BỘ GIÁO DỤC VÀ ĐÀO TẠO BỘ QUỐC PHÒNG

**VIỆN NGHIÊN CỨU KHOA HỌC Y DƯỢC LÂM SÀNG 108**

**NGUYỄN THÀNH NHÂN**

**NGHIÊN CỨU TẠO HÌNH NÂNG MŨI BẰNG MÔ TỰ THÂN PHỐI HỢP VỚI VẬT LIỆU NHÂN TẠO**

**Chuyên ngành : Răng Hàm Mặt**

 **Mã số : 62.72.06.01**

**TÓM TẮT LUẬN ÁN TIẾN SĨ Y HỌC**

**HÀ NỘI – 2016**

**CÔNG TRÌNH ĐƯỢC HOÀN THÀNH**

**TẠI VIỆN NGHIÊN CỨU KHOA HỌC Y DƯỢC LÂM SÀNG 108**

 Người hướng dẫn khoa học:

**1. PGS.TS. NGUYỄN TÀI SƠN**

**2. TS. NGUYỄN HUY THỌ**

Phản biện 1: GS. Trần Thiết Sơn (Bệnh viện Xanh Pôn)

Phản biện 2: GS. Lê Gia Vinh ( Học Viện Quân Y 103)

Phản biện 3: PGS Nguyễn Anh Tuấn ( Đại học Y dược TP. HCM)

Luận án sẽ đ­ược bảo vệ trước Hội đồng chấm luận án Tiến sỹ cấp Viện nghiên cứu khoa học Y - Dược lâm sàng 108.

*Vào hồi giờ ngày tháng năm 2016*

Có thể tìm hiểu luận án tại:

- Thư viện Quốc gia.

- Thư viện Viện NCKH Y Dược lâm sàng 108.

ĐẶT VẤN ĐỀ

Tạo hình nâng mũi là loại hình kỹ thuật rất phổ biến ở các nước châu Á, tuy nhiên vật liệu và phương pháp dùng để tạo hình nâng mũi thì đa dạng và còn nhiều quan điểm khác biệt. Cho đến nay việc sử dụng vật liệu tự thân vẫn được xem là ưu tiên hàng đầu vì mô tự thân có được tính tương hợp sinh học cao. Tuy nhiên những vùng bị lấy mô này thường đau lâu, lành chậm, thậm chí còn để lại sẹo xấu. Nhược điểm của mô tự thân là số lượng và chất lượng không ổn định, khó được nuôi dưỡng đầy đủ và có nguy cơ cao bị biến dạng với thời gian nhất là cần khi cấy ghép với khối lượng lớn trên người Á đông. Chính những điều này làm giảm tính hấp dẫn khi sử dụng thuần tuý mô tự thân để nâng mũi cho người châu Á.

Bên cạnh đó nhiều tác giả khác lại thành công khi nâng mũi bằng vật liệu nhân tạo trên người châu Á. Nhiều nghiên cứu theo dõi trong thời gian dài trên người đã chứng minh tính an toàn của một số vật liệu nhân tạo tương hợp sinh học cao như: Silicone, Medport, Gore-tex. Trong số đó, silicone dẻo là thông dụng nhất được dùng để nâng mũi cho người Á châu cho đến nay. Tuy nhiên, sau thời gian dài sử dụng silicone thuần túy để nâng sống mũi, phương pháp này cũng lại bộc lộ một số yếu điểm như: lộ chất liệu độn, mỏng da, căng bóng thậm chí thủng da, tạo sẹo lõm co rút biến dạng chủ yếu vùng đầu mũi.

Nhằm phát huy ưu điểm và khắc phục nhược điểm của hai nhóm chất liệu chính này, nhiều tác giả trên thế giới đã thành công khi sử dụng mô tự thân theo một kỹ thuật mới nhằm tái tạo và gia cố một số cấu trúc khung sụn ở phần mũi di động, sau đó khung sụn – xương mũi cố định thì phối hợp bằng vật liệu nhân tạo hoặc mô tự thân. Xu hướng này được gọi là phương pháp tạo hình mũi cấu trúc.

Tại Việt Nam, việc sử dụng thuần túy silicone để nâng mũi vẫn còn khá phổ biến, dẫn đến nhiều di chứng đặc biệt ở vùng đầu mũi. Những di chứng này gây ảnh hưởng trầm trọng đến chức năng và thẩm mỹ vùng mặt nhưng chưa có nhiều nghiên cứu trong y văn. Một số tác giả như: N.H.Thọ và cs (1995); L.Đ. Tuấn (2004); V.C. Trực (2007); T.T.B. Liên (2009); B.D. Vũ (2011) đã có công bố nghiên cứu tạo hình nâng mũi mà chủ yếu bằng mô tự thân hoặc sử dụng thuần tuý silicone. Việc phối hợp mô tự thân với vật liệu nhân tạo theo hướng gia cố cấu trúc khung sụn đầu mũi trong tạo hình nâng mũi hầu như chưa được nghiên cứu và đánh giá. Chính vì nhu cầu cấp thiết khắc phục di chứng và góp phần cho phẫu thuật tạo hình nâng mũi được hoàn thiện hơn, chúng tôi thực hiện đề tài: “**Nghiên cứu tạo hình nâng mũi bằng mô tự thân phối hợp với vật liệu nhân tạo**”, với hai mục tiêu:

***1. Xác định một số đặc điểm hình thái tháp mũi của người Việt trưởng thành ứng dụng cho tạo hình nâng mũi.***

***2. Đánh giá kết quả tạo hình nâng mũi bằng mô tự thân phối hợp với vật liệu nhân tạo.***

**ĐÓNG GÓP MỚI CỦA LUẬN ÁN**

1. Xác định được 7 thông số hình thái tháp mũi và phân loại được 9 dạng mũi cơ bản góp phần tạo cơ sở lý luận và thực tiễn cho việc thẩm định và đánh giá kết quả tạo hình nâng mũi được hoàn thiện hơn.

2. Mô tả kỹ thuật mới: tạo hình mũi cấu trúc cải tiến - phối hợp mô tự thân với vật liệu nhân tạo bao gồm:

* Dùng sụn tự thân ghép mở rộng vách ngăn và gia cố khung sụn di động đầu mũi trước khi nâng sống mũi.
* Tạo hình chóp mũi bằng sụn vành tai.
* Phối hợp với vật liệu nhân tạo silicone, với thiết kế mới có nhiều lỗ , tạo hình cho phần khung xương-sụn mũi cố định.

CẤU TRÚC LUẬN ÁN:

* Luận án được trình bày trong 132 trang bao gồm: đặt vấn đề 2 trang, tổng quan tài liệu 33 trang, đối tượng và phương pháp nghiên cứu 28 trang, kết quả nghiên cứu 34 trang, bàn luận 32 trang, kết luận 2 trang, kiến nghị 1 trang.
* Bên cạnh đó, luận án có 22 bảng, 19 biểu đồ, 57 hình, 136 tài liệu tham khảo (13 tài liệu tiếng Việt, 121 tài liệu tiếng Anh, 2 tài liệu tiếng Nga).

Chương 1
TỔNG QUAN TÀI LIỆU

* 1. **Đặc điểm giải phẫu mũi.**

Cấu trúc nâng đỡ khung sụn đầu mũi người châu Á theo nghiên cứu của nhiều tác giả trên thế giới thường mỏng, nhỏ và yếu.

Trung bình sụn cánh mũi lớn ở người Việt là nhỏ nhất so với các dân tộc châu Âu, châu Phi và thậm chí là châu Á cụ thể là Hàn Quốc.

* 1. **Đặc điểm hình thái mũi người Châu Á ứng dụng trong tạo hình mũi.** Theo P.N.Toàn và T.T.A.Tú khi so sánh với người Châu Âu thì mũi người Việt ngắn hơn, thấp hơn, chóp mũi to hơn và nền mũi rộng hơn.
	2. **Vật liệu cấy ghép và diễn biến sau ghép:**

Vật liệu được dùng chủ yếu từ hai nhóm chính:

- *Vật liệu có nguồn gốc sinh học:* mô tự thân, mô đồng loại, hoặc dị loại đã được sử dụng từ lâu.

- *Vật liệu tổng hợp nhân tạo* bao gồm vật liệu trơ (Silicone, Goretex, Medport), và vật liệu nhân tạo tự tiêu như PDS; Endotine Ribbon ; Integra cũng đã được sử dụng.

*Diễn biến mô tự thân sau khi cấy ghép*:

Năm 2003 tác giả Lattyak B.V. kết luận rằng sụn sườn ít bị tiêu ngót nhất, kế đến là sụn vành tai và sau cùng là sụn vách ngăn khi đặt dưới da. Năm 2005 Cakmak O. cho thấy sức sống của sụn cắt nhỏ và bị nghiền ít tốt hơn sụn bị nghiền nhiều khi cấy ghép. Năm 2008 một nghiên cứu khác trên động vật của Tarhan E. đã so sánh 5 loại chất liệu gồm 4 mô tự thân (sụn, cân mạc, mỡ, trung bì) và một trung bì đồng loại đã qua xử lý (AlloDerm). Kết quả cho thấy: sụn tự thân có khả năng sống tốt nhất, không bị hấp thu nhiều; cân mạc thì bị hấp thu một phần; mảnh ghép trung bì tự thân có phát triển vi nang; mô mỡ bị hấp thu từng phần từ 30🡪60% , còn trung bì đồng loại bị tiêu hoàn toàn sau 3-4 tháng.

Với những nghiên cứu này các tác giả đã góp phần định hướng cho việc chọn lựa vật liệu cấy ghép bằng mô tự thân chủ yếu là sụn có cơ sở khoa học hơn, bên cạnh đó cũng chỉ ra những nhược điểm làm cho mô tự thân mất đi tính hấp dẫn ban đầu vì sự hấp thu, teo ngót là đáng kể.

*Diễn biến mô đồng loại sau khi cấy ghép.*

Năm 2008 Marcia M.A. cho rằng khi cấy ghép trên động vật thì sụn tươi tự thân có sức sống ưu việt hơn so với sụn đồng loại và sụn tự thân đã qua xử lý và bảo quản.

Yu M.S (2010) nghiên cứu trên động vật so sánh sự tái hấp thu của cân đùi đồng loại đã qua xử lý- (TPFL) với cân đùi tự thân cho thấy mảnh ghép TPFL bị hấp thu không đáng kể sau 6 tháng theo dõi.

Đối với trung bì không tế bào - Allo-Derm trong thực nghiệm cho thấy mức độ tái hấp thu lên đến 50% và chưa có chứng cứ xác đáng khi dùng lâu dài. Nhưng theo Tarhan E. (2008) cho rằng Allo-Derm gần như bị tái hấp thu hoàn toàn khi cấy ghép trên động vật nghiên cứu. Các trường hợp hấp thu muộn sau đó không thấy ghi nhận, tuy nhiên vẫn tồn tại các nguy cơ thải loại đồng ghép.

*Vật liệu tổng hợp nhân tạo và diễn biến sau khi cấy ghép.*

Cho đến nay *silicone* vẫn là chất liệu được dùng nhiều nhất vùng châu Á vì da và mô dưới da thường đủ dày để che phủ thanh silicone. Ưu điểm của silicone là tương thích sinh học khá tốt và không giới hạn số lượng, hình dáng ổn định và không teo ngót với thời gian. Nhược điểm là có khả năng không bám dính vào nền nhận, dễ trồi ra gây nhiễm trùng thứ phát, và nguy cơ vôi hóa với thời gian.

*Gore Tex® (Polytetrafluoroethylene chuỗi dài****:*** có thể giảm khối lượng khoảng 29% sau khi đặt vào cơ thể. Biến chứng nghiêm trọng nhất của Gore Tex là nhiễm trùng muộn phải lấy bỏ.

*Medpor® (Porous polyethylene)-* Tác giả Jang D.W. (2012); Zhou J. (2014) đều có báo cáo nâng cao mũi thành công khi dùng Medport gia cố trụ mũi. Tuy nhiên, Winkler A.A. (2012) báo cáo xác xuất nhiễm trùng xảy ra đến 20% khi dùng Medpor và cảnh báo phải rất cẩn trọng khi dùng nó nhất là ở vùng trụ mũi.

*PDS (polydioxanone)* – Rimmer J. và cs. (2012) cũng có nghiên cứu trên động vật cho thấy rằng tấm PDS có tác động đến việc tái sinh sụn, về mặt mô học người ta thấy có nhiều hơn các tế bào sụn trưởng thành được tạo ra.

*ER (Endotine Ribbon*): là nẹp tổng hợp tự tiêu, gồm hỗn hợp Polylactic acid (PLLA) 82%và Polyglycolic acid (PGA)18%, Lactosorb® được thiết kế bởi Eppley E. từ năm 1996. Nẹp từ ER còn giữ độ cứng ổn định 70% sau 2 tháng, và được sản xuất như nẹp tự tiêu dùng để treo mô, cân cơ mặt.

1.4. Các phương pháp nâng mũi

- Theo cấu trúc mũi chia làm hai nhóm phương pháp nâng mũi đơn thuần và nâng mũi cấu trúc- có kèm gia cố cấu trúc khung sụn nâng đỡ đầu mũi.

- Theo đường rạch khi phẫu thuật có hai nhóm phương pháp là mổ mũi mở và mổ mũi kín.

- Theo vật liệu cấy ghép có hai nhóm phương pháp là sử dụng đơn giản một loại và dùng phối hợp nhiều loại vật liệu.

**Năm 1997 *Byrd H.S.*** *công bố và được xem là người đầu tiên mô tả ph*ương pháp mở rộng vách ngăn (SEG: Septal Extension Graft), một loại hình kỹ thuật nâng sống mũi mới.

**Năm 2005 Pastorek N.J**. mô tả kỹ thuật khác dùng sụn tự thân tạo hình thanh chống trụ mũi (StG- Extended Strut Collumelar- Tip Graft) để gia cố khung sụn đầu mũi.

Sau đó nhiều tác giả ở châu Á thường dùng hai kỹ thuật trên nhằm gia cố trụ mũi cho vững chắc hơn trước khi tạo hình nâng mũi, từ đây hình thành trường phái nâng sống mũi kèm thay đổi cấu trúc khung sụn đầu mũi hay còn gọi là ***phương pháp tạo hình mũi cấu trúc (Structural Rhinoplasty)***.

Sau này, nhằm cải thiện kết quả phẫu thuật theo xu hướng này, nhiều tác giả trên thế giới nghiên cứu phối hợp sử dụng các loại vật liệu khác nhau nhằm tận dụng ưu điểm và khắc phục nhược điểm của mỗi loại vật liệu và đây cũng là hướng nghiên cứu của chúng tôi.

**Chương 2
ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU**

Trong nghiên cứu này có hai nhóm đối tượng bao gồm:

Nhóm A: đối tượng nghiên cứu hình thái tháp mũi người Việt trưởng thành.

Nhóm B: đối tượng nghiên cứu can thiệp lâm sàng

2.1. Đối tượng và phương pháp nghiên cứu hình thái

*2.1.1. Đối tượng nghiên cứu hình thái*

Chúng tôi đã tiến hành nghiên cứu hình thái tháp mũi trên người Việt trưởng thành (nhóm A), được chọn theo các tiêu chuẩn sau:

***Tiêu chuẩn lựa chọn:***

- Là người Việt Nam, dân tộc kinh (căn cứ trên giấy chứng minh nhân dân) tự nguyện tham gia nghiên cứu.

- Tuổi từ 18-40 từ các vùng miền khác nhau đến BV Đa khoa mắt Sài gòn, thân nhân bệnh nhân, nhân viên bệnh viện.

- Không có dị tật và tổn thương liên quan đến mũi, không bị phẫu thuật ở vùng mũi xoang trước đó.

***Tiêu chuẩn loại trừ:***

- Có dị tật bẩm sinh hay mắc phải gây biến dạng vùng mũi mặt.

- Đối tượng đã phẫu thuật chỉnh sửa mũi.

***Xác định cở mẫu:***

Cở mẫu được xác định theo công thức:



p: tỷ lệ của một đặc điểm hình thái mũi, giả định là 50%

d: sai số cho phép = 5%

α = 95%: khoảng tin cậy cho phép

Z1-α/2 = 1,96: giá trị Z tương ứng với khoảng tin cậy cho phép.

Cỡ mẫu được tính theo công thức trên là 384 đối tượng. Như vậy chúng tôi chọn cỡ mẫu ngẫu nhiên cho nghiên cứu này gồm 400 người là đạt tiêu chuẩn trên.

*2.1.2. Phương pháp* *nghiên cứu hình thái*

*2.1.2.1. Nghiên cứu hình thái tháp mũi bằng phương pháp tiến cứu, mô tả cắt ngang.*

Chúng tôi lựa chọn 7 thông số nhân trắc đặc trưng cho các số đo mũi của người Việt trưởng thành bao gồm:

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)

Phương pháp xác định các dạng tháp mũi khi nghiên cứu hình thái:

Dựa theo ảnh nghiêng 90 độ xác định mũi thẳng, mũi lõm, mũi gồ.

Dựa theo góc mũi môi (NLA), chúng tôi xác định có 3 dạng mũi khác bao gồm mũi hếch, mũi trung gian và mũi khoằm.

Dựa theo chỉ số mũi NI (nasal index) xác định thêm 3 dạng mũi nữa : mũi hẹp có chỉ số mũi giống như người Âu Mỹ (NI<70); mũi rộng (70≤ NI< 80); và mũi rất rộng (80≤NI).

2.2. Đối tượng và phương pháp nghiên cứu lâm sàng

*2.2.1. Đối tượng nghiên cứu lâm sàng nhóm B:* bao gồm các bệnh nhân có nhu cầu tạo hình mũi, được chọn lựa theo các tiêu chuẩn sau:

***Tiêu chuẩn chọn bệnh cho nhóm B***

- Bệnh nhân trên 18 tuổi, có nhu cầu tạo hình nâng mũi lần đầu hoặc đã phẫu thuật nâng sống mũi trước đó, nhưng chưa có thay đổi cấu trúc vách ngăn do phẫu thuật thẩm mỹ hay bệnh lý.

- Bệnh nhân có mũi hếch, (góc mũi môi NLA >110 độ).

- Bệnh nhân có nhu cầu thu nhỏ chóp mũi, thay đổi hình dáng lỗ mũi.

- Bệnh nhân có mỏng da đầu mũi, biến dạng chóp mũi, trụ mũi.

- Bệnh nhân không có dị tật bẩm sinh, chấn thương gây biến dạng mũi-mặt.

***Tiêu chuẩn loại trừ cho nhóm B:***

- Bệnh nhân đã được phẫu thuật ở vùng vách ngăn trước đó vì lý do bệnh lý hay thẩm mỹ.

- Bệnh nhân đang bị thủng da, trồi mảnh ghép mũi hoặc có dấu hiệu nhiễm trùng, viêm tấy vùng mũi.

- Bệnh nhân đã tham gia nghiên cứu nhưng thay đổi ý kiến sau đó.

- Bệnh nhân có các chống chỉ định phẫu thuật (theo tiêu chuẩn ngoại khoa chung).

***Xác định cỡ mẫu***

Cỡ mẫu để ước lượng một chỉ số trung bình của tháp mũi được tính theo công thứcdưới đây:



- n: là cỡ mẫu

- C là hằng số hệ số tin cậy ở mức 95% là C=7,85 (theo bảng tính sẵn)

- δ: Độ lệch chuẩn trung bình của kích thước trong nghiên cứu tương tự trước đó là 2,1mm. (Theo T.T.A.Tú)

- d: là độ chính xác mong muốn khoảng 1 mm.

- Từ đó hệ số ảnh hưởng ES= δ/d = 1/2.1= 0,476

Áp dụng công thức này ta có n= 7,85/ (0,476x 0,476) = 34,7

Như vậy cỡ mẫu cho nghiên cứu này trên 35 đối tượng là đủ.

(dựa trên nghiên cứu trước đó của T.T.A.Tú).

Trên thực tế chúng tôi đã chọn ngẫu nhiên cỡ mẫu trên 85 bệnh nhân cho nhóm B, thỏa mãn tiêu chuẩn chọn mẫu và không vi phạm tiêu chuẩn loại trừ.

*2.2.2. Phương pháp nghiên cứu lâm sàng*

Thực hiện theo phương pháp tiến cứu, can thiệp lâm sàng, theo dõi dọc, không đối chứng.

*2.2.3. Địa điểm và thời gian nghiên cứu*

Khoa Tạo hình thẩm mỹ Bệnh viện đa khoa Mắt Sài Gòn.

Thời gian nghiên cứu từ tháng 10-2010 đến tháng 06-2014.

*2.2.4. Qui trình nghiên cứu lâm sàng:*

Vô cảm: Mê nội khí quản, hô hấp điều khiển

Các bước phẫu thuật:

Bước 1: Tê tại chổ tăng cường

Bước 2: Phẫu thuật lấy mảnh ghép từ sụn vành tai.

Bước 3: Mổ mở xuyên trụ mũi và bộc lộ khung xương-sụn mũi

Bước 4: Phẫu thuật lấy mảnh ghép từ sụn vách ngăn.

Bước 5: Tạo hình trụ mũi mới bằng kỹ thuật mở rộng vách ngăn

Bước 6: Tạo hình chóp mũi bằng sụn vành tai.

Bước 7: Tạo dáng lưng sống mũi bằng mảnh độn silicone có lỗ.

Bước 8: Khâu đóng da và niêm mạc mũi, đặt dẫn lưu và băng ép.

*2.2.5. Quy ước đánh giá kết quả phẫu thuật*

Kết quả phẫu thuật được đánh giá theo thời gian: sớm (trong 1 tháng sau mổ); gần (trong 1 đến 6 tháng đầu sau mổ) và xa (hơn 12 tháng sau mổ). Dựa vào 3 tiêu chí:

*Sự cải thiện 7 thông số nhân trắc cơ bản (5 điểm).*

5 điểm- Cải thiện được 7/7 thông số nhân trắc.

4 điểm- Cải thiện được 6/7 thông số nhân trắc.

3 điểm- Cải thiện được 5/7 thông số nhân trắc.

2 điểm- Cải thiện được 4/7 thông số nhân trắc.

1 điểm-Cải thiện từ 0- 3/7 thông số nhân trắc .

*2. Sự bảo tồn chức năng mũi (5 điểm).*

5 điểm-Chức năng thở hoặc ngửi mùi tốt hơn.

4 điểm- Chức năng thở và ngửi mùi không khác.

 3 điểm- Một trong hai chức năng thở hoặc ngửi mùi kém hơn một bên.

 2 điểm – Cả hai chức năng thở và ngửi mùi kém hơn một bên.

 1 điểm- Khó thở hoặc không ngửi mùi được cả hai bên.

*3. Sự hài lòng của người bệnh (5 điểm).*

5 điểm- Rất hài lòng

4 điểm- Khá hài lòng

3 điểm- Hài lòng nhưng còn ít khuyết điểm

2 điểm- Không hài lòng

1 điểm- Rất không hài lòng

Sau đó theo tổng số điểm đạt được của 3 tiêu chí này phân loại thành 4 mức độ nhằm đánh giá chung kết quả của phẫu thuật.

 **Tiêu chí đánh giá chung gồm 4 mức:**

 -Kết quả TỐT: điểm trung bình từ 13-15 điểm.

 -Kết quả KHÁ: điểm trung bình từ 10-12 điểm.

 -Kết quả TRUNG BÌNH: điểm trung bình từ 6-9 điểm

 - Kết quả KÉM: điểm trung bình từ 3- 5 điểm.

2.3. Phương pháp xử lý số liệu

Các thông tin thu thập được mã hoá và xử lý trên phần mềm SPSS 18.0.

Các biến liên tục được xử lý.Tính tỷ lệ phần trăm; chỉ số trung bình; kiểm định sự khác biệt giữa hai giá trị. Sử dụng T-test độc lập và T-test bắt cặp, phép kiểm chính xác Fischer so sánh giá trị trung bình của 2 nhóm. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với (p<0.05).

**Chương 3**

**KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU**

3.1. Kết quả nghiên cứu hình thái nhómA (n=400)

***3.1.1. Tuổi***:

- Tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu là 27,06 ± 5,67 tuổi.

- Lứa tuổi từ 21 đến 30 là đối tượng tham gia nhiều nhất.

***3.1.2. Giới*** nữ nhóm A2 chiếm đa số trong nghiên cứu 88,75%, nhóm nam A1 chỉ chiếm 11,25% và tỷ lệ nữ/nam là 7,89/1.

*3.1.3. Các thông số nhân trắc mũi nhóm A (n=400) (A1+A2)*

Bảng 3.3. Các thông số nhân trắc mũi theo giới tính (n=400)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Thông số | Nam A1 (n=45) | Nữ A2 (n=355) | Giá trị p |
| TB | SD | TB | SD |
| Chiều dài mũi NTP (mm) | 39,83 | 3,25 | 39,33 | 3,27 | 0,332 |
| Chiều dài mũi NSN (mm) | 45,46 | 3,66 | 44,28 | 3,27 | 0,025 |
| Chiều ngang cánh mũi AL-AL (mm) | 40,41 | 2,73 | 36,27 | 3,76 | <0,001 |
| Chiều ngang nền mũiAC-AC (mm) | 40,94 | 3,00 | 38,05 | 2,73 | <0,001 |
| Chiều cao chóp mũi SN-TP (mm)  | 23,68 | 3,31 | 20,55 | 2,81 | <0,001 |
| Góc mũi trán NFA (độ) | 136,58 | 8,20 | 138,82 | 6,35 | 0,032 |
| Góc mũi môi NLA (độ) | 99,51 | 6,64 | 99,96 | 8,08 | 0,719 |

TB: Trung bình SD: Độ lệch chuẩn

Phép kiểm t Student (phép kiểm t test độc lập)

*3.1.4. Tỷ lệ 9 dạng mũi theo giới tính trong nhóm A*

Bảng 3.4. Tỷ lệ các dạng mũi theo giới tính (n=400)

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Các dạng mũi | Nam(n=45) | Nữ(n=355) | Tổng cộngn=400 (%) | p |
| Thẳng  | 20 (44,4) | 165 (46,5) | 185 (46,25) | <0,001 |
| Lõm  | 11 (24,4) | 188 (53,0) | 199 (49,75) |
| Gồ  | 14 (31,1) | 2 (0,6) | 16 (4,0) |
| Tổng  | 45(100%) | 355(100%) | 400(100%) |  |
| Hếch  | 3 (6,7) | 70 (19,7) | 73 (18,25) | 0,002 |
| Trung gian  | 38 (84,4) | 279 (78,6) | 317 (79,25) |
| Khoằm  | 4 (8,9) | 6 (1,7) | 10 (2,5) |
| Tổng  | 45(100%) | 355(100%) | 400(100%) |  |
| Hẹp  | 5 (11,1) | 48 (13,5) | 53 (13,25) | 0,329 |
| Rộng  | 6 (13,3) | 77 (21,7) | 83 (20,75) |
| Rất rộng  | 34 (75,6) | 230 (64,8) | 264 (66,0) |
| Tổng  | 45(100%) | 355(100%) | 400(100%) |  |

Phép kiểm Chi bình phương (χ2)

**3.2. Kết quả nghiên cứu nhóm lâm sàng B (n=85)**

***3.2.1. Tuổi:*** Lứa tuổi trung bình: 31,28 ± 9,82 tuổi

- Bệnh nhân có nhu cầu nâng mũi chủ yếu trên 20 và dưới 40 tuổi.

***3.2.2.Trong nghiên cứu này 100% bệnh nhân phẫu thuật là nữ giới.***

3.3. Đặc điểm lâm sàng nhóm B

Trong nhóm phẫu thuật B (n=85) này có hai phân nhóm tương ứng là nhóm bệnh nhân có nhu cầu phẫu thuật lần đầu B1- 42 bệnh nhân và nhóm chỉnh sửa thứ kỳ B2- 43 bệnh nhân.

*3.4.2 Vật liệu được phối hợp để tạo hình nâng mũi*

Bảng 3.8. Vật liệu được phối hợp để tạo hình nâng mũi (n=85)

|  |  |
| --- | --- |
| Vật liệu | Có sử dụngn (%)  |
| Sụn vách ngăn  | 85 (100)  |
| Sụn vành tai  | 85 (100)  |
| Nẹp Endotine ribbon  | 67 (78,8)  |
| Silicone  | 85 (100)  |

*3.4.5. Biến chứng thời điểm trong 1 tháng đầu sau mổ*

Bảng 3.11. Biến chứng thời điểm trong 1 tháng đầu sau mổ (n=85)

|  |  |
| --- | --- |
| Biến chứng | Có n (%)  |
| Chảy máu mũi  | 1 (1,2)  |
| Tụ máu  | 0 (0) |
| Nhiễm trùng  | 1 (1,2)  |
| Rách niêm mạc  | 2 (2,4)  |
| Hoại tử niêm mạc | 1 (1,2)  |
| Liền vết thương kỳ hai  | 2 (2,4)  |
| Nghẹt mũi  | 5 (5,9)  |

3.5. Kết quả phẫu thuật nhóm lâm sàng B

*3.5.1. Kết quả sớm nhóm B (trong 1 tháng đầu sau mổ) (n=85)*

Bảng 3.14. Kết quả sớm (n=85)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Kết quả sớm | Số ca | Tỷ lệ (%) |
| Tốt | 73 | 85,9 |
| Khá | 5 | 5,9 |
| Kém | 7 | 8,2 |

*3.5.2. Kết quả gần nhóm B (n=75) (trong 1-6 tháng đầu sau mổ)*

Trong thời gian 6 tháng đầu chúng tôi theo dõi được 75/85 bệnh nhân.

Bảng 3.15. Đánh giá kết quả gần 6 tháng (n=75)

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Kết quả**  | **5 điểm** |  **4 điểm** |  **3 điểm** |  **2 điểm** |  **1 điểm**  |
| Cải thiện 7 thông số nhân trắc. | 52(69,3%) | 17(22,7%) | 4(5,3%) | 2(2,7%) | 0(0%) |
| Chức năng thở và ngửi mùi | 0(0%) | 70(93,3%) | 4 (5,3%) | 1  (1,4%) | 0(0%) |
| Mức độ hài lòng | 42 (56%) | 31 41,3%) | 2  (2,7%) | 0(0%) | 0(0%) |
| **Kết quả chung theo thang điểm**  |  **59****(78,3%)** |  **15****(20,0%)** |  **1****(1,7%)** | **0****(0%)** |  |

*3.5.3. Đánh giá kết quả xa (n=71) nhóm B (sau mổ trên 12 tháng)*

Sau 12 tháng chúng tôi theo dõi được 71 ca.

Bảng 3.17. Đánh giá kết quả điều trị sau 12 tháng (n=71)

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Kết quả**  | **5 điểm** |  **4.điểm**  |  **3 điểm**  | **2 điểm**  |  **1 điểm**  |
| Cải thiện 7 thông số nhân trắc. | 41(57,7%) | 22(31%) | 6(8,5%) | 2(2,8%) | 0(0%) |
| Chức năng thở và ngửi mùi | 0(0%) | 67(94,3%) | 4 (6,7%) | 0(0%) | 0(0%) |
| Mức độ hài lòng | 40  56,3%) | 31  43,7%) | 0(0%) | 0(0%) | 0(0%) |
| **Kết quả chung theo thang điểm**  | **53** **(74,6%)** | **17** **(23,9%)** | **1****(1,4%)** | **0****(0%)** |  |

3.6. So sánh kết quả cải thiện 7 thông số mũi nhóm B (n=71) trước và sau mổ trên 12 tháng

Bảng 3.19. Kết quả phẫu thuật trước và sau mổ nhóm B
dựa trên 7 thông số nhân trắc

| **Nhóm****Thông số**  | **Trước mổ (1)****(n=71)** | **Sau mổ 12 tháng (3) n=71** | **Giá trị** |
| --- | --- | --- | --- |
| **TB** | **SD** | **TB** | **SD** |
| Chiều dài mũi từ gốc đến chóp NTP (mm) | 37,97 | 4,31 | 40,32 | 3,84 | **p1-3<0,001** |
| Chiều dài mũi từ gốc đến trụ NSN (mm) | 41,93 | 4,46 | 44,39 | 4,21 | **p1-3< 0,001** |
| Chiều ngang cánh mũiAL-AL (mm) | 37,55 | 2,63 | 35,44 | 2,44 | **p1-3< 0,001** |
| Chiều ngang nền mũiAC-AC (mm) | 37,74 | 3,63 | 36,19 | 3,19 | **p1-3< 0,001** |
| Chiều cao chóp mũiSN-TP (mm) | 22,03 | 3,24 | 25,09 | 2,70 | **p1-3< 0,001** |
| Góc mũi trán NFA (độ) | 141,84 | 6,39 | 146,32 | 5,69 | **p1-3< 0,001** |
| Góc mũi môi NLA (độ) | 103,42 | 6,80 | 99,62 | 3,23 | **p1-3< 0,001** |

Chương 4
BÀN LUẬN

4.1. Bàn luận về kết quả nghiên cứu hình thái tháp mũi nhóm A (n=400).

***4.1.1. Bàn luận về đối tượng*:** Nhóm đối tượng này có độ tuổi được phân bố đa dạng hơn so với nghiên cứu của T.T.A.Tú ; P.N.Toàn khi đối tượng chỉ là sinh viên trong các trường đại học.

 Giới tính nữ chiếm đa số 88,5% là ưu điểm khi chúng tôi dùng số liệu thu thập được so sánh với nhóm lâm sàng bao gồm 100% là nữ. Số liệu đo đạc của chúng tôi trên số lượng 355 nữ là lớn hơn so với nghiên cứu của T.T.A.Tú là 243 nữ; P.N.Toàn là 215 nữ. Do vậy cho đến nay trong y văn nước nhà nghiên cứu hình thái của chúng tôi có số lượng nữ giới chiếm cao nhất.

*4.1.2. Bàn luận về khác biệt giới*

Trong nghiên cứu này, có 5 thông số nhân trắc mũi của nam giới khác biệt với nữ giới. Các thông số NTP, NSN, AC-AC, AL-AL, NFA cho thấy trung bình mũi nam giới dài hơn, rộng hơn và cao hơn trung bình mũi nữ giới. Điều này cũng được ghi nhận ở các tác giả trong nước T.T.A.Tú; P.N.Toàn; T.T.Sơn và nước ngoài Wang H.J

*4.1.3. Bàn luận về các dạng mũi*

Trước đây, tác giả T.T.A.Tú phân loại 6 dạng mũi chính là lõm, gãy, thẳng, gồ, hếch và khoằm. Cách phân loại này chưa tính đến chiều rộng mũi và bỏ sót dạng mũi có dạng trung gian giữa mũi hếch và mũi khoằm. Nhằm bổ sung thêm các dạng mũi bỏ sót và ứng dụng trong lâm sàng , chúng tôi phân loại thành 9 dạng mũi cơ bản bao gồm thẳng, lõm, gồ, hếch, trung gian, khoằm, hẹp, rộng và rất rộng. Nhìn chung, phân loại thành 9 dạng mũi cơ bản theo 3 thông số này tuy chưa đầy đủ nhưng bổ sung thêm được những dạng trung gian khác so với cách phân loại thành 6 dạng mũi trong nghiên cứu của tác giả T.T.A.Tú hoặc chỉ có 4 dạng như tác giả P.N.Toàn.

*4.1.4. Bàn luận về các thông số hình thái mũi*

Với mục đích ứng dụng trong lâm sàng bằng cách đo trực tiếp khi nâng mũi chúng tôi chọn 7 thông số mũi cơ bản dựa theo những nghiên cứu hình thái trước đó. Chúng tôi xác định các điểm mốc và cách đo chiều rộng 2 thông số (AL-AL và AC-AC), chiều dài 2 thông số (NTP, NSN) tương tự T.T.A.Tú; và P.N.Toàn , đo các góc NLA và NFA tương tự như cách đo của Choi J.Y. và chiều cao 2 thông số (SN-TP, NFA) về bản chất thì hoàn toàn tương tự Wang J.H.

 Nhìn chung kết quả của chúng tôi không có sự khác biệt lớn so với các tác giả khác trong nước khi đo trực tiếp hoặc đo trên ảnh kỹ thuật số. Cụ thể nếu so sánh NSN của chúng tôi là 44,41mm và tác giả T.T.Sơn là 44,1mm. Còn NTP của chúng tôi 39,38 mm tương tự với 39,8mm của P.N.Toàn khi đo trực tiếp và 39 mm của T.T.A.Tú đo qua ảnh kỹ thuật số. Qua đó, chúng tôi lượng hoá được giá trị 7 thông số nhân trắc tháp mũi trung bình của cộng đồng bao gồm NSN, NTP, Al-AL, AC-AC, SN-TP, NFA, NLA giúp phẫu thuật viên định vị khi đánh giá, so sánh với kết quả lâm sàng.

4.2. Bàn luận về kết quả nghiên cứu lâm sàng của nhóm B (n=85)

*4.2.1. Lứa tuổi* trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi là 31,28 tuổi. Lứa tuổi chiếm đa số trong các nghiên cứu tương tự của Park Chan Hum trung bình là 36 tuổi và của Park J H là 30,6 tuổi.

*4.2.2. Bàn luận về phương pháp nâng sống mũi*

***Năm 1997 Byrd H.S.*** *được xem là người đầu tiên mô tả ph*ương pháp mở rộng vách ngăn (SEG: Septal Extension Graft), một loại hình kỹ thuật mới, dùng sụn vách ngăn gia cố khung sụn nâng đỡ đầu mũi trước khi phẫu thuật nâng mũi cho người da trắng. Tuy nhiên sau đó các tác giả châu Á đã gặp nhiều khó khăn khi sử dụng phương pháp này do sụn vách ngăn của người Châu Á thường mỏng và yếu. Dựa trên quan điểm này chúng tôi vừa có cải tiến về phương pháp và cả về vật liệu khi tạo hình nâng mũi. Chúng tôi phát triển kỹ thuật mở rộng vách ngăn của Byrd H.S. từ ghép một bên thuần túy bằng sụn vách ngăn sang ghép từ hai bên có kèm thêm sụn vành tai. Chúng tôi cho rằng các mảnh ghép từ hai bên giúp cho trụ mũi vững chắc và cân đối hơn cho người Á châu. Jin H.R. (2011), cho rằng phương pháp mở rộng vách ngăn là hướng nghiên cứu chiếm ưu thế gần đây ở Châu Á. Còn Jang Y.J cho rằng phương pháp mở rộng vách ngăn là vô cùng hiệu quả với mũi người Châu Á. Như vậy phương pháp nghiên cứu của chúng tôi hiện nay là phù hợp với xu hướng chung này tại Châu Á.

*4.2.4. Bàn luận về chọn lựa vật liệu ghép*

Chúng tôi chọn mô tự thân phối hợp với vật liệu nhân tạo vì giả định rằng sẽ tận dụng được ưu điểm của mỗi loại chất liệu và chấp nhận những yếu điểm còn tồn tại. Chúng tôi sử dụng sụn tự thân ở các cấu trúc di dộng, chịu lực ở trụ và chóp mũi, và mảnh silicone kèm đục nhiều lỗ ở phần cố định trên lưng sống mũi.

*Chọn sụn tự thân hoặc sụn tự thân kèm ER tự tiêu ghép vùng trụ mũi, sụn vành tai cho chóp mũi.*

Tác giả Jang Y.J. (2014), Jin H.R (2009), Jinde Lin (2013), xem sụn vách ngăn là vật liệu rất phù hợp để mở rộng vách ngăn vì cùng một phẫu trường. Các tác giả châu Á Yap. C; Yean Lu Chang; Jeong Jai Yong; Jinde Lin, Yang Y.J cũng có dùng thêm sụn vành tai trong nghiên cứu khi sụn vách ngăn không đạt yêu cầu tương tự như chúng tôi, tuy nhiên họ không dùng kèm thêm vật liệu tự tiêu ER. Việc chúng tôi dùng thêm ER (endotine ribbon) là ý tưởng mới cho nghiên cứu tại châu Á và tương tự như các tác giả châu Âu dùng mảnh PDS trong nghiên cứu của Benjamin P. (2015), Boenisch M (2010), James S.E (2008). Do vậy việc dùng sụn vách ngăn, hay sụn vách ngăn kèm sụn vành tai với ER của chúng tôi là kết hợp xu hướng nghiên cứu của Châu Á lẫn châu Âu.

*- Chọn silicone màu nâu, tự thiết kế nhiều lỗ sẵn làm mảnh độn vùng 2/3 trên lưng sống mũi*

Theo Berghaus A. (2006) mảnh silicone ổn định về khối lượng, thẳng và tạo dáng mũi tốt hơn, đồng thời khắc phục được yếu điểm cong vênh, biến dạng, co ngót của mô tự thân khi đặt vào trên sống mũi. Giả thiết của chúng tôi trong việc thiết kế mảnh silicone có lỗ liên quan đến việc khắc phục yếu điểm trồi của nó. *Các tác giả* Jeong J.Y (2014) Huang J.L. (2012) , Jinde L. (2013) đã và đang sử dụng silicone tạo hình 2/3 trên sống mũi hoàn toàn tương tự như chúng tôi, tuy nhiên họ dùng mảnh silicone màu trắng đục và không có lỗ sẵn. Chúng tôi cho rằng mô liên kết sẽ thâm nhập xuyên qua các lỗ này giúp cố định mảnh ghép tốt hơn. *Đây là điểm khác biệt cơ bản khi dùng mảnh silicone của chúng tôi so với nhiều tác giả khác và chưa được báo cáo.*

4.2.5. Bàn luận về qui trình kỹ thuật

*Chúng tôi có cải tiến một số kỹ thuật trong qui trình gia cố trụ mũi bao gồm*

Cải tiến qui trình gia cố trụ mũi- từ cách ghép một bên từ sụn vách ngăn thành ghép từ hai bên có bổ sung sụn vành tai và ER. Chúng tôi cho rằng kỹ thuật ghép mở rộng một bên từ sụn vách ngăn thường không đủ chắc và cân đối khi nâng mũi cho người Á châu. Huang J.L, và Jinde Lin có đồng quan điểm với chúng tôi trong vấn đề này.

Trong nghiên cứu này chúng tôi sử dụng ER trong 78,8% trường hợp. *Việc mở rộng vách ngăn có sử dụng thêm Endotine Ribbon kèm sụn vành tai bổ sung cho trụ mũi là cải tiến về kỹ thuật của chúng tôi và chưa được báo cáo trước đó*. Chúng tôi cho rằng endotine ribbon tương tự như PDS khi bị hấp thu sau 6 tháng giúp tạo mô xơ thay thế và kết nối các mảnh ghép bằng sụn lại với nhau.

Chúng tôi chọn ghép ER ngay bên trong hố mổ nhằm giữ cấu trúc chữ L còn lại của sụn vách ngăn và ER được che phủ hoàn toàn bởi sụn tự thân từ hai bên. Đây là khác biệt của chúng tôi so với Boenisch M khi ghép các mảnh sụn vào tấm PDS từ bên ngoài cơ thể sau đó đưa trở lại vào khoang vách ngăn mũi, hoặc khác với Benjamin P.C. thì dùng hai miếng PDS song song nhỏ hơn, ghép đối diện nhau từ hai bên và nẹp các mảnh sụn vào giữa. Các cách ghép tận-tận như vậy trên người châu Á là không đủ chắc và làm hạn chế sự trao đổi chất nuôi dưỡng đến mảnh sụn tự thân bên trong. Chúng tôi cải tiến dùng hai thanh ER không đối xứng và bắt chéo nhau thành chữ T. Sau đó dùng các mảnh sụn ghép từ phía ngoài che kín mảnh ER phía trong; điều này làm cho diện tích tiếp xúc của mảnh sụn với màng sụn bên ngoài là tối đa. Kết quả nghiên cứu cho thấy không có trường hợp trồi mảnh ER trong suốt quá trình theo dõi hơn 12 tháng. Điều này ủng hộ giả thiết của chúng tôi là ER là phương tiện cố định trong giúp quá trình liền vết thương của các mảnh sụn ghép dễ dàng hơn. Cách ghép ER của chúng tôi có lợi thế hơn về khả năng trao đổi chất nuôi dưỡng cho các mảnh sụn ghép và giảm nguy cơ trồi ER trong quá trình liền vết thương.

4.2.6. Bàn luận về kết quả thu hẹp chiều ngang cánh mũi và sự thay đổi hình dáng lỗ mũi.

Trước đây, nếu cánh mũi rộng thì PTV cắt bớt chân cánh mũi hai bên thường gây thêm sẹo và không thu hẹp được lỗ mũi phía trên gần chóp mũi. Với phương pháp này khi nâng cao trụ mũi, chúng tôi đã thu hẹp phần nào chiều ngang cánh mũi và thay đổi hình dáng lỗ mũi sang hình bầu dục trong cùng một phẫu thuật mà không có sẹo ở chân cánh mũi.Hình dáng lỗ mũi trở thành hình bầu dục được nhiều người ưa thích. Trong y văn điều này chưa được ghi nhận ở các tác giả nước ngoài nhưng tại Việt Nam chúng tôi cho rằng đây là điểm son của phương pháp vì tỷ lệ lỗ mũi rộng của chúng ta là rất cao.

**4.2.7. Bàn luận về biến chứng, và xác suất mổ lại**

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi với tỷ lệ đào thải silicone chỉ 1.5% là thấp hơn nhiều so với mức trung bình 6,5% trong nghiên cứu tương tự ; là thấp hơn mức 3,1% khi sử dụng Gore–tex và Medport trong nghiên cứu có hệ thống của Peled Z.M. Kết quả khả quan này có mối liên hệ với việc mô xơ thâm nhập được vào những lỗ có sẵn trên thanh silicone, giúp cố định mảnh ghép, làm giảm nguy cơ trồi thủng gây nhiễm trùng thứ phát. Qua những trường hợp mổ lại chúng tôi nhận thấy luôn có mô liên kết thâm nhập qua những lỗ đục sẵn, và bám rất chắc vào mô chung quanh. Kết quả này ủng hộ giả thiết của chúng tôi trong việc thiết kế mảnh silicone có lỗ, vì nó sẽ ổn định hơn trong khoang mũi nhờ mô liên kết luồn vào. Mức độ nhiễm trùng của chúng tôi là 1,5% và xác suất chỉnh sửa lại là 7% thấp hơn tương ứng là 4,5% và 9% của Choi J.Y. Chúng tôi không gặp trường hợp nào bị trồi mảnh độn silicone và ER gây nhiễm trùng muộn trong suốt thời gian theo dõi. Như vậy biến chứng và sác xuất mổ lại của chúng tôi là thấp hơn các nghiên cứu tương tự.

*4.2.8. Bàn luận về kết quả cải thiện 7 thông số mũi trước và sau mổ nhóm B.*

 Chiều dài mũi NSN của chúng tôi cải thiện +2,46mm tương đương với tác giả Huang J.L. là +2,8mm.. Góc mũi môi NLA của chúng tôi cải thiện -6,8 độ nhiều hơn so với -1,1 độ của tác giả này, điều này lý giải vì góc mũi môi trước mổ của người Trung Quốc nhỏ hơn của người Việt chúng ta. Tương tự góc mũi môi NLA của Choi J.Y. (Hàn Quốc) giảm -3,43 độ ít hơn chúng tôi là -6,8 độ. Kết quả này cho thấy chúng tôi thay đổi được góc mũi môi (NLA) nhiều hơn so với cả hai tác giả trên và gần đạt chuẩn 97,3 độ, được nhiều người yêu thích của Jang Y.J Hàn Quốc (2014). Chiều cao mũi SN-TP của chúng tôi cải thiện +3,06mm nhiều hơn +1,9mm của Huang J.L. cho thấy chúng tôi có thể nâng cao chóp mũi với biên độ rộng hơn mặc dù trước mổ chiều cao chóp mũi trong nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn. Các thông số mũi của chúng tôi được cải thiện trong biên độ rộng hơn hai tác giả trên, điều này cho thấy hiệu quả của phương pháp này.

KẾT LUẬN

Sau khi nghiên cứu hình thái mũi trên nhóm A (n=400) và can thiệp lâm sàng trên nhóm B (n=85), chúng tôi rút ra một số kết luận sau:

**1. Đặc điểm hình thái tháp mũi người Việt trưởng thành:**

+ **Phân loại được 9 dạng mũi cơ bản bao gồm:**

*Theo đường N-TP* có 3 dạng mũi cơ bản là *mũi thẳng, mũi lõm, mũi gồ* được xác định với tỷ lệ tương ứng trên nữ giới là 46,5%; 53,0%; và 0,6% và trên nam giới là 44,4%; 24,4%; 31,1%.

*Theo góc mũi môi NLA* có 3 dạng mũi *hếch, dạng trung gian và dạng khoằm* với tỷ lệ tương ứng trên nữ giới là 19,7%; 78,6%; 1,7%, và trên nam giớilà 6,7%; 84,4% và 8,9%.

 *Theo chỉ số mũi NI (nasal index)* có 3 dạng *mũi hẹp, mũi rộng và mũi rất rộng* với tỳ lệ tương ứng trên nữ giới là 13,5%; 21,7%; 64,8% và trên nam giới là 11,1%; 13,3% và 75,6%.

+ **Xác định được 7 thông số mũi cơ bản** dùng để định lượng và tính toán các tỷ lệ khi cần so sánh trong lâm sàng bao gồm: NTP; NSN; AL-AL; AC-AC; SN-TP; NFA và NLA.

 - ***Trên nữ giới*** giá trị: NTP=39,33 ±3,27mm; NSN=44,28 ±3,27mm; AL-AL= 36,27 ±3,76mm; AC-AC= 38,05 ±2,73mm; SN-TP= 20,55±2,81mm; NFA= 138,82±6,35 độ; và NLA= 99,96 ±8,08 độ.

- ***Trên nam giới*** giá trị: NTP=39,83±3,25mm; NSN=45,46 ±3,66mm; AL-AL= 40,41±2,73mm; AC-AC= 40,94±3,00mm; SN-TP= 23,68 ±3,31mm; NFA= 136,58±8,20 độ; và NLA= 99,51±6,64 độ.

**2. Đánh giá kết quả tạo hình nâng mũi phối hợp mô tự thân với vật liệu nhân tạo nhóm B.**

*Đề xuất thang điểm đánh giá kết quả phẫu thuật theo 3 tiêu chí:*

*- Sự cải thiện các thông số nhân trắc.*

*- Sự bảo tồn chức năng mũi.*

*- Sự hài lòng của bệnh nhân***.**

Kết quả trước và sau mổ 1 năm cho thấy 7 thông số nhân trắc thay đồi có ý nghĩa thống kê: NTP (39,97🡪 40,32mm); NSN (41,93🡪44,39mm); AL-AL (37,55🡪35,44mm); AC-AC (37,74🡪36,19mm); SN-TP (22,03🡪25,09mm); NFA (141,84🡪146,32 độ) và NLA (103,42🡪96,62 độ) theo hướng tháp mũi được nâng cao, kéo dài và thu hẹp lại.

Tỷ lệ cải thiện được hoàn toàn 7/7 thông số chiếm đa số 57,7%; tiếp đến 6/7 thông số chiếm 31%: 5/7 thông số chiếm 8,5% và cải thiện tối thiểu là 4/7 thông số chỉ 2,8%.

**Đánh giá chung kết quả sớm:** Loại tốt đạt 85,9% (73/85 ca)**.** Loại khá đạt 5,8% (5/85 ca). Loại kém 8,2% (7/85 ca).

**Đánh giá chung kết quả gần:** Loại tốt đạt 78,3% (59/75 ca)**.** Loại khá đạt 20% (15/75 ca). Loại trung bình 1,7% (1/75 ca), không có loại kém.

**Đánh giá chung kết quả xa:** Loại tốt đạt 74,6% (53/71 ca). Loại khá đạt 23,9% (17/71 ca). Loại trung bình 1,4% (1/71 ca), không có loại kém.

***Biến chứng, di chứng và tần suất mổ lại:*** Trong nghiên cứu này xác suất biến chứng sớm bao gồm: nhiễm trùng 1,5%; chảy máu 1,5%; thiểu dưỡng niêm mạc gây hoại tử 1,5%; giảm chức năng thở 5,9%. Xác suất mổ lại là 7% sau một năm theo dõi.

Kết quả nghiên cứu cho thấy phương pháp nâng mũi cấu trúc-phối hợp mô tự thân với vật liệu nhân tạo cho kết quả khá tốt về thẩm mỹ và chức năng, giúp cải thiện được cùng một lúc 7 thông số về chiều cao, đặc biệt là chiều dài, chiều ngang và hình dáng lỗ mũi, với tỷ lệ tối thiểu các biến chứng. Phương pháp này là lựa chọn mới hiệu quả, khả thi và tương đối an toàn trong tạo hình nâng sống mũi.

**KIẾN NGHỊ**

* Cần nghiên cứu thêm các thông số nhân trắc mũi với số liệu lớn hơn đại diện cho giới nam và nữ riêng biệt, nhằm tạo cơ sở lý luận, so sánh và đánh giá trong thực tiễn lâm sàng.

Cần tiếp tục nghiên cứu thêm vai trò của trụ mũi mới và các kỹ thuật phối hợp vật liệu trong phương pháp tạo hình mũi cấu trúc, với số liệu lớn hơn và thời gian theo dõi lâu dài hơn nhằm hoàn thiện quy trình tránh tai biến, giảm biến chứng và nâng cao hơn nữa tỷ lệ thành công.

DANH MỤC CÔNG TRÌNH CỦA TÁC GIẢ
LIÊN QUAN ĐẾN LUẬN ÁN

1. Nguyễn Thành Nhân, Nguyễn Tài Sơn, Nguyễn Huy Thọ (2014), “Nâng mũi cấu trúc-dùng mô tự thân kết hợp chất liệu nhân tạo trong chỉnh hình mũi ngắn”, *Tạp chí Y học thực hành,* số 7 (925), tr.21-24.

2. Nguyễn Thành Nhân, Nguyễn Tài Sơn, Nguyễn Huy Thọ (2014), “Hình thái tháp mũi người Việt Nam trưởng thành ứng dụng trong phẫu thuật tạo hình nâng mũi”, *Tạp chí Y học thực hành,* số 11 (941), tr. 65-69.

3. Nguyễn Thành Nhân, Nguyễn Tài Sơn (2015), “Nâng mũi cấu trúc-dùng mô tự thân phối hợp chất liệu nhân tạo trong tạo hình mũi thấp bẩm sinh”, *Tạp chí Y Dược lâm sàng 108*, Tập 10, số 1/2015, tr. 101-108.