

hiện được những thương tổn không thể đánh giá được trên X-quang quy ước và CLVT. Đó là có 12 rường hợp có tổn thương đưng dập, đứt tủy, 5 rường hợp tụ máu ngoài màng cứng, 11 trường hợp tổn thương phức hợp dây chằng phía sau.../liệt phát hiện tình trạng thương tổn tủy sống giúp ta có đầy đủ thông tin hơn, xác định được ổ thương tổn để từ đó đưa ra phương pháp điều trị phẫu thuật phù hợp đạt kết quả cao nhất.

## V. KẾT LUẬN

Tuổi trung bình là  $44.29 \pm 13.95$ , gặp nhiều nhất ở lứa tuổi lao động từ 20 đến 60 với 87,6%. Tỷ lệ nam/nữ là 1,87/1. Nguyên nhân chủ yếu do FNLD chiếm 42,7%, TNSH 32,6%.

Triệu chứng lâm sàng: 100% bệnh nhân có rối loạn cảm giác và rối loạn vận động, 61,8% 3N có rối loạn cơ tròn.

Tổn thương thần kinh theo ASIA: nhiều nhất ở AIS\_D chiếm 55,1%; AIS\_C chiếm 32,6%, còn lại AIS\_B chiếm 12,3%.

X-quang và CLVT có vai trò quan trọng trong chẩn đoán CTCS mất vững. Trong khi X-quang giúp đánh giá cột sống một cách tổng thể thì CLVT cho thấy chính xác tổn thương các thành phần của cột sống giúp phân loại Denis. Vị trí tổn thương có 85,4% tổn thương một đốt đơn thuần và 14,6% tổn thương hai đốt liên tiếp. Gặp nhiều

nhất là tổn thương đốt sống L1 chiếm 48,3%, L2 chiếm 19,1%, T12 chiếm 15,7%, T11 gặp ít nhất 2,2%. Tỷ lệ hẹp ống sống càng nặng thì nguy cơ tổn thương thần kinh càng cao, sự khác biệt có nghĩa thống kê với  $p < 0,05$ .

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Knoeller S.M., Seifried C. (2000).** Historic Perspective: History of spinal surgery. *Spine*, 2 (21), 2838-2843.
2. **Nguyễn Lê Bảo Tiên (2004).** Nghiên cứu kết quả phẫu thuật chấn thương gãy cột sống lưng-thắt lư dây chằng qua cương với dụng cụ Moss Miami tại bệnh viện Việt Đức, Trường ĐH Y Hà Nội.
3. **Võ Văn Thành (2006).** Lịch sử hình thành và phát triển ngành cột sống Việt Nam trong hơn 150 năm qua (1975-2006) tại TP. Hồ Chí Minh, 1 yếu hội nghị thường niên lần thứ XIII - Hội chuyên ngành chỉnh hình, Hội y học TP. HCM, 94-103.
4. **Võ Xuân Sơn (1998).** Áp dụng phương pháp Roy Camille trong mổ chấn thương cột sống lưng-thắt lư tại Bệnh viện Chấn Thương từ tháng 6/1994 - 1/1996. *Tạp chí y học Việt Nam*, 6,7,8 (1998), 72-82.
5. **Ngô Tuấn Tùng (2015).** Đánh giá kết quả phẫu thuật chấn thương cột sống đoạn bản lẻ ngực-thắt lư mất vững tại bệnh viện Hữu nghị Việt Đức, Đại học Y Hà Nội.
6. **Robert F., McLain (2006).** The biomechanics of long versus short fixation for thoracolumbar spin fractures. *Spine*, 31, 70-79.

## ĐÁNH GIÁ TÌNH TRẠNG LO SỢ THEO DAS (DENTAL ANXIETY SCALE) TRƯỚC KHI CAN THIỆP PHẪU THUẬT RĂNG KHÔN HÀM DƯỚI

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Đánh giá mức độ lo sợ trước phẫu thuật răng khôn hàm dưới. **Đối tượng:** 162 bệnh nhân (nam: 111 và nữ: 51), tuổi từ 18 – 60, ASA I – II, tiến hành tại khoa Phẫu thuật Trong miệng. **Phương pháp:** Đánh giá mức độ lo sợ trước phẫu thuật theo thang điểm DAS của Corah: 20 điểm, trong đó: (< 4 điểm: không lo sợ; 4 – 8 điểm: lo sợ nhẹ; 9 – 12 điểm: lo sợ vừa; 13 – 20 điểm: lo sợ nặng). **Kết quả:** 88,27% lo sợ trước phẫu thuật răng khôn hàm dưới với các mức độ (41,98% nhẹ, 38,27% vừa, 8,02% nặng) và mức lo sợ trung bình là  $9,04 \pm 3,65$  điểm. **Kết luận:** trong phẫu thuật răng khôn hàm dưới hầu

Nguyễn Quang Bình\*, Phạm Hoàng Tuấn

như bệnh nhân đều lo sợ trước phẫu thuật và ở mức lo sợ vừa.

**Từ khóa:** răng khôn, lo sợ, DAS

### SUMMARY

#### ASSESSMENT OF THE DENTAL ANXIETY SCALE BEFORE REMOVE WISDOM - TOOTH

**Purpose:** assessment of the dental anxiety scale before remove wisdom – tooth. **Participants:** 162 patients (male: 111 and female: 51), ASA I – II, age 18 – 60 in Oral surgery department. **Methods:** 1 measure anxiety scale before operation by CDAS with 20 points (in which: < 4 no anxiety, 4 – 8 lower anxiety level, 9 – 12 moderate anxiety level, 13 – 20 high anxiety level). **Result:** 88,27 % patients indicated anxiety in 41,98 % lower level, 38,27 % moderate level, 8,02 % high level. Mean anxiety level  $9,04 \pm 3,65$  points. **Conclusion:** almost patients were nervous moderate level before remove wisdom - tooth.

**Keywords:** wisdom – tooth, anxiety, DAS

\*Bệnh viện Răng Hàm Mặt TW Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Hoàng Tuấn

Email: nguyenvinh3010@gmail.com

Ngày nhận bài: 7.11.2016

Ngày phản biện khoa học: 6.01.2017

Ngày duyệt bài: 18.01.2017

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Răng khôn hàm dưới mọc lệch, ngậm chiếm một tỉ lệ khá cao khoảng từ 20 - 30%. Phẫu thuật răng khôn hàm dưới là một trong những can thiệp khó trong miệng, khi có chỉ định phẫu thuật loại bỏ răng khôn bệnh nhân thường có tâm lí lo sợ. Theo chẩn đoán thống kê về các rối loạn tâm lí cho biết lo sợ trong nha khoa là một trong những lo sợ thường gặp nhất và được xếp loại là lo sợ đặc biệt [1]. Việc đánh giá mức độ lo sợ trước phẫu thuật răng khôn giúp cho bác sĩ đưa ra biện pháp an thần thích hợp nhằm làm giảm tác hại của lo sợ trước phẫu thuật. Tuy nhiên, đánh giá mức độ lo sợ trong can thiệp nha khoa nói chung và trong phẫu thuật răng khôn hàm dưới nói riêng ở Việt Nam đến nay vẫn chưa có tác giả nào đề cập đến. Vì vậy, nghiên cứu đánh giá mức độ lo sợ trước can thiệp phẫu thuật răng khôn hàm dưới là cần thiết.

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

### 2.1. Đối tượng nghiên cứu

Nghiên cứu ở 162 bệnh nhân (111 nam và 51 nữ) có chỉ định phẫu thuật răng khôn hàm dưới, tuổi từ 18 - 60, tình trạng toàn thân ASA I - II.

Thực hiện tại khoa Phẫu thuật Trong miệng - Bệnh viện RHM trung ương Hà Nội từ 2/2009 đến 2/2010.

### 2.2. Phương pháp nghiên cứu

#### \* Phương tiện nghiên cứu:

- Sử dụng bảng điểm DAS (the dental anxiety scale) của Corah [3] được coi là " tiêu chuẩn vàng" để đánh giá mức độ lo sợ trước khi can thiệp nha khoa.

- Thang điểm DAS là 20 điểm với 4 câu hỏi trước khi can thiệp nha khoa và mỗi câu hỏi có 5 sự lựa chọn để trả lời tương ứng với 5 mức độ lo sợ khác nhau (từ 1 đến 5 điểm).

**Bảng điểm đánh giá mức độ lo sợ trước phẫu thuật răng theo DAS**

Điểm	Nếu bạn phải đến gặp nha sĩ, bạn sẽ cảm thấy thế nào?
1.	Tôi sẽ mong đợi nó như là một trải nghiệm khá thú vị.
2.	Tôi sẽ không quan tâm gì hết.
3.	Tôi sẽ cảm thấy một chút khó khăn.
4.	Tôi sẽ e ngại rằng không được dễ chịu lắm và sẽ đau.
5.	Tôi sẽ rất sợ hãi về những việc nha sĩ sẽ làm.
<b>Trong khi bạn đợi đến lượt ở phòng khám răng, bạn thấy thế nào?</b>	
1.	Không lo sợ chút nào.
2.	Lo sợ một chút (không thoải mái).
3.	Bồn chồn.
4.	Lo sợ.
5.	Lo sợ đến mức vã mồ hôi hoặc gần như cảm thấy thực sự phát ốm.
<b>Khi bạn đã ngồi trên ghế răng và chờ đợi nha sĩ, bạn thấy thế nào?</b>	
1.	Không lo sợ chút nào.
2.	Lo sợ một chút (không thoải mái).
3.	Bồn chồn.
4.	Lo sợ.
5.	Lo sợ đến mức vã mồ hôi hoặc gần như cảm thấy thực sự phát ốm.
<b>Bạn đang trên ghế răng, chờ dụng cụ phẫu thuật, bạn thấy thế nào?</b>	
1.	Không lo sợ chút nào.
2.	Lo sợ một chút (không thoải mái).
3.	Bồn chồn.
4.	Lo sợ.
5.	Lo sợ đến mức vã mồ hôi hoặc gần như cảm thấy thực sự phát ốm.

\**Cách thức đánh giá:* Thang điểm DAS của Corah có tối đa là 20 điểm và được đánh giá theo các mức độ lo sợ như sau:

Dưới 4 điểm: mức không lo sợ

Từ 4 - 8 điểm: lo sợ mức độ nhẹ

Từ 9 - 12 điểm: lo sợ mức độ vừa

- Từ 13 - 20 điểm: lo sợ mức độ nặng

\* *Đạo đức nghiên cứu:* tuân thủ các nguyên tắc trong tuyên bố Helsinki (1975), được thông qua tại Hội nghị Y tế Thế giới 29 (Tokyo) năm

\* *Phương pháp xử lí số liệu:* xử lí theo phần mềm thống kê SPSS 15.0

## III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

### 3.1. Đặc điểm chung của bệnh nhân

**Bảng 1. Đặc điểm về tuổi, giới và tình trạng toàn thân (ASA)**

Tuổi (năm)		Giới		ASA	
17 - 30 (%)	31 - 60 (%)	Nam (%)	Nữ (%)	I (%)	II (%)
119 (73,46)	43 (26,54)	111 (68,52)	51 (31,48)	143 (88,27)	19 (11,73)
p < 0,05		p < 0,05		p < 0,05	

\*Về tuổi: ở 162 bệnh nhân phẫu thuật răng khôn hàm dưới cho thấy ở độ tuổi từ 17 - 30 tuổi (73,46%) chiếm tỉ lệ cao hơn có ý nghĩa ( $p < 0,05$ ) so với độ tuổi 31 - 60 tuổi (26,54%). Để lý giải vấn đề này là do răng khôn bắt đầu thường mọc ở tuổi trưởng thành trên cung hàm do thiếu chỗ nên khi mọc dễ bị biến chứng lệch, ngàm và đau có chỉ định phẫu thuật, vì vậy ảnh hưởng không nhỏ đến thái độ lo lắng của bệnh nhân trước khi phẫu thuật.

\*Về giới tính: tổng số bệnh nhân nam chiếm tỉ lệ 68,52% cao hơn có ý nghĩa thống kê ( $p <$

0,05) so với bệnh nhân nữ 31,48%. Giới tính cũng là yếu tố ảnh hưởng đến tình thần, sự chịu đựng và mức độ lo sợ của bệnh nhân.

\*Về tình trạng sức khỏe (ASA): trong tổng số 162 bệnh nhân ASA loại I (88,27%) cao hơn có nghĩa thống kê ( $p < 0,05$ ) so với ASA loại II (11,73%). Như vậy, hầu như các bệnh nhân đều có tình trạng toàn thân khỏe mạnh, không mắc các bệnh kèm theo nào trầm trọng trước khi phẫu thuật.

### 3.2. Mức độ lo sợ của bệnh nhân trước phẫu thuật răng khôn hàm dưới

**Bảng 2: Tỉ lệ và mức độ lo sợ trước phẫu thuật theo DAS của Corah**

Mức lo sợ	BN (n = 162)	Tỉ lệ %
Không lo sợ:	19	11,73
Lo sợ:	143	88,27
- Nhẹ:	68	41,98
- Vừa:	62	38,27
- Nặng:	13	8,02
Mức lo sợ trung bình $\bar{x} \pm SD$	9,04 $\pm$ 3,65 điểm.	

Kết quả cho thấy điểm lo sợ trung bình trước phẫu thuật theo DAS ở 162 bệnh nhân là 9,04  $\pm$  3,65 điểm. Theo thang điểm DAS, điểm lo sợ trung bình trước phẫu thuật là mức lo sợ vừa. Như vậy, ở mức lo sợ này việc sử dụng an thần trong can thiệp phẫu thuật răng khôn hàm dưới là cần thiết. Jaakkola (2009) nghiên cứu đánh giá mức độ lo sợ nha khoa ở 26 bệnh nhân theo thang điểm DAS, kết quả cho thấy điểm lo sợ trung bình trước phẫu thuật là 8,60  $\pm$  2,50 điểm [4]. Kaakko (1998) cho biết điểm lo sợ trung bình trước phẫu thuật theo DAS là 8,90  $\pm$  3,40 điểm [5]. Kết quả nghiên cứu của các tác giả cho thấy mức lo sợ trước phẫu thuật nha khoa thường ở mức lo sợ vừa. Kết quả của chúng tôi cũng tương tự như kết quả nghiên cứu của các tác giả. Như vậy, việc sử dụng an thần trước và trong khi phẫu thuật giúp cho bệnh nhân dễ chấp nhận điều trị, hạn chế việc né tránh hoặc từ chối các can thiệp phẫu thuật. Rasa Racciene (2004) nghiên cứu về mối liên quan giữa lo sợ nha khoa và lo sợ chung ở 557 bệnh nhân. Tác giả cho rằng lo sợ trong can thiệp nha khoa có liên quan đến nhiều đặc tính như: sự nhút nhác, lo sợ quá mức đến vấn đề không quan trọng, các

\* Mức độ lo sợ trước phẫu thuật kích thích răng cơ bản và lo sợ nhìn thấy kim gập tẽ. Tác giả kết luận rằng mức độ lo sợ chung có sự tương quan thuận với mức lo sợ nha khoa [7]. Như vậy, lo sợ trước can thiệp nha khoa là yếu tố bất lợi có thể dẫn đến việc từ chối điều trị và ảnh hưởng đến sức khỏe răng miệng của bệnh nhân.

\* Tỉ lệ số bệnh nhân lo sợ trước phẫu thuật: Kết quả cho thấy 88,27% số bệnh nhân phẫu thuật răng khôn hàm dưới bị lo sợ trước phẫu thuật, trong đó 41,98% lo sợ nhẹ, 38,27% lo sợ vừa và 8,02% lo sợ nặng. Neverlien (1991) nghiên cứu ở 1351 bệnh nhân cần can thiệp nha khoa cho biết tỉ lệ số bệnh nhân có mức lo sợ theo DAS như sau: 64% lo sợ nhẹ, 28% lo sợ vừa, 8% lo sợ nặng [6]. Như vậy, kết quả của chúng tôi về tỉ lệ số bệnh nhân có mức lo sợ thấp hơn, mức lo sợ vừa cao hơn và mức lo sợ nặng tương đương so với kết quả nghiên cứu của tác giả. Chanpong và CS (2005) nghiên cứu ở 1101 bệnh nhân cần can thiệp nha khoa cho thấy 49,2% từ chối ở thời điểm lo sợ nhất, chỉ 5,2% không hoặc ít lo sợ [2]. Như vậy, lo sợ yếu tố bất lợi trong can thiệp nha khoa. Timot (2004) cho rằng mức lo sợ trước mổ tăng là yếu tố dự báo tăng sử dụng tổng liều thuốc an thần

thuốc tê và cũng là yếu tố dự báo tăng mức cử động trong mổ. Những bệnh nhân lo sợ mức độ nhiễu trước khi mổ sẽ phải tăng liều an thần để duy trì mức an thần chấp nhận trên lâm sàng. Như vậy, việc sử dụng an thần trong quá trình can thiệp phẫu thuật sẽ làm giảm liều lượng thuốc tê, giảm cử động trong mổ và giảm lo sợ giúp cho bệnh nhân thoải mái để chấp nhận phẫu thuật.

#### IV. KẾT LUẬN

Trong phẫu thuật răng khôn hàm dưới hầu như các bệnh nhân đều lo sợ trước phẫu thuật và ở mức lo sợ vừa.

#### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. American Psychiatric Association (2000), *Diagnostic and statistical manual of mental*

- disorders (4th ed., text rev.; DSM-IV-TR), Washington DC.
2. Chanpong B., Haas D. A., Locker D. (2005), "Need and demand for sedation or general anesthesia in dentistry: a national survey of the Canadian population", *Anesth Prog*, 52(1), pp. 3-11.
3. Corah N. L. (1969), "Development of a dental anxiety scale", *J Dent Res*, 48(4), pp. 596.
4. Jaakkola S., Rautava P., Alanen P., Aromaa M., et al (2009), "Dental fear: one single clinical question for measurement", *Open Dent J*, 3, pp. 161-6.
5. Kaakk T., Milgrom P., Coldwell S. E., Getz T., et al (1998), "Dental fear among university students: implications for pharmacological research", *Anesth Prog*, 45(2), pp. 62-7.
6. Neveerlien P. O. (1990), "Assessment of a single-item dental anxiety question", *Acta Odontol Scand*, 48(6), pp. 365-9.
7. Raciene R. (2004), "Dental Fear Among Teenagers. Individual Anxiety Factors", *Baltic dental and maxillofacial journal*, 6, pp. 118-121.

## THỰC TRẠNG MẤT RĂNG Ở NGƯỜI CAO TUỔI QUẬN CẦU GIẤY, HÀ NỘI NĂM 2015

Nguyễn Xuân Thực\*, Vũ Thị Hoa\*\*, Lộc Thị Thanh Hiền\*\*

### TÓM TẮT<sup>11</sup>

**Mục tiêu:** Đánh giá tình trạng mất răng ở người cao tuổi (NCT) tại quận Cầu Giấy, Hà Nội. **Đối tượng và phương pháp:** Một điều tra cắt ngang được triển khai trên 160 người trên 60 tuổi tại hai phường Mai Dịch và Trung Hòa, quận Cầu Giấy Hà Nội để đánh giá thực trạng mất răng. Đối tượng được thăm khám lâm sàng để ghi nhận các chỉ số nghiên cứu. **Kết quả:** Tỷ lệ mất răng chung của NCT là 80,6%, trong đó tỷ lệ mất răng của nam là 76,1%, của nữ là 82,5%. Tổng số răng mất của 160 NCT tham gia nghiên cứu là 778 chiếc. Số lượng răng mất chủ yếu ở nhóm răng hàm lớn với 363 chiếc (46,6%). Số răng mất trung bình một người là 6 chiếc. Trong 129 người mất răng, hệ số nhai còn lại  $\geq 75\%$  với tỷ lệ 38,0%, hệ số nhai còn từ 0 - 24% chiếm tỷ lệ 17,8%, từ 25% - 49% chiếm 10,9%, còn từ 50% - 74% chiếm 33,3%. Phân loại hàm mất răng theo Kuorilandsky: Loại I chiếm nhiều nhất với 69 người, loại II, loại III, loại IV lần lượt là 38, 21 và 1 người. Tỷ lệ mất răng ở nhóm có trình độ học vấn dưới THPT là 88,9%, cao hơn nhóm có trình độ học vấn từ THPT trở lên (76,4%). Những người làm công chức, viên chức về hưu có tỷ lệ mất răng (78,2%) thấp hơn những người làm nông dân và nghề

nh nghiệp khác. Những người chải răng ít nhất 2 lần/ngày, nguy cơ mất răng chỉ bằng 0,16 lần nguy cơ mất răng ở nhóm chải răng < 2 lần/ngày. Nguy cơ mất răng ở nhóm chải răng dọc kết hợp chải xoay tròn chỉ bằng 0,19 lần nguy cơ mất răng ở nhóm không chải răng hoặc chỉ chải răng ngang. **Kết luận:** Tỷ lệ mất răng chung của NCT tại Hà Nội là khá cao, đã làm giảm đáng kể chức năng nhai của NCT. Tuy nhiên, chải răng đúng cách và vệ sinh răng miệng thường xuyên đã làm giảm nguy cơ mất răng ở NCT một cách có ý nghĩa.

**Từ khóa:** người cao tuổi, tình trạng mất răng, hệ số nhai

### SUMMARY

#### THE EDENTULOUS SITUATION OF THE ELDERLY IN CAU GIAY DISTRICT, HANOI 2015

**Objectives:** to evaluate the edentulous condition of the elderly in Cau Giay district, Hanoi. **Subjects and methods:** a cross-sectional study was conducted on 160 people over 60 years old in two wards Mai Dich and Trung Hoa, Cau Giay district Hanoi to evaluate the edentulous condition of the elderly. The subjects were examined directly to take study indexes. **Results:** the general edentulous rate of the elderly accounted for 80.6%. Among them, edentulous rate of male 76.1% and female 82.5%. Total missing teeth of 160 elderly people were 778. The main number of missing teeth was at the molar group with 363 teeth (46.6%). The mean of number of missing teeth was 6. In 129 edentulous people, the coefficient of remaining mastication  $\geq 75\%$  accounting for 38.0%, from 0 - 24% accounting for 17.8%, from 25 - 49% accounting

\*Bệnh viện Bạch Mai

\*\*Trường ĐHY Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Xuân Thực

Email: thucrhmbm@gmail.com

Ngày nhận bài: 30.10.2016

Ngày phản biện khoa học: 3.01.2017

Ngày duyệt bài: 16.01.2017