

NHU CẦU ĐIỀU TRỊ QUANH RĂNG Ở CÁC BỆNH NHÂN ĐÁI THÁO ĐƯỜNG TYP 2 ĐƯỢC ĐIỀU TRỊ NGOẠI TRÚ TẠI BỆNH VIỆN BẠCH MAI

NGUYỄN XUÂN THỰC¹, TỪ MẠNH SƠN¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: xác định nhu cầu điều trị quanh răng của các bệnh nhân ĐTĐ tít 2.

Đối tượng và Phương pháp: Áp dụng phương pháp nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 400 bệnh nhân mắc ĐTĐ tít 2 theo tiêu chuẩn của IDF 2005 tại khoa Răng Hàm Mặt Bệnh viện Bạch Mai từ 6/2010 đến 6/2011. Các bệnh nhân được tiến hành khám răng miệng để ghi nhận chỉ số nghiên cứu CPITN.

Kết quả: 100% đối tượng nghiên cứu cần được điều trị QR. Trong đó: 100% cần được hướng dẫn VSRM; 80,7% cần được hướng dẫn VSRM và lấy cao răng; 19,3% cần được điều trị phức hợp. Thời gian phát hiện mắc ĐTĐ không liên quan tới nhu cầu điều trị QR. Nhu cầu điều trị quanh răng tăng cao ở nhóm tuổi trên 65, nam giới và HbA1c kiểm soát kém với mức ý nghĩa thống kê $p < 0,05$; VSRM kém làm tăng nhu cầu điều trị QR với mức ý nghĩa thống kê $p < 0,01$.

Kết luận: Nhu cầu điều trị quanh răng của các bệnh nhân ĐTĐ tít 2 là rất lớn, cần phải có chiến lược chăm sóc sức khỏe răng miệng, cũng như cần có sự phối hợp điều trị giữa các bác sĩ nội tiết ĐTĐ và các bác sĩ nha khoa, để nâng cao chất lượng sống cho người ĐTĐ tít 2.

Từ khóa: đái tháo đường tít 2, nhu cầu điều trị quanh răng, vệ sinh răng miệng.

SUMMARY

PERIODONTAL TREATMENT NEEDS IN OUTPATIENTS WITH TYPE 2 DIABETES MELLITUS AT BACHMAI HOSPITAL

Objectives: To describe the periodontal treatment needs in patients with type 2 diabetes mellitus.

Subjects and Methods: Using a cross-sectional study on 400 outpatients with type 2 diabetes mellitus according to diagnostic criteria of IDF 2005, at the department of OdontoStomatology Bachmai hospital from 6/2010 to 6/2011. The patients received oral exam directly to take index as CPITN.

1. Bệnh viện Bạch Mai
Phản biện khoa học: PGS.TS. Đỗ Quang Trung

Results: 100% of study subjects had periodontal treatment needs. Among them: 80.7% needed to have oral hygiene guidance and scaling, 19.3% needed complex treatment. Time detection of diabetes was not related to periodontal treatment needs. Periodontal treatment needs were higher level $p < 0.05$; Poor oral hygiene increased the periodontal treatment needs at a statistically significant $p < 0.01$.

Conclusions: Periodontal treatment needs of type 2 diabetic patients was high, required oral health care strategies and coordination between endocrinologist and dentist to improve the quality of life for patients with type 2 diabetes.

Key words: type 2 diabetes mellitus, periodontal treatment needs, oral hygiene.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đến đầu những năm 90 của thế kỷ XX, khi nghiên cứu dịch tễ học trên quy mô lớn về bệnh ĐTD ở bang Arizona - Mỹ, nơi có tỷ lệ mắc ĐTD tít 2 cao nhất thế giới, sau khi đã điều chỉnh các yếu tố nhiễu chẳng hạn như tuổi, giới, tình trạng VSRM, trình độ học vấn và điều kiện KTXH... các nhà nghiên cứu đã đi đến kết luận rằng ĐTD tít 2 là một yếu tố nguy cơ của bệnh QR [1]. Gần đây hơn, các chuyên gia trong lĩnh vực nội tiết-đái tháo đường còn cho rằng viêm quanh răng là biến chứng thứ 6 của ĐTD, quan điểm này cũng được các nhà nha chu học đồng tình ủng hộ.

Biến chứng răng miệng của người mắc ĐTD tít 2 sẽ ảnh hưởng rất lớn đến chất lượng sống của các đối tượng này, đồng thời chi phí Y tế để giải quyết vấn đề này cũng rất lớn.

Do đó, việc nghiên cứu bệnh QR ở bệnh nhân ĐTD, mà đặc biệt là ĐTD tít 2 là rất cần thiết. Tổng hợp các nghiên cứu này sẽ làm sáng tỏ mối liên quan, các tác động hai chiều giữa bệnh QR và ĐTD tít 2. Từ đó giúp cho công tác điều trị và dự phòng hai bệnh này đạt kết quả tốt hơn, giúp cải thiện chất lượng sống cho các bệnh nhân ĐTD.

Hiện nay, ở Việt Nam, vấn đề bệnh quanh răng ở người ĐTD còn chưa được chú ý nghiên cứu. Xuất phát từ tình hình thực tế trên, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài

này nhằm đạt được mục tiêu: "xác định nhu cầu điều trị quanh răng của các bệnh nhân ĐTD tít 2".

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu

Là các bệnh nhân được chẩn đoán mắc ĐTD tít 2 theo tiêu chuẩn chẩn đoán của IDF năm 2005 [2] được theo dõi điều trị ngoại trú tại khoa Khám bệnh Bệnh viện Bạch Mai.

1.1. Địa điểm và thời gian nghiên cứu

- Nghiên cứu được thực hiện tại khoa Răng Hàm Mặt Bệnh viện Bạch Mai Hà Nội.
- Thời gian nghiên cứu từ tháng 06/2010 đến tháng 06/2011.

1.2. Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân

Những bệnh nhân được chẩn đoán mắc ĐTD tít 2 theo tiêu chuẩn của IDF năm 2005 [2], được khám răng miệng tại Bệnh viện Bạch Mai từ 06/2010 đến 06/2011. Các bệnh nhân này còn phải hội đủ những tiêu chuẩn sau:

- Có tuổi đời từ 45 tuổi trở lên.
- Có ít nhất 1 vùng lục phân còn chức năng.
- Tại thời điểm nghiên cứu không mắc các bệnh cấp tính khác.

- Hợp tác và tự nguyện tham gia nghiên cứu.

1.3. Tiêu chuẩn loại trừ bệnh nhân

- Những bệnh nhân mất răng toàn bộ.
- Những bệnh nhân đang mắc các bệnh cấp tính khác hoặc đang cần phải theo dõi và điều trị tích cực.
- Những bệnh nhân không hợp tác nghiên cứu.

2. Phương pháp nghiên cứu

2.1. Thiết kế nghiên cứu: Sử dụng phương pháp nghiên cứu mô tả cắt ngang.

2.2. Cỡ mẫu nghiên cứu: áp dụng công thức tính cỡ mẫu cho việc ước lượng 1 tỷ lệ:

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

Trong đó

n: là cỡ mẫu nghiên cứu cần có.

p: tỷ lệ đối tượng có bệnh, ước tính bằng 0.8 [3]

e: mức chính xác tương đối, lấy bằng 0.05 của p.

a: mức ý nghĩa thống kê, lấy bằng 0.05.

Từ công thức này ta tính ra n=384. Trong thực tế chúng tôi thu nhận được 400 người, đáp ứng được yêu cầu của thiết kế nghiên cứu.

2.3. Thu thập thông tin về bệnh quanh răng

Bộ dụng cụ khám nha khoa gồm: khay quả đậu, gương và gắp nha khoa, cây thăm QR của WHO. Ghi nhận chỉ số nghiên cứu: Chỉ số CPITN của Ainamo-1982.

2.4. Xử lý số liệu

Các số liệu được xử lý theo phần mềm toán thống kê y học Epi-info 6.04

- Kiểm định sự khác biệt giữa 2 trung bình bằng test T-student, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p \leq 0.05$ khi $t=1.96$, hoặc với $p \leq 0.01$ khi $t=2.576$.

- Kiểm định sự khác biệt giữa các tỷ lệ bằng thuật toán X^2 . Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p \leq 0.05$ hoặc $p \leq 0.01$.

2.5. Khía cạnh đạo đức của đề tài

- Tất cả các đối tượng tham gia nghiên cứu đều được tư vấn, hướng dẫn cách chăm sóc giữ gìn VSRM.
- Trong khi thăm khám, nếu phát hiện thấy trường hợp mắc bệnh QR nặng, sẽ được can thiệp điều trị ngay tại khoa Răng Hàm Mặt Bệnh viện Bạch Mai.
- Kết quả nghiên cứu sẽ được công bố, đồng thời sẽ đưa ra các khuyến cáo, giúp cho công tác dự phòng và điều trị bệnh QR, đặc biệt là bệnh QR ở người ĐTD typ 2 đạt kết quả tốt hơn, góp phần nâng cao chất lượng sống cho các bệnh nhân ĐTD typ 2.

III. KẾT QUẢ

1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

- Tập trung đông nhất là nhóm tuổi từ 45-64 với tỷ lệ 69,0%. Tuổi thấp nhất là 45; cao nhất là 76. Tuổi trung bình là: $59,7 \pm 6,2$ (tuổi).
- Nam chiếm tỷ lệ 35,8%, nữ chiếm tỷ lệ 64,2%. Tỷ lệ nữ cao hơn nam. Tỷ lệ nữ/nam=1,8
- Trung bình thời gian phát hiện mắc ĐTD là: $5,9 \pm 4,5$ (năm).
- Trung bình glucose máu lúc đói là: $9,2 \pm 4,7$ (mmol/l); Trung bình HbA1c là: $8,1 \pm 2,5$ (%).

2. Nhu cầu điều trị QR của đối tượng nghiên cứu

Bảng 3.1 Phân bố nhu cầu điều trị QR của đối tượng NC

Nhu cầu điều trị quanh răng	n	%
Không cần điều trị	0	0
Hướng dẫn VSRM	400	100
Hướng dẫn VSRM + Lấy cao răng	323	80,7
Điều trị phức hợp	77	19,3

Nhận xét:

- Nhu cầu điều trị QR của đối tượng nghiên cứu là rất lớn.
- 100% đối tượng nghiên cứu đều cần được can thiệp điều trị. Trong đó 80,7% cần được tư vấn VSRM và lấy cao răng; 19,3% cần được điều trị phức hợp.

Bảng 3.2. Phân bố nhu cầu điều trị QR theo thời gian phát hiện mắc ĐTĐ

T/g mắc ĐTĐ (năm)	TN II	Số trung bình lực phân có CPITN II	TN III	Số trung bình lực phân có CPITN III	p
	%		%		
≤5	81,3	4,78	18,7	0,41	>0,05
>5	80,6	4,92	19,4	0,30	
Tổng	80,7	4,81	19,3	0,38	

Nhận xét: Tỷ lệ TN II khá cao chiếm trên 80%. Không có sự khác biệt đáng kể về TN II và TN III giữa các nhóm thời gian phát hiện mắc ĐTĐ với $p > 0,05$.

Bảng 3.3 Phân bố nhu cầu điều trị QR theo tuổi, giới, VSRM và HbA1c

		Nhu cầu điều trị theo chỉ số CPITN						P
		% TN 0	% TN I	% TN II	Số TB lực phân có TN II	% TN III	Số TB lực phân có TN III	
Tuổi	45-64	0	100	83,4	4,87	16,6	0,27	<0,05
	≥ 65	0	100	76,3	4,08	23,7	0,56	
Giới	Nam	0	100	76,8	4,51	23,2	0,52	<0,05
	Nữ	0	100	82,7	4,94	17,3	0,30	
OHI-S	0,1-3,0	0	100	94,5	5,41	5,5	0,07	<0,01
	3,1-6,0	0	100	71,1	4,13	28,9	0,82	
HbA1c (%)	≤ 7,5	0	100	83,8	4,90	16,2	0,32	<0,05
	>7,5	0	100	74,6	4,47	25,4	0,45	
Tổng số (n=400)		0	100	80,7	4,81	19,3	0,38	

Nhận xét:

- Có sự khác biệt đáng kể về tỷ lệ TN II và TN III giữa nhóm VSRM khá và tốt so với nhóm VSRM kém với $p < 0,01$.
- Nhóm nam giới, tuổi cao trên 65 và HbA1c kiểm soát kém có tỷ lệ TN II thấp hơn và TN III cao hơn so với nhóm nữ giới, tuổi dưới 65 và HbA1c kiểm soát tốt và khá. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

IV. BÀN LUẬN

1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

1.1. Đặc điểm về tuổi, giới

Đặc điểm chung của ĐTĐ tít 2 là thường khởi phát ở lứa tuổi trung niên. Tuy nhiên, trên thực tế ĐTĐ tít 2 thường không được chẩn đoán và điều trị ngay từ đầu, nhiều trường hợp chỉ được phát hiện ở giai đoạn muộn khi ĐTĐ đã có nhiều biến chứng [2]. Trong nghiên cứu này, nhóm tuổi trung niên từ 45-64 tuổi chiếm tỷ lệ cao với 69%; tuổi trung bình của đối tượng nghiên cứu là: $59,7 \pm 6,2$ tuổi. Như vậy, đối tượng trong nghiên cứu này thuộc nhóm người cao tuổi, tập trung chủ yếu là nhóm liền kề và nhóm đại diện cho người cao tuổi theo chuẩn phân loại của WHO [4].

Số lượng bệnh nhân nữ nhiều hơn nam và tỷ lệ nữ/nam bằng 1,8. Để lý giải điều này, một số tác giả cho rằng phụ nữ ở lứa tuổi trung niên có sự tích mỡ nhiều hơn nam giới - đây cũng là một yếu tố nguy cơ gây kháng insulin, dẫn đến ĐTĐ tít 2. Thêm vào đó, phụ nữ có tuổi thọ trung bình cao hơn nam giới, làm gia tăng nguy cơ mắc các bệnh liên quan tới tuổi tác, trong đó có ĐTĐ tít 2 [2].

1.2. Đặc điểm về thời gian phát hiện mắc ĐTĐ.

Trong nghiên cứu này, các bệnh nhân có thời gian phát hiện mắc ĐTĐ trung bình

là: $5,9 \pm 4,5$ năm, chứng tỏ đối tượng có thời gian phát hiện bệnh chưa lâu. Tuy nhiên, cần phải lưu ý rằng đó là thời gian phát hiện bệnh chứ không phải là thời gian thực tế khởi phát bệnh ĐTĐ tít 2. Trên thực tế khi tiến hành nghiên cứu, chúng tôi nhận thấy nhiều BN có thời gian phát hiện ĐTĐ tít 2 từ một năm trở xuống có mức kiểm soát glucose máu kém và cũng có nhiều các biến chứng vùng QR. Đây cũng có thể là một minh chứng cho sự nhận định ĐTĐ tít 2 thường không được chẩn đoán sớm và điều trị kịp thời [2].

1.3. Đặc điểm về chỉ số sinh hoá máu

Để đánh giá mức độ kiểm soát glucose máu, nghiên cứu này ghi nhận cả hai chỉ số là lượng glucose máu khi đói và HbA1c. Đối chiếu với tiêu chuẩn của WHO năm 2002, thì những bệnh nhân trong nghiên cứu này vẫn chưa được kiểm soát glucose máu tốt với trung bình glucose máu khi đói là $9,2 \pm 4,7$ mmol/l và trung bình HbA1c là $8,1 \pm 2,5\%$. Điều này cho thấy cần có các biện pháp hỗ trợ, các phác đồ điều trị thích hợp hơn nhằm khống chế mức glucose máu về gần hơn với các trị số bình thường, nhằm giảm thiểu các biến chứng do căn bệnh này gây nên.

Trên thực tế, glucose máu khi đói phụ thuộc vào rất nhiều yếu tố, chẳng hạn như sự tuân thủ nhin ăn trước xét nghiệm của bệnh nhân, tác dụng hạ glucose máu tức thời của thuốc, sự giao động glucose máu ở các ngày khác nhau... Ngược lại, nồng độ HbA1c tỷ lệ thuận với nồng độ đường glucose trong máu, nhưng không bị ảnh hưởng bởi các yếu tố chủ quan. Hiện nay HbA1c vẫn được coi là "tiêu chuẩn vàng" trong theo dõi đánh giá mức độ kiểm soát glucose máu ở người bệnh ĐTĐ [2]. Do vậy, chúng tôi thấy sử dụng chỉ số HbA1c để đánh giá mức độ kiểm soát glucose máu sẽ khách quan và chính xác hơn.

2. Nhu cầu điều trị quanh răng của đối tượng nghiên cứu

Nhu cầu điều trị QR ở đối tượng nghiên cứu là rất lớn. Bảng 3.1 cho thấy 100% bệnh nhân đều cần được điều trị QR, trong đó 80,7% cần được đồng thời hướng dẫn VSRM và lấy cao răng, còn lại 19,3% bệnh nhân cần được điều trị phức hợp.

Đây là một con số khiến chúng ta phải giật mình, nhu cầu điều trị QR lớn như vậy, nhưng trên thực tế số bệnh nhân được tiếp cận với các dịch vụ chăm sóc SKRM là rất hạn chế. Điều này cũng đồng nghĩa với sự mất kiểm soát các biến chứng răng miệng, với sự mất răng trong tương lai và với sự giảm chất lượng sống của các bệnh nhân ĐTD týp 2.

Bảng 3.2 cho thấy nhu cầu điều trị QR không liên quan tới thời gian phát hiện mắc đái tháo đường với $p > 0,05$. Ngược lại, bảng 3.3 lại cho thấy nhu cầu điều trị QR có liên quan đến các yếu tố như: tuổi, giới, VSRM và HbA1c.

Theo bảng 3.3 nhóm tuổi trên 65 có nhu cầu điều trị QR lớn hơn nhóm tuổi dưới 65, nam giới có nhu cầu điều trị quanh răng lớn hơn ở nữ giới với mức ý nghĩa thống kê $p < 0,05$. Để giải thích cho hiện tượng trên, các nhà khoa học cho rằng tuổi tác ảnh hưởng đến bệnh QR là do có sự tích lũy bệnh theo thời gian của đời người, có sự giảm sinh tế bào sợi, giảm tổng hợp collagen, sự lão hoá của tổ chức QR... dẫn đến tình trạng dễ mắc bệnh QR. Người ta cũng cho rằng nam giới kém VSRM và ít quan tâm sử dụng các dịch vụ CSSKRM hơn nữ giới, nam giới thường sử dụng các chất có hại cho sức khoẻ QR (rượu, bia, thuốc lá...) hơn nữ giới, do tác động bảo vệ mô QR của hóc môn sinh dục nữ... nên nam giới thường có bệnh QR nặng hơn ở nữ giới [5], [6].

VSRM có liên quan mật thiết với sức khoẻ QR. Bảng 3.3 cho thấy nhu cầu điều trị QR ở nhóm VSRM kém lớn hơn đáng kể so với nhóm VSRM tốt và khá với $p < 0,01$. Nhiều nghiên cứu đã chỉ ra lợi ích của việc giữ gìn VSRM trong việc dự phòng và điều trị bệnh QR. Các nhà khoa học cho rằng nếu duy trì được VSRM tốt trong thời gian dài thì bệnh QR không xuất hiện, đồng thời cũng nhấn mạnh vai trò của việc lấy cao răng và làm nhẵn mặt chân răng trong duy trì sức khoẻ QR. Tổ chức Y tế thế giới đã đưa ra khuyến cáo nên khám răng và lấy cao răng định kỳ mỗi 6 tháng một lần. Bệnh QR có thể được phòng ngừa và ngăn chặn bằng cách kiểm soát MBR và cao răng [7].

Từ kết quả nghiên cứu và những lập luận trên, chúng tôi cho rằng VSRM kém và thiếu hiểu biết cũng như sự quan tâm đúng mực tới giữ gìn VSRM là một yếu tố nguy cơ cho bệnh QR. VSRM kém làm trầm trọng hơn tình trạng bệnh QR của đối tượng nghiên cứu.

Bảng 3.3 cũng cho thấy HbA1c cũng có liên quan đến nhu cầu điều trị QR. Nhóm HbA1c kiểm soát kém có nhu cầu điều trị QR lớn hơn nhóm HbA1c kiểm soát tốt và khá với $p < 0,05$. Các nhà khoa học cho rằng ngoài các biến đổi chức năng bạch cầu trung tính, suy thoái mạch máu, thì nguyên nhân quan trọng nhất trong cơ chế bệnh sinh bệnh QR ở người mắc ĐTD týp 2 là sự hình thành các AGE và những hệ lụy mà nó mang lại. Mặt khác, chúng tôi muốn nhấn mạnh cơ chế máu chốt của sự hình thành AGE là do hiện tượng glucose máu tăng cao duy trì trong một thời gian dài, đây cũng là một đặc điểm của các bệnh nhân mắc ĐTD. Từ đó, có thể khẳng định rằng kiểm soát glucose máu ở người ĐTD týp 2 có ảnh hưởng trực tiếp hay nói cách khác đó chính là "yếu tố nguy cơ" quan trọng cho bệnh QR. Nhận định này của chúng tôi cũng chính là kết luận của nhiều tác giả khác khi nghiên cứu về bệnh QR trên người mắc ĐTD týp 2 [8], [9], [10].

V. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu bệnh QR ở 400 bệnh nhân ĐTĐ tít 2 tại khoa Răng Hàm Mặt Bệnh viện Bạch Mai, chúng tôi rút ra một số kết luận sau:

- 100% đối tượng nghiên cứu đều cần được điều trị QR. Trong đó: 100% cần được hướng dẫn VSRM; 80,7% cần được hướng dẫn VSRM và lấy cao răng; 19,3% cần được điều trị phức hợp.
- Thời gian phát hiện mắc ĐTĐ không liên quan tới nhu cầu điều trị QR.
- Nhu cầu điều trị quanh răng tăng cao ở nhóm tuổi trên 65, nam giới và HbA1c kiểm soát kém với mức ý nghĩa thống kê $p < 0,05$; VSRM kém cũng làm tăng nhu cầu điều trị QR với mức ý nghĩa thống kê $p < 0,01$.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Emrich LJ, Slossman M, Genco RJ (1991), "Periodontal disease in non-insulin-depenent diabete melitus", J Periodotol, 62: 123-30.
2. Tạ Văn Bình (2006), "Bệnh đái tháo đường-tăng glucose máu", Nhà xuất bản Y học, tr. 24-36.
3. Trần Văn Trường, Lâm Ngọc Ắn, Trịnh Đình Hải (2001), "Điều tra sức khỏe răng miệng toàn quốc".
4. World health organization (1997), "Oral health surveys-Basic methods", 4th edition, Geneva; 1-66.
5. Grossi SG, Genco RJ, Machtei EE, et al (1995), "Assessment of risk for periodontal disease. II. Risk indicators for alveolar bone loss", J Periodontol; 66: 23-9.
6. Sheiham A (1988), "The epidemiology, etiology, and public health aspects of periodontal disease, in Periodontics", The C.V. Mosby Company; 10: 216-51.
7. Carvalho LH, D'Avila GB, Leao A, Gonoalves C, Haffajee AD, Socransky SS, Feres M (2005), "Scaling and root planing, systemic metronidazole and professional plaque removal in the treatment of chronic periodontitis in a Brazilian population II-microbiological results", J Clin Periodontol; 32(4): 406-11.
8. Brownlee M (1994), "Glycation and diabetic complications", J Diabetes; 43: 836-841.
9. Genco R.J, Grossi SG, Ho A, Nishimura F, Murayama Y (2005), "A proposed model linking inflammation to obesity, diabetes, and periodontal infections", J Periodontol; 76: 2075-2084.
10. Lechleitner M, Herold M, Dzien-Bischinger C, Hoppichler F, Dzien A (2002), "Tumour necrosis factor-alpha plasma levels in elderly patients with type 2 diabetes mellitus-observations over 2 years", Diabetes Medicine; 19: 949-953.