

khác biệt này là rất có ý nghĩa thống kê với độ tin cậy 99,99%. Tỷ lệ này tương tự khi xét nhóm túi quanh răng có độ sâu từ 3 đến 4mm, có tỷ lệ cao hơn trong nhóm OHI-S kém (63,1%) và thấp hơn ở nhóm OHI-S tốt hoặc trung bình. Kết quả này là phù hợp với các nghiên cứu như tác giả Lê Thị Liên (2016)⁶, tác giả Shaik Mohammed Asif (2019)⁸. Lê Thị Liên đã chỉ ra rằng "Yếu tố VSRM có liên quan mật thiết với bệnh VQR, VSRM kém làm bệnh nặng hơn".

V. KẾT LUẬN

Tuổi trung bình của nhóm đối tượng nghiên cứu là $37,08 \pm 9,08$.

Tỷ lệ bệnh mắc bệnh của nam cao hơn nữ.

Lý do vào viện chủ yếu là chảy máu lợi.

Chỉ số mảng bám răng (PI) của các bề mặt răng thăm khám ở mức $1,8337 \pm 0,3947$.

Chỉ số vệ sinh răng miệng OHI-S trung bình là $3,0123 \pm 0,588$.

Trung bình chỉ số lợi là 1.3549 ± 0.4762 .

Chỉ số độ sâu túi lợi trung bình là $2,1772 \pm 0,4374$.

Bệnh nhân vệ sinh răng miệng càng kém thì túi quanh răng càng sâu.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Thị Mai Phương (2015). Định lượng Actinobacillus Actinomycetemitans, Porphyromonas Gingivalis trong viêm quanh răng

2. Nông Phương Mai (2017). Đánh giá hiệu quả can thiệp giáo dục sức khỏe răng miệng cho người cao tuổi dân tộc Sán Diu mắc bệnh quanh răng tại xã Nam Hòa huyện Đồng Hỷ - Thái Nguyên. Đề tài khoa học và công nghệ cấp Đại học
3. Nguyễn Ngọc Anh, Mai Đình Hưng, Nguyễn Thị Hồng Minh (2020). Hiệu quả điều trị bệnh viêm quanh răng phá hủy thể toàn bộ bằng phương pháp phẫu thuật. Tạp chí nghiên cứu y học 132(8).
4. American Academy of Periodontology (2003). Diagnosis of periodontal diseases. J Periodontol, 74, 1237-1247.
5. Marta Gajardo et al (2005). Prevalence of Periodontopathic Bacteria in Aggressive Periodontitis Patients in Chilean Population. J Periodonto.
6. M.R. Vivekananda et al, (2010). Effect of the probiotic Lactobacilli reuteri (Prodentis) in the management of the periodontal diseases: a preliminary randomizal clinical trial. J Oral Microbiol.
7. Lê Thị Liên (2016). Thực trạng bệnh viêm quanh răng, mối liên quan giữa tình trạng bệnh quanh răng và một số chỉ số cận lâm sàng ở bệnh nhân đái tháo đường tít 2 tại khoa Nội, BVĐK Hà Đông năm 2015 -2016. Luận văn bác sỹ chuyên khoa cấp 2.
8. Shaik Mohammed Asif 1, Shaik Naheeda 2, et al (2019). Oral hygiene practice and periodontal status among two tribal population of Telangana state, India- an epidemiological study. BMC Oral Health 2019; 19:8.

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG CỦA BỆNH NHÂN CÓ RĂNG HÀM SỮA CẦN ĐIỀU TRỊ LẤY TỤY BUỒNG

Lê Thị Thuý Linh¹, Hà Ngọc Chiếu¹

TÓM TẮT

Bệnh lý tủy răng sữa là một trong những bệnh phổ biến ở trẻ em, tuy nhiên việc chẩn đoán bệnh lý tủy răng sữa ở trẻ gặp nhiều khó khăn. Vì vậy, với mục đích giúp các nhà lâm sàng phần nào có cái nhìn tổng quát hơn về sự phân bố tổn thương bệnh lý chúng tôi tiến hành nghiên cứu mô tả đặc điểm lâm sàng của một nhóm bệnh nhân có các răng hàm sữa được chỉ định lấy tủy buồng. **Nghiên cứu mô tả cắt ngang** này được thực hiện ở 173 trẻ từ 4-8 tuổi có răng hàm sữa sâu có chỉ định điều trị tủy buồng. **Kết quả:** Tỷ lệ răng hàm sữa thứ nhất có bệnh lý là 38,4%, răng hàm sữa thứ hai là 35,0%. Tỷ lệ răng

hàm sữa hàm dưới bị bệnh lý là 40,1%, ở hàm trên là 33,2%. Ở nhóm dưới 6 tuổi tỷ lệ trẻ có răng hàm sữa bị viêm tủy có hồi phục là 7,8%, nhóm trên 6 tuổi là 2,9%. Tỷ lệ trẻ có viêm tủy không hồi phục ở nhóm dưới 6 tuổi là 9,2% và nhóm trên 6 tuổi là 21,6%. **Kết luận:** Tỷ lệ răng hàm sữa thứ nhất có bệnh lý cao hơn răng hàm sữa thứ hai và răng hàm sữa hàm dưới bị bệnh lý cao hơn răng hàm sữa hàm trên. Tuổi của trẻ là yếu tố liên quan với bệnh lý viêm tủy có và không hồi phục. **Từ khóa:** răng hàm sữa, bệnh lý tủy, lấy tủy buồng

SUMMARY

CLINICAL PRESENTATION OF PATIENTS WITH DECIDUOUS TEETH REQUIRING PULPOTOMY

Pulp pathology is among the common conditions in pediatric dentistry, yet diagnosing pulp pathology in children poses a significant challenge. In this regard, we conducted a cross-sectional study to provide clinicians with an overview of the distribution of pulp

¹Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Lê Thị Thuý Linh

Email: lethuylinh@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 3.2.2023

Ngày phản biện khoa học: 21.3.2023

Ngày duyệt bài: 5.4.2023

pathology in deciduous molars that require pulpotomy. The study included 173 children between 4 and 8 years of age with caries in their primary teeth requiring pulpotomy. The results indicated that the first primary molars had a higher prevalence of pulp pathology (38.4%) than the second primary molars (35.0%). The prevalence of pulp pathology was higher in the mandibular teeth (40.1%) than in the maxillary teeth (33.2%). In children under 6 years of age, the proportion of teeth with reversible pulpitis was 7.8%, while in the over-6-years-old group, it was 2.9%. The proportion of children with irreversible pulpitis was 9.2% in the under-6-years-old group and 21.6% in the over-6-years-old group. In conclusion, the first primary molars are more prone to pulp pathology than the second primary molars, and the mandibular teeth are more likely to be affected than the maxillary teeth. Age is a factor that is related to reversible and irreversible pulpitis. **Keywords:** primary molar teeth, pulp pathology, pulpotomy.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Báo cáo nghiên cứu về bệnh tật toàn cầu năm 2016 cho thấy trên thế giới có ít nhất 3,58 tỷ người bị ảnh hưởng bởi các bệnh răng miệng, trong đó sâu răng là bệnh lý phổ biến nhất trong tất cả các tình trạng bệnh lý được đánh giá, khoảng 2,4 tỷ người mắc bệnh sâu răng vĩnh viễn và 486 triệu trẻ em bị sâu răng sữa [1]. Tại Việt Nam, theo kết quả điều tra của Lưu Văn Tường (2019) tại Hà Nội, tỷ lệ sâu răng ở trẻ 3 tuổi là 78,6% [2]. Sâu răng nếu không được điều trị kịp thời sẽ nhanh chóng tiến triển thành bệnh lý tủy, đặc biệt là hàm răng sữa của trẻ. Tuy nhiên, việc chẩn đoán bệnh lý tủy răng sữa gặp nhiều khó khăn do các thử nghiệm không có hoặc có rất ít giá trị. Đã có nhiều phương pháp đánh giá tình trạng tủy được đề cập trong y văn nhưng hiện vẫn chưa có phương pháp nào được kết luận là hiệu quả nhất. Vì vậy, để chẩn đoán tình trạng tủy răng sữa, các bác sĩ Răng hàm mặt chủ yếu vẫn dựa vào kinh nghiệm lâm sàng. Với mong muốn bệnh nhân có được hiệu quả điều trị tốt nhất, nhằm giúp các nhà lâm sàng phần nào có cái nhìn tổng quát hơn về sự phân bố tổn thương bệnh lý cũng như định hướng cho quá trình chẩn đoán và điều trị chúng tôi tiến hành thực hiện nghiên cứu này với mục tiêu: "*Mô tả đặc điểm lâm sàng của một nhóm bệnh nhân có các răng hàm sữa được chỉ định lấy tủy buồng tại một số cơ sở Răng hàm mặt tại Hà Nội*".

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1 Đối tượng nghiên cứu. Là các trẻ em bị bệnh lý tủy răng sữa và có răng hàm sữa sâu có chỉ định điều trị tủy buồng.

Tiêu chuẩn lựa chọn: - Trẻ từ 4-8 tuổi, bị bệnh lý tủy răng sữa và có ít nhất một răng hàm

sữa sâu có chỉ định điều trị tủy buồng với các biểu hiện trên lâm sàng và Xquang như sau:

+ Trên lâm sàng: Răng có lỗ sâu, đáy lỗ sâu cách trần buồng tủy một lớp ngà mềm, ngà mủn hoặc có điểm hở tủy sau khi làm sạch. Bệnh nhân chưa từng có tiền sử đau tự nhiên, răng không lung lay, vùng lợi quanh răng bình thường, không nề đỏ, ấn không đau, không có lỗ rò, sẹo rò, áp xe.

+ Trên Xquang: Thấy lỗ sâu cách trần buồng tủy một lớp ngà mỏng dưới 1,5 mm. Vùng dây chằng nha chu và xương ổ răng bình thường.

+ Răng có khả năng phục hồi lại thân răng.

+ Sau khi lấy toàn bộ tủy buồng, tủy chân răng phải cầm máu được bằng bông vô khuẩn sau 5 phút.

- Trẻ không đang bị mắc các bệnh toàn thân cấp tính hoặc các bệnh truyền nhiễm nguy hiểm.

- Trẻ hợp tác và phụ huynh đồng ý tham gia nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ: Trẻ có bệnh tim mạch (hẹp hở van 2 lá, suy tim), viêm cầu thận, rối loạn đông máu hoặc các bệnh toàn thân, các bệnh truyền nhiễm nguy hiểm chưa điều trị ổn định.

2.2 Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang

2.2.2. Địa điểm và thời gian nghiên cứu

- Địa điểm nghiên cứu: Nghiên cứu được thực hiện tại Trung tâm kỹ thuật cao nhà A7, Viện Đào tạo Răng hàm mặt và khoa Răng hàm mặt, Bệnh viện Nhi Trung ương.

- Thời gian nghiên cứu: Từ tháng 12/2018 - 01/2021.

2.2.3. Cỡ mẫu: áp dụng công thức tính cỡ mẫu mô tả một tỷ lệ với sai số tương đối cho nghiên cứu mô tả cắt ngang [3]:

$$n = Z_{1-\alpha/2}^2 \frac{1-p}{\epsilon^2 p}$$

Trong đó: p: Tỷ lệ sâu răng sữa của trẻ 4-8 theo nghiên cứu của Trương Mạnh Dũng là 81,6% [4]; $Z_{(1-\alpha/2)}$: hệ số tin cậy, với mức ý nghĩa thống kê $\alpha = 0,05$, tương ứng với độ tin cậy là 95% thì $Z_{(1-\alpha/2)} = 1,96$; ϵ : Độ chính xác tương đối (lấy bằng 8% giá trị p)

Thay vào công thức trên chúng tôi tính được cỡ mẫu cần nghiên cứu là 136 trẻ. Thực tế chúng tôi đã khám, chẩn đoán và mời được 173 trẻ tham gia nghiên cứu này.

2.2.4. Cách chọn mẫu. Chúng tôi sử dụng phương pháp chọn mẫu thuận tiện, có chủ đích theo tiêu chuẩn lựa chọn của nghiên cứu.

2.3. Tiến hành nghiên cứu

Các bệnh nhân đến một trong hai địa điểm nghiên cứu trên được nhóm nghiên cứu khám và ghi nhận kết quả vào bệnh án. Tất cả những bệnh nhân có bệnh lý tủy sau khi khám lâm sàng đều được chụp Xquang để chẩn đoán phân biệt và mời tham gia vào nghiên cứu.

2.4. Tiêu chí sử dụng trong nghiên cứu

- Ghi nhận tình trạng sâu răng: Phân loại lỗ sâu theo Site and Size

- Đánh giá tình trạng bệnh lý tủy răng sữa: Viêm tủy, hoại tử tủy không có biến chứng nha chu, hoại tử tủy có biến chứng nha chu cấp tính, hoại tử tủy có biến chứng nha chu mạn tính, hội chứng vách, hội chứng chề.

2.5. Xử lý và phân tích số liệu. Số liệu từ bệnh án nghiên cứu được kiểm tra chặt chẽ, được nhập bằng phần mềm Epi data 3.1, phân tích trên phần mềm SPSS 20.0 theo phương pháp thống kê y học.

2.6. Đạo đức trong nghiên cứu

- Đề cương nghiên cứu được thông qua bởi Hội đồng đạo đức trường Đại học Y Hà Nội. Chứng nhận số 13NCS17/HMU IRB, ngày 08 tháng 02 năm 2018.

- Nghiên cứu được sự chấp thuận của các địa điểm nghiên cứu và sự đồng ý tự nguyện của các đối tượng nghiên cứu, người giám hộ.

- Các thông tin cá nhân của đối tượng nghiên cứu sẽ được giữ bí mật tuyệt đối.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Phân bố bệnh lý răng hàm sữa

Bảng 3.1. Phân bố răng hàm sữa có

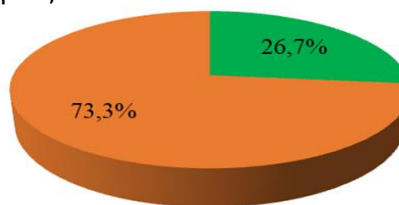
Bảng 3.2. Đặc điểm tổn thương răng hàm sữa trên lâm sàng

Đặc điểm		Răng	54	55	64	65	74	75	84	85
		(n=128)	(n=96)	(n=125)	(n=111)	(n=139)	(n=138)	(n=138)	(n=139)	(n=139)
Vị trí lỗ sâu	Mặt nhai/mặt ngoài/mặt trong	122 (95,3)	95 (99,0)	119 (95,2)	106 (95,5)	136 (97,8)	135 (97,8)	136 (97,8)	136 (97,8)	136 (97,8)
	Mặt gần/mặt xa	121 (94,5)	82 (85,4)	113 (90,4)	95 (85,6)	128 (92,1)	119 (86,2)	131 (94,2)	131 (94,2)	115 (82,7)
	Cổ răng/chân răng	0 (0,0)	0 (0,0)	2 (1,6)	2 (1,8)	2 (1,4)	4 (2,9)	2 (1,4)	7 (5,0)	7 (5,0)
Đáy lỗ sâu	Còn ngà	96(75,0)	79(82,3)	94(75,2)	88(79,3)	107(77,0)	98 (71,0)	98(70,5)	98(70,5)	98(70,5)
	Thông thương tủy	32 (25,0)	17 (17,7)	31 (24,8)	23 (20,7)	32 (23,0)	40 (29,0)	41 (29,5)	41 (29,5)	41 (29,5)
Lợi	Bình thường	124(96,9)	93 (96,9)	120(96,0)	110(99,1)	133(95,7)	130(94,2)	135(97,1)	131(94,2)	131(94,2)
	Không bình thường	4 (3,1)	3 (3,1)	5 (4,0)	1 (0,9)	6 (4,3)	8 (5,8)	4 (2,9)	8 (5,8)	8 (5,8)
Lỗ rò	Có	4 (3,1)	3 (3,1)	3 (2,4)	0 (0,0)	5 (3,6)	7 (5,1)	1 (0,7)	6 (4,3)	6 (4,3)
	Không	124(96,9)	93 (96,9)	121(96,8)	110(99,1)	134(96,4)	131(94,9)	135(97,1)	132(95,0)	132(95,0)
	Áp xe	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (0,8)	1 (0,9)	0 (0,0)	0 (0,0)	3 (2,2)	1 (0,7)	1 (0,7)
Thăm	Có phản	120	88	113	103	126	119	127	123	123

bệnh lý trong nghiên cứu

		Có bệnh lý		Không có bệnh lý		p(x ²)
		Số lượng	Tỷ lệ (%)	Số lượng	Tỷ lệ (%)	
Loại răng	Răng số 4	531	38,4	161	11,6	0,004
	Răng số 5	484	35,0	208	15,0	
Vị trí	Hàm trên	460	33,2	232	16,8	<0,001
	Hàm dưới	555	40,1	137	9,9	
Tổng		1015	73,3	369	26,7	

Nhận xét: Tỷ lệ răng số 4 (54, 64, 74, 84) có bệnh lý là 38,4% cao hơn tỷ lệ răng số 5 (55, 65, 75, 85) có bệnh lý (35,0%); sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với p<0,01. Về vị trí, tỷ lệ răng hàm sữa hàm dưới bị bệnh lý cao hơn tỷ lệ răng hàm sữa bị bệnh lý ở hàm trên (40,1% so với 33,2%); sự khác biệt này cũng có ý nghĩa thống kê với p<0,001.



■ Răng không có tổn thương ■ Răng có tổn thương

Biểu đồ 3.1. Tỷ lệ răng hàm sữa có bệnh lý

Nhận xét: Tất cả các trẻ tham gia nghiên cứu đều không có răng hàm sữa bị mất sớm hoặc đã thay, trong đó số răng hàm sữa có bệnh lý là 1015 răng (chiếm 73,3%), số răng hàm sữa không có bệnh lý là 369 răng (chiếm 26,7%).

khám	ứng	(93,8)	(91,7)	(90,4)	(92,8)	(90,6)	(86,2)	(91,4)	(88,5)
	Không có phản ứng	8 (6,2)	8 (8,3)	12 (9,6)	8 (7,2)	13 (9,4)	19 (13,8)	12 (8,6)	16 (11,5)
Răng lung lay	Không lung lay	123 (96,1)	93 (96,9)	119 (95,2)	110 (99,1)	133 (95,7)	127 (92,0)	131 (94,2)	127 (91,4)
	Sinh lý	0 (0,0)	2 (2,1)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (0,7)	1 (0,7)	0 (0,0)	1 (0,7)
	Bệnh lý	5 (3,9)	1 (1,0)	6 (4,8)	1 (0,9)	5 (3,6)	10 (7,3)	8 (5,8)	11 (7,9)

Nhận xét: Trên 95% các răng hàm sữa có lỗ sâu ở mặt nhai, mặt ngoài hoặc mặt trong và hơn 85% răng hàm sữa có lỗ sâu ở mặt gần hoặc mặt xa; tỷ lệ gặp lỗ sâu ở cổ răng rất thấp. Đa số đáy lỗ sâu còn ngà trong đó tỷ lệ đáy lỗ sâu còn ngà cao nhất gặp ở răng 55 (82,3%), thấp nhất ở răng 84, 85 (70,5%).

Về tình trạng lợi, hơn 94% các răng hàm sữa bệnh lý có lợi bình thường. Tình trạng lợi không bình thường gặp ở tất cả các răng hàm sữa bệnh lý nhưng với tỷ lệ thấp (dưới 6%). Đa số các răng không có lỗ rò, tỷ lệ gặp lỗ rò thấp và không gặp lỗ rò ở răng 65. Tương tự, tỷ lệ gặp áp xe lợi rất thấp (dưới 3%) và toàn bộ số răng nghiên cứu còn lại (hơn 97,0%) không gặp có áp xe lợi.

Khi thăm khám, đa số các răng còn phản ứng tủy, tỷ lệ có phản ứng cao nhất gặp ở răng

54 (93,8%), thấp nhất ở răng 75 (86,2%). Trên 90% các răng không lung lay, tuy nhiên vẫn gặp tình trạng lung lay bệnh lý ở tất cả các loại răng, cao nhất gặp ở răng 85 (7,9%).

Ở các răng 55 và 65, viêm tủy không hồi phục chủ yếu gặp ở những lỗ sâu có kích thước rất rộng (S4); hoại tử tủy có hoặc không có biến chứng nha chu chỉ gặp ở lỗ sâu có kích thước rất rộng. Ở hàm trên không gặp các răng hàm sữa có hội chứng chề và hội chứng vách

Ở hàm dưới, viêm tủy có và không hồi phục gặp ở tất cả các răng hàm sữa có kích thước lỗ sâu rộng (S3) và rất rộng (S4). Hoại tử tủy có hoặc không có biến chứng nha chu cũng chỉ gặp ở những lỗ sâu có kích thước rộng và rất rộng. Hội chứng chề chủ yếu gặp ở các lỗ sâu có kích thước rất rộng và không gặp hội chứng vách.

Bảng 3.3. Mối liên quan giữa tuổi và bệnh lý răng hàm sữa

Tổn thương		Tuổi		Tổng n (%)	p(χ^2)
		< 6 tuổi n (%)	≥ 6 tuổi n (%)		
Sâu răng	Có	243 (44,0)	382 (45,9)	625 (45,2)	0,489
	Không	309 (56,0)	450 (54,1)	759 (54,8)	
Viêm tủy có hồi phục	Có	43 (7,8)	24 (2,9)	67 (4,8)	<0,001
	Không	509 (92,2)	808 (97,1)	1317 (95,2)	
Viêm tủy không hồi phục	Có	51 (9,2)	180 (21,6)	231 (16,7)	<0,001
	Không	501 (90,8)	652 (78,4)	1153 (83,3)	
Hoại tử tủy không có BC nha chu	Có	13 (2,4)	16 (1,9)	29 (2,1)	0,583
	Không	539 (97,6)	816 (98,1)	1355 (97,9)	
Hoại tử tủy có BC nha chu	Có	16 (2,9)	40 (4,8)	56 (4,0)	0,078
	Không	536 (97,1)	792 (95,2)	1328 (96,0)	
Hội chứng chề	Có	1 (0,2)	6 (0,7)	7 (0,5)	0,447*
	Không	551 (99,8)	826 (99,3)	1377 (99,5)	
Hội chứng vách	Có	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	-
	Không	552 (100,0)	832 (100,0)	1384 (100,0)	

(*): Fisher's Exact Test

Nhận xét: Ở nhóm dưới 6 tuổi, tỷ lệ trẻ có răng hàm sữa bị viêm tủy có hồi phục cao hơn nhóm trên 6 tuổi và tỷ lệ trẻ có răng hàm sữa bị viêm tủy không hồi phục thấp hơn nhóm trên 6 tuổi. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$.

Tỷ lệ răng hàm sữa sâu, hoại tử tủy có biến chứng nha chu và hội chứng chề ở nhóm trên 6 tuổi cao hơn nhóm dưới 6 tuổi. Tuy nhiên sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

IV. BÀN LUẬN

Kết quả nghiên cứu trên 173 trẻ có ít nhất một răng hàm sữa sâu có chỉ định lấy tủy buồng cho thấy số răng hàm sữa có bệnh lý là 1015 răng (chiếm 73,3%) cao hơn nhiều so với số răng hàm sữa không có bệnh lý (369 răng, chiếm 26,7%) (biểu đồ 3.1), trong đó tỷ lệ răng hàm sữa số 4 có bệnh lý là 38,4% cao hơn tỷ lệ răng hàm sữa số 5 có bệnh lý (35,0%); sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,01$ (bảng 3.1). Răng

hàm sữa số 4 thường mọc trước răng hàm sữa số 5 khoảng từ 10 - 18 tháng và không có sự khác biệt nhiều về thời gian mọc răng giữa hàm trên và hàm dưới [5]. Vì vậy, tỷ lệ răng hàm sữa số 4 có bệnh lý cao hơn răng hàm sữa số 5 có thể được giải thích là do nhiều yếu tố, trong đó hai yếu tố chính làm nên điều này là do răng hàm sữa số 4 tiếp xúc với môi trường miệng sớm hơn răng hàm sữa số 5 và do ý thức cũng như khả năng vệ sinh răng miệng của trẻ thay đổi khi trẻ lớn dần. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng khá tương đồng với kết quả của một số nghiên cứu trên thế giới. Nghiên cứu của Bruzda-Zwiech A năm 2015 tại Ba Lan trên 307 trẻ từ 3-5 tuổi cho thấy tỷ lệ răng hàm sữa số 4 bị sâu (44,3%) cao hơn răng hàm sữa số 5 (41,04%) [6]. Nghiên cứu của Amogh Tanwar và cộng sự năm 2018 tại Ấn Độ trên trẻ từ 6-12 tuổi cho thấy tỷ lệ sâu răng sữa tăng dần theo từng độ tuổi, tăng cao nhất khi trẻ 9 tuổi và giảm dần ở các năm sau đó do sự thay răng sinh lý [7].

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy, trong 1384 răng hàm sữa của 173 trẻ có tới 1015 răng bị bệnh lý (chiếm 73,3%), đây là một tỷ lệ răng bị bệnh rất cao trong đó trên 95% các răng hàm sữa có lỗ sâu ở mặt nhai và hơn 85% răng hàm sữa có lỗ sâu ở mặt gần hoặc mặt xa (bảng 3.2). Đối với các răng có lỗ sâu ở mặt nhai, việc điều trị (khoan, trám) sẽ dễ dàng hơn nhưng nếu răng không được điều trị sẽ ảnh hưởng rất lớn tới việc ăn nhai của trẻ. Còn với một tỷ lệ lớn các răng hàm sữa có lỗ sâu ở mặt gần hoặc mặt xa, việc điều trị cho trẻ sẽ gặp nhiều khó khăn hơn, khó khăn từ việc chẩn đoán cho đến điều trị vì đây là những vị trí dễ bị bỏ sót tổn thương nhất khi thăm khám. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng cho thấy có tới 29,5% các răng hàm sữa ở hàm dưới bên phải đáy lỗ sâu đã thông thương buồng tuỷ. Tỷ lệ này ít gặp hơn ở răng hàm sữa hàm dưới bên trái và các răng hàm sữa hàm trên. Điều này cho thấy tầm quan trọng của việc vệ sinh răng miệng đúng cách, vì đa số trẻ thuận tay phải, việc chải răng bên phải thường được thực hiện bằng tay trái là tay không thuận nên răng hàm bên phải sẽ được vệ sinh kém hơn, bản thân răng hàm sữa hàm dưới dễ bị lắng đọng thức ăn và cặn bám hơn nên dễ bị sâu và bệnh thường trầm trọng hơn các răng hàm còn lại.

Về yếu tố liên quan với bệnh lý răng hàm sữa của trẻ, chúng tôi nhận thấy ở nhóm trên 6 tuổi, tỷ lệ trẻ có răng hàm sữa bị viêm tuỷ có hồi phục thấp hơn nhóm dưới 6 tuổi nhưng tỷ lệ trẻ có răng hàm sữa bị viêm tuỷ không hồi phục lại cao hơn, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với

$p < 0,001$ (bảng 3.3). Điều đó cho thấy thời gian tiếp xúc với yếu tố nguy cơ càng lâu thì bệnh càng trầm trọng. Những trẻ ở lứa tuổi này chưa có ý thức cũng như kém hợp tác trong việc vệ sinh răng miệng. Trẻ không hợp tác tốt trong khám và điều trị nha khoa để từ đó phát hiện sớm và điều trị những tổn thương sâu răng làm cho lỗ sâu ngày càng phát triển gây ra những biến chứng ở tuỷ răng. Điều này cũng được thể hiện qua tỷ lệ trẻ có răng hàm sữa bị hoại tử tuỷ có biến chứng nha chu ở nhóm trên 6 tuổi cao hơn nhóm dưới 6 tuổi, tuy sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$, nhưng điều đó cho thấy đặc điểm bệnh lý tuỷ ở răng sữa khi đau chỉ là triệu chứng thoáng qua của viêm tuỷ, đến khi trẻ được khám thì bệnh lý tuỷ đã biến chứng nặng thành hoại tử tuỷ có hoặc không có biến chứng nha chu.

V. KẾT LUẬN

Đây là một nghiên cứu cắt ngang nhằm mô tả đặc điểm lâm sàng của các răng hàm sữa ở những bệnh nhân có răng được chỉ định lấy tuỷ buồng. Kết quả nghiên cứu cho thấy tỷ lệ răng hàm sữa thứ nhất có bệnh lý cao hơn răng hàm sữa thứ hai và răng hàm sữa hàm dưới bị bệnh lý cao hơn răng hàm sữa ở hàm trên. Đa số các răng hàm sữa có lỗ sâu ở mặt nhai và mặt gần hoặc mặt xa. Tuổi của trẻ là yếu tố liên quan với bệnh lý viêm tuỷ có và không hồi phục. Tuy nhiên cần có nghiên cứu với cỡ mẫu lớn hơn để kết luận chính xác sự phân bố bệnh lý tuỷ răng sữa và các yếu tố liên quan.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Global Burden of Disease Study** 2016. Disease and Injury Incidence and Prevalence Collaborators. Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 328 diseases and injuries for 195 countries, 1990-2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. *Lancet*. 2017;390(10100):1211-1259.
2. **Lưu Văn Tường, Nguyễn Thị Thu Phương, Đào Thị Dung**. Thực trạng bệnh sâu răng sữa sớm và một số yếu tố liên quan với sâu răng ở học sinh mầm non 03 tuổi tại Hà Nội. *Tạp chí Y học Việt Nam*. 2019;480(1&2), 94-99.
3. **Nguyễn Văn Tuấn**. *Y học Thực chứng*. Nhà xuất bản Y học, Tp. HCM; 2008:221-231.
4. **Trương Mạnh Dũng, Vũ Mạnh Tuấn**. Thực trạng bệnh răng miệng và một số yếu tố liên quan ở trẻ 4-8 tuổi tại 5 tỉnh thành của Việt Nam năm 2010. *Tạp chí Y học thực hành*. 2011;793:91-96
5. **Võ Trương Như Ngọc**. *Răng trẻ em - sách dùng cho học viên sau đại học*. Nhà xuất bản Đại học Huế, Huế; 2015
6. **Bruzda-Zwiech A, et al**. Caries Experience and Distribution by Tooth Surfaces in Primary Molars

in the Pre-school Child Population of Lodz, Poland. Oral Health Prev Dent. 2015;13(6):557-566.

7. **Amogh Tanwar, et al.** Prevalence of dental caries in primary and permanent teeth and its relation

with tooth brushing habits among 6-12 year old school children in Nangal Raya village, New Delhi: A crosssectional study. International Journal of Current Research. 2018;10(08):72989-72992.

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ PHƯƠNG PHÁP ĐÓNG HỌNG KIỂU T BẰNG MŨI KHÂU GAMBEE TRONG PHẪU THUẬT CẮT THANH QUẢN TOÀN PHẦN

Phạm Hoàng Nam¹, Trần Anh Bích¹

TÓM TẮT

Mở đầu: Ung thư thanh quản (UTTQ) chiếm 25% trong ung thư đầu mặt cổ, làm cho 100.000 tử vong trên thế giới. Đa số bệnh nhân (BN) đến khám vào giai đoạn muộn, phải cắt thanh quản toàn phần. Kỹ thuật đóng họng là một trong những phương pháp giúp làm giảm các biến chứng sau khi cắt thanh quản toàn phần. Phương pháp đóng họng kiểu T có ưu điểm là đơn giản, chắc chắn và ít biến chứng. **Mục tiêu:** Khảo sát đặc điểm chung, lâm sàng, cận lâm sàng của BN UTTQ được cắt thanh quản toàn phần. **Đánh giá kết quả của kỹ thuật đóng họng kiểu T bằng mũi khâu Gambee trong phẫu thuật (PT) cắt thanh quản toàn phần.** **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu can thiệp lâm sàng không nhóm chứng với BN UTTQ, điều trị tại Khoa Tai Mũi Họng (TMH) - Bệnh viện Chợ Rẫy (BVCR) từ tháng 3/2019 đến tháng 10/2019. **Kết quả:** Nghiên cứu trên 35 BN với tuổi trung bình là 62,7 ± 7,8, tỷ lệ nam (97,1%) nhiều hơn nữ. 77,1% BN vừa hút thuốc vừa uống rượu. Thời gian xuất hiện triệu chứng đến khi vào viện trên 6 tháng chiếm 60%. BN đến khám vì khàn tiếng chiếm 85%. Mô bệnh học là ung thư tế bào gai biệt hóa trung bình (68,6%). 25,8% BN nhập viện khi ung thư đã tiến triển đến giai đoạn muộn (IVa). Kỹ thuật đóng họng kiểu T bằng mũi khâu GAMBEE trong PT cắt thanh quản toàn phần có biến chứng sau PT là dò họng (8,6%), tụ dịch ổ mỡ (8,6%), chảy máu ổ mỡ (5,7%), viêm phổi (2,9%) và nhiễm trùng vết da cổ (2,9%). Thời gian bắt đầu ăn bằng miệng sau mổ trung bình là 9,2 ± 6,3 ngày. Thời gian nằm viện sau PT trung bình là 12,6 ± 2,6 ngày. Không có BN nào bị hẹp lỗ mở khí quản. Sau PT 1 tháng, không BN nào khó nuốt. **Kết luận:** Phương pháp đóng họng kiểu T bằng mũi khâu Gambee trong PT cắt thanh quản toàn phần có hiệu quả cao và ít biến chứng.

Từ khóa: Ung thư thanh quản, phẫu thuật cắt thanh quản toàn phần, đóng họng kiểu T bằng mũi khâu Gambee.

SUMMARY

EVALUATION OF THE RESULTS OF T-SHAPED CLOSURE WITH GAMBEE INTERRUPTED-

¹Bệnh viện Chợ Rẫy

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Hoàng Nam

Email: bsnamtmh@gmail.com

Ngày nhận bài: 6.2.2023

Ngày phản biện khoa học: 21.3.2023

Ngày duyệt bài: 10.4.2023

SUTURE TECHNIQUES IN LARYNGECTOMY

Background: Laryngeal cancers represent a quarter of head and neck cancers, causing 100,000 deaths worldwide. Most of patients come to the clinic at a late stage, requiring total laryngectomy. Throat closure technique is one of the methods to help reduce complications after total laryngectomy. The T-shape closure method has the advantages of simplicity, stabilization, and few complications. **Objective:** To examine on general, clinical and paraclinical characteristics of patients with laryngeal cancer undergoing total laryngectomy. To evaluate the results of the T-shape closure with Gambee suture technique in total laryngectomy. **Method:** Uncontrolled clinical intervention study on LR patients treated at ENT Department of Cho Ray Hospital from 03/2019 to 10/2019. **Results:** Study on 35 patients with mean age of 62.7 ± 7.8, male rate (97.1%) is higher than female. 77.1% of patients both smoked and drank alcohol. Time from symptom onset to hospital admission for more than 6 months accounted for 60%. Patients came to the clinic because of hoarseness accounting for 85%. Histopathology was moderately differentiated squamous cell carcinoma (68.6%). 25.8% of patients were admitted to the hospital when the cancer had progressed to an advanced stage (IVa). T-shaped closure with GAMBEE suture in total laryngectomy with postoperative complications was pharyngeal fistula (8.6%), fluid collection at surgical site (8.6%), bleeding (5.7%), pneumonia (2.9%), and neck flap infection (2.9%). The average time to start oral feeding after surgery was 9.2 ± 6.3 days. The mean hospital stay after surgery was 12.6 ± 2.6 days. None of the patients had tracheostomy stenosis. After 1 month of surgery, no patient had difficulty swallowing. **Conclusion:** T-shape closure method with Gambee interrupted-suture technique in laryngectomy is highly effective and has few complications.

Keywords: Laryngeal cancer, total laryngectomy, T-shape closure, Gambee interrupted suture technique.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

UTTQ chiếm 25% trong ung thư đầu mặt cổ và 1% trong tất cả các loại ung thư [10]. Mỗi năm, có khoảng 12.000 BN UTTQ được phát hiện tại Mỹ, 2.300 BN UTTQ được phát hiện tại Anh và làm cho 100.000 BN UTTQ tử vong trên thế giới [1]. Tại Việt Nam (VN), UTTQ đứng hàng