

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Nam G, Lee SR, Jeong K, Kim SH, Moon HS, Chae HD.** Assessment of different NEoplasias in the adnexa model for differentiation of benign and malignant adnexal masses in Korean women. *Obstet Gynecol Sci.* 2021;64(3):293-299. doi:10.5468/ogs.21012
2. **Võ Thanh Sương.** Vai trò của của cộng hưởng từ khuếch tán và động học bắt thuốc trong chẩn đoán u buồng trứng có thành phần mô đặc. *Học Thành Phố Hồ Chí Minh.* 2022;26(2):98-105.
3. **Thomassin-Naggara I, Toussaint I, Perrot N, et al.** Characterization of Complex Adnexal Masses: Value of Adding Perfusion- and Diffusion-weighted MR Imaging to Conventional MR Imaging. *Radiology.* 2011;258(3):793-803. doi:10.1148/radiol.10100751
4. **Đoàn Tiến Lưu.** Nghiên cứu giá trị của chụp cộng hưởng từ trong chẩn đoán ung thư buồng trứng. Published online 2019.
5. **Fujii S, Matsusue E, Kanasaki Y, et al.** Detection of peritoneal dissemination in gynecological malignancy: evaluation by diffusion-weighted MR imaging. *Eur Radiol.* 2008;18(1):18-23. doi:10.1007/s00330-007-0732-9
6. **Poncelet E, Delpierre C, Kerdraon O, Lucot JP, Collinet P, Bazot M.** Value of dynamic contrast-enhanced MRI for tissue characterization of ovarian teratomas: Correlation with histopathology. *Clin Radiol.* 2013;68(9):909-916. doi:10.1016/j.crad.2013.03.029
7. **Shinagare AB, Meylaerts LJ, Laury AR, Mortele KJ.** MRI Features of Ovarian Fibroma and Fibrothecoma With Histopathologic Correlation. *Am J Roentgenol.* 2012;198(3):W296-W303. doi:10.2214/AJR.11.7221

HIỆU QUẢ CỦA GIÁO DỤC SỨC KHỎE RĂNG MIỆNG TĂNG CƯỜNG TRÊN TÌNH TRẠNG NHA CHU Ở BỆNH NHÂN ĐÁI THÁO ĐƯỜNG TÍP 2 TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TỈNH KIÊN GIANG

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá hiệu quả của can thiệp giáo dục sức khỏe răng miệng tăng cường lên cải thiện các chỉ số nha chu sau điều trị không phẫu thuật kết hợp với giáo dục sức khỏe răng miệng tăng cường tại Bệnh viện Đa khoa Tỉnh Kiên Giang. **Phương pháp:** Nghiên cứu can thiệp ngẫu nhiên có đối chứng từ tháng 04/2022 đến tháng 01/2023, với nhóm can thiệp là bệnh nhân được điều trị nha chu không phẫu thuật kết hợp với giáo dục sức khỏe răng miệng tăng cường và nhóm chứng được điều trị nha chu không phẫu thuật kết hợp với giáo dục sức khỏe răng miệng thường quy. **Kết quả:** Sau can thiệp, tất cả các chỉ số nha chu đều cải thiện so với trước can thiệp ở cả hai nhóm. Chỉ số mảng bám PI ở nhóm can thiệp có trung vị là 2 (1,9 - 2) giảm còn 1,2 (1,1 - 1,4) và nhóm chứng là 2 (2 - 2,1) giảm còn 1,6 (1,5 - 1,7). Chỉ số nướu GI ở hai nhóm đều từ 2,2 (1,8 - 2,3) giảm còn 1,2 (1 - 1,5) ở nhóm can thiệp và 1,5 (1,4 - 1,6) ở nhóm chứng. Chỉ số chảy máu khi thăm khám BOP ở nhóm can thiệp là 1 (0,7 - 1) giảm còn 0,4 (0,2 - 0,5) và nhóm chứng 0,9 (0,6 - 1) giảm còn 0,5 (0,4 - 0,6). Và chỉ số độ sâu túi nha chu PPD có mức giảm ở cả hai nhóm là 0,7. Khi so sánh các chỉ số PI, GI và BOP sau can thiệp đều có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa nhóm can thiệp và

Huỳnh Kim Minh Tâm¹, Tăng Kim Hồng²

nhóm chứng. Riêng chỉ số PPD thì không có sự khác biệt giữa 2 nhóm. **Kết luận:** Điều trị nha chu không phẫu thuật kết hợp với giáo dục sức khỏe răng miệng có hiệu quả cải thiện tình nha chu ở bệnh nhân đái tháo đường.

Từ khóa: viêm nha chu, đái tháo đường, điều trị không phẫu thuật, giáo dục sức khỏe răng miệng

SUMMARY

EFFECTIVENESS OF ENHANCED ORAL HEALTH EDUCATION ON PERIODONTAL DISEASE IN TYPE 2 DIABETES PATIENTS AT KIEN GIANG PROVINCIAL HOSPITAL

Objectives: To evaluate the effectiveness of oral health education interventions to improve periodontal indicators after 3 months of non-surgical treatment in diabetic patients at Kien Giang Provincial Hospital. **Methods:** A randomized controlled trial from April 2022 to January 2023, with the intervention group being patients receiving non-surgical periodontal treatment combined with enhanced oral health education and the control group received nonsurgical periodontal treatment combined with routine oral health education. **Results:** After the intervention, all periodontal indicators improved compared to before the intervention in both groups. The plaque index (PI) in the intervention group had a median of 2 (1.9 - 2) decreased to 1.2 (1.1 - 1.4) and the control group was 2 (2 - 2.1) decreased to 1.6 (1.5 - 1.7). The gingival index (GI) in both groups was from 2.2 (1.8 - 2.3) to 1.2 (1 - 1.5) in the intervention group and 1.5 (1.4 - 1.6) in the control group. The bleeding on probing (BOP) examination in the intervention group was 1 (0.7 - 1) reduced to 0.4 (0.2 - 0.5) and the control

¹Bệnh viện Đa khoa tỉnh Kiên Giang

²Trường Đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch

Chịu trách nhiệm chính: Huỳnh Kim Minh Tâm

Email: huynhkimminhtam8285@gmail.com

Ngày nhận bài: 7.9.2023

Ngày phản biện khoa học: 23.10.2023

Ngày duyệt bài: 10.11.2023

group 0.9 (0.6 - 1) decreased to 0.9 (0.6 - 1). 0.5 (0.4 - 0.6). And the probing pocket depth (PPD) had a decrease in both groups of 0.7. When comparing the PI, GI and BOP indexes after the intervention, there was a statistically significant difference between the intervention group and the control group. There was no difference in PPD index between the two groups. **Conclusions:** Nonsurgical periodontal treatment combined with oral health education is effective in improving periodontal disease in patients with diabetes. **Keywords:** periodontitis, diabetes, non-surgical treatment, enhanced oral health education

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm nha chu là bệnh viêm nhiễm mô nâng đỡ răng do vi khuẩn đặc hiệu gây ra dẫn tới phá hủy dây chằng nha chu, xương ổ răng với sự thành lập túi nha chu, tụt nướu hay cả hai. Viêm nha chu đã được chứng minh là yếu tố nguy cơ của nhiều bệnh lý như đái tháo đường, bệnh tim mạch, bệnh đường hô hấp, loãng xương, viêm khớp dạng thấp¹. Ngược lại, đái tháo đường (ĐTĐ) cũng là một trong các yếu tố nguy cơ chính gây ra bệnh nha chu thông qua sự tăng cường phá hủy nha chu. Tỷ lệ hiện mắc và mức độ nghiêm trọng của bệnh nha chu tăng lên ở bệnh nhân ĐTĐ tip 2 so với các đối tượng không ĐTĐ².

Điều trị, kiểm soát nha chu có vai trò quan trọng đối với bệnh nhân mắc ĐTĐ. Ở giai đoạn sớm, điều trị không phẫu thuật có thể được áp dụng để điều trị viêm nha chu. Ngoài ra việc điều trị viêm nha chu còn liên quan nhiều đến các yếu tố hành vi vệ sinh răng miệng. Nghiên cứu của tác giả Hasan SMH tại Bangladesh đã chỉ ra liên quan tích cực giữa hành vi vệ sinh răng miệng và hành vi tự chăm sóc trong bệnh ĐTĐ với tình trạng nha chu³. Tại Việt Nam, nghiên cứu của tác giả Phạm TAV năm 2015 đã ghi nhận mối liên quan giữa thực hành vệ sinh răng miệng với bệnh nha chu⁴. Can thiệp giáo dục sức khỏe trên bệnh nhân sau điều trị nha chu không phẫu thuật cũng cho thấy hiệu quả cải thiện sức khỏe răng miệng tổng thể trong nghiên cứu của Jonsson B⁵.

Hiện nay, tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Kiên Giang, việc giáo dục sức khỏe trên bệnh nhân điều trị nha chu không phẫu thuật mặc dù được áp dụng, tuy nhiên chưa thực hiện theo một quy trình cụ thể. Nhận thấy vai trò của giáo dục sức khỏe có khả năng đóng góp tích cực cho bệnh nhân sau điều trị nha chu đặc biệt là bệnh nhân ĐTĐ tip 2, chúng tôi thực hiện nghiên cứu với mục tiêu đánh giá hiệu quả của can thiệp giáo dục sức khỏe răng miệng tăng cường lên cải thiện các chỉ số nha chu sau điều trị không phẫu

thuật 3 tháng ở bệnh nhân ĐTĐ tip 2 tại Bệnh viện Đa khoa Tỉnh Kiên Giang.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Thiết kế: nghiên cứu can thiệp ngẫu nhiên có đối chứng.

- Thời gian nghiên cứu: từ tháng 04/2022 đến tháng 01/2023.

- Địa điểm nghiên cứu: Bệnh viện Đa khoa tỉnh Kiên Giang.

Đối tượng: Bệnh nhân ĐTĐ tip 2 khám tại phòng khám Nội tiết – khoa Khám bệnh - Bệnh viện Đa khoa Tỉnh Kiên Giang vào thời điểm nghiên cứu.

Nhóm can thiệp: Bệnh nhân ĐTĐ tip 2 được điều trị nha chu không phẫu thuật kết hợp với giáo dục sức khỏe răng miệng tăng cường.

Nhóm chứng: Bệnh nhân ĐTĐ tip 2 được điều trị nha chu không phẫu thuật và kết hợp với giáo dục sức khỏe răng miệng thường quy.

Tiêu chí chọn mẫu

- **Tiêu chí chọn vào:** Bệnh nhân đã được chẩn đoán ĐTĐ tip 2, đến khám Bệnh viện Đa khoa tỉnh Kiên Giang từ tháng 1 đến tháng 3/2022, từ 30 tuổi trở lên, còn ít nhất 20 răng trên 2 cung hàm (không tính răng 8), có ít nhất 3 răng được chẩn đoán viêm nha chu mạn mức độ trung bình hoặc nặng theo tiêu chuẩn của AAP (2015) 67 (ít nhất 1 vị trí chảy máu nướu, độ sâu túi $\geq 5\text{mm}$ hoặc mất bám dính lâm sàng $\text{CAL} \geq 3\text{mm}$), không có chỉ định phẫu thuật điều trị nha chu và đồng ý tham gia nghiên cứu.

- **Tiêu chí loại ra:** Bệnh nhân từng điều trị viêm nha chu trong 12 tháng gần nhất, hiện đang bị nhiễm trùng răng miệng cấp tính, có hút thuốc lá trong vòng 1 tháng trước thời gian khởi đầu nghiên cứu, có răng lung lay độ 3 hoặc viêm nha chu tiêu xương nặng từ 2 vách trở lên.

Cỡ mẫu: Sử dụng công thức tính cỡ mẫu để so sánh 2 trung bình, với $\alpha = 0,05$; $\beta = 0,2$; $\mu_1 = 1,28$; $\sigma_1 = 0,33$; $\mu_2 = 1,48$; $\sigma_2 = 0,31$ (các tham số ước tính theo chỉ số nướu GI trước và sau can thiệp trong nghiên cứu của tác giả Goel K⁶), dự trừ mất mẫu 10%, ta tính được cỡ mẫu cần chọn vào là 92 bệnh nhân ĐTĐ tip 2 với mỗi nhóm 46 bệnh nhân.

Chọn mẫu: Sử dụng phương pháp chọn mẫu ngẫu nhiên đơn bằng bốc thăm để phân bổ vào hai nhóm nghiên cứu.

Can thiệp trong nghiên cứu

- Điều trị nha chu không phẫu thuật: được thực hiện sau khi thu thập các chỉ số nha chu, bao gồm lấy cao răng bằng máy cạo vôi siêu âm, xử lý mặt chân răng bằng bộ dụng cụ Gracey, và bơn

rửa bằng 10ml dung dịch sát khuẩn PVP-I 1%.

- Trong suốt quá trình nghiên cứu nhóm can thiệp được tư vấn giáo dục sức khỏe trong mỗi buổi tái khám.

Liệt kê và định nghĩa biến số

- Chỉ số mảng bám PI: xác định dựa trên khám 4 vị trí ở mỗi răng: gai nướu ngoài xa, nướu mặt ngoài, gai nướu ngoài gần và mặt trong. PI = tổng điểm các vị trí/số vị trí khám.

- Chỉ số nướu GI: là chỉ số được dùng để đánh giá mô nướu xung quanh tất cả các răng, bằng cách dùng cây đo túi nướu xác định xu hướng chảy máu của mô tại 4 vị trí nướu ở mỗi răng. GI = tổng điểm (GI) các vị trí/tổng số vị trí khám.

- Chảy máu khi thăm khám BOP: xác định có hay không chảy máu nướu khi thăm khám, đánh giá dựa trên khám 6 vị trí: ngoài gần, ngoài giữa, ngoài xa, trong gần, trong giữa, trong xa. Sau đó tính phần trăm vị trí chảy máu khi thăm khám

- Độ sâu túi nha chu PPD: xác định thông qua khám ở 6 vị trí: ngoài gần, ngoài giữa, ngoài xa, trong gần, trong giữa, trong xa. Chỉ số PPD được tính từ viền nướu đến đáy khe nướu. PPD trung bình cho mỗi bệnh nhân được tính bằng tổng điểm các vị trí chia cho số vị trí khám.

Thu thập số liệu

- Số liệu nghiên cứu được thu thập tại hai thời điểm: trước can thiệp và 3 tháng sau can thiệp bằng phương pháp trả lời bộ câu hỏi tự điền và thăm khám lâm sàng.

Bảng 1. Chỉ số PI trước – sau can thiệp

Chỉ số PI	Can thiệp	Chứng
Trước can thiệp	2 (1,9 – 2) [1,8 – 2,5]	2 (2 – 2,1) [1,8 – 2,4]
Sau can thiệp	1,2 (1,1 – 1,4) [0,7 – 1,7]	1,6 (1,5 – 1,7) [1,3 – 2,3]
Khác biệt trước – sau	0,8 (0,7 – 1) [0,3 – 1,3]	0,5 (0,2 – 0,6) [-0,2 – 1]
p-value (trước – sau)	< 0,001	< 0,001

Kết quả Trung vị (Khoảng tứ phân vị) [Giá trị tối thiểu – Giá trị tối đa]; p-value kiểm định Wilcoxon

Chỉ số PI sau can thiệp có sự cải thiện so với trước can thiệp ở cả hai nhóm. Kết quả nghiên cứu cho thấy chỉ số PI ở nhóm can thiệp có trung vị là 2 (1,9 – 2) giảm xuống còn 1,2 (1,1 – 1,4) và nhóm chứng là 2 (2 – 2,1) giảm xuống còn 1,6 (1,5 – 1,7). Kết quả này tương đồng với kết

Bảng 2. Chỉ số GI trước – sau can thiệp

Chỉ số GI	Can thiệp	Chứng
Trước can thiệp	2,2 (1,8 – 2,3) [1,4 – 2,6]	2,2 (1,8 – 2,3) [1,4 – 2,7]
Sau can thiệp	1,2 (1 – 1,5) [0,5 – 2,1]	1,5 (1,4 – 1,6) [1,1 – 2,7]
Khác biệt trước – sau	0,9 (0,7 – 1) [0,5 – 1,7]	0,6 (0,3 – 0,9) [0 – 1,3]
p-value (trước – sau)	< 0,001	< 0,001

Kết quả Trung vị (Khoảng tứ phân vị) [Giá trị tối thiểu-Giá trị tối đa]; p-value kiểm định Wilcoxon

- Phiếu thu thập thông tin dành cho bác sĩ: ghi nhận bởi bác sĩ khám và điều trị răng hàm mặt, gồm các chỉ số PI, GI, BOP, CAL, PPD là các chỉ số đã được chứng minh giá trị trong đánh giá nha chu và được sử dụng trong các nghiên cứu gần đây tại Việt Nam và thế giới.

Xử lý và phân tích số liệu. Nhập liệu bằng phần mềm Epidata 3.1 và phân tích số liệu bằng phần mềm Stata 14.0.

Đạo đức nghiên cứu. Nghiên cứu đã thông qua Hội đồng đạo đức trong nghiên cứu y sinh học Trường Đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch theo quyết định số 655/TĐHYKPNT-HĐĐĐ ngày 29/03/2022.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU VÀ BÀN LUẬN

Nghiên cứu thực hiện khảo sát và can thiệp được 100 bệnh nhân, phân phối ngẫu nhiên 50 bệnh nhân ở nhóm can thiệp và 50 bệnh nhân ở nhóm chứng. Độ tuổi của bệnh nhân phổ biến trong khoảng tứ phân vị từ 49 – 58 tuổi. Nữ giới có tỉ lệ cao hơn nam giới. Dân tộc Kinh chiếm hầu hết và chỉ 13% thuộc các nhóm dân tộc khác. Học vấn trên THCS chiếm tỉ lệ 70%. Phần lớn hiện sống chung với gia đình và có điều kiện kinh tế đủ sống.

Không ghi nhận sự khác biệt đáng kể về mặt thống kê về tuổi, giới, dân tộc, học vấn, gia đình, nơi sống, kinh tế giữa nhóm can thiệp và nhóm chứng.

quả của các nghiên cứu can thiệp hành vi vệ sinh răng miệng khác như kết quả nghiên cứu của tác giả Jonsson và cộng sự có trung bình điểm mảng bám là 0,17 trong nhóm can thiệp và 0,32 trong nhóm chứng sau 3 tháng can thiệp. Đồng thời, tác giả cũng đã báo cáo về tác dụng lâu dài của các chương trình giáo dục sức khỏe răng miệng trong việc duy trì mảng bám sau theo dõi 1 năm (0,14 nhóm can thiệp và 0,31 ở nhóm chứng)⁷.

Trong nghiên cứu chúng tôi, kết quả cho thấy chỉ số GI ở hai nhóm đều có trung vị từ 2,2

(1,8 – 2,3) giảm xuống còn trung vị là 1,2 (1 – 1,5) ở nhóm can thiệp và 1,5 (1,4 – 1,6) ở nhóm chứng. Tương tự, kết quả nghiên cứu của tác giả Jonsson và cộng sự có trung bình điểm mảng bám là 0,27 trong nhóm can thiệp và 0,52 trong nhóm chứng sau 3 tháng can thiệp⁷. Viêm nướu nhẹ không có vôi răng có thể được cải thiện trong một thời gian tương đối ngắn với việc tự

chăm sóc răng miệng tốt. Trong khi đó, viêm nướu nặng, đặc biệt là với sự hiện diện của vôi răng, không thể cải thiện nếu không được điều trị tại phòng khám nha khoa. Trong nghiên cứu chúng tôi phương pháp điều trị được sử dụng là điều trị nha chu không phẫu thuật, phương pháp này đã được chứng minh hiệu quả cải thiện tình trạng nha chu trong nhiều nghiên cứu.

Bảng 3. Chỉ số BOP trước – sau can thiệp

Chỉ số BOP	Can thiệp	Chứng
Trước can thiệp	1 (0,7 – 1) [0,4 – 1,1]	0,9 (0,6 – 1) [0,4 – 1,1]
Sau can thiệp	0,4 (0,2 – 0,5) [0 – 0,9]	0,5 (0,4 – 0,6) [0,1 – 1]
Khác biệt trước – sau	0,5 (0,4 – 0,6) [0,1 – 1]	0,4 (0,1 – 0,6) [-0,2 – 0,8]
p-value (trước – sau)	< 0,001	< 0,001

Kết quả Trung vị (Khoảng tứ phân vị) [Giá trị tối thiểu – Giá trị tối đa]; p-value kiểm định Wilcoxon

Một số nghiên cứu sử dụng biện pháp điều trị nha chu không phẫu thuật đã cho thấy sự cải thiện đáng kể chỉ số BOP. Nghiên cứu của tác giả Trần Thảo Quyên (2018) cho thấy chỉ số BOP

giảm từ $64,5 \pm 13,14\%$ xuống còn $20,32 \pm 2,1\%$ sau 4 tuần điều trị và $18,53 \pm 1,94\%$ sau 12 tuần⁸. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng cho thấy nhóm can thiệp có trung vị là 1 (0,7–1) giảm xuống còn 0,4 (0,2 – 0,5). Nhóm chứng có trung vị là 0,9 (0,6 – 1) giảm xuống còn 0,5 (0,4 – 0,6).

Bảng 4. Chỉ số PPD trước – sau can thiệp

Chỉ số PPD	Can thiệp	Chứng
Trước can thiệp	3,8 (3,6 – 3,9) [3,1 – 5]	3,8 (3,5 – 4) [3,1 – 5]
Sau can thiệp	3 (2,8 – 3,2) [2,2 – 4]	3 (2,9 – 3,1) [2,6 – 5]
Khác biệt trước – sau	0,7 (0,5 – 1) [0,2 – 1,6]	0,7 (0,4 – 0,9) [0 – 1,6]
p-value (trước – sau)	< 0,001	< 0,001

Kết quả Trung vị (Khoảng tứ phân vị) [Giá trị tối thiểu – Giá trị tối đa]; p-value kiểm định Wilcoxon

Trong nghiên cứu chúng tôi, sự thay đổi chỉ số PPD ở hai nhóm sau can thiệp có ý nghĩa thống kê. Chỉ số PPD có mức giảm ở cả hai nhóm

là 0,7. Một số nghiên cứu sử dụng biện pháp điều trị nha chu không phẫu thuật đã cho thấy sự cải thiện đáng kể chỉ số PPD. Nghiên cứu của tác giả Trần Thảo Quyên (2018) cho thấy chỉ số PPD giảm từ $3,12 \pm 0,33$ xuống còn $2,50 \pm 0,26$ ⁸.

Bảng 5. So sánh giá trị chỉ số nha chu sau can thiệp giữa nhóm can thiệp với chứng

Chỉ số	Can thiệp	Chứng	p-value
PI	1,2 (1,1 – 1,4) [0,7 – 1,7]	1,6 (1,5 – 1,7) [1,3 – 2,3]	< 0,001
GI	1,2 (1 – 1,5) [0,5 – 2,1]	1,5 (1,4 – 1,6) [1,1 – 2,7]	< 0,001
BOP	0,4 (0,2 – 0,5) [0 – 0,9]	0,5 (0,4 – 0,6) [0,1 – 1]	0,001
PPD	3 (2,8 – 3,2) [2,2 – 4]	3 (2,9 – 3,1) [2,6 – 5]	0,794

Kết quả Trung vị (Khoảng tứ phân vị) [Giá trị tối thiểu – Giá trị tối đa]; p-value kiểm định Mann-Whitney

Kết quả nghiên cứu cho thấy can thiệp có hiệu quả trong việc cải thiện tình trạng nha chu của bệnh nhân đái tháo đường. Trong đó, sự khác biệt giữa hai nhóm ở các nhóm chỉ số PI, GI và BOP được thể hiện rõ rệt nhất. Chỉ số PPD không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa nhóm can thiệp và nhóm chứng có thể là do hiệu quả giảm chỉ số này chủ yếu là do phương pháp điều trị nha chu không phẫu thuật, các hành vi vệ sinh răng miệng không đem lại hiệu quả.

Một số nghiên cứu khác cũng chứng minh

hiệu quả của các biện pháp giáo dục sức khỏe răng miệng trong việc cải thiện các chỉ số nha chu. Nghiên cứu của tác giả Saengtippovorn S và cộng sự (2015) tại Thái Lan cho thấy ở nhóm can thiệp nhận được giáo dục lối sống và sức khỏe răng miệng tăng cường có các thông số nha chu PI, GI, PPD sau 6 tháng thấp hơn đáng kể khi so sánh với nhóm đối chứng chỉ nhận được phương pháp điều trị theo quy trình thường quy⁹. Nghiên cứu của Hsu Y.J (2011) tại Đài Loan cho thấy chiến lược điều trị nha chu không phẫu thuật kết hợp với giáo dục sức khỏe bởi các nhân viên y tế cộng đồng cũng có kết quả tác động tích cực tới kết quả điều trị nha chu. Kết

qua ghi nhận nhóm thử nghiệm cho thấy có sự cải thiện nhiều hơn về PPD sau 1 tháng theo dõi so với nhóm chứng chỉ được điều trị nha chu không phẫu thuật¹⁰.

IV. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu cho thấy, điều trị nha chu không phẫu thuật và chăm sóc răng miệng thường xuyên là phương pháp điều trị nha chu hiệu quả giúp loại bỏ các chất gây viêm. Việc can thiệp giáo dục sức khỏe tăng cường có hiệu quả cải thiện tình trạng mảng bám, tình trạng nướu, tình trạng chảy máu nướu đáng kể về mặt thống kê so với quy trình điều trị thường quy tại bệnh viện. Nghiên cứu chưa ghi nhận sự cải thiện ở chỉ số độ sâu túi nha chu khi so sánh giữa nhóm can thiệp và nhóm chứng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Bích Vân, Huỳnh Anh Lan. Cập nhật về mối liên quan giữa bệnh nha chu và bệnh toàn thân. Thời sự Y học. 2019;9/2019:tr.3-10.
2. Shamala A, Al-Hajri M, Al-wesabi M. Risk factors for periodontal diseases among Yemeni type II diabetic patients. A case-control study. Journal of Oral Research. 2017; In Press. doi:10.17126/joralres.2017.055
3. Hasan SMM, Rahman M, Nakamura K, Tashiro Y, Miyashita A, Seino K. Relationship between diabetes self-care practices and control of periodontal disease among type2 diabetes patients in Bangladesh. PLoS One. 2021;16(4):e0249011. doi:10.1371/journal.pone.0249011
4. Pham TAV, Tran TTP. The interaction among obesity, Type 2 diabetes mellitus, and periodontitis in Vietnamese patients. Clin Exp Dent Res. Jun 2018;4(3):63-71. doi:10.1002/cre2.106
5. Jonsson B, Ohrn K. Evaluation of the effect of non-surgical periodontal treatment on oral health-related quality of life: estimation of minimal important differences 1 year after treatment. J Clin Periodontol. Mar 2014;41(3):275-82. doi:10.1111/jcpe.12202
6. Goel K, Pradhan S, Bhattarai MD. Effects of nonsurgical periodontal therapy in patients with moderately controlled type 2 diabetes mellitus and chronic periodontitis in Nepalese population. Clin Cosmet Investig Dent. 2017;9:73-80. doi:10.2147/CCIDE.S138338
7. Jonsson B, Ohrn K, Oscarson N, Lindberg P. The Effectiveness Of An Individually Tailored Oral Health Educational Programme On Oral Hygiene Behaviour In Patients With Periodontal Disease: A Blinded Randomized- controlled Clinical Trial (one-year Follow-up). Journal of clinical periodontology. 2009;36(12):1025-34.
8. Trần Thảo Quyên. Hiệu quả hỗ trợ điều trị vòm nha chu mạn của dung dịch Acid Boric 0,75%. Luận văn Thạc sĩ Răng – Hàm – Mặt. Đại học Y Dược Thành Phố Hồ Chí Minh; 2018.
9. Saengtipbovorn S, Taneepanichskul S. Effectiveness of lifestyle change plus dental care program in improving glycemic and periodontal status in aging patients with diabetes: a cluster, randomized, controlled trial. J Periodontol. 2015;86(4):507-15. doi:10.1902/jop.2015.140563

YẾU TỐ LIÊN QUAN ĐẾN TÌNH TRẠNG TIÊU CHÂN RĂNG SAU ĐIỀU TRỊ CHỈNH NHA: TỔNG QUAN LUẬN ĐIỂM

Cao Anh Linh¹, Nguyễn Thị Thu Phương¹,
Vũ Anh Dũng², Tô Nhật Minh¹, Nguyễn Đài Trang¹

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Tiêu chân răng là một tình trạng bệnh lý thường gặp sau các điều trị dịch chuyển răng. Nghiên cứu tổng quan được thực hiện nhằm tổng hợp yếu tố liên quan bằng chứng về những nguyên nhân của tình trạng này được ghi chép trong y văn. **Phương pháp nghiên cứu:** thiết kế nghiên cứu này là một nghiên cứu tổng quan luận điểm, thực hiện theo hướng dẫn dành cho đánh giá hệ thống và phân

tích tổng hợp (PRISMA). **Kết quả:** Tổng cộng có 2511 nghiên cứu có khả năng đủ điều kiện đã được xác định. Sau khi loại trừ các trùng lặp, khả năng tiếp cận toàn văn, loại ra 2501 tài liệu, chỉ 10 tài liệu tổng quan hệ thống, thực hiện trên 122 tài liệu nghiên cứu khác dựa trên cỡ mẫu 10427 trường hợp, được đưa vào tổng quan luận điểm. Tổng quan chỉ ra, khí cụ chỉnh nha có ảnh hưởng đến tình trạng tiêu chân răng. Cụ thể, mức độ tiêu chân răng tăng lên khi điều trị bằng khí cụ cố định toàn diện; mắc cài tự buộc có ưu thế hơn trong việc bảo vệ nhóm răng cửa giữa hàm trên khỏi tiêu chân răng. Lực chỉnh nha lớn; thời gian điều trị dài làm tăng nguy cơ tiêu chân răng. Phân tích cho thấy lượng tiêu chân răng lớn nhất thường xảy ra ở nhóm răng cửa giữa hàm trên. Một số yếu tố ảnh hưởng đến tiêu chân răng như: trình tự dây cung; tuổi, giới tính bệnh nhân. **Kết luận:** Cần cần trọng khi áp dụng các phương pháp can thiệp phù hợp với từng tình trạng của bệnh nhân.

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Trường Đại học Y Dược Thái Bình

Chịu trách nhiệm chính: Cao Anh Linh

Email: caoanhlinh.qb@gmail.com

Ngày nhận bài: 6.9.2023

Ngày phản biện khoa học: 20.10.2023

Ngày duyệt bài: 9.11.2023