

xơ hóa gan, AST, ALT, GGT, creatinine và eGFR giữa nhóm được chẩn đoán và không được chẩn đoán bệnh gan nhiễm mỡ liên quan chuyển hóa.

VI. KIẾN NGHỊ

1. Những bệnh nhân đái tháo đường típ 2 nên được tầm soát bệnh gan nhiễm mỡ liên quan chuyển hóa.

2. Ở những bệnh nhân được chẩn đoán bệnh gan nhiễm mỡ liên quan chuyển hóa cần được điều trị giảm cân khi chỉ số khối cơ thể cao và theo dõi, điều trị khi chỉ số Triglyceride máu cao.

3. Những bệnh nhân mắc bệnh gan nhiễm mỡ liên quan chuyển hóa cần được tầm soát đồng nhiễm siêu vi viêm gan B, C, rối loạn Triglyceride máu và uống rượu bia.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Cheng K. L., Wang S. W., Cheng Y. M., Hsieh T. H., et al.** (2023), "Prevalence and clinical outcomes in subtypes of metabolic associated fatty liver disease". *J Formos Med Assoc.*
2. **Eslam M., Newsome P. N., Sarin S. K., Anstee Q. M., et al.** (2020), "A new definition for metabolic dysfunction-associated fatty liver disease: An international expert consensus statement". *J Hepatol*, 73(1), pp. 202-209.
3. **Eslam M., Sanyal A. J., George J., và International Consensus P.** (2020), "MAFLD: A Consensus-Driven Proposed Nomenclature for Metabolic Associated Fatty Liver Disease". *Gastroenterology*, 158(7), pp. 1999-2014 e1.
4. **Guan C., Fu S., Zhen D., Yang K., et al.** (2022), "Metabolic (Dysfunction)-Associated Fatty Liver Disease in Chinese Patients with Type 2 Diabetes from a Subcenter of the National Metabolic Management Center". *J Diabetes Res*, 2022, pp. 8429847.
5. **Huang J. F., Tsai P. C., Yeh M. L., Huang C. F., et al.** (2023), "Community-centered Disease Severity Assessment of Metabolic Dysfunction-associated Fatty Liver Disease". *J Clin Transl Hepatol*, 11(5), pp. 1061-1068.
6. **Le N. T. D., Dinh Pham L., và Quang Vo T.** (2017), "Type 2 diabetes in Vietnam: a cross-sectional, prevalence-based cost-of-illness study". *Diabetes Metab Syndr Obes*, 10, pp. 363-374.
7. **Lu J., Hou X., Tu H., Tang Z., et al.** (2017), "Chronic hepatitis B virus infection status is more prevalent in patients with type 2 diabetes". *J Diabetes Investig*, 8(4), pp. 619-625.
8. **Ndako J. A., Owolabi A. O., Olisa J. A., Akinwumi J. A., et al.** (2020), "Studies on the prevalence of Hepatitis C virus infection in diabetic patients attending a tertiary health-care facility South-west Nigeria". *BMC Infect Dis*, 20(1), pp. 664.

THỰC TRẠNG RỐI LOẠN NUỐT VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN TRÊN NGƯỜI BỆNH ĐỘT QUY NÃO TẠI BỆNH VIỆN ĐẠI HỌC Y HÀ NỘI

Nguyễn Văn Đan¹, Trương Quang Trung¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả thực trạng rối loạn nuốt và một số yếu tố liên quan trên người bệnh đột quy não tại bệnh viện Đại học Y Hà Nội. **Phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang thực hiện trên 160 người bệnh đột quy não trong thời gian từ 6/2022 đến tháng 9/2023 tại khoa Nội tổng hợp bệnh viện Đại học Y Hà Nội. **Kết quả:** Tỷ lệ người bệnh đột quy não có rối loạn nuốt theo nghiệm pháp GUSS là 33,1%, trong đó mức độ rối loạn nuốt nhẹ chiếm 15,6%, rối loạn nuốt trung bình chiếm 9,4% và rối loạn nuốt nặng chiếm 8,1%. Đối tượng mắc bệnh kèm theo có nguy cơ rối loạn nuốt cao gấp 5,07 lần so với đối tượng không có bệnh kèm theo (OR=5,0, 95% CI:1,78 – 14,4) và tổn thương cả hai bên bán cầu có nguy cơ rối loạn nuốt cao gấp 2,78 lần so với đối tượng chỉ tổn thương bán cầu não trái (OR=2,78, 95% CI: 1,05 – 7,32). **Kết**

luận: Tất cả các người bệnh đột quy não nên được đánh giá rối loạn nuốt ngay tại thời điểm nhập viện và có kế hoạch can thiệp sớm với những người bệnh có rối loạn nuốt. **Từ khóa:** Rối loạn nuốt, đột quy não, GUSS, bệnh viện Đại học Y Hà Nội

SUMMARY

SWALLOWING DISORDERS AND SOME RELATED FACTORS IN STROKE PATIENTS AT HANOI MEDICAL UNIVERSITY HOSPITAL

Objective: To describe the status of swallowing disorders and some related factors in stroke patients at Hanoi Medical University Hospital. **Methods:** A cross-sectional descriptive study was performed on 160 stroke patients from 6/2022 to 9/2023 at the Department of Internal Medicine, Hanoi Medical University Hospital. **Results:** The proportion of stroke patients with swallowing disorder assessed by the GUSS test was 33.1%, of which the degree of mild dysphagia accounted for 15.6%, and the average dysphagia accounted for 9.4%. and severe swallowing disorders accounted for 8.1%. Subjects with comorbidities had a risk of swallowing disorder 5.07 times higher than subjects without comorbidities (OR=5.0, 95%CI:1.78–14.4) and both the two

¹Bệnh viện Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Văn Đan

Email: dannguyenh88@gmail.com

Ngày nhận bài: 2.10.2023

Ngày phản biện khoa học: 10.11.2023

Ngày duyệt bài: 11.12.2023

hemispheres have a 2.78 times higher risk of swallowing disorder than subjects with only left hemisphere damage (OR= 2.78, 95% CI: 1.05 – 7.32). **Conclusion:** Attention should be paid to early assessment and intervention in patients with risk factors for dysphagia to improve the prognosis of stroke patients. **Keywords:** Swallowing disorder, stroke, GUSS, Hanoi Medical University Hospital

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đột quỵ não là một vấn đề thời sự và cấp thiết do tỷ lệ mắc bệnh trong cộng đồng ngày càng gia tăng, bệnh cảnh lâm sàng nặng nề, tỷ lệ tử vong cao, đứng hàng thứ ba sau các bệnh lý ung thư và tim mạch, chi phí điều trị cao, để lại di chứng nặng nề ảnh hưởng tới sinh hoạt và sức khỏe của người bệnh, là gánh nặng cho gia đình và xã hội.¹

Viêm phổi là một trong những biến chứng thường gặp ở người bệnh đột quỵ não cấp, làm tăng tỷ lệ tử vong gấp 3 lần và có liên quan nhiều tới tình trạng hít sặc do tổn thương thần kinh gây nên tình trạng liệt hầu họng và rối loạn nuốt.² Theo báo cáo tại khoa cấp cứu A9 Bệnh viện Bạch Mai, có khoảng 43 - 54% số người bệnh đột quỵ não cấp bị hít sặc, 30% số đó mắc viêm phổi, 3,8% người bệnh viêm phổi do hít sặc bị tử vong.³ Bên cạnh nguy cơ đó, tình trạng RLN còn ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống của người bệnh, có 41% người bệnh cảm thấy lo lắng hoặc hoảng sợ trong giờ ăn và hơn 1/3 người bệnh tránh ăn chung với người khác vì chứng khó nuốt. Các hậu quả khác của rối loạn nuốt là tình trạng suy dinh dưỡng, mất nước, kéo dài thời gian nằm viện và tiên lượng xấu.

Việc đánh giá và phân loại nuốt là rất cần thiết để đưa ra chỉ định phù hợp về chế độ dinh dưỡng và chăm sóc dinh dưỡng cho người bệnh đột quỵ não. Quá trình này thực hiện tốt sẽ giúp người bệnh hạn chế được các hậu quả của rối loạn nuốt gây ra, giúp người bệnh nhanh chóng phục hồi và sớm tái hòa nhập cộng đồng.

Thang điểm GUSS là một phương pháp sàng lọc rối loạn nuốt tại giường dùng để hướng dẫn nuôi dưỡng người bệnh đột quỵ não. Đây là phương thức sàng lọc rối loạn nuốt tại giường đơn giản, tất cả điều dưỡng đều có thể sử dụng, đáng tin cậy, đủ độ nhạy để phát hiện rối loạn nuốt và nguy cơ hít sặc ở người bệnh đột quỵ não.⁴ Tại khoa Nội tổng hợp – Bệnh viện Đại học Y Hà Nội việc đánh giá rối loạn nuốt ở người bệnh đột quỵ não cấp đã và đang được quan tâm nhằm đáp ứng được mong muốn, nguyện vọng của người bệnh, qua đó có phương hướng chăm sóc điều dưỡng hiệu quả hơn và giảm thiểu những biến chứng do rối loạn nuốt gây ra

vì vậy chúng tôi thực hiện nghiên cứu này với mục tiêu: "Mô tả thực trạng rối loạn nuốt và một số yếu tố liên quan trên người bệnh đột quỵ não tại bệnh viện Đại học Y Hà Nội"

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

2.1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn: - Người bệnh được chẩn đoán xác định đột quỵ não dựa theo tiêu chuẩn của Bộ y tế năm 2020

- Tri giác: thang điểm Glassgow > 11 điểm

- Đồng ý tham gia nghiên cứu

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ

- Người bệnh đột quỵ não có suy hô hấp phải đặt nội khí quản, mở khí quản, đặt ống thông dạ dày, hôn mê sâu

- Người bệnh có các bệnh lý kèm theo gây rối loạn nuốt: Ung thư vùng hầu-họng, dị dạng thực quản... (tiền sử, lâm sàng, cận lâm sàng).

2.2. Thời gian và địa điểm nghiên cứu

Nghiên cứu được thực hiện từ 6/2022 đến tháng 9/2023 tại khoa Nội tổng hợp bệnh viện Đại học Y Hà Nội

2.3. Phương pháp nghiên cứu

- Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang

- Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu

+ Cỡ mẫu: Nghiên cứu áp dụng công thức tính cỡ mẫu cho một tỷ lệ:

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

Trong đó: p: Để đảm bảo cỡ mẫu bao phủ hết các nội dung nghiên cứu, chúng tôi lấy p=76,9% là tỷ lệ người bệnh có rối loạn nuốt sau đột quỵ não theo nghiên cứu của tác giả Trịnh Thị Thảo và cộng sự.⁵ ε: Sai số tương đối, chọn ε =9%; $Z_{1-\alpha/2} = 1,96$, tương ứng với giá trị α = 0,05. Từ công thức trên chúng tôi tính được cỡ mẫu là 142 người bệnh, trên thực tế chúng tôi thu thập được 160 đối tượng nghiên cứu.

Phương pháp chọn mẫu: Nghiên cứu áp dụng phương pháp chọn mẫu thuận thiên

2.4. Quy trình nghiên cứu. Người bệnh được chẩn đoán đột quỵ não đáp ứng các tiêu chuẩn lựa chọn được đánh giá tình trạng rối loạn nuốt bằng nghiệm pháp GUSS của Michaela Trapl⁶ gồm 2 giai đoạn:

+ Giai đoạn 1: Đánh giá gián tiếp rối loạn nuốt: người bệnh nuốt nước bọt cơ bản bao gồm 5 nội dung đánh giá (tri giác, ho và/hoặc làm sạch họng, nuốt nước bọt, chảy nước dãi và thay đổi giọng), mỗi nội dung thực hiện được được 1 điểm, 0 điểm cho nội dung chưa thực hiện được, điểm số phần đánh giá trực tiếp giao động từ 0

đến 5 điểm

+ Giai đoạn 2: Đánh giá trực tiếp rối loạn nuốt: Bao gồm 4 nội dung đánh giá (nuốt, ho, chảy dãi, thay đổi giọng) thực hiện 3 lần với 3 loại thức ăn sệt, lỏng, rắn. Với nội dung nuốt điểm số được cho tương ứng: không nuốt được- 0 điểm, chậm-1 điểm, 2 điểm- bình thường. Với nội dung ho, chảy dãi, thay đổi giọng, 1 điểm khi không xuất hiện triệu chứng trên và 0 điểm khi có xuất hiện triệu chứng trên. Điểm số phần đánh giá trực tiếp giao động từ 0 đến 15 điểm.

Điểm	Mức độ rối loạn
20	Nuốt bình thường
15 – 19	Rối loạn nuốt nhẹ
10 – 14	Rối loạn nuốt trung bình
0 – 9	Rối loạn nuốt nặng

2.5. Biến số và chỉ số nghiên cứu

- Biến số về yếu tố liên quan: tuổi, giới, số lần tai biến, bệnh kèm theo, chẩn đoán và vị trí tổn thương

- Biến số về tình trạng rối loạn nuốt và mức độ rối loạn nuốt

2.6. Phân tích xử lý số liệu: Số liệu được nhập và phân tích bằng phần mềm SPSS 22.0

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Thông tin chung về đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm của người bệnh	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Tuổi	≤60	59, 36,9
	>60	101, 63,1
Giới	Nam	60, 37,5
	Nữ	100, 62,5

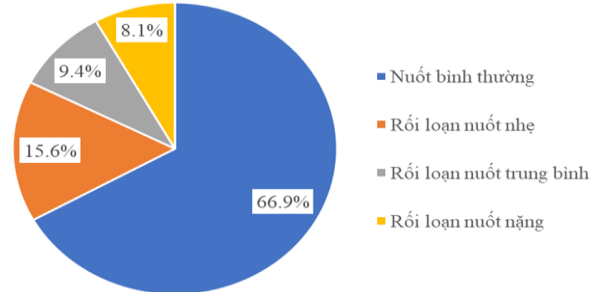
Bảng 2. Một số yếu tố liên quan đến tình trạng rối loạn nuốt

Yếu tố nguy cơ	Có RLN		Không RLN		OR (95%CI)
	n	%	n	%	
Tuổi	≤60	17, 28,8	42, 71,2	1,37 (0,68 – 2,75)	
	>60	36, 35,6	65, 64,4		
Giới	Nữ	29, 29,0	71, 71,0	1,63 (0,83 – 3,22)	
	Nam	24, 40,0	36, 60,0		
Số lần mắc tai biến	Lần đầu	35, 29,2	85, 70,8	1,99 (0,93 – 4,19)	
	Từ 2 lần trở lên	18, 45,0	22, 55,0		
Bệnh kèm theo	Không	5, 11,9	37, 88,1	5,07 (1,78 – 14,4)	
	Có	48, 40,7	70, 59,3		
Chẩn đoán	Nhồi máu não	46, 31,3	101, 68,7	2,56 (0,80 – 8,16)	
	Xuất huyết não	7, 53,9	6, 46,1		
Vị trí tổn thương	Bán cầu trái	18, 26,5	50, 73,5	2,78 (1,05 – 7,32)	
	Bán cầu phải	22, 33,3	44, 66,7		
	Cả hai bên	13, 50,0	13, 50,0		

Có mối liên quan giữa mắc bệnh kèm theo và vị trí tổn thương với tình trạng rối loạn nuốt của người bệnh. Trong đó đối tượng mắc bệnh kèm theo có nguy cơ rối loạn nuốt cao gấp 5,07

Số lần tai biến	Lần đầu	120	75,0
	Lần hai	40	25,0
Bệnh kèm theo	Có	118	73,8
	Không	42	26,3
Chẩn đoán	Xuất huyết não	13	8,1
	Nhồi máu não	147	91,9
Vị trí tổn thương	Bán cầu trái	68	42,5
	Bán cầu phải	66	41,3
	Cả hai bên	26	16,2

Tuổi trung bình của đối tượng nghiên cứu là 64,0±12,5, nhóm tuổi >60 chiếm đa phần với tỷ lệ 63,1%. Đa phần đối tượng là nữ giới (62,5%) và có mắc bệnh mãn tính kèm theo (73,8%). Phần lớn đối tượng mắc tai biến lần đầu (75,0%) với bệnh cảnh chủ yếu được chẩn đoán là nhồi máu não (91,9%), vị trí tổn thương chủ yếu ở bán cầu não trái (42,5%) và não phải (41,3%).



Biểu đồ 1. Tỷ lệ người bệnh có rối loạn nuốt theo thang điểm GUSS

Tỷ lệ người bệnh có rối loạn nuốt là 33,1%, trong đó mức độ rối loạn nuốt nhẹ chiếm 15,6%, rối loạn nuốt trung bình chiếm 9,4% và rối loạn nuốt nặng chiếm 8,1%. Điểm rối loạn nuốt trung bình theo thang điểm GUSS là 17,73±4,6

lần so với đối tượng không có bệnh kèm theo (OR=5,0, 95%CI:1,78 – 14,4) và đối tượng có tổn thương cả hai bên bán cầu có nguy cơ rối loạn nuốt cao gấp 2,78 lần so với đối tượng chỉ

tổn thương bán cầu não trái (OR=2,78, 95%CI: 1,05 – 7,32).

IV. BÀN LUẬN

Rối loạn nuốt sau đột quỵ não rất thường gặp và phát hiện rối loạn nuốt là một phần quan trọng của quản lý đột quỵ não cấp. Tỷ lệ rối loạn nuốt ở người bệnh đột quỵ não cấp là 52%, sau một tuần là 25-30%. Rối loạn nuốt có thể tồn tại nhiều tháng sau đột quỵ não, sau sáu tháng có thể thấy trên lâm sàng của rối loạn nuốt từ 11-50% các trường hợp. Tỷ lệ này dao động khá lớn do nó phụ thuộc vào cách xác định rối loạn và thiết kế nghiên cứu. Trong nghiên cứu của chúng tôi 160 người bệnh được đánh giá tình trạng rối loạn nuốt bằng nghiệm pháp GUSS ngay tại giường bệnh. Tỷ lệ người bệnh có rối loạn nuốt là 33,1%, trong đó mức độ rối loạn nuốt nhẹ chiếm 15,6%, rối loạn nuốt trung bình chiếm 9,4% và rối loạn nuốt nặng chiếm 8,1%. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của tác giả Nguyễn Văn Tâm và cộng sự (2021)¹ với tỷ lệ người bệnh đột quỵ não có rối loạn nuốt là 36,18% và chiếm chủ yếu ở mức độ vừa. Mặt khác trong báo cáo của tác giả Nguyễn Đạt Anh (2012)⁷ cho thấy tỷ lệ người bệnh có rối loạn nuốt đánh giá bằng phương pháp GUSS sau ngày thứ nhất nhập viện là 64,3%. Sự khác biệt này có thể do thời điểm đánh giá khác nhau, với ngày đầu nhập viện mức độ tổn thương não sẽ nghiêm trọng hơn. So sánh với các nghiên cứu trên thế giới nghiên cứu của chúng tôi tương đồng với báo cáo của Nam-Jong Pail và CS năm 2004⁸, thống kê về tỷ lệ rối loạn nuốt ở các Bệnh viện trên thế giới khác nhau, tỷ lệ rối loạn nuốt ở bệnh nhân tai biến mạch máu não dao động trong khoảng 25-45%. Tuy nhiên cũng có sự khác nhau về tỷ lệ này giữa các trung tâm đột quỵ như trong báo cáo của Park TH và CS (2015) nghiên cứu ở 11 Trung tâm đột quỵ ở Ontario (Canada) cho thấy tỷ lệ mắc rối loạn nuốt ở người bệnh nhồi máu não cấp là 64-68%.⁹

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy đối tượng có tổn thương cả hai bên bán cầu có nguy cơ rối loạn nuốt cao gấp 2,78 lần so với đối tượng chỉ tổn thương bán cầu não trái (OR=2,78, 95%CI: 1,05 – 7,32). Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của Nguyễn Văn Tâm¹ cho thấy đối tượng bị tai biến mạch máu não đa ổ hoặc diện rộng có nguy cơ bị rối loạn nuốt cao gấp 3,41 lần bệnh nhân bị tai biến mạch máu não một ổ. Những tổn thương lan rộng sẽ ảnh hưởng đến vùng não chi phối chức năng nuốt của người bệnh. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi còn cho

thấy đối tượng mắc bệnh kèm theo có nguy cơ rối loạn nuốt cao gấp 5,07 lần so với đối tượng không có bệnh kèm theo (OR=5,0, 95%CI:1,78 – 14,4), một báo cáo tổng quan gần đây của tác giả Cui Yang (2022)² cũng đã chỉ ra tăng huyết áp (OR = 1,96, KTC 95%: 1,48-2,61), đái tháo đường (OR = 1,83, KTC 95%: 1,47-2,28) là các yếu tố liên quan đến sự phát triển chứng khó nuốt ở người bệnh đột quỵ.

V. KẾT LUẬN

Tỷ lệ người bệnh đột quỵ não có rối loạn nuốt là 33,1%, trong đó mức độ rối loạn nuốt nhẹ chiếm 15,6%, rối loạn nuốt trung bình chiếm 9,4% và rối loạn nuốt nặng chiếm 8,1%. Một số yếu tố liên quan tới rối loạn nuốt như: vị trí tổn thương và bệnh kèm theo. Tất cả các người bệnh đột quỵ não nên được đánh giá và can thiệp sớm người bệnh có các yếu tố nguy cơ gây khó nuốt để cải thiện tiên lượng bệnh nhân đột quỵ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Văn Tâm, Trần Thị Quỳnh Chi, Nguyễn Thị Hải Hà. Đặc điểm lâm sàng và một số yếu tố liên quan đến rối loạn nuốt ở bệnh nhân tai biến mạch máu não điều trị tại viện Y học biển năm 2019. Tạp chí Y học Việt Nam. 2021;509(Số chuyên đề):34-40.
2. Yang C, Pan Y. Risk factors of dysphagia in patients with ischemic stroke: A meta-analysis and systematic review. PloS one. 2022; 17(6):e0270096.
3. Nguyễn Thế Dũng. Nghiên cứu đánh giá tình trạng nuốt ở bệnh nhân tai biến mạch máu não chưa đặt nội khí quản điều trị tại Bệnh viện Bạch Mai: Luận văn thạc sĩ y học, Đại học Y Hà Nội; 2009.
4. Post MW, Visser-Meily JM, Gispens LS. Measuring nursing needs of stroke patients in clinical rehabilitation: a comparison of validity and sensitivity to change between the Northwick Park Dependency Score and the Barthel Index. Clinical rehabilitation. 2002;16(2):182-189.
5. Trịnh Thị Thảo, Vi Hải Yến, Hoàng Đức Chiến, Nguyễn Quang Ân. Nghiên cứu rối loạn nuốt trên bệnh nhân đột quỵ não cấp tại Trung tâm đột quỵ-Bệnh viện Đa khoa tỉnh Phú Thọ. Tạp chí Y học Việt Nam. 2019;482(Số đặc biệt):185-195.
6. Trapl M, Enderle P, Nowotny M, et al. Dysphagia bedside screening for acute-stroke patients: the Gugging Swallowing Screen. Stroke. 2007;38(11):2948-2952.
7. Nguyễn Đạt Anh, Mai Duy Tôn và Nguyễn Thế Dũng. Đánh giá trình trạng rối loạn nuốt ở bệnh nhân tai biến mạch máu não cấp chưa đặt nội khí quản tại khoa cấp cứu bằng bảng điểm GUSS. Tạp chí Y học Việt Nam. 2012;2:26-30.
8. Paik N-J, Han TR, Park JW, Lee EK, Park MS, Hwang I-K. Categorization of dysphagia diets with the line spread test¹¹No commercial party having a direct financial interest in the results of the research supporting this article has or will

confer a benefit on the author(s) or on any organization with which the author(s) is/are associated. Archives of Physical Medicine and Rehabilitation. 2004;85(5):857-861.

9. Park TH, Redelmeier DA, Li S, Pongmoragot J, Saposnik G. Academic Year-end Changeover and Stroke Outcomes. Journal of Stroke and Cerebrovascular Diseases. 2015;24(2):500-506.

KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ KÉO RĂNG NGẦM VÙNG RĂNG TRƯỚC

Phương Thị Trang¹, Nguyễn Thị Thu Phương²

TÓM TẮT

Mục Tiêu: Đánh giá kết quả điều trị kéo răng ngầm vùng phía trước. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Mô tả cắt ngang hồi cứu nhằm đánh giá hiệu quả trước và sau điều trị. **Kết quả nghiên cứu:** Tỷ lệ tốt:khá:kém và thất bại sau điều trị kéo răng ngầm là: 60%:32%:8%. Kết quả sau điều trị không phụ thuộc vào vị trí và góc trục răng ngầm so với đường giữa mặt. Thời gian điều trị để kéo 1 răng ngầm là khoảng 7-37 tháng, trung bình là 18 tháng. **Kết luận:** Tỷ lệ thành công trong điều trị kéo răng ngầm vùng răng trước là khá cao, kết quả điều trị không phụ thuộc vào vị trí của răng ngầm theo không gian ba chiều và góc trục của răng ngầm so với đường giữa mặt. Thời gian điều trị răng ngầm không phụ thuộc vào vị trí của răng ngầm, nhưng bị ảnh hưởng bởi góc trục răng ngầm và tuổi của bệnh nhân, góc trục răng ngầm càng lớn và độ tuổi bệnh nhân càng cao thì thời gian điều trị càng kéo dài. **Từ khóa:** Răng ngầm, răng trước, tỉ lệ thành công.

SUMMARY

THE RESULT OF EXTRUDING IMPACTED TEETH IN THE ANTERIOR SECTION

Aim: To evaluate the outcome of extruding anterior impacted teeth by orthodontic. **Research method:** Collecting the information of 22 patients with 25 anterior impacted teeth from the recordings before and after treatment to describe the outcome in terms of the success rate, duration and some factors regarding. **Results:** 92% of the impacted teeth were pulled into the occlusion. The good rate of treatment is 60%; 2 teeth – 8% go into failure. The mean of duration to pull out the impacted teeth is 18 months. This does not depend on the position of impacted teeth but relate to the angle between the impacted teeth and the midline as well as the age of patients. **Conclusion:** The success rate of extruding anterior impacted teeth reach a high level with 92%. The duration of treatment goes from 7 -37 months. The success rate does not depend on the position of impacted teeth and the angle of them whereas the duration is related to the angle and the age of

patients. **Keywords:** impacted teeth, anterior teeth, success rate.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Răng ngầm là một bệnh lý thường gặp chiếm tỷ lệ khoảng 5.6 – 18.8% dân số⁴, tùy từng nghiên cứu trên các cộng đồng khác nhau. Trong đó răng vùng phía trước là hay gặp hơn cả, đặc biệt là răng nanh ngầm chiếm 0,9-2,2% dân số³. Với những bệnh nhân răng ngầm, đặc biệt là răng ngầm vùng phía trước, bộ răng thường bị rối loạn, ảnh hưởng đến chức năng cũng như là thẩm mỹ. Do vậy việc điều trị kéo răng ngầm đem lại rất nhiều ý nghĩa cho bệnh nhân. Điều trị kéo răng ngầm bằng phương pháp nắn chỉnh răng là kĩ thuật đem lại hiệu quả cao, tuy nhiên khi tiến hành điều trị đòi hỏi các bác sĩ phải đánh giá và tiên lượng tốt cho quá trình điều trị, từ đó đưa ra kế hoạch điều trị phù hợp cho từng bệnh nhân. Kết quả điều trị kéo răng ngầm phụ thuộc vào rất nhiều yếu tố như vị trí, góc độ của răng ngầm, tuy nhiên sự tác động của những yếu tố này như thế nào? Và những yếu tố này có ảnh hưởng đến thời gian điều trị không? Trên thế giới đã có nhiều nghiên cứu về đề tài răng ngầm, tuy nhiên ở Việt Nam những nghiên cứu đánh giá về hiệu quả điều trị, các yếu tố ảnh hưởng đến kết quả điều trị và thời gian điều trị chưa được phong phú. Do vậy chúng tôi tiến hành thực hiện đề tài này với mục tiêu như sau: *Nhận xét kết quả điều trị kéo răng ngầm vùng răng trước tại khoa Răng Hàm Mặt – Bệnh viện Bạch Mai.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu: Bệnh nhân có răng ngầm vĩnh viễn là răng ở vùng răng trước có chỉ định điều trị kéo răng.

Tiêu chuẩn lựa chọn: - Bệnh nhân có răng ngầm có hình thể bình thường, không bị dị dạng thân răng và chân răng.

- Bệnh nhân có răng ngầm đã được loại bỏ những cản trở mọc như: răng sữa không thay, những khối u, răng thừa...

Tiêu chuẩn loại trừ: - Bệnh nhân có bệnh toàn thân, phụ nữ có thai, dị ứng thuốc tê không

¹Bệnh viện Bạch Mai

²Trường Đại Học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Phương Thị Trang

Email: drphuongtrang84@gmail.com

Ngày nhận bài: 3.10.2023

Ngày phản biện khoa học: 10.11.2023

Ngày duyệt bài: 12.12.2023