

trước sử dụng gân bán gân bằng kỹ thuật "all inside" tại Bệnh viện Đà Nẵng", Tạp chí hội nghị chấn thương chỉnh hình Việt Nam, tr. 105 – 110.

5. **Phạm Ngọc Trường** (2013), "Đánh giá kết quả phẫu thuật nội soi tái tạo dây chằng chéo trước kỹ thuật hai bó bốn đường hầm", Luận văn thạc sĩ y học., Học viện Quân y.
6. **Tăng Hà Nam Anh** (2013), "Đánh giá kết quả phẫu thuật nội soi tái tạo dây chằng chéo trước sử dụng gân Hamstring bằng kỹ thuật All inside.", Tạp

chí hội nghị chấn thương chỉnh hình Việt Nam., 109–114.

7. **Trần Trung Dũng** (2011), "Nghiên cứu sử dụng mảnh ghép đồng loại bảo quản lạnh sâu tạo hình dây chằng chéo trước khớp gối qua nội soi.", Luận án tiến sĩ y học, Đại học Y Hà nội.
8. **Colombet P., et al.** (2006), "Morphology of anterior cruciate ligament attachments for anatomic reconstruction: a cadaveric dissection and radiographic study", Arthroscopy, 22(9), 984-92.

## ĐIỀU TRỊ GỠY KÍN MÂM CHÀY SCHATZKER V-VI BẰNG NẸP KHOÁ MÂM CHÀY DƯỚI HỖ TRỢ CỦA MÀN TĂNG SÁNG TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA ĐÔNG ANH

**Đoàn Anh Tuấn\*, Lê Hữu Quang\***

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Đánh giá điều trị gãy kín mâm chày Schatzker V-VI bằng nẹp vít khoá mâm chày dưới hỗ trợ của màn tăng sáng tại khoa Chấn thương chỉnh hình, Bệnh viện đa khoa Đông Anh. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu tiền cứu mô tả trên 36 bệnh nhân có gãy kín mâm chày Schatzker V, VI được phẫu thuật kết hợp xương bằng nẹp vít khoá tại Bệnh viện Đông Anh từ 01/2019 đến 01/2022. **Kết quả:** Gãy kín mâm chày loại V (28 ca) và loại VI (8 ca) theo Schatzker. Độ tuổi từ 18 đến 45 tuổi chiếm 86,1% (31BN) với tỷ lệ nam/nữ là 1,43/1. Nguyên nhân chính là tai nạn giao thông chiếm 80,6%, tai nạn lao động và tai nạn sinh hoạt chiếm 19,4%. Tỷ lệ liền xương sau mổ là 100%, với kết quả 88,9% tốt và rất tốt. Với 86,1% số BN đạt kết quả phục hồi biên độ vận động khớp gối > 120°. **Kết luận:** Kết hợp xương gãy kín mâm chày loại V – VI theo Schatzker bằng nẹp vít khoá mâm chày dưới sự hỗ trợ của màn tăng sáng mang lại kết quả phục hồi giải tốt và rất tốt về giải phẫu và chức năng.

**Từ khóa:** Gãy kín mâm chày theo Schatzker; nẹp vít khoá mâm chày, màn tăng sáng

### SUMMARY

#### TREATMENT OF SCHATZKER V/VI TIBIAL PLATEAU CLOSED FRACTURES USING LOCKING PLATING UNDER THE SUPPORT OF C-ARM AT DONG ANH GENERAL HOSPITAL

**Objective:** To evaluate the surgical treatment results of tibial plateau closed fracture of Schatzker V - VI using locking plating under the support of C-arm at Dong Anh General hospital. **Subjects and method:** The retrospective, prospective descriptive study was conducted on 36 elder patients with closed fractures of

Schatzker V – VI tibial plateau had internal fixation using locking plate under the support of C-arm at Dong Anh General hospital., from Jan 2019 to Jan 2022. **Results:** Closed fracture of the tibial plateau Schatzker type V (14 cases) and type VI (4 cases) The age group from 18 to 45 years old, accounting for 86,1% (31 patients), with the ratio of male / female is 1.43. The main cause is traffic accidents accounted for 80,6%, occupational accidents and daily life accidents accounted for 19,4%. After surgery 100% bone healing as results 88,9% good and very good. Which 86,1% functional rehabilitation achieved flexion of the knee joint about more than 120 degrees. **Conclusion:** The surgical treatment of tibial plateau Schatzker types V-VI closed fracture using locking plate under the support of C-arm good recovery anatomy and function.

**Keywords:** Closed fracture of tibial plateau from Schatzker classification; locking plate; C-arm

### I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Gãy mâm chày chiếm 1-2% tổng số gãy xương và khoảng 8% trường hợp gãy xương ở người già. Gãy mâm chày độ V, VI theo phân loại của Schatzker là gãy cả hai mâm chày và có đường gãy tách rời giữa đầu xương và thân xương. Đây là loại gãy phức tạp liên quan đến chấn thương năng lượng cao. Trong đó gãy kín mâm chày Schatzker V, VI thường khó điều trị, nguy cơ di chứng nặng nề. Vì thế phẫu thuật viên luôn lựa chọn phương pháp tối ưu phục hồi mặt khớp, giữ đúng trục cơ học, bảo toàn hệ thống gấp duỗi và giữ vững khớp gối [1].

Với hỗ trợ của CT-scan dựng hình khi chẩn đoán gãy mâm chày, phẫu thuật nẹp vít được sử dụng phổ biến trong các trường hợp gãy kín mâm chày Schatzker V-VI. Với sự hỗ trợ của màn tăng sáng trong khi phẫu thuật đã làm giảm mức độ tổn thương phần mềm, khả năng nắn chỉnh về giải phẫu tốt và tăng mức độ cố định các

\*Bệnh viện Đa khoa Đông Anh

Chịu trách nhiệm chính: Đoàn Anh Tuấn

Email: datuansp@gmail.com

Ngày nhận bài: 5/3/2022

Ngày phản biện khoa học: 31/3/2022

Ngày duyệt bài: 19/4/2022

mảnh gãy [2].

Khoa Chấn thương chỉnh hình bệnh viện đa khoa Đông Anh đã triển khai phẫu thuật nẹp vít khóa mâm chày điều trị gãy kín mâm chày Schatzker V-VI với sự hỗ trợ của màn tăng sáng đã thu được kết quả bước đầu đáng rất khả quan. Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với mục tiêu: *Đánh giá điều trị gãy kín mâm chày Schatzker V VI bằng nẹp vít khóa mâm chày dưới sự hỗ trợ của màn tăng sáng.*

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

**2.1. Đối tượng nghiên cứu:** Gồm 36 bệnh nhân, tuổi từ 18-63 được chẩn đoán gãy kín mâm chày phân loại V-VI theo Schatzker tại khoa Chấn thương chỉnh hình, Bệnh viện Đa khoa Đông Anh từ tháng 01/2019-11/2022.

- **Tiêu chuẩn lựa chọn:** bệnh nhân từ 18 tuổi trở lên có gãy kín mâm chày được phân loại V-VI theo Schatzker trên X – quang, được chụp CT-scan mâm chày dựng hình và bệnh nhân đồng ý tham gia nghiên cứu.

- **Tiêu chuẩn loại trừ:** Bệnh nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu. Gãy hở mâm chày, gãy kín mâm chày có biến chứng chèn ép

khoang, tổn thương mạch máu, gãy mâm chày bệnh lý, những gãy mâm chày ở chi sẵn có dị tật, di chứng chấn thương ảnh hưởng đến chức năng chi hay gãy mâm chày kèm gãy đầu dưới xương đùi cùng bên.

**2.2. Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu tiền cứu mô tả trên 36 bệnh nhân từ 18 tuổi có gãy kín mâm chày phân loại V-VI theo Schatzker phẫu thuật kết xương nẹp vít khóa mâm chày dưới sự hỗ trợ của màn tăng sáng tại Bệnh viện đa khoa Đông Anh từ tháng 1 năm 2019 đến tháng 1 năm 2022.

**❖ Các chỉ số nghiên cứu:**

- Đặc điểm chung đối tượng nghiên cứu: tuổi, giới, nguyên nhân
- Kết quả chụp CT-scan mâm chày dựng hình mâm chày
- Điều trị: đường mổ, phương tiện kết hợp xương.
- Kết quả gần: được đánh giá trong 3 tháng đầu
  - + Tình trạng vết mổ.
  - + Tai biến và biến chứng sớm.
  - + Vị trí của nẹp vít so với khe khớp.
  - + Kết quả nắn chỉnh mặt khớp mâm chày theo Rasmussen [3].

**Bảng 2.1.** Tiêu chuẩn đánh giá kết quả trên X – Quang sau mổ theo Rasmussen

Chỉ tiêu đánh giá	Độ rộng mâm chày		Độ lún khớp		Độ lệch trục		
	Bình thường	Rộng ≤5mm	Bình thường	Lún ≤5mm	Bình thường	< 10 <sup>o</sup>	10 <sup>o</sup> -20 <sup>o</sup>
Điểm	6	4	6	4	6	4	2

- Kết quả xa

+ **Liên xương:** Đánh giá liên xương đánh giá trên lâm sàng và X – quang dựa theo hình ảnh các bề xương bắc cầu qua đoạn gãy, không thấy khe gãy, hay khe gãy hẹp lại dần, mờ dần và mất đi.

+ Đánh giá phục hồi giải phẫu dựa theo tiêu chuẩn của Honkonen – Jarvinen [4] (Bảng 2.2) đánh giá trên X – quang gồm các dấu hiệu: độ nghiêng mâm chày, độ khác biệt góc chày đùi so với chân lành, độ lún mặt khớp, độ tăng bề rộng mâm chày và thoái hoá khớp.

**Bảng 2.2.** Tiêu chuẩn đánh giá kết quả trên X – Quang theo Honkonen – Jarvinen

Chỉ số X - quang	Rất tốt	Tốt	Trung bình	Kém
Độ nghiêng mâm chày	00	10 - 50	60 - 100	> 100
Độ khác biệt góc chày đùi	00	10 - 50	60 - 100	> 100
Độ lún mặt khớp	0 mm	1 – 3 mm	4 – 6 mm	> 6 mm
Độ tăng bề rộng mâm chày	0 mm	1 – 5 mm	6 – 10 mm	> 10 mm
Thoái hoá khớp (hẹp khe khớp)	Không	< 50%	< 50%	Xoá khe khớp

**Kết quả phục hồi theo thang điểm của Hội khớp gối Hoa Kỳ [5] và phân ra 4 loại:**

- Rất tốt: 90 – 100 điểm
  - Tốt: 80 – 89 điểm
  - Trung bình: 70 – 89 điểm
  - Kém: dưới 70 điểm
- Biến chứng xa.

**2.3. Xử lý số liệu:** Số liệu được thu thập và xử lý với phần mềm SPSS 20.0, Sử dụng test so sánh test X<sup>2</sup>, các so sánh có ý nghĩa thống kê với p < 0,05.

**III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU**

**3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu.** Đặc điểm về tuổi và giới: Tuổi trung bình BN nghiên cứu là 42,86±8,20, thấp nhất là 18 tuổi và cao nhất là 63 tuổi. Độ tuổi 18-45 tuổi chiếm chủ yếu: 86,1%. Tỷ lệ nữ/nam: 1,43/1

**Tổn thương giải phẫu:**

**Bảng 3.1.** Phân bố loại gãy theo nguyên nhân (n=36)

Loại gãy	Nguyên nhân			Tổng
	TNGT	TNLĐ	TNSH	
V	22	5	1	28
VI	7	1	0	8
<b>Tổng</b>	<b>29</b>	<b>6</b>	<b>1</b>	<b>36</b>

**Nhận xét:** Loại gãy mâm chày có mối liên quan rõ rệt với nguyên nhân chấn thương ( $p < 0,05$ ). Gãy mâm chày loại V theo Schatzker chiếm nhiều nhất với 28BN (77,78%), trong đó đa số do nguyên nhân TNGT với 22 BN chiếm 75,86%.

**Kết quả chụp MSCT dựng hình khớp gối tổn thương.** Trong 36 bệnh nhân chụp CT-scan dựng hình 3D mâm chày bị gãy. Kết quả phát hiện phát hiện thêm 6/36BN (16,67%) có mảnh vỡ phía sau, di lệch nhiều và có độ lún mâm chày ngoài. Ngoài ra trên phim dựng hình còn cho phép đánh giá mức độ lún, mức độ di lệch của diện vỡ mâm chày.

### 3.2. Kết quả gài

- 100% vết mổ liền thì đầu.
- Nẹp được đặt ngang với diện khớp mâm chày. Không có trường hợp nào bắt vít vào trong khớp gối.
- Không có trường hợp nào bị tổn thương mạch khoeo hoặc tổn thương thần kinh hông khoeo ngoài. Không có trường hợp nào có hội chứng khoang sau mổ.

### Vị trí đặt nẹp và số lượng nẹp đặt

**Bảng 3.2:** Phân bố BN theo vị trí đặt nẹp theo loại gãy ( $n=36$ )

Loại gãy	Vị trí và số lượng nẹp đặt			Tổng
	1 nẹp mặt trong và 1 nẹp mặt ngoài	1 nẹp mặt ngoài		
V	2	26		28
VI	4	2		8
<b>Tổng</b>	<b>6</b>	<b>30</b>		<b>36</b>

**Nhận xét:** Việc lựa chọn vị trí đặt nẹp, số lượng nẹp phụ thuộc vào hình thái gãy, sự di lệch. Trong đó sử dụng 1 nẹp mặt ngoài là chủ yếu với 30 BN, chiếm 83,33%.

### X-quang sau mổ

**Bảng 3.3.** Đánh giá X-quang theo tiêu chuẩn của Rasmussen ( $n=36$ )

Loại gãy	Kết quả		
	Rất tốt	Tốt	Trung bình
V	20	8	0
VI	2	5	1
<b>Tổng</b>	<b>22</b>	<b>13</b>	<b>1</b>

**Nhận xét:** Trong nghiên cứu của chúng tôi có 1BN gãy Schatzker VI có X-Quang sau mổ đạt trung bình chiếm 2,78%.

### 3.3. Kết quả xa

- Tất cả các ca nghiên cứu đều liền xương

chiếm tỷ lệ 100%.

**Bảng 3.4.** Đánh giá phục hồi giải phẫu dựa theo tiêu chuẩn của Honkonen – Jarvinen trên X-quang ( $n = 36$ )

Chỉ số X - quang	Rất tốt	Tốt	Trung bình	Kém
Độ nghiêng mâm chày	22	10	4	0
Độ khác biệt góc chày đùi	20	15	1	0
Độ lún mặt khớp	19	14	3	0
Độ tăng bề rộng mâm chày	10	18	8	0
Thoái hoá khớp (hẹp khe khớp)	8	26	2	0

**Bảng 3.5.** Đánh giá kết quả phục hồi theo thang điểm của Hiệp hội khớp gối Hoa Kỳ ( $n = 36$ )

Kết quả	Số bệnh nhân	Tỉ lệ (%)
Rất tốt	8	22,2
Tốt	23	63,9
Khá	5	13,9
<b>Tổng</b>	<b>36</b>	<b>100,0</b>

**Nhận xét:** Trong nghiên cứu kết quả phục hồi chức năng tốt và rất tốt chiếm 86,1%.

## IV. BÀN LUẬN

### 4.1 Đặc điểm chung

**- Độ tuổi và nguyên nhân:** Trong nghiên cứu của chúng tôi độ tuổi hay gặp nhất là 18-45 tuổi với 31 trường hợp (chiếm 86,1%), tuổi trung bình  $42,86 \pm 8,20$  tuổi và nguyên nhân chủ yếu do tai nạn giao thông chiếm 80,6%. Nguyễn Bảo Lục [2] cũng cho thấy độ tuổi hay gặp nhất là 16-46 tuổi trong lứa tuổi lao động (11 bệnh nhân - 83,3%) và nguyên nhân do tai nạn giao thông là 61,1%. Qua nghiên cứu cho thấy gãy mâm chày chủ yếu gặp ở độ tuổi lao động, đây cũng là độ tuổi hay tham gia giao thông và các hoạt động sinh hoạt khác, điều này không những ảnh hưởng nhiều đến sức khỏe, khả năng lao động của chính bệnh nhân.

**- Hình ảnh CT hỗ trợ chẩn đoán:** Trong 36 bệnh nhân chụp CT-scan dựng hình 3D mâm chày bị gãy. Kết quả phát hiện phát hiện thêm 6/36BN (16,67%) có mảnh vỡ phía sau, di lệch nhiều và có độ lún mâm chày ngoài. Kết quả này tương tự với nghiên cứu của tác giả Đào Xuân Thành [6] CT scanner phát hiện thêm 8/14 bệnh nhân (21,2%) có độ lún mâm chày  $> 6\text{mm}$ , 4/8 bệnh nhân (12,1%) có độ rộng mâm chày  $> 4\text{mm}$  và 4/7 bệnh nhân (9,1%) có cả lún  $> 2\text{mm}$  và rộng  $> 4\text{mm}$ . Kết quả nghiên cứu cho thấy CT scanner không những rất có giá trị trong chẩn đoán xác định gãy mâm chày mà còn có giá trị

chẩn đoán xác định mức độ lún, mức độ di lệch, điều này rất có ý nghĩa trong việc tiên lượng và chỉ định điều trị phẫu thuật dùng 1 nẹp mặt ngoài hay dùng 2 nẹp với 2 đường mổ ở bên ngoài và bên trong.

#### 4.2. Kết quả điều trị

- **Kết quả gân:** Trong nghiên cứu của chúng tôi 100% liền vết mổ thì đầu, không có trường hợp nào bị hoại tử da, toác vết mổ do phần mềm tại vị trí gãy ít bị phù nề nhiều vì bệnh nhân được phẫu thuật sớm trong vòng 24 giờ từ khi tai nạn. Nguyễn Văn Phú [7], gặp 11/49BN nhiễm trùng chân đinh khi điều trị gãy kín mâm chày độ V, VI kết xương bằng khung cố định ngoài cải biên.

- **Vị trí đặt nẹp và số lượng nẹp đặt:** Trong nghiên cứu của chúng tôi có 6BN sử dụng 2 nẹp cố định với hai đường mổ chiếm 16,67%, chủ yếu dùng với loại tổn thương phức tạp (Schatzker VI). Kết quả này cũng phù hợp với nghiên cứu của Nguyễn Bảo Lục [2]. Đối với những trường hợp gãy phức tạp nên sử dụng 2 đường mổ giúp nắn chỉnh và dùng 2 nẹp cố định, mâm chày cố định vững giúp việc phục hồi chức năng sớm.

- **X-quang sau mổ:** Kết quả nghiên cứu hình ảnh X-quang sau mổ và đánh giá theo tiêu chuẩn của Rasmussen: đa phần bệnh nhân có kết quả X-quang sau mổ rất tốt và tốt. Kết quả này cho thấy việc có sử dụng màn tăng sáng hỗ trợ trong khi phẫu thuật nắn chỉnh ổ gãy mâm chày với những ổ gãy phức tạp đã giúp kiểm soát được mức độ lún của mâm chày cũng như nắn chỉnh các mảnh gãy đưa về giải phẫu.

- **Tai biến và biến chứng gân:** Trong nghiên cứu của chúng tôi không có trường hợp nào bị tổn thương mạch khoeo hoặc tổn thương thần kinh hông khoeo ngoài. Không có trường hợp nào có hội chứng khoang sau mổ.

#### 4.3. Kết quả xa

- **Kết quả liền xương:** Trong nghiên cứu của chúng tôi 100% liền xương trong đó có 1BN (2,78%) có lệch trục > 10°. Prasad và cs [8], nghiên cứu hồi cứu 46 gãy mâm chày Schatzker V-VI, được kết hợp xương bằng hai nẹp vít, kết quả: Tất cả bệnh nhân lành xương trong 8-22 tuần (trung bình 18 tuần), một bệnh nhân biến dạng gối vẹo ngoài.

- **Kết quả phục hồi giải phẫu và phục hồi chức năng:** Đánh giá phục hồi giải phẫu dựa theo tiêu chuẩn của Honkonen – Jarvinen (Bảng 3.4) cho thấy việc phục hồi độ nghiêng mâm chày, độ lún mặt khớp đa phần và góc chày đùi nhìn nhận từ tốt và rất tốt. Độ tăng bề rộng

mâm chày ở mức trung bình. Đánh giá kết quả phục hồi chức năng theo thang điểm của Hiệp hội khớp gối Hoa Kỳ ghi nhận kết quả tốt và rất tốt đạt 86,1%, khá có 5 bệnh nhân chiếm tỷ lệ 13,9%. Đào Xuân Thành [6], nghiên cứu 33BN đánh giá chức năng theo thang điểm IKDC, kết quả rất tốt và tốt: 75,8% (45,5% và 30,3%), 18,2% kết quả trung bình, chỉ có 6% có kết quả kém, và tỷ lệ bệnh nhân có kết quả rất tốt ở độ I, II, III, IV (66,7%) cao hơn so với độ VI (33,3%). Theo tác giả cho rằng gãy mâm chày độ I II III và IV theo phân độ của Schatzker thông thường là loại gãy ít phức tạp hơn so với gãy độ V, VI việc nắn chỉnh cũng như phục hồi chức năng thuận lợi hơn nên khả năng phục hồi khớp gối sẽ tốt hơn. Trần Lê Đồng và cs nghiên cứu điều trị phẫu thuật 16BN gãy mâm chày độ V, VI dùng 2 nẹp với 2 đường mổ có sự hỗ trợ của màn tăng sáng trong mổ có kết quả điều trị bước đầu khả quan.

#### V. KẾT LUẬN

Gãy kín mâm chày loại V – VI theo Schatzker gặp nhiều trong độ tuổi lao động thường gặp tai nạn giao thông. Kết hợp xương gãy kín mâm chày loại V-VI theo Schatzker bằng nẹp vít khoá mâm chày dưới sự hỗ trợ của màn tăng sáng mang lại kết quả phục hồi giải phẫu và rất tốt về giải phẫu và chức năng. Kết quả rất tốt và tốt đạt 86,1% (22,2% và 63,9%), khá chiếm tỷ lệ 13,9%. Chụp CT-scan dựng hình mâm chày trước mổ giúp phát hiện thêm các mảnh gãy và mức độ lún của mâm chày mà X-quang thường không phát hiện được.

#### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Sunil G.K., Abhinav J., Parag B.S., et al (2017). A Prospective study to evaluate functional outcome of staged management of Complex Bicondylar Tibial Plateau (Schatzker type V and VI) fractures treated using dual plates as internal fixation. *Journal of Trauma & Orthopaedic Surgery*, 12(1): 16-22.
2. Nguyễn Bảo Lục, Võ Thanh Toàn (2021). Điều trị gãy kín mâm chày Schatzker V, VI bằng nẹp khoá mâm chày ngoài và sau trong qua hai đường mổ tại bệnh viện Thống Nhất. *Tạp chí y học Việt Nam*, 1: 229-232.
3. Takaki S., Takeshi S., Daigo S., et al (2016). Geriatric tibial plateau fractures: Clinical features and surgical outcomes. *Journal of Orthopaedic Science*, 21: 68-73.
4. Honkonen S.E., Jarvinen M.J. (1992). "Classification of fractures of the tibial condyles". *J Bone Joints Surg Br*, 74B(6), 840-847.
5. Yu HatsuchiInsall J.N., Dorr L.D., Scott W.N. (1989). "Rationale of The Knee Society clinical rating system". *Clin Orthop*, 248, 13-14.
6. Đào Xuân Thành, Huon Bounna, Nguyễn Văn

**Hoạt (2021).** Đánh giá kết quả phẫu thuật kết hợp xương bằng nẹp vít điều trị gãy kín mâm chày tại Bệnh viện đại học y Hà nội. Tạp chí nghiên cứu y học, 147(11): 253-260.

**7. Nguyễn Đình Phú, Phạm Đăng Ninh, Nguyễn Văn Nhân (2011).** Kết quả điều trị gãy kín mâm

chày độ V, VI bằng khung cố định ngoài cài biên. Thời sự y học, 61: 3-5.

**8. Prasad G.T., Kumar T.S., Kumar R.K., et al (2013).** Functional outcome of Schatzker type V and VI tibial plateau fractures treated with dual plates. Indian journal of orthopaedics, 47 (2): 188-94.

## MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN VỚI TÌNH TRẠNG PHÌ ĐẠI LỢI Ở MỘT NHÓM NGƯỜI VIỆT NAM

Nguyễn Thị Hồng Minh\*

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Nghiên cứu nhằm khảo sát một số yếu tố liên quan với tình trạng phì đại lợi ở một nhóm người Việt Nam. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu được tiến hành trên 47 bệnh nhân được chẩn đoán phì đại lợi. Các bệnh nhân này được đánh giá theo các tiêu chí: tính chất khu trú, vị trí phì đại lợi, vị trí phì đại lợi theo tương quan trước sau, mức độ phì đại lợi, tỷ lệ răng bị phì đại và mức độ tiêu xương. Các yếu tố liên quan được khảo sát bao gồm: tuổi, giới, tình trạng bệnh toàn thân, tình trạng chảy máu rãnh lợi, chỉ số lợi, tình trạng vệ sinh răng miệng. **Kết quả và kết luận:** Tình trạng phì đại lợi có liên quan với tình trạng viêm lợi nhưng chưa thấy mối liên quan với tình trạng bệnh toàn thân.

**Từ khóa:** Phì đại lợi, yếu tố liên quan

### SUMMARY

#### SEVERAL RELATED FACTOR OF GINGIVAL ENLARGMENT

**Objective:** to evaluate the clinical characteristics of gingival enlargement and several related factors. **Subjects and methods:** The study was conducted on 47 patients diagnosed with gingival enlargement. The clinical characteristics included: localized nature, gingival enlargement location, gingival enlargement position according to anterior and posterior correlation, degree of gingival enlargement, rate of teeth having gingival enlargement and level of bone resorption. The surveyed related factors included: age, gender, systemic disease status, gingival bleeding, gingival index, oral hygiene status. **Results and conclusion:** There is the relationship between the gingival enlargement and GI index. No association with the systemic diseases was found.

**Key words:** Gingival enlargement, related factors

### I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Theo thống kê của WHO năm 2012 thì 15-20% dân số trưởng thành mắc bệnh viêm quanh

răng ở mức độ nặng có thể dẫn tới mất răng. Viêm quanh răng được coi là hiểm họa thứ ba sau bệnh tim mạch và ung thư. Còn tại Việt Nam, số người có bệnh lý quanh răng là gần 97%, tỷ lệ bệnh quanh răng ở trẻ 15-17 tuổi là 47%, tỷ lệ bệnh này ở người trên 45 tuổi là 85% [1]. Điều đó cho thấy bệnh vùng quanh răng đang ảnh hưởng không nhỏ đến một bộ phận dân số Việt Nam, đòi hỏi cần điều trị sớm để tránh mất răng.

Phì đại lợi hay sự tăng kích thước của lợi là một trong số các triệu chứng hay gặp của bệnh lợi. Phì đại lợi thường liên quan đến tình trạng viêm, tình trạng sử dụng các thuốc hay liên quan với các bệnh hoặc tình trạng toàn thân, nhưng thường gặp nhất là do viêm lợi. Bệnh gây ảnh hưởng tới chức năng ăn nhai và thẩm mỹ của bệnh nhân, đặc biệt là khi xuất hiện ở vùng răng trước.

Việc điều trị phì đại lợi cần dựa theo nguyên nhân và mức độ bệnh. Tuy nhiên, điều trị phì đại lợi nói riêng và bệnh quanh răng nói chung đòi hỏi kế hoạch điều trị toàn diện, phối hợp nhiều biện pháp. Chỉ định cắt lợi thường được đưa ra sau khi hướng dẫn bệnh nhân vệ sinh răng miệng, loại bỏ tác nhân gây viêm nhưng tình trạng phì đại lợi của bệnh nhân không mất đi [2].

Để giúp hỗ trợ cho việc kiểm soát và điều trị phì đại lợi, chúng tôi tiến hành nghiên cứu nhằm khảo sát một số yếu tố liên quan với tình trạng này ở một nhóm người Việt Nam.

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

**2.1 Đối tượng nghiên cứu.** Là các bệnh nhân được chẩn đoán là chẩn đoán xác định phì đại lợi tại Khoa Nha Chu, Bệnh viện Răng Hàm Mặt Trung Ương Hà Nội, có nguyện vọng điều trị và đồng ý tham gia nghiên cứu.

**2.2. Thời gian nghiên cứu:** Từ tháng 4. 2019 đến tháng 1.2020.

**2.3. Phương pháp nghiên cứu:**

**2.3.1 Thiết kế nghiên cứu:** Mô tả cắt ngang

**2.3.2 Cỡ mẫu:** được tính theo công thức

\*Bệnh viện RHM TW Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Hồng Minh

Email: minhnguyenrhm1812@gmail.com

Ngày nhận bài: 3/3/2022

Ngày phản biện khoa học: 25/3/2022

Ngày duyệt bài: 18/4/2022