

luôn phải nghĩ đến. Do phương pháp điều trị và tiên lượng của 2 u này rất khác nhau và vì thế sự phân định là cần thiết. Điểm chung giữa 2 ung thư này là đều dương tính với các dấu ấn biểu mô và nhuộm chất nhầy dương tính (chỉ không dương tính với CK20 và CDX-2). Bởi vậy, việc nhuộm P16 là hết sức quan trọng bởi nếu P16 dương tính sẽ giúp loại bỏ nguồn gốc từ buồng trứng [8].

KẾT LUẬN

Nghiên cứu trường hợp ung thư tuyến nhầy typ ruột của CTC gặp tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương chúng tôi thấy rằng đây là typ bệnh không phổ biến. Chẩn đoán trên HE dựa vào các đặc điểm ung thư biểu mô tuyến thông thường với các tế bào tuyến ác tính, có cấu trúc ống tuyến, có chế nhầy nhưng với điều kiện các tế bào hình đài chế nhầy phải >50% tổng số tế bào u. Nhuộm HMMMD là rất cần thiết để khẳng định và phân định nguồn gốc. Các dấu ấn CK20 và CDX2 âm tính sẽ giúp loại trừ các u có nguồn gốc đường tiêu hóa, nhuộm P16 giúp xác định các u không phải của buồng trứng hay thận.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. NIH Fact Sheets - Cervical Cancer (2017). Accessed, February 1, 2017.
2. **Smith HO, Tiffany MF, Qualls CR, Key CR** (2000). The rising incidence of adenocarcinoma relative to squamous cell carcinoma of the uterine cervix in the United States a 24-year population-based study. *Gynecol Oncol*; 78 (2): 97–105.
3. **Pirog EC, Kleter B, Olgac S, et al** (2000). Prevalence of human papillomavirus DNA in different histological subtypes of cervical adenocarcinoma. *Am J Pathol*; 157 (4): 1055 –

1062.

4. **Simona Stolnicu, Iulia Barsan, Lien Hoang, Prusha Patel et al** (2018). International Endocervical Adenocarcinoma Criteria and Classification (IECC): A New Pathogenetic Classification for Invasive Adenocarcinomas of the Endocervix. *Am J Surg Pathol*. 2018 Feb;42(2):214-226.

5. **Maria Rosaria Raspollini, Gianna Baroni, Ntonio Taddei, Gian Luigi Taddei** (2003). Primary Cervical Adenocarcinoma with Intestinal Differentiation and Colonic Carcinoma Metastatic to Cervix: An Investigation Using Cdx-2 and a Limited Immunohistochemical Panel. *Arch Pathol Lab Med* (2003) 127 (12): 1586–1590.

6. **Takao Hinoi, Masachika Tani, Peter C. Lucas, et al** (2001). Loss of CDX2 Expression and Microsatellite Instability Are Prominent Features of Large Cell Minimally Differentiated Carcinomas of the Colon. *Am J Pathol*; 159(6): 2239–2248

7. **McCluggage.; Shah, R.; Connolly LE.; McBride** (2008). Intestinal-Type Cervical Adenocarcinoma *in Situ* and Adenocarcinoma Exhibit a Partial Enteric Immunophenotype With Consistent Expression of CDX2. *International Journal of Gynecological*. Volume 27; Issue 1; p92-11.

8. **Reda S. Saad, Nadia Ismiil, Valérie Dube, Sharon Nofech-Mozes** (2009). CDX-2 Expression Is a Common Event in Primary Intestinal-type Endocervical Adenocarcinoma. *American Journal of Clinical Pathology*, Volume 132, Issue 4, October 2009, Pages 531–538.

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG LỖ THÔNG MŨI - MIỆNG TRÊN BỆNH NHÂN KHE HỞ MÔI - VÒM MIỆNG ĐƯỢC PHẪU THUẬT BẰNG VẬT NIÊM MẠC MÀNG XƯƠNG

PHẠM THANH SƠN¹,

LÊ NGỌC TUYẾN², HOÀNG THỊ HƯƠNG²

¹Trường Đại học Kỹ thuật Y tế Hải Dương

²Bệnh viện Răng Hàm Mặt Trung ương Hà Nội

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng lỗ thông mũi-miệng trên bệnh nhân khe hở môi-vòm miệng được điều trị bằng vật niêm mạc màng xương tại Bệnh viện Răng Hàm Mặt Trung ương Hà Nội từ tháng 6/ 2019 đến tháng 9/2020.

Chịu trách nhiệm: Phạm Thanh Sơn

Email: Phamsonrh@gmail.com

Ngày nhận: 23/12/2020

Ngày phản biện: 12/01/2021

Ngày duyệt bài: 27/01/2021

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả chùm ca bệnh trên 33 bệnh nhân có lỗ thông mũi-miệng trên bệnh nhân khe hở môi-vòm miệng được điều trị bằng vạt niêm mạc màng xương tại Bệnh viện Răng Hàm Mặt Trung ương Hà Nội. Các đối tượng được khám lâm sàng trước phẫu thuật.

Kết quả: 33 bệnh nhân từ 2 đến 26 tuổi, trung bình $13,88 \pm 4,93$; chủ yếu là các bệnh nhân trong độ tuổi nắn chỉnh răng (trên 12 tuổi: 20/33 bệnh nhân). 100% bệnh nhân đều có mắc dị tật KHMVM toàn bộ 1 bên hoặc hai bên. Các lỗ thông mũi miệng xuất hiện ngay sau phẫu thuật tạo hình môi vòm miệng thì đầu (69,7%); xuất hiện sau khi được can thiệp nong rộng cung hàm bằng chỉnh nha (30,3%). LTMM hầu hết là ở vị trí mũi – xương ổ răng phía môi tức vị trí có khe hở cung hàm (90,9%). LTMM được chọn để đóng bằng vạt niêm mạc màng xương chủ yếu có kích thước nhỏ $\leq 5\text{mm}$, mô tại chỗ mềm mại, không có viêm nhiễm, không có sẹo xơ cứng. 100% LTMM đều gây trào ngược lên mũi khi ăn uống; hầu hết các lỗ thông này không gây ảnh hưởng đến phát âm (31/33 bệnh nhân).

Từ khóa: Lỗ thông mũi miệng, khe hở môi vòm miệng, phẫu thuật vạt niêm mạc màng xương.

SUMMARY **CLINICAL CHARACTERISTICS OF** **ORONASAL FISTULA ON CLEFT LIP AND** **CLEFT PALATE PATIENTS TREATED WITH** **MUCOPERIOSTEAL FLAP**

Objectives: To describe clinical characteristics of oronasal fistula on cleft lip and cleft palate patients treated with mucoperiosteal flap at the National Hospital of Odontostomatology Hanoi from 6/2019 to 9/2020.

Subjects and Methods: A descriptive study of a case series of thirty-three patients with history of cleft lip and cleft palate having oronasal fistula surgically treated with the mucoperiosteal flap at Hanoi National Hospital of Odontostomatology. All subjects were preoperatively evaluated by clinical examination.

Results: Thirty-three patients age from 2-26 years old (mean= $13,88 \pm 4,93$) were involved in the study, mainly patients in orthodontic age (after the age of 12: 20/33 patients). All subjects had complete cleft lip and cleft palate unilaterally or bilaterally. Oronasal fistulas appeared after the first surgical repair (69,7%); appeared after dentoalveolar expansion with the using of orthodontic treatment (30,3%). Oronasal fistulas almost appeared at labial nasal – alveolar

position where dental alveolar cleft encountered (90,9%). The surgical closure with mucoperiosteal flap was indicated for patients having oronasal fistula which fistula size did not exceed more than 5mm and no local inflammation and no sclerotic scarring recorded. 100% oronasal fistula caused the reflux to the nose when eating and drinking; almost fistulas did not affect to pronounce (31/33 patients).

Keywords: Oronasal fistula, cleft lip and cleft palate, gingivoperiosteoplasty.

ĐẶT VẤN ĐỀ

Khe hở môi – vòm miệng là một dị tật bẩm sinh vùng hàm mặt có tỷ lệ mắc cao ở Việt Nam. Trên thế giới, tỷ lệ bệnh chiếm khoảng 1/750 – 1/1000 trẻ sinh mới sinh. Ở Việt Nam, tỷ lệ này khoảng 0,1 - 0,2%.

Mục tiêu của phẫu thuật vòm miệng là đóng sự liên thông giữa khoang miệng và khoang mũi, và xây dựng vòm miệng mềm chức năng cho phép phát âm tốt. Tuy nhiên vì nhiều nguyên nhân mà bệnh nhân còn lỗ thông mũi-miệng (LTMM) sau phẫu thuật. Trên thế giới tỷ lệ của LTMM dao động từ 4 – 35% [3] hoặc thậm chí nhiều hơn. Tại Việt Nam theo nghiên cứu tại Bệnh viện Răng Hàm Mặt Trung ương Hà Nội năm 2010, tỷ lệ biến chứng này là 15,2% [4]. Hai triệu chứng chính của lỗ thông mũi miệng là sự trào ngược lên mũi và ảnh hưởng đến phát âm mà chủ yếu là giọng mũi hở.

Điều trị phẫu thuật là phương pháp phổ biến và hiệu quả để đóng LTMM, nhằm tái tạo hình thái giải phẫu vòm miệng, đóng kín đường thông miệng – mũi, tạo điều kiện cần để điều trị phát âm, ghép xương ổ răng, nắn chỉnh răng và giúp nâng cao chất lượng cuộc sống cho bệnh nhân.

Với những lỗ thông nhỏ thường ưu tiên sử dụng vạt niêm mạc tại chỗ hoặc mô niêm mạc màng xương để đóng kín LTMM dựa trên nguyên tắc thay thế mô bằng mô giống nó [5]. Tại Việt Nam từ trước tới nay chưa có nghiên cứu nào về việc sửa chữa lỗ thông bằng vạt niêm mạc màng xương, do đó tôi tiến hành nghiên cứu đề tài: “**Đặc điểm lâm sàng lỗ thông mũi-miệng trên bệnh nhân khe hở môi-vòm miệng được điều trị bằng vạt niêm mạc màng xương**” với mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng lỗ thông mũi-miệng trên bệnh nhân khe hở môi-vòm miệng được điều trị bằng vạt niêm mạc màng xương tại Bệnh viện Răng Hàm Mặt Trung ương Hà Nội từ tháng 6/2019 đến tháng 9/2020.

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu

Đối tượng nghiên cứu là tất cả những bệnh nhân đã từng phẫu thuật tạo hình môi-vòm miệng và còn lỗ thông mũi-miệng đến khám và điều trị tại Bệnh viện Răng Hàm Mặt Trung ương Hà Nội từ tháng 6/2019 – 9/2020.

2. Tiêu chuẩn lựa chọn đối tượng

Bệnh nhân đã được phẫu thuật KHM-VM ít nhất 6 tháng và còn lỗ thông mũi miệng một bên hoặc hai bên

Kích thước lỗ thông nhỏ với đường kính ngang $\leq 5\text{mm}$, mô tại chỗ không viêm nhiễm và không có nhiều sẹo.

Bệnh nhân hoặc người giám hộ đồng ý tham gia nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ

Bệnh nhân có lỗ thông kích thước lớn $> 5\text{mm}$ tiên lượng không thể tạo hình đóng bằng vật niêm mạc màng xương.

Bệnh nhân có lỗ thông nhỏ $\leq 5\text{mm}$ nhưng mô tại chỗ có nhiều sẹo xơ cứng do đã thất bại từ lần đóng lỗ thông trước đó.

Thiết kế nghiên cứu: Mô tả chùm ca bệnh.

3. Các bước tiến hành nghiên cứu

Bước 1: Hỏi bệnh và thăm khám lâm sàng, chụp ảnh

Bước 2: Ghi thông tin thu thập vào phiếu nghiên cứu

Bước 3: Xử lý và phân tích số liệu.

4. Xử lý và phân tích số liệu: Bằng phần mềm SPSS 20.0.

KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

1. Đặc điểm về tuổi, giới

Bảng 1. Phân bố theo tuổi và giới tính

| Giới Nhóm tuổi | Nam | Nữ | Tổng | Min | Max | M \pm SD |
|----------------|-----|----|------|-----|-----|------------------|
| | n | n | n | | | |
| Dưới 6 tuổi | 0 | 1 | 1 | 2 | 26 | 13,88 \pm 4,93 |
| Từ 6- 12 tuổi | 7 | 5 | 12 | | | |
| Trên 12 tuổi | 12 | 8 | 20 | | | |
| Tổng | 19 | 14 | 33 | | | |

Tuổi trung bình $13,88 \pm 4,93$; nhỏ nhất là 2 tuổi và cao nhất là 26 tuổi; chủ yếu > 12 tuổi. Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa 3 nhóm tuổi ($p=0,000$). Không có sự liên quan giữa nhóm tuổi và giới tính ($p > 0,05$).

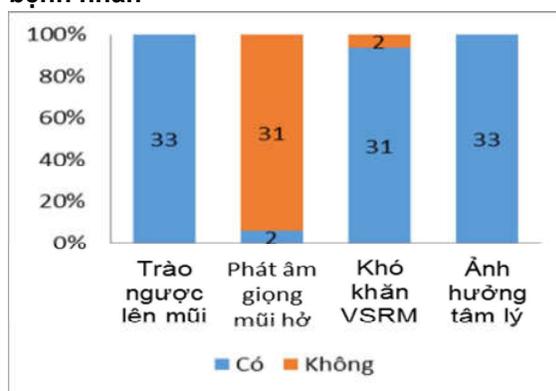
2. Thời điểm xuất hiện lỗ thông



Biểu đồ 1. Thời điểm xuất hiện lỗ thông

Chủ yếu bệnh nhân còn lỗ thông mũi miệng ngay sau các phẫu thuật ($p = 0,024 < 0,05$).

3. Ảnh hưởng của lỗ thông mũi miệng đến bệnh nhân



Biểu đồ 2. Ảnh hưởng của lỗ thông mũi miệng

Tất cả các bệnh nhân đều trào ngược lên mũi, ảnh hưởng tâm lý. Đa phần các bệnh nhân đều không ảnh hưởng phát âm (31/33 bệnh nhân) và khó khăn vệ sinh răng miệng (31/33).

4. Vị trí và kích thước của lỗ thông mũi miệng

Bảng 2. Vị trí của lỗ thông mũi miệng

| Vị trí | n | % |
|--------------------------|----|------|
| Ở xương ổ răng phía môi | 30 | 90,9 |
| Ở xương ổ răng phía lưỡi | 1 | 3,0 |
| Trong vòm miệng cứng | 2 | 6,1 |
| Tổng | 33 | 100 |

Nhận xét: Hầu hết vị trí lỗ thông là ở vị trí xương ổ răng phía môi ($p < 0,05$)

Bảng 3. Kích thước lỗ thông mũi miệng

| Kích thước (mm) | n | % |
|-----------------|----|------|
| ≤ 2 mm | 20 | 60,6 |
| Từ 3 – 5mm | 9 | 27,3 |
| Trên 5mm | 4 | 12,1 |
| Tổng | 33 | 100 |

Nhận xét: Các khe hở $\leq 2\text{mm}$ được chọn nhiều nhất để đóng bằng vật niêm mạc - màng xương ($p=0,002 < 0,05$).

5. Tình trạng mô tại chỗ vùng lỗ thông mũi miệng

Bảng 5. Tình trạng mô tại chỗ vùng lỗ thông mũi miệng

| Tình trạng mô tại lỗ thông | n | % |
|----------------------------|----|------|
| Mềm mại, không sẹo xơ cứng | 23 | 69,7 |
| Có sẹo xơ | 2 | 6,1 |
| Viêm tại chỗ | 4 | 12,1 |
| Răng mọc vào khe hở | 4 | 12,1 |
| Tổng | 33 | 100 |

Nhận xét: Hầu hết các bệnh nhân được lựa chọn đóng lỗ thông bằng vật niêm mạc màng xương đều có niêm mạc tại chỗ mềm mại, không viêm, không sẹo xơ cứng ($p=0,000<0,05$).

BÀN LUẬN

1. Tuổi, giới

Tuổi trung bình trong nghiên cứu là $13,88 \pm 4,93$, với bệnh nhân nhỏ nhất là 2 tuổi và lớn nhất là 26 tuổi. Sở dĩ chúng tôi chia tuổi thành 3 nhóm chính là dưới 6 tuổi, 6-12 tuổi và trên 12 tuổi bởi vì có liên quan đến giai đoạn phát triển của bộ răng và các giai đoạn ghép xương khe hở cung hàm. Trong nghiên cứu này tỷ lệ bệnh nhân trên 12 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất (20/33 bệnh nhân). Không có sự liên quan có ý nghĩa thống kê giữa nhóm tuổi và giới tính.

2. Về triệu chứng của lỗ thông mũi miệng

Hai triệu chứng chính của lỗ thông mũi miệng là sự trào ngược lên mũi và vấn đề về phát âm mà chủ yếu là giọng mũi hở [5], [7]. Tuy nhiên do đối tượng nghiên cứu của chúng tôi được lựa chọn là các LTMM kích thước nhỏ để đóng bằng vật niêm mạc màng xương, vị trí hầu hết ở phía trước lỗ răng cửa nên chỉ có 2 /33 bệnh nhân có phát âm bị ảnh hưởng sau khi làm nghiệm pháp che kín lỗ thông. Trong khi đó 100% bệnh nhân bị trào ngược lên mũi khi ăn uống, chính điều này gây khó khăn vệ sinh răng miệng, gây mất các hạt thức ăn và gây ảnh hưởng tâm lý cho bệnh nhân khi ăn uống và giao tiếp. Như vậy còn LTMM gây khá nhiều ảnh hưởng đến bệnh nhân và cần điều trị để cải thiện chất lượng cuộc sống.

Tình trạng mô tại chỗ vùng lỗ thông cũng là đặc điểm quan trọng cần đánh giá trước khi tiến hành phẫu thuật. Trong nghiên cứu này đối tượng nghiên cứu đã được chọn lọc nên phần lớn có mô tại chỗ ở tình trạng tốt, mềm mại, không sẹo và không viêm (69,7%). Đây là một trong những tiêu chí quan trọng để tăng tỷ lệ thành công cho phẫu thuật do có liên quan đến sự cấp máu và tính đàn hồi của tổ chức khi

đóng lỗ thông. Có 2/33 bệnh nhân có mô sẹo xơ cứng nhưng vẫn được chọn vì bệnh nhân chưa được can thiệp đóng lỗ thông trước đó, kích thước lỗ thông nhỏ < 2mm, ở giữa vòm miệng cứng nên chúng tôi vẫn lựa chọn đóng bằng vật niêm mạc màng xương hơn là đóng bằng vật lưới. Tình trạng viêm tại chỗ, cụ thể là viêm nha chu được ghi nhận ở 4 trường hợp do vệ sinh răng miệng kém, chúng tôi tiến hành điều trị viêm nha chu ổn định mới tiến hành phẫu thuật. Ngoài ra, có 4 trường hợp có răng mọc vào vị trí khe hở, đây thường là những răng sữa và răng thừa, răng dị dạng gây cản trở cho việc đóng lỗ thông và ghép xương, chúng tôi quyết định nhổ bỏ trong quá trình phẫu thuật.

3. Về vị trí và kích thước của lỗ thông

Trong nghiên cứu này 90,9% lỗ thông nằm ở xương ổ răng phía môi, trước lỗ răng cửa đây là vị trí có khe hở cung hàm, các vị trí khác chỉ có 2/33 bệnh nhân có LTMM tại vòm miệng cứng, 1/33 bệnh nhân có lỗ thông ở xương ổ răng phía vòm miệng. Kết quả của nghiên cứu này có khác biệt với các nghiên cứu khác về LTMM. Theo Diah, Lo, Yun [5] vị trí có LTMM phổ biến nhất là ở ranh giới VM mềm và VM cứng (53,1%), trường hợp này có thể đóng bằng vật niêm mạc màng xương hoặc kỹ thuật hai vạt trong tạo hình vòm miệng. Còn theo Jessyka [8] tác giả cho rằng hầu hết các lỗ thông vòm miệng nằm ở vòm miệng cứng. Tùy theo mục đích của từng nghiên cứu, trong quá trình nghiên cứu chúng tôi nhận thấy vị trí của lỗ thông là rất đa dạng, theo phân loại vị trí của Pittsburgh [6], tuy nhiên chúng tôi chỉ lựa chọn các vị trí có thể đóng bằng vật niêm mạc màng xương, do đó lỗ thông tại vùng xương ổ răng phía môi chiếm nhiều nhất.

Về kích thước của LTMM cũng rất đa dạng, tuy nhiên do mục đích của nghiên cứu chúng tôi chỉ chọn các lỗ thông kích thước nhỏ hầu hết là < 5mm. Có 4/ 33 bệnh nhân có lỗ thông trên 5mm vẫn được lựa chọn vào nghiên cứu vì chúng tôi kết hợp đánh giá mô tại lỗ thông là thuộc niêm mạc di động có tính đàn hồi, nên có thể đóng bằng vật niêm mạc màng xương.

KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu đặc điểm lâm sàng của 33 bệnh nhân có lỗ thông mũi miệng được phẫu thuật bằng vật niêm mạc màng xương chúng tôi nhận thấy tuổi trung bình $13,88 \pm 4,93$, chủ yếu > 12 tuổi. LTMM hầu hết có kích thước nhỏ, ở vị trí mũi- xương ổ răng, các lỗ thông không gây ảnh hưởng tới phát âm nhưng gây trào ngược khi ăn uống, gây khó khăn cho vệ sinh răng

miệng và ảnh hưởng tới tâm lý của bệnh nhân.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Arosarena A Oneida** (2007). "Cleft lip and palate", *Otolaryngol*, 40, pp. 27-60.

2. **Trương Mạnh Dũng, Nguyễn Thanh Hòa** (2007). "Nghiên cứu các hình thái lâm sàng dị tật khe hở môi- vòm miệng ở trẻ sơ sinh tại Cần Thơ 2001-2005", *Tạp chí Y học thực hành*, 11, tr. 86-88.

3. **Cohen SR, Kalinowski J, LaRossa D, Randall** (1991). Cleft palate fistulas: A multivariate statistical analysis of prevalence, etiology, and surgical management. *Plast Reconstr Surg*. 87:1041-7.

4. **Nguyễn Mạnh Hà** (2010), "Hiệu quả ghép xương ổ răng trên bệnh nhân sau phẫu thuật tạo hình KHM-VM toàn bộ" Luận văn CKII - Đại học Y Hà Nội, 25-27.

5. **Diah E, Lo LJ, Yun C, Wang R, Wahyuni LK, Chen YR** (2007). Cleft oronasal fistula: A review of treatment results and a surgical management algorithm proposal. *Chung Gang Med J*.30:529-37

6. **Darren M.S, Lisa V, Shao J, et al** (2007). The Pittsburgh Fistula Classification System: A Standardized Scheme for the Description of Palatal Fistulas. *Cleft palate- Craniofacial Journal*, Vol.44 No.6,590-594.

7. **Partha Sadhu** (2009). Oronasal fistula in cleft palate surgery. *Indian J Plast Surg*. 42 (Suppl): S123-S128.

8. **Jessyka G.Lighthall, MD and James D.Sidman, MD** (2015). "Closure of palatal fistulae". *Operative Techniques in Otolaryngology*. 26,161-167.

KẾT QUẢ KIỂM SOÁT ĐAU CỦA PHƯƠNG PHÁP GÂY TÊ BẰNG BƠM TIÊM ĐIỆN KHI NHỔ RĂNG KHÔN

NGUYỄN HỮU TÂN¹, THOÀNG KIM LOAN², NGUYỄN THỊ VÂN³

¹Bệnh viện Đa khoa Tư nhân Hoàng An, Thái Bình

²Trường Đại học Y Hà Nội,

³Bệnh viện Đa khoa Quốc tế Bắc Hà

TÓM TẮT

Nghiên cứu thực hiện trên 70 tình nguyện viên nhằm xác định các yếu tố liên quan tới lo lắng nha khoa và so sánh cảm nhận đau của người bệnh khi sử dụng bơm tiêm điện với bơm tiêm truyền thống trong quá trình gây tê nhổ răng khôn. Các tình nguyện viên sẽ được giải thích về mục tiêu và quá trình tiến hành nghiên cứu. Các đối tượng tham gia phải đáp ứng yêu cầu của nghiên cứu. Việc tiến hành nhổ răng được thực hiện làm hai lần, mỗi lần sẽ làm một bên và sử dụng hai thiết bị bơm tiêm điện khác nhau. Sử dụng thang đo Corah để đánh giá mức độ lo lắng và thang đo VAS để đánh giá mức độ đau. Kết quả phân tích mối tương quan cho thấy có mối liên quan giữa giới tính và lo lắng nha khoa, tiền sử khám răng và tiêm tê trong miệng trước đó có xu hướng ảnh hưởng đến sự lo lắng nha khoa. Sử dụng bơm tiêm điện sẽ giúp giảm đau so với bơm tiêm truyền thống khi thực hiện quá trình tiêm tê trong miệng.

Từ khóa: Lo lắng nha khoa, đau.

Chịu trách nhiệm: Nguyễn Hữu Tân
Email: drnguyenhutandhyhn@gmail.com
Ngày nhận: 08/12/2020
Ngày phản biện: 20/01/2021
Ngày duyệt bài: 27/01/2021

SUMMARY

EFFECTIVE PAIN CONTROL OF LOCAL ANESTHESIA BY COMPUTER-CONTROLLED LOCAL ANESTHETIC DELIVERY DURING WISDOM TOOTH EXTRACTION

The study conducted on 70 volunteers to identify factors related to dental anxious and compare pain perception of patients using computer controlled and conventional anesthesia techniques during wisdom tooth extraction. Participants were explained about the goals and process study. They have to serve the requirements of the study. The extraction was done twice, one at a time using two different electric injection devices. Corah scale and VAS scale were used to evaluate anxious and pain levels. The results of correlation analysis showed an association between sex and dental anxiety, history of dental examination and previous oral anesthesia tended to affect dental anxiety. Using an computer controlled anesthesia techniques will help reduce pain compared to traditional syringes when performing oral anesthesia.

Keywords: Dentall anxious, pain.

ĐẶT VẤN ĐỀ

Sợ hãi nha khoa là nguyên nhân lớn nhất làm cho bệnh nhân tránh né đến gặp nha sĩ. Sơ