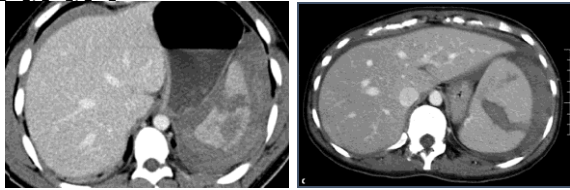


Nghiên cứu	Tân số (n)	Độ nhạy (%)	Độ đặc hiệu (%)	Giá trị tiên đoán âm (%)
Novelline R[5]	356	94,2	97,6	96
Richards D[6]	197	90	99	92
Lê Việt Khánh[3]	83	99	96	95
Nguyễn Văn Hương[1]	122	95	90,91	86,67
Chúng tôi	121	96,5	91,7	84,6

Chụp CLVT có vai trò rất quan trọng trong chẩn đoán tổn thương tạng. Trong chấn thương tạng đặc nhìn chung chụp CLVT không những phát hiện rất chính xác tổn thương mà còn phân độ được tổn thương giúp Bác sĩ lâm sàng có thái độ xử trí đúng điều trị bảo tồn hay phẫu thuật. Tuy nhiên chụp CLVT cũng có những hạn chế nhất định như là khó phát hiện những tổn thương nông bề mặt của tạng đặc, những tổn thương tạng rỗng, mạc treo, cơ hoành...Do đó khi chụp CLVT có dịch ổ bụng nhưng không thấy tổn thương tạng cũng không loại trừ được có tổn thương tạng hay không hoặc ngay cả khi có tổn thương tạng đặc có thể điều trị bảo tồn được nhưng không loại trừ vỡ tạng rỗng kèm theo [2],[4],[7].



Hình 3. Vỡ lách.

V. KẾT LUẬN

Chấn thương và vết thương bụng thường

trong bệnh cảnh đa cơ quan, đa tổn thương.

Chọn lựa kỹ thuật hình ảnh tùy thuộc huyết động học và phương tiện sẵn có.

Chụp CLVT là cơ sở chắc chắn để đánh giá tổn thương trên bệnh nhân huyết động học ổn định: xử trí toàn diện, triệt để, giảm tử vong.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Văn Hương (2009), Nghiên cứu hình ảnh siêu âm và chụp cắt lớp vi tính ở bệnh nhân tổn thương tạng đặc do chấn thương bụng kín. Luận văn Thạc sĩ y học. Trường Đại học Y dược Huế.
2. Kenney M. (2018), Can surgeons evaluate emergency ultrasound scan for blunt abdominal trauma. J Trauma Nov, 44(4): 649-53.
3. Lê Việt Khánh (2017), Nghiên cứu ứng dụng phẫu thuật nội soi chẩn đoán và điều trị các tổn thương tạng rỗng trong chấn thương bụng kín. Luận án Tiến sĩ y học. Trường Đại học Y Hà Nội.
4. Michihiro S. (2004), Reevaluation of ultrasonography for solid organ injury in blunt abdominal trauma. Acad Emerg Med. 9(10), pp 68-70.
5. Novelline R.(2009), "Helical CT in emergency radiology". Radiology, 213, pp 321-339.
6. Richards J. (2019), "Bowel and mesenteric injury: Evaluation with emergency abdominal US. Radiology, 211, pp 399-403.
7. Shih H. (2015), "Noninvasive evaluation of blunt abdominal trauma", World J Surg, 23, pp 265-270.

HỆ THỐNG ỐNG TỦY CHÂN RĂNG CỦA RĂNG CỐI LỚN THỨ NHẤT HÀM DƯỚI TRÊN CONEBEAM CT

Huỳnh Kim Khang¹, Phạm Văn Khoa¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: khảo sát hệ thống ống tủy của răng cối lớn thứ nhất hàm dưới về phân loại ống tủy chân răng theo Vertucci 1984 ở người Việt Nam khảo sát trên phim ConeBeam CT. **Phương pháp:** Nghiên cứu được thực hiện trên 332 răng cối lớn thứ nhất hàm dưới của 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. 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), khảo sát các đặc điểm giải phẫu hệ thống ống tủy của răng cối lớn thứ nhất hàm dưới trên hình ảnh CBCT: trong mặt phẳng ngang (Axial), di chuyển các lát cắt trên thiết diện ngang của ống tủy từ sàn tủy đến chóp. Quan sát theo thiết diện ngang ở những mức sau: miệng ống tủy, phần ba giữa chân răng, phần ba chóp chân răng. Quan sát ống tủy của từng chân răng của răng cối lớn thứ nhất hàm dưới theo ba mặt phẳng. Xác định phân loại ống tủy của răng cối lớn thứ nhất hàm dưới theo Vertucci (1984). **Kết quả:** Biến thể ống tủy loại IV là biến thể ống tủy thường gặp nhất ở chân

¹Đại học Y Dược TP.HCM

Chịu trách nhiệm chính: Huỳnh Kim Khang

Email: kimkhanghuynh@yahoo.com

Ngày nhận bài: 6/12/2021

Ngày phản biện khoa học: 25/12/2021

Ngày duyệt bài: 10/1/2022

gần của các răng cối lớn thứ nhất hàm dưới với tỉ lệ khoảng 60,8% - 68,3%, kể đến là biến thể ống tủy loại II với tỉ lệ khoảng 24,4% - 30,6%. Ở chân xa của răng cối lớn thứ nhất hàm dưới, ống tủy loại I chiếm ưu thế với tỉ lệ 80,8% - 97,6%. Khi RCL1 hàm dưới có ba chân thì 100% chân xa trong là ống tủy loại I. **Kết luận:** Biến thể ống tủy loại IV thường gặp nhất ở chân gần các răng cối lớn thứ nhất hàm dưới. Biến thể ống tủy loại I thường gặp nhất ở chân xa/ chân xa ngoài của các răng cối lớn thứ nhất hàm dưới. Khi răng cối lớn thứ nhất hàm dưới có ba chân thì 100% chân xa trong có ống tủy loại I.

Từ khóa: Phân loại ống tủy chân răng, Vertucci 1984, răng cối lớn thứ nhất hàm dưới, ConeBeam CT.

Viết tắt: RCL1: răng cối lớn thứ nhất; CBCT : ConeBeam CT; BN: bệnh nhân

SUMMARY

ROOT CANAL SYSTEMS OF MANDIBULAR FIRST MOLARS ON CONEBEAM CT

Objectives: The aim of the study is to determine classifications of root canals of mandibular first molars according to Vertucci 1984 in Vietnamese on ConeBeam CT. **Methods:** The study was conducted on 332 mandibular first molars of 166 patients who had exposed using CBCT indicated by dentists in Nguyen Trai Dental CT Central, HoChiMinh City, from October 2015 to June 2016. 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 mandibular first molars (36 and 46) were recorded. The orifices, middle thirds, apical thirds of the canals of mandibular first molars were observed and the root canals of each root of mandibular first molars were observed in three planes. Classifications of root canals of mandibular first molars were recorded. **Results:** For the mesial roots of mandibular first molars, classification of Vertucci type IV was most popular at rate of 60.8% - 68.3%, following by classification of Vertucci type II at rate of 24.4% - 30.6%. For the distal roots of these teeth, classification of Vertucci type I was the most popular at rate of 80.8% - 97.6%. When mandibular first molars had three roots, 100% distolingual roots were classification of Vertucci type I. **Conclusions:** Classification of Vertucci type IV was most popular in mesial roots of mandibular first molars. Classification of Vertucci type I was most popular in distal/distobuccal roots of these teeth. When mandibular first molars had three roots, 100% distolingual roots were type I Vertucci.

Keywords: Classification of root canal, Vertucci 1984, mandibular first molar, ConeBeam CT.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Răng cối lớn thứ nhất hàm dưới là một trong những răng vĩnh viễn đầu tiên mọc lên trong miệng, vào khoảng sáu tuổi, đánh dấu sự khởi đầu của bộ răng hỗn hợp. Răng cối lớn thứ nhất hàm dưới mang đặc điểm cơ bản đặc trưng cho các răng cối lớn, có vai trò quan trọng trong việc nhai nghiền thức ăn và giữ kích thước tăng dưới

mặt. Trên lâm sàng, răng cối lớn thứ nhất hàm dưới là một trong các răng có tỉ lệ sâu mất trám cao nhất và cũng là răng thường được điều trị nội nha nhiều nhất[6]. Do đó, việc nghiên cứu về hình thái ống tủy của răng cối lớn thứ nhất hàm dưới là quan trọng để giúp các nhà lâm sàng có thêm cơ sở khi điều trị nội nha răng này và tránh được sai lầm bỏ sót ống tủy, một nguyên nhân thường gặp gây thất bại trong điều trị nội nha.

Đã có nhiều nghiên cứu trên thế giới tập trung khảo sát những đặc điểm giải phẫu vùng răng cối lớn thứ nhất hàm dưới về hình thái ống tủy chân răng với mong muốn tạo ra một bộ cơ sở dữ liệu về vùng giải phẫu quan trọng này, nhằm giúp các nhà lâm sàng đưa ra kế hoạch điều trị tối ưu nhất cũng như dự đoán được tiên lượng trước khi tiến hành điều trị phục hồi và bảo tồn. Trong đó, nhiều nghiên cứu sử dụng phương tiện phim cắt lớp điện toán chùm tia hình nón (ConeBeam CT – CBCT). Phim CBCT có thể cung cấp thông tin toàn diện về số lượng, vị trí chân răng và đặc biệt là giải phẫu hệ thống ống tủy, kích thước các vách xương ổ răng, tương quan giữa các chóp răng với ống răng dưới của răng cối lớn thứ nhất hàm dưới. Mục tiêu của nghiên cứu là khảo sát hệ thống ống tủy theo phân loại Vertucci 1984 [7] của răng cối lớn thứ nhất hàm dưới có hai chân, răng cối lớn thứ nhất hàm dưới có ba chân ở người Việt Nam trên phim ConeBeam CT.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Mẫu nghiên cứu gồm 332 răng cối lớn thứ nhất hàm dưới từ 166 phim CBCT xương hàm dưới của các cá thể thỏa điều kiện chọn mẫu được chụp theo chỉ định của bác sĩ tại Trung tâm CT nha khoa Nguyễn Trãi – địa chỉ 132 An Bình – Quận 5 – thành phố Hồ Chí Minh, trong thời gian nghiên cứu từ tháng 10/2015 đến tháng 6/2016.

Tiêu chuẩn chọn mẫu: Hình ảnh CBCT xương hàm dưới của người Việt Nam có đủ hai răng cối lớn thứ nhất hàm dưới (răng 36 và răng 46). Răng cối lớn thứ nhất hàm dưới thỏa điều kiện: răng phát triển đầy đủ và đã đóng chóp. 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 (chiều dày mỗi lát cắt 0,1mm; FOV: 8x5cm; thời gian chụp: 15 giây; thời gian dựng ảnh 29 giây).

Tiêu chuẩn loại trừ: Răng khảo sát có bất thường về vị trí, hoặc có tiêu ngót chân răng/ bệnh lý nha chu/ nhiễm trùng chóp, răng đã điều trị nội nha, thân và chân răng có các tổn thương

(sâu răng, mòn răng, nứt) hay miếng trám lớn ảnh hưởng đến hốc tủy, thiếu thông tin về năm sinh/ giới tính/ ngày chụp, phim không đạt chuẩn, hình ảnh không rõ nét.

2.2. Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu cắt ngang mô tả

Hình ảnh CBCT thu thập từ trung tâm CT đạt tiêu chuẩn chọn mẫu được quan sát trên máy tính màn hình phẳng 14 inch, độ phân giải 1366 x 768 pixel với phần mềm EzImplant CD viewer. Quan sát trên phim và ghi nhận kết quả. Ghi nhận mã số phim, giới tính, tuổi, ngày chụp, tên bệnh nhân (viết tắt) vào phiếu thu thập. Khi tiến hành đo phần thông tin của bệnh nhân trên phim và trên phiếu thu thập kết quả được che đi. Phim cần đo được chuyển về chế độ xem gốc ban đầu (thao tác Reset all), với độ phóng đại 1,5 lần. Ghi nhận vị trí răng (răng 36 và răng 46), khảo sát các đặc điểm giải phẫu hệ thống ống tủy của răng cối lớn thứ nhất hàm dưới trên hình ảnh CBCT: trong mặt phẳng ngang (Axial), di chuyển các lát cắt trên thiết diện ngang của ống tủy từ sàn tủy đến chóp. Quan sát theo thiết diện ngang ở những mức sau: miệng ống tủy, phần ba giữa chân răng, phần ba chóp chân răng. Quan sát ống tủy của từng chân răng của răng cối lớn thứ nhất hàm dưới theo ba mặt phẳng. Xác định và phân loại ống tủy của răng cối lớn thứ nhất hàm dưới theo Vertucci (1984) [7].

2.3. Vấn đề y đức: Nghiên cứu của chúng tôi không vi phạm y đức, vì phim CBCT hiện được xem là phương tiện chẩn đoán tốt nhất, với hình ảnh chi tiết có thể khắc phục nhược điểm của phim hai chiều và được sử dụng rộng rãi trong chẩn đoán; nghiên cứu chỉ thu thập phim của bệnh nhân có chỉ định chụp CBCT tại phòng CT Nguyễn Trãi theo chỉ định của bác sĩ điều trị; các thông tin của BN được bảo mật hoàn toàn và chỉ sử dụng cho mục đích nghiên cứu; nghiên cứu được sự chấp thuận của Hội đồng đạo đức trong nghiên cứu y sinh học Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh (tháng 10/2015).

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Mẫu nghiên cứu gồm 332 răng cối lớn thứ nhất hàm dưới, trong đó có 291 răng cối lớn thứ nhất hàm dưới hai chân và 41 răng cối lớn thứ nhất hàm dưới ba chân. Chúng tôi khảo sát hình thái ống tủy mỗi chân răng của các răng này.

Bảng 1 thể hiện tần suất và tỉ lệ số ống tủy ở mỗi chân răng của răng cối lớn thứ nhất hàm

dưới có hai chân. Trong 291 chân gần của răng cối lớn thứ nhất hàm dưới hai chân, có 275 chân răng (94,5%) có hai ống tủy, còn lại (5,5%) là có một ống tủy. Trong 291 chân xa có 235 chân răng (80,8%) có một ống tủy, còn lại (19,2%) là có hai ống tủy.

Bảng 1. Tần suất và tỉ lệ số ống tủy ở mỗi chân răng của răng cối lớn thứ nhất hàm dưới có hai chân.

	1 ống tủy	2 ống tủy	Tổng
Chân gần n (%)	16 (5,5)	275 (94,5)	291 (100)
Chân xa n (%)	235 (80,8)	56 (19,2)	291 (100)

Bảng 2 thể hiện tần suất và tỉ lệ số ống tủy ở mỗi chân răng của răng cối lớn thứ nhất hàm dưới có ba chân. Trong 41 chân gần răng cối lớn thứ nhất hàm dưới ba chân, có 38 chân răng (92,7%) có hai ống tủy, các chân răng còn lại (7,3%) có một ống tủy. Trong 41 chân xa ngoài, có 40 (97,6%) chân răng có một ống tủy, chỉ có 1 chân răng (2,4%) là có hai ống tủy. Tất cả chân xa trong đều chỉ có một ống tủy.

Bảng 2. Tần suất và tỉ lệ số ống tủy ở mỗi chân răng của răng cối lớn thứ nhất hàm dưới có ba chân.

	1 ống tủy	2 ống tủy	Tổng
Chân gần n (%)	3 (7,3)	38 (92,7)	41 (100,0)
Chân xa ngoài n (%)	40 (97,6)	1 (2,4)	41 (100,0)
Chân xa trong n (%)	41 (100,0)	0 (0,0)	41 (100,0)

Tần suất và tỉ lệ các ống tủy chân răng phân loại theo Vertucci được thể hiện trong bảng 3. Trong 291 răng cối lớn thứ nhất hàm dưới hai chân, ở chân gần, ống tủy loại IV chiếm đa số với 60,8% (177/291). Ống tủy loại II, I, III, VI lần lượt là 30,6%, 5,5%, 2,1%, 1%. Trong khi đó ở chân xa, ống tủy loại I phổ biến nhất với tỉ lệ 80,8% (235/291), loại IV, III, II, V, VI lần lượt là 6,5%, 5,5%, 5,2%, 1,7%, 0,3%. Đối với nhóm 41 răng cối lớn thứ nhất hàm dưới có ba chân, ở chân gần, ống tủy loại IV chiếm ưu thế với tỉ lệ 68,3% (28/41), sau đó là là ống tủy loại II và loại I lần lượt là 24,4% và 7,3%. Ở chân xa ngoài, ống tủy loại I chiếm cao nhất với 97,6%, còn lại là ống tủy loại III với 2,4%. 100% chân xa trong là ống tủy loại I theo phân loại Vertucci.

Bảng 3. Tỉ lệ phân loại ống tủy của răng cối lớn thứ nhất hàm dưới theo phân loại của Vertucci (1984).

Loại	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	Khác	Tổng N (%)
RCL thứ nhất HD 2 chân										

Chân gần	16	89	6	177	0	3	0	0	0	0	291
	5,5%	30,6%	2,1%	60,8%		1,0%					100%
Chân xa	235	15	16	19	5	1	0	0	0	0	291
	80,8%	5,2%	5,5%	6,5%	1,7%	0,3%					100%
RCL thứ nhất HD 3 chân											
Chân gần	3	10	0	28	0	0	0	0	0	0	41
	7,3%	24,4%		68,3%							100%
Chân xa ngoài	40	0	1	0	0	0	0	0	0	0	41
	97,6%		2,4%								100%
Chân xa trong	41	0	0	0	0	0	0	0	0	0	41
	100%										100%

IV. BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu của chúng tôi sử dụng phân loại ống tủy của Vertucci, chủ yếu ghi nhận các dạng ống tủy loại I, loại II và loại IV, các biến thể còn lại không có hoặc rất ít. Tỷ lệ các biến thể ống tủy của răng cối lớn thứ nhất hàm dưới thay đổi tùy theo dân số nghiên cứu, phương pháp nghiên cứu cho thấy có nhiều yếu tố ảnh hưởng đến sự phân bố các biến thể ống tủy. Các yếu tố đó bao gồm sự khác biệt về phương pháp nghiên cứu, kỹ thuật nghiên cứu (in vitro, in vivo, CBCT, phương pháp nhuộm làm trong răng) hoặc do yếu tố chủng tộc [5]. Nhìn chung, ở chân gần của cả răng cối lớn thứ nhất hàm dưới hai chân và răng cối lớn thứ nhất hàm dưới ba chân thì hai biến thể ống tủy loại IV và loại II là thường gặp, trong đó loại IV là thường gặp nhất. Điều này tương tự với kết quả của các nghiên cứu trước đây. Tỷ lệ ống tủy loại IV ở chân gần của các răng cối lớn thứ nhất hàm dưới hai chân trong nghiên cứu của Vertucci và c.s. (1984) [7] ở Mỹ là 43%, nghiên cứu của Gulabivala và c.s. (2002) [4] ở Thái Lan là 58,3%, nghiên cứu của Miloglu và c.s. (2013) [5] ở Thổ Nhĩ Kỳ là 76,86%. Tỷ lệ ống tủy loại IV ở chân gần của các răng cối lớn thứ nhất hàm dưới ba chân trong nghiên cứu của Gulabivala và c.s. (2002) [4] ở Thái Lan là 66,7%, Gu và c.s. (2010) [2] ở Trung Quốc là 65%, Miloglu và c.s. (2013) [55] ở Thổ Nhĩ Kỳ là 46,2. Đặc biệt, trong nghiên cứu của Wang và c.s. (2010) [8] trên các chủng tộc ở phía Tây Trung Quốc cho thấy ở chân gần của cả răng cối lớn thứ nhất hàm dưới hai chân và ba chân thì ống tủy loại IV đều chiếm tới 94%. Dù các nghiên cứu thực hiện trên nhiều dân tộc khác nhau trên thế giới đều cho thấy tỷ lệ cao ống tủy loại IV (50% đến hơn 90%) ở chân gần của cả răng cối lớn thứ nhất hàm dưới hai chân và răng cối lớn thứ nhất hàm dưới ba chân, tuy nhiên sự phân bố biến thể này có khác nhau giữa các dân tộc.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, ống tủy loại

I chiếm 80,8% ở các chân xa răng cối lớn thứ nhất hàm dưới hai chân và chiếm 97,6% các chân xa ngoài răng cối lớn thứ nhất hàm dưới ba chân. Điều này tương tự kết quả nghiên cứu của Gu và c.s. (2010) [2], Gu và c.s. (2011) [3], Vertucci và c.s. (1984) [7].

100% chân xa trong của các răng cối lớn thứ nhất hàm dưới có ba chân đều là ống tủy loại I. Kết quả này tương tự với nhiều nghiên cứu trên thế giới như nghiên cứu của Gulabivala và c.s. (2002) [4] ở Thái Lan, Gu và c.s. (2010) [2] ở Trung Quốc, Wang và c.s. (2010) [8] ở Trung Quốc, Miloglu và c.s. (2013) [5] ở Thổ Nhĩ Kỳ.

De Pablo và c.s. (2010) [1] đã thực hiện một tổng quan nhiều nghiên cứu của nhiều tác giả và thống kê được loại ống tủy phổ biến nhất của chân gần răng cối lớn thứ nhất hàm dưới (bất kể là răng cối lớn thứ nhất hàm dưới hai chân hay ba chân) là loại IV với tỷ lệ 52,3%, sau đó là ống tủy loại II với 35%. Đối với chân xa răng cối lớn thứ nhất hàm dưới thì ống tủy loại I là phổ biến nhất với 62,7%, ống tủy loại II và loại IV lần lượt chiếm 14,5% và 12,4%.

Như vậy, trong nghiên cứu này, đối với các răng cối lớn thứ nhất hàm dưới, ống tủy loại IV (2-2) là biến thể ống tủy thường gặp nhất ở chân gần. Ở chân xa của răng cối lớn thứ nhất hàm dưới, ống tủy loại I (1-1) là dạng đa số với tỷ lệ gần 100%. Khi răng cối lớn thứ nhất hàm dưới có ba chân thì 100% chân xa trong là ống tủy loại I.

Việc sửa soạn và trám bít ống tủy loại I và loại IV theo phân loại Vertucci thường đi theo hướng thẳng vì mỗi ống tủy là riêng biệt và tách hẳn với nhau từ miệng ống tủy đến chóp. Đối với các ống tủy loại II, III, V, VI, VII, trên đường đi từ miệng ống tủy đến chóp có sự hợp nhất của hai ống tủy thành một ống chung, tạo thành một góc hội tụ hình nón hơi nhọn thì việc sửa soạn và trám bít sẽ khó khăn hơn. Điều trị nội nha với các ống tủy như vậy đòi hỏi kỹ thuật đúng, dụng cụ thích hợp, kỹ năng lâm sàng và quan trọng nhất là việc chẩn đoán đúng loại ống tủy.

V. KẾT LUẬN

Biến thể ống tủy loại IV là biến thể ống tủy thường gặp nhất ở chân gần của các răng cối lớn thứ nhất hàm dưới với tỉ lệ khoảng 60,8% - 68,3%, kể đến là biến thể ống tủy loại II với tỉ lệ khoảng 24,4%-30,6%. Ở chân xa của RCL thứ nhất hàm dưới, ống tủy loại I chiếm ưu thế với tỉ lệ 80,8% - 97,6%. Khi RCL thứ nhất hàm dưới có ba chân thì 100% chân thứ ba này là ống tủy loại I.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. De Pablo O.V., Estevez R., Peix Sanchez M., et al. (2010). "Root anatomy and canal configuration of the permanent mandibular first molar: a systematic review". J Endod, 36(12), 1919-1931.
2. Gu Y., Lu Q., Wang H., et al. (2010). "Root canal morphology of permanent three-rooted mandibular first molars--part I: pulp floor and root canal system". J Endod, 36(6), 990-994.
3. Gu Y., Zhou P., Ding Y., et al. (2011). "Root

- canal morphology of permanent three-rooted mandibular first molars: Part III--An odontometric analysis". J Endod, 37(4), 485-490.
4. Gulabivala K., Opasanon A., Ng Y.L., et al. (2002). "Root and canal morphology of Thai mandibular molars". Int Endod J, 35(1), 56-62.
5. Miloglu O., Arslan H., Barutcgil C., et al. (2013). "Evaluating root and canal configuration of mandibular first molars with cone beam computed tomography in a Turkish population". Journal of Dental Sciences, 8(1), 80-86.
6. Serene T.P., Spolsky V.W. (1981). "Frequency of endodontic therapy in a dental school setting". J Endod, 7(8), 385-387.
7. Vertucci F.J. (1984). "Root canal anatomy of the human permanent teeth". Oral Surg Oral Med Oral Pathol, 58(5), 589-599.
8. Wang Y., Zheng Q.H., Zhou X.D., et al. (2010). "Evaluation of the root and canal morphology of mandibular first permanent molars in a western Chinese population by cone-beam computed tomography". J Endod, 36(11), 1786-1789.

KIẾN THỨC, THỰC HÀNH CHĂM SÓC SAU MỔ CHẤN THƯƠNG TAI NẠN GIAO THÔNG VÀ CÁC YẾU TỐ LIÊN QUAN CỦA THÂN NHÂN NGƯỜI BỆNH TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TRUNG TÂM TIỀN GIANG

Trần Thị Thanh Thảo¹, Nguyễn Thanh Bình¹, Trần Thị Tuyết Mai¹

TÓM TẮT

Nghiên cứu được thực hiện nhằm mục tiêu xác định tỷ lệ kiến thức đúng, thực hành đúng và một số yếu tố liên quan trong chăm sóc sau mổ chấn thương tai nạn giao thông ở thân nhân người bệnh tại Bệnh viện Đa khoa Trung tâm Tiền Giang năm 2021. Nghiên cứu cắt ngang mô tả trên 385 đối tượng là thân nhân đưa người bệnh đến tái khám tại Bệnh viện đa khoa Trung tâm Tiền Giang. Kết quả cho thấy tỷ lệ kiến thức đúng chiếm khá cao 55,1% và thực hành đúng chiếm 86%. Phân tích hồi qui đa biến tìm thấy các mối liên quan giữa kiến thức đúng ở nhóm tuổi từ 36-55 tuổi so với nhóm từ 18-35 tuổi ($p < 0,05$; PR=0,82; KTC 95%: 0,72-0,93), nhóm >55 tuổi ($p < 0,05$; PR=0,67; KTC 95%: 0,52-0,86), vệ sinh tay (PR=1,85; KTC 95%: 1,03-3,31; $p < 0,05$), nghề nghiệp làm thuê công nhân (PR=0,78; KTC 95%: 0,62-1,00; $p < 0,01$). Tìm thấy mối liên quan giữa thực hành đúng với vệ sinh tay (PR=1,70; KTC 95%: 1,39-2,08; $p < 0,01$), nghề nghiệp làm thuê công nhân (PR=0,80; KTC 95%: 0,71-0,90; $p < 0,01$). Nhân viên Điều dưỡng cần tích cực tuyên truyền tư vấn giáo dục sức khỏe cho thân nhân khi người bệnh có chỉ định xuất viện.

Từ khóa: Chăm sóc sau mổ, thân nhân, Bệnh viện Đa khoa Trung tâm Tiền Giang.

SUMMARY

KNOWLEDGE, PRACTICE AFTER SURGICAL CARE OF TRAFFIC ACCIDENTS AND RELATED FACTORS OF THE PATIENT'S FAMILY AT THE CENTRAL HOSPITAL IN TIEN GIANG

The study was conducted with the aim of determining the rate of correct knowledge, correct practice and some related factors in post-operative care for traffic accident injuries in relatives of patients at the Central General Hospital in Tien Giang in 2021. A descriptive cross-sectional study on 385 subjects who were relatives who brought patients for follow-up examination at the Central General Hospital. The results show that the percentage of correct knowledge is quite high, 55.1% and correct practice accounts for 86%. Multivariable regression analysis found associations between correct knowledge in the age group of 36-55 years old compared with the group of 18-35 years old ($p < 0.05$; PR=0.82; 95% CI: 0.72-0.93), group >55 years old ($p < 0.05$; PR=0.67; 95% CI: 0.52-0.86), hand hygiene (PR=1.85; 95% CI: 1.03-3.31; $p < 0.05$), employment as a worker (PR=0.78; 95% CI: 0.62-1.00; $p < 0.01$). Found the association between correct practice and hand hygiene (PR=1.70; 95% CI: 1.39-2.08; $p < 0.01$), employment of workers (PR=0.80; KTC 95% CI: 0.71-0.90; $p < 0.01$). Nursing staff should actively propagate health education counseling to relatives when they are discharged home.

¹Trường Đại học Trà Vinh

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thanh Bình

Email: ntbinh@tvu.dedu.vn

Ngày nhận bài: 31/10/2021

Ngày phản biện khoa học: 29/11/2021

Ngày duyệt bài: 3/1/2022