

và sarcopenia. Hơn nữa, trình độ nhận thức, phương pháp theo dõi và chẩn đoán suy tim còn nhiều hạn chế, do vậy ảnh hưởng đến thời gian phát hiện suy tim ở người bệnh cao tuổi.

V. KẾT LUẬN

Tỉ lệ sarcopenia ở nhóm người bệnh cao tuổi có suy tim mạn tính tại bệnh viện Lão khoa Trung ương là khá cao, cứ 2 người bệnh suy tim cao tuổi có ít nhất một người được chẩn đoán sarcopenia. Tuổi cao, BMI thấp có liên quan đến sarcopenia. Do vậy, sarcopenia cần được chẩn đoán sớm, có biện pháp dự phòng và điều trị đặc biệt ở những đối tượng này.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Chen L.-K., Woo J., Assantachai P., et al.** (2020). Asian Working Group for Sarcopenia: 2019 Consensus Update on Sarcopenia Diagnosis and Treatment. *J Am Med Dir Assoc*, 21(3), 300-307.e2.
2. **Shafiee G., Keshtkar A., Soltani A., et al.** (2017). Prevalence of sarcopenia in the world: a systematic review and meta-analysis of general population studies. *J Diabetes Metab Disord*, 16, 21.
3. **Nguyen T.N., Nguyen A.T., Khuong L.Q., et al.** (2020). Reliability and Validity of SARC-F Questionnaire to Assess Sarcopenia Among Vietnamese Geriatric Patients. *Clin Interv Aging*, 15, 879-886.
4. **Go A.S., Mozaffarian D., Roger V.L., et al.** (2013). Heart Disease and Stroke Statistics—2013 Update. *Circulation*, 127(1), e6-e245.
5. **Ponikowski P., Voors A.A., Anker S.D., et al.** (2016). 2016 ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure: The Task Force for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure of the European Society of Cardiology (ESC) Developed with the special contribution of the Heart Failure Association (HFA) of the ESC. *Eur Heart J*, 37(27), 2129-2200.
6. **Carbone S., Billingsley H.E., Rodriguez-Miguel P., et al.** (2020). Lean Mass Abnormalities in Heart Failure: The Role of Sarcopenia, Sarcopenic Obesity, and Cachexia. *Current Problems in Cardiology*, 45(11), 1004-17.
7. **Zhang Y., Zhang J., Ni W., et al.** (2021). Sarcopenia in heart failure: a systematic review and meta-analysis. *ESC Heart Fail*, 8(2), 1007-1017.
8. **Department of Physical Therapy, Human Health Sciences, Graduate School of Medicine, Kyoto University, Kyoto, Japan, Nozaki Y., Yamaji M., et al.** (2019). Sarcopenia Predicts Adverse Outcomes in an Elderly Outpatient Population with New York Heart Association Class II-IV Heart Failure: A Prospective Cohort Study. *Aging Med Healthc*, 10(2), 53-61.
9. **Hồng, NM** (2021). Sarcopenia và một số yếu tố liên quan trên bệnh nhân tăng huyết áp cao tuổi. *Tạp chí Y học Việt Nam*. Tập 509, số 2
10. **Hoàng, N. T.** (2021). Prevalence of sarcopenia in osteoporosis patients. *Vietnam Journal of Physiology*, 25(3), 51-35.

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, X QUANG CỦA VIÊM NHA CHU MẠN TÍNH TẠI BỆNH VIỆN TRƯỜNG ĐẠI HỌC Y DƯỢC CẦN THƠ

Lê Nguyên Lâm*, Phạm Thúy Duyên*

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Viêm nha chu là bệnh lý viêm nhiễm gây ảnh hưởng đến các mô quanh răng và nâng đỡ răng. Khác với viêm nướu – viêm nhiễm chỉ xảy ra ở nướu, viêm nha chu còn có sự phá hủy xương ổ răng và hệ thống dây chằng nha chu¹. Sang thương của viêm nha chu có thể là cấp tính hay mạn tính, có biểu hiện lâm sàng thay đổi tùy theo từng người, vì vậy có nhiều dạng viêm nhiễm. **Mục tiêu nghiên cứu:** Mô tả đặc điểm lâm sàng, X quang của viêm nha chu mạn tính tại Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Cần Thơ. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Tiêu chuẩn chọn mẫu: Bệnh nhân được chẩn đoán là viêm nha chu mạn tính (theo Flemming 1999), có sức khỏe

toàn thân tốt, không có chống chỉ định phẫu thuật, tuổi >18. Sau điều trị khởi đầu, có ít nhất một tổn thương mô nâng đỡ quanh răng với biểu hiện nướu viêm và chảy máu khi thăm dò, có túi nha chu sâu ≥ 5 mm, mất bám dính lâm sàng ≥ 3 mm, có hình ảnh tổn thương xương ổ răng rõ trên phim X quang. Đồng ý tham gia nghiên cứu. **Phương pháp nghiên cứu:** Thiết kế nghiên cứu: mô tả cắt ngang. Cỡ mẫu: Điều trị 216 răng ở 90 bệnh nhân, độ tuổi từ 19 đến 85 tuổi. - Phương pháp chọn mẫu: chọn mẫu thuận tiện. **Kết quả:** Các răng có nhiều vôi răng, và nướu viêm ở mức độ trung bình trở lên, tương ứng với chỉ số vôi răng trung bình là 1,9 và chỉ số nướu viêm trung bình là 1,86. Độ sâu túi trung bình là $4,96 \pm 1,31$ mm, mất bám dính lâm sàng trung bình là $5,79 \pm 1,65$ mm, trong đó độ tụt nướu viền trung bình là $1,25 \pm 0,82$ mm. Tiêu xương dạng ngang chiếm tỷ lệ cao nhất trong 3 dạng với 75%. Tiêu xương dạng chéo chiếm 17,1 và tiêu xương hỗn hợp 7,9%. **Kết luận:** Các triệu chứng lâm sàng và X quang cho thấy các bệnh nhân bị viêm nha chu thể trung bình và nặng. **Từ khóa:** Viêm nha chu mãn tính, độ sâu túi nha chu, X quang.

* Trường Đại học Y Dược Cần Thơ

Chịu trách nhiệm chính: Lê Nguyên Lâm

Email: lenguyenlam@ctump.edu.vn

Ngày nhận bài: 18.10.2022

Ngày phản biện khoa học: 12.12.2022

Ngày duyệt bài: 22.12.2022

SUMMARY**CLINICAL AND X - RAY CHARACTERISTICS OF CHRONIC PERIODONTITIS AT CAN THO UNIVERSITY OF MEDICINE HOSPITAL**

Background: Periodontitis is an inflammatory disease affecting the tissues around the teeth and supporting the teeth. Unlike gingivitis, which occurs only in the gums, periodontitis also destroys the alveolar bone and periodontal ligament system¹. Lesions of periodontitis can be acute or chronic, with clinical manifestations that vary from person to person, so there are many forms of inflammation. **Objectives of the study:** To describe the clinical and radiographic characteristics of chronic periodontitis at the Hospital of Can Tho University of Medicine and Pharmacy. **Research object and method:** Sampling criteria The patient was diagnosed with chronic periodontitis (according to Flemming 1999), in good general health, with no contraindications to surgery, age >18 years. After initial treatment, there was at least one periapical supporting tissue lesion with gingival inflammation and bleeding on exploration, periodontal pocket ≥ 5 mm deep, clinical attachment loss ≥ 3 mm, and imaging Alveolar bone lesions are evident on radiographs. Agree to participate in the study. **Results:** The teeth had a lot of tartar, and the gingival inflammation was moderate or higher, corresponding to the average tartar index of 1.9 and the average inflammatory gingivitis index of 1.86. Mean pocket depth. The mean is 4.96 ± 1.31 mm, the average clinical attachment loss is 5.79 ± 1.65 mm, in which the average margin of gingival recession is 1.25 ± 0.82 mm. Horizontal bone resorption accounts for the proportion. The highest among the three forms with 75%. Cross-type bone resorption accounted for 17.1 and mixed bone resorption 7.9%. **Conclusion:** Clinical and radiographic symptoms suggest that the patients have moderate and severe periodontitis.

Keywords: Chronic periodontitis, periodontal pocket depth, X-ray.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm nha chu là bệnh lý viêm nhiễm gây ảnh hưởng đến các mô quanh răng và nâng đỡ răng. Khác với viêm nướu – viêm nhiễm chỉ xảy ra ở nướu, viêm nha chu còn có sự phá hủy xương ổ răng và hệ thống dây chằng nha chu¹. Sang thương của viêm nha chu có thể là cấp tính hay mạn tính, có biểu hiện lâm sàng thay đổi tùy theo từng người, vì vậy có nhiều dạng viêm nhiễm. Trong đó, viêm nha chu mạn tính chiếm tỷ lệ nhiều nhất và thường gặp ở người trưởng thành Theo Eke và cộng sự (2015)³ tỷ lệ viêm nha chu là 47% ở người lớn hơn 30 tuổi, tại Mỹ vào năm 2009-2012; trong đó có 38% ở độ tuổi 30-65 và 64% ở độ tuổi trên 65 có tình trạng viêm nha chu mức độ trung bình hoặc nặng.

Chúng tôi thực hiện nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, X quang của viêm nha chu mạn tính tại

Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Cần Thơ, năm 2018-2020

1. *Nghiên cứu về đặc điểm lâm sàng viêm nha chu mạn tính khám và điều trị tại khoa Răng Hàm Mặt thuộc bệnh viện trường Đại học Y Dược Cần Thơ.*

2. *Nghiên cứu về đặc điểm X quang viêm nha chu mạn tính khám và điều trị tại khoa Răng Hàm Mặt thuộc bệnh viện trường Đại học Y Dược Cần Thơ.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU**2.1 Đối tượng, thời gian và địa điểm nghiên cứu**

2.1.1 Thời gian và địa điểm nghiên cứu: Bệnh nhân bị viêm nha chu mạn tính đến khám và điều trị tại khoa Răng Hàm Mặt thuộc bệnh viện trường Đại học Y Dược Cần Thơ từ 06/2018 đến 04/2020.

2.1.2 Tiêu chuẩn chọn mẫu: Bệnh nhân được chẩn đoán là viêm nha chu mạn tính (theo Flemming 1999), có sức khỏe toàn thân tốt, không có chống chỉ định phẫu thuật, tuổi >18. Sau điều trị khởi đầu, có ít nhất một tổn thương mô nâng đỡ quanh răng với biểu hiện nướu viêm và chảy máu khi thăm dò, có túi nha chu sâu ≥ 5 mm, mất bám dính lâm sàng ≥ 3 mm, có hình ảnh tổn thương xương ổ răng rõ trên phim X quang. Đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.1.3 Tiêu chuẩn loại trừ: Bệnh nhân mắc bệnh tiểu đường chưa kiểm soát được, nghiện thuốc lá hoặc đã được điều trị phẫu thuật nha chu trước đây. Bệnh nhân giữ vệ sinh răng miệng kém. Phụ nữ có thai, cho con bú, dự kiến có thai trong thời gian nghiên cứu hoặc không thể tiếp tục điều trị duy trì và theo dõi sau phẫu thuật.

2.2 Phương pháp nghiên cứu

- Thiết kế nghiên cứu: mô tả cắt ngang, kết hợp can thiệp không nhóm chứng.

- Cỡ mẫu: Điều trị 216 răng ở 90 bệnh nhân, độ tuổi từ 19 đến 85 tuổi.

- Phương pháp chọn mẫu: Chọn mẫu thuận tiện

2.3 Nội dung nghiên cứu

Đánh giá viêm nướu: Mô nướu quanh răng được chia thành 4 vùng để chấm điểm (gai nướu ngoài xa, nướu mặt ngoài, gai nướu ngoài gần và nướu mặt trong). Chỉ số mảng bám PLI: Đánh giá ở những vị trí tương tự GI với thang điểm từ 0-3. Tính điểm PLI trung bình ở mỗi răng tương tự với GI.

Chảy máu khi thăm dò (BOP): chỉ xác định có hay không có chảy máu khi thăm khám đúng cách.

Độ sâu túi nha chu (PPD): được xác định là khoảng cách từ bờ viền nướu đến đáy túi nha chu.

Mất bám dính lâm sàng (CAL): là khoảng cách từ đáy túi đến ranh giới men - xê-măng răng được đo ở các vị trí đo độ sâu túi nha chu ²

Cận lâm sàng. Phim toàn cảnh: Đánh giá dạng tiêu xương trên bệnh nhân viêm nha chu mạn tính trước và sau phẫu thuật. Ưu điểm của phim toàn cảnh là phạm vi khảo sát rộng hơn các phim trong miệng khác nên có thể phát hiện đầy đủ các tổn thương cấu trúc mô nha chu một cách toàn diện.

2.4 Phương pháp xử lý số liệu. Các số liệu thu thập được trong nghiên cứu được nhập vào máy bằng phần mềm Microsoft Excel, xử lý bằng phần mềm Microsoft Excel 2010, SPSS 20.0 với các thuật toán kiểm định Chi bình phương để so sánh các tỉ lệ, kiểm định Wilcoxon so sánh giá trị trung bình với mức ý nghĩa 5%.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1 Đặc điểm lâm sàng viêm nha chu mạn tính. Phân bố số răng theo độ sâu túi nha chu

Số răng được can thiệp trong nghiên cứu là 216 răng ở 90 bệnh nhân. Mỗi bệnh nhân được can thiệp điều trị từ 1 đến 13 răng, trung bình là 2,4 răng. Răng trước có túi sâu chiếm tỷ lệ cao nhất với 59,3% với 128 răng. Răng sau hàm dưới là 53 răng chiếm 24,5%. Sự khác biệt giữa các vùng răng không có ý nghĩa thống kê (p>0,05).

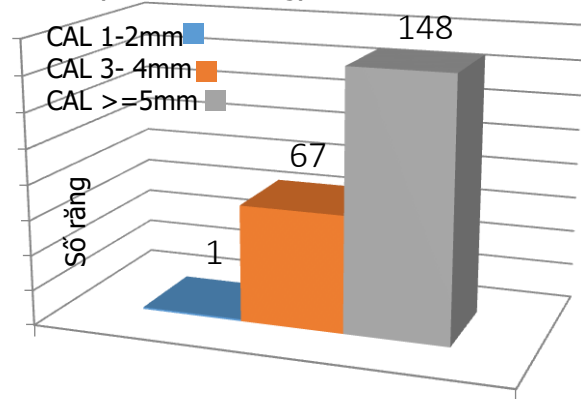
Mức độ phá hủy mô nha chu ở bệnh nhân viêm nha chu mạn tính được ghi nhận trong nghiên cứu này: Độ sâu túi trung bình là 4,96±1,31mm, 124 răng có túi nha chu nông nhất (3mm) với tỷ lệ 27,4%, 5 răng có túi nha chu sâu nhất (12mm) chiếm 2,3%. Mất bám dính lâm sàng trung bình là 5,79±1,65mm, với tụt nướu viền của bệnh nhân TB là 1,25±0,82mm. Độ lung lay răng trung bình là 2,31±0,78.

Bảng 3.1. Phân bố chỉ số mảng bám và chỉ số nướu

Thang điểm	Chỉ số mảng bám		Chỉ số nướu	
	N	%	N	%
0	0	0	0	0
0,1-0,9	0	0	0	0
1,0-1,9	100	46,3	98	45,4
2,0-3,0	116	53,7	118	54,6
Tổng	216	100,0	216	100,0

Nhận xét: Chỉ số mảng bám trung bình là 1,90±0,23, thấp nhất là 1,25 điểm, cao nhất là 2,5 điểm. Chỉ số nướu viêm trung bình là

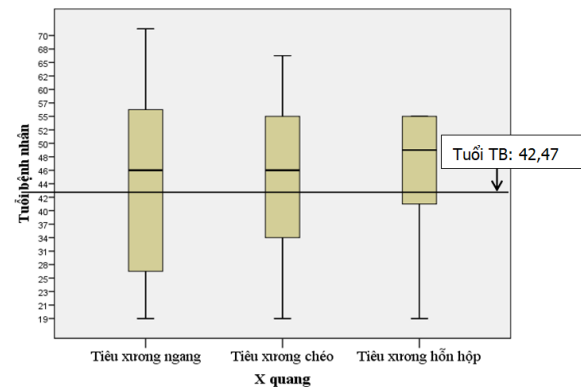
1,86±0,29. Số răng có chỉ số nướu 1,0- 1,9 là 98 răng, chiếm 45,4% (Viêm nướu trung bình), và có 118 răng có chỉ số nướu 2,0-3,0, chiếm 54,6% (viêm nướu nặng).



Mất bám dính lâm sàng (n=216)
Biểu đồ 3.1. Phân bố số răng theo mức mất bám dính khác nhau

Nhận xét: Mất bám dính trung bình là 5,79 ± 1,65mm, thấp nhất là 2,75mm, cao nhất là 12,75. Phân loại viêm nha chu nặng theo mất bám dính lâm sàng (CAL ≥5mm) chiếm tỷ lệ cao nhất, 68,5% với 148/216 răng.

3.2 Đặc điểm Xương viêm nha chu mạn tính



Biểu đồ 3.2. Phân bố dạng tiêu xương ở bệnh nhân viêm nha chu mạn tính

*p=0,782. Kiểm định Kruskal - Wallis)

Nhận xét: Tiêu xương ngang: 162/216 răng, chiếm tỷ lệ 75%. Tuổi trung bình của bệnh nhân trong dạng tiêu xương này là 43,53±16,68 tuổi. Tiêu xương chéo: 37/216 răng, chiếm tỷ lệ 17,1%. Tuổi trung bình là 44,49±16,01 tuổi. Tiêu xương hỗn hợp: 17/216 răng, chiếm tỷ lệ 7,9%, trung bình là 44,58±10,81 tuổi. Tuy nhiên sự khác biệt giữa tuổi bệnh nhân và kiểu tiêu xương không có ý nghĩa thống kê (p>0,05).

Bảng 3.3. Phân bố kiểu tiêu xương theo độ sâu túi

PPD	Kiểu tiêu xương						Tổng n (%)	P
	Ngang		Chéo		Hỗn hợp			
	n	%	n	%	n	%		
< 4mm	75	91,5	7	8,5	0	0	82 (38,0)	0,000
4-6mm	69	66,3	23	22,1	12	11,5	104 (48,1)	
> 6mm	18	60,0	7	23,3	5	16,7	30 (13,9)	
Tổng số	162	75,0	37	17,1	17	7,9	216 (100)	

*Kiểm định Chi bình phương

Nhận xét: Đa số các sang thương túi nha chu sâu có tiêu xương ngang, chiếm tỷ lệ 66,3% ở túi có độ sâu 4-6mm, và 60% ở túi >6mm. Mỗi tương quan giữa độ sâu túi nha chu và kiểu tiêu xương có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

IV. BÀN LUẬN

4.1 Đặc điểm các chỉ số lâm sàng viêm nha chu trước điều trị. Mỗi bệnh nhân được điều trị viêm nha chu tương ứng với 1 đến 13 răng trung bình có 2,4 răng trên một bệnh nhân. Các vùng răng được điều trị chủ yếu ở vùng răng trước, chiếm 59,3% với 128/216 răng; răng cối hàm dưới chiếm tỷ lệ thấp hơn với số lượng 53/216 răng, chiếm 24,5% tổng số răng được điều trị. Các vùng tổn thương đều ở cả hàm trên và hàm dưới, tuy số liệu thu thập được cho số lượng răng cối nhỏ và cối lớn hàm trên có sang thương túi sâu chiếm số lượng ít nhất, với 35/216 răng, chiếm 16,2% tổng số, nhưng sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$). Điều này chứng tỏ đây chỉ là ngẫu nhiên trong lựa chọn bệnh nhân, chưa nói lên được điều gì về đặc điểm của đối tượng nghiên cứu.

Theo kết quả nghiên cứu của chúng tôi, trong ngày khám đầu tiên (T0) các triệu chứng lâm sàng và cận lâm sàng cho thấy các bệnh nhân bị viêm nha chu thể trung bình và nặng (bảng 3.5). Các triệu chứng lâm sàng thể hiện qua các chỉ số mảng bám răng, chỉ số nướu, độ sâu túi, mất bám dính lâm sàng trong nghiên cứu này tương tự với một số nghiên cứu của Phùng Tiến Hải (2008)², Helmi M., Huang H., et al. (2019)⁴, và của Hoàng Tiến Công (2009)¹.

Chỉ số mảng bám răng (PLI) trung bình $1,90 \pm 0,23$ (bảng 3.2 và 3.5), nhất là chỉ số mảng bám trên điểm 2 hiện diện ở hơn 116/216 răng, và toàn bộ bệnh nhân tham gia nghiên cứu đều thuộc chỉ số 1-1,9 và 2-3 điểm. Điều này cho thấy mảng bám nhiều và dày, ý thức vệ sinh răng miệng của bệnh nhân chỉ thuộc mức trung bình và kém.

Chỉ số nướu (GI) trung bình $1,86 \pm 0,29$ (bảng 3.2 và 3.5), nằm trong khoảng 1,0 - 1,9 điểm (viêm nướu trung bình, sưng đỏ nướu và chảy

máu tự phát) có 98/216 răng, chiếm tỷ lệ hơn 45%; và có 118 răng có chỉ số GI trong khoảng 2,0-3,0 (viêm nướu nặng, nướu sưng đỏ, lở loét, dễ chảy máu tự phát), chiếm tỷ lệ hơn 50% trong tổng số 216 răng của 90 bệnh nhân nghiên cứu (bảng 3.14). Điều này chứng tỏ bệnh nhân rất chú quan đối với viêm nha chu, để bệnh biểu hiện nặng mới đi khám và điều trị. Kết quả về chỉ số mảng bám răng, chỉ số nướu trong nghiên cứu của chúng tôi tương tự như Helmi M., Huang H., et al. (2019)⁴, nghiên cứu Hoàng Tiến Công (2009)¹. Nhìn chung chỉ số PLI và GI của bệnh nhân bị VNC mạn tính đều ở mức trung bình đến kém ở các nghiên cứu kể trên. Điều này cho thấy tiến triển bệnh mạn tính hiện diện thói quen vệ sinh răng miệng kém của BN và những triệu chứng mạn tính khiến cho BN không nhận thức được mức độ nghiêm trọng của bệnh, chỉ khám và điều trị bệnh VNC khi tình cờ phát hiện qua những lần khám răng (bảng 3.3).

Chảy máu khi thăm khám (BOP): đây là một chỉ điểm cho tình trạng viêm nhiễm đang xảy ra tại sang thương theo Marini (2019)⁷. Trước điều trị, tình trạng chảy máu của bệnh nhân tham gia nghiên cứu trung bình là $77,1 \pm 20,97\%$ (bảng 3.5). Chỉ số này có mối tương quan chặt chẽ với độ sâu túi nha chu và chỉ số nướu, chỉ số với răng của bệnh nhân (theo bảng 3.14). Xu hướng BOP giảm chứng tỏ việc điều trị đã cải thiện tình trạng viêm nhiễm của bệnh VNC mạn tính, theo Lamont (2018)⁸.

Độ sâu túi nha chu (PPD) trung bình là $4,96 \pm 1,31\text{mm}$, với 124 răng có độ sâu túi nông nhất là 3mm, 5 răng có sang thương túi sâu nhất là 12mm, với PPD ở nhóm >4mm (viêm nha chu trung bình và nặng) chiếm hơn 50% số răng được điều trị (biểu đồ 3.2). Độ sâu túi trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi nhỏ hơn 5mm (4,96mm), so với các nghiên cứu có can thiệp phẫu thuật vạt thì PPD trung bình của nhóm đối tượng nghiên cứu này thấp hơn các nghiên cứu có can thiệp phẫu thuật trước đó. Theo Lamont T., Worthington H., et al. (2018)⁶ thì chỉ định phẫu thuật với các túi có độ sâu $\geq 5\text{mm}$, theo] thì các túi có độ sâu $\geq 6\text{mm}$ được xác định là

ngưỡng của điều trị phẫu thuật. Nhiều tác giả cũng đồng ý là can thiệp phẫu thuật ở các sang thương sâu cho phép giảm độ sâu túi nhiều hơn so với điều trị không phẫu thuật]. Mặc dù nhiều nghiên cứu đã đánh giá điều trị phẫu thuật ở các túi <4mm sẽ tạo ra sự mất bám dính lâm sàng và quan trọng hơn sự tụt nướu³², chúng tôi tiến hành điều trị phẫu thuật vì tồn tại vị trí >5mm ở răng có PPD trung bình <5mm trong nghiên cứu của chúng tôi. Theo Marini L., Sahrmann P., et al. (2019), cũng đưa ra kiến nghị cần xem xét nhu cầu điều trị phẫu thuật với túi ≥5mm.⁷ Nghiên cứu của Hoàng Tiến Công (2009)¹ có độ sâu túi trung bình tham gia điều trị phẫu thuật là 4,69±1,27mm. Với PPD trung bình là 4,96±1,31mm trong nghiên cứu của chúng tôi và những cơ sở trên, chỉ định phẫu thuật với bệnh nhân VNC mạn của nghiên cứu này là phù hợp.

Mất bám dính lâm sàng (CAL): 5,79±1,65mm, với mức mất bám dính thấp nhất là 2,75mm, cao nhất là 12,75mm. CAL và độ lung lay là những chỉ số lâm sàng thể hiện gián tiếp mức độ tiêu xương ổ răng. Theo phân loại viêm nha chu của Hiệp hội nha chu Hoa Kỳ (AAP) thì số răng được điều trị thuộc VNC trung bình và nặng, với VNC nặng ở 186/216 răng có CAL ≥5mm (biểu đồ 3.3).

4.2 Đặc điểm X quang hình thái tổn thương xương ổ răng. Tỷ lệ các tổn thương có tiêu xương ngang gặp nhiều hơn các tổn thương tiêu xương chéo. Quá trình viêm nha chu là cho mô nha chu bị tổn thương, trong đó xương ổ răng bị phá hủy để lại khuyết hồng quanh chân răng. Trên hình ảnh của phim quang, không thấy hết được những hình ảnh tổn thương xương ổ răng. Chỉ khi tiến hành phẫu thuật lật vạt mới thấy rõ các tổn thương xương ổ răng.

Các dạng tiêu xương trên phim X quang của bệnh nhân VNC mạn tính trong nghiên cứu gồm: Tiêu xương ngang: số lượng 162/216 răng, chiếm tỷ lệ 75,0%. VNC mạn tính hay gặp ở tuổi từ 30 trở lên, diễn tiến từ nên khi bệnh nhân đến khám và điều trị thấy tỷ lệ tiêu xương ngang là nhiều nhất trong các dạng tiêu xương. Tuổi trung bình trong dạng tiêu xương này là 44,29±18,03 tuổi. Tiêu xương chéo: 37/216 răng, tỷ lệ 17,1%, tuổi trung bình 43,59±15,95 tuổi. Tiêu xương hỗn hợp: 17/216 răng, tỷ lệ 7,9%, tuổi trung bình là 44,41±11,54 (biểu đồ 3.4).

Tỷ lệ của các dạng tiêu xương trong nghiên cứu của chúng tôi cao hơn so với nghiên cứu của Phùng Tiến Hải (2008)² tỷ lệ tiêu xương ngang 7,72%, tiêu xương hỗn hợp chiếm 32,28%; so với kết quả nghiên cứu của Jayakumar (2010)³⁶ trên 150 bệnh nhân bị VNC mạn tính, tỷ lệ tiêu

xương ngang cao hơn chiếm 2,2%, nhưng tỷ lệ tiêu xương chéo thấp hơn chiếm 7,8%. Nghiên cứu của Helmi (2019) theo dõi sự tiêu xương ổ răng trên 1131 bệnh nhân VNC đến khám tại khoa Răng Hàm Mặt của trường Đại học Harvard từ năm 2014 đến 2015 cho thấy nhóm tuổi 35-49 có sự tiêu xương ổ răng nhiều và nhanh hơn với mức độ tiêu xương ổ răng là 0,43mm so với nhóm tuổi từ <34 là 0,20mm đo trên phim quang. Và các nghiên cứu cho thấy sự tiêu xương ổ răng càng tăng khi tuổi bệnh nhân càng lớn, và dạng tiêu xương thường gặp trong bệnh VNC mạn là tiêu xương dạng ngang⁴

Liên quan giữa độ sâu túi và dạng tiêu xương. Các dạng tiêu xương trên phim toàn cảnh thể hiện trên lâm sàng với các độ sâu túi khác nhau, với biến động độ sâu túi nha chu trung bình của răng từ túi nông 3mm đến túi sâu hơn 12mm thì dạng tiêu xương gặp nhiều nhất là tiêu xương ngang. Tương quan giữa độ sâu túi nha chu và kiểu tiêu xương là tương quan thuận có ý nghĩa thống kê (bảng 3.3). Điều này cho thấy túi nha chu càng sâu càng gặp dạng tiêu xương phức tạp hơn (ngang+chéo) và hiện diện túi trong xương. Theo Jayakumar A., Rohini S., et al. (2010) Tổng cộng, 3.371 răng đã được nghiên cứu, trong đó tiêu xương ngang được tìm thấy ở 3.107 răng (92,2%) và khuyết xương dọc chỉ được tìm thấy ở 264 (7,8%) răng, điều này có ý nghĩa thống kê (P<0,001)⁵. Sự phân bố kiểu tiêu xương với độ sâu túi trong nghiên cứu của chúng tôi tương đối phù hợp kết quả trên.

V. KẾT LUẬN

Các răng có nhiều vôi răng, và nướu viêm ở mức độ trung bình trở lên, tương ứng với chỉ số vôi răng trung bình là 1,9 và chỉ số nướu viêm trung bình là 1,86.

Độ sâu túi trung bình là 4,96±1,31mm, mất bám dính lâm sàng trung bình là 5,79±1,65mm, trong đó độ tụt nướu viền trung bình là 1,25±0,82mm.

Tiêu xương dạng ngang chiếm tỷ lệ cao nhất trong 3 dạng với 75%.

Tiêu xương dạng chéo chiếm 17,1 và tiêu xương hỗn hợp 7,9%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Hoàng Tiến Công (2009), "Nghiên cứu lâm sàng, X-quang kết quả điều trị viêm quanh răng mạn tính bằng kỹ thuật vạt cài tiến", Tạp chí Y học thực hành, 11 (687), 40-43.
2. Phùng Tiến Hải (2008), 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.
3. **Eke P., Dye B., et al. (2015)**, "Update on Prevalence of Periodontitis in Adults in the United States: NHANES 2009 to 2012", *Journal of Periodontology*, 86 (5), 611-622.
 4. **Helmi M., Huang H., et al. (2019)**, "Prevalence of periodontitis and alveolar bone loss in a patient population at Harvard School of Dental Medicine", *BMC Oral Health*, 19 (254), 1-11.
 5. **Jayakumar A., Rohini S., et al. (2010)**, "Horizontal alveolar bone loss: A periodontal orphan", *Journal of Indian Society of Periodontology*, 14 (3), 181-185.
 6. **Lamont T., Worthington H., et al. (2018)**, "Routine scale and polish for periodontal health in adults", *Cochrane database of systematic reviews*, 12 (12), 1-57.
 7. **Marini L., Sahrman P., et al. (2019)**, "Early Wound Healing Score (EHS): An Intra- and Inter-Examiner Reliability Study", *Dentistry Journal*, 7 (3), 86-96.
 8. **Singh D., Jalaluddin M., et al. (2017)**, "Trauma from occlusion: The overstrain of the supporting structures of the teeth", *Indian Journal of Dental Sciences*, 9, 126-132.

KHẢO SÁT CÁC YẾU TỐ TIÊN LƯỢNG NẶNG Ở BỆNH NHÂN NHIỄM TRÙNG CỔ SÂU TẠI BỆNH VIỆN CHỢ RẪY TỪ 2019 ĐẾN 2022

Ngô Văn Công*, Trương Minh Thịnh**

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Nhiễm trùng cổ sâu (NTCS) là tình trạng nhiễm trùng nặng ảnh hưởng đến các khoang và mạc cổ sâu. Xác định các yếu tố tiên lượng (YTTL) NTCS nặng có thể đưa ra kế hoạch điều trị thích hợp. **Mục tiêu nghiên cứu:** Khảo sát các YTTL biến chứng trong NTCS. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Chúng tôi phân tích hồi cứu và tiến cứu 257 trường hợp NTCS được điều trị tại Bệnh viện Chợ Rẫy từ 12/2019-7/2022. Hồi quy logistic đa biến được dùng để phân tích các yếu tố lâm sàng và cận lâm sàng liên quan đến biến chứng nhiễm trùng cổ sâu. **Kết quả:** Biến chứng xảy ra ở 100 trên 257 trường hợp. Hồi quy logistic đa biến cho thấy sự hiện diện khó thở ($p < 0,001$), đau ngực ($p = 0,01$), độ bão hòa oxy máu ngoại vi (SpO_2) ($p = 0,01$) thấp khi nhập viện, khoang sau họng ($p = 0,001$), nhiều khoang cổ bị ảnh hưởng ($p = 0,01$) và viêm mạc hoại tử ($p < 0,001$) có nhiều khả năng bị biến chứng NTCS. **Kết luận:** Khó thở, đau ngực, SpO_2 , khoang sau họng, số khoang cổ bị ảnh hưởng và viêm mạc hoại tử là những YTTL biến chứng.

Từ khóa: Nhiễm trùng cổ sâu, biến chứng, phân tích đa biến, yếu tố tiên lượng.

SUMMARY

SURVEY ON THE POOR PROGNOSTIC FACTORS IN PATIENTS WITH DEEP NECK INFECTIONS AT CHO RAY HOSPITAL FROM 2019 TO 2022

Background: Deep neck infections are serious infections affecting the deep cervical fascia and spaces. Identifying predictive factors for severe deep

neck infections may allow the establishment of appropriate treatment. **Objective:** To identify predictive factors for complications of deep neck infections. **Methods:** We retrospectively and prospectively analyzed 257 cases of DNIs treated at Cho Ray hospital between December 2019 and July 2022. The multivariate logistic regression method was used to analyze clinical and laboratory factors associated with complications of DNIs. **Results:** In this study, complications in DNI patients occurred in 100 out of 257 cases. The multivariate logistic regression model showed that the presence of dyspnea ($p < 0.001$), chest pain ($p = 0.01$), low peripheral oxygen saturation ($p = 0.01$) on admission, retropharyngeal space involvement ($p = 0.001$), involvement of multiple spaces ($p = 0.01$), and necrotizing fasciitis ($p < 0.001$) were more likely to have complicated deep neck infections. **Conclusion:** Dyspnea, chest pain, peripheral oxygen saturation on admission, retropharyngeal space involvement, number of space involvement, and necrotizing fasciitis are the predictive factors for complications.

Keywords: Deep neck infections, complications, multivariate analysis, predictors.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Nhiễm trùng cổ sâu là tình trạng nhiễm trùng xảy ở các khoang và mạc sâu vùng cổ, đặc trưng bởi sự tiến triển nhanh và các biến chứng đe dọa tính mạng¹⁻³. Nhiễm trùng cổ sâu vẫn một vấn đề sức khỏe quan trọng ở nhiều nước, gây ra tỷ lệ biến chứng và tử vong đáng kể⁴, tỷ lệ tử vong 7,1 – 41,7% khi có biến chứng⁵.

Nhiễm trùng cổ sâu nặng là tình trạng nhiễm trùng cổ sâu có biến chứng và nguy cơ tử vong cao. Do diễn tiến nhanh của nhiễm trùng cổ sâu có thể dẫn đến các biến chứng nguy hiểm gồm: tắc nghẽn đường thở, sốc nhiễm trùng, thuyên tắc tĩnh mạch cảnh, viêm trung thất, tràn mủ màng phổi, viêm phổi...^{6,7}, nên việc tiên lượng

*Bệnh viện Chợ Rẫy.

**Đại học Y Dược TP.HCM.

Chịu trách nhiệm chính: Ngô Văn Công

Email: congntm@gmail.com

Ngày nhận bài: 24.10.2022

Ngày phản biện khoa học: 15.12.2022

Ngày duyệt bài: 26.12.2022