

**Wax.** Diagnosis and Management of a Misplaced Nasogastric Tube Into the Pulmonary, MD Arch Otolaryngol Head Neck Surg. 2008.

3. Checking placement of nasogastric feeding tubes in adults (interpretation of x ray images): summary of a safety report from the National Patient Safety Agency BMJ 2011.

4. **Hồ Thị Kim Thanh** (2016). Thực trạng nuôi dưỡng qua sonde dạ dày cho người bệnh cao tuổi điều trị nội trú tại Bệnh viện Lão Khoa Trung ương”.

5. **Nguyễn Thị Lệ Hằng** (2010). Đánh giá kết quả nuôi dưỡng chăm sóc người bệnh hôn mê bằng ống thông dạ dày.

6. **Trần Hồng Nam, Phạm Duy Thắng** (2014). Nghiên cứu hiệu quả nuôi dưỡng bằng đường tĩnh mạch và tiêu hóa đối với bệnh nhân thông khí nhân tạo dài ngày.

7. **Nguyễn Văn Sinh, Trương Tấn Khôi** (2013). Nhân tâm trường hợp điều dưỡng phát hiện sai sót và khắc phục trong một số thủ thuật tại Khoa ICU.

8. Vụ Khoa học và Đào tạo Bộ Y tế (2009), Điều dưỡng Nội khoa, Nhà Xuất bản Y học, Hà Nội.

9. Vụ Khoa học và Đào tạo Bộ Y tế (2008), Kỹ thuật Chăm sóc người bệnh, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.

## TƯ VẤN CHO BỆNH NHÂN VỀ CÁC VẤN ĐỀ LIÊN QUAN ĐẾN SỬ DỤNG THUỐC TRONG ĐIỀU TRỊ ĐÁI THÁO ĐƯỜNG TYP 2 NGOẠI TRÚ TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA XANH PÔN

NGUYỄN THỊ DỪA<sup>1</sup>,  
NGUYỄN THỊ HUYỀN THU<sup>1</sup>, NGUYỄN THỊ LIÊN HƯƠNG<sup>2</sup>  
<sup>1</sup>Bệnh viện Đa khoa Xanh Pôn  
<sup>2</sup>Bộ môn Dược lâm sàng - Trường Đại học Dược Hà Nội

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Khảo sát tuân thủ sử dụng thuốc và triển khai tư vấn cho bệnh nhân (BN) về các vấn đề liên quan đến sử dụng thuốc (DRPs) trong điều trị đái tháo đường (ĐTĐ) typ 2 ngoại trú tại Bệnh viện Đa khoa Xanh Pôn.

**Đối tượng và phương pháp:** BN ĐTĐ typ 2 có kết quả xét nghiệm HbA1c được áp dụng bộ câu hỏi nhằm phát hiện DRPs liên quan đến hành vi, sau đó được dược sĩ tư vấn thông tin về DRPs từ 1/7-31/7/2020.

**Kết quả:** Nghiên cứu phát hiện 324 DRP trên tổng số 141 BN. Trong đó tự ý giảm liều hoặc tự ý ngưng dùng thuốc khi thấy mệt/có triệu chứng không ổn định (C7.1.3) chiếm tỉ lệ 16,05%. Liên quan đến kiến thức về insulin, 16,22% BN không biết cách bảo quản insulin chưa sử dụng. Tư vấn tuân thủ dùng thuốc được thực hiện nhiều nhất (46,83%). HbA1c trung bình khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa nhóm có/không có DRP dùng sai cách tiêm (C7.8.2), bảo quản không đúng đối với insulin chưa sử dụng (C7.6.1).

Chịu trách nhiệm: Nguyễn Thị Dừa

Email: duaxph@gmail.com

Ngày nhận: 08/12/2020

Ngày phản biện: 06/01/2021

Ngày duyệt bài: 19/01/2021

**Kết luận:** Từ những DRPs liên quan đến hành vi phát hiện được, dược sĩ có thể thực hiện tư vấn cho BN một cách hiệu quả.

**Từ khóa:** Đái tháo đường type 2, DRPs, vấn đề sử dụng thuốc, dược sĩ, tư vấn.

### SUMMARY

**Objective:** This study is aimed to survey treatment compliance status and start counseling patients on drug-related problems (DRPs) in outpatient treatment of diabetes type 2 at Saint Paul General Hospital.

**Subject and method:** Diabetes type 2 patients having HbA1c test results were applied a set of questionnaires to detect DRPs on the patient's behavior and counseled with information by pharmacists about DRPs from July 1 to 31, 2020.

**Result:** The study found 324 DRPs in a total of 141 patients. Arbitrarily reducing dose or stopping using medicine when feeling tired / having unstable symptoms (C7.1.3) accounted for 16.05%. Regarding knowledge of insulin, 16.22% of patients did not know how to store unused insulin. Compliance counseling was the most common intervention by pharmacists (46.83%). Mean HbA1c was statistically significant difference between the group with/without DRP: the wrong injection method (C7.8.2) and incorrect storage for unused insulin (C7.6.1).

*Conclusion: Through DRPs about patient behavior that have been found, pharmacists can effectively counsel patients*

**Keywords:** Diabetes type 2, DRPs, drug-related problems, pharmacist, counseling.

### ĐẶT VẤN ĐỀ

Trong bệnh đái tháo đường (ĐTĐ) type 2, các vấn đề liên quan đến sử dụng thuốc (Drug related problem-DRP) tồn tại trên BN (BN) có thể dẫn đến thất bại hoặc gây những phản ứng có hại. Bản thân BN là một đối tác quan trọng cần được phỏng vấn kỹ lưỡng về sử dụng thuốc và các khía cạnh liên quan để phát hiện được DRPs thực tế và tiềm năng. Phỏng vấn trực tiếp BN có thể xác định được tỉ lệ đáng kể DRPs có ý nghĩa lâm sàng [1]. Nghiên cứu của Granas năm 2009 do các dược sĩ thực hiện trên nhóm BN ĐTĐ type 2 tại nhà thuốc cộng đồng xác định DRPs bằng hoạt động đánh giá thuốc (medication review) và phỏng vấn BN. Dựa vào bộ công cụ phân loại DRP của PCNE, kết quả cho thấy dược sĩ cộng đồng có thể phát hiện được DRPs có ý nghĩa lâm sàng. Nghiên cứu chỉ ra phỏng vấn BN làm tăng thêm giá trị xác định DRPs [2]. Khác với mô hình truyền thống tư vấn theo nhu cầu của BN, nghiên cứu viên được thực hiện bởi dược sĩ lâm sàng chỉ tư vấn

những thông tin liên quan tới DRPs của BN mà nghiên cứu viên phát hiện được hiện được thông qua bộ câu hỏi phỏng vấn. Do vậy, BN cảm thấy hữu ích, những thông tin tư vấn là thiết thực, từ đó sẽ dễ dàng tuân thủ vì được hiểu những hành vi gây ra vấn đề về sử dụng thuốc [3].

### ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

#### 1. Tiêu chuẩn lựa chọn

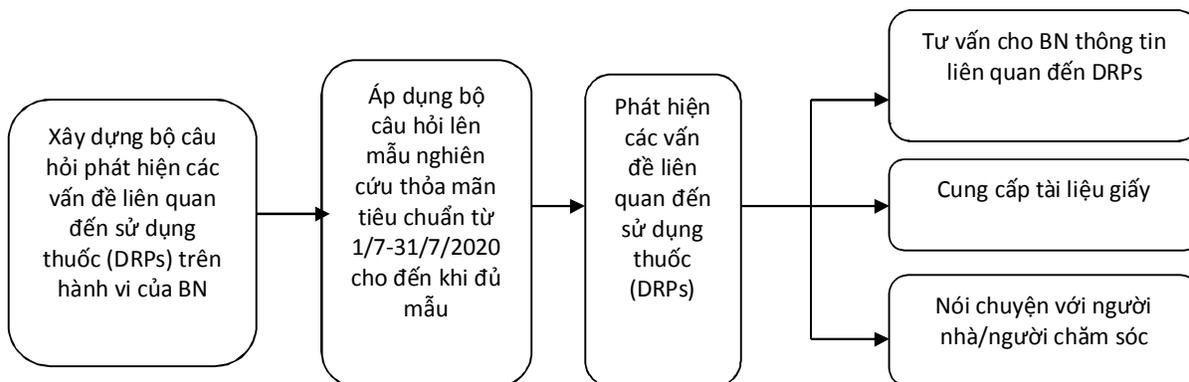
- Được chẩn đoán và đang điều trị ngoại trú ĐTĐ typ 2.
- Có chỉ số xét nghiệm HbA1c tại thời điểm tiến hành nghiên cứu.
- Có hồ sơ bệnh án mạn tính
- Có khả năng giao tiếp đủ để trả lời phỏng vấn và đồng ý tham gia nghiên cứu.

#### 2. Tiêu chuẩn loại trừ

- Có biến chứng nặng không thể tham gia nghiên cứu được.
- Không đồng ý tham gia nghiên cứu.

#### 2.1. Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu mô tả cắt ngang, can thiệp theo dõi dọc từ ngày 1-31/07/2020 tại Bệnh viện Đa Khoa Xanh pôn. Nghiên cứu viên được thực hiện bởi dược sĩ lâm sàng.



Hình 1. Quy trình nghiên cứu

#### 2.2. Xây dựng bộ câu hỏi phỏng vấn BN

Phần 1: Bộ câu hỏi đánh giá tuân thủ điều trị về sử dụng thuốc dựa trên phân loại của Hiệp hội Dược phẩm châu Âu (PCNE) về các vấn đề liên quan đến sử dụng thuốc (DRP) ở trên BN [4], nhóm nghiên cứu cụ thể hóa thành câu hỏi phỏng vấn BN để phát hiện những vấn đề về tuân thủ sử dụng thuốc gồm có:

C7.1. Dùng thuốc dưới liều	C7.6. Bảo quản thuốc không đúng cách
C7.2. Dùng thuốc quá liều	C7.7. Dùng thuốc sai thời điểm hoặc khoảng cách liều dùng không phù hợp
C7.3. Lạm dụng thuốc	C7.8. Dùng sai cách dùng
C7.4. Dùng thêm các thuốc không cần thiết	C7.9. Không đủ khả năng dùng thuốc đúng theo hướng dẫn
C7.5. Dùng thuốc tương tác với thực phẩm	C7.10. Không đủ khả năng nhận thức về hướng dẫn sử dụng thuốc

Phần 2: Bộ câu hỏi về kiến thức thực hành insulin xây dựng dựa trên Quyết định 3809/QĐ-BYT Hướng dẫn thực hành được lâm sàng cho dược sĩ trong một số bệnh không lây nhiễm [5].

Nhận biết loại insulin đang dùng, bảo quản, thời điểm dùng, vị trí tiêm và cách thay đổi vị trí tiêm, ADR của insulin

Thực hành insulin được BN thao tác trên mô hình, nghiên cứu viên quan sát và đánh giá theo checklist xây dựng.

### 2.3. Thời gian và địa điểm nghiên cứu

Thời gian: 1/7/2020 - 31/7/2020.

Địa điểm: Khoa Khám bệnh - Bệnh viện Đa khoa Xanh pôn.

### KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN

Tổng số 141 BN thỏa mãn tiêu chuẩn được đưa vào nghiên cứu. Độ tuổi trung bình của đối tượng nghiên cứu  $67,09 \pm 8,74$  trong khoảng từ 40-85, chiếm tỉ lệ cao nhất độ tuổi từ 65-70. Tỉ lệ nam 46,81%, tỉ lệ nữ 52,49% trong cỡ mẫu. Về đặc điểm cận lâm sàng, cỡ mẫu có trung bình HbA1c  $7,67 \pm 1,46\%$ .

Nhóm nghiên cứu phát hiện được tổng 324 DRP thông qua công cụ được xây dựng. Trung bình phát hiện 2,29 DRP/BN. Trong đó, số BN có 1 DRP chiếm tỉ lệ cao nhất 23,4%, tỉ số BN có 6 DRP chiếm tỉ lệ thấp nhất 2,84.

Bảng 1. Đặc điểm DRPs liên quan đến hành vi của BN theo hệ thống phân loại đã xây dựng

Phân loại DRP	Mô tả DRP	Tỉ lệ DRP % (N=324)	
C 7.1.1	Dùng thuốc dưới liều so với đơn (dùng liều 1 lần hoặc số lần ít hơn so với đơn tất cả các ngày)	5 (1,54)	
C 7.1.2	Quên thuốc/Hết thuốc/Hôm qua không uống	49 (15,12)	
C7.1.3	C7.1.3.1 Tự ý giảm liều hoặc tự ý ngưng dùng thuốc ĐTĐ khi thấy mệt/có triệu chứng/Glucose giảm	22 (6,79)	16,05
	C7.1.3.2 Tự ý giảm liều hoặc tự ý ngưng dùng thuốc HA khi thấy mệt/ có triệu chứng/ HA giảm	20 (6,17)	
	C7.1.3.3 TỰ Ý GIẢM LIỀU HOẶC TỰ Ý NGỪNG DÙNG THUỐC RLLP	10 (3,09)	
C7.2.1	Dùng quá liều so với đơn thuốc (dùng liều 1 lần hoặc số lần cao hơn so với đơn tất cả các ngày)	4 (1,23)	
C7.2.2	C7.2.2.1 TỰ Ý TĂNG LIỀU THUỐC ĐTĐ KHI TRIỆU CHỨNG KHÔNG ỔN ĐỊNH	9 (2,78)	4,32
	C7.2.2.2 TỰ Ý TĂNG LIỀU THUỐC HA KHI TRIỆU CHỨNG KHÔNG ỔN ĐỊNH	5 (1,54)	
C7.3	C7.3.1 Lạm dụng thuốc: Dùng thuốc quá liều không được kiểm soát do tự ý thêm các thuốc tân dược (hoạt chất đã được kê trong đơn hoặc khác hoạt chất khác /thuốc đông y/thuốc có nguồn gốc từ dược liệu) với mục đích điều trị đái tháo đường	8 (2,47)	4,01
	C7.3.2 Lạm dụng thuốc: Dùng thuốc quá liều không được kiểm soát do tự ý thêm các thuốc tân dược (hoạt chất đã được kê trong đơn hoặc khác hoạt chất khác /thuốc đông y/thuốc có nguồn gốc từ dược liệu) với mục đích điều trị /tăng huyết áp	5 (1,54)	
C7.4	TỰ Ý DÙNG THÊM THỰC PHẨM CHỨC NĂNG/ vitamin/ Khoáng chất mà không có kê đơn của bác sĩ	67 (20,68)	
C7.5	Dùng thuốc tương tác với thực phẩm	5 (1,54)	
C7.6	C7.6.1 Bảo quản thuốc không đúng đối với insulin chưa sử dụng	5 (1,54)	2,77
	C7.6.2 Bảo quản thuốc không đúng đối với insulin đã sử dụng	4 (1,23)	
C7.7	C7.7.1 Thời điểm dùng hoặc chế độ liều không phù hợp thuốc ĐTĐ	34 (10,49)	13,4
	C7.7.2 Thời điểm dùng hoặc chế độ liều không phù hợp thuốc HA	1 (0,31)	
	C7.7.3 Thời điểm dùng hoặc chế độ liều không phù hợp thuốc RLLP	8 (2,47)	
	C7.7.4 Thời điểm dùng hoặc chế độ liều không phù hợp thuốc CKTTC	1 (0,31)	
C7.8	C7.8.1 Dùng sai cách dùng thuốc viên có dạng bào chế đặc biệt MR, SR, XR	18 (5,56)	12,35
	C7.8.2 Dùng sai cách dùng thuốc tiêm	22 (6,79)	
C7.9	C7.9.1 Không đủ khả năng dùng thuốc theo đúng hướng dẫn đối với thuốc viên, bẻ đôi/ nhai	17 (5,25)	
C7.10	BN phải có người nhà hỗ trợ quản lý thuốc: uống loại nào, lúc nào, lấy thuốc giúp	5 (1,54)	

DRP C7.1.3 và C7.2.2 tự ý giảm liều /tăng liều thuốc khi xuất hiện triệu chứng không ổn định lần lượt là 16,05%, 4,32%. BN chưa hiểu rõ

bản chất bệnh lý và phương pháp điều trị dẫn đến hành vi tùy tiện về liều mà không cần có sự thăm khám của bác sĩ. Nguy hiểm hơn hành vi

lạm dụng thuốc C7.3 cũng xuất hiện với tỉ lệ 4,01%. BN tự ý mua thuốc điều trị ĐTĐ/HA mà không có sự kiểm soát của bác sĩ có thể dẫn đến những hậu quả nghiêm trọng. “*Tôi vẫn mua thêm Vastarel theo đơn của viện tim từ lâu lắm rồi*”- Đơn thuốc của BN được kê đơn Savi Trimezidin và BN không hề hay biết 2 thuốc là một chỉ khác tên thuốc, BN vẫn uống cả 2 thuốc cùng 1 lúc. (NTV. Nam.74)“ hoặc “*Tôi cảm giác thuốc ở viện không đủ giảm đường huyết nên tôi có mua thêm ở ngoài hiệu thuốc*”. (Nữ. NTM.82t). Tất cả BN xuất hiện DRP C7.3 lạm dụng thuốc không có hỏi ý kiến nhân viên y tế nào cả, cũng không khai báo với bác sĩ mỗi lần đi khám, tự BN điều chỉnh theo ý BN.

Bảng 2. Đặc điểm kiến thức về insulin

Nhận biết insulin mình đang dùng	2 (5,40)
Loại insulin đang dùng có cần lắc không	1 (2,70)
Cách bảo quản insulin chưa sử dụng	6 (16,22)
Cách bảo quản insulin đang sử dụng	5 (13,51)
Thời gian bảo quản tối đa insulin đang sử dụng	35 (94,59)
Thời điểm sử dụng insulin	3 (8,11)

Vị trí tiêm insulin	0 (0)
Cách thay đổi vị trí tiêm	5 (13,51)
Tái sử dụng bơm kim tiêm	26 (70,27)
Không tái sử dụng bơm kim tiêm	11 (29,73)
Hiểu biết tác dụng phụ insulin	27 (72,97)
Nguyên nhân dẫn đến hạ đường huyết	27 (72,97)
Triệu chứng của hạ đường huyết	10 (27,03)
Khi hạ đường huyết có làm test thử hay không	27 (72,97)
Các biện pháp xử trí hạ đường huyết	6 (16,21)

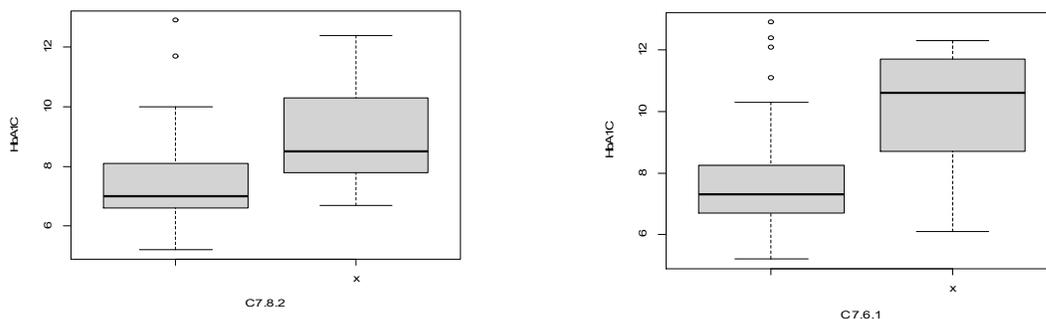
Trong cỡ mẫu nghiên cứu, có 37 BN điều trị với insulin, trong đó 32 BN dùng insulin lọ với xylanh, 05 BN dùng bút tiêm. Có 01 BN dùng xylanh nhưng thuê điều dưỡng đến tiêm hàng ngày, còn lại 36 BN tự tiêm cho bản thân mình. Về kiến thức sử dụng insulin, có tới 94,59% không biết insulin đang sử dụng thì thời gian dùng được tối đa bao nhiêu ngày. Tỉ lệ BN tái sử dụng kim tiêm của bút tiêm và xylanh lên tới 70,27%. Về tác dụng phụ của insulin, 72,97% không biết tới tác dụng phụ của insulin, đồng thời tỉ lệ không biết nguyên nhân của hạ đường huyết 72,97%. Tỉ lệ BN không biết cách xử trí khi hạ đường huyết 16,21%.

Bảng 3. Các can thiệp thực hiện trên bệnh nhân

Phân loại can thiệp		Mô tả cụ thể	Tỉ lệ can thiệp % ( N = 284)	
I2.1.1		Tư vấn về tuân thủ thuốc	133 (46,83)	
I2.1.1.1	I2.1.1.1.1	Tư vấn về liều thuốc ĐTĐ	30 (10,56)	
	I2.1.1.1.2	Tư vấn về liều thuốc huyết áp	31 (10,92)	
	I2.1.1.1.3	Tư vấn về liều thuốc MM	10 (3,52)	
	I2.1.1.2	Tư vấn về tần suất dùng thuốc (quên thuốc/ hết thuốc)	49 (17,25)	
	I2.1.1.3	I2.1.1.3.1	Tư vấn về lạm dụng thuốc TĐ	7 (2,46)
		I2.1.1.3.2	Tư vấn về lạm dụng thuốc HA	6 (2,11)
I2.1.2		Tư vấn về chế độ liều / thời điểm dùng	43 (15,14)	
I2.1.3		Tư vấn về cách dùng thuốc	37 (13,03)	
I2.1.4		Tư vấn về bảo quản thuốc	30 (10,56)	
I2.1.5		Tư vấn về tương tác thuốc	5 (1,76)	
I2.1.6		Tư vấn về ADR của insulin	32 (11,27)	
I2.4		Nói chuyện với người nhà/người chăm sóc	4 (1,41)	
Tổng số can thiệp			284	
I2.2.Cung cấp tài liệu			141(100)	

Trong số các can thiệp thực hiện, tư vấn về tuân thủ thuốc thực hiện nhiều nhất (46,83%). Bên cạnh đó, nhóm nghiên cứu cũng đã chuẩn bị trước cho 100% BN tài liệu thông tin về bệnh, chế độ ăn uống, hướng dẫn thực hành tiêm insulin. Đặc biệt, các BN có DRP về lạm dụng thuốc thì được tư vấn lâu hơn cả. Trong mẫu nghiên cứu, BN có nhận thức về bệnh lý và thuốc tuy nhiên không đầy đủ, do vậy BN cảm thấy lo lắng. Được sĩ lâm sàng giáo dục cho BN về bệnh ĐTĐ, các chỉ số xét nghiệm liên quan đến bệnh, ý nghĩa của các chỉ số xét nghiệm, hậu quả khi không tuân thủ thuốc. “*Đây là lần đầu tiên có người giải thích cho tôi như vậy, rất may mắn khi được gặp bác*”. (Nữ.NTM.82t). Bên cạnh đó, BN thực hành trên mô hình sau đó được dược sĩ lâm sàng hướng dẫn sai bước nào, ý nghĩa của bước đã làm sai.

\*Ảnh hưởng của một số DRPs liên quan đến hành vi của BN lên kết quả điều trị



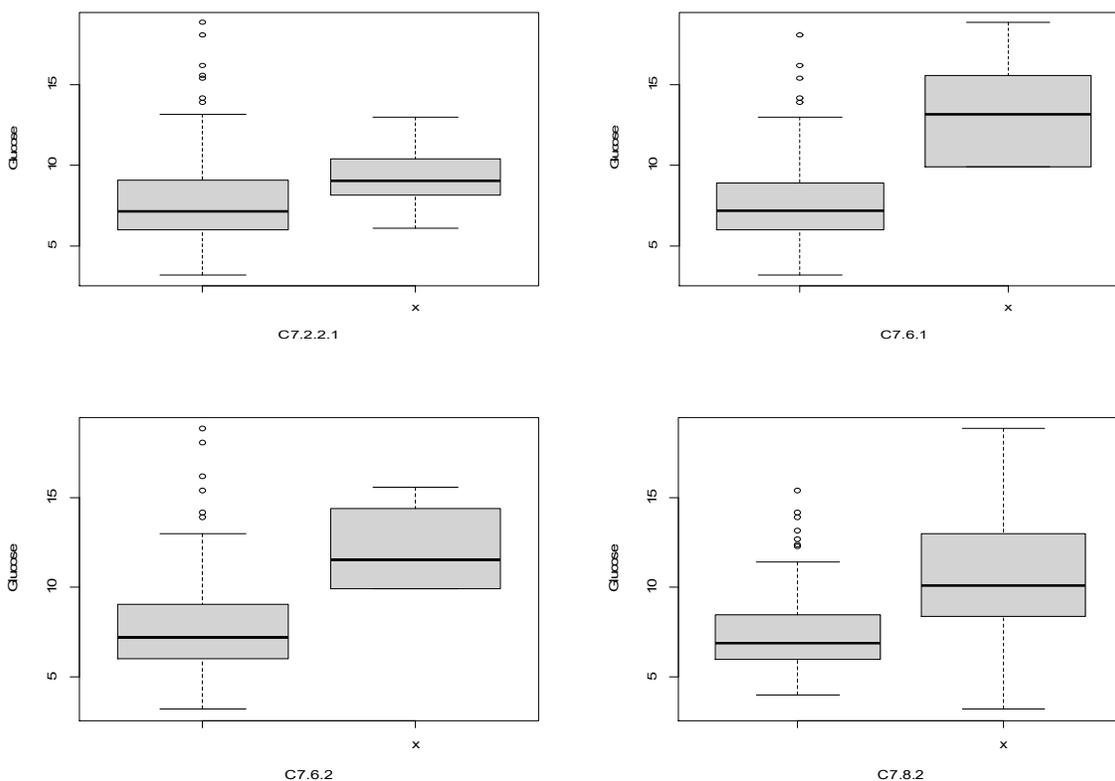
Hình 2. Biểu đồ hình hộp giá trị trung bình HbA1C của nhóm có và không có DRP

Bảng 4. So sánh giá trị HbA1C trung bình của nhóm có và không có DRP

DRP	HbA1C nhóm không có DRP	HbA1C nhóm có DRP	p-value (test wilcoxon)
C7.8.2	7,39±1,21	9,20±1,75	2,911e-06
C7.6.1	7,59±1,35	9,88±2,52	0,04344

Nhận xét: Trong số các DRP phát hiện được khi thực hiện phỏng vấn BN, C7.8.2 (dùng sai

cách tiêm) và C7.6.1 (bảo quản không đúng đối với insulin chưa sử dụng) có trung bình HbA1C khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa nhóm BN có DRP và nhóm không có DRP. Từ đó cho thấy có sự ảnh hưởng lên giá trị HbA1c của hành vi thao tác sai và bảo quản insulin.



Hình 3. Biểu đồ hình hộp giá trị trung bình Glucose của nhóm có và không có DRP

Bảng 5. So sánh giá trị Glucose trung bình của nhóm có và không có DRP

DRP	Glucose TB nhóm không có DRP	Glucose TB nhóm có DRP	p-value (test wilcoxon)
C7.2.2.1	7,92±2,85	9,14±2,00	0,0445
C7.6.1	7,79±2,56	13,46±3,84	0,001477
C7.6.2	7,88±2,74	12,15±2,76	0,007548
C7.8.2	7,51±2,22	10,60±4,04	4,968e-05

Nhận xét: Trong số DRP theo hệ thống phân loại, C7.2.2.1 (tự ý tăng liều thuốc ĐTD khi triệu chứng không ổn định), C7.6.1 (bảo quản thuốc không đúng đối với insulin chưa sử dụng), C7.6.2 (bảo quản thuốc không đúng đối với insulin đã sử dụng) và C7.8.2 (dùng sai cách dùng thuốc tiêm) có trị số glucose trung bình khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa nhóm có. Từ đó cho thấy có sự ảnh hưởng lên giá trị glucose của hành vi tự ý tăng liều thuốc ĐTD, thao tác sai và bảo quản insulin.

#### KẾT LUẬN

Kết quả phản ánh thực trạng các DRPs liên quan đến hành vi tồn tại trên BN. Trong đó, một

số DRPs ảnh hưởng trực tiếp tới kết quả điều trị. Chính vì vậy, dược sĩ có thể tư vấn một cách hiệu quả cho BN để giải quyết được các DRPs đó.

#### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Kristen K. Viktil MSc** (2006), "Interview of patients by pharmacists contributes significantly to the identification of drug-related problems (DRPs)", *Pharmacoepidemiol Drug Saf*, 15(9), pp. 667-74
2. **Granás A. G., Berg C., et al.** (2010), "Evaluating categorisation and clinical. Relevance of drug-related problems in medication reviews", *Pharm World Sci* 32(3), pp. 394-403.
3. United States Pharmacopeia (2002). Medication Counselling Behavior Guidelines. On the Internet: <http://www.usp.org>.
4. Pharmaceutical Care Network Europe Foundation (2019), "Classification for Drug related problems".
5. Quyết định 3809/2019/QĐ-BYT, Hướng dẫn thực hành dược lâm sàng cho dược sĩ trong một số bệnh không lây nhiễm.

## ĐÁNH GIÁ GIẢI PHẪU HỆ THỐNG ỐNG TỦY RĂNG HÀM NHỎ THỨ HAI HÀM TRÊN BẰNG CONE BEAM COMPUTED TOMOGRAPHY

**PHẠM THỊ HẠNH QUYÊN**  
Trường Đại học Y Hà Nội

#### TÓM TẮT

Nghiên cứu mô tả cắt ngang được thực hiện trên 72 răng hàm nhỏ thứ hai hàm trên (RHNT2HT) nhằm xác định cấu trúc giải phẫu của chân răng và hệ thống ống tủy sử dụng phim Cone beam computed tomography (CBCT). Các tiêu chí được mô tả gồm: số lượng chân răng, số lượng ống tủy, phân loại ống tủy theo Vertucci, liên quan giữa số lượng chân răng và loại ống tủy, chiều dài trung bình của ống tủy. Kết quả: 91,7% răng hàm nhỏ thứ hai hàm trên có một chân răng, 8,3% có hai chân răng, không gặp răng có ba chân. Ở nhóm một chân ống tủy loại I chiếm tỷ lệ cao nhất (45,5%) cao hơn so với loại IV (36,3%) và loại II (18,2%).

Ở nhóm hai chân chỉ gặp ống tủy loại I (100%). Không gặp các biến thể ống tủy khác theo phân loại của Vertucci. Chiều dài làm việc

trung bình của ống tủy là  $18,8 \pm 1,2$  mm.

**Từ khóa:** Răng hàm nhỏ thứ 2, hệ thống ống tủy.

#### SUMMARY

EVALUATION OF ROOT CANAL MORPHOLOGY OF THE SECOND MAXILLARY PREMOLAR BY CBCT

A cross-sectional descriptive study on 72 extracted first premolar of the elderly. These teeth were examined by CBCT to evaluate root form and canal configuration. Result: 91,7% second upper premolars had 1 root, 8,3% had 2 roots. Second upper premolars with 1 root have root canal system type I (45.5%), type IV (36.3%) and type II (18.2%); 2-roots group only have type I (100%). Average working length is  $18,8 \pm 1,2$  mm.

**Keywords:** Cone-beam computed tomography (CBCT), maxillary second premolars, root canal system.

#### ĐẶT VẤN ĐỀ

Hiểu biết giải phẫu của ống tủy rất quan trọng, làm cho tạo hình khi điều trị nội nha an toàn hơn,

Chịu trách nhiệm: Phạm Thị Hạnh Quyên

Email: [hanhquyen@hmu.edu.vn](mailto:hanhquyen@hmu.edu.vn)

Ngày nhận: 21/12/2020

Ngày phân biện: 18/01/2021

Ngày duyệt bài: 27/01/2021