chân chuột ở các lô dùng quyên tý thang gia giảm không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê (p>0,05). Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy, quyên tý thang gia giảm liều 23,6g/kg/ngày đã thể hiện tác dụng kháng viêm tương đương diclofenac liều 15mg/kg/ngày là một chất với tác dụng kháng viêm đã được chứng minh.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy có sự tương đồng với kết quả nghiên cứu của Lê Bảo Lưu, và cộng sự trên mô hình gây viêm bằng carageenin, lô hoàn khu phong trừ thấp Neutonin nguồn gốc từ bài cổ phương Quyên tý thang có tác dụng chống viêm (có độ phù chân chuột giảm có ý nghĩa thống kê so với lô chứng ở tất cả các ngày) [6].

V. KẾT LUẬN

Quyên tý thang gia giảm dùng liều 11,8g/kg/ngày và 23,6g/kg/ngày có tác dụng chống viêm cấp trên mô hình gây phù chân chuột cống trắng bằng Carragenin thông qua các chỉ tiêu: Làm giảm thể tích phù viêm bàn chân chuột (p < 0,01 so với nhóm chứng), với liều 23,6g/kg/ngày có dụng kháng viêm cấp tương đương Diclofenac liều 15mg/kg/ngày (p > 0,05); Tỷ lệ % ức chế phù viêm cấp ở 02 lô dùng quyên tý thang gia giảm tương đương so với lô dùng Diclofenac liều 15mg/kg/thể trọng (p > 0,05).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bộ Y Tế (2015),** Hướng dẫn thử nghiệm tiền lâm sàng và lâm sàng thuốc đông y, thuốc từ dược liệu, Ban hành kèm theo Quyết định Số: 141/QĐ-K2ĐT ngày 27 tháng 10 năm 2015 của Cục Khoa học Công nghệ và Đào tạo-Bộ Y tế.
2. **Đỗ Trung Đàm (2017),** Thuốc giảm đau chống viêm và các phương pháp nghiên cứu tác dụng dược lý, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, tr. 19-25, 113-117, 307.
3. **Lê Thị Diệu Hằng (2015).**Đánh giá hiệu quả điều trị triệu chứng đau và hạn chế vận động của thoái hóa cột sống cổ bằng điện mãng châm kết hợp bài thuốc Quyên tý thang. Tạp chí Y Dược học –Trường Đại học Y Dược Huế, 5(26), tr. 43-49
4. **Vũ Đình Hùng, Nguyễn Đình Khoa (2022),** Bệnh học những bệnh cơ xương khớp thường gặp, NXB Y học, tr. 375-385.
5. **Nguyễn Nhược Kim, (2018),** Phương tễ học, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, Tr. 12-66.
6. **Bảo Lưu, L., Hồng Sơn, P. , Cẩm Tiên, L. , Ngọc Nhi, D. và Khánh Huy, T. (2022).** Nghiên cứu tác dụng kháng viêm khi kết hợp hoàn khu phong trừ thấp Neutolin và Meloxicam trên chuột nhắt trắng. Tạp chí Y học Việt Nam. 516 (1), tr. 102-106.
7. **Viện Y học cổ truyền Quân đội (2013),** Một số chuyên đề nội khoa Y học cổ truyền, NXB Quân đội, tr. 240-274.
8. **C.A. Winter, et al. (1962),** Carrageenin induced edema in hind paw of the rat asan assay for anti inflammatory drug, Proc. exp. Biol. N.J., 111, pp.544-574.

NGHIÊN CỨU ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG BỆNH NHÂN TÂM THẦN PHÂN LIỆT CÓ VÀ KHÔNG CÓ TRIỆU CHỨNG ÂM TÍNH

Đỗ Xuân Tĩnh*, Đinh Thị Huệ*, Bùi Quang Huy*

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đặc điểm lâm sàng bệnh nhân tâm thần phân liệt (TTPL) có và không có triệu chứng âm tính. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu tiến cứu, mô tả, cắt ngang đặc điểm lâm sàng 71 bệnh nhân TTPL có và không có triệu chứng âm tính, điều trị nội trú tại khoa Tâm thần-Bệnh viện Quân Y 103 từ tháng 1 năm 2022 đến tháng 8 năm 2022. **Kết quả:** Nhóm có triệu chứng âm tính: tuổi trung bình 38,73±9,57; thời gian bị bệnh 9,64±6,11; cảm xúc cùn mòn 54,05%; nói lẩm bẩm một mình 58,44%; vệ sinh cá nhân bẩn 70,30%; mất ý chí 86,54%; đi lang thang 40,54%; hoang tưởng 64,86% và ảo giác 51,35%. Nhóm không có triệu chứng âm tính: tuổi trung bình 24,67±7,79; thời gian bị bệnh 3,05±2,09 hoang tưởng và ảo giác đều chiếm 97,05%; chủ yếu là hoang tưởng bị hại 70,83% và ảo thanh bình phẩm 82,35%. Điểm thang PANSS: Nhóm không có triệu chứng âm tính điểm thang PANSS toàn bộ (91,82±20,25) và N-PANSS (15,85±4,50); nhóm có triệu chứng âm điểm thang PANSS toàn bộ (108,49±19,13) và N-PANSS (33,43±7,06). **Kết luận:** Bệnh tâm thần phân liệt có triệu chứng âm tính thời gian bị bệnh dài hơn so với nhóm không có triệu chứng âm tính. Triệu chứng thường gặp là cảm xúc cùn mòn, nói lẩm bẩm một mình,vệ sinh cá nhân bẩn, mất ý chí và đi lang thang.

Từ khóa: Tâm thần phân liệt, đặc điểm lâm sàng, thang PANSS.

**Bệnh viện 103*
Chịu trách nhiệm chính: Đỗ Xuân Tĩnh
Email: Doxuantinhbv103@gmail.com
Ngày nhận bài: 29.8.2022
Ngày phản biện khoa học: 26.9.2022
Ngày duyệt bài: 4.10.2022

SUMMARY

RESEARCH ON CLINICAL FEATURES OF SCHIZOPRENIC PATIENTS WITH AND WITHOUT NEGATIVE SYMTOMS

Objectives: Clinical features of schizophrenic patients with and without negative symptoms**.**

Subject and methods: Decriptive research cross-section in 71 schizophrenic patients at the Psychiatric Department, 103 Military Hospital from January 2022 to August 2022. **Results:** Group with negative symptoms: mean age 38,73±9,57; duration of the disease 9,64±6,11; emotional blunting 54,05%; say muttered alone 58,44%; poor seft-care 70,30%; loss spririt 86,54%; wander 40.54%; delusions 64,86% and hallucinations 51,35%. Group without negative symptoms: mean age 24,67±7,79; duration of the disease 3,05±2,09, both delusions and hallucinations accounted for 97,05%; the most common are persecutory delusions 70,83% and auditory hallucination comments 82,35%. PANSS scale score: group without negative symptoms has total PANSS scale (91.82±20.25) and N-PANSS (15.85±4.50); group with negative symptoms has total PANSS scale (108.49±19.13) and N-PANSS (33.43±7.06). **Conclusion:** Schizophrenia with negative symptoms had a longer duration of the disease than the group without negative symptoms. The common symptoms are emotional blunting, say muttered alone, poor seft-care, loss spririt, wander .

Keywords: schizophrenia, clinical features, PANSS scale.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

TTPL là một bệnh loạn thần nặng với các triệu chứng lâm sàng vô cùng phong phú và luôn biến đổi. Bệnh nhân tâm TTPL có 2 nhóm triệu chứng chính là triệu chứng dương tính và triệu chứng âm tính [1]. Các triệu chứng dương tính xuất hiện sớm và sẽ mất dần trong quá trình tiến triển của TTPL. Ngược lại, các triệu chứng âm tính tuy xuất hiện muộn, nhưng ngày càng chiếm ưu thế trên bảng lâm sàng [2]. Mặc dù nhận được ít sự chú ý của hơn, nhưng những triệu chứng âm tính cũng ảnh hưởng rất nhiều đến chất lượng cuộc sống và khả năng sống bình thường của cá nhân [3]. Ở Việt Nam đã có nhiều nghiên cứu về bệnh tâm TTPL, tuy nhiên chưa có nghiên cứu nào so sánh một cách có hệ thống và đầy đủ về đặc điểm lâm sàng giữa hai nhóm có và không có triệu chứng trong bệnh TTPL. Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài này nhằm mục tiêu: *Mô tả đặc điểm lâm sàng ở 2 nhóm bệnh nhân tâm TTPL có và không có triệu chứng âm tính.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Nghiên cứu được thực hiện trên 71 bệnh nhân được chẩn đoán là TTPL điều trị nội trú tại khoa Tâm thần, Bệnh viện Quân y 103, từ ngày 01/01/2022 đến ngày 01/08/2022. Các bệnh nhân được chia thành 2 nhóm: nhóm chỉ có triệu chứng dương tính (n=34) và nhóm có triệu chứng âm tính (n=37).

****Tiêu chuẩn chẩn đoán:*** bệnh nhân được chẩn đoán TTPL theo tiêu chuẩn DSM-5 (2013) [4].

****Tiêu chuẩn loại trừ:*** bệnh nhân có bệnh rối loạn chuyển hóa kết hợp như đái tháo đường, kích động, chống đối điều trị, lạm dụng chất,..

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Phương pháp nghiên cứu tiến cứu, cắt ngang, mô tả từng trường hợp.

Xử lý kết quả bằng phần mềm thống kê SPSS 22.0.

III. KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN

3.1. Tuổi khởi phát

Bảng 3.1. Tuổi khởi phát của đối tượng nghiên cứu

Nhóm / Tuổi khởi phát	Nhóm không có triệu chứng âm tính		Nhóm có triệu chứng âm tính		p
	Số lượng (n=34)	Tỷ lệ (%)	Số lượng (n=37)	Tỷ lệ (%)	
≤ 20 tuổi	14	38,23	8	21,62	
Từ 21-30 tuổi	15	44,11	14	37,83	
Trên 30 tuổi	5	17,66	15	40,55	
(X±SD)	24,67±7,79		29,11±9,77		p<0,05

Bảng 3.1 cho thấy ở nhóm không có triệu chứng âm tính, tuổi khởi phát bệnh chủ yếu thuốc nhóm tuổi từ 21-30, chiếm 44,11%Ở nhóm có triệu chứng âm tính, tuổi khởi phát bệnh ở lứa tuổi trên 30 lớn nhất (40,55%). Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với p<0,05. Nghiên cứu của chúng tôi phù hợp với nghiên cứu trước đó của Phùng Thanh Hải (2019), tuổi khởi phát gặp nhiều nhất là từ 21-30 tuổi (42,63%), ≤ 20 chiếm 39,34% [5]. Khi nghiên cứu 109 bệnh nhân TTPL mạn tính, Bùi Tiến Dũng (2011) nhận thấy tuổi khởi phát bệnh ở nhóm tuổi từ 21 - 30 tuổi cao nhất (53,21%) [6]. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi phù hợp với nhận định của Sadock B.J. và CS. (2015) về tuổi khởi phát TTPL, ở nam thường là 15-25 tuổi, còn với nữ là 25-35 tuổi [7].

3.2. Thời gian bị bệnh

Bảng 3.2. Thời gian bị bệnh của đối tượng nghiên cứu

Nhóm	Nhóm không có triệu	Nhóm triệu chứng âm	p

Thời gian	chứng âm tính		tính		
	Số lượng (n=34)	Tỷ lệ (%)	Số lượng (n=37)	Tỷ lệ (%)	
≤01 năm	10	29,31	1	2,7	
01-05 năm	19	55,88	8	21,62	
06-10 năm	5	14,7	15	40,54	
Trên 10 năm	0	0	13	35,14	
(X±SD)	3,05±2,09		9,64±6,11		p<0,05

Kết quả bảng 3.2 cho thấy ở nhóm không có triệu chứng âm tính, thời gian bị bệnh từ 1-5 năm chiếm tỷ lệ cao nhất (55,88%), không có trường hợp nào thời gian bị bệnh trên 10 năm. Nghiên cứu của Trịnh Văn Anh cũng cho rằng thời gian phát hiện bệnh từ 1-5 năm chiếm tỷ lệ cao nhất (83,33%), từ 6-10 năm (10,61%) [8]. Trong nghiên cứu của chúng tôi, nhóm bệnh nhân có triệu chứng âm tính, thời gian bị bệnh từ 6-10 năm chiếm tỷ lệ cao hơn cả (40,54%), sau đó là thời gian bị bệnh trên 10 năm (35,14%). Kết quả này phù hợp với Bùi Tiến Dũng (2011), nhóm bệnh nhân có thời gian phát hiện bệnh từ 11-20 năm chiếm tỷ lệ cao nhất (55,05%) và trên 30 năm chiếm ít nhất (2,75%) [6]. Thời gian bị bệnh trung bình của nhóm có triệu chứng âm tính cao hơn nhóm không có triệu chứng âm tính, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với p<0,05. Kết quả này cũng phù hợp với diễn biến tự nhiên của bệnh TTPL, khi mà tất cả các thể bệnh đều tiến triển thành thể di chứng. Cùng với đó là thời gian mắc bệnh đã dài, mạn tính ở bệnh nhân có triệu chứng âm tính, phù hợp với nhận định của Sadock B.J. và CS. (2015), khi cho rằng TTPL là một bệnh mạn tính, tiến triển trong nhiều năm [7].

3.3. Số lần tái phát

Bảng 3.3. Số lần tái phát

Số lần tái phát	Nhóm không có triệu chứng âm tính		Nhóm có triệu chứng âm tính		p
	Số lượng (n=34)	Tỷ lệ (%)	Số lượng (n=37)	Tỷ lệ (%)	
Lần đầu bị bệnh	14	41,18	11	29,73	
2 lần	16	47,06	9	24,32	
3-4 lần	4	11,76	12	32,43	
Trên 4 lần	0	0	5	13,52	
(X±SD)	1,70±0,67		2,64±2,11		p<0,05

Bảng 3.3 cho thấy, ở nhóm không có triệu chứng âm tính, số lần tái phát nhiều nhất là 2 lần (47,06%), trong khi đó số lần tái phát nhiều nhất của nhóm có triệu chứng âm tính là 3-4 lần (32,43%). Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với p<0,05. Kết quả này hợp lý vì bệnh nhân có triệu chứng âm tính thì thời gian mang bệnh lâu năm, ở nhóm đối tượng này, việc duy trì thuốc ngoại trú thường không đều, do đó số lần tái phát bệnh cũng nhiều hơn so với nhóm không có triệu chứng âm tính. Kết này trên cũng phù hợp với Phùng Thanh Hải (2019), với số đợt cấp của bệnh từ 1-2 lần chiếm nhiều hơn cả (72,13%), 3-4 lần tái phát chiếm tỷ lệ 19,67% [5].

3.4. Triệu chứng loạn thần

Bảng 3.4. *Các loại ảo thanh*

Loại ảo thanh	Nhóm không có triệu chứng âm tính		Nhóm có triệu chứng âm tính		p
	Số lượng (n=34)	Tỉ lệ (%)	Số lượng (n=37)	Tỉ lệ (%)	
Bình phẩm	28	82,35	12	32,43	
Đe doạ	3	8,8	0	00,00	
Đàm thoại	12	35,29	13	35,14	
Xui khiến	16	47,06	3	08,11	
Ao thanh	33	97,06	19	51,35	p<0,001

Nghiên cứu từ bảng 3.4 cho thấy một bệnh nhân có thể có 1 hoặc nhiều loại ảo thanh. Ở nhóm không có triệu chứng âm tính có 33 người có ảo thanh, chiếm 97,06%, trong đó ảo thanh bình phẩm chiếm tỉ lệ cao nhất là 82,35%. Có 19 bệnh nhân thuộc nhóm âm tính là có ảo thanh,

chiếm 51,35%, trong đó gặp nhiều nhất là ảo thanh đàm thoại (35,14%). Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với p<0,001. Theo Trịnh Văn Anh (2017), số bệnh nhân có ảo giác chiếm 89,39% nhóm nghiên cứu trong đó ảo thanh bình phẩm là hay gặp nhất (51,51%), tiếp theo là ảo thanh ra lệnh (43,94%). Các triệu chứng này giảm nhanh sau khi điều trị [8].

Bảng 3.5. *Các loại hoang tưởng*

Chỉ số thống kê / Loại hoang tưởng	Nhóm không có triệu chứng âm tính		Nhóm có triệu chứng âm tính		P
	Số lượng (n=34)	Tỉ lệ (%)	Số lượng (n=37)	Tỉ lệ (%)	
Hoang tưởng liên hệ	18	52,94	7	18,92	
Hoang tưởng bị hại	20	58,82	17	45,95	
Hoang tưởng bị theo dõi	27	79,41	15	40,54	
Hoang tưởng tự cao	2	05,88	2	05,41	
Hoang tưởng kỳ quái	1	02,94	0	00,00	
Hoang tưởng	33	90,05	23	62,16	p<0,001

Từ bảng 3.5 thấy trong tổng số 34 bệnh nhân không có triệu chứng âm tính gặp 33 bệnh nhân có hoang tưởng (90,05%), trong đó hay gặp nhất là hoang tưởng bị theo dõi (79,41%). Ở nhóm có triệu chứng âm tính chỉ gặp 23 bệnh nhân có hoang tưởng (62,16%), trong đó gặp nhiều nhất là hoang tưởng bị hại (45,95%). Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với p<0,001. Theo Phùng Thanh Hải (2019) hoang tưởng bị truy hại chiếm tuyệt đại đa số (52,46%), tiếp đến là hoang tưởng bị chi phối (4,92%), hoang tưởng liên hệ (3,29%), hoang tưởng ghen tuông và hoang tưởng tự cao chiếm tỷ lệ thấp nhất (1,64%) [5]. Hoang tưởng bị theo dõi là phổ biến trên lâm sàng gặp trong 81,81% số bệnh nhân có hoang tưởng trong nhóm nghiên cứu. Kết quả này của chúng tôi cao hơn Đinh Việt Hùng (2020) là 66.96% [9], kết quả này có thể khác biệt do cỡ mẫu nghiên cứu, khi mà Đinh Việt Hùng nghiên cứu trên 230 bệnh nhân TTPL. Kết quả này phù hợp với Bùi Quang Huy (2019), các triệu chứng dương tính sẽ giảm dần đi, thay thế bằng các triệu chứng âm tính [2].

3.5. Triệu chứng âm tính

Bảng 3.6. *Triệu chứng âm tính*

Chỉ số thống kê / Triệu chứng	T0		T1	
	Số lượng (n=37)	Tỉ lệ (%)	Số lượng (n=37)	Tỉ lệ (%)
Cùn mòn cảm xúc	20	54,05	16	43,24
Nói lẩm bẩm một mình	29	58,44	1	2,94
Vệ sinh cá nhân bẩn	26	70,3	8	21,62
Mất ý chí	32	86,54	30	81,08
Ăn bẩn	1	2,7	0	0
Đi lang thang	15	40,54	2	5,4
Ngộ độc nước	1	2,7	0	0

Nghiên cứu trên 37 bệnh nhân TTPL âm tính, cho thấy một bệnh nhân có thể có 1 hoặc nhiều triệu chứng âm tính trong đó mất ý chí hay gặp nhất (86,85%), sau đó là nói lẩm bẩm một mình (78,43%). Kết quả phù hợp với Bùi Quang Huy (2013) cho rằng mất ý chí chiếm gặp ở tất cả các bệnh nhân, sau đó tới cảm xúc âm tính 88%, tiếp sau đó là vệ sinh cá nhân bẩn, sau 3 tháng điều trị, các triệu chứng về cảm xúc âm tính và triệu chứng hành vi âm tính thuyên giảm rõ rệt khi điều trị bằng olanzapine [10].

3.6. Thang PANSS

Bảng 3.7. Điểm số thang PANSS

Nhóm / PANSS	Không có triệu chứng âm tính	Có triệu chứng âm tính	p
Tổng PANSS	91,82±20,25	108,49±19,13	<0,05
P-PANSS	26,09±4,92	16,24±5,87	<0,001
N-PANSS	15,85±4,50	33,43±7,06	<0,001

Bảng 3.7 cho thấy tổng điểm thang PANSS và N-PANSS ở nhóm có triệu chứng âm tính đều lớn hơn nhóm không có triệu chứng âm tính, còn thang P-PANSS của nhóm không có triệu chứng

âm tính hơn nhóm có triệu chứng âm tính. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với p <0,001. Kết quả nghiên cứu này phù hợp với nhiều tác giả như: Kaplan H.I (2015) và Bùi Quang Huy (2019), khi mà các tác giả đều cho rằng ở giai đoạn đầu, chỉ có các triệu chứng dương tính, ở giai đoạn sau, các triệu chứng dương tính sẽ mờ nhạt dần, thay vào đó là các triệu chứng âm tính sẽ chiếm ưu thế trên bảng lâm sàng…[7], [2].

V. KẾT LUẬN

Nhóm bệnh nhân TTPL có triệu chứng âm tính: tuổi trung bình 38,73±9,57; thường gặp ở nhóm tuổi từ 31-40 chiếm 37,80%; thời gian bị bệnh trung bình 9,64±6,11; cảm xúc cùn mòn 54.05%; nói lẩm bẩm một mình 58.44%; vệ sinh cá nhân bẩn 70,30%; mất ý chí 86,54%; đi lang thang 40,54%; hoang tưởng 64,86% và ảo giác 51,35%.

Nhóm bệnh nhân TTPL không có triệu chứng âm tính: tuổi trung bình 24,67±7,79; thường gặp ở nhóm tuổi 21-30 chiếm 41,18%; thời gian bị bệnh 3,05±2,09 hoang tưởng và ảo giác đều chiếm 97,05%; chủ yếu là hoang tưởng bị hại 70,83%; hoang tưởng bị theo dõi 62,50%; ảo thanh bình phẩm 82,35%; ảo thanh xui khiến 47,06%; ảo thanh đàm thoại 32,29%.

Điểm thang PANSS: Nhóm không có triệu chứng âm tính điểm thang PANSS toàn bộ (91,82±20,25) và N-PANSS (15,85±4,50); nhóm có triệu chứng âm điểm thang PANSS toàn bộ (108,49±19,13) và N-PANSS (26,09±4,92).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Cao Tiến Đức và cộng sự** (2016) Giáo trình bệnh học Tâm thần, Nhà xuất bản Quân đội Nhân dân, Hà Nội.
2. **Bùi Quang Huy** (2019) Tâm thần phân liệt nguyên nhân, chẩn đoán và điều trị, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.
3. **Palaniyappa L., Al-Radaideh A., Gowland P. A., et al.** (2020) Cortical thickness and formal thought disorder in schizophrenia: an ultra high-field network-based morphometry study. Progress in Neuro-Psychopharmacology. 101: 109911.
4. **American Psychiatric Association** (2013) Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5). 5th edition, American Psychiatric Publishing, Washington DC.
5. **Phùng Thanh Hải** (2019), Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng bệnh tâm thần phân liệt đáp ứng kém với thuốc an thần kinh cổ điển và kết quả điều trị bằng thuốc Clozapine, Luận văn tiến sỹ, Học viện Quân y, Hà Nội.
6. **Bùi Tiến Dũng** (2011), Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng bệnh nhân tâm thần phân liệt mạn tính và kết quả điều trị bằng Clozapine, Luận án tiến sỹ, Học viện Quân y, Hà Nội.
7. **Kaplan H.I. and Sadock B.J.** (2015) Kaplan and Sadock's Synopsis of Psychiatry: Behavioral Sciences, clinical psychiatry. 11th Edition, Williams & Wilkins, Baltimore.
8. **Trịnh Văn Anh** (2017), Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng và mối liên quan với nồng độ serotonin huyết tương ở bệnh nhân tâm thần phân liệt có hành vi tự sát, Luận án tiến sĩ y học, Học viện Quân y, Hà Nội.
9. **Đinh Việt Hùng** (2020), Nghiên cứu điện não và một số đa hình trên giene COMT, zNF804a ở bệnh nhân tâm thần phân liệt, Luận án tiến sỹ, Học viện Quân y, Hà Nội,
10. **Bùi Quang Huy và Nguyễn Thị Vân**. (2013) Nghiên cứu hiệu quả điều trị các triệu chứng âm tính của bệnh tâm thần phân liệt bằng olanzapin. Y học thực hành. Số 2 (858): 3.

KẾT QUẢ LÀNH THƯƠNG CÓ SỬ DỤNG NƯỚC SÚC MIỆNG DR.ECA SAU PHẪU THUẬT NHỔ RĂNG KHÔN ĐƯỢC ĐÁNH GIÁ BẰNG THANG ĐIỂM IPR

Đỗ Thị Kim Oanh[1], Đặng Triệu Hùng[1]

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả tình trạng lành thương sau phẫu thuật nhổ răng khôn được hướng dẫn sử dụng nước súc miệng Dr.ECA bằng thang điểm IPR. Kết quả được đánh giá tại 2 thời điểm: ngày thứ 5 sau nhổ răng (tương ứng với giai đoạn viêm) và ngày 14 sau nhổ răng (tương ứng với giai đoạn tăng sinh). **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu**: Bệnh nhân đến khám sức khỏe răng miệng tại Khoa Răng hàm mặt, Bệnh viện Đại học Y Hà Nội. Trên lâm sàng và phim XQ được chẩn đoán răng khôn hàm dưới thuộc nhóm II theo phân loại Parant, được mời vào nghiên cứu. Phương pháp nghiên cứu: mô tả cắt ngang, tiến cứu, lựa chọn mẫu thuận tiện. Cỡ mẫu nghiên cứu N=60. **Kết quả:** Trung bình điểm lành thương ở giai đoạn viêm trong nghiên cứu là 6,82±1,03 (điểm tối đa là 8) phạm vi của nghiên cứu (4-8). Trung bình điểm lành thương ở giai đoạn tăng sinh trong nghiên cứu là 4,68±0,5 (điểm tối đa là 5) phạm vi của nghiên cứu (3-5). Tại thời điểm ngày thứ 5 sau nhổ răng, bệnh nhân được đánh giá lành thương tốt là 95 %; mức độ lành thương trung bình là 5%; không ghi nhận có tình

[1]*Trường Đại học Y Hà Nội*
Chịu trách nhiệm chính: Đỗ Thị Kim Oanh
Email: Kimoanh.rhm@gmail.com

Ngày nhận bài: 23.8.2022
Ngày phản biện khoa học: 26.9.2022
Ngày duyệt bài: 11.10.2022