

Liên quan giữa thói quen nguy cơ, tình trạng vệ sinh răng miệng với hiệu quả điều trị viêm niêm mạc miệng do xạ trị ung thư đầu cổ

Lê Hữu Trình¹, Nguyễn Thị Kim Chi^{2,*}, Trần Quốc Hùng³, Võ Đắc Tuyến²



Use your smartphone to scan this QR code and download this article

TÓM TẮT

Mở đầu: Các thói quen nguy cơ (hút thuốc lá, uống rượu/bia), và tình trạng vệ sinh răng miệng đã được báo cáo góp phần làm trầm trọng tình trạng viêm niêm mạc miệng (VNMM) do xạ trị ung thư đầu cổ. **Mục tiêu:** Xác định liệu có mối liên quan giữa các thói quen nguy cơ, tình trạng vệ sinh răng miệng với hiệu quả điều trị VNMM do xạ trị ung thư đầu cổ. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu thử nghiệm lâm sàng ngẫu nhiên có nhóm chứng ở bệnh nhân ung thư đầu cổ đến khám và điều trị tại Khoa Xạ trị đầu cổ, tai mũi họng, hàm mặt tại Bệnh viện Ung Bướu TP.HCM từ 10/2022 - 06/2023, đánh giá mối liên quan giữa hiệu quả điều trị VNMM do xạ trị của 2 nhóm bệnh nhân sử dụng PVP-I 1% kết hợp với mật ong và PVP-I 1% đơn thuần, với thói quen nguy cơ và tình trạng vệ sinh răng miệng. **Kết quả:** Không có mối liên quan về thời gian khởi phát và mức độ VNMM với thói quen hút thuốc lá, uống rượu/bia hay tình trạng vệ sinh răng miệng. Tại thời điểm kết thúc xạ trị, không có mối liên quan giữa hiệu quả điều trị VNMM với thói quen hút thuốc lá, uống rượu/bia và tình trạng vệ sinh răng miệng. Không có mối liên quan giữa hiệu quả điều trị VNMM và nhóm BN có hút thuốc lá dưới 30 năm và từ 30 năm trở lên cũng như nhóm BN có sử dụng hàm lượng cồn dưới 50 g/ngày, 50-100 g/ngày và trên 100g/ngày ($p>0,05$). **Kết luận:** Thói quen hút thuốc lá, uống rượu/bia và tình trạng vệ sinh răng miệng không ảnh hưởng đến hiệu quả điều trị VNMM.

Từ khóa: Thói quen nguy cơ, tình trạng vệ sinh răng miệng, viêm niêm mạc miệng do xạ trị

¹Khoa Liên Chuyên Khoa, Bệnh viện đa khoa Yersin Nha Trang, Việt Nam

²Bộ môn Bệnh Học Miệng, Khoa Răng Hàm Mặt, Đại học Y Dược Tp. Hồ Chí Minh, Việt Nam

³Nha khoa Vĩnh Viễn, 299 Vĩnh Viễn, Phường 5, Quận 10, TP.HCM, Việt Nam

Liên hệ

Nguyễn Thị Kim Chi, Bộ môn Bệnh Học Miệng, Khoa Răng Hàm Mặt, Đại học Y Dược Tp. Hồ Chí Minh, Việt Nam

Email: drnguyenchifos@ump.edu.vn

Lịch sử

- Ngày nhận: 10-4-2024
- Ngày chấp nhận: 01-8-2024
- Ngày đăng:

DOI:



Bản quyền

© ĐHQG Tp.HCM. Đây là bài báo công bố mở được phát hành theo các điều khoản của the Creative Commons Attribution 4.0 International license.



1 ĐẶT VẤN ĐỀ

2 Ung thư đầu cổ là loại ung thư phổ biến, đứng hàng
3 thứ 7 trong các loại ung thư thường gặp trên toàn thế
4 giới¹. Xạ trị giúp tiêu diệt tế bào bướu bằng bức xạ
5 ion hoá, tuy nhiên biến chứng xạ trị có thể ảnh hưởng
6 lên tình trạng răng miệng, đồng thời tác động lên
7 chất lượng sống của BN^{2,3}. Viêm niêm mạc miệng
8 (VNMM) là một trong những biến chứng thường gặp
9 nhất trong xạ trị ung thư đầu cổ, khiến BN bị khó
10 nhai, nuốt dẫn đến tình trạng dinh dưỡng kém, một
11 số trường hợp cần phải nhập viện để theo dõi, hoặc
12 nếu mức độ trầm trọng hơn cần phải ngưng xạ tạm
13 thời trong quá trình xạ trị^{4,5}. Dung dịch Povidone I-
14 dine 1% (PVP-I 1%), và mật ong, với tác dụng kháng
15 khuẩn, cho đến nay đã được nhiều nghiên cứu đã
16 báo cáo về tính hiệu quả trong điều trị VNMM do xạ
17 trị nhưng chưa có nghiên cứu nào so sánh hiệu quả
18 giữa 2 nhóm sử dụng PVP-I 1% và PVP-I 1% kết hợp
19 mật ong^{6,7}. Các thói quen nguy cơ như hút thuốc
20 lá, uống rượu/bia, và tình trạng vệ sinh răng miệng
21 cũng từng được báo cáo có liên quan đến tình trạng
22 VNMM trong các nghiên cứu riêng lẻ⁸. Liệu “Hiệu
23 quả điều trị VNMM sau xạ trị của 2 nhóm bệnh nhân
24 sử dụng PVP-I 1% kết hợp với mật ong và PVP-I 1%

đơn thuần có chịu ảnh hưởng bởi các thói quen nguy
cơ như hút thuốc lá, uống rượu/bia và tình trạng vệ
sinh răng miệng?”. Nhằm trả lời câu hỏi trên, chúng
tôi tiến hành nghiên cứu này với mục tiêu khảo sát
mối liên quan giữa các thói quen nguy cơ, tình trạng
vệ sinh răng miệng và hiệu quả điều trị VNMM.

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu

Bệnh nhân (BN) ung thư đầu cổ đến khám và điều trị tại Khoa Xạ trị đầu cổ, tai mũi họng, hàm mặt tại Bệnh viện Ung Bướu TP.HCM từ 10/2022 - 06/2023.

Tiêu chuẩn chọn lựa và loại trừ

Bệnh nhân có hồ sơ bệnh án đầy đủ, có ung thư nguyên phát vùng đầu cổ và được chẩn đoán xác định trên lâm sàng và giải phẫu bệnh (GPB), được chỉ định xạ trị với tổng liều xạ ≥ 60 Gy. Những bệnh nhân có tiền sử dị ứng với mật ong và PVP-I, hoặc với Iode, tiểu đường, tuyến giáp, hoặc bệnh lý suy giảm miễn dịch, ung thư ở hạ hầu, thanh quản, thực quản, hoặc có tình trạng di căn xa sẽ được loại trừ.

Trích dẫn bài báo này: Trình L H, Chi N T K, Hùng T Q, Tuyến V D. Liên quan giữa thói quen nguy cơ, tình trạng vệ sinh răng miệng với hiệu quả điều trị viêm niêm mạc miệng do xạ trị ung thư đầu cổ. *Sci. Tech. Dev. J. - Health Sci.* 2024; ():1-6.

46 Phương pháp nghiên cứu

47 Thiết kế nghiên cứu

48 Nghiên cứu thử nghiệm lâm sàng ngẫu nhiên có
49 nhóm chứng.

50 Phương pháp thực hiện

51 Hướng dẫn sử dụng sản phẩm điều trị cho từng nhóm
52 nghiên cứu tại thời điểm bắt đầu xạ trị:

53 + **Nhóm chứng (chỉ sử dụng PVP-I 1%)**: ngày súc
54 miệng 3 lần, sau bữa ăn (sáng, trưa, tối), mỗi lần ngâm
55 10 ml/1 phút (định lượng bằng ly đo thể tích) rồi nhổ
56 ra, sau đó không được ăn, súc miệng, uống nước trong
57 vòng 60 phút.

58 + **Nhóm can thiệp (sử dụng PVP-I 1% kết hợp mật
59 ong)**: PVP-I 1% ngày súc miệng 3 lần sau bữa ăn
60 (sáng, trưa, tối), mỗi lần ngâm 10 ml/1 phút (định
61 lượng bằng ly đo thể tích) rồi nhổ ra. mật ong sẽ được
62 ngâm ngay sau đó 1 phút với liều lượng 15 ml/1 lần
63 (định lượng bằng ly đo thể tích), mỗi lần ngâm 2 phút
64 sau đó BN nuốt chậm, ngày 2 lần (sáng, tối), không
65 được ăn, súc miệng, uống nước trong vòng 60 phút.

66 Kiểm soát việc tuân thủ sử dụng PVP-I 1% và mật ong
67 tại các thời điểm.

68 Đánh giá mức độ đau tại các thời điểm: T1, T2 với
69 T1: 1 tuần sau khi bắt đầu xạ trị, và T2: thời điểm kết
70 thúc xạ trị.

71 Nhập và xử lý số liệu bằng phần mềm Microsoft Excel
72 2010 (Microsoft, Mỹ) và SPSS 20.0 (IBM, Mỹ).

73 Biến số nghiên cứu

74 Các biến số về đặc điểm lâm sàng: nhóm tuổi, giới
75 tính, kích thước bướu, di căn hạch lâm sàng và giai
76 đoạn lâm sàng: hồi cứu trên bệnh án sẵn có.

77 Thói quen hút thuốc lá, thời gian hút, số điều thuốc,
78 thói quen uống rượu/bia, hàm lượng cồn/ngày (theo
79 thông tư 4946/QĐ-BYT 92), thói quen chải răng.

80 Tình trạng răng miệng: được xếp loại thông qua chỉ
81 số mảng bám (PII) theo Sillness và Loe (1964)

82 PII: 0 - 0,1 điểm: rất tốt

83 PII: 0,1 - < 0,9 điểm: tốt

84 PII: 1-2 điểm: trung bình

85 PII: 2 - 3 điểm: kém

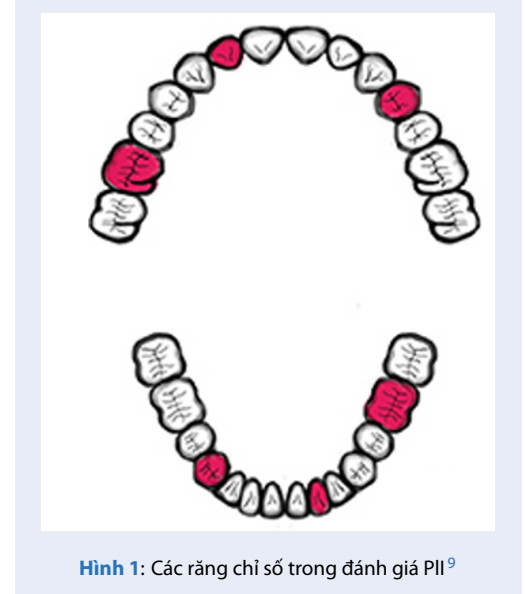
86 Với chỉ số PII được đánh giá trên 4 mặt của răng bao
87 gồm: phía ngoài, phía trong, phía ngoài gần, phía
88 ngoài xa của 6 răng chỉ số (16, 12, 24, 32, 36, 44)
89 (Hình 1).

90 0: không có mảng bám.

91 1: mắt thường không nhìn thấy mảng bám nhưng
92 phát hiện được khi cây đo túi tạo trên bề mặt răng
93 ở viền khe nướu.

94 2: mảng bám thấy bằng mắt.

95 3: mảng bám và vụn thức ăn tích tụ nhiều.



PII = (Tổng điểm chỉ số mảng bám)/(Số răng khám x
4)

- Tình trạng VNMM

Nghiên cứu này, chúng tôi sử dụng thang đo lường
VNMM do xạ trị theo Ban Xạ trị Ung thư (RTOG)
(Bảng 1).

Các biến số định tính bao gồm: tình trạng VNMM,
thói quen hút thuốc lá, uống rượu/bia, thời gian hút
thuốc lá, uống rượu bia, số điều thuốc lá hoặc hàm
lượng cồn/ngày, tình trạng vệ sinh răng miệng được
tính theo số ca và tỉ lệ phần trăm. Các phép thống kê
có ý nghĩa khi $p < 0,05$.

Đạo đức trong nghiên cứu

Nghiên cứu này được sự chấp thuận của Hội đồng
Đạo đức trong nghiên cứu Y sinh của Đại học Y Dược
TP.HCM theo quyết định số 707/HĐĐĐ-ĐHYD và
Hội đồng Đạo đức Bệnh viện Ung Bướu TP.HCM
theo quyết định số 459A/BVUB-HĐĐĐ.

KẾT QUẢ

Thói quen nguy cơ vùng miệng của mẫu nghiên cứu

Trong mẫu nghiên cứu, số lượng BN không hút thuốc
lá 22 BN (38,6%) và 35 BN hút thuốc lá (61,4%). BN
hút thuốc lá tập trung ở nam giới bao gồm 35 BN,
trong đó có 6 BN (17,1%) hút thuốc lá dưới 30 năm và
29 BN (82,9%) hút thuốc lá từ 30 năm trở lên. Ngoài
ra, trong nhóm hút thuốc có 13 BN (37,1%) hút dưới
15 điều/ngày, 17 BN (48,6%) hút từ 15-25 điều/ngày
và 5 BN (14,3%) hút trên 25 điều/ngày. Trong nhóm

Bảng 1: Thang đánh giá VNMM do xạ trị theo RTOG¹⁰

Mức độ	Tình trạng VNMM
Độ 0	Không VNMM
Độ 1	Ban đỏ ở niêm mạc miệng
Độ 2	Giả mạc rời rạc và đường kính $\leq 1,5$ cm
Độ 3	Giả mạc liên tục và đường kính $> 1,5$ cm
Độ 4	Hoại tử, loét sâu, có thể chảy máu tự phát

125 BN không hút thuốc tập trung chủ yếu ở nữ giới gồm
 126 14 BN (63,6%), nam giới có 8 BN (36,4%). Sự phân
 127 bố BN đồng đều giữa hai nhóm nghiên cứu ($p>0,05$).
 128 Số BN uống rượu/bia trong mẫu nghiên cứu bao gồm
 129 37 BN (64,9%) hoàn toàn ở nam giới, trong đó có 24
 130 BN (64,9%) uống rượu/bia có hàm lượng cồn bé hơn
 131 50g/ngày, 11 BN (29,7%) uống rượu/bia có hàm lượng
 132 cồn từ 50 đến 100g/ngày và có 2 BN (5,4%) uống
 133 rượu/bia có hàm lượng cồn trên 100g/ngày. Ngoài ra,
 134 số lượng BN không uống rượu/bia có 20 BN (35,1%)
 135 bao gồm 6 nam (30%) và 14 nữ (70%). Sự phân bố BN
 136 đồng đều giữa hai nhóm nghiên cứu ($p>0,05$).
 137 Về thói quen chải răng ở BN trong nhóm nghiên cứu,
 138 có 12 BN (21,1%) có thói quen chải răng 1 lần/ngày
 139 và 45 BN (78,9%) có thói quen chải răng 2-3 lần/ngày,
 140 được phân bố đồng đều giữa 2 nhóm ($p>0,05$).

141 **Mối liên quan giữa tình trạng vệ sinh răng**
 142 **miệng, một số thói quen nguy cơ (hút thuốc**
 143 **lá, uống rượu/bia) và hiệu quả điều trị**
 144 **VNMM sau xạ trị**

145 **Tại thời điểm khởi phát (T1)**

146 Trong nghiên cứu, ghi nhận thời điểm khởi phát
 147 VNMM của nhóm hút thuốc lá trung bình vào ngày
 148 thứ $11,3 \pm 2,3$, nhóm không hút thuốc lá trung bình
 149 vào ngày $11,1 \pm 2,7$. Tuy nhiên, sự khác biệt không có
 150 ý nghĩa thống kê (Phép kiểm T-test, $p = 0,71$). Ngoài
 151 ra, mức độ VNMM giữa 2 nhóm khác biệt không có
 152 ý nghĩa thống kê (Phép kiểm χ^2 , $p= 0,1$).
 153 Trong nghiên cứu, ghi nhận thời điểm khởi phát
 154 VNMM của nhóm không uống rượu/bia trung bình
 155 vào ngày thứ $11,6 \pm 2,6$, nhóm uống rượu/bia trung
 156 bình vào ngày $11,1 \pm 2,4$. Sự khác biệt không có
 157 ý nghĩa thống kê (Phép kiểm Mann- Whitney U,
 158 $p=0,55$). Ngoài ra, ghi nhận mức độ VNMM giữa 2
 159 nhóm khác biệt không có ý nghĩa thống kê (Kiểm định
 160 Fisher, $p= 0,53$).

161 Trong nghiên cứu ghi nhận thời điểm khởi phát viêm
 162 niêm mạc miệng của nhóm chải răng 1 lần/ ngày
 163 trung bình vào ngày thứ $11,4 \pm 1,9$, nhóm chải răng
 164 2-3 lần/ ngày trung bình vào ngày $11,2 \pm 2,5$. Sự khác

165 biệt không có ý nghĩa thống kê (Phép kiểm T-test,
 166 $p=0,89$). Ngoài ra, ghi nhận mức độ VNMM giữa 2
 167 nhóm khác biệt không có ý nghĩa thống kê (Kiểm định
 168 Fisher, $p=0,46$).

169 **Tại thời điểm kết thúc xạ trị (T2)**

170 Mức độ VNMM giữa nhóm BN hút thuốc lá và không
 171 hút thuốc lá không có sự khác biệt ý nghĩa thống kê
 172 ($p>0,05$). Trong nhóm hút thuốc lá, mức độ VNMM
 173 giữa nhóm BN hút thuốc lá dưới 30 năm và từ 30 năm
 174 trở lên, cũng như giữa nhóm BN hút thuốc lá dưới 15
 175 điều/ngày, nhóm BN hút thuốc lá 15-25 điều/ngày và
 176 nhóm BN hút trên 25 điều/ngày ghi nhận không có sự
 177 khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p>0,05$) (Bảng 2).

178 Mức độ VNMM giữa nhóm BN uống rượu/bia và
 179 nhóm BN không uống rượu/bia không có sự khác
 180 biệt có ý nghĩa thống kê ($p>0,05$). Trong nhóm
 181 uống rượu/bia, mức độ VNMM giữa nhóm BN uống
 182 rượu/bia có hàm lượng cồn <50 g/ngày, 50-100 g/ngày
 183 và trên 100 g/ngày ghi nhận không có sự khác biệt ý
 184 nghĩa thống kê ($p>0,05$) (Bảng 2).

185 Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về tình
 186 trạng VNMM giữa nhóm BN chải răng 1 lần/ngày và
 187 nhóm BN chải răng 2-3 lần/ngày ($p>0,05$). Ngoài ra,
 188 mức độ VNMM giữa nhóm BN có tình trạng răng
 189 miệng rất tốt, tốt, trung bình, kém không ghi nhận
 190 sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p>0,05$) (Bảng 2).

191 **THẢO LUẬN**

192 **Thói quen hút thuốc lá và hiệu quả điều trị**
 193 **VNMM**

194 Thuốc lá chứa hơn 60 hóa chất độc hại có thể thâm
 195 nhập vào hệ thống chuyển hóa khác nhau của cơ thể.
 196 Dựa trên các nghiên cứu hiện có, thuốc lá có thể gây
 197 ra sự thay đổi tế bào biểu mô niêm mạc miệng, ức chế
 198 nhiều chức năng miễn dịch toàn thân của vật chủ và
 199 thông qua các chuyển hóa độc hại của nó gây ra stress,
 200 oxy hóa trên các mô gây ra ung thư hốc miệng¹¹.

201 Trong nghiên cứu này, thời điểm khởi phát VNMM
 202 của nhóm hút thuốc lá trung bình vào ngày thứ $11,3$
 203 $\pm 2,3$, không có khác biệt có ý nghĩa thống kê so với

Bảng 2: Mối liên quan giữa tình trạng vệ sinh răng miệng, thói quen nguy cơ (hút thuốc lá, uống rượu/bia) và hiệu quả điều trị VNMM tại thời điểm kết thúc xạ trị

VNMM	Độ 0 Số ca (%)	Độ 1 Số ca (%)	Độ 2 Số ca (%)	Độ 3 Số ca (%)	Độ 4 Số ca (%)	Tổng	Giá trị p
Hút thuốc							
Có	0(0,0)	4(11,4)	14(40,0)	15(42,9)	2(5,7)	35(100)	0,32 (1)
Không	0(0,0)	2(8,3)	8(33,3)	12(50)	2(8,3)	24(100)	
Tổng	0(0,0)	6(10,2)	22(37,2)	27(45,8)	4(6,8)	59(100)	
Thời gian hút thuốc lá (năm)							
<30	0(0,0)	0(0)	3(50)	3(50)	0(0,0)	6(100)	0,81 (1)
≥ 30	0(0,0)	4(13,8)	11(37,9)	12(41,4)	2(6,9)	29(100)	
Tổng	0(0,0)	4(11,4)	14(40,0)	15(42,9)	2(5,7)	35(100)	
Số điều thuốc lá (điều/ngày)							
<15	0(0,0)	1(7,7)	5(38,5)	7(53,8)	0(0,0)	13(100)	0,15 (2)
15-25	0(0,0)	3(17,6)	8(47,1)	5(29,4)	1(5,9)	17(100)	
>25	0(0,0)	0(0)	1(20,0)	3(60,0)	1(20,0)	5(100)	
Tổng	0(0,0)	4(11,4)	14(40,0)	15(42,9)	2(5,7)	35(100)	
Uống rượu/bia							
Có	0(0,0)	4(10,5)	14(36,8)	18(47,4)	2(5,3)	38(100)	0,95(1)
Không	0(0,0)	2(9,5)	8(38,1)	9(42,9)	2(9,5)	21(100)	
Tổng	0(0,0)	6(10,2)	22(37,2)	27(45,8)	4(6,8)	59(100)	
Hàm lượng cồn (g/ngày)							
<50	0(0,0)	2(8,3)	9(37,5)	12(50)	1(4,2)	24(100)	0,53 (2)
50-100	0(0,0)	2(16,7)	3(25,0)	6(50,0)	1(8,3)	12(100)	
>100	0(0,0)	0(0)	2(100)	0(0)	0(0)	2(100)	
Tổng	0(0,0)	4(10,5)	14(36,8)	18(47,4)	2(5,3)	38(100)	
Thói quen chải răng (lần/ngày)							
1	0(0,0)	3(23,1)	5(38,5)	3(23,1)	2(15,4)	13(100)	0,64 (1)
2-3	0(0,0)	3(6,5)	17(37,0)	24(52,2)	2(4,3)	46(100)	
Tổng	0(0,0)	6(10,2)	22(37,3)	27(45,8)	4(6,8)	59(100)	
Tình trạng răng miệng							
Rất tốt	0(0,0)	1(20,0)	1(20,0)	3(60,0)	0(0,0)	5(100)	0,92 (2)
Tốt	0(0,0)	5(11,1)	15(33,3)	22(48,9)	3(6,7)	45(100)	
Trung bình	0(0,0)	0(0)	5(62,5)	2(25)	1(12,5)	8(100)	
Kém	0(0,0)	1(100)	0(0,0)	0(0,0)	0(0,0)	1(100)	

nhóm không hút thuốc lá trung bình vào ngày 11,1 ± 2,6. Trong nghiên cứu của Nguyễn Thị Phương Thảo và Nguyễn Thị Hồng (2012), thời gian khởi phát VNMM ở BN hút thuốc lá trung bình vào ngày thứ 6,5 ± 2,6 sớm hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm không hút thuốc lá trung bình vào ngày thứ 10,3 ± 3,6¹². Tuy nhiên có sự khác biệt về thời gian khởi phát VNMM ở nhóm BN hút thuốc lá có thể giải thích điều này về đặc điểm sử dụng nước súc miệng kiểm soát tình trạng VNMM. Trong nhóm nghiên cứu của chúng tôi, 100% BN sử dụng nước súc miệng PVP-I 1% và 49% là kết hợp với MO, còn trong nghiên cứu của Nguyễn Thị Phương Thảo và Nguyễn Thị Hồng (2012), chỉ sử dụng PVP-I 1% chiếm 49% và 51% sử dụng nước súc miệng Natribicarbonate¹².
 Tại thời điểm kết thúc xạ trị (T6), chúng tôi ghi nhận tỷ lệ VNMM ở cả 2 nhóm hút thuốc lá và không hút thuốc lá không khác biệt có ý nghĩa thống kê, cũng như giữa nhóm hút thuốc dưới 15 điếu/ngày, 15-25 điếu/ngày và trên 25 điếu/ngày. Theo nghiên cứu của Rades và cs (2023), nghiên cứu hồi cứu trên 96 BN có xạ trị ung thư đầu cổ với liều xạ trên 60 Gy, cũng ghi nhận không có sự khác biệt giữa tình trạng VNMM độ 2 và độ 3 giữa 2 nhóm BN có hút thuốc lá trước xạ trị và nhóm không hút thuốc lá¹³. Ngoài ra, nghiên cứu này cũng ghi nhận không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về tình trạng VNMM giữa nhóm hút thuốc lá và nhóm không hút thuốc lá trong quá trình xạ trị. Tuy nhiên, theo nghiên cứu của Nguyễn Thị Phương Thảo và Nguyễn Thị Hồng (2012), ghi nhận tỷ lệ VNMM khi kết thúc xạ trị giữa 2 nhóm hút thuốc lá và không hút thuốc lá có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê¹². Theo bài viết tổng quan của Smith và cs (2019), cho thấy hiện tại có rất ít bằng chứng cho thấy mối tương quan giữa việc hút thuốc lá trước hoặc trong xạ trị và độc tính cấp tính xảy ra khi xạ trị. Tuy nhiên, nhiều tác giả vẫn không khuyến cáo việc sử dụng thuốc lá vì việc hút thuốc lá trước và trong xạ trị liên quan đến tình trạng tử vong và thất bại điều trị tại chỗ trong quá trình xạ trị¹⁴.

244 Thói quen uống rượu/bia và hiệu quả cải thiện VNMM
 245

246 Uống rượu có liên quan đến việc tăng tính nhạy cảm của niêm mạc miệng đối với tia xạ gây ra, từ đó làm tăng mức độ nghiêm trọng VNMM. Hơn nữa, rượu bia có khuynh hướng gây ra tình trạng suy dinh dưỡng và ức chế miễn dịch. Trong nghiên cứu này, tỷ lệ BN sử dụng rượu/bia chiếm 64,9%, tập trung hoàn toàn ở nam giới. BN không có thói quen sử dụng rượu/bia có thời gian khởi phát VNMM trung bình ngày 11,6 ± 2,6 không có khác biệt có ý nghĩa thống kê so với

nhóm sử dụng rượu/bia trung bình ngày 11,1 ± 2,4. 255
 Tình trạng VNMM ở cả 2 nhóm chủ yếu VNMM mức 256
 độ 1 và độ 2 tại thời điểm khởi phát và chúng tôi cũng 257
 không ghi nhận có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê 258
 tại thời điểm khởi phát hay kết thúc xạ trị. 259
 Tương đồng với nghiên cứu của Lonch (2005), đánh 260
 giá trên 450 BN xạ trị có/không kết hợp hóa trị, cũng 261
 ghi nhận tình trạng VNMM không có sự khác biệt có 262
 ý nghĩa thống kê giữa nhóm có sử dụng rượu/bia và 263
 nhóm không sử dụng rượu/bia trên BN xạ trị ung thư 264
 đầu cổ¹⁵. Tuy nhiên, theo nghiên cứu của Nguyễn 265
 Thị Phương Thảo và Nguyễn Thị Hồng (2012), BN 266
 có thói quen sử dụng rượu/bia có thời gian khởi phát 267
 VNMM sớm hơn BN không sử dụng rượu/bia có ý 268
 nghĩa thống kê¹². Điều này có thể lý giải có sự khác 269
 nhau về sản phẩm được sử dụng trong 2 nghiên cứu 270
 khác nhau, trong nghiên cứu của chúng tôi toàn bộ 271
 được sử dụng PVP-I 1% ngay từ khi bắt đầu xạ trị còn 272
 trong nghiên cứu tác giả Nguyễn Thị Phương Thảo 273
 và Nguyễn Thị Hồng (2012) chỉ 49% BN trong mẫu 274
 nghiên cứu sử dụng PVP-I 1%. 275

Trong nhóm có sử dụng rượu/bia, mặc dù hàm lượng 276
 cồn được sử dụng khác nhau làm thay đổi cấu trúc 277
 niêm mạc miệng làm tăng mức độ VNMM do tia xạ. 278
 Tuy nhiên, trong nghiên cứu này, chúng tôi không ghi 279
 nhận sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa các nhóm 280
 sử dụng hàm lượng cồn khác nhau tại thời điểm kết 281
 thúc xạ trị. 282

Tình trạng vệ sinh răng miệng và hiệu quả cải thiện VNMM
 283
 284

Chăm sóc răng miệng thường được một số tác giả 285
 khuyến nghị để giảm tỷ lệ mắc và mức độ nghiêm 286
 trọng của VNMM¹⁶. Vì thế, trong nghiên cứu này 287
 chúng tôi đánh giá về tình trạng vệ sinh răng miệng 288
 thông qua số lần chải răng của BN trước khi bước vào 289
 quá trình xạ trị và tình trạng VNMM tại thời điểm 290
 khởi phát. Tuy nhiên, trong quá trình xạ trị, tình trạng 291
 VNMM ảnh hưởng đến rất nhiều khả năng chăm sóc 292
 răng miệng của BN, một số BN đã thay đổi phương 293
 thức chải răng cũng như giảm thời gian chải răng, làm 294
 ảnh hưởng rõ rệt đến khả năng kiểm soát mảng bám. 295
 Vì vậy, khi kết thúc xạ trị chúng tôi đánh giá thêm 296
 biến số tình trạng răng miệng thông qua chỉ số mảng 297
 bám PII, để đánh giá một cách chính xác hơn về mối 298
 liên quan giữa tình trạng vệ sinh răng miệng và hiệu 299
 quả điều trị VNMM của BN. 300

Trong nghiên cứu này, chúng tôi ghi nhận thời gian 301
 khởi phát VNMM của nhóm chải răng 1 lần/ngày và 302
 nhóm chải răng 2-3 lần/ngày không có sự khác biệt 303
 có ý nghĩa thống kê, khác với kết quả của Nguyễn Thị 304
 Phương Thảo và Nguyễn Thị Hồng (2012). Điều này 305

306 có thể do sự khác biệt về thời điểm bắt đầu sử dụng
 307 PVP-I 1% ở mỗi nhóm nghiên cứu.
 308 Tại thời điểm kết thúc xạ trị, ghi nhận ở BN có duy
 309 trì thói quen chải răng 1 lần/ngày tỷ lệ VNMM độ
 310 4 chiếm 15,4%, trong nhóm BN duy trì chải răng 2-
 311 3 lần/ngày chiếm 4,3%. Ngoài ra, tỷ lệ BN có tình
 312 trạng răng miệng tốt chiếm tỷ lệ cao nhất 76,3%, trong
 313 nhóm này ghi nhận tỷ lệ VNMM độ 3 và độ 4 là 55,6%
 314 và tỷ lệ không VNMM và VNMM độ 1 là 11,1%. Tuy
 315 nhiên, mức độ VNMM ghi nhận không có sự khác
 316 biệt có ý nghĩa thống kê giữa các nhóm có tình trạng
 317 răng miệng rất tốt, tốt, trung bình, kém.

318 KẾT LUẬN

319 Tại thời điểm khởi phát VNMM, không có mối liên
 320 quan về thời gian khởi phát và mức độ VNMM với
 321 thói quen hút thuốc lá, uống rượu/bia hay tình trạng
 322 vệ sinh răng miệng.

323 Tại thời điểm kết thúc xạ trị, không có mối liên quan
 324 giữa hiệu quả điều trị VNMM với thói quen hút thuốc
 325 lá, uống rượu/bia và tình trạng vệ sinh răng miệng.
 326 Ngoài ra, nghiên cứu cũng ghi nhận không có mối liên
 327 quan giữa hiệu quả điều trị VNMM và nhóm BN có
 328 hút thuốc lá dưới 30 năm và từ 30 năm trở lên cũng
 329 như nhóm BN có sử dụng hàm lượng cồn dưới 50
 330 g/ngày, 50-100 g/ngày và trên 100g/ngày.

331 DANH MỤC TỪ VIẾT TẮT

332 BN: bệnh nhân
 333 PII: Plaque index (chỉ số mảng bám)
 334 PVP-I: Povidone Iodine
 335 TP.HCM : Thành phố Hồ Chí Minh
 336 VNNM: viêm niêm mạc miệng

337 XUNG ĐỘT LỢI ÍCH

338 Nghiên cứu này không nhận được tài trợ và cam kết
 339 không có xung đột lợi ích từ kết quả nghiên cứu.

340 ĐÓNG GÓP CỦA CÁC TÁC GIẢ

341 Tác giả Lê Hữu Trình tiến hành nghiên cứu. Tác giả
 342 Trần Quốc Hùng xử lý thống kê. Tác giả Nguyễn Thị
 343 Kim Chi và Võ Đắc Tuyển viết và chỉnh sửa bản thảo
 344 bài báo.

345 TÀI LIỆU THAM KHẢO

346 1. Sung H, Ferlay J, Siegel RL, et al. Global Cancer Statistics
 347 2020: GLOBOCAN Estimates of Incidence and Mortality World-
 348 wide for 36 Cancers in 185 Countries. *CA Cancer J Clin.*
 349 2021;71(3):209-249;PMID: 33538338. Available from: <https://doi.org/10.3322/caac.21660>.
 350
 351 2. Devi S, Singh N. Dental care during and after radiotherapy in
 352 head and neck cancer. *Natl J Maxillofac Surg.* 2014;5(2):117-
 353 25. doi:10.4103/0975-5950.154812;PMID: 25937720. Avail-
 354 able from: <https://doi.org/10.4103/0975-5950.154812>.

355 3. Sroussi HY, Epstein JB, Bensadoun RJ, et al. Common oral com-
 356 plications of head and neck cancer radiation therapy: mucosi-
 357 tis, infections, saliva change, fibrosis, sensory dysfunctions,
 358 dental caries, periodontal disease, and osteoradionecrosis.
 359 *Cancer Med.* 2017;6(12):2918-2931;PMID: 29071801. Avail-
 360 able from: <https://doi.org/10.1002/cam4.1221>.
 361
 362 4. Brook I. Early side effects of radiation treatment for head
 363 and neck cancer. *Cancer Radiother.* 2021;25(5):507-513;PMID:
 364 33685809. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.canrad.2021.02.001>.
 365
 366 5. Maria OM, Eliopoulos N, Muanza T. Radiation-Induced Oral
 367 Mucositis. *Front Oncol.* 2017;7:89;PMID: 28589080. Available
 368 from: <https://doi.org/10.3389/fonc.2017.00089>.
 369
 370 6. Tian X, Xu L, Liu X, et al. Impact of honey on radiotherapy-
 371 induced oral mucositis in patients with head and neck cancer: a
 372 systematic review and meta-analysis. *Ann Palliat Med.* 2020;9(4):1431-1441;PMID: 32692203. Available from: <https://doi.org/10.21037/apm-20-44>.
 373
 374 7. Yu YT, Deng JL, Jin XR, et al. Effects of 9 oral care solutions
 375 on the prevention of oral mucositis: a network meta-analysis of
 376 randomized controlled trials. *Medicine (Baltimore).* 2020;
 377 99(16):e19661;PMID: 32311938. Available from: <https://doi.org/10.1097/MD.00000000000019661>.
 378
 379 8. Juejin Li, Chuanmei Zhu, Yun Zhang, Chang Guan, Qi
 380 Wang, Yuxin Ding, Xiaolin Hu, Incidence and Risk Factors for
 381 Radiotherapy-Induced Oral Mucositis Among Patients With
 382 Nasopharyngeal Carcinoma: A Meta-Analysis. *Asian Nursing
 383 Research,* 2023;17(2):70-82;PMID: 37094771. Available from:
 384 <https://doi.org/10.1016/j.anr.2023.04.002>.
 385
 386 9. Park SH, Cho SH, Han JY. Effective professional intraoral tooth
 387 brushing instruction using the modified plaque score: a ran-
 388 domized clinical trial. *J Periodontal Implant Sci.* 2018;48(1):22-
 389 33;PMID: 29535888. Available from: <https://doi.org/10.5051/jpis.2018.48.1.22>.
 390
 391 10. Liu S, Zhao Q, Zheng Z, et al. Status of Treatment and Pro-
 392 phylaxis for Radiation-Induced Oral Mucositis in Patients With
 393 Head and Neck Cancer. *Front Oncol.* 2021;11:642575;PMID:
 394 33816293. Available from: <https://doi.org/10.3389/fonc.2021.642575>.
 395
 396 11. Jiang X, Wu J, Wang J, et al. Tobacco and oral squamous
 397 cell carcinoma: A review of carcinogenic pathways. *Tob Induc
 398 Dis.* 2019;17:29;Available from: <https://doi.org/10.18332/tid/105844>.
 399
 400 12. Nguyễn Thị Phương Thảo, Nguyễn Thị Hồng. Hiệu quả của
 401 Povidone Iodine so với Natri Bicarbonate trong điều trị VNMM
 402 trong, sau xạ trị ung thư hốc miệng và ung thư hầu họng. Luận
 403 văn thạc sỹ Y học. Đại học Y Dược TP.HCM; 2012;.
 404
 405 13. Rades D, Zwaan I, Janssen S, et al. Evaluation of the Impact
 406 of Smoking and Alcohol Consumption on Toxicity and Out-
 407 comes of Chemoradiation for Head and Neck Cancer. *Anti-
 408 cancer Res.* 2023;43(2):823-830;PMID: 36697089. Available
 409 from: <https://doi.org/10.21873/anticancer.16224>.
 410
 411 14. Smith J, Nastasi D, Tso R, et al. The effects of continued smok-
 412 ing in head and neck cancer patients treated with radiother-
 413 apy: A systematic review and meta-analysis. *Radiother On-
 414 col.* 2019;135:51-57;PMID: 31015170. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.radonc.2019.02.021>.
 415
 416 15. Vera-Llonch M, Oster G, Hagiwara M, et al. Oral mucositis in pa-
 417 tients undergoing radiation treatment for head and neck car-
 418 cinoma. *Cancer.* 2006;106(2):329-36;PMID: 16342066. Avail-
 419 able from: <https://doi.org/10.1002/cncr.21622>.
 420
 421 16. De Sanctis V, Bossi P, Sanguineti G, et al. Mucositis in head and
 422 neck cancer patients treated with radiotherapy and systemic
 423 therapies: Literature review and consensus statements. *Crit
 424 Rev Oncol Hematol.* 2016;100:147-66;PMID: 26947812. Avail-
 425 able from: <https://doi.org/10.1016/j.critrevonc.2016.01.010>.

The relationship between risk habits, oral hygiene status, and the effectiveness of radiation-induced oral mucositis treatment

Le Huu Trinh¹, Nguyen Thi Kim Chi^{2,*}, Tran Quoc Hung³, Vo Dac Tuyen²



Use your smartphone to scan this QR code and download this article

ABSTRACT

Background: Risk habits (smoking, drinking) and oral hygiene have been reported to contribute to the exacerbation of radiation-induced oral mucositis. **Objective:** To determine whether there is a relationship between risk habits, oral hygiene status, and the effectiveness of radiation-induced oral mucositis treatment. **Methods:** A randomized controlled clinical trial study was conducted on head and neck cancer patients from Ho Chi Minh City Oncology Hospital from 10/2022 - 06/2023, evaluating the relationship between the effectiveness of radiation induced-oral mucositis treatment of 2 groups of patients using PVP-I 1% in combination with honey and PVP-I 1% alone, with risk habits and oral hygiene status. **Results:** There was no relationship between the time of onset and the level of radiation-induced oral mucositis and smoking, drinking, or oral hygiene status. At the end of radiotherapy, there was no association between the effectiveness of radiation-induced oral mucositis treatment and smoking, drinking habits, oral hygiene status, smoking duration, and alcohol consumption level ($p>0.05$). **Conclusion:** Smoking, drinking habits, and oral hygiene status may not affect the effectiveness of radiation-induced oral mucositis treatment.

Key words: Risk habit, oral hygiene status, radiation-induced oral mucositis

¹Interdisciplinary department, Yersin Nha Trang General Hospital, Vietnam

²Oral Pathology Department, Faculty of Odonto-Stomatology, University of Medicine and Pharmacy at Hochiminh City, Vietnam

³Vinh Vien Dental Clinic, 299 Vinh Vien Street, Ward 5, District 10, HCMC, Vietnam

Correspondence

Nguyen Thi Kim Chi, Oral Pathology Department, Faculty of Odonto-Stomatology, University of Medicine and Pharmacy at Hochiminh City, Vietnam

Email: drnguyenchifos@ump.edu.vn

History

- Received: 10-4-2024
- Accepted: 01-8-2024
- Published Online:

DOI :



Copyright

© VNUHCM Press. This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution 4.0 International license.



Cite this article : Trinh L H, Chi N T K, Hung T Q, Tuyen V D. **The relationship between risk habits, oral hygiene status, and the effectiveness of radiation-induced oral mucositis treatment** . *Sci. Tech. Dev. J. - Health Sci.* 2024; ():1-1.