

|                   |                |            |           |       |
|-------------------|----------------|------------|-----------|-------|
|                   | ≥70            | 62 (47,3)  | 69 (52,7) |       |
| <b>Học vấn</b>    | THPT trở xuống | 142 (60,9) | 91 (39,1) | 0,038 |
|                   | Trên THPT      | 22 (44,9)  | 27 (55,1) |       |
| <b>Nơi cư trú</b> | TPHCM          | 127 (62,6) | 76 (37,4) | 0,016 |
|                   | Khác           | 37 (46,8)  | 42 (53,2) |       |
| <b>Hút thuốc</b>  | Không hút      | 85 (51,8)  | 79 (48,2) | 0,011 |
|                   | Có hút         | 79 (66,9)  | 39 (33,1) |       |

Nam giới có tỷ lệ viêm niệu cao hơn nữ (76,1% so với 46,2%;  $p < 0,001$ ). Nhóm tuổi 60–69 có tỷ lệ viêm niệu cao hơn nhóm ≥70 (67,5% so với 47,3%;  $p = 0,001$ ). Nhóm có trình độ học vấn THPT trở xuống có tỷ lệ viêm niệu cao hơn nhóm trên THPT (60,9% so với 44,9%;

$p = 0,038$ ). Người sống tại TP.HCM có tỷ lệ viêm niệu cao hơn so với người sống ở tỉnh khác (62,6% so với 46,8%;  $p = 0,016$ ). Ngoài ra, nhóm hút thuốc lá có tỷ lệ viêm niệu cao hơn nhóm không hút (66,9% so với 51,8%;  $p = 0,011$ ).

**Bảng 6. Các yếu tố liên quan đến mức độ cao răng ở người bệnh cao tuổi (n=282)**

| Đặc điểm   |                | CIS 0 n(%) | CIS 1 n(%) | CIS 2 n(%) | CIS 3 n(%) | Giá trị p |
|------------|----------------|------------|------------|------------|------------|-----------|
| Giới tính  | Nam            | 8 (7,1)    | 77 (68,1)  | 10 (8,8)   | 18 (15,9)  | <0,001    |
|            | Nữ             | 49 (29,0)  | 32 (18,9)  | 73 (43,2)  | 15 (8,9)   |           |
| Nhóm tuổi  | Từ 60-69       | 34 (22,5)  | 61 (40,4)  | 50 (33,1)  | 6 (4,0)    | <0,001    |
|            | ≥70            | 23 (17,6)  | 48 (36,6)  | 33 (25,2)  | 27 (20,6)  |           |
| Học vấn    | THPT trở xuống | 50 (21,5)  | 90 (38,6)  | 64 (27,5)  | 29 (12,4)  | 0,331     |
|            | Trên THPT      | 7 (14,3)   | 19 (38,8)  | 19 (38,8)  | 4 (8,2)    |           |
| Nơi cư trú | TPHCM          | 40 (19,7)  | 66 (32,5)  | 76 (37,4)  | 21 (10,3)  | <0,001    |
|            | Khác           | 17 (21,5)  | 43 (54,4)  | 7 (8,9)    | 12 (15,2)  |           |
| Hút thuốc  | Không hút      | 39 (23,8)  | 74 (45,1)  | 36 (22,0)  | 15 (9,1)   | 0,001     |
|            | Có hút         | 18 (15,3)  | 35 (29,7)  | 47 (39,8)  | 18 (15,3)  |           |

Ở nhóm nam giới, tỷ lệ CIS 1 (68,1%) và CIS 3 (15,9%) cao hơn so với nữ, trong khi nữ có tỷ lệ CIS 2 cao nhất (43,2%). Nhóm ≥70 tuổi có tỷ lệ CIS 3 cao hơn đáng kể so với nhóm 60–69 (20,6% so với 4,0%). Người cư trú tại tỉnh khác có tỷ lệ CIS 3 cao hơn TP.HCM (15,2% so

với 10,3%) và CIS 1 cũng cao hơn (54,4% so với 32,5%). Người hút thuốc có tỷ lệ CIS 2 (39,8%) và CIS 3 (15,3%) cao hơn nhóm không hút (22,0% và 9,1% tương ứng). Các khác biệt này đều có ý nghĩa thống kê ( $p < 0,05$ ), ngoại trừ yếu tố học vấn ( $p = 0,331$ ).

**Bảng 7. Các yếu tố liên quan đến mức độ nha chu ở người bệnh cao tuổi (n=282)**

| Đặc điểm   | CPI 0–2 n(%)   | CPI 3–4 n(%) | Giá trị p |
|------------|----------------|--------------|-----------|
| Giới tính  | Nam            | 101 (89,4)   | 0,026     |
|            | Nữ             | 134 (79,3)   |           |
| Nhóm tuổi  | Từ 60-69       | 123 (81,5)   | 0,364     |
|            | ≥70            | 112 (85,5)   |           |
| Học vấn    | THPT trở xuống | 186 (79,8)   | 0,001     |
|            | Trên THPT      | 49 (100,0)   |           |
| Nơi cư trú | TPHCM          | 169 (83,3)   | 0,953     |
|            | Khác           | 66 (83,5)    |           |
| Hút thuốc  | Không hút      | 141 (86,0)   | 0,160     |
|            | Có hút         | 94 (79,7)    |           |

Kết quả phân tích cho thấy giới tính và trình độ học vấn có mối liên quan có ý nghĩa thống kê đến tình trạng nha chu ở người bệnh cao tuổi, trong khi tuổi, nơi cư trú và tình trạng hút thuốc không cho thấy sự khác biệt rõ rệt. Tỷ lệ CPI 3–4 ở nữ cao hơn nam (20,7% so với 10,6%;  $p = 0,026$ ). Nhóm có trình độ THPT trở xuống có tỷ lệ CPI 3–4 cao hơn rõ rệt so với nhóm trên THPT (20,2% so với 0,0%;  $p = 0,001$ ). Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa các nhóm tuổi

( $p = 0,364$ ), nơi cư trú ( $p = 0,953$ ) và tình trạng hút thuốc ( $p = 0,160$ ).

#### IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu này cho thấy các bệnh lý răng miệng ở người cao tuổi khám ngoại trú tại Bệnh viện Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh năm 2025 có tỷ lệ mắc rất cao, trong đó cao răng (CIS 1–3) chiếm 87,2%, mất răng 81,2%, sâu răng 67,4% và viêm niệu 58,2%. Về chỉ số CPI, kết quả của chúng tôi ghi nhận tỷ lệ CPI 2, 3 và 4

cộng lại đạt 47,3%, phản ánh nhu cầu lớn về lấy cao răng và vệ sinh răng miệng định kỳ ở người cao tuổi. Con số này tương đồng với nghiên cứu của Lê Nguyễn Bá Thụ (2018), trong đó CPI 0 là 10,0%, CPI 1 là 10,7%, CPI 2 là 60,1%, CPI 3 là 7,5% và CPI 4 là 0,7%, cho thấy phần lớn người cao tuổi cần được can thiệp dự phòng hoặc điều trị nha chu ở mức cơ bản [2].

Kết quả cũng phù hợp với nhận định rằng sâu răng và mất răng tăng theo độ tuổi [2]. Cụ thể, nghiên cứu này cho thấy nhóm  $\geq 70$  tuổi có tỷ lệ sâu răng cao hơn rõ rệt so với nhóm 60–69 tuổi (89,3% so với 48,3%;  $p < 0,001$ ) và tỷ lệ mất răng cao hơn (90,1% so với 73,5%;  $p < 0,001$ ). Kết quả này gần với ghi nhận của Zhang và cs (2020) ở Hong Kong, nơi tỷ lệ sâu thân răng và sâu chân răng lần lượt là 43,1% và 30,0% ở người cao tuổi (tuổi trung bình 74,9), đồng thời mức độ nghiêm trọng của sâu răng gia tăng cùng với tụt nướu và mảng bám trên bề mặt chân răng [8].

Yếu tố xã hội–kinh tế và giáo dục cũng thể hiện mối liên quan rõ rệt. Chúng tôi ghi nhận mất răng liên quan đến trình độ học vấn thấp (84,5% ở nhóm THPT trở xuống so với 65,3% ở nhóm trên THPT;  $p = 0,002$ ), và CPI 3–4 chỉ xuất hiện ở nhóm học vấn thấp (20,2%), trong khi nhóm học vấn cao không ghi nhận trường hợp nào ( $p = 0,001$ ). Kết quả này phù hợp với Wang L và cs (2017), nghiên cứu trên 744 người 65–74 tuổi, cho thấy trình độ học vấn cao (OR = 0,34; KTC 95%: 0,17–0,66) và thu nhập hộ gia đình cao (OR = 0,47; KTC 95%: 0,41–0,77) là yếu tố bảo vệ chống lại sâu răng [6].

Ngoài ra, thói quen hút thuốc cũng ảnh hưởng rõ đến tình trạng răng miệng. Người hút thuốc trong nghiên cứu này có tỷ lệ viêm nướu (66,9% so với 51,8%;  $p = 0,011$ ), CIS 2 (39,8% so với 22,0%) và CIS 3 (15,3% so với 9,1%;  $p = 0,001$ ) cao hơn nhóm không hút thuốc. Điều này cũng phù hợp với kết quả từ các nghiên cứu dịch tễ học rằng hút thuốc là yếu tố nguy cơ lớn đối với bệnh nha chu. Về nhu cầu điều trị, kết quả của chúng tôi tương tự báo cáo của Susanto A và cs (2020) tại Indonesia, cho thấy 92% người cao tuổi (55–74 tuổi) cần được hướng dẫn vệ sinh răng miệng và lấy cao răng (CPI 2 + 3), trong khi 8% cần điều trị nha chu chuyên sâu (CPI 4) [5].

## V. KẾT LUẬN

Các bệnh lý răng miệng ở người cao tuổi khám ngoại trú tại Bệnh viện Đại học Y Dược TP.

Hồ Chí Minh năm 2025 có tỷ lệ mắc cao, trong đó phổ biến nhất là cao răng, mất răng và sâu răng. Một số yếu tố nhân khẩu – xã hội và hành vi như giới tính, nhóm tuổi, trình độ học vấn, nơi cư trú và thói quen hút thuốc có liên quan đáng kể đến tình trạng răng miệng. Kết quả nghiên cứu nhấn mạnh sự cần thiết của các chương trình tầm soát, giáo dục và dự phòng chuyên biệt cho người cao tuổi, nhằm nâng cao sức khỏe răng miệng và chất lượng cuộc sống ở nhóm đối tượng này.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Võ Thị Thuý Hồng** (2021). "Thực trạng bệnh quanh răng và nhu cầu điều trị của người cao tuổi tỉnh Bình Dương". Tạp Chí Y học Việt Nam, 509, (1), tr.122-126.
2. **Lê Nguyễn Bá Thụ** (2018), Thực trạng sức khỏe răng miệng và đánh giá hiệu quả can thiệp chăm sóc răng miệng ở người cao tuổi tại Đắk Lắk. Luận án Tiến sĩ Y học, Đại học Y Hà Nội.
3. **Nguyễn Bùi Bảo Tiên, Nguyễn Thùy Trang** (2023) "Tình trạng mất răng, phục hình răng, nhu cầu và yêu cầu điều trị ở người cao tuổi tại trung tâm y tế Quận Thanh Khê và Quận Hải Châu - Thành phố Đà Nẵng". Tạp chí Y Dược học Cần Thơ, 58, tr. 210-216.
4. **Janto, M., Iurcov, R., Daina, C. M., Neculoiu, D. C., Venter, A. C., Badau, D., Cotovanu, A., Negrau, M., Suteu, C. L., Sabau, M., Daina, L. G.** (2022). "Oral Health among Elderly, Impact on Life Quality, Access of Elderly Patients to Oral Health Services and Methods to Improve Oral Health: A Narrative Review". J Pers Med, 12, (3).
5. **Susanto, A, Carolina, D, Amaliya, A, Pribadi, I, Miranda, A.** (2020) "Periodontal health status and treatment needs of the community in Indonesia: A cross sectional study". Journal of International Oral Health, 12, 114.
6. **Wang, L., Cheng, L., Yuan, B., Hong, X., Hu, T.** (2017) "Association between socio-economic status and dental caries in elderly people in Sichuan Province, China: a cross-sectional study". BMJ Open, 7, (9), e016557.
7. **Wright, F., Chu, S. Y., Milledge, K. L., Valdez, E., Law, G., Hsu, B., Naganathan, V., Hirani, V., Blyth, F. M., Le Couteur, D. G., Harford, J., Waite, L. M., Handelsman, D. J., Seibel, M. J., Cumming, R. G.** (2018) "Oral health of community-dwelling older Australian men: the Concord Health and Ageing in Men Project (CHAMP)". Aust Dent J, 63, (1), 55-65.
8. **Zhang, J., Leung, K. C. M., Chu, C. H., Lo, E. C. M.** (2020) "Risk indicators for root caries in older adults using long-term social care facilities in Hong Kong". Community Dent Oral Epidemiol, 48, (1), 14-20.

## ĐÁNH GIÁ HIỆU QUẢ LÀNH THƯƠNG CỦA LASER DIODE TRONG PHẪU THUẬT TẠO HÌNH THĂNG LƯỠI

Hồ Văn Phụng<sup>1,2</sup>, Lâm Đại Phong<sup>1</sup>

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Đánh giá hiệu quả lành thương của laser diode trong phẫu thuật tạo hình thăng lưỡi. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu thử nghiệm lâm sàng đánh giá trước sau không nhóm chứng được thực hiện trên trẻ em từ 3 đến 6 tuổi, được chẩn đoán dính thăng lưỡi độ 3 và 4 theo phân loại dính thăng lưỡi của Kotlow năm 1999. Tất cả bệnh nhân được phẫu thuật tạo hình thăng lưỡi bằng laser diode bước sóng  $940\pm 10$  nm, công suất đỉnh 2W, công suất trung bình 1W, chiều dài và độ rộng xung là 1ms; sử dụng phẫu thuật có kích hoạt, đường kính 400 $\mu$ m. Các thông số được đánh giá gồm mức độ đau sau phẫu thuật 1 ngày, 3 ngày và 7 ngày; đánh giá chảy máu trong quá trình phẫu thuật; đánh giá lành thương sau phẫu thuật tại 3 thời điểm 1 ngày, 3 ngày và 7 ngày; đo độ dài lưỡi tự do trước phẫu thuật và sau phẫu thuật 1 tuần, 1 tháng. **Kết quả và kết luận:** Trong giới hạn của nghiên cứu này, phẫu thuật tạo hình thăng lưỡi bằng laser diode cho thấy hiệu quả lành thương nhanh, ít chảy máu, ít đau và giải phóng hoàn toàn vùng thăng lưỡi dính, giúp cải thiện vận động lưỡi của trẻ. **Từ khóa:** dính thăng lưỡi, laser diode, lành thương, tạo hình thăng lưỡi.

### SUMMARY

#### EVALUATION OF WOUND HEALING EFFECTIVENESS OF DIODE LASER IN LINGUAL FRENULOPLASTY

**Objective:** To evaluate the healing effectiveness of the diode laser in frenuloplasty. **Subjects and Methods:** This is a clinical trial study with a before-and-after design without a control group, conducted on children aged 3 to 6 years, diagnosed with grade 3 and 4 tongue tie according to Kotlow's classification of tongue tie in 1999. All patients underwent tongue frenuloplasty surgery using a  $940\pm 10$  nm diode laser, with a peak power of 2W, average power of 1W, and a pulse duration of 1ms; the surgical tip used was activated with a diameter of 400 $\mu$ m. The evaluated parameters included the level of postoperative pain at 1 day, 3 days, and 1 week; assessment of bleeding during the surgery; wound healing evaluation at 3 time points (1 day, 3 days, and 7 days); and the measurement of the free tongue length before surgery, 1 week, and 1 month post-surgery. **Results and Conclusion:** Within the scope of this study, frenuloplasty using a diode laser demonstrated rapid healing, minimal bleeding, low pain levels, and

complete release of the tongue tie, thereby improving the tongue movement in children. **Keywords:** tongue tie, diode laser, healing, frenuloplasty.

### I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Dính thăng lưỡi là một dị tật bẩm sinh, trong đó thăng lưỡi ngăn hạn chế khả năng di chuyển của lưỡi, ảnh hưởng đến các hoạt động như mút, nói và ăn uống. Tỷ lệ mắc phải tình trạng này theo các tài liệu y văn dao động từ 0,1% đến 10,7%. Trẻ em bị dính thăng lưỡi thường gặp khó khăn trong phát âm, bú và nuốt. Các nghiên cứu quốc tế, bao gồm nghiên cứu của Komori và cs [1] cũng như của Fabio Dell'Olio và cs [2] đã khẳng định hiệu quả của việc sử dụng laser trong điều trị dính thăng lưỡi. Theo nghiên cứu của Adriana Mazzoni và cs [3] so với phương pháp đốt điện, sử dụng laser diode cho thấy ít chảy máu hơn sau phẫu thuật và không có viêm tại các cạnh của vết cắt.

Sự thiếu hụt các nghiên cứu lâm sàng về hiệu quả của laser diode trong phẫu thuật tạo hình thăng lưỡi là rõ ràng, tạo ra một khoảng trống trong kiến thức y khoa mà các nghiên cứu hiện tại đang cố gắng khắc phục. Vì vậy, nghiên cứu này được thực hiện nhằm đánh giá hiệu quả lành thương của laser diode trong phẫu thuật tạo hình thăng lưỡi.

### II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

**Thiết kế nghiên cứu.** Nghiên cứu thử nghiệm lâm sàng đánh giá trước sau không nhóm chứng.

**Mẫu nghiên cứu.** Nghiên cứu được thực hiện từ tháng 08/2024 đến tháng 06/2025. Đối tượng nghiên cứu được chọn từ các bệnh nhân trẻ em từ 3 đến 6 tuổi, có mức độ dính thăng lưỡi độ 3 và 4 theo phân loại Kotlow, thỏa mãn tiêu chí chọn mẫu, đến khám và điều trị tại Phòng khám chuyên khoa Răng Hàm Mặt, Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh. Những đối tượng được lựa chọn vào nghiên cứu là bệnh nhân từ 3 đến 6 tuổi được chẩn đoán là dính thăng lưỡi độ 3 và độ 4 theo phân loại của Kotlow (1999), có đại diện cha mẹ đồng ý tham gia nghiên cứu. Tiêu chuẩn loại trừ của mẫu bao gồm: bệnh nhân có tiền sử dị ứng với thuốc tê chích tại chỗ (Adrenaline); bệnh nhân có bệnh toàn thân và có yếu tố nguy cơ đối với phẫu thuật tại ghế (tim mạch, rối loạn đông máu, hemophilia, động kinh,

<sup>1</sup>Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh

<sup>2</sup>Bệnh viện Nhi Đồng 1

Chịu trách nhiệm chính: Lâm Đại Phong

Email: phonglam@ump.edu.vn

Ngày nhận bài: 25.6.2025

Ngày phản biện khoa học: 24.7.2025

Ngày duyệt bài: 27.8.2025

hen suyễn,... chưa được kiểm soát); bệnh nhân không hợp tác, bỏ dở trong quá trình nghiên cứu hoặc không thực hiện đúng hướng dẫn trong quá trình nghiên cứu.

**Quy trình phẫu thuật.** Sát khuẩn tại chỗ bằng dung dịch Povidine 10%

Thoa tê tại chỗ; Đo độ dài lưỡi tự do trước phẫu thuật (hình 1a)

Gây tê tại chỗ bằng lidocaine 2% có epinephrine 1:100.000.

Dùng laser diode bước sóng  $940 \pm 10$  nm, công suất đỉnh 2W, công suất trung bình 1W, chế độ xung CP2 với chiều dài và độ rộng xung là 1ms, đầu tip E4 đường kính 400  $\mu$ m, cắt tạo hình thẳng lưỡi bằng kỹ thuật cắt ngang, sau đó dùng khả năng quang đông của laser để cầm máu, không khâu (hình 1b, 1c).

Đánh giá chảy máu trong lúc phẫu thuật.



**Hình 1a.** Đo độ dài lưỡi tự do trước phẫu thuật



**Hình 1b, 1c.** Kỹ thuật tạo hình thẳng lưỡi (Nguồn: Nghiên cứu này)

**Chăm sóc hậu phẫu.** Dẫn dò và hướng dẫn thân nhân chăm sóc trẻ sau cắt thẳng lưỡi

Chế độ ăn hợp lý: ăn mềm vào ngày đầu sau phẫu thuật.

Thuốc sau phẫu thuật: paracetamol 10-15 mg/kg sau mỗi 4-6h, dùng giảm đau 1 ngày sau phẫu thuật, uống khi đau.

Dự phòng tái phát: sau phẫu thuật cắt thẳng lưỡi 1 tuần, hướng dẫn thân nhân cho trẻ đi tập nói tại khoa Âm ngữ trị liệu-Bệnh viện Nhi đồng 1.

**Đánh giá các thông số lâm sàng về lành thương, mức độ đau, mức độ chảy máu**

Mức độ đau: đánh giá ở ngày thứ 1 (N1), ngày thứ 3 (N3), ngày thứ 7 (N7) theo thang đánh giá mức độ đau theo khuôn mặt của Wong-Baker, gồm 6 khuôn mặt biểu hiện cảm xúc của trẻ, được đánh số từ 0 đến 10 điểm, mô tả cảm giác đau từ không đau đến đau dữ dội.

Mức độ chảy máu: Đánh giá trong lúc phẫu thuật, gồm 2 mức độ (Độ 1: không chảy máu và Độ 2: có chảy máu)

Điểm chữa lành vết thương sớm (Early Wound Healing Score: EHS[4]): Đánh giá ở thời điểm sau phẫu thuật 1 ngày cho điểm lành thương EHS1, sau phẫu thuật 3 ngày ghi nhận điểm EHS3 và sau 7 ngày ghi nhận điểm EHS7. EHS có thang điểm từ 0 đến 10 điểm, tương ứng với điểm lành thương tăng dần, đạt điểm 10 khi lành thương hoàn toàn.

Độ dài lưỡi tự do: Đánh giá ở thời điểm trước phẫu thuật, sau phẫu thuật 1 tuần và 1 tháng.

**Y đức.** Nghiên cứu được thông qua bởi Hội đồng Đạo đức trong nghiên cứu Y sinh học thuộc Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh theo quyết định số 1696/ĐHYD-HĐĐĐ ngày 19/07/2024 theo phương pháp xét duyệt đầy đủ.

**Phân tích thống kê.** Các số liệu được nhập bằng phần mềm Microsoft Excel 365, phân tích và xử lý thống kê sử dụng phần mềm JASP 0.19.3.0.

Phép kiểm Mann-Whitney đánh giá sự thay đổi mức độ đau tại các thời điểm sau phẫu thuật, phép kiểm Wilcoxon signed-rank được sử dụng để đánh giá sự thay đổi điểm chữa lành vết thương sớm giữa các thời điểm đánh giá ở mỗi nhóm, đánh giá sự thay đổi độ dài lưỡi tự do giữa các thời điểm trước phẫu thuật, sau phẫu thuật 1 tuần, sau phẫu thuật 1 tháng. Ngưỡng ý nghĩa thống kê được chọn trong nghiên cứu là  $p < 0,05$ .

### III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

#### 3.1. Đặc điểm mẫu nghiên cứu

**Bảng 1. Đặc điểm mẫu nghiên cứu**

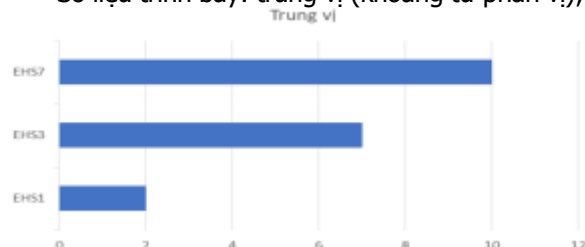
|                                                      |
|------------------------------------------------------|
| <b>Tuổi</b>                                          |
| Trung bình: $4,8 \pm 0,9$ , Nhỏ nhất: 3, Lớn nhất: 6 |
| <b>Giới tính</b>                                     |
| 15 nam (55,6%), 12 nữ (44,4%)                        |
| <b>Địa chỉ</b>                                       |
| 15 TP.HCM (55,6%), 12 Tỉnh (44,4%)                   |
| <b>Phân độ dính thẳng lưỡi</b>                       |
| 20 Độ 3 (74,1%), 7 Độ 4 (25,9%)                      |

Mẫu nghiên cứu gồm 27 đối tượng với giới tính 15 nam (55,6%), 12 nữ (44,4%). Độ tuổi trung bình là  $4,8 \pm 0,9$ ; tuổi thấp nhất là 3 tuổi và cao nhất là 6 tuổi. Mẫu nghiên cứu phân bố ở thành phố Hồ Chí Minh là 15 trường hợp (55,6%), 12 trường hợp ở tỉnh (44,4%), có chẩn đoán dính thẳng lưỡi độ 3 là 20 ca (74,1%) và độ 4 là 7 ca (25,9%). Về lý do đến khám, nguyên nhân nhiều nhất là do trẻ nói ngọng (55,6%), đứng thứ hai là do khó đánh lưỡi và sau cùng là do chậm nói.

**Biểu đồ 1. Lý do đến khám****3.2. Lành thương sau phẫu thuật****Bảng 1: Điểm chữa lành vết thương sớm tại các thời điểm**

|                              | EHS1   | EHS3   | EHS7     |
|------------------------------|--------|--------|----------|
| Trung vị (khoảng tứ phân vị) | 2(2-2) | 7(4-7) | 10(7-10) |
| Shapiro-Wilk                 | 0,508  | 0,777  | 0,732    |
| P-value of Shapiro-Wilk      | <0,001 | <0,001 | <0,001   |

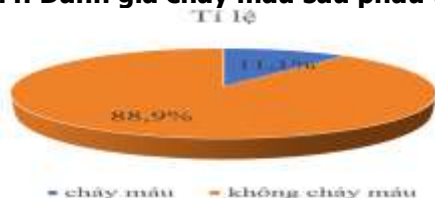
Số liệu trình bày: trung vị (khoảng tứ phân vị);

**Biểu đồ 2. Điểm chữa lành vết thương tại các thời điểm sau phẫu thuật****3.3. Sự thay đổi điểm chữa lành vết thương sớm giữa các thời điểm**

Khi so sánh sự thay đổi điểm chữa lành vết thương sớm giữa các thời điểm sau phẫu thuật 1 ngày, 3 ngày và 7 ngày nhận thấy quá trình lành thương nhanh, điểm chữa lành vết thương tăng dần và sự khác biệt lành thương giữa các thời điểm có ý nghĩa thống kê ( $p < 0,001$ ).

**Bảng 3. Sự thay đổi điểm chữa lành vết thương sớm giữa các thời điểm**

| p                       |                         |                         |
|-------------------------|-------------------------|-------------------------|
| Sự thay đổi EHS1 – EHS3 | Sự thay đổi EHS3 – EHS7 | Sự thay đổi EHS1 – EHS7 |
| <0,001                  | <0,001                  | <0,001                  |

Kiểm định Wilcoxon signed-rank; có ý nghĩa thống kê khi  $p < 0,05$ .**3.4. Đánh giá chảy máu sau phẫu thuật****Biểu đồ 3. Đánh giá chảy máu sau phẫu thuật**

Tại thời điểm phẫu thuật, nhóm được điều trị bằng laser có 24 bệnh nhân không có chảy máu và 3 bệnh nhân có chảy máu. Như vậy, phẫu

thuật tạo hình thẳng lưỡi bằng laser diode ít chảy máu, không có trường hợp nào ghi nhận chảy máu nhiều không kiểm soát.

**3.4. Cảm nhận đau của bệnh nhân sau phẫu thuật.** Cảm nhận đau được bệnh nhân tự đánh giá thông qua thang đánh giá mức độ đau theo khuôn mặt của Wong-Baker dưới sự hướng dẫn của bác sĩ đánh giá, tại thời điểm 1 ngày, 3 ngày và 7 ngày sau phẫu thuật.

**Bảng 4. Mức độ đau sau phẫu thuật ở các thời điểm**

| Thời điểm  | Laser (n=27) |
|------------|--------------|
| Ngày thứ 1 | 2 (0 - 2)    |
| Ngày thứ 3 | 0 (0 - 0)    |
| Ngày thứ 7 | 0 (0 - 0)    |

Số liệu trình bày: trung vị (khoảng tứ phân vị)

Sau phẫu thuật tạo hình thẳng lưỡi bằng laser diode, bệnh nhân có cảm giác đau nhẹ vào ngày đầu sau phẫu thuật, sau đó vào ngày 3 và ngày 7 bệnh nhân hết đau hoàn toàn. Điều này cho thấy phẫu thuật bằng laser diode mang lại cảm giác dễ chịu, ít đau ở giai đoạn hậu phẫu.

**3.5. So sánh sự thay đổi độ dài lưỡi tự do giữa các thời điểm****Bảng 5. Sự thay đổi độ dài lưỡi tự do giữa các thời điểm đánh giá**

| p                                   |                                      |                                    |
|-------------------------------------|--------------------------------------|------------------------------------|
| Sự thay đổi L(trước PT) – L(1 tuần) | Sự thay đổi L(trước PT) – L(1 tháng) | Sự thay đổi L(1 tuần) – L(1 tháng) |
| <0,001                              | <0,001                               | 1                                  |

Kiểm định Wilcoxon signed-rank; có ý nghĩa thống kê khi  $p < 0,05$ .

Như vậy, sau phẫu thuật tạo hình thẳng lưỡi bằng phương pháp laser, kết quả cho thấy độ dài tự do của lưỡi trở về chiều dài bình thường theo phân loại Kotlow (1999), không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê sau phẫu thuật giữa 1 tuần và 1 tháng.

**IV. BÀN LUẬN**

Đây là nghiên cứu thử nghiệm lâm sàng được tính cỡ mẫu, có giá trị thống kê hơn so với nghiên cứu loạt ca phổ biến hiện nay. Trong nghiên cứu này, có 27 đối tượng tham gia, được chọn lựa theo đúng tiêu chí chọn mẫu, trong đó có 12 nữ và 15 nam, đại diện cho dân số nghiên cứu. Bác sĩ thu thập số liệu được tập huấn đầy đủ, có kiểm soát độ thống nhất giữa các lần khám và độ kiên định của bác sĩ đánh giá với chỉ số kappa  $\kappa \geq 0,8$ .

Lành thương sau phẫu thuật: Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy điều trị bằng laser có quá trình lành thương nhanh trong suốt các thời điểm theo dõi (1 ngày, 3 ngày, và 7 ngày).