

- không lây nhiễm (Syeps), Việt Nam.
- Thủ Tướng Chính phủ (2022).** Quyết định số 155/2022/QĐ - TTg về việc "Phê duyệt chiến lược quốc gia phòng chống bệnh không lây nhiễm và rối loạn sức khỏe tâm thần giai đoạn 2022 - 2025".
 - Bộ Y tế (2015).** Viet Nam National STEPS Survey.
 - Bộ Y tế (2019).** Báo cáo tổng quan ngành y tế năm 2019.
 - Hoang Van Minh YKD, Mary Ann Cruz Bautista, et al, (2020).** "Describing the primary care system

- capacity for the prevention and management of non-communicable diseases in rural Vietnam", The international journal of health planning and management, Publishe.
- Bộ Y tế (2017).** Thông tư số 39/2017/TT-BYT quy định gói dịch vụ y tế cơ bản cho tuyến y tế cơ sở.
 - Nguyễn Thị Thi Thơ TNH, và cs, (2015).** "Thực trạng triển khai hoạt động phòng, chống bệnh không lây nhiễm của các trạm y tế xã năm 2014", Tạp XXV(12 (172)), tr. 179 - 187.

NHẬN XÉT ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VÀ XQUANG BỆNH NHÂN CÓ RĂNG BỊ VIÊM QUANH CHÓP MẠN TÍNH

Vũ Thị Quỳnh Hà¹, Nguyễn Thị Châu¹, Lê Thị Kim Oanh¹, Phạm Thị Tuyết Nga¹

TÓM TẮT

Mục đích: Bệnh lý quanh chóp mạn tính là một bệnh lý hay gặp trong răng hàm mắt, bệnh thường không có tiền sử sưng đau bệnh nhân không để ý dễ bỏ qua, khi phát hiện bệnh thường nặng nên điều trị phức tạp. Nên chúng tôi nghiên cứu về đặc điểm lâm sàng và xquang của các bệnh nhân để phát hiện bệnh sớm để điều trị có kết quả. **Mục tiêu:** Nhận xét đặc điểm lâm sàng và xquang của bệnh nhân bị viêm quanh chóp răng mạn tính đến khám, điều trị tại Trung tâm kỹ thuật cao, Viện đào tạo Răng Hàm Mắt và khoa Răng hàm mặt bệnh viện Đại học Y Hà Nội, Trường Đại học Y Hà Nội từ tháng 5/2021 đến tháng 7/2022. **Phương Pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 73 răng của bệnh nhân đến khám tại trung tâm Kỹ thuật cao -Viện đào tạo Răng Hàm Mắt và Khoa Răng Hàm Mặt bệnh viện Đại Học Y Hà Nội, Trường Đại học Y Hà Nội từ tháng 5/2021 đến 7/2022. Các bệnh nhân đều được hỏi, thăm khám, chụp Xquang và làm bệnh án. Dựa theo kích thước đường kính ngang tổn thương chóp trên Xquang bệnh nhân được chia làm 2 nhóm: nhóm 1 có đường kính $\leq 5\text{mm}$; nhóm 2 có đường kính trên 5 và $\leq 10\text{mm}$ để nhận xét đặc điểm lâm sàng và Xquang. **Kết quả:** Bệnh nhân trong nhóm nghiên cứu có tỷ lệ nam 53,4% nữ 46,6%. Lý do đến khám vì sưng đau răng tỷ lệ cao nhất là 61,6%; tiếp đến là kiểm tra răng miệng định kỳ 21,9%; trám răng chiếm 9,6%; lỗ dò mủ 4,1% còn lại là lý do khác 2,1%. Phân bố nguyên nhân của bệnh lần lượt là: sâu răng không được điều trị 28,8%; sang chấn (khớp cắn, chấn thương) 26%; sau điều trị tủy thất bại 13,7%; nướu phụ 12,3%; răng đã được mài làm phục hình 11%, tổn thương tổ chức cứng không do sâu 5,5%, còn lại là viêm quanh răng 2,7%. Dấu hiệu lâm sàng ở 2 nhóm gõ dọc đau 68,5%, rướn đỏ 61,6%, răng lung lay 49,3%, lỗ dò 28,8%. Hình thái tổn thương chóp trên Xquang lần lượt là: Hình

tròn 37%; hình bầu dục 32,9%; hình liềm 16,4% và hình dạng không xác định là 13,7%. Ranh giới tổn thương rõ gặp 63% cao hơn hẳn nhóm có ranh giới không rõ 37%, khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,01$. **Kết luận:** Bệnh nhân đến khám nằm trong độ tuổi từ 9-72 tuổi. Nhóm 1 gặp bệnh nhân có tiền sử sưng đau 64,9% cao hơn nhóm 2 gặp 35,1%. Lý do chính bệnh nhân đến khám là do sưng đau chiếm đến 61,6%. Nguyên nhân hay gặp nhất của bệnh là do sâu răng không được điều trị chiếm 28,8%. Phân bố bệnh ở hàm dưới 68% cao hơn hẳn hàm trên trên 32%. Dấu hiệu lâm sàng hay gặp nhất là gõ dọc đau gặp 68,5%, rướn đỏ răng đổi màu 61,6%, răng lung lay 49,3%, lỗ dò 28,8%. Hình thái tổn thương chóp trên Xquang hay gặp nhất là hình tròn 37%, và ranh giới tổn thương rõ là 63%.

Từ khóa: Viêm quanh chóp mạn tính

SUMMARY

CLINICAL AND RADIOGRAPHIC FEATURES IN CASES SERIES OF CHRONIC APICAL PERIODONTITIS

Background. Chronic apical periodontitis is the most frequent inflammatory lesion related to teeth in the jaws. Patients will develop apical periodontitis without having symptoms for a long period of time. Hence, it is essential that dental practitioners understand the clinical and radiographic features of chronic apical periodontitis, so they can be diagnosed and managed appropriately. Previous study attempted to review the clinical and radiographic features of chronic apical periodontitis. **Objectives.** To review the clinical and radiographic features of patients with chronic apical periodontitis who came for examination and treatment at the High Qualitative Medical Examination and Treatment Center, the Academy of Odonto-Stomatology and the Department of Odonto-Stomatology, Hanoi Medical University Hospital, Hanoi Medical University from May 2021 to July 2022. **Methods.** This descriptive cross-sectional study consisted of 73 teeth of patients who visited the High Qualitative Medical Examination and Treatment Center, the Academy of Odonto-Stomatology and the Department of Odonto-Stomatology, Hanoi Medical University Hospital, Hanoi Medical University from May

¹Trường đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Vũ Thị Quỳnh Hà

Email: vuquynhha@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 19.8.2022

Ngày phản biên khoa học: 23.9.2022

Ngày duyệt bài: 10.10.2022

2021 to July 2022. All patients were asked about the disease, examined, X-rayed and made research records. Based on the size of the horizontal diameter of the apical lesion on the X-ray film, the patients were divided into 2 groups: group 1 with a diameter of $\leq 5\text{mm}$; group 2 with diameters over 5 and $\leq 10\text{mm}$ to comment on clinical and radiographic characteristics. **Results.** Patients in the study group consists 53.4% male and 46.6% female. The reason for visiting to the doctor because of toothache and swelling accounted for the highest rate of 61.6%; followed by periodic dental check-ups accounting for 21.9%; dental fillings accounted for 9.6%; Purulent fistula accounted for 4.1%, the rest was for other reasons, accounted for 2.1%. The distribution of causes of the disease is: untreated caries 28.8%; trauma (occlusion, trauma) 26%; after root canal treatment failed 13.7%; central cusp 12.3%, teeth with restorations account for 11%, hard tissue damage not due to caries 5.5%, the rest is periodontitis 2.7%. The common clinical signs of both groups were 68.5% pain of longitudinal percussion, 61.6% tooth discoloration, 49.3% loose teeth, 28.8% fistula. The morphology of the apical lesion on X-ray is: Round 37%; oval 32.9%; crescent 16.4% and indeterminate 13.7%. The clear lesion boundary was found in 63%, which was much higher than the group with unclear boundary by 37%, the difference was statistically significant with $p < 0.01$. **Conclusions.** Patients coming to the clinic ranged in age from 9-72 years old. Group 1 met patients with a history of swelling and pain 64.9% higher than group 2 met 35.1%. At the same time, the main reason patients came to the clinic was pain, swelling, accounting for 61.6%. The most common cause of the disease is untreated tooth decay, accounting for 28.8%. The distribution of disease in the lower jaw is 68% higher than that in the upper jaw by 32%. The most common clinical sign was pain in 68.5%, then tooth discoloration 61.6%, loose teeth 49.3%, fistula 28.8%. The most common form of apical lesions on radiographs is round in 37%, and clearly demarcated in 63%.

Keywords: Chronic Periapical Periodontitis

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm quanh chóp là một bệnh rất phổ biến trong răng hàm mặt, tỷ lệ gặp có thể tăng theo tuổi. Một nghiên cứu cho thấy từ 20 đến trên 60 tuổi tỷ lệ gặp tăng dần từ 30 đến hơn 60%¹. Bệnh có thể gây ra biến chứng nặng nề như mất răng hay viêm tấy sàn miệng lan tỏa nếu không được điều trị kịp thời và đúng phương pháp.²

Viêm quanh chóp thường diễn biến dai dẳng là do hệ vi khuẩn trong những bệnh lý chóp rất phức tạp: nhiều chủng vi khuẩn, nấm như Staphylococcus aureus, Enterococcus faecalis, Escherichia coli, Pseudomonas aeruginosa, Bacillus subtilis, Candida albicans^{3,4,5}. Các vi khuẩn này bằng các phương pháp điều trị và hàn tủy thông thường, thường không đem lại kết quả để tái phát. Hơn nữa hệ vi khuẩn trong tủy hoại tử có thể tạo nên lớp màng sinh học, nó không

bị tác động bởi cơ chế bảo vệ của tủy chủ, hơn nữa các thủ thuật nội nha thông thường có thể giảm nhưng không loại trừ được hoàn toàn lớp màng này. Chính những điều này đã gây nên những hậu quả nặng nề và dai dẳng hay tái phát của bệnh lý chóp.⁶

Chính vì vậy chúng tôi tiến hành đề tài "*nhận xét đặc điểm lâm sàng và xquang bệnh viêm quanh chóp mạn tính của bệnh nhân đến khám tại trung tâm Kỹ Thuật Cao – Viện đào tạo Răng Hàm Mặt và khoa Răng Hàm Mặt bệnh viện Đại học Y từ tháng 5/2021 đến tháng 7/2022*" với cùng mục tiêu.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Thời gian và địa điểm nghiên cứu: từ tháng 5/2021 đến hết tháng 7/2022 tại trung tâm khám chữa bệnh chất lượng cao, Viện đào tạo Răng Hàm Mặt và khoa Răng hàm mặt bệnh viện Đại học Y Hà Nội.

2. Đối tượng nghiên cứu: Các bệnh nhân tới khám tại trung tâm kỹ thuật cao viện Đào tạo Răng hàm mặt và khoa Răng hàm mặt bệnh viện đại học Y Hà Nội được chẩn đoán là viêm quanh chóp mạn tính.

-Tiêu chuẩn lựa chọn:

Các răng vĩnh viễn được chẩn đoán xác định VQC mạn dựa trên dấu hiệu lâm sàng và X-quang.

Hình ảnh X-quang có đường kính ngang tổn thương $\leq 10\text{mm}$

-Tiêu chuẩn loại trừ:

Răng VQC mạn có đường kính ngang tổn thương $> 10\text{mm}$

- Răng 8, răng bị nứt dọc chân răng

- Ống tủy quá cong và tắc

- Răng bị viêm quanh răng giai đoạn III có chỉ định nhổ

- Bệnh nhân không đồng ý hợp tác

3. Chọn mẫu: cách chọn cỡ mẫu thuận tiện và chúng tôi chọn được là 73 răng.

4. Các biến số trong nghiên cứu

- Các thông tin về tuổi, giới

- Lý do vào viện

- Tiền sử: sưng đau; sang chấn.

- Nguyên nhân

- Răng tổn thương, dấu hiệu lâm sàng

- Hình dạng, kích thước, ranh giới tổn thương

5. Thu thập số liệu và các bước nghiên cứu

Thu thập số liệu. Bệnh nhân đến khám được lựa chọn vào trong nghiên cứu theo tiêu chuẩn lựa chọn và loại trừ

Sau đó được hỏi bệnh, thăm khám và chụp Xquang cận chóp theo mẫu bệnh án nghiên cứu thống nhất.

Các bước nghiên cứu

Bước 1: Viết và bảo vệ đề cương nghiên cứu

Bước 2: Thu thập số liệu

Phòng vấn và khám lâm sàng để lựa chọn đối tượng vào nghiên cứu: ghi vào bệnh án nghiên cứu theo mẫu thống nhất.

Bước 3: làm sạch, xử lý số liệu

Bước 4: Viết bài báo, báo cáo

Bước 5: Bảo vệ trước hội đồng

6. Xử lý số liệu: số liệu được xử lý bằng phần mềm SPSS 20.0

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU**Bảng 1: phân bố bệnh nhân theo tuổi và giới**

Giới	Tuổi	≤ 24	25 - 44	≥ 45	Tổng
	Nam		18 (24,6%)	13 (17,8%)	8 (11,0%)
Nữ		6 (8,2%)	15 (20,6%)	13 (17,8%)	34 (46,6%)
Tổng		24 (32,8%)	28 (38,4%)	21 (28,8%)	73 (100%)

VQCMT ở nam chiếm 53,4% cao hơn nữ là 46,6%. Nhóm tuổi <45 tỷ lệ gặp lên đến 71,2% cao hơn hẳn nhóm tuổi ≥ 45 gặp 28,8%. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Bảng 2: Phân bố lý do đến khám theo nhóm

Nhóm	Lý do khám	Sưng đau răng	Kiểm tra răng miệng	Trám răng	Lỗ do mủ	Khác	Tổng (n =)
Nhóm 1		20 (54,1%)	10 (27%)	5 (13,5%)	1 (2,7%)	1 (2,7%)	37 (100%)
Nhóm 2		26 (69,4%)	6 (16,7%)	2 (5,6%)	2 (6,6)	1 (2,8%)	36 (100%)
Tổng		45 (61,6%)	16 (21,9%)	7 (9,6%)	3 (4,1%)	2 (2,7%)	73 (100%)

Tỷ lệ bệnh nhân gặp nhóm 1 chiếm 50,7% (37/73) cao hơn nhóm 2 là 49,3%, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê. Chung 2 nhóm, lý do đến khám vì sưng đau răng là cao nhất chiếm 61,6%, sau đó đến lý do khám kiểm tra răng miệng chiếm 21,9%, lý do đến khám vì muốn trám răng đứng thứ ba chiếm 9,6%, tiếp đến là lý do khám vì có lỗ dò chiếm 4,1% và thấp nhất là lý do khác là 2,7%.

Bảng 3: Tiền sử sưng đau theo nhóm

Tổng	Nhóm	Có sưng đau	Không sưng đau	Tổng
	Nhóm 1	24 (64,9%)	13 (35,1%)	37 (100%)
	Nhóm 2	20 (55,6%)	16 (44,4%)	36 (100%)
Tổng		44 (60,3%)	29 (39,7%)	73 (100%)

Trong nghiên cứu của chúng tôi có 44/73 răng có tiền sử sưng đau chiếm 60,3% còn có 29/73 răng chiếm 39,7% không có tiền sử sưng đau trong quá trình diễn biến bệnh. Trong đó, nhóm 1 răng có tiền sử sưng đau chiếm 64,9%, cao hơn so với nhóm 2 là 55,6%. Như vậy ở nhóm 2 tỷ lệ không sưng đau ở nhóm 2 cao hơn nhóm 1. Chứng tỏ trong quá trình diễn biến bệnh nếu không có biểu hiện gì nên sẽ ít được chú ý hơn, dễ bỏ qua nên kích thước tổn thương thường lớn rơi vào nhóm 2.

Bảng 4: Phân bố vị trí răng tổn thương theo nhóm

Nhóm	Răng	Nhóm RCT	Nhóm RCD	Nhóm RHNT	Nhóm RHND	Nhóm RHLT	Nhóm RHLD	Tổng
Nhóm 1		9(24,3%)	6(16,2%)	3(8,1%)	9 (24,3%)	3 (8,1%)	7 (18,9%)	37(100%)
Nhóm 2		5(13,9%)	9 (25,0%)	1 (2,8%)	7 (19,4%)	2 (5,6%)	12 (33,3%)	36 (100%)
Tổng		14(19,2%)	15(20,5%)	4 (5,5%)	16(21,9%)	5(6,8%)	19(26,6%)	73(100%)

Tính chung 2 nhóm thì tỷ lệ gặp ở răng hàm dưới gặp là 50/73 răng chiếm tới 68%, răng cao hơn hẳn tỷ lệ gặp ở hàm trên có 23/73 răng chiếm 32%, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,01$. Tỷ lệ gặp ở nhóm răng cửa vẫn là chiếm tỷ lệ cao nhất 29/73 răng chiếm 39,7%; rồi đến nhóm răng hàm lớn là 24/73 răng chiếm 33,4% và thấp nhất là nhóm răng hàm nhỏ 20/73 chiếm 27,4%.

Bảng 5: Dấu hiệu lâm sàng theo nhóm

Dấu hiệu lâm sàng	Nhóm	Nhóm 1 (n =37)	Nhóm 2 (n =36)	Tổng (n=73)
Lỗ dò		8 (21,6%)	13 (36,1%)	21 (28,8%)
Răng đổi màu		21 (56,8%)	24 (66,7%)	45 (61,6%)
Gõ dọc đau		23(62,2%)	27 (75%)	50 (68,5%)
Răng lung lay		13 (35,1%)	23 (63,9%)	36 (49,3%)

Qua bảng trên ta thấy dấu hiệu gõ đục đầu gặp tỷ lệ cao nhất là 61,6%, tiếp đến là dấu hiệu răng đổi màu gặp 61,6%, răng lung lay 49,3% và thấp nhất là lỗ dò với tỷ lệ gặp là 28,8%. Sự khác biệt này có nghĩa thống kê với $p < 0,01$.

Bảng 6: Hình thái tổn thương chóp trên X-quang răng theo nhóm

Hình thái tổn thương Nhóm	Hình tròn	Hình bầu dục	Hình liềm	Hình dạng khác	Tổng
Nhóm 1	7 (25,9%)	13 (54,2%)	9 (75%)	8 (80%)	37(50,7%)
Nhóm 2	20 (74,1%)	11 (45,8%)	3 (25%)	2 (20%)	36 (49,3%)
Tổng	27 (100%) 37%	24 (100%) 32,9%	12 (100%) 16,4%	10 (100%) 13,7%	73 (100%) 100%

Hình thái tổn thương chóp trên X-quang hay gặp nhất là hình tròn chiếm 37% (27/73), tiếp theo là hình bầu dục 32,9% (24/73), thấp hơn là hình liềm 16,4% (12/73) và thấp nhất là hình dạng khác chiếm 13,7% (10/73). Hình thái tổn thương tròn gặp chủ yếu ở nhóm 2 chiếm 74,1% (20/27) cao hơn hẳn nhóm 1 là 25,9% (7/27). Có sự khác biệt đáng kể về sự phân bố hình dạng tổn thương ở nhóm 1 và 2, và sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,01$.

Bảng 7: Ranh giới tổn thương trên X-quang răng theo nhóm

Ranh giới tổn thương Nhóm	Ranh giới rõ	Ranh giới không rõ	Tổng
Nhóm 1	16 43,2%	21 56,8%	37 100%
Nhóm 2	30 83,3%	6 16,7%	36 100%
Tổng	46 63%	27 37%	73 100%

Tính chung cả hai nhóm thì đặc điểm tổn thương ranh giới rõ chiếm 63% cao hơn hẳn ranh giới không rõ chiếm 37%. Ở nhóm 1 tỷ lệ gặp ranh giới không rõ 56,8% cao hơn ranh giới rõ 43,2%. Ngược lại ở nhóm 2 tỷ lệ gặp ranh giới rõ cao hơn hẳn ranh giới không rõ 16,7%. Sự khác biệt về ranh giới tổn thương ở hai nhóm có ý nghĩa thống kê với $p < 0,01$.

IV. BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu của chúng tôi có 73 răng phân bố từ nhóm tuổi 9-72, nam chiếm tỷ lệ 53,4% cao hơn ở nữ giới là 46,6%, sự khác biệt không ý nghĩa thống kê. Tuy nhiên nguyên nhân của bệnh trong nghiên cứu của chúng tôi do chấn thương răng và khớp cắn chiếm 26% chỉ đứng sau nguyên nhân gây sâu răng, và gặp nhiều ở nhóm răng cửa và răng hàm nhỏ chiếm đến 67,1% (49/73) điều này giải thích tại sao nghiên cứu của chúng tôi gặp ở nam cao hơn ở nữ so với một số nghiên cứu của các tác giả khác như Nguyễn Mạnh Hà⁷ nữ 57%, nam gặp 43%. Lý do chính để bệnh nhân đến khám là vì sưng

đầu răng chiếm 61,6%, còn lại là các nguyên nhân khác như khám răng định kỳ, trám răng hay lỗ do mù như vậy cho thấy đa số bệnh nhân vẫn đi khám do sưng đau chứ chưa hình thành được thói quen khám răng miệng định kỳ hay chủ động đi khám. Vậy nếu không có tiền sử sưng đau hay bị sưng đau thì bệnh nhân thường không để ý, dễ bỏ qua nên bệnh có bị tổn thương nặng hay to khi phát hiện bệnh. Về vị trí răng tổn thương thấy răng gặp ở nhóm răng cửa là cao nhất chiếm 39,7%; rồi đến nhóm răng hàm lớn 33,4% và thấp nhất là nhóm răng hàm nhỏ 27,4%. Điều này cũng phù hợp với nguyên nhân khi thăm khám là do sang chấn (chấn thương, sang chấn khớp cắn) vì răng cửa thì tỷ lệ chấn thương răng thường cao nhất, do sâu răng không được điều trị thì răng hàm lớn thường mọc sớm nên dễ bị sâu và dễ bị bỏ qua nên có thể dẫn tới bệnh lý tủy sau đó là bệnh lý chóp răng. Trong nghiên cứu của chúng tôi thấy tỷ lệ gặp ở hàm dưới là 68% cao hơn hẳn hàm trên 32%, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,01$. Điều này có thể do răng hàm dưới mọc sớm hơn hàm trên mà trẻ nhỏ chưa ý thức nhiều trong việc giữ gìn vệ sinh răng miệng. Dấu hiệu lâm sàng của bệnh chúng tôi gặp là dấu hiệu gõ đục đầu gặp tỷ lệ cao nhất là 61,6%, tiếp đến là dấu hiệu răng đổi màu gặp 61,6%, răng lung lay 49,3% và thấp nhất là lỗ dò với tỷ lệ gặp là 28,8%. Sự khác biệt này có nghĩa thống kê với $p < 0,01$. Dấu hiệu gõ đục đầu nhẹ của tôi cao hơn của tác giả Nguyễn Hữu Long gặp 44,2%, trong khi đó dấu hiệu do mù của chúng tôi thấp hơn của Nguyễn Mạnh Hà¹ 61,9%, Nguyễn Hữu Long⁸ gặp 59,3%. Hình ảnh tổn thương chóp trên X-quang là một dấu hiệu giúp chẩn đoán xác định, trong đó chúng tôi gặp 4 dạng hình thái tổn thương: hay gặp nhất là hình tròn chiếm 37%, tiếp theo là hình bầu dục 32,9%, thấp hơn là hình liềm 16,4% và thấp nhất là hình dạng khác chiếm 13,7%. Hình thái tổn thương tròn gặp chủ yếu ở nhóm 2 chiếm 74,1% cao hơn hẳn nhóm 1 là 25,9%. Ranh giới tổn thương chúng tôi gặp thì ranh giới rõ chiếm 63% cao

hơn hẳn ranh giới không rõ chiếm 37%. Trong đó nhóm 2 gặp chủ yếu dạng tổn thương hình tròn và danh giới rõ. Còn nhóm 1 thì gặp chủ yếu dạng hình liềm và bầu dục, ranh giới không rõ. Như vậy thường loại hình tròn ranh giới rõ thường không có biểu hiện gì nên thường dễ bị bỏ qua nên tổn thương khi phát hiện thường lớn.

V. KẾT LUẬN

Bệnh viêm quanh chóp là một bệnh lý phổ biến và trong nghiên cứu của chúng tôi gặp ở nam có hơn nữ, và tuổi <45 gặp nhiều hơn chiếm đến 71,2%.

Vị trí hay gặp của bệnh là ở nhóm răng cửa và răng hàm lớn, ở hàm dưới cao hơn hàm trên sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Lý do chính bệnh nhân đến khám là vì sưng đau và nguyên nhân do sâu răng không được điều trị và do sang chấn chiếm vị trí hàng đầu. Dấu hiệu lâm sàng hay gặp nhất là gõ dọc đau và răng đổi màu rồi đến răng lung lay và lỏng đồ mù. Hình thái tổn thương chóp trên xquang hay gặp là hình tròn, hình bầu dục và có ranh giới rõ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Kenneth M. Hargreaves; Louis H.Berman.

Pathobiology of the periapex. In: Cohen's Pathways of the Pulp. Vol 1. Ten edition.; 2011:529-561.

2. Nguyễn Mạnh Hà. Bước đầu tìm hiểu mối liên quan giữa các ổ nhiễm khuẩn mạn tính ở răng miệng và biểu hiện bệnh lý ở xa. Luận văn tốt nghiệp BS.CKII, Trường đại Y Hà Nội. Published online 1994.
3. Keiser K, Johnson CC, Tipton DA. Cytotoxicity of mineral trioxide aggregate using human periodontal ligament fibroblasts. J Endod. 2000; 26:288-291.
4. Trịnh Thị Thái Hà. Lê Thị Kim Oanh Bệnh chóp tủy. In: Chữa răng và nội nha. Vol 1 edition. Nhà xuất bản giáo dục Việt Nam; 2019:111-130.
5. TR Pitt Fort. JS Rhodes. HE Pitt Ford. Three dimensionnal root canal anatomy. In:Endodontics Problem Solving in Clinical Practice. Vol 1. first edition. Martin Dunitz; 2002:27-45.
6. Louis H.BerMan Kenneth M.Hargreaves. Diagnosis. In: Cohen's Pathways of Pulp. Twelfth edition, Elsevier; 2021:1-32.
7. Nguyễn Mạnh Hà. Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng và điều trị viêm quanh cuống mạn tính bằng nội nha. Luận án Tiến sỹ Y học, Trường Đại học Y Hà Nội, Published online 2005.
8. Nguyễn Hữu Long. Nhận xét kết quả điều trị nội nha của bệnh nhân bị viêm quanh chóp mạn tính với vật liệu hàn là AH26 và costisomol. Luận văn thạc sỹ y học, Trường Đại Học Y Hà Nội, 2008

THỰC TRẠNG VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN ĐẾN RỐI LOẠN CĂNG THẲNG CỦA HỌC SINH TRUNG HỌC PHỔ THÔNG Ở HÀ NỘI TRONG THỜI GIAN GIÃN CÁCH XÃ HỘI DO COVID-19

Phan Ngọc Hà¹, Vũ Kim Duy², Trần Hoàng Mỹ Liên³,
Bùi Thanh Thúy³, Lê Anh Tuấn³

TÓM TẮT

Nghiên cứu mô tả cắt ngang được tiến hành từ tháng 1-4 năm 2020 nhằm mô tả thực trạng và một số yếu tố liên quan đến tình trạng rối loạn căng thẳng (RLCT) của học sinh trung học phổ thông (THPT) trong thời gian giãn cách do dịch COVID-19 tại Hà Nội. Nghiên cứu sử dụng thang đo Children's Revised Impact of Event Scale (CRIES-8) để đánh giá RLCT trên 1.517 học sinh của hai trường THPT Đông Anh và Kim Liên tại Hà Nội. Kết quả cho thấy: tỷ lệ học sinh THPT ở Hà Nội gặp tình trạng RLCT trong quá trình xảy ra dịch COVID-19 tương đối cao 21,0%. Trường

THPT Đông Anh có tỷ lệ học sinh gặp RLCT là 29,1%, cao hơn 2,2 lần so với trường THPT Kim Liên 13,5%, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($aOR=0,41$; 95%CI: 0,30-0,56). Các yếu tố liên quan đến tình trạng RLCT do dịch COVID-19 gồm: giữ nguyên các hoạt động ngoại khóa làm giảm RLCT ở học sinh ($aOR=0,68$; 95%CI: 0,49-0,94). Học sinh có áp lực lên việc học tập từ bố mẹ giữ nguyên, không thay đổi tình trạng áp lực lên việc học tập sẽ giảm nguy cơ RLCT ($aOR=0,65$; 95%CI: 0,43-0,98), sự hỗ trợ của xã hội ở mức độ trung bình làm giảm nguy cơ RLCT ($aOR=0,63$; 95%CI: 0,47-0,97).

Từ khóa: rối loạn căng thẳng, học sinh trung học phổ thông, COVID-19, CRIES-8.

SUMMARY

SITUATION AND SOME FACTORS RELATED TO STRESS DISORDER OF HIGH SCHOOL STUDENTS IN HANOI DURING THE PERIOD OF ISOLATION DUE TO THE COVID-19 EPIDEMIC

A cross-sectional descriptive study was conducted

¹Trường Trung học Vinschool - The Harmony, Hà Nội

²Trường Đại học Y Hà Nội

³Viện Vệ sinh dịch tễ Trung ương, Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Lê Anh Tuấn

Email: lat@nihe.org.vn

Ngày nhận bài: 19.8.2022

Ngày phản biện khoa học: 23.9.2022

Ngày duyệt bài: 11.10.2022