

tháng, $p = 0,30$) [10]. Ngoài ra trong kết quả của chúng tôi có 4 bệnh nhân có u xâm nhập mạch (12.1%). Conci và cộng sự nhận thấy thời gian sống thêm sau 5 năm giảm từ 45,1 xuống 32,9% ($p=0,017$) giữa 2 nhóm bệnh nhân có và không có xâm nhập mạch. UTĐMTG chủ yếu gặp ở giai đoạn IIIB chiếm 45.5% bệnh nhân nghiên cứu.

Trong nhóm bệnh nhân nghiên cứu không có trường hợp nào tử vong, rò mật và chảy máu sau mổ. Tuy nhiên có 1 trường hợp (3.0%) suy gan sau mổ độ B (theo International Study Group of Liver Surgery) kèm nhiễm khuẩn huyết, 3 trường hợp (9.1%) cổ trướng (dịch ra ở dẫn lưu > 500ml/ 24 giờ kéo dài trên 5 ngày) và 1 trường hợp viêm phổi được điều trị nội khoa ổn định. Trong nghiên cứu của Đoàn Thanh Tùng, biến chứng sau mổ của UTĐMTG là 10,2% trong đó tỷ lệ tử vong là 8,2%, nguyên nhân chủ yếu do chảy máu và suy gan cấp; theo tác giả loại phẫu thuật cắt gan không ảnh hưởng đến kết quả gần và khảng định phẫu thuật vẫn là phương pháp điều trị lựa chọn hàng đầu trong UTĐMTG.

V. KẾT LUẬN

Phẫu thuật cắt gan theo giải phẫu là phương pháp an toàn và hiệu quả điều trị ung thư đường mật trong gan với tỷ lệ tai biến sớm sau mổ thấp. Tuy nhiên do phẫu thuật triệt căn đòi hỏi nạo vét hạch vùng một cách thường quy, phẫu thuật đối với UTĐMTG nên thực hiện ở tuyến chuyên khoa. Cần thêm những nghiên cứu đánh giá cụ thể hơn về kết quả điều trị và thời gian sống thêm đối với UTĐMTG nói chung, cũng như từng tí cụ thể nói riêng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Banales J M, Marin J J, Lamarca A, et al.** Cholangiocarcinoma 2020: the next horizon in mechanisms and management. *Nature reviews Gastroenterology & hepatology*. 2020;17(9), pp. 557-588.
- Liver Cancer Study Group of Japan.** The general rules for the clinical and pathological study of primary liver cancer. 2nd English ed. Tokyo JKC, Ltd., ed., 2003.
- Ikai I, Arii S, Okazaki M, et al.** Report of the 17th nationwide follow-up survey of primary liver cancer in Japan. *Hepatol Res*. 2007;37:676-91.
- Morimoto Y, Tanaka Y, Ito T, et al.** Long-term survival and prognostic factors in the surgical treatment for intrahepatic cholangiocarcinoma. *J Hepatobiliary Pancreat Surg*. 2003;10:432-440.
- Luo X, Yuan L, Wang Y, et al.** Survival Outcomes and Prognostic Factors of Surgical Therapy for All Potentially Resectable Intrahepatic Cholangiocarcinoma: A Large Single-Center Cohort Study. *J Gastrointest Surg* 2014;18:562-72.
- Jutric Z, Johnston WC, Hoen HM, et al.** Impact of lymph node status in patients with intrahepatic cholangiocarcinoma treated by major hepatectomy: a review of the National Cancer Database. *HPB (Oxford)*. 2016;18:79-87.
- Kim JM, Cho BI, Kwon CHD, et al.** Hepatectomy is a reasonable option for older patients with hepatocellular carcinoma. *The American Journal of Surgery*. 2015;209(2),391-397.
- Đạt TQ.** Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả phẫu thuật cắt gan do ung thư đường mật trong gan. Luận văn bác sĩ nội trú Đại học Y Hà Nội. 2010.
- Shimada K, Sano T, Nara S, et al.** Therapeutic value of lymph node dissection during hepatectomy in patients with intrahepatic cholangiocellular carcinoma with negative lymph node involvement. *Surgery*. 2009;145:411-6.
- Addeo P, Jedidi I, Locicero A, et al.** Prognostic impact of tumor multinodularity in intrahepatic cholangiocarcinoma. 2019;23,1801-1809.

BỆNH VIÊM LỢI TRÊN PHỤ NỮ MANG THAI MẮC ĐÁI THÁO ĐƯỜNG THAI KỲ TẠI BỆNH VIỆN PHỤ SẢN HÀ NỘI NĂM 2023

Trịnh Đình Hải¹, Bùi Danh Lưu¹

TÓM TẮT

Đái tháo đường thai kỳ (ĐTĐTK) là một rối loạn chuyển hóa thường gặp nhất trong thai kỳ và có xu hướng gia tăng. Viêm lợi (VL) trên nhóm thai phụ mắc ĐTĐTK hiện chưa được nghiên cứu và báo cáo tại Việt Nam. Nghiên cứu thực hiện nhằm mục đích mô tả

thực trạng bệnh viêm lợi trên nhóm PNMT có ĐTĐTK và phân tích các yếu tố liên quan đến bệnh viêm lợi trên nhóm đối tượng. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** nghiên cứu mô tả cắt ngang, tiến hành trên 100 PNMT được chẩn đoán ĐTĐTK tại khoa Khám Bệnh Bệnh viện Phụ Sản Hà Nội từ tháng 6 năm 2023 – tháng 12 năm 2023. Các chỉ số lâm sàng đánh giá bao gồm: Chỉ số lợi (GI), Chỉ số vệ sinh răng miệng (OHI-S), Chỉ số mất bám dính lâm sàng (CAL), Độ sâu túi lợi (PD), Chỉ số chảy máu khi thăm khám (%BOP). Số liệu được thống kê và phân tích bằng phần mềm SPSS 20.0 và Minitab 18.0. **Kết quả:** Tỷ lệ lợi lành mạnh trên nhóm PNMT mắc ĐTĐTK là 8%, tỷ lệ mắc viêm lợi chiếm 92%, trong đó viêm lợi nặng chiếm

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

Chịu trách nhiệm chính: Bùi Danh Lưu

Email: dr.luubui@gmail.com

Ngày nhận bài: 14.3.2024

Ngày phản biện khoa học: 25.4.2024

Ngày duyệt bài: 30.5.2024

26% và có 22% các thai phụ có dấu hiệu của mất bám dính. **Kết luận:** Viêm lợi trên nhóm PNMT mắc ĐTĐTK có tỷ lệ mắc rất cao, và có xu hướng gia tăng theo tuổi thai, bị ảnh hưởng bởi nồng độ glucose trong máu và tình trạng vệ sinh răng miệng. Cần có sự hướng dẫn cụ thể hơn về vấn đề chăm sóc vệ sinh răng miệng cho nhóm PNMT có ĐTĐTK để giảm nguy cơ và mức độ nghiêm trọng của bệnh quanh răng và viêm lợi trên nhóm đối tượng này.

Từ khóa: Viêm lợi, Đái tháo đường thai kỳ

SUMMARY

GINGIVITIS IN PREGNANT WOMEN WITH GESTATIONAL DIABETES MELLITUS AT HANOI OBSTETRICS AND GYNECOLOGY HOSPITAL IN 2023

Gestational diabetes is the most common metabolic disorder during pregnancy and tends to increase. Gingivitis in pregnant women with gestational diabetes has not yet been studied and reported in Vietnam. This study was conducted with the aim of describing the status of gingivitis in pregnant women with gestational diabetes and analyzing factors related to gingivitis in this group. Subjects and research methods: a cross-sectional descriptive study was conducted on 100 pregnant women diagnosed with gestational diabetes at the Department of Examination, Hanoi Obstetrics Hospital from June 2023 to December 2023. Clinical indices assessed include: Gingival Index (GI), Oral Hygiene Index - Simplified (OHI-S), Clinical Attachment Loss (CAL), Pocket Depth (PD), Bleeding on Probing percentage (%BOP). Data were statistically analyzed using SPSS 20.0 and Minitab 18.0 software. Results: The rate of healthy gums in the GDM group was 8%, the rate of gingivitis was 92%, of which severe gingivitis accounted for 26% and 22% of pregnant women showed signs of attachment loss. Conclusion: Gingivitis in the GDM group has a very high rate, and tends to increase with gestational age and is affected by blood glucose levels and oral hygiene status. More specific guidance on oral hygiene care for the GDM group is needed to reduce the risk and severity of periodontal disease and gingivitis in this group.

Keywords: Gestational Diabetes Mellitus, GDM, Gingivitis

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đái tháo đường thai kỳ (ĐTĐTK) là một thể của bệnh đái tháo đường khi mang thai, là bệnh rối loạn chuyển hoá thường gặp nhất trong thai kỳ và có xu hướng ngày càng tăng. Theo Hiệp hội Đái tháo đường Mỹ tỷ lệ ĐTĐTK thay đổi từ 1% - 14% ở phụ nữ có thai. Ở Mỹ tỷ lệ này là 3% - 5%, Singapore 3,2%, Thái Lan 2,5%, Ấn độ 2%.

Tại Việt Nam cũng có nhiều nghiên cứu về ĐTĐTK nhằm xác định tỷ lệ đái tháo đường ở phụ nữ mang thai cũng như tầm soát và các nghiên cứu này dùng các phương pháp chuẩn đoán khác nhau. Tỷ lệ mắc ĐTĐTK dao động khoảng từ 3,6% đến 39% tùy theo tiêu chuẩn

chẩn đoán và vùng nghiên cứu. Từ đó có thể thấy tỷ lệ ĐTĐTK ở nước ta không thấp và đang có xu hướng gia tăng. Cho tới nay đái tháo đường thai kỳ đang là một vấn đề đáng quan tâm của y tế cộng đồng vì tỷ lệ mắc bệnh cũng như các biến chứng của bệnh cho cả người mẹ và thai nhi.

Cả yếu tố mang thai và mắc đái tháo đường đều là yếu tố nguy cơ và làm trầm trọng thêm các vấn đề về bệnh lý nha chu. Vậy nên nhóm phụ nữ mang thai mắc đái tháo đường thai kỳ lại càng có nguy cơ cao hơn nhóm phụ nữ mang thai nói riêng hay nhóm người bình thường.

Trên thế giới đã có nhiều nghiên cứu về tình trạng sức khỏe nha chu, cũng như bệnh viêm lợi trên PNMT mắc đái tháo đường thai kỳ nhưng ở Việt Nam hiện chưa có nghiên cứu nào về bệnh viêm lợi trên nhóm đối tượng phụ nữ mang thai mắc đái tháo đường thai kỳ.

Với mong muốn nghiên cứu rõ hơn về thực trạng bệnh viêm lợi trên nhóm PNMT mắc đái tháo đường thai kỳ và các vấn đề liên quan để làm rõ hơn bức tranh toàn cảnh, cũng như đưa ra khuyến nghị cho cộng đồng, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài: "*Bệnh viêm lợi trên Phụ nữ mang thai mắc đái tháo đường thai kỳ tại Bệnh viện Phụ sản Hà Nội năm 2023*" với các mục tiêu sau:

1. *Mô tả bệnh viêm lợi ở phụ nữ mang thai có đái tháo đường thai kỳ tại Bệnh viện Phụ Sản Hà Nội năm 2023*

2. *Phân tích các yếu tố liên quan bệnh viêm lợi ở nhóm đối tượng nghiên cứu trên*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Thiết kế nghiên cứu. Nghiên cứu mô tả cắt ngang, không có đối chứng trên nhóm đối tượng PNMT mắc ĐTĐTK tại bệnh viện Phụ Sản Hà Nội.

Thời gian nghiên cứu: Từ tháng 6/2023 – tháng 12/2023

Đối tượng nghiên cứu: Thai phụ từ 18 tuổi trở lên, đã được chẩn đoán ĐTĐTK (Theo ADA tại khoa Khám Bệnh bệnh viện Phụ Sản Hà Nội tại thời điểm nghiên cứu, không có các rối loạn tâm thần, đa thai, các bất thường về nhau thai, bệnh lý ác tính, bệnh nội – ngoại khoa, hoặc đang sử dụng các loại thuốc có ảnh hưởng đến chuyển hóa glucose. Thai phụ có đủ từ 20 răng trở lên.

Tiêu chuẩn loại trừ: Thai phụ được chẩn đoán ĐTĐ từ trước, hoặc vi phạm một trong các tiêu chuẩn trên.

2.2. Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu

Áp dụng công thức tính cỡ mẫu:

$$n = Z_{(1-\alpha/2)}^2 \frac{p(1-p)}{d^2}$$

Trong đó: N: cỡ mẫu nghiên cứu

p: tỷ lệ PNMT bị viêm lợi

Ở đây chúng tôi chọn p = 0,87 theo nghiên cứu của Nguyễn Thị Phương Trà năm 2018

α: Mức ý nghĩa thống kê, chọn α = 0,05

Tra bảng giá trị $Z_{(1-\alpha/2)} = 1,96$

d: là khoảng sai lệch mong muốn. Ở đây chúng tôi chọn d = 0,07. Từ đó tính được cỡ mẫu nghiên cứu này là n = 89.

Nhóm nghiên cứu thực hiện thăm khám và phỏng vấn trên 100 PNMT có ĐTĐTK đủ tiêu chuẩn chọn từ các thai phụ được chẩn đoán ĐTĐTK đang khám, theo dõi thai kỳ và điều trị tại khoa Khám Bệnh Bệnh viện Phụ Sản Hà Nội.

Phương pháp thu thập số liệu: Các đối tượng được phỏng vấn bởi nhóm nghiên cứu theo bộ câu hỏi thiết kế sẵn, kiểm tra bệnh án tại Bệnh viện Phụ sản Hà Nội và khám trong miệng. Các thông tin phỏng vấn bao gồm: nhân khẩu học, tiền sử bệnh trước khi mang thai của thai phụ, tiền sử thai sản, tiền sử gia đình có người bị ĐTĐ và bữa ăn hàng ngày, thói quen vệ sinh răng miệng, các vấn đề răng miệng hiện tại. Khám chảy máu lợi khám tất cả các răng của 2 hàm trừ răng khôn. Khám 4 mặt của 6 răng đại diện cho 6 vùng lục phân: Răng 16, 11, 26, 36, 31, 46 ghi kết quả khám trên phiếu khám, theo các chỉ số:

- GI (Gingival Index – Chỉ số lợi) theo Loë và Sillness năm 1963

- OHI-S (Oral Hygiene Index – Simplified – Chỉ số vệ sinh răng miệng) của Greene và Vermilion

Bảng 3.2. Mối liên quan giữa viêm lợi và tuổi thai

Tuổi thai	Không viêm lợi		Viêm nhẹ		Viêm trung bình		Viêm nặng		Tổng	
	SL	%	SL	%	SL	%	SL	%	SL	%
20-24 tuần	4	17,40	10	43,48	9	39,12	0	0	23	100
25-28 tuần	2	8,70	7	30,43	10	43,48	4	17,39	23	100
29-32 tuần	1	4,17	6	25,00	10	41,67	7	29,16	24	100
≥33 tuần	1	3,33	3	10,00	11	36,67	15	50,00	30	100

Nhận xét: Nhóm 20-24 tuần không gặp tình trạng VL nặng, VL có tỷ lệ cao nhất (17,4%) nếu xét trong 4 nhóm tuổi thai. Nhóm 25-28 tuần, tỷ lệ VL trung bình chiếm 43,48%, VL nặng chiếm 17,39%. Nhóm 29-32 tuần, VL trung bình chiếm 41,67%, VL nặng chiếm 29,16%. Nhóm từ 33 tuần trở đi tình trạng VL nặng chiếm 50%, VL trung bình chiếm 36,67%. Tình trạng VL trên từng nhóm tuổi thai có sự khác biệt có ý nghĩa

- DI-Chỉ số cắn bám răng. CI-Chỉ số cao răng
- BOP – Chỉ số chảy máu khi thăm khám
- CAL – Chỉ số mất bám dính lâm sàng

Các thông tin trong bệnh án gồm: tuổi thai (TT), thời điểm được chẩn đoán ĐTĐTK(TĐPH), Thời gian mắc (TGM), Kết quả xét nghiệm Glucose máu lúc đói (Glucose).

2.3. Xử lý và phân tích số liệu. Số liệu được làm sạch, nhập bằng phần mềm Microsoft Excel 2019 và xử lý bằng phần mềm SPSS 20.0 và Minitab 18.0. Các phân tích chính trong đề tài bao gồm: phân tích mô tả và các phân tích tương quan phân tích hồi quy để phân tích mối liên quan, so sánh các tỷ lệ: Chi-square, tính trung bình, so sánh 2 giá trị trung bình (dùng test T Student), so sánh giá trị trung bình (ANOVA Test).

2.4. Đạo đức nghiên cứu. Nghiên cứu được thông qua đề cương khoa học và Hội đồng đạo đức trong nghiên cứu Y sinh học của trường Đại học Y Dược – Đại Học Quốc Gia Hà Nội và được thông qua Hội đồng của bệnh viện Phụ sản Hà Nội trước khi tiến hành nghiên cứu.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

3.1.1. Đặc điểm chung

Bảng 3.1. Phân bố đối tượng theo nhóm tuổi

Nhóm tuổi	n	SL	Tỷ lệ (%)
20-24	100	16	16
25-34	100	62	62
≥35	100	22	22

Nhận xét: Nhóm 20-24 tuổi chiếm tỷ lệ thấp nhất 16%, nhóm 25-34 chiếm tỷ lệ cao nhất 62%. Nhóm từ 35 tuổi trở lên chiếm 22%.

thống kê p<0,05 (chi-square test).

Bảng 3.3. Tỷ lệ chảy máu khi thăm khám

	n	SL	Mean ± SD	Min	Max
BOP(%)	100	80	29,38 ± 27,523	3,57	92,85

Nhận xét: Tỷ lệ số răng chảy máu khi thăm khám trung bình là 29,38 ± 27,523%

Bảng 3.4. Tình trạng MBD lâm sàng phân bố theo tuổi thai

Tuổi thai	SL	Có MBD	MBD (mm)	Min	Max
20-24 tuần	23	0	0	0	0
25-28 tuần	23	4	0,92±0,254	0,5	1
29-32 tuần	24	7	1,48±0,386	0,5	2,5
Từ 33 tuần	30	11	1,84±0,564	1	4
Tổng	100	22	1,56±0,675	0	4

Nhận xét: Nhóm từ 33 tuần có số trường hợp MBD cao nhất là 11 trường hợp, với trung bình là 1,84 ± 0,564 mm. Nhóm 29-32 tuần có 7 trường hợp MBD với trung bình là 1,48 ± 0,386. Nhóm từ 25-28 tuần có 4 trường hợp MBD với trung bình là 0,92 ± 0,254 mm. Nhóm 20-24 tuần không có hiện tượng MBD. Sự khác biệt về MBD giữa các nhóm tuổi thai có khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$ (ANOVA test)

Bảng 3.6. Mối liên quan giữa thời gian mắc ĐĐTĐTK và số bữa ăn trong ngày, cận bám (DI) và Chỉ số lợi GI

	n	SL	Trung bình số bữa ăn/ngày	DI	GI	p (T-Test)
Mới chẩn đoán	100	33	4,7±0,531	0,75±0,565	0,83±0,618	0,001
Đang theo dõi	100	67	5,34±0,746	1,34±0,653	1,55±0,696	

Nhận xét: Nhóm đang theo dõi ĐĐTĐTK có số bữa ăn trung bình cao hơn nhóm mới được chẩn đoán ĐĐTĐTK và trung bình DI, GI cũng cao hơn nhóm Mới được chẩn đoán sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p=0,001 < 0,05$ (T-Test)

IV. BÀN LUẬN

Độ tuổi trung bình của PNMT có ĐĐTĐTK trong nghiên cứu là 30,18 ± 5,24 tuổi, với tỉ lệ nhóm tuổi từ 25-34 chiếm 62%, nhóm ≥35 tuổi chiếm 22%, độ tuổi trung bình và sự khác biệt giữa các nhóm tuổi có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Kết quả tương đồng nghiên cứu trên PNMT có ĐĐTĐTK của Vương Thị Hồng (2022) tại Bệnh viện Phụ Sản Hà Nội có độ tuổi trung bình là 30,3 ± 4,6 và cao hơn so với nghiên cứu trên PNMT có ĐĐTĐTK của Lê Lam Hương (2020) tại bệnh viện trung ương Huế có độ tuổi trung bình là 29,2 ± 6,6. Sự khác biệt này có thể tới từ vị trí địa lý cũng như những thói quen sinh hoạt giữa 2 vùng miền có sự khác biệt. Cả 3 nghiên cứu đều có điểm chung là PNMT mắc ĐĐTĐTK có độ tuổi 25-34 chiếm tỉ lệ cao nhất, chiếm trên 60% và nhóm ≥35 tuổi chiếm tỉ lệ trên 20%. Tuổi của thai phụ càng cao thì nguy cơ mắc ĐĐTĐTK càng lớn theo Đỗ Văn Hiệp và cs (2017).

Viêm lợi trên PNMT có ĐĐTĐTK cũng có các đặc điểm lâm sàng như: chảy máu lợi (93,47%), thay đổi màu sắc lợi (92,39%), sưng nướu lợi (65%), hôi miệng (36,96%), đau (11,95%), không có nhiều khác biệt về các triệu chứng so với các nghiên cứu trước đó và trong y văn

Bảng 3.5. Mối liên quan giữa Định lượng Glucose máu và tình trạng lợi

Tình trạng	Glucose	SL	Mean ± SD	Min	Max
Không VL		8	5,05 ± 0,223	4,64	5,48
VL nhẹ		26	5,32 ± 0,347	5,12	6,25
VL trung bình		40	5,72 ± 0,348	4,95	6,43
VL nặng		26	6,17 ± 0,388	5,45	7,02
Tổng		100	5,68 ± 0,497	4,64	7,02

Nhận xét: Định lượng Glucose máu nhóm VL nặng có giá trị trung bình cao nhất là 6,17 ± 0,388, giá trị trung bình thấp nhất là nhóm Không VL 5,05 ± 0,223. Glucose máu trung bình các nhóm theo tình trạng lợi có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$ (ANOVA test)

[6,7,8].

Tình trạng lợi lành mạnh trên nhóm đối tượng nghiên cứu chiếm 8% và viêm lợi chiếm 92%, trong đó viêm lợi nặng chiếm 26%, viêm lợi trung bình chiếm 40%, viêm lợi nhẹ chiếm 26%. Theo bảng 3.2, tình trạng viêm lợi có dấu hiệu tăng nặng lên theo số tuần tuổi thai. Nguy cơ mắc viêm lợi trên nhóm ĐĐTĐTK cao hơn PNMT bình thường và mức độ trầm trọng tăng dần theo tuổi thai, Xu Xiong và Cs (2009).

Tình trạng có chảy máu lợi là 93,47% với tỷ lệ trung bình răng chảy máu khi thăm khám (%BOP) là 29,38 ± 27,523 gần bằng với nghiên cứu của D. R. Ruiz và Cs (2011) trên nhóm 80 thai phụ có ĐĐTĐTK là 29,92 ± 28,52.

Ngoài ra, nghiên cứu của D.R. Ruiz và Cs (2011) có chỉ ra sự mất bám dính lâm sàng (CAL) trung bình là 3.39 ± 0,79mm trên nhóm PNMT có ĐĐTĐTK khác biệt có ý nghĩa thống kê với nhóm chứng ($p < 0,05$). Qua bảng 3.4, có 22 trường hợp MBD, trung bình là 1,56 ± 0,675mm tình trạng MBD tăng dần lên theo tuổi thai, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p=0,000 < 0,05$ (ANOVA test). Ghi nhận MBD lớn nhất ở nhóm từ 33 tuần thai trở đi, với giá trị là 1,84 ± 0,564 và MBD thấp nhất ở tuần thứ 20-24 là 0mm. MBD ở thai phụ mắc ĐĐTĐTK có sự tăng lên dần theo thời gian mang thai hay nói cách khác là tình trạng phá hủy quanh răng trầm trọng hơn theo thời gian mang thai ở nhóm PNMT có ĐĐTĐTK.

Phân tích kết quả của nghiên cứu này và so

sánh với các kết quả nghiên cứu trên PNMT trên thế giới ta thấy rằng viêm lợi và sự MBD ở mức độ cao hơn đáng kể ở PNMT mắc ĐTĐTK so với PNMT không mắc bệnh ĐTĐ. Tuy nhiên, ĐTĐTK không loại trừ khả năng có sự rối loạn dung nạp glucose không được nhận biết trước khi mang thai theo Metzger và CS (2007), do đó có một số trường hợp mắc rối loạn dung nạp glucose không được chẩn đoán trước đó có thể làm tăng nặng mức tình trạng viêm lợi trong nghiên cứu trên nhóm ĐTĐTK.

Kết quả nghiên cứu cho thấy sự ảnh hưởng của nồng độ glucose máu có ảnh hưởng trực tiếp lên chỉ số lợi (GI), định lượng glucose máu và GI có sự tương quan đồng biến chặt chẽ với hệ số tương quan $r = 0,720$ mức ý nghĩa thống kê $p = 0,001 < 0,05$. Theo bảng 3.5, trung bình Glucose máu của các nhóm mức độ viêm lợi có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p = 0,000 < 0,05$ (ANOVA test). Nồng độ glucose máu tăng lên làm cho tình trạng viêm lợi trở nên trầm trọng hơn, kết quả này đưa ra cũng tương đồng với nghiên cứu của Nilsun Bagis và Cs (2013), giảm nồng độ Glucose máu trong quá trình điều trị ĐTĐTK cũng làm giảm khả năng tiến triển nặng hơn của bệnh viêm lợi.

Kết quả bảng 3.6, giá trị số cắn bám (DI) có sự khác biệt đáng kể giữa giữa nhóm mới phát hiện ĐTĐTK và nhóm đang theo dõi điều trị ĐTĐTK. Một giải thích có thể cho là thỏa đáng là chẩn đoán ĐTĐTK gần đây có thể ảnh hưởng tới sự thay đổi thói quen hàng ngày của thai phụ. Giải thích này được chứng minh bằng kết quả của nghiên cứu với sự khác biệt chế độ ăn chia làm nhiều bữa trong ngày, trung bình số bữa ăn trong ngày giữa các nhóm tuổi thai và giữa 2 nhóm mới phát hiện ĐTĐTK và nhóm đang theo dõi, điều trị ĐTĐTK có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$ (T-test).

Thêm với tâm lý ngại đi chăm sóc răng miệng tại cơ sở nha khoa hơn khi bước vào thai kỳ và việc không có sự thay đổi trên chế độ chăm sóc VSRM hàng ngày khi tăng số bữa ăn hàng ngày sau khi được chẩn đoán ĐTĐTK dẫn tới tình trạng cắn bám, mảng bám càng ngày càng tăng nặng hơn theo thời gian tuổi thai, Xu Xiong và CS (2009).

Điều này củng cố tầm quan trọng của việc giáo dục sức khỏe răng miệng trong chăm sóc tiền sản cho thai phụ mắc ĐTĐTK để giảm thiểu các vấn đề bệnh quanh răng cho thai phụ, tránh các vấn đề bệnh quanh răng làm ảnh hưởng tới kết quả của thai kỳ.

V. KẾT LUẬN

Trong nghiên cứu này, PNMT có ĐTĐTK mắc viêm lợi chiếm 92%, viêm lợi nặng và viêm lợi nhẹ đều chiếm 26%, viêm lợi trung bình chiếm 40% và không viêm lợi chiếm 8% trong tổng số 100 thai phụ tham gia nghiên cứu.

Tình trạng viêm lợi bị ảnh hưởng bởi các yếu tố chính như Tuổi thai, nồng độ glucose máu, tình trạng vệ sinh răng miệng, cắn bám răng.

Vì vậy, song song với việc chẩn đoán phát hiện ĐTĐTK trong thai kỳ cần phải có thêm sự giáo dục về chăm sóc vệ sinh răng miệng cho nhóm thai phụ có ĐTĐTK bên cạnh việc thay đổi trong thói quen ăn uống hàng ngày để kiểm soát nồng độ glucose máu. Việc thực hiện tốt hơn về vấn đề vệ sinh răng miệng, giúp giảm tỉ lệ mắc và giảm mức độ trầm trọng của bệnh viêm lợi nói riêng và bệnh quanh răng nói chung.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bagis N. và Bostanci H.S.** (2013). The Relationship between Gestational Diabetes Mellitus and Periodontal Health: A Case-Control Study. *Int J Exp Dent Sci*, 2(2), 71–75.
2. **Centers for Disease Control Prevention.** National diabetes fact sheet: national estimates and general information on diabetes and prediabetes in the United States, 2011, Atlanta, GA: US department of health human services, centers for disease control prevention, 2011; vol. 201, pp. 2568- 2569
3. **Löe H, Silness J.** Periodontal Disease in Pregnancy I. Prevalence and Severity. *Acta Odontol Scand.* 1963;21(6):533-551. doi: 10.3109/00016356309011240
4. **Ruiz D., Romito G., và Dib S.** (2011). Periodontal disease in gestational and type 1 diabetes mellitus pregnant women. *Oral Dis*, 17(5), 515–521.
5. **Xiong X., Elkind-Hirsch K.E., Vastardis S. và cộng sự.** (2009). Periodontal Disease Is Associated With Gestational Diabetes Mellitus: A Case-Control Study. *J Periodontol*, 80(11), 1742–1749.
6. **Bộ Y Tế.** Tài liệu hướng dẫn chẩn đoán và điều trị đái tháo đường tip 2 theo QĐ 5481-BYT NAGYF 30/12/2020. Published 2020. Accessed April 1, 2023.
7. **Hương Lê Lam, Nam H.T., Thảo N.T.M. và cộng sự.** (2021). Đái tháo đường thai kỳ: nghiên cứu những yếu tố ảnh hưởng và kết quả thai kỳ. *Vietnam J Diabetes Endocrinol*, (46), 247–252
8. **Nguyễn Thị Phương Trà.** (2018). Đặc điểm lâm sàng viêm lợi trên phụ nữ mang thai ở một số bệnh viện tại Hà Nội/ Đại học Y Hà Nội.
9. **Thái Thị Thanh Thúy.** Nghiên cứu tỷ lệ đái tháo đường thai kỳ theo tiêu chuẩn ADA năm 2011 và các yếu tố nguy cơ, Luận văn cao học, Trường đại học Y Hà Nội, 2012.