

5. Wang W, Yang C, Wang J, Chen W, Wang J. Hepatolithiasis Classification Based on Anatomical Hepatectomy. Journal of Gastrointestinal Surgery. 2023; 27(5):914-925. doi:10.1007/s11605-022-05572-x
6. Clavien PA, Petrowsky H, DeOliveira ML, Graf R. Strategies for Safer Liver Surgery and Partial Liver Transplantation. N Engl J Med. 2007; 356(15): 1545-1559. doi:10.1056/NEJMra065156
7. Jiang ZJ, Chen Y, Wang WL, et al. Management hepatolithiasis with operative choledochoscopic FREDDY laser lithotripsy combined with or without hepatectomy. Hepatobiliary & Pancreatic Diseases International. 2013;12(2): 160-164. doi: 10.1016/S1499-3872(13)60026-0
8. Kim HJ, Kang TU, Swan H, et al. Incidence and Prognosis of Subsequent Cholangiocarcinoma in Patients with Hepatic Resection for Bile Duct Stones. Dig Dis Sci. 2018;63(12):3465-3473. doi:10.1007/s10620-018-5262-6
9. Bridgewater J, Galle PR, Khan SA, et al. Guidelines for the diagnosis and management of intrahepatic cholangiocarcinoma. Journal of Hepatology. 2014;60(6): 1268-1289. doi:10.1016/j.jhep.2014.01.021
10. Pu T, Chen JM, Li ZH, et al. Clinical online nomogram for predicting prognosis in recurrent hepatolithiasis after biliary surgery: A multicenter, retrospective study. World Journal of Gastroenterology. 2022; 28(7):715-731. doi:10.3748/wjg.v28.i7.715

## KẾT QUẢ PHẪU THUẬT ĐIỀU TRỊ NGÓN CHÂN CÁI VẠO NGOÀI

Phạm Ngọc Thăng<sup>1</sup>, Vũ Anh Dũng<sup>1</sup>,  
Nguyễn Tiến Thành<sup>2</sup>, Vũ Nhất Định<sup>1</sup>

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** nghiên cứu tiến hành nhận xét đặc điểm lâm sàng, XQ và đánh giá kết quả phẫu thuật "Scarf" điều trị ngón chân cái vẹo ngoài. **Đối tượng phương pháp nghiên cứu:** nghiên cứu tiến cứu với tất cả bệnh nhân ngón chân cái vẹo ngoài. Các trường hợp này được phẫu thuật trong giai đoạn 2010 – 2019 tại Bệnh viện Quân y 103. Chúng tôi ghi nhận các đặc điểm lâm sàng và XQ trước mổ và sau mổ. **Kết quả:** có 15 nữ và 1 nam, 30 – 55 tuổi, hầu hết bị cả 2 bàn chân, nhưng chỉ có 2 trường hợp phẫu thuật cả 2 bàn chân. có 1 trường hợp bị vỡ xương và 2 trường hợp bị nhiễm khuẩn vết mổ. Kết quả xa (4 – 13 năm): góc giữa xương bàn I – xương bàn II giảm xuống còn 2° - 10°, điểm AOFAS cải thiện (70 – 100 điểm), điểm VAS cải thiện (0 – 3 điểm), không có trường hợp nào phải can thiệp lại, hoặc bị tái phát. **Kết luận:** phẫu thuật "Scarf" chính hình được căn bản các biến dạng của ngón chân cái vẹo ngoài và cải thiện được chức năng của bàn chân.

**Từ khóa:** ngón cái vẹo ngoài, phẫu thuật Scarf.

### SUMMARY

#### SURGICAL RESULTS TREATMENT OF HALLUX VALGUS

**Objectives:** the study evaluated the clinical, radiographic characteristics and the results of "Scarf" surgery to treat hallux valgus. **Materials and methods:** This was designed a prospective clinical study. These cases were operated on between 2010 –

2019 at military hospital 103. We recorded the general characteristics of patients, radiographical findings and treatment. **Results:** there were 15 women and 1 man, 30 – 55 years old, most had both feet, but only 2 cases had surgery on both feet. There was 1 case of broken bone and 2 cases of infection. Long term results (4 – 13 years): the hallux valgus angle decreased to 2° - 10°, AOFAS score improved (7 – 100 points), VAS score improved (0 – 3 points), there were no cases that required reintervention or recurrence. **Conclusion:** "Scarf" surgery basically corrects the deformity of hallux valgus and improves the function of the foot.

**Keywords:** hallux valgus, scarf procedure.

### I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ngón chân cái vẹo ngoài được sử dụng với từ phổ biến là "Hallux valgus" dùng để chỉ tình trạng biến dạng bàn – ngón chân cái: Bán sai khớp xương bàn – ngón I, xương bàn I lệch vào trong và ngón chân cái lệch ra ngoài. Ngón cái vẹo ngoài được xác định khi góc tạo bởi xương bàn I và đốt I ngón chân cái lớn hơn 15° và góc tạo bởi xương bàn I và xương bàn II lớn hơn 9°. Nhiều thống kê cho thấy: bệnh lý này thường gặp ở nữ với tỷ lệ nữ/nam là 3/1.

Có hơn 130 phương pháp phẫu thuật đã được giới thiệu để điều trị tổn thương này [3].

Nghiên cứu này nhằm mục đích: *Nhận xét đặc điểm lâm sàng, hình ảnh XQ và đánh giá kết quả phẫu thuật điều trị ngón chân cái vẹo ngoài ở nhóm người trưởng thành.*

### II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu tiến hành lựa chọn các trường hợp bị vẹo ngoài ngón chân cái ở người trưởng thành. Tất cả các trường hợp đều được phẫu

<sup>1</sup>Bệnh viện Quân y 103, Học viện Quân y

<sup>2</sup>Bệnh viện Trung ương Quân đội 108

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Ngọc Thăng

Email: thangb1v103@gmail.com

Ngày nhận bài: 11.3.2024

Ngày phản biện khoa học: 22.4.2024

Ngày duyệt bài: 21.5.2024

thuật sửa chữa biến dạng bằng phẫu thuật "Scarff", kết xương bên trong bằng 2 vít 2.7mm.

**Tiêu chuẩn loại trừ:** Đã được phẫu thuật thất bại trước đó, cứng khớp bàn – ngón I.

Nghiên cứu được thực hiện bởi 1 nhóm phẫu thuật viên, tại Bệnh viện Quân y 103, trong giai đoạn 2010 - 2019.

Thống kê đặc điểm của nhóm nghiên cứu, bao gồm: tuổi, giới, điểm AOFAS, điểm VAS, góc giữa xương bàn I và xương Đ1NI (đốt 1 ngón I) bàn chân, góc giữa xương bàn I và xương bàn II trên phim XQ bàn chân tư thế thẳng.

Đánh giá điểm AOFAS (American Orthopedic Foot and Ankle Society) của hội phẫu thuật cổ bàn chân Hoa kỳ.

Đánh giá điểm VAS (Visual Analog Scale): Không đau (0 điểm), đau ít (1 - 3 điểm), đau vừa (4 - 6 điểm), đau nhiều (7 - 10 điểm).

Đánh giá mức độ tổn thương theo Coughlin – Man (dựa vào góc giữa xương bàn I – Đ1NI, góc giữa xương bàn I – xương bàn II):

| Mức độ \ Góc    | Góc giữa xương bàn I và đốt 1 ngón I | Góc giữa xương bàn I và xương bàn II |
|-----------------|--------------------------------------|--------------------------------------|
| Mức độ vừa      | < 20°                                | < 11°                                |
| Mức độ nặng     | 20° - 40°                            | 11° - 15°                            |
| Mức độ rất nặng | > 40°                                | > 15°                                |

Kỹ thuật phẫu thuật: Bệnh nhân nằm ngửa, vô cảm bằng tê tủy sống, ga rô tại 1/3 dưới cẳng chân.

Kỹ thuật can thiệp vào phần mềm:

- Rạch da dài 2cm theo trục chi ở mu bàn chân, qua bờ ngoài khớp bàn – ngón I, bộc lộ gân cơ khép ngón cái và mặt trong của khớp bàn

- ngón I.

- Giải phóng gân cơ khép ngón cái.

- Cắt dây chằng bên trong khớp bàn – ngón I, cắt bỏ bao khớp phía bên trong, giải phóng Đ1NI.

**Kỹ thuật can thiệp vào xương:**

- Rạch da ở bờ trong của bàn chân, từ Đ1NI qua khớp bàn – ngón I, dọc theo phần thân xương bàn, qua da bộc lộ thân xương bàn và khớp bàn – ngón I.

- Dùng cưa và đục cắt chéo vát theo suốt thân xương bàn I, theo chiều từ trên xuống dưới, từ trước ra sau, từ trong ra ngoài.

- Dịch chuyển khớp bàn – ngón I và phần thân xương bàn phía ngoại vi vào trong (về phía khớp bàn – ngón II), làm khép xương bàn I.

- Kết xương cố định ổ gãy bằng 2 vít mini 2.0mm.

- Cưa cắt bỏ bờ trong (phần lồi) của khớp bàn – ngón I, cắt bỏ phần xương nhô ở bờ trong bàn chân sau khi dịch chuyển diện cắt xương.

- Đóng các vết mổ 1 lớp, tháo ga rô.

- Không tỳ nén chân phẫu thuật trong 3 tuần đầu sau phẫu thuật. Từ tuần thứ 4 – tuần thứ 6: đi giày, tỳ nén 1 phần chi thể, có nạng hỗ trợ. Sau phẫu thuật 6 tuần thì tỳ nén hoàn toàn lên chân phẫu thuật.

**Đánh giá kết quả phẫu thuật:**

- Đánh giá kết quả sớm dựa vào tình trạng vết mổ, các tai biến – biến chứng sau phẫu thuật.

- Đánh giá kết quả xa dựa vào: Biến chứng xa, điểm AOFAS, điểm VAS, góc giữa xương bàn I và xương Đ1NI bàn chân, góc giữa xương bàn I và xương bàn II trên phim XQ bàn chân tư thế thẳng.



Hình 1: Hình ảnh trước và sau phẫu thuật

### III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

**\*Đặc điểm bệnh nhân nghiên cứu:** Trong nghiên cứu này có 18 bàn chân bị ngón cái vẹo ngoài ở 16 trường hợp được phẫu thuật. Trong đó có 15 nữ và 1 nam, độ tuổi trong khoảng 30 – 55 tuổi. Hầu hết các trường hợp đều bị cả 2 bàn chân, nhưng chỉ có 2 trường hợp phẫu thuật cả 2 bàn chân (ở 2 thời điểm khác nhau).

Góc giữa xương bàn I – Đ1NI trong khoảng

30° - 50°. Trong đó: mức độ rất nặng có 4 bàn chân, mức độ nặng có 5 bàn chân, mức độ vừa có 9 bàn chân.

Góc giữa xương bàn I – xương bàn II trong khoảng 22° - 40° (tất cả các trường hợp đều ở mức độ rất nặng).

Điểm AOFAS: 40 – 62 điểm.

Điểm VAS: 6 – 9 điểm. Trong đó: đau nhiều có 10 bàn chân và đau mức độ vừa có 8 bàn chân.

**\*Kết quả gần:** Góc giữa xương bàn I – Đ1N1 trong khoảng  $0^\circ - 16^\circ$ .

Góc giữa xương bàn I – xương bàn II trong khoảng  $2^\circ - 10^\circ$ .

Tai biến: Có 1 trường hợp bị vỡ xương khi cưa và đục xương chính trực, có nhiều mảnh xương vỡ nên phải chuyển sang kết xương bằng nẹp vít mini.

Biến chứng: Có 2 bàn chân bị nhiễm khuẩn nông, chậm liền vết mổ, phải cắt lọc chăm sóc vết mổ và khâu liền vết mổ kỳ II.

**\*Kết quả xa (thời gian theo dõi đánh giá kết quả xa sau phẫu thuật 4 – 13 năm):**

Góc giữa xương bàn I – Đ1N1 trong khoảng  $0^\circ - 18^\circ$ .

Góc giữa xương bàn I – xương bàn II trong khoảng  $2^\circ - 10^\circ$ .

Điểm AOFAS: 70 – 100 điểm.

Điểm VAS: 0 – 3 điểm. Trong đó: hết đau có 15 bàn chân, còn đau ít có 3 bàn chân.

Không có trường hợp nào phải can thiệp lại, hoặc bị tái phát.

#### IV. BÀN LUẬN

**\* Đặc điểm lâm sàng và XQ:** Ngón chân cái vẹo ngoài (Hallux valgus) được mô tả lần đầu tiên và năm 1870 bởi Carl Hueter. Đây là bệnh lý thường gặp nhất của ngón chân cái.

Trong nghiên cứu này, phần lớn các trường hợp là nữ giới, chỉ có 1/16 trường hợp là nam giới. Tất cả đều bị 2 bàn chân, tuy nhiên chúng tôi chỉ phẫu thuật bàn chân bị đau ảnh hưởng đến sinh hoạt, ngón cái vẹo nhiều gây khó khăn khi đi giày, dép hoặc gây khó khăn khi đi lại tỳ nén bàn chân. Tất cả các trường hợp đều bị đau mức độ vừa (8/18 bàn chân) đến mức độ nhiều (10/18 bàn chân). Điểm AOFAS trong khoảng 40 – 62 điểm, điểm VAS trong khoảng 6 – 9 điểm.

Coughlin M.J., Jones C.P. [1] nghiên cứu hồi cứu 103 trường hợp bị ngón chân cái vẹo ngoài thì có tới 84% trường hợp bị cả 2 chân.

Theo một số nghiên cứu, ngón chân cái vẹo ngoài thường gặp ở lứa tuổi trên 30, tần số khác nhau ở các chủng tộc, nữ gặp nhiều hơn nam, nhóm người không đi giày thì gặp nhiều hơn nhóm người đi giày, ngoài ra có thể mang yếu tố gia đình.

Các trường hợp trong nghiên cứu của chúng tôi có góc giữa xương bàn I – Đ1N1 đều  $\geq 30^\circ$ , góc xương bàn I – xương bàn II đều  $\geq 22^\circ$ . Theo phân loại của Coughlin – Man thì đây là các trường hợp tổn thương rất nặng.

T. Leemrijse và cộng sự [2] phẫu thuật “Scarf” cho 15 bàn chân có ngón cái vẹo ngoài

với đặc điểm trước phẫu thuật: Điểm AOFAS trung bình là 51 (49 – 57), góc giữa xương bàn I và xương Đ1N1 trung bình là  $38,5^\circ$  ( $34^\circ - 52^\circ$ ), góc giữa xương bàn I và xương bàn II trung bình là  $15,1^\circ$  ( $13^\circ - 21^\circ$ ).

Hrvoje Klobučar và cộng sự [3] tiến hành phẫu thuật cho 175 trường hợp bị ngón chân cái vẹo ngoài trong 10 năm bằng phẫu thuật “Scarf”. Trong đó có tới 165 trường hợp là nữ giới, chỉ có 10 trường hợp là nam giới. Độ tuổi trung bình là 47 (15 – 83), điểm AOFAS trước mổ trong khoảng 47 – 98 điểm, góc xương bàn I – Đ1N1 trong khoảng  $16^\circ - 60^\circ$ , góc giữa xương bàn I – và xương bàn II trong khoảng  $16^\circ - 31^\circ$ .

Dalal R. và cộng sự [4] đã phẫu thuật cho 94 bàn chân bị ngón cái vẹo ngoài ở 84 trường hợp. Trong đó có 4 nam và 80 nữ, trong độ tuổi từ 24 – 81 tuổi, góc giữa xương bàn I – Đ1N1 trước mổ trung bình là  $30,89^\circ$ ; góc giữa xương bàn I và xương bàn II trung bình là  $15,05^\circ$ ; điểm AOFAS là 51,26.

Xin-wen Wang và cộng sự [5] báo cáo kết quả phẫu thuật trong giai đoạn 2015 - 2017 cho 31 bàn chân ở 21 trường hợp. Trong đó có 11 trường hợp phẫu thuật 2 bàn chân (có 3 nam với 3 bàn chân và 18 nữ với 28 bàn chân). Độ tuổi trung bình là 28,6 (20 – 35). Điểm AOFAS trước phẫu thuật trung bình là  $58,0 \pm 5,8$ . Điểm VAS trước phẫu thuật trung bình là  $6,0 \pm 2,0$ .

Ngón chân cái vẹo ngoài ở giai đoạn sớm thường không phẫu thuật mà được điều trị bảo tồn bằng phương tiện chỉnh hình và tập luyện. Chỉ định phẫu thuật hiếm khi do thẩm mỹ đơn thuần, mà thường là do đau, do biến dạng quá mức, ngón chân cái chèn ép ngón bên cạnh làm cho khó đi giày, dép.

Tại Việt Nam chưa có thống kê nào đề cập đến tỷ lệ ngón cái bàn chân vẹo ngoài trong dân số. Tuy nhiên trong quá trình thực hành lâm sàng chúng tôi gặp không ít các tổn thương này. Thậm chí nhiều trường hợp ngón cái chui dưới NII (ngón II), hoặc đè lên NII, khớp bàn – NI lỗi thành cục lớn nhưng người bệnh vẫn không chấp nhận điều trị. Điều này giải thích trong 10 năm (2010 – 2019) chúng tôi chỉ phẫu thuật cho 18 bàn chân ở 16 trường hợp. So với các nghiên cứu thì các trường hợp trong nghiên cứu của chúng tôi đều có tổn thương nặng nề hơn. Có thể giải thích là mức chấp nhận và nhu cầu khác nhau ở các quốc gia khác nhau.

**\*Kết quả phẫu thuật:** Phẫu thuật điều trị ngón chân cái vẹo ngoài được thực hiện từ thế kỷ thứ XIX. Từ đó đến nay đã có khoảng 200 phương pháp được mô tả, phẫu thuật can thiệp

tối thiểu cũng đã được ứng dụng.

Phẫu thuật "Scarf" thường được chỉ định cho các trường hợp có góc xương bàn I – Đ1NI < 40°, góc giữa xương bàn I - xương bàn II < 20°. Phương pháp này cắt xương bàn I theo chiều dọc ở thân xương, dịch chuyển phần ngoại vi ra ngoài, về phía xương bàn II, nhờ vậy cải thiện góc xương bàn I – Đ1NI và góc giữa xương bàn I - xương bàn II.

Kết quả phẫu thuật trong nghiên cứu của chúng tôi đã cải thiện được góc giữa xương bàn I – Đ1NI từ 30° - 50° xuống còn 0° - 16°, góc giữa xương bàn I – xương bàn II từ 22° - 40° xuống còn 2° - 10°. Có 1 trường hợp bị vỡ xương khi cựa và đục xương chính trục và 2 bàn chân bị nhiễm khuẩn nông, chậm liền vết mổ. Các biến chứng này cũng đã được một số nghiên cứu đề cập. Ở thời điểm kiểm tra xa (4 - 13 năm), góc giữa xương bàn I – Đ1NI là 0° - 18°, góc giữa xương bàn I – xương bàn II trong khoảng 2° - 10°, điểm AOFAS từ 40 - 62 điểm tăng lên đến 70 - 100 điểm, điểm VAS từ 0 - 3 điểm tăng lên đến 6 - 9 điểm. Không có trường hợp nào phải can thiệp lại, hoặc bị tái phát.

T. Leemrijse và cộng sự [2] tiến hành phẫu thuật "Scarf" điều trị 15 ngón I bàn chân bị vẹo ngoài ở 12 trường hợp. Đáng lưu ý là tất cả các trường hợp đều được cố định vòng chỉ Vicryl® 1.0 mà không kết xương bên trong bằng vít, đinh hoặc nẹp vít, tuy nhiên tất cả các trường hợp đều bó bột 3 - 4 tuần. Với thời gian theo dõi trung bình là 7,7 năm, kết quả: 7/12 trường hợp đạt kết quả rất hài lòng, 5/12 trường hợp đạt kết quả hài lòng, điểm AOFAS trung bình là 84,8 (73 - 95 điểm). Trong đó có 2 bàn chân phải mổ lại do di lệch trong 4 tuần đầu sau phẫu thuật. Phẫu thuật kết xương lại bằng nẹp vít. Góc giữa xương bàn I - Đ1NI đạt 10,6° (2° - 16°), góc giữa xương bàn I - xương bàn II là 8,7° (7° - 12°).

Kết quả phẫu thuật "Scarf" cho 175 trường hợp trong nghiên cứu của Hrvoje Klobučar và cộng sự [3] cho thấy: Điểm AOFAS sau mổ đạt 72 - 100 điểm, góc giữa xương bàn I - Đ1NI giảm xuống (- 27°) - 32°, góc giữa xương bàn I - xương bàn II là 0° - 12°.

Dalal R. và cộng sự [4] tiến hành phẫu thuật "Scarf" với kỹ thuật can thiệp tối thiểu: Nghiên cứu tiến hành cắt xương trong đoạn ngắn ở ngay gần chòm xương bàn I. Với thời gian theo dõi 12 - 28 tháng, kết quả: góc giữa xương bàn I – Đ1NI cải thiện từ 30,89° (17,4° - 46,8°) xuống 12° (4° - 30°); góc giữa xương bàn I – xương bàn II cải thiện từ 15,05° (10,3° - 21,1°) xuống 7,14° (4° - 15,1°). Điểm AOFAS tăng từ 51,26

(32 - 88) điểm lên 91,1 (72 - 100) điểm. Có 90% trường hợp hài lòng với kết quả phẫu thuật và 83% khuyên người thân bị bệnh tương tự đi phẫu thuật. Trong nghiên cứu có 2 trường hợp bị nhiễm khuẩn nông, tuy nhiên chỉ cần điều trị bằng kháng sinh đường uống. Nghiên cứu kết luận: Với sự thay đổi kỹ thuật này, đường mổ ngắn hơn, bộc lộ xương bàn I ít hơn, làm tổn thương ít đến nguồn mạch nuôi vùng phẫu thuật. Đáng lưu ý: nghiên cứu có 1 trường hợp bị tái phát và được phẫu thuật ở tháng thứ 18 sau phẫu thuật bằng phẫu thuật "Scarf" tiêu chuẩn.

Xin-wen Wang và cộng sự [5] báo cáo kết quả phẫu thuật cho 31 bàn chân ở 21 trường hợp bằng phẫu thuật "Scarf". Kết quả: Góc xương bàn I – Đ1NI cải thiện từ 37,5° ± 9,2° xuống 14,1° ± 6,5° ở thời điểm 6 tháng và 12 tháng sau phẫu thuật. Góc xương bàn I – xương bàn II giảm từ 14,1° ± 4,4° xuống 4,8° ± 3,2° ở thời điểm 6 tháng và 5,5° ± 4,9° ở thời điểm 12 tháng sau phẫu thuật. Có 2 trường hợp chậm liền vết mổ và 1 trường hợp phải phẫu thuật lại. Điểm VAS cải thiện từ 6,0 ± 2,0 xuống 1,5 ± 2,0. Điểm AOFAS cải thiện từ 58,0 ± 5,8 lên 94,2 ± 6,6.

Từ kết quả phẫu thuật trong nghiên cứu của chúng tôi và một số nghiên cứu tham khảo được, chúng tôi thấy rằng: Phẫu thuật "Scarf" chỉnh hình được căn bản các biến dạng của ngón chân cái vẹo ngoài và cải thiện được chức năng của bàn chân.

## V. KẾT LUẬN

Các bệnh nhân được lựa chọn phẫu thuật trong nghiên cứu đều ở mức độ nặng và rất nặng. Chỉ định phẫu thuật không chỉ dựa vào góc giữa xương bàn I – Đ1NI, góc giữa xương bàn I – xương bàn II, điểm AOFAS, điểm VAS mà còn phục thuộc vào sự chấp nhận của người bệnh.

Phẫu thuật "Scarf" cải thiện được góc giữa xương bàn I – Đ1NI, góc giữa xương bàn I – xương bàn II, điểm AOFAS, điểm VAS. Biến chứng có thể gặp là vỡ xương và nhiễm khuẩn vết mổ.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Coughlin M.J., Jones C.P.** (2007). Hallux valgus and first ray mobility. A prospective study. *J Bone Joint Surg.* 89-A:1887-98.
2. **T. Leemrijse, M. Maestro, K. Tribak, V. Gombault, B. Devos Bevernage, P.A. Deleu** (2012). Scarf osteotomy without internal fixation to correct hallux valgus. *Surgery and Research* 98, 921 - 927.
3. **Hrvoje Klobučar., Borna Strahonja and Denis Tršek** (2023). Correction of hallux valgus by scarf osteotomy – A Clinical and radiographical review of 175 cases. *Acta Clin Croat (Suppl. 3);*

62: 60 – 70.

4. Dalal R., Rachha R., Leonard D., Chourasia A., Javed S. (2017). Short scarf osteotomy for hallux valgus: Short-term and medium - term results. J Foot Ankle Surg (AsiaPacifc) 4(1): 14 – 18.

5. Xin-wen Wang., Qian Wen., Yi Li, et al. (2019). Scarf osteotomy for correction of hallux valgus deformity in adolescents. Orthopaedic surgery 11: 873 – 878.

## TÌNH TRẠNG MẤT RĂNG VÀ CÁC YẾU TỐ LIÊN QUAN CỦA SINH VIÊN NĂM NHẤT TRƯỜNG ĐẠI HỌC TRÀ VINH, NĂM HỌC 2023-2024

Bùi Trần Hoàng Huy<sup>1</sup>, Trần Văn Thước<sup>2</sup>, Lê Nguyên Lâm<sup>3</sup>

### TÓM TẮT

**Đặt vấn đề:** Mất răng là hậu quả nghiêm trọng của các vấn đề răng miệng gây ảnh hưởng xấu lên sức khỏe răng miệng và sức khỏe toàn thân và là vấn đề rất được quan tâm trong nha khoa hiện nay. Việc phục hình lại răng mất diễn ra càng sớm càng tốt nhất là ở những người trẻ tuổi. **Mục tiêu nghiên cứu:** Khảo sát tình trạng mất răng, nhu cầu và yêu cầu điều trị phục hình răng của sinh viên năm nhất Trường Đại học Trà Vinh 2023-2024. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu cắt ngang mô tả 325 bệnh nhân là sinh viên năm nhất đến khám và điều trị tại khoa Răng Hàm Mặt Trường Đại học Trà Vinh từ tháng 12 năm 2023 đến tháng 12 năm 2024. **Kết quả:** Khảo sát tình trạng mất răng và các yếu tố liên quan thì tỷ lệ bệnh nhân mất răng chiếm 63,1%, số lượng răng mất trung bình trong nhóm nghiên cứu là 1 răng/ bệnh nhân, nhóm 18-22 tuổi tỷ lệ mất răng 60%, nhóm 23-29 tuổi tỷ lệ mất răng cao chiếm 69,1% và số răng mất trung bình là 2 răng/ bệnh nhân. Tỷ lệ không mất răng nào cao nhất ở nhóm 18-22 tuổi là 40%. **Kết luận:** Tỷ lệ mất răng cao ở nhóm bệnh nhân trẻ, lý do đến khám chủ yếu là đau hoặc khó chịu. Số răng mất trung bình tăng tuyến tính với số tuổi. **Từ khóa:** mất răng, nhu cầu phục hình.

### SUMMARY

#### TOOTH LOSS AND REALATED FACTORS IN FRESHMAN AT TRA VINH UNIVERSITY, THE SCHOOL YEAR 2023-2024

**Background:** Tooth loss is a serious consequence of dental problems that negatively affects oral health and overall health, which is an important concern in dentistry. Prosthodontic should take place as soon as possible, especially in young people. **Objectives:** Survey of tooth loss, needs and requests for prosthodontic treatment of freshman at Tra Vinh University 2023-2024. **Methods:** The descriptive cross-sectional study of 325 patients who were freshman coming for examination and treatment

at the Department of Dentistry, Tra Vinh University from December 2023 to December 2024. **Results:** Survey of tooth loss and related factors showed that the rate of tooth loss accounted for 63.1%, the average number of teeth lost in the study groups was 1 tooth/patient, the rate of tooth loss of 18-22 aged accounted for 60%; the 22-29 aged had the highest rate (69.1%) with the average number of lost teeth was 2 teeth/patient. The rate of no tooth loss is highest in the 18-22 aged (40%). **Conclusion:** The rate of tooth loss is high in young patients, the main reason for coming to the clinic are pain or discomfort. The average number of tooth loss increases linearly with age.

**Keywords:** tooth loss, needs for prosthodontic.

### I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Mất răng là hậu quả nghiêm trọng nhất của các vấn đề về răng miệng như bệnh lý hay chấn thương. Khi răng mất không được phục hồi đúng cách, các răng còn lại sẽ dịch chuyển vào khoảng trống mất răng gây nên các vấn đề về sâu răng, nha chu và có thể gây rối loạn khớp thái dương hàm. Trường hợp răng mất tại vùng thẩm mỹ khiến bệnh nhân mất tự tin trong giao tiếp. Bên cạnh đó là những tác hại tiềm tàng đối với sức khỏe toàn thân do thay đổi chế độ ăn[1]. Một số nghiên cứu đã chứng minh có mối liên quan giữa mất răng với các bệnh tim mạch, tăng huyết áp [2], chứng ngưng thở khi ngủ [4] và tỷ lệ tử vong ở người cao tuổi [5]. Trên thế giới, mất răng vẫn còn là một vấn đề sức khỏe đáng quan tâm kể cả ở các nước có nền kinh tế phát triển hay đang phát triển. Tỷ lệ mất răng ở Brazil trong một nghiên cứu là 69,3% [6]. Ở Việt Nam, theo báo cáo tình hình sức khỏe răng miệng các tỉnh phía Nam của tác giả Nguyễn Châu Thoa năm 2010 cho thấy tỷ lệ mất răng ở lứa tuổi từ 20-29 là 70%, từ 60 tuổi trở lên là 96%, sau 30 tuổi số răng mất trung bình tăng tuyến tính với số tuổi [8]. Mặc dù có nhiều dữ liệu trên thế giới và trong nước về tình trạng mất răng, nhu cầu và yêu cầu điều trị phục hình nhưng phần lớn thực hiện trên đối tượng người cao tuổi, có rất ít nghiên cứu xem xét tình trạng mất răng và nhu cầu điều trị phục hình của nhóm tuổi trong độ

<sup>1</sup>Trường Đại Học Trà Vinh

<sup>2</sup>Trường Cao đẳng Bến Tre

<sup>3</sup>Trường Đại học Y Dược Cần Thơ

Chịu trách nhiệm chính: Lê Nguyên Lâm

Email: lenguyenlam@ctump.edu.vn

Ngày nhận bài: 11.3.2024

Ngày phản biện khoa học: 18.4.2024

Ngày duyệt bài: 20.5.2024