

## KHẢO SÁT TÌNH TRẠNG QUANH RĂNG Ở BỆNH NHÂN ĐÁI THÁO ĐƯỜNG TYP 2 ĐƯỢC ĐIỀU TRỊ NGOẠI TRÚ TẠI BỆNH VIỆN BẠCH MAI

NGUYỄN XUÂN THỰC<sup>1</sup>, TỬ MẠNH SƠN<sup>1</sup>

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Mô tả tình trạng quanh răng của các bệnh nhân mắc ĐTD typ 2.

**Đối tượng và Phương pháp:** Áp dụng phương pháp nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 400 bệnh nhân mắc ĐTD typ 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 các chỉ số nghiên cứu gồm: OHIS, GI và CPITN.

**Kết quả:** Tuổi trung bình là: 59,7±6,2 (tuổi). Tỷ lệ nữ/nam=1,8. Trung bình thời gian phát hiện mắc ĐTD là: 5,9±4,5 (năm). Trung bình glucose máu lúc đói là: 9,2±4,7 (mmol/l); Trung bình HbA1c là: 8,1±2,5 (%). VSRM tốt chiếm 1,3%, VSRM trung bình chiếm 16,7%, VSRM kém chiếm 82%; Trung bình chỉ số OHI-S là 4,3±1,1. 100% đối tượng nghiên cứu bị viêm lợi. Trong đó viêm lợi nhẹ chiếm 11,3%; viêm lợi trung bình chiếm 65,7%; viêm lợi nặng chiếm 23%; Trung bình chỉ số GI là 1,7±0,5. Tỷ lệ cao răng (CPI-2) là 37,5%, tỷ lệ túi lợi bệnh lý (CPI-3 và CPI-4) là 62,5%, trong đó túi sâu (CPI-4) chiếm 19,2%. Trung bình mỗi BN có 3 vùng lục phân có cao răng (CPI-2); 1,5 vùng có túi lợi bệnh lý (CPI-3 và CPI-4). Vùng 2 và vùng 5 có tình trạng QR ít trầm trọng hơn so với các vùng còn lại với  $p < 0,05$ .

**Kết luận:** Tình trạng quanh răng ở các bệnh nhân ĐTD typ 2 rất đáng báo động với vệ sinh răng miệng kém, tỷ lệ viêm lợi và viêm quanh răng cao.

**Từ khóa:** vệ sinh răng miệng, viêm lợi, túi lợi bệnh lý.

### SUMMARY

#### SURVEY ON PERIODONTAL STATUS OF OUTPATIENTS WITH TYPE 2 DIABETES MELLITUS IN BACHMAI HOSPITAL

**Objectives:** To describe the periodontal status 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

1. Bệnh viện Bạch Mai

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

Bachmai hospital from 6/2010 to 6/2011. The patients received oral exam directly to record some indexes such as OHIS, GI and CPITN.

**Results:** The mean age:  $59.7 \pm 6.2$  (years old). The ratio of female/male=1.8. The mean time of diabetes detection:  $5.9 \pm 4.5$  (years). The mean fasting blood glucose level:  $9.2 \pm 4.7$  (mmol/l). The mean HbA1c:  $8.1 \pm 2.5$  (%). Good oral hygiene accounted for 1.3%, moderate oral hygiene accounted for 16.7%, poor oral hygiene accounted for 82%. The mean OHIS:  $4.3 \pm 1.1$ . 100% of study subjects had gum disease, among them, mild gingivitis accounted for 11.3%, moderate gingivitis accounted for 65.7%, severe gingivitis accounted for 23%. The mean GI:  $1.7 \pm 0.5$ . Calculus rate (CPI2) was 37.5%; periodontal pockets rate (CPI-3 and CPI4) was 62.5%, among them, deep periodontal pocket rate (CPI4) was 19.2%. Each patient had 3 sextants with calculus (CPI2); 1,5 sextants with periodontal pocket (CPI-3 and CPI4); sextant 2 and sextant 5 had periodontal condition less severe those in other sextants with  $p < 0.05$ .

**Conclusions:** Periodontal status in patient with type 2 diabetes were alarming with poor oral hygiene, high rate of gingivitis and periodontitis.

**Key words:** Oral hygiene, gingivitis, periodontal pocket.

### I. ĐẶT VẤN ĐỀ

ĐTĐ tít 2 đang ra tăng một cách nhanh chóng, tốc độ phát triển của ĐTT tít 2 và những biến chứng của nó đang là thách thức lớn đối với Y học và cộng đồng. Theo phân tích của Hiệp hội ĐTĐ quốc tế và Tổ chức Y tế thế giới (WHO) thì ĐTĐ sẽ trở thành đại dịch trong thế kỷ XXI. Cũng theo dự báo của WHO, năm 2025 thế giới sẽ có khoảng 380 triệu người mắc ĐTĐ. Việt Nam đang nằm ở khu vực 2 với tỷ lệ mắc ĐTĐ chiếm khoảng 2-4,99% dân số, trong đó trên 90% là ĐTĐ tít. Như vậy, ĐTĐ tít 2 đã ảnh hưởng tới một bộ phận dân cư không nhỏ. Đáng chú ý hơn là tỷ lệ mắc bệnh thực tế còn cao hơn nhiều bởi có tới 64,5% người mắc ĐTĐ không được chẩn đoán, khi được phát hiện thì đã có nhiều biến chứng, trong đó có biến chứng răng miệng đã ở mức trầm trọng [1].

Biến chứng răng miệng của người mắc ĐTĐ 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 ĐTĐ, mà đặc biệt là ĐTĐ 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 ĐTĐ tít 2. Từ đó giúp cho công tác điều trị và dự phòng 2 bệnh này đạt kết quả tốt hơn, giúp cải thiện chất lượng sống cho các bệnh nhân ĐTĐ.

Hiện nay, ở Việt Nam, qua quá trình sưu tầm tài liệu, chúng tôi chưa thấy có công trình nào nghiên cứu sâu về lĩnh vực này. Xuất phát từ tình hình thực tế trên, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài này nhằm đạt được mục tiêu: Mô tả tình trạng quanh răng của các bệnh nhân mắc ĐTĐ tít 2.

### II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

#### 1. Đối tượng nghiên cứu

Là các bệnh nhân được chẩn đoán mắc ĐTĐ tít 2 theo tiêu chuẩn chẩn đoán của IDF năm 2005 [1] 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 [1], 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. Cơ 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 [2]

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 quạ, gương và gắp nha khoa, cây thăm QR của WHO. Ghi nhận các chỉ số nghiên cứu bao gồm:

- Chỉ số OHI-S của Greene và Vermillion-1975.
- Chỉ số lợi (GI) của Loe và Silness-1964.
- 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  $\chi^2$ . 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 tít 2 đạt kết quả tốt hơn, góp phần nâng cao chất lượng sống cho các bệnh nhân ĐTD tít 2.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

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. Tình trạng vệ sinh răng miệng theo chỉ số OHIS

Bảng 3.1. Tình trạng VSRM theo chỉ số OHI-S

Tình trạng VSRM theo chỉ số OHIS	n	%
VSRM tốt	5	1,3
VSRM trung bình	67	16,7
VSRM kém	328	82,0
Tổng	400	100,0

Nhận xét:

- Tỷ lệ VSRM tốt rất thấp chỉ chiếm 1,3%, ngược lại tỷ lệ VSRM kém rất cao chiếm tới 82,0%.
- Trung bình chỉ số OHI-S là:  $4,3 \pm 1,1$ . OHI-S thấp nhất là 0,7; cao nhất là 6.

3. Tình trạng lợi theo chỉ số GI

Bảng 3.2. Phân bố mức độ viêm lợi qua chỉ số GI

Tình trạng lợi	n	%
Viêm lợi nhẹ	45	11,3
Viêm lợi trung bình	263	65,7

Tình trạng lợi	n	%
Viêm lợi nặng	92	23,0
Tổng	400	100,0

Nhận xét:

- Không có tỷ lệ lợi hoàn toàn khoẻ mạnh. Viêm lợi nhẹ chiếm tỷ lệ rất thấp chỉ có 11,3%, trong khi đó viêm lợi nặng chiếm tỷ lệ khá cao với 23,0%.
- Trung bình chỉ số GI là:  $1,7 \pm 0,5$ . GI thấp nhất là 0,3; GI cao nhất là 3.

4. Tình trạng QR theo chỉ số CPITN

Bảng 3.3. Tỷ lệ người có mã số CPI cao nhất khi thăm khám

Mã số	n	%
CPI-2	150	37,5
CPI-3	173	43,3
CPI-4	77	19,2
Tổng	400	100,0

Nhận xét:

- 100% đối tượng nghiên cứu đều có cao răng (CPI-2), túi nông (CPI-3) hoặc túi sâu (CPI-4).
- Tỷ lệ bệnh nhân có túi lợi bệnh lý (CPI-3 và 4) chiếm tới 62,5%, trong đó số bệnh nhân có túi sâu (CPI-4) chiếm 19,2%.

Bảng 3.4. Số trung bình vùng lục phân lành mạnh và có bệnh quanh răng theo CPITN

Mã số	Tổng số vùng lục phân	Trung bình
CPI-0	11	0,03
CPI-1	96	0,24
CPI-2	1305	3,26
CPI-3	524	1,31
CPI-4	152	0,38
X [lục phân loại trừ]	312	0,78

Nhận xét:

- Số trung bình vùng lục phân lành mạnh (CPI-0) và chảy máu lợi đơn thuần (CPI-1) rất thấp, gần như bằng 0.
- Trung bình mỗi bệnh nhân có khoảng 3 vùng lục phân có cao răng (CPI-2) và 1,5 vùng có túi lợi bệnh lý (CPI-3 và 4).

Bảng 3.5. Phân bố tỷ lệ bệnh quanh răng theo vùng lục phân

Vùng lục phân		Vùng 1	Vùng 2	Vùng 3	Vùng 4	Vùng 5	Vùng 6	Tổng
Lành mạnh	n	2	4		1		1	7
	%	0,5%	0,64%		0,16%		0,16%	0,19%
Chảy máu lợi	n	18	54	18	8	3	6	107
	%	2,88%	8,64%	2,88%	1,28%	0,48%	0,96%	2,85%
Cao răng	n	308	438	302	247	382	286	1,963
	%	49,28%	70,08%	48,32%	39,52%	61,12%	45,76%	52,35%
Túi nông	n	148	83	150	235	164	209	989
	%	23,68%	13,28%	24,0%	37,60%	26,24%	33,44%	26,37%
Túi sâu	n	54	10	56	46	23	39	228
	%	8,64%	1,60%	8,96%	7,36%	3,68%	6,24%	6,08%
Loại (mất R)	n	96	36	99	88	53	84	456
	%	15,36%	5,76%	15,84%	14,08%	8,48%	13,44%	12,16%

Nhận xét:

- Vùng 2 và vùng 5 có tình trạng QR ít trầm trọng hơn so với các vùng còn lại. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$ .
- Tỷ lệ túi sâu (CPI-4) và vùng mất răng (CPI X) là tương đương giữa các vùng 1, 3, 4 và 6.

#### IV. BÀN LUẬN

##### 1. Tình trạng VSRM

Bảng 3.1 cho thấy toàn cảnh về tình trạng VSRM của các bệnh nhân ĐTĐ tít 2 trong nghiên cứu. Với trung bình chỉ số OHI-S là  $4,3 \pm 1,1$  có thể thấy rằng hầu hết các đối tượng đều có VSRM kém. Tỷ lệ VSRM tốt và khá (OHI-S từ 0,1-3,0) chỉ chiếm 18%, trong đó VSRM tốt (OHI-S từ 0,1-1,2) là 1,3%, còn VSRM kém (OHI-S từ 3,1-6,0) chiếm tới 82%. Đây là một con số đáng báo động, bởi VSRM kém cũng đồng nghĩa với kiến thức và ý thức chăm sóc SKRM kém và đó cũng là

một nguy cơ rất lớn cho sự phát sinh và phát triển các mầm bệnh QR.

Thực tế nghiên cứu thấy nổi lên hai vấn đề chính: Thứ nhất: đối tượng nghiên cứu còn thiếu kiến thức, thiếu hiểu biết, thiếu những thông tin cần thiết về mối liên quan giữa SKRM với sức khỏe toàn thân, về các dịch vụ chăm sóc SKRM, về lợi ích của việc khám răng miệng định kỳ; Thứ hai: chưa có sự phối hợp điều trị tốt giữa các bác sĩ chuyên khoa Nội tiết ĐTĐ và các bác sĩ chuyên khoa Răng hàm mặt. Các bác sĩ Nội tiết ĐTĐ chỉ chuyên tâm chú ý tới điều trị bệnh ĐTĐ mà bỏ quên mất bệnh răng miệng, nên đã không có

những lời khuyên hữu ích, cũng như không tư vấn bệnh nhân khám chuyên khoa Răng hàm mặt kịp thời.

Mặt khác, đã có nhiều trường hợp bệnh nhân đến khám bệnh răng miệng, các bác sĩ nghi ngờ, đã cho làm xét nghiệm và phát hiện bệnh nhân có mắc ĐTD. Chính vì vậy, việc phối hợp điều trị giữa các chuyên khoa đối với bệnh ĐTD tít 2 là cần thiết, nhằm mục đích cuối cùng là làm ổn định bệnh, hạn chế các biến chứng của bệnh ĐTD tít 2 và nâng cao chất lượng sống cho những đối tượng này.

## 2. Tình trạng lợi theo chỉ số GI

Bảng 3.2 cho thấy một bức tranh toàn cảnh về tình trạng lợi của đối tượng nghiên cứu qua chỉ số GI. Kết quả cho thấy 100% đối tượng nghiên cứu đều bị viêm lợi, trong đó tỷ lệ lợi viêm nhẹ (GI từ 0,1-0,9) chỉ chiếm 11,3%, còn tỷ lệ lợi viêm nặng (GI từ 2,0-3,0) chiếm tới 23%. Trung bình chỉ số GI là  $1,7 \pm 0,5$ , điều đó chứng tỏ rằng hầu hết đối tượng nghiên cứu đều có tình trạng viêm lợi từ trung bình đến nặng.

So sánh với kết quả điều tra SKRM toàn quốc năm 2001, tình trạng viêm lợi trong nghiên cứu này có phần nặng hơn. Theo báo cáo điều tra SKRM toàn quốc năm 2001, Trần Văn Trường và cộng sự kết luận ở lứa tuổi trên 45 thì tỷ lệ viêm lợi là 96,7%, trong đó tỷ lệ viêm lợi nặng là 12,7% [2]. Còn trong nghiên cứu này, tỷ lệ viêm lợi là 100%, trong đó viêm lợi nặng chiếm 23%. Sở dĩ có sự khác biệt này là do có sự khác nhau về đối tượng nghiên cứu. Điều tra cơ bản của Trần Văn Trường được tiến hành trên số đông dân chúng ( $n=999$ ) không phải là các bệnh nhân ĐTD, còn nghiên cứu này được tiến hành trên các đối tượng được chẩn đoán mắc

ĐTD tít 2 ( $n=400$ ). Thực tế này cho thấy tình trạng viêm lợi ở bệnh nhân ĐTD tít 2 phần nào có nặng hơn ở người không mắc ĐTD.

Nhận định trên cũng phù hợp với kết luận của một số tác giả khác như Campus G và cộng sự (Italy-2005) [3], R Del Toro và cộng sự (Mexico-2006) [4].

## 3. Tình trạng quanh răng theo chỉ số CPITN

Khi đánh giá bệnh QR, trên lâm sàng người ta chú ý tới hai vấn đề chính đó là mức độ phổ biến (tỷ lệ phần trăm bệnh trong quần thể) và mức độ lan rộng của bệnh (số trung bình vùng lục phân có bệnh trên mỗi cá thể) qua chỉ số CPITN.

Bảng 3.3 cho thấy đối tượng nghiên cứu có bệnh QR khá trầm trọng ở mức độ phổ biến. Không có tỷ lệ CPI-0 và CPI-1, tỷ lệ có cao răng (CPI-2) là 37,5%, tỷ lệ có túi bệnh lý (CPI-3 và CPI-4) là 62,5% trong đó đáng chú ý là tỷ lệ túi sâu (CPI-4) chiếm tới 19,2%.

Nhìn vào bảng 3.4 có thể thấy rõ được mức độ lan rộng của bệnh QR. Kết quả cho thấy, hầu như không có vùng lục phân CPI-0 và CPI-1. Trung bình mỗi bệnh nhân có 3 vùng lục phân có cao răng (CPI-2); 1,5 vùng lục phân có túi bệnh lý (CPI-3 và CPI-4).

2 bảng kết quả trên đã chứng minh bệnh QR ở đối tượng nghiên cứu là khá trầm trọng. Điều này thể hiện ở chỗ: tỷ lệ người có túi bệnh lý (CPI-3 và CPI-4) cao, số trung bình vùng lục phân CPI-3, CPI-4 và CPI X (vùng bị mất răng) chiếm tới gần một nửa (2,5 trong tổng số 6 vùng lục phân).

So sánh thực trạng bệnh QR qua chỉ số CPITN trong nghiên cứu này với một số nghiên cứu ở trong nước, ta có bảng số liệu sau [2], [5]:

Bảng 4.1. So sánh tình trạng quanh răng theo chỉ số CPITN với một số nghiên cứu ở Việt Nam

Tác giả	Tuổi	n	Tỷ lệ % người					Số trung bình lực phân						
			CPI-0	CPI-1	CPI-2	CPI-3	CPI-4	CPI-0	CPI-1	CPI-2	CPI-3	CPI-4	CPI X	
T.V Trường (2001)	≥ 45	999	0	0	53,8	35,7	10,5	0,43	0,07	2,86	0,83	0,21	1,16	
P.V Việt (2004)	≥ 60	850	3,92	0,76	41,47	53,22	0,63	0,32	0,06	3,44	1,10	0,01	1,08	
N.X Thực (2010)	≥ 45	400	0	0	37,5	43,3	19,2	0,03	0,24	3,26	1,31	0,38	0,78	

Qua bảng 4.1 cho thấy bệnh nhân trong nghiên cứu này có bệnh QR nặng hơn so với các nghiên cứu khác. Điều này cũng có thể lý giải bởi đối tượng của nghiên cứu này là các bệnh nhân ĐTD typ 2, còn nghiên cứu của Trần Văn Trường và cộng sự là điều tra SKRM toàn quốc ở lứa tuổi từ 45 trở lên, còn nghiên cứu của Phạm Văn Việt được tiến hành trên đối tượng từ 60 tuổi trở lên đại diện cho khu vực Hà Nội. Đây cũng có thể được coi là một minh họa có sức thuyết phục cho nhận định bệnh QR ở các bệnh nhân ĐTD typ 2 trầm trọng hơn ở người không mắc ĐTD trong cùng độ tuổi so sánh.

Để thấy rõ hơn vấn đề trên, so sánh thực trạng bệnh QR qua chỉ số CPITN trong nghiên cứu này với kết quả của một số điều tra cơ bản- đại diện cho các châu lục trong kho dữ liệu của WHO năm 2004 ta có bảng kết quả sau [6]:

Bảng 4.2. So sánh tình trạng quanh răng theo chỉ số CPITN với một số nghiên cứu ở nước ngoài

Tác giả	Tuổi	n	Tỷ lệ người (%)					Số trung bình lực phân						
			CPI-0	CPI-1	CPI-2	CPI-3	CPI-4	CPI-0	CPI-1	CPI-2	CPI-3	CPI-4	CPI X	
Bonito, A (Mỹ)	35-44	311	11	5	62	17	5	2,6	3,2	2,7	0,5	0,1	0,2	
	65-74	178	13	4	46	26	11	1,9	2,5	2,2	0,7	0,1	1,6	
Kunzel & cs (Đức)	35-44	567	5	5	63	24	3	2,0	3,6	2,7	0,6	0	0,4	
	65-74	397	4	3	57	31	6	0,8	2,6	2,2	0,6	0,1	2,6	
Suzuki, Y. (Nhật Bản)	35-44	80	11	8	28	41	13	2,4	3,1	2,4	1,3	0,2	0,5	
	65-74	94	4	10	32	44	11	0,4	2,9	2,1	1,0	0,2	2,7	
Corbert, E.F. (Trung Quốc)	35-44	1572	0	0	64	32	4	0,2	5,7	5,3	0,7	0,1	0,1	
	65-74	1286	0	1	55	37	7	0,1	4,1	4,0	0,8	0,1	1,8	
Amarasen N (Campuchia)	35-44	339	3	1	92	4	0	0,6	5,3	5,1	0,1	0	0,1	
	65-74	67	0	0	54	41	5	0,1	3,5	3,5	1,1	0,1	2,4	

## BÀI NGHIÊN CỨU

Tác giả	Tuổi	n	Tỷ lệ người (%)					Số trung bình lực phân					
			CPI-0	CPI-1	CPI-2	CPI-3	CPI-4	CPI-0	CPI-1	CPI-2	CPI-3	CPI-4	CPI X
N. X. Thực (Việt Nam)	≥ 45	400	0	0	37,5	43,3	19,2	0,03	0,24	3,26	1,31	0,38	0,78

Theo chuẩn của WHO, khi đánh giá về bệnh QR, 2 nhóm tuổi được quan tâm chủ yếu là nhóm tuổi từ 35-44 và nhóm tuổi từ 65-74 vì nó đại diện cho nhóm trung niên và người cao tuổi. Bảng 4.2 cho thấy tình trạng bệnh QR của đối tượng trong nghiên cứu này nặng hơn so với các nghiên cứu khác cả về tỷ lệ bệnh lẫn mức độ lan rộng của bệnh. Sự khác biệt này cũng là minh chứng có sức thuyết phục nói lên sự khác biệt về bệnh QR của người ĐTD tít 2 so với những người bình thường không mắc ĐTD.

Bảng 3.5 cho thấy sự khác biệt về bệnh QR giữa các vùng lực phân. Qua đó, có thể thấy bệnh QR nhẹ nhất ở vùng lực phân 2 và 5. Vùng lực phân 2 và 5 có tỷ lệ CPI-2 lớn hơn, đồng thời tỷ lệ CPI-3, CPI-4 và mất răng (CPI X) thấp hơn so với vùng lực phân 1, 3, 4 và 6. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$ .

Theo chúng tôi, sở dĩ có kết quả trên là do vùng lực phân 2 và 5 chính là vùng răng cửa trên và dưới, đây là vùng lộ nên dễ VSRM hơn những vùng khác; đồng thời đây là hai vùng ít chịu sang chấn bởi lực ăn nhai hơn so với các vùng còn lại.

Đối chiếu với kết quả nghiên cứu trên cùng đối tượng là các bệnh nhân má ĐTD tít 2 của Bakhshandeh, nghiên cứu này có bệnh QR nặng hơn với tỷ lệ CPI-2 thấp hơn; ngược lại tỷ lệ CPI-3, CPI-4 và mất răng (CPI X) cao hơn. Sự khác biệt này có thể do có sự chênh lệch về tuổi tác của đối tượng nghiên cứu, tuổi trung bình trong nghiên cứu này cao hơn ( $59,7 \pm 6,2$  tuổi so với  $49 \pm 7,6$  tuổi), cũng có

thể do có sự khác biệt về tình trạng VSRM, tình trạng kiểm soát glucose máu... Tuy nhiên, kết quả nghiên cứu của Bakhshandeh cũng có những điểm tương đồng với kết quả của nghiên cứu này. Vùng lực phân 2 và 5 cũng là vùng có bệnh QR ít nặng nề nhất so với các vùng còn lại [7].

Tóm lại, thực trạng bệnh QR của đối tượng nghiên cứu là khá trầm trọng ở cả tỷ lệ bệnh lẫn mức độ lan rộng. Bệnh QR ở người ĐTD tít 2 nặng hơn ở người không mắc ĐTD trong cùng độ tuổi so sánh.

### V. KẾT LUẬN

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

- VSRM kém chiếm 82%; Trung bình chỉ số OHI-S là  $4,3 \pm 1,1$ .
- 100% đối tượng nghiên cứu bị viêm lợi. Trong đó viêm lợi nhẹ chiếm 11,3%; viêm lợi nặng chiếm 23%; Trung bình chỉ số GI là  $1,7 \pm 0,5$ .
- Tỷ lệ cao răng (CPI-2) là 37,5%, tỷ lệ tui bệnh lý (CPI-3 và CPI-4) là 62,5%, trong đó tui sâu (CPI-4) chiếm 19,2%.
- Trung bình mỗi BN có 3 vùng lực phân có cao răng (CPI-2); 1,5 vùng có tui lợi bệnh lý (CPI-3 và CPI-4).
- Vùng 2 và vùng 5 có tình trạng QR ít trầm trọng hơn so với các vùng còn lại với  $p < 0,05$ .



## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Tạ Văn Bình (2006), "Bệnh đái tháo đường-tăng glucose máu", Nhà xuất bản Y học, tr. 24-36.
2. Trần Văn Trường, Lâm Ngọc Ân, Trịnh Đình Hải (2001), "Điều tra sức khỏe răng miệng toàn quốc".
3. Campus G, et al (2005), "Diabetes and periodontal disease: A case-control study", *Journal of periodontology*, 1289-1303.
4. R. Del Toro, MG. Aldrete, P. Mendoza, T. Gonzalez, C. Bracamontes, N. Balcaza (2006), "1012 epidemiological study: oral manifestations in diabetes mellitus patients", *Oral Health Research* II.
5. Phạm Văn Việt (2004), "Nghiên cứu tình trạng, nhu cầu chăm sóc sức khỏe 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.
6. WHO (2004), "An overview of CPITN data in the WHO global oral health data bank".
7. Bakhshandeh S, Murtomaa H, Mofid R, Vehkalahtimm, Suomalainen K (2007), "Periodontal Treatment needs of diabetic adults", *J Clin Periodontol*; 34: 53-77.