THE ROLE OF PEGOS GINGIVAL MOUTHWASH IN PLAQUE CONTROL: A RANDOMIZED CONTROLLED CLINICAL TRIAL

Vu Anh Dung[1], Nguyen Tri Quyet[1], Truong Thi Mai Anh[2]

[1]Thai Binh University of Medicine and Pharmacy - 373 Ly Bon Street, Tran Lam Ward, Hung Yen Province. Vietnam
[2]University of Medicine and Pharmacy - Vietnam National University, Hanoi - G6 Building, 144 Xuan Thuy Street, Cau Giay Ward - Hanoi, Vietnam

Received: 25/01/2026
Reviced: 25/02/2026; Accepted: 28/03/2026

ABSTRACT

Objective: To evaluate the adjunctive efficacy of Pegos Gingival mouthwash for dental plaque control in patients with plaque-induced gingivitis.

Methods: A double-blind, randomized controlled clinical trial was conducted in 123 participants assigned to an intervention group (Pegos Gingival) or a control group (0.9% NaCl). Plaque accumulation was assessed at baseline and at 2 and 4 weeks using the Turesky Modification of the Quigley–Hein Index (TMQHI). Between-group comparisons were performed for TMQHI category distribution and mean TMQHI scores.

Results: At week 4, the distribution of TMQHI categories (very low, low, moderate, high) was 47.6%, 31.7%, 17.5%, and 3.2% in the intervention group versus 15.0%, 53.3%, 20.0%, and 11.7% in the control group ($p < 0.001$). Mean TMQHI at week 4 was lower in the intervention group than in the control group (1.13 ± 0.92 vs. 1.74 ± 0.86).

Conclusion: Pegos Gingival mouthwash demonstrated an adjunctive benefit in plaque control, resulting in significantly lower plaque accumulation than 0.9% NaCl after 4 weeks.

Keywords: dental plaque; plaque control; mouthwash; TMQHI; randomized controlled trial.

*Corresponding author
Email: vuanhdungytb@gmail.com **Phone**: (+84) 912.491.085 **Http**s://doi.org/10.52163/yhc.v67iCD3.4764

VAI TRÒ NƯỚC SÚC MIỆNG PEGOS GINGIVAL TRONG KIỂM SOÁT MẢNG BÁM: THỬ NGHIỆM LÂM SÀNG NGẪU NHIÊN CÓ ĐỐI CHỨNG

Vũ Anh Dũng[1], Nguyễn Tri Quyết[1], Trương Thị Mai Anh[2],

[1]Trường đại học Y Dược Thái Bình - Số 373, Lý Bôn, phường Trần Lãm, tỉnh Hưng Yên, Việt Nam
[2]Trường đại học Y Dược-Đại học Quốc gia Hà Nội – Nhà G6, 144 Xuân Thủy, phường Cầu Giấy, Hà Nội, Việt Nam

Ngày nhận bài: 25/01/2026
Ngày chỉnh sửa: 25/02/2026; Ngày duyệt đăng: 28/03/2026

TÓM TẮT

Mục tiêu: *Đánh* giá vai trò kiểm soát mảng bảm răng bằng nước súc miệng Pegos Gingival**.**

Phương pháp: Nghiên cứu can thiệp lâm sàng ngẫu nhiên có đối chứng, mù đôi trên 123 đối tượng chia 2 nhóm Can thiệp (Pegos Gingival), nhóm Chứng (NaCl 0.9%) tại 3 thời điểm (ban đầu; sau can thiệp 2 tuần và 4 tuần). Đánh giá kết quả trước và sau can thiệp, phân tích và so sánh kết quả giữa 2 nhóm.

Kết quả: Tỷ lệ chỉ số mảng bám TMQHI (Turesky Modification of the Quigley-Hein Index) sau can thiệp 4 tuần theo phân loại: rất thấp - thấp - trung bình – cao với nhóm Can thiệp và nhóm Chứng lần lượt là (47,6%, 31,7%, 17,5% và 3,2) và (15; 53,3; 20; 11,7). Khác biệt giữa hai nhóm là có ý nghĩa thống kê (p<0.001). Giá trị trung bình chỉ số TMQHI ở tuần thứ 4 ở nhóm Can thiệp và Chứng lần lượt là (1,13 ± 0,92) và (1,74 ± 0,86)**.**

Kết luận: Nước súc miệng Pegos Gingival có vai trò giúp giảm mảng bám ở những bệnh nhân điều trị viêm lợi do mảng bám.

Từ khoá: mảng bám; kiểm soát mảng bám; nước súc miệng.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Theo Báo cáo sức khỏe răng miệng toàn cầu của Tổ chức Y tế Thế giới (WHO) năm 2021, các bệnh răng miệng ảnh hưởng đến hơn 45% dân số thế giới, tương đương trên 3,5 tỷ người ở mọi lứa tuổi [1]. Trong đó, bệnh nha chu là một trong những bệnh lý phổ biến nhất, đặc trưng bởi tình trạng viêm các mô nha chu liên quan chặt chẽ đến mảng bám răng chứa vi khuẩn [2], [3]. Các thể bệnh nha chu có thể tiến triển rầm rộ hoặc diễn biến âm thầm, kéo dài như viêm lợi mạn tính, thường ít triệu chứng nên dễ bị bỏ qua, dẫn đến nguy cơ tiến triển bệnh nếu không được kiểm soát kịp thời.

Điều trị các bệnh nha chu, đặc biệt ở giai đoạn duy trì, đòi hỏi sự phối hợp giữa can thiệp chuyên môn tại cơ sở y tế và việc tự chăm sóc vệ sinh răng miệng tại nhà [4]. Trong đó, kiểm soát mảng bám đóng vai trò then chốt trong việc hạn chế viêm và ngăn ngừa tiến triển bệnh [5]. Nước súc miệng chứa Chlorhexidine đã được chứng minh có hiệu quả trong việc giảm mảng bám vi khuẩn và hỗ trợ điều trị các bệnh nha chu [6]. Dung dịch nước súc miệng Pegos Gingival là sản phẩm chứa Chlorhexidine đã được kiểm nghiệm đạt yêu cầu chất lượng và cho phép lưu hành; tuy nhiên, bằng chứng lâm sàng về hiệu quả của sản phẩm trên đối tượng người sử dụng vẫn cần được đánh giá một cách hệ thống. Vì những lý do trên, chúng tôi thực hiện nghiên cứu với mục tiêu ***"Đánh giá kết quả kiểm soát mảng bám răng trên các bệnh nhân điều trị viêm lợi của dung dịch nước súc miệng Pegos Gingival tại Thái Bình 2025"***

2. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu can thiệp lâm sàng ngẫu nhiên có đối chứng, mù đôi. Đánh giá kết quả trước và sau can thiệp, so sánh hiệu quả điều trị giữa 2 nhóm.

2.2. Địa điểm và thời gian nghiên cứu

Địa điểm: Khoa Răng Hàm Mặt Bệnh viện Đại học Y Thái Bình và Trung tâm Nha khoa Anh Dũng (34, Quang Trung, Phường Trần Hưng Đạo, Hưng Yên)

Thời gian nghiên cứu: Từ tháng 01 năm 2025 đến tháng 6 năm 2025.

2.3. Đối tượng nghiên cứu

Nghiên cứu tiến hành trên các bệnh nhân được chẩn đoán Viêm lợi mảng bám đến khám tại cơ sở nghiên cứu.

- Tiêu chuẩn lựa chọn: Bệnh nhân được chẩn đoán viêm lợi do mảng bám, đồng ý tham gia nghiên cứu.

- Tiêu chuẩn loại trừ: Các trường hợp có tổn thương cấp tính trong miệng; các bệnh lợi do yếu tố toàn thân; các bệnh toàn thân cấp tính; dị ứng hoặc tiền sử dị ứng với Chlohexidine; đang mang thai và dưới 15 tuổi.

2.4. Cỡ mẫu, phương pháp chọn mẫu

- Áp dụng công thức tính cỡ mẫu so sánh 2 tỷ lệ.

*Tác giả liên hệ
Email: vuanhdungytb@gmail.com **Điện thoạ**i: (+84) 912.491.085 **Http**s://doi.org/10.52163/yhc.v67iCD3.4764

$$n = \frac{\left(z_{1-\alpha}\sqrt{2\bar{P}(1-\bar{P})} + z_{1-\beta}\sqrt{P_1(1-P_1) + P_2(1-P_2)}\right)^2}{(P_1-P_2)^2}$$

Trong đó:

n: Cỡ mẫu nghiên cứu cần thiết

$z_{1-\alpha}$: Giá trị Z tương ứng với mức độ tin cậy, lấy α = 10%. $Z_{1-\alpha}$ = 1,28

$z_{1-\beta}$: Giá trị Z tương ứng độ nhạy của nghiên cứu, β = 20%. $z_{1-\beta}$ = 0,84

P_1; P_2: tỉ lệ viêm lợi mảng bám của nhóm chứng và nhóm can thiệp P_1 = 0,5, P_2 = 0,3 [4].

$\bar{P}$: Giá trị trung bình của P_1 *và* P_2

Tính được: n = 54. Như vậy cỡ mẫu tối thiểu cần mỗi nhóm là 54 đối tượng, thực tế nhóm can thiệp là 63 đối tượng và nhóm chứng là 60 đối tượng

Phương pháp chọn mẫu

Các bệnh nhân đến khám và điều trị tại 2 địa điểm nghiên cứu có chẩn đoán là viêm lợi mảng bám, được trình bày về nghiên cứu, đồng ý tham gia, sau đó phân ngẫu nhiên về 2 nhóm: nhóm can thiệp (nước súc miệng Pegos Gingival); nhóm chứng (nước muối NaCl 0,9%)

2.5. Các biến số, chỉ số trong nghiên cứu

Các biên số về nhân khẩu học của đối tượng nghiên cứu: Tuổi; giới; nghề nghiệp.

Chỉ số mảng bám TMQHI ban đầu; sau 2 tuần và sau 4 tuần.

Tiêu chí đánh giá trong nghiên cứu: Sử dụng chỉ số mảng bám TMQHI [5].

2.6. Quy trình thu thập số liệu

Quá trình thu thập thông tin được thực hiện qua các bước theo tuần tự sau đây:

- Tiếp nhận và sàng lọc bệnh nhân: Thu thập các thông tin hành chính; khai thác bệnh sử, tiền sử y khoa. Tiến hành khám lâm sàng và cận lâm sàng để xác định bệnh nhân đủ điều kiện tham gia nghiên cứu. Trình bày các thông tin liên quan nghiên cứu.

- Ghi nhận chỉ số lâm sàng tại thời điểm ban đầu: đối tượng được sử dụng chỉ thị mảng bám, ghi nhận chỉ số TMQHI tại 6 răng và lấy giá trị trung bình.

- Điều trị tại ghế nha: lấy cao răng; vệ sinh răng miệng, bốc thăm ngẫu nhiên để phân nhóm

- Theo dõi: các đối tượng được sử dụng nước súc miệng theo hướng dẫn, tái khám để đánh giá chỉ số TMQHI sau 2 tuần và 4 tuần. Thu thập mọi triệu chứng; dấu hiệu khó chịu trong quá trình can thiệp

2.7. Xử lý và phân tích số liệu

Số liệu thu thập được rà soát, nhập bằng phần mềm Epidata 3.1 và xử lý bằng phần mềm SPSS 20.0 bằng các test thống kê y học thông thường với ngưỡng khác biệt có ý nghĩa thống kê p<0,05.

2.8. Đạo đức trong nghiên cứu

Nghiên cứu được chấp thuận của Hội đồng Đạo đức trong nghiên cứu y sinh học Đại học Y Dược Thái Bình, số 0125 HĐĐĐ ngày 15/01/2025. Các đối tượng được đảm bảo quyền "tự nguyện tham gia", được giải thích rõ về nội dung và mục tiêu của nghiên cứu. Sản phẩm đã được cấp phép bởi các cơ quan chức năng. Các đối tượng được theo dõi trực tiếp và có thể báo cáo mọi triệu chứng bất thường khi tham gia nghiên cứu để xử trí ngay lập tức.

3. KẾT QUẢ

3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Nghiên cứu được thực hiện trên 123 đối tượng đã đồng ý tham gia nghiên cứu.

Bảng 1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu (n=123)

Đặc điểm		Nhóm can thiệp	Nhóm chứng	P
Giới	Nam	22 (34,9%)	23 (38,3%)	0,694
	Nữ	41 (65,1%)	37 (61,7%)	
Nhóm tuổi	≤ 18 tuổi	3 (4,8%)	4 (6,7%)	0,316
	19 - 40 tuổi	54 (85,7%)	45(75%)	
	≥ 40 tuổi	6 (9,5%)	11 (18,3%)	
Nghề nghiệp	Học sinh	3 (4,8%)	4 (6,7%)	0,305
	Sinh viên	37 (58,7%)	33 (55%)	
	Viên chức	2 (3,2%)	7 (11,7%)	
	Tự do	21 (33,3%)	16(26,7%)	

Trong tổng số 123 đối tượng, các đặc điểm về giới; nhóm tuổi và nghề nghiệp ở nhóm can thiệp và nhóm chứng khác biệt không có ý nghĩa thống kê (p>0,05). Tỷ lệ nam giới trong cả 2 nhóm đều thấp hơn nữ giới, nhóm tuổi tham gia nhiều nhấy là từ 19 – 40 tuổi với đối tượng chính là sinh viên.

3.2. Các đặc điểm về thay đổi chỉ số mảng bám TMQHI của nhóm đối tượng

Bảng 2. Chỉ số mảng bám TMQHI trước can thiệp

Mức độ, n	Chung (n=123)	Nhóm can thiệp (n=63)	Nhóm chứng (n=60)	Giá trị p
Rất thấp	9 (7,3%)	5 (7,9%)	4 (6,7%)	0,941
Thấp	49 (39,8%)	24 (38,1%)	25 (41,7%)	
Trung bình	42 (34,1%)	21 (33,3%)	21 (35%)	
Cao	23 (18,7%)	13 (20,6%)	10 (16,7%)	
$\bar{X}$ ± SD	2,1±0,96	2,14 ± 0,97	2,06 ± 0,96	

Bảng 2 thể hiện tỷ lệ chỉ số mảng bám chung và riêng của các nhóm trước can thiệp. Tại thời điểm này, sự khác biệt giữa hai nhóm là không có ý nghĩa thống kê (p>0.05), đặc điểm về chỉ số mảng bám TMQHI trước can thiệp của hai nhóm là tương đương nhau. Trong nhóm can thiệp tỷ lệ thấp nhất là mức Rất thấp với 7,9% và trong nhóm chứng là mức Rất thấp với 6,7%.

Giá trị trung bình của chỉ số mảng bám ở nhóm can thiệp là 2,14 ± 0,97, cao hơn so với ở nhóm chứng 2,06 ± 0,96.

Bảng 3. Chỉ số mảng bám (TMQHI) sau 2 tuần

Mức độ, n	Chung (n=123)	Nhóm can thiệp (n=63)	Nhóm chứng (n=60)	Giá trị p
Rất thấp	27 (22,0%)	18 (28,6%)	9(15%)	0,225
Thấp	60 (48,8%)	30 (47,6%)	30 (50%)	
Trung bình	24 (19,5%)	11 (17,5%)	13 (21,7%)	
Cao	12 (9,8%)	4 (6,3%)	8 (13,3%)	
$\bar{X}$ ± SD	1,64 ± 0,9	1,49 ± 0,89	1,8 ± 0,9	

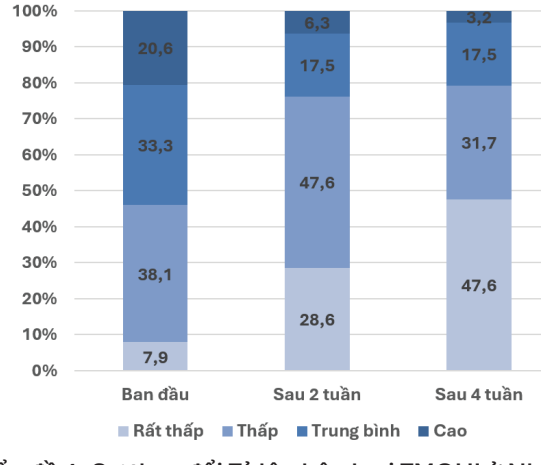
Tỷ lệ chỉ số mảng bám chung sau can thiệp 2 tuần theo mức rất thấp - thấp -trung bình - cao lần lượt là 22,0%, 48,8%, 19,5% và 9,8%. Trong nhóm can thiệp tỷ lệ thấp nhất là mức cao với 6,3% và trong nhóm chứng là mức cao với 13,3%. Khác biệt giữa hai nhóm là không có ý nghĩa thống kê (p>0.05). Giá trị trung bình của chỉ số mảng bám ở nhóm can thiệp là 1,49 ± 0,89, thấp hơn so với ở nhóm chứng 1,8 ± 0,9.

Bảng 4. Chỉ số mảng bám (TMQHI) sau 4 tuần

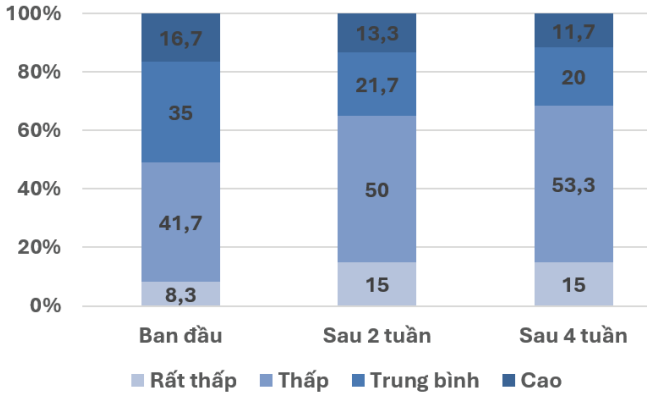
Mức độ, n	Chung (n=123)	Nhóm can thiệp (n=63)	Nhóm chứng (n=60)	Giá trị p
Rất thấp	39 (31,7%)	30 (47,6%)	9 (15%)	p <0,001
Thấp	52 (42,3%)	20 (31,7%)	32 (53,3%)	
Trung bình	23 (18,7%)	11 (17,5%)	12 (20%)	
Cao	9 (7,3%)	2 (3,2%)	7 (11,7%)	
$\bar{X}$ ± SD	1,43 ± 0,94	1,13 ± 0,92	1,74 ± 0,86	

Tỷ lệ chỉ số mảng bám chung của cả 2 nhóm sau can thiệp 4 tuần theo mức rất thấp - thấp - trung bình - cao lần lượt là 31,7%, 42,3%, 18,7% và 7,3. Trong nhóm can thiệp tỷ lệ thấp nhất là mức cao với 3,2% và trong nhóm chứng là mức cao với 11,7%. Khác biệt giữa hai nhóm là có ý nghĩa thống kê (p<0.001).

Giá trị trung bình của chỉ số mảng bám ở nhóm can thiệp là 1,13 ± 0,92, thấp hơn so với ở nhóm chứng 1,74 ± 0,86.



Biểu đồ 1. Sự thay đổi Tỷ lệ phân loại TMQHI ở Nhóm can thiệp



Biểu đồ 3. Sự thay đổi Tỷ lệ phân loại TMQHI ở nhóm chứng

Theo biểu đồ 1 (nhóm can thiệp) và biểu đồ 2 (nhóm chứng), tỷ lệ đối tượng có mức độ mảng bám rất thấp ở nhóm can thiệp tăng từ 7,9% lên 47,6% sau 4 tuần, trong khi đó nhóm chứng có sự thay đổi từ 8,3% lên 15%. Ngoài ra, ở nhóm can thiệp có sự giảm tỷ lệ mức độ mảng bám cao từ 20,6% xuống còn 3,2% sau 4 tuần, ở nhóm chứng tỷ lệ này có sự thay đổi từ 16,7%xuống 11,7% cũng sau 4 tuần.

4. BÀN LUẬN

Các đối tượng tham gia nghiên cứu đều được thăm khám và trao đổi cụ thể về các thông tin liên quan đến nghiên cứu. Theo bảng 1 cho thấy, sự khác biệt giữa 2 nhóm can thiệp và chứng về giới; nhóm tuổi; nghề nghiệp là không có ý nghĩa thống kê, chứng tỏ sự phân bố ngẫu nhiên các đối tượng về 2 nhóm khi tiến hành nghiên cứu. Điều này rất quan trọng đối với các thử nghiệm lâm sàng có đối chứng vì cho thấy 2 quần thể mẫu ban đầu có các đặc tính chung giống nhau, sẽ đảm bảo cho các kết quả sau can thiệp ít bị ảnh hưởng bởi các yếu tố nhiễu hơn.

Về giới tính, cả 2 nhóm đều có tỷ lệ nam thấp hơn so với nữ, lý do giải thích cho điều này có thể là sự khác biệt về thái độ đối với chăm sóc sức khỏe giữa 2 giới, nữ thường có xu hướng quan tâm đến sức khỏe hơn nam, và do đó cũng có thể có tỷ lệ khám bệnh nhiều hơn.

Đối với độ tuổi, chúng tôi chia độ tuổi thành 3 nhóm theo đặc điểm sinh lý bệnh nha chu: nhóm ≤ 18 tuổi (thanh thiếu niên; trẻ em - thường liên quan đến viêm lợi tuổi dậy thì); Nhóm 19 - 40 tuổi (trưởng thành trẻ - thường liên quan đến viêm lợi do cao răng, mảng bám và thói quen vệ sinh răng miệng) và nhóm ≥40 tuổi (trung niên; cao tuổi - thường kèm theo nguy cơ bệnh toàn thân như đái tháo đường, tim mạch ảnh hưởng tới đáp ứng lâm sàng của viêm lợi). Nhóm 19 - 40 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất (80,5%) và thấp nhất là nhóm ≤18 tuổi (5,7%)

Về đặc điểm nghề nghiệp, các nhóm nghề nghiệp được lựa chọn do có sự khác biệt về sự tự chủ và điều kiện để chăm lo sức khỏe răng miệng của mình bao gồm: nhóm học sinh, nhóm sinh viên, nhóm viên chức và nhóm tự do. Trong cả nhóm chung và riêng cho từng đối tượng thì tỷ lệ sinh viên chiếm cao nhất (tỷ lệ chung 56,9%) phù hợp với đặc điểm quần thể trong môi trường Trường/Bệnh viện của trường Đại học Y khoa.

Về kết quả chính của nghiên cứu, chỉ số mảng bám TMQHI của nhóm can thiệp và nhóm chứng tại thời điểm ban đầu là không có sự khác biệt có ý nghĩa thống

kê (p=0,941), cho thấy sự phân nhóm đã đảm bảo được tính ngẫu nhiên và tương đối đồng nhất về mức độ mảng bám trước khi tiến hành can thiệp. Tại thời điểm tái khám sau 2 tuần, cả 2 nhóm đều có sự giảm chỉ số mảng bám so với ban đầu, tuy nhiên mức giảm ở nhóm can thiệp sử dụng nước súc miệng Pegos Gingival có nhiều hơn so với nhóm chứng còn 1,49 ± 0,89 so với 1,8 ±0,9. Mặc dù sự khác biệt chưa có ý nghĩa thống kê (p = 0,225) nhưng với chỉ số mảng bám thấp hơn cho thấy được tác dụng ban đầu của dung dịch nước súc miệng Pegos Gingival trong việc kiểm soát mảng bám. Tại lần tái khám thứ 2 sau 4 tuần, sự khác biệt giữa 2 nhóm đã có ý nghĩa thống kê (p <0,001). Chỉ số TMQHI ở nhóm can thiệp còn 1,13 ± 0,92 so với nhóm chứng còn 1,74 ± 0,86.

Pegos Gingival chứa Chlorhexidine 0,12%, một hoạt chất có tác dụng ức chế vi khuẩn trong mảng bám và ngăn cản sự hình thành màng sinh học, đã được chứng minh qua các nghiên cứu in vitro và quan sát dưới kính hiển vi điện tử [6]. Trên lâm sàng, nhiều nghiên cứu đã khẳng định hiệu quả của Chlorhexidine trong kiểm soát mảng bám và viêm lợi. Tổng quan phân tích gộp của Van Strydonck và cộng sự (2012) trên 30 thử nghiệm RCT ≥4 tuần cho thấy Chlorhexidine kết hợp vệ sinh răng miệng giúp giảm 33% mảng bám và 26% viêm lợi so với nhóm chứng [7]. Các nghiên cứu tiếp theo cũng ghi nhận hiệu quả ổn định của Chlorhexidine 0,12%, bao gồm thử nghiệm so sánh nồng độ của James và cộng sự (2017) [8] và nghiên cứu mù đôi của Vitiello và cộng sự (2024) cho thấy giảm chảy máu lợi vượt trội [10]. Những bằng chứng này củng cố cơ sở khoa học cho thiết kế nghiên cứu của chúng tôi và cho thấy kết quả đạt được phù hợp với y văn quốc tế.

5. KẾT LUẬN

Sau 4 tuần can thiệp sử dụng nước súc miệng Pegos Gingival, các chỉ số mảng bám TMQHI ở nhóm can thiệp là 1,13 ± 0,92, thấp hơn so với ở nhóm chứng 1,74 ± 0,86, sự khác biệt giữa hai nhóm là có ý nghĩa thống kê (p<0,001).

Với nhóm can thiệp, chỉ số TMQHI trung bình giảm từ 2,14 ± 0,97 xuống còn 1,49 ± 0,89 sau 2 tuần và còn 1,13 ± 0,92 sau 4 tuần.

6. NGUỒN TÀI TRỢ

Nghiên cứu nhận hỗ trợ từ Công ty TNHH Pegos dưới hình thức kinh phí và cung cấp sản phẩm phục vụ nghiên cứu. Toàn bộ quy trình thiết kế, triển khai, phân tích, diễn giải và quyết định công bố do nhóm nghiên cứu thực hiện độc lập; nhà tài trợ không tham gia.

7. LỜI CẢM ƠN

Nhóm nghiên cứu xin chân thành cảm ơn Ban Giám hiệu trường Đại học Y Dược Thái Bình đã tạo điều kiện thuận lợi trong quá trình thực hiện đề tài

8. TÀI LIỆU THAM KHẢO

[1] Oral Health. <https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA74/A74_R5-en.pdf>, accessed: 05/10/2024.

[2] Mawardi H.H., Elbadawi L.S., và Sonis S.T. (2015). Current understanding of the relationship between periodontal and systemic diseases. Saudi Med J, 36(2), 150–158. DOI: 10.15537/smj.2015.2.9424

[3] Al-Abdaly M.M.A.A., Alasmari A.H., Alqahtani S.J. và cộng sự. (2022). Extra-Oral Digital Panoramic Radiographic Interpretation and Clinical Findings of Stage IV Periodontitis among Some Samples Concerning Saudi/Non-Saudi Nationality. Open J Stomatol, 12(2), 42–61. DOI: 10.4236/ojst.2022.122005.

[4] Nguyễn T.T.T., Nguyễn V.Đ.Đ., Vũ M.T. và cộng sự. (2021). Hiệu quả hỗ trợ điều trị viêm lợi của dung dịch súc miệng HMU chlorhexidine 0,12%. Tạp Chí Học Việt Nam, 504(1). DOI: 10.51298/vmj.v504i1.871

[5] Turesky S., Gilmore N.D., và Glickman I. (1970). Reduced Plaque Formation by the Chloromethyl Analogue of Vitamin C. J Periodontol, 41(1), 41–43. DOI:10.1902/jop.1970.41.41.41

[6] Martínez-Hernández M., Reda B., và Hannig M. (2020). Chlorhexidine rinsing inhibits biofilm formation and causes biofilm disruption on dental enamel in situ. Clin Oral Investig, 24.DOI: 10.1007/s00784-020-03250-3

[7] Van Strydonck D.A.C., Slot D.E., Van der Velden U. và cộng sự. (2012). Effect of a chlorhexidine mouthrinse on plaque, gingival inflammation and staining in gingivitis patients: a systematic review. J Clin Periodontol, 39(11), 1042–1055. DOI: 10.1111/j.1600-051X.2012.01883.x.

[8] James P., Worthington H.V., Parnell C. và cộng sự. (2017). Chlorhexidine mouthrinse as an adjunctive treatment for gingival health. Cochrane Database Syst Rev, 3(3), CD008676. DOI: 10.1002/14651858.CD008676.pub2.

[9] Fardal O. và Turnbull R.S. (1986). A review of the literature on use of chlorhexidine in dentistry. J Am Dent Assoc 1939, 112(6), 863–869. DOI:10.14219/jada.archive.1986.0118.

[10] Vitiello F., Monterubbianesi R., Sparabombe S. và cộng sự. (2024). Use of over-the-counter mouthwashes as an additional measure in individual oral prophylaxis on adults with plaque-induced gingivitis: a double-blind, parallel, randomized controlled trial. BMC Oral Health, 24(1), 83. DOI: 10.1186/s12903-023-03779-1.