

học cơ sở thành phố Đà Nẵng.

8. **Hoàng Ngọc Chương và Hoàng Hữu Khôi** (2012). “Nghiên cứu giải pháp phòng ngừa và triển khai thí điểm một số giải pháp can thiệp làm giảm nhẹ tật cận thị ở học sinh tiểu học và trung học cơ sở thành phố Đà Nẵng”, Đề tài khoa học cấp thành phố Đà Nẵng.

9. **Phạm Hồng Quang và Phạm Văn Tân** (2011). Cận thị ở học sinh và yếu tố ảnh hưởng tại bốn trường trung học cơ sở thành phố Bắc Ninh năm 2010. *Tạp chí Nghiên cứu Y học*, 73 (2), tr 112-116.

10. **Lê Thị Hải Năng** (2015). Thực trạng tật khúc xạ của học sinh trong lứa tuổi học đường (6-18 tuổi) khám tại phòng khám Bệnh viện Mắt Hà Nội năm 2015 và một số yếu tố liên quan. *Đề tài tốt nghiệp cử nhân, Trường Đại học Thăng*

*Long, Hà Nội.*

11. **Vũ Quang Dũng** (2008). Nghiên cứu thực trạng và một số giải pháp phòng ngừa cận thị ở học sinh khu vực trung du tỉnh Thái Nguyên. *Luận án Tiến sĩ Y học, Trường Đại học Y Dược - Đại học Thái Nguyên.*

12. **N. Congdon, L. Li, M. Zhang et al** (2011). Randomized, controlled trial of an educational intervention to promote spectacle use in rural China: The see well to learn well study. *Ophthalmology*, 118(12), 2343-50.

13. Chương trình Phòng chống mù lòa Quốc gia (2018). *Công tác phòng chống mù lòa năm 2018, phương hướng hoạt động tới năm 2020 và tầm nhìn 2030*, Kỷ yếu của Hội Nhân khoa Việt Nam năm 2017, Hà Nội, 11.

## ĐÁNH GIÁ HIỆU QUẢ VỆ SINH RĂNG MIỆNG TRÊN BỆNH NHÂN NGƯỜI CAO TUỔI NẪM ĐIỀU TRỊ TẠI BỆNH VIỆN LÃO KHOA TRUNG ƯƠNG

NGUYỄN THỊ PHƯƠNG THẢO<sup>1</sup>,  
HỒ THỊ KIM THANH<sup>2</sup>, NGUYỄN THỊ CHÂU<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Bệnh viện Đa khoa Gia Lâm

<sup>2</sup>Trường Đại học Y Hà Nội

### TÓM TẮT

*Mục tiêu:* Nhằm đánh giá tình trạng vệ sinh răng miệng và hiệu quả của hệ thống vệ sinh răng miệng (VSRM) mới được cho là hữu ích cho người cao tuổi (NCT).

*Đối tượng nghiên cứu:* Nghiên cứu được thực hiện trên 120 bệnh nhân điều trị nội trú tại Bệnh viện Lão khoa Trung ương từ năm 2018-2019.

*Phương pháp nghiên cứu:* Nghiên cứu mô tả cắt ngang và nghiên cứu can thiệp có đối chứng trên hai nhóm là nhóm nghiên cứu và nhóm chứng nhằm đánh giá hiệu quả của hệ thống VSRM so với phương pháp dùng bàn chải thông thường.

*Kết quả nghiên cứu:* Chỉ số mảng bám răng (MBR) ở nam cao hơn ở nữ. Chỉ số mảng bám ở hàm trên cao hơn hàm dưới, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê. Sau can thiệp tỉ lệ giảm

MBR ở mặt ngoài, mặt trong ở nhóm nghiên cứu cao hơn nhóm chứng sự khác biệt có ý nghĩa thống kê.

*Từ khóa:* Chỉ số mảng bám, người cao tuổi, Viện Lão khoa Trung ương, hệ thống vệ sinh răng miệng.

### SUMMARY

*Purpose of research:* The study was conducted on 120 patients in National Geriatric Hospital in 2018-2019 to evaluate effective of the dental hygiene system that useful for the elderly.

*Method of research:* Descriptive cross-sectional study to evaluate the dental hygiene of 120 studied-patients. Controlled intervention study in 2 groups: the studied-group and the controlled-group. The study had purposed to compare effective of the dental hygiene system to the toothbrush.

*Result and conclusions:* Results showed that plaque index in upper jaw was larger than in lower jaw. After intervention, plaque index in outside, inside, upper jaw and lower jaw in the studied-group that lower than in the controlled-group. All in statistically significant differences.

Chịu trách nhiệm: Nguyễn Thị Phương Thảo

Email: nkthaotien@gmail.com

Ngày nhận 05/01/2021

Ngày phản biện: 04/02/2021

Ngày duyệt bài: 26/02/2021

**Keywords:** *Plaque index, elderly people, National Geriatric Hospital, dental hygiene system.*

## **ĐẶT VẤN ĐỀ**

Do tỷ lệ sinh và tỷ lệ chết giảm cùng với tuổi thọ người dân ngày một tăng, số người cao tuổi (NCT) Việt Nam đang tăng lên nhanh chóng cả về số lượng và tỷ lệ so với tổng dân số. Theo báo cáo của Tổng cục Thống kê, đến cuối năm 2017, cả nước có 10.259.500 NCT, chiếm khoảng 10,95% dân số. So với năm 2016, số NCT tăng lên 115.100 người. Xu hướng già hóa dân số đang đặt ra những thách thức to lớn trong vấn đề chăm sóc và bảo vệ sức khỏe cho NCT. Một trong những vấn đề sức khỏe được quan tâm trong thời gian gần đây là vấn đề chăm sóc sức khỏe răng miệng NCT. Tỷ lệ bệnh răng miệng NCT ở nước ta hiện nay còn cao gây ảnh hưởng đến sức khỏe toàn thân và chất lượng cuộc sống. Kết quả nghiên cứu về bệnh quanh răng và nhu cầu điều trị bệnh ở người cao tuổi Việt Nam năm 2015 - 2017 do Viện Đào tạo Răng Hàm Mặt thực hiện nghiên cứu trên 10800 người cao tuổi tại 8 tỉnh thành phố đại diện cho người cao tuổi tại Việt Nam cho thấy tỉ lệ bệnh quanh răng khá cao, chiếm 77,3% [5]. Theo nghiên cứu của Trương Mạnh Dũng (2015) tỉ lệ sâu răng ở NCT Việt Nam chiếm 33,1%, chỉ số SMT là  $8,98 \pm 8,73$  [6]. Đã có nhiều nghiên cứu cho thấy mối quan hệ giữa bệnh răng miệng và sự gia tăng nguy cơ các bệnh toàn thân như tim mạch, đột quy, bệnh hô hấp. Mà nguyên nhân chủ yếu gây bệnh răng miệng NCT đó là do họ gặp khó khăn trong việc vệ sinh răng miệng (VSRM) đặc biệt là NCT có tình trạng sức khỏe toàn thân cần đến sự hỗ trợ của người thân.

Trên thế giới có rất nhiều phương pháp để VSRM cho NCT song để tìm thấy được một phương pháp đơn giản mang lại hiệu quả cao tại Việt Nam thì thực sự không nhiều. Năm 2002 tại Nhật Bản, Yasunori Sumi và cộng sự đã nghiên cứu thành công một hệ thống chăm sóc răng miệng đặc biệt. Hệ thống được đánh giá cao về tính an toàn, dễ dàng sử dụng và làm sạch răng miệng có hiệu quả. Hơn nữa hệ thống đặc biệt hữu ích cho người không thể giao tiếp tốt, không muốn phụ thuộc nhiều vào người khác cũng như khó khăn trong việc VSRM hay súc miệng trong đó phải kể đến là những NCT. Ở Việt Nam đây là một phương pháp mới mẻ và chưa được áp dụng rộng rãi. Với mong muốn được quan tâm và chăm sóc sức khỏe răng miệng NCT được tốt hơn, tôi tiến hành nghiên

cứu đề tài “Đánh giá hiệu quả vệ sinh răng miệng trên bệnh nhân người cao tuổi nằm điều trị nội trú tại Bệnh Viện Lão khoa Trung Ương” với hai mục tiêu:

*Mô tả tình trạng vệ sinh răng miệng của đối tượng người cao tuổi được chọn tham gia nghiên cứu tại Bệnh viện Lão khoa Trung ương.*

*Đánh giá hiệu quả của phương pháp vệ sinh răng miệng bằng hệ thống vệ sinh răng miệng tại Bệnh viện Lão khoa Trung ương.*

## **ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU**

### **1. Thời gian và địa điểm nghiên cứu**

Thời gian nghiên cứu từ tháng 7/2018 đến 8/2020 tại Bệnh viện Lão khoa Trung ương.

### **2. Đối tượng nghiên cứu**

Bệnh nhân người cao tuổi nằm điều trị tại Bệnh viện Lão khoa Trung ương.

*Tiêu chuẩn lựa chọn:* Bệnh nhân từ 60 đến 75 tuổi không phân biệt giới tính và nghề nghiệp, đồng ý tham gia nghiên cứu.

*Tiêu chuẩn loại trừ:* Bệnh nhân có ít hơn sáu răng tự nhiên trên một cung răng. Bệnh nhân mất khả năng vận động tay, tâm thần, hôn mê. Bệnh nhân đang mắc các bệnh cấp tính toàn thân hay tại chỗ. Bệnh nhân không tuân thủ điều trị.

### **3. Phương pháp nghiên cứu**

#### **3.1. Nghiên cứu mô tả cắt ngang**

Cỡ mẫu nghiên cứu được tiến hành trên tổng số 120 bệnh nhân.

#### **3.2. Nghiên cứu can thiệp**

Bệnh nhân của nghiên cứu mô tả cắt ngang được đánh giá chỉ số mảng bám. Ta chọn những bệnh nhân có chỉ số QHI  $\geq 2$  làm đối tượng của nghiên cứu can thiệp. Những bệnh nhân này được chọn ngẫu nhiên và chia đều vào hai nhóm: nhóm nghiên cứu được vệ sinh bằng hệ thống vệ sinh răng miệng và nhóm chứng được vệ sinh bằng bàn chải thông thường. Bệnh nhân của 2 nhóm được đánh giá kết quả mảng bám răng (MBR) sau khi can thiệp 7 ngày.

Công cụ và thiết bị phục vụ nghiên cứu:

Khay chứa

Bàn chải điện

Que bằng xốp oral care

Chải lưới dạng thìa

Cốc

Bình xịt

Nước súc miệng povidone-iod

Bàn chải dùng trong nghiên cứu đối chứng.

Khay khám, cây đo túi nha chu, gương phẳng, thăm châm, kẹp gấp.

Gel nhuộm màu mảng bám.

#### 4. Xử lý số liệu

Nhập và phân tích số liệu bằng phần mềm SPSS 20 và R 3.3.2. Phần mềm SPSS 20.0 được sử dụng để phân tích số liệu theo phương pháp thống kê y học [20].

Sử dụng các phương pháp thống kê mô tả các biến số, phân tích mối liên quan, so sánh các tỷ lệ, tính trung bình, so sánh hai giá trị trung bình để xác định sự khác biệt.

#### 5. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu được thực hiện khi có sự đồng ý của Hội đồng khoa học, Hội đồng Đạo đức, Trường Đại học Y Hà Nội.

Giải thích rõ cho đối tượng về mục đích của nghiên cứu, trách nhiệm của người nghiên cứu, trách nhiệm và quyền lợi của người tham gia nghiên cứu.

Nghiên cứu khi đối tượng NCT hoàn toàn tự nguyện, không ép buộc và người tham gia nghiên cứu có quyền rút khỏi nghiên cứu bất cứ lúc nào.

Sẵn sàng tư vấn cho đối tượng tham gia nghiên cứu nếu đối tượng có bệnh răng miệng.

Mọi thông tin thu nhập được đảm bảo bí mật cho đối tượng lựa chọn, chỉ phục vụ cho mục đích nghiên cứu.

Nghiên cứu được sự đồng ý và phê duyệt của bệnh viện và các cấp lãnh đạo liên quan.

#### KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu mô tả cắt ngang

Chỉ số MBR ở giới nam ( $2,82 \pm 0,75$ ) cao hơn ở giới nữ ( $2,75 \pm 0,54$ ), sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với  $p > 0,05$  (T-Test).

Bảng 1. Phân bố MBR theo mặt trong - mặt ngoài

	Chỉ số MBR (mean $\pm$ SD)		t-Test
	Mặt trong	Mặt ngoài	
Hàm trên	$2,74 \pm 0,45$	$2,85 \pm 0,26$	$p < 0,05$
Hàm dưới	$2,79 \pm 0,57$	$2,70 \pm 0,74$	$p < 0,05$

Hàm trên, chỉ số MBR trung bình mặt trong ( $2,74 \pm 0,45$ ) thấp hơn so với chỉ số MBR trung bình mặt ngoài ( $2,85 \pm 0,26$ ), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$  (T-Test).

Hàm dưới, chỉ số MBR trung bình mặt trong ( $2,79 \pm 0,57$ ) cao hơn so với chỉ số MBR trung bình mặt ngoài ( $2,70 \pm 0,74$ ), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$  (t-Test).

Nghiên cứu can thiệp chải răng

Sau khi đánh giá tình trạng vệ sinh răng miệng của 120 đối tượng của nghiên cứu cắt ngang ta tổng kết được 110 đối tượng có chỉ số mảng bám QHI  $\geq 2$  và thỏa mãn tiêu chuẩn lựa chọn. 110 đối tượng này được chia đều và ngẫu nhiên vào hai nhóm: nhóm nghiên cứu và nhóm chứng với số lượng mỗi nhóm là 55 đối tượng.

Bảng 2. Tuổi trung bình bệnh nhân nghiên cứu

Nhóm	Nhóm nghiên cứu		Nhóm chứng	
	n	( $\bar{X} \pm SD$ )	n	( $\bar{X} \pm SD$ )
Nam	27	$69,56 \pm 4,12$	26	$67,32 \pm 4,82$
Nữ	28	$67,06 \pm 5,85$	29	$66,46 \pm 4,65$
Tổng	55	$68,18 \pm 5,26$	55	$66,92 \pm 4,72$

- Tuổi trung bình ở 2 giới và ở hai nhóm nghiên cứu và nhóm chứng có giá trị tương đương lần lượt là ( $68,18 \pm 5,26$ ) và ( $66,92 \pm 4,72$ ).

- Số lượng bệnh nhân nam nữ ở 2 nhóm tương đương nhau.

Bảng 3. Phân bố MBR hàm trên ở hai nhóm

Nhóm	Nhóm nghiên cứu	Nhóm chứng	P
	(n = 55) ( $\bar{X} \pm SD$ )	(n = 55) ( $\bar{X} \pm SD$ )	
Hàm trên			
Trước can thiệp	$2,81 \pm 0,50$	$2,79 \pm 0,64$	$> 0,05$
Sau can thiệp	$0,91 \pm 0,22$	$1,81 \pm 0,30$	$< 0,05$
Tỉ lệ giảm	65,6%	33,1%	$< 0,05$

Chỉ số mảng bám hàm trên trước can thiệp của nhóm nghiên cứu và nhóm chứng tương đương nhau lần lượt là ( $2,81 \pm 0,50$ ) và ( $2,79 \pm 0,64$ ) khác biệt không có ý nghĩa thống kê ( $p > 0,05$ ).

Sau khi điều trị 7 ngày chỉ số mảng bám ở hàm trên của nhóm nghiên cứu thấp hơn ( $0,91 \pm 0,22$ ) so với nhóm chứng ( $1,81 \pm 0,30$ ) sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ( $p < 0,05$ ).

Tỉ lệ giảm của nhóm nghiên cứu cao hơn nhóm chứng có ý nghĩa thống kê lần lượt là (65,6%) và (33,1%) sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ( $p < 0,05$ ).

Bảng 4. Phân bố MBR hàm dưới ở hai nhóm nghiên cứu

Nhóm	Nhóm nghiên cứu	Nhóm chứng	P
	(n = 55) ( $\bar{X} \pm SD$ )	(n = 55) ( $\bar{X} \pm SD$ )	
Hàm dưới			
Trước can thiệp	$2,76 \pm 0,58$	$2,72 \pm 0,36$	$> 0,05$
Sau can thiệp	$1,02 \pm 0,37$	$1,85 \pm 0,31$	$< 0,01$
Tỉ lệ giảm	63,0%	31,4%	$< 0,03$

Trước can thiệp chỉ số mảng bám của nhóm nghiên cứu và nhóm chứng tương đương nhau lần lượt là ( $2,76 \pm 0,58$ ) và ( $2,72 \pm 0,36$ ) khác biệt không có ý nghĩa thống kê ( $p > 0,05$ ).

Sau can thiệp chỉ số mảng bám của nhóm nghiên cứu ( $1,02 \pm 0,37$ ) thấp hơn nhóm chứng ( $1,85 \pm 0,31$ ) sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ( $p < 0,01$ ).

Tỉ lệ giảm sau can thiệp của nhóm nghiên cứu (59,4%) cao hơn nhóm chứng (32,0%) sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ( $p < 0,03$ ).

Bảng 5. Phân bố MBR mặt ngoài ở hai nhóm

Nhóm	Nhóm nghiên cứu (n = 55) ( $\bar{X} \pm SD$ )	Nhóm chứng (n = 55) ( $\bar{X} \pm SD$ )	P
Mặt ngoài			
Trước can thiệp	2,85 ± 0,30	2,83 ± 0,72	>0,05
Sau can thiệp	0,96 ± 0,11	1,69 ± 0,28	<0,05
Tỉ lệ giảm	67,3%	40,2%	<0,05

Trước can thiệp chỉ số mảng bám của nhóm nghiên cứu và nhóm chứng tương đương nhau lần lượt là (2,85 ± 0,30) và (2,83 ± 0,72) khác biệt không có ý nghĩa thống kê ( $p > 0,05$ ).

Sau can thiệp chỉ số mảng bám của nhóm nghiên cứu (0,96 ± 0,11) thấp hơn nhóm chứng (1,69 ± 0,28) sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê ( $p < 0,05$ ).

Tỉ lệ giảm sau can thiệp của nhóm nghiên cứu (67,3%) cao hơn nhóm chứng (40,2%) sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ( $p < 0,05$ ).

Bảng 6. Phân bố MBR mặt trong ở hai nhóm

Nhóm	Nhóm nghiên cứu (n = 55) ( $\bar{X} \pm SD$ )	Nhóm chứng (n = 55) ( $\bar{X} \pm SD$ )	P
Mặt trong			
Trước can thiệp	2,77 ± 0,61	2,76 ± 0,59	>0,05
Sau can thiệp	1,05 ± 0,28	1,92 ± 0,34	<0,05
Tỉ lệ giảm	62,1%	29,4%	<0,05

Trước can thiệp chỉ số mảng bám của nhóm nghiên cứu và nhóm chứng tương đương nhau lần lượt là (2,77 ± 0,61) và (2,76 ± 0,59) khác biệt không có ý nghĩa thống kê ( $p > 0,05$ ).

Sau can thiệp chỉ số mảng bám của nhóm nghiên cứu (1,05 ± 0,28) thấp hơn nhóm chứng (1,92 ± 0,34) sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê ( $p < 0,05$ ).

Tỉ lệ giảm sau can thiệp của nhóm nghiên cứu (62,1%) cao hơn nhóm chứng (29,4%) sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ( $p < 0,05$ ).

Bảng 7. Phân bố MBR toàn hàm hai nhóm

Nhóm	Nhóm nghiên cứu (n = 55) ( $\bar{X} \pm SD$ )	Nhóm chứng (n = 55) ( $\bar{X} \pm SD$ )	P
Chung			
Trước can thiệp	2,81 ± 0,50	2,79 ± 0,64	> 0,05
Sau can thiệp	1,01 ± 0,38	1,88 ± 0,31	< 0,03
Tỉ lệ giảm	64,2%	32,5%	< 0,01

Trước can thiệp chỉ số mảng bám của nhóm nghiên cứu (2,81 ± 0,50) tương đương với nhóm chứng (2,79 ± 0,64) sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê ( $p > 0,05$ ).

Sau 7 ngày can thiệp chỉ số mảng bám của nhóm nghiên cứu giảm đáng kể (0,95 ± 0,38) so với nhóm chứng (1,88 ± 0,31) sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ( $p < 0,03$ ).

Tỉ lệ giảm sau can thiệp của nhóm nghiên

cứu (64,2%) cao hơn nhóm chứng (32,5%) sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ( $p < 0,01$ ).

### BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu, chúng tôi dùng chỉ số Quigley - Hein cải tiến để đánh giá mảng bám răng. Tiêu chí đánh giá MBR theo QHI: 0 - 1: thấp; 1 - 2: trung bình; > 2: cao.

Kết quả ở hình 1 cho thấy chỉ số MBR nam giới (2,82 ± 0,75) cao hơn đối với nữ giới, tất cả chỉ số này đều nằm ở mức cao. Tại Brazil năm 2009, Pejmon và cộng sự khám trên 160 đối tượng, cho thấy chỉ số MBR trung bình là 2,24 ± 0,11. Nghiên cứu của Trần Thị Thúy Vinh năm 2015 trên 105 đối tượng có chỉ số MBR (1,65 ± 0,41). Sở dĩ chỉ số MBR trên đối tượng trong nghiên cứu của chúng tôi cao hơn do bệnh nhân người cao tuổi gặp khó khăn trong việc VSRM.

Bảng 1 cho thấy ở hàm trên, chỉ số MBR mặt trong (2,74 ± 0,45) thấp hơn so với chỉ số MBR mặt ngoài (2,85 ± 0,26), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$  (t Test). Hàm dưới, chỉ số MBR mặt trong (2,79 ± 0,57) cao hơn so với chỉ số MBR mặt ngoài (2,70 ± 0,74), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$  (t Test). MBR mặt ngoài hàm trên và mặt trong hàm dưới là những vị trí khó làm sạch nên chỉ số MBR cao hơn các vùng khác.

Tuổi bệnh nhân ảnh hưởng nhiều đến việc VSRM. Tuổi càng cao khả năng VSRM càng thấp. Bảng 2 cho thấy tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu là (68,18 ± 5,26) cao hơn một chút so với nhóm chứng và (66,92 ± 4,72) vẫn đảm bảo kết quả khách quan của nghiên cứu.

Tỉ lệ giảm MBR hàm trên của nhóm nghiên cứu (65,6%) cao hơn nhóm chứng (33,1%) có ý nghĩa thống kê lần lượt với  $p < 0,05$ . Tỉ lệ giảm sau can thiệp ở hàm dưới của nhóm nghiên cứu (59,4%) cao hơn nhóm chứng (32,0%) sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ( $p < 0,03$ ). Tỉ lệ giảm sau can thiệp ở mặt ngoài của nhóm nghiên cứu (67,3%) cao hơn nhóm chứng (40,2%) sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ( $p < 0,05$ ). Tỉ lệ giảm ở mặt trong sau can thiệp của nhóm nghiên cứu (62,1%) cao hơn nhóm chứng (29,4%) sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ( $p < 0,05$ ). Tỉ lệ giảm sau can thiệp trên toàn hàm của nhóm nghiên cứu (64,2%) cao hơn nhóm chứng (32,5%) sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ( $p < 0,01$ ).

### KẾT LUẬN

Chỉ số mảng bám răng ở nhóm bệnh nhân nam cao hơn nhóm bệnh nhân nữ sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê ( $p < 0,05$ ).

Tỉ lệ giảm MBR sau can thiệp ở mặt ngoài, mặt trong ở nhóm can thiệp bằng hệ thống

VSRM cao hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm can thiệp bằng bàn chải thường ( $p < 0,05$ ).

#### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Ủy ban Quốc gia về người cao tuổi Việt Nam (2017). Tình hình và kết quả thực hiện công tác người cao tuổi năm 2017. *Tình hình và kết quả thực hiện công tác người cao tuổi năm 2017 và phương hướng, nhiệm vụ năm 2018*, tr. 1 – 3.

2. Dương Thị Hoài Giang (2009). Nghiên cứu thực trạng bệnh quanh răng và nhu cầu điều trị ở người cao tuổi tại phường Yên Sở - Quận Hoàng Mai - Hà Nội, *Luận văn Tốt nghiệp Bác sĩ Chuyên khoa II, Trường Đại học Y Hà Nội*.

3. Attawood Lertpimon chai, Sasivimol Rattanasiri, Sakda Arj-Ong Vallibhakara, John Attia and Ammarin Thakkinstian (2017), The association between oral hygiene and periodontitis: a systematic review and meta-analysis, *International Dental Journal*, 67: 332–343.

4. Van Dyke TE, Sheilesh D (2005). Risk factors for periodontitis, *J Int Acad Periodontol*, 7: 3–7.

5. Vũ Mạnh Tuấn, Trương Mạnh Dũng (2017). *Lão nha học*, Nhà xuất bản Giáo dục, Hà

Nội, 2, 50 - 70.

6. Trương Mạnh Dũng, Hà Ngọc Chiêu, Vũ Mạnh Tuấn (2015). Thực trạng bệnh sâu răng và nhu cầu điều trị ở người cao tuổi Việt Nam năm 2015. *Tạp chí Y học thực hành*, 1 (455) 79-83.

7. Eiter J.R, Champagne C.M, Offenbacher S., Beck J.D. (2004), *Relationship of periodontal disease and tooth loss to prevalence of coronary heart discase*, *JAMA*, p.90-782.

8. Wu T., Trevisan M., Genco R.S et al. (1999). Periodontal disease and risk of cerebrovascular disease the first National Health and Nutrition Examination survey and its follow-up study, *JAMA* (In press).

9. Scannapieco FA, Papandonatos GD, Dunford RG (1998). Associations between oral conditions and respiratory disease in a national sample survey population. *Ann Periodontol*, 3, p.251–256.

10. Sumi Y., Nakajima K., Tamura T., Nagaya T., Michiwaki Y. (2003). Developing an instrument to support oral care in the elderly, *Gerodontol*, 20, 3-8.

## NGHIÊN CỨU ĐẶC ĐIỂM HÌNH ẢNH VÀ GIÁ TRỊ CỦA CỘNG HƯỞNG TỪ TRONG CHẨN ĐOÁN HẠCH CỔ DI CĂN TỪ UNG THƯ VÒM HỌNG

LÂM ĐÔNG PHONG<sup>1</sup>,  
HOÀNG ĐỨC KIỆT<sup>2</sup>, TRẦN THANH PHƯƠNG<sup>3</sup>  
<sup>1</sup>Trường Đại học Y Dược Cần Thơ  
<sup>2</sup>Bệnh viện Hữu Nghị Việt Xô  
<sup>3</sup>Bệnh viện Ung Bướu Thành phố Hồ Chí Minh

#### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Mô tả đặc điểm hình ảnh và khảo sát giá trị của cộng hưởng từ (CHT) trong chẩn đoán hạch cổ di căn từ ung thư vòm họng (UTVH).

**Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang 35 trường hợp UTVH xác chẩn bằng mô bệnh học, chưa điều trị, được chụp CHT 1,5 Tesla từ tháng 02/2018 đến tháng 5/2020. Phân loại giai đoạn N (Node) của hạch cổ di căn từ UTVH trên CHT dựa theo phân loại của Hiệp hội Ung thư Hoa Kỳ (AJCC) ấn bản lần thứ 8.

Chịu trách nhiệm: Lâm Đông Phong  
Email: lamdongphong@gmail.com  
Ngày nhận: 24/12/2020  
Ngày phân biên: 19/01/2021  
Ngày duyệt bài: 23/02/2021

**Kết quả:** UTVH thường di căn hạch cổ (94,3%). Phần lớn bệnh nhân (87,9%) có hạch cổ di căn từ hai nhóm trở lên. Hạch nhóm II gặp nhiều nhất (84,8%). Đường kính trục ngắn trung bình hạch cổ 13,79 mm. Hạch cổ di căn từ ung thư vòm họng thường gặp giai đoạn N2 (45,7%) và N1 (40%). Hạch cổ ngấm thuốc đối quang từ trên T1CE (100%) và hạn chế khuếch tán trên DWI (100%). Độ nhạy của từng chuỗi xung T1W, T2W, T2FS, T1CE và DWI trong tất cả ba giai đoạn N (N1- N3) lần lượt là 84,8%, 93,9%, 93,9%, 100% và 100%. Độ nhạy của năm chuỗi xung ứng với mỗi giai đoạn N1, N2 và N3 lần lượt là 94,3%, 92,5% và 100%. Giá trị ADC trung bình hạch cổ  $0,776 \times 10^{-3} \text{ mm}^2/\text{giây}$ . Giá trị ADC trung bình của hạch cổ có đường kính trục ngắn  $>10 \text{ mm}$   $0,8163 \times 10^{-3} \text{ mm}^2/\text{giây}$ , giá trị ADC trung bình của hạch cổ có đường kính trục ngắn