

cũng như ngoài nước có kết quả tốt hơn. Nghiên cứu của Nguyễn Bá Đức và Trần Văn Thuận năm 2002 cho thấy tỉ lệ DFS 5 năm của hai phác đồ bổ trợ FAC và CMF ở các bệnh nhân giai đoạn II, III lần lượt là 70,97%, 66,67% và tỉ lệ OS 5 năm lần lượt là 80,65%, 76,67% [10]. Nghiên cứu này cho kết quả tốt hơn có thể do trong nhóm bệnh nhân của chúng tôi có nhiều bệnh nhân giai đoạn sớm hơn, thời gian theo dõi ngắn hơn và do hiệu quả của các phác đồ điều trị mới.

Bảng 3. Sống thêm toàn bộ và sống thêm không bệnh theo một số tác giả

Tác giả	OS 5 năm	DFS 5 năm	Ghi chú
SEER (2007-2013)	89,7%		
Nguyễn Bá Đức và Trần Văn Thuận (2002)	80,65%	70,97%	GD I
Đỗ Thị Kim Anh (2008)	-	-	GD II
Nowikiewicz (2015)	80,7%	76,1%	

Một số yếu tố đã được nghiên cứu và chứng minh là yếu tố tiên lượng rõ ràng đối với ung thư vú. Trong nghiên cứu này, tiến hành đánh giá một số yếu tố tiên lượng của UTV, chúng tôi ghi nhận một số yếu tố làm thay đổi kết quả điều trị có ý nghĩa thống kê gồm: tình trạng di căn hạch nách, kích thước u và giai đoạn bệnh. Một số yếu tố khác ảnh hưởng đến kết quả điều trị nhưng không có ý nghĩa thống kê có thể do cỡ mẫu trong nghiên cứu chưa đủ tính đại diện.

V. KẾT LUẬN

Phẫu thuật cắt tuyến vú tiết kiệm da hoặc bảo tồn núm kết hợp với đặt túi độn trên bệnh nhân ung thư vú giai đoạn sớm là phẫu thuật an toàn và đạt được kết quả thẩm mỹ, nâng cao chất lượng sống cho người bệnh. Việc lựa chọn bệnh nhân áp dụng kĩ thuật phải được thực hiện

một cách nghiêm ngặt, tại các trung tâm phẫu thuật ung thư có trang thiết bị tốt, phẫu thuật viên có kinh nghiệm. Tỷ lệ sống thêm cao, tỷ lệ tái phát di căn không có sự khác biệt so với việc cắt tuyến vú triệt căn trong nghiên cứu này.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Regnault P. Breast ptosis.** Definition and treatment. Clin Plast Surg. 1976;3(2):193-203.
2. **Menezes GL, Knuttel FM, Stehouwer BL, Pijnappel RM, van den Bosch MA.** Magnetic resonance imaging in breast cancer: A literature review and future perspectives. World J Clin Oncol. 2014;5(2):61-70. doi:10.5306/wjco.v5.i2.61
3. **Schelfout K, Van Goethem M, Kersschot E, et al.** Preoperative breast MRI in patients with invasive lobular breast cancer. Eur Radiol. 2004;14(7):1209-1216. doi:10.1007/s00330-004-2275-7
4. **Mann RM, Hoogeveen YL, Blickman JG, Boetes C.** MRI compared to conventional diagnostic work-up in the detection and evaluation of invasive lobular carcinoma of the breast: a review of existing literature. Breast Cancer Res Treat. 2008;107(1):1-14. doi:10.1007/s10549-007-9528-5
5. **Painter TJ, DiPasco PJ, Misra S, Avisar E.** Effect of Magnetic Resonance Imaging on Breast Conservation Therapy versus Mastectomy: A Review of the Literature. Int J Surg Oncol. 2011;2011. doi:10.1155/2011/428653
6. **Salzberg CA, Ashikari AY, Berry C, Hunsicker LM.** Acellular Dermal Matrix-Assisted Direct-to-Implant Breast Reconstruction and Capsular Contracture: A 13-Year Experience. Plast Reconstr Surg. 2016;138(2):329-337. doi:10.1097/PRS.0000000000002331
7. **Potter S, Conroy EJ, Cutress RI, et al.** Short-term safety outcomes of mastectomy and immediate implant-based breast reconstruction with and without mesh (iBRA): a multicentre, prospective cohort study. Lancet Oncol. 2019; 20(2):254-266. doi:10.1016/S1470-2045(18) 30781-2
8. **Đỗ Thị Kim Anh, Trần Văn Thuận và cộng sự.** (2008). Đánh giá kết quả điều trị bổ trợ phác đồ 4AC-4Paclitaxel trên bệnh nhân UTV giai đoạn II-III Tạp chí Ung thư học Việt Nam, 1, 260-266.

ĐÁNH GIÁ TÌNH TRẠNG BIẾN ĐỔI NHÃN ÁP TRÊN BỆNH NHÂN CHẤN THƯƠNG ĐỤNG DẬP NHÃN CẦU

Lê Quang Huy¹, Phạm Thu Minh²

Mục tiêu: Đánh giá tình trạng biến đổi nhãn áp trên bệnh nhân chấn thương đụng dập nhãn cầu. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 43 mắt chấn thương đụng dập nhãn cầu của 43 bệnh nhân đến khám và nhập viện tại khoa Chấn thương mắt - Bệnh viện Mắt Trung Ương từ 12/2021 đến 5/2022. **Kết quả:** Tỷ lệ nam/nữ trong nghiên cứu xấp xỉ 5,5/1. Tuổi trung bình của bệnh nhân nghiên cứu là 43,56±16,83 (cao tuổi nhất là 73 tuổi, ít tuổi nhất là 8 tuổi). Nhóm tuổi từ 18-60

TÓM TẮT

¹Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Mắt Trung Ương

Chịu trách nhiệm chính: Lê Quang Huy

Email: dr.lequanghuy@gmail.com

Ngày nhận bài: 30.9.2022

Ngày phản biện khoa học: 21.11.2022

Ngày duyệt bài: 30.11.2022

có tỷ lệ chấn thương cao nhất (74,4%), đây là nhóm trong độ tuổi lao động. Đa số bệnh nhân có hoàn cảnh chấn thương tai nạn lao động, chiếm 55,8%. Cơ chế chấn thương chủ yếu là trực tiếp, chiếm 93%, chỉ có 7% là chấn thương gián tiếp. Phần lớn bệnh nhân đến viện trong tình trạng thị lực rất kém, nhóm thị lực < ĐNT 1m chiếm tỷ lệ cao nhất với 62,8% (27/43), tiếp đến là nhóm thị lực từ ĐNT 1m đến ≤ 20/70 chiếm 35% (15/43), 1 trường hợp mất thị lực và không có trường hợp nào thị lực ≥ 20/50. Tại thời điểm bệnh nhân đến viện có 8 mắt hạ nhãn áp (18,6%), 8 mắt trong giới hạn bình thường (18,6%) và 27 mắt tăng nhãn áp (62,8%). Trong nghiên cứu của chúng tôi, chấn thương đụng dập gây ra tổn thương cho nhiều thành phần nhãn cầu gây nên tình trạng biến đổi nhãn áp, trong đó xuất huyết tiền phòng chiếm 48,9% (21/43), xuất huyết dịch kính là 34,9% (15/43), tổn thương góc tiền phòng có 30 mắt chiếm 69,8%, tổn thương thể thủy tinh với 76,7% (33/43) và bong thể mi chỉ có 13,9% (6/43). **Kết luận:** Chấn thương đụng dập nhãn cầu gây tổn thương cho nhiều thành phần trong nhãn cầu ở nhiều mức độ khác nhau và từ đó gây ra tình trạng biến đổi nhãn áp phức tạp trên mắt bị chấn thương.

Từ khóa: chấn thương đụng dập nhãn cầu, biến đổi nhãn áp.

SUMMARY

EVALUATING THE VARIATION OF INTRAOCULAR PRESSURE AFTER BLUNT OCULAR TRAUMA

Objective: To evaluate the variation of intraocular pressure (IOP) after blunt ocular trauma. **Subjects and research methods:** Descriptive study on 43 blunt ocular trauma eyes of 43 patients who had examination and treated at the Eye Trauma department of Vietnam Nation Eye Hospital from 12/2021 to 5/2022. **Results:** The male/female ratio in the study was approximately 5.5/1. The mean age was 43.56 ± 16.83 years old (the oldest was 73 YO and the youngest was 8 YO). In which, the group with the highest rate was 18 – 60 years old (74.4%), this was the working age group. Most of the cases of injury were occupational accidents, accounting for 55.8%. The mechanism of injury was mostly direct force, accounting for 93%, and only 7% were indirect injuries. Most of the patients presented with very poor vision, the highest rating group was VA < CF1m, accounting for 62.8% (24/43), the group of VA from CF1m to ≤ 20/70 was 35% (15/43), 1 patient with vision loss and no one had BCVA ≥ 20/50. At presentation, there were 8 eyes with low IOP (18.6%), 8 eyes with normal IOP (18.6%) and 27 eyes with high IOP (62.8%). In our research, blunt trauma damaged many parts of the eyeball, leading to changes in IOP. In which, the percentage of hyphema was 48.9% (21/43), vitreous hemorrhage was 34.9% (15/43), anterior chamber angle damage accounted for 69.8% (30/43), lens damage accounted for 76.7% (33/43) and cyclodialysis cleft was only 13.9% (6/43). **Conclusion:** Blunt ocular trauma causes damage to many parts of the eyeball in many levels, then leads to complicated IOP changes in the traumatized eye.

Keywords: Blunt ocular trauma, variation of IOP.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Chấn thương đụng dập nhãn cầu là chấn thương mắt khá phổ biến có bệnh cảnh lâm sàng rất đa dạng, diễn biến phức tạp, đôi khi bị che lấp bởi các tổn thương khác ở vùng đầu, mặt¹. Một trong những bệnh cảnh hay xảy ra đó là biến đổi nhãn áp trên mắt bị chấn thương. Biến đổi nhãn áp sau chấn thương đụng dập là biến chứng của một hoặc nhiều tổn thương phối hợp gây nên. Cơ chế biến đổi nhãn áp khá phức tạp, không chỉ do tổn thương các cấu trúc nhãn cầu mà còn là hậu quả của phản ứng viêm sau chấn thương. Tình trạng biến đổi nhãn áp có thể gặp tăng nhãn áp hoặc hạ nhãn áp. Nhãn áp tăng có thể do xuất huyết nội nhãn, tổn thương góc tiền phòng, tổn thương thể thủy tinh và các phản ứng viêm. Hạ nhãn áp thường do bong thể mi dẫn đến giảm tiết hoặc ngừng tiết thủy dịch. Để có cái nhìn tổng quát hơn về tình trạng biến đổi nhãn áp sau chấn thương đụng dập, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với mục tiêu: Đánh giá tình trạng biến đổi nhãn áp trên bệnh nhân chấn thương đụng dập nhãn cầu.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: là những bệnh nhân bị chấn thương đụng dập nhãn cầu đến khám, nhập viện và điều trị tại khoa Chấn thương mắt – Bệnh viện Mắt Trung ương từ 12/2021 – 05/2022.

Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân: những bệnh nhân được chẩn đoán chấn thương đụng dập nhãn cầu, có hồ sơ bệnh án hoặc mã bệnh nhân lưu tại Bệnh viện Mắt Trung Ương và đồng ý tham gia nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ: những bệnh nhân có kèm theo chấn thương toàn thân hoặc sợ hãi cần được xử trí trước; bệnh nhân có chấn thương mi phức tạp khó thăm khám và đánh giá; bệnh nhân tổn thương giác mạc phức tạp khó đo nhãn áp; bệnh nhân quá già yếu hoặc quá bé và những bệnh nhân không đồng ý tham gia vào nghiên cứu.

2.2. Phương tiện nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: nghiên cứu mô tả cắt ngang.

Mẫu nghiên cứu: nghiên cứu được tiến hành trên 43 mắt của 43 bệnh nhân có chấn thương đụng dập nhãn cầu.

Phương tiện nghiên cứu: các phương tiện sẵn có để phục vụ thăm khám và đo nhãn áp tại bệnh viện Mắt Trung Ương.

Các bước tiến hành nghiên cứu: Bệnh nhân được hỏi bệnh, khám trên sinh hiển vi khám

bệnh (có kèm kính Volk 90D, kính Goldmann 3 mắt gương), được đo nhãn áp bằng nhãn áp kế Maklakov với quả cân 10 gr, nhãn áp kế iCare (với những trường hợp trợt biểu mô hoặc rách lớp giác mạc), được chỉ định siêu âm B, UBM (Ultrasound Biomicroscopy) và chụp OCT (Optical Coherence Tomography). Các bệnh nhân được ghi lại thị lực, nhãn áp vào viện, các triệu chứng cơ năng, thực thể và cận lâm sàng.

Các biến số nghiên cứu: Thị lực vào viện phân thành các nhóm: mắt thị lực (ST-); < ĐNT1m; ĐNT1m – ĐNT5m; 20/400 – 20/70; 20/50 – 20/30; > 20/30. Nhãn áp (NA) vào viện phân thành các nhóm: nhãn áp thấp (<16mmHg); nhãn áp bình thường (16 – 22mmHg); nhãn áp cao (23 – 32mmHg); nhãn áp rất cao (>32mmHg). Các tổn thương gây nên biến đổi nhãn áp: xuất huyết tiền phòng; xuất huyết dịch kính; tổn thương góc tiền phòng; tổn thương thể thủy tinh; bong thể mi.

1. Xử lý số liệu: số liệu được thu thập và nhập trên phần mềm SPSS 20.0.

2. Đạo đức nghiên cứu: bệnh nhân tự nguyện tham gia vào nghiên cứu, các thông tin của bệnh nhân được bảo mật và chỉ được phục vụ cho mục đích nghiên cứu.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm đối tượng nghiên cứu.

Nghiên cứu được tiến hành trên 43 mắt của 43 bệnh nhân với tỷ lệ nam/nữ trong nghiên cứu của chúng tôi xấp xỉ 5,5/1, nam giới chiếm 83,72% và nữ giới chiếm 16,28%, có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với p=0,000 (<0,001; Binomial Test). Tuổi trung bình của bệnh nhân

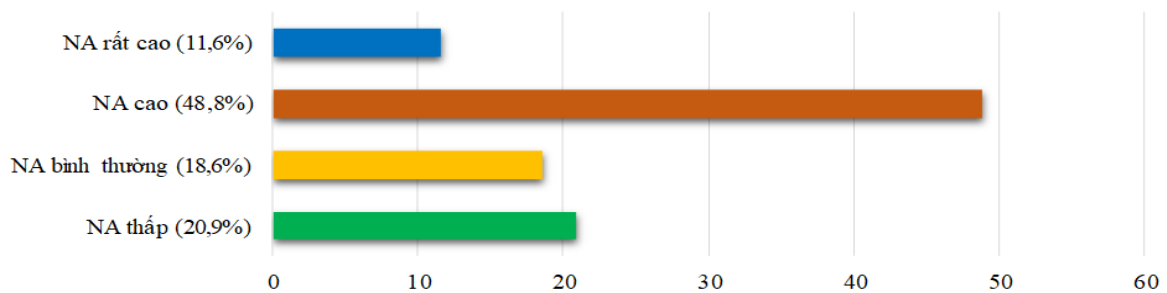
trong nghiên cứu là 43,56 ± 16,83 tuổi, (cao tuổi nhất là 73 tuổi, nhỏ tuổi nhất là 8 tuổi). Nhóm bệnh nhân nghiên cứu tập trung chủ yếu ở trong độ tuổi lao động từ 18 – 60 tuổi (chiếm 74,4%). Phần lớn các trường hợp có hoàn cảnh chấn thương là tai nạn lao động (chiếm 55,8%). Cơ chế chấn thương chủ yếu là trực tiếp với 93%, chỉ có 7% là cơ chế gián tiếp. Bệnh nhân đến viện với thị lực nhìn chung rất kém, nhóm < ĐNT1m chiếm tới 62,8%, tiếp đến là nhóm thị lực từ > ĐNT1m đến ≤ 20/70 chiếm 34,9%, có 1 trường hợp mắt thị lực và không có mắt nào thị lực ≥ 20/50.

Bảng 1: Tỷ lệ các tổn thương nhãn cầu

Tổn thương	Số mắt	Tỷ lệ
Xuất huyết tiền phòng	21	48,9
Tổn thương góc tiền phòng	30	69,8
Bong thể mi	6	13,9
Tổn thương thể thủy tinh	33	76,7
Xuất huyết dịch kính	15	34,9

Trong nghiên cứu của chúng tôi, chấn thương đụng dập nhãn cầu gây tổn thương tại thể thủy tinh và góc tiền phòng chiếm tỷ lệ cao hơn cả, tại thể thủy tinh là 76,7% (33/43) và tại góc tiền phòng là 69,8%; các trường hợp có xuất huyết nội nhãn, cụ thể là xuất huyết tiền phòng chiếm 48,9% (21/43), xuất huyết dịch kính chiếm 34,9% (15/43); bong thể mi chỉ là 13,9% (15/43). Đa số bệnh nhân đến viện trước 1 tuần sau khi bị chấn thương với 30 trường hợp (chiếm 69,8%); tỷ lệ đến viện sau 1 tuần đến dưới 1 tháng là 16,3% (7/43); tỷ lệ đến viện sau 1 tháng đến 3 tháng chiếm 9,3% (4/43) và sau 3 tháng chỉ là 4,3% (2/43).

Biểu đồ 1. Tỷ lệ nhãn áp vào viện



3.2. Đặc điểm nhãn áp và biến đổi nhãn áp.

Nhãn áp lúc vào viện của bệnh nhân nghiên cứu trung bình là 23,14 ± 9,12mmHg, trong đó cao nhất là 41mmHg và thấp nhất là 7mmHg. Nhóm hạ nhãn áp (<16mmHg) chiếm 20,9% (9/43); nhóm có nhãn áp nằm trong giới hạn bình thường (16 – 22mmHg) chiếm 18,6%

(8/43); nhóm tăng nhãn áp (>22mmHg) chiếm phần lớn, trong đó nhãn áp từ 22 – 32mmHg là 48,8% (21/43) và nhãn áp rất cao (>32mmHg) là 11,6% (5/43). Khảo sát thời gian xuất hiện biến đổi nhãn áp chúng tôi có kết quả như sau: tổng số 40/43 mắt có sự biến đổi nhãn áp sau chấn thương đụng dập, số trường hợp biến đổi

nhấn áp trước 1 tuần chiếm 52,5% (21/43); 13 mắt biến đổi nhãn áp trong thời gian từ 1 tuần đến 1 tháng (chiếm 32,5%); 5 mắt biến đổi nhãn

áp trong thời gian từ 1 tháng đến 3 tháng (chiếm 12,5%) và chỉ có 1 trường hợp sau 3 tháng mới xuất hiện biến đổi nhãn áp (chiếm 2,5%).

Bảng 2: Nhãn áp trung bình của các tổn thương nhãn cầu

Tổn thương	Nhãn áp trung bình	Số mắt	Giá trị p
Xuất huyết tiền phòng	28,38±8,76	21	0,000
Góc tiền phòng	24,97±8,73	30	0,153
Bong thể mi	11,50±6,24	6	0,001
Thể thủy tinh	23,33±8,54	33	0,308
Xuất huyết dịch kính	25,33±10,81	15	0,412

Mối tương quan giữa xuất huyết tiền phòng và biến đổi nhãn áp có ý nghĩa thống kê với $p=0,000$ ($<0,001$), ở đây là tình trạng tăng nhãn áp với nhãn áp trung bình là $28,38\pm 8,76$ mmHg. Bong thể mi lại gây ra tình trạng hạ nhãn áp với nhãn áp trung bình $11,5 \pm 6,24$ mmHg, có mối tương quan có ý nghĩa thống kê với biến đổi NA ($p=0,001$, $<0,05$). Các tổn thương khác: tại góc tiền phòng, tại thể thủy tinh và xuất huyết dịch kính đều không có mối tương quan với tình trạng biến đổi nhãn áp trong nghiên cứu của chúng tôi ($p=0,153$; $0,308$; $0,412$, Independent T-test).

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm đối tượng nghiên cứu.

Các đặc điểm về tuổi và sự khác biệt về giới tính trong nghiên cứu của chúng tôi tương đồng với nhiều tác giả như Bhagat R. và cộng sự (2014)². Các tác giả phân chia nhóm tuổi theo các nhóm khác nhau nhưng đều có kết luận lứa tuổi hay gặp chấn thương nhất là từ 18 – 60 tuổi, đây là lực lượng lao động chính, điều này phù hợp hoàn cảnh chấn thương chủ yếu là tử nạn lao động. Điều này được lý giải là vì người dân Việt Nam hiện nay vẫn chưa có thói quen sử dụng các phương tiện bảo hộ khi làm việc để che chắn và bảo vệ, dẫn đến gặp nhiều chấn thương khi làm việc. Nam giới thường làm những công việc nặng nhọc, ưa mạo hiểm, trong khi đó phụ nữ làm những công việc nhẹ nhàng và cẩn thận hơn vì thế tỷ lệ nam/nữ rất khác biệt và có ý nghĩa thống kê, kết quả này của chúng tôi tương đồng với rất nhiều nghiên cứu khác về chấn thương mắt.

Chấn thương đụng đập gây tổn thương cho nhiều thành phần trong nhãn cầu, những tổn thương đó thường rất phức tạp gây ảnh hưởng nghiêm trọng tới thị lực. Phần lớn đối tượng nghiên cứu của chúng tôi đến viện với thị lực rất thấp. Nghiên cứu của tác giả Vũ Huy Quang (2016)³ nhóm bệnh nhân có thị lực từ ST (+) đến < ĐNT1m chiếm tới 61,8% (21/34), tương đương với kết quả trong nghiên cứu này là 62,8% (27/43). Mức độ thị lực thấp có thể do đa phần bệnh nhân đến viện sớm trước 1 tuần sau

khi bị chấn thương, khi đó giác mạc còn phù, còn xuất huyết nội nhãn, phản ứng viêm và đi kèm triệu chứng đau nhức. Điều này phù hợp với tỷ lệ đến viện trước 1 tuần chiếm 69,8% (30/43) trong nghiên cứu của chúng tôi. Những bệnh nhân đến viện sau 1 tháng có thể do đã được xử trí trước ở tuyến dưới, hay nhiều trường hợp các triệu chứng ngay sau chấn thương chưa đủ trầm trọng hoặc chỉ thoáng qua khiến bệnh nhân chủ quan, khi bệnh tiến triển nặng hơn mới đi khám. Các chỉ số về thị lực đưa ra cảnh báo cho cộng đồng thấy rõ được sự nguy hiểm của chấn thương đụng đập nhằm nâng cao ý thức phòng ngừa.

Nghiên cứu của chúng tôi đánh giá những tổn thương nhãn cầu có thể gây ảnh hưởng tới nhãn áp của bệnh nhân bao gồm: tổn thương góc tiền phòng (đứt chân móng mắt, lồi góc, rách bè củng giác mạc, dính góc, bít tắc góc...); tổn thương thể thủy tinh; xuất huyết nội nhãn (xuất huyết tiền phòng, xuất huyết dịch kính) và bong thể mi. Tổn thương thể thủy tinh chiếm tỷ lệ cao nhất 76,7%, chúng tôi đánh giá qua các triệu chứng thực thể: sa thể thủy tinh, lệch thể thủy tinh và đục vỡ thể thủy tinh. Tác giả Vũ Huy Quang (2016)³ cho kết quả 70,6% với tổn thương tại thể thủy tinh. Tiếp theo những tổn thương tại góc tiền phòng chiếm 69,8% như: đứt chân móng mắt, lồi góc, rách bè củng giác mạc, dính góc, bít tắc góc do dịch kính. Bong thể mi cũng là 1 tổn thương tại góc tiền phòng nhưng chúng tôi muốn đánh giá riêng vì đây là nguyên nhân chủ yếu gây nên tình trạng hạ nhãn áp sau chấn thương đụng đập⁴. Xuất huyết nội nhãn lại là nguyên nhân chủ yếu gây tăng nhãn áp với xuất huyết tiền phòng và xuất huyết dịch kính.

4.2. Đặc điểm nhãn áp và biến đổi nhãn

áp. Đối tượng nghiên cứu của chúng tôi có nhãn áp trung bình là $23,14 \pm 9,12$ (cao nhất là 41mmHg, thấp nhất là 7mmHg). Tại thời điểm bệnh nhân nhập viện tỷ lệ hạ nhãn áp là 20,9%, tăng nhãn áp là 60,4%. Trong nghiên cứu của Bhagat (2014)² thì tỷ lệ này lần lượt là 16% và 33,3%. Tỷ lệ biến đổi nhãn áp trong nghiên cứu của chúng tôi cao hơn là do đa số bệnh nhân

phải nhập viện và cần can thiệp ngoại khoa vì có những tổn thương phức tạp như đục võ, sa lệch thể thủy tinh, xuất huyết nội nhãn mức độ nặng.

Thời gian xuất hiện biến đổi nhãn áp trước 1 tháng chiếm phần lớn với 85,5%. Còn trong nghiên cứu của tác giả Bai H. Q. (2009)⁵ thì tỷ lệ này là 88,35%, khá tương đồng với kết quả của chúng tôi. Thời gian biến đổi nhãn áp sớm hay muộn phụ thuộc nhiều vào mức độ và vị trí tổn thương của các thành phần trong nhãn cầu. Những trường hợp biến đổi nhãn áp sớm thường là bong thể mi, xuất huyết nội nhãn mức độ nặng, lệch thể thủy tinh ra tiền phòng.

Đánh giá mối tương quan của những tổn thương nhãn cầu sau chấn thương đung dập với tình trạng biến đổi nhãn áp chúng tôi thu được: có sự tương quan có ý nghĩa thống kê giữa xuất huyết tiền phòng, bong thể mi với biến đổi nhãn áp ($p < 0,05$). Những trường hợp xuất huyết tiền phòng có nhãn áp trung bình $28,38 \pm 8,76$ mmHg, do vậy tăng nhãn áp là tình trạng biến đổi nhãn áp chính. Trong khi đó mắt bong thể mi có nhãn áp trung bình là $11,50 \pm 6,24$ mmHg, nhãn áp biến đổi theo hướng hạ nhãn áp. Razinejad R. và cộng sự (2020)⁶ cũng cho nhận xét tương tự như vậy. Đối với tổn thương tại góc tiền phòng, thể thủy tinh và xuất huyết dịch kính mặc dù có nhãn áp trung bình > 22 mmHg nhưng mối tương quan lại không có ý nghĩa thống kê.

V. KẾT LUẬN

Chấn thương đung dập nhãn cầu gây ra tổn thương phức tạp cho nhiều thành phần trong

nhãn cầu dẫn đến nhiều biến chứng nguy hiểm ảnh hưởng trực tiếp tới thị lực của bệnh nhân sau chấn thương. Biến chứng thường gặp đó là tình trạng biến đổi nhãn áp. Xuất huyết tiền phòng và bong thể mi là hai yếu tố liên quan đến tình trạng biến đổi nhãn áp sau chấn thương đung dập, xuất huyết tiền phòng chủ yếu gây tăng nhãn áp, trong khi đó bong thể mi lại gây hạ nhãn áp.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Mohseni M, Blair K, Gurnani B, Bragg BN. Blunt Eye Trauma.** In: StatPearls. StatPearls Publishing; 2022. Accessed October 5, 2022. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK470379/>
2. **Bhagat P, Gupta P, Agrawal N, Mansuri M.** Glaucoma following blunt trauma: an epidemiological and clinical study. Journal of Evolution of Medical and Dental Sciences. 2014;3:2926-2943. doi:10.14260/jemds/2014/2226
3. **Vũ Huy Quang.** Nghiên Cứu Đặc Điểm Lâm Sàng Của Tăng Nhãn Áp Sớm Sau Chấn Thương Đung Dập Nhãn Cầu và Kết Quả Điều Trị. Luận văn thạc sỹ Y học. Trường Đại học Y Hà Nội; 2016.
4. **Ding C, Zeng J.** Clinical study on Hypotony following blunt ocular trauma. Int J Ophthalmol. 2012;5(6):771-773. doi:10.3980/j.issn.2222-3959.2012.06.21
5. **Bai HQ, Yao L, Wang DB, Jin R, Wang YX.** Causes and treatments of traumatic secondary glaucoma. Eur J Ophthalmol. 2009;19(2):201-206. doi:10.1177/112067210901900205
6. **Razinejad R, Lin MM, Lee D, Katz LJ, Myers JS.** Pathophysiology and management of glaucoma and ocular hypertension related to trauma. Surv Ophthalmol. 2020;65(5):530-547. doi:10.1016/j.survophthal.2020.02.003

HIỆU QUẢ DI XA TOÀN BỘ HÀM RĂNG BẰNG MI - NI - VÍT: NGHIÊN CỨU TỔNG QUAN HỆ THỐNG

Nguyễn Thị Mai Hương¹, Nguyễn Thị Thu Phương², Quách Thị Thúy Lan²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá hiệu quả di xa toàn hàm hàm trên và hàm dưới bằng mini vít từ các nghiên cứu trong 20 năm trở lại đây. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Tổng quan hệ thống. **Kết quả:** Có 08 bài báo được đưa vào tổng quan hệ thống. Mini vít được sử dụng để di xa có đường kính 1,5mm -

2mm và chiều dài 6mm - 14mm ở hàm trên, đường kính 1,5mm và chiều dài 6mm - 7,1mm ở hàm dưới. Lực di xa ở cả hai hàm là 200gram hoặc 300gram. Răng cửa hàm trên được kéo lùi 0,49mm đến 4,6mm ($p < 0,05$ ở 4/6 tài liệu). Răng hàm lớn thứ nhất hàm trên di xa 1,29 mm đến 4mm ($p < 0,05$ ở 5/6 tài liệu). Răng cửa hàm dưới được kéo lùi 1,69mm đến 3,2mm ($p < 0,05$ ở 2/3 tài liệu). Răng hàm lớn thứ nhất hàm dưới di xa 1,88mm đến 3,4mm ($p < 0,05$ ở 2/3 tài liệu). Răng cửa nghiêng trong, trồi; răng hàm lớn thứ nhất nghiêng xa, lún ở cả hai hàm. Mặt phẳng cắn xoay ngược chiều kim đồng hồ khi di xa hàm trên và ngược chiều kim đồng hồ khi di xa hàm dưới. Môi trên lùi tối đa 2,5mm và môi dưới lùi tối đa 2,0mm khi di xa toàn bộ. Các kết quả đồng nhất về xu hướng chuyển động, không có kết quả đối nghịch, nhưng chưa có giá trị

¹Bệnh viện E

²Viện Đào tạo Răng Hàm Mặt, Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Mai Hương

Email: dr.maihuong48@gmail.com

Ngày nhận bài: 3.10.2022

Ngày phản biện khoa học: 21.11.2022

Ngày duyệt bài: 1.12.2022