

4. Đặc điểm về kết quả điện tâm đồ

Trong nhóm nghiên cứu của chúng tôi, 71% có kết quả điện tâm đồ bình thường, dày nhĩ phải 13%, dày thất phải 7 bệnh nhân, dày cả nhĩ phải thất phải có 2 bệnh nhân, ngoại tâm thu 5 bệnh nhân, rối loạn dẫn truyền có 3 bệnh nhân.

5. Đặc điểm về bạch cầu/máu của đối tượng nghiên cứu

Bạch cầu trong máu tăng là một trong yếu tố chỉ điểm viêm trong đợt cấp của COPD, kết quả nghiên cứu của chúng tôi có số lượng bạch cầu trung bình là $12,093 \pm 4,56$ G/l, bạch cầu lớn nhất là 28,72 G/l, bạch cầu nhỏ nhất là 3.100 G/l bạch cầu đa nhân trung tính trung bình là $74,85 \pm 13,12$ (%), bạch cầu đa nhân trung tính lớn nhất là 95,8%, bạch cầu đa nhân trung tính nhỏ nhất là 35,5%.

Bạch cầu đa nhân trung tính tăng trên 10. G/l chiếm 62%.

6. Đặc điểm về CRP trong đối tượng nghiên cứu

Trong 103 bệnh nhân nghiên cứu của chúng tôi, CRP trung bình là $68,93 \pm 43,77$ (mg/l), CRP lớn nhất là 152 mg/l, 100% bệnh nhân có CRP tăng trên 5 G/l.

KẾT LUẬN

Nghiên cứu đặc điểm cận lâm sàng 103 bệnh nhân đợt cấp COPD tại Bệnh viện Phổi Trung ương từ tháng 9 năm 2014 đến tháng 9 năm 2015, chúng tôi rút ra một số kết luận sau:

Khí máu: 49,5% khí máu bình thường, 28,2% khí máu hỗn hợp, 12,6% pH toan tăng CO₂ giảm O₂, 9,7% giảm Oxy đơn thuần.

Chức năng hô hấp: Chủ yếu là giai đoạn III, IV chiếm 86,4%, giai đoạn II chiếm 12,6%, giai đoạn I có 2 bệnh nhân.

Phân loại mức độ nặng: 79,6% là GOLD-D, 20,4% là GOLD-C.

XQ phổi: Chủ yếu là phổi tăng sáng chiếm 67%, vòm hoành bất thường chiếm 58,3%, giảm tuần hoàn ngoại vi chiếm 41,7%, phổi bản chiếm 33%, tim hình giọt nước chiếm 16,5%, không có tim to toàn bộ.

29 bệnh nhân chụp cắt lớp, có 22 bệnh nhân giãn phế nang, 12 bệnh nhân giãn phế quản, 7 bệnh nhân vừa giãn phế quản vừa giãn phế nang.

Điện tâm đồ: 10,7% dày nhĩ phải, 4,9% dày thất phải, 2 bệnh nhân dày nhĩ phải thất phải.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Anthonisen NR et al.** (1987). Antibiotic therapy in exacerbation of COPD. Ann Inter Med, 106, 196 - 204.

2. **ATS/ERS** (2004). Standar for diagnosis and management of patient with COPD. Am.J.RespirCrit Care Med, 152.

3. **GOLD** (2009). Executive summary: Global strategy for the diagnosis, management and prevention of COPD update 2009, Who workshop report.

4. **GOLD** (2015). Global Strategy for Diagnosis Management and Prevention of COPD.

5. Hội Lao và bệnh Phổi Việt Nam (2015). Hướng dẫn Quốc gia xử trí hen và bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính, Nhà xuất bản Y học.

6. **Sethi S** (2000). Infectious etiology of acute exacerbation of chronic bronchitis. Chest, 117, 380 - 85.

7. **Celli B.R And Barnes P.J.** (2007). Exacerbation of COPD. EurRespir. J, 29, 1224 - 38.

8. **Beatty CD et al.** (1991). Chlamydia pneumoniae, strain TWAR infection in patient with COPD. Am Rev Respir Dis, 144, 1408 - 10.

9. **Ngô Thị Thu Hương** (2005). Nghiên cứu phân loại mức độ nặng của COPD theo GOLD 2003 tại khoa Hô hấp Bệnh viện Bạch Mai, Luận văn Thạc sĩ Y học, Trường Đại học Y Hà Nội.

10. **Hoàng Đình Hải** (2009). Nhận xét giá trị của thông khí không xâm nhập BiPAP điều trị đợt cấp COPD tại Khoa Hô hấp, Bệnh viện Bạch Mai, Luận văn Thạc sĩ cao học, Trường Đại học Y Hà Nội.

HIỆU QUẢ CỦA GHÉP FIBRIN GIÀU TIỂU CẦU VÀO HUYỆT Ồ RĂNG SAU NHỔ Ở HÀ NỘI

TRỊNH XUÂN HỌC¹, TRẦN NGỌC CƯỜNG¹, ĐÀO THỊ NGỌC LAN²,
LÊ HỒNG MINH², NGUYỄN THU HÀNG¹, NGUYỄN VŨ TRUNG^{1,2*}

¹Bệnh viện Đa khoa Hà Đông

²Trung tâm Nghiên cứu và Đánh giá Kinh tế Y tế

Chịu trách nhiệm: Nguyễn Vũ Trung

Email: trungnguyen@herac.org

Ngày nhận: 24/8/2021

Ngày phản biện: 20/9/2021

Ngày duyệt bài: 28/9/2021

TÓM TẮT

Qua nghiên cứu 150 bệnh nhân phẫu thuật nhổ răng khôn hàm dưới mọc lệch ngầm có chỉ số độ khó tương đương nhau tại Bệnh viện Đa khoa Hà Đông nhận thấy tỷ lệ bệnh nhân không

đau sau phẫu thuật bằng phương pháp nhổ răng ghép PRF (21,7%) và nhổ răng ghép PRF + DDM (33,3%) cao hơn rất nhiều so với nhóm đối chứng (0%). Không còn tình trạng sưng nề ở nhóm sử dụng phương pháp nhổ răng ghép PRF và nhổ răng ghép PRF + DDM sau 7 ngày. Tỷ trọng xương tại huyết ổ răng khi nhổ bằng phương pháp nhổ răng ghép PRF và nhổ răng ghép PRF + DDM có kết quả tương đương nhau và đều cao hơn không ghép. Kết quả nghiên cứu cho thấy PRF khi ghép vào huyết ổ răng sau nhổ có tác dụng giảm đau, giảm sưng và tăng tỷ trọng xương.

Từ khóa: Nhổ RKHD, nhổ răng ghép PRF, nhổ răng ghép PRF + DDM, Bệnh viện Đa khoa Hà Đông.

SUMMARY

EFFICACY OF PLATELET-RICH FIBRIN GRAFTING INTO THE ALVEOLAR CAVITY AFTER EXTRACTION IN HANOI

Through a study of 150 patients undergoing surgery to extract wisdom teeth of the lower jaw with the same difficulty index at Ha Dong General Hospital, it was found that the percentage of patients with mild pain after surgery by PRF and grafting methods. PRF + DDM graft extraction decreased gradually after 72 hours (only 1.7%) and this rate was lower than the control group (3.3%). There was no more swelling in the group using PRF and PRF + DDM grafts after 7 days. The density of bone at the alveolar point when extracted by PRF grafting and PRF + DDM graft extraction have similar results and are both higher than those without grafting.

Keywords: Lower wisdom tooth extraction, PRF graft extraction, PRF + DDM graft extraction, Ha Dong General Hospital.

ĐẶT VẤN ĐỀ

Phẫu thuật nhổ răng là một thủ thuật thường gặp trong phẫu thuật miệng – hàm mặt. Răng hàm lớn thứ 3 (răng khôn) có thời gian hình thành và phát triển dài hơn so với tất cả các răng khác. Răng nằm ở vị trí liên quan nhiều cấu trúc giải phẫu quan trọng. Do có thời gian mọc muộn, khoảng mọc răng hẹp nên răng khôn hàm dưới (RKHD) thường có xu hướng thiếu chỗ gây nên hiện tượng mọc lệch, chìm... gây ra nhiều biến chứng tại chỗ và toàn thân như viêm quanh thân răng, áp xe quanh răng, viêm xương hàm. Mặc dù với sự phát triển của những kỹ thuật và vật liệu mới, phẫu thuật nhổ răng khôn hàm dưới vẫn dẫn đến những triệu chứng và biến chứng ảnh hưởng đến chất lượng sống của bệnh nhân. Việc làm thế nào để quá trình tái tạo xương và mô mềm được

diễn ra nhanh chóng, được tối đa hóa làm cho các bác sĩ nha khoa luôn muốn tìm ra một vật liệu ghép để thúc đẩy quá trình này. Vật liệu ghép lý tưởng phải đảm bảo tính tương hợp sinh học, tương hợp lý học, đảm bảo chức năng và tính tiện dụng. Hiện nay có nhiều vật liệu ghép được sử dụng trong nha khoa. Nhiều nghiên cứu trên thế giới như nghiên cứu của Choukroun J, Simonpieri, Dohan DM... cho thấy Fibrin giàu tiểu cầu (PRF) có hiệu quả trong việc kích thích quá trình lành thương xương và mô mềm, có khả năng giảm đau, sưng nề, chảy máu kéo dài sau phẫu thuật, viêm huyết ổ răng, viêm mô tế bào. Đây là sản phẩm tự thân nên không gây các phản ứng miễn dịch đào thải loại, quy trình chế tạo đơn giản và giá thành rẻ nên dễ được áp dụng. Với mong muốn đưa kỹ thuật này sử dụng rộng rãi chúng tôi tiến hành nghiên cứu đánh giá hiệu quả của ghép Fibrin giàu tiểu cầu (Platelet Rich Fibrin - PRF) vào huyết ổ răng sau nhổ ở Hà Nội.

ĐỐI TƯỢNG, PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu

150 bệnh nhân chẩn đoán răng khôn hàm dưới mọc lệch điều trị tại Khoa Răng Hàm Mặt, Bệnh viện Đa khoa Hà Đông từ tháng 9 năm 2019 đến tháng 10 năm 2021. Được chia làm ba nhóm:

* Nhóm 1 (nhóm chứng): Không ghép gì vào huyết ổ răng sau nhổ 30 bệnh nhân.

* Nhóm 2: Ghép Fibrin giàu tiểu cầu vào huyết ổ răng sau nhổ 60 bệnh nhân.

* Nhóm 3: Ghép fibrin giàu tiểu cầu phối hợp với ngà răng khử khoáng vào huyết ổ răng sau nhổ 60 bệnh nhân.

2. Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu can thiệp lâm sàng có đối chứng.

3. Xử lý số liệu: Theo phương pháp thống kê y học, xử lý bằng phần mềm SPSS 16.0.

KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu tiến hành trên 150 bệnh nhân chẩn đoán răng khôn hàm dưới mọc lệch được điều trị tại Khoa Răng Hàm Mặt, Bệnh viện Đa khoa Hà Đông từ tháng 9 năm 2019 đến tháng 10 năm 2021.

1. Đặc điểm chung của đối tượng

Bảng 1. Phân bố bệnh nhân theo tuổi và giới tính

| Nhóm | Tuổi | | Giới tính | |
|------|------------------|-----------|------------|------------|
| | $\bar{X} \pm SD$ | Min - max | Nam (%) | Nữ (%) |
| 1 | 30,4 ± 7,0 | 20 - 44 | 13 (43,3%) | 17 (56,7%) |
| 2 | 29,1 ± 6,2 | 20 - 43 | 23 (38,3%) | 37 (61,7%) |
| 3 | 30,4 ± 6,6 | 20 - 45 | 24 (40,0%) | 36 (60,0%) |
| Tổng | 29,9 ± 6,5 | 20 - 45 | 60 (40,0%) | 90 (60,0%) |

Kết quả nghiên cứu cho thấy, phần lớn bệnh nhân là nữ giới ở cả 3 nhóm. Kết quả này tương đương với kết quả trong nghiên cứu của Lê Bá Anh Đức (2014), tỷ lệ này là 46%, nữ là 54%; Đặng Tuấn Anh (2015), tỷ lệ này là 50-50%. Độ tuổi trung bình của 3 nhóm tương đương nhau ($29,9 \pm 6,5$), từ 20 - 45 tuổi. Đây là độ tuổi sự tăng trưởng xương của bệnh nhân tương đối ổn định và ít có các bệnh lý nền. Vì các bệnh lý nền như huyết áp, tiểu đường có thể ảnh hưởng đến sự lành thương của huyết ổ răng sau nhổ.

Bảng 2. Chỉ số độ khó RKHD mọc lệch ngàm (%)

| Điểm | Nhóm 1 | | Nhóm 2 | | Nhóm 3 | |
|-----------------|--------|------|--------|------|--------|------|
| | R38 | R48 | R38 | R48 | R38 | R48 |
| Từ 1 - 5 điểm | 10,0 | 6,9 | 12,3 | 13,6 | 6,9 | 3,4 |
| Từ 6 - 10 điểm | 90,0 | 93,1 | 87,7 | 86,4 | 93,1 | 96,6 |
| Từ 11 - 15 điểm | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Tổng số | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 |

Ở cả 3 nhóm đối tượng, chỉ số độ khó trong khoảng 6 - 10 điểm chiếm tỷ lệ cao nhất (độ khó ở mức độ trung bình), thuận lợi cho việc nhổ răng.

Bảng 3. Mức độ đau của các nhóm đối tượng sau phẫu thuật

| Nhóm / Mức độ | | Thời gian | | Sau 6 giờ (T1) | | Sau 24 giờ (T2) | | 72 giờ (T3) | | Sau 7 ngày (T4) | |
|---------------|------------|-----------|------|----------------|------|-----------------|------|-------------|------|-----------------|--|
| | | n | % | n | % | n | % | n | % | | |
| 1 | Không đau | 0 | 0 | 9 | 30,0 | 28 | 93,3 | 29 | 96,7 | | |
| | Đau nhẹ | 11 | 36,7 | 21 | 70,0 | 2 | 6,7 | 1 | 3,3 | | |
| | Đau vừa | 19 | 63,3 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | | |
| | Đau dữ dội | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | | |
| | Tổng số | 30 | 100 | 30 | 100 | 30 | 100 | 30 | 100 | | |
| 2 | Không đau | 13 | 21,7 | 45 | 75,0 | 59 | 98,3 | 59 | 98,3 | | |
| | Đau nhẹ | 41 | 68,3 | 15 | 25,0 | 1 | 1,7 | 1 | 1,7 | | |
| | Đau vừa | 6 | 10,0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | | |
| | Đau dữ dội | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | | |
| | Tổng số | 60 | 100 | 60 | 100 | 60 | 100 | 60 | 100 | | |
| 3 | Không đau | 24 | 40,0 | 40 | 66,7 | 59 | 98,3 | 59 | 98,3 | | |
| | Đau nhẹ | 22 | 36,7 | 20 | 33,3 | 1 | 1,7 | 1 | 1,7 | | |
| | Đau vừa | 14 | 23,3 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | | |
| | Đau dữ dội | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | | |
| | Tổng số | 60 | 100 | 60 | 100 | 60 | 100 | 60 | 100 | | |

Sau phẫu thuật, không có bệnh nhân bị đau dữ dội. Tại thời điểm 6h sau phẫu thuật, ở nhóm 1 là nhóm chứng, 100% bệnh nhân có cảm giác đau, nhóm 2 tỷ lệ bệnh nhân không đau chiếm 21,7% và tỷ lệ này ở nhóm 3 là 40%. Tại thời điểm 24h sau phẫu thuật, tỷ lệ bệnh nhân không đau ở nhóm 2 và nhóm 3 tăng lên, tỷ lệ đau nhẹ ở nhóm 1 chiếm 70% cao hơn nhóm 2 (25%) và nhóm 3 (33,3%). Sau 72 giờ và 7 ngày, hầu như bệnh nhân ở 3 nhóm không đau. Kết quả này cho thấy PRF khi ghép vào huyết ổ răng sau nhổ có hiệu quả giảm đau sau phẫu thuật.

Bảng 4. Tình trạng sưng nề sau phẫu thuật của 3 nhóm đối tượng

| Thời điểm | | % sưng nề | $\bar{X} \pm SD$ | p | P_{1-2} P_{1-3} P_{2-3} |
|-----------|--------|-----------|------------------|-------|-------------------------------------|
| 24h | Nhóm 1 | | $3,37 \pm 4,98$ | 0,011 | 0,038 |
| | Nhóm 2 | | $2,25 \pm 2,00$ | | 0,003 |
| | Nhóm 3 | | $1,74 \pm 0,82$ | | 0,250 |
| 72h | Nhóm 1 | | $1,47 \pm 4,49$ | 0,048 | 0,030 |
| | Nhóm 2 | | $0,46 \pm 0,57$ | | 0,021 |
| | Nhóm 3 | | $0,40 \pm 0,53$ | | 0,871 |
| 7 ngày | Nhóm 1 | | $0,82 \pm 4,57$ | 0,120 | 0,076 |
| | Nhóm 2 | | 0 | | 0,050 |
| | Nhóm 3 | | $-0,08 \pm 0,24$ | | 0,821 |

Sau 24 giờ, 72 giờ và 7 ngày, nhóm 1 có độ sưng nề trung bình cao nhất, nhóm 3 có độ sưng nề thấp nhất. Nhóm 2, nhóm 3 hết sưng nề hoàn toàn vào ngày thứ 7 sau phẫu thuật. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Kết quả này cho thấy sử dụng PRF ghép vào huyết ổ răng sau nhổ có tác dụng giảm sưng nề.

Bảng 5. So sánh tỷ trọng xương tại huyết ổ răng sau 1 tháng, 4 tháng, 8 tháng

| | n | $\bar{X} \pm SD$ sau 1 tháng | P_{1-2} P_{1-3} P_{2-3} | $\bar{X} \pm SD$ Sau 4 tháng | P_{1-2} P_{1-3} P_{2-3} | $\bar{X} \pm SD$ Sau 8 tháng | P_{1-2} P_{1-3} P_{2-3} |
|--------|-----|---------------------------------|-------------------------------------|---------------------------------|-------------------------------------|---------------------------------|-------------------------------------|
| Nhóm 1 | 30 | 1260,70 ± 71,55 | 0,027 | 1340,57 ± 61,31 | 0,015 | 1412,87 ± 60,40 | 0,053 |
| Nhóm 2 | 60 | 1307,57 ± 89,32 | 0,000 | 1391,06 ± 97,41 | 0,000 | 1459,04 ± 82,66 | 0,029 |
| Nhóm 3 | 60 | 1415,85 ± 102,57 | 0,000 | 1450,60 ± 126,54 | 0,029 | 1465,29 ± 117,20 | 0,746 |
| Chung | 150 | 1342 ± 110,32 | 0,000 | 1401,77 ± 110,83 | 0,000 | 1452,36 ± 95,96 | 0,04 |

Nhận xét: Sau 8 tháng phẫu thuật nhổ răng, tỷ trọng xương tại huyết ổ răng của nhóm 2 và nhóm 3 tương đương nhau, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$. Như vậy, phương pháp nhổ răng ghép PRF và nhổ răng ghép PRF + DDM có kết quả tương đương nhau và đều có tỷ trọng xương tại huyết ổ răng cao hơn.

KẾT LUẬN

- Phân bố bệnh nhân theo tuổi và giới: Độ tuổi trung bình của bệnh nhân là $29,9 \pm 6,5$, từ 20 – 45 tuổi. Nữ nhiều hơn nam.
- Chỉ số độ khó của RKHD mọc lệch ngầm tương đương nhau ở cả 3 nhóm (6-10 điểm).
- Mức độ đau: Fibrin giàu tiểu cầu có tác dụng giảm đau sau phẫu thuật, đặc biệt trong 24h đầu sau phẫu thuật.
- Mức độ sưng nề: Nhóm 1 có mức độ sưng nề trung bình cao nhất, nhóm 3 có độ sưng nề trung bình thấp nhất.
- Tỷ trọng xương sau phẫu thuật: tỷ trọng xương tại huyết ổ răng của nhóm 2 và nhóm 3 tương đương nhau và cao hơn nhóm 1.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Văn Cát, (1977). “Sự hình thành và phát triển răng”, Răng Hàm Mặt, 1, Nhà xuất bản Y học, trang 73 - 89.
2. Lê Bá Anh Đức (2014). “Đánh giá hiệu quả của ghép huyết tương giàu yếu tố tăng trưởng sau phẫu thuật nhổ răng khôn hàm dưới khó”, Luận văn Tốt nghiệp Bác sĩ Nội trú, Viện Đào tạo Răng Hàm Mặt, Trường Đại học Y Hà Nội.
3. Ghanaati S, Booms P, Orłowska A, et al, (2014). “Advanced platelet-rich fibrin: a new concept for cell-based tissue engineering by means of inflammatory cells”. The Journal of oral implantology;40(6):679–89.
4. Davis VL, Abukabda AB, Radio NM, et al, (2014). “Platelet-rich preparations to improve healing. Part II: platelet activation and enrichment, leukocyte inclusion, and other selection criteria”, The Journal of oral implantology. 2014;40(4):511 - 21.
5. Um, I.W, Kim, Y. K, & Mitsugi, (2017). “Deminerlized dentin matrix scaffolds for alveolar bone engineering”. The Journal of Indian Prosthodontic Society, 17(2), 120.

THỰC TRẠNG VÔI HOÁ VAN ĐỘNG MẠCH CHỦ VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN Ở BỆNH NHÂN BỆNH THẬN MẠN

VŨ THỊ HƯƠNG¹, NGUYỄN NGỌC QUANG²,
KHÔNG NAM HƯƠNG¹, ĐỖ GIA TUYẾN²
¹Bệnh viện Bạch Mai
²Trường Đại học Y Hà Nội

TÓM TẮT

Nghiên cứu mô tả cắt ngang 303 bệnh nhân mắc bệnh thận mạn các giai đoạn từ I-V chẩn đoán theo tiêu chuẩn KDIGO 2012 đến khám điều trị tại Bệnh viện Bạch Mai từ tháng 8/2020 đến tháng 6/2021. Bệnh nhân được làm siêu âm tim qua thành ngực để đánh giá tình trạng vôi

hoá van động mạch chủ theo thang điểm Yousry. Tuổi trung bình của nhóm đối tượng nghiên cứu là $52,85 \pm 15,37$, nam giới chiếm 60,4%; nguyên nhân gây bệnh thận mạn do viêm cầu thận (viêm cầu thận mạn) là phổ biến nhất 62,4%. Kết quả nghiên cứu cho thấy tỉ lệ vôi hoá van động mạch chủ là 31,7%. Trong đó vôi hóa mức độ nhẹ 87,5%; vôi hóa mức độ vừa 8,3%; mức độ nặng 4,2%. Tỷ lệ vôi hóa tăng dần theo mức độ nặng của các giai đoạn bệnh thận mạn, tỷ lệ vôi hóa cao nhất ở nhóm BN giai đoạn V (64,1%); giai đoạn III-IV có 22,2%. Có

Chịu trách nhiệm: Vũ Thị Hương
Email: huongvu201078@gmail.com
Ngày nhận: 10/8/2021
Ngày phản biện: 16/9/2021
Ngày duyệt bài: 29/9/2021