

chuẩn thì nên chờ đợi và ngưỡng tạo nhịp sẽ giảm trong 10 phút tiếp theo. Điều này cũng có ý nghĩa dự báo ngưỡng tạo nhịp sẽ giảm xuống tiếp mà không cần phải thay đổi vị trí cố định điện cực, và chúng tôi vẫn tiếp tục hoàn thành quá trình cấy máy. Mặt khác nếu điện cực xoáy cố định không có sự xuất hiện sóng tổn thương và ngưỡng tạo nhịp cao, chúng tôi sẽ tiến hành tìm và cố định điện cực tại các vị trí khác để đạt được ngưỡng tạo nhịp phù hợp. Khi phân tích mô hình dự đoán với đường cong ROC, chúng tôi nhận thấy khi phân tích đường cong ROC về mức gia tăng độ rộng điện đồ và độ chênh ST buồng nhĩ với giảm NTN sau 10 phút xoáy điện cực: Mức gia tăng độ rộng điện đồ nhĩ với điểm cutoff $\geq 50,5$ ms (độ nhạy 76,7% và độ đặc hiệu 78,3%; $p < 0,01$), và/hoặc mức gia tăng độ chênh của đoạn ST buồng nhĩ với điểm cutoff $\geq 1,1$ mV (độ nhạy 80,6% và độ đặc hiệu 80; $p < 0,01$) có giá trị dự đoán ngưỡng tạo nhịp nhĩ tốt sau 10 phút cố định điện cực nhĩ. Tương tự mức gia tăng độ rộng điện đồ thất với điểm cutoff $\geq 53,5$ ms (độ nhạy 74,6% và độ đặc hiệu 66,7%, $P < 0,01$) và/hoặc mức gia tăng độ chênh đoạn ST buồng thất điểm cutoff $\geq 5,5$ mV (độ nhạy 88,6%, độ đặc hiệu 54,2; $p < 0,01$) có giá trị dự đoán ngưỡng tạo nhịp thất tốt sau 10 phút cố định điện cực. Nghiên cứu Haghjoo và cộng sự năm 2014 với mức gia tăng độ chênh đoạn ST buồng nhĩ $\geq 2,0$ mV và buồng thất $\geq 10,0$ mV (độ nhạy 70% và độ đặc hiệu 80%) có giá trị tiên lượng kết quả trung hạn điện cực thất tốt [6].

V. KẾT LUẬN

Sóng tổn thương là yếu tố dự đoán độc lập có

liên quan đến kết quả cố định điện cực tạo nhịp xoáy chủ động. Với mức tăng độ rộng điện đồ trong buồng tâm nhĩ và buồng tâm thất với điểm cutoff tương ứng 50,5 ms và 53,5 ms và/hoặc mức tăng độ chênh đoạn ST điện đồ trong buồng nhĩ và thất với điểm cutoff tương ứng 1,1 mV và 5,5 mV có giá trị dự đoán ngưỡng tạo nhịp tốt sau 10 phút xoáy cố định điện cực.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Deo, R. and C.M. Albert**, Epidemiology and genetics of sudden cardiac death. *Circulation*, 2012. **125**(4): p. 620-637.
2. **Trần Đỗ Trinh, Đ.t.K.C., Hàn Thành Long**, Điều trị loạn nhịp tim bằng tạo nhịp. 1983, Nhà xuất bản y học - Hà Nội - Việt Nam.
3. **Thông, T.**, Kỹ thuật máy tạo nhịp. 1998, Tài liệu tham khảo - Công ty Medtronik Việt Nam. 18 trang.
4. **Saxonhouse, S.J., J.B. Conti, and A.B.J.J.o.t.A.c.o.C. Curtis**, Current of injury predicts adequate active lead fixation in permanent pacemaker/defibrillation leads. 2005. **45**(3): p. 412-417.
5. **Shali, S., et al.**, Time course of current of injury is related to acute stability of active-fixation pacing leads in rabbits. *PloS one*, 2013. **8**(3): p. e57727.
6. **Haghjoo, M., et al.**, Prediction of midterm performance of active-fixation leads using current of injury. 2014. **37**(2): p. 231-236.
7. **Kusumoto, F.M., et al.**, 2018 ACC/AHA/HRS guideline on the evaluation and management of patients with bradycardia and cardiac conduction delay: executive summary: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Clinical Practice Guidelines, and the Heart Rhythm Society. *Journal of the American College of Cardiology*, 2019. **74**(7): p. 932-987.
8. **Bộ Y Tế**, Hướng dẫn quy trình kỹ thuật nội khoa, chuyên ngành tim mạch. Ngày 03 tháng 10 năm 2014: Quyết định số: 3983/QĐ-BYT.

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ GÂY XƯƠNG CHÍNH MŨI TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA SÀI GÒN

Huỳnh Kim Khang¹, Nguyễn Hoàng Linh²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả bước đầu điều trị gãy xương chính mũi tại Bệnh viện Đa khoa Sài Gòn. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu tiến cứu mô tả hàng loạt ca trên tất cả bệnh nhân có gãy xương chính

mũi được điều trị tại khoa Ngoại Tổng quát bệnh viện đa khoa Sài Gòn từ 1/ 6/2015 đến tháng 31/5/2020.

Kết quả: Tổng cộng có 66 trường hợp gãy xương chính mũi được chẩn đoán và điều trị. Phẫu thuật 48 trường hợp (72,7%), 18 trường hợp còn lại chúng tôi điều trị bảo tồn (27,3%). Nguyên nhân đa số do tai nạn giao thông và đá thương (77,3%), Phẫu thuật 48 trường hợp thực hiện nắn chỉnh xương chính mũi đơn thuần kết hợp nội soi chỉnh hình vách ngăn và khâu vết thương mũi. Kết quả điều trị đạt về chức năng, thẩm mỹ và hài lòng bệnh nhân. **Kết luận:** Gãy xương chính mũi chiếm tỷ lệ cao trong tai nạn giao thông và đá thương. Kết quả theo dõi sau phẫu thuật bệnh nhân phục hồi về giải phẫu, chức năng và thẩm mỹ

¹Đại học Y Dược TP. HCM

²Bệnh viện Đa khoa Sài Gòn

Chịu trách nhiệm chính: Huỳnh Kim Khang

Email: kimkhanghuynh@yahoo.com

Ngày nhận bài: 6/12/2021

Ngày phản biện khoa học: 24/12/2021

Ngày duyệt bài: 8/1/2022

tốt. Cần nghiên cứu với mẫu lớn và thời gian theo dõi dài để có đánh giá toàn diện.

Từ khóa: Gãy xương mũi, gãy hàm gò má.

SUMMARY

ASSESSMENT THE TREATMENT RESULTS OF THE NASAL FRACTURES IN SAIGON GENERAL HOSPITAL

Objectives: Evaluation initial results of nasal fractures treatment in Saigon General Hospital. **Subjects and methods:** Prospective study describes a series of cases on all patients with lower jaw fractures treated at the General Surgery Department of Saigon General Hospital from June 1, 2015 to June 30, 2020. **Results:** A total of 66 major nasal fractures were diagnosed and treated. Surgery in 48 cases (72.7%), the remaining 18 cases we treated conservatively (27.3%). The majority of causes are traffic accidents and injuries (77.3%), Surgery in 48 cases performed simple rhinoplasty in combination with endoscopic septum correction and stitches. Treatment results are functional, aesthetic and patient satisfaction. **Conclusion:** Nasal fractures accounts for a high rate in traffic accidents and fights. Post-operative follow-up results, the patient recovered anatomically, functionally and esthetically. Study with large sample and long follow-up period is needed for a comprehensive evaluation.

Key words: Nasal fractures, zygomatico-maxillary complex fracture.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Chấn thương, gãy xương vùng hàm mặt chiếm tỷ lệ khoảng 5% trong tổng số gãy xương của cơ thể nguyên nhân do va đập. Chấn thương vùng hàm mặt là tổn thương thường gặp trong các loại chấn thương do tai nạn giao thông. Trong đó mũi là một cơ quan đặc biệt có cấu trúc giải phẫu ba chiều và một chiều thứ tư là chiều thẩm mỹ, được cấu tạo ở ngoài là tháp mũi nằm chính giữa khuôn mặt và ở trong là hốc mũi. Ngoài chức năng hô hấp, khứu giác và phát âm, mũi tạo nên đường nét, vẻ đẹp của khuôn mặt, đồng thời là một đặc trưng của nhân chủng học.

Trong những năm gần đây, ở nước ta do phát triển công nghiệp và tập trung đô thị, chấn thương có chiều hướng gia tăng, đặc biệt là tai nạn giao thông (TNGT). Gãy xương chính mũi chiếm tỷ lệ 40-50% của chấn thương vùng đầu mặt thường gặp ở Việt Nam cũng như các nước trên thế giới và đứng hàng thứ ba trong các loại gãy xương trên cơ thể, chỉ xếp sau gãy xương đòn và gãy xương cổ tay [1],[4].

Chấn thương nói chung và chấn thương hàm mặt nói riêng đang là một vấn đề nóng bỏng trong hoàn cảnh của nước ta hiện nay, nơi mà phương tiện giao thông chủ yếu là xe 2 bánh. Và có lẽ không có tổn thương nào mà bệnh nhân

quan tâm và lo lắng hơn tổn thương vùng hàm mặt. Chấn thương hàm mặt gây nhiều tổn thương đa dạng, nếu những tổn thương này không được điều trị sớm và đúng mức sẽ ảnh hưởng nhiều đến giải phẫu, chức năng, thẩm mỹ, tâm lý và sự phát triển toàn diện của người bệnh [5],[8]. Điều trị gãy xương vùng hàm mặt phải đạt được hai yêu cầu là phục hồi hình thể giải phẫu thẩm mỹ của khuôn mặt và chức năng của các cơ quan [2],[3],[7].

Chúng tôi thực hiện đề tài này mục tiêu: *Đánh giá kết quả bước đầu điều trị gãy xương chính mũi tại Bệnh viện Đa khoa Sài Gòn.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu tiền cứu mô tả hàng loạt ca.

2.2. Đối tượng nghiên cứu: Tất cả bệnh nhân (BN) có gãy xương chính mũi (GXCM) được điều trị tại khoa Ngoại Tổng quát bệnh viện đa khoa Sài Gòn.

2.3. Thời gian nghiên cứu: Từ 1/6/2015 – 31/5/2020.

2.4. Cỡ mẫu và chọn mẫu: Sử dụng phương pháp chọn mẫu thuận tiện.

2.5. Biến số nghiên cứu. Tuổi, giới tính, nguyên nhân gây chấn thương, vị trí gãy xương, phương pháp phẫu thuật, kết quả điều trị

2.6. Thu thập và xử lý số liệu. Số liệu được thu thập qua khai thác bệnh sử, thăm khám lâm sàng, các kết quả cận lâm sàng và hồ sơ bệnh án.

Các số liệu được mã hóa, sau đó được nhập và phân tích bằng phần mềm Stata 10.0.

2.7. Vấn đề y đức. Được sự đồng thuận của người bệnh và người nhà trong việc tham gia nghiên cứu. Tất cả thông tin về sức khỏe và thông tin cá nhân của người bệnh sẽ được bảo mật. Nghiên cứu đã thông qua Hội đồng khoa học và đạo đức bệnh viện.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU VÀ BÀN LUẬN

Tổng cộng có 66 trường hợp gãy xương chính mũi được chẩn đoán và điều trị tại Bệnh Viện Đa Khoa Sài Gòn từ 1/6/2015 đến 31/5/2020

3.1. Đặc điểm dịch tễ học

Đặc điểm		n	%
Giới tính	Nam	47	71,2
	Nữ	19	28,8
Nhóm tuổi	16-30	30	45,5
	31-60	25	37,9
	>60	11	16,7
	Cấp 1	9	13,6
	Cấp 2	20	30,3

Trình độ văn hóa	Cấp 3	21	31,8
	Cao đẳng, đại học	16	24,2
Nghề nghiệp	Lao động chân tay	17	25,8
	Lao động trí óc	27	40,9
	Học sinh, sinh viên	7	10,6
	Khác	15	22,7
Nguyên nhân chấn thương	Tai nạn giao thông	33	50
	Đã thương	18	27,3
	Tai nạn lao động	7	10,6
	Tai nạn sinh hoạt	5	7,8
	Tai nạn thể thao	3	4,5

Tỷ lệ nam nhiều hơn nữ và đa số trong nhóm tuổi lao động.

Có 5 nhóm nguyên nhân chấn thương gãy xương mũi: Tai nạn giao thông, Tai nạn sinh hoạt, Tai nạn lao động, Tai nạn thể thao và đã thương. Tai nạn giao thông đứng đầu, trên 1/2 các trường hợp gãy xương mũi, và đã thương chiếm tỷ lệ cao (1/3) rất đáng để các nhà quản lý xã hội quan tâm. Kết quả nguyên nhân GXCM ở các nước có tỷ lệ khác nhau, kết quả của chúng tôi ghi nhận gần giống với các tác giả nghiên cứu tại Việt Nam, với nguyên nhân đã thương và TNGT chiếm tỷ lệ nhiều nhất, thường trên 50%, trong đó nguyên nhân TNGT thường sẽ cao hơn nguyên nhân đã thương. Tai nạn giao thông ở nước ta nói chung, đặc biệt ở Tp HCM đang ngày càng gia tăng, trở nên vấn nạn của thành phố đông dân cư và mật độ giao thông lớn.

3.2. Phân loại lâm sàng GXCM theo Takenori Ogawa (2002)[8]

Phân loại		Số bệnh nhân (n)	Tỷ lệ (%)
I	Gãy di lệch sang bên (xương hay vách ngăn)	5	7,6
II	Gãy nén	15	22,7
III	Gãy hỗn hợp	13	19,7
IV	Gãy không di lệch	25	37,9
V	Gãy không phân loại	8	12,1

Phương pháp phẫu thuật		Số bệnh nhân (n)	Tỷ lệ (%)
Nắn chỉnh hình xương chính mũi đơn thuần		34	70,8
Nắn chỉnh hình xương chính mũi kết hợp với	Nội soi chỉnh hình vách ngăn	4	8,3
	Khâu vết thương mũi	10	20,8
	Khác	0	0
Tổng số		48	100

3.4. Đánh giá kết quả điều trị

Đạt: chức năng mũi (thở và ngửi) bình thường, hình dạng - thẩm mỹ mũi trở về bình thường 79,2% (38 BN)

Không đạt: có chức năng mũi (thở và ngửi) bất thường và/hoặc hình dạng - thẩm mỹ mũi bất thường 20,8% (10 BN) được tái khám sau

	được (do phù nề)		
Tổng số		66	100

Tùy theo cách lựa chọn phân loại GXCM trên lâm sàng mà có những kết quả giữa nghiên cứu của chúng tôi sẽ giống hoặc khác so với các nghiên cứu khác. Theo nhận xét chúng tôi thấy cả 2 cách phân loại đều dễ ứng dụng trên lâm sàng, nhưng thuận tiện, dễ nhớ và áp dụng cho tất cả chuyên khoa khác cũng biết thì cách phân chia GXCM theo GXCM kín hoặc GXCM hở và GXCM đơn thuần hoặc GXCM phối hợp là phù hợp.

Phân loại GXCM dựa vào có hoặc không có kèm theo tổn thương phối hợp khác

Phân loại GXCM dựa vào có hoặc không có kèm theo vết thương da và/hoặc phần mềm vùng mũi.

Phân loại	Số bệnh nhân (n)	Tỷ lệ (%)
Gãy xương chính mũi đơn thuần	45	68,2
Gãy xương chính mũi phối hợp	21	31,8
Tổng số	66	100

Phân loại GXCM dựa vào có hoặc không có kèm theo tổn thương phối hợp khác. Trong GXCM phối hợp, thường cần khám thêm các chuyên khoa mắt, răng hàm mặt thần kinh sọ não và chấn thương chỉnh hình do có các thương tổn tương ứng chuyên khoa.

3.3. Hướng điều trị GXCM. Trong 66 trường hợp GXCM nhập viện chúng tôi thực hiện phẫu thuật 48 trường hợp (72,7%), 18 trường hợp còn lại chúng tôi điều trị bảo tồn (27,3%)

Bệnh nhân chủ yếu được phẫu thuật trong vòng 24 giờ kể từ khi chấn thương xảy ra, chiếm 70,8% (34 BN).

Bệnh nhân được phẫu thuật sau chấn thương từ 1 đến 3 ngày và từ 4 đến 10 ngày chiếm tỷ lệ bằng nhau 14,6% (7 BN).

xuất viện 1-3 tháng và kết quả điều trị cũng đạt.

Kết quả điều trị theo sự hài lòng của bệnh nhân đều đẹp/tốt hơn trước.

Kết quả đánh giá điều trị theo thời gian điều trị của chúng tôi đều đạt 100%, cao hơn so với các nghiên cứu của Mahmut S. Y. (2013)[7] là 72% và Tiêu Phương Lâm (2014)[6] là 96.2% có

lễ do mẫu nghiên cứu ít.

V. KẾT LUẬN

Gãy xương chính mũi chiếm tỷ lệ cao trong tai nạn giao thông và đả thương.

Kết quả theo dõi sau phẫu thuật bệnh nhân phục hồi về giải phẫu, chức năng và thẩm mỹ tốt.

Cần nghiên cứu với mẫu lớn và thời gian theo dõi dài để có đánh giá toàn diện.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Byung-Hun Kang, Hyo-Sun Kang, Jeong Joon Han và các cộng sự. (2019)**, "A retrospective clinical investigation for the effectiveness of closed reduction on nasal bone fracture", Maxillofac Plast Reconstr Surg. 41(1), tr. 53.
2. **Bruce H. Haughey, Sherard A. Tatum III và Paul W. Flint và cộng sự (2014)**, "Chapter 33: Nasal fractures", Cumming's Otolaryngology - Head and neck surgery - Volume 1, Elsevier, USA, tr. 493-505.
3. **Grant S. Gillman, Carlos M. Rivera-Serrano**

4. **John F. Hoffmann (2015)**, "An Algorithm for the Initial Management of Nasal Trauma", Facial Plast Surg. 31(3), tr. 183-93.
5. **Kun Hwang, o Jung Ki và Sang Hyun Ko (2017)**, "Etiology of Nasal Bone Fractures", J Craniofac Surg. 28(3), tr. 785-788.
6. **Tiêu Phương Lâm và Trần Thị Bích Liên (2014)**, "Chỉnh hình biến dạng mũi do chấn thương", Tạp chí Y học TP.Hồ Chí Minh. 18(1), tr. 181-182.
7. **Mahmut Sinan Yilmaz, Mehmet Guven và Ali Fuat Varli (2013)**, "Nasal fractures: is closed reduction satisfying?", J Craniofac Surg. 24(1), tr. e36-8.
8. **Takeori Ogawa, Naohiro Suzuki và Takuji Okitsu (2002)**, "Clinical study and image diagnosis of nasal bone fracture", Pratica Oto-Rhino-Laryngology 95(1), tr. 51-60.

ĐÁNH GIÁ HIỆU QUẢ CỦA THUỐC PHỐI HỢP BRIMONIDIN/BRINZOLAMIDE (SIMBRINZA) TRONG ĐIỀU TRỊ GLÔCÔM

Đỗ Tấn¹, Nguyễn Thị Hồng Nhung¹, Phạm Thị Thu Thủy²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá hiệu quả hạ nhãn áp của thuốc phối hợp Simbrinza trong điều trị bệnh glôcôm. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả, tiến cứu thực hiện trên 50 mắt của 30 bệnh nhân (BN) trên 18 tuổi được chẩn đoán xác định glôcôm chưa đạt được nhãn áp đích với một loại thuốc tra hạ nhãn áp. BN được tra 1 giọt Simbrinza vào mắt glôcôm và đánh giá lại nhãn áp 2 giờ sau khi nhỏ thuốc. Nếu NA hạ trên 25%, không có tác dụng phụ, tiếp tục điều trị thuốc 2 lần/ ngày và đánh giá tại các thời điểm 1 tuần, 1 tháng và 3 tháng. **Kết quả:** Tuổi trung bình của bệnh nhân tham gia nghiên cứu là 54,39 ± 15,19, chủ yếu ở độ tuổi từ 40 – 60 tuổi, chiếm tỷ lệ 44%, tỷ lệ nam cao hơn nữ với 58%. Nhãn áp trung bình của nhóm nghiên cứu giảm từ 32,56 ± 10,39 mmHg trước điều trị xuống 17,8 ± 4,4 mmHg ở thời điểm 2 giờ; 16,74 ± 3,89mmHg ở thời điểm 1 tuần; 16,92 ± 3,18mmHg ở thời điểm 1 tháng và 16,72 ± 2,91 ở thời điểm 3 tháng (p < 0,01). Tỷ lệ phần trăm hạ nhãn áp tại các thời điểm theo dõi đều trên 42%. Tỷ lệ phần trăm nhãn áp hạ ở thời điểm 2 giờ là 42,21% và cao nhất ở thời điểm 3 tháng với

43,86%. Tác dụng phụ của thuốc chủ yếu tại mắt và xuất hiện với tần suất thấp, thoáng qua. **Kết luận:** Simbrinza có hiệu quả hạ nhãn áp cao với tỷ lệ giảm trung bình là 42%, duy trì được theo thời gian và an toàn trong điều trị bệnh lý glôcôm.

Từ khóa: Simbrinza, glôcôm, nhãn áp.

SUMMARY

EVALUATION EFFECTIVE OF FIXED-COMBINATION BRINMONIDIN/BRINZOLAMID (SIMBRINZA) IN GLAUCOMA TREATMENT

Objectives: To evaluate the IOP lowering effect of fixed-combination Simbrinza in glaucoma treatment. **Subjects and methodology:** The prospective descriptive study. A total of 50 eyes of 30 glaucoma patients over 18 years old where target IOP has not been reached by one antiglaucoma medication. The patients were given a drop of Simbrinza and IOP was taken after 2 hours. If IOP reduction of at least 25% without side effect was achieved then treatment was continued twice a day. The patients were followed up at 1 week, 1 month and 3 months. **Results:** The mean age of patients were 54,39 ± 15,19 years old. Most patients in age group from 40 to 60 years old accounting for 44%, males accounted for a higher percentage with 58%. The mean IOP decreased from 32,56 ± 10,39 mmHg to 17,8 ± 4,4 mmHg at 2 hours; 16,74 ± 3,89mmHg at 1 week; 16,92 ± 3,18mmHg at 1 month; 16,72 ± 2,91 at 3 months (p < 0,01). IOP reduction at all follow-ups was over 42%. IOP lowering at 2 hours was 42,21% and was highest at 3 months with 43,86%. Rate of IOP complete success

¹Bệnh viện Mắt Trung ương

²Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Hồng Nhung

Email: bsnhung1612@gmail.com

Ngày nhận bài: 17.11.2021

Ngày phản biện khoa học: 27.12.2021

Ngày duyệt bài: 18.01.2022