép từ sụn vách ngăn mũi. Tạo hình trụ mũi mới bằng kỹ thuật mở rộng vách ngăn. Chóp mũi được tạo hình bằng sụn vành tai. Việc tạo

dáng sống mũi thực hiện bằng đặt mảnh độn silicone. Cuối cùng, khâu đóng da và niêm mạc mũi, đặt dẫn lưu và băng ép.

+ Đánh giá các tai biến, biến chứng phẫu thuật: chảy máu, tụ máu, sưng nề, nhiễm trùng, hoại tử, trôi mảnh ghép, nghẹt mũi, khó thở.

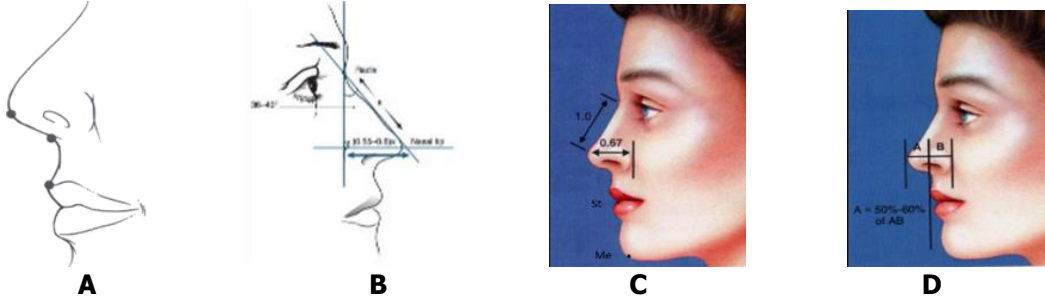
+ Đánh giá kết quả ngay sau phẫu thuật sau phẫu thuật và sau 3 tháng.

1. Sự cải thiện 7 thông số nhân trắc cơ bản, 4 tỷ lệ cân đối mũi-mặt và sự thay đổi dáng mũi

2. Biến chứng, tai biến phẫu thuật.

3. Đánh giá hiệu quả cải thiện chức năng, thẩm mỹ và sự hài lòng của bệnh nhân bằng thang điểm "Đánh giá tình trạng tắc nghẽn mũi – NOSE" và "Đánh giá hiệu quả tạo hình mũi – ROE". Mỗi câu hỏi cho điểm từ 0-4. Điểm sau đó được quy về thang điểm 100. Đánh giá 2 thời điểm trước và sau mổ.

- Phân tích kết quả nghiên cứu: SPSS 20.0, so sánh các giá trị trung bình bằng T-test.



Hình 1: Các thông số nhân trắc đánh giá cân đối mũi-mặt. A- tỷ lệ chiều dài môi trên (từ điểm chân trụ mũi tới ranh giới môi trên trắng-đỏ) : độ nhô mũi (từ chân trụ mũi tới đầu mũi) = 1 (Simon analysis); B- Tỷ lệ độ nhô mũi (chân cánh mũi tới đầu mũi):chiều dài mũi (gốc mũi tới đầu mũi) = 0,55-0,6 (Goode analysis); C- Tỷ lệ chiều dài mũi:chiều cao tầng dưới mặt (chân trụ mũi tới dưới cằm) = 1; D- Đường thẳng đứng qua đỉnh môi trên chia mũi thành hai phần trước sau với tỷ lệ 1/2 (Gunter and Rohrich analysis)

Bảng 1. Bảng câu hỏi đánh giá kết quả tạo hình mũi ROE¹

Câu hỏi	Không	Một chút	Chấp nhận được	Có	Hoàn toàn đồng ý
Thích dáng mũi?	0	1	2	3	4
Thở dễ dàng qua mũi?	0	1	2	3	4
Người thân thích mũi của bạn?	0	1	2	3	4
Hạn chế giao tiếp xã hội?	0	1	2	3	4
Tự tin với mũi của mình	0	1	2	3	4
Mong muốn phẫu thuật sửa chữa?	0	1	2	3	4

Bảng 2: Bảng đánh giá triệu chứng tắc nghẽn mũi – NOSE²

Triệu chứng	Không	Rất nhẹ	Trung bình	Nặng	Tồi tệ
Nghẹt mũi	0	1	2	3	4
Tắc mũi hoàn toàn	0	1	2	3	4
Khó khăn khi thở qua mũi	0	1	2	3	4
Khó khăn khi ngủ	0	1	2	3	4
Không thể hít thở đủ không khí bằng mũi khi gắng sức	0	1	2	3	4

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Đối tượng trong nghiên cứu của chúng tôi gồm 28 bệnh nhân, trong đó phần lớn là nữ 67,9%, tuổi trung bình 24,6 tuổi. Đánh giá trước và sau phẫu thuật thu được một số kết quả như sau:

3.1. Các thông số nhân trắc mũi trước và sau mổ

Bảng 3. Các thông số nhân trắc mũi trước và sau phẫu thuật (n=28)

Biến số	Trước mổ	Sau mổ	p
Chiều dài mũi từ gốc mũi đến chóp NTP(mm)	38,1±4,2	39,7±5,2	< 0,05
Chiều dài mũi từ gốc mũi đến trụ NSN(mm)	41,7±3,6	43,8±3,1	< 0,05
Chiều ngang cánh mũi AL-AL(mm)	37,1±2,9	35,2±4,3	>0,05
Chiều ngang nền mũi AC-AC(mm)	36,9±5,6	36,3±5,2	>0,05

Chiều cao chóp mũi SN – TP(mm)	21,7±3,8	24,8±4,6	< 0,05
Góc mũi – trán NFA(độ)	138,7±6,2	145,2±8,3	< 0,05
Góc mũi – môi(độ)	101,8±8,3	100,1±5,4	> 0,05
Tỷ lệ chiều dài môi trên: độ nhô mũi	0.69	0.65	>0.05
Tỷ lệ độ nhô mũi: chiều dài mũi	0.51	0.53	>0.05
Tỷ lệ chiều dài mũi: chiều cao tăng dưới mặt	0.81	0.88	<0.05
Tỷ lệ phần trước trụ mũi: chiều cao mũi	0.43	0.47	>0.05

Các thông số về chiều dài mũi từ gốc mũi đến chóp mũi, chiều dài mũi từ chóp mũi đến trụ mũi, chiều cao chóp mũi, góc mũi trán và tỷ lệ chiều dài mũi/chiều cao tăng dưới mặt đều được cải thiện có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

3.2. Thay đổi dạng mũi trước và sau mổ

Bảng 4. Thay đổi dạng mũi trước và sau mổ

Các dạng mũi		Trước mổ	Sau mổ 3 tháng
Theo đường N-TP nhìn nghiêng 90 độ	Thẳng	23 (82,1)	28 (100)
	Lõm	3 (10,7)	0
	Gồ	2 (7,1)	0
Tổng		28 (100)	28 (100)
Theo góc mũi môi NLA	Hếch	5 (17,9)	0
	Trung gian	23 (82,1)	28 (100)
	Khoằm	0	0
Tổng		28 (100)	28 (100)
Theo chỉ số mũi NI (Nasal Index)	Hẹp	2 (7,1)	3 (10,7)
	Rộng	5 (17,9)	8 (28,6)
	Rất rộng	21 (75,0)	17 (60,7)
Tổng		28 (100)	28 (100)

Sau mổ 3 tháng tỷ lệ mũi thẳng tăng từ 82,1% lên 100%, dạng mũi hếch và khoằm không còn trường hợp nào, dạng mũi rất rộng giảm từ 75% xuống 60,7%.

3.3. Tai biến trong mổ và biến chứng sau mổ

Bảng 5. Tai biến trong mổ và biến chứng sau mổ (n=28)

Tai biến, biến chứng	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Chảy máu trong mổ	1	3,6
Chảy máu mũi	0	0
Tụ máu	0	0
Nhiễm trùng	1	3,6
Rách niêm mạc	1	3,6
Hoại tử niêm mạc	0	0
Nghẹt mũi	2	7,1
Trôi mảnh ghép	0	0

Tỷ lệ tai biến trong mổ và biến chứng sau mổ trong nghiên cứu thường hiếm gặp.

3.4. Tỷ lệ cải thiện 7 thông số nhân trắc mũi sau mổ

Bảng 6. Tỷ lệ cải thiện 7 thông số nhân trắc mũi sau mổ (n=28)

Số lượng thông số cải thiện	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
3/7	2	7,1
4/7	4	14,3
5/7	4	14,3
6/7	6	21,4
7/7	13	46,4
Tổng	28	100

Sau mổ 3 tháng phần lớn đối tượng cải thiện được 6-7 thông số nhân trắc mũi 21,4% và 46,4%. Hiệu quả cải thiện hình dáng mũi rõ rệt với điểm ROE trung bình sau mổ tăng rõ rệt (82.65 ± 11.21) so với trước mổ (44.23 ± 10.67). Phẫu thuật không gây ảnh hưởng đáng kể tới chức năng hô hấp của mũi, điểm NOSE trước và sau mổ thay đổi không đáng kể: 12.15 ± 8.54 và 15.28 ± 9.01 .

IV. BÀN LUẬN

Sự khác biệt giữa mũi người phương Tây với mũi người châu Á đã được bàn luận nhiều trong y văn. Mũi điển hình của người châu Á có các đặc điểm: sống mũi thấp và rộng; đầu mũi to và thô, độ nhô thấp, da đầu mũi dày; cánh mũi bè, lỗ mũi rộng; trụ mũi ngắn và khung xương sụn nhỏ, giảm sự nâng đỡ và hạn chế độ nhô của mũi. Những đặc điểm hạn chế này dẫn đến phát sinh nhu cầu can thiệp phẫu thuật cải thiện cấu trúc mũi. Hầu hết các trường hợp phẫu thuật thẩm mỹ mũi người châu Á là nâng mũi.³

Có nhiều loại vật liệu nhân tạo được sử dụng trong nâng mũi thẩm mỹ ở người châu Á. Trong số này, phổ biến nhất là silicone do có các ưu điểm: trở về sinh học, dễ gọt và dễ tháo. Tuy nhiên nguy cơ nhiễm trùng, di lệch, lộ vật liệu, chủ yếu ở đầu mũi và trụ mũi (những vùng chịu áp lực cao nhất sau khi đặt vật liệu) là những hạn chế của loại chất liệu này. Trong nghiên cứu của A.K.Deva trên 422 bệnh nhân nâng mũi bằng silicone trong vòng 10 năm, tỷ lệ tháo bỏ vật liệu do các nguyên nhân nhiễm trùng, lộ vật liệu và di lệch lên đến 4.8%.³ Vật liệu tự thân cung cấp một phương án thay thế an toàn hơn trong nâng mũi, tuy nhiên nơi cho mảnh ghép không dồi dào, thường không đủ cung cấp cho tạo hình cả

sống mũi và đầu mũi và trụ mũi.⁴ Việc thu hoạch sụn sườn cho phép cung cấp nguồn chất liệu cấy ghép dồi dào hơn, tuy nhiên hạn chế lớn nhất của phương pháp này là gây tổn hại nơi cho; kỹ thuật nâng mũi bằng sụn sườn tương đối phức tạp, qua nhiều bước, không thực hiện được dưới gây tê tại chỗ, thời gian phẫu thuật dài; kết quả phụ thuộc rất nhiều vào trình độ của phẫu thuật viên; tỷ lệ biến chứng còn cao liên quan đến cong vênh mảnh ghép, nhiễm trùng, di lệch, sẹo quá phát thành ngực... Theo Yoo và Lee, biến chứng tổng thể lên đến 14%, tỷ lệ trôi mảnh ghép 3-5%.^{5,6} Nâng mũi hiện đại xu hướng kết hợp sử dụng silicone tạo hình sống mũi kết hợp sụn tự thân tạo hình đầu mũi và trụ mũi giúp khai thác ưu điểm của 2 loại vật liệu, giảm nguy cơ biến chứng, ngày càng được nhiều phẫu thuật viên lựa chọn.^{4,7}

Trong nghiên cứu của chúng tôi, những tai biến trong cuộc mổ và biến chứng sau mổ hiếm gặp. Trong đó, có 2 trường hợp nghẹt mũi sau mổ đều có những bệnh lý viêm mũi xoang mắc kèm từ trước. Các trường hợp này đáp ứng tốt với điều trị nội khoa thông thường. Có 1 bệnh nhân sau mổ có hiện tượng đầu mũi đỏ, da đầu mũi mỏng không sưng, không đau, không sốt. Bệnh nhân được mổ lại: rút chất liệu và bơm sửa khoang mũi, đồng thời lấy chất liệu tự thân trung bì mỡ ở bẹn để đặt lại trong khoang mũi sau khi rút chất liệu silicon để tránh mũi bị co kéo. Sau 6 tháng ghép trung bì mỡ mũi ổn định không có tình trạng đỏ đầu mũi và tiến hành mổ mở khoang lại đặt silicon kết hợp sụn tự thân và không làm mũi cao quá để tránh trường đầu mũi đỏ do thiếu dưỡng. Chúng tôi không nhận thấy có trường hợp nào xuất hiện đào thải mảnh ghép sau 3 tháng phẫu thuật.

Dựa trên đặc điểm chung của mũi người Châu Á, kỹ thuật nâng mũi thẩm mỹ trên đối tượng này cần đạt được các mục tiêu: cải thiện chiều cao sống mũi, đặc biệt tăng chiều dài mũi; tăng độ nhô và làm thon gọn đầu mũi; kéo dài trụ mũi; thon gọn cánh mũi và lỗ mũi. Do vậy, kỹ thuật nâng mũi hiện đại can thiệp toàn diện hơn vào cấu trúc mũi, tác động vào từng đơn vị cấu trúc riêng lẻ (sống mũi, đầu mũi, trụ mũi, cánh mũi) nhằm đạt được hiệu quả cải thiện hình thể và thẩm mỹ mũi tối đa.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, mỗi loại vật liệu được cân nhắc sử dụng với mục đích tạo hình khác nhau, tại các đơn vị cấu trúc mũi khác nhau. Một mảnh ghép silicone được sử dụng để cải thiện chiều cao và các khuyết tật ở sống mũi (gồ, vẹo...) đặc biệt làm tăng chiều dài mũi.

Mảnh ghép sụn vành tai được khâu lại với miếng silicone tạo thành phức hợp, mảnh sụn này vừa có tác dụng tăng độ nhô và làm thon gọn đầu mũi vừa phát huy vai trò như một lá chắn bảo vệ mảnh ghép silicone, không để mảnh silicone tiếp xúc trực tiếp với da đầu mũi, giảm nguy cơ viêm lộ chất liệu. Một mảnh ghép sụn vách mũi được sử dụng để tăng cường cấu trúc nâng đỡ và kéo dài trụ mũi, qua đó làm tăng độ nhô đầu mũi, thon gọn cánh mũi và lỗ mũi.

Trong nghiên cứu, chúng tôi nhận thấy các thông số về chiều dài mũi và chiều cao mũi được cải thiện đáng kể sau mổ; trong đó chiều dài mũi từ gốc mũi đến chóp mũi NTP tăng từ 38,1mm lên 39,7mm, chiều dài mũi từ gốc mũi đến trụ mũi NSN tăng từ 41,7mm lên 43,8mm, chiều cao chóp mũi tăng từ 21, mm lên 24,8mm, tỷ lệ chiều dài mũi/ chiều cao tăng dưới mặt tang từ 0.81 lên 0.88. Kết quả này tương tự kết quả nghiên cứu của tác giả Nguyễn Thành Nhân và cộng sự năm 2016 sử dụng phương pháp tương tự, cho thấy phần lớn các thông số về nhân trắc mũi đều được cải thiện sau phẫu thuật.⁸

Hiệu quả cải thiện hình thể và sự hài lòng của bệnh nhân thể hiện bởi điểm ROE sau mổ tăng lên rõ rệt so với trước mổ: 82.65±11.21 so với 44.23±10.67. Điểm tắc nghẽn mũi – NOSE thay đổi không đáng kể cho thấy việc can thiệp vào nhiều đơn vị cấu trúc của mũi, thay đổi hình dáng mũi không có ảnh hưởng đáng kể về chức năng của mũi sau mổ.

V. KẾT LUẬN

Nâng mũi kết hợp sử dụng vật liệu nhân tạo và sụn tự thân có nhiều ưu điểm; đạt hiệu quả hình thể cao, ít biến chứng, có thể trở thành phương pháp tiêu chuẩn trong nâng mũi thẩm mỹ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Haddady Abianeh, S., Moradi Bajestani, S., Rahmati, J., Shahrabaf, M. A., & Fatehi Meybodi, A. (2020).** Evaluation of Aesthetic and Functional Outcomes After Open Rhinoplasty: A Quasi-experimental Study by the Aid of ROE and RHINO Questionnaires. *Aesthetic Plastic Surgery*.
2. **Floyd, E. M., Ho, S., Patel, P., Rosenfeld, R. M., & Gordin, E. (2017).** Systematic Review and Meta-analysis of Studies Evaluating Functional Rhinoplasty Outcomes with the NOSE Score. *Otolaryngology-Head and Neck Surgery*, 156(5), 809–815.
3. **Deva, A. K., Merten, S., & Chang, L. (1998).** Silicone in Nasal Augmentation Rhinoplasty: A Decade of Clinical Experience. *Plastic & Reconstructive Surgery*, 102(4), 1230–1237.
4. **Wang, H., Fan, F., You, J., & Wang, S. (2013).** Combined Silicone Implant and Cartilage Grafts for Augmentation Rhinoplasty. *Journal of Craniofacial*

- Surgery, 24(2), 494–496.
5. **Yoo, S. H., & Jang, Y. J. (2019).** Rib cartilage in Asian rhinoplasty. *Current Opinion in Otolaryngology & Head and Neck Surgery*, 27(4), 261–266.
 6. **Lee MJ, and Hyung-Min Song.** "Asian rhinoplasty with rib cartilage." *Seminars in Plastic Surgery*. Vol. 29. No. 04. Thieme Medical Publishers, 2015
 7. **Ahn, J., Honrado, C., & Horn, C. (2004).** Combined Silicone and Cartilage Implants. *Archives of Facial Plastic Surgery*, 6(2), 120.
 8. **Nguyễn Thành Nhân.** Nghiên cứu tạo hình nâng mũi bằng mô tự thân phối hợp với vật liệu nhân tạo. Luận án Tiến sĩ, học viện Quân Y. 2016.

KHẢO SÁT SỰ BIẾN ĐỔI CỦA MỘT SỐ CHỈ SỐ DOPPLER MÔ CƠ TIM Ở BỆNH NHÂN THẬN NHÂN TẠO CHU KỲ

Lê Thị Mai Huệ*, Nguyễn Xuân Khái**, Hoàng Đình Anh**

TÓM TẮT

Mục tiêu nghiên cứu: Khảo sát sự biến đổi của một số chỉ số Doppler mô cơ tim (TDI) ở bệnh nhân (BN) thận nhân tạo chu kỳ (TNTCK). **Đôi tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả, cắt ngang, so sánh nội nhóm trên 75 bệnh nhân lọc máu nhân tạo chu kỳ được siêu âm tim. **Kết quả:** (1) Tỷ lệ suy chức năng tâm trương ở bệnh nhân lọc máu nhân tạo chu kỳ là 25,33%. (2) Giá trị trung bình của chỉ số E' vách, thành bên là $5,67 \pm 0,58\text{cm/s}$ và $8,22 \pm 2,33\text{cm/s}$, 88% và 86,7% số bệnh nhân có E' vách và thành bên bất thường. Giá trị E'/E' trung bình $12,15 \pm 5,56$, với 73,3% trên ngưỡng 14. (3) Không có liên quan thống kê giữa E' vách, thành bên, E'/E' với tăng huyết áp và thiếu máu. **Kết luận:** Đa số bệnh nhân có E' vách và thành bên biến đổi, tuy nhiên tỉ số E'/E' trong ngưỡng bình thường lại chiếm tỉ lệ lớn. Chưa thấy mối liên quan giữa kết quả Doppler mô cơ tim với tăng huyết áp và thiếu máu.

Từ khóa: suy tim tâm trương, lọc máu chu kỳ, Doppler mô.

SUMMARY

RESEARCH ON CHANGES OF TISSUE DOPPLER IMAGING IN PERIODIC HEMODIALYSIS PATIENTS

Objectives: To describe the changes on left ventricle tissue doppler imaging of periodic hemodialysis patients and determine the relations between these measurements and some clinical and sub-clinical indicators. **Subjects and research methods:** Cross-sectional descriptive study on 75 periodic hemodialysis patients received cardiac sonography. **Results:** (1) Proportion of diastolic dysfunction is 25,33%. (2) Mean value of E'septal and lateral is $5.67 \pm 0.58\text{cm/s}$ and $8.22 \pm 2.33\text{cm/s}$, 88% and 86.7% of patient amount have abnormal E'sepal and lateral. Mean value of E/E' is $12,15 \pm 5,56$, 73,3% above 14. (3) There are no statistic relations between

tissue doppler imaging indices and hypertension and anemia conditions. **Conclusion:** Most of patients have abnormal E'septal and E'lateral, and normal E/E'. There are no statistic relations between tissue doppler imaging indices and hypertension or anemia conditions.

Keywords: Diastolic heart failure, periodic hemodialysis, tissue doppler imaging.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Suy thận mạn (STM) có sự tác động gây tổn thương nhiều cơ quan và tổ chức, trong đó có biến đổi bệnh lý về hình thái, chức năng tim. Những biến đổi này làm gia tăng suy giảm chức năng thận và là nguyên nhân tử vong chủ yếu ở bệnh nhân suy thận mạn. Lọc máu chu kỳ bằng thận nhân tạo là một trong những biện pháp điều trị thay thế chức năng thận hữu hiệu, đang được sử dụng phổ biến hiện nay, giúp nâng cao chất lượng sống và kéo dài tuổi thọ cho bệnh nhân STM giai đoạn cuối. Tuy nhiên, nhiều nghiên cứu cho thấy suy tim trái là một trong những nguyên nhân gây tử vong chiếm tỷ lệ 15 – 25%, ở bệnh nhân STM lọc máu chu kỳ bằng thận nhân tạo. Các nghiên cứu về thăm dò chức năng tim bằng siêu âm Doppler tim trong và ngoài nước cho thấy tỷ lệ cao của rối loạn chức năng thất trái ở nhóm bệnh nhân đang điều trị TNTCK [1],[2]. Tuy nhiên hầu hết các nghiên cứu trước nay đều tập trung vào đánh giá các yếu tố và thông số liên quan tới chức năng tâm thu, ít các nghiên cứu tập trung vào chức năng tâm trương.

Đánh giá chức năng tâm trương thất trái trên siêu âm là một phần không thể thiếu được của quy trình đánh giá thường quy ở bệnh nhân có triệu chứng khó thở hoặc suy tim. Hội siêu âm tim Hoa Kỳ 2009 và Hội siêu âm tim Châu Âu (nay là Hội hình ảnh tim mạch Châu Âu) đưa ra khuyến cáo đánh giá chức năng tâm trương toàn diện, bao gồm nhiều thông số dựa trên siêu âm tim hai chiều và Doppler để phân độ rối loạn chức năng tâm trương nhằm ước lượng áp lực đổ đầy thất trái [3]. Trong số đó siêu âm Doppler mô cơ tim là một phương thức siêu âm đã trở

*Bệnh viện Thận Hà Nội

**Bệnh viện Quân y 103

Chịu trách nhiệm chính: Lê Thị Mai Huệ

Email: drhue71@gmail.com

Ngày nhận bài: 25.8.2022

Ngày phản biện khoa học: 26.9.2022

Ngày duyệt bài: 12.10.2022