

EVALUATION OF THE RESULTS OF NON-SURGICAL PERIODONTITIS TREATMENT IN PATIENTS WITH TYPE 2 DIABETES TREATED AT TRA VINH PROVINCIAL GENERAL HOSPITAL

Le Nguyen Lam ^{1*}, Ho Minh Dat²

¹Can Tho University of Medicine and Pharmacy - 179 Nguyen Van Cu, An Khanh, Ninh Kieu, Can Tho, Vietnam

²Tra Vinh University of Medicine and Pharmacy - 126 Nguyen Thien Thanh, Ward 5, Tra Vinh, Vietnam

Received 05/05/2023

Revised 09/06/2023; Accepted 06/07/2023

ABSTRACT

Treatment of chronic periodontitis consists of two phases: disease treatment and maintenance treatment. In particular, depending on the severity of the disease, the treatment stage is divided into two subgroups: non-surgical treatment and surgical intervention.

Objectives: To evaluate the results of non-surgical periodontitis treatment in patients with type 2 diabetes treated as outpatients at Tra Vinh Provincial General Hospital 2018 - 2019.

Research object and method: Periodontitis patients come for examination and treatment at the Odonto-Stomatology clinic, Tra Vinh Province General Hospital. Type 2 diabetes patients have $6.5\% \leq \text{HbA1c} \leq 8\%$, - Have CPI 2 and CPI 3. Study design Cross-sectional description of the interventional study

Result: After treatment, the GI index of gingivitis had 62.4% of patients with normal gums, 17.3% of patients with mild gingivitis, 8.4% with moderate gingivitis, and 11.9% with severe gingivitis. Plaque index has 59.7% of patients without plaque, 37.6% of patients with plaque covering $< 1/3$ of the tooth surface or with adhesions, 2.7% of patients with $1/3 < \text{plaque} < 2/3$ of the tooth surface, no case has plaque covering $> 2/3$ of the tooth surface. CAL adhesion index was improved after the intervention: the adhesion loss index 0 was 100%, and the level 1 adhesion loss index decreased to 0%. The state of bone resorption on radiographs: Good (28.8%), Moderate (bone loss $\geq 20\%$) is 47.9%, Good (Bone loss $< 20\%$) is 23.3%.

Conclude: After 3 months of treatment, all indexes of GI, PLI, CPITN, CAL improved markedly.

Keywords: Periodontitis, diabetes, non-surgical treatment.

*Corresponding author

Email address: lenguyenlam@ctump.edu.vn

Phone number: (+84) 918 130 809

<https://doi.org/10.52163/yhc.v64i4.742>



ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ VIÊM NHA CHU KHÔNG PHẪU THUẬT Ở BỆNH NHÂN ĐÁI THÁO ĐƯỜNG TYPE 2 ĐIỀU TRỊ TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TỈNH TRÀ VINH

Lê Nguyên Lâm^{1*}, Hồ Minh Đạt²

¹Trường Đại học Y Dược Cần Thơ - Số 179 Đ. Nguyễn Văn Cừ, Phường An Khánh, Ninh Kiều, Cần Thơ, Việt Nam

²Trường Đại học Y Dược Trà Vinh - 126 Nguyễn Thiện Thành, Phường 5, Trà Vinh, Việt Nam

Ngày nhận bài: 05 tháng 05 năm 2023

Chỉnh sửa ngày: 09 tháng 06 năm 2023; Ngày duyệt đăng: 06 tháng 07 năm 2023

TÓM TẮT

Điều trị viêm nha chu mạn gồm hai giai đoạn: điều trị bệnh và điều trị duy trì. Trong đó, tùy theo mức độ nặng nhẹ của bệnh, mà giai đoạn điều trị bệnh được chia ra hai nhóm nhỏ, đó là điều trị không phẫu thuật và điều trị có can thiệp phẫu thuật. Nghiên cứu đánh giá kết quả điều trị viêm nha chu không phẫu thuật ở bệnh nhân đái tháo đường type 2 điều trị ngoại trú tại bệnh viện Đa khoa tỉnh Trà Vinh 2018 - 2019.

Mục tiêu: Đánh giá kết quả điều trị viêm nha chu không phẫu thuật ở bệnh nhân đái tháo đường type 2 điều trị ngoại trú tại bệnh viện Đa khoa tỉnh Trà Vinh 2018 - 2019.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Bệnh nhân viêm nha chu đến khám và điều trị tại phòng khám Răng Hàm Mặt Bệnh viện đa khoa tỉnh Trà Vinh Bệnh nhân ĐTĐ type 2 có $6,5\% \leq \text{HbA1c} \leq 8\%$. Có chỉ số CPI 2 và CPI 3. Thiết kế nghiên cứu. Mô tả cắt ngang tiến cứu có can thiệp.

Kết quả: Sau điều trị Chỉ số viêm nướu GI có 62,4% bệnh nhân nướu bình thường, 17,3% bệnh nhân còn viêm nướu nhẹ, 8,4% bệnh nhân viêm nướu trung bình, 11,9% bệnh nhân viêm nướu nặng. Chỉ số mảng bám có 59,7% bệnh nhân không còn mảng bám, 37,6% bệnh nhân có mảng bám phủ < 1/3 bề mặt răng hay có vết dính, 2,7% bệnh nhân có 1/3 < mảng bám < 2/3 bề mặt răng, không có trường hợp nào có mảng bám phủ > 2/3 bề mặt răng. Chỉ số bám dính CAL được cải thiện sau can thiệp: chỉ số mất bám dính 0 là 100%, chỉ số mất bám dính mức độ 1 giảm xuống còn 0%. Tình trạng tiêu xương trên phim X quang: Tốt là 28,8%, Trung bình (Tiêu xương $\geq 20\%$) là 47,9%, Khá (Tiêu xương < 20%) là 23,3%.

Kết luận: Sau 3 tháng điều trị, tất cả các chỉ số GI, PLI, CPITN, CAL đều cải thiện rõ rệt.

Từ khóa: Viêm nha chu, tiểu đường, điều trị không phẫu thuật.

*Tác giả liên hệ

Email: lenguyenlam@ctump.edu.vn

Điện thoại: (+84) 918 130 809

<https://doi.org/10.52163/yhc.v64i4.742>

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đa số các nghiên cứu dịch tễ học cho thấy tỷ lệ viêm nha chu cao ở người bị đái tháo đường như nghiên cứu nghiên cứu của Trần Thị Triệu Nhiên (2006)[2] nghiên cứu của Nguyễn Xuân Thực (2010)[4] cũng cho kết quả tương tự. Thực tế, mối liên hệ giữa bệnh nha chu và đái tháo đường có tính hai chiều. Không chỉ người bị đái tháo đường dễ bị mắc bệnh nha chu nặng, ngược lại cũng tiềm ẩn nguy cơ ảnh hưởng đến kiểm soát đường huyết và làm bệnh đái tháo đường tiến triển nặng hơn [5, 6].

Điều trị viêm nha chu mạn gồm hai giai đoạn: điều trị bệnh và điều trị duy trì. Trong đó, tùy theo mức độ nặng nhẹ của bệnh, mà giai đoạn điều trị bệnh được chia ra hai nhóm nhỏ, đó là điều trị không phẫu thuật và điều trị có can thiệp phẫu thuật. Do đó để chăm sóc sức khỏe toàn diện cho bệnh đái tháo đường thì phải kiểm soát các yếu tố liên quan, trong đó điều trị viêm nha chu cho bệnh nhân đái tháo đường là hết sức quan trọng và cần thiết [8]. Xuất phát từ tình hình thực tế trên, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài: **“Đánh giá kết quả điều trị viêm nha chu không phẫu thuật ở bệnh nhân đái tháo đường type 2 điều trị tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Trà Vinh 2018 - 2019”** với mục tiêu: Đánh giá kết quả điều trị viêm nha chu không phẫu thuật ở bệnh nhân đái tháo đường type 2 điều trị ngoại trú tại bệnh viện Đa khoa tỉnh Trà Vinh 2018 - 2019.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Bệnh nhân viêm nha chu đến khám và điều trị tại phòng khám Răng Hàm Mặt Bệnh viện đa khoa tỉnh Trà Vinh.

2.1.1. Tiêu chuẩn chọn mẫu

- Bệnh nhân ĐTĐ type 2 có $6,5\% \leq \text{HbA1c} \leq 8\%$,
- Có chỉ số CPI 2 và CPI 3.
- Có tình trạng sức khỏe ổn định, trạng thái tinh thần bình thường.
- Được điều trị ngoại trú.
- Trên 35 tuổi.
- Còn nhiều hơn 10 răng và có khả năng tự chăm sóc răng.
- Đồng ý tham gia nghiên cứu và tái khám đúng hẹn.

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ

- Người trong mẫu nghiên cứu còn ít hơn 10 răng thật cả 2 hàm.
- Bệnh nhân ĐTĐ tip 2 kiểm soát đường huyết kém ($\text{HbA1c} > 8\%$).
- Có chỉ số $\text{CPI}=4$.
- Có điều trị nha chu trong vòng 6 tháng tính đến thời điểm nghiên cứu.
- Có những vấn đề về hàm mặt ảnh hưởng đến việc khám lâm sàng: giới hạn há ngậm, chấn thương vùng hàm mặt.
- Không có khả năng trả lời phỏng vấn.
- Những bệnh nhân trong tình trạng nặng phải nằm theo dõi.
- BN ĐTĐ type 2 nặng, hôn mê.
- BN có các bệnh toàn thân kèm theo: bệnh mạch vành, béo phì, loãng xương, các bệnh tự miễn khác, bệnh lý ác tính đang dùng thuốc ức chế miễn dịch hay hóa trị,...

2.1.3. Địa điểm và thời gian nghiên cứu

Tại Bệnh viện đa khoa tỉnh Trà Vinh từ 4/2018-3/2019.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu

Mô tả cắt ngang tiến cứu có can thiệp. Tất cả đối tượng được thăm khám lâm sàng và ghi số liệu theo mẫu phiếu nghiên cứu in sẵn.

2.2.2. Cỡ mẫu và chọn mẫu

Cỡ mẫu

Với công thức:

$$n = Z_{(1-\alpha/2)}^2 \frac{p(1-p)}{d^2}$$

Với $Z_{1-\alpha/2}$: hệ số tin cậy, chọn độ tin cậy là 95% $\rightarrow Z_{(1-\alpha/2)}^2 = 1.96^2$,

Theo nghiên cứu Nguyễn Xuân Thực, 82% người bị ĐTĐ có VNC được điều trị thành công nên chọn $p=0,82$ [4].

d: độ chính xác(hay sai số cho phép) $d=0,05$.

Áp dụng công thức trên $n= 226$.

Phương pháp chọn mẫu: Chọn mẫu thuận tiện.



2.2.3. Phương pháp và kỹ thuật thu thập số liệu

Thu thập thông tin về bệnh ĐTD

Bệnh nhân đủ tiêu chuẩn được ghi nhận thông tin về:

- Thời gian mắc ĐTD (tính từ khi phát hiện bệnh đến ngày khám).
- Tình trạng đường máu lúc đôi khi khám tại bệnh viện.
- Định lượng HbA1c bằng máy (AU 480 Beckman Coulter)

Thu thập thông tin về bệnh Viêm nha chu

Khám tình trạng nha chu: Bộ dụng cụ khám: khay, gương, kẹp gấp. Găng tay, gòn, khăn giấy, xà phòng. Ánh sáng mặt trời, hoặc đèn nha khoa, bút ghi chép. Bệnh án nghiên cứu khoa học.

Dung dịch khử khuẩn, dung dịch ngâm.

Cây thăm dò nha chu. Phim x quang quanh chóp.

Thước đo chiều dài.

Phương pháp thu thập số liệu

Bước 1: Tiến hành lấy vôi răng, mảng bám răng sạch từng vùng, lấy từng mặt răng, mặt trong, mặt ngoài, vùng kẽ... Đầu dụng cụ lấy vôi răng phải đưa xuống ranh giới cuối cùng của vôi răng làm đi làm lại vài lần cho sạch và làm cho nhẵn bề mặt chân răng. Phải có các điểm tỳ cho dụng cụ chắc chắn để dụng cụ không bị trượt gây sang chấn mô quang răng, hoặc bệnh nhân đau. Trường hợp lấy ở vùng sâu, diện rộng có thể gây tê xylocain 2% tại chỗ giảm đau cho bệnh nhân.

Bước 2: Sau khi làm sạch vôi răng, MBR, đánh bóng răng bằng bột đánh bóng và nư cao xu. Dùng bơm tiêm nhựa đưa dung dịch Povidine 10% thể tích vào túi nha chu rửa sạch. Cho bệnh nhân uống kháng sinh toàn thân chủ yếu là Doxycycline 100mg một liều duy nhất 1 viên/lần, uống trong 7 ngày.

Bước 3: Mài chỉnh khớp cắn sang chấn mài chọn lọc (được thực hiện khi có sang chấn khớp cắn làm nặng thêm bệnh. Phát hiện điểm chạm sớm trên lâm sàng: cho bệnh nhân cắn giấy than thấy răng có màu giấy cắn đậm hơn ở vùng quanh răng có tổn thương. Sửa chữa các sai sót trong điều trị răng, phục hình: Lấy chất hàn thừa rơi xuống kẽ nướu, các chất trám cao làm chạm khớp cắn... Cố định răng lung lay, nhổ những răng lung lay có chỉ định.

Bước 4: Điều trị duy trì, hướng dẫn bệnh nhân thật kỹ tầm quan trọng của việc vệ sinh răng miệng và cách làm vệ sinh. đặc biệt áp dụng phương pháp chải răng đúng kỹ thuật. Kiểm tra đánh giá lại tình trạng quang răng. Hướng dẫn bệnh nhân khám định kỳ 3-6 tháng/ lần.

Tiêu chí đánh giá kết quả điều trị

Để đánh giá kết quả sau điều trị, chúng tôi dựa vào các tiêu chí sau:

Tình trạng viêm nướu: Chỉ số GI và chỉ số PLI. Độ sâu túi nha chu. Tình trạng xương ổ răng sau điều trị. Đánh giá kết quả sau điều trị được chia thành 3 mức độ: tốt, khá, trung bình theo Phùng Tiến Hải năm 2008[1]

Bảng 2.1. Đánh giá kết quả điều trị sau 3 tháng

Tiêu chuẩn \ Mức độ	Tốt	Khá	Trung bình
Lâm sàng	- Nướu hết viêm màu hồng, săn chắc, không chảy máu khi thăm khám - Chỉ số GI: 0 - 0,1 - Chỉ số PLI: 0 - 0,1 - Độ sâu túi nha chu giảm hết hoặc còn < 2/5 đối với nhóm I và giảm < 3/5 so với trước điều trị đối với nhóm II.	- Viêm nướu nhẹ, màu hồng nhạt, chảy máu khi thăm khám, có rất ít mảng bám - Chỉ số GI: 0,1-0,9 - Chỉ số PLI: 0 - 0,1. - Độ sâu túi nha chu giảm còn 2/5- < 3/5 trước khi điều trị đối với nhóm I và 3/5 - < 4/5 cho nhóm II.	- Tình trạng nướu không được cải thiện. - Chỉ số GI ≥ 1 - Chỉ số PLI ≥ 1. - Túi nha chu như cũ hoặc sâu hơn.
Cận lâm sàng	- Xương ổ răng giữ nguyên mức tiêu xương.	- Xương ổ răng tiêu thêm dưới 20 %.	- Xương ổ răng tiêu thêm trên 20 %.

2.2.4. Phân tích và xử lý số liệu

Các phiếu khám và phỏng vấn sẽ được tập hợp lại và mã hóa. Dữ liệu được nhập vào Excel 2010 và phân tích bằng SPSS 18.0. Thống kê mô tả dùng để trình bày kết

quả. Kiểm định Chi bình phương: so sánh tỷ lệ các chỉ số nha chu giữa các biến số định tính.

3. KẾT QUẢ

Bảng 3.1. Chỉ số viêm nướu GI của đối tượng nghiên cứu trước và sau can thiệp

Chỉ số viêm nướu GI	Trước can thiệp		Sau can thiệp	
	n	%	n	%
Nướu bình thường	-	-	141	62,4
Viêm nướu nhẹ	23	10,2	39	17,3
Viêm nướu trung bình	132	58,4	19	8,4
Viêm nướu nặng	71	31,4	27	11,9
Tổng	226	100,0	226	100,0

Nhận xét: Sau điều trị có 62,4% bệnh nhân nướu bình thường, 17,3% bệnh nhân còn viêm nướu nhẹ, 8,4% bệnh nhân viêm nướu trung bình, 11,9% bệnh nhân viêm nướu nặng.

Bảng 3.2. Chỉ số mảng bám PLI của đối tượng nghiên cứu trước và sau can thiệp

Chỉ số mảng bám PLI	Trước can thiệp		Sau can thiệp	
	n	%	n	%
Không mảng bám	-	-	135	59,7
Mảng bám phủ < 1/3 bề mặt răng hay có vết dính	38	16,8	85	37,6
1/3 < mảng bám < 2/3 bề mặt răng	132	58,4	6	2,7
Mảng bám phủ > 2/3 bề mặt răng	56	24,8	-	-
Tổng	226	100,0	226	100,0

Nhận xét: Sau điều trị, có 59,7% bệnh nhân không còn mảng bám, 37,6% bệnh nhân có mảng bám phủ < 1/3 bề mặt răng hay có vết dính, 2,7% bệnh nhân có 1/3 < mảng bám < 2/3 bề mặt răng, không có trường hợp nào có mảng bám phủ > 2/3 bề mặt răng.

Bảng 3.3. Chỉ số mất bám dính CAL trước và sau can thiệp

Chỉ số mất bám dính CAL	Trước can thiệp		Sau can thiệp	
	n	%	n	%
0 - 3 mm (CEJ không thấy và mã số CPI từ 0 - 3)	153	67,7	225	99,6
4 - 5 mm (CEJ trong vạch đen)	73	32,3	1	0,4
Tổng	226	100,0	226	100,0



Nhận xét: Tỷ lệ chỉ số mất bám dính trước can thiệp: thì chỉ số mất bám dính 0 là 99,6%, kết quả này cho mức độ 0 là 67,7%, mức độ 1 là 32,3%. Sau can thiệp thấy sự cải thiện mất bám dính sau điều trị.

Bảng 3.4. Tình trạng tiêu xương trên phim X quang của đối tượng nghiên cứu sau can thiệp

Tình trạng tiêu xương trên phim X quang	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Tốt	21	28,8
Trung bình (Tiêu xương $\geq 20\%$)	35	47,9
Khá (Tiêu xương $< 20\%$)	17	23,3
Tổng	73	100,0

Nhận xét: Tỷ lệ tiêu xương mức độ tốt trên phim x quang chiếm tỷ lệ cao là 28,8%, mức độ tiêu xương trung bình (Tiêu xương $\geq 20\%$) thấp nhất là 47,9%, mức độ tiêu xương khá (Tiêu xương $< 20\%$) là 23,3%.

4. BÀN LUẬN

Chỉ số viêm nướu GI của đối tượng nghiên cứu trước và sau can thiệp: Kết quả nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận: sau can thiệp chỉ số viêm nướu của bệnh nhân giảm so với trước can thiệp, cụ thể: Sau điều trị có 62,4% bệnh nhân nướu bình thường, 17,3% bệnh nhân còn viêm nước nhẹ, 8,4% bệnh nhân viêm nướu trung bình, 11,9% bệnh nhân viêm nướu nặng. Điều này cho thấy hiệu quả của việc can thiệp lâm sàng, tình trạng viêm nướu của bệnh nhân được cải thiện sau can thiệp. Khác biệt Nguyễn Xuân Thực (2008), sự khác biệt về tỷ lệ mức độ viêm nướu và trung bình chỉ số GI giữa hai nhóm trước can thiệp không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$. Sau can thiệp, nhóm CT không còn tỷ lệ viêm nướu nặng, đồng thời tỷ lệ viêm nướu trung bình giảm mạnh. Trung bình chỉ số GI của nhóm CT cũng giảm đáng kể hơn so với nhóm ĐC ($1,5 \pm 0,3$ giảm xuống $0,7 \pm 0,2$ so với $1,4 \pm 0,4$ giảm xuống $1,2 \pm 0,3$). Sự khác biệt về tình trạng nướu giữa hai nhóm sau can thiệp có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$ [4]. Trên thế giới, nhiều nghiên cứu đã kết luận điều trị khởi đầu lấy đi hoàn toàn vôi răng, mảng bám trên bề mặt răng và chân răng nhằm đạt được một bề mặt chân răng sạch làm tăng hiệu quả điều trị, điều này được thể hiện trong so sánh giữa các phương pháp điều trị VNC mạn tính của Mailoa (2015)[9] hay nghiên cứu trên điều trị bằng phương pháp không phẫu thuật trên bệnh nhân đái tháo đường của Lee J.và cộng sự (2020)[7] ⁷

Chỉ số mảng bám PLI của đối tượng nghiên cứu trước và sau can thiệp: Trong nghiên cứu của chúng tôi, kết quả cho thấy sau điều trị, có 59,7% bệnh nhân không còn mảng bám, 37,6% bệnh nhân có mảng bám phủ $< 1/3$ bề mặt răng hay có vết dính, 2,7% bệnh nhân có $1/3 < \text{mảng bám} < 2/3$ bề mặt răng, không có trường hợp nào có mảng bám phủ $> 2/3$ bề mặt răng. Một số các nghiên cứu trong nước những năm gần đây về hiệu quả của việc lấy vôi răng bằng các phương tiện khác nhau. Theo Trần Yến Nga (2014)[3] nghiên cứu của Phùng Tiến Hải (2008)[1] cũng đem lại kết quả tương tự. Mảng bám trên răng thường do vi khuẩn, nước bọt và thức ăn thừa tạo thành, các loại vi khuẩn thường bám rất chắc trên mặt răng, không tan trong nước và rất khó loại bỏ. Theo thời gian, mảng bám trên răng có thể vôi hóa dọc theo mô nướu răng, tạo thành vôi răng. Vôi răng chứa rất nhiều vi khuẩn gây hại nên nó là nguyên nhân chính dẫn đến các bệnh lý răng miệng nguy hiểm như: sâu răng, viêm nướu, viêm nha chu, tổn hại cấu trúc của răng... lâu ngày nếu không có cách khắc phục thì có thể dẫn đến tình trạng mất răng hàng loạt ở người, vì thế việc loại bỏ các mảng bám cũng như vôi răng là hết sức cần thiết trong việc phòng ngừa các bệnh lý răng miệng.

Chỉ số mất bám dính CAL của đối tượng nghiên cứu trước và sau can thiệp: Kết quả nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận: chỉ số bám dính CAL được cải thiện sau can thiệp: Tỷ lệ chỉ số mất bám dính trước can thiệp: mức độ 0 là 62,8%, mức độ 1 là 37,2 %, sau can thiệp thì chỉ số mất bám dính 0 là 100%, chỉ số mất bám dính mức độ 1 giảm xuống còn 0%. Kết quả này tương đồng với kết quả nghiên cứu của Nguyễn Xuân Thực năm 2008[4], cho thấy can thiệp giúp cải thiện tình trạng MBD, sự khác biệt về tình trạng MBD của 2 nhóm. Cụ thể: sau can thiệp tỷ lệ mất bám dính độ 0 tăng lên

10,3% cao hơn trước can thiệp là 4,6%, mất bám dính độ 1 tăng lên 72,4% so với trước can thiệp là 64,4%, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$ ²⁰. Mức phục hồi bám dính lâm sàng sau điều trị được cho rằng một phần chủ yếu do tăng sức đề kháng của mô liên kết nơi đáy túi sau khi đã hết viêm, kháng lại sự đâm xuyên của đầu thăm dò, một phần là bám dính của các thành phần sợi mô liên kết, dây chằng nha chu và các tế bào biểu mô nối dài vào bề mặt chân răng chứ không phải là kết quả của một đơn vị bám dính mới. Tuy vậy, nó có tác dụng làm rào cản không cho sự xâm nhập và phát triển của vi khuẩn xuống phía dưới.

Tình trạng tiêu xương trên phim X quang của đối tượng nghiên cứu sau can thiệp: Một trong những đặc điểm trên phim X quang của viêm nha chu là khiếm khuyết ở xương, cho phép đánh giá tương đối lượng xương bị tiêu và dạng tiêu xương. Kết quả khảo sát cho thấy: tình trạng tiêu xương trên phim X quang của đối tượng sau can thiệp ở mức độ tốt chiếm tỷ lệ cao nhất 28,8%, ở mức độ trung bình chiếm 47,9% và 23,3% bệnh nhân có hình ảnh tiêu xương trên X quang ở mức độ khá. Viêm nhiễm nướu, nha chu chính là một trong những nguyên nhân cơ bản khiến xảy ra tình trạng tiêu xương ở răng. Giai đoạn đầu khi nướu bị viêm sẽ gây tụt nướu, hở chân răng. Nếu như bệnh vẫn không được quan tâm, điều trị kịp thời thì xương và dây chằng bao bọc quanh răng cũng bị tiêu hủy dần, khiến cho răng không có chỗ dựa nữa. Vì thế việc can thiệp kịp thời sẽ góp phần cải thiện được tình trạng tiêu xương ở bệnh nhân.

5. KẾT LUẬN

Sau điều trị Chỉ số viêm nướu GI có 62,4% bệnh nhân nướu bình thường, 17,3% bệnh nhân còn viêm nướu nhẹ, 8,4% bệnh nhân viêm nướu trung bình, 11,9% bệnh nhân viêm nướu nặng. Chỉ số mảng bám có 59,7% bệnh nhân không còn mảng bám, 37,6% bệnh nhân có mảng bám phủ $< 1/3$ bề mặt răng hay có vết dính, 2,7% bệnh nhân có $1/3 < \text{mảng bám} < 2/3$ bề mặt răng, không có trường hợp nào có mảng bám phủ $> 2/3$ bề mặt răng. Chỉ số bám dính CAL được cải thiện sau can thiệp: chỉ số mất bám dính 0 là 100%, chỉ số mất bám dính mức độ 1 giảm xuống còn 0%. Tình trạng tiêu xương trên phim X quang: Tốt là 28,8%, Trung bình (Tiêu xương $\geq 20\%$) là 47,9%, Khá (Tiêu xương $< 20\%$) là 23,3%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] Phùng Tiến Hải, Nhận xét đặc điểm lâm sàng, X quang bệnh viêm quanh răng ở lứa tuổi trên 45 và đánh giá kết quả điều trị không phẫu thuật, Luận văn Thạc sĩ Y học, Trường Đại học Y Hà Nội, Hà Nội, 2008.
- [2] Trần Thị Triệu Nhiên, Tình trạng viêm nha chu của BN tiểu đường típ 2 tại Bệnh viện Trung ương Huế, Luận văn Thạc sĩ y học, Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh, 2006.
- [3] Trần Yên Nga, Đỗ Thu Hằng, Nguyễn Thị Quỳnh Hương, “Sự thay đổi lâm sàng của mô nha chu sau cạo vôi – xử lý mặt gốc răng 4,6,8 tuần”, Y học Thành phố Hồ Chí Minh, 18 (2), 2014, 198-201.
- [4] Nguyễn Xuân Thực, Nghiên cứu bệnh quanh răng ở bệnh nhân đái tháo đường típ 2 tại Bệnh viện Nội tiết trung ương và đánh giá hiệu quả can thiệp, Luận án Tiến sĩ Y học, Trường Đại học Y Hà Nội, 2008.
- [5] Arthur B, Novaes JR, Ferney G et al., “Periodontal disease progression in type 2 non - insulin - dependent diabetes mellitus patients. Part I- probing pocket depth and clinical attachment”, Braz Dent J, 7(2), 1996, pp. 65-73.
- [6] Aubrey SW, Avigdor K, “The relationship between periodontal diseases and diabetes: An overview”, Ann Periodontol, 6, 2001, pp. 91-98.
- [7] Lee J, Choi Y et al., “Efficacy of non-surgical treatment accompanied by professional toothbrushing in the treatment of chronic periodontitis in patients with type 2 diabetes mellitus: a randomized controlled clinical trial”, Journal of Periodontal and Implant Science, 50 (2), 2020, 83-96.
- [8] Locker D, Leake J, “Risk indicators and risk markers for periodontal older adults living independently in Ontario Canada”, J Dent Res, 72, 1998, pp. 9-17.
- [9] Mailoa J, Lin G et al., “Long-Term Effect of Four Surgical Periodontal Therapies and One Non-Surgical Therapy: A Systematic Review And Meta-Analysis”, Journal of Periodontology, 86 (10), 2015, 1150- 1158.

