

dạng tuyến nang chiếm 16,7%. Tỷ lệ này tương đồng với nghiên cứu của Carlson (2016) thực hiện ở 71 BN ung thư tuyến nước bọt cho kết quả ung thư biểu bì nhầy chiếm 31%[8].

## V. KẾT LUẬN

Ung thư tuyến mang tai là bệnh thường gặp trong ung thư đầu cổ. Bệnh thường xuất hiện ở lứa tuổi trung niên, gặp ở nam nhiều hơn nữ. Lâm sàng và các phương pháp cận lâm sàng (siêu âm, chụp cộng hưởng từ, chọc hút tế bào kim nhỏ) có vai trò quan trọng trong chẩn đoán xác định và chẩn đoán giai đoạn bệnh.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **LV Quảng (2020)**. Ung thư tuyến nước bọt, Ung thư đầu cổ, Nhà xuất bản y học, Hà Nội, 117-131.
2. **K Rajasekaran, V Stubbs, J Chen et al (2018)**. Mucoepidermoid carcinoma of the parotid gland: A National Cancer Database study, *Am J Otolaryngol*, **39(3)**, 321-326.

3. **M Westergaard-Nielsen, S Moller, C Godballe et al (2021)**. Prognostic scoring models in parotid gland carcinoma, *Head Neck*, **43(7)**, 2081-2090.
4. **NT Phương (2016)**. Đánh giá kết quả điều trị ung thư tuyến mang tai tại bệnh viện K và bệnh viện Đại học Y Hà Nội, Luận văn thạc sĩ.
5. **HTV Thanh (2001)**. Nhận xét đặc điểm lâm sàng, mô bệnh học và kết quả phẫu thuật của u tuyến nước bọt mang tai ở bệnh viện K từ 1996-2001, Luận văn thạc sĩ y học, Trường đại học Y Hà Nội.
6. **SM El-Khateeb, AE Abou-Khalaf, MM Farid et al (2011)**. A prospective study of three diagnostic sonographic methods in differentiation between benign and malignant salivary gland tumours, *Dentomaxillofac Radiol*, **40(8)**, 476-85.
7. **M Shimizu, J Ussmuller, J Hartwein et al (1999)**. Statistical study for sonographic differential diagnosis of tumorous lesions in the parotid gland, *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod*, **88(2)**, 226-33.
8. **ER Carlson and T Schlieve (2019)**. Salivary Gland Malignancies, *Oral Maxillofac Surg Clin North Am*, **31(1)**, 125-144.

## ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ KHÔNG PHẪU THUẬT VIÊM NHA CHU MẠN TÍNH Ở BỆNH NHÂN VIÊM KHỚP DẠNG THẤP

Nguyễn Hồng Lợi<sup>1</sup>, Nguyễn Hồ Phương Mai<sup>1</sup>, Phan Ngọc Tam<sup>1</sup>

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Nghiên cứu này nhằm giá kết quả điều trị không phẫu thuật viêm nha chu mạn tính trên nhóm nghiên cứu. **Đối tượng, phương pháp:** Thực hiện nghiên cứu tiến cứu, có can thiệp lâm sàng và đối chứng 60 bệnh nhân viêm khớp dạng thấp (VKDT) được chẩn đoán viêm nha chu mạn tính (VNCMT). Nhóm điều trị VNC: gồm 30 BN VKDT được chẩn đoán VNCMT đồng ý can thiệp bằng điều trị VNC không phẫu thuật. Nhóm chứng: gồm 30 BN VKDT được chẩn đoán VNCMT chưa đồng ý can thiệp nhưng đồng ý theo dõi, tái khám. **Kết quả:** Sự khác biệt các chỉ số lâm sàng viêm nha chu: PII, BOP, PD, CAL có ý nghĩa thống kê tại các thời điểm sau điều trị 1 tháng. Chỉ số PII, BOP giảm mạnh sau 1 tháng và 3 tháng điều trị. Chỉ số PD, CAL giảm sau 1 tháng và 3 tháng điều trị. Mức độ VNC trung bình giảm rõ rệt sau 1 tháng điều trị. **Kết luận:** Hiệu quả điều trị viêm nha chu mạn tính không phẫu thuật trên bệnh nhân viêm khớp dạng thấp cho thấy sự cải thiện tốt hơn các chỉ số lâm sàng viêm nha chu so với nhóm chứng.

**Từ khóa:** viêm nha chu, mạn tính, viêm khớp dạng thấp, điều trị

### SUMMARY

#### ASSESSMENT OF THE RESULTS OF NON-SURGICAL TREATMENT FOR CHRONIC PERIODONTITIS IN PATIENTS WITH RHEUMATOID ARTHRITIS

**Objectives:** This study aims to evaluate the results of non-surgical treatment for chronic periodontitis in the study group. **Methods:** Conducting a prospective, clinical intervention and controlled study of 60 rheumatoid arthritis patients diagnosed with chronic periodontitis (CP). CP treatment group: included 30 RA patients diagnosed with CP who agreed to intervene with non-surgical chronic periodontitis treatment. Control group: included 30 RA patients diagnosed with CP who did not agree to undergo intervention but agreed to monitor and re-examine. **Results:** The difference between clinical indicators of periodontitis: PII, BOP, PD, CAL was statistically significant at the time after 1 month of treatment. PII, BOP index decreased sharply after 1 and 3 months of treatment. PD, CAL index decreased after 1 month and 3 months of treatment. The mean CP level decreased markedly after 1 month of treatment. **Conclusion:** The effectiveness of non-surgical chronic periodontitis treatment in rheumatoid arthritis patients showed a better improvement in clinical indicators of periodontitis compared with the control group.

**Keywords:** periodontitis, chronic, rheumatoid arthritis, treatment

<sup>1</sup>Bệnh viện Trung ương Huế

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Hồng Lợi

Email: drloivietnam@yahoo.com.vn

Ngày nhận bài: 4.01.2023

Ngày phản biện khoa học: 15.3.2023

Ngày duyệt bài: 24.3.2023

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm nha chu là một trong những bệnh lý răng miệng thường gặp nhất, đặc biệt là ở những bệnh nhân cao tuổi. Viêm nha chu gây ra tình trạng viêm mạn tính, với việc giải phóng liên tục các chất trung gian gây viêm, và có thể là một yếu tố nguy cơ phát triển các rối loạn viêm toàn thân khác [1]. Hiện đã có bằng chứng đáng kể chứng minh mối liên quan giữa viêm nha chu và một số quá trình bệnh lý mạn tính như bệnh tim mạch, đái tháo đường, béo phì và những thay đổi nhất định trong thời kỳ mang thai [2].

Trong những năm gần đây, bệnh viêm khớp dạng thấp cũng được đưa vào một trong số các rối loạn có khả năng liên quan này [3]. Viêm khớp dạng thấp là một bệnh tự miễn, đặc trưng bởi tình trạng viêm mạn tính của các khớp, đặc biệt là các khớp nhỏ của bàn tay và bàn chân, với sự phá hủy dần dần dẫn đến các mức độ biến dạng và tàn tật chức năng khác nhau. Tình trạng viêm đóng một vai trò quan trọng trong nguồn gốc của viêm khớp dạng thấp, quá trình hình thành của nó và tiến triển của bệnh với sự phá hủy mô mềm và mô cứng, theo cách tương tự như tình trạng gặp ở bệnh nhân viêm nha chu mạn tính [4].

Từ những lý do trên, chúng tôi thực hiện nghiên cứu này nhằm đánh giá kết quả điều trị không phẫu thuật viêm nha chu mạn tính trên nhóm nghiên cứu.

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

### 2.1. Đối tượng

**Tiêu chuẩn chọn bệnh:** Bệnh nhân từ 30 tuổi trở lên được chẩn đoán và đang điều trị VKDT theo chẩn đoán theo tiêu chuẩn của Hội Thấp khớp học Hoa Kỳ và Liên đoàn chống Thấp khớp Châu Âu 2010 (ACR/EULAR2010) [5] và chẩn đoán VNC mức độ nhẹ hoặc trung bình theo phân loại của CDC và AAP năm 2015 [6].

**Tiêu chí loại trừ:** Bệnh nhân còn ít hơn 20 răng trên cung hàm. Bệnh nhân bị nhiễm trùng răng miệng cấp tính. Bệnh nhân đang mang thai hoặc cho con bú. Có tình trạng viêm cấp: gout, giả gout, viêm đa cơ, viêm cột sống dính khớp, áp xe nha chu cấp. Bệnh nhân có bệnh toàn thân và có yếu tố nguy cơ (đái tháo đường, tim mạch, HIV, hút thuốc lá...). Bệnh lý, tình trạng ảnh hưởng đến VNC: hội chứng Sjogren gây khô miệng, đái tháo đường. Đã từng điều trị hoặc sử dụng kháng sinh điều trị VNC trong vòng 3 tháng trước nghiên cứu. Khả năng tự chăm sóc răng miệng bị hạn chế: bàn tay bị biến dạng nặng hay bị yếu do tai biến.

### 2.2. Phương pháp nghiên cứu

**Thiết kế nghiên cứu:** Thực hiện nghiên cứu tiền cứu, có can thiệp lâm sàng và đối chứng tại Khoa Nội thận – Cơ xương khớp, Khoa Nha tổng quát – Trung tâm Răng Hàm Mặt Bệnh viện Trung Ương Huế từ 03/2022 đến 10/2022

**Cỡ mẫu nghiên cứu:** 60 bệnh nhân VKDT được chẩn đoán VNCMT. Nhóm điều trị VNC: gồm 30 BN VKDT được chẩn đoán VNCMT đồng ý can thiệp bằng điều trị VNC không phẫu thuật. Nhóm chứng: gồm 30 BN VKDT được chẩn đoán VNCMT chưa đồng ý can thiệp nhưng đồng ý theo dõi, tái khám.

Các bước tiến hành nghiên cứu: **Bước 1:** Tiếp nhận BN đến khám và điều trị tại Khoa Nội thận – Cơ xương khớp, Bệnh viện Trng Ương Huế, chỉ định khám nha chu tại Khoa Nha tổng quát – Trung tâm Răng Hàm Mặt, Bệnh viện Trung Ương Huế Tiến hành lựa chọn và sàng lọc BN cả hai nhóm theo tiêu chuẩn chọn bệnh và tiêu chuẩn loại trừ. **Bước 2:** Tiến hành hỏi bệnh, khám lâm sàng, chụp X quang gốc răng (kỹ thuật số) đối với các răng có túi nha chu, lấy mẫu máu, lập hồ sơ bệnh án theo phiếu nghiên cứu. **Bước 3:** Ghi nhận đặc điểm lâm sàng, các chỉ số VNC (GI, PII, CAL, PD, BOP). **Bước 4:** Tiến hành điều trị nhóm điều trị: BN được cạo cao, loại bỏ mảng bám và làm láng bề mặt gốc răng theo một quy trình kỹ thuật như nhau, điều trị các vấn đề răng miệng khác để loại trừ các yếu tố gián tiếp gây VNC. **Bước 6:** Đánh giá kết quả điều trị tại các thời điểm 1 tháng.

**Phương pháp xử lý số liệu:** Nhập và xử lý số liệu bằng phần mềm Excel và SPSS 20.0. Dữ liệu sau khi được ghi nhận vào phiếu thu thập thông tin của nghiên cứu được kiểm tra xem đã đầy đủ thông tin và được ghi nhận rõ ràng hay không trước khi được gán mã số và nhập vào máy tính. Các dữ liệu được mã hóa để thuận tiện cho việc nhập và phân tích số liệu.

## III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

**Bảng 1. So sánh các chỉ số nha chu sau 1 tháng điều trị (N=60)**

Nhóm Chỉ số	Điều trị (n=30)	Chứng (n=30)	p
PII	0,79 (0,73 - 0,86)	2,05 (1,98 - 2,16)	<0,001
BOP (%)	19,94 (17,72- 21,59)	47,26 (28,78 - 55,96)	<0,001
PD (mm)	3,83 (3,31 - 4,03)	4,22 (3,46 - 4,50)	0,019
CAL (mm)	1,77 (1,32 - 1,90)	2,02 (1,63 - 2,86)	0,001

Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về chỉ số PII, GI, BOP, PD, CAL giữa nhóm điều trị và nhóm chứng sau 1 tháng điều trị ( $p < 0,05$ ).

**Bảng 2. So sánh mức độ viêm nha chu sau 1 tháng điều trị (N=60)**

Nhóm Mức độ VNC	Điều trị (n=30)	Chứng (n=30)	p
VNC nhẹ	19 (63,3%)	10 (33,3%)	0,020
VNC trung bình	11 (36,7%)	20 (66,7%)	

Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về mức độ VNC giữa nhóm điều trị và nhóm chứng sau 1 tháng điều trị ( $p < 0,05$ ).

**Bảng 3. So sánh chỉ số PII trước điều trị, sau điều trị 1 tháng ở hai nhóm nghiên cứu**

	Nhóm điều trị	Nhóm chứng
Trước điều trị	2,12	2,06
Sau 1 tháng	0,79	2,05
p	<0,001	0,340

Ở nhóm điều trị, chỉ số PII giảm mạnh sau 1 tháng điều trị ( $p < 0,001$ ). Ở nhóm chứng, chỉ số PII không giảm sau 1 tháng ( $p > 0,05$ ).

**Bảng 4. So sánh chỉ số BOP trước điều trị, sau điều trị ở hai nhóm nghiên cứu**

	Nhóm điều trị	Nhóm chứng
Trước điều trị	49,02	46,92
Sau 1 tháng	19,94	47,26
Sau 3 tháng	21,72	46,23
P	<0,001	>0,05

Ở nhóm điều trị, chỉ số BOP giảm mạnh sau 1 tháng và 3 tháng điều trị ( $p < 0,001$ ). Ở nhóm chứng, chỉ số BOP tăng nhẹ sau 1 tháng và 3 tháng ( $p > 0,05$ ).

**Bảng 5. So sánh chỉ số PD trước điều trị, sau điều trị ở hai nhóm nghiên cứu**

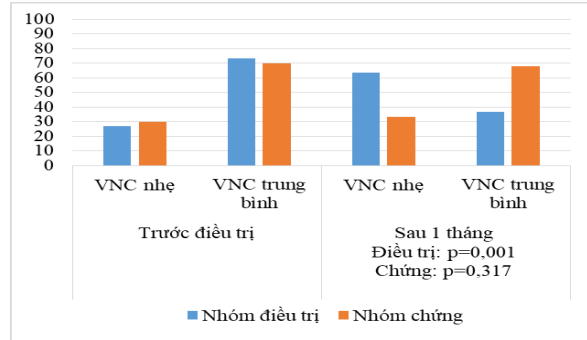
	Nhóm điều trị	Nhóm chứng
Trước điều trị	4,27	4,31
Sau 1 tháng	3,83	4,22
Sau 3 tháng	3,49	4,32
P	<0,001	>0,05

Ở nhóm điều trị, chỉ số PD giảm sau 1 tháng và 3 tháng điều trị ( $p < 0,001$ ). Ở nhóm chứng, chỉ số PD giảm nhẹ sau 1 tháng và 3 tháng ( $p > 0,05$ ).

**Bảng 6. So sánh chỉ số CAL trước điều trị, sau điều trị ở hai nhóm nghiên cứu**

	Nhóm điều trị	Nhóm chứng
Trước điều trị	2,15	2,00
Sau 1 tháng	1,77	2,02
Sau 3 tháng	1,61	2,05
P	<0,01	>0,05

Ở nhóm điều trị, chỉ số CAL giảm sau 1 tháng và 3 tháng điều trị ( $p < 0,001$ ). Ở nhóm chứng, chỉ số CAL tăng nhẹ sau 1 tháng và 3 tháng ( $p > 0,05$ ).



**Biểu đồ 1. So sánh mức độ viêm nha chu trước điều trị, sau điều trị 1 tháng ở hai nhóm nghiên cứu**

Ở nhóm điều trị, mức độ VNC trung bình giảm rõ rệt từ 73,2% (trước điều trị) xuống còn 36,7% sau 1 tháng điều trị. Sự khác biệt mức độ VNC của nhóm điều trị tại thời điểm sau điều trị 1 tháng so với trước điều trị có ý nghĩa thống kê ( $p < 0,001$ ). Ở nhóm chứng, mức độ VNC giảm không đáng kể, trước điều trị VNC trung bình là 70,0%, sau 1 tháng là 66,7%. Sự khác biệt chỉ số PD của nhóm chứng tại thời điểm sau 1 tháng so với ban đầu không có ý nghĩa thống kê ( $p > 0,05$ ).

#### IV. BÀN LUẬN

Kết quả điều trị VNCMT ở bệnh nhân VKDT được đánh giá thông qua sự thay đổi các chỉ số lâm sàng VNC và các chỉ số lâm sàng, hoá sinh miễn dịch VKDT tại thời điểm sau điều trị 1 tháng.

**4.1. Chỉ số PII.** Kết quả cho thấy tại thời điểm sau điều trị 1 tháng: chỉ số mảng bám ở nhóm điều trị là 0,79 (0,73 - 0,86); nhóm chứng là 2,05 (1,98 - 2,16). Sự khác biệt chỉ số mảng bám giữa nhóm điều trị và nhóm chứng có ý nghĩa thống kê ( $p < 0,001$ ). Nghiên cứu của Nguyễn Bích Vân (2016) cho thấy không có sự khác biệt chỉ số PII giữa 2 nhóm ( $p > 0,05$ ) [7]. Nguyên nhân do cả nhóm điều trị và nhóm chứng được bác sĩ hướng dẫn VSRM nên chỉ số PII được kiểm soát tốt ở cả 2 nhóm, nên khi so sánh không có sự khác biệt rõ ràng.

Ở nhóm điều trị, tình trạng VSRM của bệnh nhân ở nhóm điều trị có sự cải thiện đáng kể, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,001$ . Chỉ số PII ở thời điểm sau 1 tháng ở mức thấp hơn chỉ số PII trước điều trị.

Kết quả của chúng tôi tương đồng với nghiên cứu của Nguyễn Bích Vân (2016) [7] và Zhao X. (2018) [8].

Để lý giải cho sự thay đổi chỉ số PII ở nhóm điều trị sau 1 tháng, theo chúng tôi nguyên nhân là tại thời điểm thăm khám ban đầu, các bệnh nhân đã được điều trị VNC kết hợp với tư vấn và

hướng dẫn các biện pháp giữ gìn VSRM một cách khoa học đã cho thấy kết quả điều trị thay đổi rất khả quan.

Ở nhóm chứng, kết quả cho thấy không có sự thay đổi về chỉ số PII sau 1 tháng. Chỉ số PII ban đầu là 2,06 (1,98 - 2,18), không giảm sau 1 tháng là 2,05 (1,98 - 2,16). Sự khác biệt chỉ số PII của nhóm chứng tại thời điểm sau điều trị 1 tháng so với ban đầu không có ý nghĩa thống kê ( $p > 0,05$ ).

**4.2. Chỉ số BOP.** Kết quả cho thấy có sự khác biệt chỉ số mảng bám giữa nhóm điều trị và nhóm chứng có ý nghĩa thống kê tại thời điểm 1 tháng ( $p < 0,001$ ). Nghiên cứu của Nguyễn Bích Vân (2016) cho thấy sự khác biệt chỉ số BOP không có ý nghĩa thống kê giữa 2 nhóm ( $p > 0,05$ ) [7]. Nguyên nhân do cả nhóm điều trị và nhóm chứng được bác sĩ hướng dẫn VSRM nên chỉ số BOP được kiểm soát tốt ở cả 2 nhóm, nên khi so sánh không có sự khác biệt rõ ràng.

Ở nhóm điều trị, chỉ số BOP ở thời điểm sau điều trị 1 tháng duy trì ở mức thấp hơn chỉ số BOP trước điều trị. Tại thời điểm trước điều trị, chỉ số BOP là 49,02 (37,40 - 54,57), giảm mạnh sau 1 tháng điều trị là 19,94 (17,72 - 21,59). Sự khác biệt chỉ số BOP của nhóm điều trị tại thời điểm sau điều trị 1 tháng so với trước điều trị có ý nghĩa thống kê ( $p < 0,001$ ).

Nghiên cứu của Nguyễn Bích Vân (2016) và Zhao X. (2018) cũng cho kết quả chỉ số BOP giảm có ý nghĩa thống kê sau khi điều trị viêm nha chu không phẫu thuật. Tuy nhiên, ở nghiên cứu của Nguyễn Bích Vân (2016) có sự tăng trở lại chỉ số BOP sau 6 tháng, có thể giải thích việc tăng dần chỉ số BOP sau khi điều trị là hậu quả của việc tích lũy mảng bám, thể hiện nhu cầu bức thiết của người bệnh cần phải kiểm soát mảng bám mỗi 3 đến 6 tháng một lần. Việc này đem đến sự lành mạnh của mô nha chu, thúc đẩy quá trình lành thương tốt hơn, ở cả những bệnh nhân VKDT.

Ở nhóm chứng, không có sự thay đổi về chỉ số BOP tại thời điểm 1 tháng sau điều trị so với ban đầu. Sự khác biệt chỉ số BOP của nhóm chứng ở thời điểm ban đầu và sau 1 tháng không có ý nghĩa thống kê ( $p > 0,05$ ). Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Nguyễn Bích Vân (2016) [7].

**4.3. Chỉ số PD.** Kết quả cho thấy có sự khác biệt chỉ số PD giữa nhóm điều trị và nhóm chứng có ý nghĩa thống kê tại thời điểm 1 tháng sau điều trị ( $p < 0,05$ ). Nghiên cứu của Nguyễn Bích Vân (2016) cho kết quả tương tự ( $p < 0,05$ ) [7].

Ở nhóm điều trị, chỉ số PD ở thời điểm sau 1 tháng ở mức thấp hơn chỉ số PD trước điều trị.

Tại thời điểm trước điều trị, chỉ số PD là 4,27 (3,39 - 4,62) và giảm sau 1 tháng điều trị là 3,83 (3,31 - 4,03). Sự khác biệt chỉ số PD của nhóm điều trị tại thời điểm sau điều trị 1 tháng so với trước điều trị có ý nghĩa thống kê ( $p < 0,001$ ). Nghiên cứu của Zhao X. (2018) cho kết quả tương tự với chỉ số PD trước điều trị là  $3,28 \pm 0,08$  và sau điều trị 1 tháng là  $2,83 \pm 0,30$ , sự khác biệt có ý nghĩa thống kê. Sự cải thiện chỉ số PD sau 1 tháng thể hiện sự giảm viêm của nướu, và sự co lại của nướu sau điều trị.

Ở nhóm chứng, kết quả cho thấy không có sự thay đổi về chỉ số PD tại các thời điểm ban đầu và sau 1 tháng. Chỉ số PD trước điều trị là 4,31 (3,48 - 4,51), giảm nhẹ sau 1 tháng là 4,22 (3,46 - 4,50). Sự khác biệt chỉ số PD của nhóm chứng tại thời điểm sau 1 tháng so với ban đầu không có ý nghĩa thống kê ( $p > 0,05$ ). Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Nguyễn Bích Vân (2016) [7].

**4.4. Chỉ số CAL.** Kết quả cho thấy có sự khác biệt chỉ số CAL có ý nghĩa thống kê giữa nhóm điều trị và nhóm chứng tại thời điểm sau điều trị 1 tháng ( $p < 0,05$ ). Nghiên cứu của Nguyễn Bích Vân (2016) cho kết quả tương tự ( $p < 0,05$ ) [7].

Ở nhóm điều trị, chỉ số CAL ở thời điểm sau 1 tháng duy trì ở mức thấp hơn chỉ số CAL trước điều trị. Tại thời điểm trước điều trị, chỉ số CAL là 2,15 (1,57 - 2,79), giảm sau 1 tháng điều trị là 1,77 (1,32 - 1,90). Sự khác biệt chỉ số CAL của nhóm điều trị tại hai thời điểm nghiên cứu có ý nghĩa thống kê ( $p < 0,001$ ).

Ở nhóm chứng, kết quả cho thấy không có sự thay đổi về chỉ số PD tại các thời điểm 1 tháng so với ban đầu. Chỉ số CAL ban đầu là 2,00 (1,61 - 2,85), tăng nhẹ sau 1 tháng là 2,02 (1,61 - 2,86). Sự khác biệt chỉ số CAL của nhóm chứng tại thời điểm sau 1 tháng so với ban đầu không có ý nghĩa thống kê ( $p > 0,05$ ). Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Nguyễn Bích Vân (2016) [7].

Sự cải thiện phục hồi bám dính ở nhóm điều trị cho thấy việc chăm sóc răng bao gồm cạo cao răng, làm láng bề mặt gốc răng đồng thời kiểm soát tốt VSRM cũng góp phần không nhỏ trong việc phục hồi bám dính cho bệnh nhân VNC, ngay cả ở những bệnh nhân VKDT. Quá trình phục hồi bám dính là một quá trình phức tạp, kéo dài thời gian phụ thuộc vào ý thức, thái độ, hành vi chăm sóc răng miệng của mỗi cá nhân.

**4.5. Mức độ viêm nha chu.** Có sự khác biệt mức độ VNC giữa nhóm điều trị và nhóm chứng, có ý nghĩa thống kê tại thời điểm 1 tháng sau điều trị ( $p < 0,05$ ). Ở nhóm điều trị, mức độ

VNC trung bình giảm rõ rệt từ 73,2% (trước điều trị) xuống còn 36,7% sau 1 tháng điều trị. Sự khác biệt mức độ VNC của nhóm điều trị tại thời điểm sau điều trị 1 tháng so với trước điều trị có ý nghĩa thống kê ( $p < 0,001$ ). Ở nhóm chứng, mức độ VNC giảm không đáng kể, trước điều trị VNC trung bình là 70,0% và sau 1 tháng là 66,7%. Sự khác biệt về mức độ VNC của nhóm chứng tại thời điểm ban đầu và sau 1 tháng không có ý nghĩa thống kê ( $p > 0,05$ ).

Nghiên cứu của Nguyễn Bích Vân (2016) cho thấy ở nhóm điều trị, số BN không VNC tăng từ 0 lên 26 sau 3 tháng và lên 33 (86,8%) sau 6 tháng. Ngược lại, VNC trung bình và nặng ban đầu hai nhóm bằng nhau là 41 BN, sau 6 tháng, nhóm chứng còn 33 BN (89,9%). Nhóm điều trị chỉ còn lại 5 BN (13,2%). Nhóm chứng, số BN không VNC tăng từ 0 lên 5 (13,2%) sau 6 tháng điều trị. Sự khác biệt với  $p = 0,001$  [7].

## V. KẾT LUẬN

Hiệu quả điều trị viêm nha chu mạn tính không phẫu thuật trên bệnh nhân viêm khớp dạng thấp cho thấy sự cải thiện tốt hơn các chỉ số lâm sàng viêm nha chu so với nhóm chứng. Sự khác biệt các chỉ số lâm sàng viêm nha chu: PI, BOP, PD, CAL có ý nghĩa thống kê tại các thời điểm sau điều trị 1 tháng. Chỉ số PI, BOP giảm mạnh sau 1 tháng và 3 tháng điều trị. Chỉ số PD, CAL giảm sau 1 tháng và 3 tháng điều trị. Mức độ VNC trung bình giảm rõ rệt sau 1 tháng

điều trị.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Van Dyke TE, van Winkelhoff AJ** (2013) Infection and inflammatory mechanisms. J Clin Periodontol 40 Suppl 14:S1-7.
2. **Phạm Anh Vũ Thuy, Trần Huỳnh Trung** (2018) Liên quan giữa hội chứng chuyển hóa và bệnh nha chu. Tạp chí Y học Thành phố Hồ Chí Minh 22:167-173.
3. **Loyola-Rodriguez JP, Martinez-Martinez RE, Abud-Mendoza C, et al.** (2010) Rheumatoid arthritis and the role of oral bacteria. J Oral Microbiol 2.
4. **Varshney S, Sharma M, Kapoor S, et al.** (2021) Association between rheumatoid arthritis and periodontitis in an adult population - A cross sectional study. J Clin Exp Dent 13:e980-e986.
5. **Aletaha D, Neogi T, Silman AJ, et al.** (2010) 2010 rheumatoid arthritis classification criteria: an American College of Rheumatology/European League Against Rheumatism collaborative initiative. Ann Rheum Dis 69:1580-8.
6. **Periodontitis O.** (2015) American Academy of Periodontology Task Force Report on the Update to the 1999 Classification of Periodontal Diseases and Conditions. J Periodontol 86:835-8.
7. **Nguyễn Bích Vân,** Nghiên cứu viêm nha chu ở bệnh nhân viêm khớp dạng thấp: bằng chứng lâm sàng và hóa sinh miễn dịch, in Luận án Tiến sĩ Y học. 2016, Trường Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh.
8. **Zhao X, Liu Z, Shu D, et al.** (2018) Association of Periodontitis with Rheumatoid Arthritis and the Effect of Non-Surgical Periodontal Treatment on Disease Activity in Patients with Rheumatoid Arthritis. Med Sci Monit 24:5802-5810.

# KHẢO SÁT TỶ LỆ HÀI LÒNG CỦA NHÂN VIÊN Y TẾ ĐỐI VỚI DỊCH VỤ XÉT NGHIỆM TẠI BỆNH VIỆN ĐẠI HỌC Y DƯỢC THÀNH PHỐ HỒ CHÍ MINH

Nguyễn Chí Vinh<sup>1</sup>, Mai Thị Bích Chi<sup>1</sup>, Nguyễn Hữu Huy<sup>1</sup>, Đinh Thị Huyền<sup>1</sup>, Nguyễn Thị Hồng<sup>1</sup>, Nguyễn Thị Băng Sương<sup>1,2</sup>

## TÓM TẮT

**Mở đầu:** Việc cung cấp chất lượng chăm sóc sức khỏe hiệu quả và lấy bệnh nhân làm trung tâm là điều quan trọng hàng đầu, bao gồm khách hàng bên trong và khách hàng bên ngoài được xem là một xu hướng mang lại lợi ích cho hệ thống y tế. Đánh giá sự hài lòng của khách hàng bên trong là nhân viên y tế khi

sử dụng dịch vụ tại Khoa Xét nghiệm Bệnh viện Đại học Y Dược TP.HCM là câu hỏi cần được nghiên cứu. **Mục tiêu:** Đánh giá mức độ hài lòng của khách hàng là nhân viên y tế đối với dịch vụ xét nghiệm tại Bệnh viện Đại học Y Dược TP.HCM trên các tiêu chí: chất lượng, thời gian chờ đợi, quy trình quản lý, nhân viên phòng xét nghiệm. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang hàng loạt ca, đánh giá bằng phiếu khảo sát được tiến hành tại Khoa Xét Nghiệm – Bệnh viện Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh từ 01/2021 đến 12/2021. **Kết quả:** Khảo sát 385 lượt khách hàng bên trong là nhân viên y tế, ghi nhận sự hài lòng các dịch vụ xét nghiệm tổng thể năm 2021 là 93,7%. Trong đó ghi nhận tỷ lệ hài lòng về chất lượng kết quả xét nghiệm là 91,3%; về thời gian trả kết quả là 78,2%; về quy cách quản lý mẫu là

<sup>1</sup>Bệnh viện Đại học Y Dược TP.Hồ Chí Minh

<sup>2</sup>Đại học Y Dược TP.Hồ Chí Minh

Chịu trách nhiệm chính: Mai Thị Bích Chi

Email: chi.mtb@umc.edu.vn

Ngày nhận bài: 2.01.2023

Ngày phản biện khoa học: 13.3.2023

Ngày duyệt bài: 27.3.2023