

5. Liu Jing, Yang Na (2014), High-risk factors of respiratory distress syndrome in term neonates: a retrospective case-control study, *Balkan Medical Journal*, 31(1), pp. 64.
6. Paraskevi Stylianou-Riga, Boutsikou Theodora, et al. (2021), Maternal and neonatal risk factors for neonatal respiratory distress syndrome in term neonates in Cyprus: a prospective case-control study, *Italian journal of pediatrics*, 47 (1), pp. 1-9.
7. Wen Yu-Hua, Yang Hwai-I (2019), Association of maternal preeclampsia with neonatal respiratory distress syndrome in very-low-birth-weight infants, *Scientific reports*, 9 (1), pp. 1-8.

## ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG BỆNH NHÂN KHE HỞ XƯƠNG Ồ RĂNG ĐIỀU TRỊ GHÉP XƯƠNG CÓ SỬ DỤNG FIBRIN

Võ Ngọc Cường<sup>1</sup>, Phan Minh Hoàng<sup>2</sup>, Đỗ Tiến Hải<sup>3</sup>,  
Võ Khánh Tường<sup>3</sup>, Trương Nhật Khuê<sup>4</sup>

### TÓM TẮT

**Đặt vấn đề:** khe hở môi – vòm miệng là những dị tật bẩm sinh phổ biến nhất ở vùng răng hàm mặt. **Mục tiêu nghiên cứu:** Mô tả các đặc điểm lâm sàng ở bệnh nhân có khe hở xương ổ răng có chỉ định ghép xương có sử dụng Fibrin giàu tiểu cầu tại bệnh viện Răng Hàm Mặt Trung ương Thành phố Hồ Chí Minh. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** thiết kế nghiên cứu mô tả hàng loạt ca lâm sàng trên 39 bệnh nhân bị dị tật khe hở môi – vòm miệng tại khoa Vi phẫu – Tạo hình Hàm mặt, Bệnh viện Răng Hàm Mặt Trung ương Thành phố Hồ Chí Minh có chỉ định phẫu thuật ghép xương khe hở xương ổ răng một bên trong thời gian nghiên cứu từ tháng 1/2020-06/2022. **Kết quả nghiên cứu:** Kết quả nghiên cứu cho thấy tuổi trung vị của đối tượng nghiên cứu là 14 với khoảng tứ phân vị từ 10 – 18. Hơn một nửa đối tượng thuộc nhóm tuổi trên 12 tuổi với đa số là bệnh nhân nam (64,1%). Đa số bệnh nhân có vị trí khe hở xương ở ổ răng trái chiếm 51,3% và phẫu thuật bên trái chiếm 64,1%. Trung vị của khoảng cách cổ răng ngắn nhất của hai răng cạnh khe hở và khoảng cách khe hở xương ổ răng lần lượt là 8,88 (6,45-12,1) và 3,27 (2,09-5,01). Tương quan cổ răng theo chiều trên dưới của hai răng cạnh khe hở có trung vị là 7,06 và khoảng tứ phân vị là 6,18-9,39. **Kết luận:** Độ tuổi mang lại kết quả tốt nhất là 7-12 tuổi, cần tư vấn cho bệnh nhân có khe hở xương ổ răng thực hiện phẫu thuật trong giai đoạn này để mang lại hiệu quả tốt nhất.

**Từ khóa:** khe hở xương ổ răng, PRF, bệnh nhân, đặc điểm lâm sàng.

### SUMMARY

#### CLINICAL CHARACTERISTICS OF PATIENTS WITH ALVEOLAR CLEFT USING PLATELET-RICH FIBRIN TREATMENT

**Background:** Cleft lip and palate are the most frequent congenital malformations in the maxillofacial area. **Objectives:** Description of clinical characteristics in patients with alveolar cleft who are indicated for dental bone grafting using platelet-rich fibrin at Central Dental Hospital HCMC. **Materials and methods:** A descriptive study of a series of clinical cases was conducted 39 patients with cleft lip and palate at Central Dental Hospital HCMC. During the study period of January 2020 to June 2022, these individuals were indicated for unilateral alveolar cleft bone graft surgery. **Results:** The study results showed that the median age of the patients was 14, with an interquartile range of 10 to 18. More than half of the participants were over the age of 12, with the most (64.1%) being male. The majority of patients (51.3%) had a bone cleft in the left alveolar cavity, and 64.1% received surgery on the left side. The median (interquartile range) of the shortest cervical distance of the two teeth nearest to the cleft and the distance of the alveolar cleft were 8.88 (6.45-12.1) and 3.27 (2.09-5.01), respectively. Correlation between teeth in the upper and lower direction of the two teeth close to the cleft has a median of 7.06 and an interquartile range of 6.18-9.39. **Conclusion:** The optimal age for surgery is 7-12 years old. Children with alveolar cleft should be advised to have surgery within this time period for the best results.

**Keywords:** alveolar cleft, PRF, patients, clinical characteristics

### I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Khe hở môi – vòm miệng là những dị tật bẩm sinh phổ biến nhất ở vùng răng hàm mặt [6]. Tỷ lệ mắc khe hở chung trên Thế giới là 1,25/1000 trẻ sinh ra và khu vực Châu Á có trẻ sinh ra mắc các dị tật này cao hơn các vùng khác [10]. Hằng năm, tại trung tâm điều trị toàn diện khe hở môi – vòm miệng, Bệnh viện Răng Hàm Mặt Trung ương Thành phố Hồ Chí Minh tiếp

<sup>1</sup>Bệnh viện huyện Bình Chánh Thành phố Hồ Chí Minh

<sup>2</sup>Bệnh viện Phục hồi chức năng – Điều trị Bệnh Nghề Nghiệp Thành phố Hồ Chí Minh

<sup>3</sup>Bệnh viện Răng hàm mặt Trung ương Thành phố Hồ Chí Minh

<sup>4</sup>Trường Đại học Y Dược Cần Thơ

Chịu trách nhiệm chính: Võ Ngọc Cường

Email: vongoccuong1969@gmail.com

Ngày nhận bài: 10.5.2023

Ngày phản biện khoa học: 15.6.2023

Ngày duyệt bài: 4.7.2023

nhận khám và điều trị cho hơn 1000 ca trẻ mắc dị tật khe hở môi – vòm miệng. Trong đó, khe hở xương ổ răng chiếm hơn 50% trường hợp khe hở môi – vòm miệng [4]. Dị tật khe hở môi – vòm miệng không chỉ gây biến dạng về khuôn mặt mà còn ảnh hưởng đến thính giác, giọng nói, việc nhai và nuốt thức ăn [10]. Mục tiêu điều trị khe hở xương ổ răng giúp ổn định và cung cấp sự liên tục của xương cho cung hàm trên, cho phép hỗ trợ mọc răng, loại bỏ lỗ rò ở mũi, đem lại kết quả thẩm mỹ và cải thiện giọng nói [4], [10]. Nghiên cứu này được thực hiện với mục tiêu mô tả các đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng ở bệnh nhân có khe hở xương ổ răng có chỉ định ghép xương có sử dụng Fibrin giàu tiểu cầu tại bệnh viện Răng Hàm Mặt Trung ương Thành phố Hồ Chí Minh. Từ đó góp phần bổ sung nguồn y văn lâm sàng và làm tiền đề cho các nghiên cứu về sau.

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

### 2.1. Đối tượng nghiên cứu

- **Đối tượng nghiên cứu:** bệnh nhân bị dị tật khe hở môi – vòm miệng tại khoa Vi phẫu – Tạo hình Hàm mặt, Bệnh viện Răng Hàm Mặt Trung ương Thành phố Hồ Chí Minh có chỉ định phẫu thuật ghép xương khe hở xương ổ răng một bên trong thời gian nghiên cứu từ tháng 1/2020-06/2022.

- **Tiêu chuẩn chọn mẫu:** tất cả bệnh nhân có khe hở xương ổ răng một bên hoặc hai bên nhưng trong lần khảo sát chỉ có chỉ định ghép một bên; bệnh nhân đã được tạo hình môi, tạo hình vòm miệng ổn định; bệnh nhân hoặc cha, mẹ hoặc người giám hộ hợp pháp đồng ý tham gia nghiên cứu.

- **Tiêu chuẩn loại trừ:** bệnh nhân không có răng sâu hay chân răng bệnh lý tại vị trí khe hở, khoảng cách khe hở xương ổ răng từ 6 đến 12 mm; Bệnh nhân không có răng mọc trong khe hở và vùng niêm mạc quanh khe hở bình thường, không viêm nhiễm hay có các bệnh lý khác; Bệnh nhân thiếu phim mặt nhai hàm trên, phim toàn cảnh hoặc phim cắt lớp điện toán để xác định khoảng cách khe hở xương ổ răng trước phẫu thuật.

### 2.2. Phương pháp nghiên cứu

- **Thiết kế nghiên cứu:** mô tả hàng loạt ca lâm sàng

- **Cỡ mẫu:** 39 bệnh nhân

- **Phương pháp chọn mẫu:** chọn mẫu toàn bộ (phương pháp chọn mẫu không xác suất) tất cả các bệnh nhân mắc dị tật khe hở môi – vòm miệng có chỉ định phẫu thuật ghép xương khe hở

xương ổ răng một bên trong thời gian nghiên cứu từ tháng 1/2020-06/2022.

### - Nội dung nghiên cứu:

+ Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu: tuổi, giới tính, dân tộc, nơi cư trú, học vấn.

+ Đặc điểm nhập viện, bao gồm các thông tin: lần nhập viện: khoa nhập viện, nơi giới thiệu và chi trả phẫu thuật.

+ Đặc điểm lâm sàng trước phẫu thuật: chiều cao (cm), cân nặng (kg), mạch (lần/phút), nhiệt độ (°C), nhịp thở (lần/phút), huyết áp tâm thu (mmHg), huyết áp tâm trương (mmHg)

+ Đặc điểm dinh dưỡng, chăm sóc và bệnh lý đi kèm: tình trạng dinh dưỡng, chế độ ăn uống và tình trạng có hoặc không có bệnh lý đi kèm.

+ Đặc điểm lâm sàng vùng phẫu thuật: vị trí khe hở xương ổ răng, vị trí phẫu thuật, khoảng cách cổ răng gần nhất của hai răng cạnh khe hở (mm), tương quan cổ răng theo chiều trên dưới của hai răng cạnh khe hở (mm), khoảng cách khe hở xương ổ răng (mm).

## III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

### 3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

**Bảng 1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu (n=39)**

Đặc điểm dân số		Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Tuổi	7-12 tuổi	18	46,2
	>12 tuổi	21	53,8
	Trung vị (Khoảng tứ phân vị)	10 (10-18)	
Giới tính	Nam	25	64,1
	Nữ	14	35,9
Dân tộc	Kinh	38	97,4
	Khác	1	2,6
Nơi cư trú	Thành phố HCM	13	33,3
	Khác	26	66,7
Học vấn	Tiểu học	15	38,5
	THCS	11	28,2
	THPT	7	17,9
	Khác	6	15,4

**Nhận xét:** tuổi trung vị của đối tượng là 14 với khoảng tứ phân vị từ 10 - 18. Hơn một nửa đối tượng trên 12 tuổi với đa số là bệnh nhân nam (64,1%). Hầu hết bệnh nhân thuộc dân tộc Kinh (97,4%); gần 2/3 đối tượng đến từ các tỉnh khác (66,7%) và các đối tượng chủ yếu đang học tiểu học và THCS với tỷ lệ lần lượt là 38,5% và 28,2%.

**Bảng 2. Một số đặc điểm nhập viện của đối tượng nghiên cứu (n=39)**

Đặc điểm nhập viện	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
--------------------	------------	-----------

Lần nhập viện	Lần 1	24	61,5
	Lần 2	9	23,1
	≥3 lần	6	15,4
Khoa nhập viện	Khoa khám bệnh	39	100
Nơi giới thiệu	Tự đến	39	100
Chi trả phẫu thuật	Thu phí	35	89,7
	Khác	4	10,3

**Nhận xét:** Đa số bệnh nhân nhập viện lần 1 (61,5%) và chi trả cho phẫu thuật bằng hình thức thu phí (89,7%). Tất cả bệnh nhân đều nhập viện khoa khám bệnh và tự đến khám không qua nơi giới thiệu.

**3.2. Đặc điểm lâm sàng trước phẫu thuật**

**Bảng 3. Một số đặc điểm lâm sàng trước phẫu thuật (n=39)**

Đặc điểm	Trung vị	Khoảng tứ phân vị
Chiều cao (cm)	150	140-160
Cân nặng (kg)	42	37-52
Nhiệt độ (°C)	36,8	36,7-37
Mạch (lần/phút)	80	76-90
Huyết áp tâm thu (mmHg)	100	90-110
Huyết áp tâm trương (mmHg)	60	60-70
Nhịp thở (lần/phút)	20	18-20

**Nhận xét:** bệnh nhân có trung vị (khoảng tứ phân vị) chiều cao và cân nặng lần lượt là 150 (140-160) và 42 (37-52). Trung vị mạch của bệnh nhân là 80 với khoảng tứ phân vị là (76-90), nhiệt độ và nhịp thở của bệnh nhân có trung vị và khoảng tứ phân vị lần lượt là 36,8 (36,7-37) và 20 (18-20). Ngoài ra, nghiên cứu cũng đã xác định trung vị và tứ phân vị huyết áp tâm thu là 100 (90-110) và huyết áp trương là 60 (60-70).

**Bảng 4. Đặc điểm dinh dưỡng, chăm sóc và bệnh lý đi kèm**

Đặc điểm	Tần số	Tỷ lệ %	
Tình trạng dinh dưỡng	Không suy dinh dưỡng	39	100
Chế độ ăn uống bệnh lý	Lỏng	11	28,2
	Cháo	6	15,4
	Cơm	22	56,4
Chế độ chăm sóc	Cấp 2	7	17,9
	Cấp 3	32	82,1
Bệnh lý kèm theo	Không	34	87,2
	Có	5	12,8

**Nhận xét:** 100% bệnh nhân đều không có tình trạng suy dinh dưỡng và có chế độ ăn kiêng khác (ngoài muối, mỡ và đường). Hầu hết bệnh nhân không có bệnh lý kèm theo (87,2%). Hơn

một nửa bệnh nhân có chế độ ăn uống theo bệnh lý là ăn cơm (56,4%). Đa số bệnh nhân có chế độ chăm sóc cấp 3 (82,1%).

**Bảng 4. Một số đặc điểm lâm sàng vùng phẫu thuật**

Đặc điểm		Tần số	Tỷ lệ %
Vị trí khe hở xương ổ răng	Khe hở xương ổ răng trái	20	51,3
	Khe hở xương ổ răng phải	10	25,6
	Khe hở xương ổ răng hai bên	9	23,1
Vị trí phẫu thuật	Bên trái	25	64,1
	Bên phải	14	35,9
Đặc điểm		Trung vị	Khoảng tứ phân vị
Khoảng cách cổ răng ngắn nhất của hai răng cạnh khe hở		8,88	6,45-12,1
Tương quan cổ răng theo chiều trên dưới của hai răng cạnh khe hở		3,27	2,09-5,01
Khoảng cách khe hở xương ổ răng		7,06	6,18-9,39

**Nhận xét:** Đa số bệnh nhân có vị trí khe hở xương ổ răng trái chiếm 51,3% và phẫu thuật bên trái chiếm 64,1%. Trung vị (khoảng tứ phân vị) của khoảng cách cổ răng ngắn nhất của hai răng cạnh khe hở và khoảng cách khe hở xương ổ răng lần lượt là 8,88 (6,45-12,1) và 3,27 (2,09-5,01). Tương quan cổ răng theo chiều trên dưới của hai răng cạnh khe hở có trung vị là 7,06 và khoảng tứ phân vị là 6,18-9,39.

**IV. BÀN LUẬN**

Khe hở môi – vòm miệng là dị tật bẩm sinh phổ biến nhất ở vùng răng hàm mặt [6]. Dị tật khe hở môi – vòm miệng không chỉ gây biến dạng về khuôn mặt mà còn ảnh hưởng đến thính giác, giọng nói, việc nhai và nuốt thức ăn [10]. Việc điều trị khe hở xương ổ răng với mục đích tái cấu trúc lại xương ổ răng, sửa chữa lại các tổn thương ở ổ răng, giúp ổn định và cung cấp sự liên tục của xương cho cung hàm, tạo điều kiện thuận lợi cho việc phát triển đầy đủ các tổ chức quanh răng, qua đó giúp cho quá trình mọc răng, đem lại kết quả thẩm mỹ và cải thiện giọng nói. Khi so sánh cả 3 phương pháp ghép xương cung hàm ở các giai đoạn như giai đoạn răng sữa, ghép xương giai đoạn răng hỗn hợp và ghép xương ở giai đoạn muộn, thì giai đoạn ghép xương cung hàm răng hỗn hợp có nhiều ưu điểm vượt trội. Chính vì vậy ghép xương cung hàm ở giai đoạn thời kì răng hỗn hợp được lựa

chọn hơn cả kể từ khi lần đầu được giới thiệu bởi Boyne và Sands năm 1972. Tác giả đưa ra lựa chọn và kết luận tuổi ghép xương khe hở cung hàm tốt nhất là 7-12 tuổi [3].

Kết quả nghiên cứu cho thấy tuổi trung vị của đối tượng nghiên cứu là 14 với khoảng tứ phân vị từ 10 – 18, độ tuổi từ 7-12 chiếm 46,2%; độ tuổi trên 12 chiếm 53,8%. Tương đồng với nghiên cứu của tác giả Tạ Anh Tuấn thực hiện năm 2021 trong nghiên cứu ứng dụng huyết tương giàu yếu tố tăng trưởng trong điều trị ghép xương ổ răng tự thân với độ tuổi từ 8-12 chiếm 48,72%; độ tuổi trên 12 chiếm 51,28% [1] và của tác giả Anil Kumar Desai cùng cộng sự thực hiện nghiên cứu tại Ấn Độ (2019) với tuổi trung bình là 15,11 [8]. Cao hơn các nghiên cứu trên thế giới như nghiên cứu của tác giả Omidkhoda và cộng sự với tuổi trung bình là 11 ± 0.83 [2], Dựa vào tỉ lệ trên cho thấy số lượng các bệnh nhân trên 12 tuổi mới có chỉ định ghép xương là tương đối lớn. Vì theo lí thuyết, thời điểm ghép xương cho khe hở vòm miệng lí tưởng nhất là từ 8-12 tuổi.

Đặc điểm chung của mẫu nghiên cứu về giới là giới tính nam chiếm tới gần 70%. Điều này cũng tương đồng với nghiên cứu của tác giả Tạ Anh Tuấn và nghiên cứu của tác giả Nesrin Saruhan tiến hành tại Turkey (2017) với tỉ lệ nam giới gần 64,1% [1] [7]. Theo các nghiên cứu về dịch tễ học về giới thì tỉ lệ nam gặp khe hở cung hàm nhiều hơn nữ giới, số liệu trong nghiên cứu được trình ở trên cũng chỉ ra điều tương tự. Theo tác giả Nesrin Saruhan năm 2017 cho rằng không có sự khác biệt về kết quả hình thành xương giữa nam và nữ trong nghiên cứu, và tác giả Marukawa (2011) cho rằng giới tính không ảnh hưởng tới kết quả ghép xương [5] [7].

Hầu hết bệnh nhân đều là dân tộc Kinh và đến từ các tỉnh khác. Đa số bệnh nhân chỉ trả cho phẫu thuật bằng hình thức thu phí với tỷ lệ 89,7%, có hơn một nửa bệnh nhân nhập viện lần 1 và 15,4 % bệnh nhân nhập viện từ 3 lần trở lên. Mặc khác, tất cả bệnh nhân đều nhập viện khoa khám bệnh và tự đến khám không qua nơi giới thiệu. Đa số bệnh nhân có vị trí khe hở xương ở ổ răng trái và phẫu thuật bên trái. Trong nghiên cứu này tỷ lệ đó lần lượt là 51,3% và 64,1%, điều này có sự khác biệt so với nghiên cứu của tác giả Tạ Anh Tuấn ở cả 2 nhóm, khe hở xương ở ổ răng bên phải chiếm phần lớn hơn với tỉ lệ lần lượt là 58,97% và 54,29% và khe hở bên trái chiếm tỉ lệ lần lượt là 41,03% và 45,71% [1]. Trong khi tham khảo tài liệu, phần lớn các tác giả phân loại khe hở để tìm ra tổng

số khe hở trong nghiên cứu của mình, hầu hết được dùng để nghiên cứu về kết quả tái tạo xương cung hàm, sự hình thành và mọc các răng trên vùng khe hở. Việc phân loại khe hở bên phải, bên trái rõ ràng không có ý nghĩa trong đánh giá hiệu quả của ghép xương. Chúng tôi không thấy có nhiều tài liệu để so sánh kết quả phẫu thuật giữa khe hở cung hàm một bên với khe hở cung hàm hai bên.

Trong nghiên cứu này, trung vị (khoảng tứ phân vị) của khoảng cách cổ răng ngắn nhất của hai răng cạnh khe hở và khoảng cách khe hở xương ổ răng lần lượt là 8,88 (6,45-12,1) và 3,27 (2,09-5,01). So với nghiên cứu trong nước của tác giả Tạ Anh Tuấn có sự tương đồng, cụ thể khe hở xương ổ răng đo được trước phẫu thuật của hai nhóm nghiên cứu theo thứ tự: nhóm can thiệp có độ rộng: 8,61 ± 1,17, trong khi đó nhóm đối chứng có độ rộng: 8,46 ± 1,4 số liệu này cho thấy chiều cao và độ rộng xương cung hàm ở cả 2 nhóm gần như không có sự khác biệt [1]. So với nghiên cứu quốc tế thì khoảng cách khe hở xương ổ răng cao hơn, cụ thể so với nhóm nghiên cứu của Ấn Độ (2019) có khe hở xương ổ răng đo được trước phẫu thuật của hai nhóm nghiên cứu lần lượt là: nhóm can thiệp: 5,77 ± 2,19, và nhóm đối chứng có độ rộng: 5,90 ± 2,85 [8]. Độ rộng của khe hở ảnh hưởng đến việc sử dụng đường rạch bóc tách vạt, đặc biệt là từ phía vòm miệng. Trong giải phẫu, thông thường đường rạch sẽ bắt đầu từ phía tiền đình chính giữa hai bên bờ khe hở, tuy nhiên với các bệnh nhân có độ rộng khe hở lớn thì đường rạch thường được mở rộng thiên về phía gần và phía xa hai bên bờ khe hở hơn.

## V. KẾT LUẬN

Độ tuổi mang lại kết quả tốt nhất là 7-12 tuổi, cần tư vấn cho bệnh nhân có khe hở xương ổ răng thực hiện phẫu thuật trong giai đoạn này để mang lại hiệu quả tốt nhất. Cần bổ sung thêm ý kiến để xây dựng bức tranh khái quát hóa về đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh nhân điều trị ghép xương ổ răng và tiến hành các nghiên cứu chuyên sâu đánh giá hiệu quả phương pháp sử dụng PRF.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Tạ Anh Tuấn, Phạm Dương Châu (2021)** "Đánh giá kết quả điều trị ghép xương giữa hai nhóm có và không sử dụng huyết tương giàu yếu tố tăng trưởng". Tạp chí Y học Việt Nam, 498 (1), tr. 47-50.
2. **Omidkhoda M., Jahnabin A., Khoshandam F., Eslami F., Hosseini Zarch S.H., Tavakol Afshari J., et al.** "Efficacy of Platelet-Rich Fibrin Combined with Autogenous Bone Graft in the Quality and

- Quantity of Maxillary Alveolar Cleft Reconstruction". Iranian journal of otorhinolaryngology, 30 (101), pp. 329-334.
3. **Boyne P.J., Sands N.R. (1972)** "Secondary bone grafting of residual alveolar and palatal clefts". Journal of oral surgery, 30 (2), pp. 87-92.
  4. **Felix-Schollaart B., Prah-Andersen B., Puyenbroek J.I., Boomsma D.I. (1986)** "Incidence of cheilognathopalatoschisis in the Netherlands". Tijdschrift voor kindergeneeskunde, 54 (3), pp. 90-95.
  5. **Marukawa E., Oshina H., Iino G., Morita K., Omura K. (2011)** "Reduction of bone resorption by the application of platelet-rich plasma (PRP) in bone grafting of the alveolar cleft". Journal of cranio-maxillo-facial surgery, 39 (4), pp. 278-283.
  6. **Lei R.L., Chen H.S., Huang B.Y., Chen Y.C., Chen P.K., Lee H.Y., et al. (2013)** "Population-based study of birth prevalence and factors associated with cleft lip and/or palate in Taiwan 2002-2009". PloS one, 8 (3)
  7. **Saruhan N., Ertas U. (2018)** "Evaluating of Platelet-Rich Fibrin in the Treatment of Alveolar Cleft With Iliac Bone Graft By Means of Volumetric Analysis". J Craniofac Surg, 29 (2), pp. 322-326.
  8. **Desai A.K., Kumar N., Dikhit P., Koikude S.B., Bhaduri S. (2019)** "Efficacy of Platelet-Rich Fibrin in Secondary Cleft Alveolar Bone Grafting". Craniomaxillofacial Trauma & Reconstruction Open, 3 (1)

## ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ PHỤC HỒI CHỨC NĂNG VẬN ĐỘNG BẰNG THANG ĐIỂM BARTHEL TRÊN BỆNH NHÂN NHỒI MÁU NÃO GIAI ĐOẠN ỔN ĐỊNH BẰNG XOA BÓP BẤM HUYỆT, ĐIỆN CHÂM

Lê Minh Hoàng<sup>1</sup>, Vũ Đình Quỳnh<sup>2</sup>, Phạm Thanh Thuận<sup>3</sup>

### TÓM TẮT

**Đặt vấn đề:** Đột quy não là bệnh lý có tỷ lệ tử vong đứng hàng thứ hai trên thế giới, đồng thời cũng là nguyên nhân gây tàn phế chiếm vị trí hàng đầu trên thế giới. **Mục tiêu:** Đột quy não là bệnh lý có tỷ lệ tử vong đứng hàng thứ hai trên thế giới, tỷ lệ tàn phế chiếm tỉ lệ cao. Đa số các trường hợp đột quy não là Nhồi máu não. Bệnh để lại nhiều di chứng nặng nề, nhất là làm giảm hoặc mất khả năng vận động, rối loạn ngôn ngữ. Nghiên cứu này nhằm đánh giá kết quả phục hồi chức năng vận động bằng thang điểm Barthel trên bệnh nhân nhồi máu não giai đoạn ổn định bằng phác đồ xoa bóp bấm huyết, điện châm. **Đôi tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu can thiệp lâm sàng có đối chứng trên 92 bệnh nhân được chẩn đoán liệt nửa người do đột quy nhồi máu não giai đoạn ổn định đủ tiêu chuẩn nghiên cứu được chia làm 2 nhóm. Nhóm nghiên cứu được điều trị theo phác đồ thuốc Y học cổ truyền, điện châm xoa bóp và nhóm chứng điều trị theo phác đồ thuốc Y học cổ truyền, điện châm. **Kết quả:** Phương pháp điều trị bệnh nhân nhồi máu não giai đoạn ổn định bằng xoa bóp bấm huyết, điện châm đạt kết quả 91,3% (điểm Barthel trung bình sau điều trị là 81,53 ± 11,05) so với nhóm điện châm 32,6% (điểm Barthel trung bình sau điều trị là 52,94 ± 14,86) có ý nghĩa thống kê ( $p < 0,001$ ). **Kết luận:** phương pháp điều trị bằng xoa bóp bấm huyết kết hợp điện châm, thuốc Y học cổ

truyền có hiệu quả phục hồi vận động trên bệnh nhân di chứng nhồi máu não giai đoạn ổn định.

**Từ khóa:** Xoa bóp, bấm huyết, điện châm, nhồi máu não.

### SUMMARY

#### ACUPRESSURE MASSAGE AND ELECTRO-ACUPUNCTURE IN PATIENTS WITH ISCHEMIC STROKE: EVALUATION OF MOTOR FUNCTION THROUGH A BARTHEL INDEX

**Background:** Brain stroke is the second leading cause of death in the world, and is also the leading cause of disability in the world. **Objective:** Stroke is a significant global health issue, ranking as the second leading cause of mortality and contributing to a substantial proportion of disabilities. Most strokes are caused by ischemic strokes, which can lead to impaired mobility and communication difficulties. By evaluating the Barthel index after acupressure massage and electro-acupuncture therapies, this study aims to evaluate the results of motor rehabilitation. **Materials and methods:** The present investigation employed a controlled clinical trial design. Ninety-two participants diagnosed with ischemic stroke and meeting the study's inclusion criteria were divided into two groups. The study group received treatment involving a combination of background medication, acupressure massage, and electro-acupuncture, while the control group solely received the conventional medication along with electro-acupuncture. **Results:** Following treatment, patients who underwent acupressure massage and electro-acupuncture demonstrated a remarkable improvement rate of 91.3% (mean Barthel index post-treatment: 81.53 ± 11.05), in contrast to the electro-acupuncture group's rate of 32.6% (mean Barthel index post-treatment: 52.94 ± 14.86). This disparity was statistically significant ( $p < 0.001$ ). **Conclusion:** Electro-

<sup>1</sup>Trường Đại học Y Dược Cần Thơ

<sup>2</sup>Bệnh viện Y học cổ truyền thành phố Cần Thơ

<sup>3</sup>Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ

Chịu trách nhiệm chính: Lê Minh Hoàng

Email: lmhoang@ctump.edu.vn

Ngày nhận bài: 9.5.2023

Ngày phản biện khoa học: 14.6.2023

Ngày duyệt bài: 3.7.2023