

# HIỆU QUẢ ĐIỀU TRỊ BỆNH VIÊM QUANH RĂNG PHÁ HỦY THỂ TOÀN BỘ BẰNG PHƯƠNG PHÁP PHẪU THUẬT

Nguyễn Ngọc Anh<sup>1,✉</sup>, Mai Đình Hưng<sup>2</sup>, Nguyễn Thị Hồng Minh<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Trường Đại học Y Hà Nội

<sup>2</sup> Trường Đại học Kinh doanh và công nghệ Hà Nội

<sup>3</sup> Bệnh viện Răng Hàm Mặt Trung ương Hà Nội

Đánh giá hiệu quả lâm sàng của phương pháp phẫu thuật Widman cải tiến trong phục hồi tổn thương mô quanh răng bệnh viêm quanh răng phá hủy thể toàn bộ ở bệnh nhân độ tuổi từ 20 - 45 tuổi. Hiệu quả điều trị được đánh giá lâm sàng trước và sau phẫu thuật 15 tháng theo tiêu chí của hội Nha chu Hoa Kỳ. Chỉ số lợi ban đầu 92,86% ở mức độ trung bình, sau điều trị đạt mức tốt chiếm 75%. Chỉ số vệ sinh răng miệng từ 60,71% mức trung bình, sau điều trị đạt 96,43% mức tốt. Độ sâu túi quanh răng chung là  $4,49 \pm 0,43$  mm, vị trí răng cửa giữa và răng hàm lớn thứ nhất vĩnh viễn là  $5,95 \pm 0,6$  mm, các răng đối xứng là  $4,9 \pm 0,46$  mm, sau điều trị lần lượt là  $1,53 \pm 0,23$  mm;  $1,79 \pm 0,97$  mm;  $1,58 \pm 0,23$  mm. Trước điều trị mất bám dính quanh răng chung là  $4,36 \pm 1,01$  mm, vị trí răng cửa giữa và răng hàm lớn thứ nhất vĩnh viễn là  $6,36 \pm 0,93$  mm, các răng đối xứng là  $5,11 \pm 0,89$  mm, sau điều trị là  $1,13 \pm 0,87$  mm;  $2,00 \pm 1,10$  mm;  $1,39 \pm 0,95$  mm. Lung lay răng trước điều trị, độ 1 là 82,14%, độ 2 là 14,28%, sau điều trị không lung lay 75%, lung lay độ 1 là 25%. Tiêu xương ổ răng trước điều trị  $5,46 \pm 1,37$  mm, sau điều trị  $3,96 \pm 0,96$  mm. Phương pháp phẫu thuật có hiệu quả lâm sàng tốt trong phục hồi tổn thương viêm quanh răng phá hủy thể toàn bộ.

**Từ khóa:** Viêm quanh răng phá hủy toàn bộ, chỉ số lợi, chỉ số vệ sinh răng miệng, chỉ số mảng bám, độ sâu túi quanh răng, mất bám dính quanh răng.

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm quanh răng phá hủy (aggressive periodontitis) là bệnh phá hủy tổ chức quanh răng, gây mất bám dính và tiêu xương ổ răng nhanh, ít tương ứng với tình trạng viêm tại chỗ. Bệnh thường gặp ở người trẻ tuổi khỏe mạnh với tỷ lệ mắc bệnh thấp.<sup>1,2</sup> Tổn thương tổ chức quanh răng (QR) có nhiều nguyên nhân gây nên trong đó có một số vi khuẩn đặc trưng gây bệnh như *actinobacillus actinomycetemcomytan*, *porphyromonas gingivalis*, *parvimonas micra*..., vì vậy điều trị viêm quanh răng (VQR) là điều trị toàn diện, phối hợp điều trị tại chỗ và toàn thân.<sup>1</sup> Các biện pháp điều trị để đạt mục tiêu là

loại được viêm lợi và chảy máu lợi, loại bỏ hoặc giảm túi QR, loại bỏ nhiễm khuẩn, ngăn chặn sự phá hủy mô mềm và xương, làm giảm lung lay răng bất thường, loại trừ khớp cắn sang chấn, phục hồi lại các tổ chức đã bị phá hủy, tạo lại đường viền lợi sinh lý để bảo vệ mô QR, ngăn ngừa tái phát bệnh, giảm mất răng.<sup>3</sup>

Trên thế giới, có nhiều nghiên cứu về phương pháp điều trị và theo dõi diễn tiến của bệnh VQR trước và sau điều trị dựa vào các triệu chứng lâm sàng, cận lâm sàng, như: nghiên cứu của Buchmann R (2002),<sup>4</sup> Christersson LA (1985),<sup>5</sup> Mestnik MJ (2010),<sup>6</sup> Roshna T (2012).<sup>7</sup>

Ở Việt Nam, có các nghiên cứu của Hoàng Tiến Công,<sup>8</sup> Hoàng Xuân Thực,<sup>9</sup> Nguyễn Thị Mai Phương,<sup>10</sup> nghiên cứu về bệnh viêm quanh răng mạn tính. Cho đến nay, ở nước ta chưa có nghiên cứu nào về điều trị phẫu thuật trên

Tác giả liên hệ: Nguyễn Ngọc Anh,

Trường Đại học Y Hà Nội

Email: nguyennngocanhdt@gmail.com

Ngày nhận: 12/09/2020

Ngày được chấp nhận: 20/10/2020

đối tượng VQR phá hủy toàn bộ và đánh giá trước sau của quá trình điều trị theo từng mốc thời gian. Mặt khác, việc chẩn đoán và điều trị bệnh VQR phá hủy còn nhiều khó khăn, hiệu quả điều trị chưa tích cực làm bệnh hay tái phát trở lại sau thời gian ngắn, có trường hợp còn trở nên trầm trọng hơn gây ra các hậu quả về thẩm mỹ, chức năng ăn nhai, có thể mất răng sớm và từ đó làm ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống của người bệnh.

Vì vậy, để hiểu rõ hơn về hiệu quả điều trị phẫu thuật cho bệnh nhân VQR phá hủy thể toàn bộ, chúng tôi tiến hành nghiên cứu “hiệu quả điều trị phẫu thuật bệnh viêm quanh răng phá hủy toàn bộ” với mục tiêu:

Đánh giá hiệu quả lâm sàng điều trị bệnh viêm quanh răng phá hủy toàn bộ bằng phương pháp phẫu thuật Widman cải tiến.

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

### 1. Đối tượng

- Tiêu chuẩn lựa chọn:

Bệnh nhân có độ tuổi từ 20 - 45 tuổi đồng ý tự nguyện tham gia nghiên cứu. Và có các triệu chứng lâm sàng, cận lâm sàng như sau:

+ Lợi viêm thường không tương xứng với mức độ trầm trọng của bệnh.

+ Màng bám răng thường rất ít hoặc không có, lớp màng này tạo ra một lớp màng mỏng, cao răng rất ít hoặc hiếm khi có.

+ Khe thưa hai răng cửa giữa, lung lay, ê buốt vì hở chân răng. Ngoài ra, còn gặp ở răng hàm lớn thứ nhất, các răng vĩnh viễn khác, thường đối xứng hai bên.

+ Độ sâu túi quanh răng từ 4 mm trở lên gặp ở răng cửa giữa, răng hàm lớn thứ nhất và các răng vĩnh viễn khác, đối xứng hai bên.

+ Còn tối thiểu 20 răng trên cung hàm.

+ Không mất răng cửa giữa và răng hàm lớn thứ nhất vĩnh viễn.

+ X-quang: Tiêu xương ổ răng (XOR) chéo

nặng ở một hay nhiều răng, những răng không có bệnh thì vẫn hoàn toàn bình thường.

### **Địa điểm và thời gian nghiên cứu**

- Địa điểm nghiên cứu: Bệnh viện Răng Hàm Mặt Trung ương Hà Nội và Viện Đào tạo Răng Hàm Mặt – Đại học Y Hà Nội.

- Thời gian nghiên cứu: từ tháng 01/2016 đến tháng 06/2019.

## 2. Phương pháp

### **\* Thiết kế nghiên cứu:**

Nghiên cứu can thiệp lâm sàng nhằm đánh giá hiệu quả điều trị viêm quanh răng phá hủy bằng phẫu thuật Widman cải tiến sau 1 tháng, 3 tháng, 6 tháng, 9 tháng, 12 tháng, 15 tháng theo dõi.

### **\* Mẫu nghiên cứu:**

Cỡ mẫu:

Công thức tính cỡ mẫu.<sup>11,12</sup>

Trong đó:

$p_0$  = 95% tỷ lệ thành công của nghiên cứu trước (theo nghiên cứu của Wim Teughels và cộng sự năm 2014.<sup>13</sup>

$p_a$ : tỷ lệ thành công dự kiến trong nghiên cứu này ước tính bằng 0,82

$$n = \frac{\{Z_{1-\alpha}\sqrt{p_0(1-p_0)} + Z_{1-\beta}\sqrt{p_a(1-p_a)}\}^2}{(p_a - p_0)^2}$$

Với  $\alpha = 0,05$ ; lực mẫu  $1 - \beta = 0,8$

Thay vào công thức ta có  $n = 28$  bệnh nhân can thiệp.

### **Phương pháp chọn mẫu:**

Viêm quanh răng phá hủy là bệnh hiếm gặp nên chọn mẫu theo phương pháp chọn mẫu thuận tiện. Bằng cách, chọn tất cả các bệnh nhân đến khám được chẩn đoán mắc bệnh VQR phá hủy thể toàn bộ đáp ứng đủ tiêu chuẩn lựa chọn cho đến khi đủ số lượng bệnh nhân tham gia vào nghiên cứu.

### **Tiến hành nghiên cứu**

- Sử dụng phương pháp phẫu thuật Widman

cải tiến kết hợp kháng sinh toàn thân để điều trị 28 bệnh nhân VQR phá hủy toàn bộ.<sup>5,6,7,13</sup>

- Trước can thiệp: Ghi chép vào bệnh án nghiên cứu các chỉ số: Chỉ số OHI - S, GI, PI, CAL, PD, độ lung lay răng, hình ảnh tiêu xương trên x quang.

- Sau can thiệp: Ghi chép, đánh giá lại sau điều trị 1 tháng, 3 tháng, 6 tháng, 9 tháng, 12 tháng và 15 tháng các chỉ số lâm sàng: Chỉ số OHI - S, GI, PI, CAL, PD, độ lung lay răng, hình ảnh tiêu xương trên x quang.

Cụ thể:

**Bước 1:** Ghi nhận các chỉ số lâm sàng của đối tượng nghiên cứu trước can thiệp

- Trước can thiệp, trong vòng hai tuần bệnh nhân không dùng thuốc kháng sinh và chống viêm toàn thân hoặc tại chỗ, không dùng nước súc miệng có chứa chất sát khuẩn hoặc diệt khuẩn.

- Bệnh nhân được khám và ghi lại các chỉ số nghiên cứu OHI - S, GI, PI, CAL, PD, độ lung lay răng, hình ảnh tiêu xương trên x quang.

**Bước 2:** Điều trị phẫu thuật vạt

- Trước khi tiến hành phẫu thuật bệnh nhân được làm các xét nghiệm máu cơ bản để loại trừ các bệnh toàn thân khác, ký cam kết phẫu thuật - thủ thuật.

- Điều trị phẫu thuật cho bệnh nhân bằng phương pháp phẫu thuật vạt Widman cải tiến.<sup>1,3,14,15</sup>

Dụng cụ: Bộ khám nha khoa, nạo gracy theo vị trí răng được phẫu thuật, dao và cán dao, bóc tách màng xương, kim mang kim, kẹp phẫu tích, chỉ khâu Nilon 5.0, bông - gạc và dung dịch sát khuẩn, xi măng phẫu thuật CoEPAK.

**Phương pháp phẫu thuật Widman cải tiến.**

**Bước 1:** Rạch đường rạch ban đầu là đường rạch vát trong đến mào XOR. Đường rạch bắt đầu ở vị trí cách bờ lợi 0,5 - 1,0 mm, tạo hình vỏ sò tiếp theo bờ lợi (lưu ý đưa lưỡi dao sao cho không cắt qua nhú lợi vùng kẽ răng) mở rộng

không quá một răng ở hai phía, không thực hiện đường rạch giảm căng. Bệnh nhân có vị trí khe thừa giữa 2 răng trên 3 mm thực hiện vạt bảo tồn nhú (như minh họa ở hình 1) để tiết kiệm mô lợi và tăng tính thẩm mỹ.

**Bước 2:** Dùng cây tách màng xương tách vạt, phần vạt tách ra còn dính lại ở phần đáy của vạt.

**Bước 3:** Rạch đường rạch đi bên trong rãnh lợi, đường rạch này đi tới bờ xương ổ răng sao cho tổ chức mềm kẽ răng được bóc tách dễ dàng ra khỏi chân răng và mô xương ở dưới. Với những khe răng thừa trên 3 mm các đường rạch này ở mặt trong của răng kéo dài khoảng hai phần ba chiều ngang mặt trong răng, tương ứng với góc nối giữa mặt trong và mặt bên răng, sau đó sẽ nối tiếp với các đường rạch hình bán nguyệt qua mỗi vùng kẽ răng để có thể nâng lên được cùng với vạt phía ngoài của răng.

**Bước 4:** Sau khi vạt được tách, rạch đường rạch thứ 3 ở vùng kẽ răng nối đường rạch thứ nhất và đường rạch thứ 2 để lấy đi phần mô lợi viêm.

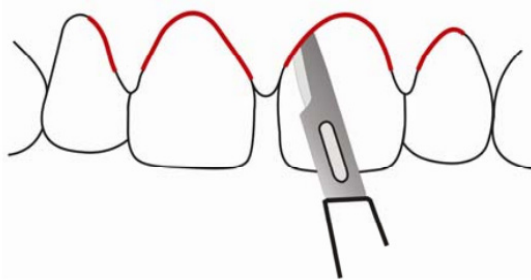
**Bước 5:** Bóc tách nhú lợi ra khỏi các tổ chức cứng phía dưới. Những răng có khe thừa sử dụng phối hợp cây móc vạt nhỏ và cây bóc tách cong để bóc tách và đẩy nhú lợi qua kẽ răng rồi nâng lên cùng vạt phía mặt ngoài răng. Vạt dày toàn bộ niêm mạc màng xương được bóc tách tới bờ xương ổ răng ở cả 2 phía, nâng vạt bộc lộ vùng tổn thương bằng dụng cụ nâng màng xương để tạo điều kiện cho việc phân tách biểu mô túi và tổ chức hạt từ các bề mặt chân răng.

**Bước 6:** Nạo sạch các tổ chức bệnh lý và biểu mô túi phía thành trong của vạt bằng các cây nạo sao cho vạt không quá mỏng và không làm tổn thương bờ vạt. Những tổn thương trong xương được nạo vét cẩn thận để loại bỏ tổ chức bệnh lý và cao răng tới đáy tổn thương ở phía bề mặt chân răng và mặt trong thành XOR bằng máy siêu âm và dụng cụ phẫu thuật

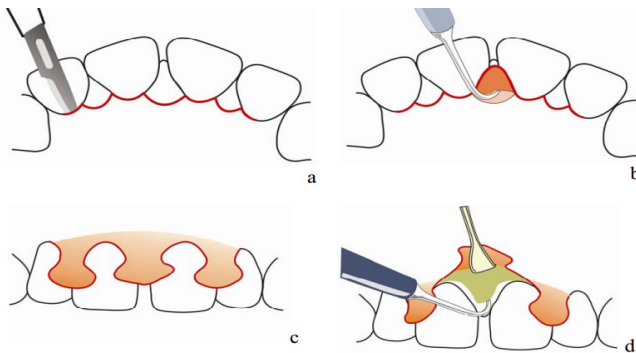
QR. Làm nhẵn chân răng bằng dụng cụ sắc, lấy hết tổ chức xương răng đã hoại tử nhưng tránh nạo quá mức gây hở ngà và tăng nhạy cảm. Tất cả phần xương răng bị bộc lộ phải được làm nhẵn và có được độ cứng đồng nhất. Sửa chữa tối thiểu đường viền xương để có được sự thích ứng tốt của các bờ tổn thương.

**Bước 7:** Bơm rửa bằng dung dịch nước muối sinh lý, tiến hành cắt sửa vạt nhưng phải hạn chế để có được độ dày vạt tối đa. Các nhú lợi được luồn trở lại qua kẽ răng và khâu lại cùng với vạt mặt trong bằng các mũi khâu rời phía mặt trong. Đắp băng phẫu thuật. Cắt chỉ và tháo băng sau phẫu thuật 7 ngày, hướng dẫn vệ sinh răng miệng và cách chải răng sau phẫu thuật.<sup>1,3,14,15</sup>

- Dùng thuốc toàn thân và tại chỗ: Sử dụng kháng sinh toàn thân kết hợp của 2 nhóm Beta Lactam với I mmidazol, thuốc chống viêm, thuốc tại chỗ dùng Clohexidine trong thời gian 7 - 10 ngày sau phẫu thuật.<sup>4,6,13</sup>



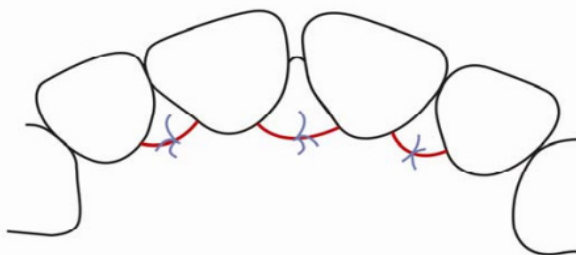
Đường rạch phía mặt ngoài và mặt bên răng.



(a) Đường rạch phía mặt trong răng nối tiếp với các đường rạch hình bán nguyệt.

(b) Bóc tách nhú lợi.

(c,d) Đẩy nhú lợi qua kẽ răng và nâng lên cùng vạt phía mặt ngoài răng.



Khâu vạt mũi rời phía mặt trong.

**Hình 1. Mô phỏng phẫu thuật vạt Widman cải tiến của Cortellini (1999).<sup>14,15</sup>**

**Bước 3: Thu thập các dữ liệu trên từng đối tượng sau khi điều trị**

- Thời gian theo dõi sau điều trị: định kỳ sau 1 tháng, 3 tháng, 6 tháng, 9 tháng, 12 tháng, 15 tháng.

- Các đối tượng đều được:

Khám lâm sàng và ghi lại các chỉ số: OHI - S, GI, PI, túi QR, CAL, lung lay răng.

Chụp phim x quang tại các thời điểm đánh giá 3 tháng, 6 tháng, 9 tháng, 12 tháng, 15 tháng.

So sánh kết quả thu được với các thời điểm trước khi can thiệp điều trị.

Sau mỗi lần đánh giá can thiệp, tất cả các bệnh nhân được điều trị duy trì, hướng dẫn vệ sinh răng miệng, lấy cao răng, đánh bóng hai hàm, dùng kháng sinh điều trị viêm lợi (nếu có).

### 3. Thang điểm đánh giá hiệu quả can thiệp

**Bảng 1. Thang điểm đánh giá chỉ số lợi (GI)**

Mức độ	Tình trạng	Điểm
Tốt	Không viêm lợi	3
Khá	Lợi viêm nhẹ	2
Trung bình	Lợi viêm trung bình	1
Kém	Lợi viêm nặng	0

**Bảng 2. Thang điểm đánh giá chỉ số vệ sinh răng miệng (OHI - S)**

Mức độ	Tình trạng	Điểm
Tốt	0 – 1,2	2
Trung bình	1,3 – 3	1
Kém	3,1 – 6	0

**Bảng 3. Thang điểm đánh giá chỉ số tích tụ mảng bám răng (PI)**

Mức độ	Tình trạng	Điểm
Tốt	Không có mảng bám	3
Khá	Có mảng bám khi dùng cây thăm dò cạo trên mặt răng ở rãnh lợi	2
Trung bình	Khi nhìn thấy mảng bám mỏng hoặc trung bình	1
Kém	Khi mảng bám và cặn thức ăn tích tụ nhiều	0

**Bảng 4. Thang điểm đánh giá độ sâu túi quanh răng**

Mức độ	Tình trạng	Điểm
Tốt	Không có túi QR trên 3 mm	2
Trung bình	Có túi QR từ 3 mm – 4 mm	1
Kém	Có túi QR trên 4 mm	0

**Bảng 5. Thang điểm đánh giá độ mất bám dính quanh răng**

Mức độ	Tình trạng	Điểm
Tốt	Phục hồi bám dính trên 2 mm	2
Trung bình	Phục hồi bám dính trên 0 - 2 mm	1
Kém	Tiếp tục mất bám dính thêm	0

**Bảng 6. Thang điểm đánh giá độ lung lay răng**

Độ lung lay răng	Tình trạng	Điểm
0	Răng không lung lay	3
1	Răng lung lay nhìn thấy dưới 1 mm theo chiều trong ngoài	2
2	Răng lung lay nhìn thấy trên 1 mm theo chiều trong ngoài	1
3	Răng lung lay nhìn thấy theo các chiều (ngoài – trong, gần - xa và theo trục răng)	0

**Bảng 7. Thang điểm đánh giá hình thái tiêu xương ổ răng**

Mức độ	Tình trạng	Điểm
Tốt	Phục hồi xương	2
Trung bình	Không phục hồi giữ nguyên	1
Kém	Không phục hồi và tiêu thêm	0

#### 4. Xử lý số liệu

- Số liệu được tổng hợp và phân tích bằng phần mềm SPSS 16.0
- Sử dụng test thống kê: t test,  $\chi^2$  test. Nếu  $p < 0,05$  được coi là có ý nghĩa thống kê.

### III. KẾT QUẢ

#### 1. Đặc điểm chung về nhóm can thiệp

Trong thời gian từ tháng 01 năm 2016 đến tháng 06 năm 2019 có 32 bệnh nhân đến khám tại Bệnh viện Răng Hàm Mặt Trung ương Hà Nội và Viện Đào tạo Răng Hàm Mặt – Trường Đại học Y Hà Nội đủ tiêu chuẩn lựa chọn can thiệp. Tuy nhiên, để việc đánh giá hiệu quả can thiệp được khách quan và khoa học, 04 bệnh nhân không tái khám đúng lịch hẹn sau phẫu thuật sẽ không đưa vào số liệu phân tích.

- Số lượng bệnh nhân phân tích trước và sau can thiệp: 28 bệnh nhân.
- Nam: 13 bệnh nhân (chiếm tỷ lệ 46,43%) và nữ 15 bệnh nhân (chiếm tỷ lệ 53,57%).
- Độ tuổi trung bình:  $29,4 \pm 5,05$  (nhỏ nhất là 22 tuổi và cao nhất là 44 tuổi).

**Bảng 8. Thông tin chung về thói quen, tiền sử, yếu tố di truyền và lý do phát hiện bệnh**

Nội dung	n	%
Thăm khám định kỳ		
Không	14	50,0
1 lần	14	50,0
Hút thuốc lá		
Không	22	78,57
$\leq 1$ bao/ngày	6	21,43
Đã được chẩn đoán		
Không	2	7,14
Có	26	92,86

Đã được điều trị		
Không	1	3,57
Có	27	96,43
Phương pháp điều trị		
Không phẫu thuật	27	96,43
Có phẫu thuật	1	3,57
Tiền sử gia đình		
Không	12	42,86
Có	16	57,14
Lý do đến khám		
Chảy máu lợi	27	96,43
Đau răng	15	53,37
Hôi miệng	16	57,14
Lung lay răng	22	78,57
Khe thưa răng cửa giữa	9	33,33
Khám định kỳ	1	3,57

Tỷ lệ bệnh giữa nam và nữ là khác nhau nữ (53,57%) chiếm tỷ lệ mắc nhiều hơn nam (46,43%). Các bệnh nhân được phát hiện khi khám định kỳ tương đương với khi khám lần đầu. Bệnh nhân đã được chẩn đoán là VQR trước đó 92,86% và đã được điều trị không phẫu thuật là 96,43%. Bệnh có tiền sử gia đình với tỷ lệ 57,14%. Lý do bệnh nhân đến khám nhiều nhất là chảy máu lợi chiếm tỷ lệ 96,43%, răng lung lay là 78,57% tiếp đến là hôi miệng và đau răng với tỷ lệ lần lượt là 57,14% và 53,37%.

## 2. Đáp ứng điều trị lâm sàng bệnh viêm quanh răng phá hủy thể toàn bộ

### *Đáp ứng của chỉ số lợi (GI) trước và sau điều trị*

**Bảng 9. Đáp ứng của chỉ số lợi (GI) theo mức độ trước và sau điều trị**

Kết quả	Tốt	Khá	Trung bình	Kém	Tổng
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Tuổi					
Trước điều trị	0 (0)	1 (3,57)	26 (92,86)	1(3,57)	28(100)
1 tháng	0 (0)	28 (100)	0 (0)	0 (0)	28(100)
3 tháng	10 (35,71)	18 (64,29)	0 (0)	0 (0)	28(100)
6 tháng	19 (67,86)	9 (32,14)	0 (0)	0 (0)	28(100)
9 tháng	21 (75,0)	7 (25,0)	0 (0)	0 (0)	28(100)
12 tháng	22 (78,57)	6 (21,43)	0 (0)	0 (0)	28(100)
15 tháng	21 (75,0)	7(25,0)	0 (0)	0 (0)	28(100)

\* $p < 0,001$

Chỉ số lợi trung bình của bệnh nhân trước điều trị ở mức viêm lợi trung bình chiếm tỷ lệ 92,86%. Sau điều trị 1 tháng, chỉ số lợi ở mức khá (mức viêm lợi nhẹ) đạt tỷ lệ 100%. Các mốc thời gian sau đó thì mức độ khá, tốt (từ viêm lợi nhẹ đến không viêm) tăng dần sau 3 tháng từ 35,71% đến 12

tháng là 78,57%.

### 3. Đáp ứng của chỉ số vệ sinh răng miệng (OHI - S) trước và sau điều trị

**Bảng 10. Đáp ứng của chỉ số OHI - S theo mức độ trước và sau điều trị**

Tuổi	Kết quả	Tốt	Trung bình	Kém	Tổng
		n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
	Trước điều trị	8 (28,57)	17 (60,71)	3 (10,71)	28 (100)
	1 tháng	28 (100)	0 (0)	0 (0)	28 (100)
	3 tháng	28 (100)	0 (0)	0 (0)	28 (100)
	6 tháng	26 (92,86)	2 (7,14)	0 (0)	28 (100)
	9 tháng	26 (92,86)	2 (7,14)	0 (0)	28 (100)
	12 tháng	26 (92,86)	2 (7,14)	0 (0)	28 (100)
	15 tháng	27 (96,43)	1 (3,57)	0 (0)	28 (100)

\*p < 0,001

Kết quả điều trị cho thấy việc vệ sinh răng miệng của bệnh nhân trước điều trị ở mức độ trung bình chiếm tỷ lệ 60,71%. Sau điều trị vấn đề vệ sinh răng miệng tốt đã cải thiện ở tất cả 28 bệnh nhân sau 1 - 3 tháng can thiệp và tỷ lệ này có giảm nhẹ ở sau 6 – 15 tháng.

### 4. Đáp ứng của chỉ số tích tụ mảng bám (PI) trước và sau điều trị

**Bảng 11. Đáp ứng của chỉ số PI theo mức độ trước và sau điều trị**

Tuổi	Kết quả	Tốt	Trung bình	Kém	Tổng
		n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
	Trước điều trị	4 (14,29)	24 (85,71)	0 (0)	28 (100)
	1 tháng	28 (100)	0 (0)	0 (0)	28 (100)
	3 tháng	27 (96,43)	1 (3,57)	0 (0)	28 (100)
	6 tháng	28 (100)	0 (0)	0 (0)	28 (100)
	9 tháng	28 (100)	0 (0)	0 (0)	28 (100)
	12 tháng	27 (96,43)	1 (3,57)	0 (0)	28 (100)
	15 tháng	28 (100)	0 (0)	0 (0)	28 (100)

\*p < 0,01

Chỉ số mảng bám trung bình của bệnh nhân tại ngày khám đầu tiên là 85,71%. Không có mảng bám răng là 14,29%. Sau điều trị tỷ lệ mảng bám duy trì ở mức tốt, chủ yếu là không có mảng bám răng.



## 5. Đáp ứng của độ sâu túi quanh răng (tính bằng mm) trước và sau điều trị

**Bảng 12. Đáp ứng của độ sâu túi quanh răng (tính bằng mm) trước và sau điều trị**

Thời gian	Kết quả	Độ sâu túi quang răng chung ( X ± SD/ mm)	Độ sâu vị trí răng cửa giữa và răng hàm lớn thứ nhất vĩnh viễn ( X ± SD/ mm)	Độ sâu vị trí răng cửa giữa và răng hàm lớn thứ nhất vĩnh viễn và các răng đối xứng ( X ± SD/ mm)
Trước điều trị		4,49 ± 0,43	5,95 ± 0,60	4,90 ± 0,46
1 tháng		3,00 ± 0,29	3,75 ± 0,42	3,17 ± 0,30
3 tháng		2,40 ± 0,28	3,00 ± 0,39	2,53 ± 2,29
6 tháng		2,07 ± 0,30	2,52 ± 0,46	2,15 ± 0,32
9 tháng		1,78 ± 0,28	2,13 ± 0,43	1,84 ± 0,30
12 tháng		1,66 ± 0,29	1,97 ± 0,39	1,70 ± 0,29
15 tháng		1,53 ± 0,23	1,79 ± 0,97	1,58 ± 0,23

\*p < 0,001

Độ sâu túi quanh răng (PD) chung là 4,49 ± 0,43 mm, nặng nhất ở vị trí răng cửa giữa và răng hàm lớn thứ nhất vĩnh viễn là 5,95 ± 0,61 mm, các răng đối xứng 4,9 ± 0,46 mm. Độ sâu túi quanh răng giảm dần sau 15 tháng điều trị còn 1,53 ± 0,23 mm ở độ sâu túi quanh răng chung, ở vị trí răng cửa giữa và răng hàm lớn thứ nhất vĩnh viễn là 1,79 ± 0,97 mm, các răng đối xứng là 1,58 ± 0,23 mm.

## 5. Đáp ứng mức độ mất bám dính quanh răng (CAL) (tính bằng mm) trước và sau điều trị

**Bảng 13. Đáp ứng của sự thay đổi mức độ mất bám dính quanh răng (tính bằng mm) trước và sau điều trị**

Thời gian	Kết quả	Mất bám dính quanh răng chung ( X ± SD/ mm)	Mất bám dính QR cửa giữa và răng hàm lớn thứ nhất vĩnh viễn ( X ± SD/ mm)	Mất bám dính QR cửa giữa và răng hàm lớn thứ nhất vĩnh viễn và các răng đối xứng ( X ± SD/ mm)
Trước điều trị		4,36 ± 1,01	6,36 ± 0,93	5,11 ± 0,89
1 tháng		2,32 ± 1,39	3,82 ± 1,69	2,85 ± 1,50
3 tháng		1,76 ± 1,21	2,91 ± 1,48	2,15 ± 1,33
6 tháng		1,50 ± 1,09	2,54 ± 1,42	1,86 ± 1,20
9 tháng		1,29 ± 0,98	2,21 ± 1,26	1,58 ± 1,09
12 tháng		1,12 ± 0,91	2,08 ± 1,25	1,47 ± 1,01
15 tháng		1,13 ± 0,87	2,00 ± 1,10	1,39 ± 0,95

\*p < 0,001

Mức độ mất bám dính quanh răng (CAL) chung:  $4,36 \pm 1,01$  mm, nặng nhất ở vị trí răng cửa giữa và răng hàm lớn thứ nhất vĩnh viễn là  $6,36 \pm 0,93$  mm, ở các răng đối xứng là  $5,11 \pm 0,89$  mm. Mất bám dính quanh răng giảm dần sau 15 tháng điều trị:  $1,13 \pm 0,87$  mm ở tỷ lệ chung,  $2,00 \pm 1,1$  mm ở các vị trí răng cửa giữa và răng hàm lớn thứ nhất vĩnh viễn, các răng đối xứng là  $1,39 \pm 0,95$  mm.

**6. Đáp ứng của sự thay đổi mức độ lung lay răng trước và sau điều trị**

**Bảng 14. Đáp ứng của sự thay đổi mức độ lung lay răng trước và sau điều trị**

Tuổi \ Kết quả	Lung lay độ 0	Lung lay độ 1	Lung lay độ 2	Lung lay độ 3	Tổng
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Trước điều trị	1(3,57)	23(82,14)	4(14,28)	0 (0)	28(100)
1 tháng	6(21,43)	22(78,57)	0 (0)	0 (0)	28(100)
3 tháng	8(28,57)	20(71,43)	0 (0)	0 (0)	28 (100)
6 tháng	14(50,0)	14(50,0)	0 (0)	0 (0)	28 (100)
9 tháng	18(64,29)	10(35,71)	0 (0)	0 (0)	28 (100)
12 tháng	20(71,43)	8(28,57)	0 (0)	0 (0)	28 (100)
15 tháng	21(75,0)	7(25,0)	0 (0)	0 (0)	28 (100)

Mức độ lung lay khi đến khám của bệnh nhân lung lay độ 1 là 82,14%, lung lay độ 2 là 14,28%. Độ lung lay giảm dần sau 15 tháng điều trị, cải thiện rõ nhất sau 6 tháng điều trị, chiếm tỷ lệ 50%.

**7. Đáp ứng của sự thay đổi mức độ tiêu xương ổ răng chung trước và sau điều trị**

**Bảng 15. Đáp ứng của sự thay đổi mức độ tiêu xương ổ răng (tính theo mm) trước và sau điều trị**

Thời gian \ Kết quả	Mức tiêu xương ( X ± SD/ mm)
Trước điều trị	$5,46 \pm 1,37$
3 tháng	$5,07 \pm 0,40$
6 tháng	$5,07 \pm 0,40$
9 tháng	$4,64 \pm 0,78$
12 tháng	$4,28 \pm 0,85$
15 tháng	$3,96 \pm 0,96$

\*p < 0,001.

Mức độ tiêu xương ổ răng khi đến khám của bệnh nhân trung bình là  $5,46 \pm 1,37$  mm.

Mức độ phục hồi xương sau phẫu thuật được cải thiện sau 9 tháng điều trị còn  $4,64 \pm 0,78$  mm, sau 15 tháng điều trị cải thiện rõ còn  $3,96 \pm 0,96$  mm.

**IV. BÀN LUẬN**

Đáp ứng của lợi sau trước và sau điều trị cho thấy tỷ lệ viêm lợi của nhóm đối tượng nghiên cứu trước điều trị ở mức trung bình là chủ yếu và nhẹ, ít bệnh nhân bị viêm lợi nặng, điều này phù hợp với các nghiên cứu của Moritz Kepschull (2015),<sup>1</sup> Wim Teughels (2014),<sup>13</sup> với đặc điểm viêm tại chỗ không tương ứng với mức độ tiêu xương và mất bám dính trên lâm sàng. Sự phục hồi tổn thương viêm lợi sau điều trị phù hợp với nghiên cứu của Buchmann R (2002),<sup>4</sup> để có được kết quả như vậy là do nhóm đối tượng ở độ tuổi còn trẻ, việc phối hợp điều trị và thực hiện vệ sinh răng miệng tốt nên khả năng phục hồi nhanh hơn.

Sự thay đổi các chỉ số vệ sinh răng miệng của nhóm đối tượng nghiên cứu trước điều trị đều ở mức trung bình và khá điều này cũng

phù hợp với các mô tả của Moritz Kebschull và cộng sự.<sup>1</sup> Sau điều trị, tỷ lệ tăng lên chủ yếu ở mức khá và tốt. Các nghiên cứu đều chỉ ra rằng có sự hợp tác tốt của đối tượng nghiên cứu về các biện pháp vệ sinh răng miệng cũng như phương pháp điều trị.<sup>13</sup>

Sự thay đổi về độ sâu túi quanh răng lớn nhất ở vị trí răng cửa giữa và răng hàm lớn thứ nhất vĩnh viễn là  $5,95 \pm 0,6$  mm, các răng đối xứng hai bên với răng cửa giữa và răng hàm lớn thứ nhất vĩnh viễn là  $4,9 \pm 0,46$  mm, độ sâu túi quanh răng chung ở các răng là  $4,49 \pm 0,43$  mm, mức độ phục hồi chung cải thiện rõ rệt sau 6 tháng là  $2,42$  mm ( $p < 0,001$ ) và tăng dần sau các mốc thời gian. Nghiên cứu Mandell RL, Socransky SS. (1988) trên 8 bệnh nhân bằng phẫu thuật Widman cải tiến kết hợp với kháng sinh toàn thân sau 12 tháng cho kết quả túi quanh răng giảm  $3,6$  mm. Buchmann R (2002),<sup>4</sup> khi điều trị 13 bệnh nhân tuổi trung bình là  $36,9 \pm 7,4$  và theo dõi sau 5 năm cũng cho kết quả phục hồi túi quanh răng ban đầu  $6$  mm giảm còn  $2,3$  mm sau 3 tháng điều trị. Nghiên cứu systematic review and meta - analysis của Lucia Díaz - Faes và cộng sự (2020) về hiệu quả điều trị bệnh viêm quanh răng phá huỷ từ 6 nghiên cứu khác đều cho thấy mức độ phục hồi độ sâu túi quanh răng sau phẫu thuật 6 tháng  $1$  mm, sau 12 tháng  $0,41$  mm.<sup>16</sup> Như vậy, nghiên cứu của chúng tôi cũng thu được các kết quả tương tự trong việc cải thiện độ sâu túi quanh răng.

Sự thay đổi về mất bám dính quanh răng lớn nhất ở vị trí răng cửa giữa và răng hàm lớn thứ nhất vĩnh viễn là  $6,36 \pm 0,93$  mm, các răng đối xứng hai bên với răng cửa giữa và răng hàm lớn thứ nhất vĩnh viễn là  $5,11 \pm 0,89$  mm, mất bám dính quanh răng chung ở các răng là  $4,36 \pm 1,01$  mm, sau điều trị 3 tháng mất bám dính quanh răng phục hồi  $2,6$  mm ( $p < 0,001$ ), điều trị duy trì và tái khám sau 3 tháng cho kết quả điều trị cải thiện mức độ mất bám dính quanh

răng rõ rệt qua các lần khám và bắt đầu duy trì ổn định sau 12 tháng sau điều trị. Kết quả này đều phù hợp với mô tả của Buchmann R (2002),<sup>4</sup> trên đối tượng có độ tuổi trung bình là  $36,9 \pm 7,4$  cho kết quả phục hồi mất bám dính  $2,3$  mm sau 3 tháng điều trị. Bệnh nhân được duy trì tái khám 3 tháng một lần và kéo dài trong 5 năm, kết quả cho thấy có  $94,6$  % các bệnh nhân duy trì kết quả phục hồi tốt.

Sự thay đổi về sự lung lay răng trước điều trị chủ yếu là lung lay độ 1 và độ 2, độ lung lay giảm dần sau 15 tháng điều trị, cải thiện rõ nhất sau 6 tháng điều trị, chiếm tỷ lệ  $50\%$  ( $p < 0,001$ ). Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của Buchmann R (2002) nghiên cứu trên 13 bệnh nhân,<sup>4</sup> Christersson LA (1985),<sup>5</sup> Wim Teughels (2014).<sup>13</sup>

Mức độ tiêu xương chung trước điều trị  $5,46 \pm 1,37$  mm, sự thay đổi sau điều trị 9 tháng giảm còn  $4,64 \pm 0,78$  mm ( $p < 0,001$ ), mức độ tiêu xương giảm dần đến sau điều trị 15 tháng còn  $3,96 \pm 0,96$  mm. Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của Buchmann R (2002),<sup>4</sup> Christersson LA (1985),<sup>5</sup> Roshna T (2012),<sup>7</sup> Wim Teughels (2014).<sup>13</sup>

## V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu bệnh viêm quanh răng phá huỷ thể toàn bộ sử dụng phương pháp phẫu thuật vạt Widman cải tiến kết hợp với kháng sinh phối hợp nhóm BeLa lactam và l mmidazol để điều trị. Sau thời gian theo dõi từ 1 tháng, 3 tháng, 6 tháng, 9 tháng, 12 tháng và 15 tháng đã thu được tỷ lệ thành công cao.

Các tổn thương có túi quanh răng sâu thường gặp ở răng cửa giữa và răng hàm lớn thứ nhất vĩnh viễn và các răng lân cận có tính đối xứng.

Độ sâu túi quanh răng và mất bám dính quanh răng được phục hồi ngay sau điều trị 3 tháng.

Độ lung lay răng của trước và sau điều trị giảm và rõ rệt sau 6 tháng điều trị, mức độ phục

hồi xương là sau 9 tháng điều trị.

Mức độ phục hồi của các tổn thương do viêm quanh răng phá huỷ thể toàn bộ đạt mức tốt sau từ 6 đến 15 tháng điều trị.

Do đó, dựa vào kết quả thu được của nghiên cứu chúng tôi đánh giá phương pháp điều trị phẫu thuật vật Widman cải tiến kết hợp với kháng sinh toàn thân phối hợp và việc duy trì tái khám 3 tháng 1 lần đã mang lại sự phục hồi nhanh, ổn định và hiệu quả tốt cho bệnh nhân viêm quanh răng phá huỷ thể toàn bộ.

### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Moritz Keschull, Henrik Do mmisch, *Newman and carranza's clinical periodontology thirteenth edition* 2015: chapter 28 and 45.
2. Global prevalence of aggressive periodontitis: A systematic review and meta-analysis. Amal Bouziane , Radia Hamdoun , Redouane Abouqal, Oumkeltoum Ennibi *Journal of Clinical periodontology* 2020.
3. Trịnh Đình Hải. Bệnh học quanh răng *Nhà xuất bản Giáo dục Việt Nam* 2013.
4. Buchmann R, Nunn ME, Van Dyke TE, Lange DE. Aggressive periodontitis: 5 - year follow - up of treatment. *J Periodontol* 2002; 73: 675–683.
5. Christersson LA, Slots J, Rosling BG, Genco RJ. Microbiological and clinical effects of surgical treatment of localized juvenile periodontitis. *J Clin Periodontol* 1985; 12: 465–476.
6. Mestnik MJ, Feres M, Figueiredo LC, Duarte PM, Lira EA, Faveri M. Short - term benefits of the adjunctive use of metronidazole plus amoxicillin in the microbial profile and in the clinical parameters of subjects with generalized aggressive periodontitis. *J Clin Periodontol* 2010; 37: 353–365.
7. Roshna T, Nandakumar K. Generalized aggressive periodontitis and its treatment options: case reports and review of the literature. *Case Report Med* 2012.
8. Hoàng Tiến Công Đánh giá hiệu quả điều trị phẫu thuật bệnh viêm quanh răng 2009. *Đề tài tiến sĩ y học*.
9. Nguyễn Xuân Thục. Nghiên cứu bệnh quanh răng ở bệnh nhân tiểu đường type 2 tại Bệnh viện Nội tiết Trung ương và đánh giá hiệu quả điều trị 2011. *Đề tài tiến sĩ y học*.
10. Nguyễn Thị Mai Phương. Định lượng Actinobacillus actinomycetemcomitans, Porphyromonas gingivalis trong viêm quanh răng bằng realtime PCR và đánh giá hiệu quả của phương pháp điều trị viêm quanh răng không phẫu thuật” 2015. *Đề tài tiến sĩ y học*.
11. Trường Đại học Y Hà Nội. Nghiên cứu dịch tể học theo mẫu, Dịch tể học Y học. *NXB Y học* 1993: 202 - 203.
12. Đào Ngọc Phong, Trịnh Đình Hải, Đào Thị Ngọc Lan. Phương pháp nghiên cứu y học và những ứng dụng trong nghiên cứu bệnh răng miệng. *NXB Y học* 2008. 120 - 153.
13. Teughels W at all. Treatment of aggressive periodontitis, *Periodontology* 2000 2014, Vol. 65: 107–133.
14. Ramfjord S.P, Nissle R.R.. The modified Widman flap, *J periodontol* 1974, 11. 601 - 607.
15. Cortellini P, Pini Prato G, Tonetti M. The simplified papilla preservation flap. A novel surgical approach for the management of soft tissues in regenerative procedures, *International Journal of Periodontics and Restorative Dentistry* 1999. 19. 589 - 599.
16. [Lucía Díaz - Faes](#) at all Efficacy of regenerative therapy in aggressive periodontitis: a systematic review and meta - analysis of randomised controlled clinical trials 2020. *PMID: 32060656, DOI: [10.1007 / s00784 - 020 - 03237 - 0](https://doi.org/10.1007/s00784-020-03237-0)*

## Summary

# TREATMENT EFFICACY OF GENERALIZED AGGRESSIVE PERIODONTITIS BY SURGICAL METHOD

This study is to evaluate the clinical efficacy of the widman modified flap surgery in the restoration of periodontal tissue in generalized aggressive periodontitis in patients aged from 20 to 45 years old. The treatment effectiveness is evaluated clinically before and 15 months after surgery according to the criteria of the American Periodontal Association. 92.86% was classified to have an average gingival index initially; after treatment, 75% had improved to the good level. The oral hygiene index increased from 60.71% to a good level of 96.43%. Before treatment, the common pocket depth was  $4.49 \pm 0.43$  mm, the positions of the middle incisors and first molars were permanently  $5.95 \pm 0.6$  mm, the symmetrical teeth  $4.9 \pm 0.46$  mm; the results after the treatment were  $1.53 \pm 0.23$  mm,  $1.79 \pm 0.97$  mm and  $1.58 \pm 0.23$  mm, respectively. The before clinical attachment loss was  $4.36 \pm 1.01$  mm, the positions of the middle incisors and first molars were permanently  $6.36 \pm 0.93$  mm, the symmetrical teeth were  $5.11 \pm 0.89$  mm; post treatment results were  $1.13 \pm 0.87$  mm,  $2.00 \pm 1.10$  mm and  $1.39 \pm 0.95$  mm respectively. The mobility before treatment at grade I was 82.14%, grade II was 14.28%; post treatment grade 0 was 75% and grade I was 25%. Alveolar bone loss was  $5.46 \pm 1.37$  mm versus  $3.96 \pm 0.96$  mm post surgery. We conclude that the surgical method is clinically effective in the treatment of generalized aggressive periodontitis.

**Keywords:** Generalized aggressive periodontitis, gingival index, oral hygiene index - simple, plaque index, pocket deep, clinical attachment loss.