

7	Labo thực tập tốt cho việc học thực hành điều khắc	69,39%	16,32%	14,29%
8	Người hướng dẫn giúp ích cho việc thực hành	93,88%	5,10%	1,02%
9	Tiêu chuẩn chấm điểm thực hành điều khắc thì hợp lý	76,53%	18,36%	5,10%
10	Thực hành điều khắc răng lằng lổ phí thời gian	12,24%	11,23%	76,53%
11	Thực hành điều khắc răng không giúp có thêm bất kỳ kiến thức nào về hình thái răng	12,24%	5,01%	82,65%
12	Nhìn chung việc thực hành điều khắc răng là hữu ích	87,75%	9,18%	3,07%

Trong thực hành giải phẫu răng, điều khắc răng là một loại thực hành nhiều tính đặc trưng của nghề nghiệp, vừa để học tập được tốt hình thái học răng, vừa có tác dụng rất lớn đối với việc giáo dục các đức tính cần cù, tỉ mỉ. Việc điều khắc răng bằng thạch cao có thể gây bụi, mất thời gian; dễ hạn chế các bất tiện của thạch cao, có thể thay thế thạch cao bằng sáp⁽²⁾⁽⁷⁾. Nghiên cứu của Yara (2015) về thực hành điều khắc răng trên nhóm sinh viên năm thứ nhất của Đại học Jordan cho thấy: phần lớn sinh viên nhận thấy việc thực hành điều khắc răng là cần thiết (77,60%), tương tự kết quả của chúng tôi. Tuy nhiên sinh viên trường Đại học Jordan thực hiện việc điều khắc răng bằng xa phòng, các sinh viên không hài lòng về vật liệu sử dụng vì giòn, dễ gãy và có thể gây dị ứng. Theo nghiên cứu của Meghanand (2014)⁽⁴⁾ về nhận thức của các nha sĩ ở Ấn Độ liên quan đến điều khắc răng cho thấy: 62,3% nhận thấy điều khắc răng có ảnh hưởng đến kiến thức giải phẫu răng, 62,6% nhận thấy điều khắc răng cần thiết trong nha khoa phục hồi, 53,8% giúp hiểu biết về cần khớp và 65% giúp cải thiện các kỹ năng lâm sàng.

IV. KẾT LUẬN

Thực hành điều khắc răng hữu ích và giúp phát triển sự khéo tay cần thiết cho thực hành lâm sàng răng hàm mặt.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Abu Eid R., et al., (2013). Self-directed study and carving tooth models for learning tooth morphology: perceptions of students at the University of Aberdeen, Scotland. *J Dent. Educ.*, vol. 77 (9), pp. 1147-53.
2. Gazit, E., et al., (1980). The use of replacement wax carving technique in teaching dental morphology. *J Dent.*, vol. 8 (3), pp. 270-4.
3. Hoàng Tử Hùng (2003). Giải Phẫu Răng. Nhà xuất bản Y học, Thành phố Hồ Chí Minh.
4. Meghanand T., Nayak P. (2014). The perceived relevance of tooth carving in dental education: Views of practicing dentists and faculty in West India. *Educ. Health (Abingdon)*, vol 27 (3), pp.238-242.
5. Obrez A. (2011). Teaching clinically relevant dental anatomy in the dental curriculum: description and assessment of an innovative module. *J Dent Educ.*, vol. 75 (6), pp. 797-804.
6. Patil PG (2012). Tooth carving: A response. *Indian J. Dent. Res.*; vol.23, pp.691-2.
7. Siessere S, Vitti M, de Sousa LG, Semprini M, Regalo SC. (2004). Educational material of dental anatomy applied to study the morphology of permanent teeth. *Braz Dent J*, vol. 15 (3), pp. 238-242.

NGHIÊN CỨU CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ LAO KHỚP ỨC ĐÒN

Lê Đức Nam*, Nguyễn Quốc Dũng*

Từ khóa: Lao khớp ỨC ĐÒN, lao, MRI, CT.

TÓM TẮT

Lao khớp ỨC ĐÒN là bệnh lý hiếm gặp và ít mô tả. Việc chẩn đoán chủ yếu dựa vào sinh thiết. XQ, CLVT, CHT các phương tiện tốt giúp giúp xác định tổn thương, trong đó CHT thường hữu hiệu hơn trong việc phát hiện các tổn thương sớm của lao khớp. Chúng tôi giới thiệu một trường hợp lao khớp ỨC ĐÒN bên phải ở bệnh nhân 85 tuổi, được chẩn đoán, điều trị theo phác đồ và theo dõi trong 2 năm.

* Bệnh viện Hữu Nghị, Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Lê Đức Nam

Email: namxoanle.hnu@gmail.com

Ngày nhận bài: 12/12/2016

Ngày phản biện khoa học: 10/1/2017

Ngày duyệt bài: 20/1/2017

SUMMARY

RESEARCH FOR TUBERCULOSIS OF STERNOCLAVICULAR JOINT DIAGNOSTIC AND TREATMENT

Tuberculosis of Sternoclavicular joint (TSJ) is rare and its had not been described. Diagnosis of TSJ is based by biopsy. Plan film, Computed tomography (CT), Magnetic resonance imaging (MRI) are good instrument that is helpful for determination of the TSJ. MRI is useful for early detection tuberculosis of joint. In this report, we describe a 85 year - olds with right sternoclavicular joint tuberculosis who has been diagnosed, treatment with a follow up of two years.

Keyword: Tuberculosis of Sternoclavicular joint, tuberculosis, MRI, CT

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Lao xương và khớp chiếm khoảng 1-3% trong số các bệnh nhân lao. Bệnh lý lao khớp ức đòn (LKUD) rất hiếm gặp, chiếm 1-2% của các bệnh nhân lao xương và khớp [1]. Chúng tôi tìm kiếm trên y văn thì có khoảng 30 bài báo mô tả về bệnh lý này, tuy nhiên chỉ dừng lại ở mô tả một trường hợp lâm sàng hoặc một nhóm các bệnh nhân [2-5]. Tại Việt Nam đến nay chưa có báo cáo nào về bệnh lý này. Việc chẩn đoán phân biệt viêm khớp do lao và các nguyên nhân gây viêm khác cũng như với các nguyên nhân ác tính vẫn là một thách thức với các nhà điều trị và chẩn đoán hình ảnh, vì vậy chúng tôi trình bày một trường hợp bệnh nhân được chẩn đoán lao khớp ức đòn bên phải tại Bệnh viện Hữu Nghị.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Phương pháp: Nghiên cứu hồi cứu ca bệnh.

2. Đối tượng: Bệnh nhân nam 85 tuổi, vào viện vì sưng đau khớp ức đòn bên phải với diễn biến bệnh khoảng gần 2 năm, tăng nặng trước vào viện khoảng 10 ngày. Bệnh nhân, có tiền sử dài tháo đường 6 năm điều trị bằng thuốc viên. Khám lâm sàng thấy khối vị trí khớp ức đòn

phải, KT ~ 5x3cm, sưng nóng đỏ, mật độ chắc, bờ gờ ghe, ranh giới rõ, ấn lún nhón (xem Hình 1).

Hình 1: Khối khớp ức đòn bên phải trên lâm sàng



Bệnh nhân thể trạng trung bình, không ho, không sốt. Không thấy hạch to vùng cổ và hố thương đòn. Cử động của vai phải bình thường. Trên X quang phổi không thấy hình ảnh tổn thương như mô phổi hai bên, không thấy tổn thương xương sườn và khớp ức đòn. Trên cắt lớp vi tính (CLVT) 64 dãy thấy khối vùng ức đòn bên phải KT ~ 58x74mm, ngấm thuốc mạnh và không đều sau tiêm, khối xâm lấn đầu trong xương đòn bên phải, một phần xương ức và xương sườn 1, phát triển ra phần mềm thành ngực kèm theo một số hạch trung thất (xem Hình 2).



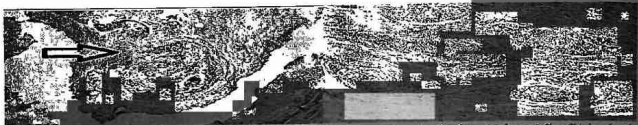
Hình 2: Ảnh CLVT 64 dãy trước và sau tiêm thuốc cản quang

Trên công hưởng từ (CHT) thành ngực cho thấy khối KT ~ 38x55x71 mm, tín hiệu hỗn hợp trên các ảnh T1W, sau tiêm thuốc đối quang từ thấy ngấm thuốc không đồng nhất, không thấy hình ảnh đường rờ, cấu trúc xương lân cận khối không thấy biến đổi tín hiệu (xem Hình 3)



Hình 3: Ảnh CHT các chuỗi xung T1W Sagittal trước và sau tiêm thuốc đối quang từ (ảnh Axial Dynamic).

Như vậy, các phương tiện chẩn đoán hình ảnh đều hướng tới một tổn thương u ác tính. Tiến hành sinh thiết cho bệnh nhân, kết quả giải phẫu bệnh không thấy tế bào ác tính, tổn thương là các nang lao không điển hình với các tế bào khổng lồ nhiều nhân, tế bào bán liên, lympho bào (xem Hình 4). Bệnh nhân được tiến hành điều trị ngoại trú theo phác đồ lao xương khớp.



Hình 4: Hình ảnh giải phẫu bệnh lao khớp ức đòn với các nang lao (mũi tên), không thấy tế bào ác tính.

III. KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN

Lao ở phổi vẫn là bệnh lý thường gặp hơn là lao ngoài phổi, lao xương và khớp chiếm khoảng 1-3% trong số các bệnh nhân lao và chiếm khoảng 10% bệnh nhân lao ngoài phổi, bệnh lý lao khớp ức đòn rất hiếm gặp, chiếm 1-2% của các bệnh nhân lao xương và khớp [1]. Theo tác giả Tuli SM báo cáo 1074 trường hợp lao xương khớp thì chỉ có 7 ca lao khớp ức đòn, tác giả Anuj Jain và cộng sự năm 2015 nghiên cứu 926 bệnh nhân lao xương khớp phát hiện 13 ca bệnh lao khớp ức đòn [2-5]. Viêm khớp ức đòn do vi khuẩn thường gặp do tụ cầu vàng và trực khuẩn mủ xanh hơn là do nguyên nhân lao [3]. Bệnh lý lao khớp ức đòn thường diễn biến từ từ không triệu chứng hơn 1 năm, thường phát hiện bệnh muộn với biểu hiện tại chỗ của một khối áp xe lạnh với đặc điểm sưng nóng đỏ, ổ đờ dịch ra ngoài da [4-5-7]. Bệnh nhân của chúng tôi có biểu hiện và diễn biến tương đồng.

Chẩn đoán hình ảnh là phương tiện hữu hiệu giúp định hướng chẩn đoán, các phương tiện bao gồm XQ, CT và MRI. Bệnh nhân lao khớp ức đòn thường rất khó xác định tổn thương trên phim XQ, bệnh nhân chúng tôi có XQ phổi bình thường, không quan sát được các tổn thương xương. Hầu hết các tác giả khác trên thế giới đều cho kết quả tương tự, tác giả Anuj Jain (2015) tổng hợp 13 ca bị lao khớp ức đòn trên XQ phổi thì chỉ thấy một trường hợp duy nhất có hình ảnh bất thường dạng nang xương đòn [5]. Điều này được giải thích do khớp ức đòn nằm sâu, thường là nơi hợp lưu của nhiều xương nên thường bị che lấp, tổn thương lao khớp là các tổn thương áp xe lạnh, mô mềm phát triển ra sau nên rất khó quan sát trên XQ phổi thường [6]. CLVT và CHT là các phương pháp chẩn đoán hình ảnh hiện đại, giúp ích rất nhiều trong việc chẩn đoán và điều trị cho bệnh nhân. Hình ảnh trên CT giúp đánh giá mức độ phá hủy xương, hình ảnh ổ hoại tử và xâm lấn cấu trúc xung quanh... CHT là phương pháp có nhiều giá trị và phát hiện các tổn thương lao của khớp sớm hơn so với CT. Trên CHT, tổn thương áp xe lao điển hình có đặc điểm đồng tín hiệu trên T1W, tăng tín hiệu trên T2W, ngấm thuốc mạnh sau tiêm, các xương lân

cận biến đổi tín hiệu trên các ảnh STIR. Một số trường hợp thấy đường rò ra ngoài da với cấu trúc hình ống tăng tín hiệu trên T2W [7].

Bệnh nhân của chúng tôi được chụp CT và CHT, có các đặc điểm tổn thương nêu trên, tuy nhiên rất khó phân biệt với các tổn thương viêm khác cũng như tổn thương u ác tính, vì vậy bệnh nhân được tiến hành sinh thiết xác định mô bệnh học. Trên các mảnh sinh thiết cho thấy các nang lao không điển hình với tế bào khổng lồ nhiều nhân, tế bào bán liên, lympho bào. Qua sinh thiết cũng xác định được rằng không thấy tế bào ác tính. Bệnh nhân được điều trị theo hướng lao khớp và triệu chứng hoàn toàn cải thiện. Một số tác giả đều cho rằng việc sinh thiết là hoàn toàn cần thiết và không phải tất cả các trường hợp lao khớp ức đòn là dương tính. Tác giả Anuj Jain (2015) báo cáo có 2 trên tổng số 13 bệnh nhân lao khớp ức đòn có kết quả giải phẫu bệnh là âm tính và chẩn đoán dựa trên lâm sàng [5-9]. Bệnh nhân được điều trị phác đồ 2HRZE/ 6RHE gồm: Isoniazid (H), Rifampicin (R), Pyrazinamid (Z), Ethambutol (E) với giai đoạn tấn công 2 tháng và duy trì trong 6 tháng. Sau khoảng 2 năm, bệnh nhân hết triệu chứng và hoạt động bình thường. Nhiều báo cáo của các tác giả khác cũng điều trị theo phác đồ tương tự và cho kết quả rất tốt, tuy nhiên cần cần nhắc vấn đề phẫu thuật trong một số trường hợp [4-5-7].

V. KẾT LUẬN

Lao khớp ức đòn là bệnh lý hiếm gặp. CT và CHT rất có giá trị xác định các tổn thương, trong đó CHT thường hữu hiệu hơn trong việc xác định các tổn thương sớm của lao khớp. Chẩn đoán bệnh thường phải dựa vào sinh thiết hoặc sau mổ, tuy nhiên không phải tất cả các trường hợp đều cho chẩn đoán xác định. Việc điều trị lao khớp đã có nhiều tiến bộ và kết quả khả quan, cần phối hợp với điều trị phẫu thuật trong một số trường hợp.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Watts, H.G. and Robert, L. (1996) Tuberculosis of Bones and Joints. *Journal of Bone and Joint Surgery*, 78, 288-299.

2. Tuli, S.M. (1993) Tuberculosis of the Skeletal System. *Jay Pee Brothers Medical Publisher*, New Delhi, 121-123
3. Enarson, D.A., Fuji, M., Nakielna, E.M. and Grzybowski, S. (1979) Bone and Joint Tuberculosis: A Continuing Problem. *Canadian Medical Association Journal*, 120, 139-145.
4. Dhillon MS., Gupta R., Nagi ON, et al. (2001) Tuberculosis of the sternoclavicular joints. *Acta Orthop Scand*, 72(5): 514-517.
5. Anuj Jain et al. (2015). Tuberculosis of the sternoclavicular joints. *Journal of Orthopaedic Surgery*, 23(3):315-8.
6. Yasuda, T., Trauma, K. and Fujiwara, M. (1995) Tuberculosis Arthritis of the Sternoclavicular Joint—A Report of Three Cases. *Journal of Bone and Joint Surgery*, 77,136-139.
7. Shah, J., Patkar, D., Parikh, B., Parmar, H., Varma, R., Patankar, T. and Prasad, S. (2000). Tuberculosis of the Sternum and Clavicle: Imaging Findings in 15 Patients. *Skeletal Radiology*. 29, 447-453.

ĐẶC ĐIỂM CÁC TRƯỜNG HỢP TỬ VONG CỦA TRẺ TỪ 0 ĐẾN 15 TUỔI TRONG 24 GIỜ ĐẦU NHẬP VIỆN TẠI BỆNH VIỆN NHI TRUNG ƯƠNG TỪ THÁNG 12/2012 ĐẾN THÁNG 06/2013

Trương Thị Mai Hồng*

TÓM TẮT

Nghiên cứu cắt ngang được thực hiện nhằm mô tả đặc điểm các trường hợp tử vong của trẻ từ 0 đến 15 tuổi trong 24 giờ đầu nhập viện tại bệnh viện nhi trung ương từ tháng 12/2012 đến tháng 06/2013. Tổng cộng có 54 ca tử vong trong 24 giờ đầu nhập viện và 262 ca tử vong tại bệnh viện sau 24 giờ nhập viện được lựa chọn vào nghiên cứu. Kết quả cho thấy, 63% là sơ sinh, đa số là nam giới (63%), 31,5% có nhân viên y tế; 31,5% có dụng cụ y tế trên xe; 31,5% được cấp cứu khi vận chuyển. 74,1% suy hô hấp từ độ 3 và 4; 24,1% tim ngừng đập, 16,7% sốc; 33,3% hôn mê giai đoạn 3; 5,6% hôn mê giai đoạn 2; sốt 44,4%, hạ nhiệt 55,5%, suy dinh dưỡng 63,5%; 20,4% số trường hợp nặng; 77,8% số trường hợp rất nặng. Nguyên nhân nhập viện và tử vong chủ yếu là viêm phổi, sốc nhiễm khuẩn, dè non.

Từ khóa: Tử vong, trẻ em, 24 giờ đầu, nhi trung ương.

SUMMARY

THE CHARACTERISTICS OF DEATH CASES AMONG CHILDREN AGED FROM 0 TO 15 IN THE FIRST 24 HOURS OF HOSPITALIZATION IN NATIONAL HOSPITAL OF PEDIATRICS FROM DECEMBER 2012 TO JUNE 2013

A cross-sectional study was carried out to describe the characteristics of death cases among children aged from 0 to 15 in the first 24 hours of hospitalization in National Hospital of Pediatrics from December 2012 to June 2013. A total of 54 deaths in the first 24 hours of hospitalization and 262 deaths after 24 hours of hospitalization was chosen to enroll in this study. The results indicated that 63% was

neonatal, most of death cases were male (63%), 31.5% had accompanying health care providers, 31.5% had medical equipment in the ambulance; 31.5% was given first aid during transition. 74.1% suffered from respiratory failure from grade 3 and 4; 24.1% reported cardiac arrest, 16.7% got shock; 33.3% had coma stage 3; 5.6% had coma stage 2; 44.4% suffered from fever, 55.5% reported hypothermia, 63.5% had malnutrition; 77.8% was extremely severe cases; 20.4% was severe cases. The causes of hospitalization and mortality are mainly from pneumonia, septic shock, premature.

Keywords: Death, children, the first 24 hours, National Pediatric Hospital.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tử lệ tử vong trong 24 giờ đầu nhập viện tại bệnh viện chiếm tỷ lệ lớn so với tỷ lệ tử vong chung, 23% năm 2004 và duy trì trong ba năm 2005, 2006 và 2007 [3]. Có nhiều nghiên cứu cho thấy tình hình tử vong chung ở trẻ em giảm nhưng tỷ lệ tử vong trẻ em trong 24 giờ vào viện lại có xu hướng gia tăng hơn trước do bệnh nhi đến muộn và thường là nặng [6]. Nguyên nhân chủ yếu là do vấn đề kinh tế, xã hội, bệnh tật, đặc điểm cơ địa trẻ, dịch vụ khám chữa bệnh. Dịch vụ khám chữa bệnh hiện nay vẫn chưa đáp ứng được so với nhu cầu thực tiễn, đặc biệt là cấp cứu. Các nghiên cứu về hệ thống cấp cứu Nhi khoa hiện nay còn yếu kém và thiếu tính đồng bộ của hệ thống [4] [5].

Ở Việt Nam, tỷ lệ tử vong trong 24 giờ ở trẻ sơ sinh cao hơn trẻ từ 1 tháng tuổi trở lên. Tuy vậy, các nghiên cứu chủ yếu ở các bệnh viện đa khoa tuyến tỉnh, tuyến huyện, hoặc vùng [5]. Trong khi đó, chưa có nghiên cứu chi tiết về tử vong trong 24 giờ tại bệnh viện Nhi Trung ương, là bệnh viện đầu ngành về lĩnh vực nhi khoa của cả nước. Trên cơ sở góp phần xây dựng các giải

*Bệnh viện Nhi Trung ương

Chịu trách nhiệm chính: Trương Thị Mai Hồng

Email: maihonghoa98@gmail.com

Ngày nhận bài: 3/12/2016

Ngày phản biện khoa học: 30/12/2016

Ngày duyệt bài: 18/1/2017