

- of Orthopaedic Surgery and Research, 2018, 13(1):
2. **HEBERT J J, FRITZ J M, THACKERAY A, et al.** Early multimodal rehabilitation following lumbar disc surgery: a randomised clinical trial comparing the effects of two exercise programmes on clinical outcome and lumbar multifidus muscle function [J]. British Journal of Sports Medicine, 2015, 49(2): 100-6.
 3. **GREENWOOD J, MCGREGOR A, JONES F, et al.** Rehabilitation Following Lumbar Fusion Surgery [J]. Spine, 2016, 41(1): E28-E36.
 4. **WEN-DIEN CHANG H-Y L, , PING-TUNG LAI.** Core strength training for patients with chronic low back pain [J]. Physical Therapy Science, 2015, 27(619-22).
 5. **CALATAYUD J, GUZMÁN-GONZÁLEZ B, ANDERSEN L L, et al.** Effectiveness of a Group-Based Progressive Strength Training in Primary Care to Improve the Recurrence of Low Back Pain Exacerbations and Function: A Randomised Trial [J]. International Journal of Environmental Research and Public Health, 2020, 17(22):
 6. **WEN-DIEN CHANG H-Y L, PING-TUNG LAI.** Core strength training for patients with chronic low back pain [J]. Physical Therapy Science, 2015, 27(619-22).

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH SAU PHẪU THUẬT CẮT THỰC QUẢN TẠO HÌNH NỘI SOI VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN TẠI BỆNH VIỆN K NĂM 2020 -2021

Mai Văn Hạnh*, Phạm Quốc Đạt*

TÓM TẮT

Mục tiêu: Phân tích kết quả chăm sóc người bệnh phẫu thuật nội soi cắt thực quản tạo hình và một số yếu tố liên quan. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả tiến cứu trên 138 người bệnh ung thư thực quản được điều trị theo phương pháp phẫu thuật nội soi tạo hình tại Khoa Ngoại bụng 2 - Bệnh viện K từ tháng 01/2020 đến tháng 5/2021. Kết quả chăm sóc người bệnh sau phẫu thuật được đánh giá qua 3 mức độ tốt, trung bình, không tốt và mức độ ảnh hưởng của một số yếu tố có liên quan đến tình trạng nhiễm khuẩn bệnh viện (NKBV). Số liệu được thu thập, xử lý, làm sạch và nhập vào máy tính bằng phần mềm Epidata và Excel. Xử lý số liệu bằng phần mềm thống kê Stata 14. **Kết quả:** Đa số người bệnh sau điều trị chăm sóc đạt kết quả tốt (72,5%), trung bình (26,8%). Hầu hết các bệnh nhân đều đã ổn định khi xuất viện. Có 1 trường hợp tử vong sau phẫu thuật. Các yếu tố ảnh hưởng đến nhiễm khuẩn bệnh viện bao gồm số ngày nằm viện, hóa trị trước mổ, tiền sử đái tháo đường, tần suất chăm sóc ống màng phổi với sự khác biệt có ý nghĩa thống kê $p < 0,05$. **Kết luận:** Chăm sóc theo đúng quy trình cho người bệnh sau phẫu thuật nội soi cắt thực quản tạo hình có kết quả tích cực và giảm nguy cơ nhiễm khuẩn bệnh viện.

Từ khóa: Ung thư thực quản, phẫu thuật nội soi.

SUMMARY

EVALUATE RESULTS OF NURSING PATIENTS AFTER LAPAROSCOPIC ESOPHAGECTOMY AND SOME RELATED FACTORS AT K HOSPITAL IN 2020-2021

Objectives: Analysis the results of nursing for patients undergoing laparoscopic esophagectomy and

some related factors. **Methods:** A prospective descriptive study on 138 esophageal cancer patients treated by laparoscopic plastic surgery at Abdominal Surgery Department No2- K Hospital from January 2020 to May 2021. Outcomes of patients care after surgery were assessed through 3 levels of good, medium, and bad and the influence of some factors related to hospital-acquired infection. Data were collected, processed, cleared and computerized by using Epidata and Excel software. Data processing using Stata 14 statistical software. **Results:** The majority of patients after laparoscopic esophagectomy treatment achieved good results (72.5%), average (26.8%). Most of the patients were stable on discharge. There was 1 case of death after surgery. Factors affecting hospital-acquired infection include hospital nursing days, preoperative chemotherapy, history of diabetes, frequency of pleural tube care with statistical significance $p < 0.05$. **Conclusion:** Take care of patients after endoscopic esophagectomy has good results and reduces the risk of hospital-acquired infections.

Key words: Esophageal cancer, laparoscopic esophagectomy surgery

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư thực quản (UTTQ) là bệnh ung thư khá phổ biến ở Việt Nam, là một trong 6 nguyên nhân hàng đầu gây tử vong. Ở Việt Nam, UTTQ nằm trong 10 loại ung thư hàng đầu, ước tính chiếm khoảng 7% trong ung thư đường tiêu hóa, trong đó nam giới chiếm tỉ lệ cao hơn nữ giới. UTTQ thường có tiên lượng xấu, thời gian sống thêm thường < 9 tháng và tỉ lệ sống 5 năm thường < 20%. Những bệnh nhân này được chỉ định điều trị bằng các phương pháp khác như hóa trị, xạ trị, hóa xạ trị đồng thời, nhằm mục đích điều trị bệnh và cải thiện triệu chứng, chủ yếu giúp bệnh nhân có thể ăn uống, nâng cao chất lượng cuộc sống. Phẫu thuật điều trị UTTQ cho đến hiện nay vẫn còn đang coi là một phẫu

*Đại học Thăng Long

Chịu trách nhiệm chính: Mai Văn Hạnh

Email: hanacuong@gmail.com

Ngày nhận bài: 5/9/2021

Ngày phản biện khoa học: 28/9/2021

Ngày duyệt bài: 21/10/2021

thuật nặng nề cả về mặt kỹ thuật lẫn về mặt gây mê hồi sức và chăm sóc sau mổ [1],[2]. Bên cạnh yếu tố kỹ thuật mổ, một yếu tố quan trọng nữa là để thành công trong các ca điều trị phẫu thuật UTTQ thì không thể không nói đến vai trò của người điều dưỡng đã đồng hành cùng phẫu thuật viên trong việc điều trị và theo dõi chăm sóc người bệnh từ khi được phẫu thuật cho đến khi ra viện. Điều dưỡng là người bên cạnh người bệnh 24/24 giờ, chăm sóc và hướng dẫn người bệnh cùng người nhà cách chăm sóc dẫn lưu khoang màng phổi, vết mổ, chăm sóc dinh dưỡng sau mổ, cũng như tâm lý, vận động, theo dõi những thay đổi bất thường, thực hiện kịp thời các y lệnh của bác sỹ, góp phần hạn chế những biến chứng sau phẫu thuật.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu mô tả tiến cứu trên 138 người bệnh ung thư thực quản được điều trị theo phương pháp phẫu thuật nội soi tạo hình tại Khoa Ngoại bụng 2 - Bệnh viện K từ tháng 01/2020 đến tháng 5/2021. Những người bệnh tham gia nghiên cứu có tiêu chuẩn lựa chọn: trên 16 tuổi và dưới 80 tuổi, được chẩn đoán ung thư thực quản ở 1/3 giữa và 1/3 dưới được phẫu thuật nội soi tạo hình điều trị ung thư thực quản, có kết quả mô bệnh học xác định ung thư thực quản và đồng ý tham gia nghiên cứu; Tiêu chuẩn loại trừ như sau: người bệnh ung thư thực quản kèm theo ung thư khác, có rối loạn hành vi không thể hợp tác, không đồng ý tham gia nghiên cứu.

Quy trình thu thập số liệu: Chuẩn hóa bộ công cụ. Tập huấn: trước khi tiến hành thu thập số liệu, tiến hành tập huấn điều tra viên về cách thu thập thông tin với công cụ thu thập là mẫu bệnh án nghiên cứu thống nhất. Chọn đối tượng nghiên cứu ngẫu nhiên thỏa mãn tiêu chuẩn chọn. Tiến hành thu thập số liệu, kết hợp giám sát.

Bảng 1. Biểu hiện lâm sàng sau phẫu thuật

Biến số	Người bệnh sau mổ tạo hình thực quản nội soi					
	24h sau PT	Ngày 2	Ngày 4	Ngày 6	Ngày 8	Ra viện
Tri giác mê, lơ mơ	3 (2,2)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Tri giác bình thường	135 (97,8)	138 (100)	138 (100)	138 (100)	138 (100)	138 (100)
Huyết áp sau phẫu thuật						
Cao	8 (5,8)	3 (2,2)	5 (3,6)	7 (5,1)	3 (2,2)	2 (1,4)
Bình thường	130 (94,2)	135 (97,8)	132 (95,6)	131 (94,9)	134 (97,1)	136 (98,5)
Hạ	0 (0)	0 (0)	1 (0,7)	0 (0)	1 (0,7)	0 (0)
Mạch sau phẫu thuật						
Nhanh	4 (2,9)	0 (0)	3 (2,2)	5 (3,6)	2 (1,4)	0 (0)
Bình thường	134 (97,1)	138 (100)	135 (97,8)	133 (96,4)	136 (98,6)	138 (100)
Chậm	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Nhiệt độ sau phẫu thuật						

Kết quả chăm sóc người bệnh được đánh giá dựa theo 3 mức độ:

- **Tốt:** Không bị NKBV, không có biến chứng phẫu thuật, vết mổ đã khô; có biến chứng hoặc NKBV mức độ nhẹ.
- **Trung bình:** Người bệnh có NKBV, biến chứng mức độ trung bình, vết mổ chưa khô.
- **Không tốt:** Người bệnh tử vong hoặc có biến chứng, NKBV mức độ nặng.

Một số yếu tố liên quan bao gồm: Số ngày nằm viện, thời gian phẫu thuật, phương pháp điều trị trước phẫu thuật, bệnh lý kèm theo, các hoạt động chăm sóc sau phẫu thuật.

Số liệu được thu thập, xử lý, làm sạch và nhập vào máy tính bằng phần mềm Epidata và Excel. Xử lý số liệu bằng phần mềm thống kê Stata 14.

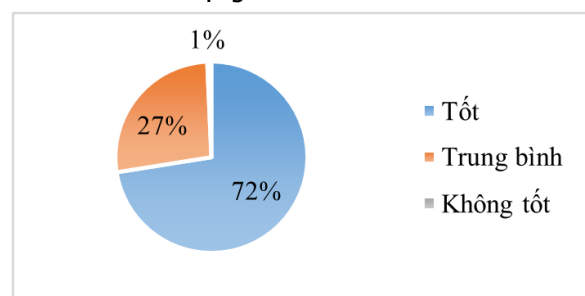
III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU VÀ BÀN LUẬN

Sau khi thu thập số liệu trên 138 người bệnh ung thư thực quản được điều trị theo phương pháp phẫu thuật nội soi tạo hình tại Khoa Ngoại bụng 2 - Bệnh viện K, chúng tôi nhận thấy những người bệnh có một số đặc điểm chung như sau: độ tuổi trung bình (TB) là 56,09 ± 7,328 tuổi, nam (99,3%) nhiều hơn nữ, hầu hết các người bệnh đều thuộc nhóm nghề nghiệp nông dân (81,2%). Có tới 71,7% người bệnh đều có tiền sử hút thuốc lá và 82,6% nghiện rượu. Các bệnh lý nền kèm theo gồm tăng huyết áp (12,3%), tiểu đường (10,2%), bệnh lý gan, thận (14,5%). Trước phẫu thuật, có 52,9% người bệnh đang trong giai đoạn III của ung thư và 8,7% có điều trị hoá xạ trị. Triệu chứng lâm sàng chủ yếu trước mổ là nuốt nghẹn (55,6%) và sút cân (41,3%). Thời gian phẫu thuật trung bình là 230,81 ± 49,73 phút. Sau phẫu thuật, người bệnh bắt đầu trở về tình trạng ổn định từ ngày thứ 2. Chúng tôi biểu diễn tình trạng lâm sàng của người bệnh theo từng ngày ở bảng 1.

Sốt	0 (0)	0 (0)	2 (1,4)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Bình thường	138 (100)	138 (100)	136 (98,6)	138 (100)	138 (100)	138 (100)
Hạ	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Tình trạng vết mổ						
Vết mổ khô	113 (81,9)	114 (82,7)	123 (89,1)	136 (98,6)	136 (98,6)	137 (99,3)
Vết mổ có ít dịch	4 (2,9)	22(15,9)	15 (10,9)	2 (1,4)	1 (0,7)	0 (0)
Vết mổ có nhiều dịch máu, mủ	21 (15,2)	2 (1,4)	0 (0)	0 (0)	1 (0,7)	1 (0,7)
Đánh giá đau sau mổ						
Đau ít (1 - 3đ)	116(84,1)	116 (84,1)	126 (91,3)	136 (98,6)	137 (99,3)	100 (100)
Đau vừa (4 - 6đ)	20 (14,5)	22 (15,9)	12 (8,7)	2 (1,4)	1 (0,7)	0 (0)
Đau nhiều và dữ dội (7 - 10đ)	2 (1,4)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)

Bất kỳ người bệnh hậu phẫu nào cũng cần theo dõi dấu chứng sinh tồn, mạch và huyết áp, khó thở, thở chậm. Nếu người bệnh gây mê cần theo dõi sát tri giác người bệnh, lơ mơ hay kích động. Thường sau phẫu thuật người bệnh rất dễ bị mất nước và điện giải do trong quá trình phẫu thuật, do dẫn lưu, do ống Levine và người bệnh nhìn ăn uống hoàn toàn trước và sau mổ, do tình trạng bệnh lý. Vì thế điều dưỡng cần nhận định chính xác dấu hiệu mất nước và rối loạn điện giải, ghi chú nước xuất nhập và điện giải cho người bệnh, cần nhất là K+ vì có thể ảnh hưởng đến nhu động ruột sau mổ. Sau phẫu thuật ung thư thực quản sẽ có dẫn lưu, vì thế điều dưỡng cần biết loại dẫn lưu, vị trí dẫn lưu, số lượng dịch, màu sắc, tính chất và dấu hiệu bất thường. Hầu hết người bệnh đều có dấu hiệu sinh tồn và biểu hiện lâm sàng ở mức bình thường khi xuất viện. Tuy nhiên vẫn còn một trường hợp với vết mổ có nhiều dịch máu, mủ.

Theo đó, kết quả chăm sóc người bệnh được biểu diễn dưới dạng biểu đồ 2.

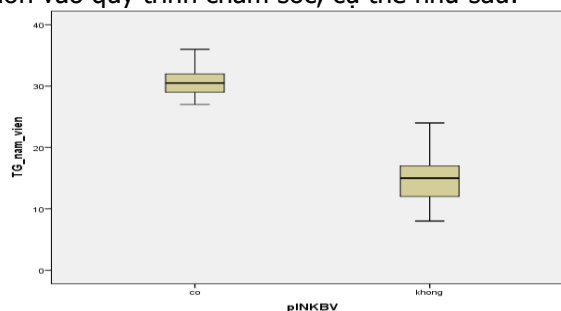


Biểu đồ 1. Kết quả chăm sóc người bệnh sau phẫu thuật

Theo kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy tất cả các nội dung trong công tác chăm sóc người bệnh đều đạt kết quả cao, với 72,5% người bệnh sau điều trị đạt kết quả tốt, 26,8% đạt kết quả trung bình. Nghiên cứu chúng tôi ghi nhận có 1 trường hợp tử vong sau phẫu thuật. Đó là người bệnh Nguyễn Hữu P., 54 tuổi, bị ung

thư 1/3 dưới thực quản. Sau phẫu thuật, người bệnh bị viêm phổi nặng được hồi sức tích cực bằng thở máy, dùng kháng sinh liều cao, tuy nhiên tình trạng người bệnh vẫn xấu dần, suy đa cơ quan và tử vong. Có thể thấy, tỷ lệ tử vong trong nghiên cứu của chúng tôi khá tương đồng với tỷ lệ tử vong trong vòng 30 ngày sau phẫu thuật nội soi cắt thực quản của các tác giả khác trong và ngoài nước như Triệu Triệu Dương với 1,45% [3]; Palanivelu 1,54% [4].

Kết quả chăm sóc người bệnh trong nghiên cứu của chúng tôi khá cao, bên cạnh đó, vẫn còn một số tình trạng bệnh nhân ở mức trung bình sau chăm sóc do một số yếu tố ảnh hưởng khá lớn vào quy trình chăm sóc, cụ thể như sau:



Biểu đồ 2. Mối liên quan giữa thời gian nằm viện trung bình với nhiễm khuẩn bệnh viện

Số ngày nằm viện trung bình ở người bệnh bị NKBV cao hơn số ngày nằm viện của người bệnh không bị NKBV (30,5 ngày so với 14,9 ngày), sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Người bệnh nằm viện càng lâu càng có nguy cơ tiếp xúc với các tác nhân gây nhiễm khuẩn bệnh viện, được tiến hành nhiều thủ thuật, kỹ thuật xâm lấn, thêm vào đó những người bệnh này cũng thường là những người bệnh nặng, mắc biến chứng sau phẫu thuật, khả năng đề kháng miễn dịch suy giảm nên do đó cũng dễ bị NKBV hơn.

Nghiên cứu của chúng tôi cũng chỉ ra rằng có mối liên quan giữa hóa trị xạ trước mổ và tình trạng NKBV. Tỷ lệ người mắc NKBV ở nhóm

người bệnh có điều trị hóa xạ trị trước mổ cao hơn gấp 5,25 lần nhóm người không điều trị hóa xạ trị trước mổ (bảng 2).

Bảng 2. *Mối liên quan giữa hóa trị xạ trước mổ với tình trạng NKBV*

Hóa, xạ trị trước phẫu thuật	Nhiễm khuẩn bệnh viện		OR (95%CI)
	Có NKBV	Không NKBV	
Có	10 (7,2)	40 (29,0)	5,250 (1,551-17,767)
Không	4 (2,9)	84 (60,9)	

Nhiễm khuẩn bệnh viện gặp ở nhóm người bệnh có điều trị hóa xạ trước mổ (7,2%), không

điều trị hóa xạ trước mổ (2,9%), sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$ (OR = 5,250). Những người bệnh trải qua nhiều đợt hóa trị thường bị suy giảm miễn dịch nghiêm trọng, song song đó là tình trạng giảm bạch cầu luôn diễn ra ở người bệnh mắc ung thư nói chung. Chính vì thế người bệnh đã hóa xạ trị dễ mắc phải các nhiễm khuẩn hơn người chưa từng điều trị hóa xạ. Do vậy tỷ lệ mắc nhiễm khuẩn bệnh viện cũng tăng cao ở những người này.

Các bệnh lý nền cũng là một trong những yếu tố ảnh hưởng khá nhiều đến kết quả chăm sóc cũng như tăng nguy cơ NKBV (bảng 3).

Bảng 3. *Liên quan giữa có bệnh lý kèm theo với kết quả chăm sóc*

Bệnh lý kèm theo	Nhiễm khuẩn bệnh viện		OR (95%CI)
	Có NKBV	Không NKBV	
Tăng huyết áp	Có	1 (0,7)	0,453 (0,056-3,679)
	Không	13 (9,4)	
Tiểu đường	Có	5 (3,6)	5,185 (1,493-18,004)
	Không	9 (6,5)	
Gan, thận	Có	2 (1,4)	0,981 (0,203-4,756)
	Không	12 (8,7)	

Mối liên quan cũng được thể hiện rất rõ giữa những người bệnh có bệnh lý kèm theo (bệnh tiểu đường) với nhiễm khuẩn bệnh viện. Người bệnh có tiền sử tiểu đường có nguy cơ nhiễm khuẩn bệnh viện cao hơn với nhóm không mắc bệnh, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Ngoài những yếu tố trên, các hoạt động chăm sóc cũng là một yếu tố rất quan trọng quyết định kết quả và giảm nguy cơ NKBV cho người bệnh. Giai đoạn hậu phẫu là giai đoạn có rất nhiều rối loạn về sinh lý gồm: đau, các biến chứng hô

hấp, nhiễm khuẩn. Chăm sóc người bệnh trong giai đoạn này là một công việc quan trọng nhằm phát hiện kịp thời các rối loạn sau phẫu thuật, chủ động ngăn ngừa và xử lý tai biến, biến chứng. Đây cũng là yếu tố góp phần đảm bảo cho thành công của toàn cuộc phẫu thuật. Vì vậy công tác chăm sóc, thực hiện đúng quy trình, tư vấn hướng dẫn người bệnh của điều dưỡng ở thời điểm hậu phẫu là vô cùng cần thiết và cần được chú trọng, quan tâm nhằm tăng hiệu quả điều trị cho người bệnh.

Bảng 4. *Liên quan giữa các hoạt động chăm sóc người bệnh sau phẫu thuật với nhiễm khuẩn bệnh viện*

Hoạt động chăm sóc	Nhiễm khuẩn bệnh viện		OR (95%CI)
	Có NKBV	Không NKBV	
CS ống dẫn lưu màng phổi	< 2 lần/ngày	9 (6,5)	6,467 (2,00-20,908)
	≥ 2 lần/ngày	5 (3,6)	
CS vết mổ	1 lần/ngày	10 (7,2)	0,763 (0,223-2,616)
	>1 lần/ngày	4 (2,9)	
CS ống thông tiểu	< 2 lần/ngày	9 (6,5)	0,653 (0,204-2,090)
	≥ 2 lần/ngày	5 (3,6)	

Theo kết quả nghiên cứu của chúng tôi, với những người bệnh sau phẫu thuật cắt thực quản tạo hình nội soi, việc điều dưỡng thực hiện chăm sóc ống dẫn lưu màng phổi < 2 lần/ngày giúp làm giảm được nguy cơ nhiễm khuẩn bệnh viện gấp 6 lần với chăm sóc ống dẫn lưu ≥ 2 lần/ngày. Kết quả này có ý nghĩa thống kê với mức độ tin cậy 95%CI, $p < 0,05$. Biến chứng hô hấp được cho là nguyên nhân của 50% đến 65%

trường hợp tử vong có liên quan đến cắt thực quản [5],[6] và những người bệnh bị viêm phổi sau mổ cắt thực quản có nguy cơ tử vong trong hoặc sau mổ cao gấp 6 lần [7].

IV. KẾT LUẬN

Chăm sóc theo đúng quy trình cho người bệnh sau phẫu thuật nội soi cắt thực quản tạo hình có kết quả tích cực và giảm nguy cơ nhiễm khuẩn bệnh viện.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Phạm Đức Huân, Đỗ Đức Vân (2000). Phẫu thuật cắt ung thư thực quản kinh nghiệm kết quả 71 trường hợp, Ngoại khoa số 3, Tr 22-25.
2. Lâm Việt Trung, Nguyễn Minh Hải, Võ Tấn Long và cộng sự (2012). Đánh giá tính khả thi, an toàn và kết quả ngắn hạn trong phẫu thuật nội soi điều trị UTTO. Phẫu thuật nội soi tập 2, số 1, Tr 48-52.
3. Triệu Triệu Dương (2008). Nghiên cứu phẫu thuật nội soi điều trị UTTO tại bệnh viện 108". Y học TP. Hồ Chí Minh, 12, Tr 200-203.
4. Luketich J. D., Pennathur A., Awais O., Levy R. M., Keeley s., Shende M., et al. (2012), Outcomes after minimally invasive esophagectomy: review of over 1000 patients. Ann Surg, 256(1), 95-103.
5. Atkins B. Z., Shah A. S., Hutcheson K. A., et al (2004), Reducing hospital morbidity and mortality following esophagectomy. Ann Thorac Surg, 78(4), 1170- 1176; discussion 1170-1176.
6. Bakhos C. T., Fabian T., Oyasiji T. O., et al (2012), Impact of the surgical technique on pulmonary morbidity after esophagectomy. Ann Thorac Surg, 93(1), 221-226; discussion 226-227.
7. Ferri L. E., Law S., Wong K. H., et al (2006), The influence of technical complications on postoperative outcome and survival after esophagectomy. Ann Surg Oncol, 13(4), 557-564

CÁC KÍCH THƯỚC TỪ CÁC VÁCH XƯƠNG VÙNG CHÓP ĐẾN CÁC CẤU TRÚC GIẢI PHẪU CỦA RĂNG CỐI LỚN THỨ NHẤT HÀM DƯỚI TRÊN CONEBEAM CT

Đông Thị Kim Uyên¹, Phạm Văn Khoa¹, Huỳnh Kim Khang¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Xác định các kích thước từ vách xương ngoài, trong đến vị trí cách chóp 3 mm của mỗi chân răng và bề rộng xương hàm dưới tại vị trí này ở vùng răng cối lớn thứ nhất hàm dưới ở người Việt Nam **Phương pháp:** Nghiên cứu được thực hiện trên 166 bệnh nhân chụp phim CBCT theo chỉ định của bác sĩ tại Trung tâm CT nha khoa Nguyễn Trãi, Thành Phố Hồ Chí Minh, trong thời gian nghiên cứu từ tháng 10/2015 đến tháng 6/2016. Phim CBCT được chụp bằng máy chụp phim Picasso Trio (Ewoo Vatech, Korea) với các điều kiện và tư thế chuẩn của bệnh nhân cho chụp phim. Hình ảnh CBCT thu thập từ trung tâm CT đạt tiêu chuẩn chọn mẫu được quan sát trên máy tính màn hình phẳng 14 inches, độ phân giải 1366 x 768 pixel với phần mềm EzImplant CD viewer. Ghi nhận vị trí răng (răng 36 và răng 46), phim cần đo được chuyển về chế độ xem gốc ban đầu (thao tác Reset all), với độ phóng đại 1,5 lần. Trong mặt phẳng ngang (Axial) di chuyển gốc trục tọa độ đến chính giữa mỗi chân răng của răng cối lớn thứ nhất hàm dưới cần đo, đường cắt đứng dọc theo hướng ngoài – trong, chia chân răng thành hai phần tương đối bằng nhau. Trong mặt phẳng đứng dọc (Sagittal) điều chỉnh đường cắt đứng dọc theo trục mỗi chân răng cần đo. Tiến hành vẽ và đo đạc trong mặt phẳng đứng ngang (Coronal) (độ phóng đại 2 lần). Xác định các kích thước tại vị trí mỗi chân răng. **Kết quả:** Đối với các RCL thứ nhất hàm dưới có hai chân, khoảng cách từ mặt ngoài XHD đến chóp chân gần và chân xa tại vị trí cách chóp 3 mm lần lượt là 2,31±0,99mm, 3,22±1,77 mm. Đối với các RCL thứ nhất hàm dưới có

ba chân, khoảng cách từ mặt ngoài XHD đến chóp chân gần và chân xa ngoài và chân xa trong tại vị trí cách chóp 3 mm lần lượt là 2,41±1,09 mm, 2,22±0,98 mm, 8,66±1,23 mm. **Kết luận:** Chóp các chân răng của RCL thứ nhất hàm dưới nằm rất gần mặt ngoài xương hàm dưới, lưu ý các bác sĩ phẫu thuật nội nha cần trọng trong các thủ thuật điều trị phẫu thuật nội nha cho các răng này.

Từ khóa: khoảng cách, vách xương vùng chóp, răng cối lớn thứ nhất hàm dưới, ConeBeam CT

Các từ viết tắt: RCL: răng cối lớn; BN: bệnh nhân; KC: khoảng cách, XHD: xương hàm dưới

SUMMARY

DIMENSIONS FROM APICAL BONE WALLS TO ANATOMIC STRUCTURES OF THE FIRST LOWER MOLARS ON CONEBEAM CT

Objectives: The aim of the study is to determine the distances from outer and inner of bone walls to the position 3 mm from the apices and the width of lower bone at this position of the first lower molars in Vietnamese on ConeBeam CT. **Methods:** The study was conducted on 166 patients who had exposed using CBCT indicated by dentists in Nguyen Trai Dental CT Central, HoChiMinh City, from October 2015 to June 2016. The CBCT digital images were captures using Picasso Trio (Ewoo Vatech, Korea) with the standard conditions and postures of patients. CBCT digital images were displayed on the 14 inches flat monitor, at 1366 x 768 pixel resolution with EzImplant CD viewer software. The positions of the first lower molars were recorded. The images needed measured were converted to the original status (reset all action) with the magnification of 1.5 times. In the axial plane, the origin of coordinate axis was moved to the middle of each root of the first lower molars, so that the sagittal section line following buccal-lingual direction divided the root into relative same two parts. In the sagittal plane, the sagittal section line was adjusted following the axis of each root. In the coronal plane,

¹Đại học Y Dược TP.HCM

Chịu trách nhiệm chính: Huỳnh Kim Khang

Email: kimkhanghuynh@yahoo.com

Ngày nhận bài: 12/9/2021

Ngày phản biện khoa học: 3/10/2021

Ngày duyệt bài: 21/10/2021