

sẽ rút ngắn thời gian nằm viện. Các nghiên cứu gần đây nhấn mạnh, mổ mở cắt u tủy thượng thận hiếm khi được chỉ định [4]. Hơn nữa với thao tác qua phẫu thuật nội soi sẽ hạn chế cầm nắm u trong mổ, giảm nguy cơ tăng huyết áp kích phát trong mổ do tăng giải phóng catecholamine từ u.

Bệnh nhân trong nghiên cứu có hậu phẫu ổn định. Khối u hai bên được cắt trọn vẹn và không vỡ u trong mổ. Bệnh nhân được theo dõi và dùng liệu pháp hormone thay thế cho kết quả tốt thời điểm hiện tại là khả quan

IV. KẾT LUẬN

U tủy thượng thận, đặc biệt là u tủy thượng thận hai bên đặc biệt hiếm gặp ở trẻ em. Bệnh có thể điều trị thành công bằng cắt triệt để khối u ức thượng thận hai bên. Đánh giá lâm sàng và cận lâm sàng trước mổ cần thận, phối hợp giữa bác sỹ ngoại khoa, gây mê và nội tiết sẽ đem đến kết quả điều trị tốt nhất cho bệnh nhân.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Jain A, Baracoo R, Kapur G (2020). Pheochromocytoma and paraganglioma – an update on diagnosis, evaluation and management, *Pediatric Nephro*, 35(4): 581- 594
2. de Tersant M, Gen er e L, Freyçon C, et al.

Pheochromocytoma and para-ganglioma in children and adolescents: experience of the French society of pediatric oncology (SFCE). *J Endocr Soc.* 2020;3;4(5):1e12. <https://doi.org/10.1210/jendso/bvaa039>.

3. Alaa Younes, Almed Elgendy, Wael Zekri et al. (2021) Operative management and outcome in children with pheochromocytoma, *Asian Journal Surgery*, 45(1), 419-424.
4. Rubalcava NS, Overman RE, Kartal TT et al. (2022) Laparoscopic adrenal –sparing approach for children with bilateral pheochromocytoma in Von Hippel Lindau disease, *Journal of Pedia Surg*, 57(3), 414-417.
5. Sheps SG, Jiang NS, Klee GG, et al. Recent developments in the diagnosis and treatment of pheochromocytoma. *Mayo Clin Proc* 1990;65(1):88-95
6. Glazer GM, Francis IR, Quint LE. Imaging of the adrenal glands. *Invest Radiol* 1988;23(1):3-11
7. Volkin D, Yerram N, Ahmed F, Lankford D, Baccala A, Gupta GN, et al. Partial adrenalectomy minimizes the need for long-term hormone replacement in pediatric patients with pheochromocytoma and von Hippel-Lindau syndrome. *J Pediatr Surg* 2012;47:2077–82
8. Brauckhoff M, Gimm O, Thanh PN, Bär A, Ukkat J, Brauckhoff K, et al. Critical size of residual adrenal tissue and recovery from impaired early postoperative adrenocortical function after subtotal bilateral adrenalectomy. *Surgery* 2003;134:1020–7

THỰC TRẠNG BỆNH SÂU RĂNG CỦA BỆNH NHÂN CÓ BỆNH LÝ TOÀN THÂN TẠI VIỆN ĐÀO TẠO RĂNG HÀM MẶT

Trần Kiều Anh¹, Trịnh Thị Thái Hà¹, Nguyễn Thị Châu¹,
Nguyễn Thúy Anh¹, Trần Nhật Yên¹,
Phan Thị Bích Hạnh², Nguyễn Đức Hoàng¹

thân, đái tháo đường, tăng huyết áp, Viện Đào tạo Răng Hàm Mặt.

SUMMARY

DENTAL CARIES STATUS OF PATIENTS WITH SYSTEMIC DISEASE AT SCHOOL OF DENTISTRY

A descriptive cross-section in order to determine dental caries status is conducted on 50 patients with systemic diseases, including 12 diabetic patients and 38 hypertensive patients at the Dental and Maxillofacial Training Institute from May 2022 to June 2023. The results showed that: The rate of tooth decay was 84%, in the diabetic group it was 91,67%, in the hypertension group it was 81,58%. DMFT index: 6,3 (D=1,92, M=2,54, F=1,84). Diabetes is associated with tooth decay. Hypertension is associated with tooth loss.

Keywords: dental caries, DMFT, systemic diseases, diabetes, hypertension, school of dentistry.

TÓM TẮT

Nghiên cứu mô tả cắt ngang xác định thực trạng sâu răng thực hiện trên 50 bệnh nhân có bệnh lý toàn thân gồm 12 bệnh nhân đái tháo đường và 38 bệnh nhân tăng huyết áp tại Viện Đào tạo Răng Hàm Mặt từ tháng 05 năm 2022 đến tháng 06 năm 2023. Kết quả cho thấy tình trạng sâu răng chiếm tỷ lệ là 84%, ở nhóm đái tháo đường là 91,67%, ở nhóm tăng huyết áp là 81,58%. Chỉ số là DMFT = 6,3 (D=1,92, M=2,54, F=1,84). Đái tháo đường có liên quan với tình trạng sâu răng. Tăng huyết áp có liên quan với sự mất răng. **Từ khóa:** sâu răng, DMFT, bệnh lý toàn

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Trường Đại học Y Dược – Đại học Quốc gia Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Trần Kiều Anh

Email: kanhi31@gmail.com

Ngày nhận bài: 2.10.2023

Ngày phản biện khoa học: 10.11.2023

Ngày duyệt bài: 11.12.2023

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Sâu răng là một bệnh nhiễm khuẩn của tổ chức calci hóa được đặc trưng bởi sự huỷ khoáng của thành phần vô cơ và sự phá huỷ thành phần hữu cơ của mô cứng [1]. Theo công bố tại Hội nghị Khoa học Quốc gia ngành Răng Hàm Mặt và Triển lãm nha khoa Quốc tế lần thứ 4 (tháng 7 năm 2011), Giáo sư Trịnh Đình Hải, nguyên Giám đốc Bệnh viện Răng Hàm Mặt Trung ương Hà Nội nhận định Việt Nam là nước có trên 90% người dân có vấn đề răng miệng, chủ yếu là mắc bệnh sâu răng. Bệnh sâu răng xuất hiện sớm, nếu không được phát hiện và điều trị kịp thời có thể sẽ gây hậu quả ở nhiều mức độ về sức khỏe răng miệng và sức khỏe chung. Bệnh sâu răng được Tổ chức Y tế Thế giới (WHO) xếp vào loại tai họa thứ ba của loài người sau bệnh ung thư và tim mạch. Một số nghiên cứu đã chỉ ra mối liên quan giữa sức khỏe răng miệng và bệnh lý toàn thân. Do vậy, việc xác định tỷ lệ sâu răng trên bệnh nhân có bệnh lý toàn thân có sự khác biệt với bệnh nhân trong cộng đồng. Biết được mối liên quan giữa bệnh sâu răng với bệnh lý toàn thân có thể nâng cao sức khỏe răng miệng cũng như sức khỏe toàn thân. Viện Đào tạo Răng Hàm Mặt - Đại học Y Hà Nội tiếp nhận nhiều bệnh nhân mang bệnh lý toàn thân có các vấn đề răng miệng, trong đó có bệnh sâu răng. Tại Việt Nam, hiếm có nghiên cứu về thực trạng sâu răng trên đối tượng này. Từ những vấn đề trên, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với mục tiêu: *Mô tả thực trạng sâu răng của bệnh nhân có bệnh lý toàn thân tại Viện Đào tạo Răng Hàm Mặt năm 2022-2023.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Các bệnh nhân được chẩn đoán đái tháo đường và các bệnh nhân được chẩn đoán tăng huyết áp đến khám tại Viện Đào tạo Răng Hàm Mặt.

2.1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn. Bệnh nhân tự nguyện tham gia nghiên cứu.

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ

- Bệnh nhân mất toàn bộ răng
- Răng sang chấn, răng khôn, răng lung lay
- Bệnh nhân mắc các bệnh cấp tính
- Đang điều trị chỉnh nha bằng mắc cài cố định.
- Khó há miệng
- Không đủ sức khỏe để trả lời câu hỏi

2.2. Địa điểm và thời gian nghiên cứu

- Viện Đào tạo Răng Hàm Mặt

Thời gian nghiên cứu: Từ tháng 05/2022 đến tháng 06/2023

2.3. Phương pháp nghiên cứu

2.3.1 Thiết kế nghiên cứu. Mô tả cắt ngang

2.3.2. Cỡ mẫu. Chọn mẫu chủ đích lấy toàn bộ bệnh nhân có bệnh đái tháo đường và toàn bộ bệnh nhân có bệnh tăng huyết áp tại viện Đào tạo Răng Hàm Mặt trong 3 tháng. Thực tế chọn được 12 bệnh nhân đái tháo đường và 38 bệnh nhân tăng huyết áp, tổng 50 đối tượng phù hợp.

2.3.3. Phương pháp thu thập số liệu:

- Số liệu được thu thập qua bộ câu hỏi và phiếu khám. Các đối tượng tự trả lời qua bộ câu hỏi thông tin: tuổi, giới, bệnh lý toàn thân và thời gian mắc bệnh. Tiến hành khám răng miệng ghi vào phiếu khám thông tin chỉ số DMFT theo tiêu chuẩn lỗ sâu ICCMS [2] [3].

- Người thực hiện quy trình khám là nhóm học viên sau đại học trường đại học Y Hà Nội được tập huấn dưới sự hướng dẫn của giảng viên Viện Đào tạo Răng Hàm Mặt trường Đại học Y Hà Nội nhằm thống nhất kĩ năng khám, có trách nhiệm và tuyệt đối tuân thủ quy trình nghiên cứu khoa học.

- Phương pháp khám quan sát kết hợp với thăm khám, gương soi, tay xỉ khô, chiếu đèn và phim X-quang panorama để phát hiện tổn thương sâu răng, mất răng, tổn thương đã được trám có sâu hay không.

- Cách ghi nhận DMFT:

- + Không ghi nhận răng hàm lớn thứ 3.
- + Răng có nhiều tổn thương sâu thì ghi một tổn thương nặng nhất.
- + Răng có nhiều miếng trám cũng chỉ được ghi nhận 1 lần.

- Tiêu chuẩn ghi nhận chỉ số DMFT dựa theo hướng dẫn của WHO [4].

2.3.4. Xử lý và phân tích số liệu: Số liệu được xử lý bằng phần mềm Stata 15 và một số thuật toán thống kê: χ^2 , Kruskal-Wallis test, T- test.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu được tiến hành trên 50 bệnh nhân có bệnh lý toàn thân gồm 12 bệnh nhân đái tháo đường và 38 bệnh nhân tăng huyết áp.

Bảng 1. Tỷ lệ sâu răng theo giới và thời gian mắc bệnh của đối tượng nghiên cứu

Bệnh	Đặc điểm		Sâu răng % (n)
Đái tháo đường (n=12)	Giới	Nam	80 (5)
		Nữ	100 (7)
	Thời gian mắc bệnh	≥ 5 năm	100 (6)
		< 5 năm	83,33 (6)
Tổng			91,67 (12)
Tăng huyết áp (n=38)	Giới	Nam	78,26 (23)
		Nữ	86,67 (15)
	Thời gian mắc bệnh	≥ 5 năm	66,67 (12)
		< 5 năm	88,46 (26)

	Tổng	81,58 (38)	
Chung (n=50)	Giới	Nam	78,57 (28)
		Nữ	90,91 (22)
	Thời gian mắc bệnh	≥ 5 năm	77,78 (18)
		< 5 năm	89,19 (32)
	Tổng	84 (50)	

Kết quả bảng 1 cho thấy tỷ lệ sâu răng chung là 84, tỷ lệ sâu răng ở nhóm đái tháo đường là 91,67%, tỷ lệ sâu răng ở nhóm tăng huyết áp là 81,58%.

Bảng 2. Chỉ số DMFT theo giới của đối tượng nghiên cứu

Bệnh	Giới	D	M	F	DMFT
Đái tháo đường	Nam	2,80	4,4	1,8	9
	Nữ	2,57	3,29	3,29	9,14
	Tổng	2,67	3,75	2,67	9,08
	p	0,827	0,636	0,417	0,961
Tăng huyết áp	Nam	1,65	2,22	2	5,87
	Nữ	1,73	2,07	0,93	4,73
	Tổng	1,68	2,16	1,58	5,42
	p	0,854	0,918	0,092	0,451
Chung	Nam	1,86	2,61	1,96	6,43
	Nữ	2,00	2,45	1,68	6,14
	Tổng	1,92	2,54	1,84	6,3
	p	0,722	0,898	0,693	0,837

Bảng 2 cho biết trung bình mỗi bệnh nhân đái tháo đường có 2,67 răng sâu chưa được điều trị, 3,75 răng mất do sâu và 2,67 răng sâu đã được trám. Trung bình mỗi bệnh nhân tăng huyết áp có 1,68 răng sâu chưa được điều trị, 2,16 răng mất do sâu và 1,58 răng sâu đã được trám. Trung bình mỗi bệnh nhân có 1,92 răng sâu chưa được điều trị, 2,54 răng mất do sâu và 1,84 răng sâu đã được trám.

Bảng 3. Chỉ số DMFT theo thời gian mắc bệnh của đối tượng nghiên cứu

Bệnh	Thời gian mắc bệnh	D	M	F	DMFT
Đái tháo đường	≥ 5 năm	3,5	3,83	5	12,33
	< 5 năm	1,83	3,67	0,33	5,83
	Tổng	2,67	3,75	2,67	9,08
	p	0,061	0,937	0,005	0,016
Tăng huyết áp	≥ 5 năm	1,58	5,92	1,83	9,33
	< 5 năm	1,73	0,42	1,46	3,62
	Tổng	1,68	2,16	1,58	5,42
	p	0,767	0,000	0,603	0,000
Chung	≥ 5 năm	2,22	5,22	2,89	10,33
	< 5 năm	1,75	1,03	1,25	4,03
	Tổng	1,92	2,54	1,84	6,3
	p	0,309	0,000	0,022	0,000

Kết quả bảng 3 cho thấy chỉ số trám răng ở nhóm đái tháo đường ≥ 5 năm (5) cao hơn ở nhóm đái tháo đường < 5 năm (0,33) và sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với p<0,01. Chỉ số

sâu mất trám ở nhóm đái tháo đường ≥ 5 năm (12,33) cao hơn ở nhóm đái tháo đường < 5 năm (5,83) và sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với p<0,05. Chỉ số mất răng ở nhóm tăng huyết áp ≥ 5 năm (5,92) cao hơn ở nhóm tăng huyết áp < 5 năm (0,42) và sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với p<0,001. Chỉ số sâu mất trám ở nhóm tăng huyết áp ≥ 5 năm (9,33) cao hơn ở nhóm tăng huyết áp < 5 năm (3,62) và sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với p<0,001. Chỉ số mất răng ở nhóm mắc bệnh ≥ 5 năm (5,22) cao hơn ở nhóm mắc bệnh < 5 năm (1,03) và sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với p<0,001. Chỉ số trám răng ở nhóm mắc bệnh ≥ 5 năm (2,89) cao hơn ở nhóm mắc bệnh < 5 năm (1,52) và sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với p<0,05. Chỉ số sâu mất trám ở nhóm mắc bệnh < 5 năm (4,03) và sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với p<0,001.

IV. BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu của chúng tôi, số bệnh nhân bị sâu răng là 42 người chiếm 84%, tỷ lệ sâu răng ở nhóm đái tháo đường là 91,67%, tỷ lệ sâu răng ở nhóm tăng huyết áp là 81,58%. Các tỷ lệ này gần tương đương với tỷ lệ sâu răng ở bệnh nhân đái tháo đường typ 2 theo nghiên cứu của Almusawi MA và cộng sự năm 2018 tại Ả Rập Saudi là 84% [5] và tỷ lệ sâu răng theo nghiên cứu của Trần Văn Trường trong điều tra sức khỏe răng miệng toàn quốc năm 2001 là 89,7% [6]. Kết quả này cao hơn nhiều so với nghiên cứu ở người cao tuổi của Phạm Văn Việt năm 2004 tại Hà Nội là 55,06% [7]. Điều này có thể được lý giải bởi đối tượng nghiên cứu của các nghiên cứu khác nhau, đối tượng nghiên cứu của chúng tôi là bệnh nhân có bệnh lý toàn thân trong khi nghiên cứu của Phạm Văn Việt là người cao tuổi bao gồm những người không có bệnh lý toàn thân. Kết quả của chúng tôi thấp hơn kết quả của Lâm Kim Triển năm 2014 ở người cao tuổi tại Viện dưỡng lão TP.HCM (97,9%) [8]. Điều này có thể do bởi đối tượng nghiên cứu của chúng tôi sinh sống với gia đình trong khi nghiên cứu của Lâm Kim Triển là các cụ già sống tại Viện dưỡng lão, không có gia đình chăm sóc.

Trung bình mỗi bệnh nhân có 1,92 răng sâu chưa được điều trị, trong đó, trung bình mỗi bệnh nhân đái tháo đường có 2,67 răng sâu, mỗi bệnh nhân tăng huyết áp có 1,68 răng sâu. Kết quả này gần tương đương với nghiên cứu điều tra sức khỏe răng miệng toàn quốc của Trần Văn Trường năm 2001 với 2,1 răng sâu/người [6] và

nghiên cứu ở người cao tuổi của Phạm Văn Việt tại Hà Nội năm 2004 với 1,76 răng sâu/người [7].

Trung bình mỗi bệnh nhân có 2,54 răng mất do sâu, trong đó, trung bình mỗi bệnh nhân đái tháo đường có 3,75 răng mất, mỗi bệnh nhân tăng huyết áp có 2,16 răng mất. Kết quả này thấp hơn rất nhiều so với kết quả ở người cao tuổi của Phạm Văn Việt năm 2004 tại Hà Nội là 10,73 răng mất [7]. Điều này có thể là do công tác chăm sóc sức khỏe răng miệng NCT đã có nhiều cải thiện trong những năm qua tại cộng đồng; bệnh nhân đã có ý thức vệ sinh răng miệng, khám răng định kỳ và điều trị bảo tồn răng hơn là nhổ răng.

Trung bình mỗi bệnh nhân có 1,84 răng sâu đã trám, trong đó, trung bình mỗi bệnh nhân đái tháo đường có 2,67 răng trám, mỗi bệnh nhân tăng huyết áp có 1,58 răng trám. Trung bình chỉ số sâu mất trám là 6,3, ở nhóm đái tháo đường là 9,08, ở nhóm tăng huyết áp là 5,42 thấp hơn rất nhiều so với nghiên cứu của Lâm Kim Triển tại Viện dưỡng lão ở nhóm tuổi 60-74 là 13,55. Tỷ lệ răng sâu : răng mất: răng trám là 30,48%: 40,32%: 29,21%. Tỷ lệ răng trám xấp xỉ tỷ lệ tăng sâu. Đối tượng nghiên cứu là các bệnh nhân đang khám và điều trị tại Viện Đào tạo Răng Hàm Mặt, không bị hạn chế tiếp cận với các dịch vụ chăm sóc nha khoa. Tuy nhiên, tỷ lệ răng sâu và mất còn cao, bệnh nhân cần được hướng dẫn vệ sinh răng miệng và nâng cao ý thức khám chữa răng thường xuyên để phát hiện và trám sớm những răng sâu khi chúng chưa gây ra các biến chứng.

Ở nhóm đái tháo đường, chỉ số sâu răng ở bệnh nhân mắc bệnh ≥ 5 năm (3,5) cao hơn ở bệnh nhân mắc bệnh < 5 năm (1,83). Chỉ số trám răng ở nhóm đái tháo đường ≥ 5 năm (5) cao hơn ở nhóm đái tháo đường < 5 năm (0,33) và sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,01$. Chỉ số sâu mất trám ở nhóm đái tháo đường ≥ 5 năm (12,33) cao hơn ở nhóm đái tháo đường < 5 năm (5,83) và sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Từ đó cho thấy đái tháo đường có mối liên quan với sâu răng.

Chỉ số mất răng ở nhóm tăng huyết áp ≥ 5 năm (5,92) cao hơn ở nhóm tăng huyết áp < 5 năm (0,42) và sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$. Chỉ số sâu mất trám ở nhóm tăng huyết áp ≥ 5 năm (9,33) cao hơn ở nhóm tăng huyết áp < 5 năm (3,62) và sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$. Kết quả cho thấy tăng huyết áp ảnh hưởng đến sự mất răng.

Xét chung, chỉ số mất răng ở nhóm mắc bệnh ≥ 5 năm (5,22) cao hơn ở nhóm mắc bệnh

< 5 năm (1,03) và sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$. Chỉ số trám răng ở nhóm mắc bệnh ≥ 5 năm (2,89) cao hơn ở nhóm mắc bệnh < 5 năm (1,52) và sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Chỉ số sâu mất trám ở nhóm mắc bệnh ≥ 5 năm (10,33) cao hơn ở nhóm mắc bệnh < 5 năm (4,03) và sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$.

V. KẾT LUẬN

Sâu răng chiếm tỷ lệ ở bệnh nhân có bệnh toàn thân là 84%, ở nhóm đái tháo đường là 91,67%, ở nhóm tăng huyết áp là 81,58%. Chỉ số sâu răng trung bình là 1,92, ở nhóm đái tháo đường là 2,67, ở nhóm tăng huyết áp là 1,68. Chỉ số mất răng trung bình là 2,54, ở nhóm đái tháo đường là 3,75, ở nhóm tăng huyết áp là 2,16. Chỉ số trám răng trung bình là 1,84, ở nhóm đái tháo đường là 2,67, ở nhóm tăng huyết áp là 1,58. Chỉ số sâu mất trám trung bình là 6,3, ở nhóm đái tháo đường là 9,08, ở nhóm tăng huyết áp là 5,42. Chỉ số trám răng ở nhóm đái tháo đường ≥ 5 năm (5) cao hơn ở nhóm đái tháo đường < 5 năm (0,33) và sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,01$. Chỉ số sâu mất trám ở nhóm đái tháo đường ≥ 5 năm (12,33) cao hơn ở nhóm đái tháo đường < 5 năm (5,83) và sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Chỉ số mất răng ở nhóm tăng huyết áp ≥ 5 năm (5,92) cao hơn ở nhóm tăng huyết áp < 5 năm (0,42) và sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Trịnh Thị Thái Hà.** In: Chữa Răng và Nội Nha. Nhà xuất bản giáo dục Việt Nam; 2013:12.
2. **Pitts NB, Ekstrand K, The ICDAS Foundation.** International Caries Detection and Assessment System (ICDAS) and Its International Caries Classification and Management System (ICCMS) - Methods for Staging of the Caries Process and Enabling Dentists to Manage Caries. Community dentistry and oral epidemiology. doi:10.1111/cdoe.12025
3. **Pitts NB, Ismail AI, Martignon S.** ICCMS Guide for Practitioners and Educators. Published online 2014.
4. **WHO** (2013), Oral health survey, basic method, World Health Organization.
5. **Almusawi MA, Gosadi I, Abidia R, Almasawi M, Khan HA.** Potential risk factors for dental caries in Type 2 diabetic patients. Int J Dent Hyg. 2018 Nov;16(4):467-475. doi: 10.1111/idh.12346. Epub 2018 May 11. PMID: 29749033.
6. **Trần Văn Trường và cs** (2001), Điều tra sức khỏe răng miệng toàn quốc, Nxb Y học, 70-83.
7. **Phạm Văn Việt** (2004), Nghiên cứu tình trạng, nhu cầu chăm sóc sức khỏe răng miệng và đánh giá kết quả hai năm thực hiện nội dung chăm sóc răng

miệng ban đầu ở người cao tuổi tại Hà Nội. Luận án tiến sĩ y học, trường Đại học Y Hà Nội, 64-75.

8. **Lâm Kim Triển** (2014), Tác động của sức khỏe

răng miệng lên chất lượng cuộc sống của người cao tuổi tại một số viện dưỡng lão ở TP.HCM, Luận văn thạc sĩ y học, Đại học Y dược TP.HCM, 45-52.

TÁC DỤNG GIẢM ĐAU VÀ CẢI THIÊN CHỨC NĂNG SINH HOẠT HÀNG NGÀY CỦA CÂY CHỈ KẾT HỢP CAO THÔNG TÝ TRONG ĐIỀU TRỊ ĐAU THẮT LƯNG DO THOÁI HÓA CỘT SỐNG

Phan Huy Quyết¹, Đặng Hải Nam², Lê Thị Hồng Nhung²,
Trần Thị Châu², Nguyễn Thị Thanh Vân²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá tác dụng giảm đau và cải thiện chức năng sinh hoạt hàng ngày của cây chỉ kết hợp cao thông tỳ trên bệnh nhân đau thắt lưng do thoái hóa cột sống. **Phương pháp:** Can thiệp lâm sàng, so sánh trước sau điều trị, có đối chứng. 60 bệnh nhân chia làm 2 nhóm, nhóm nghiên cứu 30 bệnh nhân cây chỉ kết hợp uống Cao thông tỳ, nhóm đối chứng điện châm kết hợp uống Cao thông tỳ. Thời gian điều trị 20 ngày. **Kết quả:** Sau điều trị mức độ đau theo thang điểm Vas ở nhóm nghiên cứu giảm từ $5,68 \pm 0,46$ điểm xuống $1,83 \pm 0,75$ điểm ($p < 0,05$); cải thiện tương đương nhóm đối chứng với $p > 0,05$. Cải thiện chức năng sinh hoạt hàng ngày tốt hơn trước điều trị ($p < 0,05$), hiệu quả nhóm nghiên cứu tương đương nhóm đối chứng ($p > 0,05$). **Kết luận:** Cây chỉ kết hợp với cao thông tỳ có tác dụng giảm đau và cải thiện chức năng sinh hoạt hàng ngày trên bệnh nhân đau thắt lưng do thoái hóa cột sống.

Từ khóa: Đau thắt lưng, cây chỉ, cao thông tỳ.

SUMMARY

ANALGESIC AND IMPROVING DAILY ACTIVITIES EFFECTS OF CATGUT EMBEDDING THERAPY COMBINED WITH CAO THONG TY IN TREATING BACK PAIN DUE TO LUMBAR SPONDYLOSIS

Objective: To evaluate the analgesic and improving daily activities effects of catgut embedding therapy combined with Cao thông tỳ in treating back pain patients due to lumbar spondylosis. **Methods:** Controlled clinical interventional study, compare before and after treatment. 60 patients were divided into 2 groups, the study group was administered catgut embedding therapy combined with oral administration of Cao thông tỳ, the control group was administered electroacupuncture combined with Cao thông tỳ. The duration of treatment was 20 days.

¹Bệnh viện Đa khoa tỉnh Phú Thọ

²Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Thanh Vân

Email: nguyenthanhvan.hmu@gmail.com

Ngày nhận bài: 5.10.2023

Ngày phản biện khoa học: 13.11.2023

Ngày duyệt bài: 14.12.2023

Results: After treatment, the pain severity according to VAS of the study group decreased from 5.68 ± 0.46 points to 1.83 ± 0.75 points ($p < 0.05$); comparable to the pain severity after treatment of the control group ($p > 0.05$). The patients' daily activities in the control group were improved better than those at the baseline ($p < 0.05$), the outcomes of the study group was comparable to those of the control group ($p > 0.05$). **Conclusion:** Catgut embedding therapy combined with Cao thông tỳ was effective in reducing pain and improving the daily activities of patients suffered from back pain due to lumbar spondylosis.

Keywords: back pain, catgut embedding therapy, Cao thông tỳ

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đau thắt lưng hiện đang là vấn đề được quan tâm trên toàn thế giới với tỷ lệ mắc trung bình khoảng 7,8% (tương đương 577 triệu người mắc) và cũng là nguyên nhân hàng đầu gây tàn tật ở 126/195 quốc gia và vùng lãnh thổ vào năm 2017.⁷ Đau thắt lưng do nhiều nguyên nhân gây ra, trong đó thoái hóa cột sống (THCS) là nguyên nhân thường gặp nhất. Đau thắt lưng không chỉ ảnh hưởng lớn đến sức khỏe của người bệnh mà còn ảnh hưởng đến đời sống, kinh tế của người bệnh và còn là gánh nặng của gia đình và xã hội.⁵

Có nhiều phương pháp điều trị đau thắt lưng bằng Y học hiện đại cũng như Y học cổ truyền. Các phương pháp điều trị bằng Y học hiện đại như dùng thuốc chống viêm, giảm đau, giãn cơ kết hợp vật lý trị liệu, phục hồi chức năng... Điều trị như trên có nhiều ưu điểm song cũng có phần hạn chế là tác dụng không mong muốn của thuốc. Y học cổ truyền cũng có nhiều phương pháp điều trị như dùng thuốc, châm cứu, xoa bóp bấm huyệt...⁴

Cao thông tỳ là chế phẩm đã được lưu hành nhiều năm tại bệnh viện Đa khoa Y học cổ truyền Hà Nội, đã được duyệt trong danh mục bảo hiểm y tế. Cao có tác dụng khu phong trừ thấp, hành khí hoạt huyết, bổ thận, chỉ thống tỳ. Cây chỉ (chôn chỉ) là một phương pháp châm đặc