

tế bào cổ tử cung định kỳ cho phụ nữ và các triệu chứng phát hiện sớm bệnh.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Bộ Y tế** (2016), Dự phòng và kiểm soát ung thư cổ tử cung giai đoạn 2016 - 2025, ban hành kèm theo quyết định số 5420/QĐ-BYT ngày 23/09/2016 của Bộ trưởng Bộ Y tế
- Sung H, Ferlay J, Siegel RL, et al.** Global Cancer Statistics 2020 (2021), GLOBOCAN Estimates of Incidence and Mortality Worldwide for 36 Cancers in 185 Countries. CA Cancer J Clin.;71(3), pp 209-249. doi:10.3322/caac.21660.
- Siegel RL, Miller KD, Jemal A.** Cancer statistics, (2019), CA: a cancer journal for clinicians, 69(1), pp 7-34.
- Bộ Y tế** (2019), Đề án thí điểm sàng lọc phát hiện sớm ung thư cổ tử cung và xử trí tại một số tỉnh giai đoạn 2019-2025. Phê duyệt kèm theo Quyết định số 3877/QĐ-BYT ngày 29/8/2019 của Bộ trưởng Bộ Y tế Hà Nội.
- Vụ sức khỏe bà mẹ trẻ em** (2016), Kế hoạch hành động Quốc gia dự phòng và kiểm soát ung thư cổ tử cung giai đoạn 2016 – 2025, Hà Nội.
- Nguyễn Thị Như Tú** (2019), "Thực trạng và hiệu quả can thiệp nâng cao kiến thức và thực hành phòng bệnh ung thư cổ tử cung của phụ nữ tỉnh Bình Định", [Luận án Tiến sĩ y tế công cộng]: Trường Đại học Y tế Công Cộng.
- Nguyễn Văn Thành, Nguyễn Ngọc Phượng, Nguyễn Thủy Nam, Lê Thị Thanh Hà, Lê Thị Thanh Xuân** (2020), Kiến thức về vắc xin phòng ung thư cổ tử cung của khách hàng nữ đến phòng tiêm chủng Đại học Y Hà Nội năm 2018.; TCNCYH 130 (6) - 2020, pp 165-173.
- Khomphaiboonkij U, Sreamsukcharoenchai N, Pitakkarnkul S, Rittiluechai K, Tangjitgamol S.** (2023), Knowledge of Thai women in cervical cancer etiology and screening. PloS one.;18(5):e0286011.
- Ng'ang'a A, Nyangasi M, Nkonge NG, et al.** (2018), Predictors of cervical cancer screening among Kenyan women: results of a nested case-control study in a nationally representative survey. BMC public health;18(Suppl 3):1221. doi:10.1186/s12889-018-6054-9
- Deguara M, Calleja N, England K.** (2020), Cervical cancer and screening: knowledge, awareness and attitudes of women in Malta. Journal of preventive medicine and hygiene; 61(4):E584-e592. doi: 10.15167/2421-4248/jpmh2020.61.4.1521

## ĐÁNH GIÁ HIỆU QUẢ LÂM SÀNG SAU 3 THÁNG CỦA KHUNG DA KHÔNG TẾ BÀO TRONG PHẪU THUẬT ĐIỀU TRỊ TỤT NƯỚI - NGHIÊN CỨU LÂM SÀNG NGẪU NHIÊN CÓ NHÓM CHỨNG

Trần Bảo Ngọc<sup>1</sup>, Đỗ Thu Hằng<sup>1</sup>, Nguyễn Mẹo<sup>1</sup>

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Đánh giá hiệu quả lâm sàng của khung da không tế bào có nguồn gốc từ lợn (Porcine Acellular Dermal Matrix: PADM) trong phẫu thuật (PT) vạt hình thang di chuyển về phía thân răng (Coronally Advanced Flap: CAF) điều trị sang thương tụt nướu độ 1 (theo Cairo 2011). **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu lâm sàng ngẫu nhiên có nhóm chứng được thực hiện trên 16 sang thương tụt nướu độ 1 (theo Cairo) với nhóm chứng gồm 8 sang thương tụt nướu được điều trị bằng vạt CAF và nhóm thử nghiệm gồm 8 sang thương tụt nướu được điều trị bằng vạt CAF + Mucoderm® (PADM). Hiệu quả của điều trị được đánh giá qua các thông số lâm sàng bao gồm độ sâu tụt nướu (Recession Depth: RD), mất bám dính lâm sàng (Clinical Attachment Loss: CAL), chiều cao nướu sừng hoá (Height of Keratinized Tissue: HKT), độ dày nướu (Gingival Thickness: GT), phần trăm độ che phủ chân răng (%Root Coverage: %RC)

được ghi nhận trước PT, sau PT 1 tháng, 3 tháng. **Kết quả:** Có sự giảm có ý nghĩa thống kê ( $p < 0,05$ ) các giá trị CAL, RD, %RC ở cả hai nhóm sau 1 tháng PT tuy nhiên sau 3 tháng PT chỉ ghi nhận được mức duy trì có ý nghĩa thống kê ở nhóm có sử dụng PADM. Ở nhóm thử nghiệm, trung bình %RC và tỉ lệ số răng đạt che phủ hoàn toàn lần lượt là 75% và 62,5% cao hơn so với nhóm chứng là 37,5% và 25% song sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê ( $p > 0,05$ ). Giá trị GT ở nhóm thử nghiệm tăng sau PT 3 tháng và tăng cao hơn nhóm chứng với  $p < 0,05$ . **Kết luận:** Sau 3 tháng PT, mặc dù CAF + PADM cho hiệu quả cải thiện độ che phủ chân răng tương tự như CAF đơn thuần tuy nhiên PADM góp phần cải thiện độ dày nướu giảm nguy cơ tái phát tụt nướu và suy giảm mô sừng hoá sau PT. **Từ khóa:** Tụt nướu, vạt di chuyển về phía thân, khung da không tế bào có nguồn gốc từ lợn

### SUMMARY

#### THE CLINICAL EFFECTIVENESS AFTER 3 MONTHS OF ACELLULAR DERMAL MATRIX IN SURGICAL TREATMENT OF GINGIVAL RECESSION – A RANDOMIZED CONTROLLED CLINICAL STUDY

**Objective:** Clinical evaluation of Coronally Advanced Flap (CAF) with or without Porcine Acellular Dermal Matrix for the treatment of gingival recessions type I (Cairo 2011). **Materials and methods:**

<sup>1</sup>Đại học Y Dược TP. HCM

Chịu trách nhiệm chính: Trần Bảo Ngọc

Email: baongoc0410.qn@gmail.com

Chịu trách nhiệm chính: Trần Bảo Ngọc

Email: baongoc0410.qn@gamil.com

Ngày nhận bài: 2.8.2024

Ngày phản biện khoa học: 9.9.2024

Ngày duyệt bài: 7.10.2024

Randomized controlled clinical study was conducted on 16 gingival recession lesions type 1 (Cairo 2011) with 8 gingival recession lesions treated with only CAF flaps (control group) and 8 gingival recession lesions treated with CAF flap + Mucoderm® (PADM) (test group). The effectiveness of study was assessed by clinical parameters including Gingival Recession Depth (RD), Clinical Attachment Loss (CAL), Height of Keratinized Tissue (HKT), Gingival Thickness (GT), Percentage of Root Coverage (%RC) at baseline, 1 month and 3 months. **Results:** A statistically significant reduction in CAL, RD, %RC values was recorded in both groups after a month of surgery. However after 3 months, only statistically significant maintenance was recorded in test group. In test group, the percentage of RC and teeth with complete root coverage were 75% and 62.5%, respectively, higher than in control test, which were 37,5% and 25%. This difference is not statistically significant ( $p < 0.05$ ). Only in the test group, there was a significant increase in GT value ( $p < 0.05$ ) and this result was statistically higher than the control group. **Conclusion:** At 3 month, CAF+PADM provided similar root coverage to CAF alone, but a significant increase in gingival thickness, reduce the risk of recurrence and loss of keratinized tissue.

**Keywords:** Gingival recession, Coronally Advanced Flap, Porcine Acellular Dermal Matrix

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tụt nướu là tình trạng viền nướu di chuyển về phía chóp so với đường nối men xê măng (Cemento-enamel junction: CEJ). Đây là một hậu quả thường gặp của các bệnh nha chu làm ảnh hưởng đến chức năng và thẩm mỹ của bệnh nhân. Trong các kỹ thuật phẫu thuật điều trị tụt nướu, CAF là một trong những kỹ thuật đơn giản, dễ thực hiện, được chứng minh có hiệu quả trong việc che phủ chân răng có sang thương tụt nướu độ 1 (theo Cairo 2011) và sang thương này chưa đến tiếp nối nướu niêm mạc. Sau PT, vùng răng tụt nướu đạt thẩm mỹ tốt, hậu phẫu ít đau, ít khó chịu và có nguồn nuôi dưỡng vật tốt<sup>2</sup>. Chỉ định của CAF là vùng răng tụt nướu có độ dày mô nướu tối thiểu là 1mm và chiều cao nướu sừng hoá còn lại từ 1mm trở lên<sup>2</sup>. Sự phối hợp mảnh ghép trong điều trị tụt nướu có thể giúp làm tăng chiều cao và bề dày của nướu sừng hoá, cải thiện khả năng che phủ chân răng và ổn định vị trí nướu viền sau PT<sup>3</sup>. Do các giới hạn trong việc thu nhận mảnh ghép tự thân và các biến chứng ở vùng PT thứ hai, việc sử dụng các mảnh ghép dị chủng đang ngày càng được phát triển với mong muốn đem đến các đặc tính tương đương với mảnh ghép tự thân hay đồng chủng.

Hiện nay ở Việt Nam, chưa có công trình nghiên cứu đánh giá hiệu quả PT điều trị tụt nướu bằng kỹ thuật CAF sử dụng mảnh ghép có

nguồn gốc dị loại. Do vậy nghiên cứu này được thực hiện với mong muốn đánh giá hiệu quả lâm sàng PADM + CAF điều trị các sang thương tụt nướu độ 1 (theo Cairo 2011) với mục tiêu là:

1. *Đánh giá hiệu quả lâm sàng của nhóm CAF có kết hợp sử dụng và không sử dụng PADM thông qua các chỉ số nha chu tại thời điểm trước PT, sau PT 1 tháng (T1) và 3 tháng (T3).*

2. *So sánh hiệu quả lâm sàng giữa 2 nhóm CAF có kết hợp sử dụng và không sử dụng PADM thông qua các chỉ số nha chu tại thời điểm trước PT, T1 và T3.*

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

**Mẫu nghiên cứu:** 8 bệnh nhân với 16 sang thương tụt nướu được khám và chẩn đoán tại phòng khám Chuyên Khoa Răng Hàm Mặt, Trường Đại Học Y Dược Thành Phố Hồ Chí Minh.

**Thời gian nghiên cứu:** 7/2023 – 06/2024.

**Tiêu chí chọn mẫu:** Bệnh nhân đủ 18 tuổi trở lên; không có bệnh toàn thân, thai nghén; không hút thuốc lá; vệ sinh răng miệng tốt; có ít nhất 1 vùng răng trước và răng cối nhỏ hàm trên từ 1-2 răng có sang thương tụt nướu độ 1 (theo Cairo 2011); vị trí sang thương không có nề xương, nứt xương trên CBCT; không có tiền sử PT niêm mạc nướu hoặc nha chu tại vị trí răng thực hiện nghiên cứu; bệnh nhân than phiền về thẩm mỹ.

**Tiêu chuẩn loại trừ:** sang thương tụt nướu ở răng có phục hình cố định.

**Vật liệu nghiên cứu:** PADM với tên thương mại là Mucoderm® (Biotiss, Đức).

**Phương pháp nghiên cứu**

**Thiết kế nghiên cứu:** Nghiên cứu thử nghiệm lâm sàng ngẫu nhiên có nhóm chứng.

**Cỡ mẫu:** được tính theo công thức sau, với mục tiêu so sánh giá trị trung bình giữa hai nhóm với hệ số đã biết:

$$n_1 \geq \frac{(Z_{1-\alpha/2} + Z_{1-\beta})^2 (\sigma_1^2 + \sigma_2^2 / r)}{(\mu_1 - \mu_2)^2}$$

$$n_2 = n_1 \times r$$

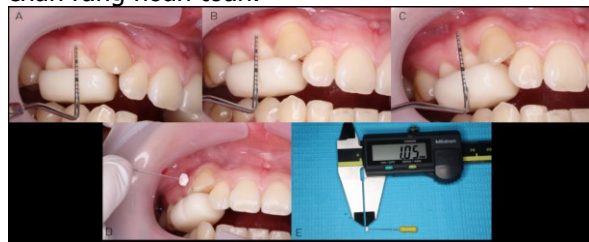
Trong đó:  $\alpha = 0.05 \rightarrow Z_{1-\frac{\alpha}{2}} = 1,96$ ;  $\beta = 0.2 \rightarrow Z_{1-\beta} = 0,84$

Tiêu chí tính cỡ mẫu: độ che phủ chân răng sau điều trị.

Dựa vào nghiên cứu của Ahmedbeyli (2014)<sup>4</sup> nhóm có phối hợp sử dụng khung da không tế bào kết hợp với vật di chuyển về phía thân  $\mu_1 = 94.84$ ;  $\sigma_1 = 12.09$  và nghiên cứu của Sangiorgio (2017)<sup>5</sup> nhóm sử dụng vật di chuyển về phía thân đơn thuần  $\mu_2 = 68.04$ ;  $\sigma_1 = 24.11$

Từ công thức trên, tính được cỡ mẫu  $N \geq 8$  (sang thương) cho mỗi nhóm nghiên cứu.

Biến số nghiên cứu bao gồm: Biến số nền: Tuổi, giới tính; Biến số lâm sàng: độ sâu tụt nướu (RD), mất bám dính lâm sàng (CAL), chiều cao nướu sừng hoá (HKT), độ dày mô nướu (GT), phần trăm độ che phủ chấn răng (%RC = RD trước điều trị - RD sau điều trị)/RD trước điều trị X 100 (%)), tỉ lệ số răng đạt che phủ chấn răng hoàn toàn.



**Hình 1: Đo chỉ số (A) RD; (B) CAL; (C) HKT; (D) + (E) GT**

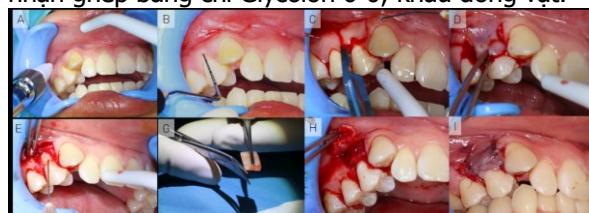
**Quy trình thực hiện**

Trước PT: Khám lâm sàng; Chỉ định xét nghiệm tiền PT; chia nhóm nghiên cứu: nhóm thử nghiệm (CAF + PADM) và nhóm chứng (CAF).

PT: quy trình phẫu thuật chung bao gồm: Sát trùng, gây tê tại chỗ; Thiết kế đường rạch theo kỹ thuật vạt hình thang di chuyển về phía thân (theo Zuchelli 20122); Bóc tách và cắt tách vạt nền nhận mô được bộc lộ; Xử lý bề mặt chấn răng bằng phương pháp cơ học và hoá học với gel EDTA 24% trong 2 phút; bơm rửa sạch; Loại bỏ biểu mô gai nướu; Bơm Emdogain® lên bề mặt sang thương;

Ở nhóm CAF: khâu đóng bằng chỉ Glycolon 6-0;

Ở nhóm CAF + PADM: sau khi ngâm mảnh ghép trong nước muối sinh lý 0.9% trong 20 phút; tạo dạng mảnh ghép và khâu giữ vào vùng nhận ghép bằng chỉ Glycolon 6-0; khâu đóng vạt.



**Hình 2: Quy trình PT CAF có sử dụng mảnh ghép PADM**

(A) gây tê; (B) đo kích thước sang thương; (C) tạo vạt CAF; (D) kiểm tra độ di động vạt; (E) xử lý bề mặt chấn răng bằng nạo Gracey +

**Bảng 5: So sánh kết quả trong từng nhóm và giữa hai nhóm tại T1 và T3**

		Nhóm CAF + PADM N=8 (sang thương)	Nhóm CAF N=8 (sang thương)	P
CAL	T0	3,0 (3,0 - 4,0)	3,0 (3,0 - 3,0)	0,264

EDTA 24% + Emdogain®; (G) cắt mảnh ghép; (H) khâu giữ mảnh ghép; (I) khâu đóng

Kê toa thuốc sinh Amoxicillin 500mg (15 viên), kháng viêm Ibuprofen 400mg (9 viên), giảm đau Paracetamol 500mg (9 viên), nước súc miệng Chlorhexidine gluconate 0.12% (Kin, 1 chai).

Sau PT: cắt chỉ sau 3 tuần, ghi nhận các chỉ số lâm sàng tại T1 và T3.

**Xử lý số liệu:** Dữ liệu được thu thập, xử lý và phân tích dữ liệu bằng phần mềm SPSS 26.

**Y đức:** Nghiên cứu được Hội đồng đạo đức trong nghiên cứu y sinh học Đại học Y Dược TP.HCM chấp nhận theo quyết định số 646/HĐĐĐ-ĐHYD ngày 06/07/2023.

**III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU**

Nghiên cứu có 8 bệnh nhân tham gia và hoàn tất 100% quy trình nghiên cứu với tổng đơn vị nghiên cứu là 16 sang thương tụt nướu trong đó có 8 sang thương thuộc nhóm thử nghiệm, 8 sang thương thuộc nhóm chứng.

**3.1. Đặc điểm mẫu nghiên cứu**

**Đặc điểm dịch tễ**

**Bảng 3: Đặc điểm dịch tễ mẫu nghiên cứu**

<b>Giới tính</b>	Nam: 2 bệnh nhân (25%) ~ 4 sang thương (25%) Nữ: 6 bệnh nhân (75%) ~ 12 sang thương (75%)
<b>Tuổi</b>	Trung bình: 26,25 tuổi, Lớn nhất: 38 tuổi, Nhỏ nhất: 22 tuổi

**Đặc điểm lâm sàng của mẫu nghiên cứu**

**Bảng 4: Đặc điểm lâm sàng mẫu nghiên cứu (thời điểm T0)**

Chỉ số	T0		P
	Nhóm CAF+PADM N=8 (sang thương)	Nhóm CAF N=8 (sang thương)	
CAL	3,0 (3,0-4,0)	3,0 (3,0-3,0)	0,264
RD	2,0 (2,0-3,0)	2,0 (1,25-2,0)	0,113
RW	3,5 (2,5-4,375)	3,5 (3,13-3,88)	0,869
GT	1,37 (1,07-1,5)	1,19 (1,01-1,36)	0,494
HKT	4,0 (3,25-4,0)	3,0 (2,25-3,75)	0,153

**Số liệu trình bày:** Trung vị (khoảng tứ phân vị) - kiểm định Mann – Whitney.

Tại T0 không ghi nhận sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ( $p > 0,05$ ) các chỉ số nha chu giữa 2 nhóm.

**3.2. So sánh sự thay đổi các chỉ số nha chu lâm sàng của từng nhóm**

	T1	2,0 (1,0 – 2,75)	2,0 (1,0 – 3,0)	0,781
	p1*	0,001	0,02	
	T3	1,0 (1,0 – 2,0)	2,0 (1,25 – 3,0)	0,129
	p2*	0,919	1,000	
	p3*	<0,001	0,043	
	T0-T3	3,0 (2,0 - 4,0)	2,0 (1,25 – 2,75)	0,172
<b>RD</b>	T0	2,0 (2,0 – 3,0)	2,0 (1,25 – 2,0)	0,113
	T1	0,5 (0 – 1,0)	1,0 (0 – 1,75)	0,533
	p1*	<0,001	0,043	
	T3	0 (0 – 1,0)	1,0 (0,25 – 1,75)	0,174
	p2*	1,000	1,000	
	p3*	<0,001	0,088	
	T0-T3	2,0 (1,0 – 3,0)	0,5 (0 - 1,75)	0,092
<b>GT</b>	T0	1,37 (1,07 – 1,5)	1,19 (1,01 – 1,36)	0,494
	T1	1,79 (1,69 – 1,91)	1,21 (1,17 – 1,37)	0,001
	p1*	0,002	1,000	
	T3	1,73 (1,67 – 1,99)	1,21 (1,07 – 1,42)	0,002
	p2*	1,000	1,000	
	p3*	0,001	1,000	
	T3 – T0	0,465 (0,875 – 0,825)	-0,015 (-0,13 – 0,285)	0,035
<b>HKT</b>	T0	4,0 (3,25 – 4,0)	3,0 (2,25 – 3,75)	0,153
	T1	4,5 (3,25 – 5,0)	4,0 (3,0 – 4,0)	0,151
	p1*	0,505	1,000	
	T3	4,0 (4,0 – 5,75)	3,0 (3,0 – 3,75)	0,026
	p2*	1,000	1,000	
	p3*	0,370	0,545	
	T3-T0	2,0 (-0,5 – 2,0)	-0,5 (-1,0 – 0)	0,048
<b>%RC</b>	T0	0% (0% – 0%)	0% (0% – 0%)	
	T1	75% (50% - 100%)(68,75%)	50% (0% - 100%)(50%)	0,339
	p1*	0,001	0,04	
	T3	100% (50% - 100%)(75%)	25%(0% - 87,5%)(37,5%)	0,092
	p2*	1,000	1,000	
	p3*	<0,001	0,167	
<b>Che phủ chân răng hoàn toàn</b>	Số sang thương	5	2	
	Tỉ lệ	62,5%	25%	0,315+

Số liệu trình bày: Trung vị (khoảng tứ phân vị)(trung bình)

T0-T3: sự thay đổi các chỉ số nha chu lâm sàng tại T3.

p1\*: sự khác biệt giữa T0 -T1; p2\*: sự khác biệt giữa T1-T3, p3\*: sự khác biệt giữa T0-T3 bằng kiểm định Dun Post Hoc Test hiệu chỉnh Bonferroni.

p: kiểm định Mann – Whitney

p+: kiểm định Chi bình phương

Giữa T0 và T1 ghi nhận sự giảm có ý nghĩa thống kê ( $p < 0,05$ ) về chỉ số CAL và kết quả này duy trì mức khác biệt có ý nghĩa đến T3 ở cả hai nhóm. Giá trị RD và %RC giảm có ý nghĩa thống kê ( $p < 0,05$ ) ở cả hai nhóm giữa T0 và T1 tuy nhiên đến T3 sự giảm có ý nghĩa thống kê chỉ hiện diện trên nhóm thử nghiệm ( $p < 0,001$ ). Giá trị GT tăng có ý nghĩa thống kê ( $p < 0,05$ ) ở nhóm thử nghiệm qua từng thời điểm T0 và T1, T0 và T3, kết quả này không ghi nhận được ở nhóm chứng tại bất kỳ thời điểm nào. Chỉ số HKT không ghi nhận được sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ( $p > 0,05$ ) qua từng

thời điểm ở cả hai nhóm.

**3.3. So sánh các chỉ số nha chu lâm sàng giữa hai nhóm.** Có sự cao hơn có ý nghĩa thống kê ( $p < 0,05$ ) ở nhóm PADM+ CAF so với nhóm CAF khi so sánh chỉ số GT tại các mốc thời gian T1, T3 và sự tăng giá trị chỉ số này sau 3 tháng PT. Chỉ số HKT tại thời điểm T3 và sự tăng chỉ số HKT sau 3 tháng PT giữa nhóm thử nghiệm cao hơn có nghĩa thống kê ( $p < 0,05$ ) so với nhóm chứng. Các chỉ số CAL, RD, %RC và sự thay đổi các giá trị chỉ số này sau 3 tháng không khác biệt có ý nghĩa thống kê ( $p > 0,05$ ) khi so sánh giữa 2 nhóm. Tỉ lệ số sang thương đạt che phủ chân răng hoàn toàn sau 3 tháng ở nhóm có sử dụng PADM (62,5%) cao hơn ở nhóm không có sử dụng PADM (25%).

#### IV. BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu này chúng tôi ghi nhận không có sự khác biệt về các chỉ số nha chu lâm sàng giữa hai nhóm trước PT.

##### 4.1. Sự thay đổi các chỉ số nha chu lâm

**sàng của từng nhóm qua các thời điểm T1 và T3.** Tại T1, giá trị CAL, RD giảm có ý nghĩa thống kê so với ban đầu ở nhóm PADM + CAF ( $p < 0,001$ ) và nhóm CAF ( $p < 0,05$ ). Tuy nhiên tại T3 sự giảm có ý nghĩa thống kê chỉ hiện diện trên nhóm thử nghiệm ( $p < 0,001$ ). Kết quả này chỉ tương đồng với Ahmedbeyli<sup>4</sup> khi đánh giá trên nhóm thử nghiệm. Tương tự tại T3 ở nhóm có sử dụng PADM, giá trị %RC trung bình là 75% tăng có ý nghĩa thống kê so với T0 ( $p < 0,001$ ). Trong nghiên cứu của Fathiaza<sup>6</sup> sau PT, nhóm PADM + CAF ghi nhận %RC trung bình là 26% tuy nhiên trong nghiên cứu của Ahmedbeyli<sup>4</sup> là 94,84%. CAF là PT đơn giản dễ thực hiện đem lại hiệu quả che phủ chân răng đáng kể trong các trường hợp tụt nướu độ 1 theo Cairo và sang thương chưa vượt qua tiếp nối nướu niêm mạc. Sử dụng PADM + CAF có thể làm tăng sức căng của vật do độ dày và quá trình dẫn nỡ của vật liệu tuy nhiên không làm giảm khả năng che phủ chân răng sau PT<sup>6</sup>. Bổ sung mảnh ghép trong PT có thể góp phần làm giảm tỉ lệ tụt nướu tái phát sau PT, khắc phục các hạn chế của kỹ thuật che phủ chân răng một lớp.

Tại T3, giá trị GT chỉ tăng có ý nghĩa thống kê ở nhóm có sử dụng mảnh ghép ( $p = 0,001$ ), kết quả này tương tự với kết quả từ nghiên cứu của Ahmedbeyli<sup>4</sup>, Fathiaza<sup>6</sup>. Ngoài ra Ahmedbeyli<sup>4</sup> ghi nhận giá trị HKT tăng ở cả 2 nhóm và sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê sau PT 12 tháng tuy nhiên trong nghiên cứu của chúng tôi và Fathiaza<sup>6</sup>, PADM không giúp hỗ trợ khả năng tăng HKT. Lý giải cho các kết quả này có thể kể đến nguồn gốc vật liệu sử dụng: trong nghiên cứu của Ahmedbeyli<sup>4</sup> sử dụng chế phẩm đồng loại, nghiên cứu của Fathiaza<sup>6</sup> và chúng tôi sử dụng PADM. Sự khác biệt nguồn chế phẩm là yếu tố quan trọng trong sự thay đổi tiềm năng tăng sinh và tái tạo mô nha chu. Các kết quả trên cho thấy, kỹ thuật che phủ chân răng hai lớp với PADM đem lại hiệu quả trong việc gia tăng độ dày mô nướu. PADM đóng vai trò làm khung nâng đỡ vật, thúc đẩy sự tân tạo mạch và tích hợp mô mềm tuy nhiên sự gia tăng về chiều cao nướu sừng hoá chưa được ghi nhận đáng kể.

**4.2. So sánh các chỉ số nha chu lâm sàng giữa hai nhóm sau PT.** Chỉ số RD và sự thay đổi chỉ số này tại T3 ở nhóm PADM + CAF cao hơn so với nhóm CAF tuy nhiên sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê ( $p > 0,05$ ). Ngoài ra giá trị %RC trung bình và tỉ lệ số răng đạt che phủ chân răng hoàn toàn tại T3 lần lượt ở nhóm có sử dụng PADM là 75% và 62,5% cao hơn so với ở nhóm không sử dụng PADM là 37,5% và 25% tuy nhiên sự khác biệt này không có ý

nghĩa thống kê ( $p < 0,05$ ). Các kết quả vừa đề cập không tương đồng với kết quả ghi nhận khi so sánh giữa hai nhóm từ nghiên cứu của Ahmedbeyli<sup>4</sup>. Lý giải cho sự khác biệt này có thể kể đến đặc điểm chọn mẫu độ tụt nướu ban đầu và kiểu hình nướu trước điều trị.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, chỉ số HKT tại thời điểm T3; chỉ số GT tại thời điểm T1, T3 và sự tăng giá trị chỉ số HKT, GT sau 3 tháng giữa nhóm thử nghiệm cao hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm chứng ( $p < 0,05$ ). Các kết quả này tương đồng với kết quả của tác giả Ahmedbeyli<sup>4</sup>. Mặc dù tại T3, giá trị HKT tăng không khác biệt có ý nghĩa thống kê ( $p > 0,05$ ) so với trước điều trị ở nhóm PADM và giảm không có khác biệt ý nghĩa thống kê ở nhóm chứng ( $p > 0,05$ ). Tuy nhiên sự tăng HKT sau 3 tháng giữa nhóm thử nghiệm cao hơn nhóm chứng và sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ( $p < 0,05$ ). Điều này có lẽ được giải thích bằng việc sử dụng PADM + CAF góp phần cải thiện độ dày mô nướu hạn chế tái phát tụt nướu và giảm chiều cao nướu sừng hoá sau điều trị so với sử dụng vật đơn thuần.

Nghiên cứu của Tavelli<sup>7</sup> ghi nhận không có sự khác biệt có ý nghĩa giữa nhóm ADM+CAF và nhóm ADM + vật đường hầm về sự thay đổi chỉ số RD, RW, %RC. Việc sử dụng kỹ thuật CAF hay vật đường hầm đều đem lại hiệu quả che phủ chân răng tương tự khi sử dụng loại vật liệu này.

## V. KẾT LUẬN

Trong giới hạn của nghiên cứu này, chúng tôi có thể kết luận rằng hiệu quả che phủ chân răng lâm sàng đặc biệt là độ dày mô nướu được cải thiện đáng kể khi sử dụng PADM kết hợp với kỹ thuật CAF. Sử dụng PADM trong PT điều trị tụt nướu là một giải pháp tốt góp phần làm tăng hiệu quả điều trị, thay đổi kiểu hình nướu ngăn ngừa tái phát sau PT trong các trường hợp tụt nướu độ 1 (theo Cairo 2011). Tuy nhiên cần có những nghiên cứu sâu hơn với thời gian theo dõi lâu hơn để xác định tính ổn định lâu dài của các mảnh ghép PADM.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Santana RB, Mattos CM, Dibart S.** A clinical comparison of two flap designs for coronal advancement of the gingival margin: semilunar versus coronally advanced flap. *Journal of clinical periodontology*. Jul 2010;37(7):651-8. doi:10.1111/j.1600-051X.2010.01582.x
2. **Zucchelli G.** CORONALLY ADVANCED FLAP WITH RELEASING INCISIONS. *Mucogingival Esthetic Surgery*. Qyintessenza Edizioni; 2012:257-328:chap 17.
3. **Zucchelli G.** Rootcoverage surgical techniques. *Mucogingival Esthetic Surgery*. Quintessenza Edizioni; 2012:113-127:chap 9.

- Ahmedbeyli C, İpçi ŞD, Cakar G, Kuru BE, Yılmaz S.** Clinical evaluation of coronally advanced flap with or without acellular dermal matrix graft on complete defect coverage for the treatment of multiple gingival recessions with thin tissue biotype. <https://doi.org/10.1111/jcpe.12211>. Journal of clinical periodontology. 2014/03/01 2014;41(3): 303-310. doi:<https://doi.org/10.1111/jcpe.12211>
- Sangiorgio JPM, Neves F, Rocha Dos Santos M, et al.** Xenogenous Collagen Matrix and/or Enamel Matrix Derivative for Treatment of Localized Gingival Recessions: A Randomized Clinical Trial. Part I: Clinical Outcomes. J Periodontol. Dec 2017;88(12):1309-1318. doi:10.1902/jop.2017.170126
- Fathiazar A, Shariatmadar Ahmadi R, Sayar F.** A Comparison between Mucoderm® and Connective Tissue Graft for Root Coverage. Journal of dentistry (Shiraz, Iran). Sep 2022;23(2 Suppl): 402-409. doi:10.30476/dentjods.2021.90830.1535
- Tavelli L, Barootchi S, Di Gianfilippo R, et al.** Acellular dermal matrix and coronally advanced flap or tunnel technique in the treatment of multiple adjacent gingival recessions. A 12-year follow-up from a randomized clinical trial. Journal of clinical periodontology. Sep 2019;46(9):937-948. doi:10.1111/jcpe.13163

## VI KHUẨN ĐA KHÁNG THUỐC TRÊN BỆNH NHÂN VIÊM PHỔI MẮC PHẢI CỘNG ĐỒNG Ở NGƯỜI LỚN TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TRUNG ƯƠNG CẦN THƠ

Bạch Thái Dương<sup>1</sup>, Nguyễn Quang Thái<sup>1</sup>, Nguyễn Thị Ngọc Lan<sup>1</sup>,  
Trương Thành Phát<sup>1</sup>, Nguyễn Đức Trọng<sup>1</sup>,  
Nguyễn Thị Diệu Hiền<sup>2</sup>, Trần Thị Như Lê<sup>1</sup>, Đào Thanh<sup>3</sup>

### TÓM TẮT

**Đặt vấn đề:** Vi sinh vật đa kháng thuốc (MDRO) đã gây ra tình trạng đề kháng kháng sinh ngày càng cao và đang là thách thức quan trọng trong việc lựa chọn kháng sinh theo kinh nghiệm trong điều trị viêm phổi cộng đồng ở người lớn với mục tiêu nghiên cứu: Xác định tỷ lệ viêm phổi mắc phải cộng đồng (CAP) do MDRO gây ra. Thông qua tỷ lệ kháng kháng sinh của các tác nhân gây bệnh chính, đề xuất kháng sinh sử dụng cho bệnh nhân CAP. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Một nghiên cứu cắt ngang mô tả, được thực hiện trên 148 bệnh nhân người lớn mắc CAP phải điều trị nội trú tại khoa Nội hô hấp - Bệnh viện Đa Khoa Trung Ương Cần Thơ. **Kết quả:** Tỷ lệ nhiễm MDRO chiếm 89,2%, chủ yếu là MDR Acinetobacter baumannii và MDR Klebsiella pneumoniae với tỷ lệ lần lượt là 45,5% và 33,3%. Mặc dù các chủng vi khuẩn gây bệnh chính hầu hết đề kháng ở mức độ cao với các nhóm Carbapenems,  $\beta$ -lactam và Fluoroquinolones, tuy nhiên ceftazidime/avibactam, amikacin và gentamicin, minocycline và colistin có tỷ lệ đề kháng thấp. **Kết luận:** Ceftazidime/avibactam, amikacin, gentamicin, minocycline và colistin là những kháng sinh hiện vẫn còn nhạy cảm ở bệnh nhân CAP.

**Từ khóa:** CAP, MDRO, tỷ lệ đề kháng, kháng sinh theo kinh nghiệm

### SUMMARY

#### MULTIDRUG-RESISTANT BACTERIA IN ADULT PATIENTS WITH COMMUNITY-ACQUIRED PNEUMONIA AT CAN THO CENTRAL GENERAL HOSPITAL

**Background:** Multidrug-resistant organisms (MDROs) have led to a significant increase in antibiotic resistance and pose a major challenge in empirical antibiotic selection for the treatment of community-acquired pneumonia (CAP) in adults, with the research objective: To determine the prevalence of community-acquired pneumonia (CAP) caused by MDROs. Through the antibiotic resistance rates of major pathogens, propose initial antibiotic use. **Subjects and methods:** A descriptive cross-sectional study was conducted on 148 adult CAP patients requiring hospitalization at the Department of Respiratory Medicine, Can Tho Central General Hospital. **Results:** The prevalence of MDRO infection was 89.2%, predominantly MDR Acinetobacter baumannii and MDR Klebsiella pneumoniae, with rates of 45.5% and 33.3%, respectively. Although the predominant pathogens exhibited high levels of resistance to Carbapenems,  $\beta$ -lactams, and Fluoroquinolones, ceftazidime/avibactam, amikacin, gentamicin, minocycline, and colistin demonstrated low resistance rates. **Conclusion:** Ceftazidime/avibactam, amikacin, gentamicin, minocycline, and colistin should be prioritized for initial use in CAP patients.

**Keywords:** CAP, MDRO, resistance rate, empirical antibiotics

### I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm phổi mắc phải ở cộng đồng là bệnh lý hô hấp thường gặp cũng là nguyên nhân hàng đầu gây tử vong trên toàn thế giới. Theo WHO

<sup>1</sup>Trường Đại học Y Dược Cần Thơ

<sup>2</sup>Bệnh viện Đa khoa Trung Ương Cần Thơ

<sup>3</sup>Trung tâm Y tế huyện Thới Lai

Chịu trách nhiệm chính: Trần Thị Như Lê

Email: ttnle@ctump.edu.vn

Ngày nhận bài: 01.8.2024

Ngày phản biện khoa học: 6.9.2024

Ngày duyệt bài: 4.10.2024