

structure and drug size on release rate", Journal of Biotechnology. **163** (2), pp 243-249.
[7] M. Jelvehgari, A. Nokhodchi, M. Rezapour, H. Valizadeh (2010), "Effect of formulation and

processing variables on the characteristics of tolmetin microspheres prepared by double emulsion solvent diffusion method", Indian journal of pharmaceutical sciences. **72** (1), pp. 72-78.

ĐÁNH GIÁ HIỆU QUẢ CỦA CÔNG TÁC CHĂM SÓC VỆ SINH RĂNG MIỆNG TRƯỚC PHẪU THUẬT Ở BỆNH NHÂN CHẤN THƯƠNG HÀM MẶT

Nguyễn Hồng Lợi*, Nguyễn Thị Kim Phượng*

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Trong chấn thương vùng hàm mặt, do có cấu trúc giải phẫu liên quan trực tiếp đến khoang miệng nên nguy cơ nhiễm trùng cao, gây khó khăn cho công tác điều trị. Công tác chăm sóc vệ sinh răng miệng trước phẫu thuật đối với bệnh nhân chấn thương hàm mặt là việc làm cần thiết để giảm đau nhức vùng miệng, làm giảm nguy cơ nhiễm trùng, tăng cường hiệu quả điều trị. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả tiến cứu trên 627 bệnh nhân chấn thương hàm mặt ở Trung tâm Răng Hàm Mặt, BVTW Huế năm từ tháng 1/2020 đến tháng 10/2020. **Kết quả:** Độ tuổi thường gặp là 18-39 (51,2%), nam giới 414 (66%), nữ giới 213 (34%), chấn thương hàm mặt thường do tai nạn giao thông (82,5%). Triệu chứng thường gặp là đau nhức (71,3%), sưng nề (68,9%), há miệng hạn chế (67%), biến dạng mặt (49,8%) và chảy máu miệng (35,9%). Các phương pháp chăm sóc răng miệng thường được sử dụng là hướng dẫn vệ sinh răng miệng (100%), cạo cao răng (92,2%), điều trị viêm nha chu bằng laser diode (72,9%). Kết quả điều trị đạt được: tốt 95,9%, khá 4,1% ($p < 0,05$). **Kết luận:** Bệnh nhân chấn thương hàm mặt cần được chăm sóc vệ sinh răng miệng trước phẫu thuật phù hợp để đạt kết quả điều trị tốt hơn và làm tăng sự hài lòng của người bệnh.

Từ khóa: vệ sinh răng miệng, chấn thương hàm mặt

SUMMARY

EVALUATING OUTCOMES OF ORAL HEALTH CARE FOR PREOPERATIVE PATIENTS WITH MAXILLO-FACIAL TRAUMA

Introduction: In patients with maxillo-facial trauma, since the anatomical structure of maxillo-facial region directly related to the oral cavity, the risk of infection is high, making it more difficult to treat. The oral health care for preoperative patients with maxillo-facial trauma needs to be treated to minimize oral sore and the risk of infection, as well as to enhance treatment efficiency. **Materials and methods:** A descriptive progressive study was conducted on 627

patients with maxilla-facial trauma patient in Odonto-Stomatology Center, Hue Central Hospital from January 2020 to October 2020. **Results:** Average age group of patients was 18-39 years old (51.2%), of which 414 males (66%) and 213 females (34%). The traffic accidents were the most common causes of maxilla-facial trauma (82.5%). Common clinical symptoms included pain (71.3%), swelling (68.9%), limitation of mouth opening (67%), face deformation (49.8%) and bleeding (35.9%). The most commonly used oral health care methods consisted of oral hygiene instructions (100%), scrape tartar (92.2%), and the use of diode laser in periodontitis treatment (72.9%). Our study showed that the treatment outcomes were good (95.9%) and fairly good (4.1%) ($p < 0.05$). **Conclusion:** Maxillo-facial trauma patients before operating need to be treated by proper oral health care methods to reach better treatment outcomes, and as well as improve satisfaction of patients.

Keywords: oral health care, maxillo-facial trauma

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Chấn thương hàm mặt là tai nạn thường gặp và ngày càng gia tăng. Trên thế giới, các nghiên cứu cho thấy chấn thương hàm mặt chiếm tỷ lệ khá cao trong các bệnh nhân bị chấn thương (5-10%). Kết quả điều tra tai nạn thương tích năm 2010 (VNIS) trên quy mô toàn quốc cho thấy tỷ lệ tai nạn thương tích ở Việt Nam là cao, trong đó nguyên nhân gây tử vong hàng đầu là tai nạn giao thông. Chấn thương hàm mặt thường đòi hỏi phải phẫu thuật để phục hồi giải phẫu, chức năng và thẩm mỹ. Do có cấu trúc giải phẫu liên quan trực tiếp đến khoang miệng nên chấn thương hàm mặt có nguy cơ nhiễm trùng cao, gây khó khăn cho công tác điều trị và đôi lúc để lại biến chứng nặng nề. Với bệnh nhân chấn thương hàm mặt, đa số là phẫu thuật cấp cứu trì hoãn, vì vậy, việc chăm sóc vệ sinh răng miệng trước phẫu thuật đối với bệnh nhân là việc làm cần thiết để giảm đau nhức vùng miệng, làm giảm nguy cơ nhiễm trùng, đảm bảo an toàn cho bệnh nhân trong phẫu thuật và tăng cường quá trình liền thương sau phẫu thuật. Để góp phần vào việc tăng hiệu quả phẫu thuật và tăng sự hài lòng ở bệnh nhân chấn thương vùng hàm mặt có chỉ định phẫu thuật, chúng tôi nghiên cứu đề tài

*Trt Răng hàm mặt, Bệnh viện Trung ương Huế

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Hồng Lợi

Email: drloivietnam@yahoo.com.vn

Ngày nhận bài: 25.10.2021

Ngày phản biện khoa học: 27.12.2021

Ngày duyệt bài: 4.01.2022

này nhằm: (1) *Mô tả đặc điểm lâm sàng và tình trạng về sinh răng miệng trước phẫu thuật ở bệnh nhân chấn thương hàm mặt tại Trung tâm Răng Hàm Mặt Bệnh viện Trung ương Huế.* (2) *Đánh giá hiệu quả của công tác chăm sóc về sinh răng miệng trước phẫu thuật ở bệnh nhân chấn thương hàm mặt.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Đối tượng nghiên cứu: Bệnh nhân (BN) được điều trị tại Khoa Phẫu thuật Tạo hình Thẩm mỹ và Hàm mặt với chẩn đoán chấn thương hàm mặt (CTHM) và có chỉ định phẫu thuật.

Địa điểm nghiên cứu: Khoa Phẫu thuật Tạo hình Thẩm mỹ và Hàm mặt, Trung tâm Răng Hàm Mặt, Bệnh viện Trung ương Huế.

Thời gian nghiên cứu: Từ tháng 01/2020 đến tháng 10/2020.

Tiêu chuẩn chọn bệnh: BN được điều trị tại Khoa Phẫu thuật Tạo hình Thẩm mỹ và Hàm mặt, Trung tâm Răng Hàm Mặt, Bệnh viện Trung ương Huế với chẩn đoán CTHM, có chỉ định phẫu thuật và đồng ý tham gia nghiên cứu. Bệnh nhân từ 18 tuổi trở lên.

Tiêu chuẩn loại trừ: BN bị CTHM phối hợp các bệnh lý toàn thân nặng như chấn thương sọ não, đa chấn thương nặng, các bệnh lý nội khoa khác mà có ảnh hưởng quá trình lành thương. BN bị CTHM phức tạp, mất tổ chức phần mềm, xương đòi hỏi phải phẫu thuật tạo hình bằng vật tại chỗ hoặc vật từ xa. BN bị CTHM đang bị nhiễm trùng nặng khi nhập viện. BN đã được phẫu thuật cấp cứu trước khi vào khoa. BN dưới

18 tuổi. BN không đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu theo phương pháp mô tả, tiến cứu, có can thiệp lâm sàng.

Tiêu chí đánh giá: Để đánh giá hiệu quả công tác chăm sóc VSRM trước phẫu thuật ở BN CTHM, chúng tôi đánh giá tình trạng răng miệng và mức độ hài lòng của BN ở ba mức độ: tốt, khá, kém tại các thời điểm lúc BN vào viện, trước phẫu thuật, sau phẫu thuật, lúc ra viện theo các tiêu chí: **Tốt:** Bệnh nhân không đau, miệng không mùi; không có mảng bám thức ăn, máu tụ, giả mạc, dị vật; niêm mạc lợi hồng, không viêm, không chảy máu. Mép vết thương khô, sạch. BN rất hài lòng về tình trạng VSRM của bản thân và chất lượng chăm sóc VSRM của nhân viên y tế. **Khá:** Bệnh nhân không đau, miệng có thể vẫn còn mùi; không còn mảng bám thức ăn, máu tụ, dị vật; có thể còn giả mạc. BN hài lòng về tình trạng VSRM của bản thân và chất lượng chăm sóc VSRM của nhân viên y tế. **Kém:** Bệnh nhân còn đau, miệng vẫn hôi, còn mảng bám thức ăn, máu tụ, dị vật. BN chưa hài lòng về tình trạng VSRM của bản thân và chất lượng chăm sóc VSRM nhân viên y tế.

Ghi nhận các triệu chứng, dấu hiệu, và đánh giá theo mẫu bệnh án đã thiết kế, sắp xếp kết quả theo bảng. Xử lý dữ liệu bằng phần mềm SPSS 20.0.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU VÀ BÀN LUẬN

3.1. Đặc điểm lâm sàng và tình trạng VSRM trước phẫu thuật ở BN CTHM

3.1.1. Đặc điểm lâm sàng

Bảng 1: Phân bố bệnh theo thể bệnh, giới tính và tuổi (n=627)

Tuổi		18-39	40-59	≥ 60	Số lượng BN (Tỷ lệ %)	
Chấn thương phần mềm	Nam	14	9	4	27 (4,3%)	38 (6,1%)
	Nữ	7	3	1	11 (1,8%)	
Chấn thương xương	Nam	184	119	38	341 (%)	512 (81,7%)
	Nữ	79	68	24	171 (%)	
Chấn thương phối hợp	Nam	22	19	5	46 (%)	77 (12,2%)
	Nữ	15	10	6	31 (%)	
Số lượng BN (Tỷ lệ %)		321 (51,2%)	228 (36,4%)	78 (12,4%)	Nam: 414 (66%) Nữ: 213 (34%)	627 (100%)

Trong 627 BN CTHM có chỉ định phẫu thuật có 414 nam (66%) và 213 nữ (34%), với tỉ lệ nam:nữ = 1,9:1; thường gặp ở độ tuổi 18-39 (51,2%) và 40-59 (36,4%); Kết quả này cũng phù hợp với nghiên cứu của Nguyễn Quang Hải [1]. Chúng tôi không chọn lứa tuổi <18 để có thể đánh giá mức độ đau và sự hài lòng của BN chính xác hơn. Độ tuổi 19-39 là lứa tuổi lao động chính và thường tham gia giao thông; mặt khác,

nam giới thường sử dụng chất uống có cồn nên tỷ lệ chấn thương cao hơn nữ giới. Có 512 BN (81,7%) bị chấn thương xương, điều đó cho thấy BN CTHM bị thương tổn xương nhiều hơn, đòi hỏi phải phẫu thuật để phục hồi lại giải phẫu, chức năng và thẩm mỹ. Chấn thương phần mềm đơn thuần đòi hỏi phải phẫu thuật chiếm tỷ lệ thấp (6,1%).

Bảng 2: Phân bố bệnh theo tương quan giữa nguyên nhân chấn thương và địa dư (n=627)

Địa dư Nguyên nhân	Thành Thị	Nông thôn	Miền núi	Số lượng BN (Tỷ lệ %)
Tai nạn giao thông	245	198	74	517 (82,5%)
Tai nạn lao động	37	29	12	78 (12,4%)
Tai nạn sinh hoạt	17	11	4	32 (5,1%)
Số lượng BN (Tỷ lệ %)	299 (47,6%)	238 (38%)	90 (14,4%)	627 (100%)

BN bị CTHM có chỉ định phẫu thuật thường gặp ở thành thị (47,6%) và nông thôn (38%) hơn là miền núi (14,4%). Nguyên nhân chủ yếu là do tai nạn giao thông (82,5%). Điều này có thể do ở thành thị, nông thôn thì người dân có nhu cầu tham gia giao thông nhiều hơn ở miền núi nên tỷ lệ tai nạn cao hơn. Kết quả này cũng phù hợp với nghiên cứu của các tác giả khác [1],[2]. Trong nghiên cứu này không gặp BN nào bị chấn thương do hỏa khí.

Bảng 3. Phân bố thể bệnh CTHM theo chấn thương phối hợp (n=627)

Chấn thương phối hợp Thể bệnh	Chấn thương tai mũi họng	Chấn thương sọ não	Chấn thương mắt	Các chấn thương khác
Chấn thương phần mềm	18	15	11	08
Chấn thương xương	159	115	96	72
Chấn thương phối hợp	68	54	45	47
Số lượng BN (Tỷ lệ %)	245 (39,1 %)	184 (29,3%)	152 (24,2%)	127(20,3%)

BN CTHM thường phối hợp với chấn thương đầu cổ như chấn thương tai mũi họng (39,1%), chấn thương sọ não (29,3%), chấn thương mắt (24,2%), còn các chấn thương vùng khác thì ít gặp. Điều này là do vùng hàm mặt có liên quan gần với tai mũi họng, mắt và sọ não, còn các vùng khác thì ít ảnh hưởng hơn. Tuy nhiên, chấn thương xương thường có chấn thương phối hợp với các cơ quan khác nhiều hơn [2],[5]. Có thể vì chấn thương xương thường do lực tác động mạnh dẫn đến gây thương tổn nhiều cơ quan.

Bảng 4. Phân bố bệnh theo triệu chứng lâm sàng (n=627)

Triệu chứng lâm sàng	Số lượng BN	Tỷ lệ %
Đau nhức	447	71,3%
Sưng nề	432	68,9%
Há miệng hạn chế	420	67%
Biến dạng mặt	312	49,8%
Chảy máu miệng	225	35,9%
Dị vật	14	2,2%

BN CTHM có chỉ định phẫu thuật thường có triệu chứng lâm sàng như đau nhức (71,3%), sưng nề (68,9%), biến dạng mặt (49,8%), há miệng hạn chế (37%), chảy máu miệng (35,9 %); Đây thường là những triệu chứng làm BN lo lắng và đến bệnh viện để kiểm tra; Đây cũng thường là những triệu chứng thường gặp của chấn thương phần mềm cũng như chấn thương xương vùng hàm mặt. Điều này cũng phù hợp với nghiên cứu của Nguyễn Quang Hải [1]. Triệu chứng có dị vật ít gặp, thường gặp cát, đá, mảnh thủy tinh đôi lúc là cành cây [6].

3.1.2. Đánh giá tình trạng răng miệng ở BN CTHM khi vào viện

Bảng 5. Phân bố tình trạng chảy máu miệng ở BN CTHM (n=627)

Tình trạng chảy máu miệng	Số lượng BN	Tỷ lệ (%)
Máu còn chảy qua vết rách niêm mạc	42	6,7
Máu không còn chảy nhưng có máu đông, máu tụ	183	29,2
Máu không còn chảy và không có máu đông máu tụ	402	64,1
Tổng cộng	627	100,0

Khi BN vào viện thường không còn chảy máu (64,1%), tuy nhiên vẫn còn đọng máu đông, máu tụ ở vết rách (29,2%) làm miệng BN hôi, bẩn, đòi hỏi phải được VSRM. Trong các trường hợp chảy máu (6,7%) thì chỉ ở mức độ rỉ ít máu qua vết thương nên chỉ cần cầm máu tại chỗ bằng gạc tẩm oxy già hoặc adrenaline, không có trường hợp nào phải khâu đóng vết thương cầm máu; điều này là do khi vào Khoa thì BN đã được sơ cứu vết thương ở tuyến trước hoặc tại khoa Cấp cứu. Kết quả này phù hợp với nghiên cứu với các tác giả khác [6].

Bảng 6. Phân bố tương quan giữa tình trạng niêm mạc miệng và tình trạng hạn chế há miệng (n=627)

Tình trạng niêm mạc miệng	Mức độ hạn chế há miệng			Số lượng BN Tỷ lệ (%)
	< 1cm	Từ 1 – 3 cm	>3cm	
Phù nề, xung huyết, có giả mạc, lưỡi bẩn	62	57	28	147 (23,4%)
Xung huyết, lưỡi bẩn không có giả mạc	39	172	120	331 (52,8%)
Hồng nhạt, không phù nề, xung huyết, không giả mạc	24	66	59	149 (23,8%)
Số lượng BN/Tỷ lệ (%)	125 (19,9%)	295 (47,1%)	207 (33,0%)	627 (100%)

BN hạn chế há miệng chiếm tỷ lệ 67%, chủ yếu là há miệng hạn chế 1-3cm (47,1%). BN thường hạn chế há miệng do đau hoặc do chấn thương gây xương hàm mặt, điều này làm cho BN ngại VSRM, công tác chăm sóc VSRM khó khăn hơn, gây ảnh hưởng đến kết quả phẫu thuật [5]. Tình trạng niêm mạc miệng ở BN CTHM thường gặp là xung huyết, lưỡi bẩn không có giả mạc (52,8%). Điều này chứng tỏ CTHM thường ảnh hưởng đến khoang miệng, làm khó khăn cho quá trình điều trị, do đó công tác chăm sóc VSRM ở BN CTHM là điều cần thiết. Mặt khác, BN có thương tổn niêm mạc miệng càng nhiều thì mức độ hạn chế há miệng càng tăng. Kết quả này cũng phù hợp với các tác giả khác [4].

Bảng 7. Phân bố tổn thương răng và mô nha chu ở BN CTHM (n=627)

Tình trạng răng và mô nha chu	Cao răng, mảng bám	viêm lợi, nha chu	Sâu ngà sâu, mòn cổ	Gãy thân, chân răng	Răng lung lay	Lỗ sâu tủy viêm	Áp xe quanh răng	Viêm quanh chóp răng
Số lượng BN	578	457	167	87	78	64	42	36
Tỷ lệ (%)	92,2	72,9	26,6	13,9	12,4	10,2	6,7	5,7

Trong các BN CTHM, cao răng, mảng bám chiếm tỷ lệ khá lớn (92,2%), tỷ lệ viêm lợi, nha chu là 72,9%, điều này cũng phù hợp với nghiên cứu của **Nguyễn Duy Thăng (tỷ lệ chung có trên 90% BN bị viêm lợi, nha chu)** [7]. Mặc dù các tổn thương khác chiếm tỷ lệ thấp hơn nhưng cũng cần được điều trị để hạn chế những yếu tố nguy cơ ảnh hưởng đến quá trình điều trị cho BN. Từ những kết quả thăm khám này, chúng tôi đã lập ra kế hoạch điều trị để đem lại kết quả tốt nhất cho BN.

3.2. Đánh giá hiệu quả của công tác chăm sóc VSRM trước phẫu thuật ở BN CTHM

Bảng 8. Phân bố các biện pháp chăm sóc VSRM ở BN CTHM (n=627)

Biện pháp chăm sóc răng miệng	Hướng dẫn VSRM	Làm sạch cao răng, mảng bám	Điều trị viêm lợi, nha chu bằng laser diode	Trám răng	Điều trị nội nha	Nhổ răng, chân răng	Cố định răng bằng cung
Số lượng BN	627	578	457	167	134	123	50
Tỷ lệ %	100	92,2	72,9	26,6	21,3	19,6	7,9

Trong nghiên cứu này có 100% BN CTHM được hướng dẫn VSRM trước phẫu thuật. Những biện pháp chăm sóc VSRM khác được sử dụng là làm sạch cao răng, mảng bám (92,2%); điều trị viêm lợi, nha chu bằng laser diod (72,9%); trám răng, điều trị nội nha, nhổ răng, chân răng... Khi tình trạng đau nhức, ê buốt giảm, BN sẽ cảm thấy thoải mái hơn, chủ động VSRM, hợp tác tốt với nhân viên y tế. Các biện pháp này giúp BN có được môi trường sức khỏe răng miệng tốt, chuẩn bị tốt nhất cho phẫu thuật về sau.

Bảng 9. Tình trạng niêm mạc miệng trên BN CTHM được chăm sóc VSRM (n=627)

Tình trạng niêm mạc miệng	Thời điểm đánh giá				P
	Lúc vào viện	Trước phẫu thuật	Sau phẫu thuật	Lúc ra viện	
Phù nề, xung huyết, có giả mạc, lưỡi bẩn	242 (38,6%)	14 (2,2%)	0	0	<0,05
Xung huyết, lưỡi bẩn không có giả mạc	354 (56,5%)	117 (18,7%)	83 (13,2%)	0	
Hồng nhạt, không phù nề,	31	496	544	627	

xung huyết, không giả mạc	(4,9 %)	(79,1%)	(86,8%)	(100%)
Số lượng BN/Tỷ lệ (%)	627(100%)	627(100%)	627(100%)	627(100%)

Tại thời điểm lúc vào viện, tình trạng niêm mạc miệng phù nề, xung huyết, có giả mạc, lưỡi bẩn chiếm tỷ lệ 38,6%, tình trạng niêm mạc miệng xung huyết, lưỡi bẩn không có giả mạc chiếm đến 56,5%, chỉ có 4,9% BN có niêm mạc miệng bình thường. Tuy nhiên, sau phẫu thuật thì đã không còn tình trạng tình trạng niêm mạc miệng phù nề, xung huyết, có giả mạc và tình trạng xung huyết, lưỡi bẩn không có giả mạc chỉ còn 13,2%; Lúc ra viện thì tất cả BN có tình trạng niêm mạc miệng bình thường. Điều này cho thấy sự chăm sóc VSRM làm môi trường miệng BN được cải thiện tốt.

Bảng 10. Phân bố sự hài lòng ở BN CTHM tại các thời điểm đánh giá (n=627)

Mức độ Thời điểm	Rất không hài lòng	Không hài lòng	Bình thường	Hài lòng	Rất hài lòng	Số lượng BN
Lúc vào viện	88 (14%)	157 (25%)	224(35,7%)	123(19,6%)	35 (5,6%)	627 (100%)
Trước phẫu thuật	23 (3,7%)	59 (9,4%)	183 (29,1%)	224 (35,7%)	138 (22%)	627 (100%)
Sau phẫu thuật	0	15 (2,4%)	48 (7,7%)	110 (17,5%)	454 (72,4%)	627 (100%)
Lúc ra viện	0	0	0	26 (4,1%)	601 (95,9%)	627 (100%)
p	<0,05					

Tại thời điểm lúc vào viện, tỷ lệ hài lòng của BN rất thấp, tỷ lệ rất không hài lòng và không hài lòng đến 39%. Tuy nhiên, qua quá trình điều trị, tỷ lệ hài lòng của BN tăng cao qua các thời điểm đánh giá. Công tác chăm sóc VSRM giúp BN giảm đau nhức, cảm giác thoải mái, an tâm điều trị, hợp tác tốt với nhân viên y tế, sự hài lòng của BN ngày càng tăng. Khi ra viện tỷ lệ rất hài lòng của BN đạt đến 95,9%, hài lòng đạt 4,1%, không có BN nào không hài lòng. Tỷ lệ này có ý nghĩa thống kê (p<0,05).

Bảng 11. Kết quả công tác chăm sóc VSRM trên BN CTHM (n=627)

Kết quả điều trị Mức độ	Lúc vào viện	Trước phẫu thuật	Sau phẫu thuật	Lúc ra viện	p
Tốt	35 (5,6%)	138 (22%)	454 (72,4%)	601 (95,9%)	< 0,05
Khá	347 (55,3%)	407 (64,9%)	158 (25,2%)	26 (4,1%)	
Kém	245 (39%)	82 (13%)	15 (2,4%)	0	
Tổng cộng	627 (100%)	627 (100%)	627 (100%)	627 (100%)	

Lúc vào viện chỉ có 5,6% BN có kết quả tốt, có đến 39% có kết quả kém. Tuy nhiên, tại thời điểm BN ra viện đã có 601 BN CTHM đạt kết quả tốt (95,9%), 26 trường hợp đạt kết quả khá (4,1%), không có BN nào đạt kết quả kém (p<0,05). BN ra viện được cấp đơn thuốc, hướng dẫn cách tự chăm sóc, theo dõi VSRM và định kỳ thăm khám răng miệng tại các cơ sở y tế. Công tác chăm sóc VSRM trước phẫu thuật ở BN CTHM giúp BN giảm đau, há miệng tốt hơn, VSRM tốt, loại bỏ các yếu tố nhiễm trùng, BN có điều kiện bổ sung dinh dưỡng hợp lý nên quá trình liền thương nhanh hơn, giảm nguy cơ tai biến, nhanh chóng phục hồi sức khỏe. Hơn nữa, việc chăm sóc VSRM cho BN trước phẫu thuật còn là nguồn động viên tinh thần quý giá, giúp BN và người nhà cảm thấy yên tâm, đem lại một tinh thần thoải mái và lạc quan, tin tưởng vào việc điều trị bệnh. Mặt khác, công tác chăm sóc VSRM trước phẫu thuật ở BN CTHM còn giúp BN có kiến thức và thói quen VSRM tốt, tăng cường sức khỏe răng miệng trong tương lai.

IV. KẾT LUẬN

Các biện pháp chăm sóc VSRM thường được sử dụng là hướng dẫn VSRM (100%), làm sạch

cao răng, mảng bám (92,2%), điều trị viêm lợi, nha chu bằng laser diode (72,9%). Những BN CTHM được hướng dẫn và điều trị chăm sóc VSRM trước phẫu thuật đúng phương pháp sẽ làm gia tăng sự hài lòng của người bệnh (95,9% BN rất hài lòng khi ra viện). Kết quả khi ra viện có 601 BN đạt kết quả tốt (95,9%), 26 BN đạt kết quả khá (4,1%), không có BN nào đạt kết quả kém (p<0,05).

Đề tài hướng đến giảm sự đau nhức, giảm sự viêm nhiễm vùng khoang miệng, làm tăng sự hài lòng của BN và gia đình, giảm thời gian và chi phí điều trị, làm tăng cường sức khỏe răng miệng cho BN. Đề tài có thể áp dụng cho BN tại các khoa Răng Hàm Mặt, Tai Mũi Họng, cũng như các cơ sở y tế mà BN có bệnh lý liên quan đến bệnh lý răng miệng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Nguyễn Quang Hải, Nguyễn Toại (2006)**, "Tình hình chấn thương Hàm mặt được điều trị tại khoa Răng hàm mặt, Bệnh viện trường Đại học Y khoa Huế trong hai năm, từ 11-2003 đến 11-2005", Thông tin Y dược học, Bệnh viện trường Đại học Y khoa Huế, số 1, tr. 35-39
- Trịnh Hồng Mỹ, Nguyễn Bắc Hùng (2004)**, "Tình hình chấn thương hàm mặt do tai nạn giao

- thông được điều trị tại khoa Răng Hàm Mặt Bệnh viện Bạch Mai trong hai năm 2002-2003", Hội nghị Khoa học chuyên ngành Răng Hàm Mặt và Tạo hình toàn quân, Y học Việt Nam số đặc biệt, tháng 10/2004, tr. 47-55.
3. **Alford BR (2005), "Facial fractures",** Emergencies in Otolaryngology-Head and Neck Surgery, Department of Otorhinolaryngology and Communicative Sciences, Baylor College of Medicine.
 4. **Kretlow JD, McKnight A, Izaddoost SA et al (2010), "Facial Soft Tissue Trauma",** Semin Plast Surg, 24(4), p.348-356.
 5. **Usha GV (2016) "Role of nutrition in oral and maxillofacial surgery patients",** Natl J Maxillofac Surg, 7(1), p. 3-9.
 6. **Phan Thị Dung, Bùi Mỹ Hạnh, Nguyễn Đức Chính (2016), "Kiến thức, thực hành của điều dưỡng về chăm sóc vết thương và một số yếu tố liên quan",** Tạp chí nghiên cứu y học, Trường Đại học Y Hà nội, 100(2), tr.189-195.
 7. **Nguyễn Duy Thăng và cộng sự (2020), "Nghiên cứu kết quả điều trị viêm nướu có hỗ trợ laser diode trên bệnh nhân hemophilia",** Tạp Chí Y Học Lâm Sàng, Bệnh viện Trung ương Huế, 59, tr. 32-36.

MÔ TẢ ẢNH HƯỞNG CỦA BƠM CO₂ LÊN MẠCH, HUYẾT ÁP TRÊN NGƯỜI BỆNH PHẪU THUẬT NỘI SOI Ổ BỤNG

Vũ Thị Hân¹, Nguyễn Thị Minh Thu², Hoàng Thị Thu Hương²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả những thay đổi trên mạch, huyết áp ở người bệnh (NB) phẫu thuật nội soi (PTNS) ổ bụng có bơm CO₂ tại bệnh viện (BV) Xanh Pôn năm 2021. **Phương pháp:** Quan sát 40 NB PTNS ổ bụng có bơm CO₂ vào khoang phúc mạc (tốc độ bơm 2,3±0,36 lít/phút, áp lực bơm 11,13±0,42 mmHg) tại BV Xanh Pôn năm 2021. Người bệnh được theo dõi trước, trong bơm và sau xả CO₂ 120 phút. Chỉ tiêu đánh giá: tần số mạch quay, huyết áp tâm thu (HATT), huyết áp tâm trương (HATTr), huyết áp trung bình (HATB). **Kết quả:** Mạch thay đổi ở các thời điểm (so với mạch nền): sau bơm hơi 10 phút (tăng 4,26%), sau xả hơi (tăng 2,06%), rút ống nội khí quản (tăng 7,01%). Huyết áp giảm nhiều tại thời điểm sau khởi mê với mức giảm HATB 19,99%; HATT 20,08%; HATTr 19,1%. Sau bơm hơi huyết áp tăng hơn so với trước bơm CO₂ (sau bơm hơi 10 phút tăng HATB 5,8%; HATT 7,4%; HATTr 4,5%) và duy trì mức tăng trong suốt quá trình bơm. Thời điểm sau xả hơi (Tsx) huyết áp giảm so với thời điểm lên phẫu thuật (giảm HATB 3,6%; HATT 4,8%; HATTr 2,4%). Tại thời điểm rút ống NKQ huyết áp tăng cao (tăng HATB 5,5%; HATT 5,1%; HATTr 6,5%). **Kết luận:** Bơm CO₂ vào khoang phúc mạc trên NB PTNS ổ bụng làm thay đổi đáng kể mạch, huyết áp tại một số thời điểm (sau bơm hơi 10 phút, sau xả hơi, rút ống NKQ).

Từ khóa: PTNS, ổ bụng, bơm CO₂, thay đổi mạch, huyết áp.

SUMMARY

DESCRIPTION OF THE EFFECT OF CO₂ PUMP ON PULSE, BLOOD PRESSURE ON LAPAROSCOPIC

¹Trường Đại học Kỹ thuật Y tế Hải Dương

²Trường Đại học Kỹ thuật Y tế Hải Dương

Chịu trách nhiệm chính: Vũ Thị Hân

Email: hanvu16588@gmail.com

Ngày nhận bài: 22.10.2021

Ngày phản biện khoa học: 17.12.2021

Ngày duyệt bài: 27.12.2021

ABDOMINAL SURGERY PATIENTS AT XANH PON GENERAL HOSPITAL IN 2021

Aims: Describe changes in pulse, blood pressure (BP) in patients undergoing laparoscopic abdominal surgery with CO₂ pump at Xanh Pon Hospital in 2021.

Methods: Observing 40 patients undergoing laparoscopic abdominal surgery with CO₂ with pump (pumping rate 2,3±0,36 liters/min, pumping pressure 11,13±0,42 mmHg) at Xanh Pon Hospital in 2021. Patients are monitored before, during the pump and 120 minutes after the CO₂ discharge. Evaluation criteria: Change in radial pulse rate, systolic BP (SBP), diastolic BP (DBP), mean BP (MBP). **Results:** Pulse changed significantly at the times: 8 minutes after CO₂ pump (increased 4,26% compared to the time before anesthesia), after CO₂ deflation (increase of 2,06%), extubation (increase of 7%). The BP decreased much at the time of induction of anesthesia with a reduction of MBP 19,99%; SBP 20,08%; DBP 19,1%; but after CO₂ pump, BP increased more than the time before inflation (10 minutes after CO₂ pump increased MBP 5,8%; SBP 7,4%; DBP 4,5%) and remained elevated throughout the surgery. The BP decreased much after induction of anesthesia; after CO₂ pump, systolic and diastolic BP tended to decrease more than the time before surgery. The time after deflation, BP decreased compared to the time of surgery (reduced MBP 3,6%; SBP 4,8%; DBP 2,4%). At the time of extubation, blood pressure increased (increase in MBP 5,5%; SBP 5,1%; DBP 6,5%). **Conclusion:** Pumping CO₂ into the peritoneal cavity in patients undergoing laparoscopic abdominal surgery causes significant changes in pulse and blood pressure at some time points (after CO₂ pump, after deflation, extubation).

Keywords: Laparoscopic abdominal surgery, CO₂ pump, Change in pulse/ BP.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Nội soi ổ bụng là phẫu thuật trong đó bác sĩ sử dụng ống soi nhỏ có gắn camera và nguồn sáng để kiểm soát các cơ quan bên trong bụng