

KTC 95% 1,1-67,2; $p=0,04$). Bên cạnh đó, các nghiên cứu khác về nhiễm trùng do *K. pneumoniae* với cỡ mẫu lớn hơn cũng ghi nhận viêm phổi là một trong những yếu tố có tương quan độc lập làm tăng tỷ lệ tử vong^{6,9}. Điều này cho thấy đây là một trong những thể lâm sàng quan trọng của nhiễm trùng do *K. pneumoniae* và cần nhiều nghiên cứu hơn về các yếu tố nguy cơ và tiên lượng của thể lâm sàng này.

Mặt khác, nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận NTB là yếu tố liên quan độc lập đến tăng tỷ lệ tử vong ở các trường hợp nhiễm trùng do *K. pneumoniae* (OR 23,9; KTC 95% 2,2-260,1; $p=0,01$) và kết quả tương tự cũng được hai tác giả Meatherall và Jung ghi nhận⁵. Điều này tiếp tục cho thấy, bên cạnh tình trạng kháng thuốc và bệnh nền, NTB, với các đặc điểm riêng biệt của bệnh cảnh lâm sàng này, là một yếu tố độc lập và quan trọng ảnh hưởng đến tỷ lệ tử vong ở các trường hợp nhiễm trùng do *K. pneumoniae*.

Hạn chế của nghiên cứu. Do nghiên cứu được tiến hành kết hợp hồi cứu và tiền cứu nên một số thông tin về bệnh lý nền và tiền căn tiếp xúc KS trước đó có thể không được ghi nhận đầy đủ. Khảo sát về gen độc lực thực hiện trong nghiên cứu chỉ tiến hành ở các chủng *K. pneumoniae* phân lập trong năm 2020 và không được thực hiện ở các chủng của năm 2021.

V. KẾT LUẬN

Trong 57 chủng *K. pneumoniae* được xét nghiệm gen, có 14 chủng mang gen kháng thuốc và 5 chủng mang gen độc lực cao được ghi nhận. Các yếu tố liên quan đến tỉ lệ tử vong của bệnh nhân *K. pneumoniae* là viêm phổi và NTB.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Sader HS, Farrell DJ, Flamm RK, Jones RN.** Antimicrobial susceptibility of Gram-negative organisms isolated from patients hospitalised with pneumonia in US and European hospitals: results from the SENTRY Antimicrobial Surveillance Program, 2009-2012. *Int J Antimicrob Agents*. 2014; 43(4): 328-34.doi: 10.1016/j.ijantimicag. 2014.01.007
2. **Phu VD, Wertheim HF, Larsson M, et al.** Burden of Hospital Acquired Infections and Antimicrobial Use in Vietnamese Adult Intensive Care Units. *PLoS One*. 2016;11(1):e0147544.doi: 10.1371/journal.pone.0147544
3. **Paczosa MK, Meccas J.** *Klebsiella pneumoniae*: Going on the Offense with a Strong Defense. *Microbiol Mol Biol Rev*. 2016;80(3):629-61.doi: 10.1128/MMBR.00078-15
4. **George E. Nelson Matthew H. Greene** (2019), "Enterobacteriaceae", Mandell, Douglas, and Bennett's Principles and Practice of Infectious Diseases, Elsevier/Saunders, Ninth edition, Philadelphia, PA, pp.2680-2681.
5. **Meatherall B. L., Gregson D., Ross T., et al.** (2009), "Incidence, risk factors, and outcomes of *Klebsiella pneumoniae* bacteremia", *Am J Med*, 122 (9), pp.866-73.
6. **Kang CI, Kim SH, Bang JW, et al.** Community-acquired versus nosocomial *Klebsiella pneumoniae* bacteremia: clinical features, treatment outcomes, and clinical implication of antimicrobial resistance. *J Korean Med Sci*. 2006;21(5):816-22.doi: 10.3346/jkms.2006.21.5.816
7. **Russo TA, Marr CM.** Hypervirulent *Klebsiella pneumoniae*. *Clin Microbiol Rev*. 2019;32(3):doi: 10.1128/CMR.00001-19
8. **Hao Z, Duan J, Liu L, et al.** (2020), "Prevalence of Community-Acquired, Hypervirulent *Klebsiella pneumoniae* Isolates in Wenzhou, China", *Microb Drug Resist*, 26 (1), pp.21-27.
9. **Wu H. S., Wang F. D., Tseng C. P., et al.** (2012), "Characteristics of healthcare-associated and community-acquired *Klebsiella pneumoniae* bacteremia in Taiwan", *J Infect*, 64 (2), pp.162-8.

MỨC ĐỘ MẤT BÁM DÍNH VÀ CHỈ SỐ MẢNG BÁM QUIGLEY-HEIN Ở NGƯỜI CAO TUỔI TẠI HUYỆN THANH TRÌ, HÀ NỘI NĂM 2023

Trương Đình Khởi¹, Lưu Văn Tường¹,
Đinh Diệu Hồng¹, Trần Lê Giang²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nhận xét mức độ mất bám dính (Loss of Attachment - LOA) và chỉ số mảng bám Quigley-Hein ở người cao tuổi (trên 60 tuổi) tại huyện Thanh

Trì, Hà Nội năm 2023. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu cắt ngang mô tả trên đối tượng nghiên cứu bằng cây đo sonde nha chu và chất chỉ thị màu để phát hiện mảng bám quanh răng. **Kết quả:** Nhóm mất bám dính (LOA) mức 0 và mức 3 ở nữ (mức 0: 42,97%) lớn hơn ở nam (mức 0: 35,54%) với $p < 0,05$, mất bám dính mức 3 và 4 chỉ gặp ở bệnh lý tim mạch (mức 3: 1,13%; mức 4: 4,55%) và tiểu đường (mức 3 và 4: 8,33%). Chỉ số Quigley-Hein ở nam ($2,91 \pm 1,53$) lớn hơn ở nữ ($2,18 \pm 1,34$), sự khác biệt chỉ số Quigley-Hein giữa các nhóm tuổi không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$. **Kết luận:** Mức độ mất bám dính (LOA) trên người cao tuổi ở nam lớn hơn ở

¹Trường Đại học Y Dược, Đại học Quốc gia Hà Nội

²Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Trương Đình Khởi

Email: bskhoirhm@gmail.com

Ngày nhận bài: 24.10.2024

Ngày phản biện khoa học: 22.11.2024

Ngày duyệt bài: 27.12.2024

nữ, tăng dần theo tuổi ở cả hai giới tính. Tình trạng mất bám dính ở người cao tuổi có bệnh lý đái tháo đường nghiêm trọng nhất, sau đó đến bệnh tim mạch và bệnh thận. Chỉ số mảng bám Quigley-Hein trên người cao tuổi ở nam lớn hơn nữ, tuy nhiên không có sự khác biệt giữa các nhóm tuổi.

Từ khóa: Chỉ số mất bám dính, viêm quanh răng, chỉ số mảng bám Quigley-Hein

SUMMARY

THE LEVEL OF LOSS OF ATTACHMENT AND QUIGLEY-HEIN PLAQUE INDEX IN THE ELDERLY IN THANH TRI DISTRICT, HANOI IN 2023

Objective: Assessment of the level of Loss of Attachment (LOA) and Quigley-Hein plaque index in the elderly individuals (over 60 years old) in Thanh Tri district, Hanoi. **Subject and methods:** A descriptive cross-sectional study on the research subjects using a periodontal sond and a disclosing agent to detect dental plaque around the teeth. **Results:** The percentage of individuals with Loss of Attachment (LOA) at level 0 and level 3 is higher in females (level 0: 42,97%) compared to males (level 0: 35,54%) with $p < 0,05$. LOA levels 3 and 4 are only observed in individuals with cardiovascular disease (level 3: 1,13%; level 4: 4,55%) and diabetes (levels 3 and 4: 8,33%). The Quigley-Hein index is higher in males ($2,91 \pm 1,53$) than in females ($2,18 \pm 1,34$). The difference in the Quigley-Hein index across age groups is not statistically significant, with $p > 0,05$. **Conclusions:** The level of Loss of Attachment (LOA) in the seniors in males is higher than in females, and it increases with age in both genders. The condition of attachment loss in the elderly is most severe in those with diabetes, followed by those with cardiovascular diseases. The Quigley-Hein plaque index in the elderly is higher in males than in females; however there is no significant difference between the age groups.

Keywords: Loss of Attachment, periodontitis, Quigley-Hein plaque index

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh viêm quanh răng là một trong những bệnh lý thường gặp trong lĩnh vực răng hàm mặt, đặc biệt ở người cao tuổi (người trên 60 tuổi) liên quan đến nhiều yếu tố toàn thân và tại chỗ. Mức độ mất bám dính (Loss of Attachment – LOA) và chỉ số mảng bám Quigley-Hein phản ánh tình trạng bệnh lý viêm quanh răng, tình trạng vệ sinh và chăm sóc răng miệng của người bệnh được sử dụng rộng rãi trong các nghiên cứu khoa học, trong đó các nghiên cứu trên người cao tuổi được áp dụng để đo đạc, phân tích và đánh giá tình trạng hoặc kết quả điều trị can thiệp kèm theo. Phân loại mảng bám Quigley-Hein có nhiều mức độ phân loại và sử dụng chất chỉ thị màu đặc trưng giúp cho quá trình thăm khám và phân loại được chi tiết, chính xác hơn. Hiểu biết về mức độ mất bám dính và chỉ số bám dính gợi ý về tình trạng bệnh quanh

răng, đưa ra nhu cầu điều trị tại cộng đồng, từ đó có những thay đổi chương trình nha cộng đồng bao gồm thăm khám, truyền thông và giáo dục vệ sinh, chăm sóc răng miệng toàn diện và hiệu quả hơn.

Trên thế giới đã có một số nghiên cứu về mức độ mất bám dính và chỉ số mảng bám Quigley-Hein như nghiên cứu của Hirotoimi T (2002)¹, Levy SM (2003)², Maily MI và cộng sự (2014)³, Senjeev Khanagar (2015)⁴ đã đưa ra một số giá trị trung bình mức độ mất bám dính và chỉ số mảng bám Quigley-Hein ở chủng người Trung Quốc, Ả rập Saudi và Bắc Mỹ. Tại Việt Nam, đã có một số nghiên cứu như nghiên cứu của Phạm Thị Việt Lê (2004)⁵, Lương Xuân Tuấn (2012)⁶, Hà Minh Phương (2014)⁷, Nguyễn Thị Hoa (2015)⁸, Trương Mạnh Nguyên (2020)^{9,10}. Tuy nhiên, đa số các nghiên cứu ở nhiều lứa tuổi khác nhau, tình trạng bệnh quanh răng và chăm sóc vệ sinh răng miệng cũng khác biệt giữa các nghiên cứu, đặc biệt ở người cao tuổi chưa có nhiều nghiên cứu về mức độ mất bám dính và chỉ số mảng bám Quigley-Hein. Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với mục tiêu: "*Nhận xét mức độ mất bám dính (Loss of Attachment - LOA) và chỉ số mảng bám Quigley-Hein ở người cao tuổi (trên 60 tuổi) tại huyện Thanh Trì, Hà Nội*".

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Thiết kế nghiên cứu. Sử dụng phương pháp nghiên cứu mô tả cắt ngang.

2.2. Thời gian và địa điểm nghiên cứu

Thời gian nghiên cứu: Tháng 06 năm 2023 đến tháng 11 năm 2023.

Địa điểm: Khoa răng hàm mặt, Bệnh viện Đa khoa Nông nghiệp, Ngọc Hồi, Thanh Trì, Hà Nội.

2.3. Đối tượng nghiên cứu. Đối tượng bao gồm toàn bộ người bệnh ≥ 60 tuổi đến thăm khám trong thời gian nghiên cứu và đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.4. Cỡ mẫu và kỹ thuật chọn mẫu. Chọn mẫu thuận tiện có chủ đích, toàn bộ đối tượng đủ tiêu chuẩn lựa chọn tham gia nghiên cứu.

2.5. Biên số/chỉ số/nội dung/chủ đề nghiên cứu. Thăm khám chỉ số mất bám dính LOA (Loss Of Attachment) và chỉ số mảng bám Quigley Hein (QHI – QH index) theo lục phân (sextant) bao gồm R16/17, R26/27, R36/37, R46/47 và R11-31/21-41 của hai hàm.

Phân loại chỉ số LOA (Loss Of Attachment) khi sử dụng cây sond nha chu để đo: Mã 0: LOA 0-3mm không nhìn thấy CEJ; mã 1: LOA 4-5 mm (CEJ trong vạch đen); mã 2: LOA 6-8 mm (CEJ giới hạn trên của vạch đen và vạch 8,5mm); mã 3: LOA 9-11 mm (CEJ giữa 8,5 mm và vạch 11,5

mm); mã 4: LOA ≥ 12 mm (CEJ vượt trên 11,5 mm); mã X: Vùng lục phân bị loại (hiện tại có ít hơn 2 răng) hoặc không ghi nhận (do CEJ không nhìn thấy hoặc không phát hiện được)^{1,6,8}.

Phân loại chỉ số mảng bám Quigley – Hein (QHI) bằng thuốc mảng bám Dento-plaque inava (hãng INAVA, Pháp) chấm điểm tương ứng từ 0-5: Điểm 0: Không có mảng bám, điểm 1: Có một vài đốm nhỏ viền lợi, điểm 2: Dải liên tục độ rộng mảnh dưới 1mm và sát đường viền lợi, điểm 3: Mảng bám dải liên tục phủ rộng 1/3 chiều cao thân răng từ phía đường viền lợi, điểm 4: Mảng bám bao phủ từ 1/3 đến 2/3 bề mặt răng, điểm 5: Mảng bám bao phủ lớn hơn 2/3 bề mặt răng. QHI = tổng điểm/ tổng số mặt răng khám^{1,6,8}.

2.6. Kỹ thuật, công cụ và quy trình thu thập số liệu. Chỉ số LOA (Loss Of Attachment) được đo bằng cây sonde nha chu có chia vạch mm và hiển thị màu vạch, chỉ số Quigley-Hein (QHI) được khám bằng quan sát bề mặt răng chưa được làm sạch bằng chất hiển thị màu Dento-plaque inava (hãng INAVA, Pháp). Các chỉ số được ghi nhận vào Phiếu nghiên cứu.

2.7. Xử lý số liệu. Tất cả các số liệu nghiên cứu được nhập bằng phần mềm Epidata 3.0 và xử lý bằng phần mềm SPSS 22.0.

2.8. Đạo đức nghiên cứu. Các đối tượng tham gia nghiên cứu đều được giải thích về mục đích nghiên cứu và tự nguyện tham gia nghiên cứu. Toàn bộ thông tin thu thập chỉ phục vụ cho mục đích nghiên cứu mà không phục vụ cho bất kỳ lợi ích nào khác.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Chúng tôi nghiên cứu trên 228 đối tượng từ 60 đến 86 tuổi, độ tuổi trung bình là $73,4 \pm 12,7$ tuổi, trong đó 121 nữ (53,07%) và 107 nam (46,93%).

Bảng 3.1: Phân bố chỉ số LOA theo giới (n=228)

LOA		0	1	2	3	4	X	p
Giới								
Nam (n=107)	n	38	34	25	1	1	8	P<0,05
	%	35,54%	31,77%	23,36%	0,93%	0,93%	7,47%	
Nữ (n=121)	n	52	37	19	2	1	10	
	%	42,97%	30,59%	15,70%	1,65%	0,83%	8,26%	
Tổng	n	90	71	44	3	2	18	
	%	39,47%	31,15%	19,30%	1,31%	0,88%	7,89%	

Nhận xét: Nhóm mất bám dính (LOA) mức 0 và mức 3, ở nữ (mức 0: 42,97%) lớn hơn ở nam (mức 0: 35,54%) với $p < 0,05$. Tuy nhiên, mức 1,2 và 4 ở nam lớn hơn ở nữ, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Ở cả hai giới tính, tỉ lệ giảm dần từ mức 0 đến mức 4, mức X có tỉ lệ tương đồng ở nam và nữ.

Bảng 3.2: Phân bố chỉ số LOA theo nhóm tuổi (n=228)

LOA		0	1	2	3	4	X	p
Tuổi								
60-68 (n=124)	n	60	41	15	2	0	6	P<0,05
	%	48,38%	33,06%	12,11%	1,61%	0,00%	4,84%	
69-77 (n=72)	n	21	18	21	0	1	11	
	%	29,17%	25,00%	29,17%	0,00%	1,39%	15,27%	
78-86 (n=32)	n	9	12	8	1	1	1	
	%	28,14%	37,50%	25,00%	3,12%	3,12%	3,12%	

Nhận xét: Nhóm mất bám dính (LOA) mức 0 ở nhóm 60-68 tuổi có tỉ lệ (48,38%) lớn hơn các nhóm tuổi khác. Mất bám dính mức 1 ở nhóm 78-86 tuổi có tỉ lệ lớn nhất (37,50%), mức 2 ở nhóm 69-77 tuổi có tỉ lệ lớn nhất (29,17%). Mất bám dính mức 3 và 4 ở nhóm 78-86 tuổi lớn nhất, sự khác biệt tỉ lệ giữa các nhóm có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Bảng 3.3: Phân bố chỉ số LOA theo bệnh lý nội khoa thường gặp (n=228)

Bệnh lý \ LOA		0	1	2	3	4	X	Tổng
Tim mạch (n=88)	n	34	31	18	1	0	4	88
	%	38,63%	35,23%	20,46%	1,13%	0,00%	4,55%	100%
Tiểu đường (n=21)	n	4	3	12	2	2	1	24
	%	16,67%	12,50%	50,00%	8,33%	8,33%	4,17%	100%
Bệnh thận	n	6	2	2	0	0	1	11

(n=11)	%	54,55%	18,18%	18,18%	0,00%	0,00%	9,09%	100%
Bệnh hô hấp (n=21)	n	8	6	4	0	0	3	21
	%	38,10%	28,57%	19,05%	0,00%	0,00%	14,28%	100%
Bệnh khớp (n=29)	n	11	11	5	0	0	2	29
	%	37,93%	37,93%	17,24%	0,00%	0,00%	6,90%	100%
Bệnh lý khác (n=23)	n	9	8	2	0	0	4	23
	%	39,13%	34,78%	8,70%	0,00%	0,00%	17,39%	100%
Bình thường (n=32)	n	18	10	1	0	0	3	32
	%	56,25%	31,25%	3,12%	0,00%	0,00%	9,38%	100%

Nhận xét: Trong các bệnh lý nội khoa thường gặp, mất bám dính (LOA) mức 0 và 1 ở bệnh lý tiểu đường có tỉ lệ thấp nhất, mất bám dính (LOA) mức 2 ở bệnh tiểu đường cao nhất, mất bám dính (LOA) mức 3 và 4 chỉ gặp ở bệnh lý tim mạch (mức 3: 1,13%; mức 4: 4,55%) và tiểu đường (mức 3 và 4: 8,33%).

Bảng 3.4: Phân bố chỉ số Quigley-Hein theo giới tính (n=228)

Giới tính	X ± SD	p
Nam (n=107)	2,91 ± 1,53	<0,05
Nữ (n=121)	2,18 ± 1,34	
Tổng	2,52 ± 1,43	

Nhận xét: Chỉ số Quigley-Hein ở nam (2,91 ± 1,53) lớn hơn ở nữ (2,18 ± 1,34), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với p<0,05. Chỉ số Quigley-Hein trung bình chung cho hai giới trên người cao tuổi là 2,52 ± 1,43.

Bảng 3.5: Phân bố chỉ số Quigley-Hein theo nhóm tuổi (n=228)

Nhóm tuổi	X ± SD	p
60-68 (n=124)	2,46 ± 1,58	>0,05
69-77 (n=72)	2,60 ± 1,23	
78-86 (n=32)	2,57 ± 1,31	

Nhận xét: Chỉ số trung bình nhóm tuổi 69-77 (2,60 ± 1,23) lớn hơn nhóm tuổi 60-68 (2,46 ± 1,58) và 78-86 (2,57 ± 1,31), tuy nhiên sự khác biệt chỉ số Quigley-Hein giữa các nhóm tuổi không có ý nghĩa thống kê với p>0,05.

IV. BÀN LUẬN

Mất bám dính (LOA) mức 0 và mức 3 ở nữ lớn hơn ở nam, trong khi đó mức 1, 2 và 4 ở nam lớn hơn ở nữ. Như vậy, mất bám dính mức độ ở nam nghiêm trọng hơn ở nữ có ý nghĩa thống kê, kết quả này cũng tương đồng với nghiên cứu của của Lương Xuân Tuấn (2012)⁶ và Trương Mạnh Nguyên (2020)^{9,10}. Đối với nữ giới có xu hướng vệ sinh chăm sóc răng miệng tốt hơn ở nam giới, điều này phù hợp với tâm lý và ý thức theo giới tính, khi được hỏi các đối tượng nữ thường xuyên đi khám răng miệng định kỳ và vệ sinh ít nhất 2 lần/ ngày, ở nam giới thường xuyên chỉ đi khám răng miệng khi đã có những triệu chứng bệnh răng miệng rõ ràng.

Mức độ mất bám dính (LOA) tăng lên theo tuổi ở cả hai giới tính, trong đó độ tuổi 78-86 có mức độ mất bám dính nghiêm trọng nhất, kết quả tương đồng với nghiên cứu của Hà Minh Phương (2014)⁷ và Nguyễn Thị Hoa (2015)⁸, có thể do mất bám dính được hình thành và tăng dần mức độ nghiêm trọng theo tuổi khi không được điều trị kịp thời, khi mất bám dính quá mức thì sẽ hình thành dần túi lợi bệnh lý, đọng thức ăn và chứa vi khuẩn trong môi trường a xít của túi lợi tạo thành vòng xoắn bệnh lý, càng làm cho tình trạng mất bám dính nghiêm trọng hơn. Nghiên cứu của Levy SM và cộng sự (2003)² trên người cao tuổi ở Bắc Mỹ cho thấy ở độ tuổi 85 thì mất bám dính >4mm (tương ứng LOA mức 1 trở lên) là 91%; mất bám dính >6mm (tương ứng LOA mức 2 trở lên) là 45% và mất bám dính >9 mm (tương ứng mức 3 trở lên) là 15%. Nghiên cứu của Hirotsu và cộng sự (2002)¹ trên đối tượng người cao tuổi Nhật Bản 70-80 tuổi, mất bám dính >4mm (tương ứng LOA mức 1 trở lên) là 97% và mất bám dính >6 mm (tương ứng mức 2 trở lên) là 48%, kết quả này tương đồng nếu xét về giới và tuổi đối với nghiên cứu của chúng tôi, tuy nhiên về tỷ lệ thì mất bám dính ở nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn, sự khác biệt này có thể do độ tuổi trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi chỉ là 73,4±12,7 tuổi, thấp hơn so với độ tuổi ở các nghiên cứu trên.

Trong các bệnh nội khoa thường gặp, bệnh đái tháo đường có mức độ mất bám dính nghiêm trọng nhất, sau đó đến bệnh tim mạch, các bệnh khác có tình trạng mất bám dính (LOA) thấp hơn, phù hợp với tình trạng bệnh lý ở bệnh nhân đái tháo đường, khả năng nhiễm khuẩn tăng cao hơn so với bệnh lý khác; ở bệnh nhân tim mạch thì tình trạng mất bám dính mức độ nghiêm trọng hơn khi có biến chứng như đột quỵ dẫn đến liệt chi và ảnh hưởng đến quá trình chăm sóc vệ sinh răng miệng hàng ngày, với bệnh nhân tim mạch hoặc bệnh lý khác được kiểm soát tốt thì tình trạng mất bám dính cũng ít nghiêm trọng hơn.

Theo kết quả bảng 3.4 và 3.5 cho thấy chỉ số Quigley-Hein ở nam lớn hơn ở nữ, tuy nhiên

không có sự khác biệt khi so sánh giữa các nhóm tuổi. Chỉ số Quigley-Hein trung bình là $2,52 \pm 1,43$ chỉ ra rằng mảng bám luôn luôn có trên bề mặt răng, chỉ số có biên độ tương đối rộng từ mức độ nhẹ đến nặng. Chỉ số mảng bám là một trong những thông tin gián tiếp đánh giá được tình trạng vệ sinh chăm sóc răng miệng, chỉ số trong nghiên cứu phản ánh mức độ chăm sóc răng miệng ở người cao tuổi diễn ra hàng ngày nhưng ở mức độ không thường xuyên hoặc chưa thực sự đúng cách. Điều này gợi ý cho những chương trình nha cộng đồng, trong đó, hướng dẫn vệ sinh răng miệng đúng cách là một trong những ưu tiên hàng đầu, đồng thời tư vấn và giáo dục thói quen vệ sinh răng miệng nên được đề cập đến trong các buổi truyền thông, phổ biến kiến thức về răng miệng.

Khi so sánh với một số nghiên cứu về chỉ số mảng bám Quigley-Hein, chỉ số Quigley-Hein của nghiên cứu này lớn hơn trong nghiên cứu của Maily M. Idress (2014)³, điều này có thể lý giải do nghiên cứu của Maily M. Idress (2014)³ trên đối tượng trẻ hơn (18-40 tuổi) tại Saudi Arabia, do vậy, vệ sinh răng miệng tốt hơn. Chỉ số Quigley-Hein trong nghiên cứu của chúng tôi nhỏ hơn so với nghiên cứu của Senjeev Khanagar (2015)⁴ và Nguyễn Thị Hoa (2015)⁸ ở người cao tuổi, sự khác biệt này do đối tượng nghiên cứu của Senjeev Khanagar cao tuổi hơn và có những rối loạn về ý thức tại Canada, vì vậy, tình trạng vệ sinh răng miệng cũng kém hơn.

Bảng 4.1. So sánh chỉ số Quigley-Hein của một số tác giả

Tác giả	Đối tượng	n	Chỉ số Quigley-Hein
Maily M. Idress (2014) ³	18-40, Saudi Arabia	385	$0,85 \pm 0,49$
Senjeev Khanagar (2015) ⁴	≥ 65 , Canada	322	$3,17 \pm 0,4$
Nguyễn Thị Hoa (2015) ⁸	≥ 60 tuổi, tỉnh Thừa Thiên Huế, Việt Nam	1373	$2,87 \pm 2,09$
Nghiên cứu của chúng tôi	≥ 60 tuổi, Thanh Trì, Việt Nam	228	$2,52 \pm 1,43$

Nghiên cứu của Nguyễn Thị Hoa (2015)⁸ tại tỉnh Thừa Thiên Huế tương đồng về độ tuổi, tuy nhiên phạm vi nghiên cứu rộng hơn và bao phủ hầu hết các địa điểm tại Thừa Thiên Huế, do vậy các đối tượng đa dạng hơn, ngược lại trong nghiên cứu này chỉ thực hiện tại một huyện ngoại thành Hà Nội với mức độ dân trí đồng đều hơn và thường xuyên được hướng dẫn chăm sóc răng miệng từ những chương trình nha cộng đồng. Điều này cũng phần nào đánh giá được

chương trình cộng đồng có hiệu quả, mặc dù vậy tần suất truyền thông và tư vấn vệ sinh răng miệng cần được duy trì và đảm bảo ở mức độ thường xuyên hơn.

V. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu 228 đối tượng từ 60-86 tuổi, bao gồm 107 nam và 121 nữ, chúng tôi rút ra một số kết luận như sau:

- Mức độ mất bám dính (LOA) trên người cao tuổi ở nam lớn hơn ở nữ, tăng dần theo tuổi ở cả hai giới tính.

- Tình trạng mất bám dính ở người cao tuổi có bệnh lý đái tháo đường nghiêm trọng nhất, sau đó đến bệnh tim mạch, các bệnh lý khác có ảnh hưởng đến mức độ mất bám dính nhưng không có sự khác biệt giữa các nhóm bệnh.

- Chỉ số mảng bám Quigley-Hein trên người cao tuổi ở nam lớn hơn nữ, tuy nhiên không có sự khác biệt giữa các nhóm tuổi, chỉ số trung bình Quigley-Hein là $2,52 \pm 1,43$.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Hirotohi T et al** (2002). Longitudinal study on periodontal conditions on healthy elderly people in Japan, Community Dent Oral Epidemiol, 30(6), 409-410.
2. **Levy SM et al** (2003). The prevalence of periodontal disease measures in elderly adults, age 79 and older, Spec Dentist J, 23(2), 50-57.
3. **Maily M. Idrees** (2014). Prevalence and severity of plaque-induced gingivitis in a Saudi adult population. Saudi Med J, 35(11), 1373- 1377.
4. **Senjeev Khanagar et al** (2015). Oral hygiene status of institutionalized dependent elderly in India- across- sectional survey, Canadian Geriatricsjournal, 18(2), 35-38.
5. **Phạm Thị Việt Lê** (2004). Nhận xét tình trạng bệnh quanh răng ở bệnh nhân tim mạch nằm viện từ 18 tuổi trở lên, Luận văn Thạc sỹ Y học, Trường ĐHY Hà Nội.
6. **Lương Xuân Tuấn** (2012). Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng và kết quả điều trị viêm quanh răng bảo tồn ở người cao tuổi tại BV Trường ĐHY Hà Nội, Luận văn CKII, Trường ĐHY Hà Nội.
7. **Hà Minh Phương** (2014). Đánh giá thực trạng, nhu cầu điều trị và ảnh hưởng bệnh quanh răng ở người cao tuổi tại thị trấn Phúc Thọ, Hà Nội năm 2014, Luận văn Tốt nghiệp Bác sĩ Răng Hàm Mặt, Trường ĐHY Hà Nội, Hà Nội.
8. **Nguyễn Thị Hoa** (2015). Thực trạng bệnh vùng quanh răng và kiến thức, thái độ, hành vi chăm sóc răng miệng của người cao tuổi ở tỉnh Thừa Thiên Huế năm 2015, Luận văn Thạc sỹ Y học, Trường ĐHY Hà Nội.
9. **Trương Mạnh Nguyên, Phạm Dương Châu** (2020). Nhu cầu điều trị bệnh viêm quanh răng và một số yếu tố ảnh hưởng ở người cao tuổi thành phố Hà Nội, Tạp chí Y học Việt Nam, 488(2), 32-36.
10. **Trương Mạnh Nguyên, Phạm Dương Châu** (2020). Thực trạng bệnh quanh răng và một số yếu tố liên quan ở người cao tuổi TP Hà Nội, Tạp chí Y học Việt Nam, 488(2), 09-13.

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG BỆNH NHÂN TRƯỢT ĐỐT SỐNG THẮT LƯNG CÓ LOÃNG XƯƠNG ĐƯỢC PHẪU THUẬT HÀN XƯƠNG LIÊN THÂN ĐỐT LỖI SAU (TLIF) TẠI BỆNH VIỆN VIỆT ĐỨC

Đỗ Mạnh Hùng¹, Vũ Văn Cường¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của bệnh nhân trượt đốt sống thắt lưng có loãng xương được phẫu thuật hàn xương liên thân đốt lồi sau (TLIF) ở Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả tiến cứu với 80 bệnh nhân trượt đốt sống thắt lưng có loãng xương được phẫu thuật hàn xương liên thân đốt lồi sau (TLIF) tại Bệnh viện Việt Đức từ tháng 1/2022 – tháng 1/2024. **Kết quả:** có 80 bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi chủ yếu là nữ chiếm 66,8%, tuổi trung bình là $63,8 \pm 7,7$. Đặc điểm lâm sàng của bệnh nhân: Hầu hết bệnh nhân đau cột sống thắt lưng, (90,0%), đau cách hồi thần kinh (47,5%), đau lan xuống chân (90,0%), dấu hiệu Lasègue gặp ở 70% bệnh nhân, dấu hiệu bậc thang gặp ở 26,2% bệnh nhân. Điểm VAS trung bình cột sống thắt lưng là $6,8 \pm 1,9$, ở chân là $6,4 \pm 2,6$. Điểm ODI trung bình là $59,8\% \pm 11,2\%$. Đa số các bệnh nhân bị ảnh hưởng chức năng cột sống mức độ trung bình và nặng chiếm 86,2%. Trên Xquang, hầu hết các bệnh nhân bị trượt đốt sống độ I (67,5%) và độ II (28,8%) với các tầng L45 (46,8%) và L5S1 (30,7%), tỉ lệ khuyết eo là 40,0%. Trên MRI: tất cả các bệnh nhân đều có thoái hoá đĩa đệm, có 77,8% bệnh nhân hẹp ống sống, 47,5% bệnh nhân hẹp lỗ liên hợp và 73,8% bệnh nhân có dày dây chằng vàng. **Kết luận:** Triệu chứng lâm sàng nổi bật của bệnh nhân trượt đốt sống có loãng xương là đau cột sống thắt lưng, lan xuống chân và có dấu hiệu cách hồi thần kinh. Trên Xquang có thể biểu hiện các mức độ trượt đốt sống khác nhau nhưng chủ yếu là độ I và độ II, thường gặp nhất ở tầng L4L5 và L5S1.

Từ khóa: trượt đốt sống thắt lưng, loãng xương, hàn xương liên thân đốt lồi sau (TLIF)

SUMMARY

CLINICAL FEATURES AND IMAGING DIAGNOSIS IN PATIENTS WITH OSTEOPOROTIC LUMBAR SPONDYLOLISTHESIS TREATED WITH TRANSFORAMINAL LUMBAR INTERBODY FUSION (TLIF) AT VIET DUC HOSPITAL

Objective: To describe the clinical and paraclinical characteristics of patients with lumbar spondylolisthesis and osteoporosis undergoing transforaminal lumbar interbody fusion (TLIF) surgery at Viet Duc Hospital. **Methods:** A Prospective

Descriptive Study with 80 Patients with Lumbar Spondylolisthesis and Osteoporosis Undergoing Transforaminal Lumbar Interbody Fusion (TLIF) Surgery at Viet Duc University Hospital from January 2022 to January 2024. **Results:** Our study included 80 patients, predominantly female (66.8%), with an average age of 63.8 ± 7.7 years. Clinical characteristics of the patients: The majority of patients experienced lumbar spine pain (90.0%), intermittent neurogenic claudication (47.5%), and radiating pain down the leg (90.0%). The Lasègue sign was present in 70% of patients, and the step-off sign was found in 26.2% of patients. The average Visual Analog Scale (VAS) score for lumbar spine pain was 6.8 ± 1.9 , and for leg pain, it was 6.4 ± 2.6 . The average Oswestry Disability Index (ODI) score was $59.8\% \pm 11.2\%$, with the majority of patients (86.2%) experiencing moderate to severe functional impairment of the spine. Radiological findings: On X-ray, most patients had Grade I spondylolisthesis (67.5%) and Grade II spondylolisthesis (28.8%), predominantly at L4-L5 (46.8%) and L5-S1 (30.7%) levels, with a spondylolysis rate of 40.0%. MRI findings revealed that all patients had disc degeneration, with 77.8% having spinal canal stenosis, 47.5% having foraminal stenosis, and 73.8% showing thickening of the ligamentum flavum. **Conclusion:** The prominent clinical symptoms of patients with lumbar spondylolisthesis and osteoporosis include lumbar spine pain radiating down the leg and intermittent neurogenic claudication. On X-ray, varying degrees of spondylolisthesis can be observed, predominantly at Grade I and Grade II, most commonly found at the L4-L5 and L5-S1 levels. **Keywords:** Lumbar spondylolisthesis, osteoporotic, transforaminal lumbar interbody fusion (TLIF).

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Trượt đốt sống thắt lưng là sự di chuyển bất thường ra trước hoặc ra sau của đốt sống phía trên so với đốt sống phía dưới vùng thắt lưng. Hệ quả là làm thay đổi cấu trúc giải phẫu và mất vững cột sống. Bệnh lí có tỉ lệ mắc vào khoảng 6% dân số. Có nhiều nguyên nhân gây ra trượt đốt sống, trong đó khuyết eo và thoái hoá là các nguyên nhân thường gặp nhất.

Biểu hiện lâm sàng của trượt đốt sống thắt lưng rất đa dạng và phong phú, có thể bệnh nhân chỉ biểu hiện đau lưng, đau theo rễ thần kinh hoặc phối hợp cả hai, đôi khi không có triệu chứng gì cả nên dễ chẩn đoán nhầm với các bệnh lí khác vùng thắt lưng.

Ngày nay cùng với sự gia tăng tuổi thọ của con người là những gánh nặng bệnh tật do thời

¹Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức

Chịu trách nhiệm chính: Đỗ Mạnh Hùng

Email: manhhungdhy@yahoo.com

Ngày nhận bài: 23.10.2024

Ngày phản biện khoa học: 22.11.2024

Ngày duyệt bài: 30.12.2024