

KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ KHÁNG SINH DỰ PHÒNG TRONG PHẪU THUẬT MỘT SỐ BỆNH TIÊU HÓA

Vũ Đức Thọ*, Trần Văn Đạo*, Vũ Tiến Hiệp*

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả điều trị kháng sinh dự phòng trong phẫu thuật một số bệnh tiêu hóa. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu tiền cứu, những bệnh nhân phẫu thuật cắt ruột thừa, thoát vị bẹn và cắt túi mật được sử dụng kháng sinh dự phòng, từ tháng 4/2021 đến tháng 9/2021, tại Bệnh viện Việt Nam-Thụy Điển Uông Bí. **Kết quả:** có 229 trường hợp. Tỷ lệ thành công chung của sử dụng kháng sinh dự phòng là 95,2%. Tỷ lệ thành công riêng của phương pháp đối với cắt ruột thừa, mổ thoát vị bẹn và cắt túi mật nội soi lần lượt là: 94,6%; 100% và 91,0%. Thời gian nằm viện trung bình $3.8 \pm 1,3$ ngày. Biến chứng gặp 3,1%. **Kết luận:** Sử dụng kháng sinh dự phòng trong phẫu thuật cắt ruột thừa, mổ thoát vị bẹn và cắt túi mật an toàn và hiệu quả.

Từ khóa: Kháng sinh dự phòng

SUMMARY

RESULT OF MANAGEMENT OF ANTIBIOTIC PROPHYLAXIS IN SURGERY AT VIETNAMESE-SWEDISH UONGBI HOSPITAL

Objective: To evaluate the results of management of antibiotic prophylaxis in some gastrointestinal diseases. appendectomy, hernia repair and cholecystectomy patients. **Subject and method:** From April 2021 to september 2021, 229 patients having performed appendectomy, hernia repair and cholecystectomy at Vietnamese-Swedish UongBi Hospital with using antibiotic prophylaxis were enrolled in the prospective study. **Result:** The general success rate of the method was 95.20%. The success rate of appendectomy, hernia repair and cholecystectomy were 94.6%; 100% and 91.0% respectively. The average hospital stay was 3.8 ± 21.3 days. Postoperative complications was 3.1%. **Conclusion:** Management of antibiotic prophylaxis in appendectomy, hernia repair and cholecystectomy is safe and effective method.

Key word: Antibiotic prophylaxis.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Sử dụng kháng sinh dự phòng (KSDP) trong phẫu thuật được áp dụng từ nửa cuối thế kỷ XX, sau đó ngày càng được áp dụng rộng rãi nhờ đem lại nhiều lợi ích cho người bệnh, thầy thuốc và cơ sở điều trị [1][2].

Tại Bệnh viện Việt Nam-Thụy Điển Uông Bí,

các bác sĩ có thói quen sử dụng kháng sinh khi phẫu thuật cho bệnh nhân mới yên tâm, bởi ai cũng lo về thành công cho cuộc phẫu thuật của mình, mặt khác điều kiện môi trường bệnh viện còn những hạn chế, nên nguy cơ nhiễm khuẩn rất lớn. Vì vậy, chúng tôi thực hiện đề tài này nhằm mục tiêu: *Đánh giá hiệu quả sử dụng kháng sinh dự phòng trong phẫu thuật một số bệnh tiêu hóa.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng

Tiêu chuẩn lựa chọn. Người bệnh được dùng kháng sinh (KS) dự phòng khi mổ cắt ruột thừa viêm chưa có biến chứng; mổ thoát vị bẹn (mổ có kế hoạch và mổ cấp cứu thoát vị nghẹt dưới 6 tiếng); mổ cắt túi mật viêm mạn và viêm túi mật cấp độ I.

2.2. Phương pháp. Mô tả, tiền cứu, không có đối chứng.

Phương pháp sử dụng kháng sinh dự phòng: người bệnh mổ cắt ruột thừa viêm sẽ được tiêm 1 lọ Cefotaxim 1g kết hợp với truyền tĩnh mạch 1 lọ Metronidazol 0,5g trước mổ trong vòng 30 phút. Người bệnh mổ thoát vị bẹn được tiêm Cefazolin 2g và người bệnh mổ cắt túi mật thì tiêm 1 lọ Cefotaxim 1g trước mổ. Trong thời gian hậu phẫu, bệnh nhân sẽ được chuyển sang dùng kháng sinh điều trị khi có bằng chứng nhiễm khuẩn.

2.3. Các chỉ tiêu nghiên cứu. Loại phẫu thuật, phương pháp phẫu thuật. Tỷ lệ điều trị kháng sinh dự phòng thành công chung của tất cả các loại cũng như của từng loại phẫu thuật. Tỷ lệ dùng kháng sinh bổ sung. Thời gian nằm viện, biến chứng sau mổ.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm phẫu thuật

Loại phẫu thuật

Bảng 3.1. Loại phẫu thuật

Loại phẫu thuật	Số bệnh nhân (n=229)	Tỷ lệ %
Cắt ruột thừa	185	80,8
Mổ thoát vị bẹn	33	14,4
Cắt túi mật	11	4,8

Nhận xét: bệnh nhân mổ cắt ruột thừa viêm gặp nhiều nhất: 80,8%.

Phương pháp phẫu thuật. Phẫu thuật nội soi 199 (87,0%) trường hợp, mổ mở 30 (13,0%)

*Bệnh viện Việt Nam-Thụy Điển Uông Bí

Chịu trách nhiệm chính: Vũ Đức Thọ

Email: vuducthuhd@gmail.com

Ngày nhận bài: 4/1/2022

Ngày phản biện khoa học: 23/1/2022

Ngày duyệt bài: 9/3/2022

trường hợp.

3.2. Kết quả sử dụng kháng sinh dự phòng Sử dụng kháng sinh dự phòng thành công

Bảng 3.2. Sử dụng kháng sinh dự phòng thành công

Loại phẫu thuật	Bệnh nhân sử dụng KSDP thành công/ Tổng số mổ	Tỷ lệ %
Mổ cắt ruột thừa	175/185	94,6
Mổ thoát vị bẹn	33/33	100
Mổ cắt túi mật	10/11	91,0
Tỷ lệ chung	218/229	95,2

Nhận xét: bệnh nhân mổ thoát vị bẹn có tỷ lệ sử dụng kháng sinh dự phòng thành công cao nhất: 100%.

Sử dụng kháng sinh dự phòng bổ sung

Bảng 3.4. Sử dụng kháng sinh dự phòng bổ sung

Loại phẫu thuật	Bệnh nhân sử dụng KSDP bổ sung/ Tổng số mổ	Tỷ lệ %
Cắt ruột thừa	37/175	21,1
Mổ thoát vị bẹn	1/33	3,0
Cắt túi mật	1/11	9,1
Tỷ lệ chung	39/218	17,9

Nhận xét: bệnh nhân cắt ruột thừa viêm có tỷ lệ sử dụng kháng sinh dự phòng bổ sung cao nhất: 21,1%.

3.3. Biến chứng. Nghiên cứu cho thấy 7 (3,1%) bệnh nhân bị biến chứng: nhiễm khuẩn vết mổ 1, áp xe dư 5 và viêm phế quản 1, đều xảy ra ở nhóm mổ cắt ruột thừa. Kết quả kiểm định χ^2 thấy không có sự khác biệt giữa tỷ lệ biến chứng của nhóm dùng kháng sinh dự phòng và nhóm dùng kháng sinh bổ sung.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm phẫu thuật

Loại phẫu thuật. Kết quả nghiên cứu ở bảng 1 cho thấy :tỷ lệ từng loại bệnh lý sử dụng kháng sinh dự phòng trong phẫu thuật một số bệnh tiêu hóa tại Bệnh viện Việt Nam Thụy Điển gồm: cắt ruột thừa viêm: 80,8%, mổ thoát vị bẹn: 14,4% và cắt túi mật 4,8%. Đây là những bệnh lý phổ biến ở các bệnh viện hạng I, II và III. Do vậy, áp dụng sử dụng kháng sinh dự phòng thường quy sẽ thu được hiệu quả kinh tế cao và giảm công sức điều trị và chăm sóc sau mổ.

Các nghiên cứu cho thấy nhiều yếu tố nguy cơ gây nhiễm khuẩn sau mổ: người bệnh (bị bệnh tiểu đường, béo phì, đang điều trị xạ, hóa chất...); môi trường (chuẩn bị bệnh nhân, vệ sinh tay, dụng cụ y tế...); phẫu thuật (thời gian mổ càng dài càng dễ nhiễm khuẩn, mổ cấp cứu

hay mổ phiên, loại mổ...) [3][4].

Loại phẫu thuật là một trong những yếu tố quan trọng để quyết định sử dụng kháng sinh dự phòng. Trong ngoại khoa, các phẫu thuật được chia theo bảng phân loại của Altemeier. Mỗi loại phẫu thuật có một nguy cơ nhiễm khuẩn sau mổ khác nhau thay đổi từ <5% đến >30% (bảng 4.1). Như vậy, các bệnh nhân được lựa chọn trong thống kê thuộc loại I và II (sạch và sạch nhiễm), tương tự đối tượng nghiên cứu của các tác giả trong và ngoài nước [1][2][5].

Phương pháp phẫu thuật. Thống kê cho thấy phương pháp phẫu thuật thực hiện hầu hết là nội soi 87,0%. Phẫu thuật nội soi là phương pháp can thiệp ít xâm hại, với việc sử dụng các lỗ trocar nhỏ dưới 1cm thay thế các đường mổ lớn sẽ giảm nguy cơ nhiễm khuẩn vết mổ một cách rõ rệt. Nghiên cứu của Aamna Nazir và cs (2019), so sánh cắt ruột thừa nội soi và mổ nhận thấy lệ nhiễm khuẩn vết mổ ở hai nhóm lần lượt là 10,77% và 27,69% [8].

Bảng 4.1. Phân loại phẫu thuật của Altemeier

Loại phẫu thuật	Phẫu thuật	Tỷ lệ nhiễm khuẩn	
		Không KSDP	KSDP
Loại I Phẫu thuật sạch	Vết mổ khâu kín, không dẫn lưu, không chấn thương, không viêm, đảm bảo kỹ thuật vô trùng, không mở khí quản, ống tiêu hoá, bộ máy sinh dục – tiết niệu, đường hô hấp.	1-5%	<1%
Loại II Phẫu thuật sạch - nhiễm	Mổ bộ phận sinh dục – tiết niệu mà cây nước tiểu vô trùng, mở đường hô hấp, mở ống tiêu hoá trong điều kiện tốt và không gây nhiễm, mổ xoang miệng, mở ống mật mà không nhiễm trùng mật, lỗi vô trùng nhẹ, vết mổ có dẫn lưu.	5-15%	<7%
Loại III Phẫu thuật nhiễm	Vết thương do chấn thương mới, mở ống mật hay đường sinh dục – tiết niệu khi có nhiễm trùng mật và nhiễm trùng niệu, nhiễm khuẩn do dịch của ống tiêu hoá, lỗi vô trùng nặng, mô trong vùng viêm cấp chưa tụ mủ.	>15%	<15%
Loại IV Phẫu thuật bẩn	Vết thương bẩn hoặc được điều trị muộn, có các mô chết, nhiễm trùng có mủ, nhiễm phân hay có dị vật, thủng tạng.	>30%	Giảm

4.2. Kết quả sử dụng kháng sinh dự phòng - Sử dụng kháng sinh dự phòng thành công.

Nghiên cứu cho thấy tỷ lệ thành công chung của sử dụng kháng sinh dự phòng trong phẫu thuật một số bệnh Tiêu hóa là 95,2% (bảng 3.2), kết quả thống kê thu được thấy tương tự các nghiên cứu trong và ngoài nước là: 93% - 96,0% [3][5][7][8], đây là những kết quả rất đáng khích lệ, khuyến khích việc sử dụng kháng sinh dự phòng một cách rộng rãi hơn, giúp giảm bớt gánh nặng kinh tế cũng như chi phí của người bệnh, y tế và xã hội.

Phẫu thuật thoát vị bẹn có tỷ lệ sử dụng kháng sinh dự phòng thành công cao nhất 100%. Thực tế mổ thoát vị bẹn là phẫu thuật sạch, ít xâm lấn nên một số tác giả cho rằng không cần sử dụng kháng sinh dự phòng, tuy nhiên sau mổ nếu vết mổ bị nhiễm khuẩn sẽ có thể làm hỏng việc tái tạo thành bụng gây tái

phát bệnh.

Sử dụng kháng sinh dự phòng hay không trong mổ thoát vị bẹn vẫn còn đang là vấn đề tranh luận. Mac Cormick A.P và cộng sự cho rằng quan điểm có hay không sử dụng kháng sinh dự phòng trong mổ thoát vị bẹn vẫn chưa được chứng minh rõ ràng cần phải có những nghiên cứu tiếp tục để đưa ra những bằng chứng cụ thể [1]. Chúng tôi nhận thấy trong điều kiện của bệnh viện Việt Nam-Thụy Điển Uông Bí cũng như nhiều trung tâm ngoại khoa khác của Việt Nam thì thực hiện kháng sinh dự phòng trong phẫu thuật điều trị thoát vị bẹn vẫn cần thiết do hoàn cảnh, môi trường của chúng ta còn nhiều hạn chế so với các nước phát triển.

Trong nghiên cứu, chúng tôi sử dụng kháng sinh dự phòng cho người bệnh mổ cắt túi mật có kế hoạch và những trường hợp mổ cấp cứu điều trị viêm túi mật cấp độ I, tỷ lệ thành công ở nhóm này đạt 91,0% (bảng 3.2).

Sáu trường hợp mổ cắt túi mật viêm cấp sử dụng kháng sinh dự phòng, có một trường hợp phải dùng kháng sinh bổ sung vì sau mổ 1 ngày xuất hiện sốt, xét nghiệm thấy bạch cầu, CRP tăng cao. Sử dụng kháng sinh dự phòng cho người bệnh phẫu thuật nội soi cắt túi mật đang được nhiều tác giả đồng thuận.

Nghiên cứu của Gona Jaafar và cộng sự cho thấy: kết quả sử dụng kháng sinh dự phòng cho bệnh nhân cắt túi mật nội soi điều trị viêm túi mật cấp độ I tương đương với dùng kháng sinh điều trị [2]. Kết quả nghiên cứu cho thấy tỷ lệ thành công của sử dụng kháng sinh dự phòng cho bệnh nhân cắt ruột thừa điều trị viêm ruột thừa cấp đạt 94,6% (bảng 3.2), tương tự thống kê của Soleiman Hoseini Khaliphani và cộng sự cũng như một số tác giả khác là: 95,3%-96,0% [3][4][5].

Sử dụng kháng sinh dự phòng cho bệnh nhân cắt ruột thừa điều trị viêm ruột thừa cấp đã được áp dụng từ khi chưa có phẫu thuật nội soi. Kết quả nghiên cứu của Bauer Torbn và cộng sự cho thấy tỷ lệ thành công của sử dụng kháng sinh dự phòng trong cắt ruột thừa mở truyền thống đạt 91,7% [6]. Soon Min Choi và cộng sự cho rằng: nên sử dụng kháng sinh dự phòng trong phẫu thuật cắt ruột thừa nội soi điều trị viêm ruột thừa cấp chưa có biến chứng [4].

- Sử dụng kháng sinh dự phòng bổ sung.

Hầu hết các tác giả thống nhất sử dụng kháng sinh dự phòng cho phẫu thuật sạch hoặc sạch nhiễm và chỉ dùng bổ sung cho những trường hợp có thời gian phẫu thuật kéo dài. Nghiên cứu có một trường hợp mổ thoát vị bẹn tái phát được

chỉ định liều bổ sung vì lý do này. Những trường hợp còn lại được chỉ định vì phẫu thuật viên nhận định trong mổ thấy ruột thừa chưa vỡ và viêm túi mật nhưng khi mổ thấy trong ổ bụng có nhiều giả mạc.

Bảng 3.3 cho thấy các chỉ định dùng kháng sinh bổ sung ở phẫu thuật viêm ruột thừa, thoát vị bẹn và cắt túi mật lần lượt là: 21,1%; 3,0% và 9,1%.

Trong nghiên cứu, bệnh nhân viêm ruột thừa cấp chưa có biến chứng được chia thành 2 nhóm: khi mổ thấy trong ổ bụng chưa có giả mạc và có giả mạc, trong đó nhóm bệnh nhân phẫu thuật viên thấy trong ổ bụng có giả mạc được bổ sung liều Cefotaxim 1g.

Sử dụng kháng sinh dự phòng đơn liều, cơ bản đã có sự thống nhất giữa các tác giả về thời gian và cách dùng. Tuy nhiên, những trường hợp phải bổ sung kháng sinh còn có nhiều tranh luận (khi nào dùng, liều lượng và cách dùng...) [3][5].

Những nghiên cứu so sánh biến chứng nhiễm khuẩn giữa nhóm dùng 1 liều đơn và liều bổ sung cho thấy có sự khác biệt nhưng không có ý nghĩa thống kê [2][4][5][7]. Vì vậy, vấn đề này cần phải tiếp tục nghiên cứu thêm.

- Thời gian nằm viện. Một số bệnh lý tiêu hóa của các bệnh nhân lựa chọn vào nghiên cứu này thuộc phẫu thuật thường gặp và phần lớn được thực hiện bằng phẫu thuật nội soi nên thời gian nằm viện tương đối ngắn $3,8 \pm 1,3$ ngày, kết quả thu được thấy tương đương với các tác giả trong và ngoài nước [4][5][7].

- Biến chứng. Biến chứng phẫu thuật là một khoảng "tối" chung của mọi phương pháp can thiệp điều trị trên người bệnh. Nghiên cứu có 7 (3,1%) trường hợp bị biến chứng. Nhóm phải dùng kháng sinh dự phòng bổ sung có tỷ lệ biến chứng cao hơn nhóm còn lại (bảng 3.4), nhưng sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê. Tỷ lệ biến chứng của nghiên cứu thấp hơn so với thống kê của Soon Min Choi và cộng sự 4,0%, Soleiman và cộng sự 4,7% [3][4].

Trong nước, thống kê của Trần Mạnh Côn gặp tỷ lệ nhiễm khuẩn vết mổ còn tương đối cao 8,2%, tác giả cho rằng tỷ lệ này bị ảnh hưởng bởi kỹ năng phẫu thuật viên [7].

V. KẾT LUẬN

Sử dụng kháng sinh dự phòng trong phẫu thuật cắt ruột thừa, mổ thoát vị bẹn và cắt túi mật là phương pháp điều trị an toàn và hiệu quả.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. A. P. Maccormick, J. A. akoh (2018), "Survey of SurgeonS regarding prophylactic antibiotic use in inguinal hernia repair". Scandinavian Journal

- of surgery, Vol. 107(3) 208–211.
- Gona Jaafar, Gabriel Sandblom, Lars Lundell Folke Hammarqvist (2020)**, "Antibiotic prophylaxis in acute cholecystectomy revisited: results of a double-blind randomised controlled trial". *Langenbeck's Archives of Surgery* (2020) 405:1201–1207.
 - Soleiman Hosseini Khalifani, et al, (2016)**, "Is a single dose of prophylactic antibiotics sufficient in patients with acute non-complicated appendicitis?". *Hosp Pract Res. Aug;1(3):83-86*.
 - Soon Min Choi, et al (2015)**, "Is single administration of prophylactic antibiotics enough after laparoscopic appendectomy for uncomplicated appendicitis?". *J Acute Care Surg Vol. 5 No. 2*.
 - Nguyễn Ngọc Hiền, Biện Thị Trúc Uyên (2002)**, "Kháng sinh dự phòng trong phẫu thuật viêm ruột thừa". *Y học Việt Nam* tập 269, trang 28-32.
 - Bauer Torben, et al**, "Antibiotic prophylaxis in acute nonperforated appendicitis". *Annals of Surgery: March 1989 - Volume 209 - Issue 3 - p: 307-311*.
 - Bùi Mạnh Côn (2015)**, "Kháng sinh dự phòng và nhiễm trùng vết mổ trong phẫu thuật nội soi cắt túi mật". *Y học Việt Nam* số 1 tập 435, trang 14-17.
 - Aamna Nazir, et al (2019)**, "Comparison of Open Appendectomy and Laparoscopic Appendectomy in Perforated Appendicitis". *Open access original article, 1-6*.

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VIÊM QUANH RĂNG CỦA BỆNH NHÂN TỚI KHÁM TẠI BỆNH VIỆN THANH NHÀN, HÀ NỘI

Lê Thị Thu Hải¹, Nguyễn Thị Hồng Minh², Phạm Thị Minh Tâm³

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng và tình trạng bệnh viêm quanh răng của bệnh nhân đến khám Bệnh viện Thanh Nhàn, Hà Nội. **Đối tượng và phương pháp:** 103 bệnh nhân đến khám tại khoa Răng Hàm Mặt, Bệnh viện Thanh Nhàn, Hà Nội. **Phương pháp:** Mô tả cắt ngang. **Kết quả và kết luận:** Độ sâu trung bình túi quanh răng của bệnh nhân là $3,25 \pm 1,36$ mm. Độ sâu trung bình túi quanh răng và mức độ mất bám dính tương đương ở 2 hàm và tăng dần theo tuổi. Chỉ số lợi GI và chỉ số vệ sinh răng miệng OHI-S tăng dần theo nhóm tuổi và độ sâu trung bình túi quanh răng.

Từ khóa: Viêm quanh răng, đặc điểm lâm sàng

SUMMARY

CLINICAL CHARACTERISTIC OF PERIODONTITIS PATIENTS AT THANH NHAN HOSPITAL, HANOI

Objectives: To describe clinical characteristics of periodontitis patients at Thanh Nhan Hospital, Hanoi. **Subjects and method:** 103 patients who were examined at Odonto – Stomatology department, Thanh Nhan hospital. Descriptive cross-sectional study. **Results and conclusion:** Periodontal pocket depth (PPD) was $3,25 \pm 1,36$ mm. Periodontal pocket depth (PPD) and clinical attachment loss (CAL) were the same at upper and lower teeth and increased by age. Gingival index (GI) score and Oral Hygiene Index-Simplified (OHI-S) increased by age and the mean probing pocket depth (PPD).

Keywords: Periodontitis, clinical characteristics

¹Bệnh viện TWQĐ 108

²Bệnh viện RHM TƯ Hà Nội

³Bệnh viện Thanh Nhàn, HN

Chịu trách nhiệm chính: Lê Thị Thu Hải

Email: lethuhai3009@gmail.com

Ngày nhận bài: 2/1/2022

Ngày phản biện khoa học: 24/1/2022

Ngày duyệt bài: 10/3/2022

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm quanh răng là một trong số bệnh răng miệng phổ biến nhất, hay gặp ở mọi lứa tuổi cũng như mọi quốc gia trên thế giới. Không chỉ gây tổn thương thực thể tại chỗ, viêm quanh răng còn ảnh hưởng đến sức khỏe toàn thân, thậm chí cũng như sự tự tin của người bệnh. Năm 1986, tổ chức Y tế thế giới WHO xếp viêm quanh răng là hiểm họa thứ 3 của loại người sau ung thư và tim mạch. Walter và cộng sự nghiên cứu tại Hoa Kỳ cho thấy tỷ lệ viêm quanh răng tại cộng đồng dao động trong khoảng từ 25% đến 41% [1]. Ở Việt Nam, Nguyễn Cẩn và cộng sự nghiên cứu bệnh viêm quanh răng tại các tỉnh thành phía Nam cho thấy tỷ lệ viêm lợi của đối tượng 15-19 tuổi là 97,7%, 20-29 tuổi là 88,7% [2]. Viêm quanh răng nếu không điều trị kịp thời có khả năng dẫn tới mất răng hàng loạt. Có nhiều nguyên nhân dẫn tới viêm quanh răng, như vệ sinh răng miệng kém, ăn nhiều đồ ngọt, hút thuốc lá, béo phì. Đây là những nguyên nhân hay gặp ở người trẻ tuổi do thói quen sinh hoạt hiện đại. Trần Tuấn Anh và cộng sự nghiên cứu tại Bình Dương cho thấy 51,5% người bệnh viêm quanh răng ≤ 34 tuổi [3]. Tuy nhiên, chưa có nhiều nghiên cứu về bệnh Viêm quanh răng tại Việt Nam; chính vì vậy, chúng tôi thực hiện nghiên cứu nhằm mục tiêu: "Mô tả đặc điểm lâm sàng và tình trạng bệnh viêm quanh răng của bệnh nhân đến khám tại khoa RHM, bệnh viện Thanh Nhàn, Hà Nội năm 2018 - 2019".

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng, thời gian và địa điểm nghiên cứu

2.1.1. Đối tượng nghiên cứu là bệnh nhân