

đường thai kỳ nói riêng và đái tháo đường nói chung, giảm khả năng gặp biến chứng. Ngoài ra acid folic còn giúp thai nhi hạn chế mắc các dị tật bẩm sinh. Tuy nhiên, kết quả nghiên cứu của chúng tôi lại chưa cho thấy được tác dụng của acid folic lên đái tháo đường thai kỳ, điều này có thể do cỡ mẫu chưa đủ lớn để thấy được sự khác biệt về nồng độ acid folic giữa 2 nhóm sản phụ là nhóm mắc tiểu đường thai kỳ và nhóm không mắc tiểu đường thai kỳ. Điều đó dẫn đến các mối liên hệ giữa các đặc điểm với nồng độ acid folic cũng không thấy được sự khác biệt.

V. KẾT LUẬN

Từ tháng 4 năm 2023 đến tháng 2 năm 2024, thông qua việc lấy mẫu thuận tiện chúng tôi đã thực hiện khảo sát trên 120 thai phụ và chúng tôi đã thu nhận được kết quả như sau: Đa số các thai phụ có độ tuổi ≤ 35 tuổi, đa số ở Cần Thơ, mức BMI ghi nhận ở mức bình thường, tuổi thai chủ yếu là tam cá nguyệt thứ 2 và hầu như tiền sử gia đình các sản phụ không có mắc bệnh ĐTĐ, nồng độ acid folic của các sản phụ hầu như đều ở mức bình thường. Tuy nhiên tỷ lệ giữa sản phụ MTĐTK và sản phụ không MTĐTK trong các đặc điểm trên lại không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$). Ngoài ra nồng độ acid folic của các sản phụ đều độc lập với nhóm tuổi, nơi cư trú, BMI trước khi mang thai, tuổi thai và tiền sử gia đình ($p > 0,05$).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Goyette P., A. Pai, et al. (1998), "Gene structure of human and mouse methylenetetrahydrofolate reductase (MTHFR)", *Mamm Genome*, 9(8), 652-656.
2. L. A. Barbour, C. E. McCurdy, T. L. Hernandez, J. P. Kirwan, et al. Cellular mechanisms for insulin resistance in normal pregnancy and gestational diabetes, *Diabetes Care*, 2007; vol. 30 Suppl 2, pp. S112-9
3. Bộ Y tế **Vụ sức khỏe bà mẹ - trẻ em** (2018), Hướng dẫn quốc gia dự phòng và kiểm soát đái tháo đường thai kỳ
4. Liu, Peng Ju, et al. "Associations between gestational diabetes mellitus risk and folate status in early pregnancy and MTHFR C677T polymorphisms in Chinese women." *Diabetes, Metabolic Syndrome and Obesity* (2020): 1499-1507.
5. Dương Thị Hồng (2022), Thực trạng đái tháo đường thai kỳ trên phụ nữ mang thai và một số yếu tố liên quan tại Bệnh viện Phụ sản Hà Nội năm 2021-2022, Khóa luận tốt nghiệp Đại học Dược học, Trường Đại học Y Dược – ĐHQG Hà Nội, tr. 40 – 45.
6. Lê Thị Thanh Tâm (2017), Nghiên cứu phân bố - một số yếu tố liên quan và kết quả sản khoa ở thai phụ đái tháo đường thai kỳ, Luận án Tiến sĩ Y học, Trường Đại học Y Hà Nội, tr. 90 -95.
7. Hirst, J.E., et al., Consequences of gestational diabetes in an urban hospital in Viet Nam: a prospective cohort study. *PLoS Med*, 2012. 9(7): p. e1001272.
8. Vinh, Hoàng Trung, "Các Vitamin cần thiết như thế nào đối với bệnh nhân đái tháo đường typ 2" *Vietnam Journal of Diabetes and Endocrinology* 39 (2020): 16-22.

HIỆU QUẢ CỦA FIBRIN GIÀU TIỂU CẦU CẢI TIẾN (A-PRF+) TRONG ĐIỀU TRỊ VIÊM NHA CHU CÓ TIÊU XƯƠNG THEO CHIỀU NGANG

Nguyễn Mạo¹, Nguyễn Bích Vân¹, Hồ Thị Hoà¹,
Lê Thanh Nguyên¹, Nguyễn Ngọc Yến Thu¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá hiệu quả cải thiện các chỉ số lâm sàng và vi sinh của fibrin giàu tiểu cầu cải tiến (A-PRF+) trong điều trị viêm nha chu có tiêu xương theo chiều ngang. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu can thiệp lâm sàng, thiết kế nửa miệng với 20 răng có túi nha chu chỉ định điều trị phẫu thuật trên 10 bệnh nhân: nhóm phẫu thuật vạt làm sạch kết hợp ghép A-PRF+ (VLS_A-PRF+) và nhóm phẫu thuật vạt làm sạch (VLS). So sánh chỉ số màng bám (PI), chỉ số

nướu (GI), độ sâu túi nha chu (PPD), mất bám dính lâm sàng (CAL) trước phẫu thuật và sau 1 tháng điều trị. So sánh lượng vi khuẩn *Fusobacterium nucleatum* (Fn), *Tannerella forsythia* (Tf), *Porphyromonas gingivalis* (Pg) trong túi nha chu bằng Real-time PCR tại thời điểm trước phẫu thuật, 1 tuần và 1 tháng sau phẫu thuật. **Kết quả:** Sau 1 tháng, PPD và CAL ở nhóm VLS_A-PRF+ và nhóm VLS thấp hơn có ý nghĩa thống kê so với thời điểm trước phẫu thuật ($p < 0,001$). Mức độ giảm độ sâu túi nha chu ở nhóm VLS_A-PRF+ ($3,10 \pm 0,88$ mm) cao hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm VLS ($1,7 \pm 0,48$ mm) ($p < 0,001$), tuy nhiên độ giảm CAL ở nhóm VLS_A-PRF+ ($1,70 \pm 1,42$ mm) cao hơn không có ý nghĩa thống kê so với nhóm VLS ($1,50 \pm 1,43$ mm) ($p > 0,05$). Sau 1 tuần và 1 tháng, số lượng vi khuẩn Fn, Tf, Pg ở cả hai nhóm đều giảm so với thời điểm ban đầu, mức độ giảm số lượng vi khuẩn ở nhóm VLS_A-PRF+ cao hơn nhóm VLS nhưng sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$). **Kết**

¹Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Mạo

Email: nguyennmeorhm@ump.edu.vn

Ngày nhận bài: 8.3.2024

Ngày phản biện khoa học: 16.4.2024

Ngày duyệt bài: 17.5.2024

luận: A-PRF+ có hiệu quả hỗ trợ giảm độ sâu túi nha chu khi kết hợp với phẫu thuật vạt làm sạch trong điều trị viêm nha chu có tiêu xương theo chiều ngang.

Từ khóa: fibrin giàu tiểu cầu, viêm nha chu, tiêu xương theo chiều ngang

SUMMARY

THE EFFECTIVENESS OF ADVANCED PLATELET-RICH FIBRIN PLUS (A-PRF+) IN TREATING PERIODONTITIS WITH HORIZONTAL BONE LOSS

Objective: Evaluate the effectiveness of improving clinical and microbiological parameters of advanced platelet-rich fibrin plus(A-PRF+) in the treatment of periodontitis with horizontal bone loss.

Subjects and methods: Clinical intervention study, split-mouth design with 20 teeth affected by periodontal pockets with horizontal bone loss, indicated for surgical treatment in 10 patients: flap surgery combined with A-PRF+ graft (VLS_A-PRF+) group and flap surgery alone (VLS) group. Comparison of clinical parameters: plaque index (PI), gingival index (GI), probing pocket depth (PPD), clinical attachment loss (CAL) before surgery and 1 month post-treatment. Comparison of Fusobacterium nucleatum (Fn), Tannerella forsythia (Tf) and Porphyromonas gingivalis (Pg) bacteria levels in periodontal pockets 1 week, and 1 month after surgery using Real-time PCR. **Results:** After 1 month, PPD and CAL in VLS_A-PRF+ group and VLS group were significantly lower compared to baseline ($p < 0.001$). The reduction in PPD in VLS_A-PRF+ group (3.10 ± 0.88 mm) was significantly higher than in VLS group (1.7 ± 0.48 mm) ($p < 0.001$), however, the reduction in CAL in VLS_A-PRF+ group (1.70 ± 1.42 mm) was not significantly different from VLS group (1.50 ± 1.43 mm) ($p > 0.05$). At 1 week and 1 month, the levels of Fn, Tf, Pg bacteria decreased in both groups compared to baseline, with a higher reduction in VLS_A-PRF+ group, but the difference was not statistically significant ($p > 0.05$). **Conclusion:** Using A-PRF+ effectively supports the reduction of probing pocket depth when combined with flap surgery in the treatment of periodontitis with horizontal bone loss.

Keywords: platelet-rich fibrin, periodontitis, horizontal bone loss

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm nha chu (VNC) là một bệnh nhiễm trùng mạn tính, đa yếu tố, là kết quả của sự tương tác giữa các loài vi khuẩn với tế bào của ký chủ gây giải phóng các yếu tố gây viêm, dẫn đến sự phá hủy cấu trúc mô nha chu gồm nướu, xương ổ răng và dây chằng nha chu (DCNC). VNC khá phổ biến và là nguyên nhân hàng đầu gây mất răng, ảnh hưởng lớn đến chất lượng cuộc sống[1].

Vi khuẩn giữ vai trò quan trọng trong khởi phát bệnh VNC, đồng thời tương tác giữa vi khuẩn và ký chủ góp phần kéo dài và làm trầm trọng bệnh. Việc định lượng các vi khuẩn đặc

hiệu như Fusobacterium nucleatum (Fn), Tannerella forsythia (Tf), Porphyromonas gingivalis (Pg) giúp đánh giá đáp ứng điều trị và theo dõi diễn tiến bệnh [1].

Các nghiên cứu cho thấy tiêu xương theo chiều ngang chiếm tỉ lệ 92,2% trong VNC nhưng chỉ có 3,2% các phương án điều trị là khả thi. Một trong số các phương pháp đã được đề xuất là tái tạo mô có hướng dẫn (GTR) với các loại vật liệu ghép khác nhau [2]. PRF là vật liệu sinh học thuộc thể hệ thứ hai của tiểu cầu cô đặc được Choukroun và cs (2001) đề xuất. Các tiểu cầu, bạch cầu, yếu tố tăng trưởng và cytokine trong PRF có thể hỗ trợ tái tạo xương và mô mềm [3]. A-PRF+ là PRF thể hệ mới, được chuẩn bị theo phương pháp cải tiến với số lượng bạch cầu nhiều hơn và nồng độ các yếu tố tăng trưởng đậm đặc hơn so với PRF truyền thống.

Nghiên cứu của Joseph và cs (2014) kết luận rằng việc sử dụng kết hợp PRF dưới dạng gel và màng hiệu quả hơn so với việc chỉ thực hiện phẫu thuật vạt làm sạch (VLS) trong điều trị tiêu xương theo chiều ngang [4]. Tuy nhiên, chưa có nghiên cứu đánh giá hiệu quả lâm sàng và vi sinh của việc kết hợp sử dụng A-PRF+ với phương pháp VLS trong điều trị sang thương VNC tiêu xương theo chiều ngang. Do đó, chúng tôi thực hiện nghiên cứu: "*Hiệu quả của fibrin giàu tiểu cầu cải tiến (A-PRF+) trong điều trị viêm nha chu có tiêu xương theo chiều ngang*".

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Mẫu nghiên cứu: Mẫu nghiên cứu gồm 20 răng có túi nha chu tiêu xương theo chiều ngang với chỉ định điều trị phẫu thuật trên 10 bệnh nhân (BN) đến khám và điều trị tại phòng khám chuyên khoa Răng Hàm Mặt, Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh từ tháng 2/2023 đến tháng 2/2024.

Phương pháp nghiên cứu:

Thiết kế nghiên cứu: Can thiệp lâm sàng, thiết kế nửa miệng.

20 răng có túi nha chu chỉ định điều trị phẫu thuật trên 10 BN, bốc thăm ngẫu nhiên chia 2 nhóm: nhóm phẫu thuật vạt làm sạch kết hợp ghép A-PRF+ (VLS_A-PRF+) và nhóm phẫu thuật vạt làm sạch (VLS).

Vật liệu, trang thiết bị nghiên cứu:

Dụng cụ khám và điều trị:

- Cây đo túi UNC-15 (HuFriedy, Hoa Kỳ), bộ xử lý mặt chân răng (XLMCR) Gracey (HuFriedy, Hoa Kỳ), ống chích sắt, thuốc tê Lidocaine 2% HCl với nồng độ Epinephrin 1:100000 (Lignospan standard, Septodont, Pháp), cán dao phẫu thuật

tròn, lưỡi dao số 15C, dụng cụ bóc tách, kẹp phẫu tích, kẹp kim, kéo cắt chỉ, ống chích bơm rửa, ống hút phẫu thuật, kim, chỉ khâu PTFE (5.0).

- Dung dịch sát khuẩn ngoài mặt Povidone iodine 10% (Povidine), dung dịch bơm rửa nước muối sinh lý 0,9%.

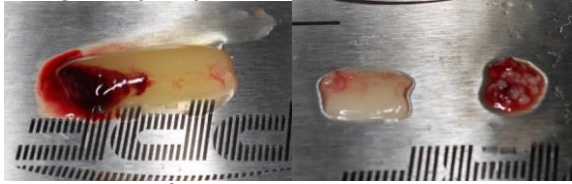
Dụng cụ chế tạo PRF: Máy quay ly tâm (Centrifuge EBA20, Hettich, Đức), bộ dụng cụ ép màng PRF (P.R.F-SYSTEM Surgident, Hoa Kỳ), bộ dụng cụ lấy máu tĩnh mạch: ga-rô, kim cánh bướm số 24G và ống nghiệm hút chân không bằng thủy tinh 10ml (BD Vacutainer, Nhật).

Dụng cụ thu thập màng bám dưới nướu: côn giấy nội nha số 30; ống Eppendorf 1,5 ml có chứa dung dịch Phosphate buffered saline (PBS) đã tiệt trùng.

Quy trình tạo màng A-PRF+. Lấy 10 ml máu tĩnh mạch của bệnh nhân cho vào ống nghiệm và ly tâm 1300 vòng/1 phút, trong 8 phút. Lấy khối A-PRF+ và đặt vào khuôn ép tạo màng có bề dày đồng nhất 1 mm.

Màng A-PRF+ sau khi ép chia thành 2 phần:

- Một phần được cắt thành mảnh nhỏ.
- Một phần dùng để phủ vùng phẫu thuật, đóng vai trò như màng ngăn trong tái tạo mô có hướng dẫn (GTR).



Hình 1: Chuẩn bị PRF cắt nhỏ và PRF dạng màng

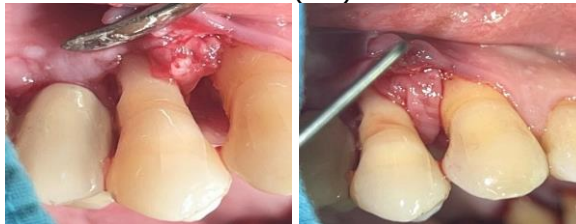
Quy trình phẫu thuật: - Sát trùng, gây tê

và tạo đường rạch trong khe nướu.

- Phẫu thuật lật vạt toàn phần đến 2 răng kế cận, rạch đường giảm căng nếu cần thiết.

- Dùng bộ XLMCR lấy sạch cao răng, màng bám dưới nướu, mô hạt viêm và biểu mô thâm nhiễm trong túi nha chu.

- Bơm rửa bằng nước muối sinh lý 0,9%.
- Ghép A-PRF+ (cắt nhỏ) + màng A-PRF+ cho bên thử nghiệm. Bên chứng không ghép.
- Đặt lại vạt tại vị trí ban đầu.
- Khâu với chỉ PTFE (5-0).



Hình 2: Ghép PRF cắt nhỏ và dùng màng

PRF che chủ sang thương



Hình 3: Mũi khâu giúp áp sát vạt và màng ghép vào mặt ngoài răng

Quy trình lấy màng bám dưới nướu:

- Cách ly nước bọt.

- Lau sạch màng bám trên nướu và thổi khô nhẹ, đưa 5 cây côn giấy vô trùng số 30 và dài 21mm vào đến đáy túi (thao tác nhẹ, tránh chảy máu), để trong 10 giây, lấy côn giấy ra và cho vào tube eppendorf có nắp đậy. Một bệnh nhân được lấy mẫu 03 lần, tại các thời điểm T0, T1, T2 (T0: thời điểm trước phẫu thuật, T1: thời điểm sau phẫu thuật 1 tuần, T2: thời điểm sau phẫu thuật 1 tháng) tại cùng một vị trí. Mỗi vị trí lấy mẫu bệnh phẩm sử dụng một bộ dụng cụ riêng để tránh sự lây nhiễm chéo.



Hình 4: Lấy bệnh phẩm dịch khe nướu ở túi nha chu bằng côn giấy số 30

- Chuyển mẫu đến phòng thí nghiệm trong vòng 4 giờ trong hộp có gel đá lạnh. Tại phòng thí nghiệm, mẫu được giữ ở nhiệt độ -70°C cho đến khi được lấy ra thực hiện real-time PCR phát hiện và định lượng các tác nhân vi khuẩn.

Biên số nghiên cứu

Bảng 1: Biên số nghiên cứu

STT	Tên biến số	Loại biến số	Giá trị của biến số
1	Số lượng vi khuẩn Fn, Tf, Pg	Định lượng	Log ₁₀ copies/ml
2	Chỉ số màng bám (PI)	Định lượng	0,1,2,3
3	Chỉ số nướu (GI)	Định lượng	0,1,2,3
4	Độ sâu túi nha chu (PPD)	Định lượng	Tính bằng mm khoảng cách từ bờ viền nướu đến đáy túi nha chu
5	Mất bám dính lâm sàng (CAL)	Định lượng	Tính bằng mm khoảng cách từ bờ viền nướu đến CEJ

Phương pháp xử lý số liệu: Các phép kiểm Shapiro-Wilk, t hai mẫu độc lập, t bắt cặp được dùng để đánh giá sự khác biệt. Nhập liệu và xử lý bằng phần mềm Stata phiên bản 14.0.

Y đức: Nghiên cứu được cấp chấp thuận của Hội đồng đạo đức trong nghiên cứu y sinh học Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh, số 470/HĐĐĐ-ĐHYD, ngày 20 tháng 9 năm 2021.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Hiệu quả lâm sàng của A-PRF+ trong hỗ trợ điều trị viêm nha chu có tiêu xương theo chiều ngang. Nghiên cứu được thực hiện trên 10 BN VNC (7 nam, 3 nữ) với độ tuổi trung bình là 55,8 ± 9,87 (từ 37 đến 68 tuổi) đã điều trị không phẫu thuật nhưng không cải thiện độ sâu túi và mất bám dính lâm sàng. Tình trạng vệ sinh răng miệng ban đầu duy trì thích hợp trong giai đoạn đầu (PI<1). Tất cả 10 BN hoàn tất nghiên cứu, các sang thương lành thương tốt trên cả hai nhóm, không nhóm nào ghi nhận tình trạng biến chứng, tăng mức độ VNC trầm trọng hoặc dẫn đến mất răng.

Sự thay đổi sâu túi nha chu

Bảng 2: Sự thay đổi độ sâu túi nha chu

PPD (mm)	Thời điểm	Nhóm VLS_A-PRF+	Nhóm VLS	p*
	Thời điểm T0	5,70±0,67	6,20±1,31	0,299
	Thời điểm T2	2,60±0,52	4,30±1,15	<0,001
	p1**	<0,001	<0,001	

Số liệu trình bày: TB ± ĐLC (mm); p: so sánh giữa hai nhóm; *: kiểm định t hai mẫu độc lập; p1: so sánh giữa T0 và T2; **: kiểm định t bắt cặp.

Biểu đồ 1: Mức độ giảm độ sâu túi nha chu tại thời điểm T2 so với T0 (p<0,001).

Kết quả nghiên cứu trong Bảng 2 cho thấy tại thời điểm T0, PPD ở nhóm VLS_A-PRF+ và nhóm VLS khác biệt không có ý nghĩa thống kê (p>0,05). Trong mỗi nhóm, sau 1 tháng phẫu thuật (T2), PPD giảm ở nhóm VLS_A-PRF+ và nhóm VLS, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê so với thời điểm T0 (p<0,05). So sánh giữa 2 nhóm, mức độ giảm PPD tại T2 so với T0 của nhóm VLS_A-PRF+ cao hơn nhóm VLS có ý nghĩa thống kê (p<0,001).

Sự thay đổi mất bám dính lâm sàng

Bảng 3: Sự thay đổi mức độ mất bám dính lâm sàng

CAL (mm)	Thời điểm	Nhóm VLS_A-PRF+	Nhóm VLS	p*
	Thời	6,50±1,18	6,80±1,40	0,610

điểm T0			
Thời điểm T2	4,80±1,40	5,30±1,25	0,411
p1**	<0,001	<0,001	

Số liệu trình bày TB ± ĐLC (mm); p: so sánh giữa hai nhóm; *: kiểm định t hai mẫu độc lập; p1: so sánh giữa T0 và T2; **: kiểm định t bắt cặp.

Bảng 3 trình bày CAL của nhóm VLS_A-PRF+ và nhóm VLS tại các thời điểm trước và sau phẫu thuật 1 tháng. Tại thời điểm T0, nhóm VLS_A-PRF+ và nhóm VLS có CAL có sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê (p > 0,05). Sau 1 tháng phẫu thuật (T2), nhóm VLS_A-PRF+ và nhóm VLS có CAL giảm so với thời điểm T0, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê (p<0,001).

So sánh giữa 2 nhóm, mức độ giảm CAL tại T2 so với T0 khác biệt không có ý nghĩa thống kê (p>0,05).

Hiệu quả vi sinh của A-PRF+ trong hỗ trợ điều trị viêm nha chu có tiêu xương theo chiều ngang

Bảng 4: Sự thay đổi số lượng vi khuẩn

	Thời điểm	Nhóm VLS_A-PRF+	Nhóm VLS	p*
Fn	Thời điểm T0	5,96±1,31	5,86 ± 1, 39	0,875
	Thời điểm T1	5,16±1,04	5,79 ± 1,10	0,204
	p1**	0,041	0,907	
	Thời điểm T2	5,73 ± 0,93	5, 85 ± 0,9	0,781
	p2**	0,652	0,983	
Tf	Thời điểm T0	3,08 ± 2,35	3,35 ± 2,61	0,811
	Thời điểm T1	2,12 ± 1,59	1,64 ± 1,74	0,533
	p1**	0,029	0,076	
	Thời điểm T2	2,11 ± 2,12	2,85 ± 2,12	0,445
	p2**	0,164	0,499	
Pg	Thời điểm T0	2,97 ± 2,64	3,34 ± 2,64	0,756
	Thời điểm T1	2,29 ± 1,73	1,38 ± 1,81	0,268
	p1**	0,202	0,091	
	Thời điểm T2	1,39 ± 1,45	2,49 ± 2,28	0,214
	p2**	0,035	0,237	

Số liệu trình bày: TB ± ĐLC (log10copies/ml); p: so sánh giữa 2 nhóm; *: kiểm định t hai mẫu độc lập; p1, p2: so sánh lần lượt giữa T1, T2 với T0; **: kiểm định t bắt cặp;

Trong từng nhóm: Kết quả trong bảng 4 cho thấy tại thời điểm 1 tuần sau phẫu thuật (T1), số lượng vi khuẩn Fn, Tf ở nhóm VLS_A-PRF+ giảm có ý nghĩa thống kê so với thời điểm trước phẫu thuật (p<0,05), riêng Pg giảm nhưng không có ý nghĩa thống kê (p<0,05). Tại thời điểm 1 tháng (T2), số lượng vi khuẩn Pg ở nhóm VLS_A-PRF+ giảm đáng kể (p<0,05), riêng vi khuẩn Fn và Tf có sự giảm số lượng, nhưng sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê. Ở nhóm

VLS, số lượng vi khuẩn Fn, Tf, Pg ở nhóm VLS tại thời điểm T1 và T2 giảm so với thời điểm T0 nhưng sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p>0,05$).

Giữa hai nhóm: Số lượng ba loại vi khuẩn giữa hai nhóm tại các thời điểm nghiên cứu khác nhau không có ý nghĩa thống kê ($p>0,05$).

IV. BÀN LUẬN

Sự thay đổi độ sâu túi nha chu sau 1 tháng. Ở thời điểm 1 tháng sau phẫu thuật (T2), chỉ số PPD ở nhóm VLS_A-PRF+ và nhóm VLS đều giảm có ý nghĩa thống kê so với ban đầu (T0). Phẫu thuật lật vạt cho phép tiếp cận trực tiếp bề mặt chân răng, làm sạch cao răng bên dưới nướu, loại bỏ mô hạt viêm, tạo thuận lợi để bệnh nhân vệ sinh răng miệng có hiệu quả.

So sánh giữa hai nhóm, ở thời điểm T0, chỉ số PPD giữa nhóm VLS_A-PRF+ và nhóm VLS có giá trị trung bình tương tự nhau. Mức độ giảm PPD tại thời điểm T2 ở nhóm VLS_A-PRF+ cao hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm VLS. Kết quả này tương đồng với những nghiên cứu đã được thực hiện trước đây [5]. Nghiên cứu trên có mức độ giảm chỉ số PPD thấp hơn nghiên cứu của chúng tôi ($1,70 \pm 0,45$ mm so với $3,10 \pm 0,88$ mm), có thể do nghiên cứu của Joseph thực hiện trên răng có túi nha chu ≥ 4 mm, khác với nghiên cứu của chúng tôi thực hiện trên răng có túi nha chu >5 mm nên mức độ giảm chỉ số PPD so với thời điểm ban đầu có sự khác biệt đáng kể. Sự khác biệt giữa các kết quả nghiên cứu có thể được giải thích thông qua nhiều yếu tố khác nhau. Trong đó, sự khác biệt ở mẫu nghiên cứu, thời gian theo dõi, kỹ thuật thực hiện và quy trình tạo PRF đóng vai trò quan trọng.

Sự thay đổi mật bám dính lâm sàng sau 1 tháng. Tương tự như PPD, chỉ số CAL tại thời điểm T2 đều giảm có ý nghĩa thống kê so với ban đầu (T0) ở cả 2 nhóm VLS_A-PRF+ và VLS. So sánh giữa hai nhóm, mức độ giảm CAL ở nhóm VLS_A-PRF+ ($1,70 \pm 1,42$ mm) lớn hơn nhóm VLS ($1,50 \pm 1,43$ mm), tuy nhiên, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê. Kết quả của nghiên cứu tương đồng với nghiên cứu của Joseph và cs (2014) [5], góp phần khẳng định hiệu quả lâm sàng của phương pháp điều trị phẫu thuật vạt làm sạch.

Nghiên cứu của Debnath và cs (2018) [6] có ghi nhận mức giảm CAL nhiều hơn ở nhóm kết hợp PRF ở thời điểm 9 tháng sau phẫu thuật, khác so với nghiên cứu của chúng tôi, có thể là do thời điểm đánh giá 1 tháng của nghiên cứu này, mô nha chu chỉ đủ hình thành biểu mô bám

dính kéo dài, chưa có sự hiện diện của bám dính mô liên kết thực sự.

Sự thay đổi số lượng vi khuẩn Fn, Tf, Pg sau 1 tuần và 1 tháng. Ở thời điểm T0, số lượng vi khuẩn Fn, Tf, Pg ở nhóm thử nghiệm và nhóm chứng khác biệt không có ý nghĩa thống kê, điều này chỉ ra tình trạng vi khuẩn ở hai nhóm tương đồng tại thời điểm ban đầu. Sau điều trị 1 tuần và 1 tháng mức độ giảm số lượng vi khuẩn Fn, Tf, Pg ở nhóm VLS_A-PRF+ cao hơn nhóm VLS, nhưng không có ý nghĩa thống kê.

Nghiên cứu in vitro [7] đã chỉ ra PRF có thể có hiệu quả trong việc ngăn chặn sự phát triển của nhiều loại vi khuẩn. Nghiên cứu của Cẩm, H. L. N. (2020) cho kết quả số lượng cả ba loại vi khuẩn Fn, Pg, Tf sau 6 tháng phẫu thuật trong điều trị sang thương vùng chẻ ở răng cối lớn thứ nhất hàm dưới ở hai nhóm đều giảm có ý nghĩa thống kê so với thời điểm T0, mức độ thay đổi lượng Pg, Tf và Fn sau điều trị ở nhóm PRF và nhóm VLS khác biệt không có ý nghĩa thống kê. Tuy nhiên, nghiên cứu này không cho thấy sự khác biệt đáng kể về sự thay đổi lượng vi khuẩn nha chu đặc hiệu khi sử dụng A-PRF+. Sự khác biệt này có thể được giải thích bởi nhiều yếu tố như: loại PRF khác nhau, dạng sử dụng khác nhau, thời gian theo dõi khác nhau, v.v...

V. KẾT LUẬN

Trong giới hạn của nghiên cứu này, việc sử dụng A-PRF+ kết hợp VLS trong điều trị viêm nha chu có tiêu xương theo chiều ngang ở răng có túi sâu >5 mm cho thấy tăng cải thiện độ sâu túi có ý nghĩa thống kê so với điều trị VLS đơn thuần sau 1 tháng điều trị. Độ giảm lượng vi khuẩn đặc hiệu VNC khi kết hợp A-PRF+ nhiều hơn nhưng không có ý nghĩa thống kê so với VLS đơn thuần.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Bích Vân, Hà Thị Bảo Đan, Trần Giao Hòa và cs. (2015). Nha chu học tập I, tái bản lần thứ nhất (Vol. 6, 7): Nhà xuất bản Y học Thành phố Hồ Chí Minh.
2. Trần Văn Trường, Lâm Ngọc Ẩn, Trịnh Đình Hải. (2002). "Điều tra sức khỏe răng miệng toàn quốc Việt Nam 2001". Nhà xuất bản Y học Hà Nội, pp. 67-75.
3. Maestre R., et al. (2007). "Odontogenic bacteria in periodontal disease and resistance patterns to common antibiotics used as treatment and prophylaxis in odontology in Spain". Rev Esp Quimioterap, 20(1), pp. 61-67.
4. Jayakumar A., Rohini S., Naveen A., et al. (2010). "Horizontal alveolar bone loss: A periodontal orphan". Journal of Indian Society of Periodontology, 14(3), pp. 181-185.
5. Joseph V. R. , Sam G., Amol N. V., et al.

- (2014). "Clinical evaluation of autologous platelet rich fibrin in horizontal alveolar bony defects". J Clin Diagn Res, 8(11), pp. 43-47.
6. **Debnath K., Chatterjee A.** "Treatment of horizontal defect with and without platelet-rich fibrin matrix: A randomized comparative clinical study". J Indian Soc Periodontol, 22(5), pp. 406-413.
7. **Yang L. C., Hu S. W., Yan M., Yang J. J., Tsou S. H., Lin Y. Y.** (2015). "Antimicrobial activity of platelet-rich plasma and other plasma preparations against periodontal pathogens". J Periodontol, 86(2), pp. 310-318.

VIÊM NÃO TỦY RÃI RÁC CẤP Ở TRẺ EM: TÌNH TRẠNG TÁI PHÁT VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN

Nguyễn Thị Vân¹, Nguyễn Thị Thu Hiền¹, Cao Vũ Hùng¹

TÓM TẮT

Chúng tôi tiến hành nghiên cứu trên 72 trẻ được chẩn đoán viêm não tủy rải rác tại bệnh viện Nhi Trung ương từ tháng 2/2018 đến tháng 1/2023 với mục tiêu xác định tỉ lệ tái phát và các yếu tố liên quan đến tái phát. Kết quả ghi nhận trong thời gian theo dõi $26,9 \pm 17,4$ tháng (ngắn nhất là 6 tháng, dài nhất là 63 tháng), tỷ lệ tái phát là 27,8% với các kiểu hình: viêm não tủy rải rác đa pha và viêm não tủy rải rác - viêm thị thần kinh. Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về đặc điểm lâm sàng và tổn thương trên cộng hưởng từ giữa nhóm tái phát và không tái phát. Xét nghiệm kháng thể MOG-IgG (myelin oligodendrocyte glycoprotein) dương tính trong huyết thanh là làm tăng nguy cơ tái phát lên 4,33 lần ($p < 0,05$). **Từ khóa:** viêm não tủy rải rác, tái phát, kháng thể kháng MOG.

SUMMARY

ACUTE DISSEMINATED ENCEPHALOMYELITIS IN CHILDREN: FOCUS ON RELAPSING PATIENTS AND PROGNOSTIC FACTORS FOR RELAPSE

We studied on 72 children presented with acute disseminated encephalomyelitis in Vietnam National Children's Hospital from February 2018 to January 2023 to evaluate prognostic factors for relapse after ADEM in children. Results: during the follow-up period of 26.9 ± 17.4 months (min: 6 months, max: is 63 months), twenty (27,8%) of included patients had relapsed attacks with the following phenotypes: multiple disseminated encephalomyelitis and acute disseminated encephalomyelitis - optic neuritis. There were no statistically significant differences in clinical characteristics and MRI lesions between relapsing group and monophasic group. A positive MOG -IgG in serum increases the risk of relapse by 4.33 times ($p < 0.05$). **Keywords:** acute disseminated encephalomyelitis, relapse, MOG- IgG

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm não tủy rải rác cấp (ADEM) là bệnh lý

viêm hủy myelin của hệ thần kinh trung ương thông qua cơ chế miễn dịch, đặc trưng bởi bệnh não và tổn thương não đa ổ. Bệnh lý phổ biến hơn ở trẻ em với tỉ lệ mới mắc hàng năm từ 0,23 đến 0,4/100.000 trẻ/năm¹.

Năm 2013, Hiệp hội xơ cứng rải rác đã đồng thuận về định nghĩa cho các hội chứng hủy myelin ở hệ thần kinh trung ương. Theo đó các tiêu chí cần thiết để chẩn đoán ADEM bao gồm: một đợt bệnh có các triệu chứng lâm sàng thần kinh đa ổ do nguyên nhân viêm hủy myelin, bệnh não với biểu hiện thay đổi ý thức hoặc hành vi không giải thích được bởi sốt hoặc tình trạng toàn thân hoặc tình trạng sau cơn giật, MRI sọ não bất thường trong giai đoạn cấp (3 tháng) và không có biểu hiện lâm sàng hoặc tổn thương MRI mới sau 3 tháng từ lúc khởi phát.

Trong đa số các trường hợp, ADEM biểu hiện dưới dạng đơn pha, tuy nhiên các nghiên cứu theo dõi dọc cho thấy tỉ lệ tái phát của các đợt viêm hủy myelin sau viêm não tủy rải rác cấp có thể dao động từ 10 – 30%^{2,3}. Tái phát được định nghĩa là một đợt biểu hiện lâm sàng mới cùng với tổn thương tương ứng trên MRI xuất hiện sau đợt bệnh đầu tiên ít nhất 3 tháng. Các kiểu hình tái phát có thể là viêm não tủy rải rác đa pha (MDEM), viêm thị thần kinh sau ADEM (ADEM-ON), ADEM là biểu hiện đầu tiên của phổ bệnh viêm tủy thị thần kinh NMOSD hoặc ADEM là biểu hiện đầu tiên của xơ hóa rải rác (MS – multiple sclerosis). Một số nghiên cứu thấy các yếu tố liên quan đến sự tái phát của mất myelin như: có tiền sử gia đình bị mất myelin do viêm của hệ thần kinh trung ương, hồi phục hoàn toàn về lâm sàng và hình ảnh cộng hưởng từ, sự xuất hiện của viêm thị thần kinh, kháng thể kháng MOG tồn tại dai dẳng trong huyết tương^{2,4}.

Tại Việt Nam các nghiên cứu về viêm não tủy rải rác còn rất hạn chế do tỉ lệ mắc bệnh thấp, bệnh cảnh lâm sàng đa dạng và sự khó khăn trong tiếp cận với chụp cộng hưởng từ ở giai đoạn trước. Các báo cáo trước đây chỉ tập trung

¹Bệnh viện Nhi Trung ương

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Vân

Email: vannt@nch.org.vn

Ngày nhận bài: 11.3.2024

Ngày phản biện khoa học: 22.4.2024

Ngày duyệt bài: 24.5.2024