

ý nghĩa thống kê với $p < 0,0001$. Độ rộng khe khớp ở các vị trí đều được mở rộng theo xu hướng phía trước mở rộng nhiều hơn phía sau, độ nghiêng chân răng 4 tăng $3,93 \pm 11,68$ độ, khác biệt trước sau không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$, độ nghiêng chân răng 6 tăng $4,59 \pm 8,50$ độ, khác biệt trước sau không có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Thời điểm T2 sau khi kết thúc nong hàm, nhận thấy tương quan hàm trên và dưới gần trở lại với tương quan bình thường tức là hàm trên phủ ngoài hàm dưới. Độ rộng răng nanh tăng $2,91 \pm 1,86$ nhỏ hơn so với kết quả nghiên cứu của Sevil và McNamara 2003 [6]. Độ rộng răng nanh tăng một cách thụ động do mở rộng đường khớp giữa khẩu cái. Chúng tôi nhận thấy ở những bệnh nhân cắn chéo răng sau vùng R5-6 hoặc bệnh nhân lớn tuổi thì độ rộng răng nanh tăng rất ít. Ngược lại độ rộng cung răng ở vị trí răng 4 và răng 6 gia tăng đáng kể sau khi nong hàm, mức tăng này thấp hơn nghiên cứu của Sevil và McNamara 2003 [6].

Sau khi nong hàm độ rộng cung hàm trên tăng trong khi đó độ rộng cung răng dưới thay đổi không đáng kể. Có thể giải thích là do việc nong rộng hàm trên làm giảm áp lực do cung răng trên tạo ra cũng như giảm áp lực môi má lên cung răng hàm dưới, đồng thời do lực nong của lưỡi mà các răng dưới dựng thẳng lên, dẫn đến thay đổi kích thước một cách thụ động nên số đo cung răng dưới cũng tăng nhưng tăng không đáng kể và không có ý nghĩa thống kê với $p = 0,437$.

Trước điều trị độ rộng khe khớp xu hướng hẹp dần từ trước ra sau. Tại thời điểm sau khi kết thúc nong hàm, độ rộng khe khớp ở các vị trí đều được mở rộng theo xu hướng phía trước mở rộng nhiều hơn phía sau. Mức tăng khe khớp trước, giữa, sau lần lượt là $1,90 \pm 1,06$, $2,01 \pm 0,80$, $1,50 \pm 0,85$, có ý nghĩa thống kê. Như vậy có thể thấy khe khớp ở phía trước và giữa sẽ mở rộng nhiều hơn ở các trường hợp nong có sử dụng vis. Kết quả này cũng tương đồng với nghiên cứu của tác giả Igor Salmoria (2022) và Patchaya Siddhisaributr (2022) khi nghiên cứu về kết quả điều trị nong xương hàm trên theo mức độ trưởng thành của đường khớp giữa vòm miệng [7], [8].

V. KẾT LUẬN

Sự cốt hóa của đường khớp giữa khẩu cái đều ở giai đoạn C, D và E, độ rộng khe khớp

giảm dần từ trước ra sau

Độ rộng cung răng hàm trên hẹp hơn so với hàm dưới, Độ rộng cung hàm trên và mức độ chênh lệch giữa độ rộng cung hàm trên - dưới đều nhỏ hơn chỉ số Yonsei.

Sau khi nong đường khớp tách rộng ở phía trước và giữa, tách ít hơn về phía sau.

Sau kết thúc nong hàm 1 tháng, cung răng hàm trên đã phủ ngoài cung răng hàm dưới. Mức tăng độ rộng cung răng hàm trên ở vùng R3 là: 2,91mm; vùng R4 là: 4,51mm; vùng R6 là: 6,00mm. Sự thay đổi có ý nghĩa thống kê ở cả ba vị trí ($p < 0,05$). Độ rộng cung răng hàm dưới cũng tăng, nhưng không có ý nghĩa thống kê.

Việc tách đường khớp giữa khẩu cái, nong nhanh xương hàm trên còn có tác dụng làm nghiêng răng và thay đổi là có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Cao Bá Tri (2011)**, Đánh giá hiệu quả của việc sử dụng ốc nong nhanh trong điều trị kém phát triển chiều ngang xương hàm trên, Trường Đại học Y Hà Nội.
2. **Nguyễn Thị Thu Phương (2015)**, Điều trị kém phát triển chiều ngang và chiều trước - sau xương hàm trên, Nhà xuất bản Y học.
3. **Winsauer H., Vlachoianis J., Winsauer C., et al. (2013)**. A bone-borne appliance for rapid maxillary expansion. *J Clin Orthod JCO*, **47(6)**, 375–381; quiz 388.
4. **Carlson C., Sung J., McComb R.W., et al. (2016)**. Microimplant-assisted rapid palatal expansion appliance to orthopedically correct transverse maxillary deficiency in an adult. *Am J Orthod Dentofac Orthop Off Publ Am Assoc Orthod Its Const Soc Am Board Orthod*, **149(5)**, 716–728.
5. **Jeon J.Y., Choi S.-H., Chung C.J., et al. (2022)**. The success and effectiveness of miniscrew-assisted rapid palatal expansion are age- and sex-dependent. *Clin Oral Investig*, **26(3)**, 2993–3003.
6. **McNamara J.A., Baccetti T., Franchi L., et al. (2003)**. Rapid maxillary expansion followed by fixed appliances: a long-term evaluation of changes in arch dimensions. *Angle Orthod*, **73(4)**, 344–353.
7. **Salmoria I., de Souza E.C., Furtado A., et al. (2022)**. Dentoskeletal changes and their correlations after micro-implant-assisted palatal expansion (MARPE) in adults with advanced midpalatal suture ossification. *Clin Oral Investig*, **26(3)**, 3021–3031.
8. **Siddhisaributr P., Khlongwanitchakul K., Anuwongnukroh N., et al. (2022)**. Effectiveness of miniscrew assisted rapid palatal expansion using cone beam computed tomography: A systematic review and meta-analysis. *Korean J Orthod*, **52(3)**, 182–200.

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ VIÊM QUANH RĂNG KHÔNG PHẪU THUẬT CÓ HỖ TRỢ THỐI CÁT DƯỚI LỢI

Khà Thị Lệ¹, Nguyễn Thị Hồng Minh², Trịnh Đình Hải², Phạm Thị Thu Hiền²

TÓM TẮT

Nghiên cứu được tiến hành trên 64 bệnh nhân được khám và chẩn đoán là viêm quanh răng mãn tính có túi lợi sâu 4 – 6 mm tại Khoa Nha Chu - Bệnh viện Răng hàm mặt Trung ương Hà Nội trong thời gian từ tháng 03/2022 đến 09/2022 nhằm mô tả đặc điểm nhóm bệnh nhân và đánh giá kết quả điều trị thối cát dưới lợi. Bệnh nhân được chia thành 2 nhóm: nhóm can thiệp điều trị bổ sung với máy máy thối cát PT-A Dental Scaler and Air Polisher và nhóm chứng điều trị với phương pháp truyền thống. Kết quả nghiên cứu cho thấy độ sâu túi trung bình, SBI, GI, PLI trung bình ở cả 2 nhóm lần lượt là 2,39±0,75, 1,49±0,72, 0,94±0,57 và 1,83±0,49. Sau điều trị sử dụng máy thối cát cho kết quả sau điều trị giảm đáng kể các chỉ số quanh răng sau 1 tháng tuy nhiên không thấy rõ sự khác biệt sự giảm các chỉ số giữa việc điều trị thối cát với các biện pháp điều trị viêm quanh răng không phẫu thuật thông thường. Do đó chúng ta có thể thêm điều trị thối cát như một điều trị bổ sung kết hợp với các biện pháp điều trị viêm quanh răng không phẫu thuật khác nhưng cũng cần thêm các nghiên cứu chuyên sâu hơn để đánh giá rõ hơn hiệu quả của phương pháp này.

Từ khóa: Viêm quanh răng, thối cát dưới lợi

SUMMARY

EFFICACY OF SUBGINGIVAL AIR POLISHING IN THE NON-SURGICAL TREATMENT OF PERIODONTITIS PATIENTS: A RANDOMIZED CONTROLLED CLINICAL TRIAL

The RCT study was conducted on 64 periodontitis patients at Periodontal Department, National hospital of odonto-stomatology to describe some patient characteristics and and evaluate the results of subgingival air polishing treatment. Patients were divided into 2 groups: Test group received additional subgingival air polishing with PT-A Dental Scaler and Air Polisher and control group received conventional treatment. The results show that the mean pocket depth, SBI, GI, PLI index were 2,39±0,75, 1,49±0,72, 0,94±0,57 và 1,83±0,49, respectively. After treatment, using air polishing resulted in a significant reduction of periodontal indices after 1 month, but no statistically significant differences could be found between test and control group. Therefore, we can add air polishing as an adjunct to other non-surgical periodontitis treatments, but further studies are needed to better evaluate the effectiveness of this method.

¹Trường Đại học Y Dược - Đại học Quốc gia Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Khà Thị Lệ

Email: lekhdentist@gmail.com

Ngày nhận bài: 8.12.2022

Ngày phản biện khoa học: 25.01.2023

Ngày duyệt bài: 9.2.2023

Key words: periodontitis, subgingival air polishing

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh viêm quanh răng là tình trạng viêm tổ chức chống đỡ quanh răng gây ra bởi các vi khuẩn gây bệnh trên mảng bám răng, cao răng trên và dưới lợi. Đây là một bệnh phổ biến trong các bệnh răng hàm mặt ở nước ta cũng như trên thế giới. Tổ chức y tế thế giới đã khẳng định "Bệnh quanh răng là bệnh lưu hành rộng rãi. Không có một quốc gia, một vùng lãnh thổ nào trên thế giới không có bệnh này. Bệnh chiếm một tỷ lệ rất cao quá nửa số trẻ em và hầu như toàn bộ số người lớn tuổi bị bệnh này" [1]. Theo điều tra sức khỏe răng miệng toàn quốc năm 2019 tỷ lệ người bị viêm lợi và viêm quanh răng lên tới 90%. Theo điều tra sức khỏe răng miệng toàn quốc năm 2001, bệnh quanh răng ở lứa tuổi 18 là 16,7%, tuổi 18 - 34 là 21,9% , tuổi 35 - 44 là 36,4%. Như ta thấy những thương tổn của tổ chức quanh răng trong đó viêm lợi và viêm quanh răng mạn tính là những bệnh phổ biến nhất [2].

Điều trị bệnh viêm quanh răng không phẫu thuật mặc dù có các phương pháp loại bỏ cơ học khác nhau đã được áp dụng, nhưng vẫn là một chủ đề thảo luận. Điều trị viêm quanh răng không phẫu thuật với tiêu chuẩn vàng là phương pháp lấy cao răng và làm nhẵn bề mặt chân răng, giúp loại bỏ toàn bộ tác nhân gây bệnh thâm nhập trên bề mặt chân răng, tạo điều kiện thuận lợi cho tái bám dính quanh răng mới hình thành. Các nghiên cứu gần đây chứng minh rằng: Phương pháp thối cát kết hợp khí, có khả năng làm sạch vượt trội so với máy lấy cao răng siêu âm [5] với sự xâm lấn tối thiểu mà đem lại hiệu quả tốt và có hiệu quả hỗ trợ trong điều trị viêm quanh răng không phẫu thuật. Phương pháp này được sử dụng từ nhiều năm nay trên thế giới, mang lại hiệu quả tốt trong hỗ trợ điều trị viêm quanh răng không phẫu thuật. Tuy nhiên, ở Việt Nam phương pháp này còn chưa được ứng dụng rộng rãi.

Vì vậy để đánh giá tình trạng viêm quanh răng và hiệu quả điều trị không phẫu thuật, đồng thời đưa ra những khuyến cáo phù hợp giúp cho điều trị bệnh viêm quanh răng được cải thiện và nâng cao, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài: "Đánh giá kết quả điều trị viêm

quanh răng không phẫu thuật có hỗ trợ thổi cát dưới lợi"

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1 Đối tượng nghiên cứu. Đối tượng nghiên cứu là những bệnh nhân có tuổi trên 20 được khám và chẩn đoán là viêm quanh răng mãn tính có túi lợi sâu 4 – 6 mm tại Khoa Nha Chu - Bệnh viện Răng hàm mặt Trung ương Hà Nội trong thời gian từ tháng 03/2022 đến 09/2022. Không lựa chọn các bệnh nhân nhiễm khuẩn đường hô hấp trên nặng hoặc không ổn định, bệnh nhân viêm phế quản/hen suyễn mãn tính, bệnh nhân có thai và cho con bú, bệnh nhân viêm nhiễm nặng và/hoặc hoại tử xương, Bệnh nhân sử dụng máy trợ tim, máy khử rung tim và mọi thiết bị điện tử cấy ghép vào cơ thể.

2.2. Phương pháp nghiên cứu. Nghiên cứu thử nghiệm lâm sàng ngẫu nhiên có đối chứng với cỡ mẫu 64, ước theo nghiên cứu năm 2020 của tác giả Amparo Aloy-Prósper [3] và cs với $p=0,88$, độ chính xác tuyệt đối $d=0,07$, mức ý nghĩa thống kê lấy $\alpha = 0,05$, bệnh nhân chia thành hai nhóm: nhóm can thiệp 32 bệnh nhân điều trị máy thổi cát PT-A Dental Scaler and Air Polisher, nhóm chứng 32 bệnh nhân điều trị theo phương pháp truyền thống.



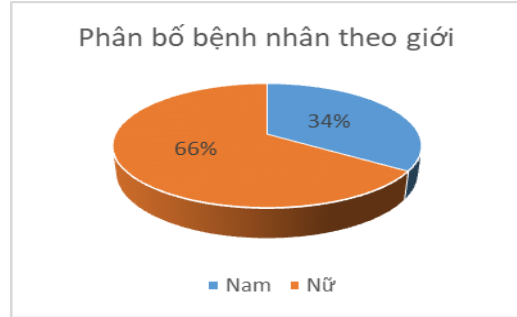
Bệnh nhân của 2 nhóm sau khi khám đánh giá các chỉ số được điều trị, với nhóm thử nghiệm: tiến hành điều trị theo cách thông thường (lấy cao răng, làm nhẵn bề mặt chân răng, nạo túi lợi nếu có) kết hợp với thổi cát dưới lợi và điều trị hỗ trợ, với nhóm chứng: điều trị theo cách thông thường kết hợp điều trị hỗ trợ (thuốc, nước súc miệng, hướng dẫn VSRM...). Bệnh nhân được đánh giá kết quả điều trị qua các chỉ số PD, SBI, GI, PLI tại thời điểm sau 1 tháng, được khảo sát đánh giá lại thói quen, ý thức, hành vi VSRM của BN

Nhập dữ liệu bằng phần mềm Epi-data. Xử lý, phân tích số liệu bằng phần mềm SPSS 20.0,

dùng test Fisher exact, T - test so sánh các giá trị trước – sau.

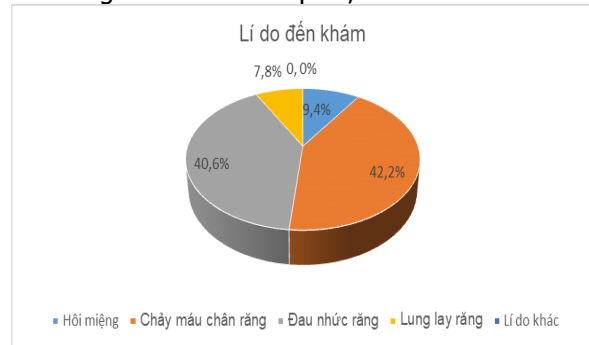
III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung đối tượng nghiên cứu



Nhận xét: Tổng số bệnh nhân là 64, trong đó nam là 22 chiếm 34%, nữ là 42 chiếm 66%, không có sự khác biệt về giới giữa 2 nhóm với $p=0,292$

Tuổi thấp nhất là 23, cao nhất là 61, tuổi trung bình $49,05 \pm 10,96$, nhóm tuổi từ 35-59 chiếm tỉ lệ cao nhất 53%, không có sự khác biệt về tuổi giữa 2 nhóm với $p=0,240$



Nhận xét: Lí do đến khám chủ yếu là chảy máu chân răng chiếm 42,2%, sau đó là đau nhức răng 40,6%. Ít bệnh nhân đến khám vì lung lay răng hay các lí do khác.

3.2. Đặc điểm lâm sàng của bệnh nhân viêm quanh răng mạn tính.

3.2.1. Độ sâu túi quanh răng PD, chỉ số SBI, GI, PLI tại thời điểm trước điều trị

	n	%	PD TB	SBI TB	GI TB	PLI TB
<60	38	59,4	2,03±0,52	1,35±0,72	0,87±0,60	1,83±0,51
≥60	26	40,6	2,91±0,73	1,70±0,68	1,06±0,51	1,83±0,46
p (T-test)			<0,0001	0,05	0,20	0,95
Can thiệp	32	50	2,32±0,76	1,31±0,78	0,82±0,54	1,72±0,51
Chứng	32	50	2,45±0,75	1,68±0,62	1,57±0,57	1,94±0,45
p (T-test)			0,523	0,04	0,07	0,08
Tổng	64	100	2,39±0,75	1,49±0,72	0,94±0,57	1,83±0,49

Nhận xét: Tại thời điểm trước điều trị các chỉ số PD, SBI, GI, PLI trung bình lần lượt là 2,39±0,75, 1,49±0,72, 0,94±0,57 và 1,83±0,49

Độ sâu trung bình túi quanh răng PD tăng dần theo lứa tuổi. Sự khác biệt PD giữa các lứa tuổi có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$

Khác biệt các chỉ số ban đầu giữa nhóm thử nghiệm và chứng là không có ý nghĩa

3.3. Đánh giá kết quả sau điều trị**3.3.1. Sự thay đổi giá trị TB các chỉ số ở hai nhóm**

Nhóm	Can thiệp (n=32)	p (T-test)	Chứng (n=32)	p (T-test)
PD trước điều trị T0	2,32±0,76	<0,05	2,45±0,75	<0,05
PD sau 1 tháng T1	1,59±0,34		1,73±0,38	
SBI trước điều trị T0	1,31±0,78	<0,05	1,68±0,62	<0,05
SBI sau 1 tháng T1	0,08±0,11		0,10±0,07	
GI trước điều trị T0	0,82±0,54	<0,05	1,57±0,57	<0,05
GI sau 1 tháng T1	0,02±0,03		0,03±0,03	
PLI trước điều trị T0	1,72±0,51	<0,05	1,94±0,45	<0,05
PLI sau 1 tháng T1	0,01±0,02		0,06±0,09	

3.3.2. So sánh mức giảm trung bình các chỉ số giữa hai nhóm

Nhóm	Can thiệp	Chứng	p (T-test)
Mức giảm PD sau 1 tháng	0,73±0,54	0,71±0,50	0,871
Mức giảm SBI sau 1 tháng	1,19±0,79	1,58±0,59	0,03
Mức giảm GI sau 1 tháng	0,78±0,56	1,05±0,57	0,064
Mức giảm PLI sau 1 tháng	1,71±0,51	1,88±0,48	0,180

Nhận xét: Các chỉ số quanh răng đều giảm có ý nghĩa ở cả hai nhóm, tại thời điểm sau 1 tháng với $p < 0,05$, tuy nhiên sự khác biệt về mức giảm trung bình giữa nhóm can thiệp và nhóm chứng là không có ý nghĩa thống kê.

IV. BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu này chúng tôi sử dụng máy thổi cát PT-A Dental Scaler and Air Polisher với 2 loại cát sử dụng là bột erythritol kích thước 14 μm chứa thành phần 0,3% chlorhexidine (bột SUPER) và bột loại glycerin 25 μm (bột GENTLE MINI). Cả hai loại bột này đều có nhiều ưu điểm vượt trội như kích thước nhỏ, mịn, thân thiện với mô nướu, độ cứng phù hợp với cả bề mặt men răng, ngà răng, các phục hình, implant cũng như các khí cụ chỉnh nha..., đồng thời chứa tinh chất có nguồn gốc tự nhiên tạo vị dễ chịu và không thấm nước để tránh gây tắc thiết bị do bột ướt. Flemmig và cộng sự. (2012) [4] đã xây dựng khái niệm về thổi cát với bột glycine toàn hàm (FM-GPAP) kết luận rằng kỹ thuật này hiệu quả hơn lấy cao răng và làm nhẵn bề mặt thân chân răng truyền thống trong việc loại bỏ mảng sinh học và có thể dẫn đến sự thay đổi có lợi của hệ

vi sinh vật đường miệng.

Mỗi bệnh nhân đều được thăm khám lâm sàng và chụp phim xquang vùng quanh răng. Ngoài ra các bệnh nhân được khai thác kỹ tiền sử bệnh về răng miệng và bệnh toàn thân khác từ đó có kế hoạch điều trị cụ thể. Chúng tôi không lựa chọn các bệnh nhân nằm trong các tiêu chuẩn loại trừ đã trình bày ở trên.

Có nhiều chỉ số đánh giá bệnh viêm quanh răng nhưng chúng tôi chỉ lấy các chỉ số thường dùng trong lâm sàng: Chỉ số SBI, chỉ số GI, PLI và độ sâu túi quanh răng. Độ sâu túi quanh răng là triệu chứng đặc hiệu và điển hình của tổn thương viêm quanh răng. Về chỉ số GI là chỉ số đánh giá mức độ viêm lợi thường được dùng nhiều nhất trong lâm sàng. Chỉ số SBI dùng để đánh giá chảy máu rãnh lợi khi thăm khám do ông Muhlermann và Mazor nhận thấy rằng chảy máu là dấu hiệu xuất hiện trước khi có những

biểu hiện khác về lợi. Hay nói cách khác chảy máu là dấu hiệu đầu tiên xuất hiện khi tổ chức quanh răng bị viêm nhiễm gây tăng sinh mạch máu nên rất dễ chảy máu khi thăm khám [4]. Vì vậy chỉ số chảy máu lợi được sử dụng như là một thông số quan trọng trong việc đánh giá bệnh viêm lợi, viêm quanh răng vì khách quan và dễ dàng thăm khám lâm sàng.

Về đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu, trong nghiên cứu này chúng tôi tiến hành trên 2 nhóm đối tượng với tổng số bệnh nhân là 64, mỗi nhóm 32, trong đó nam là 22 chiếm 34%, nữ là 42 chiếm 66%. Không có sự khác biệt về giới giữa nhóm thử nghiệm và nhóm chứng với $p=0,292$. Về độ tuổi nhóm tuổi từ 35-59 chiếm tỉ lệ cao nhất 53%, không có sự khác biệt về tuổi giữa nhóm thử nghiệm và nhóm chứng với $p=0,240$ (Chi-square test). Như vậy ta có thể so sánh hai nhóm một cách hoàn toàn độc lập.

Tại thời điểm trước điều trị các chỉ số PD, SBI, GI, PLI trung bình lần lượt là $2,39\pm 0,75$, $1,49\pm 0,72$, $0,94\pm 0,57$ và $1,83\pm 0,49$. Kết quả ở bảng cho thấy độ sâu trung bình túi quanh răng tăng dần theo lứa tuổi, tuổi càng cao thì độ sâu túi càng sâu. Sự khác biệt về độ sâu túi giữa các lứa tuổi có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Độ sâu túi trung bình ở nhóm chứng là $2,45\pm 0,75$ và nhóm thử nghiệm là $2,32\pm 0,76$, cho thấy không có sự khác biệt giữa 2 nhóm với $p=0,523$. Nghiên cứu của Nguyễn Thị Hạnh 2009 cũng cho thấy sự khác biệt túi quanh răng giữa các nhóm tuổi, tuy nhiên độ sâu trung bình cao hơn nghiên cứu của chúng tôi với trung bình PD là $3,23\pm 1,09\text{mm}$ [5]. So sánh các chỉ số ban đầu với một nghiên cứu RCT mới nhất của Magda Mensi và cộng sự năm 2021 đánh giá hiệu quả của việc điều trị bổ sung thối cát với bột erythritol trên các bệnh nhân viêm quanh răng cho thấy trung bình PD ở nhóm thử nghiệm là $3,89\pm 1,97\text{mm}$ và ở nhóm chứng là $4,16\pm 2,14\text{mm}$ [6].

Bảng 1 cũng cho thấy các chỉ số trước điều trị chủ yếu ở mức độ trung bình với chỉ số lợi là $1,57\pm 0,57$ ở nhóm chứng, nhóm thử nghiệm là $0,82\pm 0,54$. Một nghiên cứu của Saglam (2014) [7] có kết quả tương tự của chúng tôi với $1,9 \pm 0,2$ ở nhóm chứng và nhóm thử nghiệm là $1,8 \pm 0,1$. Ở một nghiên cứu khác, tác giả Crispino (2015) nghiên cứu ở nhóm đối tượng trưởng thành trên những bệnh nhân bị VQR mãn tính từ nhẹ đến trung bình có giá trị là 1,6 và 1,5 ở 2 nhóm.

Về chỉ số SBI, trung bình của chỉ số ở cả 2 nhóm là $1,49\pm 0,72$ cho thấy chủ yếu ở mức độ 2. Nghiên cứu của chúng tôi có giá trị trung bình

thấp hơn tác giả Aykol (2011), trung bình chỉ số SBI thời điểm trước điều trị là $1,89 \pm 1,03$ ở nhóm chứng, nhóm thử nghiệm là $1,81 \pm 1,04$. Chúng tôi thiết nghĩ sự chăm sóc răng miệng tốt, sức đề kháng bệnh nhân của chúng tôi tốt hơn nên mức độ viêm cũng nhẹ hơn do đó chỉ số SBI cũng thấp hơn.

Bệnh nhân nghiên cứu của chúng tôi khi khám, 100% đều chảy máu. Điều này cũng cho biết đó là lý do tại sao tỷ lệ người bệnh khi đi khám vì chảy máu chân răng chiếm tỷ lệ cao nhất. Và khi chúng tôi hỏi bệnh nhân, hầu hết họ đều nói dấu hiệu chảy máu chân răng thường làm cho họ lo lắng nhất. Nghiên cứu của chúng tôi cũng phù hợp với tác giả Caruso và cộng sự là 100% có chảy máu rãnh lợi khi khám ở nhóm thử nghiệm và 94,7% ở nhóm chứng.

Về đánh giá kết quả điều trị, ta có thể thấy tất cả các chỉ số đều giảm có ý nghĩa thống kê ở cả hai nhóm, tại thời điểm sau 1 tháng. Cụ thể chỉ số túi quanh răng PD giảm từ $2,32\pm 0,76$ xuống còn $1,59\pm 0,34$ sau 1 tháng ở nhóm can thiệp, PD giảm ít hơn ở nhóm chứng tuy nhiên khác biệt về mức giảm giữa hai nhóm là không có ý nghĩa với $p>0,05$.

Tương tự như vậy, có thể thấy kết quả của các chỉ số SBI, GI, PLI cũng có giảm sau điều trị ở cả hai nhóm tuy nhiên không có sự khác biệt đáng kể nào giữa việc sử dụng máy thối cát và nhóm không sử dụng.

So sánh đối chiếu với các nghiên cứu gần đây trên thế giới về thối cát dưới lợi, nghiên cứu của Tihana 2022 về sử dụng bột erythritol trong điều trị viêm quanh răng không phẫu thuật đã kết luận trong nhóm thử nghiệm sau 6 tháng, số lượng lớn hơn đáng kể các túi sâu ban đầu ($PPD \geq 5,5\text{mm}$) đã giảm xuống túi nông ($PPD \leq 3,4\text{mm}$) tuy nhiên không tìm thấy sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về mặt vi sinh vật giữa nhóm thử nghiệm và nhóm đối chứng.

Nghiên cứu của Magda và cộng sự năm 2021 cũng chỉ ra kết luận việc bổ sung điều trị máy thối cát dưới lợi dường như không hỗ trợ thêm cho việc điều trị các túi lợi và tình trạng chảy máu mức độ từ trung bình đến nặng ở các bệnh nhân viêm nha chu giai đoạn III-IV.

Một điểm hạn chế của nghiên cứu là cỡ mẫu lựa chọn còn nhỏ do đó cần có thêm các nghiên cứu với số lượng lớn hơn để làm rõ thêm hiệu quả của phương pháp trên.

V. KẾT LUẬN

Đặc điểm bệnh nhân có những tổn thương viêm quanh răng mạn tính tuổi trung bình