

chưa thực hành nhiều, nên mới đầu chưa quen.

Bảng 3.6: Thực trạng giao tiếp của điều dưỡng, kỹ thuật viên đạt chuẩn theo 3 kỹ năng tại bốn khoa cận lâm sàng

Nội dung	Kỹ năng nói và lắng nghe	Kỹ năng giao tiếp không lời	Kỹ năng cung cấp thông tin	Giao tiếp đạt chuẩn chung
Tỷ lệ (%)	82,6%	71,7%	71,7%	80,4 %

Giao tiếp của ĐD-KTV là một trong những yếu tố quan trọng đem lại sự hài lòng của người bệnh, phản ảnh chất lượng cung cấp dịch vụ của bệnh viện. Những quy định của BHYT trong lĩnh vực này là những chuẩn mực về giao tiếp, ứng xử, là trách nhiệm và nghĩa vụ của mỗi nhân viên y tế.

Nghiên cứu của chúng tôi còn một số hạn chế như chỉ tiến hành ở 4 khoa lớn trong khối CLS, cỡ mẫu tương đối nhỏ nên không khái quát được cho tất cả các khoa CLS tại bệnh viện. Mặt khác, nghiên cứu mới chỉ thực hiện ở một thời điểm, chưa thực hiện được nhiều thời điểm khác nhau trong năm do đó kết quả phần quan sát chưa có tính đại diện cao vì giao tiếp của ĐD-KTV còn phụ thuộc vào số lượng người bệnh, tình trạng người bệnh, tình trạng nhân lực ĐD-KTV điều kiện cơ sở vật chất của bệnh viện.

IV. KẾT LUẬN

Kết quả nghiên cứu cho thấy thực trạng giao tiếp của ĐD-KTV với người bệnh ở các khoa cận lâm sàng đạt chuẩn chung về giao tiếp tương đối cao 80,4%. Tuy nhiên việc kỹ thuật viên tự giới thiệu tên, nói lời "cảm ơn" còn chưa thực hiện tốt, chưa hình thành thói quen.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Nguyễn Thị Nhạn.** Kỹ năng giao tiếp của điều dưỡng, kỹ thuật viên với người bệnh và một số yếu tố ảnh hưởng tại bốn khoa cận lâm sàng

Bệnh viện Chợ Rẫy năm 2017. Luận văn Thạc sỹ Y tế công cộng, Trường Đại học Y tế Công cộng, Hà Nội. 2017.

- Westbrook JI, Duffield C, Li L, Creswick NJ.** How much time do nurses have for patients? A longitudinal study quantifying hospital nurses' patterns of task time distribution and interactions with health professionals. BMC Health Serv Res. 2011;11:319.
- Đỗ Thị Ngọc.** Nâng cao năng lực của điều dưỡng trong công tác giáo dục sức khỏe cho người bệnh điều trị nội trú tại bệnh viện E tháng 6/2012 – 6/2014. Tiểu luận, Trường Đại học Y tế công cộng, Hà Nội. 2012.
- Nguyễn Thị Phương Thảo.** Thực trạng giao tiếp của điều dưỡng Bệnh viện Hữu Nghị năm 2019 và một số yếu tố liên quan Luận văn Thạc sỹ Y tế công cộng, Trường Đại học Y Hà Nội. 2019.
- Bộ Y tế.** <QD21512.2015.BYT.Tài liệu giao tiếp ứng xử của cán bộ nhân viên y tế-11-8-2015.pdf>. chính Phủ. 2015.
- Nguyễn Thị Cẩm Thu.** "Thực trạng giao tiếp của điều dưỡng với người bệnh và một số yếu tố liên quan tại bốn khoa lâm sàng Bệnh viện đa khoa Vĩnh Long năm 2014. Luận văn Thạc sỹ Y tế công cộng, Trường Đại học Y tế Công cộng, Hà Nội. 2014
- Nguyễn Quang.** Thực hành giao tiếp của điều dưỡng và một số yếu tố liên quan tại bệnh viện đa khoa khu vực Ninh Hòa. Luận văn Thạc sỹ Quản lý bệnh viện, Trường đại học y tế công cộng Hà Nội. 2014.
- Trần Thị Phương Lan.** Đánh giá thực trạng giao tiếp của điều dưỡng với người bệnh và người nhà người bệnh tại bệnh viện 354. Tạp chí Điều dưỡng Việt Nam (2-2012). 2012.

NANG XƯƠNG CHẤN THƯƠNG Ở HÀM DƯỚI: CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ

Trương Nhật Khuê¹, Kim Ngọc Khánh Vinh¹,
Ngô Anh Tài¹, Trần Thị Kim Ngọc¹

TÓM TẮT

Bệnh nhân nam, 19 tuổi, đến khám Răng - Hàm - Mặt, tình cờ phát hiện tổn thương ở xương hàm dưới

¹Trường Đại học Y Dược Cần Thơ

Chịu trách nhiệm chính: Trương Nhật Khuê

Email: tnkhue@ctump.edu.vn

Ngày nhận bài: 12.6.2023

Ngày phản biện khoa học: 9.8.2023

Ngày duyệt bài: 18.8.2023

sau khi chụp phim X quang răng kiểm tra. Tiền sử bệnh chưa ghi nhận có tổn thương chấn thương ở xương hàm dưới. Lâm sàng không ghi nhận triệu chứng sưng, đau, tê môi cằm, thử độ sống tủy răng với thử nghiệm điện các răng liên quan đáp ứng dương tính. Tổn thương được chẩn đoán là nang xương chấn thương xương hàm dưới, phương pháp điều trị là phẫu thuật cắt bỏ nang xương chấn thương xương hàm dưới và thực hiện giải phẫu bệnh lý.

Từ khóa: nang xương chấn thương, nang đơn độc, phẫu thuật cắt nang xương hàm dưới.

SUMMARY**TRAUMATIC BONE CYST IN MANDIBULAR:
DIAGNOSIS AND TREATMENT**

A 19 year-old male patient, coming to the maxillofacial examination, accidentally discovered a lesion in the lower jaw bone after taking X-rays of his teeth to check his wisdom teeth. The history of the disease has not been recorded with traumatic lesions in the lower jaw. Clinically, there were no symptoms of swelling, pain, numbness of the lips and chin, and the pulp vitality test of the related teeth was positive. The lesion was diagnosed as a traumatic bone cyst in the mandible, the indicated treatment method is surgical excision of the traumatic bone cyst and pathology.

Keywords: traumatic bone cyst, simple bone cyst, cyst removal.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Nang xương chấn thương được cho là một tổn thương hiếm gặp, được mô tả lần đầu vào năm 1929, thường được cho là "nang giả", với sự xuất hiện không triệu chứng và là một hốc xương không được lót bởi biểu mô bên trong. Thường gặp nhiều ở xương hàm dưới [7]. Tổn thương thường được phát hiện bằng X quang, với tổn thương là một khối thấu quang đồng nhất, có đường viền rõ [3], [7]. Cơ chế sinh tổn thương chính xác chưa được làm rõ mặc dù nó thường liên quan đến chấn thương xương có chảy máu và sự tiêu xương [4]. Việc chẩn đoán sớm tổn thương giúp các nhà lâm sàng đưa ra được kế hoạch điều trị phù hợp, hạn chế được các biến chứng do tổn thương phát triển gây ra.

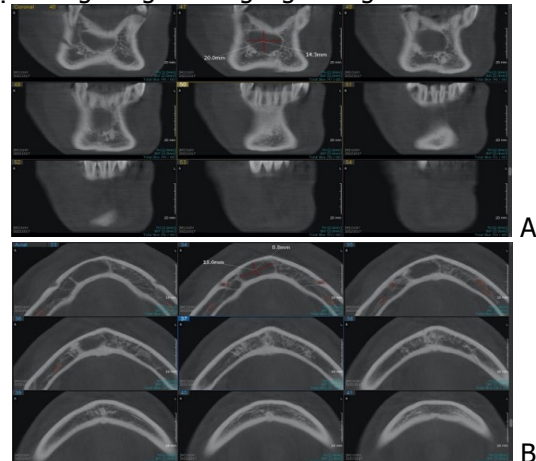
II. GIỚI THIỆU CA BỆNH

Bệnh nhân nam, 19 tuổi vào viện vì tình cờ phát hiện tổn thương xương hàm dưới qua phim X quang kiểm tra răng. Tiền sử bản thân khỏe mạnh, chưa ghi nhận tiền sử có chấn thương ở vùng xương hàm dưới, tiền sử gia đình chưa ghi nhận bệnh lý liên quan. Bệnh nhân không có triệu chứng nào liên quan vùng tổn thương. Trên phim X quang răng toàn cảnh, tổn thương là một khối thấu quang đồng nhất, có đường viền rõ, kéo dài từ răng 32 đến răng 45. Các chân răng chưa ghi nhận dấu hiệu tiêu chóp, tổn thương không xô lệch các răng liên quan. Thử nghiệm điện kiểm tra tình trạng tủy các răng 31, 32, 41, 42, 43, 44, 45 đáp ứng dương tính. Không ghi nhận có dấu hiệu tê môi cằm. Chụp cắt lớp vi tính chùm tia hình nón được chỉ định để đánh giá chính xác tổn thương.

Hình 1. Phim X quang răng toàn cảnh cho thấy tổn thương là khối thấu quang có đường viền rõ, vị trí ở vùng răng 32 đến răng 45



Kết quả sau khi chụp Conbeam CT cho thấy: tổn thương thấu quang đồng nhất, có đường viền hình vỏ sò kích thước 18,8x14,3x20 mm nằm giới hạn trong vùng cành ngang xương hàm dưới.



Hình 2. Hình ảnh cắt lớp vi tính chùm tia hình nón

A: lát cắt theo mặt phẳng ngang. Cho thấy hình ảnh tổn thương nằm trong phạm vi xương hàm dưới, bản xương mặt ngoài mặt trong chưa phá hủy.

B: lát cắt mặt phẳng đứng ngang cho thấy kích thước tổn thương 18,8x14,3x20 mm, đường viền liên tục.



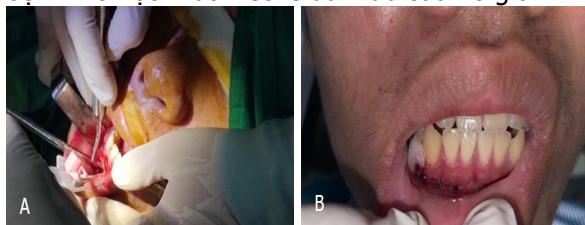
Hình 3. Hình ảnh trước phẫu thuật

A: Hình ảnh ngoài mặt

B: Hình chụp trong miệng trước phẫu thuật

Phương pháp điều trị được lựa chọn cho trường hợp này là phẫu thuật cắt nang thực hiện dưới gây mê. Vật sử dụng trong trường hợp này là vật toàn phần với đường rạch ngách lợi từ răng 33 đến răng 45, bóc tách vật toàn phần, xác định vị trí của tổn thương dựa vào hình ảnh phim cắt lớp vi tính chùm tia hình nón. Dùng búa và đục xương mở cửa sổ xương, tổn thương bên

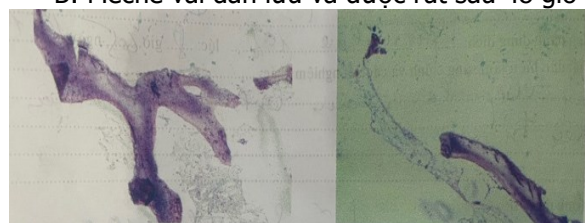
trong là dạng hốc trống, không có lớp biểu mô lót bên trong. Tổn thương sau khi được bộc lộ không liên quan đến các chân răng. Tiến hành nạo sạch và kết hợp bơm rửa nhiều lần với dung dịch nước muối 0,9%, đặt mèche vải dẫn lưu và khâu đóng vạt bằng chỉ vicryl 3.0. Mảnh mô vùng thương tổn lấy ra được gửi làm giải phẫu bệnh mô học. Rút mèche dẫn lưu sau 48 giờ.



Hình 4.

A: Bơm rửa và nạo bên trong lòng nang sau khi bộc lộ tổn thương

B: Mèche vải dẫn lưu và được rút sau 48 giờ



Hình 5. Kết quả mô bệnh học: có sự hiện diện các bè xương bình thường và mô xương chết



Hình 6. Phim X quang toàn cảnh tái khám sau 3 tháng phẫu thuật ghi nhận hình ảnh lành thương xương, kích thước tổn thương thu nhỏ hơn so với trước phẫu thuật

III. BÀN LUẬN

Nang xương chấn thương thường xuất hiện ở vị trí thân xương hàm dưới, nằm phía trên thần kinh răng dưới [5]. Đây là một tổn thương hiếm gặp, được Tổ chức Y tế Thế giới phân loại vào nhóm một phần của nhóm các tổn thương xương [3]. Một số trường hợp nang có thể xuất hiện ở vùng răng sau, có thể kéo dài từ vùng răng nanh đến vùng răng cối lớn thứ ba hàm dưới. Vùng cảnh lên, góc hàm và vùng cằm là những vùng

có thể xuất hiện. Nang xương chấn thương ít xuất hiện ở xương hàm trên chỉ chiếm 2% theo nghiên cứu năm 1998 của Copete[1], trường hợp nang xuất hiện ở hàm trên, thường xuất hiện ở vùng răng trước tuy nhiên rất khó để phát hiện qua X quang vì xương hàm trên có cấu trúc thấu quang là xoang hàm trên [5].

Nang xương chấn thương là một tổn thương thường không có triệu chứng và thường gặp ở người trẻ. Theo nghiên cứu của Howe (1965), triệu chứng phồng xương có thể xuất hiện 27% trong số các trường hợp[6]. Dị cảm môi dưới hoặc cằm cứng là một biểu hiện hiếm gặp. Các răng lân cận vẫn còn tuỷ sống trong 85% trường hợp, và sự mất đi độ sống của răng không phải là nguyên nhân gây phát triển tổn thương cũng như không phải do tổn thương[6].

Về mặt hình ảnh học, nang xương chấn thương xuất hiện dưới hình ảnh thấu quang, bờ viền liên tục, có thể tròn hoặc hình vỏ sò, đây là hình ảnh mang tính chất gợi ý chẩn đoán. Tuy nhiên, hình ảnh x quang của nang xương chấn thương cũng mang nhiều điểm tương đồng với các tổn thương khác trong xương hàm, trường hợp nang nằm ngay dưới chóp chân răng, cần phân biệt tổn thương có do nguyên nhân từ răng hay không, với khối thấu quang lớn hơn, có đường viền lượn sóng, cần chẩn đoán phân biệt với nang răng sừng, u nguyên bào men, u máu xương hàm hay u hạt tế bào khổng lồ trung tâm [8]. Để chẩn đoán chính xác cần kết hợp với chụp cắt lớp vi tính chùm tia hình nón và khai thác các yếu tố dịch tễ, triệu chứng lâm sàng.

Có nhiều phương pháp điều trị nang xương chấn thương được đưa ra như: phẫu thuật cắt trọn nang, phẫu thuật nạo nang có ghép xương, phẫu thuật nạo nang ghép màng fibrin giàu tiểu cầu, điều trị bảo tồn không phẫu thuật[5]. Với mỗi phương pháp điều trị đều mang đến một kết quả và một tỉ lệ tái phát nhất định. Tuy nhiên với bất kỳ phương pháp nào cũng cần sự đánh giá và theo dõi trong một thời gian dài.

IV. KẾT LUẬN

Nang xương chấn thương xương hàm là một tổn thương hiếm gặp lành tính, chẩn đoán tổn thương chủ yếu dựa vào đặc điểm dịch tễ và hình ảnh học vì các triệu chứng thường rất nghèo nàn. Việc lựa chọn phương pháp điều trị cần được cân nhắc kỹ và cần có thời gian theo dõi, tái khám, đánh giá lâu dài.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Copete M.A., Kawamata A., Lanqlais R.P. (1998), "Solitary bone cyst of the jaws: radiographic

- review of 44 cases", Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endodontol, 85(2), pp. 221-225.
2. **Chapanov K., Kazakov S., Iliev G.** (2020), "Traumatic bone cyst of the mandible: A Case Report" Med Inform, 7(2), pp. 1235-1240.
 3. **Deliverska E.** (2020), "Traumatic bone cyst of the mandible: Case report", Journal of IMAB-Annual Proceeding Scientific Papers, 26(2), pp. 3194-3197.
 4. **Eldava R., Eissa O., Herrmann S., Pham J., Calle S., Uribe T.** (2017), "Mandibular lesions: a practical approach for diagnosis based on multimodality imaging findings", Contemporary Diagnostic Radiology, 40(6), pp. 1-7.
 5. **Farnoosh R., Zahra G., Ghazai S.** (2019), "Traumatic bone cyst of mandibular: a case series", Journal of Medical Case Reports, 13(300), pp. 1-8.
 6. **Howe GL.** (1965), "Haemorrhagic cysts" of the mandible. I, Br J Oral Surg, 3(1), pp 55-76.
 7. **Naqori S.A., Jose A., Aqarwal B., Bhatt K., Bhutia O., Roychoudhury A.** (2014), "Traumatic bone cyst of the mandible in Langer-Giedion syndrome: a case report", J Med Case Rep., 8, pp. 387.
 8. **Perdião P., Silva E., Sakurai E., de Araújo N.S., Gomez R.S.** (2003), "Idiopathic bone cavity: a clinical, radiographic, and histological study", Br J Oral Maxillofac Surg., 41(6), pp. 407-409.

NGHIÊN CỨU HÌNH ẢNH TỔN THƯƠNG PHỔI TRÊN CẮT LỚP VI TÍNH ĐA DÂY Ở BỆNH NHÂN HẬU COVID-19

Nguyễn Văn Sang^{1,2}, Nguyễn Văn Kiên²,
Trần Phan Ninh^{2,3}, Trần Quang Lục^{2,4}

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả hình ảnh tổn thương phổi trên CLVT 128 dãy ở bệnh nhân (BN) hậu COVID-19 và xác định mối liên quan với tuổi, giới. **Đối tượng và phương pháp:** 518 BN đến khám hậu COVID-19, chụp CLVT 128 dãy tại bệnh viện Đa khoa tỉnh Phú Thọ từ 3/2022-9/2022. Tính tỷ lệ các hình ảnh tổn thương. Đánh giá mối liên quan tổn thương phổi với tuổi và giới. **Kết quả:** nam 38,4%; nữ 61,6%; tuổi trung bình 37,91±13,72. 51,2% BN có tổn thương phổi: dày tổ chức kẽ (32,6%), kính mờ (17,4%), đông đặc (8,1%), lát đá (0,4%), giãn phế quản (8,7%), giãn phế nang (9,1%), giãn mạch máu khu trú (1%). Phân tích đa biến cho thấy tuổi liên quan với có tổn thương phổi (OR: 1,941; 95% CI: 1,655-2,277; <0,001). **Kết luận:** CLVT 128 dãy cho hình ảnh chi tiết đánh giá tổn thương phổi ở BN hậu COVID-19.

Từ khóa: Tổn thương phổi, hậu COVID-19, CLVT.

SUMMARY

CHARACTERISTICS OF PULMONARY LESIONS ON MULTI-SLICE COMPUTED TOMOGRAPHY IN PATIENTS WITH POST-COVID-19

Purpose: To determine the characteristics of pulmonary lesions on multi-slice computed tomography in patients with post-COVID-19 and relationship with age and gender. **Material and methods:** 518 patients with post-COVID-19 were

examined by 128-slice MSCT at Phu Tho General Hospital from Mar. 2022 to Sep. 2022. The rates of findings were calculated. The relationship between pulmonary lesions with age and gender were determined. **Results:** 518 patients included 38.4% male, 61.6% female, with an average age of 37.91±13.72 years old. The pulmonary lesions were seen on CT scan in 51.2% patients and were interstitial thickening (32.6%), ground glass opacity (17.4%), consolidation (8.1%), crazy-paving pattern (0.4%), bronchiectasis (8.7%), alveolar dilatation (9.1%), pulmonary vessel focal dilatation (1%). The multi logistic regression showed the age was a correlation with pulmonary lesions (OR: 1.941; 95% CI: 1.655-2.277; <0.001). **Conclusions:** MSCT is helpful for detail providing characteristics of pulmonary lesions in patients with post-COVID-19.

Keywords: Pulmonary lesion, post-COVID-19, CT scan.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Hậu COVID-19 được xác định là sự tiếp tục hoặc xuất hiện các triệu chứng mới của bệnh sau 3 tháng kể từ khi bệnh nhân (BN) nhiễm COVID-19, kéo dài ít nhất 2 tháng và không thể lý giải bằng các chẩn đoán khác [1]. Nghiên cứu trên các công nhân bị COVID-19 mức độ nhẹ, Havervall S nhận thấy có tới 80% BN có các triệu chứng bất thường sau khi ra viện. Tỷ lệ có các triệu chứng từ trung bình tới nặng kéo dài 2 tháng và 8 tháng lần lượt là 26% và 15%. Các triệu chứng thường gặp là mệt mỏi, ho, đau đầu, đau cơ hoặc mất vị giác, khứu giác [2]. Đi cùng với các triệu chứng lâm sàng, những bất thường hình ảnh trên CLVT ở những BN hồi phục sau COVID cũng rất hay gặp. Những hình ảnh này cũng rất khác nhau từ kính mờ, đông đặc, dày tổ

¹Bệnh viện E, Hà Nội

²Đại học Y dược Thái Nguyên

³Bệnh viện Nhi Trung ương

⁴Bệnh viện Đa khoa Tỉnh Phú Thọ

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Văn Sang

Email: dr.nguyensang@gmail.com

Ngày nhận bài: 12.6.2023

Ngày phản biện khoa học: 11.8.2023

Ngày duyệt bài: 22.8.2023