

8. **Mohammad Kamrujjaman, Sajid Hasan** (2015), "Clinicopathological Evaluation of Odontogenic Jaw Cysts", *Updat Dent. Coll. J*, 5(2), pp.30-39.

9. **Saima Akram, Naghma** (2013), "Prevalence of Odontogenic Cyst and Tumors in

Karachi, Pakistan", *J Dow Uni Health Sci*, 7(1), pp.20-24.

10. **Varinauskas Vaidas, Gervickas A.** (2006), "Analysis of odontogenic cysts of the jaws", *Kaunas University of Medicine*, 42(5), pp.201-207.

## **ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ RĂNG CỎI LỚN THỨ NHẤT HÀM DƯỚI TỔN THƯƠNG BẰNG PHƯƠNG PHÁP CHIA ĐÔI RĂNG TẠI KHOA RĂNG HÀM MẶT, TRƯỜNG ĐẠI HỌC Y DƯỢC CẦN THƠ, NĂM 2018-2020**

**BÙI THỊ THANH THANH,  
TRƯƠNG NHỰT KHUÊ**  
*Trường Đại học Y Dược Cần Thơ*

### **TÓM TẮT**

*Đặt vấn đề: Phẫu thuật chia đôi răng là một lựa chọn điều trị tốt cho việc kéo dài tuổi thọ của răng cối lớn thứ nhất hàm dưới bị sang thương vùng chổ hoặc bệnh lý.*

*Mục tiêu: Đánh giá kết quả phẫu thuật chia đôi răng ở bệnh nhân tổn thương răng cối lớn thứ nhất hàm dưới tổn thương tại Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Cần Thơ năm 2018 - 2020.*

*Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu can thiệp lâm sàng trên 42 bệnh nhân có răng cối lớn lớn thứ nhất hàm dưới tổn thương được điều trị bằng phương pháp chia đôi răng.*

*Kết quả: trong 42 bệnh nhân được điều trị bằng phương pháp chia đôi răng và theo dõi kết quả sau 6 tháng. Chỉ số nướu GI: độ 0 (83,3%), độ 1 (16,7%). Độ lung lay răng: độ 0 (88,1%) và độ 1(11,9%). Độ sâu túi trung bình: từ 3,871 ± 0,694mm giảm còn 3,293±0,386mm.*

*Tình trạng xương nâng đỡ chân răng: có 90,5% loại tốt và 9,5% loại khá.*

*Kết luận: Tỷ lệ thành công cao có thể đạt được khi điều trị bằng phương pháp chia đôi răng. Đây là lựa chọn điều trị cần được cân nhắc trước khi nhổ răng và thay thế bằng cấy ghép nha khoa.*

*Từ khóa: răng cối lớn thứ nhất hàm dưới, chia đôi răng.*

### **SUMMARY**

**EVALUATION THE RESULT OF HEMISECTION IN DAMAGE MANDIBULAR FIRST MOLAR AT CAN THO UNIVERSITY OF MEDICINE AND PHARMACY HOSPITAL.**

*Background: Hemisection is a well treatment option for extending the life span of furcated or diseased mandibular first molars.*

*Objective: To evaluation the result of hemisection in damage mandibular first molar by investigate the clinical features, radiographic images at Can Tho University of medicine and Pharmacy Hospital.*

*Materials and methods: Clinical interventions on 42 patient were treatmented by hemisection in damage mandibular first molar.*

*Results: 42 patients were treated by hemisection and the results were noticed in our research after 6 month. Gingival index: degree 0 (83.3%), degree 1 (16.7%). Tooth mobility:*

---

*Chịu trách nhiệm: Bùi Thị Thanh Thanh  
Email: btthanhthanh301292@gmail.com  
Ngày nhận: 21/7/2020  
Ngày phản biện: 24/8/2020  
Ngày duyệt bài: 16/9/2020*

degree 0 (88.1%), degree 1 (11.9%). Average indices probing pocket depth: the reduction of pockets around the teeth from  $3.871 \pm 0.694$  mm to  $3.293 \pm 0.386$  mm. Remaining bone level: Good (90.5%), pretty (9.5%).

**Conclusion:** High survival rates can be obtained with hemisection. This treatment option should always be considered before every extraction and implant placement.

**Keywords:** mandibular first molar, hemisection.

## ĐẶT VẤN ĐỀ

Răng cối lớn thứ nhất hàm dưới có vai trò quan trọng trong việc nhai nghiền thức ăn, tỉ lệ sâu mất trám cao nhất [1]. Phương pháp chia đôi răng đã được sử dụng trên thế giới trong gần 100 năm qua, là một thủ thuật chia đôi răng cối lớn thứ nhất hàm dưới thành hai phần để loại bỏ sang thương vùng chên hoặc chân răng bệnh lý giúp bảo tồn được chân răng lành mạnh. Chân răng giữ lại sau khi đã điều trị nội nha sẽ được phục hồi để đem lại chức năng ăn nhai và thẩm mỹ cho bệnh nhân [5]. Ngày nay, nhổ răng và thay thế bằng một cấy ghép nha khoa là lựa chọn phổ biến, dù có rất nhiều hứa hẹn nhưng vẫn là một thủ thuật xâm lấn, cần chi phí và kỹ thuật cao. Đánh giá gần đây của Hội Đồng thuận châu Âu cho thấy tỉ lệ viêm quanh cấy ghép là 19% đến 65%. Trên thế giới có nhiều nghiên cứu cho thấy điều trị bằng phương pháp chia đôi răng có tỉ lệ thành công cao [9]. Tuy nhiên, ở Việt Nam có rất ít nghiên cứu về phương pháp điều trị này. Từ thực tế trên, chúng tôi tiến hành nghiên cứu nhằm mục đích: Đánh giá kết quả điều trị răng cối lớn thứ nhất hàm dưới tổn thương bằng phương pháp chia đôi răng.

## ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

### 1. Đối tượng nghiên cứu

Bệnh nhân có răng cối lớn hàm dưới tổn thương được chỉ định điều trị bằng phương pháp chia đôi răng đến khám và điều trị tại Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Cần Thơ.

Tiêu chuẩn chọn mẫu: Bệnh nhân có răng cối lớn thứ nhất hàm dưới: Có sang thương vùng chên độ II, III theo chiều ngang của Linde (1983) [5]. Có một CR không thể điều trị bảo tồn: điều trị nội nha thất bại đang gây biến chứng viêm nhiễm; CR bị gãy, thủng không bảo tồn được.

Tiêu chuẩn loại trừ: Răng lung lay độ III theo Miller [2]. Bệnh nhân mắc các bệnh toàn thân. Bệnh nhân không tham gia đầy đủ quá trình nghiên cứu.

Địa điểm và thời gian nghiên cứu: Nghiên cứu được tiến hành tại Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Cần Thơ, từ tháng 06/2018 đến tháng 06/2020.

### 2. Phương pháp nghiên cứu

**Thiết kế nghiên cứu:** Nghiên cứu can thiệp lâm sàng.

**Cỡ mẫu:** n=42 với p=0,948 [8], d=0,07.

**Phương pháp chọn mẫu:** Chọn mẫu thuận tiện.

**Nội dung nghiên cứu:** Các răng cối lớn thứ nhất hàm dưới có chỉ định chia đôi răng được điều trị nội nha chân răng giữ lại, sau đó tiến hành phẫu thuật chia đôi răng. Đánh giá kết tình trạng chân răng được giữ lại sau 3 tháng và 6 tháng điều trị.

Đặc điểm chung của mẫu nghiên cứu: giới tính, tuổi bệnh nhân.

Tiêu chuẩn đánh giá trên lâm sàng: Đánh giá độ lung lay răng theo Millar [2]. Đánh giá chỉ số nước bọt GI theo Silness và Loe (1964) [2], [6]. Độ sâu túi nha chu.

Tiêu chuẩn đánh giá trên X quang: phim quanh chóp (kỹ thuật chụp song song)

Bảng 2. Tình trạng xương nâng đỡ trên phim X quang theo Edward S. Cohen [5]:

Loại	Tốt	Khá	Kém
Độ bao phủ	>2/3 chiều cao CR	1/2-3/2 chiều cao CR	1/3-1/2 chiều cao CR

Phương pháp xử lý số liệu: Số liệu được xử lý bằng chương trình SPSS 20.0

## KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

### 1. Đánh giá trên lâm sàng

Bảng 1. Sự thay đổi của chỉ số GI sau điều trị

Thời gian Chỉ số GI	Trước điều trị	Sau 3 tháng	Sau 6 tháng
	n(%)	n(%)	n(%)
Độ 0	0(0)	0(0)	35(83,3)
Độ 1	24(57,1)	35(83,3)	7(16,7)
Độ 2	14(33,3)	5(11,9)	0(0)
Độ 3	4(9,5)	0(0)	0(0)
Tổng	42(100)	42(100)	42(100)

Sau 3 tháng, không còn bệnh nhân có chỉ số GI độ 3. Sau 6 tháng, tỉ lệ bệnh nhân có chỉ số GI độ 0 chiếm tỉ lệ cao nhất (83,3%), không còn bệnh nhân có chỉ số GI độ 2 và độ 3. Kiểm định Fisher exact cho thấy sự thay đổi có ý nghĩa thống kê (p<0,05).

Bảng 2. Sự thay đổi của độ lung lay răng sau điều trị

Thời gian	Trước điều trị	Sau 3 tháng	Sau 6 tháng
Độ lung lay	n(%)	n(%)	n(%)
Độ 0	19(45,2)	23(54,8)	37(88,1)
Độ 1	22(52,4)	18(42,9)	5(11,9)
Độ 2	1(2,4)	1(2,4)	0(0)
Tổng	42(100)	42(100)	42(100)

Mức độ lung lay răng giảm rõ ở giai đoạn sau 6 tháng, không còn răng lung lay độ 2 và tỉ lệ răng lung lay độ 0 tăng từ 45,2% đến 88,1%. Kiểm định Fisher exact cho thấy sự thay đổi có ý nghĩa thống kê ( $p < 0,05$ ).

Bảng 3. Sự thay đổi độ sâu túi sau điều trị

Thời điểm	Độ sâu túi (mm)	p
Trước điều trị	3,871±0,694	
Sau 3 tháng	3,450±0,468	<0,05
Sau 6 tháng	3,293±0,3860	<0,05

Sự thay đổi độ sâu túi nha chu có xu hướng giảm dần qua các giai đoạn điều trị. Kiểm định Pair sample T-test, sự thay đổi này có ý nghĩa thống kê ( $p < 0,05$ ).

Bảng 4. Tình trạng xương nâng đỡ qua các giai đoạn

Thời gian	Trước điều trị n (%)	Sau 3 tháng n (%)	Sau 6 tháng n (%)
Tốt	33 (78,6)	33 (78,2)	38(90,5)
Trung bình	9(21,4)	9(21,4)	4(9,5)
Tổng	42(100)	42(100)	42(100)

Sau 6 tháng, tỉ lệ bệnh nhân có xương nâng đỡ chân răng loại tốt tăng lên so với ban đầu từ 78,6% lên 90,5%. Kiểm định Fisher's exact sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ( $p < 0,05$ ).

## BÀN LUẬN

### 1. Đặc điểm chung của mẫu nghiên cứu

Mẫu nghiên cứu gồm có 42 bệnh nhân tuổi từ 16 đến 47 chia thành 2 nhóm là dưới 25 tuổi có tỉ lệ cao (73,8%) và từ 25 tuổi trở lên. Tỉ lệ này phù hợp với nghiên cứu của Lý Anh Thư (2019) [4], tác giả ghi nhận độ tuổi từ 16 đến 25 chiếm tỉ lệ khá cao 63,5%, nhóm tuổi trên 25 chiếm tỉ lệ 36,1%, có thể do đều cùng một địa điểm nghiên cứu là Trường Đại học Y Dược Cần Thơ đối tượng chủ yếu là sinh viên. Có 25 bệnh nhân là nam nhiều hơn chiếm 59,5% và 17 bệnh nhân là nữ chiếm 40,5%. Tương tự với

nghiên cứu của Lee KL. với tỉ lệ nam là 58,4%, nữ là 41,6% [6].

### 2. Đánh giá trên lâm sàng

#### Sự thay đổi của chỉ số GI sau điều trị

Theo bảng 1, sau điều trị 3 tháng chỉ số GI tương đối giảm với độ 1, 2 có tỉ lệ là 83,3%, 11,9%, chưa có bệnh nhân nào nướu trở về trạng thái bình thường. Sau điều trị 6 tháng, có 83,3% bệnh nhân tình trạng nướu cải thiện rõ rệt và ở trạng thái bình thường, còn 16,7% bệnh nhân còn viêm nướu nhẹ với chỉ số GI độ 1.

#### Sự thay đổi của độ lung lay sau điều trị

Theo kết quả của bảng 2, sau điều trị 3 tháng độ lung lay có sự thay đổi nhưng không đáng kể ( $p > 0,05$ ), sau 6 tháng mức độ lung lay răng đã giảm rõ rệt với 88,1% răng lung lay độ 0 ( $p > 0,05$ ). So với kết quả của Đặng Minh Huy (2013) [5] tỉ lệ răng lung lay độ 0, I, II lần lượt là 45%, 40%, 15%, theo kết quả của Lee KL. (2012) [6] tỉ lệ răng lung lay độ 0, I, II lần lượt là 66,7%, 25%, 8,3%.

#### Sự thay đổi của độ sâu túi sau điều trị

Bảng 3 cho thấy độ sâu túi có xu hướng giảm dần qua các giai đoạn sau điều trị. Từ 3,871±0,694 lúc đầu đến 3,450±0,468mm sau 3 tháng và 3,293±0,386mm sau 6 tháng. Việc loại bỏ chân răng có độ sâu túi lớn, loại bỏ sang thương vùng chề cũng như làm sạch loại bỏ mảng bám giúp cho độ sâu túi trung bình giảm theo và ngừng sự tiến triển của độ sâu túi góp phần cải thiện tình trạng túi nha chu.

### 2. Đánh giá trên X quang

Theo kết quả bảng 3.4 trước điều trị, chân răng được giữ lại có xương nâng đỡ theo có hai loại tốt và trung bình với tỉ lệ lần lượt là 78,6% và 21,4%. Sau 3 tháng, kết quả trên không thay đổi. Sau 6 tháng, tỉ lệ bệnh nhân có chân răng được giữ lại có xương nâng đỡ loại tốt tăng lên rõ rệt là 90,5%, còn lại là bệnh nhân có chân răng được giữ lại có xương nâng đỡ chân răng ở mức trung bình chiếm 9,5%. Theo nghiên cứu của Lee KL. (2012) tình trạng xương nâng đỡ chân răng cũng dần cả thiện theo trước điều trị theo 3 loại tốt, trung bình, kém lần lượt là 34,2%, 45,6%, 20,2%. Sự sống sót trung bình của một răng được phục hồi với tình trạng xương nâng đỡ trước điều trị loại kém có thời gian sống sót trung bình là 2,1 năm. Điều này cho thấy, sự cố gắng kéo dài tuổi thọ của một răng có lượng xương nâng đỡ thấp có tiên lượng đáng ngờ, có thể xem nó là liệu pháp điều trị cuối cùng và giải thích cho tỉ lệ thất bại trong nghiên cứu. Có thể kết luận rằng chân răng được giữ lại nên có đủ xương nâng đỡ [6].

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Lê Hoàng Lan Anh (2016), "Đặc điểm giải phẫu của chân răng cối lớn thứ nhất hàm dưới liên quan đến nội nha và phẫu thuật: khảo sát trên CBCT", Luận văn thạc sĩ y học, Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh.

2. Hà Thị Bảo Đan (2012), *Nha chu học*, Nhà xuất bản Y học, Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh, tập 1, tr.60.

3. Đặng Minh Huy (2013), "Bảo tồn răng cối lớn thứ nhất hàm dưới bằng phương pháp chèn đôi răng", Luận văn tốt nghiệp bác sĩ, Trường Đại học Y Dược Huế, tr 30-41.

4. Lý Anh Thư (2019), "Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, X quang, đánh giá kết quả điều trị viêm tủy cấp răng 6,7 hàm dưới tại Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Cần Thơ năm 2017-2019", Luận văn bác sĩ nội trú, Trường Đại học Y Dược Cần Thơ, tr45-48.

5. Edward S. Cohen (2007), "Furcations", Atlas of Cosmetic and Reconstructive Periodontal Surgery, Third Edition, BC Decker Inc, pp. 185-191

6. Lee KL, Corbet EF, Leung WK (2012), "Survival of molar teeth after resective periodontal therapy—a retrospective study", *Journal of clinical periodontology*,39 (9), 850-60.

7. Loe H (1967), "The Gingival Index, the Plaque Index and the Retention Index Systems", *Journal of periodontology*,38 (6), Suppl:610-6.

8. Megarbane JM, Kassir AR, Mokbel N, Naaman N (2018), "Root Resection and Hemisection Revisited. Part II: A Retrospective Analysis of 195 Treated Patients with Up to 40 Years of Follow-up", *The International journal of periodontics & restorative dentistry*,38 (6), 783-9.

9. Mokbel N, Kassir AR, Naaman N, Megarbane JM (2019), "Root Resection and Hemisection Revisited. Part I: A Systematic Review", *The International journal of periodontics & restorative dentistry*,39 (1), 11-31.

# MỘT SỐ YẾU TỐ NGUY CƠ TIM MẠCH Ở BỆNH NHÂN ĐÁI THÁO ĐƯỜNG TÍP 2 ĐƯỢC QUẢN LÝ VÀ ĐIỀU TRỊ TẠI PHÒNG KHÁM ĐA KHOA BÀ TRIỆU, HÀ NỘI

NGUYỄN TRẦN KIÊN, NGUYỄN THỊ MAI  
*Trường Đại học Y Hà Nội*

## TÓM TẮT

Nghiên cứu với 200 bệnh nhân ĐTDĐ típ 2 được quản lý tại Phòng khám Đa khoa Bà Triệu, Hà Nội năm 2018-2019.

Mục tiêu: Mô tả một số yếu tố nguy cơ tim mạch ở BN ĐTDĐ típ 2 được quản lý tại phòng khám đa khoa Bà Triệu, Hà Nội năm 2018.

Kết quả: Đa số BN là nữ giới (61,5%). Độ tuổi hay gặp nhất là từ 70 tuổi trở lên (40%). Thời gian mắc bệnh trung bình của BN kể từ khi được chẩn đoán là 7,2 năm. Trong các YTNCTM, yếu tố nam từ 45 tuổi và nữ từ 55 tuổi trở lên chiếm

tỷ lệ cao nhất 91%, tiếp theo là yếu tố THA chiếm 65%, thấp hơn là RLLPM với 64%. Có tới 50% BN thừa cân, béo phì và 16,5% BN có tiền sử gia đình mắc các bệnh lý tim mạch. 90,5% BN có từ 3 yếu tố nguy cơ tim mạch trở lên. Tỷ lệ BN có từ 3 YTNCTM trở lên ở BN nam cao hơn BN nữ, song sự khác biệt này chưa có ý nghĩa thống kê ( $p>0,05$ ). Các YTNCTM tăng dần theo thời gian mắc bệnh ĐTDĐ típ 2, tuy nhiên, sự khác biệt này chưa có ý nghĩa thống kê ( $p>0,05$ ). BN tuổi đời càng cao thì càng có nhiều YTNCTM, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ( $p<0,05$ ).

Kết luận: Trong các YTNCTM, yếu tố tuổi, bệnh lý THA, RLLPM chiếm đa số và bệnh nhân càng lớn tuổi càng có nhiều các YTNCTM.

Từ khóa: Đái tháo đường type 2, phòng khám, yếu tố nguy cơ tim mạch, đường huyết.

Chịu trách nhiệm: Nguyễn Trần Kiên

Email: kientrang2007@gmail.com

Ngày nhận: 17/8/2020

Ngày phản biện: 15/9/2020

Ngày duyệt bài: 25/9/2020