

cao hơn ở nhóm không tuân thủ (7,5%) có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,01$ .

Nghiên cứu về vấn đề tuân thủ sử dụng thuốc, kết quả nghiên cứu cho thấy tỉ lệ bệnh nhân tuân thủ sử dụng thuốc đạt mục tiêu kiểm soát HbA1c (72%) cao hơn ở nhóm không tuân thủ (28%) có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,03$ . Kết quả này phù hợp với các nghiên cứu cùng khu vực như Trần Thị Lịch<sup>5</sup>, Đoàn Thị Thúy Tình<sup>6</sup>. Tỉ lệ bệnh nhân tuân thủ chế độ ăn đạt mục tiêu kiểm soát HbA1c (55,9%) cao hơn ở nhóm không tuân thủ (44,1%) có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,01$ . Như vậy, khi cải thiện tuân thủ sử dụng thuốc của bệnh nhân có thể cải thiện kiểm soát tình trạng bệnh đái tháo đường và các yếu tố nguy cơ. Để cải thiện việc tuân thủ dùng thuốc cũng như tuân thủ điều trị về chế độ ăn, hoạt động thể lực, cần có sự tư vấn và giáo dục sức khỏe tốt hơn và nâng cao kiến thức cho người bệnh.

## V. KẾT LUẬN

Thực trạng kiểm soát glucose máu, lipid máu và huyết áp trên bệnh nhân ĐTĐ typ 2 điều trị ngoại trú tại Bệnh viện đa khoa Mộc Châu còn kém do đặc thù vị trí địa lí là huyện miền núi phía Bắc, còn gặp nhiều khó khăn trong việc tiếp cận y tế và ý thức tuân thủ điều trị, thay đổi lối sống của người bệnh chưa được quan tâm đúng mức. Hoạt động thể lực và chế độ ăn đóng vai trò quan trọng, ảnh hưởng tới kết quả kiểm soát đường huyết của bệnh nhân đái tháo đường. Vì vậy, trong công tác điều trị cần nhấn mạnh vai trò của dinh dưỡng, hoạt động thể lực và tuân thủ sử dụng thuốc

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế. Hướng Dẫn Chẩn Đoán và Điều Trị Bệnh

ĐTĐ Typ 2 Kèm Theo Quyết Định Số 5481/QĐ-BYT Ngày 31/12/2020.

2. Gedeberg A, Almdal TP, Berencsi K, et al.; 2018.
3. Nguyễn Khoa Diệu Vân. Đánh Giá Hiệu Quả Của Phương Pháp Điều Trị Tích Cực Để Hạn Chế Các Yếu Tố Nguy Cơ Đối Với Bệnh Lý Mạch Máu ở Bệnh Nhân Đái Tháo Đường Typ 2 Mới Phát Hiện. Luận án Tiến sĩ Y học. Trường đại học Y Hà Nội; 2006.
4. IDF Clinical Guidelines Task Force. **Global Guideline for Type 2 Diabetes, Brussels:** International Diabetes Federation.; 2005:66-70.
5. Trần Thị Lịch, Nguyễn Khoa Diệu Vân. Thực Trạng Kiểm Soát Đường Huyết và Các Yếu Tố Nguy Cơ ở Bệnh Nhân Đái Tháo Đường Typ 2 Điều Trị Ngoại Trú. tạp chí Y học Việt Nam; 2019.
6. Đoàn Thị Thúy Tình. Thực Trạng Kiểm Soát Glucose Máu và Các Yếu Tố Nguy Cơ Tim Mạch Truyền Thống ở Các Bệnh Nhân Đái Tháo Đường Typ 2 Điều Trị Ngoại Trú Tại Bệnh Viện Đa Khoa Tỉnh Tuyên Quang. Đại học Y Hà Nội; 2023.
7. Lê Trần Tuấn Anh. Một Số Yếu Tố Liên Quan Đến Kiểm Soát Glucose Máu ở Bệnh Nhân Đái Tháo Đường Típ 2 Đang Điều Trị Tại Bệnh Viện Đa Khoa Lê Chân, Hải Phòng Năm 2019. Tạp Chí Y Học Dự Phòng, Tập 31, Số 1, 2021, Tr155.
8. Vũ Thủy Thanh và cộng sự. Kiểm Soát Glucose Máu và Một Số Yếu Tố Nguy Cơ ở BN Ngoại Trú Tham Gia Chương Trình Quản Lý ĐTĐ Tại Khoa Khám Bệnh Bệnh Viện Bạch Mai. Tóm Tắt Các Công Trình Nghiên Cứu Khoa Học, Hội Nghị Khoa Học về Nội Tiết và Chuyển Hóa Toàn Quốc Lần Thứ 7.; 2014.
9. Nguyen KT, Diep BTT, Nguyen VDK, Van Lam H, Tran KQ, Tran NQ (2020). A Cross-Sectional Study to Evaluate Diabetes Management, Control and Complications in 1631 Patients with Type 2 Diabetes Mellitus in Vietnam (DiabCare Asia). Int J Diabetes Dev Ctries; 40(1):70-79.
10. Ngô Huy Hoàng, Đoàn Thị Hồng Thúy. Thay Đổi Thực Hành Tuân Thủ Điều Trị Của Người Bệnh Đái Tháo Đường Typ 2 Điều Trị Ngoại Trú Tại Bệnh Viện Nội Tiết Tỉnh Sơn La. Tạp Chí Khoa Học Điều Dưỡng 2020;50-58.

## NGHIÊN CỨU BIẾN CHỨNG VÀ PHÂN LOẠI NHỔ KHỔ RĂNG KHÔN HÀM DƯỚI Ở SINH VIÊN HỌC VIỆN QUÂN Y NĂM THỨ 3, NĂM HỌC 2022-2023

Nguyễn Trọng Đức<sup>1</sup>, Nguyễn Trọng Nghĩa<sup>1</sup>

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Đánh giá biến chứng và phân loại nhổ khổ răng khôn hàm dưới (RKHD) ở sinh viên Học viện Quân y năm thứ 3, năm học 2022-2023. **Đối tượng**

<sup>1</sup>Bệnh viện Trung Ương Quân đội 108

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Trọng Nghĩa

Email: dr.nghianguyen@gmail.com

Ngày nhận bài: 8.7.2024

Ngày phản biện khoa học: 21.8.2024

Ngày duyệt bài: 26.9.2024

**và phương pháp nghiên cứu:** 151 sinh viên Học viện Quân y được khám lâm sàng, chụp X.Quang kỹ thuật số cận chóp để đánh giá biến chứng và mức độ nhổ khổ răng khôn hàm dưới. **Kết quả nghiên cứu:** biến chứng do RKHD chiếm tỷ lệ thấp với 10/151 trường hợp chiếm 6,62%. Các biến chứng liên quan RKHD có sâu răng, viêm tủy, viêm lợi. Phân độ theo Parant, theo Pederson cũng như theo Pederson có bổ sung của Mai Đình Hưng đều cho thấy mức độ nhổ khổ trung bình chiếm tỷ lệ cao nhất. Mức độ nhổ ít khổ và rất khó chiếm tỷ lệ thấp. **Kết luận:** Nghiên cứu đã đưa ra bằng chứng về biến chứng và phân độ nhổ khổ răng khôn hàm dưới ở sinh viên Học viện

Quản lý khóa học 2022-2023 là cơ sở cho định hướng điều trị trên lâm sàng.

## SUMMARY

### STUDY ON COMPLICATIONS AND CLASSIFICATION OF DIFFICULT MANDIBULAR WISDOM TOOTH EXTRACTIONS IN THIRD-YEAR STUDENTS AT THE MILITARY MEDICAL ACADEMY, ACADEMIC YEAR 2022-2023

**Objective:** To evaluate the complications and classify the difficulty of mandibular wisdom tooth extractions in third-year students at the Vietnam Military Medical University for the academic year 2022-2023. **Subjects and methods:** A total of 151 students from the Vietnam Military Medical University were clinically examined and digital periapical X-rays were taken to assess complications and the difficulty level of mandibular wisdom tooth extractions. **Results:** Complications from mandibular wisdom teeth were relatively low, with 10 out of 151 cases accounting for 6.62%. The complications related to mandibular wisdom teeth included dental caries, pulpitis, and gingivitis. Classifications according to Parant, Pederson, and an augmented version of Pederson by Mai Đình Hưng indicated that the most common difficulty level was moderate. The levels of less difficult and very difficult extractions were less common. **Conclusion:** The study provides evidence on the complications and classification of difficult mandibular wisdom tooth extractions in third-year students at the Vietnam Military Medical University for the academic year 2022-2023, serving as a basis for clinical treatment orientation.

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Răng khôn hàm dưới (RKHD) thường mọc ở lứa tuổi trưởng thành từ 18 đến 25 tuổi. Đây là răng mọc cuối cùng khi các răng khác đã mọc ổn định trên cung răng. Vì thiếu chỗ trên cung hàm nên RKHD có thể bị mọc ngầm, mọc lệch, mọc kẹt và gây ra nhiều biến chứng như sâu răng, viêm quanh thân răng, sâu răng hàm dưới số hai và sâu chính răng khôn, viêm tổ chức liên kết, viêm xương, và các bệnh lý, biến chứng khác [1]. Những trường hợp gây biến chứng cần thiết phải nhổ. Tuy nhiên, có nhiều yếu tố ảnh hưởng đến mức độ nhổ khó với răng khôn hàm dưới. Vì vậy, việc phân độ nhổ khó với RKHD là hết sức cần thiết. Sinh viên năm thứ 3 Học viện Quân y là lứa tuổi RKHD mọc và có nguy cơ gây ra nhiều biến chứng. Do đó, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm mục tiêu: *Đánh giá biến chứng và phân loại nhổ khó RKHD ở sinh viên Học viện Quân y năm thứ 3, năm học 2022-2023.*

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

**2.1. Đối tượng nghiên cứu.** Sinh viên quân y năm thứ 3 đang học tập tại Học viện Quân Y năm học 2022-2023.

### Tiêu chuẩn lựa chọn:

- Độ tuổi từ 18-25.
- Không phân biệt nam-nữ.
- Có đầy đủ hồ sơ nghiên cứu.

### Tiêu chuẩn loại trừ:

- Có các bệnh lý khác kèm theo.
- Đã nhổ 1 hoặc 2 bên RKHD.
- Không đồng ý tham gia nghiên cứu.

## 2.2. Công thức tính cỡ mẫu

$$n = Z^2_{1-\alpha/2} \frac{p(1-p)}{d^2}$$

Trong đó: - n: cỡ mẫu.

-  $Z^2_{1-\alpha/2}$ : hệ số tin cậy = 1,96 (với mức ý nghĩa  $\alpha=0,05$ ).

- p: tỷ lệ RKHD, ước lượng là 0,228 [2].

- d = 0,07 (độ chính xác mong muốn và nhỏ hơn 1/3 p).

Vậy ta tính được n = 138. Để tăng tính tin cậy, chúng tôi thực hiện trên cỡ mẫu là n = 151 sinh viên.

## 2.3. Phương pháp nghiên cứu

**2.3.1. Thiết kế nghiên cứu.** Nghiên cứu mô tả cắt ngang, tiến cứu không can thiệp

### 2.3.2. Địa điểm và thời gian nghiên cứu

- Địa điểm nghiên cứu: Khoa răng miệng, Bệnh viện Quân y 103.

- Thời gian nghiên cứu: Từ tháng 2 đến tháng 3 năm 2023.

### 2.3.3. Kỹ thuật thực hiện

\* Khám lâm sàng: được thực hiện bởi bác sĩ chuyên khoa răng tại Khoa răng, Bệnh viện Quân y 103. Xác định các đặc điểm lâm sàng và các biến chứng liên quan đến RKHD.

\* Chụp X.Quang kỹ thuật số cận chóp: Sử dụng máy chụp phim cận chóp XQ kỹ thuật số BELMONT PHOT - XII để chụp toàn bộ hình ảnh RKHD ở cả hai bên cung hàm theo đúng quy trình kỹ thuật của Bộ y tế ban hành cho 100% sinh viên tham gia nghiên cứu, với những tiêu chuẩn mà phim phải đảm bảo:

- Lấy được toàn bộ hình ảnh RKHD.

- Lấy được các tổ chức xung quanh RKHD.

- Phải có những đường nét rõ ràng phân biệt: ngà răng và men răng; xương ổ răng, mào xương ổ răng và xương chân răng.

Dựa trên các đặc điểm lâm sàng và đặc điểm trên phim X,Quang cận chóp tiến hành phân độ nhổ khó RKHD theo Parant, theo Pederson và theo Pederson có bổ sung của Mai Đình Hưng.

### 2.3.4. Các chỉ tiêu nghiên cứu

- Các biến chứng liên quan đến RKHD: viêm tủy, viêm lợi, viêm quanh thân răng, viêm quanh cổ răng...

- Phân độ nhổ khó theo Parant, theo Pederson và theo Pederson có bổ sung của Mai

Đình Hưng.

**2.4. Phương pháp phân tích số liệu.** Số liệu được nhập và phân tích với phần mềm Excel 2021 và SPSS20.0.

**2.5. Đạo đức nghiên cứu.** Người tham gia nghiên cứu được tư vấn chi tiết cụ thể và chấp thuận tự nguyện tham gia nhóm nghiên cứu.

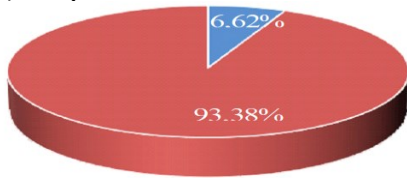
**III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU**

**3.1. Các biến chứng răng miệng liên quan đến RKHD**

**Bảng 1. Các biến chứng răng miệng liên quan RKHD**

Các bệnh	Số răng (n=151)	Tỉ lệ (%)
Sâu răng (R7 cùng bên)	5	3,31
Cao răng	0	0
Viêm tủy (R7 cùng bên)	3	1,96
Viêm lợi	2	1,32
Viêm quanh thân RKHD	0	0
Viêm quanh răng	0	0
Viêm quanh cuống răng	0	0
Không có	141	93,41
<b>Tổng</b>	<b>151</b>	<b>100</b>

**Nhận xét:** Phần lớn RKHD không gây ra các biến chứng với 141/151 chiếm 93,41%. Có một tỷ lệ nhỏ bị sâu răng (5/151 chiếm 3,31%), viêm tủy (3/151 chiếm 1,96%) và viêm lợi (2/151 chiếm 1,32%).



■ Có biến chứng ■ Không

**Biểu đồ 1. Tỷ lệ các biến chứng liên quan đến RKHD**

**Nhận xét:** Có 10 người có biến chứng/151 sinh viên với tỷ lệ có biến chứng liên quan đến RKHD (chiếm 6,62%). Phần lớn RKHD còn lại không gây ra các biến chứng (với 141/151 chiếm 93,38%).

**3.2. Phân độ nhỏ khó RKHD.**

**3.2.1. Phân độ nhỏ khó theo Parant**

**Bảng 2. Phân độ nhỏ khó theo Parant**

Nhóm	Bên trái n=(RKHD mọc lệch)		Bên phải n=(RKHD mọc lệch)		p
	n	%	n	%	
Ít khó	6	5,56	7	6,14	p>0,05
Khó trung bình	96	88,88	100	87,72	p>0,05
Rất khó	6	5,56	7	6,14	p>0,05
<b>Tổng</b>	<b>108</b>	<b>100</b>	<b>114</b>	<b>100</b>	

**Nhận xét:** Phân tích mức độ nhỏ khó theo Parant với các RKHD mọc lệch cho thấy: tỷ lệ nhỏ khó mức độ trung bình chiếm phần lớn ở cả bên phải và bên trái (với 96/108 chiếm 88,88% ở bên trái và 100/114 chiếm 87,72% ở bên phải). Tỷ lệ nhỏ khó mức độ ít và mức độ rất khó chiếm tỷ lệ rất thấp. Thống kê cho thấy không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về mức độ nhỏ khó các RKHD giữa bên trái và bên phải ( $X^2$ , p>0,05).

**3.2.2. Bảng phân loại RKHD nhỏ khó theo Pederson**

**Bảng 3. Phân độ nhỏ khó theo Pederson**

Nhóm	Bên trái n=(RKHD mọc lệch)		Bên phải n=(RKHD mọc lệch)		p
	n	%	n	%	
Ít khó	2	1,85	6	5,26	p>0,05
Khó trung bình	98	90,74	100	87,33	p>0,05
Rất khó	8	7,41	8	7,41	p>0,05
<b>Tổng</b>	<b>108</b>	<b>100</b>	<b>114</b>	<b>100</b>	

**Nhận xét:** Phân tích mức độ nhỏ khó theo Pederson với các RKHD mọc lệch cho thấy: tỷ lệ nhỏ khó mức độ trung bình chiếm phần lớn ở cả bên phải và bên trái (với 98/108 chiếm 90,74% ở bên trái và 100/114 chiếm 87,33% ở bên phải). Tỷ lệ nhỏ khó mức độ ít và mức độ rất khó chiếm tỷ lệ rất thấp. Thống kê cho thấy không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về mức độ nhỏ khó các RKHD giữa bên trái và bên phải ( $X^2$ , p>0,05).

**3.2.3. Bảng phân loại RKHD nhỏ khó theo Pederson có bổ sung của Mai Đình Hưng**

**Bảng 4. Phân loại RKHD nhỏ khó theo Pederson có bổ sung của Mai Đình Hưng**

Nhóm	Bên trái n=(RKHD mọc lệch)		Bên phải n=(RKHD mọc lệch)		p
	Số lượng	Tỷ lệ	Số lượng	Tỷ lệ	
Ít khó	2	1,85	6	5,26	p>0,05
Khó trung bình	98	90,74	103	90,35	p>0,05
Rất khó	8	7,41	5	4,39	p>0,05
<b>Tổng</b>	<b>108</b>	<b>100</b>	<b>114</b>	<b>100</b>	

**Nhận xét:** Kết quả bảng 4 cho thấy phần lớn RKHD mọc lệch có mức độ nhỏ khó ở mức trung bình (90,74% ở bên trái và 90,35% ở bên phải). Mức độ nhỏ khó ít và rất khó chiếm tỷ lệ rất thấp. Thống kê cho thấy không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về tỷ lệ mức độ nhỏ khó giữa bên phải và bên trái ( $X^2$ , p>0,05) nhưng có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa các tỷ lệ mức độ nhỏ khó khác nhau ở cả bên phải và bên trái ( $X^2$ , p<0,001).

## IV. BÀN LUẬN

### 4.1. Biến chứng liên quan đến RKHD.

Trong nghiên cứu này, biến chứng do RKHD chiếm tỷ lệ thấp với 10/151 trường hợp chiếm 6,62%. Biến chứng chủ yếu gồm sâu răng R7 cùng bên (với 5/151 trường hợp chiếm 3,31%), viêm tủy (với 3 trường hợp chiếm 1,96%) và viêm lợi R7 cùng bên (với 2/151 trường hợp chiếm 1,32%). So với các nghiên cứu trước đây, nghiên cứu của chúng tôi cũng có kết quả khá tương đồng. Theo Mai Thị Giang Thanh, tỷ lệ biến chứng do RKHD cũng tương đối thấp. Trong nghiên cứu này, tỷ lệ biến chứng chiếm 12,2% với các biến chứng gồm viêm nhiễm mô mềm, loét do sang chấn lợi trùm, sâu răng 8 hàm dưới [3]. Biến chứng của RKHD thường do hai nhóm nguyên nhân là biến chứng do mọc lệch, ngậm và biến chứng do lộn túi răng. Với nhóm đối tượng phần lớn dưới 25 tuổi như trong nghiên cứu của chúng tôi thì biến chứng chủ yếu do RKHD mọc lệch, ngậm. Vì vậy, tỷ lệ biến chứng ít cũng là phù hợp vì kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy phần lớn RKHD là mọc thẳng hoặc mọc lệch gần. Là những hình thái RKHD ít có khả năng gây ra biến chứng.

### 4.2. Phân độ nhổ khó RKHD

#### 4.2.1. Phân độ nhổ khó theo Parant.

Phân độ nhổ khó theo Parant dựa trên sự phức tạp của kỹ thuật can thiệp trong nhổ răng. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy phần lớn việc nhổ RKHD của đối tượng nghiên cứu có mức độ khó trung bình, nghĩa là để nhổ được răng cần bộc lộ xương kèm theo cắt thân răng ở vị trí cổ răng. Tuy nhiên, cũng có những trường hợp nhổ ở mức ít khó và rất khó nghĩa là có mức can thiệp với kỹ thuật đơn giản hoặc phức tạp hơn như chỉ cần bộc lộ tạo rãnh xương hoặc cần mở xương, cắt thân răng ở vị trí cổ răng và chia thân răng. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi có sự khác biệt so với kết quả nghiên cứu của Vũ Hồng Thái và cộng sự (2020) [4]. Kết quả nghiên cứu của nhóm tác giả này cho thấy mặc dù nhổ khó ở mức trung bình vẫn chiếm tỷ lệ cao (55,07% nếu nhổ thường và 46,38% nếu sử dụng máy). Tuy nhiên, tỷ lệ nhổ rất khó cũng chiếm khá cao (44,93% nếu nhổ thường và 53,62% nếu sử dụng máy) trong khi không có trường hợp nào được phân loại nhổ mức độ ít khó. Sự khác nhau giữa kết quả của chúng tôi với nghiên cứu này là do sự khác nhau về đối tượng nghiên cứu. Chúng tôi khảo sát trên nhóm đối tượng sinh viên Học viện Quân y với phần lớn RKHD chưa gây ra các triệu chứng hoặc biến chứng buộc phải đi khám và chỉ định nhổ RKHD như đã thể hiện ở kết quả với tỷ

lệ biến chứng chỉ 10/151 sinh viên chiếm 6,62%, trong khi nghiên cứu của Vũ Hồng Thái và cộng sự nghiên cứu trên nhóm đối tượng là những người đến nhổ RKHD mà phần lớn là có triệu chứng hoặc biến chứng do RKHD.

#### 4.2.2. Phân độ nhổ khó theo Pederson.

Kết quả nghiên cứu ở bảng 3 cho thấy tỷ lệ nhổ khó ở mức trung bình cũng chiếm tỷ lệ cao nhất (với 98/108 chiếm 90,74% ở bên trái và 100/114 chiếm 87,33%). Mức độ nhổ ít khó hoặc rất khó chiếm tỷ lệ thấp. Như vậy, mặc dù có sự khác biệt nhất định về tỷ lệ của các mức độ tiên lượng nhổ khó theo Pederson và theo Parant nhưng sự khác nhau là không nhiều, đặc biệt là tỷ lệ nhổ khó ở mức độ trung bình đều chiếm tỷ lệ cao nhất. Do đó, chúng tôi cho rằng cả phân độ nhổ khó theo Parant và Pederson đều có giá trị cao để ứng dụng thực hành lâm sàng. Nghiên cứu trước đây cho thấy sử dụng phân độ nhổ khó răng khôn hàm dưới theo Pederson có độ nhạy là 94,9% và độ đặc hiệu là 45% [5]. Vì vậy, trong thực hành lâm sàng cần phối hợp nhiều bảng phân độ để cho độ chính xác cao hơn.

#### 4.2.3. Phân loại RKHD nhổ khó theo Pederson có bổ sung của Mai Đình Hưng.

Kết quả ở bảng 4 cho thấy ở cả bên phải và bên trái, phần lớn RKHD nhổ khó ở mức trung bình (64,90% ở bên trái và 68,21% ở bên phải), sau đó là mức độ nhổ ít khó (29,08% ở bên trái và 28,48% ở bên phải). Mức độ nhổ rất khó chiếm tỷ lệ rất ít (1,51% ở bên trái và 3,31% ở bên phải). Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của Mai Đình Hưng (1996) cho thấy nhổ khó trung bình cũng chiếm tỷ lệ cao nhất với 77,27% [6]. Phân loại mức độ nhổ khó là cơ sở để các bác sĩ lâm sàng chuẩn bị sẵn các phương tiện, dụng cụ và tiên lượng được kết quả nhổ răng khôn hàm dưới. Với kết quả như trong nghiên cứu này thì phần lớn việc nhổ RKHD ở đối tượng sinh viên năm thứ 3 Học viện Quân y có mức độ ít khó khăn hoặc khó khăn trung bình, ít trường hợp có mức độ rất khó khăn có nhiều biến chứng và tiên lượng phẫu thuật nhổ khó khăn.

## V. KẾT LUẬN

- Biến chứng liên quan đến RKHD: biến chứng do RKHD chiếm tỷ lệ thấp với 10/151 trường hợp chiếm 6,62%. Các biến chứng liên quan RKHD có sâu răng (với 6/151 chiếm 3,94%), viêm tủy (với 4/151 chiếm 2,63%), viêm lợi (với 2/151 chiếm 1,32%).

- Phân độ nhổ khó RKHD: Phân độ theo Parant, theo Pederson cũng như theo Pederson có bổ sung của Mai Đình Hưng đều cho thấy mức độ nhổ khó trung bình chiếm tỷ lệ cao nhất.

Mức độ nhỏ ít khó và rất khó chiếm tỷ lệ thấp.

### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Hoàng Tử Hùng**, (2017), Giải phẫu răng, Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh, Nhà xuất bản Y học.
2. **Phạm Như Hải** (1999). Nhận xét tình trạng răng khôn hàm dưới mọc lệch ngậm ở sinh viên lứa tuổi 18-25 và xử trí, Luận văn thạc sĩ Y học, trường ĐHY Hà Nội.
3. **Mai Thị Giang Thanh** (2013). Khảo sát tỷ lệ và đặc điểm lâm sàng X-Quang của răng khôn hàm dưới có lợi chùm, đánh giá kết quả xử trí tại Bệnh viện Bạch Mai. Khóa luận tốt nghiệp bác sĩ y khoa, Đại học Y Hà Nội.
4. **Vũ Hồng Thái, Nguyễn Khang, Nguyễn Danh Long** (2020). Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng răng khôn hàm dưới theo phân loại Parant II, III tại Bệnh viện Quân y 103. Tạp chí Nghiên cứu Khoa học. 6(59): 159-164.
5. **Akadiri OA, Fasola AO, Arotiba JT** (2009). Evaluation of Pederson index as an instrument for predicting difficulty of third molar surgical extraction. Niger Postgrad Med J. 16(2):105-8.
6. **Mai Đình Hưng** (1996). Phân loại các loại răng mọc ngậm, răng mọc lệch và răng mọc tại chỗ, giáo trình giảng dạy Răng Hàm Mặt. Bộ môn Răng Hàm Mặt, Đại học Y Hà Nội.

## THỰC TRẠNG THỰC HÀNH XỬ TRÍ BAN ĐẦU CỦA BỐ/MẸ TRONG CHĂM SÓC TRẺ SỐT TRƯỚC KHI NHẬP VIỆN TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA XANH PÔN NĂM 2022

Đỗ Thị Huế<sup>1</sup>, Nguyễn Thị Thúy Hương<sup>1</sup>

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Mô tả thực hành xử trí ban đầu của bố/mẹ trong chăm sóc trẻ sốt trước khi nhập viện tại khoa Nhi Bệnh viện đa khoa Xanh Pôn từ tháng 2 đến tháng 4 năm 2022. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** mô tả cắt ngang, chọn mẫu thuận tiện. **Kết quả:** Tỷ lệ nam: nữ ở ĐTNC là 2:1. Đa số ĐTNC sống ở thành thị và có trình độ học vấn là đại học- sau đại học. ĐTNC có nghề nghiệp là cán bộ viên chức chiếm tỷ lệ cao nhất 47% và thấp nhất là ĐTNC có nghề nghiệp là làm ruộng – khác chiếm tỷ lệ 16%. Tỷ lệ bố/mẹ có thực hành đúng về xử trí sốt ở trẻ chiếm tỷ lệ 41%. **Kết luận:** Tỷ lệ bố/mẹ có thực hành đúng về xử trí sốt ở trẻ còn chưa cao.

**Từ khóa:** xử trí ban đầu sốt

### SUMMARY

#### CURRENT STATUS OF PRACTICE OF INITIAL MANAGEMENT OF FATHERS/MOTHERS IN CARE OF FEVER CHILDREN BEFORE ADMISSION TO THE HOSPITAL AT XANH PON GENERAL HOSPITAL IN 2022

**Objective:** To describe practice of initial management of parents in caring for children with fever before admission to the Pediatrics Department of Saint Paul General Hospital from February to April 2022. **Subjects and methods Research:** cross-sectional description, convenience sampling. **Results:** The male: female ratio in the study group was 2:1. The majority of ethnic minorities live in urban areas and have a university or postgraduate level of education. The highest rate is 47% of the respondents

whose occupation is being a civil servant, and the lowest is the respondent whose occupation is farming - other, accounting for 16%. The proportion of parents with correct practice on treating fever in children is 41%, respectively. **Conclusion:** The rate of parents with correct practice on treating fever in children is still low in Vietnam.

**Keywords:** initial treatment of fever

### I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Sốt là một phản ứng của cơ thể, có tác dụng làm tăng tốc độ các phản ứng hóa học để bảo vệ cơ thể khi cần thiết nhưng sốt quá cao và kéo dài lại gây ra nhiều hậu quả xấu đối với cơ thể. Ở trẻ em, đặc biệt là trẻ nhỏ khi hệ thống miễn dịch của cơ thể còn chưa hoàn thiện nên trẻ dễ mắc các bệnh nhiễm khuẩn như tiêu chảy, nhiễm khuẩn đường hô hấp.

Sốt thường được xử trí tại nhà trước khi đưa trẻ đến bác sĩ hoặc bệnh viện. Theo nghiên cứu của Phạm Thị Tuyết có 53,4% trẻ đến khám có sốt, gần 40% sốt ở nhà từ 3 – 7 ngày [1]. Theo nghiên cứu của De Bont EG năm 2014 có 43,7% cha mẹ cho biết họ đã từng cho trẻ đến khám bác sĩ hoặc bác sĩ gia đình khi trẻ có sốt, nghiên cứu khác của ông năm 2015 cho thấy hằng ngày có tới 31,1% cuộc gọi từ cha mẹ đến phòng khám xin tư vấn về sốt ở trẻ em [2]. Tỷ lệ trẻ nhập viện do sốt cũng khá cao, nghiên cứu của Phạm Hải Yến chỉ ra rằng trong số trẻ nhập viện có tới 73,7% trẻ có sốt [3].

Sốt thường xảy ra rất đột ngột, bất ngờ. Người đầu tiên phát hiện và xử trí cho trẻ thường là bố/mẹ. Do đó bố/mẹ có thực hành chăm sóc sốt tốt thì sẽ hạn chế được hậu quả không tốt cho trẻ. Vì vậy nâng cao thực hành chăm sóc trẻ sốt là rất quan trọng làm hạn chế

<sup>1</sup>Trường Đại học Kỹ thuật Y tế Hải Dương

Chịu trách nhiệm chính: Đỗ Thị Huế

Email: dothihuehmtu@gmail.com

Ngày nhận bài: 5.7.2024

Ngày phản biện khoa học: 19.8.2024

Ngày duyệt bài: 26.9.2024