

248. doi:10.1016/S0140-6736(14)60604-8
3. **Pawlotsky JM, Negro F, Aghemo A, et al.** EASL recommendations on treatment of hepatitis C: Final update of the series☆. *J Hepatol.* 2020; 73(5): 1170-1218. doi:10.1016/j.jhep.2020.08.018
 4. **Berenguer J, Rodriguez E, Miralles P, et al.** Sustained Virological Response to Interferon Plus Ribavirin Reduces Non-Liver-Related Mortality in Patients Coinfected With HIV and Hepatitis C Virus. *Clin Infect Dis.* 2012;55(5):728-736. doi:10.1093/cid/cis500
 5. **Prakash O, Mason A, Luftig RB, Bautista AP.** Hepatitis C Virus (Hcv) And Human Immunodeficiency Virus Type 1 (Hiv-1) Infections In Alcoholics.
 6. **Shafraan SD.** HIV Coinfected Have Similar SVR Rates as HCV Monoinfected With DAAs: It's Time to End Segregation and Integrate HIV Patients Into HCV Trials. *Clin Infect Dis.* 2015;61(7):1127-1134. doi:10.1093/cid/civ438
 7. **El Kassas M, Elbaz T, Hafez E, et al.** Safety of direct antiviral agents in the management of hepatitis C. *Expert Opin Drug Saf.* 2016;15(12): 1643-1652. doi:10.1080/14740338.2017.1240781.
 8. **Alessio L, Onorato L, Sangiovanni V, et al.** DAA-Based Treatment for HIV-HCV-Coinfected Patients: Analysis of Factors of Sustained Virological Response in a Real-Life Study. *Antivir Ther.* 2020;25(4):193-201. doi:10.3851/IMP3353

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG BỆNH VIÊM QUANH RĂNG GIAI ĐOẠN 3

Trần Đức Trinh¹, Nguyễn Thanh Bình¹,
Trần Thị Nga Liên², Nguyễn Thị Hồng Minh²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nhận xét đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh viêm quanh răng giai đoạn 3 trên nhóm bệnh nhân tại Bệnh viện Răng Hàm Mặt Trung Ương Hà Nội. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu thực hiện trên 40 bệnh nhân bị viêm quanh răng giai đoạn 3 đến khám và điều trị tại khoa Nha chu bệnh viện Răng Hàm Mặt Trung Ương Hà Nội. **Kết quả:** Phần lớn đối tượng là nam giới; tuổi trên 35. Lý do đến khám chủ yếu là chảy máu lợi chiếm 40%, sau đó đến lung lay răng chiếm 25%. Tỷ lệ đối tượng viêm lợi mức độ trung bình chiếm tỉ lệ cao nhất 65,0%; có 12,5% viêm lợi mức độ nặng. Chỉ số lợi GI trung bình 1,9±0,6. Độ sâu túi quanh răng trung bình 7,1±1,2mm, mức mất bám dính 7,8±1,3mm, độ sâu khuyết hồng xương 5,7±1,3mm.

Từ khóa: lâm sàng/cận lâm sàng, viêm quanh răng.

SUMMARY

CLINICAL AND SUB-CLINICAL CHARACTERISTICS OF PERIODONTITIS STAGE 3

Objective: Describe clinical and paraclinical characteristics of stage 3 periodontitis in a group of Hanoi Central Dental Hospital patients. **Methods:** The study was conducted on 40 patients with stage 3 periodontitis who came for examination and treatment at the Department of Periodontology, Hanoi Central Odonto-Stomatology Hospital. **Results:** The majority of subjects were male, aged over 35. The main reason for coming for examination is bleeding gums, which

account for 40%, followed by loose teeth, which account for 25%. The highest proportion of subjects with moderate gingivitis was 65.0%; 12.5% had severe gingivitis. Mean of GI index is 1.9±0.6. Average periodontal pocket depth 7.1±1.2mm, attachment loss 7.8±1.3mm, bone defect depth 5.7±1.3mm.

Keywords: clinical/paraclinical, periodontitis.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm quanh răng là bệnh viêm nhiễm mô nâng đỡ răng do vi khuẩn đặc hiệu gây ra, dẫn đến phá hủy dây chằng quanh răng, xương ổ răng với sự thành lập túi lợi bệnh lý, tụt lợi hay cả hai. Bệnh viêm quanh răng giai đoạn 3 là giai đoạn nặng của bệnh viêm quanh răng. Trong giai đoạn này, vi khuẩn đã xâm nhập sâu vào mô nha chu và gây ra viêm nhiễm nặng, có thể dẫn đến tổn thương nghiêm trọng cho răng và xương hàm. Bệnh được đặc trưng bởi nướu chảy máu hoặc sưng (viêm nướu), đau và đôi khi hơi thở có mùi hôi. Ở dạng nặng hơn, nướu có thể rời khỏi răng và xương hỗ trợ, gây ra tình trạng răng lung lay và mất. Viêm quanh răng nặng được ước tính ảnh hưởng khoảng 19% dân số người lớn trên toàn cầu, tương đương với hơn 1 tỷ trường hợp trên toàn thế giới. Các yếu tố nguy cơ chính cho bệnh nha chu là vệ sinh miệng kém và sử dụng thuốc lá [1]. Cho đến nay việc điều trị bệnh viêm quanh răng vẫn còn hạn chế vì đây là bệnh mạn tính và có tính chất âm thầm. Để có phương pháp điều trị phù hợp, việc tìm hiểu các đặc điểm lâm sàng của bệnh là cần thiết, do đó chúng tôi thực hiện nghiên cứu này với mục tiêu Nhận xét đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh viêm quanh răng giai đoạn 3

¹Trường Đại Học Kinh Doanh Và Công Nghệ Hà Nội

²Bệnh viện Răng Hàm Mặt Trung ương Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Trần Đức Trinh

Email: bstrinh@gmail.com

Ngày nhận bài: 17.01.2024

Ngày phản biện khoa học: 23.2.2024

Ngày duyệt bài: 22.3.2024

trên nhóm bệnh nhân tại Bệnh viện Răng Hàm Mặt Trung Ương Hà Nội.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Bệnh nhân bị viêm quanh răng giai đoạn 3 đến khám và điều trị tại khoa Nha chu bệnh viện Răng Hàm Mặt Trung Ương Hà Nội. Tiêu chuẩn chẩn đoán: Bệnh nhân được chẩn đoán viêm quanh răng giai đoạn 3 theo phân loại của Viện hàn lâm nha chu Mỹ và Liên đoàn nha chu Châu Âu (2017) [2]. Tiêu chuẩn loại trừ: Có bệnh lý toàn thân chống chỉ định phẫu thuật nha chu như: suy giảm miễn

dịch (HIV/AIDS, ung thư, suy dinh dưỡng...), bệnh về máu, nhiễm trùng cấp..., phụ nữ có thai, khuyết xương hồng còn 1 thành, đã được điều trị các phẫu thuật quanh răng trước đó.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang.

Cỡ mẫu: Chọn mẫu thuận tiện 40 bệnh nhân bị viêm quanh răng giai đoạn 3 đến khoa khám thỏa mãn điều kiện lựa chọn đối tượng nghiên cứu.

Các biến số và các chỉ số nghiên cứu:

Tên biến	Phân loại biến	Giá trị biến
Chỉ số lợi (GI)	Phân loại	Có 4 giá trị: 0: Lợi bình thường 1: Lợi viêm nhẹ 2: Lợi viêm trung bình 3: Lợi viêm nặng
Độ sâu túi quanh răng (PD)	Liên tục	Tính bằng mm được đo từ khoảng cách từ bờ viền lợi tới đáy túi lợi
Mất bám dính quanh răng (CAL)	Liên tục	Tính bằng mm được đo từ khoảng cách từ CEJ đến đáy túi lợi
Độ sâu khuyết hồng xương (IBD)	Liên tục	Tính bằng mm được đo từ đỉnh mào xương ổ đến đáy khuyết xương ổ răng theo trục chân răng

2.3. Phương pháp xử lý số liệu. Số liệu thu được xử lý theo phương pháp thống kê y học với phần mềm SPSS 20. Số liệu được trình bày dưới dạng số lượng và tỉ lệ %; với biến định lượng là giá trị trung bình và độ lệch chuẩn.

2.4. Đạo đức nghiên cứu. Nghiên cứu được thông quan Hội đồng đề cương nghiên cứu Luận văn chuyên khoa cấp II trường Đại học Y Hà Nội và được sự đồng ý của lãnh đạo Bệnh viện Răng hàm mặt Trung ương. Tất cả các thông tin về người bệnh được đảm bảo bí mật, luôn tôn trọng sự riêng tư cá nhân của mỗi người bệnh.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

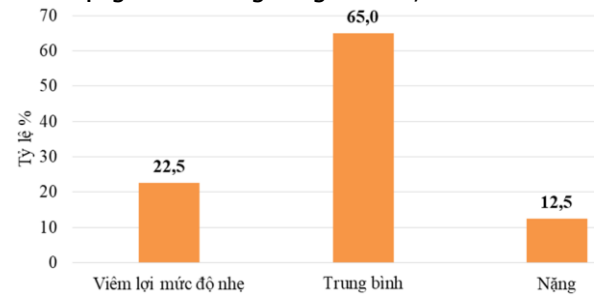
Bảng 1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu (n=40)

Đặc điểm	n	%	
Giới tính	Nam	26	65,0
	Nữ	14	35,0
Nhóm tuổi	18-34	10	25,0
	35-60	30	75,0
Lý do vào viện	Chảy máu lợi	16	40,0
	Lung lay răng	10	25,0
Phân bố răng bị tổn thương	Răng trước	3	7,5
	Răng sau	37	92,5
	Tổng	40	100

Tỷ lệ nam giới là 65,0% cao hơn so với nữ giới 35,0%. Phần lớn đối tượng có tuổi trên 35 chiếm 75,0%; 25,0% đối tượng dưới 35 tuổi.

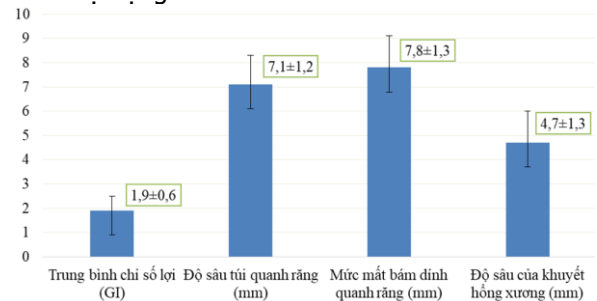
Lý do đến khám chủ yếu là chảy máu lợi chiếm 40%, sau đó đến lung lay răng chiếm

25%. Ít gặp ở những bệnh nhân đi khám vì hôi miệng hoặc vì những nguyên nhân khác. Đa số đối tượng tổn thương răng sau 92,5%.



Bảng 2. Tình trạng viêm lợi, chỉ số lợi của đối tượng nghiên cứu (n=40)

Tỷ lệ đối tượng viêm lợi mức độ trung bình chiếm tỉ lệ cao nhất 65,0%; có 12,5% viêm lợi mức độ nặng.



Biểu đồ 1. Đặc điểm về chỉ số lợi, độ sâu túi quanh răng, mức mất bám dính, độ sâu khuyết hồng xương (n=40)

Trung bình chỉ số lợi GI $1,9 \pm 0,6$. Độ sâu túi quanh răng trung bình $7,1 \pm 1,2$ mm, mức mất bám dính $7,8 \pm 1,3$ mm, độ sâu khuyết hồng xương $5,7 \pm 1,3$ mm.

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi thực hiện trên 40 đối tượng nghiên cứu với tỷ lệ nam giới chiếm 65% cao hơn so với nữ giới chỉ chiếm 35%. Tỷ lệ mắc bệnh viêm quanh răng ở một số nghiên cứu khác cũng phù hợp với nghiên cứu của chúng tôi. Như nghiên cứu của Trần Yến Nga (2021) [3] 65% là nam giới, bệnh nhân nữ chiếm 35%; tỷ lệ này trong nghiên cứu của Phạm Anh Vũ Thụy (2021) là 73,0% và 27,0% [4]. Trong nghiên cứu của chúng tôi có tuổi thấp nhất là 25, tuổi cao nhất là 52, số bệnh nhân ở nhóm 35 – 59 tuổi là chủ yếu, chiếm 75%. Kết quả điều tra của nước ta cũng như các nước khác đều cho thấy tỷ lệ mắc bệnh quanh răng tăng dần theo tuổi. Năm 2002, nghiên cứu dịch tễ học của viêm lợi và viêm quanh răng ở Việt Nam, tỷ lệ mắc của nhóm tuổi 18 – 34 là 21,9%, 35 – 44 tuổi là 36,4%, > 45 là 46,2%.

Lý do thường gặp nhất là chảy máu lợi, chiếm 40%, tiếp đến là lung lay răng 25%. Còn lại các nguyên nhân khác như hôi miệng, tụt lợi hoặc đau nhức răng. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng tương đồng với Nguyễn Thị Hạnh (2009) [5] lý do chảy máu lợi chiếm tỷ lệ nhiều nhất 41,6%. Nghiên cứu của chúng tôi là những bệnh nhân viêm quanh răng thể mạn tính nên triệu chứng thường gặp là biểu hiện chảy máu lợi do viêm. Bệnh nhân thường lo sợ khi chảy máu răng và điều đầu tiên họ nghĩ đến là có phải họ bị ung thư miệng hay không. Vì thế mà phần lớn nguyên nhân mà họ đi khám là chảy máu lợi. Đau nhức răng thường gặp ở giai đoạn viêm quanh răng tiến triển nên ít gặp hơn. Răng nghiên cứu của chúng tôi là những răng có tiêu xương chéo nên biểu hiện lâm sàng cũng hay gặp là lung lay răng. Lung lay răng có thể khiến họ lo sợ mất răng hoặc ảnh hưởng đến chức năng ăn nhai nên họ đi khám. Với những bệnh nhân khám định kỳ thì tình trạng bệnh thường không bị viêm nặng hoặc bị viêm quanh răng nặng đã được kiểm soát nên có thể là lý do trong nghiên cứu của chúng tôi không có bệnh nhân đến khám định kỳ.

Trong nghiên cứu của chúng tôi chỉ lựa chọn những túi quanh răng còn 2 hoặc 3 thành xương vì số lượng thành xương còn nhiều mới có khả năng bảo vệ và duy trì mảnh ghép trong khuyết hồng xương [6]. Có nhiều chỉ số để đánh giá bệnh viêm quanh răng tuy nhiên trong nghiên

cứu của chúng tôi chỉ lấy các chỉ số trong lâm sàng: chỉ số lợi, độ sâu túi quanh răng, mức mất bám dính.

Để đánh giá tình trạng viêm của lợi, chúng tôi sử dụng chỉ số lợi của Loe và Silness 1967 với 4 mức độ từ 0 đến 3, chúng tôi ghi nhận chỉ số lợi trung bình $1,9 \pm 0,6$. Chảy máu lợi khi thăm khám là một dấu hiệu luôn đi kèm với viêm quanh răng tiến triển tuy vẫn có thể xảy ra ở những vị trí có vùng quanh răng khỏe mạnh [37]. Chảy máu lợi khi thăm khám là một dấu hiệu luôn đi kèm với viêm quanh răng tiến triển tuy vẫn có thể xảy ra ở những vị trí có vùng quanh răng khỏe mạnh. Tình trạng chảy máu lợi khi thăm khám được ghi nhận trong nghiên cứu này tại các vị trí lấy mẫu theo tiêu chí có hoặc không có chảy máu lợi khi thăm khám bằng thám trâm nha chu với lực khoảng 0,25 niu-tơn. Kết quả cho thấy 98,6% bệnh nhân VQR nhóm can thiệp và 97,5% bệnh nhân VQR ở nhóm đối chứng.

Độ sâu túi quanh răng là dấu hiệu lâm sàng đặc hiệu và điển hình của tổn thương viêm quanh răng. Tổn thương mô quanh răng có thể chỉ xảy ra ở một hay hai phía hay toàn bộ xung quanh chân răng. Mức mất bám dính phản ánh mức độ tổn thương vùng quanh răng, phản ánh gián tiếp mức tiêu xương ổ răng, là chỉ số đại diện có giá trị nhất đánh giá mức độ phá hủy tổ chức quanh răng trầm trọng trong bệnh viêm quanh răng. Khi đo túi quanh răng, đồng thời đo mức mất bám dính lâm sàng.

Độ sâu túi quanh răng: Dấu hiệu lâm sàng điển hình ở những bệnh nhân bị viêm quanh răng là túi quanh răng. Vì vậy đo độ sâu túi quanh răng có giá trị cho việc chẩn đoán bệnh và mức giảm độ sâu túi quanh răng có thể cho phép đánh giá hiệu quả của việc điều trị bệnh. Độ sâu túi quanh răng trung bình $7,1 \pm 1,2$ mm, tương đồng với nghiên cứu của Phạm Anh Vũ Thụy [4]; Rosamma và cộng sự [7].

Mất bám dính quanh răng lâm sàng là yếu tố quan trọng để đánh giá mức độ phá hủy tổ chức quanh răng và gián tiếp phản ánh mức độ tiêu xương ổ răng. Nghiên cứu chúng tôi cho thấy mức mất bám dính $7,8 \pm 1,3$ mm.

Ngoài ra, trên xquang chúng tôi đánh giá độ sâu khuyết hồng xương. Tiêu xương theo hướng dọc sẽ tạo nên các khuyết hồng xương do tổn thương xương ổ nguyên nhân từ viêm quanh răng. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng phù hợp với một số tác giả trong nước và thế giới. Nguyễn Mèo và Hoàng Tử Hùng (2018) cho kết quả $4,71 \pm 1,62$ mm ở nhóm thử nghiệm và $4,32 \pm 1,46$ mm ở nhóm chứng [8].

V. KẾT LUẬN

Phần lớn đối tượng là nam giới; tuổi trên 35. Lý do đến khám chủ yếu là chảy máu lợi chiếm 40 %, sau đó đến lung lay răng chiếm 25 %. Tỷ lệ đối tượng viêm lợi mức độ trung bình chiếm tỉ lệ cao nhất 65,0%; có 12,5% viêm lợi mức độ nặng. Chỉ số lợi GI trung bình 1,9±0,6. Độ sâu túi quanh răng trung bình 7,1±1,2mm, mức mất bám dính 7,8±1,3mm, độ sâu khuyết hổng xương 5,7±1,3mm.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. WHO, Oral health. 2023.
2. Caton, J.G., et al., A new classification scheme for periodontal and peri-implant diseases and conditions—Introduction and key changes from the 1999 classification. *Journal of periodontology*, 2018. 89: p. S1-S8.
3. Nga, T.Y. Tác động của laser công suất thấp lên nguyên bào sợi nướu người và ứng dụng lâm

sàng: Đại học Y Hà Nội.

4. Thuy, P.A.V., Comparison of platelet rich fibrin and guided tissue regeneration in the treatment of periodontal intrabony defects. *VNUHCM Journal of Health Sciences*, 2021. 2(2): p. 162-170.
5. Hạnh, N.T., Đánh giá hiệu quả điều trị bệnh viêm quanh răng bằng phương pháp bảo tồn có sử dụng gel Metrogyl Denta 2009: Đại học Y Hà Nội.
6. Blumenthal, N.M., et al., Defect-determined regenerative options for treating periodontal intrabony defects in baboons. *Journal of periodontology*, 2003. 74(1): p. 10-24.
7. Joseph, V.R., A. Raghunath, and N. Sharma, Clinical effectiveness of autologous platelet rich fibrin in the management of infrabony periodontal defects. *Singapore Dental Journal*, 2012. 33(1): p. 5-12.
8. Nguyễn Mạo, H.T.H., Hiệu quả của fibrin giàu tiểu cầu kết hợp hydroxyapatite – β tricalcium phosphate trong điều trị viêm nha chu có tiêu xương theo chiều dọc. *Tạp chí Nghiên cứu Y học*, 2018: p. 153-160.

BÁO CÁO CASE LÂM SÀNG U MÔ ĐỆM ĐƯỜNG TIÊU HOÁ ÁC TÍNH Ở TRỰC TRÀNG

Nguyễn Anh Tuấn¹, Nguyễn Xuân Hiền¹, Nguyễn Duy Trinh¹,
Lê Văn Khánh¹, Đặng Khánh Huyền¹, Đỗ Thị Trang¹

TÓM TẮT

U mô đệm đường tiêu hóa (Gastrointestinal Stromal Tumor – GIST) là u trung mô hiếm gặp của đường tiêu hóa, hầu hết nằm ở dạ dày, ruột non, đại tràng, hiếm gặp ở vị trí trực tràng. GIST trực tràng thường chẩn đoán muộn hơn so với các vị trí khác. Chúng tôi báo cáo một trường hợp bệnh nhân nam trung niên có biểu hiện triệu chứng tiết niệu do một khối u trực tràng lớn được nút mạch tiền phẫu, sau đó phẫu thuật cắt bỏ với kết quả mô bệnh học GIST ác tính mức độ cao. **Từ khóa:** U mô đệm đường tiêu hóa, GIST, trực tràng.

SUMMARY

MALIGNANT GASTROINTESTINAL STROMAL TUMOR OF RECTUM: A CASE REPORT

Gastrointestinal Stromal Tumor (GIST) is a rare mesenchymal tumor of the digestive tract, mostly located in the stomach, small intestine, colon, and rarely in the rectum. Rectal GISTs are often diagnosed later than other sites. We report a case of a middle-aged male patient presenting with urinary symptoms due to a large rectal tumor that was preoperatively embolized and then surgically removed with

histopathological results of high-grade malignant GIST. **Keywords:** Gastrointestinal stromal tumor, GIST, Rectum.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Các khối u mô đệm đường tiêu hóa (GIST) lần đầu tiên được mô tả bởi Mazur và cộng sự năm 1983¹. GIST là các khối u trung mô phổ biến có nguồn gốc từ các tế bào kẽ Cajal, nằm ở lớp dưới niêm mạc và đám rối thần kinh Auerbach của ống tiêu hóa. GIST chiếm 0,1 - 3% các u đường tiêu hóa, được chẩn đoán xác định bằng mô bệnh học và hoá mô miễn dịch¹. Trong đó, GIST ác tính chiếm khoảng 10%, với tỷ lệ ác tính khoảng 0.3/100 000. GIST chủ yếu xuất hiện ở tuổi trung niên hoặc tuổi già với 2 vị trí hay gặp nhất là dạ dày (60–70%) và ruột non (20-25%), trong khi hiếm gặp ở trực tràng (2%). Hơn nữa, GIST cũng có thể xuất hiện dưới dạng các khối u nguyên phát bên ngoài đường tiêu hóa như các vị trí trong ổ bụng ở mạc treo, mạc nối, sau phúc mạc hoặc khung chậu^{1, 2}. GIST là một khối u thường lồi ra ngoài, trên chụp cắt lớp vi tính (CLVT) khối ngấm thuốc cản quang không đồng nhất, thường có hoại tử². Cộng hưởng từ (MRI) hữu ích trong việc xác định nguồn gốc khối u và đánh giá sự xâm lấn của các cơ quan lân cận chi tiết hơn so với CLVT². GIST trực tràng thường có các triệu chứng lâm sàng tương tự

¹Bệnh viện Đa khoa Tâm Anh

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Anh Tuấn

Email: nguyenganhtuan11121990@gmail.com

Ngày nhận bài: 15.01.2024

Ngày phản biện khoa học: 23.2.2021

Ngày duyệt bài: 21.3.2024