

29,6%. Không có sản phụ nào xảy ra tai biến, biến chứng trong và sau sinh. Có trẻ sơ sinh đủ tháng nhẹ cân và trẻ sơ sinh phải chăm sóc đặc biệt nhưng số lượng ít do thời gian nghiên cứu ngắn chưa đủ đưa ra kết luận.

### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Lassi, Z.S.; Imam, A.M.; Dean, S.V.; Bhutta, Z.A.** Preconception care: Screening and management of chronic disease and promoting psychological health. *Reprod. Health* 2014, 11, S5. [CrossRef] [PubMed].
2. **Hayes DK, Fan AZ, Smith RA, Bombard JM.** Trends in selected chronic conditions and behavioral risk factors among women of reproductive age, behavioral risk factor surveillance system, 2001–2009. *Prev Chronic Dis* 2011; 8:A120.
3. **Chappell LC, Enye S, Seed P, et al.** Adverse perinatal outcomes and risk factors for preeclampsia in women with chronic hypertension: A prospective study. *Hypertension* 2008;51: 1002–1009.
4. **The American College of Obstetricians and Gynecologists,** Task Force on Hypertension in Pregnancy. Washington, 2013.
5. **C.Vayssie re a,b, \*, L. Sentilhes c, A.Ego d,e,f, C.Bernard g, D.Cambourieu h, C.Flamanti,G. Gascoin j, A.Gaudineau k, G.Grange l, V.Houfflin-Debargem, B.Langerk, V.Mala n, P.Marcorelleso, J.Nizardp, F.Perrotinq, L. Salomonr, M.-V.Senats, A.Serryg, V.Tessiers, P.Truffertt, V.Tsatsarisl, C.Arnaud b, B.Carbonne:** Fetal growth restriction and intra-uterine growth restriction: guidelines for clinical practice from the French College of Gynaecologists and Obstetricians. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology.* 103 (2015) 10 – 18.
6. SF Wong, FY Chan, R8 **Cincotta, JJ Oats** and **HD McIntyre.** Sonographic estimation of fetal weight in macrosomic fetuses: diabetic versus non-diabetic pregnancies *Austr S Z J Obsrei Gynecol mi:41: 4: .129*
7. **BỘ Y TẾ vụ sức khỏe bà mẹ trẻ em,** "Hướng dẫn quốc gia dự phòng và kiểm soát đái tháo đường thai kỳ", ed,2018.
8. **American College of Obstetricians and Gynecologists' Committee on Practice Bulletins - Obstetrics.** ACOG Practice Bulletin No. 203: Chronic Hypertension in Pregnancy. *Obstet Gynecol* 2019 Jan;133.
9. Kate Bramham, Bethany Parnell, Catherine Nelson-Piercy, Paul T, Lucilla Poston, Lucy C. Chronic hypertension and pregnancy outcomes: systematic review and meta-analysis. *BMJ* 2014.
10. **Trương Thị Quỳnh Hoa, Huỳnh Nguyễn Khánh Trang.** Tỷ lệ đái tháo đường thai kỳ và các yếu tố liên quan tại bệnh viện Đa khoa tỉnh Bình Định. *Y Học thành phố Hồ Chí Minh,* 2017;vol.21.

## KHẢO SÁT ĐƯỜNG DẪN LƯU XOANG TRÁN TRÊN PHIM CT SCAN MŨI XOANG TẠI BỆNH VIỆN NGUYỄN TRI PHƯƠNG TỪ THÁNG 9/2020 ĐẾN THÁNG 8/2022

Lâm Huyền Trân<sup>1</sup>, Nguyễn Thị Hồng Loan<sup>1</sup>, Võ Đức Thịnh<sup>1</sup>

### TÓM TẮT

**Đặt vấn đề:** Đường dẫn lưu xoang trán là cấu trúc phức tạp len lỏi giữa các tế bào vách trán. Đánh giá hình ảnh CT scan đường dẫn lưu xoang trán giúp phẫu thuật nội soi an toàn và hiệu quả. **Mục tiêu:** Khảo sát vị trí bám phần trên mỏm móc, tế bào vách trán và xác định mối liên quan giữa đường dẫn lưu xoang trán và tế bào vách trán. **Đối tượng – Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang 256 vách trán không có bệnh lý. **Kết quả:** Tỷ lệ các kiểu bám phần trên mỏm móc: Kiểu 1: 36,7%, kiểu 2: 23,4%, kiểu 3: 23,4%, kiểu 4: 7,4%, kiểu 5: 5,1%, kiểu 6: 3,9%. Tỷ lệ tế bào vách trán: tế bào agger nasi 93%, tế bào trên Agger nasi 33,2%, tế bào trên agger nasi trán 10,9%, tế bào trên bóng 43,4%,

tế bào trên bóng trán 7,4%, tế bào sàng trên ổ mắt 14,5%, tế bào vách liên xoang trán 8,6%. Tỷ lệ đường dẫn lưu xoang trán đổ vào khe giữa: 83,6%, đổ vào khe sàng: 16,4%. Đường kính trung bình lỗ thông xoang trán là  $6,3 \pm 2,1$  mm. Sự hiện diện của tế bào trên bóng và tế bào sàng trên ổ mắt làm hẹp lỗ thông xoang trán có ý nghĩa thống kê ( $p < 0,05$ ). **Kết luận:** Chụp CT mũi xoang là phương pháp cần thiết để đánh giá đường dẫn lưu xoang trán trước phẫu thuật nội soi xoang trán.

**Từ khóa:** Đường dẫn lưu xoang trán, vị trí bám phần trên mỏm móc, tế bào vách trán.

### SUMMARY

#### A COMPUTERIZED TOMOGRAPHIC STUDY OF FRONTAL SINUS DRAINAGE PATHWAY AT NGUYEN TRI PHUONG HOSTITAL FROM 9/2020 TO 8/2022

**Background:** The frontal sinus drainage pathway is a complex structure surrounded by frontal cells. Evaluation of CT Scan of the frontal sinus drainage pathway helps to perform endoscopic surgery safely and effectively. **Objectives:** To explore the

<sup>1</sup>Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh

Chịu trách nhiệm chính: Lâm Huyền Trân

Email: huyentrant@yahoo.com

Ngày nhận bài: 10.2.2023

Ngày phản biện khoa học: 11.4.2023

Ngày duyệt bài: 24.4.2023

prevalence of superior attachment of uncinated process, frontal recess cells and determine the relationship between the frontal sinus drainage pathway and the frontal cells. **Method:** This is a descriptive cross-sectional study of radiological datas from 256 frontal recesses. **Results:** The prevalence of superior attachment of uncinated process types was 36,7% for type 1, 23,4% for type 2, 23,4% for type 3, 7,4% for type 4, 5,1% for type 5 and 3,9% for type 6. The prevalence of frontal cells: The Agger nasi cell was 93%, supra agger cell was 33,2%, supra frontal cell was 10,9%, supra bulla cell was 43,4%, supra frontal cell was 7,4%, supra orbital ethmoid cell was 14,5% and frontal septal cell was 8,6%. The proportion of the frontal sinus drainage pathway opening into the middle meatus was 83,6% and the ethmoidal infundibulum was 16,4%. The mean diameter of the frontal sinus ostium was  $6,3 \pm 2,1$  mm. The presence of supra bullar frontal cells and supra orbital ethmoid cells were associated with a significantly narrower frontal ostium diameter ( $p < 0,05$ ). **Conclusions:** CT scan is the necessary method to evaluate the frontal sinus drainage pathway before endoscopic frontal sinus surgery.

**Keywords:** Frontal sinus drainage pathway, superior attachment of uncinated process, frontal cells.

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đường dẫn lưu xoang trán là một cấu trúc giải phẫu phức tạp nhất trong các xoang cạnh mũi do các vị trí bám khác nhau của phần trên mỏm móc và sự hiện diện của các tế bào gác trá. Việc xác định mối liên quan giữa đường dẫn lưu xoang trán và các tế bào gác trá giúp phẫu thuật viên có cái nhìn tổng quan về khu vực giải phẫu này qua đó giúp họ có thể lên kế hoạch phẫu thuật nội soi hiệu quả.

Ngày nay, để phân loại các tế bào gác trá người ta dựa và phân loại giải phẫu xoang trán quốc tế (IFAC) được đưa ra vào năm 2016.[8] Đây là một phân loại mới được đơn giản hóa của các biến thể giải phẫu vùng gác trá nên dễ học và dễ sử dụng giúp việc trao đổi và giảng dạy về phẫu thuật gác trá trở nên dễ dàng hơn.

Việc đánh giá các tế bào gác trá áp dụng phân loại IFAC được áp dụng rộng rãi trong các nghiên cứu gần đây. Tuy nhiên chúng tôi chưa tìm thấy nghiên cứu nào đánh giá mối liên quan giữa đường dẫn lưu xoang trán và các tế bào gác trá tại Việt Nam. Vậy nên chúng tôi quyết định thực hiện đề tài này. **Mục tiêu:**

1. *Khảo sát đặc điểm các kiểu bám tận của phần trên mỏm móc.*

2. *Khảo sát đặc điểm các loại tế bào gác trá theo phân loại giải phẫu xoang trán quốc tế.*

3. *Xác định mối liên quan kiểu đường dẫn lưu xoang trán với mỏm móc và tế bào gác trá.*

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

**2.1. Đối tượng nghiên cứu.** Nghiên cứu được thực hiện ở những bệnh nhân từ 18 tuổi trở lên không mắc các bệnh lý xoang trán được chụp CT mũi xoang từ tháng 9/2020 đến tháng 8/2022 tại Bệnh viện Nguyễn Tri Phương.

**Tiêu chuẩn lựa chọn.** Bệnh nhân đủ 18 tuổi trở lên có chụp CT Scan mũi xoang tại bệnh viện Nguyễn Tri Phương, không mắc các bệnh lý xoang trán. Dữ liệu hình CT Scan của bệnh nhân còn lưu trữ đầy đủ.

**Tiêu chuẩn loại trừ.** Hình ảnh CT Scan không đạt yêu cầu.

### 2.2. Phương pháp nghiên cứu

**Thiết kế nghiên cứu.** Nghiên cứu được tiến hành theo phương pháp cắt ngang mô tả.

**Tiêu chuẩn phim CT Scan.** Tư thế bệnh nhân nằm ngửa, đường cắt song song với khẩu cái cứng. Phim CT scan được tái tạo lại mặt cắt trán và đứng dọc, độ dày lát cắt: 0,625 mm.

**Phương pháp chọn mẫu.** Chọn mẫu thuận tiện

**Thu thập số liệu.** Xác định các kiểu bám của phần trên mỏm móc.

Xác định các tế bào gác trá theo phân loại xoang trán quốc tế.

Xác định kiểu đường dẫn lưu xoang trán.

Đo đường kính trước sau lỗ thông xoang trán: là khoảng cách ngắn nhất từ chỗ nhô ra nhất của mỏm móc đến thành sau của xoang trán.

**Xử lý và phân tích số liệu.** Nhập liệu bằng Excel 2016 và phân tích dữ liệu bằng phần mềm Stata 14.0.

Kiểm định Chi bình phương cho khác biệt giữa hai nhóm định tính.

Kiểm định t-test cho khác biệt giữa hai nhóm định lượng. Các phép kiểm có ý nghĩa thống kê khi  $p < 0,05$ .

## III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

**3.1. Đặc điểm chung của mẫu nghiên cứu.** Nghiên cứu thực hiện trên 128 bệnh nhân tương ứng với 256 gác trá được khảo sát với 53 nam (41,4%) và 75 nữ (58,6%). Tuổi bệnh nhân trong khoảng từ 18 – 86 tuổi, tuổi trung bình là  $51 \pm 14,04$  tuổi.

### 3.2. Đặc điểm các kiểu bám tận phần trên mỏm móc

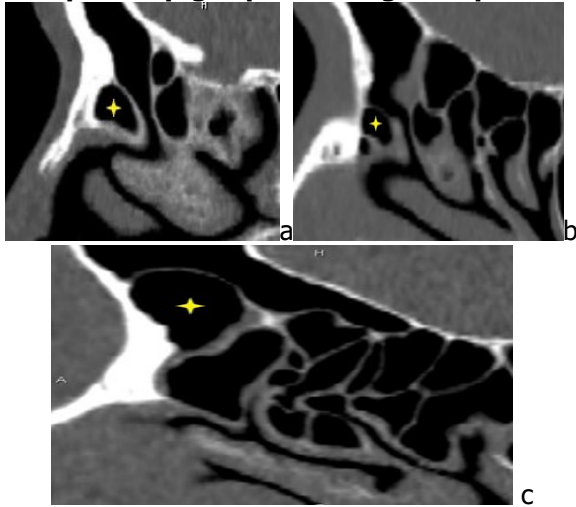
**Bảng 1: Các kiểu bám phần trên mỏm móc**

Kiểu bám	Nơi bám tận	Tần số (%)
Kiểu 1	Xương giấy	94(36,7%)
Kiểu 2	Thành sau trong của tế bào agger nasi	60(23,4%)
Kiểu 3	Xương giấy và chỗ nối cuộn	60(23,4%)

	giữa với mảnh sàng	
Kiểu 4	Chỗ nối cuộn giữa với mảnh sàng	19(7,4%)
Kiểu 5	Bám vào trần sàng	13(5,1%)
Kiểu 6	Bám vào cuộn giữa	10(3,9%)
<b>Tổng</b>		256(100%)

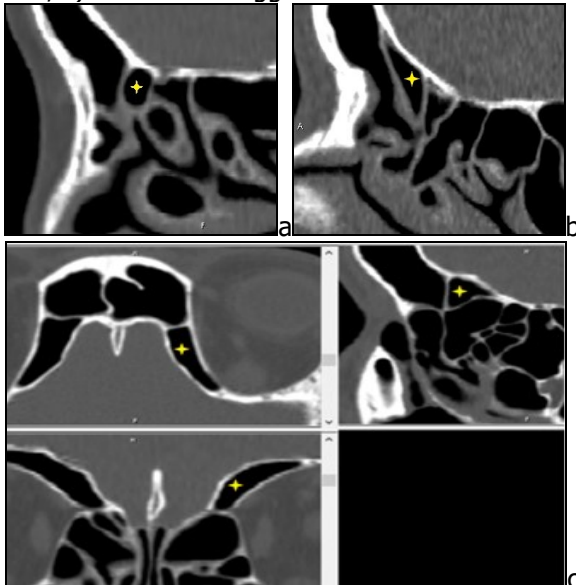
**Nhận xét:** Kiểu phần trên mỏm móc bám vào xương giấy (kiểu 1) chiếm tỉ lệ nhiều nhất với 28,9%, trong khi kiểu bám vào cuộn giữa (kiểu 6) chiếm tỉ lệ ít nhất với 3,8%.

**3.3. Đặc điểm các loại tế bào ngách trán theo phân loại giải phẫu xoang trán quốc tế.**



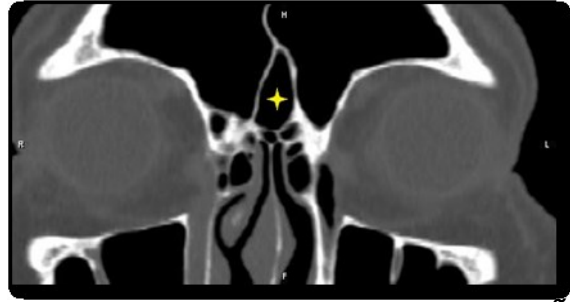
**Hình 1: Nhóm tế bào nằm phía trước đường dẫn lưu xoang trán**

a) Tế bào agger nasi, b) Tế bào trên agger nasi, c) Tế bào trên agger nasi trán.



**Hình 2: Nhóm tế bào nằm phía sau đường dẫn lưu xoang trán**

a) Tế bào trên bóng, b) Tế bào trên bóng trán, c) Tế bào sàng trên ổ mắt trên 3 mặt phẳng.



**Hình 3: Nhóm tế bào phía trong đường dẫn lưu xoang trán**

Tế bào vách liên xoang trán

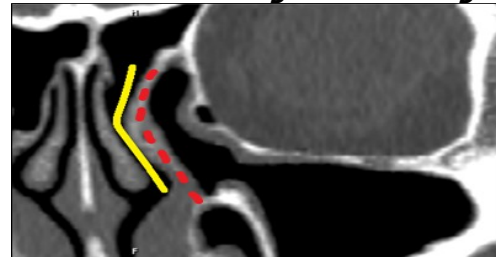
**Bảng 2: Phân loại tế bào ngách trán theo IFAC**

Tế bào ngách trán	Tần số (%)
Tế bào agger nasi	238 (93,0%)
Tế bào trên agger nasi	85 (33,2%)
Tế bào trên agger nasi trán	28 (10,9%)
Tế bào trên bóng	111 (43,4%)
Tế bào trên bóng trán	19 (7,4%)
Tế bào sàng trên ổ mắt	37 (14,5%)
Tế bào vách liên xoang trán	22 (8,6%)

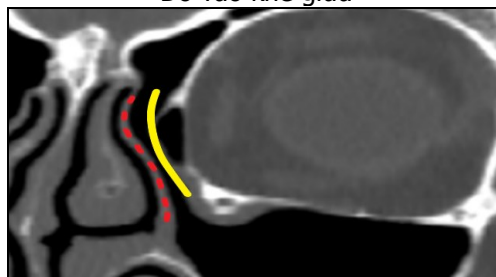
**Nhận xét:** Tế bào agger nasi có tỉ lệ hiện diện cao nhất với 93% và tế bào trên bóng trán có tỉ lệ hiện diện ít nhất với 10,9%. Các tế bào còn lại theo thứ tự: tế bào trên bóng (43,4%), tế bào trên agger nasi (33,2%), tế bào trên agger nasi trán (10,9%), tế bào vách liên xoang trán (8,6%).

**3.4. Khảo sát đường dẫn lưu xoang trán**

**3.4.1. Các kiểu đường dẫn lưu xoang trán**



Đổ vào khe giữa



Đổ vào phễu sàng

**Hình 4: Các kiểu đường dẫn lưu xoang trán**

Đường nét liền: đường dẫn lưu xoang trán, đường nét đứt: mòm móc

**Bảng 3: Các kiểu đường dẫn lưu xoang trán**

Đường dẫn lưu xoang trán	Tỉ lệ
Khe giữa	214 (83,6%)
Phễu sàng	42 (16,4%)

**Nhận xét:** Đường dẫn lưu xoang trán đổ trực tiếp vào khe giữa chiếm tỉ lệ cao nhất với 83,6% trong khi đó đổ vào phễu sàng với tỉ lệ ít nhất (16,4%).

**Bảng 4: Mối liên quan giữa kiểu đường dẫn lưu xoang trán và tế bào ngách trán**

Tế bào ngách trán	Khe Giữa	Phễu sàng	p
Tế bào agger nasi (n=238)	198 (83,2%)	40 (16,8%)	0,746
Tế bào trên agger nasi (n=85)	75 (88,2%)	10 (11,8%)	0,157
Tế bào trên agger nasi trán (n=28)	22 (78,6%)	6 (21,4%)	0,424
Tế bào trên bóng (n=111)	93 (83,8%)	18 (16,2%)	0,943
Tế bào trên bóng trán (n=19)	16 (84,2%)	3 (15,8%)	0,94
Tế bào sàng trên ổ mắt (n=37)	35 (94,6%)	2 (5,4%)	0,051
Tế bào vách liên xoang trán (n=22)	19 (86,4%)	3 (13,6%)	0,714

**Nhận xét:** Các tế bào ngách trán xuất hiện nhiều nhất ở kiểu đường dẫn lưu đổ trực tiếp vào khe giữa. Tuy nhiên không có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa sự hiện diện của tế bào ngách trán và kiểu đường dẫn lưu xoang trán. ( $p > 0,05$ ).

#### 3.4.1. Khảo sát lỗ thông xoang trán

**Bảng 5: Đường kính trước sau lỗ thông xoang trán**

Đường kính trước sau	Kích thước
Nhỏ nhất	2,01 mm
Lớn nhất	12,94 mm
Trung bình $\pm$ độ lệch chuẩn	6,3 $\pm$ 2,1 mm

**Bảng 6: Mối liên quan giữa sự hiện diện của tế bào ngách trán và đường kính lỗ thông xoang trán**

Tế bào ngách trán	Sự hiện diện	Đường kính trước sau lỗ thông xoang trán	p
Tế bào agger nasi	Có	6,2 mm	0,086
	Không	7,1 mm	
Tế bào trên agger nasi	Có	6,2 mm	0,498
	Không	6,3 mm	
Tế bào trên agger nasi trán	Có	5,8 mm	0,236
	Không	6,3 mm	

Tế bào trên bóng	Có	6,1 mm	0,202
	Không	6,4 mm	
Tế bào trên bóng trán	Có	5,2 mm	0,028
	Không	6,3 mm	
Tế bào sàng trên ổ mắt	Có	5,6 mm	0,046
	Không	6,4 mm	
Tế bào vách liên xoang trán	Có	6,1 mm	0,647
	Không	6,3 mm	

**Nhận xét:** Sự hiện diện của tế bào trên bóng trán và tế bào sàng trên ổ mắt làm hẹp lỗ thông xoang trán có ý nghĩa thống kê ( $p < 0,05$ ). Các tế bào còn lại cũng gây hẹp lỗ thông xoang trán nhưng mối liên quan không có ý nghĩa thống kê ( $p < 0,05$ ).

## IV. BÀN LUẬN

### 4.1. Kiểu bám của phần trên mòm móc.

Năm 2001, tác giả Landsberg và Friedman nhờ vào hệ thống hướng dẫn hình ảnh đã phân loại phần trên của mòm móc thành 6 kiểu bám khác nhau.[4] Nghiên cứu của chúng tôi dựa theo phân loại này cho thấy kiểu bám vào xương giấy chiếm tỉ lệ cao nhất 36,7%. Kết quả này tương đồng với các nghiên cứu khác như của tác giả Ngô Thanh Phát và cộng sự (2020) với kiểu bám vào xương giấy chiếm 63,5%.[1] Tuy nhiên nghiên cứu của Kamath và cộng sự (2016) lại cho thấy kiểu mòm móc bám vào cuốn giữa chiếm tỉ lệ cao nhất với 41%.[3] Sự khác biệt là do sự khác nhau về độ dày lát cắt mà các tác giả chọn trong các nghiên cứu. Tác giả Kamath sử dụng lát cắt có độ dày 3mm nên có thể không quan sát toàn bộ đường đi của mòm móc. Trong khi đó nghiên cứu của Ngô Thanh Phát và của chúng tôi chọn độ dày lát cắt là 0,625mm để dàng thấy được toàn bộ mòm móc.

**4.2. Phân loại tế bào ngách trán theo IFAC 2016.** Phân loại giải phẫu xoang trán quốc tế (IFAC) là một phân loại mới, được đơn giản hóa của các biến thể giải phẫu vùng ngách trán nên dễ học và sử dụng. Danh pháp giải phẫu dựa theo IFAC có thể dễ dàng áp dụng cho những người dùng đã quen thuộc với cấu trúc giải phẫu xoang cạnh mũi vì không phải học lại những cái tên không thích hợp hoặc không rõ ràng về mặt giải phẫu (ví dụ: tế bào sàng trán theo Kuhn). Theo đó, các tế bào ngách trán được phân loại như sau: Nhóm phía trước đường dẫn lưu xoang trán gồm: tế bào agger nasi, tế bào trên agger nasi và tế bào trên agger nasi trán; Nhóm tế bào phía sau đường dẫn lưu xoang trán gồm: tế bào trên bóng, tế bào trên bóng trán và tế bào sàng trên ổ mắt; Nhóm tế bào phía trong đường dẫn lưu xoang trán chỉ

gồm 1 loại là tế bào vách liên xoang trán.

**Bảng 7: Tỷ lệ hiện diện tế bào ngách trán ở các nghiên cứu khác nhau**

Nghiên cứu	Trần Thanh Tài và cộng sự (2020)[2] (n=1006)	Seth và cộng sự (2020)[7] (n=180)	Chúng tôi (n=256)
Phương pháp chọn mẫu	Có viêm và không viêm	Có viêm không viêm	Không viêm
Tế bào agger nasi	91,9%	95,5%	93%
Tế bào trên agger nasi	28,7%	33,3%	33,2%
Tế bào trên agger nasi trán	15,8%	22,2%	10,9%
Tế bào trên bóng	59,7%	36,1%	43%
Tế bào trên bóng trán	25,8%	21,1%	7,4%
Tế bào sàng trên ổ mắt	6,9%	39,4%	14,5%
Tế bào vách liên xoang trán	14,3%	21,1%	8,6%

Trong 256 ngách trán được khảo sát, chúng tôi nhận thấy rằng tế bào agger nasi có tỷ lệ hiện diện rất cao, chiếm 93% và tương đồng với các nghiên cứu tại Việt Nam và trên thế giới. Với tỷ lệ hiện diện trên 90% ở tất cả các nghiên cứu gần đây cho thấy tế bào agger nasi có thể được xem là một mốc giải phẫu quan trọng trong phẫu thuật xoang trán.

Tỷ lệ hiện diện của các tế bào còn lại không có sự tương đồng giữa các nghiên cứu trên thế giới. Điều này có thể giải thích là do các tác giả chọn đối tượng nghiên cứu trên các chủng tộc khác nhau và tình trạng có hoặc không có viêm xoang trán.

#### 4.3. Khảo sát đường dẫn lưu xoang trán

**4.3.1. Các kiểu đường dẫn lưu xoang trán.** Đường dẫn lưu xoang trán cấu tạo từ hai khoang: khoang trên và khoang dưới. Khoang trên được hình thành bởi sự kết hợp khoảng không khí phần trước dưới của xương trán và phần trước trên của xương sàng. Kích thước và hình dạng của nó phụ thuộc vào sự thay đổi của các tế bào ngách trán. Khoang trên nối trực tiếp với khoang dưới, là một đường dẫn lưu hẹp hình thành bởi phễu sàng hoặc khe giữa. Khi phần trên mòm móc gắn vào xương giấy thì đường dẫn lưu xoang trán đổ trực tiếp vào khe giữa. Khi phần trên của mòm móc gắn vào sàn sọ làm cho

đường dẫn lưu xoang trán đổ vào phễu sàng, thông qua khe bán nguyệt đổ vào khe giữa.

**Bảng 8: Tỷ lệ các đường dẫn lưu xoang trán ở các nghiên cứu khác nhau**

Nghiên cứu	Khe giữa	Phễu sàng
Chúng tôi (n=256)	83,6%	16,4%
Landsberg và cộng sự (2001)[4] (n=288)	88%	12%
Mahmutoglu và cộng sự (2015)[6] (n=919)	89,9%	10,8%

Nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận đường dẫn lưu xoang trán chiếm ưu thế là kiểu đổ vào trực tiếp vào khe giữa với 214 bên chiếm tỷ lệ 83,6%. Kết quả của chúng tôi tương đồng với nghiên cứu của Landsberg với kiểu đường dẫn lưu chủ yếu là vào khe giữa chiếm 88% và của Mahmutoglu là 89,9%. Nhìn chung đường dẫn lưu xoang trán chủ yếu đổ vào khe giữa là vì kiểu bám phần trên của mòm móc đa số bám vào xương giấy.

*Mối liên quan giữa đường dẫn lưu xoang trán và tế bào ngách trán.* Khảo sát 256 ngách trán trên phim CT scan chúng tôi thấy rằng tất cả các loại tế bào ngách trán gặp nhiều nhất ở kiểu đường dẫn lưu xoang trán đổ vào khe giữa. Chúng tôi cho rằng kết quả này do liên quan đến tỷ lệ đường dẫn lưu xoang trán đổ vào khe giữa chiếm tỷ lệ cao nên dẫn đến tế bào ngách trán thường gặp ở kiểu đường dẫn lưu này. Tuy nhiên mối liên quan không có ý nghĩa thống kê giữa kiểu đường dẫn lưu xoang trán và sự hiện diện tế bào ngách trán ( $p > 0,05$ ).

#### 4.3.2. Khảo sát lỗ thông xoang trán

*Đường kính trung bình trước sau lỗ thông xoang trán.* Đường kính trung bình trước sau của xoang trán trong nghiên cứu của chúng tôi là  $6,3 \pm 2,1$  mm. Kết quả này lớn hơn kết quả nghiên cứu của Seth và cộng sự (2020) với  $5,46 \pm 2,11$  mm. Sự khác biệt này có thể do khác biệt về chủng tộc cũng như tình trạng có và không có viêm xoang trán.

*Mối liên quan giữa đường kính trước sau lỗ thông xoang trán và sự hiện diện của tế bào ngách trán.* Tế bào trên bóng trán và tế bào sàng trên ổ mắt gây hẹp lỗ thông xoang trán có ý nghĩa thống kê ( $p < 0,05$ ). Kết quả của chúng tôi tương đồng với nghiên cứu của tác giả Lien và cộng sự.[5] Nghiên cứu của tác giả Seth và cộng sự lại chỉ ra rằng chỉ có tế bào trên bóng trán gây hẹp đường dẫn lưu xoang trán.[7] Hai loại tế bào này gây hẹp là do chúng cùng xuất phát từ vùng bóng sàng, khi xuất hiện, chúng sẽ chui qua lỗ thông xoang trán gây hẹp. Các tế

bào còn lại khi hiện diện cũng gây hẹp lỗ thông xoang trán, tuy nhiên mối liên quan này không có ý nghĩa thống kê.

## V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu cho thấy kiểu bám phần trên mỏm móc bám vào xương giẫy chiếm tỉ lệ cao nhất với 36,7%. Sự hiện diện tế bào agger nasi chiếm tỉ lệ cao nhất với 93%. Kiểu đường dẫn lưu xoang trán chiếm tỉ lệ cao nhất là đổ vào khe giữa với 83,6%. Không có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa kiểu đường dẫn lưu xoang trán và sự hiện diện của tế bào ngách trán ( $p > 0,05$ ).

Đường kính trung bình trước sau lỗ thông xoang trán là  $6,3 \pm 2,1$  mm. Sự hiện diện của tế bào trên bóng trán và tế bào sàng trên ổ mắt làm hẹp lỗ thông xoang trán có ý nghĩa thống kê ( $p < 0,05$ ).

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Ngô Thanh Phát, Trần Thị Bích Liên**, (2020), "Khảo sát vị trí chân bám mỏm qua hình ảnh CT Scan trên bệnh nhân viêm mũi xoang trước mạn có chỉ định phẫu thuật tại bệnh viện Đại học Y Dược cơ sở 1 từ tháng 9/2018 đến tháng 9/2019", Tạp chí Y học Thành phố Hồ Chí Minh, 24 (2), pp. 186 - 190.
2. **Trần Thanh tài, Thái Thanh Trúc, Phạm Kiên Hữu**, (2020), "Khảo sát tỷ lệ hiện diện các tế bào

ngách trán theo phân loại quốc tế (IFAC) tại bệnh viện Đại học Y Dược TPHCM từ năm 2018 đến 2019", Tạp chí Y học Thành phố Hồ Chí Minh, 24 (2), pp. 163 - 168.

3. **Kamath P S, Rathnakar P, Bhat V, Jayaramesh**, (2016), "a radiological study of anatomical variations of uncinat process", Clinical rhinology- an international journal, 9 pp. 59-61.
4. **Landsberg R, Friedman M**, (2001), "A computer-assisted anatomical study of the nasofrontal region", Laryngoscope, 111 (12), pp. 2125-2130.
5. **Lien C F, Weng H H, Chang Y C, Lin Y C, et al**, (2010), "Computed tomographic analysis of frontal recess anatomy and its effect on the development of frontal sinusitis", Laryngoscope, 120 (12), pp. 2521-2527.
6. **Mahmutoglu A S, Çelebi I, Akdana B, Bankaoğlu M, et al**, (2015), "Computed tomographic analysis of frontal sinus drainage pathway variations and frontal rhinosinusitis", J Craniofac Surg, 26 (1), pp. 87-90.
7. **Seth N, Kumar J, Garg A, Singh I, et al**, (2020), "Computed tomographic analysis of the prevalence of International Frontal Sinus Anatomy Classification cells and their association with frontal sinusitis", J Laryngol Otol, pp. 1-8.
8. **Wormald P J, Hoseman W, Callejas C, Weber R K, et al**, (2016), "The International Frontal Sinus Anatomy Classification (IFAC) and Classification of the Extent of Endoscopic Frontal Sinus Surgery (EFSS)", Int Forum Allergy Rhinol, 6 (7), pp. 677-696.

## PHÂN TÍCH TÌNH HÌNH SỬ DỤNG THUỐC GIẢM ĐAU TRÊN BỆNH NHÂN PHẪU THUẬT TẠI KHOA CHẨN THƯƠNG CHÍNH HÌNH VÀ KỸ THUẬT CAO, BỆNH VIỆN XANH PÔN

Nguyễn Tứ Sơn<sup>1</sup>, Nguyễn Thị Ngọc Anh<sup>1</sup>, Nguyễn Thị Dừa<sup>2</sup>, Vũ Bích Hạnh<sup>2</sup>, Bùi Mai Sương<sup>2</sup>, Trần Thị Thu Trang<sup>1</sup>, Nguyễn Thành Hải<sup>1</sup>

### TÓM TẮT

Nghiên cứu mô tả, thuần tập, tiến cứu nhằm phân tích dùng thuốc giảm đau và khảo sát với mức độ đau của BN sau phẫu thuật tại khoa Chấn thương chỉnh hình (CTCH) và Kỹ thuật cao (KTC), bệnh viện đa khoa Xanh pôn. Nghiên cứu thu thập được 73 bệnh nhân (BN) tham gia nghiên cứu. Phẫu thuật chủ yếu là các phẫu thuật mức đặc biệt tập trung vào 3 loại chính là thay khớp háng, kết hợp xương và nội soi (78%). Mức độ giảm đau thể hiện qua điểm đau trung bình giảm

từ 7,39 (ngày 1) đến 2,61 (ngày 4). Tuy nhiên, gần 90% BN báo cáo đau ở mức nặng và trung bình trong 2 ngày đầu tiên sau phẫu thuật. Các nhóm thuốc giảm đau được sử dụng đa dạng bao gồm giảm đau ngoại vi (paracetamol, NSAID), và trung ương (codein, tramadol, morphin). Paracetamol được lựa chọn nhiều nhất trong các phác đồ giảm đau đơn độc hoặc phối hợp. Các thuốc giảm đau trung ương mạnh được dùng phổ biến trong ngày thứ 1 và thứ 2, giảm dần trong các ngày tiếp theo. Ít BN đau nặng được dùng giảm đau trung ương. Về phối hợp thuốc, biện pháp phối hợp 2 thuốc và 3 thuốc giảm đau có tỷ lệ cao nhất. 70,1% BN đau mức độ nặng được lựa chọn phác đồ phối hợp thuốc để giảm đau trong ngày đầu sau phẫu thuật chủ yếu là paracetamol và NSAID. 25% BN đau nặng chỉ dùng đơn độc paracetamol trong ngày đầu sau phẫu thuật. Các thuốc/nhóm thuốc dùng cho giảm đau sau phẫu thuật tại 2 khoa CTCH và KTC bệnh viện Xanh pôn đa dạng, bước đầu đã cho thấy hiệu quả

<sup>1</sup>Trường Đại học Dược Hà Nội

<sup>2</sup>Khoa Dược, Bệnh viện Xanh Pôn

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Tứ Sơn

Email: sonnt@hup.edu.vn

Ngày nhận bài: 2.2.2023

Ngày phản biện khoa học: 7.4.2023

Ngày duyệt bài: 21.4.2023