ĐÁNH GIÁ SỰ THAY ĐỔI MỘT SỐ CHỈ SỐ QUANH RĂNG SAU ĐIỀU TRỊ KHỞI ĐẦU BỆNH QUANH RĂNG Ở BỆNH NHÂN ĐÁI THÁO ĐƯỜNG TÝP 2

NGUYỄN XUÂN THỰC[1]

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá sự thay đổi một số chỉ số quanh răng sau điều trị khởi đầu bệnh quanh răng ở bệnh nhân đái tháo đường týp 2.

Đối tượng và Phương pháp: Áp dụng phương pháp nghiên cứu can thiệp lâm sàng không đối chứng tự so sánh trước sau ở 30 bệnh nhân mắc ĐTĐ týp 2 theo tiêu chuẩn của IDF 2005 có chỉ số CPI2 hoặc CPI3 tại khoa Răng Hàm Mặt Bệnh viện Bạch Mai từ 2/2012 đến 8/2012. Các bệnh nhân được tiến hành điều trị khởi đầu bệnh quanh răng, sau đó theo dõi và đánh giá kết quả sau 3 tháng với các chỉ số nghiên cứu gồm; OHIS, GI và CPITN.

Kết quả: Tỷ lệ VSRM kém giảm mạnh từ 73,3% xuống 0%; tỷ lệ VSRM tốt từ 0% tăng lên 46,7%; TB chỉ số OHIS từ 4,3±1,2 giảm xuống 1,3±0,6; sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với p<0,001. Tỷ lệ viêm lợi trung bình và viêm lợi nặng đều giảm mạnh; TB chỉ số GI từ 1,5±0,4 giảm xuống còn 0,7±0,2; sự khác biệt có ý nghĩa với p<0,01. Tỷ lệ CPI-1 tăng từ 0% lên 23,3%; tỷ lệ CPI-3 giảm từ 56,7% xuống còn 16,7%; sự khác biệt có ý nghĩa vói p<0,01. Trung bình mỗi BN tăng từ 0 vùng lên 4 vùng lục phân CPI-0 và CPI-1; TB vùng lục phân CPI-3 giảm từ 1,6 vùng còn 0,1 vùng.

Kết luận: Điều trị khởi đầu bệnh quanh răng ở các bệnh nhân ĐTĐ týp 2 giúp cải thiện đáng kể một số chỉ số quanh răng như OHIS, GI và CPITN với mức ý nghĩa thống kê p<0,01.

Từ khóa: điều trị khởi đầu bệnh quanh răng, đái tháo đường typ 2, vệ sinh răng miệng, viêm lợi.

SUMMARY

EVALUATE THE CHANGE OF SOME PERIODONTAL INDEXES AFTER INITIAL PERIODONTAL THERAPY IN TYPE 2 DIABETIC PATIENTS

Objectives: to evaluate the change of some periodontal indexes after initial periodontal therapy in patients with type 2 diabetes mellitus.

1. Bệnh viện Bạch Mai

Phản biện khoa học: TS. Nguyễn Đức Thắng

Scanned with CamScanner

Subjects and Methods: Using an uncontrolled clinical intervention, compared before and after, in treatment of 30 type 2 diabetic patients with CPI2 or CPI3 at the department of OdontoStomatology Bachmai hospital from 2/2012 to 8/2012. The patients were treated with initial periodontal therapy, followed up and evaluated by some indexes such as OHIS, GI and CPITN.

Results: The proportion of poor oral hygiene significantly reduced from 73.3% to 0%; the ratio of good oral hygiene increased from 0% to 46.7%; the mean of OHIS fell from 4.3±1.2 to 1.3±0.6; the differences were statistically significant at p<0.001. The rates of moderate and severe gingivitis were both significantly reduced; the mean of GI fell from 1.5±0.4 to 0.7±0.2; the differences were statistically significant at p<0.01. The ratio of CPI1 increased from 0% to 23.3%; the ratio of CPI3 decreased from 56.7% to 16.7%; the differences were statistically significant at p<0.01. Each patient increased from 0 to 4 sextant CPI0 and CPI1; the mean of sextant CPI3 decreased from 1.6 to 0.1.

Conclusions: Initial periodontal therapy in patients with type 2 diabetes mellitus significantly improved periodontal indexes such as OHIS, GI and CPITN with statistical level p<0.01.

Key words: Initial periodontal therapy, type 2 diabetes mellitus, oral hygiene, gingivitis.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Năm 2008, trong một hội thảo khoa học ở Dasman-trung tâm nghiên cứu và điều trị ĐTĐ của Kuwait, lần đầu tiên đã thống nhất được quan điểm chung giữa các chuyên gia hàng đầu của hiệp hội ĐTĐ quốc tế (IDF) và hiệp hội nha khoa quốc tế (FDI) cho rằng ĐTĐ và bệnh QR có mối tương quan sinh học với nhau [1].

Việc phát hiện ĐTĐ và bệnh QR có mối tương quan sinh học với nhau đã làm thay đổi quan niệm cũ về sinh bệnh học bệnh QR. Các hướng nghiên cứu mới tập chung vào việc xác định các yếu tố nguy cơ của bệnh QR, đồng thời công tác dự phòng và điều trị cũng có nhiều thay đổi khi đã chú trọng hơn tới việc khống chế và loại bỏ các yếu tố nguy cơ có khả năng ảnh hưởng tới sự nhạy cảm của cơ thể trước sự tấn công của các mầm bệnh QR.

Can thiệp bệnh QR trên bệnh nhân ĐTĐ týp 2 đã được nhiều tác giả nước ngoài quan tâm nghiên cứu. Tuy nhiên, kết quả của các nghiên cứu này cũng không thống nhất. Một số nghiên cứu cho rằng can thiệp bệnh QR ở người ĐTĐ týp 2 chỉ có tác dụng đơn thuần là cải thiện sức khoẻ quanh răng (SKQR) [2]. Ngược lại, một số nghiên cứu khác đã chứng minh rằng: can thiệp tích cực bệnh QR ở bệnh nhân ĐTĐ týp 2 còn góp phần giúp cải thiện tốt kiểm soát glucose máu ở đối tượng này [3], [4].

Ở Việt Nam hiện nay chưa có nhiều nghiên cứu can thiệp bệnh QR ở bệnh nhân ĐTĐ týp 2. Xuất phát từ thực tế trên, nghiên cứu này được tiến hành nhằm đạt được các mục tiêu: "Đánh giá sự thay đổi một số chỉ số quanh răng sau điều trị khởi đầu bệnh quanh răng ở bệnh nhân đái tháo đường týp 2".

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu

1.1. Địa điểm và thời gian nghiên cứu

- Nghiên cứu được thực hiện tại khoa Răng Hàm Mặt Bệnh viện Bạch Mai.
- Nghiên cứu được tiến hành trên các đối tượng có bệnh QR và được chẩn đoán mắc ĐTĐ týp 2 theo tiêu chuẩn chẩn đoán của IDF năm 2005 [5]. Các bệnh nhân hội đủ tiêu chuẩn được can thiệp, theo dõi và đánh giá kết quả từ tháng 2 năm 2012 đến tháng 8 năm 2012.

Scanned with CamScanner

1.2. Tiêu chuẩn lựa chọn

- Có bệnh QR với mã CPI cao nhất là CPI-2 và CPI-3.
- Được chẩn đoán mắc ĐTĐ týp 2 theo IDF-2005.
- Có ít nhất 4 vùng lục phân còn chức năng.
- Tự nguyện tham gia nghiên cứu.
- Có điều kiện tái khám và kiểm tra định kỳ theo yêu cầu của nghiên cứu.
- Hiện tại không mắc các bệnh nội khoa nặng khác mà không thể tự chăm sóc được bản thân.

1.3. Tiêu chuẩn loại trừ

- Những bệnh nhân không hợp tác nghiên cứu.
- Những bệnh nhân không còn đủ ít nhất 4 vùng lục phân còn chức năng.
- Những bệnh nhân có CPI-0, CPI-1 hoặc CPI-4.

1.4. Cỡ mẫu

Căn cứ vào các tiêu chuẩn lựa trọn và loại trừ, 30 bệnh nhân đủ tiêu chuẩn đã được mời tham gia vào nghiên cứu.

2. Phương pháp nghiên cứu

2.1. Thiết kế nghiên cứu

Sử dụng phương pháp nghiên cứu can thiệp lâm sàng không đối chứng, tự so sánh trước sau.

2.2. Tiến hành nghiên cứu

- Tất cả các bệnh nhân nghiên cứu vẫn được theo dõi và điều trị ĐTĐ thường qui tại Khoa Khám bệnh Bệnh viện Bạch Mai.
- Các bệnh nhân này được tiến hành nghiên cứu theo các bước sau:
  + Bước 1: Hoàn thành thủ tục hành chính.
  + Bước 2: Tư vấn sức khoẻ QR và hướng dẫn VSRM.
  + Bước 3: Lấy cao răng và làm nhẵn mặt chân răng.
  + Bước 4: Sửa lại các sai sót trong điều trị và nhổ răng có chỉ định.
  + Bước 5: Kê đơn thuốc kháng sinh và hẹn tái khám sau 3 tháng.
  + Bước 6: Theo dõi và đánh giá kết quả.
- Ở lần tái khám sau 3 tháng, các BN sẽ được tiến hành khám răng miệng toàn diện để ghi nhận các chỉ số quanh răng sau can thiệp để so sánh với chỉ số trước can thiệp như:
  + Chỉ số vệ sinh răng miệng đơn giản (OHIS).
  + Chỉ số lợi (GI).
  + Chỉ số nhu cầu điều trị quanh răng cộng đồng (CPITN).

2.3. 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 $p \leq 0.01$.

2.4. Khía cạnh đạo đức của đề tài

- Tất cả các đối tượng đều tự nguyện tham gia nghiên cứu.
- Các bệnh nhân đều được tư vấn VSRM và tiến hành điều trị khởi đầu bệnh QR- là liệu pháp điều trị căn bản nhất trong điều trị bệnh QR, trong khi vẫn được tiến hành điều trị ĐTĐ như thường qui tại bệnh viện.
- 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

Scanned with CamScanner

bệnh QR, đặc biệt là bệnh QR ở người ĐTĐ týp 2 đạt kết quả tốt hơn, góp phần nâng cao chất lượng sống cho các bệnh nhân ĐTĐ týp 2.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

- Tuổi thấp nhất là 45; cao nhất là 68. Tuổi trung bình là: 57,6±5,1 (tuổi); Tập trung đông nhất là nhóm tuổi từ 45-64 với tỷ lệ 76,7%.
- Nam chiếm tỷ lệ 20,0%, nữ chiếm tỷ lệ 80,0%. Tỷ lệ nữ cao hơn nam. Tỷ lệ nữ/nam=4
- Thời gian phát hiện mắc ĐTĐ trong vòng 5 năm chiếm tỷ lệ cao nhất là 53,3%. Tỷ lệ phát hiện mắc ĐTĐ trên 10 năm chỉ chiếm 16,7%. Trung bình thời gian phát hiện mắc ĐTĐ là: 6,1±3,3 (năm).
- Theo tiêu chuẩn của WHO năm 2002, tỷ lệ xét nghiệm glucose máu lúc đói và HbA1c xếp loại kém lần lượt là 43,3% và 36,7%. Trung bình glucose máu lúc đói là: 8,4±4,1 (mmol/l); Trung bình HbA1c là: 7,2±1,6 (%).

2. Sự cải thiện một số chỉ số quanh răng sau can thiệp

2.1. Sự cải thiện chỉ số OHIS

Bảng 3.1. Tình trạng VSRM qua chỉ số OHIS trước và sau can thiệp

	N	VSRM tốt (OHIS từ 0,1-1,2)		VSRM T.B (OHIS từ 1,3-3,0)		VSRM kém (OHIS từ 3,1-6,0)	
		n	%	n	%	n	%
Trước CT	30	0	0	8	26,7	22	73,3
Sau CT	30	14	46,7	16	53,3	0	0
P		<0,001					

Nhận xét:

- Trước can thiệp, VSRM kém chiếm tỷ lệ rất cao tới 73,3%, đồng thời không có tỷ lệ VSRM tốt.
- Sau can thiệp, không còn tỷ lệ VSRM kém, tỷ lệ VSRM tốt tăng đáng kể với 46,7%.
- Can thiệp giúp cải thiện đáng kể tình trạng VSRM của đối tượng nghiên cứu. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với p<0,001.

Bảng 3.2 Trung bình chỉ số OHIS trước và sau can thiệp

Thời điểm	n	TB chỉ số OHIS
Trước can thiệp	30	4,3±1,2
Sau can thiệp	30	1,3±0,6
p		<0,001

Nhận xét:

- Trung bình chỉ số OHIS giảm mạnh sau can thiệp.
- Sự khác biệt về trung bình chỉ số OHIS của đối tượng nghiên cứu ở thời điểm trước và sau can thiệp có ý nghĩa thống kê với p<0,001.

Scanned with CamScanner

2.2. Sự cải thiện chỉ số GI

Bảng 3.3 Tình trạng lợi theo chỉ số GI trước và sau can thiệp

Thời điểm	N	Viêm nhẹ (GI từ 0,1-0,9)		Viêm T.B (GI từ 1,0-1,9)		Viêm nặng (GI từ 2,0-3,0)	
		n	%	n	%	n	%
Trước CT	30	6	20,0	20	66,7	4	13,3
Sau CT	30	22	73,3	8	26,7	0	0
P		<0,001					

Nhận xét:

- Trước can thiệp, tỷ lệ viêm lợi trung bình và nặng khá cao chiếm tới 80% trong đó tỷ lệ viêm lợi nặng là 13,3%.
- Sau can thiệp, không còn tỷ lệ viêm lợi nặng.
- Tình trạng lợi theo chỉ số GI được cải thiện đáng kể sau can thiệp. Sự khác biệt về tình trạng lợi sau can thiệp có ý nghĩa thống kê với p<0,001.

Bảng 3.4. Trung bình chỉ số GI trước và sau can thiệp

Thời điểm	n	Trung bình chỉ số GI
Trước can thiệp	30	1,5±0,4
Sau can thiệp	30	0,7±0,2
p		<0,01

Nhận xét:

- Trung bình chỉ số GI giảm đáng kể sau can thiệp.
- Trung bình chỉ số GI của đối tượng nghiên cứu ở thời điểm trước và sau can thiệp có sự khác biệt với mức ý nghĩa thống kê p<0,01.

2.3. Sự cải thiện chỉ số CPITN

Bảng 3.5. Tình trạng QR qua chỉ số CPITN trước và sau can thiệp

Thời điểm	N	CPI-1		CPI-2		CPI-3		CPI-4	
		n	%	n	%	n	%	n	%
Trước CT	30	0	0	13	43,3	17	56,7	0	0
Sau CT	30	7	23,3	18	60,0	5	16,7	0	0
p		<0,01							

Nhận xét:

- Trước can thiệp, tỷ lệ CPI-3 cao chiếm tới 56,7%.
- Sau can thiệp, tỷ lệ CPI-3 giảm mạnh xuống còn 16,7% và không xuất hiện tỷ lệ CPI-4.
- Sự khác biệt về tình trạng QR qua chỉ số CPITN ở thời điểm trước và sau can thiệp có ý nghĩa thống kê với p<0,01.

Scanned with CamScanner

Bảng 3.6 Số vùng lục phân lành mạnh, có bệnh QR trước và sau can thiệp

Thời điểm	n	CPI-0		CPI-1		CPI-2		CPI-3		CPI-4		CPI X (Mất R)	
		T.số vùng	TB	T.số vùng	TB	T.số vùng	TB	T.số vùng	TB	T.số vùng	TB	T.số vùng	TB
Trước CT	30	0	0	6	0,2	123	4,1	48	1,6	0	0	3	0,1
Sau CT	30	24	0,8	99	3,3	51	1,7	3	0,1	0	0	3	0,1

Nhận xét:

- Trước can thiệp, tổng số vùng lục phân CPI-0 và CPI-1 rất ít.
- Sau can thiệp, số lượng vùng lục phân CPI-0 và CPI-1 đã tăng lên đáng kể; Đồng thời số vùng lục phân CPI-3 cũng giảm đáng kể (chỉ còn 3 vùng) và không xuất hiện vùng lục phân CPI-4.

IV. BÀN LUẬN

1. Sự cải thiện chỉ số OHIS

OHIS-chỉ số VSRM đơn giản là tổng của chỉ số cao răng (CIS) và chỉ số cặn bám (DIS). Trước can thiệp, trung bình chỉ số OHIS của đối tượng nghiên cứu là 4,3±1,2. Điều này cho thấy hầu hết đối tượng đều có VSRM kém. Tuy nhiên, sau điều trị khởi đầu bệnh QR, tình trạng VSRM đã được cải thiện đáng kể. Bảng 3.1 và 3.2 cho thấy sau can thiệp không còn tỷ lệ VSRM kém, trung bình chỉ số OHIS giảm mạnh từ 4,3±1,2 xuống còn 1,3±0,6.

Từ kết quả trên, có thể thấy rằng can thiệp có hiệu quả rất lớn trong việc nâng cao VSRM, ngoài việc tư vấn hướng dẫn các phương pháp VSRM khoa học thì việc lấy cao răng và làm nhẵn mặt chân răng định kỳ mỗi 3-6 tháng một lần đóng vai trò tiên quyết [6], [7].

Ở đây, nghiên cứu cũng thấy nổi lên một vấn đề là các bệnh nhân ĐTĐ týp 2 có VSRM kém thường do các nguyên nhân như: lơ là việc chăm sóc bản thân, không biết được tầm quan trọng và mối liên quan giữa SKRM với sức khoẻ toàn thân, không biết cách VSRM khoa học, không có thói quen khám và kiểm tra răng miệng định kỳ. Chính vì vậy, việc tuyên truyền giáo dục nha khoa để tăng cường VSRM, nâng cao SKRM cho người ĐTĐ týp 2 cần phải được tiến hành sâu rộng và thường xuyên mới mong có được những kết quả khả quan, bởi lẽ cần phải giúp họ không chỉ thay đổi nhận thức mà còn thay đổi cả hành vi nữa.

2. Sự cải thiện chỉ số GI

GI là chỉ số lợi, nhằm phản ánh mức độ viêm lợi trên lâm sàng, dựa trên cơ sở màu sắc, trương lực và chảy máu khi thăm dò. Sự cải thiện chỉ số GI sau can thiệp được phản ánh sinh động qua bảng 3.3 và 3.4.

Qua bảng 3.3, sau can thiệp không còn tỷ lệ viêm lợi nặng, đồng thời tỷ lệ viêm lợi trung bình giảm mạnh. Sự khác biệt về tình trạng lợi giữa hai nhóm sau can thiệp có ý nghĩa thống kê với p<0,001. Bảng 3.4 cho thấy trung bình chỉ số GI cũng giảm đáng kể sau can thiệp (1,5±0,4 giảm xuống 0,7±0,2).

Viêm lợi là biểu hiện đầu tiên và bao giờ cũng có trong bệnh QR. Nhiều nghiên cứu đã chỉ ra rằng VSRM có liên quan mật thiết với bệnh QR, cải thiện VSRM sẽ giúp cải thiện đáng kể sức khoẻ QR [6], [7]. [8]. Trong nghiên cứu này, đối tượng nghiên cứu đã

Scanned with CamScanner

được điều trị khởi đầu bệnh QR, VSRM đã được cải thiện đáng kể nên chỉ số lợi cũng tốt lên là điều dễ lý giải. Mặt khác, ngoài VSRM được tăng cường bởi bệnh nhân được tư vấn các cách VSRM khoa học, được can thiệp lấy cao răng và làm nhăn mặt chân răng, thì việc được sử dụng kháng sinh phù hợp, nhằm làm giảm tối đa các mầm bệnh quanh răng, cũng là nhân tố quan trọng giúp cho tình trạng lợi được cải thiện theo chiều hướng tích cực.

3. Sự cải thiện chỉ số CPITN

Chỉ số CPITN do Ainamo đề xuất năm 1982, đã WHO công nhận và áp dụng trên toàn thế giới, nhằm mục đích khám phát hiện và hướng dẫn cá thể hoặc nhóm về nhu cầu điều trị QR. Chỉ số này gồm có hai cách đánh giá: chỉ số quanh răng cộng đồng (CPI: Community Periodontal Index) và nhu cầu điều trị (TN: Treatment Need).

Nghiên cứu này cho thấy, ngoài sự cải thiện chỉ số GI thì chỉ số CPITN cũng được cải thiện đáng kể sau can thiệp. Bảng 3.5 cho thấy trước can thiệp tỷ lệ CPI-3 là 56,7%, không có tỷ lệ CPI-0 và CPI-1. Tuy nhiên, sau can thiệp tỷ lệ CPI-1 đạt 23,3%; đồng thời tỷ lệ CPI-3 giảm xuống còn 16,7%.

So sánh kết quả này với một số nghiên cứu can thiệp bệnh QR ở nhóm người bình thường, trong cùng độ tuổi so sánh, thấy không có sự khác biệt. Tác giả Bùi Văn Hân (1990) cho rằng lấy cao răng và hướng dẫn VSRM có tác dụng làm giảm tỷ lệ CPI-2 và CPI-3, kết quả đạt yêu cầu duy trì được tới sau tháng thứ 3. Tác giả Phạm Văn Việt (2003) kết luận sau can thiệp, tỷ lệ người có vùng quang răng lành mạnh (CPI-0) tăng lên rõ rệt so với nhóm chứng với $p<0,01$; giảm tỷ lệ đối tượng có túi lợi nông (CPI-3) xuống 68,96% và giảm tỷ lệ có cao răng (CPI-2) xuống 39,58% [9]. Kết quả so sánh này là khá ngoạn mục, nó không chỉ chứng minh cho quan điểm điều trị khởi đầu là bước điều trị căn bản nhất trong điều trị bệnh QR, mà còn chứng minh can thiệp bệnh QR ở người ĐTĐ týp 2 cũng đạt được kết quả tương tự như ở người không mắc ĐTĐ.

Phân tích sâu hơn, điều trị khởi đầu cũng làm giảm đáng kể mức độ lan rộng của bệnh QR. Bảng 3.6 cho thấy trước can thiệp số trung bình vùng lục phân lành mạnh (CPI-0) và vùng lục phân không có cao răng (CPI-1) rất thấp. Tuy nhiên sau can thiệp, trung bình mỗi bệnh nhân có gần 1 vùng lục phân CPI-0 (từ 0 vùng tăng lên 0,8 vùng), có hơn 3 vùng lục phân CPI-1 (từ 0,2 vùng tăng lên 3,3 vùng). Trung bình vùng lục phân CPI-2 và CPI-3 cũng giảm mạnh. Sau can thiệp, trung bình mỗi bệnh nhân có gần 2 vùng lục phân CPI-2 (từ 4,1 vùng giảm xuống còn 2,7 vùng), trung bình vùng lục phân CPI-3 gần như không có (giảm từ 1,6 vùng còn 0,1 vùng), đồng thời không xuất hiện vùng lục phân CPI-4.

Như vậy sau can thiệp, mặc dầu không có bệnh nhân nào có mã số CPI-0 (lợi hoàn toàn lành mạnh)và CPI-1 (chảy máu lợi đơn thuần) chỉ chiếm 23,3%; nhưng xét về trung bình vùng lục phân thì sau can thiệp bình quân mỗi bệnh nhân tới 4 vùng có CPI-0 và CPI-1 và có gần 2 vùng CPI-2 (1,7 vùng), số trung bình vùng lục phân CPI-3 giảm rất mạnh và gần như bằng 0 (từ 1,6 vùng giảm xuống 0,1 vùng). Với thời gian tái khám sau 3 tháng mà trung bình vùng lục phân có cao răng (CPI-2) vẫn xấp xỉ 2 vùng chứng tỏ cao răng tái tạo khá nhanh, chủ yếu ở vùng răng hàm và răng cửa dưới. Đây cũng là một đặc điểm cần lưu ý để có những khuyến cáo và dặn dò bệnh nhân tái khám với thời gian phù hợp. Mặt khác, nghiên cứu cũng cho thấy lấy cao răng và làm nhẵn mặt chân răng có tác dụng tốt trong việc tái tạo và hình thành bám dính mới. Trung bình vùng lục phân có túi nông (CPI-3) cũng vì thế mà giảm đi đáng kể.

Scanned with CamScanner

V. KẾT LUẬN

Sau khi nghiên cứu can thiệp quanh răng trên 30 bệnh nhân mắc ĐTĐ týp 2 tại khoa Răng Hàm Mặt Bệnh viện Bạch Mai, chúng tôi rút ra kết luận sau:

Điều trị khởi đầu bệnh quanh răng ở các bệnh nhân ĐTĐ týp 2 giúp cải thiện đáng kể một số chỉ số quanh răng như OHIS, GI và CPITN với mức ý nghĩa thống kê p<0,01.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. International Diabetes Federation (2009), "Guideline on oral health for people with diabetes", B-1170 Brussels-Belgium.
2. Ainamo JA, Seppala B (1994), "site-by-site follow-up study on the effect of controlled versus poorly controlled insulin-dependent diabetes mellitus", J Periodontol; 21(3): 161-5.
3. Iwamoto Y, Nishimura F, Nakagawa M, Sugimoto H, Shikata K, Makino H, et al (2001), "The effect of antimicrobial periodontal treatment on circulating tumor necrosis factor-alpha and glycated hemoglobin level in patients with type 2 diabetes", J Periodontol; 72: 774-778.
4. 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.
5. Tạ Văn Bình (2006), "Bệnh đái tháo đường-tăng glucose máu", Nhà xuất bản Y học, tr. 24-36.
6. Brochut PF, Marin I, Baehni P, Mombelli A (2005), "Predictive value of clinical and microbiological parameters for the treatment outcome of scaling and root planing", J Clin Periodontol; 32(7): 695-701.
7. Cugini MA, Haffajee AD, Smith C, Kent RL Jr, Socransky SS (2000), "The effect of scaling and root planing on the clinical and microbiological parameters of periodontal diseases: 12-month results", J Clin Periodontol; 27(1): 30-6.
8. Santos VR, Lima JA, De Mendonõa AC, Braz Maximo MB, Faveri M, Duarte PM (2009), "Effectiveness of full-mouth and partial-mouth scaling and root planing in treating chronic periodontitis in subjects with type 2 diabetes", J Periodontol; 80(8): 1237-45.
9. Phạm Văn Việt (2004), "Nghiên cứu tình trạng, nhu cầu chăm sóc sức khoẻ răng miệng và đánh giá kết quả hai năm thực hiện nội dung chăm sóc răng miệng ban đầu ở người cao tuổi tại Hà Nội", Luận án Tiến sĩ Y học, Trường Đại học Y Hà Nội.

Scanned with CamScanner