

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Hội Tim mạch học Việt Nam** (2018), "Khuyến cáo và chẩn đoán và điều trị Tăng huyết áp", tr. 1-20.
2. **BỘ Y TẾ** (2017), "Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh tim mạch, Nhà xuất bản Y học", tr. 218-241.
3. **Lê Thị Xuân Thảo** (2018), "Mối liên quan giữa acid uric huyết thanh và bệnh tăng huyết áp nguyên phát ở bệnh nhân trên 40 tuổi", Tạp chí Y học Thành phố Hồ Chí Minh, tr. 242-247.
4. **Y. B. Cheng và Y. Li** (2018), "Hyperuricemia: Does It Matter for the Progression From Prehypertension to Hypertension?", Hypertension. 71(1), tr. 66-67.
5. **Borghì Claudio** (2019), "Serum uric acid, Blood Pressure and Hypertension", Manual of Hypertension of the European Society of Hypertension Third Edition", CRC Press, tr. 155-161.
6. **Arrigo F.G. Cicero, Federica Piani** (2021), "Uric acid and hypertension: Prognostic Role and Guide for Treatment", Clinical Medicine, tr. 448.
7. **F. Piani và A. F. G. Cicero** (2021), "Uric Acid and Hypertension: Prognostic Role and Guide for Treatment". 10(3).
8. **Lê Tự Phương Thúy** (2018), "Khảo sát mối tương quan giữa nồng độ acid uric và tổn thương cơ quan đích trên bệnh nhân tăng huyết áp nguyên phát", Y học Thành phố Hồ Chí Minh, tr. 14.
9. **J. Yu và các cộng sự.** (2021), "Asymptomatic Hyperuricemia and Metabolically Unhealthy Obesity: A Cross-Sectional Analysis in the Tianning Cohort", Diabetes Metab Syndr Obes. 14, tr. 1367-1374.

NGHIÊN CỨU CHẤT LƯỢNG CUỘC SỐNG VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN ĐẾN SỰ THAY ĐỔI CHẤT LƯỢNG CUỘC SỐNG Ở BỆNH NHÂN RỐI LOẠN NHỊP CHẬM CÓ CHỈ ĐỊNH ĐẶT MÁY TẠO NHỊP TIM VĨNH VIỄN

Ngô Hoàng Toàn¹, Nguyễn Thị Lan Hương¹, Nguyễn Ngọc Trúc Phương¹,
Trần Thị Bích Phương¹, Trần Kim Sơn¹, Nguyễn Thị Diễm¹

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Sự cải thiện chất lượng cuộc sống bệnh nhân sau đặt máy tạo nhịp tim vĩnh viễn là một trong những tiêu chí quan trọng giúp đánh giá sự thành công sau đặt máy. **Mục tiêu:** Nghiên cứu chất lượng cuộc sống và một số yếu tố liên quan đến sự thay đổi chất lượng cuộc sống của bệnh nhân rối loạn nhịp chậm có chỉ định đặt máy tạo nhịp tim vĩnh viễn bằng thang điểm Aquarel. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 52 bệnh nhân rối loạn nhịp chậm có chỉ định đặt máy tạo nhịp tim vĩnh viễn tại Bệnh viện Đa khoa Trung Ương Cần Thơ từ năm 2021-2022. **Kết quả:** Tỷ lệ nữ cao hơn nam, tiền sử tăng huyết áp chiếm tỷ lệ cao nhất và chỉ định đặt máy tạo nhịp tim vĩnh viễn thường gặp là hội chứng suy nút xoang và loại máy tạo nhịp tim 2 buồng nhĩ thất chiếm đa số. Sau khi đặt máy tạo nhịp tim 1 tháng và 3 tháng thì các điểm số ở các lĩnh vực như khó chịu ở ngực, giới hạn thể lực và rối loạn nhịp tăng lên rõ rệt, $p < 0,001$. Sự thay đổi điểm chất lượng cuộc sống qua thang điểm Aquarel sau 3 tháng so với thời điểm trước đặt máy ghi nhận có liên quan đến loại máy tạo nhịp được đặt ($p < 0,05$). **Kết luận:** Chất lượng cuộc sống ở bệnh nhân rối loạn nhịp chậm cải thiện rõ rệt sau đặt máy tạo nhịp tim vĩnh viễn.

Từ khóa: AQUAREL, máy tạo nhịp tim vĩnh viễn

SUMMARY

RESEARCH ON QUALITY OF LIFE AND SOME FACTORS RELATED TO CHANGES IN QUALITY OF LIFE IN BRADYCARDIA PATIENTS WITH INDICATIONS FOR PERMANENT PACEMAKER IMPLANTATION

Background: The improvement of a patient's quality of life after permanent pacemaker implantation is one of the important criteria to help evaluate the success after implantation. **Objective:** To study the quality of life and some factors related to the change in the quality of life of patients with bradycardia with indications for permanent pacemaker placement using the Aquarel scale. **Subjects and methods:** A cross-sectional descriptive study on 52 patients with bradycardia with indications for permanent pacemaker implantation at Can Tho Central General Hospital from 2021 to 2022. **Results:** The proportion of women was higher than that of men. The history of hypertension accounted for the highest proportion, and the most common indications for permanent pacemaker placement were sinus node dysfunction syndrome and the majority of two-chamber atrioventricular pacemakers, $p < 0.001$. After one and three months of pacemaker implantation, Aquarel scores in areas such as chest discomfort, physical limitations, and arrhythmias increased markedly. The change in the quality-of-life score on the Aquarel scale after three months compared with the time before pacing was related to the type of pacemaker pacing ($p < 0.05$). **Conclusion:** The quality of life in patients with bradyarrhythmia improved markedly after permanent pacemaker implantation.

Keywords: AQUAREL, permanent pacemaker

¹Trường Đại học Y dược Cần Thơ

Chịu trách nhiệm chính: Ngô Hoàng Toàn

Email: nhotoan@ctump.edu.vn

Ngày nhận bài: 17.10.2022

Ngày phản biện khoa học: 5.12.2022

Ngày duyệt bài: 20.12.2022

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh nhân rối loạn nhịp chậm, có thể điều trị bằng thuốc tăng nhịp tim, đặt máy tạo nhịp tạm thời hoặc máy tạo nhịp vĩnh viễn, trong đó điều trị bằng các thuốc tăng nhịp tim và đặt máy tạo nhịp tạm thời thường trong trường hợp cấp cứu và các nguyên nhân có thể phục hồi được, hoặc trong trường hợp khẩn cấp có rối loạn huyết động, tuy nhiên có thể có nhiều biến chứng, mang tính chất tạm thời, không lâu dài. Đặt máy tạo nhịp tim vĩnh viễn giúp gia tăng tỷ lệ sống còn một cách rõ rệt ở những bệnh nhân được đặt máy tạo nhịp tim vĩnh viễn từ 85% sau 1 năm lên 85% sau 3 năm. Tuy nhiên, sau khi đặt máy tạo nhịp tim vĩnh viễn bệnh nhân cần được theo dõi trong khoảng thời gian từ 3 đến 12 tháng. Ngoài việc đánh giá chức năng máy tạo nhịp tim, các biến cố tim mạch, tình trạng thể chất của bệnh nhân để quyết định có thay đổi, điều chỉnh trong các thông số của máy tạo nhịp. Mục đích cuối cùng là giảm tỉ lệ tử vong và gia tăng thêm chất lượng cuộc sống cho bệnh nhân [5]. Một trong những thang điểm để đánh giá chất lượng cuộc sống phổ biến là thang điểm SF-36 và HRQOL, bên cạnh đó thang điểm AQUAREL (Assessment of Quality of Life and Related Events) được đưa ra bởi trung tâm chăm sóc sức khỏe ban đầu, đại học Utrecht và trung tâm tim phổi Utrecht, Hà Lan được phát triển để đánh giá chất lượng cuộc sống cho bệnh nhân mang máy tạo nhịp tim. Thang điểm gồm 3 thành phần đánh giá về giới hạn thể lực, khó chịu ở ngực và rối loạn nhịp với 20 câu hỏi phù hợp với điều kiện Việt Nam [2]. Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu với mục tiêu: *Nghiên cứu chất lượng cuộc sống và một số yếu tố liên quan đến sự thay đổi chất lượng cuộc sống bằng thang điểm Aquarel ở bệnh nhân rối loạn nhịp chậm có chỉ định đặt máy tạo nhịp tim vĩnh viễn.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng và phương pháp nghiên cứu

Đối tượng nghiên cứu: tất cả bệnh nhân rối loạn nhịp tim chậm có chỉ định đặt máy tạo nhịp tim vĩnh viễn tại Bệnh viện Đa khoa Trung Ương Cần Thơ

Tiêu chuẩn chọn mẫu: Bệnh nhân có chỉ định đặt máy tạo nhịp tim vĩnh viễn theo Hội tim mạch châu Âu năm 2013 [8] bao gồm: block nhĩ thất độ 2 mobitz type 2 hoặc block nhĩ thất độ 3 kèm theo một trong các trường hợp sau: nhịp tim chậm (bao gồm suy tim) có triệu chứng nghĩ do block nhĩ thất, vô tâm thu kéo dài từ 3 giây trở lên hoặc bất kì nhịp thoát <40 lần/phút ở

bệnh nhân không có triệu chứng lúc thức; hội chứng suy nút xoang có nhịp chậm xoang có triệu chứng, ngưng xoang>3 giây, hội chứng nhịp nhanh nhịp chậm.

Tiêu chuẩn loại trừ: Bệnh nhân ngắt do phản xạ, hẹp van 2 lá, hẹp van động mạch chủ, đột quỵ não; bệnh nhân không thể trả lời câu hỏi và không có người thân nuôi trực tiếp có thể trả lời các câu hỏi phỏng vấn.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- **Thiết kế nghiên cứu:** mô tả cắt ngang, tiến cứu.

- **Chọn mẫu:** chúng tôi thu thập tất cả bệnh nhân thỏa tiêu chuẩn chọn và tiêu chuẩn loại trừ trong thời gian nghiên cứu.

- **Nội dung nghiên cứu:** đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu gồm nhóm tuổi, giới, nghề nghiệp, địa dư, tiền sử bệnh, chỉ định đặt máy tạo nhịp tim vĩnh viễn, loại máy tạo nhịp tim vĩnh viễn được đặt. Chất lượng cuộc sống bệnh nhân trước và sau đặt máy tạo nhịp tim vĩnh viễn 1 tháng, 3 tháng theo thang điểm AQUAREL [3], một số yếu tố liên quan đến thay đổi chất lượng cuộc sống sau đặt máy tạo nhịp tim 3 tháng: tuổi, giới, tiền sử bệnh, nghề nghiệp, địa dư, loại máy tạo nhịp tim vĩnh viễn được đặt và chỉ định đặt máy tạo nhịp tim vĩnh viễn.

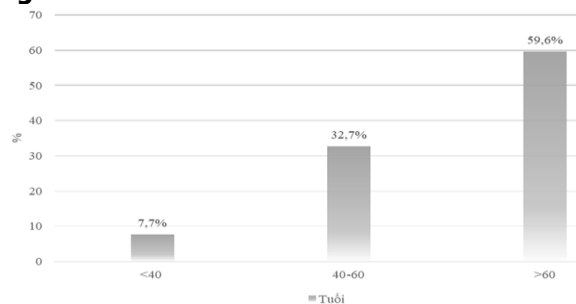
- **Địa điểm và thời gian nghiên cứu:** Khoa Nội tim mạch, Bệnh viện Đa khoa Trung Ương Cần Thơ từ tháng 4/2021-3/2022.

- **Phương pháp thu thập số liệu:** bộ câu hỏi phỏng vấn đối tượng, thang điểm Aquarel phiên bản tiếng Việt.

- **Phương pháp xử lý số liệu:** sử dụng phần mềm SPSS phiên bản 22.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu



Biểu đồ 1. Phân loại nhóm tuổi của đối tượng nghiên cứu

Nhận xét: Trong nghiên cứu chúng tôi, nhóm tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất là >60 tuổi (59,6%), thấp nhất là <40 tuổi (7,7%).

Bảng 1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Giới: Nam	21	40,4
Nữ	31	59,6
Địa dư: Nông thôn	46	88,5
Thành thị	6	11,5
Nghề nghiệp		
Lao động trí óc	6	11,5
Lao động chân tay	28	53,8
Khác	18	34,6
Tiền sử bệnh		
Tăng huyết áp	33	63,5
Đái tháo đường	7	13,5
Suy tim	2	3,8

Bệnh mạch vành	23	44,2
Chỉ định đặt máy tạo nhịp vĩnh viễn		
Block nhĩ thất	12	23,1
Hội chứng suy nút xoang	40	76,9
Loại máy tạo nhịp được đặt		
Máy 1 buồng thất	10	19,2
Máy 2 buồng nhĩ thất	42	80,8

Nhận xét: Trong nghiên cứu chúng tôi, tỷ lệ nữ cao hơn nam, tiền sử tăng huyết áp chiếm tỷ lệ cao nhất và chỉ định đặt máy tạo nhịp tim vĩnh viễn thường gặp là hội chứng suy nút xoang và loại máy tạo nhịp tim 2 buồng nhĩ thất chiếm đa số.

3.2. Chất lượng cuộc sống sau đặt máy tạo nhịp tim vĩnh viễn bằng thang điểm AQUAREL

Bảng 2. Chất lượng cuộc sống ở các thời điểm trước đặt máy, sau đặt máy 1 tháng, sau đặt máy 3 tháng

Các lĩnh vực	Trước đặt máy (Điểm)	Sau đặt máy 1 tháng (Điểm)	Sau đặt máy 3 tháng (Điểm)	p
Khó chịu ở ngực	59,38 [50,78-71,09]	82,81 [75,00-87,50]	90,62 [87,50-96,88]	p*=0,000; p**=0,000 p***=0,000
Giới hạn thể lực	55,36 [46,4-71,4]	78,57 [72,32-85,71]	91,07 [85,71-96,43]	p*=0,000; p**=0,000 p***=0,000
Rối loạn nhịp	60,0 [51,25-65,0]	85,0 [80,0-90,0]	95,0 [95,0-100]	p*=0,000; p**=0,000 p***=0,000

Wilcoxon test

*: khác biệt giữa thời điểm sau đặt máy 1 tháng và trước đặt máy

** : khác biệt giữa thời điểm sau đặt máy 3 tháng và trước đặt máy

***: khác biệt giữa thời điểm sau đặt máy 3 tháng và sau đặt máy 1 tháng

Nhận xét: Sau khi đặt máy tạo nhịp tim 1 tháng và 3 tháng thì các điểm số ở các lĩnh vực như khó chịu ở ngực, giới hạn thể lực và rối loạn nhịp tăng lên rõ rệt, đặc biệt ở thời điểm 3 tháng sau đặt máy tạo nhịp, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê (p<0,001).

3.3. Một số yếu tố liên quan đến chất lượng cuộc sống sau đặt máy tạo nhịp tim vĩnh viễn

Bảng 3. Một số yếu tố liên quan đến chất lượng cuộc sống sau đặt máy tạo nhịp tim vĩnh viễn

Một số yếu tố	Δ Aquarel (Điểm)	p
Nhóm tuổi: <40	37,64±7,96	0,134
40-60	36,09±8,31	
>60	32,10±7,01	
Giới: Nam	34,82±8,61	0,266
Nữ	32,38±5,97	
Địa dư: Nông thôn		0,602

Thành thị	34,06±7,61 32,04±8,68	
Nghề nghiệp		0,826
Lao động trí óc	32,04±8,68	
Lao động chân tay Khác	34,22±8,23 33,82±6,77	
Tiền sử bệnh		>0,005
Tăng huyết áp	32,44±7,32	
Đái tháo đường	34,22±8,21	
Suy tim Bệnh mạch vành	31,26±4,65 33,26±6,67	
Chỉ định đặt máy tạo nhịp vĩnh viễn		0,607
Block nhĩ thất	34,84±6,88	
Suy nút xoang	33,53±7,96	
Loại máy tạo nhịp được đặt		0,000
Máy 1 buồng thất	25,95±3,21	
Máy 2 buồng nhĩ thất	35,71±7,24	

Kruskal Wallis Test. Δ thay đổi= tổng điểm chất lượng cuộc sống tại thời điểm tháng thứ 3- tổng điểm chất lượng cuộc sống trước đặt máy

Nhận xét: Sự thay đổi điểm chất lượng cuộc sống sau 3 tháng so với thời điểm trước đặt máy ghi nhận có liên quan đến loại máy tạo nhịp được đặt, đặc biệt máy 2 buồng có điểm chất lượng cuộc sống cao hơn.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu. Qua 52 bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ nữ cao hơn nam, nhóm tuổi >60 chiếm tỉ lệ cao nhất khá tương đồng với tác giả Ngô Lâm Sơn (2019): nhóm tuổi 50-74 tuổi chiếm tỉ lệ cao nhất là 44,7% [3]. Ngoài ra, nghiên cứu của chúng tôi còn thấy đối tượng dưới 60 tuổi có tỷ lệ cao, từ đây có thể thấy rằng đối tượng mắc nhịp tim chậm không chỉ gặp ở bệnh nhân lớn tuổi do thoái hóa hệ thống dẫn truyền mà còn có ở bệnh nhân có xu hướng trẻ hơn, điều này có thể do liên quan do bệnh mạch vành, đặc biệt là sau nhồi máu cơ tim hay nguyên nhân tự miễn, các đột biến gen mà không phát hiện qua khám lâm sàng đơn thuần. Trong nhiều thử nghiệm và phân tích gộp, sự khác biệt về mặt giới tính trong các nghiên cứu về loạn nhịp là không có ý nghĩa, tuy nhiên có sự lưu ý rằng ở phụ nữ, tế bào có sự nhạy cảm với quá trình khử cực sớm hơn do giảm dự trữ trong tái cực và có sự phân tán của dòng canxi dễ dẫn đến xoắn đỉnh và đột tử trong hội chứng QT dài. Tăng huyết áp là bệnh lí nền thường gặp nhất trong nghiên cứu của chúng tôi tương tự như các Ngô Hoàng Toàn (2021) (42,86%) [1], Nguyễn Tri Thức (2013) (22,3%) [4], Ngô Sơn Lâm (2019) (31,1%) [3]. Nhìn chung, tỷ lệ tăng huyết áp luôn chiếm tỷ lệ cao nhất trong các nghiên cứu về rối loạn nhịp chậm, điều này cho ta thấy rằng tần suất xuất hiện tăng huyết áp cao trong dân số nghiên cứu, bất kể ở Việt Nam hay trên thế giới.

4.2. Chất lượng cuộc sống và một số yếu tố liên quan đến thay đổi chất lượng cuộc sống của bệnh nhân rối loạn nhịp chậm sau đặt máy tạo nhịp tim vĩnh viễn bằng thang điểm Aquarel. Điểm số AQUAREL về khó chịu ở ngực ở thời điểm trước đặt máy tạo nhịp là 59,38 [50,78-71,09], sau đặt máy tạo nhịp tim 1 tháng là 82,81 [75,00-87,50], sau đặt máy tạo nhịp tim vĩnh viễn 3 tháng là 90,62 [87,50-96,88], giới hạn thể lực tăng từ 55,36 [46,4-71,4] lên 91,07 [85,71-96,43] sau 3 tháng, rối loạn nhịp từ 60,0 [51,25-65,0] lên 95,0 [95,0-100] sau 3 tháng theo dõi, với $p=0,000$. Theo tác giả Đỗ Thị Diệu Linh, chỉ số giới hạn thể lực, đau ngực, rối loạn nhịp giảm theo thứ tự lần lượt là (83 và 69), (90 và 74), (96 và 73) sau 1 tháng đặt máy tạo nhịp tim vĩnh viễn [2]. Theo Rubens Tofano de Barros và cộng sự, giá trị trung bình của chỉ số AQUAREL lần lượt về khó chịu ở ngực, khó thở, rối loạn nhịp tại thời điểm trước khi đặt

máy tạo nhịp tim là $90,8 \pm 14,9$, $75,0 \pm 21,3$, $89,0 \pm 14,1$ và không có sự khác biệt giữa hai giới nam và nữ và không có mối liên quan giữa tuổi và thời gian đặt máy [6]. Nhóm tác giả Erik O. Udo và cộng sự sau khi phân tích đa biến thì cho thấy mối tương quan giữa các chỉ số AQUAREL và giới nữ và tiền sử tăng huyết áp, bệnh mạch vành với $p<0,05$ và giá trị chỉ số AQUAREL cải thiện theo thời gian và giảm dần sau 5 năm [7]. Muhammad Yamin và cộng sự khi nghiên cứu trên bệnh nhân Indonesia cho thấy có tương quan thuận với nghiệm pháp đi bộ 6 phút và khó chịu ở ngực ($r=0,228$; $p=0,048$) [9]. Nhìn chung, sự cải thiện của chỉ số AQUAREL cho thấy bệnh nhân sau đặt máy tạo nhịp tim vĩnh viễn có sự cải thiện các triệu chứng và tần suất xuất hiện các triệu chứng gây giới hạn hoạt động thể lực. Nghiên cứu chúng tôi ghi nhận ở những bệnh nhân đặt máy tạo nhịp tim vĩnh viễn loại 2 buồng nhĩ thất có sự cải thiện điểm chất lượng cuộc sống tốt hơn nhóm 1 buồng thất, tương tự như tác giả Ngô Sơn Lâm [3], tuy nhiên các nghiên cứu lớn khác thì sự khác biệt này không rõ.

V. KẾT LUẬN

- Điểm số AQUAREL về khó chịu ở ngực ở thời điểm trước đặt máy tạo nhịp là 59,38 [50,78-71,09], sau đặt máy tạo nhịp tim 1 tháng là 82,81 [75,00-87,50], sau đặt máy tạo nhịp tim vĩnh viễn 3 tháng là 90,62 [87,50-96,88], giới hạn thể lực tăng từ 55,36 [46,4-71,4] lên 91,07 [85,71-96,43] sau 3 tháng, rối loạn nhịp từ 60,0 [51,25-65,0] lên 95,0 [95,0-100] sau 3 tháng theo dõi, với $p=0,000$.

- Sự thay đổi điểm chất lượng cuộc sống sau 3 tháng so với thời điểm trước đặt máy ghi nhận có liên quan đến loại máy tạo nhịp được đặt, đặc biệt máy 2 buồng có điểm chất lượng cuộc sống cao hơn, $p<0,05$.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Ngô Hoàng Toàn, Nguyễn Thị Diễm (2021), "Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng ở bệnh nhân block nhĩ thất cao độ tại Bệnh viện Đa khoa Thành phố Cần Thơ năm 2019-2020", Tạp chí Y Dược học Trường Đại học Y dược Cần Thơ, 35.
2. Đỗ Thị Diệu Linh (2015), Chất lượng cuộc sống của bệnh nhân rối loạn nhịp tim sau cấy máy tạo nhịp tim vĩnh viễn năm 2015, Luận văn tốt nghiệp cử nhân điều dưỡng, Trường Đại học Thăng Long.
3. Ngô Lâm Lâm (2019), Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng ở bệnh nhân trước và sau đặt máy tạo nhịp tim vĩnh viễn hai buồng tại bệnh viện Trung Ương Huế, Luận văn bác sĩ chuyên khoa cấp 2, Trường Đại học Y dược, Đại học Huế.
4. Nguyễn Tri Thức (2014), "Nghiên cứu đặc điểm

- lâm sàng, cận lâm sàng và vai trò máy tạo nhịp hai buồng trong điều trị rối loạn nhịp chậm tại Bệnh Viện Chợ Rẫy", Tạp chí Y học Thành phố Hồ Chí Minh, 18, tr. 168-174.
5. **Antonio Lopez-Villegas, Daniel Catalan-Matamoros** (2018), "Health-related quality of life on telemonitoring for users with pacemakers 6 months after implant: the NORDLAND study, a randomized trial", BMC Geriatrics, 18.
 6. **Barros Rubens Tofano de** (2014), "Evaluation of patients' quality of life aspects after cardiac pacemaker implantation", Rev Bras Cir Cardiovasc, 29, pp. 37-44.
 7. **Erik O. Udo, Norbert M. van Hemel** (2013), "Long term quality-of-life in patients with bradycardia pacemaker implantation", International Journal of Cardiology, pp. 1-5.
 8. **Michele Brignole, Gonzalo Baron-Esquivias** (2013 Aug), "ESC guideline on cardiac pacing and cardiac resynchronization therapy: The task for on cardiac pacing and resynchronization therapy for of the European Society of Cardiology (ESC)", European Society of Cardiology(15(8):1070), pp. 118.
 9. **Muhammad Yamin, Simon Salim** (2019), "Cross-cultural adaptation and validation of the Indonesian version of SQUAREL on patients with permanent pacemaker: a cross-sectional study", BMC Research Notes, 12.

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, X-QUANG PHÂN LOẠI RĂNG KHÔN THEO PELL VÀ GREGORY TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA CÁI NƯỚC

Lê Nguyên Lâm¹, Võ Văn Biệt²

TÓM TẮT

Đặt Vấn đề: Mô tả đặc điểm lâm sàng, X-quang răng khôn hàm dưới theo phân loại Pell, Gregory của bệnh nhân đến khám và điều trị tại Bệnh viện Đa khoa Cái Nước. **Đôi tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả, can thiệp lâm sàng Bệnh nhân có răng khôn hàm dưới mọc lệch, nghiêng gần có chỉ định phẫu thuật được đánh giá qua thăm khám lâm sàng và chụp phim X quang toàn cảnh với đặc điểm số đo góc hợp bởi đường thẳng đi qua trục răng khôn và trục răng cối lớn thứ hai kế cận (được xác định giữa mặt nhai và vùng kẽ chân răng) nằm trong khoảng từ lớn 10⁰ đến 90⁰ (phân loại răng khôn theo trục răng của Winter). Răng kế cận không bị mất, không bị vỡ lớn, không có miếng trám lớn và không mang khí cụ chỉnh nha...- Sức khỏe toàn thân đủ đáp ứng với phẫu thuật và xét nghiệm cận lâm sàng trong giới hạn bình thường cho phép tiến hành phẫu thuật. **Kết quả:** Qua nghiên cứu trên 99 trường hợp răng khôn hàm dưới được điều trị phẫu thuật tại Bệnh viện Đa khoa Cái Nước – Cà Mau: - 90,9% răng khôn hàm dưới hiện diện trong miệng. - Răng 38 chiếm tỷ lệ 55,6% và 48 chiếm 44,4%. - Răng ở vị trí II chiếm 92,9% và vị trí B là 83,8%. - Răng trong nghiên cứu có độ khó nhổ trung bình chiếm 77,8%. - Răng có liên quan với ống răng dưới trên X quang chiếm 30,3%. **Kết luận:** Sự đa dạng về vị trí, hình thể, kích thước, thường kẹt ở giữa răng 7 và cành lên xương hàm dưới hoặc ngấm sâu trong xương, chân răng bất thường về số lượng và hình thái ảnh hưởng rất nhiều đến phương pháp và kỹ thuật điều trị nhổ răng khôn.

Từ khóa: răng khôn hàm dưới, x-quang, lâm sàng

¹Trường Đại học Y Dược Cần Thơ

²Bệnh viện Đa Khoa Cái Nước

Chịu trách nhiệm chính: Lê Nguyên Lâm

Email: lenguyenlam@ctump.edu.vn

Ngày nhận bài: 12.10.2022

Ngày phản biện khoa học: 5.12.2022

Ngày duyệt bài: 14.12.2022

SUMMARY

CLINICAL CHARACTERISTICS, X-RAY OF LOWER THIRD MOLAR ACCORDING PELL AND GREGORY CLASSIFICATION AT CAI NUOC GENERAL HOSPITAL

Background: Describe the clinical characteristics, X-ray of Lower third molar according to Pell, Gregory classification of patients who came for examination and treatment at Cai Nuoc General Hospital. **Materials and methods:** Descriptive study, clinical intervention Patients with deviated, proximal lower wisdom teeth with indications for surgery were evaluated through clinical examination and panoramic X-ray film with The characteristic of the angle measure by the straight line passing through lower third molar and the adjacent second molar axis (determined between the occlusal surface and the root cleft) ranges from 10⁰ to 90⁰ (classified according to Winter's tooth axis). Adjacent teeth are not lost, do not have large breaks, do not have large fillings and do not wear orthodontic appliances... - The overall health is sufficient to respond to surgery and laboratory tests within normal limits to allow progress. surgery. **Results:** Study on 99 cases lower third molar of treated surgically at Cai Nuoc General Hospital - Ca Mau - 90.9% of Lower third molar are present in the mouth. - Teeth 38 accounted for 55.6% and 48 accounted for 44.4%. - Teeth in position II accounted for 92.9% and position B was 83.8%. - Teeth in the study had an average difficulty of extraction accounting for 77.8%. - Teeth related to the lower canal on radiographs accounted for 30.3%. **Conclusion:** Diversity in position, shape, size, often stuck between teeth 7 and branches up to the lower jaw bone or deep in the bone, abnormal roots in number and morphology greatly affect the methods and techniques of lower third molar extraction.

Key words: Lower third molar, x-ray, clinical.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Răng khôn hàm dưới là răng có tỷ lệ mọc kẹt