

BÁO CÁO CỦA HỘI NHA CHU HOA KỲ VỀ VIỆC CẬP NHẬT PHÂN LOẠI BỆNH VÙNG QUANH RĂNG NĂM 1999

NGUYỄN THỊ HỒNG MINH¹, NGÔ THÙY LINH²

Dịch từ nguyên bản tiếng Anh:

*"AMERICAN ACADEMY OF PERIODONTOLOGY TASK FORCE REPORT ON THE UPDATE
TO THE 1999 CLASSIFICATION OF PERIODONTAL DISEASES AND CONDITIONS"*

J. Periodontol, July 2014

Viện hàn lâm Nha chu Hoa Kỳ (AAP) định kỳ công bố các báo cáo, tuyên bố và hướng dẫn nhiều chủ đề liên quan đến nha chu. Các bài báo này được phát triển bởi một ủy ban các chuyên gia được chỉ định và tài liệu sẽ được Ban quản trị của AAP xem xét và phê duyệt.

The American Academy of Periodontology (AAP) periodically publishes reports, statements and guidelines on a variety of topics relevant to periodontics. These papers are developed by appointed committee of experts and the documents are reviewed and approved by the AAP Board of Trustees.

Năm 2014, Ban quản trị của AAP đã yêu cầu một nhóm chuyên gia xây dựng một bản g
thích lâm sàng về phân loại bệnh và tình trạng bệnh quanh răng năm 1999 để giải quyết các m
quan tâm của cộng đồng giáo dục, Ủy ban Nha chu Hoa Kỳ và cộng đồng hành nghề bởi ph
loại hiện tại cho thấy những khó khăn trong việc giảng dạy cho sinh viên nha khoa và thực hi
trong thực hành lâm sàng.

Viện hàn lâm thông báo bản cập nhật cho phân loại 1999 sẽ bắt đầu được áp dụng năm 201
Bản cập nhật tập trung giải quyết 3 vấn đề cụ thể có liên quan đến phân loại hiện tại: mức b
dính, viêm quanh răng mạn tính và viêm quanh răng tiến triển, viêm quanh răng thể toàn bộ
viêm quanh răng thể khu trú.

SỬ DỤNG MỨC BÁM DÍNH TRONG CHẨN ĐOÁN BỆNH VIÊM QUANH RĂNG

Trong Hội thảo quốc tế về phân loại bệnh và tình trạng bệnh quanh răng năm 1999, các
giả của báo cáo đồng thuận về bệnh viêm quanh răng mạn tính đã nói bệnh viêm quanh r
mạn tính là "một bệnh nhiễm trùng dẫn đến sự viêm nhiễm trong mô nâng đỡ của răng, làm t
mất bám dính và mất xương. Nó đặc trưng bởi sự hình thành túi nha chu và/hoặc cơ lợi". Ng
ra, báo cáo đồng thuận còn cho rằng bệnh viêm quanh răng có thể được mô tả thêm bởi ph

1. TS.- Trưởng khoa Nha Chu - Bệnh viện Răng Hàm Mặt Trung ương Hà Nội

2. BS.- Khoa Nha chu Bệnh viện Răng Hàm Mặt Trung Ương

Phản biện khoa học: PGS.TS. Đỗ Quang Trung

vi và mức độ trầm trọng: "Như một hướng dẫn chung, mức độ trầm trọng có thể được phân loại dựa trên mức mất bám dính lâm sàng (CAL) như sau: CAL từ 1-3mm là nhẹ, từ 3-4mm là trung bình và từ 5mm trở lên là nặng". Nhiều nghiên cứu quan trọng từ năm 1999 đã sử dụng các thông số tương tự để xác định bệnh viêm quanh răng. Ví dụ, các nghiên cứu dịch tễ học gần đây chỉ ra tỷ lệ lưu hành bệnh viêm quanh răng ở Mỹ cũng sử dụng các thông số mất bám dính để xác định các mức độ trầm trọng khác nhau của bệnh quanh răng. CAL được công nhận là có tầm quan trọng cho tiến bộ khoa học về những hiểu biết về bệnh quanh răng. Tuy nhiên, trong thực hành lâm sàng, việc đo đạc CAL gặp nhiều khó khăn và tốn thời gian. Xác định vị trí của đường nối men-cement (CEJ) khi đường viền lợi ở về phía thân răng so với CEJ là việc khó khăn và có thể liên quan đến việc phỏng đoán khi CEJ không dễ dàng cảm nhận bằng cảm giác xúc giác. Những vấn đề này có thể dẫn đến việc kiểm tra được thực hiện, thay vì vẽ biểu đồ mức độ mất bám dính ở tất cả các vị trí, các nhà lâm sàng có thể lập biểu đồ các độ sâu thăm khám đơn lẻ hoặc độ sâu thăm khám với một răng tụt lợi được đo ở giữa mặt ngoài hoặc mặt trong và chỉ khi thực sự có tụt lợi. Một lỗi phổ biến khác là viền lợi được đo là "0mm" khi thực tế đường viền lợi không ở ngay mức CEJ dẫn đến mức bám dính được ghi lại không chính xác như độ sâu thăm khám.

Việc chẩn đoán bệnh viêm quanh răng được dựa trên nhiều thông số lâm sàng và X-quang, không nhất thiết là phải đầy đủ tất cả thông số đó. Nhìn chung, một bệnh nhân có thể bị viêm quanh răng khi một hoặc nhiều vị trí bị viêm (chảy máu khi thăm khám (BOP), mất xương trên phim X-quang và tăng độ sâu thăm khám hoặc mất bám dính lâm sàng. Bảng 1 tóm tắt các hướng dẫn được khuyến cáo để xác định mức độ trầm trọng của bệnh quanh răng ở bệnh nhân.

Những bệnh nhân bị tụt lợi hoặc bệnh nhân sau khi điều trị tích cực và điều trị duy trì cho vùng quanh răng có thể có mức bám dính, chiều sâu thăm khám $\leq 3\text{mm}$ và không có dấu hiệu viêm nhiễm trên lâm sàng. Bệnh nhân này có thể được chẩn đoán là mô nha chu khỏe mạnh nhưng bị sụt giảm. Nếu có viêm nhiễm trên bệnh nhân có mất bám dính, tụt lợi và độ sâu thăm khám $\leq 3\text{mm}$ thì nên chẩn đoán là sụt giảm mô nha chu có viêm nhiễm (viêm lợi). Tuy nhiên, khi độ sâu thăm khám $> 3\text{mm}$ và có viêm nhiễm ở bệnh nhân thì nên chẩn đoán là viêm quanh răng với mức độ trầm trọng được hướng dẫn ở bảng 1.

VIÊM QUANH RĂNG MẠN TÍNH SO VỚI VIÊM QUANH RĂNG TIẾN TRIỂN

Năm 1999 Armitage đã tóm tắt lại các lý do để đưa ra các thuật ngữ chẩn đoán "viêm quanh răng mạn tính" và "viêm quanh răng tiến triển" là danh pháp được khuyến cáo dùng cho 2 dạng chính của bệnh quanh răng phá hủy. Bài tổng kết cũng công nhận cả viêm quanh răng mạn tính và tiến triển đều có những tên gọi chung, mỗi loại lại bao gồm một đặc điểm khác nhau của bệnh phá hủy. Viêm quanh răng mạn tính được đề nghị như là mô tả của thể bệnh tiến triển chậm, phổ biến (thay thế cho "viêm quanh răng ở người lớn"). Trong khi Armitage và các thành viên tham dự hội thảo ghi nhận rằng viêm quanh răng mạn tính có thể đặc trưng bởi sự phá hủy nhanh trong khoảng thời gian ngắn trên các bệnh nhân, họ cũng bác bỏ quan niệm là tỷ lệ tiến triển bệnh nên được dùng để loại trừ những bệnh nhân đã được chẩn đoán là viêm quanh răng mạn tính. Tương tự như vậy, họ cũng loại bỏ các giới hạn và tiêu chuẩn phụ thuộc tuổi tác để phân biệt giữa viêm quanh răng mạn tính và tiến triển. Hai báo cáo đồng thuận đi kèm được xuất bản như là một phần những bản lưu của hội thảo, đã nỗ lực hơn trong việc xác định những đặc điểm chính và thứ yếu của viêm quanh răng mạn tính so với dạng tiến triển.

Sau khi xem xét những biên bản ban đầu của hội thảo năm 1999 và tài liệu cập nhật được xuất bản về chẩn đoán bệnh nha chu (định nghĩa các ca bệnh), dịch tễ học và các dấu hiệu chẩn đoán, nhóm chuyên gia khẳng định việc sử dụng các thuật ngữ "viêm quanh răng mạn tính" và "viêm quanh răng tiến triển" như là những thực thể lâm sàng riêng biệt, khác biệt, cả 2 đều có những dấu hiệu của bệnh quanh răng phá hủy và viêm nhiễm.

Đối với viêm quanh răng tiến triển, nhóm chuyên gia khuyến cáo rằng độ tuổi khởi phát (phát hiện ra bệnh) được coi là một chỉ dẫn chung để phân biệt những bệnh nhân trong phân loại chẩn đoán rộng rãi và có nguy cơ cao này. Theo một đánh giá gần đây của Albandar, nhóm chuyên gia khuyến cáo rằng những bệnh nhân khởi phát bệnh ở độ tuổi dưới 25 thường có kèm theo những dấu hiệu hoặc tiêu chuẩn khác để hỗ trợ chẩn đoán viêm quanh răng tiến triển. Nhóm chuyên gia hơn nữa còn công nhận là viêm quanh răng tiến triển có thể khu trú và toàn bộ (tiểu loại). Theo đó, có những bệnh nhân trẻ (điển hình là ở tuổi dậy thì) có mô nha chu bị phá hủy theo kiểu đặc trưng của răng bị ảnh hưởng (chủ yếu là các răng hàm lớn thứ nhất và răng cửa) và có thể được phân loại cụ thể hơn là viêm quanh răng tiến triển thể khu trú. Trong khi đó, có những cá nhân trẻ tuổi khác có biểu hiện bệnh sử mô nha chu bị phá hủy nhanh chóng (qua những biểu đồ thăm khám liên tục hoặc phim tia X) và không có biểu hiện của những răng bị ảnh hưởng có thể được chẩn đoán là viêm quanh răng tiến triển thể toàn bộ. Nhóm chuyên gia tiếp tục nhắc lại rằng sự liên quan của lượng mảng sinh học ở mức thấp và nguyên nhân thứ phát (cao răng) ở những bệnh nhân mắc bệnh có thể hỗ trợ thêm cho chẩn đoán rộng rãi của viêm quanh răng tiến triển.

Ngược lại, nhóm chuyên gia công nhận phổ biến hơn là bệnh nhân có những dấu hiệu mô quanh răng bị phá hủy và viêm

nhiễm ở độ tuổi lớn hơn (vào thời điểm khởi phát bệnh) cùng với rất nhiều mảng sinh học và cao răng. Trong phân loại viêm quanh răng mạn tính, nhóm chuyên gia thừa nhận rằng có cả dãy các mức độ tiến triển bệnh ở bệnh nhân. Một vài cá nhân có thể có kiểu tiến triển bệnh từ từ và liên tục. Số khác có thể bị phá hủy ở ạt mô quanh răng ở một vài răng nhất định (vị trí ngẫu nhiên) trong những khoảng thời gian tương đối ngắn. Và vẫn có một số khác nữa bị phá hủy mô quanh răng ở ạt với tần suất cao trong những khoảng thời gian nhất định (ở nhiều vị trí).

Sau khi xem xét các dấu hiệu cả về vi khuẩn lẫn vật chủ, nhóm chuyên gia kết luận rằng không có dấu hiệu sinh học nào có thể chẩn đoán phân biệt giữa viêm quanh răng mạn tính và tiến triển hay giữa thể khu trú với toàn bộ của bệnh quanh răng tiến triển. Vì thế, các nhà lâm sàng đưa ra quyết định chẩn đoán cần căn cứ vào bệnh sử, dấu hiệu lâm sàng và X-quang của bệnh nhân. Các nghiên cứu đang tiến hành và trong tương lai có thể giúp tiên lượng được những tiểu loại hay đặc điểm của viêm quanh răng tiến triển với mạn tính, cho biết nguy cơ cao với viêm quanh răng tiến triển nhanh hay kém đáp ứng với trị liệu.

Nhóm chuyên gia khẳng định rằng việc chẩn đoán viêm quanh răng tiến triển hay mạn tính có ý nghĩa quan trọng liên quan đến điều trị, tiên lượng lâu dài và chuyển chuyên khoa. Những bệnh nhân bị viêm quanh răng tiến triển (thể khu trú hay toàn bộ) hoặc viêm quanh răng mạn tính (vừa hoặc nặng) nhìn chung cần được điều trị chuyên sâu hơn (ngoài việc lấy cao răng và làm nhẵn chân răng). Điều trị có thể bao gồm hóa trị liệu hỗ trợ, phẫu thuật nha chu tái tạo hoặc cắt bỏ, cấy ghép implant nha khoa và điều trị duy trì thường xuyên để giảm, đảo ngược hay kiểm soát sự tiến triển bệnh. Những bệnh nhân này cũng được khuyến cáo xem xét chuyên gia nha chu để phối hợp kiểm soát, đánh giá và chỉ định điều trị.

Bảng 1. Hướng dẫn xác định mức độ trầm trọng của bệnh viêm quanh răng

	Nhẹ	Vừa	Nặng
Độ sâu thăm khám	> 3 & < 5mm	>5 & <7mm	≥7mm
Chảy máu khi khám	Có	Có	Có
Mất xương trên X-quang	Có thể lên tới 15% chiều dài chân răng hoặc từ 2-3mm	Từ 16-30% hoặc >3 & ≤5mm	>30% hoặc >5mm
Mức bám dính lâm sàng	1-2mm	3-4mm	≥ 5mm

Bảng 2. Các đặc điểm đã được công nhận trong các báo cáo đồng thuận năm 1999 phân biệt viêm quanh răng mạn tính và tiến triển (Aggressive periodontitis)

Viêm quanh răng mạn tính	Viêm quanh răng tiến triển
<ul style="list-style-type: none"> - Phổ biến ở người lớn nhưng có thể xuất hiện ở trẻ em và thanh thiếu niên - Mức độ bị phá hủy tương ứng với các yếu tố tại chỗ (các yếu tố bệnh nguyên nguyên phát và thứ phát) - Thường tìm thấy cao răng dưới lợi - Có liên quan đến các loại vi khuẩn khác nhau - Sự tiến triển bệnh chậm hoặc vừa, nhưng có thể có giai đoạn bị phá hủy mô nhanh chóng - Có thể bị phân loại sâu hơn dựa vào phạm vi và mức độ trầm trọng - Có thể liên quan đến các yếu tố gây bệnh khác (ví dụ răng liên quan và các yếu tố do điều trị gây ra) - Có thể bị thay đổi bởi bệnh toàn thân hoặc có liên quan đến bệnh toàn thân (tiểu đường, nhiễm trùng cơ hội) - Có thể bị thay đổi bởi các yếu tố khác như hút thuốc, cảm xúc căng thẳng 	<ul style="list-style-type: none"> - Ngoài sự hiện diện của bệnh viêm quanh răng thì bệnh nhân có biểu hiện lâm sàng khỏe mạnh - Mất bám dính và phá hủy xương nhanh chóng - Có tính chất gia đình - Có các đặc điểm thứ phát (thông thường nhưng không phổ biến) - Số lượng mảng bám vi khuẩn không tương ứng với mức độ trầm trọng của mô quanh răng bị phá hủy - Có tỷ lệ cao là AA và ở một vài quần thể là PG - Bạch cầu bất thường - Đại thực bào tăng phản ứng (mức PGE2 và IL-1β) - Sự tiến triển của mất bám dính và tiêu xương có thể tự ngừng lại - Sự phân biệt thể khu trú với thể toàn bộ của viêm quanh răng tiến triển là phân lớp duy nhất.

VIÊM QUANH RĂNG THỂ KHU TRÚ SO VỚI THỂ TOÀN BỘ

Trong phân loại năm 1999, các hướng dẫn để phân biệt thể khu trú với thể toàn bộ dựa trên tỷ lệ các vị trí bị ảnh hưởng. Như một chỉ dẫn chung, phạm vi ≤ 30% vị trí có liên quan thì được coi là thể khu trú và >30% được coi là thể toàn bộ.

Tuy nhiên vẫn còn có sự nhầm lẫn ở các nhà lâm sàng trong việc phân biệt giữa thể khu trú và thể toàn bộ mà khó có thể giải quyết bằng cách đơn giản tính tỷ lệ phần trăm các vị trí có liên quan.

Các vị trí răng liên quan có thể được xác định rõ ràng là viêm quanh răng tiến triển. Viêm quanh răng tiến triển thể khu trú thường đặc trưng ở các vị trí răng hàm lớn thứ nhất/răng cửa và đã được mô tả rõ ràng trong y văn và đã từng được chẩn đoán là viêm quanh răng khu trú ở trẻ vị thành niên nhưng ở những trường hợp kém rõ ràng hơn có thể được mô tả qua những vị trí khu trú đặc trưng của bệnh. Viêm quanh răng tiến triển thể toàn bộ thường đặc trưng bởi sự liên quan của hầu hết các răng. Thuật ngữ "khu trú" và "toàn bộ" vì thế có những đặc điểm dễ nhận biết mà hầu hết các bác sĩ lâm sàng đều hiểu được. Mức độ viêm quanh răng tiến triển không xác định dựa vào tỷ lệ phần trăm các vị trí bị ảnh hưởng.

Ở bệnh viêm quanh răng mạn tính có nhiều sự không đồng nhất trong biểu hiện của bệnh. Vì thế, để mô tả đặc điểm bệnh trong viêm quanh răng mạn tính việc sử dụng các thuật ngữ mô tả để xác định các răng bị ảnh hưởng có thể có ích lợi hơn, ví dụ "viêm quanh răng mạn tính khu trú tại các răng hàm

lớn hàm trên cùng những tổn thương nặng nề ở các răng hàm nhỏ". Nhóm chuyên gia ưu tiên dùng tỷ lệ phần trăm các răng bị ảnh hưởng hơn là sử dụng tỷ lệ phần trăm các vị trí bị ảnh hưởng để mô tả mức độ bị viêm quanh răng mạn tính. Đối với viêm quanh răng mạn tính khu trú, các tiêu chí phải đáp ứng là xác định vị trí của răng bị ảnh hưởng (ví dụ phía xa của răng hàm lớn thứ 2 hàm trên 2 bên) hoặc có <30% các răng bị ảnh hưởng. Viêm quanh răng mạn tính toàn bộ được định nghĩa là viêm quanh răng không có đặc điểm phân bố bệnh rõ ràng hoặc có >30% các răng bị ảnh hưởng.

KẾT LUẬN

Như đã được đề cập trong đoạn giới thiệu, đây là bản cập nhật trọng điểm cùng với 1 bản cập nhật toàn diện đã được lên kế hoạch cho năm 2017. Buổi hội thảo trong tương lai cần phát triển phân loại cho các bệnh viêm quanh implant. Ngoài ra cần đánh giá nguy cơ đối với viêm quanh răng tiến triển và bao gồm cả tiên lượng các phân nhóm của viêm quanh răng tiến triển so với mạn tính.