

KHẢO SÁT TỔN THƯƠNG NIÊM MẠC MIỆNG VÀ LƯU LƯỢNG NƯỚC BỌT TRÊN BỆNH NHÂN ĐÁI THÁO ĐƯỜNG VÀ TĂNG HUYẾT ÁP TẠI BỆNH VIỆN TRƯỜNG ĐẠI HỌC Y DƯỢC CẦN THƠ

Đỗ Thị Thảo*, Đoàn Thị Kim Châu, Bùi Thị Huyền Diệu, Châu Hồng Diễm, Huỳnh Lê Nghĩa Hiệp, Vũ Thị Thanh Nga, Nguyễn Huỳnh Minh Ngọc, Nguyễn Trọng Tính

Trường Đại học Y Dược Cần Thơ

*Email: dtthao@ctump.edu.vn

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Đái tháo đường và tăng huyết áp là những bệnh phổ biến trong những năm gần đây. Nhiều tổn thương niêm mạc miệng và lưu lượng nước bọt giảm thường xảy ra ở bệnh nhân đái tháo đường và tăng huyết áp. **Mục tiêu nghiên cứu:** Mô tả các tổn thương niêm mạc miệng và xác định lưu lượng trung bình nước bọt ở bệnh nhân đái tháo đường và tăng huyết áp. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả hàng loạt ca ở 37 bệnh nhân đái tháo đường, 68 bệnh nhân tăng huyết áp và 77 bệnh nhân đái tháo đường kèm tăng huyết áp đến khám tại Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Cần Thơ, thời gian từ tháng 1/2019 đến 12/2019. Thông tin thu thập gồm tuổi, giới tính, thời gian mắc bệnh đái tháo đường, đường huyết lúc đói, thời gian mắc bệnh tăng huyết áp, huyết áp tâm thu, huyết áp tâm trương. Các tổn thương niêm mạc miệng, lưu lượng nước bọt toàn phần không kích thích. **Kết quả:** Nữ nhiều hơn nam. Tuổi trung bình là $60,31 \pm 9,064$ năm. Thời gian mắc bệnh đái tháo đường trung bình là $3,58 \pm 4,00$ năm, tăng huyết áp trung bình là $5,00 \pm 4,03$ năm. Khô miệng, viêm lưỡi, viêm miệng do hàm giả, lưỡi nứt nẻ là các tổn thương phổ biến. Bệnh nhân tăng huyết áp và tăng huyết áp kèm đái tháo đường có tỉ lệ viêm lưỡi tăng hơn bệnh nhân đái tháo đường ($p=0,048$). Bệnh nhân đái tháo đường có lưu lượng nước bọt $<0,1\text{mL}$ cao hơn nhóm tăng huyết áp và tăng huyết áp kèm đái tháo đường, tỉ lệ 29,7% so với 19,1%, 18,2%. **Kết luận:** Khô miệng, viêm lưỡi, viêm miệng do hàm giả, lưỡi nứt nẻ là các tổn thương phổ biến ở bệnh nhân tăng huyết áp và/hoặc đái tháo đường. Có sự giảm nước bọt ở bệnh nhân tăng huyết áp và đái tháo đường.

Từ khóa: tổn thương niêm mạc miệng, nước bọt, đái tháo đường, tăng huyết áp

ABSTRACT

ORAL MUCOSA LESIONS AND SALIVARY FLOW IN PATIENTS WITH DIABETES MELLITUS AND HYPERTENSION AT CAN THO OF MEDICINE AND PHARMACY UNIVERSITY HOSPITAL

Do Thi Thao, Doan Thi Kim Chau, Bui Thi Huyen Dieu, Chau Hong Diem, Huynh Le Nghia Hiep, Vu Thi Thanh Nga, Nguyen Huynh Minh Ngoc, Nguyen Trong Tinh
Can Tho University of Medicine and Pharmacy

Background: Diabetes mellitus and hypertension has been popular diseases in recent years. Oral mucosa lesions and reduced salivary flow have been more common in patients with diabetes and hypertension. **Objectives:** Describing lesions of the oral mucosa and determine average salivary flow in patients with diabetes and hypertension. **Materials and methods:** A case series study in 37 diabetic patients, 68 hypertension patients and 77 diabetic patients and high blood pressure having health checkup at Can Tho University of Medicine and Pharmacy Hospital, from January 2019 to December 2019. Collected information included age, sex, duration of diabetes, blood sugar, hypertension duration, systolic blood pressure, diastolic blood pressure,

oral mucosa lesions and non-stimulant total salivary flow. **Results:** Women were more than men. The mean age was 60.31 ± 9.064 . The average duration of diabetes mellitus was 3.58 ± 4.00 , the average years of hypertension was 5.00 ± 4.03 . Dry mouth, gingivitis, denture stomatitis, fissured tongue were common lesions. Patients with hypertension and hypertension with diabetes had a higher rate of gingivitis compared to diabetes patients ($p=0.048$). Diabetes patients with saliva flow $<0.1\text{mL}$ was higher than hypertension and hypertension group with diabetes, 29.7% compared to 19.1%, 18.2% respectively. **Conclusions:** Dry mouth, gingivitis, denture stomatitis, and fissured tongue were common oral lesions in patients with hypertension and diabetes. There was a decrease in saliva in patients with hypertension and diabetes.

Keywords: oral mucosa lesions, salivary flow, hypertension, diabetes mellitus

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đái tháo đường và tăng huyết áp là những bệnh phổ biến trong những năm gần đây. Năm 2012, một cuộc điều tra quốc gia cho thấy tỷ lệ mắc bệnh đái tháo đường ở Việt Nam là 5,4% và rối loạn dung nạp glucose là 13,7%. Ở Sóc Trăng tỉ lệ bệnh nhân bị đái tháo đường là 16,1% [5], ở Thanh Hóa là 5,3% [2]. Bệnh đái tháo đường type 2 thường không được chẩn đoán trong nhiều năm vì tăng đường huyết phát triển dần dần và ở giai đoạn sớm hơn, thường không đủ nghiêm trọng để bệnh nhân nhận thấy các triệu chứng đái tháo đường. Tăng huyết áp đang ngày càng tăng do sự gia tăng tuổi thọ và tăng tần suất các yếu tố nguy cơ [7]. Theo nghiên cứu của Meiqari et al. 2019 [10] tỉ lệ mắc của tăng huyết áp là 21,1%, ở nam là 26,4%, nữ là 16,6%. Tuổi trung bình mắc tăng huyết áp là $48,1 \pm 4,6$ năm. Trong nghiên cứu năm 2016 tại Tiền Giang, tỉ lệ tăng huyết áp ở bệnh nhân đái tháo đường là 59,6% [4]. Tỉ lệ tăng huyết áp của người trên 60 tuổi ở Đồng Nai là 54,4% [1], ở người dân trên 25 tuổi ở Hậu Giang là 32% [3].

Tăng huyết áp và đái tháo đường là hai bệnh lý phổ biến hiện nay. Khoảng 50% bệnh nhân đồng thời bị tăng huyết áp và đái tháo đường. Tăng huyết áp là yếu tố làm tăng biến chứng của đái tháo đường và ngược lại đái tháo đường cũng làm cho tăng huyết áp khó kiểm soát hơn. Nhiều nghiên cứu chứng minh rằng bệnh nhân đái tháo đường và tăng huyết áp có một loạt các biểu hiện ở miệng bao gồm sâu răng, bệnh nha chu, tổn thương niêm mạc miệng, khô miệng, rối loạn chức năng vị giác [14]. Bệnh nhân đái tháo đường và tăng huyết áp có thể có tỷ lệ rối loạn niêm mạc tăng hơn, kết hợp với ức chế miễn dịch mạn tính, chậm lành thương, và suy giảm lưu lượng nước bọt. Trong nước chưa có nghiên cứu về tình trạng niêm mạc miệng và lưu lượng nước bọt ở bệnh nhân tăng huyết áp và đái tháo đường ở Việt nam.

Xuất phát từ thực trên, để làm rõ tỉ lệ tổn thương niêm mạc miệng và lưu lượng nước bọt ở bệnh nhân tăng huyết áp và đái tháo đường, đồng thời giúp tư vấn cải thiện sức khỏe răng miệng ở bệnh nhân này chúng tôi tiến hành nghiên cứu với mục tiêu mô tả các tổn thương niêm mạc miệng và xác định lưu lượng nước bọt trung bình ở bệnh nhân đái tháo đường và tăng huyết áp.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

- Mẫu nghiên cứu: bệnh nhân đái tháo đường và tăng huyết áp đến khám tại phòng khám Nội và phòng khám Răng Hàm Mặt, Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Cần Thơ.

- Tiêu chuẩn chọn mẫu: bệnh nhân được chẩn đoán đái tháo đường và/hoặc tăng huyết áp. Bệnh nhân đái tháo đường: xét nghiệm đường huyết lúc đói $> 6,4 \text{ mmol/L}$. Bệnh

nhân được chẩn đoán tăng huyết áp khi huyết áp tâm thu ≥ 140 mmHg và/hoặc huyết áp tâm trương ≥ 90 mmHg.

- Tiêu chuẩn loại trừ: Các bệnh nhân đang có bệnh lý cấp tính, bệnh nhân có bệnh toàn thân kèm theo, bệnh tâm thần, bệnh nhân đang trong thời kỳ thai nghén, bệnh nhân có bệnh ác tính đang dùng thuốc ức chế miễn dịch, hóa trị, bệnh nhân không hợp tác.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả hàng loạt ca.
- Cỡ mẫu: gồm 182 bệnh nhân gồm 37 bệnh nhân đái tháo đường, 68 bệnh nhân tăng huyết áp và 77 bệnh đái tháo đường kèm tăng huyết áp.

- Kỹ thuật chọn mẫu: Chọn mẫu thuận tiện.

- Phương tiện nghiên cứu: phiếu phỏng và phiếu khám, phiếu đồng ý tham gia nghiên cứu, bộ đồ khám, bộ dụng cụ thu thập nước bọt, đèn chiếu sáng, máy ảnh, găng tay, khẩu trang, gòn, máy đo huyết áp.

- Các biến số nghiên cứu: tuổi, giới tính, thời gian mắc bệnh đái tháo đường, đường huyết lúc đói, thời gian mắc bệnh tăng huyết áp, huyết áp tâm thu, huyết áp tâm trương hiện tại. Các tổn thương niêm mạc miệng: viêm miệng do hàm giả, lưỡi nứt nẻ, viêm lưỡi bản đồ, viêm lưỡi hình thoi, chốc mép, áp tơ miệng tái phát, loét chấn thương, lichen phẳng, khô miệng. Lưu lượng nước bọt toàn phần không kích thích mL/phút.

- Quy trình nghiên cứu: phỏng vấn bệnh nhân đái tháo đường và tăng huyết áp. Khám ghi nhận những tổn thương niêm mạc miệng ghi vào phiếu khám. Thu thập nước bọt toàn phần không kích thích: thực hiện vào buổi sáng từ 9g00 đến 11g00. Bệnh nhân ngồi thẳng với đầu hơi cúi về phía trước và mắt mờ. bệnh nhân cầm ly nhựa đặt ở môi dưới, nhổ toàn bộ nước bọt ở miệng. Sau 5 phút, thu lại ống falcon chứa nước bọt, dùng bơm tiêm 5ml rút hết lượng nước bọt trong ống (mL). Tính lưu lượng nước bọt (mL/phút).

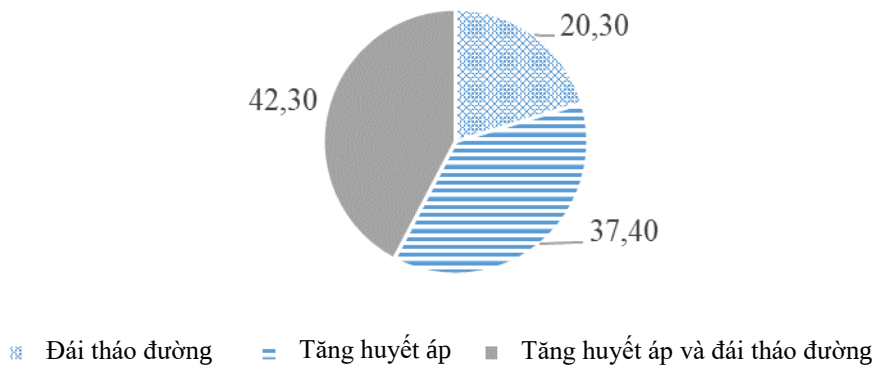
- Xử lý số liệu nghiên cứu: số liệu được xử lý bằng phần mềm SPSS Statistics phiên bản 22.0, kiểm định Chi bình phương dùng để phân tích các biến mô tả tỉ lệ %. Kiểm định Student t test và ANOVA dùng để thống kê so sánh sự khác biệt giữa các biến định lượng. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê khi $p < 0,05$.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm mẫu nghiên cứu

Mẫu nghiên cứu gồm 182 bệnh nhân bao gồm 37 (20,3%) bệnh nhân đái tháo đường, 68 (37,4%) bệnh nhân tăng huyết áp và 77 (42,3%) bệnh đái tháo đường kèm tăng huyết áp. Nữ nhiều hơn nam, gồm 119 (65,4%) nữ và 63 (34,6%) nam.

Tuổi trung bình của 182 bệnh nhân là $60,31 \pm 9,064$, thấp nhất là 37 tuổi, tăng nhất là 87 tuổi. Tuổi trung bình của bệnh nhân đái tháo đường thấp hơn bệnh nhân tăng huyết áp và bệnh nhân tăng huyết áp kèm theo đái tháo đường. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ($p < 0,001$, kiểm định ANOVA). Tuy nhiên không có sự khác biệt về tuổi trung bình ở nam và nữ trong mỗi nhóm bệnh nhân. Đường huyết trung bình ở bệnh nhân đái tháo đường là $7,81 \pm 2,11$, ở bệnh nhân tăng huyết áp và đái tháo đường là $8,30 \pm 2,73$, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p = 0,675$, kiểm định Student t test).



Biểu đồ 1. Tỷ lệ bệnh nhân trong mỗi nhóm

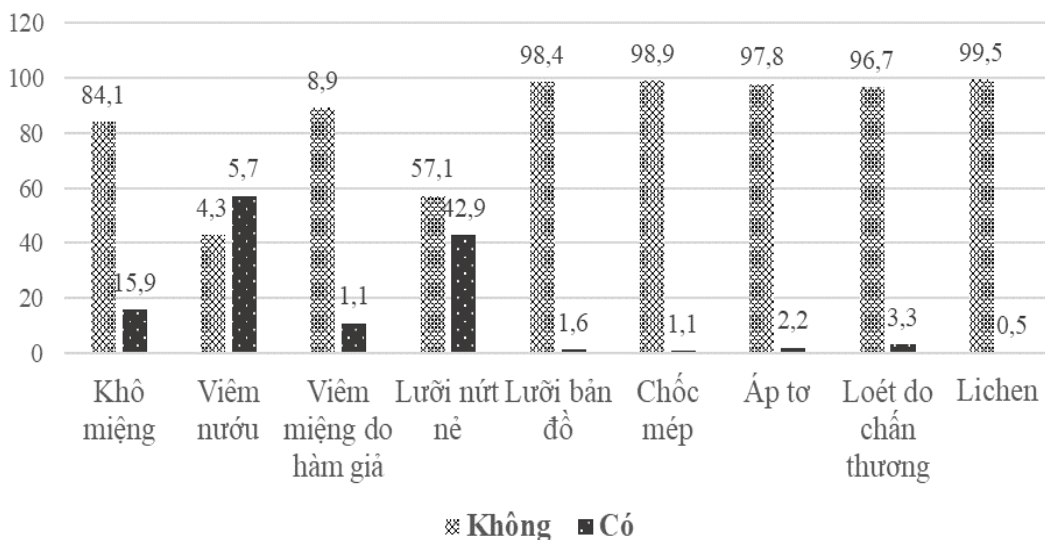
Bảng 1. Tuổi trung bình ở từng nhóm bệnh nhân

Bệnh lý	Tuổi			<i>p</i> *
	Trung bình	Nhỏ nhất	Lớn nhất	
Đái tháo đường	53,97±8,34	35	68	< 0,001
Tăng huyết áp	61,79 ±8,94	37	79	
Tăng huyết áp và đái tháo đường	62,04 ±8,22	41	87	

*Kiểm định One- way ANOVA

Thời gian mắc bệnh trung bình người mắc đái tháo đường là $2,29 \pm 1,02$ năm, trong khi đó thời gian mắc bệnh của bệnh nhân đái tháo đường kèm tăng huyết áp là $4,21 \pm 4,71$ năm. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ($p=0,01$, kiểm định Student t test). Thời gian mắc bệnh tăng huyết áp trung bình là $5,00 \pm 4,03$, thời gian mắc bệnh bệnh tăng huyết áp có kèm đái tháo đường là $6,80 \pm 6,13$. Sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê ($p=0,41$, kiểm định Student t test).

3.2. Tình trạng niêm mạc miệng ở bệnh nhân tăng huyết áp và đái tháo đường



Biểu đồ 2. Các tổn thương niêm mạc miệng

Khô miệng, viêm nướu, viêm miệng do hàm giả, lưỡi nứt nẻ là các tổn thương phổ

biến ở bệnh nhân tăng huyết áp và/hoặc đái tháo đường. Các bệnh lý ít phổ biến hơn bao gồm lưỡi bản đồ, chốc mép, áp tơ, loét do chấn thương và lichen phẳng niêm mạc miệng. Bệnh nhân tăng huyết áp và tăng huyết áp kèm đái tháo đường có tỉ lệ khô miệng cao hơn bệnh nhân đái tháo đường và sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ($p=0,006$, kiểm định Chi bình phương).

Bệnh nhân tăng huyết áp và tăng huyết áp kèm đái tháo đường có tỉ lệ viêm nướu cao hơn bệnh nhân đái tháo đường và sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ($p=0,048$, kiểm định Chi bình phương). Tình trạng viêm niêm mạc do hàm giả ở nam nhiều hơn nữ trong nhóm bệnh nhân đái tháo đường và sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ($p=0,047$, kiểm định Chi bình phương).

3.3. Lưu lượng nước bọt ở bệnh nhân tăng huyết áp và đái tháo đường

Lưu lượng nước bọt trung bình ở bệnh nhân đái tháo đường thấp hơn ở bệnh nhân tăng huyết áp và tăng huyết áp kèm đái tháo đường. Tuy nhiên sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê ($p=0,169$, Kiểm định ANOVA).

Bảng 2. Lưu lượng nước bọt trung bình/1 phút

Bệnh lý	n	Lưu lượng nước bọt (mL)			p*
		Trung bình	Ít nhất	Nhiều nhất	
Đái tháo đường	37	0,245 ± 0,165	0	0,9	0,169
Tăng huyết áp	68	0,319 ± 0,206	0	1,0	
Tăng huyết áp và đái tháo đường	77	0,32 ± 0,240	0	1,2	

(*) Kiểm định ANOVA

Số lượng bệnh nhân đái tháo đường có lưu lượng nước bọt <0,1mL cao hơn nhóm tăng huyết áp và tăng huyết áp kèm đái tháo đường, tỉ lệ 29,7% so với 19,1%, 18,2%. Tuy nhiên sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê ($p=0,329$, kiểm định Chi bình phương).

Bảng 3. Tỉ lệ người có lượng nước bọt trung bình < 0,1 mL

Bệnh lý	n	Lưu lượng nước bọt (n, %)		p**
		< 0,1 mL	≥ 0,1 mL	
Đái tháo đường	37	11 (29,7)	26 (70,3)	0,329
Tăng huyết áp	68	13 (19,1)	55 (80,9)	
Tăng huyết áp và đái tháo đường	77	14 (18,2)	63 (81,8)	

*Kiểm định Chi bình phương

Có sự tương quan giữa thời gian mắc bệnh đái tháo đường và khô miệng (Spearman, $r=0,179$; $p=0,015$). Có tương quan giữa thời gian bị tăng huyết áp và khô miệng (Spearman, $r=0,159$; $p=0,032$). Có sự tương quan giữa bệnh nhân mang hàm giả và viêm niêm mạc miệng (tương quan Spearman; $r=0,474$; $p<0,001$) và tương quan giữa nồng độ glucose ở bệnh nhân đái tháo đường và viêm niêm mạc miệng do hàm giả (Spearman, $r=0,185$; $p=0,049$).

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm mẫu nghiên cứu

Kết quả nghiên cứu cho thấy tuổi trung bình của bệnh nhân là $60,31 \pm 9,064$ tuổi, thấp nhất là 37 tuổi, cao nhất là 87 tuổi. Tuổi trung bình của bệnh nhân đái tháo đường thấp hơn bệnh nhân tăng huyết áp và bệnh nhân tăng huyết áp kèm theo đái tháo đường, có thể thấy độ tuổi trung bình của mẫu nghiên cứu khá cao phù hợp đặc điểm của đái tháo

đường thường khởi phát ở người tuổi trung niên trở lên, diễn tiến âm thầm, không được chẩn đoán sớm. Trong một nghiên cứu về tổn thương niêm mạc miệng trên bệnh nhân đái tháo đường của S.A. Al-Maweri (2013), cũng cho thấy tuổi trung bình của mẫu khá cao (54,71 tuổi) [6].

Nữ giới nhiều hơn rõ rệt so với bệnh nhân là nam giới. Tỷ lệ nữ là 65,4% và nam là 34,6%. Có thể lý giải sự chênh lệch này do tuổi trung bình của mẫu cao, hầu hết đều đối tượng trên 50 tuổi, đây là thời kỳ mãn kinh và tiền mãn kinh ở phụ nữ, xuất hiện những rối loạn trong bộ máy chức năng của cơ thể nên việc kiểm tra sức khỏe sẽ thường xuyên hơn. Hơn nữa, sự chênh lệch này còn cho thấy phụ nữ trong khu vực nghiên cứu có sự quan tâm đến vấn đề sức khỏe hơn nam giới. Trong nghiên cứu của M.G. Sousa (2011), tỷ lệ nữ cũng cao hơn nhiều so với nam giới (67,7% nữ và 32,3% nam) [13]. Trong nghiên cứu của S.A. Al-Maweri (2013), tỷ lệ giới tính ít có sự chênh lệch hơn, với 43,5% nam và 56,5% nữ [6]. Trong nghiên cứu 447 bệnh nhân (gồm 387 bệnh nhân tăng huyết áp trong đó 91 bệnh nhân đái tháo đường loại 2 và 60 người khỏe mạnh) từ 45 - 80 tuổi ở cả hai giới tính ở Bệnh viện Đại học Zvezdara, Serbia. Dân số nghiên cứu bao gồm các đối tượng khỏe mạnh (13%), bệnh nhân tăng huyết áp không có đái tháo đường type 2 (66%) và bệnh nhân tăng huyết áp có đái tháo đường type 2 (20%). Tuổi trung bình của tất cả người tham gia nghiên cứu là $63,14 \pm 7,76$ tuổi [6].

4.2. Tổn thương niêm mạc miệng ở bệnh nhân tăng huyết áp và đái tháo đường

Trong nghiên cứu này, bệnh nhân tăng huyết áp và tăng huyết áp kèm đái tháo đường có tỷ lệ viêm nướu cao hơn bệnh nhân đái tháo đường và sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê. Tuy nhiên không có sự khác biệt về viêm niêm mạc miệng do hàm giả, lưỡi nứt nẻ, lưỡi bản đồ, chốc mép, áp tơ tái phát, loét do chấn thương và lichen phẳng giữa ba nhóm bệnh nhân. Sự khác biệt về các đặc điểm của lưỡi giữa đái tháo đường loại 2 và nhóm chứng.

Khô miệng, viêm nướu, viêm miệng do hàm giả, lưỡi nứt nẻ là các tổn thương phổ biến ở bệnh nhân tăng huyết áp và/hoặc đái tháo đường. Các bệnh lý ít phổ biến hơn bao gồm lưỡi bản đồ, chốc mép, áp tơ, loét do chấn thương và lichen phẳng niêm mạc miệng. Bệnh nhân tăng huyết áp và tăng huyết áp kèm đái tháo đường có tỷ lệ khô miệng cao hơn bệnh nhân đái tháo đường và sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê. Tỷ lệ tổn thương niêm mạc miệng ở nghiên cứu này cao hơn so với nghiên cứu tương tự của S.A. Al-Maweri (2013) với tỷ lệ tổn thương là 45,5% [6]. Trong nghiên cứu của S.F. Mohsin (2014) tỷ lệ này là 60,8%. Nghiên cứu của M.F. Silva (2015) trên cả bệnh nhân đái tháo đường type 2 cho thấy tỷ lệ tổn thương niêm mạc miệng 78,4% và các tổn thương hầu hết liên quan với đái tháo đường [12].

Viêm niêm mạc có thể ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống của bệnh nhân do ảnh hưởng đến thói quen ăn uống, tình trạng dinh dưỡng, lời nói, làm tăng nguy cơ nhiễm trùng miệng như nhiễm nấm candida và làm tăng nhạy cảm của bệnh nhân với sâu răng, bệnh nha chu và mất răng [9]. Tình trạng này được đặc trưng bởi cảm giác nóng rát ở lưỡi hoặc các vị trí miệng khác. Trầm cảm, thiếu hụt dinh dưỡng khác nhau và đái tháo đường làm tăng nguy cơ mắc hội chứng miệng bỏng rát.

4.3. Lưu lượng nước bọt ở bệnh nhân tăng huyết áp và đái tháo đường

Nghiên cứu này cho thấy bệnh nhân đái tháo đường có lưu lượng nước bọt trung bình ở bệnh nhân đái tháo đường thấp hơn ở bệnh nhân tăng huyết áp và tăng huyết áp

kèm đái tháo đường và tỉ lệ bệnh nhân có lưu lượng nước bọt $<0,1$ mL ở bệnh nhân đái tháo đường nhiều hơn bệnh nhân tăng huyết áp, tăng huyết áp và đái tháo đường. Điều này cho thấy ở bệnh nhân đái tháo đường có khuynh hướng giảm lưu lượng nước bọt. Tỷ lệ khô miệng ở nhóm đái tháo đường loại 2 cao hơn nhóm chứng (8,5% so với 4,5%) ($p=0,079$). Trong nghiên cứu của Hoseini năm 2017 cho thấy lưu lượng nước bọt trung bình ở bệnh nhân đái tháo đường loại II $0,37 \pm 0,13$ ml/phút) thấp hơn so với bệnh nhân khỏe mạnh ($0,47 \pm 0,11$ ml/phút). Hơn nữa, triệu chứng khô miệng cao hơn ở bệnh nhân đái tháo đường so với nhóm chứng[8]. Khô miệng có thể dẫn đến nhiều vấn đề như khó ăn, khó nuốt và nói. Nó thực sự có thể có ảnh hưởng tiêu cực đến chất lượng cuộc sống của bệnh nhân. Đáng chú ý, mức độ rối loạn chức năng tiết nước bọt cao nhất được quan sát thấy ở bệnh nhân đái tháo đường có kiểm soát đường huyết kém [11].

Do nghiên cứu ở được hiện trong thời gian ngắn, cách chọn mẫu thuận tiện chưa mang tính đại diện cho dân số mục tiêu, vì vậy cần thực hiện nghiên cứu cỡ mẫu lớn hơn, phân tích sự tương quan giữa các yếu tố tổn thương niêm mạc miệng, lưu lượng nước bọt với tình trạng đái tháo đường và tăng huyết áp. Có thể khảo sát thêm về mức độ khô miệng, phân loại rõ mức độ giảm nước bọt, đánh giá việc thuốc đang điều trị tăng huyết áp và đái tháo đường bệnh nhân đang sử dụng.

V. KẾT LUẬN

Khô miệng, viêm nướu, viêm miệng do hàm giả, lưỡi nứt nẻ là các tổn thương phổ biến ở bệnh nhân tăng huyết áp và/hoặc đái tháo đường. Bệnh nhân tăng huyết áp và tăng huyết áp kèm đái tháo đường có tỉ lệ viêm nướu tăng hơn bệnh nhân đái tháo đường. Lưu lượng nước bọt trung bình ở bệnh nhân đái tháo đường thấp hơn ở bệnh nhân tăng huyết áp và tăng huyết áp kèm đái tháo đường. Số lượng bệnh nhân đái tháo đường có lưu lượng nước bọt $<0,1$ mL tăng hơn nhóm tăng huyết áp và tăng huyết áp kèm đái tháo đường, tỉ lệ 29,7% so với 19.1%, 18,2%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Dương Tấn Thọ, Lê Thành Tài (2019), Nghiên cứu tình hình và đánh giá kết quả can thiệp tăng huyết áp ở người cao tuổi thành phố Biên Hòa, tỉnh Đồng Nai, năm 2018-2019, *Tạp chí Y Dược học Cần Thơ*, 21: 50-57.
2. Đỗ Thái Hòa, Nguyễn Thị Thùy Dương, Nguyễn Thanh Long, Trương Việt Dũng, Phan Trọng Lâm (2015), Tình trạng hiện mắc bệnh tăng huyết áp, đái tháo đường và nhu cầu chăm sóc sức khỏe ở nhóm tuổi trung niên (40-59) tại huyện Đông Sơn, tỉnh Thanh Hóa, năm 2013, *Tạp chí Y học Dự phòng*, 8(168).
3. Nguyễn Thanh Tuấn, Phạm Thị Tâm (2016), Tình hình tăng huyết áp và kết quả can thiệp kiểm soát huyết áp ở người từ 25 tuổi trở lên tại huyện Châu Thành, tỉnh Hậu Giang, năm 2014, *Tạp chí Y Dược học Cần Thơ*, 6: 43-50.
4. Phạm Thị Tùng, Trần Ngọc Dung, Mai Long Thủy (2016), Tình hình tăng huyết áp và một số yếu tố liên quan ở bệnh nhân đái tháo đường type 2 tại Bệnh viện Đa khoa Trung tâm Tiền Giang, *Tạp chí Y Dược học Cần Thơ*, 7: 35-42.
5. Võ Thành Danh, Phạm Thị Tâm (2017), Nghiên cứu tình hình bệnh đái tháo đường typ 2 và đánh giá kết quả can thiệp ở người từ 40 tuổi trở lên tại huyện Mỹ Xuyên, tỉnh Sóc Trăng năm 2015-2016, *Tạp chí Y Dược học Cần Thơ*, 19: 30-37.
6. Al-Maweri SA, Ismail NM, Ismail AR, Al-Ghashm A (2013), Prevalence of Oral Mucosal Lesions in Patients with Type 2 Diabetes Attending Hospital Universiti Sains Malaysia, *Malays J Med Sci*, 20(4): 39-46.

7. Giles TD, Materson BJ, Cohn JN, Kostis JB (2009), Definition and classification of hypertension: an update, *J Clin Hypertens (Greenwich)*, 11(11): 611-614.
8. Hoseini A, Mirzapour A, Bijani A, Shirzad A (2017), Salivary flow rate and xerostomia in patients with type I and II diabetes mellitus, *Electron Physician*, 9(9): 5244-5249.
9. López-Pintor RM, Casañas E, González-Serrano J, Serrano J, Ramírez L, de Arriba L, et al. (2016), Xerostomia, Hyposalivation, and Salivary Flow in Diabetes Patients, *J Diabetes Res*: 1-15.
10. Meiqari L, Essink D, Wright P, Scheele F (2019), Prevalence of Hypertension in Vietnam: A Systematic Review and Meta-Analysis, *Asia Pac J Public Health*, 31(2): 101-112.
11. Rohani B (2019), Oral manifestations in patients with diabetes mellitus, *World J Diabetes*, 10(9): 485-489.
12. Silva MF, Barbosa KG, Pereira JV, Bento PM, Godoy GP, Gomes DQ (2015), Prevalence of oral mucosal lesions among patients with diabetes mellitus types 1 and 2, *An Bras Dermatol*, 90(1): 49-53.
13. Sousa MG, Costa Ade L, Roncalli AG (2011), Clinical study of the oral manifestations and related factors in type 2 diabetics patients, *Braz J Otorhinolaryngol*, 77(2): 145-152.
14. Southerland JH, Gill DG, Gangula PR, Halpern LR, Cardona CY, Mouton CP (2016), Dental management in patients with hypertension: challenges and solutions, *Clin Cosmet Investig Dent*, 8: 111-120.

(Ngày nhận bài: 08/01/2021 - Ngày duyệt đăng: 14/04/2021)
