

như sẽ ảnh hưởng đến dẫn truyền thần kinh cơ với sự có mặt của Magie.

## V. KẾT LUẬN VÀ KHUYẾN NGHỊ

- Đa số trẻ động kinh khởi phát sớm là dưới 2 tuổi, với tỷ lệ trẻ trai cao hơn trẻ gái. Tỷ lệ trẻ kháng thuốc cao. Nên có tìm hiểu thêm về chế độ dinh dưỡng trong thời kỳ mang thai vì thiếu hụt dinh dưỡng giai đoạn này ảnh hưởng đến sự phát triển não bộ có thể ảnh hưởng đến xuất hiện của động kinh khởi phát sớm trước 6 tháng tuổi.

- Tỷ lệ thiếu hụt năng lượng và vi chất dinh dưỡng trong khẩu phần ăn còn cao. Cần tối ưu hóa chế độ ăn cả thể hóa cho trẻ động kinh, đặc biệt đối với nhóm khởi phát sớm.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Tuan NA, Cuong LQ, Allebeck P, et al. The prevalence of epilepsy in a rural district of Vietnam: a population-based study from the EPIBAVI project. *Epilepsia*. 2008;49(9):1634-1637. doi:10.1111/j.1528-1167.2008.01663.x
2. B0769.pdf. Accessed March 30, 2023. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/205014/B0769.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
3. Expert Committee on Pediatric Epilepsy, Indian Academy of Pediatrics. Guidelines for diagnosis and management of childhood epilepsy. *Indian Pediatr*. 2009;46(8):681-698.
4. Chugani HT, Müller RA, Chugani DC. Functional brain reorganization in children. *Brain Dev*. 1996;18(5):347-356. doi:10.1016/0387-7604(96)00032-0
5. Fisher RS, Cross JH, French JA, et al. Operational classification of seizure types by the International League Against Epilepsy: Position Paper of the ILAE Commission for Classification and Terminology. *Epilepsia*. 2017;58(4):522-530. doi:10.1111/epi.13670
6. Turck D, Michaelsen KF, Shamir R, et al. World Health Organization 2006 child growth standards and 2007 growth reference charts: A discussion paper by the committee on Nutrition of the European Society for Pediatric Gastroenterology, Hepatology, and Nutrition. *J Pediatr Gastroenterol Nutr*. 2013;57(2):258-264. doi:10.1097/MPG.0b013e318298003f
7. Ngugi AK, Kariuki SM, Bottomley C, et al. Incidence of epilepsy: a systematic review and meta-analysis. *Neurology*. 2011;77(10):1005-1012. doi:10.1212/WNL.0b013e31822cfc90
8. López González FJ, Rodríguez Osorio X, Gil-Nagel Rein A, et al. Drug-resistant epilepsy: Definition and treatment alternatives. *Neurologia (English Edition)*. 2015;30(7):439-446. doi:10.1016/j.nrleng.2014.04.002
9. Kwan P, Brodie MJ. Early identification of refractory epilepsy. *N Engl J Med*. 2000;342(5):314-319. doi:10.1056/NEJM200002033420503
10. Nguyen TMT, Jallon P, Korff C, et al. Feasibility, tolerability and efficacy of the ketogenic diet in children with drug-resistant epilepsy in Vietnam. *Epilepsia Open*. 2023;8(4):1484. doi:10.1002/epi4.12825

## NGHIÊN CỨU SỬ DỤNG Sụn VÀNH TAI TẠO HÌNH ĐẦU MŨI

Nguyễn Hồng Nhung<sup>1,2</sup>, Chu Minh Quang<sup>2</sup>,  
Bùi Tuấn Anh<sup>3</sup>, Nguyễn Tài Sơn<sup>2</sup>

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Đánh giá kết quả tạo hình đầu mũi và trụ mũi bằng sụn vành tai tự thân. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Tiến cứu, mô tả cắt ngang trên 59 bệnh nhân được tạo hình đầu mũi và trụ mũi bằng sụn vành tai tự thân. **Kết quả:** 28 bệnh nhân (38,98%) có đầu mũi thấp và ngắn; 16 bệnh nhân (27,11%) có đầu mũi dạng củ hành và 20 bệnh nhân (33,89%) có đầu mũi vuông. 100% trường hợp không có biến chứng ngay sau mổ. Thời gian theo dõi từ 3 tháng - 9 tháng Chiều dài mũi sau phẫu thuật cải thiện dài hơn chiều dài mũi trước phẫu thuật trung bình  $5.88 \pm 4.65$  mm. Độ cao đầu mũi nhô cao hơn

mũi trước phẫu thuật trung bình  $1.91 \pm 2.04$  mm. **Kết luận:** Sụn vành tai là chất liệu phù hợp để tăng độ cao và độ chịu lực của đầu mũi. **Từ khóa:** đầu mũi, trụ mũi, đầu mũi củ hành, đầu mũi vuông

### SUMMARY

#### RESEARCH ON USING EAR CARTILAGE FOR NASAL TIP RHINOPLASTY

**Objective:** To evaluate the results of nasal tip and columella rhinoplasty using autologous auricular cartilage. **Subjects and methods:** Prospective, cross-sectional study on 59 patients undergoing nasal tip and columella rhinoplasty using autologous auricular cartilage. **Results:** 28 patients (38.98%) had low and short nasal tips; 16 patients (27.11%) had bulbous nasal tips and 20 patients (33.89%) had boxy nasal tips. 100% of cases had no complications immediately after surgery. Follow-up period was from 3 months to 9 months. The length of the nose after surgery improved by an average of  $5.88 \pm 4.65$  mm longer than the preoperative nasal length. The height of the nasal tip was  $1.91 \pm 2.04$  mm higher than the preoperative nose. **Conclusion:** Auricular cartilage is

<sup>1</sup>Bệnh viện E

<sup>2</sup>Trường Đại học Y Dược – Đại học Quốc gia Hà Nội

<sup>3</sup>Bệnh viện đa khoa Hồng Ngọc

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Hồng Nhung

Email: dr.rosy245@gmail.com

Ngày nhận bài: 21.10.2024

Ngày phản biện khoa học: 25.11.2024

Ngày duyệt bài: 30.12.2024

a suitable material to increase the height and strength of the nasal tip.

**Keywords:** nasal tip, columella, bulbous nasal tip, boxy nasal tip

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

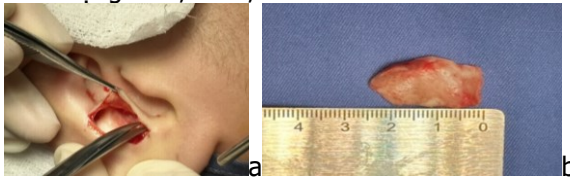
Mũi là đơn vị thẩm mỹ quan trọng của khuôn mặt. Đặc điểm khuôn mặt của người châu Á thường dày phần mềm vùng mũi, vì vậy đầu mũi thường có hình dáng tròn và tù. Vách ngăn mũi ngăn nên mũi có hình dáng thấp và ngắn (1). Vì vậy tạo hình thẩm mỹ mũi ngoài việc nâng cao sống mũi, cần làm dài và nâng cao đầu mũi. Có nhiều phương pháp tạo hình đầu mũi đã được nghiên cứu, trong đó nhiều kỹ thuật sử dụng các chất liệu khác nhau để tạo hình đầu mũi và trụ mũi từ chất liệu nhân tạo, hay chất liệu tự thân như sụn sườn, sụn vách ngăn... Mỗi phương pháp, kỹ thuật đều có ưu điểm và nhược điểm riêng (2). Từ tháng 12/2023 tới tháng 09/2024 chúng tôi sử dụng sụn vành tai tạo hình đầu mũi và trụ mũi trên 59 bệnh nhân và thu được một số kết quả ban đầu khả quan.

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu tiến cứu, mô tả cắt ngang trên 59 bệnh nhân được tạo hình đầu mũi và trụ mũi bằng sụn vành tai tại Bệnh viện E trong giai đoạn từ tháng 12/2023 tới tháng 09/2024.

Quy trình phẫu thuật:

- Thiết kế đường rạch trong lòng tai. Tiến hành bóc tách bộc lộ sụn vành tai. Cắt lấy miếng ghép sụn vành tai có chiều dài 2,1 – 2,5 cm; chiều rộng từ 1,0 – 1,2 cm.



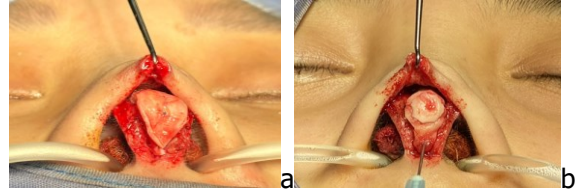
**Hình 1: a – đường rạch trong lòng tai; b – sụn tai**

- Sụn tai được chia nhỏ: 2 mảnh tạo trụ mũi, 1 mảnh bọc đầu mũi, 2-3 mảnh nâng chóp mũi.  
- Mảnh ghép sụn dạng trụ mũi được sử dụng với 2 mảnh ghép sụn tai, khâu chập với nhau bằng chỉ nylon 5.0. Bằng cách này chúng ta có được mảnh ghép vững chắc, ổn định, tránh sự biến dạng cong vẹo.



**Hình 2: Khâu mảnh ghép sụn tai tạo trụ mũi**

- Khâu gia cố trụ mũi vào phần trên của sụn vách ngăn và phần sụn trong của sụn cánh mũi.  
- Sử dụng sụn vành tai bọc đầu chất liệu nâng mũi và đặt sụn 2 – 3 lớp để tạo hình đầu mũi.



**Hình 3: a- miếng bọc đầu mũi, b-các lớp tạo chóp mũi**

Đánh giá kết quả ngay sau phẫu thuật và kết quả xa sau 6-12 tháng. Chúng tôi đã phân tích và so sánh sự khác biệt giữa các thông số mũi trước và sau phẫu thuật bằng cách sử dụng kiểm định t- test ghép đôi. Tất cả dữ liệu được thể hiện dưới dạng giá trị trung bình  $\pm$  độ lệch chuẩn.  $p < 0,05$  cho thấy ý nghĩa thống kê.

## III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

### 3.1. Đặc điểm bệnh nhân

- Độ tuổi: thấp nhất 16 tuổi, cao nhất 54 tuổi. Trung bình 28 tuổi.

- Đặc điểm hình dáng đầu mũi

**Bảng 1: Đặc điểm hình dáng đầu mũi**

Số lượng BN	Đầu mũi thường thấp	Đầu mũi củ hành	Đầu mũi vuông
59(100%)	23(38,98%)	16(27,11%)	20(33,89%)



**Hình 4: a-đầu mũi thường ngắn; b-đầu mũi củ hành; c-đầu mũi vuông**

### 3.2. Kết quả phẫu thuật

- Biến chứng gần sau phẫu thuật: 0

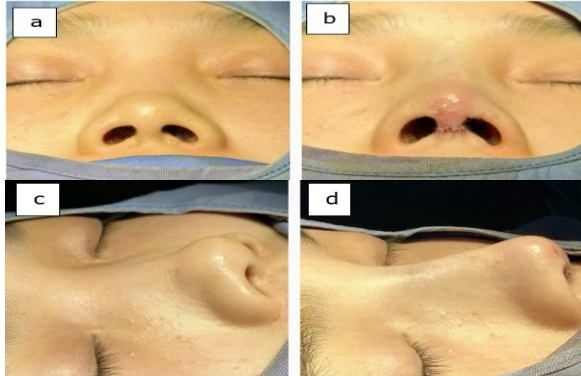
- Biến chứng xa sau 12 tháng: 0

- So sánh kết quả trước và sau mổ:

**Bảng 2: So sánh đặc điểm mũi trước mổ và sau mổ**

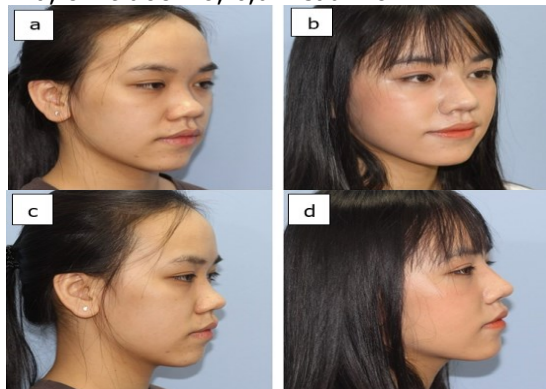
Đặc điểm	Trước mổ	Sau mổ	Khác biệt sau mổ	P
Chiều dài mũi	40.77 $\pm$ 4.22 mm	46.65 $\pm$ 5.57 mm	5.88 $\pm$ 4.65 mm	<0.0001
Độ cao đầu mũi	16.31 $\pm$ 2.86 mm	18.22 $\pm$ 2.95 mm	1.91 $\pm$ 2.04 mm	0.0009

Chiều dài mũi sau phẫu thuật cải thiện dài hơn chiều dài mũi trước phẫu thuật trung bình  $5.88 \pm 4.65$  mm. Độ cao đầu mũi nhô cao hơn mũi trước phẫu thuật trung bình  $1.91 \pm 2.04$  mm.



**Hình 5: Đầu mũi thường, ngắn**

a, c – trước mổ; b, d – sau mổ.



**Hình 6: BN nữ 23t, đầu mũi củ hành**

a, c – trước mổ; b, d – sau mổ

#### IV. BÀN LUẬN

Người châu Á có đặc điểm mũi ngắn, thấp hơn người da trắng. Da vùng đầu mũi của người châu Á thường dày, nhiều mô mềm, đồng thời khung sụn vùng đầu mũi thường yếu và không vững chắc(3). Vì vậy việc gia cố, định hình lại khung sụn vùng đầu mũi rất quan trọng trong việc tạo hình thẩm mỹ mũi. Trong quá trình nghiên cứu chúng tôi nhận thấy các hình dạng đầu mũi của lô bệnh nhân tương ứng với phân loại đầu mũi người châu Á với 28 bệnh nhân (38,98%) có đầu mũi thấp và ngắn; 16 bệnh nhân (27,11%) có đầu mũi dạng củ hành và 20 bệnh nhân (33,89%) có đầu mũi vuông (4)(5).

Trước đây nhiều tác giả đã sử dụng miếng độn silicon có chân chống với mục đích nâng đầu mũi (6), tuy nhiên sau thời gian dài theo dõi nhận thấy tỷ lệ biến chứng cao. Chính vì vậy trong những năm gần đây xu hướng của tạo hình thẩm mỹ mũi ở người châu Á là nâng sống mũi bằng chất liệu tự thân hoặc nhân tạo và tạo

hình đầu mũi bằng sụn tự thân. Sụn sườn, sụn vách ngăn và sụn tai được sử dụng rộng rãi trong việc tạo hình đầu mũi. Chất liệu sụn sườn có thể được lấy với khối lượng lớn, rất thuận lợi cho việc tạo hình đầu mũi và nâng sống mũi (7). Tuy nhiên phẫu thuật thường để lại tổn thương nơi lấy sụn và đặc tính của sụn sườn sau khi bóc tách khỏi mạc sụn sẽ co ngót và biến dạng sau một khoảng thời gian. Ngoài ra tính chất của sụn sườn và sụn vách ngăn có tính chất cứng và giòn nên ít phù hợp với da vùng trụ mũi có tính chất mỏng và kém đàn hồi(8). Sụn tai, với tính chất dẻo dai, đàn hồi, mềm mại thích hợp với vùng da mỏng ở đầu mũi, tránh bị biến dạng thứ phát sau thời gian theo dõi xa (10). Kỹ thuật khâu sụn ở dưới sụn bên cánh mũi là một cách để tăng cường hỗ trợ đầu mũi, nhưng rất khó để đạt được hình dạng và độ nhô đầu mũi lý tưởng chỉ bằng các mũi khâu do lớp mô mềm dày và trụ giữa kém phát triển ở mũi Châu Á. Các mảnh ghép hỗ trợ cấu trúc như ghép thanh chống trụ mũi hoặc ghép mở rộng vách ngăn là các kỹ thuật thiết yếu kết hợp với kỹ thuật khâu. Ghép thanh chống trụ mũi có thể gia cố trụ giữa của sụn bên dưới để có được độ nhô đầu mũi đủ. Sụn vành tai có tính chất tương đương sụn cánh mũi. Việc sử dụng sụn vành tai khâu gia cố sụn cánh mũi trong giúp cho trụ mũi được dựng thẳng vững chắc hơn, có thể nâng cao được đầu mũi. Sụn vành tai là chất liệu tự thân, dễ được thích ứng với cơ thể, vì vậy việc sử dụng sụn vành tai bao bọc chất liệu nâng mũi có thể tránh được những biến chứng lộ chất liệu. Đồng thời sử dụng sụn vành tai chống lớp để tạo hình đầu mũi có thể giúp làm dài được đáng mũi, tránh được biến chứng lộ chất liệu và nguy cơ làm mỏng da vùng đầu mũi.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy rằng việc sử dụng sụn vành tai tạo hình đầu mũi có thể giúp cải thiện chiều dài của những chiếc mũi ngắn, với độ dài được kéo dài thêm trung bình  $5.88 \pm 4.65$  mm. Độ cao của đầu mũi sau khi được dựng trụ gia cố bằng sụn tai cũng cải thiện đáng kể, với sự khác biệt so với đầu mũi trước khi làm trung bình  $1.91 \pm 2.04$  mm. Điều này cũng tương đương với một số tác giả trên thế giới công bố về việc sử dụng sụn tai trong tạo hình đầu mũi.

#### V. KẾT LUẬN

Sụn tai có tính chất dẻo dai, đàn hồi phù hợp với việc gia cố trụ mũi. Việc khâu ghép sụn tai với phần trên của sụn vách ngăn là kỹ thuật không gây tổn thương cho cấu trúc sâu của mũi, nhưng vẫn tinh chỉnh được chiều dài và độ nhô

của đầu mũi. Kỹ thuật này không chỉ cho phép nâng đỡ chóp mũi ổn định mà còn làm cho chóp mũi mềm mại và linh hoạt do tính đàn hồi của sụn vành tai.

#### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Jin HR, Won TB (2016). Rhinoplasty in the Asian patient. Clin Plast Surg 43(1):265–279.
2. You J, Wu L, Xu Y, Fan F, Wang H (2021). Comma-shaped columellar strut for nasal tip plasty in East Asian Rhinoplasty. Aesthetic Plast Surg 45(1):244–251.
3. Kim EK, Daniel RK (2012). Operative techniques in asianrhinoplasty. Aesthet Surg J 32:1018–1030.
4. Toriumi DM, Swartout B (2007) Asian rhinoplasty. Facial Plast Surg Clin North Am 15(3):293–307.
5. Li D, An Y, Yang X (2016). An overview of Asian rhinoplasty. Ann Plast Surg 77(Suppl 1):S22–24.
6. Tham C, Lai YL, Weng CJ, Chen YR (2005). Silicone augmentation rhinoplasty in an oriental population. Ann Plast Surg. <https://doi.org/10.1097/01.sap.0000141947.00927.49>
7. Lee MJ, Song HM (2015). Asian rhinoplasty with rib cartilage. Semin Plast Surg. <https://doi.org/10.1055/s-0035-1564815>
8. Kim M, Choi J, Kim M et al (2014). An Introduction to the septal extension graft. Arch Plast Surg. <https://doi.org/10.5999/aps.2014.41.1.29>
9. Hwang NH, Dhong ES (2018). Septal extension graft in asianrhinoplasty. Facial Plast Surg Clin North Am 26:331–341.
10. Park JH, Jin HR (2012). Use of autologous costal cartilage in Asian rhinoplasty. Plast Reconstr Surg 130(6):1338–1348.

## ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, HÌNH ẢNH NHỒI MÁU NÃO Ở BỆNH NHÂN CÓ HỘI CHỨNG CHUYỂN HÓA TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA ĐỒNG ĐA NĂM 2024

Nguyễn Thị Ngọc Bích<sup>1</sup>, Nguyễn Tuấn Minh<sup>1</sup>,  
Nguyễn Hải Phương<sup>1</sup>, Văn Thị Thảo<sup>1</sup>

#### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Nghiên cứu đặc điểm các thành phần hội chứng chuyển hóa và phân tích mối liên quan giữa các thành phần trong hội chứng chuyển hóa với bệnh nhồi máu não. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang 65 bệnh nhân nhồi máu não có hội chứng chuyển hóa được điều trị tại Bệnh viện Đa khoa Đồng Đa từ tháng 4/2024 đến tháng 10/2024. **Kết quả:** Tỷ lệ của các thành phần HCCH: Tăng huyết áp tâm thu  $\geq 130$  mmHg (87,7%), tăng huyết áp tâm trương  $\geq 85$  mmHg (84,6%) và tăng triglycerid (72,3%) chiếm tỷ lệ cao. Tỷ lệ phân bố số lượng thành phần HCCH: 3 thành phần 49,2%, 4 thành phần 33,9% và 5 thành phần 16,9%. Ba thành phần được cấu tạo gồm tăng huyết áp + tăng đường máu + tăng vòng bụng chiếm tỷ lệ cao nhất. Bốn thành phần được cấu tạo từ tăng huyết áp + tăng đường máu + tăng triglyceride máu + HDL – C máu thấp là thường gặp nhất (18,5%). Có mối liên quan giữa HDL – C máu thấp, số lượng thành phần HCCH với tiền sử NMN. Có mối liên quan giữa tăng đường máu đói, số lượng thành phần HCCH với mức độ lâm sàng (NIHSS  $\geq 5$ ), kích thước ổ nhồi máu lớn ( $p < 0,05$ ). **Kết luận:** Thành phần (tăng đường máu đói) và sự gia tăng số lượng thành phần hội chứng chuyển hóa là yếu tố nguy cơ của nhồi máu não nghiêm trọng hơn. **Từ khóa:** Nhồi máu não, hội chứng chuyển hóa,

#### SUMMARY

#### CLINICAL FEATURES, IMAGING OF CEREBRAL INFARCTION IN PATIENTS WITH METABOLIC SYNDROME AT DONG DA GENERAL HOSPITAL IN 2024

**Objective:** The aim of this study is to describe the characteristics of metabolic syndrome components. And analyze the relationship between components of metabolic syndrome and ischemic stroke. **Subjects and methods:** This is a cross-sectional study of 65 patients with ischemic stroke who had metabolic syndrome treated at Dong Da General Hospital from April 2024 to October 2024. **Results:** The rate of metabolic syndrome components were high: Systolic hypertension  $\geq 130$  mmHg (87,7%), diastolic hypertension  $\geq 85$  mmHg (84,6%), increased triglyceride (72,3%). The rate of number of metabolic syndrome components: 3 components 49,2%, 4 components 33,9% và 5 components 16,9%. The three components composed of hypertension + hyperglycemia + increased waist circumference had the highest ratio. The most common structure of four components was hypertension + hyperglycemia + increased triglycerid + low blood HDL – C (18.5%). There is a relationship between low blood HDL-C, the number of metabolic syndrome components and clinical severity (NIHSS  $\geq 5$ ), large infarct size ( $p < 0,05$ ). **Conclusions:** The one of components (fasting hyperglycemia) and increase in the number of metabolic syndrome components are risk factors for more severe ischemic stroke.

**Keywords:** ischemic stroke, metabolic syndrome

<sup>1</sup>Bệnh viện Đa khoa Đồng Đa

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Ngọc Bích

Email: baolam109@gmail.com

Ngày nhận bài: 22.10.2024

Ngày phản biện khoa học: 25.11.2024

Ngày duyệt bài: 27.12.2024