

ra tất cả đều là tổn thương đều ác tính⁷. Tuy nhiên có sự tương đồng với nghiên cứu của Janice N.Thai và cộng sự (2018) với tỷ lệ ung thư của nhóm PIRADS 4, 5 lần lượt là 39,1% và 87,8%⁵.

V. KẾT LUẬN

Kết quả cho thấy cộng hưởng từ đa thông số với việc phân loại tổn thương vùng chuyển tiếp theo phiên bản PIRADS 2.1, ưu tiên với chuỗi xung T2W, DWI/ADC với b giá trị cao có giá trị cao trong chẩn đoán và phát hiện các tổn thương UTTL, cũng như có mối tương quan có ý nghĩa thống kê giữa phân loại PIRADS 2.1 với phân độ mô học theo GLEASON.

Trong tương lai chúng tôi sẽ cố gắng nghiên cứu trên cỡ mẫu lớn hơn để đánh giá tốt hơn giá trị của cộng hưởng từ đa thông số trong chẩn đoán UTTL nói chung và UTTL vùng chuyển tiếp nói riêng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Sung H, Ferlay J, Siegel RL, et al.** Global cancer statistics 2020: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers

in 185 countries. CA: a cancer journal for clinicians. 2021;71(3):209-249.

2. **Rosenkrantz AB, Kim S, Campbell N, Gaing B, Deng F-M, Taneja SS.** Transition zone prostate cancer: revisiting the role of multiparametric MRI at 3 T. American Journal of Roentgenology. 2015;204(3):W266-W272.

3. **Turkbey B, Rosenkrantz AB, Haider MA, et al.** Prostate imaging reporting and data system version 2.1: 2019 update of prostate imaging reporting and data system version 2. European urology. 2019;76(3):340-351.

4. **Tamada T, Kido A, Takeuchi M, et al.** Comparison of PI-RADS version 2 and PI-RADS version 2.1 for the detection of transition zone prostate cancer. European journal of radiology. 2019;121:108704.

5. **Thai JN, Narayanan HA, George AK, et al.** Validation of PI-RADS Version 2 in Transition Zone Lesions for the Detection of Prostate Cancer. Radiology. 2018;288(2):485-491. doi:10.1148/radiol.2018170425

6. **Vũ Lê Chuyên, Đỗ Anh Toàn.** Khảo sát tỷ lệ ung thư tuyến tiền liệt ở nam giới trên 50 tuổi đến khám tại bệnh viện Bình Dân. Y Học TP Hồ Chí Minh.2012;16:335-341

7. **An J, Kim YJ, Seo JY, et al.** In prostatic transition zone lesions (PI-RADS v2.1): which subgroup should be biopsied? Egypt J Radiol Nucl Med. 2021;52(1):1-11. doi:10.1186/s43055-021-00543-9

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ PHẪU THUẬT ĐIỀU TRỊ VIÊM NHA CHU MẠN TÍNH BẰNG VẬT WIDMAN CẢI TIẾN TẠI BỆNH VIỆN TRƯỜNG ĐẠI HỌC Y DƯỢC CẦN THƠ

Lê Nguyên Lâm*, Phạm Thúy Duyên*

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Vật Widman cải tiến (Ramfjord và Nissle, 1974) được thiết kế để hỗ trợ loại bỏ biểu mô lót túi nướu làm giảm chiều sâu túi nướu bằng cách cắt bỏ một vành mô của đường viền nướu. Việc bộc lộ bề mặt chân răng được giảm thiểu, khắc phục được tình trạng tụt nướu sau điều trị so với các loại vật khác, ít xuất hiện tình trạng nhạy cảm ngà và giảm sâu bề mặt chân răng. **Mục tiêu:** Đánh giá kết quả phẫu thuật điều trị viêm nha chu mạn tính bằng vật Widman cải tiến. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** 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. 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, 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. **Kết quả:** Mức giảm độ sâu túi nha chu trung bình là 1,25 mm sau 3 tháng và 1,86mm sau 6 tháng. Mức phục hồi bám dính trung bình sau 3 tháng là 1,14mm và sau 6 tháng là 1,78mm. Những sự khác biệt trên đều có ý nghĩa thống kê giữa các thời điểm đánh giá. Mức tụt nướu viền ở các nhóm độ sâu túi khác nhau có sự thay đổi với giá trị trước điều trị trung bình là 1,25mm, sau 3 tháng điều trị phẫu thuật thì mức tụt nướu là 1,35mm, sau 6 tháng là 1,41m, sự thay đổi này có ý nghĩa thống kê. Mức giảm độ sâu túi đạt kết quả tốt sau 3 tháng điều trị là 92 răng chiếm 42,6% và tăng lên 131 răng (60,6%) sau 6 tháng. Mức phục hồi bám dính lâm sàng cũng tăng lên từ 63 (29,2%) ở thời điểm 3 tháng sau phẫu thuật đến 117 răng

*Trường Đại học Y Dược Cần Thơ

Chịu trách nhiệm chính: Lê Nguyên Lâm

Email: lenguyenlam@ctump.edu.vn

Ngày nhận bài: 24.10.2022

Ngày phản biện khoa học: 12.12.2022

Ngày duyệt bài: 26.12.2022

(54,1%) sau 6 tháng điều trị. **Kết luận:** Điều trị viêm nha chu bằng kỹ thuật vạt Widman cải tiến đã mang lại kết quả rất tốt như giảm độ sâu túi nha chu, phục hồi bám dính và có những thay đổi của các chỉ số lâm sàng và cận lâm sàng khác.

Từ khóa: Viêm nha chu mãn tính, vạt Widman cải tiến, độ sâu túi nha chu.

SUMMARY

ASSESSMENT OF SURGICAL RESULTS TREATMENT OF CHRONIC CHRONIC PERIODONTITIS WITH IMPROVED WIDMAN FLAP AT CANTHO UNIVERSITY OF MEDICINE AND PHARMACY HOSPITAL

Background: The improved Widman flap (Ramfjord and Nissle, 1974) was designed to assist in the removal of the epithelium lining the gingival pocket. Reduces gingival pocket depth by removing a rim of tissue of the gingival contour. The exposure of the root surface is minimized, the gum recession is overcome after treatment compared to other types of flaps, there is less dentin sensitivity and reduced root surface decay. **Objective:** To evaluate the surgical results of chronic periodontitis with the improved widman flap. **Research object and method:** Time and location of the study Patients with chronic periodontitis came for examination and treatment at the Department of Odonto-Stomatology, Can Tho University of Medicine and Pharmacy, from June 2018 to April 2020. Patient was diagnosed with chronic periodontitis (according to Flemming 1999), good general health, 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 mean reduction in periodontal pocket depth was 1.25 mm after 3 months and 1.86 mm after 6 months. The average adhesion recovery after 3 months was 1.14mm and after 6 months was 1.78mm. These differences were all statistically significant between the time points of the assessment. The level of receding gums in different pocket depth groups changed with an average value of 1.25mm before treatment, after 3 months of surgical treatment, the level of gingival recession was 1.35mm, after 6 months it was 1.41m, this change is statistically significant. The reduction of pocket depth achieved good results after 3 months of treatment with 92 teeth accounting for 42.6% and increased to 131 teeth (60.6%) after 6 months. Clinical adhesion recovery also increased from 63 (29.2%) at 3 months after surgery to 117 teeth (54.1%) after 6 months of treatment. **Conclusion:** Treatment of periodontitis with the improved Widman flap technique has brought about very good results such as reduction of periodontal pocket depth, restoration of adhesions and changes in other clinical and paraclinical indicators. .

Keywords: Chronic periodontitis, improved Widman flap, periodontal pocket depth.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bằng chứng y văn đã có ghi nhận về thời gian tái nhiễm sau điều trị không phẫu thuật, do đó những sang thương có độ sâu túi hơn 5mm thì nhu cầu điều trị phẫu thuật bảo tồn (như vạt tạo lổ vào, vạt Widman cải tiến) cần được xem xét, theo Trần Yến Nga (2018)². Theo Hoàng Tiến Công (2009)¹, việc điều trị với phẫu thuật vạt Widman cải tiến đã duy trì được vị trí mô mềm tốt hơn, tụt nướu sau điều trị ít xảy ra hơn khi so sánh với các nghiên cứu về những loại vạt khác trong điều trị viêm nha chu mạn tính. Xuất phát từ những vấn đề trên, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài: "Đánh giá kết quả phẫu thuật điều trị viêm nha chu mạn tính bằng vạt Widman cải tiến" với các mục tiêu sau:

1. *Đánh giá mức giảm độ sâu túi và phục hồi bám dính lâm sàng sau điều trị*

2. *Đánh giá sự thay đổi các chỉ số mảng bám, chỉ số nướu, độ lung lay và chảy máu sau điều trị.*

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.

*Đánh giá kết quả điều trị

Bảng 2.1. Thang điểm đánh giá kết quả sau điều trị¹

Thang điểm	Tốt	Khá	Trung bình
Chỉ số GI và PLI	0 - 0,1	0,1-0,9	≥1
Độ lung lay	<1	1-2	>2
Mức giảm độ sâu túi	> 1,5mm	0,5-1,5mm	PPD không đổi hoặc tăng
Phục hồi bám dính lâm sàng	>1,5mm	0,5-1,5mm	CAL không đổi hoặc tăng

Đánh giá kết quả sau điều trị: thời điểm 1 tháng sau điều trị khởi đầu, 3 tháng và 6 tháng sau điều trị phẫu thuật.

Đánh giá kết quả sau điều trị được chia làm 3 mức độ: tốt, khá, trung bình. Thang điểm đánh giá dựa trên nghiên cứu của Nguyễn Đức Thăng³

Tiến hành nghiên cứu Ngày thứ nhất (T0): Phòng vấn bệnh nhân. Hỏi bệnh, thăm

khám lâm sàng và chụp phim X quang. Điều trị khởi đầu: Hướng dẫn VSRM, sử dụng chỉ nha khoa và nước súc miệng kháng khuẩn Chlorhexidine 0,12% để kiểm soát mảng bám. Chỉ định xét nghiệm máu chuẩn bị cho phẫu thuật.

Thời điểm 1 tháng sau điều trị khởi đầu (T1): Tiến hành phẫu thuật

- Bước 1: Sát khuẩn và gây tê tại chỗ vùng nướu răng phẫu thuật.

- Bước 2: Rạch vạt Widman cải tiến

- Bước 3: Làm sạch và xử lý bề mặt gốc răng.

- Bước 4: Đặt vạt lại đúng vị trí và tiến hành khâu đóng vạt.

- Bước 5: Hướng dẫn bệnh nhân sau phẫu thuật và toa thuốc.

Hướng dẫn bệnh nhân tự chăm sóc sau phẫu thuật

Thời điểm 1 tuần sau điều trị phẫu thuật

Tiếp tục điều trị duy trì và tái khám mỗi 3 tháng sau phẫu thuật

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1 Thay đổi độ sâu túi, mất bám dính lâm sàng sau điều trị

Bảng 3.1. Thay đổi độ sâu túi nha chu sau điều trị

Thời điểm	Số răng	Độ sâu túi (mm)	Mức giảm độ sâu túi (mm)	p
Trước điều trị (0)	216	4,96±1,31		
Sau điều trị sơ khởi (1)	216	4,51±1,27	0,47±0,23	0,000*
Sau 3 tháng (2)	216	3,27±0,84	1,25±0,55	0,000**
Sau 6 tháng (3)	216	2,52±0,69	1,86±0,95	0,000***

*p1, **p2, ***p3. Kiểm định Wilcoxon

Nhận xét: Sau 3 tháng phẫu thuật, mức giảm độ sâu túi trung bình là 1,25mm, sau 6 tháng là 1,60mm có ý nghĩa thống kê (p<0,05). Sau điều trị, độ sâu túi trung bình của răng trước đặt được là 2,7mm, răng sau là 2,01mm.

Bảng 3.2. Sự thay đổi mất bám dính lâm sàng sau điều trị

Số liệu	Mất bám dính	Mức tăng bám dính (mm)	p
Trước điều trị (0)	5,81±1,63		
Sau điều trị sơ khởi (1)	5,78±1,65	0,19±0,31	0,415*
Sau 3 tháng (2)	4,67±1,30	1,17±0,58	0,000**
Sau 6 tháng (3)	3,81±1,14	1,68±0,89	0,000***

*p1, **p2, ***p3. Kiểm định Wilcoxon

Nhận xét: Sự thay đổi mức bám dính qua các giai đoạn đánh giá sau điều trị so với trước điều trị đều có ý nghĩa thống kê (p<0,05). Giai đoạn 6 tháng sau điều trị, sự tăng mức bám dính lâm sàng là 1,68mm, cao hơn so với sau điều trị 3 tháng, với tăng bám dính trung bình là 1,17mm.

3.2 Sự thay đổi các chỉ số mảng bám, chỉ số nướu, độ lung lay và chảy máu sau điều trị

Bảng 3.3. Thay đổi các chỉ số lâm sàng chỉ số mảng bám, chỉ số nướu, độ lung lay và chảy máu sau điều trị

Số liệu	Các chỉ số lâm sàng			
	GI	PLI	TM	BOP (%)
Trước điều trị (0)	1,86 ± 0,29	1,90 ± 0,23	2,37 ± 0,77	77,1 ± 20,97
Sau điều trị sơ khởi (1)	0,48 ± 0,37	0,23 ± 0,22	2,33 ± 0,75	41,89±31,82
Sau 3 tháng (2)	0,17 ± 0,30	0,26 ± 0,22	1,50 ± 0,50	27,08±16,21
Sau 6 tháng (3)	0,21 ± 0,31	0,37 ± 0,24	1,39 ± 0,48	30,78±15,09
p1	0,000	0,000	0,014	0,000

p2	0,000	0,000	0,000	0,000
p3	0,213	0,000	0,000	0,000

*Kiểm định Wilcoxon

Nhận xét: Các chỉ số mảng bám, chỉ số nướu, độ lung lay và chảy máu khi thăm khám đều có những thay đổi theo hướng cải thiện ở mỗi thời điểm đánh giá sau điều trị ($p < 0,05$). Ở giai đoạn 6 tháng, chỉ số nướu tăng nhẹ và không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

Bảng 3.4. Hiệu quả điều trị phẫu thuật vạt Widman cải tiến

Thời điểm	Chỉ tiêu	Số răng	Tốt (%)	Trung bình (%)	Kém (%)
Sau 3 tháng	Giảm độ sâu túi	216	92 (42,6)	81 (37,5)	43 (19,9)
	Phục hồi bám dính	216	63 (29,2)	93 (43,1)	60 (27,7)
Sau 6 tháng	Giảm độ sâu túi	216	131 (60,6)	77 (35,7)	8 (3,7)
	Phục hồi bám dính	216	117 (54,1)	85 (39,4)	14 (6,5)

Nhận xét: Hiệu quả điều trị đều cải thiện theo thời gian. Mức giảm độ sâu túi đạt kết quả tốt sau 3 tháng điều trị là 92 răng chiếm 42,6% và tăng lên 131 răng (60,6%) sau 6 tháng. Mức phục hồi bám dính lâm sàng cũng tăng lên từ 63 (29,2%) ở thời điểm 3 tháng sau phẫu thuật đến 117 răng (54,1%) sau 6 tháng điều trị. Hiệu quả điều trị ở mức trung bình và kém cũng thay đổi theo hướng cải thiện.

IV. BÀN LUẬN

4.1 Độ sâu túi nha chu có xu hướng giảm dần trong toàn bộ đợt điều trị, cả điều trị khởi đầu và điều trị phẫu thuật. (Bảng 3.1, $p < 0,05$). Sự giảm độ sâu túi nha chu rõ rệt tại lần đánh giá 3 tháng sau phẫu thuật khi so sánh với trước phẫu thuật, ở các thời điểm đánh giá sau điều trị khởi đầu và 6 tháng sau phẫu thuật, độ sâu túi nha chu có thay đổi tương đối rõ, nhưng không nhiều so với 3 tháng sau điều trị phẫu thuật. Mức giảm độ sâu túi trung bình là 1,25mm sau 3 tháng và 1,86mm sau 6 tháng phẫu thuật (bảng 3.1). Điều này có thể chỉ ra rằng, điều trị viêm nha chu ở các túi sâu trên 4 mm bằng phẫu thuật vạt có thể làm giảm tình trạng viêm và giảm độ sâu túi của sang thương VNC mạn của bệnh nhân, và sự thay đổi này có ý trên lâm sàng và ý nghĩa trong thống kê ($p < 0,05$). Kết quả của nghiên cứu này phù hợp với nhận xét của Becker và cộng sự cho rằng, tất cả các liệu pháp điều trị phẫu thuật đều dẫn đến giảm độ sâu túi nha chu nhiều hơn ở những vị trí có túi sâu hơn trước điều trị. Hơn nữa, điều trị phẫu thuật thường làm giảm độ sâu túi nha chu trong thời gian ngắn hơn so với liệu pháp điều trị không phẫu thuật. Phẫu thuật vạt thường làm giảm độ sâu của túi với thời hạn ngắn nhất. Ngoài ra, mức giảm độ sâu túi nha chu có khuynh hướng giảm theo thời gian, bất kể liệu pháp điều trị nào³.

Kết quả giảm độ sâu túi nha chu sau điều trị ở nhóm phẫu thuật vạt cải tiến trong nghiên cứu

này cao hơn kết quả điều trị bằng phẫu thuật vạt của một số nghiên cứu trước đây. Với độ sâu túi trước điều trị từ 4 đến 6 mm, mức giảm độ sâu túi nha chu sau 06 tháng điều trị trong nghiên cứu này là 2,52 mm, so với 1,47 mm sau điều trị bằng phẫu thuật vạt Widman cải tiến của Hoàng Tiến Công¹ với độ sâu túi trung bình là 4,69 mm. Trong khi đó, kết quả điều trị bằng phẫu thuật vạt Widman cải tiến kết hợp với điều trị khởi đầu của Aljateeli và cộng sự (2014)⁴ là 3,53 mm sau 3 tháng và 3,42mm sau 6 tháng của Nguyễn Đức Thắng (2004)³ là 3,06 mm sau 3 tháng, 2,91mm sau 9-12 tháng, và của Hoàng Tiến Công (2009)¹ là 2,7 mm sau 6 tháng và 3,2mm sau 12 tháng. Các nghiên cứu trước đây đã chỉ ra rằng phần lớn sự thay đổi mô mềm được hoàn thành trong 6 tháng sau điều trị và sự thay đổi mô xương còn tiếp tục sau đó, theo nghiên cứu của Sanz-Martin và cộng sự (2019)⁸ về đánh giá dài hạn các chỉ số lâm sàng của viêm nha chu sau điều trị phẫu thuật và không phẫu thuật của các nghiên cứu trước đó. Hiệu quả lâu dài của việc điều trị, trong đó có sự thay đổi mô nha chu và đặc biệt là độ sâu túi nha chu chịu ảnh hưởng rất lớn bởi việc chăm sóc răng miệng và điều trị duy trì chứ không chỉ là vấn đề kỹ thuật hay liệu pháp điều trị. Những nghiên cứu trên được đề cập đến trong nghiên cứu hồi cứu của Sanz-Martin và cộng sự (2019)⁹ đánh giá về kết quả điều trị lâu dài giữa các phương pháp điều trị viêm nha chu mạn tính, bao gồm có và không có phẫu thuật. Họ cũng nhấn mạnh vai trò và tầm quan trọng của chế độ điều trị duy trì và chăm sóc răng miệng để thúc đẩy quá trình lành thương và duy trì sự lành mạnh của mô nha chu. Từ kết quả của các nghiên cứu trên thấy rằng, sự khác biệt giữa các liệu pháp điều trị sẽ mất đi theo thời gian. Tuy nhiên, trong phạm vi của nghiên cứu này, mức giảm độ sâu túi nha chu sau phẫu thuật vạt Widman cải tiến nhiều hơn so với thời điểm điều trị khởi đầu, ở cả sau 3 và 6

tháng điều trị.

Phục hồi bám dính lâm sàng. Cùng với việc làm giảm độ sâu túi nha chu, sau điều trị đã phục hồi được đáng kể mức bám dính lâm sàng, các kết quả thể hiện ở bảng 3.2. Nhìn chung, ở mỗi nhóm theo độ sâu túi nha chu trước điều trị đều có xu hướng phục hồi bám dính theo thời gian (bảng 3.12). Tuy nhiên, sự thay đổi nhiều và rõ rệt sau 6 tháng. Kết quả điều trị cũng cho thấy mức phục hồi bám dính sau điều trị phẫu thuật cao hơn sau điều trị sơ khởi ($p < 0,05$).

Trong nghiên cứu này, mức phục hồi bám dính bằng phẫu thuật vật cải tiến sau 3 tháng đạt được trung bình là 1,17 mm, sau 6 tháng là 1,68mm (bảng 3.2). Phân tích kết quả theo độ sâu túi nha chu trước điều trị thấy rằng, sự thay đổi mức mất bám dính sau phẫu thuật liên quan tới độ sâu túi nha chu trước điều trị của các tổn thương. Mức phục hồi bám dính sau điều trị phẫu thuật trong nghiên cứu này tương đối phù hợp với kết quả điều trị bằng phẫu thuật vật của một số nghiên cứu trước đây. Mức phục hồi bám dính theo nghiên cứu của Nguyễn Đức Thắng³ là 2,76mm sau 3 tháng. Với độ sâu túi trước điều trị trên 6mm, mức phục hồi bám dính trong nghiên cứu của Hoàng Tiến Công¹ là 1,6mm sau 6 tháng.

4.2 Tình trạng nướu, vệ sinh răng miệng sau điều trị phẫu thuật. Qua bảng 3.3 cho thấy sự cải thiện đáng kể các chỉ số sau điều trị. Chỉ số mảng bám tại các thời điểm đánh giá trước và sau điều trị: trước điều trị là $1,90 \pm 0,23$ giảm xuống còn $0,26 \pm 0,22$ điểm sau 3 tháng và $0,37 \pm 0,24$ điểm sau 6 tháng có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$ (bảng 3.3). Trong đó, chỉ số PLI 1,0-1,9 (chỉ số mảng bám ở mức độ trung bình và kém) chiếm 46,3% và 53,7% số răng có PLI ≥ 2 . Tuy nhiên mức độ mảng bám giảm và phân bố nhiều hơn ở nhóm vệ sinh răng miệng rất tốt và tốt sau điều trị khởi đầu và điều trị phẫu thuật. Sự thay đổi này giữa các thời điểm có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

Chỉ số nướu trung bình trước điều trị là $1,86 \pm 0,29$ ở trong khoảng 1,5- 3,0 điểm (viêm nướu trung bình và nặng), biểu hiện trên lâm sàng nướu sưng đỏ và dễ chảy máu tự phát. Sau điều trị khởi đầu, chỉ số nướu giảm xuống $0,48 \pm 0,37$; tại thời điểm sau 3 tháng là $0,17 \pm 0,30$ và tăng nhẹ ở thời điểm sau 6 tháng $0,21 \pm 0,31$ (bảng 3.13 và 3.20). Tuy nhiên, sự thay đổi này có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$), còn sự thay đổi giữa 6 tháng với 3 tháng không đáng kể trên lâm sàng và không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$). So sánh chỉ số viêm nướu tại 3 thời điểm đánh giá sau điều trị khởi đầu và phẫu

thuật: GI = 0 chiếm 26,85% sau điều trị khởi đầu, 71,76% sau 3 tháng và 71,30% sau 6 tháng điều trị. GI 2,0-3,0 đều không có ở cả 3 thời điểm đánh giá sau điều trị khởi đầu và phẫu thuật (bảng 3.20).

Chỉ số nướu và chỉ số mảng bám đã giảm và được duy trì ở mức thấp trong suốt thời gian nghiên cứu. Điều này cũng phù hợp với đa số các nghiên cứu về điều trị bệnh viêm nha chu, cho rằng các chỉ số vôi răng và chỉ số nướu thường biến đổi tốt lên ở giai đoạn từ 3 đến 6 tháng sau điều trị, sau đó ổn định và có thể diễn biến xấu đi ở các giai đoạn sau, theo Carra (2020)⁵ và Sanz-Martin (2019). Theo thời gian, mức độ tích lũy của mảng bám và vôi răng sẽ tăng dần, dẫn đến tình trạng viêm nhiễm tái phát vùng quanh răng, ảnh hưởng xấu đến kết quả điều trị. Sự thay đổi đáng kể chảy máu khi thăm khám lâm sàng trên bệnh nhân cũng được thể hiện qua các thời điểm đánh giá sau điều trị, từ $77,1 \pm 20,97\%$ trước điều trị, đã giảm đáng kể và có ý nghĩa sau điều trị khởi đầu còn $41,89 \pm 31,82\%$, và $27,08 \pm 16,21\%$ sau 3 tháng phẫu thuật, nhưng ở giai đoạn 6 tháng, tình trạng viêm nướu do tích lũy mảng bám và vôi răng khiến BOP tăng nhẹ so với 3 tháng, là $30,78 \pm 15,09\%$. Sự thay đổi này cũng phù hợp với sự thay đổi của chỉ số nướu và chỉ số vôi răng.

Theo Lamont T., Worthington H., et al. (2018), đối với người lớn không bị viêm nha chu nặng, những người thường xuyên tiếp cận dịch vụ chăm sóc răng miệng định kỳ, việc điều trị bằng vôi và đánh bóng định kỳ tạo ra rất ít hoặc không có sự khác biệt đối với bệnh viêm nướu, độ sâu túi và chất lượng cuộc sống liên quan đến sức khỏe răng miệng trong hai đến ba năm theo dõi khi so sánh với những người không có khám định kỳ và cạo vôi đánh bóng (bằng chứng chắc chắn cao). Cũng có thể có ít hoặc không có sự khác biệt về mức độ mảng bám trong hai năm (bằng chứng có độ chắc chắn thấp). Cạo vôi và đánh bóng định kỳ làm giảm mức độ cao răng so với không cạo vôi và đánh bóng định kỳ, với điều trị sáu tháng giúp giảm vôi răng hơn so với điều trị 12 tháng sau hai đến ba năm theo dõi (bằng chứng chắc chắn cao)

Hiệu quả điều trị phẫu thuật vật Widman cải tiến. Hiệu quả điều trị đều cải thiện theo thời gian (bảng 3.4). Mức giảm độ sâu túi đạt kết quả tốt sau 3 tháng điều trị là 92 răng chiếm 42,6% và tăng lên 131 răng (60,6%) sau 6 tháng. Mức phục hồi bám dính lâm sàng cũng tăng lên từ 63 (29,2%) ở thời điểm 3 tháng sau phẫu thuật đến 117 răng (54,1%) sau 6 tháng

điều trị. Hiệu quả điều trị ở mức trung bình và kém cũng thay đổi theo hướng cải thiện.

V. KẾT LUẬN

Mức giảm độ sâu túi nha chu trung bình là 1,25 mm sau 3 tháng và 1,86mm sau 6 tháng. Mức giảm nhiều hơn ở các túi nha chu sâu hơn so với trước điều trị. Mức phục hồi bám dính trung bình sau 3 tháng là 1,14mm và sau 6 tháng là 1,78mm. Mức phục hồi bám dính nhiều hơn ở các túi nha chu sâu hơn so với trước điều trị. Sự cải thiện rõ rệt chỉ số nướu và chỉ số mảng bám ở mỗi thời điểm đánh giá so với trước điều trị. Những sự khác biệt trên đều có ý nghĩa thống kê giữa các thời điểm đánh giá.

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 cải tiến", Tạp chí Y học thực hành, 11 (687), 40-43.
2. Trần Yên Nga (2018), "Điều trị phẫu thuật túi nha chu tồn tại", Cập nhật nha khoa - Khoa Răng Hàm Mặt, Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh, 23, 57-61.
3. Nguyễn Đức Thắng (2004), Nghiên cứu điều trị phẫu thuật viêm quanh răng bằng ghép bột xương đồng loại đông khô khử khoáng, Luận án Tiến sĩ Y học, Trường Đại học Y Hà Nội, Hà Nội.
4. Aljateeli M., Koticha T., Bashutski J., et al. (2014), "Surgical periodontal therapy with and without initial scaling and root planing in the management of chronic periodontitis: a randomized clinical trial", Journal of Clinical Periodontology, 41 (7), 693-700.
5. Carra M., Detzen L., et al. (2020), "Promoting behavioural changes to improve oral hygiene in patients with periodontal diseases: A systematic review", Journal of Clinical Periodontology, 47, 72-89.
6. Graziani F., Karapetsa D., et al. (2017), "Nonsurgical and surgical treatment of periodontitis: how many options for one disease?", Periodontol 2000, 75 (1), 152-188.
7. 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.
8. Pihlstrom B., McHugh R., et al. (1983), "Comparison of surgical and nonsurgical treatment of periodontal disease. A review of current studies and additional results after 61/2 years", Journal of Clinical Periodontology, 10 (5), 524-541.
9. Sanz-Martin I., Cha J., et al. (2019), "Long-term assessment of periodontal disease progression after surgical or non-Surgical treatment: a systematic review", Journal of Periodontal and Implant Science, 49 (2), 60-75.

GIÁ TRỊ TIỀN LƯỢNG TỬ VONG CỦA LACTAT MÁU Ở NGƯỜI BỆNH SỐC NHIỄM KHUẨN ĐIỀU TRỊ TẠI BỆNH VIỆN BỆNH NHIỆT ĐỐI TRUNG ƯƠNG GIAI ĐOẠN 2018-2022

Nguyễn Thị Huyền¹, Tạ Thị Diệu Ngân^{1,2}

TÓM TẮT

Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 134 người bệnh sốc nhiễm khuẩn điều trị tại Bệnh viện Bệnh Nhiệt đới Trung ương giai đoạn 2018 – 2022 nhằm đánh giá giá trị tiên lượng tử vong của lactat máu trong sốc nhiễm khuẩn. **Kết quả:** Nồng độ lactat máu trung bình tại thời điểm sốc nhiễm khuẩn là $5,5 \pm 4,0$ mmol/l, cao nhất tại thời điểm sau sốc 24h và giảm dần ở các thời điểm sau sốc 48 giờ và 72 giờ. Tại tất cả các thời điểm sốc nhiễm khuẩn và sau sốc, nồng độ lactat trung bình của nhóm tử vong cao hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm còn sống. Lactat máu có khả năng tiên lượng tử vong ở bệnh nhân sốc nhiễm khuẩn, với diện tích dưới đường cong là 0,703, $p < 0,001$ (95%CI: 0,605 – 0,801). Giá trị cut-off của lactat trong phân

tích giữa nhóm sống và nhóm tử vong là 3,95 mmol/l ($J = 0,367$), với độ nhạy là 65,6% và độ đặc hiệu là 71,1%. Phân tích hồi quy logistic đơn biến cho thấy người bệnh có nồng độ lactat $\geq 3,95$ mmol/l có nguy cơ tử vong cao gấp 4,6 lần so với những người bệnh có nồng độ lactat $< 3,95$ mmol/l ($p < 0,001$). Nồng độ lactat sau sốc 48h có khả năng tiên lượng tử vong tốt nhất so với thời điểm sốc nhiễm khuẩn và sau sốc 24h với diện tích dưới đường cong (AUC) là 0,818, $p = 0,000$ (95%CI: 0,711 – 0,924). **Kết luận:** Nồng độ Lactat máu tại thời điểm sau sốc 48h có giá trị tiên lượng tử vong tốt. Do vậy cần xét nghiệm lactat máu nhiều lần sau sốc nhiễm khuẩn, đặc biệt là sau sốc 48h, nhằm giúp tiên lượng người bệnh tốt hơn.

Từ khóa: Sốc nhiễm khuẩn, lactat máu, tiên lượng, tử vong

SUMMARY

PREDICTIVE VALUE OF BLOOD LACTATE FOR MORTALITY IN SEPTIC SHOCK PATIENTS TREATED AT THE NATIONAL HOSPITAL FOR TROPICAL DISEASES PERIOD 2018 - 2022

A cross-sectional descriptive study on 134 septic shock patients treated at the National Hospital for

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Bệnh Nhiệt đới Trung ương

Chịu trách nhiệm chính: Tạ Thị Diệu Ngân

Email: dr.dieungan@gmail.com

Ngày nhận bài: 12.10.2022

Ngày phản biện khoa học: 9.12.2022

Ngày duyệt bài: 15.12.2022