

lượng đạm cung cấp theo như khuyến nghị của ESPEN để hạn chế xảy ra biến chứng do nuôi ăn như rối loạn chuyển hóa trong hội chứng nuôi ăn lại.

4.4. Mối liên quan SGA với biến chứng sau mổ. Với biến chứng dò vết mổ cũng như nhiễm trùng vết mổ, chúng tôi không thấy mối liên quan giữa SGA và các biến số trên. Mặc dù ta thấy rằng những bệnh nhân có biến chứng đều thuộc nhóm suy dinh dưỡng. Nguyên nhân có thể do cỡ mẫu nghiên cứu chúng tôi còn khá nhỏ (N=41). Tuy nhiên, đã có nhiều nghiên cứu chứng minh được mối liên quan này như Nguyễn Thùy An tỷ lệ biến chứng nhóm SGA-C cao gấp 3,5 lần nhóm SGA-A [6]. Vì thế, khi bệnh nhân có vấn đề về dinh dưỡng trước mổ thì cần phải được can thiệp điều trị để hạn chế tối đa bất lợi có liên quan đến suy dinh dưỡng, điều này phù hợp với khuyến cáo của ESPEN [5].

4.5. Mối liên quan SGA với thời gian nằm viện. Sau khi nghiên cứu trên 41 bệnh nhân chúng tôi thấy rằng thời gian nằm viện khác nhau theo từng nhóm dinh dưỡng và phương pháp phẫu thuật và khác biệt này có ý nghĩa thống kê. Nói chung, điều này phù hợp với kết luận của nhiều tác giả như Pirlich (2006), thời gian nằm viện trung bình của 3 nhóm SGA-A, B, C lần lượt là 11, 15 và 17 ngày ($P < 0,001$) [7].

V. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu này, chúng tôi nhận thấy việc đánh giá và phát hiện sớm những trường

hợp suy dinh dưỡng để kịp thời bổ sung dinh dưỡng cho bệnh nhân trước mổ cũng như bổ sung dinh dưỡng sau mổ là cần thiết vì giúp nâng đỡ tổng trạng và hạn chế xảy ra biến chứng cũng như rút ngắn thời gian nằm viện.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Phạm Thanh Thúy, Ngô Mộng Tuyên, Đoàn Trung Phúc và cộng sự.** Khảo sát tình trạng dinh dưỡng bệnh nhân ung thư vùng đầu cổ. Tạp chí Y học Thành phố Hồ Chí Minh. 2010. 14 (4), 776.
- J. Bauer.** Use of the scored Patient- Generated Subjective Global Assessment (PGSGA) as a nutrition assessment tool in patients with cancer. Eur J Clin Nutr. 2002. 56, pp.779-785.
- G. Devoto, Gallo F., Marchello C.** Prealbumin serum concentrations as a useful tool in the assessment of malnutrition in hospitalized patients. Clin Chem. 2006. 52 (12), 2281-2285.
- Lưu Ngân Tâm.** Những vấn đề cơ bản trong dinh dưỡng lâm sàng. Nhà xuất bản y học. 2014. trang 4.
- C. Braunschweig, Gomez S., Sheehan P. M.** Impact of declines in nutritional status on outcomes in adult patients hospitalized for more than 7 days. J Am Diet Assoc. 2000. 100(11), 1316-1322; quiz 1323-1314.
- Nguyễn Thùy An, Lưu Ngân Tâm,** Tình trạng dinh dưỡng trước mổ và biến chứng nhiễm trùng sau phẫu thuật gan mật tụy tại Bệnh viện Chợ Rẫy. Tạp chí Y học Thành phố Hồ Chí Minh. 2011. 15(4), 387.
- M. Pirlich, T. Schutz, K. Norman.** The German hospital malnutrition study. Clin Nutr. 2006. 25(4), pp.563-572.

MỐI TƯƠNG QUAN GIỮA ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VÀ HÌNH THÁI TRÊN PHIM CONEBEAM CT CỦA BỆNH NHÂN CÓ RĂNG KHÔN HÀM DƯỚI GÂY BIẾN CHỨNG

Lưu Văn Tường¹, Bùi Mai Anh^{1,2}, Hoàng Thị Linh¹, Lê Văn San³, Bùi Thế Quang³, Vũ Hồng Phúc³

TÓM TẮT

Mục tiêu: Phân tích mối tương quan giữa đặc điểm lâm sàng và hình thái răng khôn hàm dưới (RKHD) trên Conebeam CT. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Đối tượng nghiên cứu là người

bệnh có RKHD gây biến chứng đến khám và điều trị tại Phòng khám Răng Hàm Mặt, Khoa Răng Hàm Mặt, Trường Đại học Y Dược – Đại học Quốc gia Hà Nội, phù hợp với các tiêu chuẩn lựa chọn và tiêu chuẩn loại trừ. Phương pháp nghiên cứu: là nghiên cứu mô tả cắt ngang, cỡ mẫu là 98 bệnh nhân tương ứng với 98 phim CTGB có đầy đủ hình ảnh của 152 RKHD. **Kết quả:** Răng khôn lệch 80 - 100 độ có khả năng gây sâu mặt xa răng 7 thấp hơn 0,21 lần. Răng khôn có độ nghiêng từ 11-79 độ có khả năng bị sâu thấp hơn 0,42 lần. Răng mọc hoàn toàn có nguy cơ bị sâu răng cao gấp 2,39 lần. Giắt thức ăn làm tăng nguy cơ viêm quanh thân răng khôn lên 12,21 lần, Răng khôn ở vị trí B ít có nguy cơ bị viêm quanh thân răng khôn hơn 0,43 lần. Người bệnh đến khám với lý do đau ít có nguy cơ gây tiêu xương ổ răng hơn 0,17 lần. **Kết**

¹Trường Đại học Y Dược – Đại học Quốc gia Hà Nội

²Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức

³Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Hoàng Thị Linh

Email: linhnana0210@gmail.com

Ngày nhận bài: 8.3.2024

Ngày phản biện khoa học: 15.4.2024

Ngày duyệt bài: 22.5.2024

luận: Trong nghiên cứu của chúng tôi, có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa tương quan trục RKHD so với R7 và biến chứng sâu mặt xa R7 và sâu RKHD. Tình trạng mọc răng khôn cũng có mối liên quan với biến chứng sâu RKHD. Biến chứng viêm quanh thân RKHD và lợi trùm RKHD có mối liên quan với lý do đến khám của bệnh nhân cũng như độ sâu RKHD so với mặt phẳng căn R7.

Từ khóa: răng khôn hàm dưới, biến chứng, CBCT

SUMMARY

CORRELATION BETWEEN CLINICAL AND MORPHOLOGICAL CHARACTERISTICS ON CONEBEAM CT IMAGE OF PATIENTS WITH LOWER WISDOM TEETH CAUSING COMPLICATIONS

Objectives: Analyzing the correlation between clinical characteristics and morphology of mandibular wisdom teeth (MWT) on Conebeam CT. **Subjects and methods:** The study subjects were patients with MWT causing complications who came for examination and treatment at the Dental and Maxillofacial Clinic, Department of Stomatology, University of Medicine and Pharmacy - Hanoi National University, in accordance with the selection criteria. and exclusion criteria. Research method is a cross-sectional descriptive study, sample size is 98 patients corresponding to 98 CBCT films with full images of 152 MWT. **Results:** Wisdom teeth misaligned 80 - 100 degrees are 0.21 times less likely to cause decay on the distal surface of tooth 7. Wisdom teeth with an inclination of 11-79 degrees are 0.42 times less likely to have decay. Fully erupted teeth have a 2.39 times higher risk of tooth decay. Withholding food increases the risk of inflammation around the crown of the wisdom tooth by 12.21 times. Wisdom teeth in position B are 0.43 times less likely to have inflammation around the crown of the wisdom tooth. Patients who come to the doctor for the reason of pain are less likely to have pain. The risk of causing alveolar bone loss is more than 0.17 times. **Conclusion:** In our study, there was a statistically significant relationship between the MWT axis relationship compared to R7 and complications of R7 far facial caries and MWT caries. Wisdom tooth eruption is also associated with complications of MWT. Inflammatory complications around the MWT body and the MWT boss are related to the patient's reason for examination as well as the MWT depth compared to the R7 occlusal plane. **Keywords:** mandibular wisdom teeth, complication, CBCT

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Do sự đa dạng về hình thái, giải phẫu, vị trí, kích thước và liên quan tương đối phức tạp với các tổ chức xung quanh nên việc chẩn đoán, tiên lượng và điều trị răng khôn hàm dưới, đặc biệt là những răng lệch ngậm gập rất nhiều khó khăn. Ngày nay, cùng với sự phát triển của khoa học kỹ thuật, ngoài việc dựa trên thăm khám lâm sàng, các Bác sỹ đã sử dụng chụp phim Xquang để hỗ

trợ trong chẩn đoán và lập kế hoạch điều trị. Các phim XQuang thường dùng như: phim cận chóp, phim panorama, phim CT Cone-Beam. Tuy nhiên, các phim cận chóp và phim toàn cảnh có nhược điểm là độ phân giải hình ảnh thấp hơn, độ biến dạng cao và sự hiện diện của hình ảnh ảo hay chồng bóng các cấu trúc, làm che lấp các cấu trúc quan trọng. Đặc biệt, các phim này chỉ quan sát được 2 hình ảnh 2 chiều nên không đánh giá được mối tương quan giữa răng khôn hàm dưới và các tổ chức xung quanh. Sau này, phim CT - Conebeam ra đời đã khắc phục được những nhược điểm trên, không những đánh giá chính xác vị trí, hình dạng, hướng thân răng, số lượng và hình dáng chân răng mà còn cho phép xác định chính xác các tương quan của răng khôn với các cấu trúc giải phẫu liên quan theo 3 chiều không gian. Ở Việt Nam, vẫn chưa có nhiều nghiên cứu cụ thể mối tương quan giữa lâm sàng và đặc điểm của răng khôn hàm dưới trên CT - Cone Beam. Chính vì vậy, nhằm nâng cao hơn nữa hiệu quả cho chẩn đoán, tiên lượng và điều trị cũng như góp phần vào cơ sở dữ liệu phục vụ giảng dạy và nghiên cứu, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài: "*Đặc điểm lâm sàng và hình thái trên Conebeam CT của người bệnh có răng khôn hàm dưới gây biến chứng*" với mục tiêu: *Phân tích mối tương quan giữa lâm sàng và hình thái răng khôn hàm dưới trên Conebeam CT của nhóm người bệnh trên.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: là người bệnh có (RKHD) gây biến chứng đến khám và điều trị tại Phòng khám Răng Hàm Mặt, Khoa Răng Hàm Mặt, Trường Đại học Y Dược – Đại học Quốc gia Hà Nội, phù hợp với các tiêu chuẩn lựa chọn và tiêu chuẩn loại trừ.

2.2. Phương pháp nghiên cứu: là nghiên cứu mô tả cắt ngang, cỡ mẫu là 98 phim CTCB với hình ảnh và các răng liên quan đầy đủ của 152 RKHD. Việc đánh giá tình trạng RKHD trên phim CTCB được tiến hành qua các bước:

Bước 1: Liên hệ địa điểm nghiên cứu. Chuẩn bị dụng cụ, phiếu khám, bản cam kết tình nguyện tham gia nghiên cứu.

Bước 2: Hỏi bệnh nhằm xác định các thông tin chung của người bệnh như họ tên, tuổi, giới, lý do đến khám.

Bước 3: Khám lâm sàng trên người bệnh. Khai thác các thông tin về đặc điểm lâm sàng của người bệnh và điền vào phiếu khám.

Bước 4: Giải thích cho người bệnh về quyền lợi và nghĩa vụ nếu tham gia nghiên cứu

Bước 5: Người bệnh đi chụp phim CBCT theo đúng chỉ định.

Bước 6: Đọc phim CBCT để thu thập các thông tin nghiên cứu.

Bước 7: Tổng hợp dữ liệu nghiên cứu, sau đó tiến hành xử lý và phân tích số liệu, đưa ra phiên giải và bàn luận theo các mục tiêu nghiên cứu.

Nhập liệu và xử lý số liệu theo mục tiêu nghiên cứu sử dụng phần mềm thống kê SPSS 20.0, từ đó phân tích, bàn luận và đưa ra kết luận.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Môi trường quan giữa sâu mặt xa răng 7 và một số đặc điểm hình thái

Bảng 1. Biến chứng sâu mặt xa R7 và một số yếu tố liên quan

Đặc điểm		Biến chứng sâu mặt xa R7		OR (95%CI)	P
		Không	Có		
Khoảng rộng xương	Loại I	55	40	1	0,321
	Loại II	37	19	0,71 (0,36-1,40)	
	Loại III	1	0	-	
Trục RKHD so với R7	Loại 1	28	25	1	0,193
	Loại 2	47	26	0,62 (0,30-1,27)	
	Loại 3	16	3	0,21 (0,55-0,81)	
	Loại 4	2	4	2,24 (0,38-13,3)	
	Loại 5	0	1	-	
	Loại 6	0	0	-	
Tương quan giữa các RKHD	Chụm	57	42	1	0,214
	Phân kỳ	36	17	0,64 (0,32-1,29)	

Răng khôn lệch 80 - 100 độ có khả năng gây sâu mặt xa răng 7 thấp hơn 0,21 lần (95%CI 0,55-0,81). Mỗi liên quan này là có ý nghĩa thống kê với p = 0,023 < 0,05.

3.2. Môi trường quan giữa sâu răng khôn hàm dưới và một số đặc điểm hình thái

Bảng 2. Biến chứng sâu RKHD và một số yếu tố liên quan

Đặc điểm		Sâu RKHD		OR (95%CI)	P
		Không	Có		
Tình trạng mọc của răng khôn	Chưa mọc	3	0	-	0,021*
	Mọc 1 phần	67	16	1	
	Mọc hoàn toàn	42	24	2,39 (1,14-5,02)	
Trục RKHD	Loại 1	34	19	1	0,038*
	Loại 2	59	14	0,42	

so với R7				(0,19-0,95)	
	Loại 3	16	3	0,34 (0,09-1,30)	0,114
	Loại 4	3	3	1,79 (0,33-9,76)	0,501
	Loại 5	0	1	-	-
	Loại 6	0	0	-	-

Răng khôn có độ nghiêng từ 11-79 độ có khả năng bị sâu thấp hơn 0,42 lần (95%CI 0,19-0,95). Mỗi tương quan này là có ý nghĩa thống kê với p = 0,038 < 0,05.

Tình trạng mọc răng khôn cũng có liên quan với biến chứng RKHD: răng khôn hàm dưới mọc hoàn toàn có nguy cơ bị sâu răng cao gấp 2,39 lần. Mỗi tương quan có ý nghĩa thống kê với p = 0,021 < 0,05.

3.3. Môi trường quan giữa viêm quanh thân R8 và một số đặc điểm hình thái

Bảng 3. Biến chứng viêm quanh thân R8 và một số yếu tố liên quan

Đặc điểm		Viêm quanh thân R8		OR (95%CI)	P
		Không	Có		
Lý do đến khám	Sưng	16	19	1	0,389
	Đau	34	28	0,69 (0,30-1,59)	
	Giắt thức ăn	2	29	12,21 (2,52-59,26)	
	Hôi miệng	8	7	0,74 (0,22-2,48)	
	Hạn chế há miệng	4	3	0,63 (0,13-3,25)	
	Khác	0	2	-	
	-	-	-	-	
Độ sâu RKHD	Vị trí A1	15	36	1	0,167
	Vị trí A2	11	13	0,49 (0,18-1,34)	
	Vị trí B	37	38	0,43 (0,20-0,91)	
	Vị trí C	1	1	0,42 (0,02-7,11)	

Giắt thức ăn làm tăng nguy cơ viêm quanh thân răng khôn lên 12,21 lần (p=0,002<0,05); Răng khôn ở vị trí B ít có nguy cơ bị viêm quanh thân răng khôn hơn 0,43 lần (p=0,027<0,05).

Chưa tìm thấy mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa tình trạng mọc răng khôn, độ sâu răng khôn hàm dưới, khoảng rộng xương, trục RKHD so với R7, chân RKHD so với ống thần kinh răng dưới, số lượng chân RKHD, tương quan giữa các RKHD với biến chứng viêm quanh thân R8.

3.4. Môi trường quan giữa lợi trùm R8 và một số đặc điểm hình thái

Bảng 4. Biến chứng lợi trùm R8 và một số yếu tố liên quan

Đặc điểm	Lợi trùm R8		OR (95%CI)	p	
	Không	Có			
Lý do đến khám	Sung	30	5	1	
	Đau	43	19	2,65 (0,89-7,88)	0,080
	Giặt thức ăn	19	12	3,79 (1,15-12,47)	0,028*
	Hôi miệng	12	3	1,5 (0,31-7,28)	0,615
	Hạn chế há miệng	7	0	-	-
	Khác	2	0	-	-
Độ sâu RKHD	Vị trí A1	42	9	1	
	Vị trí A2	20	4	0,93 (0,26-3,40)	0,917
	Vị trí B	49	26	2,48 (1,04-5,87)	0,039*
	Vị trí C	2	0	-	

Giặt thức ăn xuất hiện ở người bệnh có lợi trùm cao gấp 3,79 lần (95%CI 1,15-12,47); mỗi liên quan có ý nghĩa thống kê với $p = 0,028 < 0,05$. Đánh giá về mối tương quan giữa độ sâu RKHD so với răng 7, Răng khôn vị trí B làm tăng tỷ lệ răng khôn có lợi trùm R8 lên 2,48 lần (95%CI: 1,04-5,87); mỗi liên quan có ý nghĩa thống kê với $p = 0,039 < 0,05$.

Chưa tìm thấy mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa tình trạng mọc của răng khôn, khoảng rộng xương, trục RKHD so với R7, chân RKHD so với ống thần kinh răng dưới, tương quan giữa các RKHD với biến chứng lợi trùm R8.

3.5. Mối tương quan giữa tiêu xương ổ răng và một số đặc điểm hình thái

Bảng 5. Biến chứng tiêu xương ổ răng và một số yếu tố liên quan

Đặc điểm	Tiêu xương ổ răng		OR (95%CI)	p	
	Không	Có			
Lý do đến khám	Sung	27	8	1	
	Đau	59	3	0,17 (0,04-0,70)	0,014*
	Giặt thức ăn	28	3	0,36 (0,09-1,51)	0,163
	Hôi miệng	15	0	-	-
	Hạn chế há miệng	7	0	-	-
	Khác	2	0	-	-

Người bệnh đến khám với lý do đau ít có nguy cơ gây tiêu xương ổ răng hơn 0,17 lần (95%CI 0,04-0,70) so với đến khám do sung. Mối tương quan là có ý nghĩa thống kê với $p = 0,014 < 0,05$.

Chưa tìm thấy mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa tiêu xương ổ răng với một số hình thái

khác của răng khôn hàm dưới trên phim CBCT.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Mối tương quan giữa biến chứng sâu mặt xa R7 và một số yếu tố liên quan.

Trong nhóm bệnh nhân tham gia nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ xuất hiện biến chứng sâu mặt xa R7 kế cận ở những răng mọc hoàn toàn cao gấp 1,74 lần ở những răng mọc 1 phần, trong khi xét về độ sâu so với mặt phẳng căn R7, vị trí A2 cao gấp 2,38 lần so với vị trí A1 và cao hơn hẳn so với vị trí B, nghiên cứu của Danna Li [2] cũng cho ra kết quả tương tự. Ở cả 2 nghiên cứu đều cho thấy tỷ lệ mắc sâu mặt xa R7 cao nhất ở những răng mọc hoàn toàn. Điều này tạo thuận lợi cho vi khuẩn phát triển, từ đó gây ra sâu răng.

Về tương quan giữa trục RKHD so với R7 và tỷ lệ sâu răng, trục răng loại 3 (nằm ngang) ghi nhận tỷ lệ mắc sâu mặt xa R7 thấp hơn hẳn các tư thế khác. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê khi $p=0,023 < 0,05$. Tỷ lệ tương tự cũng xuất hiện ở nghiên cứu của Yanna Chen.[5]

4.2. Mối tương quan giữa biến chứng sâu RKHD và một số yếu tố liên quan.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ RKHD bị sâu khi mọc hoàn toàn cao gấp 2,39 lần so với những răng chỉ mọc 1 phần, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p=0,021 < 0,05$. Trong đó, những răng mọc kẹt (ở độ sâu A2) có tỷ lệ mắc cao gấp 1,89 lần so với những răng không bị kẹt (độ sâu A1). Nghiên cứu của Haddad[1] cũng cho ra kết quả rằng sâu nhiều nhất ở vị trí A. Việc răng mọc hoàn toàn và vị trí A2 gây sâu RKHD cao nhất có thể lý giải với lý do tương tự như ở tương quan của biến chứng sâu mặt xa R7 – vị trí dễ giặt thức ăn và khó vệ sinh tạo thuận lợi cho vi khuẩn phát triển.

Về tương quan giữa trục RKHD so với R7 và ảnh hưởng đến tỷ lệ sâu RKHD, trục RKHD nghiêng gần (loại 2) ghi nhận tỷ lệ chỉ bằng 0,42 so với trục thẳng (loại 1) trong khi trục nghiêng xa (loại 4) có tỷ lệ sâu RKHD cao nhất (gần 1,79 lần loại 1). Kết quả này khác với nghiên cứu của Haddad.[1] Sự khác biệt này có thể do sự khác biệt về cỡ mẫu và tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân.

4.3. Mối tương quan giữa biến chứng viêm quanh thân R8 và một số yếu tố liên quan.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, số bệnh nhân mắc viêm quanh thân RKHD đến khám do giặt thức ăn gấp 12,21 lần so với bệnh nhân đến khám do sung (95%CI 2,52-59,26). Đây cũng là tỷ lệ cao nhất khi so sánh với các lý do đến khám khác. Điều này có thể giải thích do việc giặt thức ăn là tiền đề cho sự phát triển của vi khuẩn, để

dẫn đến các biến chứng sau này. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p=0,002<0,05$.

Về tương quan giữa biến chứng "viêm quanh thân RKHD" so với đặc điểm "độ sâu RKHD so với mặt phẳng căn R7", vị trí B có tỷ lệ mắc chỉ bằng 0,42 lần so với vị trí A1 (95% CI 0,02-0,91). Nghiên cứu của Haddad cũng cho ra tỷ lệ mắc ở vị trí B bằng 0,21 lần. Khi xem xét kỹ các yếu tố khác biệt giữa 2 nghiên cứu, chúng tôi nhận thấy sự khác biệt về cỡ mẫu cùng tiêu chuẩn loại trừ là các yếu tố tạo nên sự khác biệt về kết quả.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, răng mọc hoàn toàn có tỷ lệ mắc viêm quanh thân RKHD chỉ bằng 0,53 so với răng mọc 1 phần. Tuy nhiên sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê khi $p>0,05$. Độ sâu A1 và trục RKHD nghiêng xa (loại 4) là những trường hợp có tỷ lệ mắc viêm quanh thân RKHD cao nhất với lần lượt gấp 1 và 2,36 lần vị trí được đem ra so sánh. Kết quả này có sự khác biệt khi so với nghiên cứu của Bùi Thanh Ngoan.[3] Xem xét các yếu tố giữa 2 nghiên cứu, cỡ mẫu khác biệt (nghiên cứu của Bùi Thanh Ngoan chỉ lấy trên 58 RKHD so với 152 RKHD trong nghiên cứu của chúng tôi) và tiêu chuẩn lựa chọn là các yếu tố tạo nên sự khác biệt này.

Trong 152 RKHD được nghiên cứu, số răng mọc hoàn toàn mắc viêm quanh thân RKHD có tỷ lệ cao nhất (gấp 8,15 lần so với răng chưa mọc). Tuy nhiên sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê với $p=0,097>0,05$.

4.4. Môi tương quan giữa biến chứng lợi trùm R8 và một số yếu tố liên quan. Đối với biến chứng lợi trùm RKHD, bệnh nhân mắc lợi trùm đến khám do giắt thức ăn cao gấp 3,79 lần so với bệnh nhân đến khám do sưng (95%CI – 1,15-12,47). Điều này có thể giải thích do việc giắt thức ăn tạo thuận lợi cho vi khuẩn phát triển, gây ảnh hưởng đến tỷ lệ mắc biến chứng. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p = 0,028 < 0,05$.

Đối với biến chứng lợi trùm RKHD, những răng mọc hoàn toàn có tỷ lệ mắc lợi trùm chỉ bằng 0,59 (95%CI 0,05-6,94) lần so với răng mọc 1 phần. Vị trí B cũng ghi nhận tỷ lệ mắc gấp 2,48 lần so với vị trí A1 (95%CI 1,04-5,87). Kết quả này có sự khác biệt so với nghiên cứu của Mai Thị Giang Thanh.[4] Sự khác biệt có thể đến từ tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân và cỡ mẫu của mỗi nghiên cứu. Nghiên cứu của Mai Thị Giang Thanh chỉ dự tính cắt lợi trùm trên 30 bệnh nhân và chỉ lấy trên những RKHD mọc thẳng và có lợi trùm.

4.5. Môi tương quan giữa biến chứng tiêu xương ổ răng và một số yếu tố liên quan. Tỷ lệ bệnh nhân đau khi đến khám đối với

biến chứng tiêu xương ổ răng chỉ bằng 0,17 (95%CI 0,04-0,70) so với bệnh nhân đến khám vì sưng. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p<0,05$. Ở những răng bị tiêu xương ổ răng, răng mọc hoàn toàn có tỷ lệ mắc gấp 1,77 lần (95%CI 0,58-5,38) so với răng mọc 1 phần, vị trí A1 và A2 cũng ghi nhận tỷ lệ mắc cao hơn so với các vị trí B và C. Các kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Haddad.[1]

V. KẾT LUẬN

- Răng khôn lệch 80 - 100 độ có khả năng gây sâu mặt xa răng 7 thấp hơn 0,21 lần.

- Răng khôn có độ nghiêng từ 11-79 độ có khả năng bị sâu thấp hơn 0,42 lần. Răng mọc hoàn toàn có nguy cơ bị sâu răng cao gấp 2,39 lần.

- Giắt thức ăn làm tăng nguy cơ viêm quanh thân răng khôn lên 12,21 lần, Răng khôn ở vị trí B ít có nguy cơ bị viêm quanh thân răng khôn hơn 0,43 lần.

- Người bệnh đến khám với lý do đau ít có nguy cơ gây tiêu xương ổ răng hơn 0,17 lần.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Z. Haddad, M. Khorasani, M. Bakhshi, M. Tofangchiha, và Z. Shalli**, "Radiographic Position of Impacted Mandibular Third Molars and Their Association with Pathological Conditions", *Int. J. Dent.*, vol 2021, tr 1–11, tháng 3 2021, doi: 10.1155/2021/8841297.
- D. Li, Y. Tao, M. Cui, W. Zhang, X. Zhang, và X. Hu**, "External root resorption in maxillary and mandibular second molars associated with impacted third molars: a cone-beam computed tomographic study", *Clin. Oral Investig.*, vol 23, số p.h 12, tr 4195–4203, tháng 12 2019, doi: 10.1007/s00784-019-02859-3.
- Bùi Thanh Ngoan**, "Nhận xét về mối tương quan giữa hình thái mọc và các biến chứng của răng khôn hàm dưới". Truy cập: 15 Tháng Hai 2024. [Online]. Available at: <https://thuvien.hmu.edu.vn/pages/cms/FullBookReader.aspx?Url=/pages/cms/TempDir/books/202012140933-9dd4be7c-4e64-4fa7-a453-7d756a4ce262//FullPreview&TotalPage=70&ext=jpg#page/44/mode/2up>
- "Khảo sát tỷ lệ và đặc điểm lâm sàng x-quang của răng khôn hàm dưới có lợi trùm, đánh giá kết quả xử trí tại Bệnh viện Bạch Mai"**. Truy cập: 15 Tháng Hai 2024. [Online]. Available at: <https://thuvien.hmu.edu.vn/pages/cms/FullBookReader.aspx?Url=/pages/cms/TempDir/books/201808131028-ca6d12bc-1476-4d27-a2a7-bf3808d3336a//FullPreview&TotalPage=66&ext=jpg#page/44/mode/2up>
- Y. Chen và c.s.**, "Three-dimensional position of mandibular third molars and its association with distal caries in mandibular second molars: a cone beam computed tomographic study", *Clin. Oral Investig.*, vol 24, số p.h 9, tr 3265–3273, tháng 9 2020, doi: 10.1007/s00784-020-03203-w.

KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ NGOẠI KHOA ÁP XE CỔ LAN TRUNG THẤT TẠI BỆNH VIỆN CHỢ RẪY

Lâm Xuân Nhật^{1,2}, Nguyễn Ngọc Trung³, Vũ Hữu Vĩnh²

TÓM TẮT

Mục tiêu: đánh giá kết quả phẫu thuật điều trị áp xe cổ lan trung thất tại bệnh viện Chợ Rẫy. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** nghiên cứu mô tả hàng loạt ca bệnh áp xe cổ lan trung thất được điều trị bằng phẫu thuật từ tháng 1/2018 đến tháng 12/2023. **Kết quả:** 92 bệnh nhân, tuổi trung bình $51,6 \pm 13,8$ tuổi; nam giới chiếm 66,3%; có 76,1% bệnh nhân không rõ nguyên nhân. Tất cả bệnh nhân (100%) có tụ dịch, khí vùng cổ, trung thất. Có 69 bệnh nhân (75,0%) chỉ cần phẫu thuật mở cổ; thời gian chăm sóc vết mổ trung bình 10 ngày; thời gian nằm viện trung bình 11 ngày. Có 15 bệnh nhân (16,3%) tử vong sớm. Biến chứng hay gặp nhất là viêm phổi và nhiễm khuẩn huyết với tỷ lệ lần lượt 6,5% và 5,4%. **Kết luận:** Áp xe cổ lan trung thất là bệnh lý nặng, điều trị còn nhiều thách thức với tỷ lệ biến chứng và tử vong ngắn hạn cao.

Từ khóa: áp xe cổ, áp xe trung thất.

SUMMARY

RESULTS OF SURGICAL TREATMENT OF DESCENDING NECROTIZING MEDIASTITIS AT CHO RAY HOSPITAL

Objective: evaluate the results of surgery to treat descending necrotizing mediastinitis at Cho Ray hospital. **Subjects and methods:** The study describes case series of descending necrotizing mediastinitis treated with surgery from January 2018 to December 2023. **Results:** 92 patients, mean of age was 51.6 ± 13.8 years; men account for 66.3%; There were 76.1% of patients have unknown cause. All patients (100%) had fluid collections and air in the neck and mediastinum. There were 69 patients (75.0%) who only needed open neck surgery; mean of incision care time was 10 days; mean of hospital stay was 11 days. There were 15 patients (16.3%) who died early. The most common complications were pneumonia and sepsis with rates of 6.5% and 5.4%, respectively. **Conclusion:** descending necrotizing mediastinitis is a serious disease, treatment is still challenging with high short-term complication and mortality rates.

Keywords: neck abscess, mediastinal abscess.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

¹Học viện Quân y

²Bệnh viện Chợ Rẫy

³Bệnh viện Quân y 103, Học viện Quân y

Chịu trách nhiệm chính: Lâm Xuân Nhật

Email: nhatlammd@gmail.com

Ngày nhận bài: 7.3.2024

Ngày phản biện khoa học: 17.4.2024

Ngày duyệt bài: 22.5.2024

Áp xe vùng trung thất là một bệnh lý nhiễm trùng nặng, cơ chế bệnh sinh phức tạp và tỷ lệ tử vong rất cao. Các đặc điểm lâm sàng của nhiễm trùng trung thất rất đa dạng, tùy nhóm nguyên nhân và nguồn gốc của ổ nhiễm trùng. Bên cạnh điều trị nội khoa, điều trị ngoại khoa vẫn là phương pháp chính nhằm giải quyết tình trạng nhiễm trùng của bệnh nhân. Tuy vậy, tỷ lệ tử vong của áp xe cổ lan trung thất lên đến 31% mặc dù đã được phẫu thuật sớm [1]. Xuất phát từ vấn đề đó, chúng tôi nghiên cứu đề tài này nhằm đánh giá kết quả phẫu thuật điều trị áp xe cổ lan trung thất tại bệnh viện Chợ Rẫy.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu. Gồm 92 BN áp xe cổ lan xuống trung thất được điều trị tại Khoa Ngoại lồng Ngực và Khoa Tai Mũi Họng, Bệnh viện Chợ Rẫy từ tháng 1/2018 đến tháng 12/2023.

Tiêu chuẩn lựa chọn

- Bệnh nhân được chẩn đoán áp xe cổ lan trung thất
- Bệnh nhân được phẫu thuật điều trị áp xe cổ lan trung thất

- Bệnh nhân đồng ý tham gia nghiên cứu

- Bệnh nhân có đủ hồ sơ, bệnh án

Tiêu chuẩn loại trừ

- Bệnh nhân không được phẫu thuật tại Bệnh viện Chợ Rẫy

- Bệnh nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu

- Bệnh nhân không đủ hồ sơ, bệnh án

Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: nghiên cứu mô tả hàng loạt ca bệnh, không có nhóm chứng.

BN áp xe cổ lan trung thất được nhập viện, khám lâm sàng, chụp CLVT, chẩn đoán xác định, chỉ định phẫu thuật theo hướng dẫn quy trình chẩn đoán và điều trị bệnh lồng ngực của Bệnh viện Chợ Rẫy.

BN được phẫu thuật đường cổ và/hoặc đường ngực, sau mổ tưới rửa bằng dung dịch nước muối sinh lý NaCl 0,9% pha kháng sinh.

Các chỉ tiêu nghiên cứu: tuổi, giới, vùng địa lý, đặc điểm lâm sàng, đặc điểm CLVT, phương pháp mổ, các biến chứng sau mổ. Kết quả đánh giá đến thời điểm ra viện.

Đạo đức trong nghiên cứu. Nghiên cứu được Hội đồng Đạo đức trong nghiên cứu y sinh học của Bệnh viện Chợ Rẫy thông qua (Giấy