

GI của hai nhóm can thiệp và nhóm chứng có thể thấy cả hai nhóm đều cho kết quả giảm chỉ số lợi GI sau điều trị ở các mức độ khác nhau. Với nhóm can thiệp, GI trung bình giảm từ 2,00 xuống còn 1,49. Ở nhóm chứng mức giảm trung bình là 0,81 với chỉ số GI giảm từ 1,45 xuống còn 0,64. Sự khác biệt về độ giảm trung bình giữa hai nhóm là có ý nghĩa thống kê. Đánh giá sự thay đổi giá trị trung bình QHI của hai nhóm can thiệp và nhóm chứng có thể thấy cả hai nhóm đều cho kết quả giảm chỉ số mảng bám QHI sau điều trị ở các mức độ khác nhau. Với nhóm can thiệp, QHI trung bình giảm từ 2,56 xuống còn 1,53. Ở nhóm chứng mức giảm trung bình thấp hơn với chỉ số QHI giảm từ 1,74 xuống còn 0,81. Tuy vậy, sự khác biệt về độ giảm trung bình giữa hai nhóm là không có ý nghĩa thống kê dù độ giảm QHI ở nhóm can thiệp lớn hơn. Nghiên cứu của Nguyễn Đức Thiên và Trần Tấn Tài (2018) cho thấy trung bình các chỉ số GI và BOP có sự khác biệt theo giai đoạn thai kỳ, còn các chỉ số PD, OHI-S và PII thì không có sự khác biệt[5].

#### V. KẾT LUẬN

100% đối tượng nghiên cứu đều mắc viêm

lợi với các mức độ khác nhau. Tỷ lệ mức độ viêm lợi không liên quan rõ ràng với số lần mang thai, tuổi của PNMT và tuổi thai. Tất cả các đối tượng nghiên cứu đều có chỉ số mảng bám QHI nằm ở mức trung bình và kém. Việc sử dụng các hình ảnh trực quan không có tác động nhiều tới mức độ chảy máu lợi và tình trạng viêm lợi, tình trạng mảng bám của đối tượng.

#### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Trần Văn Trường, Lâm Ngọc Ân và Trịnh Đình Hải** (2001), Điều tra sức khỏe răng miệng toàn quốc, Nhà xuất bản Y học Hà Nội.
2. **Hoàng Tử Hùng, Phan Thị Kim Tuyết** (2008), "Tình trạng nha chu của phụ nữ mang thai – nghiên cứu tại bệnh viện đa khoa khu vực Cai Lậy- Tiền Giang năm 2006", Tuyển tập công trình nghiên cứu khoa học răng hàm mặt.
3. **Kim A Boggess, James D Beck, Amy P Murtha, et al.** (2006), "Maternal periodontal disease in early pregnancy and risk for a small-for-gestational-age infant", **194(5)**, p. 1316-1322.
4. **Lê Bảo Trâm** (2009), Khảo sát tình trạng bệnh quanh răng, kiến thức, thái độ, thực hành và nhu cầu điều trị ở phụ nữ mang thai, Luận văn chuyên khoa II, Đại học Y Hà Nội.
5. **Nguyễn Đức Thiên và Trần Tấn Tài** (2018), "Thực trạng bệnh nha chu, kiến thức, thái độ, thực hành và nhu cầu điều trị ở phụ nữ mang thai", Tạp chí Y Dược học-Trưởng Đại học Y Dược Huế.

## KHẢO SÁT GIẢI PHẪU ĐỘNG MẠCH SÀNG QUA NỘI SOI MŨI TRÊN XÁC NGƯỜI VIỆT NAM TRƯỞNG THÀNH

Ngô Văn Công\*

#### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Khi phẫu thuật nội soi mũi xoang, sẽ thường xuyên tiếp cận hệ thống động mạch sàng và dễ gây tổn thương khi không nhận biết. Vì thế, chúng tôi tiến hành khảo sát giải phẫu động mạch sàng qua nội soi mũi trên xác người Việt nam trưởng thành để giúp hạn chế biến chứng và đạt kết quả tốt khi phẫu thuật. **Đối tượng và phương pháp:** Phương pháp mô tả hàng loạt ca. 10 thi thể người Việt Nam trưởng thành (20 hốc mũi) đã được xử lý tại Bộ môn Giải Phẫu - Đại Học Y Dược TP. Hồ Chí Minh. **Kết quả:** Động mạch sàng trước và động mạch sàng giữa chiếm 100% trường hợp và động mạch sàng giữa chiếm tỉ lệ 55%. Trong đó, ĐMST so với sàn sọ có tỷ lệ loại 1 chiếm 40%, loại 2 chiếm 30% và loại 3 chiếm 30%. ĐMSS phần lớn nằm hoàn toàn trong sàn sọ chiếm

90%, chỉ 10% là ống sàng sau nhô ra. ĐMSG chìm trong sàn sọ chiếm 45,45% hoặc nằm sát sàn sọ nhưng ống động mạch nhô vào lòng xoang sàng chiếm 45,45%, treo bởi mạc xương mỏng 0,91%. **Kết luận:** Qua khảo sát nghiên cứu, ĐMST và ĐMSS thường xuất hiện trong giải phẫu mũi xoang. Bên cạnh đó, còn có sự xuất hiện của ĐMSG. Và các vị trí của hệ thống động mạch sàng so với sàn sọ đa dạng.

**Từ khóa:** giải phẫu hệ thống động mạch sàng, động mạch sàng trước, động mạch sàng sau, động mạch sàng giữa.

#### SUMMARY

#### TO SURVEY ETHMOID ARTERY ANATOMY IN VIETNAMESE ADULT CADAVERS BY NASAL ENDOSCOPIC SURGERY

**Objective:** Surgeon maybe attach ethmoid artery system and damage them during endoscopic sinus surgery when surgeons do not recognize them. Therefore, we perform to survey ethmoid artery anatomy in Vietnamese adult cadavers by nasal endoscopic surgery which help ENT specialists to decrease complications during endoscopic sinus surgery. **Methods:** cases study, 10 Vietnamese adult

\**Bệnh viện Chợ Rẫy*

Chịu trách nhiệm chính: Ngô Văn Công

Email: congtmh@gmail.com

Ngày nhận bài: 24.10.2022

Ngày phản biện khoa học: 12.12.2022

Ngày duyệt bài: 26.12.2022

cadavers (20 nasal cavities) were performed at the Anatomy Department of University of Medicine & Pharmacy HCMC. **Results:** Anterior and posterior ethmoid artery were identified 100% of cases and middle ethmoid artery was 55%. Classification of the anterior ethmoid artery consist type 1 (40%), type 2 (30%) and type 3 (30%). Most of the posterior ethmoid artery is located completely in the floor of the skull (90%), only 10% of posterior ethmoid artery protrude floor of anterior skull base. There arc 45,45% type 1, 45,45% type 2 and 0,91% type 3 with middle ethmoid artery classification. **Conclusions:** the anterior and posterior ethmoid artery were identified 100% of cases. In addition, middle ethmoid also appears in ethmoid artery system of nasal anatomy. Location of ethmoid artery system compare anterior skull base floor in nasal anatomy arc various.

**Keywords:** anatomy of the ethmoid artery system, anterior ethmoid artery, posterior ethmoid artery, middle ethmoid artery.

**I. ĐẶT VẤN ĐỀ**

Với cuộc cách mạng của phát triển của nội soi, ngày nay ứng dụng nội soi trong phẫu thuật mũi xoang rất phổ biến nhằm để điều trị các bệnh lý viêm mũi xoang nói chung, cũng như các bệnh lý nền sọ qua mũi nói riêng. Bên cạnh ứng dụng phương tiện, kỹ thuật hiện đại thì việc nắm rõ cấu trúc giải phẫu mũi xoang qua nội soi cũng không kém phần quan trọng góp phần thành công cho cuộc phẫu. Đặc biệt, giải phẫu hệ thống động mạch sàng qua nội soi làm giảm đáng kể các tổn thương trực tiếp mạch máu; tránh tổn thương các cấu trúc xung quanh. Ngoài ra, cấu trúc giải phẫu có sự khác biệt giữa các chủng tộc khác nhau. Vì vậy, chúng tôi tập trung vào việc khảo sát giải phẫu hệ thống động mạch sàng qua nội soi trên xác người Việt Nam trưởng thành.

**II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU**

**Phương pháp:** mô tả hàng loạt ca.

**Đối tượng:** 20 hốc mũi của 10 thi thể người trưởng thành (≥18 tuổi) được hiến tặng, có lưu

**III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU**

Đặc điểm		Động mạch sàng trước (n=20)	Động mạch sàng giữa (n=20)	Động mạch sàng sau (n=20)
Tỉ lệ xuất hiện		<b>20 (100%)</b>	<b>11 (55%)</b>	<b>20 (100%)</b>
Phân loại	<b>Loại I</b> (ĐMS nằm trong sàn sọ)	8/20 (40%)	5/11 (45,45%)	<b>18/20 (90%)</b>
	<b>Loại II</b> (ĐMS nằm sát sàn sọ, lồi vào trong lòng xoang sàng)	6/20 (30%)	5/11 (45,45%)	2/20 (10%)
	<b>Loại III</b> (ĐMST treo cách sàn sọ một khoảng)	<b>6/20 (30%)</b>	1/11 (0,91%)	-

Trong đó có tổng cộng 5/10 xác xuất hiện ĐMSG cả hai bên mũi và 1/10 xác có ĐMSG một bên, chiếm tỉ lệ lần lượt là 50% và 10%.

trữ hồ sơ, đã được xử lý ướp formol, tại Bộ môn Giải Phẫu Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh. Thỏa các tiêu chuẩn:

- Không dị tật hay biến dạng vùng đầu mặt và mũi xoang
- Không tiền căn chấn thương đầu mặt
- Không tiền căn phẫu thuật mũi xoang, sàn sọ
- Chưa từng phẫu tích mũi xoang sàn sọ trước đây

**Các bước tiến hành:** Tiến hành phẫu tích qua nội soi: tiến hành cắt toàn bộ cuốn mũi dưới hai bên gồm cả niêm mạc và xương cuốn dưới đến sát vách mũi xoang.

**Thì 1:** Thực hiện cắt mỏm móc và mở rộng lỗ thông xoang hàm.

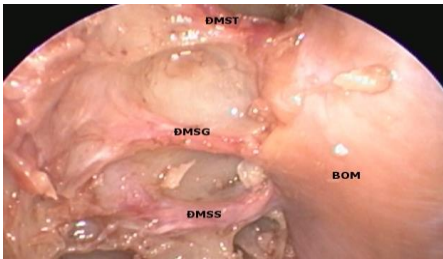
**Thì 2:** Thực hiện cắt cuốn mũi giữa để mở rộng phẫu trường và nạo sàng trước sau. Lấy bỏ hoàn toàn các nhóm tế bào sàng trước sau đến sát xương giầy bên ngoài, cẩn thận lấy bỏ các vách tế bào đến sát sàn sọ, giữ lại những vị trí nghi ngờ có động mạch sàng trước. Cắt cuốn giữa đến sát chỗ bám ở trên sàn sọ.

**Thì 3:** Mở xoang trán phía trước để tiếp cận giới hạn trước của phẫu trường.

**Thì 4:** Mở xoang bướm qua đường lỗ thông tự nhiên hay qua đường sàng sau. Cắt bỏ thành trước xoang bướm để bộc lộ tối đa giới hạn sau của phẫu trường, chừa lại rìa trên của thành trước xoang bướm để làm mốc đo.

**Thì 5:** Lấy bỏ xương giầy để xác định các vị trí động mạch sàng trước, động mạch sàng sau chui qua xương giầy vào hốc mũi, đồng thời xác định xem có tồn tại động mạch sàng giữa hay không. Cẩn thận lấy bỏ các vách tế bào sàng còn lại, bộc lộ đường đi của các động mạch sàng ở trần sàng. Dùng khoan kim cương làm mỏng phần ống xương bao quanh và bộc lộ các động mạch.

**Thì 6:** Thực hiện tương tự cho bên còn lại.



**Hình 1. Động mạch sàng trước, giữa và sau (MSX: 834)**

**IV. BÀN LUẬN**

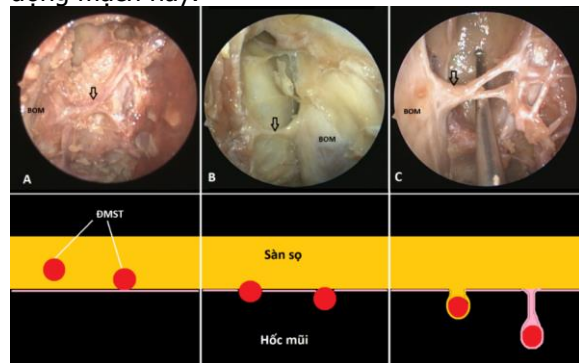
**4.1. Tỷ lệ xuất hiện của các động mạch sàng.** Động mạch sàng trước và động mạch sàng sau xuất hiện ở cả hai phía của tất cả các thí nghiệm phẫu thuật, chiếm tỷ lệ 100%. Điều này tương đồng với các nghiên cứu khác trên thế giới như nghiên cứu của Ferrari và cs (2017)[6] cũng thực hiện trên xác với kết quả nhận diện được ĐMST và ĐMSS ở 100% trường hợp; nghiên cứu của tác giả Patravoort Vatanasapt và cs[10] thực hiện trên xác người Thái Lan trường thành cũng nhận định ĐMST và ĐMSS xuất hiện trên tất cả mẫu nghiên cứu.

Động mạch sàng giữa trên nghiên cứu của chúng tôi xuất hiện khá phổ biến, chiếm tỷ lệ 55% (11/20). Tỷ lệ xuất hiện động mạch sàng giữa khá dao động giữa các nghiên cứu khác nhau. Điều này, cho thấy ĐMSG không hiếm gặp và phẫu thuật viên cũng nên nhận diện được chúng, nhất là trong phẫu thuật tại vùng thành trong ổ mắt và sàng trước. Ngoài ra chúng tôi còn ghi nhận 5/10 xác xuất hiện ĐMSG cả hai bên mũi và 1/10 xác có ĐMSG một bên, chiếm tỷ lệ lần lượt là 50% và 10%.

**4.2. Bàn luận về đặc điểm động mạch sàng trước.** Phần lớn ĐMST đi tại sàng sọ ở vị trí trong khoảng giữa lá sàng thứ 2 (chân bám bóng sàng) và lá sàng thứ 3 (mảnh nền cuốn giữa), chiếm tỷ lệ là 80%, 20% còn lại ĐMST nằm ngay tại vị trí chân bám của mảnh nền cuốn giữa. Tỷ lệ ĐMST nằm giữa lá sàng thứ 2 và lá sàng thứ 3 khá tương đồng với các nghiên cứu khác trên thế giới, như nghiên cứu của Erdogmus và Govsa[5] là 80,1%; nghiên cứu của Yang và cs[12] là 80%. Tuy nhiên cũng có khác biệt so với một số nghiên cứu, như nghiên cứu của Joseph K Han và cộng sự (2008) [7] thì tỷ lệ này là 30,4%. Sự khác biệt này có thể do sự khác biệt trong dân số nghiên cứu. Ngoài ra, thống kê của Baharudin Abdullah và cs[1] qua tổng hợp các bài báo cho thấy ĐMST được tìm thấy khoảng 79,2% ở giữa lá sàng thứ 2 và thứ 3, 12% ở ngay lá sàng thứ 3; 6% phía sau lá sàng thứ 3; và 1,2% ở ngay

trong lá sàng thứ 2.

ĐMST chạy ngang qua sàng sọ và có mối liên hệ khác nhau với sàng sọ. Động mạch này có thể nằm chìm trong sàng sọ (loại 1), chạy sát sàng sọ và nhô xuống ở các mức độ khác nhau (loại 2) hoặc treo dưới sàng sọ bởi mảnh xương mỏng hay mạc treo niêm mạc (loại 3). Trong nghiên cứu của chúng tôi, loại 1 chiếm 40%, loại 2 chiếm 30% và loại 3 chiếm 30%. Nghiên cứu của Floreani[3] và Solares CA[9] có tỷ lệ ĐMST treo lơ lửng dưới trần sàng (loại 3) chiếm lần lượt 36% và 37.5%, không khác biệt nhiều so với nghiên cứu của chúng tôi. Loại 3 chiếm số lượng không nhỏ và là loại dễ bị tổn thương nhất trong quá trình phẫu thuật. Do đó, khi bóc lột trần sàng cần hết sức thận trọng để tránh làm tổn thương động mạch này.



**Hình 2. Môi liên hệ của ĐMST với sàng sọ.**

A. ĐMST nằm trong sàng sọ. B. ĐMST nhô vào lòng xoang sàng ở các mức độ khác nhau. C. ĐMST treo bởi vách xương hay mạc treo niêm mạc. (Nguồn: Abdulhah, 2019 [1] và MXS: A-819, B-832, C-821)

**4.3. Bàn luận về đặc điểm động mạch sàng sau.** ĐMSS trong nghiên cứu của chúng tôi cho thấy phần lớn nằm hoàn toàn trong sàng sọ (chiếm 90% mẫu khảo sát), chỉ 10% là ống sàng sau nhô vào lòng xoang sàng và không có trường hợp nào treo lơ lửng dưới sàng sọ. Điều này giúp chúng ít bị tổn thương hơn so với ĐMST trong quá trình phẫu thuật. Nghiên cứu của F CanKal và cs[2] đánh giá ống động mạch sàng trên CT scan, tác giả cũng nhận định ĐMSS nằm chìm trong trần sàng trong 92% trường hợp và nằm trong ống xương riêng biệt (không chìm trong trần sàng) trong 8% trường hợp.

**4.4. Bàn luận về đặc điểm động mạch sàng giữa.** Trong nghiên cứu của chúng tôi, ĐMSG đa phần nằm chìm trong sàng sọ (chiếm 45,45%) hoặc nằm sát sàng sọ nhưng ống động mạch nhô vào lòng xoang sàng (chiếm 45,45%). Chỉ có duy nhất 1 trường hợp (chiếm 0,91%) là

treo bởi mạc xương mỏng. Trong nghiên cứu của chúng tôi, ĐMSG thường thấy nằm gần vị trí giao giữa 2/3 trước và 1/3 sau của khoảng cách giữa ĐMST và ĐMSS (dựa trên vị trí lỗ sàng mà động mạch chui qua). Kết quả này cũng tương tự như trong nghiên cứu của CanKal và cs[2], tác giả thực hiện nghiên cứu trên CT scan và nhận diện 1 ống sàng thứ 3 tại vị trí nối giữa 1/3 giữa và 1/3 sau của khoảng cách giữa ĐMST và ĐMSS.

Mặc dù các phẫu thuật viên tai mũi họng đều mặt cổ và ngoại thần kinh khá quen thuộc với ĐMST và ĐMSS, những hiểu biết về giải phẫu và nhận diện ĐMSG chưa được phổ biến. Kết quả nghiên cứu về giải phẫu ĐMSG qua phương pháp nội soi có ý nghĩa lâm sàng trong phẫu thuật nội soi mũi xoang, phẫu thuật tại thành trong ổ mắt[8], chảy máu mũi khó cầm[4] và trong phẫu thuật u sàn sọ trước[11].

## V. KẾT LUẬN

Động mạch sàng trước và động mạch sàng sau xuất hiện ở cả hai phía của tất cả các thị hài được phẫu tích, chiếm tỉ lệ 100%. Động mạch sàng giữa xuất hiện khá phổ biến, chiếm tỉ lệ 55% trong tổng số mẫu phẫu tích.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Abdullah Baharudin, Lim Eng Haw, Husain Salina, et al. (2019)**, "Anatomical variations of anterior ethmoidal artery and their significance in endoscopic sinus surgery: a systematic review", 41 (5), 491-499.
2. **Cankal F, Apaydin N, Acar HI, et al. (2004)**, "Evaluation of the anterior and posterior ethmoidal canal by computed tomography", 59 (11), 1034-1040.

3. **Davis Ruth J., Allison Derek B., Mydlarz Wojciech K. (2018)**, "An Aggressive Sinonasal Mass With Parameningeal Extension", JAMA Otolaryngology-Head & Neck Surgery, 144 (5), 447-448.
4. **Douglas SA, Gupta D.J** The Journal of Laryngology, Otology (2003), "Endoscopic assisted external approach anterior ethmoidal artery ligation for the management of epistaxis", 117 (2), 132-133.
5. **Erdogmus Senem, Govsa Figen %J** Journal of Craniofacial Surgery (2006), "The anatomic landmarks of ethmoidal arteries for the surgical approaches", 17 (2), 280-285.
6. **Ferrari Marco, Pianta Luca, Borghesi Andrea, et al. (2017)**, "The ethmoidal arteries: a cadaveric study based on cone beam computed tomography and endoscopic dissection", 39 (9), 991-998.
7. **Han J. K., Becker S. S., Bomeli S. R., et al. (2008)**, "Endoscopic localization of the anterior and posterior ethmoid arteries", Ann Otol Rhinol Laryngol, 117 (12), 931-5.
8. **Joung H, Sade Burak, Park Bong J %J** Operative Neurosurgery (2006), "A surgical technique for the removal of clinoidal meningiomas", 59 (suppl\_1), ON-108-ONS-114.
9. **Mason Eric, Solares C Arturo, Carrau Ricardo L, et al. (2015)**, "Computed tomographic exploration of the middle ethmoidal artery", 76 (05), 372-378.
10. **Vatanasapt P., Thanaviratnanich S., Chaisiwamongkol K. (2012)**, "Landmark of ethmoid arteries in adult Thai cadavers: application for sinus surgery", J Med Assoc Thai, 95 Suppl 11, S153-6.
11. **Wang Liang, Youseef Ahmed, Al Qahtani Abdul Aziz, et al.** Endoscopic anatomy of the middle ethmoidal artery. in International forum of allergy & rhinology. 2014. Wiley Online Library.

# THỰC TRẠNG CÔNG TÁC CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH CỦA ĐIỀU DƯỠNG VIÊN VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN TẠI KHỐI NGOẠI BỆNH VIỆN K

Nguyễn Thị Thanh Mai<sup>1</sup>

## TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Mô tả thực trạng công tác chăm sóc người bệnh của điều dưỡng và nhận xét một số yếu tố liên quan đến việc thực hiện nhiệm vụ chăm sóc người bệnh của điều dưỡng viên tại khối ngoại bệnh viện K. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Điều tra cắt ngang 136 ĐD tại khối ngoại, hồ sơ bệnh án của NB đang nằm điều trị nội trú được chăm sóc trực tiếp

bởi ĐDV có tham gia vào nghiên cứu. **Kết quả:** Mức độ hoàn thành chung của 12 nhiệm vụ là 60,6%. - Có mối liên quan giữa nhóm tuổi, thâm niên công tác và vị trí phân công CSNB với thời gian trung bình ĐDV trực tiếp CSNB vào buổi sáng và số NB trung bình trên ĐDV trực tiếp chăm sóc. - Yếu tố liên quan giữa nhóm tuổi và mức độ hoàn thành nhiệm vụ dùng thuốc và theo dõi dùng thuốc cho NB. - Có mối liên giữa thâm niên công tác với việc thực hiện các kỹ thuật ĐD và chăm sóc NB có chỉ định phẫu thuật/thủ thuật. - Vị trí phân công CSNB có mối liên quan với mức độ hoàn thành nhiệm vụ tư vấn GDSK. **Kết luận:** Mức độ hoàn thành chung 12 nhiệm vụ của ĐD là khá cao

**Từ khóa:** Chăm sóc điều dưỡng, người bệnh.

## SUMMARY

### THE SITUATION OF CARE OF PATIENTS OF

<sup>1</sup>Bệnh viện K

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Thanh Mai

Email: maintvk@gmail.com

Ngày nhận bài: 12.10.2022

Ngày phản biện khoa học: 8.12.2022

Ngày duyệt bài: 19.12.2022