

Trường Diễm và Tác Dụng Giảm Đau Của Viên Nén "Phong Thấp Đan" Trên Động Vật Thực Nghiệm. Luận văn Thạc sĩ. Đại học Y Hà Nội; 2021.

8. **Global Burden of Disease 2010 Study published.** Accessed October 4, 2023. <https://pnmch.who.int/news-and->

events/news/item/13-12-2012-global-burden-of-disease-2010-study-published

9. **The prevalence of low back pain in adults: a methodological review of the literature - PubMed.** Accessed October 4, 2023. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10201544/>

## ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG VÀ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ VIÊM NHIỄM VÙNG SÀN MIỆNG DO RĂNG

Nguyễn Chí Hiếu<sup>1</sup>, Đặng Triệu Hùng<sup>2</sup>, Nguyễn Tấn Văn<sup>3</sup>, Phạm Vũ Hùng<sup>4</sup>

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của BN viêm nhiễm vùng sàn miệng do răng tại một số bệnh viện ở Hà Nội trong thời gian từ 2022 - 2023 và kết quả điều trị của nhóm BN nghiên cứu. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả chùm ca bệnh trên 30 BN được chẩn đoán xác định viêm nhiễm vùng sàn miệng do răng điều trị tại bệnh viện Đại học Y Hà Nội, bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức từ tháng 07/2022 đến tháng 07/2023. **Kết quả:** BN từ 45 tuổi trở lên chiếm đa số với 86,7%. Nguyên nhân chủ yếu là do đau răng 8 với 16 BN, chiếm 53,3%. Có 19 BN, chiếm 63,3% có bệnh toàn thân kèm theo. Triệu chứng cơ năng hay gặp nhất là nuốt đau chiếm 90%. Vị trí nhiễm khuẩn hay gặp nhất là khoang dưới hàm (83,3%). Phần lớn BN có biến chứng lan rộng ra xung quanh chiếm 70%. Tất cả các BN đều được phẫu thuật dẫn lưu mủ, kháng sinh toàn thân và chăm sóc tại chỗ. Kết quả điều trị có 36,7% BN đạt mức tốt, 56,67% đạt mức khá và 6,67% đạt mức kém, không có BN nào tử vong. **Kết luận:** Bệnh lý viêm nhiễm vùng sàn miệng là biến chứng nguy hiểm của bệnh lý răng miệng, chủ yếu do viêm nhiễm răng số 8. BN thường đến khi triệu chứng lan rộng ra xung quanh. Điều trị chính phẫu thuật dẫn lưu mủ, kết quả tốt chiếm 36,7% còn chưa cao.

**Từ khóa:** viêm nhiễm sàn miệng, viêm miệng họng Ludwig, đau răng số 8

### SUMMARY

#### CLINICAL, SUBCLINICAL CHARACTERISTICS AND TREATMENT RESULTS OF LUDWIG'S ANGINA CAUSED BY TOOTH INFECTION

**Objective:** To describe the clinical and subclinical characteristics of patients with tooth-caused Ludwig's angina at some certain hospitals in Hanoi during the

period from 2022 - 2023 and treatment results of patients in the study group. **Research subjects and methods:** 30 patients were case series described with a confirmed diagnosis of tooth-related oral floor infection treated at Hanoi Medical University Hospital, Viet Duc University Hospital from July 2022 to July 2023. **Results:** Patients aged 45 years and older accounted for the majority with 86.7%. The main cause was third molar toothache with 16 patients, accounting for 53.3%. There were 19 patients, accounting for 63.3%, with comorbidity diseases. The most common symptom is painful swallowing with rates of 90%. The most compartment involved is the submandibular cavity (83.3%). Most patients have complications spreading to the surrounding area, made up 70%. All patients received surgical drainage of pus, systemic antibiotics and local wound care. Treatment results were good at 36.7% of patients, 56.67% moderate and 6.67% poor, no patient died. **Conclusion:** Ludwig's angina is a dangerous complication of oral disease, mainly due to infection of the third molar tooth. Patients usually arrive when symptoms spread to the surrounding area, with 70%. The main treatment is surgical drainage of pus, with good results accounting for 36.7%, which is still low.

**Keywords:** floor of mouth infection, Ludwig's angina, third molar toothache

### I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Mặc dù sự phát triển vượt bậc của chuyên ngành răng hàm mặt và các loại kháng sinh mới, bệnh viêm nhiễm vùng sàn miệng vẫn rất nguy hiểm, đặc biệt là những BN già yếu, nhiều bệnh nền. Nguyên nhân của bệnh lý này chủ yếu do viêm nhiễm răng số 7, 8 hàm dưới. Nếu không được điều trị tốt và kịp thời mủ có thể lan rộng ra mô liên kết lỏng lẻo theo các khoang giải phẫu tự nhiên của vùng hàm mặt thành viêm nhiễm các vùng sâu như khoang sau hàm, khoang cạnh hầu hoặc tràn xuống trung thất gây nên bệnh cảnh nhiễm trùng nhiễm độc nặng nề, viêm trung thất, viêm phổi[1]. Nhưng nếu được chẩn đoán và điều trị đúng và kịp thời sẽ rút ngắn được thời gian điều trị, tránh được các biến chứng kể trên. Viêm nhiễm vùng sàn miệng nói

<sup>1</sup>Bệnh viện Đa khoa tỉnh Vĩnh Phúc

<sup>2</sup>Đại học Y Hà Nội

<sup>3</sup>Đại học Quốc Gia Hà Nội

<sup>4</sup>Bệnh viện hữu nghị Việt Đức

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Chí Hiếu  
Email: nguyenchihieu07111977@gmail.com

Ngày nhận bài: 12.10.2023

Ngày phản biện khoa học: 16.11.2023

Ngày duyệt bài: 21.12.2023

riêng và nhiễm trùng hàm mặt nói chung đã được nghiên cứu nhiều trên thế giới[2,3] tuy nhiên tại Việt Nam còn chưa được nghiên cứu đầy đủ về triệu chứng cũng như kết quả điều trị bệnh lý này. Do vậy, chúng tôi thực hiện đề tài này với mục tiêu: *Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của BN viêm nhiễm vùng sàn miệng do răng tại một số bệnh viện ở Hà Nội trong thời gian từ 2022-2023 và kết quả điều trị của nhóm BN trên.*

**II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU**

**2.1. Đối tượng nghiên cứu:** Nghiên cứu gồm 30 BN được chẩn đoán xác định viêm nhiễm vùng sàn miệng do răng điều trị tại bệnh viện Đại học Y Hà Nội, bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức từ tháng 07/2022 đến tháng 07/2023

**2.2. Phương pháp nghiên cứu:** Mô tả chùm ca bệnh. Tiêu chuẩn chọn: Được chẩn đoán viêm nhiễm vùng sàn miệng do răng điều trị và chăm sóc tại bệnh viện Đại học Y Hà Nội, bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức, có hồ sơ bệnh án đầy đủ và BN đồng ý tham gia nghiên cứu. Tiêu chuẩn loại trừ: Chẩn đoán viêm nhiễm vùng sàn miệng do các nguyên nhân khác (viêm hạch, dị vật,...)

**2.3. Nội dung nghiên cứu:**

- Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng: Tuổi, giới, thời gian xuất hiện triệu chứng đến khi vào viện, bệnh lý toàn thân kèm theo, răng bị viêm nhiễm, triệu chứng cơ năng, triệu chứng thực thể, khoang bị nhiễm trùng (theo CT cổ mặt), biến chứng lan rộng, kết quả cấy mủ (dương tính, âm tính), kết quả vi khuẩn (nêu rõ tên vi khuẩn).

- Mô tả kết quả điều trị: Kết quả toàn thân (sốt, toàn trạng), kết quả chức năng (nói, nuốt, thở) và kết quả tại chỗ (tình trạng dẫn lưu sau mổ, sưng đau, liền huyết ổ răng, vết mổ) tại các thời điểm 1 tuần, 2-3 tuần, 1 tháng, tình trạng phải phẫu thuật lại.

- Phương pháp điều trị:

- + Kháng sinh toàn thân, kháng viêm, nâng cao thể trạng trước phẫu thuật
- + Tiến hành phẫu thuật dẫn lưu mủ, nhổ các răng nguyên nhân, xử trí các tổn thương răng miệng liên quan, đặt dẫn lưu
- + Kháng sinh toàn thân và chăm sóc sau mổ tại chỗ

- Tiêu chí đánh giá kết quả điều trị: Các triệu chứng cần đạt sau điều trị: toàn thân (không sốt, toàn trạng khỏe), chức năng (nói, nuốt, thở đều tốt), tại chỗ (dẫn lưu hết dịch, mủ, không sưng đau, liền huyết ổ răng tốt, vết mổ khô liền tốt, da vùng phẫu thuật không nóng đỏ).

Đạt tốt khi đạt các tiêu chí như trên sau 7

ngày điều trị, khá nếu sau 02- 03 tuần điều trị, kém khi phải phẫu thuật lại, thất bại khi BN tử vong.

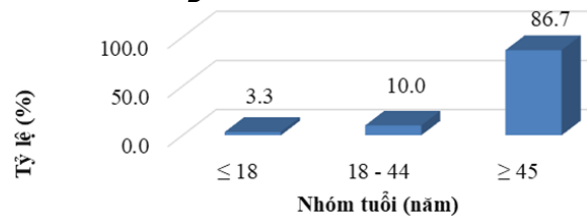
**2.4. Thu thập và phân tích số liệu:** Số liệu sau khi thu thập đủ, sẽ được nhập vào phần mềm SPSS 20.0 sau đó tính toán các chỉ số theo mục tiêu nghiên cứu.

**2.5. Đạo đức nghiên cứu:** Các thông tin về BN đều được giữ kín. Nghiên cứu được hội đồng khoa học bệnh viện Đại học Y Hà Nội và bệnh viện Việt Đức cho phép.

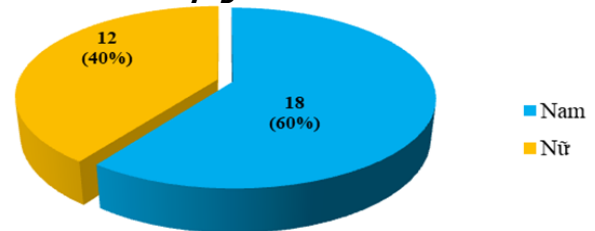
**III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU**

**3.1. Đặc điểm lâm sàng của các BN nghiên cứu**

• **Tuổi và giới**



**Biểu đồ 3.1. Phân bố viêm tấy các vùng sàn miệng theo nhóm tuổi**



**Biểu đồ 3.2. Phân bố viêm tấy các vùng sàn miệng theo giới**

**Nhận xét:** Độ tuổi trung bình nhóm nghiên cứu là: 53,1 ± 2,8. BN từ 45 tuổi trở lên chiếm đa số với 86,7%. Tỷ lệ nam/nữ là 1,5:1

• **Răng nguyên nhân:** Răng số 8 là nguyên nhân gây bệnh phổ biến nhất chiếm 53,3%, sau đó là các răng số 6 và 7, chiếm 40%.

• **Bệnh toàn thân kèm theo:** Có 19 BN có các bệnh toàn thân (đái tháo đường (ĐTĐ), tăng huyết áp (THA), suy giảm miễn dịch), chiếm 63,3%.

• **Thời gian điều trị trước khi đến viện:** Số BN tự điều trị tại nhà và các cơ sở y tế cơ sở trên 10 ngày là 16 (chiếm 53,3%), 7-10 ngày là 8 BN (chiếm 26,7%). Số BN đến bệnh viện sớm <7 ngày chỉ có 06 BN, chiếm 20%

• **Triệu chứng cơ năng**

**Bảng 3.2. Triệu chứng cơ năng**

Triệu chứng	Số lượng	Tỷ lệ %
Sốt	08	26,7
Suy kiệt	13	43,3
Nuốt đau	27	90

Nói khó	10	33,3
Khó thở	19	63,3
<b>Tổng</b>	<b>30</b>	<b>100</b>

**Nhận xét:** Triệu chứng cơ năng hay gặp nhất là nuốt đau, chiếm 90%.

• **Triệu chứng thực thể:**

**Bảng 3.3. Triệu chứng thực thể**

Triệu chứng	Có	Tỷ lệ %
Sung dưới hàm, góc hàm	27	90
Lan rộng	14	46,7
Tụ khối cứng	16	53,3
Chuyển sống, ấn lún	20	66,7
Da sẫm căng bóng	25	83,3
Khít hàm	23	76,7
Lưỡi đẩy cao	14	46,7
Tru trước amidal sưng	08	26,7

**Nhận xét:** Triệu chứng sưng nề dưới hàm và góc hàm có ở đại đa số BN (90%), sau đó là các triệu chứng da sẫm căng bóng (83,3%), khít hàm (76,7%).

• **Phân loại các thể lâm sàng:** Vùng dưới hàm và dưới lưỡi chiếm tỷ lệ viêm cao (83,3% và 80%). Viêm lan tỏa ra các vùng sâu và xung quanh là 11 BN (36,7%). Vùng dưới cằm ít viêm nhất 03 BN (10%)

• **Biến chứng lan rộng xung quanh:** Viêm lan rộng ra vùng cạnh hầu và trung thất là 10 BN (33,3 %), lan ra vùng cạnh cổ là 07 BN (23,3%), vùng má và mang tai là 04 BN (13,3%).

• **Kết quả cấy mủ:** Trong 07 trường hợp dương tính có 02 BN định danh được vi khuẩn là: Acineto bacter Baumenni và Streptococcus anginosus.

**3.2. Kết quả điều trị**

• **Kết quả điều trị tại các thời điểm**

**Bảng 3.4. Kết quả điều trị tại các thời điểm**

Kết quả		Đạt	Đạt	Đạt
		sau 7 ngày n	sau 2-3 tuần n	sau 1 tháng n
<b>Toàn thân</b>	Sốt (không sốt)	28	30	30
	Toàn trạng (khỏe)	25	28	30
<b>Chức năng</b>	Nói (tốt)	21	30	30
	Nuốt (không đau)	20	30	30
	Thở (không khó thở)	28	28	30
<b>Tại chỗ</b>	Dân lưu (không chảy dịch)	20	30	30
	Sung đau (không)	11	28	30
	Huyết ổ răng (liền tốt)	30	30	30
	Vết mổ (khô)	11	28	30
	Nóng đỏ (không nóng đỏ)	12	28	30

**Nhận xét:** - Triệu chứng sốt và khó thở là

các triệu chứng cải thiện đầu tiên. Sau đó đến triệu chứng nói khó nuốt khó toàn trạng và dân lưu. Tình trạng sưng nề và chảy dịch vết mổ thường kéo dài. Sau 07 ngày điều trị có 11 BN đáp ứng đủ tiêu chí xuất viện.

- Sau 02 -03 tuần điều trị hầu hết BN đã cải thiện bệnh lý (>90%). Chỉ còn 02 BN còn sưng đau, chảy dịch và khó thở nhẹ. Số BN đáp ứng điều kiện xuất viện là 28 BN

- Sau 1 tháng khám lại kết quả 30 BN (100%) đã khỏi bệnh hoàn toàn, trong đó có 02 BN diễn biến nặng từ tuần thứ nhất sau mổ, viêm có xu hướng lan rộng phải phẫu thuật dân lưu mũ lần 2 và đã khỏi bệnh sau hơn 03 tuần điều trị sau đó.

• **Phân loại kết quả điều trị:** Trong nghiên cứu có 11 BN có kết quả điều trị tốt (36,67%), 17 BN đạt kết quả điều trị khá (56,67%), và 02 BN có kết quả điều trị kém (6,67%). Nghiên cứu không ghi nhận BN nào tử vong.

**IV. BÀN LUẬN**

**4.1. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng BN viêm nhiễm vùng sàn miệng do rang.**

Độ tuổi trung bình nhóm nghiên cứu là: 53,1 ± 2,8, BN từ 45 tuổi trở lên chiếm đa số với 86,7%. Tỷ lệ nam/nữ là 1,5:1. Wang đã tiến hành nghiên cứu trên 157 BN có độ tuổi trung bình là 31, chủ yếu là độ tuổi từ 18-50, nam gặp nhiều hơn nữ, tương đồng với nghiên cứu này [4]. Phân bố nguyên nhân rằng chủ yếu gặp ở răng số 8 hàm dưới. Kết quả này cũng tương tự các nghiên cứu khác về nhiễm khuẩn hàm mặt như Flynn trong việc khẳng định vai trò trung tâm gây viêm nhiễm của răng số 8 hàm dưới trong viêm nhiễm sàn miệng – hàm mặt [2].

Trong nghiên cứu của chúng tôi, có 63,3% có tiền sử liên quan đến bệnh lý suy giảm miễn dịch như ĐTĐ. Hui-Hsin Ko đã theo dõi và thống kê trong vòng 5 năm, tỷ lệ BN mắc các bệnh lý viêm nhiễm nói chung và áp xe nói riêng ở vùng hàm mặt cao hơn ở BN mắc ĐTĐ gấp 1.3 lần so với nhóm chứng[5]. Khi bị ĐTĐ, mạch lớn và vi mạch tổn thương dẫn đến việc các tế bào miễn dịch tiếp cận chậm với ổ viêm nhiễm và chính hệ thống miễn dịch cũng bị thay đổi chức năng như giảm khả năng bám dính, thực bào, dẫn đến giảm đề kháng khi có vi khuẩn gây bệnh tấn công [6]. Có 53,3% BN tự điều trị tại nhà hơn 10 ngày. Việc trì hoãn đến bệnh viện điều trị có thể làm bệnh nặng hơn dễ lan rộng và khó điều trị. Do đó công tác tuyên truyền về tính nghiêm trọng của bệnh cần được tiến hành rộng rãi tại Việt Nam nhằm nâng cao nhận thức của cộng

đồng, cải thiện kết quả, tiên lượng của bệnh.

Nuốt đau, sưng góc hàm và khít hàm là các triệu chứng hay gặp nhất ở các BN. Theo Flynn, triệu chứng khít hàm và khó nuốt là triệu chứng hay gặp nhất trong các viêm nhiễm sàn miệng – hàm mặt. Triệu chứng hạn chế há miệng, là triệu chứng cho thấy lúc này nhiễm khuẩn đã lan rộng vượt khỏi xương và không còn khu trú [2]. Khít hàm và khó nuốt là triệu chứng có thể có giá trị gợi ý với các nhiễm khuẩn nặng. Khó thở là triệu chứng có thể gặp ở các trường hợp nhiễm khuẩn của các khoang quanh xương hàm dưới, dẫn tới việc nâng lưỡi và làm sưng nề gốc thượng thiệt, ảnh hưởng tới việc đặt ống nội khí quản. Do đó khi có triệu chứng này cần xử trí càng sớm càng tốt. Triệu chứng sưng đau góc hàm, dưới hàm rất thường gặp trong viêm nhiễm vùng sàn miệng do răng. Triệu chứng xuất hiện khi viêm bắt đầu lan ra vùng dưới hàm, lúc này nếu được xử trí tốt thì viêm sẽ ổn định không lan rộng ra các vùng xung quanh (cạnh cổ, cạnh hầu, chân bướm hàm...)[1]

Thứ tự giảm dần về tần suất gặp các khoang bị nhiễm khuẩn trong nghiên cứu này lần lượt là khoang dưới hàm, dưới lưỡi, lan tỏa, và dưới cằm. Ngoài ra, 69,9% BN có biến chứng lan rộng ra cạnh cổ, trung thất, mang tai. Khoang dưới hàm là khoang hay bị nhiễm khuẩn nhất, kết quả này tương tự với tác giả Jason An.<sup>7</sup> Khoang dưới hàm thông với các khoang dưới lưỡi và khoang mang tai ở phía trên, khoang chân bướm hàm và thành bên họng ở phía sau, khoang dưới cằm ở phía trước. Từ vị trí này các vi khuẩn gây bệnh có thể lan rộng ra các khoang xung quanh tạo nên bệnh cảnh viêm tấy lan tỏa sàn miệng (Ludwig agina, tương tự tác giả Flynn [2] Kết quả cấy khuẩn chỉ có 07 trường hợp dương tính (23,3%), và chỉ định danh được 02 trường hợp (*Acinetobacter baumannii* và *Streptococcus anginosus*). Kết quả này có thể do BN trong nghiên cứu của chúng tôi đã tự điều trị hoặc đã được điều trị tại các cơ sở y tế khác. Phương pháp cấy khuẩn truyền thống còn nhiều hạn chế để đánh giá được tổng thể khuẩn lạc trong ổ áp xe do vi khuẩn kỵ khí chiếm đa số trong các ổ áp xe vùng miệng – hàm mặt,<sup>8</sup> đây chính là hạn chế trong nghiên cứu này của chúng tôi. Gần đây phương pháp phân tử đã trở nên phổ biến và đang dần dần giúp các bác sĩ có thể hình dung được hệ vi khuẩn chính xác trong ổ nhiễm khuẩn mà không cần phải nuôi cấy.

**4.2. Kết quả điều trị viêm nhiễm vùng sàn miệng do răng.** Triệu chứng sốt và khó thở là các triệu chứng cải thiện đầu tiên, rồi đến

nói khó, nuốt khó, toàn trạng và dẫn lưu. Tình trạng sưng nề và chảy dịch vết mổ thường kéo dài. Sau 07 ngày điều trị có 11 BN đáp ứng đủ tiêu chí xuất viện. Điều đó chứng tỏ khi được dẫn lưu mủ tốt, loại bỏ răng nguyên nhân, điều trị kháng sinh hợp lý và nâng đỡ tốt thể trạng thì tổn thương viêm sẽ cải thiện nhanh giảm lan rộng và không còn tình trạng chèn ép các tổ chức xung quanh.

Sau 02-03 tuần điều trị và bơm rửa tích cực, có 02 BN vẫn có tình trạng khó thở nhẹ, viêm không giảm và có chiều hướng lan rộng. Đây là trường hợp viêm đã lan rộng trên BN có suy giảm miễn dịch nên sau phẫu thuật dẫn lưu mủ và dịch tổn thương không hồi phục được hoàn toàn. Chúng tôi xếp vào nhóm kết quả điều trị kém cần được mổ lại, 02 BN này đã hồi phục hoàn toàn sau 24 và 25 ngày điều trị sau đó. Không có BN nào tử vong trong nghiên cứu của chúng tôi. Việc chẩn đoán chính xác, xử trí nhanh và kịp thời luôn đem lại kết quả tốt. Trong nghiên cứu của chúng tôi các trường hợp hồi phục nhanh ( $\leq 09$  ngày) là các trường hợp được xử trí sớm khi mà các tổn thương chưa lan rộng (1-2 khoang bị nhiễm khuẩn). Các trường hợp hồi phục muộn thường do để lâu làm tổn thương lan rộng và có nhiều bệnh toàn thân điều này cũng được ghi nhận trong các nghiên cứu khác. Theo Uluibau, có 79% nhiễm khuẩn khi rạch dẫn lưu đang ở giai đoạn áp xe trên 46 BN. Theo tác giả, việc điều trị các nhiễm khuẩn miệng – hàm mặt không cần quan tâm đến giai đoạn và nên được điều trị bằng cùng một phương pháp với kết quả điều trị giống nhau. Rạch dẫn lưu sớm sẽ làm tổn thương nhanh hồi phục hơn và giảm nguy cơ lan rộng [3].

Về đánh giá kết quả điều trị, có 36,7% điều trị đạt ở mức tốt, 56,7% đạt ở mức khá. Có 02 BN ra viện sau gần 01 tháng điều trị, đáp ứng điều trị kém, toàn trạng yếu, có nhiều bệnh toàn thân đi kèm (chiếm 6,67%). Không có BN nào tử vong trong nghiên cứu. Thời gian nằm viện trung bình là  $12,6 \pm 1,0$  ngày. Theo Flynn, thời gian cần thêm để hồi phục sau lần phẫu thuật thứ hai lại sẽ kéo dài thời gian nằm viện [2]. Tỷ lệ điều trị đạt mức tốt còn chưa cao trong điều trị viêm nhiễm sàn miệng, do đó phòng bệnh bằng cách thăm khám răng miệng định kỳ và xử trí sớm các bệnh lý răng miệng là rất quan trọng.

## V. KẾT LUẬN

- Bệnh lý viêm nhiễm vùng sàn miệng là biến chứng nguy hiểm của bệnh lý răng miệng, chủ yếu do viêm nhiễm răng số 8. Bệnh hay gặp ở

BN  $\geq 45$  tuổi, tỷ lệ nam: nữ = 1,5:1.

- Triệu chứng hay gặp nhất là nuốt khó, sưng đau góc hàm và khít hàm. Khoang dưới hàm là vị trí nhiễm khuẩn hay gặp nhất. BN thường đến khi triệu chứng lan rộng ra xung quanh.

- Điều trị chính phẫu thuật dẫn lưu mủ, kết quả tốt chiếm 36,7% còn chưa cao. Do đó, phòng bệnh bằng cách thăm khám răng miệng định kỳ và xử trí sớm các bệnh lý răng miệng là rất quan trọng.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Nguyễn Thị Xuyên.** Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số bệnh về răng hàm mặt. Published online 2015.
2. **Flynn TR, Shanti RM, Hayes C.** Severe odontogenic infections, part 2: prospective outcomes study. *J Oral Maxillofac Surg.* 2006; 64(7): 1104-1113. doi: 10.1016/j.joms.2006.03.031
3. **Uluibau IC, Jaunay T, Goss AN.** Severe odontogenic infections. *Aust Dent J.* 2005;50(4 Suppl 2): S74-81. doi: 10.1111/j.1834-7819.2005.tb00390.x
4. **Wang J, Ahani A, Pogrel MA.** A five-year

retrospective study of odontogenic maxillofacial infections in a large urban public hospital. *Int J Oral Maxillofac Surg.* 2005;34(6):646-649. doi:10.1016/j.ijom.2005.03.001

5. **Ko HH, Chien WC, Lin YH, Chung CH, Cheng SJ.** Examining the correlation between diabetes and odontogenic infection: A nationwide, retrospective, matched-cohort study in Taiwan. *PLOS ONE.* 2017;12(6): e0178941. doi:10.1371/journal.pone.0178941
6. **Fang M, Ishigami J, Echouffo-Tcheugui JB, Lutsey PL, Pankow JS, Selvin E.** Diabetes and the risk of hospitalisation for infection: the Atherosclerosis Risk in Communities (ARIC) study. *Diabetologia.* 2021;64(11): 2458-2465. doi:10.1007/s00125-021-05522-3
7. **An J, Madeo J, Singhal M. Ludwig Angina.** In: StatPearls. StatPearls Publishing; 2023. Accessed September 26, 2023. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK482354/>
8. **López-González E, Vitales-Noyola M, González-Amaro AM, et al.** Aerobic and anaerobic microorganisms and antibiotic sensitivity of odontogenic maxillofacial infections. *Odontology.* 2019;107(3): 409-417. doi:10.1007/s10266-019-00414-w

## CHỌN LỰA PHƯƠNG PHÁP PHỤC HỒI LƯU THÔNG RUỘT SAU PHẪU THUẬT NỘI SOI CẮT PHẦN XA DẠ DÀY: NHẬN ĐỊNH VỀ MẶT CHỨC NĂNG

Đặng Quang Thông<sup>1</sup>, Trần Quang Đạt<sup>1</sup>, Đoàn Thuỳ Nguyên<sup>1</sup>,  
 Hồ Lê Minh Quốc<sup>1</sup>, Nguyễn Viết Hải<sup>1</sup>, Nguyễn Vũ Tuấn Anh<sup>1,2</sup>,  
 Nguyễn Hoàng Bắc<sup>1,2</sup>, Võ Duy Long<sup>1,2</sup>

### TÓM TẮT

**Đặt vấn đề:** Phục hồi lưu thông (PHLT) sau phẫu thuật cắt phần xa dạ dày (CPXDD) vẫn còn nhiều tranh cãi. Nghiên cứu hồi cứu này được thực hiện để đánh giá hiệu quả về mặt chức năng của 5 phương pháp PHLT sau phẫu thuật CPXDD. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu hồi cứu trên 426 bệnh nhân ung thư biểu mô tuyến dạ dày được phẫu thuật nội soi (PTNS) CPXDD từ 2017 đến 2020 tại Bệnh viện Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh. Năm phương pháp PHLT bao gồm: Billroth 1 (B-I), Billroth 2 kiểu delta (B-II-ds), Billroth 2 với miệng nối Braun (BII Braun), Billroth 2 khâu treo quai đến (B-II-h) và Roux-en-Y (R-Y). Kết quả ngắn hạn bao gồm các đặc điểm phẫu thuật và tỉ lệ biến chứng. Kết quả lâu dài gồm kết quả nội soi sau 1 năm theo phân loại LA và phân loại RGB. **Kết quả:** PHLT kiểu B-II Braun hoặc R-Y có

thời gian phẫu thuật dài hơn so với các phương pháp nối khác ( $p < 0.001$ ). Không có sự khác biệt về lượng máu mất, thời gian nằm viện, tỉ lệ chuyển mổ mở, tỉ lệ và độ nặng của các biến chứng. PHLT kiểu R-Y duy trì chỉ số albumin máu tốt hơn các phương pháp nối còn lại ( $p < 0.001$ ), không khác biệt về các mật duy trì cân nặng, duy trì nồng độ hemoglobin. Kết quả nội soi sau 1 năm không khác biệt về tỉ lệ viêm thực quản trào ngược, viêm phần còn lại của dạ dày giữa các PHLT. Kiểu B-I tồn dư thức ăn khá cao (độ 1-2: 11.7%, độ 3: 5.9%, độ 4: 2.9%). Kiểu R-Y cho tỉ lệ có dịch mật ở miệng nối ít nhất (4.8%), theo sau là B-II Braun (14.2%) và B-I, B-II-h, B-II-ds. **Kết luận:** PHLT kiểu Roux-en-Y có thời gian phẫu thuật dài hơn, nhưng kết quả thuận lợi về mặt dinh dưỡng và giảm trào ngược dịch mật. PHLT kiểu B-I có tỉ lệ tồn đọng thức ăn cao. PHLT kiểu B-II khâu treo quai đến đơn giản về kĩ thuật, kết quả thuận lợi về chức năng và dinh dưỡng.

**Từ khoá:** Cắt phần xa dạ dày, Billroth 2, Billroth 1, Roux-en-Y

### SUMMARY

**CHOOSING THE METHOD OF RECONSTRUCTION AFTER LAPAROSCOPIC DISTAL GASTRECTOMY: ASSESSMENT OF QUALITY OF LIFE**

<sup>1</sup>Bệnh viện Đại học Y Dược TP.HCM

<sup>2</sup>Đại học Y dược TP. HCM

Chịu trách nhiệm chính: Võ Duy Long

Email: long.vd@umc.edu.vn

Ngày nhận bài: 16.10.2023

Ngày phản biện khoa học: 21.11.2023

Ngày duyệt bài: 25.12.2023