

ĐẶC ĐIỂM HÌNH THÁI MÔ XƯƠNG VÀ MÔ NƯỚU MẶT NGOÀI Ở NHÓM RĂNG TRƯỚC HÀM TRÊN: NGHIÊN CỨU TRÊN HÌNH ẢNH CBCT

Trần Hùng Lâm¹, Đoàn Vũ², Nguyễn Ngọc Phúc¹,
Hoàng Việt¹, Lê Nguyễn Trà Mi³

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Vách xương và mô nướu mặt ngoài vùng răng trước hàm trên là yếu tố quan trọng quyết định đến thẩm mỹ và thành công của điều trị implant. **Mục tiêu:** Xác định khoảng cách từ đường nối men – xê măng đến mào xương ổ mặt ngoài (CEJ – AC) và khoảng cách từ viền nướu mặt ngoài đến mào xương mặt ngoài (GM – AC) của nhóm răng trước hàm trên, vị trí chân răng trước hàm trên trong xương ổ răng, bề dày mô nướu mặt ngoài vùng răng trước hàm trên và đánh giá tương quan giữa vách xương đối với mô nướu mặt ngoài vùng răng trước hàm trên. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu cắt ngang mô tả, phân tích trên 100 hình ảnh CBCT thoả các tiêu chí chọn mẫu. Các răng trước hàm trên được đo đạc trong mặt phẳng đứng dọc: bề dày vách xương mặt ngoài tại các vị trí cách mào xương 1mm (điểm A), 3mm (điểm B), 5mm (điểm C) và tại chóp răng; bề dày mô nướu tại điểm A; khoảng cách CEJ – AC và GM – AC; phân loại vị trí chân răng theo Kan 2011. **Kết quả:** Khoảng cách CEJ – AC tăng dần từ răng cửa giữa ($1,92 \pm 0,86$) đến răng nanh ($2,40 \pm 1,79$), ngược lại, khoảng cách GM – AC giảm dần từ răng cửa giữa ($3,10 \pm 0,69$) đến răng nanh ($2,96 \pm 1,48$). Vị trí các chân răng trước trong mặt đứng dọc đa số thuộc loại I (94,85%) theo phân loại Kan 2011. Mô nướu của răng cửa giữa là dày nhất ($0,76 \pm 0,19$), tiếp đến là răng cửa bên ($0,59 \pm 0,19$) và mỏng nhất là răng nanh ($0,53 \pm 0,19$). Tương quan giữa bề dày vách xương và bề dày mô nướu mặt ngoài (ghi nhận tại điểm A) cho thấy có mối tương quan nghịch, mức độ tương quan yếu, $|R| < 0,3$, ($p < 0,05$). **Kết luận:** Đa số bệnh nhân có kiểu hình mô nướu mặt ngoài mỏng, có mối tương quan nghịch mức độ yếu giữa bề dày vách xương và mô nướu mặt ngoài, và chân răng dựa vào vách xương mặt ngoài (loại I theo Kan). **Từ khóa:** CBCT, CEJ – AC, GM – AC, vị trí chân răng

SUMMARY

MORPHOLOGICAL CHARACTERISTICS OF THE LABIAL BONE AND GINGIVAL TISSUE IN THE ANTERIOR MAXILLARY TEETH: A STUDY ON CBCT IMAGES

Background: The buccal bone and gingival tissue in the anterior maxillary region are important factors that determine the aesthetics and success of implant treatment. **Objective:** To determine the

distance from the cemento-enamel junction to the buccal alveolar crest (CEJ – AC), and the distance from the buccal gingival margin to the buccal alveolar crest (GM – AC) of the anterior maxillary teeth, the position of the roots of the anterior maxillary teeth in the alveolar bone, the thickness of the buccal gingival tissue in the anterior maxillary region, and to evaluate the correlation between the buccal bone and the buccal gingival tissue in the anterior maxillary region.

Materials and methods: A descriptive cross-sectional study analyzing 100 CBCT images that met the selection criteria. The anterior maxillary teeth were measured in a vertical plane: the thickness of the buccal bone at positions 1mm (point A), 3mm (point B), 5mm (point C) from the alveolar crest, and at the apex; the thickness of the gingival tissue at point A; the distances CEJ – AC and GM – AC; and classification of the position of the roots according to Kan 2011. **Results:** The CEJ – AC distance gradually increased from the central incisor (1.92 ± 0.86) to the canine (2.40 ± 1.79), whereas the GM – AC distance gradually decreased from the central incisor (3.10 ± 0.69) to the canine (2.96 ± 1.48). The majority of the sagittal root positions belonged to Type I (94.85%) according to the Kan classification 2011. The gingival tissue around the central incisor was the thickest (0.76 ± 0.19), followed by the lateral incisor (0.59 ± 0.19), and thinnest around the canine (0.53 ± 0.19). The correlation between buccal bone thickness and buccal gingival tissue thickness (measured at point A) showed an inverse correlation with a weak level of correlation, $|R| < 0.3$ ($p < 0.05$). **Conclusion:** Most patients had a thin buccal gingival phenotype, there was a light inverse correlation between buccal bone and buccal gingival tissue thickness, and most of the roots were positioned against the labial cortical plate (Type I according to Kan). **Keywords:** CBCT, CEJ – AC, GM – AC, sagittal root position

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ở vùng răng thẩm mỹ, mô nướu và vách xương mặt ngoài là một thách thức quan trọng đối với điều trị implant. Yếu tố nguy cơ dẫn đến mất thẩm mỹ sau điều trị implant bao gồm yếu tố cơ địa như dạng sinh học mô nướu, mức xương, vách xương mặt ngoài mỏng hay bị tổn thương và yếu tố ngoại lai như vị trí 3 chiều của implant, hình dạng phục hình sau cùng, và phương pháp phẫu thuật.

Năm 2011, Kan và cs đưa ra phân loại vị trí chân răng trước hàm trên đối với xương ổ răng trong mặt phẳng đứng dọc, nhằm định hướng mũi khoan đầu tiên khi thực hiện implant tức thì. Đây là phân loại được chấp nhận rộng rãi trong việc lên kế hoạch phẫu thuật implant và phục

¹Trường Đại học Văn Lang

²Nha khoa Dr Care

³Đại học Y Dược Tp Hồ Chí Minh

Chịu trách nhiệm chính: Trần Hùng Lâm

Email: lam.th@vlu.edu.vn

Ngày nhận bài: 8.01.2025

Ngày phản biện khoa học: 13.2.2025

Ngày duyệt bài: 14.3.2025

hình tức thì ở vùng răng trước hàm trên. Hơn nữa, cách phân loại còn giúp việc truyền đạt thông tin giữa các nhà lâm sàng cụ thể, chính xác.

Chúng tôi đã báo cáo kết quả nghiên cứu đánh giá bề dày vách xương và mô nướu mặt ngoài vùng răng trước hàm trên dựa trên hình ảnh CBCT ở người Việt Nam (Hùng Lâm T. và cộng sự, 2021). Để đánh giá mở rộng và chuyên sâu hơn về những đặc điểm liên quan đến mô xương và mô nướu vùng thẩm mỹ, bài báo này sẽ tập trung phân tích các yếu tố: (i) Khoảng cách từ đường nối men – xê măng đến mào xương ổ mặt ngoài (CEJ – AC), và khoảng cách từ viền nướu mặt ngoài đến mào xương mặt ngoài (GM – AC), (ii) Vị trí chân răng trong xương ổ răng, (iii) Bề dày mô nướu mặt ngoài, và (iv) Đánh giá tương quan giữa vách xương đối với mô nướu mặt ngoài.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu thực hiện trên 100 hình ảnh CBCT của người Việt Nam trưởng thành không mất các răng trước hàm trên (13 đến 23); các răng này không có bệnh lý nhiễm trùng chóp hay bệnh lý nha chu ảnh hưởng đến việc phân tích vách xương mặt ngoài. Trước khi chụp phim, bệnh nhân được đặt 2 thanh gòn cuộn sát đáy hành lang hàm trên, ngang cạnh thẳng môi trên. CBCT được chụp bằng máy CBCT Picasso Trio (Ewoo Vatech – Hàn quốc) bởi cùng một kỹ thuật viên đã được huấn luyện định chuẩn. Sau đó, các thông số đo đặc trong mặt phẳng đứng

Bảng 1. Khoảng cách CEJ – AC và GM – AC (mm)

	Răng cửa giữa n=200		Răng cửa bên n=200		Răng nanh n=200	
	CEJ-AC	GM-AC	CEJ-AC	GM-AC	CEJ-AC	GM-AC
Trung bình	1,92	3,10	2,07	3,02	2,40	2,96
Độ lệch chuẩn	0,86	0,69	0,73	0,72	1,79	1,48
Trung vị	1,80	3,00	2,00	2,90	2,10	2,70
Giá trị lớn nhất	4,8	5,7	4,6	5,5	15,6	14,5
Giá trị nhỏ nhất	0,4	1,6	0,5	0,8	0,6	1,4

3.2. Vị trí chân răng trước hàm trên trong xương ổ răng. Dựa theo phân loại vị trí chân răng của Kan (2011), trong tổng số 600 răng đưa vào nghiên cứu, không tìm thấy răng có chân răng loại III, tỷ lệ phân bố loại I, II, IV lần lượt là 94,8%, 3,7%, 1,5%. Chân răng loại II và loại IV tập trung nhiều nhất ở răng cửa bên (11,5%), trong khi răng cửa giữa và răng nanh hầu như chỉ có loại I (trên 97%) (Bảng 2).

Bảng 2. Tỷ lệ phân bố (%) các răng theo phân loại vị trí chân răng trong xương ổ theo Kan (2011)

	Phân loại Kan (2011)			
	Loại I	Loại II	Loại III	Loại IV

đọc (độ phóng đại 7 lần) được ghi nhận: bề dày xương và bề dày nướu tại A cách mào xương 1 mm (BA và GA); bề dày xương và bề dày nướu tại B cách mào xương 3 mm (BB và GB); bề dày xương và bề dày nướu tại C cách mào xương 5 mm (BC và GC); bề dày xương tại chóp răng (BAP); khoảng cách CEJ – AC và GM – AC; và phân loại vị trí chân răng theo Kan 2011. Trong trường hợp răng không có xương mặt ngoài hay vùng nướu xương kéo dài đến 1/3 chóp răng nhưng vẫn còn mô nướu mặt ngoài, các điểm A, B, C sẽ được định vị cách viền nướu từ 4, 6, 8 mm để đo bề dày mô nướu. Số liệu được phân tích với phần mềm Excel 2010 và SPSS 18.0 (PASW Statistic 18).

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Khoảng cách từ đường nối men – xê măng đến mào xương mặt ngoài (CEJ - AC) và viền nướu đến mào xương mặt ngoài (GM - AC) vùng răng trước hàm trên

Khoảng cách CEJ - AC tăng dần từ răng cửa giữa ($1,92 \pm 0,86$) đến răng cửa bên ($2,07 \pm 0,73$) và răng nanh ($2,40 \pm 1,79$), sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ($p < 0,01$, Kiểm định Friedman, Wilcoxon) (Bảng 1).

Ngược lại, khoảng cách GM - AC lại giảm dần từ răng cửa giữa ($3,10 \pm 0,69$) đến răng cửa bên ($3,02 \pm 0,72$) và răng nanh ($2,96 \pm 1,48$), nhưng sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$, Kiểm định Friedman, Wilcoxon) (Bảng 1).

Răng cửa giữa	97,5	2,5	0	0
Răng cửa bên	88,5	7,5	0	4,0
Răng nanh	98,5	1,0	0	0,5
Tổng cộng	94,8	3,7	0	1,5

3.3. Bề dày mô nướu mặt ngoài vùng răng trước hàm trên. Khi tiến hành đo đặc, bề dày mô nướu được ghi nhận tại 3 điểm A, B, C; tuy nhiên để đánh giá tương quan với các yếu tố khác, chúng tôi chỉ sử dụng dữ liệu bề dày mô nướu tại A (cách mào xương ổ răng 1mm về phía chóp).

Xét tại điểm A, mô nướu của răng cửa giữa là dày nhất ($0,76 \pm 0,19$) tiếp đến là răng cửa bên ($0,59 \pm 0,19$) và mỏng nhất là răng nanh ($0,53 \pm 0,19$), sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê

($p < 0,01$, Kiểm định Friedman, Wilcoxon) (Bảng 3).

Bảng 3. Bề dày (mm) mô nướu mặt ngoài vùng răng trước hàm trên

	Răng cửa giữa n=200			Răng cửa bên n=200			Răng nanh n=200		
	GA	GB	GC	GA	GB	GC	GA	GB	GC
Trung bình	0,76	0,78	1,05	0,59	0,78	1,19	0,53	0,59	0,86
Độ lệch chuẩn	0,19	0,28	0,69	0,19	0,27	0,45	0,19	0,26	0,53
Trung vị	0,80	0,80	0,90	0,60	0,70	1,10	0,50	0,50	0,80
Giá trị lớn nhất	1,4	2,6	7,0	1,5	1,5	3,3	1,6	2,3	4,5
Giá trị nhỏ nhất	0,2	0,3	0,3	0,3	0,3	0,4	0,2	0,2	0,3

3.4. Đánh giá tương quan giữa vách xương đối với mô nướu mặt ngoài vùng răng trước hàm trên. Khi đánh giá tương quan mô xương và mô nướu tại vị trí A ở mỗi răng, bề

dày mô nướu có tương quan nghịch với bề dày vách xương, tuy nhiên mức độ tương quan yếu ($|R| < 0,3$). Tương quan này thể hiện bởi phương trình hồi quy tuyến tính ở bảng 4.

Bảng 4. Tương quan giữa bề dày vách xương và mô nướu vùng răng trước hàm trên

	Tương quan Spearman	R ²	p*	Phương trình hồi quy	p**
Răng cửa giữa	-0,24	0,064	0,000	$Y = -0,205X + 0,915$	0,000
Răng cửa bên	-0,30	0,063	0,000	$Y = -0,168X + 0,720$	0,000
Răng nanh	-0,18	0,043	0,002	$Y = -0,105X + 0,620$	0,002

Phân tích hồi quy tuyến tính

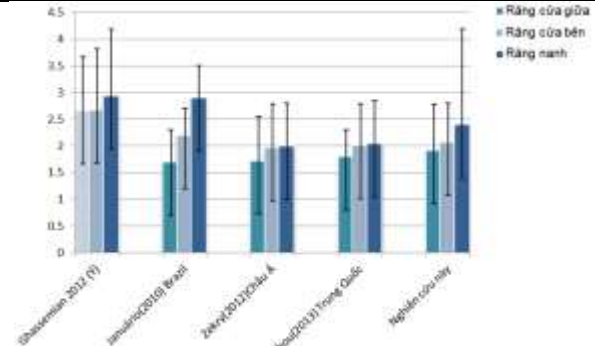
R²: Tham số R bình phương hiệu chỉnh cho biết mức độ (%) sự biến thiên của biến GA được giải thích bởi biến BA (Hệ số xác định)

p*: Phân tích ANOVA ($p < 0,05$: mô hình phân tích tương quan là phù hợp)

p** < 0,05: Các tham số hồi quy trong phân tích là có ý nghĩa

IV. BÀN LUẬN

Khoảng cách CEJ – AC trong nghiên cứu này là $1,92 (\pm 0,86)$ ở răng cửa giữa, $2,07 (\pm 0,73)$ ở răng cửa bên, và răng nanh $2,40 (\pm 1,79)$. Có sự khác biệt có ý nghĩa theo chiều hướng tăng dần khoảng cách CEJ – AC từ răng cửa giữa đến răng nanh ($p < 0,01$). Ngoài ra, độ lệch chuẩn của trung bình CEJ – AC tại răng nanh cao do kết quả đo được có khoảng biến thiên lớn (từ 0,6 đến 15,6), do chúng tôi không loại ra khỏi nghiên cứu những trường hợp răng gần như không có xương mặt ngoài mà vẫn có nướu che phủ thể hiện trên lát cắt sử dụng để đo (thường gặp ở răng nanh). Nghiên cứu của Zekry (2012) [71] trên 200 CBCT bệnh nhân Châu Á có ghi nhận về khoảng cách CEJ – AC là $1,72 (\pm 0,83)$ ở răng cửa giữa, $1,97 (\pm 0,82)$ ở răng cửa bên và $2,00 (\pm 0,80)$ ở răng nanh. Các chỉ số này đều thấp hơn trong nghiên cứu của chúng tôi, nguyên nhân là trong tiêu chuẩn chọn mẫu, Zekry đã loại ra khỏi nghiên cứu các trường hợp trên phim CBCT thấy rằng có khoảng cách CEJ – AC trên 4 mm. Ngoài ra, trên thế giới còn một số nghiên cứu có báo cáo về kích thước CEJ - AC và kết quả kích thước này cao hơn đáng kể so với người Châu Á (Biểu đồ 1).



Biểu đồ 1: Một số nghiên cứu đo khoảng cách CEJ – AC trên thế giới

Giá trị trung bình CEJ – AC răng cửa giữa trong nghiên cứu của Nguyễn Mạo là $1,04 (\pm 0,48)$, thấp hơn trong nghiên cứu của chúng tôi, có thể do tiêu chuẩn chọn mẫu và phương pháp đo, trong nghiên cứu năm 2007 tác giả chọn 60 sinh viên có độ tuổi từ 18 -25 và sử dụng kỹ thuật chụp bên song song.

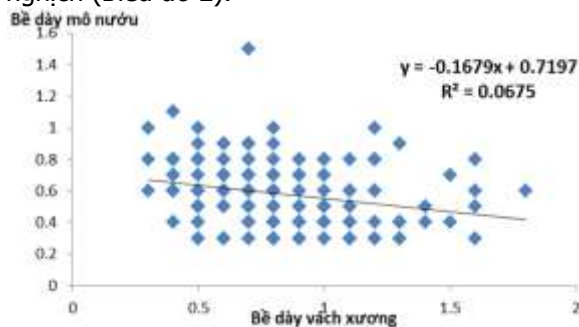
Khoảng cách GM – AC ở nhóm răng trước trung bình từ 2,9 đến 3,1 mm. Sự khác biệt giữa các răng không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$). Nghiên cứu trên răng cửa giữa hàm trên bên trái, Nguyễn Mạo (2007) chỉ ra khoảng cách CEJ – GM là $1,69 (\pm 0,64)$, biến thiên từ 0,4 đến 3,7. Để tiện so sánh, chúng tôi đánh giá lại khoảng cách CEJ – GM của răng cửa giữa và ghi nhận kết quả là 1,18 với khoảng biến thiên rộng từ - 1,0 đến 3,6, độ lệch chuẩn là 0,84.

Trong nghiên cứu này, bề dày mô nướu tại A ở răng cửa giữa là $0,76 (\pm 0,19)$, răng cửa bên là $0,59 (\pm 0,19)$ và ở răng nanh là $0,53 (\pm 0,19)$, bề dày mô nướu giảm dần từ răng cửa giữa đến răng nanh là có ý nghĩa thống kê ($p < 0,01$). Kết

quả này phù hợp với Fu và cs (2010) khi tiến hành nghiên cứu tương quan vách xương và mô nướu của nhóm răng trước trên 22 xác có tuổi từ 33 đến 97 tại Mỹ. Tác giả sử dụng hai phương pháp là chụp CBCT và đo trực tiếp sau khi nhổ răng để đánh giá bề dày xương và mô nướu tại vị trí dưới mào xương ổ 2mm. Hai phương pháp cho kết quả tương đương nhau, bề dày mô nướu hàm trên là $0,57 \pm 0,25$.

Bên cạnh phương pháp sử dụng sóng siêu âm, phương pháp đo xuyên nướu là cách phổ biến để đánh giá bề dày trung bình mô nướu sừng hóa, tuy nhiên không đánh giá được chính xác bên dưới mô nướu tại vị trí đó là xương hay bề mặt chân răng. Hạn chế này hoàn toàn có thể giải quyết bằng kỹ thuật CBCT mô mềm được nêu trong nghiên cứu của chúng tôi.

Xem xét mối liên hệ giữa bề dày vách xương và mô nướu, ở cả 3 nhóm răng trong nghiên cứu, chúng tôi đều ghi nhận được giữa bề dày vách xương và bề dày mô nướu tại A có tương quan với nhau dù chỉ là mối tương quan thấp ($0,1 < |r| < 0,3$), và đặc biệt đây là tương quan nghịch (Biểu đồ 2).



Biểu đồ 2: Tương quan giữa bề dày vách xương và mô nướu mặt ngoài tại A ở răng cửa bên hàm trên

Kết quả này ngược với Fu (2010) đã công bố trước đó, Fu và cs đưa ra mối tương quan thuận giữa bề dày mô xương và mô nướu với hệ số tương quan $R = 0,429$ ($p < 0,001$), tác giả sử dụng CBCT để đo mô nướu tuy nhiên không dùng công cụ hỗ trợ để tạo ranh giới giữa nướu và mô mềm bên ngoài. Trong nghiên cứu mới nhất được đưa ra tháng 4/2015, Younes cũng khẳng định giữa bề dày vách xương và mô nướu sừng hóa có tương quan thuận, $R = 0,406$ ($p < 0,001$) với phương tiện đo nướu là máy siêu âm.

Sự khác biệt kết quả giữa các nghiên cứu thể hiện sự đa dạng về hình thái của mô nha chu. Nhiều yếu tố tại chỗ khác ảnh hưởng đến bề dày vách xương và mô nướu từng được báo cáo như hình dạng thân răng, hình dạng và độ lớn của chân răng, độ nghiêng ngoài trong của

răng, chiều cao nướu sừng hóa... do đó cần có một nghiên cứu toàn diện đến đánh giá đầu là yếu tố liên quan nhiều nhất đến bề dày mô nha chu vùng răng trước. Đây phải là nghiên cứu kết hợp đo trên lâm sàng và nghiên cứu trên hình ảnh CBCT. Như vậy, với kết quả tương quan nghịch và ở mức độ yếu cùng hệ số xác định R^2 thấp giữa bề dày vách xương và mô nướu của nghiên cứu này, chúng tôi không có mục đích khẳng định bề dày vách xương mặt ngoài và bề dày mô nướu sừng hóa thực sự có quan hệ tỉ lệ nghịch với nhau vì bề dày vách xương và mô nướu tại vị trí dưới mào xương 1mm không thể đại diện cho hình thái thực sự của vách xương và nướu mặt ngoài, và áp dụng cho mọi tình huống lâm sàng là không phù hợp. Tuy nhiên, kết quả này có thể xem như một cơ sở để các nhà lâm sàng có thêm thông tin khi lên kế hoạch can thiệp ở vùng răng trước.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu trên 100 hình ảnh CBCT của người Việt đánh giá bề dày vách xương và mô nướu mặt ngoài vùng răng trước hàm trên cho thấy khoảng cách CEJ – AC tăng dần từ răng cửa giữa đến răng nanh, ngược lại, khoảng cách GM – AC giảm dần từ răng cửa giữa đến răng nanh. Vị trí các chân răng trước trong mặt đứng dọc đa số thuộc loại I (94,85%) theo phân loại Kan 2011. Bề dày mô nướu giảm dần từ răng cửa giữa đến răng nanh. Tương quan giữa bề dày vách xương và bề dày mô nướu mặt ngoài (ghi nhận tại điểm A) cho thấy có mối tương quan nghịch, mức độ tương quan yếu, $|R| < 0,3$, ($p < 0,05$).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Hùng Lâm, T. ., Vũ, Đoàn ., & Ngọc Quảng Phi, T. .** (2021). "Đánh giá bề dày vách xương và mô nướu mặt ngoài vùng răng trước hàm trên: nghiên cứu trên hình ảnh CBCT". Tạp Chí Y học Việt Nam, 501(1).
2. **Becker W., Goldstein M., Becker B. E., Sennerby L.** (2005), "Minimally invasive flapless implant surgery: a prospective multicenter study", Clin Implant Dent Relat Res, 7 (1), pp.S21-27.
3. **Kan J. Y., Roe P., Rungcharassaeng K., Patel R. D., Waki T., et al.** (2011), "Classification of sagittal root position in relation to the anterior maxillary osseous housing for immediate implant placement: a cone beam computed tomography study", Int J Oral Maxillofac Implants, 26(4), pp.873-876.
4. **Nowzari H., Molayem S., Chiu C. H. K., Rich S.K.** (2012), "Cone beam computed tomographic measurement of maxillary central incisors to determine prevalence of facial alveolar bone width ≥ 2 mm", Clinical implant dentistry and related research, 14(4), pp.595-602.
5. **Qahash M., Susin C., Polimeni G., Hall J., Wikesjo U. M.** (2008), "Bone healing dynamics

- at buccal peri-implant sites", Clin Oral Implants Res, 19(2), pp.166-172.
6. **Schwartz A. D., Chaushu G.** (1998), "Immediate implant placement: a procedure without incisions", J Periodontol, 69(7), pp.743-750.
 7. **Chen S. T., Darby I. B., Reynolds E. C., Clement J. G.** (2009), "Immediate implant placement postextraction without flap elevation", J Periodontol, 80(1), pp.163.
 8. **Spray J. R., Black C. G., Morris H. F., Ochi S.** (2000), "The influence of bone thickness on facial marginal bone response: stage 1 placement through stage 2 uncovering", Ann Periodontol, 5(1), pp.119-128.

Kiến thức về phòng ngừa nguy cơ tái hẹp mạch vành và một số yếu tố liên quan của người bệnh sau can thiệp mạch vành qua da tại Bệnh viện Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh

Trần Hòa^{1,2*}, Lê Quang Nhứt¹

TÓM TẮT

Mục tiêu nghiên cứu: Xác định kiến thức đúng về phòng ngừa nguy cơ tái hẹp mạch vành và một số yếu tố liên quan của người bệnh sau can thiệp mạch vành qua da. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu cắt ngang mô tả trên 365 người bệnh ngoại trú được can thiệp mạch vành qua da đến tái khám sau 01 tháng điều trị tại Bệnh viện Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh. **Kết quả:** Tỷ lệ người bệnh có kiến thức đúng về phòng ngừa nguy cơ tái hẹp mạch vành là 86,3%. Các yếu tố liên quan đến kiến thức đúng của bệnh nhân: nam giới ($p=0,01$), người bệnh có trình độ là cấp 3 ($p=0,04$), người đã kết hôn ($p=0,02$), người bệnh có bệnh kèm theo ngoài bệnh mạch vành ($p<0,001$), hài lòng của người bệnh về công tác giáo dục sức khỏe của điều dưỡng ($p=0,001$), người bệnh có số lần được giáo dục sức khỏe là 2 lần ($p<0,001$), số lần giáo dục sức khỏe ≥ 3 lần ($p=0,006$). **Kết luận:** Tăng cường sự hài lòng và truyền thông, giáo dục sức khỏe nhằm nâng cao kiến thức về nguy cơ tái hẹp mạch vành cho người bệnh.

Từ khóa: nguy cơ tái hẹp mạch vành, can thiệp mạch vành qua da

SUMMARY

THE KNOWLEDGE ABOUT PREVENTING RISK OF CORONARY RESTENOSIS AND ASSOCIATED FACTORS IN PATIENTS UNDERGOING PERCUTANEOUS CORONARY INTERVENTION AT UNIVERSITY MEDICAL CENTER HO CHI MINH CITY

Objectives: To determine the correct knowledge about preventing the risk of coronary restenosis and identify related factors in patients after percutaneous coronary intervention. **Materials and methods:** A cross-sectional descriptive study was conducted on

365 outpatients who underwent PCI and returned for follow-up one month after treatment at the University Medical Center Ho Chi Minh City. **Results:** The proportion of patients with correct knowledge about preventing coronary restenosis was 86.3%. Factors associated with correct knowledge included male gender ($p = 0.01$), education level (high school) ($p = 0.04$), marital status (married) ($p = 0.02$), presence of comorbidities besides coronary artery disease ($p < 0.001$), patient satisfaction with nursing health education ($p = 0.001$), receiving health education twice ($p < 0.001$), and receiving health education three or more times ($p = 0.006$). **Conclusion:** Enhancing patient satisfaction and strengthening health education and communication are essential to improving knowledge about the risk of coronary restenosis. **Keywords:** Risk of coronary restenosis, percutaneous coronary intervention

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Phương pháp can thiệp động mạch vành qua da đang là biện pháp điều trị có hiệu quả bệnh lý động mạch vành. Các thử nghiệm lớn trên thế giới cho thấy tỷ lệ tái hẹp stent khoảng từ 16%-44% đối với stent kim loại trần và 3%-20% đối với stent phủ thuốc sau 1 năm [1], [2]. Tái hẹp stent thường xảy ra trong khoảng từ 3 đến 20 tháng sau đặt stent [3], [4]. Tại Việt Nam, theo một số nghiên cứu của Ngô Hữu Vinh và cộng sự (2010) cho thấy kết quả tỷ lệ tái hẹp sau chụp động mạch vành chọn lọc cản quang là 16,99%, tỷ lệ tái hẹp của nhóm nong bóng kết hợp stent thường là 33,33% [5], của Nguyễn Quốc Thái (2011) tỷ lệ tái hẹp stent là 16,7% [6]. Để giảm thiểu nguy cơ tái hẹp trong stent và sự hẹp tiến triển của các mạch máu khác, người bệnh cần tuân thủ điều trị dùng thuốc và duy trì lối sống lành mạnh như chế độ luyện tập, chế độ dinh dưỡng. Đặc biệt là người bệnh phải có kiến thức đúng về những nội dung trên là hết sức cần thiết và quan trọng. Chính vì vậy, chúng tôi quyết định thực hiện nghiên cứu này với mục tiêu: xác định kiến thức đúng về phòng ngừa nguy cơ tái

¹Bệnh viện Đại học Y dược Thành phố Hồ Chí Minh

²Đại học Y dược Thành phố Hồ Chí Minh

Chịu trách nhiệm chính: Trần Hòa

Email: tranhoa@ump.edu.vn

Ngày nhận bài: 7.01.2025

Ngày phản biện khoa học: 12.2.2025

Ngày duyệt bài: 14.3.2025