

TRƯỜNG ĐẠI HỌC Y HÀ NỘI
VIỆN ĐÀO TẠO RĂNG HÀM MẶT

BỆNH HỌC QUANH RĂNG

(DÙNG CHO SINH VIÊN RĂNG HÀM MẶT)

NHÀ XUẤT BẢN GIÁO DỤC VIỆT NAM

Chủ biên

PGS.TS. TRỊNH ĐÌNH HẢI

Tham gia biên soạn

PGS.TS. TRỊNH ĐÌNH HẢI

ThS. ĐẶNG THỊ LIÊN HƯƠNG

ThS. LÊ LONG NGHĨA

TS. NGUYỄN ĐỨC THẮNG

ThS. NGUYỄN THỊ THU VÂN

Thư ký biên soạn

BSCKL. NGUYỄN NGỌC ANH

LỜI GIỚI THIỆU

Nhân kỷ niệm 110 năm thành lập Trường Đại học Y Hà Nội (1902 – 2012), Viện Đào tạo Răng Hàm Mặt đã tổ chức biên soạn và cho ra mắt bộ sách giáo khoa dành cho sinh viên Răng Hàm Mặt. Trong bộ sách, các tác giả biên soạn theo phương châm: kiến thức cơ bản, hệ thống, nội dung chính xác, khoa học, cập nhật các tiến bộ khoa học, kỹ thuật hiện đại và thực tiễn Việt Nam. Nội dung của bộ sách được biên soạn dựa trên chương trình khung Đào tạo bác sĩ Răng Hàm Mặt của Bộ Y tế và Bộ Giáo dục – Đào tạo.

Bộ sách là kết quả làm việc miệt mài, tận tụy, đầy trách nhiệm của tập thể giảng viên Viện Đào tạo Răng Hàm Mặt kể cả các giảng viên kiêm nhiệm. Chúng tôi đánh giá rất cao bộ sách này.

Chúng tôi trân trọng giới thiệu bộ sách này tới các sinh viên Răng Hàm Mặt và các đồng nghiệp cùng đồng đạo bạn đọc trong và ngoài ngành quan tâm.

HIỆU TRƯỞNG



PGS.TS. Nguyễn Đức Hình

LỜI NÓI ĐẦU

Bệnh lý vùng quanh răng là một trong các bệnh lý có tỷ lệ người mắc cao. Theo các số liệu điều tra ở nước ta cho thấy có tới trên 90% người trưởng thành có viêm lợi hoặc viêm quanh răng. Trong đó, các cộng đồng từ tuổi trung niên trở lên có tới trên 30% người có tổn thương viêm quanh răng với các dấu hiệu tiêu xương ổ răng, mất bám dính quanh răng và có túi lợi bệnh lý quanh răng. Các túi lợi bệnh lý hay túi quanh răng là các ổ nhiễm khuẩn tiềm tàng trong khoang miệng, có thể là nguyên nhân của các bệnh toàn thân như viêm cầu thận, viêm nội tâm mạc, viêm khớp và các bệnh đường tiêu hoá, ...

Đa phần bệnh quanh răng do các vi khuẩn ở mảng bám răng gây ra, nhưng các bệnh quanh răng nói chung do rất nhiều nguyên nhân gây ra, bao gồm cả các nguyên nhân tại chỗ có thể xác định được và các nguyên nhân toàn thân khó xác định hơn. Để điều trị, xử trí tối ưu một trường hợp bệnh quanh răng cụ thể, người thầy thuốc phải thu thập đủ thông tin để có thể xác định được nguyên nhân gây bệnh.

Chúng tôi giới thiệu cuốn sách này nhằm cung cấp thêm cho đồng nghiệp, học viên những kiến thức cơ bản liên quan tới bệnh lý vùng quanh răng phục vụ cho chẩn đoán, tiên lượng và điều trị các bệnh lý vùng quanh răng. Cuốn sách xuất bản lần đầu, không thể tránh được các thiếu sót, mong các học viên và đồng nghiệp cùng chia sẻ và đóng góp ý kiến để sách được hoàn thiện hơn trong những lần tái bản sau.

Xin trân trọng cảm ơn!

Thay mặt các tác giả

Chủ biên

PGS. TS. TRỊNH ĐÌNH HẢI

Trưởng Bộ môn Nha chu

MỤC LỤC

Lời giới thiệu.....	3
Lời nói đầu.....	5

Chương I

GIẢI PHẪU VÀ SINH HỌC VÙNG QUANH RĂNG

Bài 1. Giải phẫu và mô học vùng quanh răng.....	9
<i>TS. Nguyễn Đức Thắng</i>	
Bài 2. Vi sinh học vùng quanh răng.....	16
<i>ThS. Lê Long Nghĩa</i>	
Bài 3. Cơ chế bảo vệ của lợi.....	25
<i>ThS. Lê Long Nghĩa</i>	
Bài 4. Đáp ứng miễn dịch trong bệnh vùng quanh răng.....	30
<i>ThS. Lê Long Nghĩa</i>	
Bài 5. Sang chấn khớp cắn và mô quanh răng.....	37
<i>ThS. Lê Long Nghĩa</i>	
Bài 6. Ảnh hưởng của bệnh đái tháo đường và các rối loạn toàn thân lên vùng quanh răng.....	44
<i>ThS. Lê Long Nghĩa</i>	
Bài 7. Ảnh hưởng của lão hoá lên mô quanh răng.....	53
<i>ThS. Đặng Thị Liên Hương</i>	
Bài 8. Tiêu xương ổ răng và tủy lợi.....	60
<i>ThS. Lê Long Nghĩa</i>	

Chương II

CÁC BỆNH VÙNG QUANH RĂNG

Bài 9. Phân loại bệnh quanh răng.....	68
<i>PGS.TS. Trịnh Đình Hải</i>	
I. CÁC BỆNH LỢI	
Bài 10. Viêm lợi mạn tính do mảng bám.....	82
<i>ThS. Lê Long Nghĩa</i>	
Bài 11. Các bệnh lợi cấp tính.....	90
<i>ThS. Nguyễn Thị Thu Vân</i>	
Bài 12. Phì đại lợi.....	98
<i>ThS. Lê Long Nghĩa</i>	
Bài 13. Các bệnh có biểu hiện viêm lợi bong vảy.....	110
<i>ThS. Lê Long Nghĩa</i>	

II. CÁC BỆNH VÙNG QUANH RĂNG	
Bài 14. Viêm quanh răng tiến triển chậm.....	126
<i>PGS.TS. Trịnh Đình Hải</i>	
Bài 15. Viêm quanh răng tiến triển nhanh.....	132
<i>PGS.TS. Trịnh Đình Hải</i>	
Bài 16. Viêm quanh răng loét hoại tử.....	136
<i>PGS.TS. Trịnh Đình Hải</i>	
Bài 17. Viêm quanh răng nan giải.....	140
<i>PGS.TS. Trịnh Đình Hải</i>	

Chương III

ĐIỀU TRỊ BỆNH VÙNG QUANH RĂNG

Bài 18. Điều trị viêm quanh răng.....	145
<i>PGS.TS. Trịnh Đình Hải</i>	
Bài 19. Điều trị các bệnh cấp tính ở lợi.....	156
<i>PGS.TS. Trịnh Đình Hải</i>	
Bài 20. Điều trị áp xe quanh răng.....	165
<i>PGS.TS. Trịnh Đình Hải</i>	
Bài 21. Nạo túi lợi.....	170
<i>PGS.TS. Trịnh Đình Hải</i>	
Bài 22. Phẫu thuật cắt lợi.....	176
<i>PGS.TS. Trịnh Đình Hải</i>	
Bài 23. Phẫu thuật vật điều trị túi quanh răng.....	183
<i>PGS.TS. Trịnh Đình Hải</i>	
Bài 24. Thuốc điều trị bệnh vùng quanh răng.....	189
<i>ThS. Lê Long Nghĩa</i>	
Bài 25. Tái sinh mô có hướng dẫn (GTR).....	198
<i>TS. Nguyễn Đức Thắng</i>	
Bài 26. Tái tạo xương có hướng dẫn (GBR).....	203
<i>TS. Nguyễn Đức Thắng</i>	
Bài 27. Phẫu thuật cắt chân răng và một phần thân răng.....	207
<i>TS. Nguyễn Đức Thắng</i>	

Chương IV

DỰ PHÒNG BỆNH QUANH RĂNG

Bài 28. Các chỉ số đánh giá tình trạng quanh răng.....	212
<i>PGS.TS. Trịnh Đình Hải</i>	
Bài 29. Dịch tế bệnh quanh răng.....	219
<i>PGS.TS. Trịnh Đình Hải</i>	
Bài 30. Dự phòng bệnh quanh răng.....	227
<i>PGS.TS. Trịnh Đình Hải</i>	
Đáp án.....	236

GIẢI PHẪU VÀ SINH BỆNH HỌC VÙNG QUANH RĂNG

Bài 1

GIẢI PHẪU VÀ MÔ HỌC VÙNG QUANH RĂNG

MỤC TIÊU

1. Trình bày được đặc điểm, cấu trúc giải phẫu, mô học của lợi.
2. Trình bày được đặc điểm, cấu trúc giải phẫu, mô học của dây chằng quanh răng.
3. Trình bày được các đặc điểm, cấu trúc giải phẫu, mô học của xương ổ răng, xương răng.

1. LỢI

1.1. Cấu tạo giải phẫu

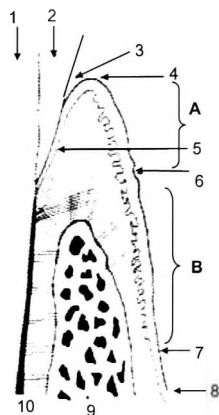
Lợi là vùng đặc biệt của niêm mạc miệng, được giới hạn ở phía cổ răng bởi bờ lợi và phía cuống răng bởi niêm mạc miệng. Ở phía ngoài của cả hai hàm và phía trong của hàm dưới, lợi liên tục với niêm mạc miệng bởi vùng tiếp nối niêm mạc di động – lợi dính, ở phía khẩu cái lợi liên tục với niêm mạc khẩu cái cứng. Lợi được chia thành hai phần, đó là lợi tự do và lợi dính.

– *Lợi tự do*: là phần lợi không dính vào răng, ôm sát cổ răng và cùng với cổ răng tạo nên một khe sâu khoảng 0.5 – 3mm gọi là rãnh lợi. Lợi tự do gồm hai phần: nhú lợi và lợi viền.

+ *Nhú lợi*: là lợi ở kẽ răng, che kín kẽ, có một nhú ở phía ngoài, một nhú ở phía trong, giữa hai nhú là một vùng lõm.

+ *Lợi viền*: không dính vào răng mà ôm sát cổ răng, cao khoảng 0.5 – 3mm. Mặt trong của lợi viền là thành ngoài của rãnh lợi.

Lợi tự do tiếp nối với vùng lợi dính tại lõm dưới lợi tự do (Hình 1.1).



- A. Lợi viên (lợi tự do)
 B. Lợi dính
1. Ngà răng
 2. Men răng
 3. Rãnh lợi
 4. Bờ lợi
 5. Biểu mô tiếp nối
 6. Lõm dưới lợi tự do
 7. Vùng tiếp nối niêm mạc lợi
 8. Niêm mạc di động
 9. Xương ổ răng
 10. Xương răng

Hình 1.1. Các phần của lợi

– *Lợi dính*: là vùng lợi bám dính vào chân răng ở trên và mặt ngoài xương ổ răng ở dưới. Mặt ngoài lợi dính cũng như mặt ngoài lợi tự do đều được phủ bởi lớp biểu mô sừng hoá. Mặt trong của lợi dính có hai phần: phần bám vào chân răng khoảng 1,5mm gọi là vùng bám dính và phần bám vào mặt ngoài xương ổ răng.

1.2. Cấu trúc mô học

Lợi bao gồm các thành phần cấu tạo: biểu mô lợi, mô liên kết, các mạch máu và thần kinh.

Biểu mô lợi có hai loại: biểu mô kết nối và biểu mô phủ.

– *Biểu mô kết nối*: trước đây thường gọi là biểu mô bám dính, là biểu mô ở đáy khe lợi, không nhìn thấy được từ bên ngoài, bám dính vào răng tạo thành một vòng quanh cổ răng. Biểu mô kết nối không bị sừng hoá và không có những lõm ăn sâu vào mô liên kết ở dưới.

– *Biểu mô phủ*:

+ Biểu mô phủ bề mặt vùng lợi dính và mặt ngoài lợi viên: là biểu mô lát tầng sừng hoá, từ sâu ra nông gồm bốn lớp tế bào: lớp tế bào đáy, lớp tế bào gai, lớp tế bào hạt, lớp tế bào sừng hoá. Lớp tế bào đáy có nhiều lối hẹp ăn sâu xuống lớp đệm ở dưới.

+ Biểu mô phủ mặt trong lợi viên (hay biểu mô phủ khe lợi): là biểu mô không sừng hoá.

- **Rãnh lợi:**

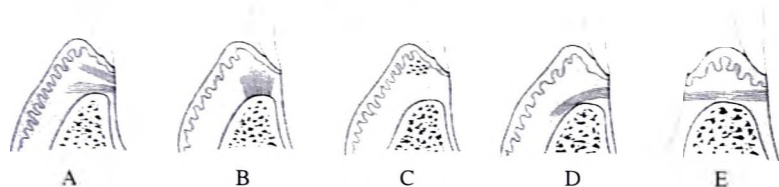
Ở vùng lợi răng bình thường, rãnh lợi là một khe hẹp, sâu 0,5mm nằm giữa bờ lợi và bề mặt răng. Rãnh lợi mở về phía mặt nhai và giới hạn về phía cuống răng với 3 thành:

- + Thành trong được tạo bởi men răng.
- + Thành bên là biểu mô rãnh lợi.
- + Về phía cuống răng, rãnh lợi tận cùng ở đáy khe, là bề mặt tự do của biểu mô kết nối.

- Mô liên kết của lợi: gồm các tế bào và các sợi liên kết.

Các tế bào: phần lớn là các nguyên bào sợi, có dạng thoi hay dạng sao. Ngoài ra có chứa các dưỡng bào, lympho bào, bạch cầu hạt trung tính, bạch cầu đơn nhân lớn và đại thực bào.

Các sợi mô liên kết: các sợi mô liên kết gồm nhiều sợi keo và ít sợi chun. Các sợi tập hợp thành bó theo cùng một hướng. Có những bó sợi sau:



Hình 1.2. Các bó sợi ở lợi

A. Sợi răng lợi; B. Sợi mào xương ổ răng; C. Sợi vòng; D. Sợi răng màng xương; E. Sợi ngang vách

+ Các bó răng – lợi: gồm 3 nhóm toả ra từ xương răng trên ổ răng vào lợi viền và lợi dính.

+ Các bó răng – màng xương: chạy từ xương răng trên xương ổ răng đi về phía cuống răng trên mào xương ổ răng đến màng xương.

+ Các bó xương ổ răng – lợi: chạy từ mào xương ổ răng về phía mặt nhai vào phần lợi tự do và lợi dính.

+ Các bó vòng và nửa vòng: bao quanh phần của chân răng về phía mặt nhai trên xương ổ răng đến những sợi ngang vách.

+ Các bó liên lợi và ngang lợi: tăng cường cho các bó vòng và nửa vòng.

+ Các bó liên nhú: nối giữa nhú trong và nhú ngoài.

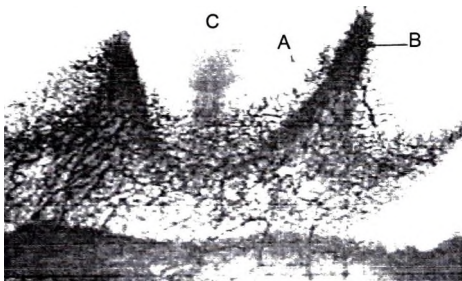
+ Các bó màng xương – lợi: từ màng xương đến phần lợi dính phủ phía trên.

+ Các bó ngang vách: chạy từ xương răng ổ răng này đến xương răng của răng bên cạnh.

– *Mạch máu và thần kinh:*

+ *Mạch máu:* Lợi có hệ thống mạch máu rất phong phú. Các nhánh của động mạch ở răng đến lợi xuyên qua dây chằng quanh răng và vách giữa các răng. Những mạch khác băng qua mặt ngoài hay mặt trong, xuyên qua mô liên kết trên màng xương vào lợi, nối với những động mạch khác từ xương ổ răng và dây chằng quanh răng.

+ *Thần kinh:* Là những nhánh thần kinh không có bao myelin chạy trong mô liên kết, chia nhánh tới tận lớp biểu mô.



Hình 1.3. Mạch máu ở lợi

2. DÂY CHẰNG QUANH RĂNG

Về mặt giải phẫu, dây chằng quanh răng là mô liên kết có cấu trúc đặc biệt, nối liền răng với xương ổ răng

Cấu trúc mô học của dây chằng quanh răng bao gồm các tế bào, sợi liên kết, chất căn bản, mạch máu và thần kinh.

2.1. Các tế bào của dây chằng quanh răng

Các tế bào của dây chằng quanh răng gồm có: nguyên bào sợi, các tiền tạo xương răng bào và tiền tạo cốt bào, tạo xương răng bào, tạo cốt bào, huy cốt bào, tế bào biểu mô, bạch cầu.

2.2. Sợi liên kết của dây chằng quanh răng

Thành phần sợi liên kết chiếm chủ yếu ở dây chằng quanh răng, trong đó phần lớn là các sợi collagen. Hệ thống các bó sợi tạo thành từ các sợi sắp xếp theo hướng từ xương ổ răng đến xương răng. Tùy theo sự sắp xếp và hướng đi của các bó sợi mà có những nhóm dây chằng quanh răng sau:

– Nhóm mào ổ răng: gồm những bó sợi đi từ mào ổ răng đến xương răng gần cổ răng.

– Nhóm ngang: gồm những bó chạy ngang giữa xương răng và xương ổ răng.

- Nhóm chéo: gồm những bó sợi đi từ xương ổ răng chạy chéo xuống dưới và vào trong để bám vào xương răng.

- Nhóm cuống răng: chạy từ xương răng, ở cuống răng đến xương ổ răng.

2.3. Chất căn bản của dây chằng quanh răng

Chất căn bản của dây chằng quanh răng tương tự như ở các mô liên kết khác.

2.4. Mạch máu và thần kinh của dây chằng quanh răng

- *Mạch máu*: so với các mô liên kết khác, dây chằng quanh răng có rất nhiều mạch máu. Hệ thống mạch máu được cung cấp từ ba nguồn:

+ Các nhánh từ động mạch răng: ngay trước khi đi vào lỗ cuống răng, chúng tách nhánh đi về phía thân răng qua dây chằng quanh răng và đến mô lợi.

+ Các nhánh của động mạch liên xương ổ răng và trên chân răng: đi qua lỗ phiên sàng vào dây chằng quanh răng.

+ Các nhánh của động mạch màng xương: đi về phía thân răng qua niêm mạc mặt ngoài và mặt trong của xương ổ răng để đến lợi và nối với hệ thống mạch máu quanh răng qua lợi.

- *Mạch bạch huyết*: Giống như mạch máu, mạch bạch huyết của dây chằng quanh răng tạo thành một mạng lưới dày đặc trông như một cái giỏ, nối tiếp với bạch huyết của lợi và của vách xương ổ răng.

- *Thần kinh*: Dây chằng quanh răng chịu sự chi phối của hai nhóm sợi thần kinh: một nhóm thuộc hệ thống thần kinh cảm giác và một nhóm thuộc hệ thống thần kinh giao cảm.

+ Nhóm thần kinh cảm giác gồm các sợi thần kinh cảm giác đi vào dây chằng quanh răng, là những nhánh tận của đám rối răng trên và đám rối răng dưới. Chúng có thể thu nhận hai loại cảm giác, cảm giác về đau và về áp lực.

+ Các sợi thần kinh giao cảm đi tới các mạch máu, có tác dụng điều hoà lượng máu cung cấp tại chỗ thông qua cơ chế vận mạch.

3. XƯƠNG Ổ RĂNG

Về giải phẫu, xương ổ răng là một bộ phận của xương hàm gồm có:

- *Bản xương* (có cấu tạo là xương đặc):

+ Bản xương ngoài là xương vỏ ở mặt ngoài và mặt trong của xương ổ răng, được màng xương che phủ.

+ Bản xương trong (còn gọi là lá sàng): nằm liền kề với chân răng, có nhiều lỗ thủng (lỗ sàng), qua đó mạch máu từ trong xương đi vào vùng quanh răng và ngược lại.

- *Xương xốp*: nằm giữa hai bản xương trên và giữa các lá sàng.

Cấu trúc mô học của xương ở răng

– Cấu trúc của lớp xương vỏ nhìn chung giống như ở các xương đặc khác, có nghĩa là nó bao gồm các hệ thống Havers. Lớp xương vỏ hàm dưới dày hơn so với lớp xương vỏ hàm trên. Ở cả hai hàm, độ dày của lớp vỏ thay đổi theo vị trí của răng, nhưng nhìn chung mặt trong dày hơn mặt ngoài.

– Xương xốp bao gồm một mạng lưới bề xương mỏng, xen giữa là các khoang tuỷ, chủ yếu lấp đầy tuỷ mỡ. Ở vùng lõi của xương hàm trên và góc xương hàm dưới, có thể thấy tuỷ tạo máu, ngay cả ở người lớn.

– Các tế bào chịu trách nhiệm tái cấu trúc:

+ Tạo cốt bào: hình đa diện lớn, bào tương ưa kiềm, có nhánh bào tương dài.

+ Tế bào xương non: nằm ở phía ngoài vùng xương tân tạo, điều hoà quá trình trưởng thành và khoáng hoá của khung xương mới hình thành.

+ Tế bào xương trưởng thành: có nhiều nhánh bào tương dài nằm trong các tiểu quản xương tiếp xúc với các nhánh bào tương của tế bào xương lân cận.

+ Huỷ cốt bào: là những hợp bào, nằm ngay trên bề mặt xương không có chất dạng xương che phủ. Huỷ cốt bào có ít bào quan, lysosom phát triển, bề mặt tế bào có nhiều vi nhung mao.

4. XƯƠNG RĂNG

Xương răng bọc phần ngà răng ở chân răng. Trong các mô cứng của răng, xương răng là mô có tính chất lý học và hoá học giống với các xương khác, nhưng không có hệ thống Havers và mạch máu. Ở người trưởng thành, các chất nền hữu cơ của xương răng được chế tiết bởi những tế bào xương.

Phần trên của chân răng, lớp xương răng không có tế bào, phần dưới xương răng dày lên theo tuổi và có chứa tế bào xương răng. Phần tận cùng của chân răng có thể thấy những hệ thống Havers và mạch máu xuất hiện.

TỰ LƯỢNG GIÁ

Chọn câu trả lời đúng nhất cho các câu hỏi sau bằng cách khoanh tròn vào chữ cái đầu câu

1. Lợi được chia làm 2 phần:

- A. Lợi tự do và lợi dính.
- B. Lợi tự do và lợi viền.
- C. Lợi dính và lợi viền.
- D. Nhú lợi và lợi viền.

2. Biểu mô phủ bề mặt vùng lợi dính và mặt ngoài lợi viền:
- A. Biểu mô lát tầng sừng hoá.
 - B. Biểu mô không sừng hoá.
3. Các nhóm dây chằng quanh răng:
- A. Nhóm mào ổ răng: gồm những bó sợi đi từ mào ổ răng đến xương răng gắn cổ răng.
 - B. Nhóm ngang: gồm những bó sợi đi từ xương ổ răng chạy chéo xuống dưới và vào trong để bám vào xương răng.
 - C. Nhóm chéo: chạy từ xương răng, ở cuống răng đến xương ổ răng.
 - D. Nhóm cuống răng: gồm những bó chạy ngang giữa xương răng và xương ổ răng.
4. Xương ổ răng bao gồm:
- A. Xương đặc và xương xốp.
 - B. Xương đặc và xương vỏ.
 - C. Xương xốp và lá sàng.
 - D. Xương vỏ và lá sàng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Đỗ Quang Trung (2001), "Hình thái học giải phẫu và sinh lý học vùng quanh răng", *Bệnh học quanh răng*, Bộ môn Răng Hàm Mật, Đại học Y Hà Nội.
2. Hoàng Tử Hùng và CS (2003), "Giải phẫu răng", Nhà xuất bản Y học, Chi nhánh Thành phố Hồ Chí Minh.
3. Hoàng Tử Hùng và CS (2003), "Mô phôi răng miệng", Nhà xuất bản Y học, Chi nhánh Thành phố Hồ Chí Minh.
4. Carraza (2002), "Clinical periodontology", *The tooth supporting structures*, P. 16 – 36.

Bài 2

VI SINH HỌC VÙNG QUANH RĂNG

MỤC TIÊU

1. Trình bày định nghĩa và phân biệt mảng bám răng với các chất bám khác trên bề mặt răng.
2. Trình bày vi khuẩn học của bệnh viêm quanh răng mạn tính.
3. Trình bày vi khuẩn học của bệnh viêm quanh răng phá huỷ.
4. Trình bày vi khuẩn học của bệnh viêm lợi mạn tính do mảng bám.

Bệnh vùng quanh răng là một nhóm các tình trạng viêm ở tổ chức quanh răng gây ra bởi vi khuẩn mảng bám răng. Trong vài thập kỷ gần đây, sự hiểu biết về căn nguyên bệnh vùng quanh răng đã có những tiến bộ đáng kể. Vào khoảng những năm 1950, tất cả các loại vi khuẩn tìm thấy ở mảng bám răng được cho là có nguy cơ gây bệnh ngang nhau. Đầu thập niên 1960, các nghiên cứu cho thấy hệ vi sinh vật của mảng bám răng ở vùng có bệnh và vùng không bệnh có sự khác nhau. Các tiến bộ về kỹ thuật labo trong việc phân lập, nuôi cấy và xác định vi khuẩn trong khoảng đầu những năm 1970 giúp cho nghiên cứu mảng bám răng có những thành công đáng kể trong việc phân loại vi khuẩn ở vùng quanh răng. Vào thập niên 1990, sự áp dụng kỹ thuật phân tử để nhận biết vi khuẩn giúp cho ngành vi khuẩn học tiến bộ vượt bậc, giúp cho sự phân loại các phân nhóm vi khuẩn. Việc nhận biết chi tiết các loài vi khuẩn ở mảng bám răng khó vì nhiều yếu tố: Hệ vi khuẩn ở vùng quanh răng là một hệ phức tạp, nhiều loài cho đến nay vẫn khó hoặc không thể phân lập ở phòng thí nghiệm. Cho đến nay, các nghiên cứu cho thấy rằng nhiều loài được cho là căn nguyên gây bệnh xuất hiện ở vùng bệnh với số lượng lớn nhưng vẫn có ở vùng lành với số lượng ít.

Hiện nay với sự tiến bộ của kỹ thuật nghiên cứu phân tử, nhiều nhóm vi khuẩn đã được xác định là căn nguyên gây bệnh. Tuy nhiên, vẫn còn nhiều điều chưa được giải thích và còn được tiếp tục nghiên cứu trong tương lai.

Mảng bám răng (MBR) là một mảng vi sinh liên quan đến vật chủ. Môi trường của MBR rất quan trọng vì nó có thể thay đổi các thành phần của MBR. Cộng đồng vi khuẩn của MBR được tạo ra bởi sự tương tác của vi khuẩn với răng và sau đó là sự

tương tác giữa các loài vi khuẩn. Hơn thế nữa vi khuẩn ở mảng bám răng còn bị ảnh hưởng bởi môi trường miệng. Vùng quanh răng được duy trì khoẻ mạnh khi mảng bám vi khuẩn cùng tồn tại với vật chủ mà không có tổn thương nào với cả vật chủ và vi khuẩn.

1. ĐỊNH NGHĨA

Mảng bám răng là một mảng mỏng bám cận trên mặt răng và dính vào mặt răng hoặc các mặt cứng trong miệng, dày từ 54 đến 2000 μm . MBR được chẩn đoán phân biệt với các chất bám cận khác trong miệng như là “alba” hay cao răng. **Alba** là các tế bào vi khuẩn và xác các tế bào vật chủ, **cao răng** là cận cứng trên mặt răng do sự khoáng hoá mảng bám răng. Mảng bám màu là các chất màu bám lên răng.

Phân loại: MBR được phân loại thành mảng bám trên lợi và mảng bám dưới lợi:

Mảng bám trên lợi nằm ở trên bờ lợi, phần mảng bám tiếp xúc trực tiếp với bờ lợi gọi là mảng bám bờ lợi.

Mảng bám dưới lợi: nằm dưới bờ lợi, giữa bề mặt răng và thành trong của rãnh lợi. MBR dưới lợi và trên lợi là nơi bắt đầu hình thành cao răng. MBR bờ lợi đóng vai trò khởi phát viêm lợi. MBR dưới lợi có vai trò trong việc phá huỷ tổ chức mềm của vùng quanh răng.

2. THÀNH PHẦN CỦA MẢNG BẨM RĂNG

Chủ yếu là vi khuẩn, 1g (ướt) MBR có 2.10^{11} vi khuẩn. Có hơn 500 loài vi khuẩn được tìm thấy ở MBR. Các nghiên cứu phân tử giúp việc nhận biết vi khuẩn tốt hơn, chủ yếu dựa vào nghiên cứu ribosom DNA. Nhờ vào nghiên cứu phân tử đã xác định được thêm 30% các loại vi khuẩn có khả năng gây viêm lợi, mà trước đó chưa phát hiện được bằng phương pháp phân lập và nuôi cấy. Những loại vi sinh vật không phải là vi khuẩn bao gồm: *Mycoplasma*, nấm, *protozoa* và *virus*. MBR còn có các tế bào biểu mô, đại thực bào, bạch cầu.

Chất gian khuẩn, chiếm khoảng 20% đến 30% khối lượng MBR, gồm có chất vô cơ và hữu cơ có nguồn gốc từ nước bọt, dịch lợi và sản phẩm vi khuẩn. Chất hữu cơ trong MBR gồm có: polysaccharide, protein, glycoprotein, lipid. Glycoprotein có nguồn gốc từ nước bọt phủ lên bề mặt sạch của răng là thành phần quan trọng để tạo nên mảng vô khuẩn. Polysaccharide do vi khuẩn tạo ra. Albumin có nguồn gốc từ dịch lợi. Lipid có nguồn gốc từ vi khuẩn chết, tế bào biểu mô bong ra và các vụn thức ăn.

Thành phần vô cơ của MBR chủ yếu là calci và phospho, ngoài ra còn có muối Na, K, fluoride. Nguồn gốc các chất vô cơ của MBR trên lợi chủ yếu từ nước bọt, khi lượng chất khoáng đọng trên MBR tăng lên thì MBR sẽ chuyển thành cao răng.

Nguồn gốc chất vô cơ ở MBR dưới lợi từ dịch lợi tức là từ huyết thanh. Sự vôi hoá MBR dưới lợi cũng tạo thành cao răng, cao răng dưới lợi màu xanh sẫm hoặc nâu sẫm, có thể là vì bị nhiễm các chất do xuất huyết ở trong rãnh lợi (túi lợi). Fluoride trong mảng bám răng là từ các sản phẩm fluoride trong nước súc miệng, thuốc đánh răng và gel bôi.

Các nghiên cứu theo phương pháp trước đây cho kết quả MBR có đậm độ vật chất đồng đều. Các nghiên cứu mới đây với quá trình làm khô, cố định và gắn chất đánh dấu, nhuộm màu cho thấy cấu trúc MBR không đồng đều và MBR có các kênh lưu chuyển dịch.

Chất tủa của MBR cung cấp môi trường đặc biệt, vi khuẩn ở MBR tồn tại và nhân lên nhờ các chất dinh dưỡng cung cấp bởi các kênh. Những chất tạo ra bởi vi khuẩn ở mảng bám răng được giữ lại và cô đặc, tạo ra sự tương tác sinh học giữa các vi khuẩn.

3. SỰ TẠO THÀNH MẢNG BẨM RĂNG

Được chia làm 3 giai đoạn: tạo màng vô khuẩn trên bề mặt răng, quá trình bám vi khuẩn lên màng, mảng bám trưởng thành.

3.1. Tạo màng vô khuẩn

Tất cả các bề mặt trong miệng đều được phủ một lớp màng glycoprotein, lớp màng này có nguồn gốc chủ yếu từ nước bọt, ngoài ra từ dịch lợi và vi khuẩn và các tế bào vật chủ và mùn thức ăn.

Cơ chế tạo màng trên mặt răng gồm: lực tĩnh điện, lực van der Waals, áp lực kỵ nước.

Trong những giờ đầu, lớp màng này có tác dụng bảo vệ răng, làm trơn bề mặt, ngăn tổ chức bề mặt không bị khô. Tuy nhiên, lớp màng này lại cung cấp tổ chức nền cho vi khuẩn bám lên. Ở vùng tổ chức mềm, vì các tế bào biểu mô liên tục bong ra nên lớp màng này bị phá hủy, ở vùng tổ chức cứng (răng), màng không bị bong và vi khuẩn liên tục tích tụ tạo mảng bám răng.

3.2. Bám vi khuẩn giai đoạn đầu lên màng vô khuẩn

Trong vài giờ đầu, vi khuẩn bám lên màng chủ yếu là vi khuẩn Gram dương như là *Actinomyces viscosus* và *Streptococcus sanguis*, các vi khuẩn này bám lên màng nhờ những phân tử đặc hiệu gọi là chất kết dính nằm trên bề mặt vi khuẩn với các receptor trên màng: *A. viscosus* có các cấu trúc protein sợi gọi là các tua trên bề mặt, các tua này gắn với các protein giàu proline của màng vô khuẩn giúp cho vi khuẩn bám vào màng vô khuẩn.

MBR tiếp tục phát triển do sự sinh sôi của các vi khuẩn đã dính trên MBR và sự bám lên của các loài vi khuẩn khác, có sự chuyển từ cộng đồng của các vi khuẩn hiếu khí sang cộng đồng chủ yếu là các vi khuẩn kỵ khí mà vi khuẩn Gram âm là chủ yếu.

3.3. Bám vi khuẩn giai đoạn sau lên màng bám răng và MBR trưởng thành

Là các vi khuẩn không bám được lên màng vô khuẩn mà bám lên các vi khuẩn đã có trên MBR như là *Prevotella intermedia*, *Prevotella loescheii*, *Capnocytophaga*, *Fusobacterium nucleatum* và *Porphyromonas gingivalis*... Quá trình bám vi khuẩn lên vi khuẩn gọi là kết cụm (coaggregation) do sự tương hợp hoá học lập thể giữa các phân tử protein và carbohydrate trên bề mặt vi khuẩn, ngoài ra còn có lực tĩnh điện, lực kỵ nước, lực van der Waals.

Những vi khuẩn bám ban đầu lên màng vô khuẩn sử dụng oxy (hiếu khí) và làm giảm khả năng cung cấp oxy của môi trường, kích thích sự phát triển của vi khuẩn kỵ khí. Vi khuẩn Gram dương dùng đường làm năng lượng và nước bọt làm nguồn cung cấp carbon. Các vi khuẩn kỵ khí dùng amino acid và peptid làm năng lượng.

Các nghiên cứu *in vitro* đã làm rõ hơn sự quan trọng của cấu trúc và sự tương tác sinh học giữa các loại vi khuẩn trong mảng bám răng. Ví dụ sự tồn tại của *F. nucleatum* rất quan trọng với sự sống của một số loại kỵ khí như *P. nigrescens* và *P. gingivalis*. *F. nucleatum* còn làm giảm lượng oxy ở môi trường mảng bám răng giúp tạo môi trường cho vi khuẩn kỵ khí. Ví dụ: lactate và formate là sản phẩm chuyển hoá của *Streptococci* và *Actinomyces* và có thể được sử dụng bởi các vi khuẩn khác, succinate là sản phẩm chuyển hoá của *C. ochracea* được sử dụng bởi *P. gingivalis*.

Cơ thể vật chủ là nguồn cung dinh dưỡng, ví dụ quá trình phân huỷ ammonia của vật chủ tạo ra các protein, các protein này bị phân hoá bởi enzym của vi khuẩn tạo nguồn cung nitơ.

Các ion sắt từ quá trình phân huỷ hemoglobin giúp cho sự phát triển của *P. gingivalis*.

Như vậy, không chỉ có sự tương tác giữa các loài vi khuẩn và còn có sự tương tác giữa vi khuẩn và cơ thể vật chủ.

4. NGHIÊN CỨU MÀNG BẮM RĂNG Ở VÙNG LẠNH VÀ VÙNG BỆNH

4.1. Màng bám răng ở vùng tổ chức quanh răng bình thường

Số lượng vi khuẩn MBR vùng lạnh ít so với vùng viêm quanh răng. Vùng lạnh chủ yếu là các vi khuẩn thuộc họ *Streptococcus* và *Actinomyces*. Các vi khuẩn Gram âm là *P. intermedia*, *F. nucleatum*, *Capnocytophaga*, *Neisseria*, *Veillonella*. Lượng trực khuẩn di động và xoắn khuẩn rất ít.

Một số loại vi khuẩn ở màng bám răng được xem là có ích với cơ thể: *S. sanguis*, *Veillonella parvula*, *C. ochracea*. Lý do cho sự suy đoán trên là vì chúng xuất hiện với số lượng nhiều ở những vùng xương ổ răng và dây chằng không bị phá huỷ và số lượng ít ở những vùng quanh răng bị phá huỷ. Những loài vi khuẩn này có lẽ giúp cơ thể bằng cách ngăn không cho các loại vi khuẩn có hại sinh sôi phát triển với số

lượng lớn. Ví dụ: *S.sanguis* sinh ra H_2O_2 là chất diệt *A.actinomycetemcomitans*. Các nghiên cứu lâm sàng cho thấy những vùng có số lượng lớn *C.ochracea* và *S.sanguis* có khả năng tái tạo bám dính sau điều trị. Trong tương lai cần có thêm các nghiên cứu về hệ vi sinh mảng bám và sự tương tác giữa các loài vi khuẩn.

4.2. Mảng bám răng ở vùng viêm lợi

Harald Loe gây viêm lợi thực nghiệm như sau: người tham gia nghiên cứu làm vệ sinh răng lợi thật sạch rồi sau đó không chải răng 21 ngày. Kết quả như sau: sau 8 giờ không chải răng, $1mm^2$ bề mặt răng có 10^3 đến 10^4 vi khuẩn. Trong 24 giờ tiếp theo, số lượng vi khuẩn tăng lên 100 đến 1000 lần. Hệ vi khuẩn ban đầu có trực khuẩn và cầu khuẩn Gram dương, cầu khuẩn Gram âm. Lợi chuyển từ trạng thái bình thường sang viêm đồng thời với sự xuất hiện của trực khuẩn Gram âm và vi khuẩn sợi. Tiếp theo đó là xoắn khuẩn và vi khuẩn động.

Vi khuẩn tìm thấy ở MBR viêm lợi mạn gồm 56% Gram dương và 44% Gram âm. Hiếu khí 59% và kỵ khí 41%. Những loài chủ yếu trong nhóm Gram dương gồm: *S.sanguis*, *S.mitis*, *S.intermedius*, *S.oralis*, *A.viscosus*, *A.naerlundii* và *Peptostreptococcus mucros*. Những loài chủ yếu trong nhóm Gram âm gồm: *F.nucleatum*, *Paritermedia*, *V.parvula*, *Hemophilus*, *Capnocytophaga* và *Campylobacter*.

4.3. Vi khuẩn trong MBR ở vùng bệnh viêm quanh răng mạn

Đặc điểm viêm mạn tính của bệnh vùng quanh răng làm cho việc nghiên cứu căn nguyên vi khuẩn khó khăn hơn. Bệnh tiến triển với những tốc độ khác nhau, có những đợt tiến triển phá hủy nhanh xen lẫn với những giai đoạn trầm lắng. Việc xác định vi khuẩn trong các giai đoạn bệnh có sự khó khăn về kỹ thuật. Các phân loại lâm sàng khác nhau theo thời gian cũng ảnh hưởng đến việc xác định và đánh giá vai trò của vi khuẩn.

Dấu hiệu nổi bật của viêm quanh răng là mất tổ chức xương và tạo túi lợi quanh chân răng. Tốc độ tiến triển bệnh và đáp ứng khác nhau với điều trị trên mỗi cá thể mắc bệnh. Các nghiên cứu ở những bệnh nhân không được điều trị thấy trung bình mỗi năm mất thêm 0,05 đến 0,3mm chiều cao bám dính, tuy nhiên các nghiên cứu này chưa khẳng định được quá trình mất bám dính diễn ra từ từ hay từng đợt hay theo cơ chế nào khác.

Nghiên cứu vi khuẩn học viêm quanh răng mạn được thực hiện cả theo chiều dọc thời gian và nghiên cứu cắt ngang. Nghiên cứu theo dõi theo thời gian trên cả nhóm điều trị và nhóm không điều trị. Các nghiên cứu này giúp khẳng định quan niệm: răng viêm quanh răng mạn tính liên quan với vi khuẩn đặc hiệu. Nghiên cứu vi khuẩn học thấy có sự tăng số lượng xoắn khuẩn ở vùng bệnh VQR mạn, nuôi cấy vi khuẩn thấy có nhiều vi khuẩn kỵ khí (tới 90%), Gram âm (75%).

• **Nghiên cứu vi khuẩn học bệnh VQR mạn tính:** các vi khuẩn nuôi cấy được và phát hiện được với số lượng lớn là *P. gingivalis*, *B. forsythus*, *P. intermedia*, *C. rectus*, *Eikenella corrodens*, *F. nucleatum*, *A. actinomycetemcomitans*, *P. micros*, *Tannerella forsythia*, *Treponema* và *Enbacterium*... Khi so sánh vùng quanh răng đang viêm cấp và vùng mạn thấy vùng viêm cấp có các loại sau với số lượng trội: *C. rectus*, *P. gingivalis*, *P. intermedia*, *F. nucleatum*, *B. forsythus*.

4 nhóm vi khuẩn được coi là có vai trò trong quá trình phá hủy xương ổ:

– *Actinobacillus actinomycetemcomitans*.

– *Porphyromonas gingivalis*.

– *Tannerella forsythia*.

– *Treponema denticola*.

Các nghiên cứu gần đây đều ghi nhận sự liên quan giữa VQR mạn tính và họ virus Herpes, nhất là virus Epstein-Barr 1 (EBV-1) và virus Cytomegalo (HCMV). Sự có mặt của hai loại virus này ở dưới lợi thường song hành với sự tăng số lượng *P. gingivalis*, *B. forsythus*, *P. intermedia* và *T. denticola*. Tuy nhiên vai trò gây bệnh của các virus chưa được chứng minh rõ.

4.4. Viêm quanh răng phá huỷ khu trú (còn gọi là viêm quanh răng khu trú tuổi thanh thiếu niên) (Localized Aggressive Periodontitis – LAP).

Là dạng VQR đặc trưng bởi mất bám dính tốc độ nhanh khu trú ở khoảng tuổi trước và sau dậy thì, ở nữ nhiều hơn nam, tổn thương ở răng số 1 và số 6. Bệnh thường gặp ở người suy giảm miễn dịch hoặc bệnh bạch cầu.

P. gingivalis và *A. actinomycetemcomitans* đều xâm nhập tế bào vật chủ và có vai trò quan trọng trong VQR phá huỷ.

Hệ vi sinh vật liên quan bệnh LAP chủ yếu là các vi khuẩn Gram âm, hiếu khí CO và trực khuẩn kỵ khí. Các nghiên cứu vi khuẩn học cho thấy hầu hết các vùng bệnh có *A. Actinomycetemcomitans*, chiếm tới 90% số lượng vi khuẩn, các vi khuẩn khác là *P. Gingivalis*, *E. Corrodens*, *C. Rectus*, *F. Nucleatum*, *B. Capillus*, *Enbacterium brachy* và *Capnocytophaga* và xoắn khuẩn. Các loại virus herpes, đặc biệt là EBV-1, HCMV cũng liên quan với LAP.

A. a được coi là căn nguyên số 1 của bệnh, tuy nhiên cũng có vài trường hợp không tìm thấy A.a ở vùng bệnh.

4.5. Các bệnh viêm quanh răng hoại tử: biểu hiện lâm sàng viêm cấp, hoại tử nhú lợi và đường viền lợi. Liên quan suy giảm miễn dịch. Các triệu chứng khác: miệng có mùi hôi, đau vùng quanh răng, sưng hạch lân cận, sốt, mệt mỏi. *P. Intermedia* và xoắn khuẩn tăng cao, xoắn khuẩn xâm nhập vùng hoại tử và cả vùng tổ chức lành.

4.6. Áp xe vùng quanh răng: là các tổn thương cấp ở vùng quanh răng, phá huỷ nhanh tổ chức quanh răng. Thường là biến chứng của viêm quanh răng không được

điều trị nhưng cũng có thể gặp ở vùng số đếm quanh răng linh và do chấn thương vùng quanh răng. Triệu chứng lâm sàng: sưng đau, có mũ, chảy mủ khi chạm khớp, lung lay răng. Có thể có triệu chứng toàn thân: sưng hạch lân cận, tăng bạch cầu. Vi khuẩn tác ở áp xe: *Fractibacterium*, *P. intermedia*, *P. gingivalis*, *P. micra*, *B. forsythia*.

4.7. Viêm lợi dày thớ Một số nghiên cứu viêm lợi ở một dây thớ cho thấy tỷ lệ của *Caryocystis* tăng trước khi hình viêm lợi nặng lên trong khi đó *P. intermedia* chỉ được phát hiện sau khi khởi phát viêm lợi. Như vậy, có thể kết luận *Caryocystis* là chủ nhân của viêm lợi dày thớ chứ không phải *P. intermedia* vì vi khuẩn này chỉ tăng lên khi có một trường viêm lợi. Một số nghiên cứu gần đây cũng phát hiện sự liên quan của virus Herpes với bệnh viêm lợi và viêm quanh răng, nhưng vai trò của virus như thế nào thì chưa rõ.

TỰ LƯỢNG GIÁ

Chọn câu trả lời đúng cho các câu hỏi sau bằng cách khoanh tròn vào chữ cái đầu câu

1. Bản chất của mảng bám răng:
 - A. Là cấu trúc lin và vi khuẩn.
 - B. Là cấu trúc của khối thức ăn, độ cứng và vi khuẩn.
 - C. Là mảng glycoprotein bám vi khuẩn, là tác nhân chủ yếu của tổn thương do vi khuẩn có nguồn gốc từ nước bọt và thức ăn.
2. Vi khuẩn trên mảng bám răng:
 - A. Có khả năng gây bệnh như nhau.
 - B. Khác nhau ở vùng lin và các vùng bệnh.
 - C. Có tỷ lệ cố định giữa các loài và số lượng vi khuẩn.
 - D. Có thể sống cộng sinh và hại lẫn nhau.
3. Khả năng gây bệnh của vi khuẩn mảng bám răng:
 - A. Phụ thuộc vào số lượng vi khuẩn.
 - B. Phụ thuộc vào vị trí bám của vi khuẩn.
 - C. Phụ thuộc vào độ lin của vi khuẩn.
 - D. Phụ thuộc vào số lượng tác nhân gây bệnh vi khuẩn.
 - E. Tất cả các câu trên.
4. Số loài tỷ lệ vi khuẩn Gram dương và Gram âm ở vùng lin lành mạnh, lợi viêm mạn tính do mảng bám, lợi viêm quanh răng mạn tính:
 - A. Tỷ lệ vi khuẩn Gram âm ở viêm lợi mạn tính là cao nhất so với lợi bình thường và viêm quanh răng mạn tính.

- B. Tỷ lệ vi khuẩn Gram âm cao nhất ở túi lợi viêm quanh răng mạn tính.
 - C. Tỷ lệ vi khuẩn Gram âm và Gram dương tương đương nhau ở lợi lành mạnh, lợi viêm mạn tính và viêm quanh răng mạn tính.
5. So sánh tỷ lệ vi khuẩn kỵ khí và hiếu khí ở vùng lợi lành mạnh, lợi viêm mạn tính và viêm quanh răng mạn tính:
- A. Tỷ lệ vi khuẩn kỵ khí cao nhất trong túi lợi viêm quanh răng mạn tính.
 - B. Tỷ lệ vi khuẩn kỵ khí cao nhất ở vùng viêm lợi mạn tính.
 - C. Tỷ lệ vi khuẩn kỵ khí và hiếu khí tương đương ở viêm lợi mạn tính và viêm quanh răng mạn tính.
6. Vi khuẩn nào là thủ phạm chính của viêm quanh răng loét hoại tử:
- A. Xoan khuẩn.
 - B. P. Intermedia
 - C. P. gingivalis.
 - D. Tannerella forsythia.

Điền từ hoặc cụm từ thích hợp vào chỗ trống cho các câu hỏi sau:

7. Nêu tên một vài vi khuẩn thường thấy ở túi lợi của viêm quanh răng mạn tính:
- A.
 - B.
 - C.
 - D.
8. Nêu tên một vài vi khuẩn thường thấy ở túi lợi của viêm quanh răng phá hủy:
- A.
 - B.
 - C.
 - D.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

Tiếng Việt

1. Đỗ Quang Trung (2008): *Vi khuẩn học vùng quanh răng*. Bài giảng dành cho sinh viên chuyên khoa Răng hàm mặt.

Tiếng Anh

2. Duncan M (2000). *Oral microbiology and genomics*. Periodontol 2000: 38: 63–71.
3. Ellen RP, Galimanas VB. (2000): *Spirochetes at the forefront of periodontal infections*. Periodontol 2000: 38: 13–32.

4. Fine DEJ, Knight JB, Kachany SC, Schirmer HC (2000). How we get attached to *Acetivibacillus acetivibrio* and a model for infectious diseases. *Periodontol* 2000; 42: 114-157.
5. Holt SC, Ebersole JL (2000). *Porphyromonas gingivalis*, *Treponema denticola* and *Tannerella forsythia* the 'red complex': a prototype polibacterial pathogenic consortium in periodontitis. *Periodontol* 2000; 38: 77-122.
6. Socransky SS, Haefliger AD (2000). *Periodontal microbial ecology*. *Periodontol* 2000; 38: 135-187.
7. Turner ACR, Ipatt S (2000). *Tannerella forsythia*, a periodontal pathogen emerging in genomic era. *Periodontol* 2000; 42: 88-115.

Bài 3

CƠ CHẾ BẢO VỆ CỦA LỢI

MỤC TIÊU

1. Trình bày các thành phần của dịch lợi.
2. Trình bày các thành phần có trong nước bọt.
3. Trình bày vai trò của nước bọt trong bệnh vùng quanh răng.

1. VAI TRÒ CỦA DỊCH RĂNG LỢI

Dịch lợi đã được các nhà sĩ chứng minh là có và thu thập bằng cách đặt kim giấy từ thế kỷ XIX nhưng mãi đến thập niên 1950 của thế kỷ XX, Waerhaug, Brill và Krasse mới tìm ra thành phần và vai trò của dịch lợi. Các nhà nghiên cứu khác sau đó đã làm thí nghiệm tiêm chất fluorescein vào tĩnh mạch chó và đặt giấy thấm vào trong rãnh lợi, 3 phút sau khi tiêm đã thu được chất fluorescein từ rãnh lợi, chứng tỏ rằng dịch rãnh lợi có nguồn gốc từ mạch máu thấm qua tổ chức liên kết và đi vào rãnh lợi.

Trong các nghiên cứu tiếp theo, Brill khẳng định sự tồn tại của dịch lợi ở người và đó là dịch thấm. Tuy nhiên, nhiều nhà nghiên cứu khác cho rằng dịch lợi chỉ có khi viêm lợi (dịch rỉ viêm) chứ không phải là dịch thấm, khi lợi bình thường, không có hoặc chỉ có một lượng nhỏ dịch lợi.

Cách lấy dịch lợi: dùng kim giấy, băng giấy, chỉ xoắn đặt vào rãnh lợi để thấm.

Lượng dịch lợi thu được từ băng giấy có thể được lượng giá bằng nhiều cách:

– Nhuộm thuốc ninhydrin phản thấm ướt dịch lợi rồi đo diện tích bề mặt dưới kính hiển vi.

– Phương pháp định lượng điện tử: sự ướt của băng giấy ảnh hưởng đến dòng chảy của các electron và cho số đo. Dùng máy Periotron của Harco Electronics, Winnipeg, Manitoba, Canada.

Lượng dịch lợi thu được là rất nhỏ, Cimasoni dùng băng giấy 1.5mm đặt vào rãnh lợi khi lợi viêm nhẹ thu được 0.1mg dịch lợi trong 3 phút. Challacombe dùng phương pháp đo đồng vị trên những người tự nguyện khoẻ mạnh, thấy dịch lợi ở kẽ răng hàm từ 0.43 đến 1.56mg.

2. THÀNH PHẦN CỦA DỊCH LỢI

Các chất hữu cơ ví dụ như protein và carbohydrate, các nghiên cứu cho thấy rằng nồng độ glucose trong dịch lợi cao gấp 4 lần huyết tương, vì các vi khuẩn trong dịch lợi cũng tạo ra glucose. Nồng độ protein trong dịch lợi thấp hơn huyết tương, nhưng chưa có nghiên cứu nào giải thích được điều này.

Các kháng nguyên, enzym, các thành phần có nguồn gốc từ tế bào cơ thể, ví dụ như tế bào biểu mô bong ra, các loại bạch cầu thoát qua hàng rào biểu mô, các chất điện phân, ví dụ: ion natri, calci, kali. Các nghiên cứu cho thấy rằng khi viêm lợi thì lượng ion natri và calci trong dịch lợi tăng cao. Trong dịch lợi còn có các sản phẩm chuyển hoá của cơ thể và vi khuẩn: acid lactic, urê, hydroxyproline, endotoxine, hydrogen sulfit, các chất gây độc tế bào, các chất kháng khuẩn.

Bạch cầu: trong dịch lợi có các bạch cầu, chủ yếu là bạch cầu đa nhân trung tính (91,2 – 91,5%), đơn nhân (8,5 – 8,8%), bạch cầu bị hấp dẫn bởi vi khuẩn trong mảng bám răng, nhưng ở vùng lợi bình thường cũng có bạch cầu trong dịch lợi, bạch cầu có khả năng thực bào để ngăn không cho mảng bám răng xâm nhập rãnh lợi.

Các chất trung gian của phản ứng miễn dịch dịch thể: có các cytokine, ví dụ: interferon α có tác dụng ngăn cản tiêu xương, tuy nhiên interleukin 1 α và interleukin 1 β kích thích tạo prostaglandin gây tiêu xương ổ răng.

Kháng thể: Trong dịch lợi có nhiều IgG và IgM thoát qua khoảng gian bào của biểu mô, có IgA có nguồn gốc từ nước bọt (từ các tuyến nước bọt chính).

3. TÍNH THẤM CỦA BIỂU MÔ KHÔNG SÙNG HOÁ VÀ BIỂU MÔ BÁM DÍNH

Những nghiên cứu của Brill và Krasse với chất fluorescein, các nghiên cứu của các tác giả sau này với mực Ấn Độ, ion saccharate sắt cho thấy những chất và phân tử có kích thước 1 μ m như là albumin, endotoxin, thymidin, histamin, phenytoin có thể thấm qua khoảng gian bào biểu mô để vào rãnh lợi.

4. VAI TRÒ CỦA NƯỚC BỌT ĐỐI VỚI LỢI

4.1. Các yếu tố chống vi khuẩn

Nước bọt có các chất vô cơ và hữu cơ có khả năng ngăn cản vi khuẩn và các sản phẩm của vi khuẩn ảnh hưởng lên môi trường miệng. Chất vô cơ như là các ion, khoáng bicarbonate, sodium, potassium, phosphate, calcium, fluoride, ammonium, carbon dioxide. Chất hữu cơ như là lysozyme, myeloperoxidase, lactoperoxidase, glycoprotein, mucin, β_2 -macroglobulin, fibronectin và các kháng thể.

4.1.1. Men kháng khuẩn

Lysozyme là một enzym thủy phân có tác dụng cắt các mối nối của glycopeptide. Lysozyme hoạt động trên cả vi khuẩn Gram dương và Gram âm.

Hệ thống lactoperoxidase–thiocyanate trong nước bọt có tác dụng diệt một số dòng của họ *Lactobacillus* và *Streptococcus* bằng cách ngăn cản sự tích lũy lysine và acid glutamic là 2 chất cần thiết cho sự phát triển của vi khuẩn. Một chất kháng khuẩn khác trong nước bọt là lactoferrin, rất hiệu quả chống lại các loài *Actinobacillus*.

Myeloperoxidase, một enzym tương tự như peroxidase trong nước bọt được tiết ra bởi các bạch cầu để diệt *Actinobacillus* và còn có tác dụng ngăn cản sự bám của *Actinomyces* vào hydroxyapatite.

4.1.2. Kháng thể trong nước bọt

Nước bọt, cũng như dịch lệ, chứa các kháng thể được tái hoạt hoá bởi các vi khuẩn trong môi trường miệng, nước bọt có nhiều IgA, ít IgM và IgG. Tất cả các tuyến nước bọt đều tiết IgA. IgA, ngăn cản sự bám của các loại *Streptococcus* vào tế bào biểu mô và bề mặt răng.

Các phân tử glycoprotein nhầy ở trong nước bọt có thể gắn lên các vi khuẩn ở màng bám và vi khuẩn lại dễ dàng gắn lên các phân tử glycoprotein (chất tựa của màng bám) này. Các phân tử glycoprotein có khả năng kết hợp với các phân tử hydroxyapatite tạo nên cao răng. Khi số lượng vi khuẩn ít và phân tử glycoprotein nhầy nhiều thì glycoprotein có thể tạo thành màng bao quanh vi khuẩn để vô hiệu hoạt động của vi khuẩn.

4.1.3. Bạch cầu. Nước bọt có bạch cầu, chủ yếu là bạch cầu đa nhân, số lượng bạch cầu đa nhân khác nhau ở mỗi người, khác theo giờ trong ngày và tăng lên khi bị viêm lợi. Nguồn gốc các bạch cầu từ tổ chức liên kết và thoát qua biểu mô bám dính ở đáy rãnh lợi (hoặc túi lợi). Tốc độ thoát bạch cầu tương ứng với mức độ viêm lợi.

4.1.4. Vai trò của dòng chảy nước bọt đối với tác nhân gây bệnh ở tổ chức quanh răng. Nước bọt tiết ra các thành phần để hình thành lớp màng dính trên bề mặt răng và tế bào biểu mô lợi, giúp sự phát triển của màng và quá trình chuyển hoá trên màng. Tốc độ dòng chảy nước bọt và thành phần nước bọt ảnh hưởng đến sự hình thành cao răng, sâu răng và bệnh quanh răng. Trên động vật thí nghiệm cắt bỏ tuyến nước bọt thì tỷ lệ bệnh sâu răng tăng, bệnh quanh răng tăng và chậm lành vết thương.

4.1.5. Tác dụng đệm và dòng vốn của nước bọt. Các ion OH^- tập trung trên bề mặt biểu mô và bề mặt răng có vai trò đệm quan trọng, tạo pH base để ngăn sự hoạt động của vi khuẩn. Nước bọt chứa yếu tố VIII, IX và X, yếu tố tiền plasma thromboplastin, các yếu tố này làm máu đông nhanh hơn và nhờ vậy ngăn chặn được sự xâm nhập của vi khuẩn.

4.2. Các enzym

Các enzym có trong nước bọt có nguồn gốc từ các tuyến nước bọt, enzym chính của tuyến mang tai là amylase. Khi có bệnh viêm quanh răng thì một số enzym tăng lên:

hyaluronidase, lipase, B – glucuronidase, chondroitin sulfate, amino acid decarboxylase, catalase, peroxidase, collagenase.

Các enzym phân giải protein có trong nước bọt được tạo bởi cả cơ thể và các vi khuẩn có trong miệng. Những enzym này được cho là yếu tố góp phần vào sự khởi phát và tiến triển bệnh viêm quanh răng. Để chống lại các enzym này, các tuyến nước bọt sản sinh ra men chống lại quá trình tiêu protein, ví dụ như là cathepsin và antileucoprotease.

TỰ LƯỢNG GIÁ

Chọn câu trả lời đúng nhất cho các câu hỏi sau bằng cách khoanh tròn vào chữ cái đầu câu

1. Thành phần của dịch lợi:

- A. Glucose.
- B. Protein.
- C. Các kháng thể IgG và IgM.
- D. Các bạch cầu và các chất trung gian của phản ứng miễn dịch.
- E. Cả 4 câu trên.

2. Nước bọt bảo vệ vùng quanh răng nhờ các thành phần:

- A. Có nhiều kháng thể IgA.
- B. Lysozyme có tác dụng cắt các mối nối của glycopeptide của vi khuẩn Gram dương và Gram âm.
- C. Lactoperoxidase – thiocyanate trong nước bọt có tác dụng diệt một số dòng của họ *Lactobacillus* và *Streptococcus*.
- D. Myeloperoxidase được tiết ra bởi các bạch cầu để diệt *Actinobacillus* và còn có tác dụng ngăn cản sự bám của *Actinomyces* vào hydroxyapatite.
- E. Bạch cầu đa nhân trung tính.
- F. Glycoprotein.
- G. Cả 5 loại thành phần trên.

3. Tác động tiêu cực của nước bọt với bệnh vùng quanh răng:

- A. Các enzym phân giải protein góp phần khởi phát và tiến triển bệnh viêm quanh răng do vi khuẩn sinh ra.
- B. Các enzym phân giải protein góp phần khởi phát và tiến triển bệnh viêm quanh răng do cơ thể sinh ra.
- C. Các enzym phân giải protein góp phần khởi phát và tiến triển bệnh viêm quanh răng do cả vi khuẩn và cơ thể sinh ra.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Attstrom R (1970): *Presence of leukocytes in the crevices of healthy and clinically inflamed gingiva*. J Periodontol, 5:42.
2. Attstrom R, Egeberg J (1970): *Emigration of blood neutrophils and monocytes into the gingival crevices*. J Periodont Res, 5:48.
3. Brill N (1969): *The gingival pocket fluid. Studies of its occurrence, composition and effect*. Acta Odont Scand 1969. 20 (suppl 32): 159.
4. Bulkacz J (1986): *Enzymatic activities in gingival fluid with special emphasis on phospholipases*. J Western Soc Periodont 1986; 36:145.
5. Griffiths GS, Sterne JAC, Wilton JMA, Eaton KA, Johnson NW(1992): *Associations between volume and flow rate of gingival crevicular fluid and clinical assessments of gingival inflammation in a population of British male adolescents*. J Clin Periodontol 1992; 19: 464 – 470.
6. Hinrichs JE, Bandt CL, Smith JA (1984): *Relative error (variability) associated with an improved instrument for measuring gingival crevicular fluid*. J Periodontol 1984; 55: 294 – 298.

Bài 4

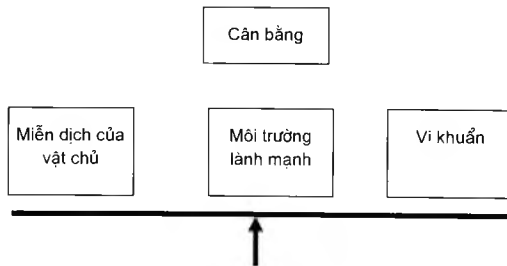
ĐÁP ỨNG CỦA MIỄN DỊCH TRONG BỆNH VÙNG QUANH RĂNG

MỤC TIÊU

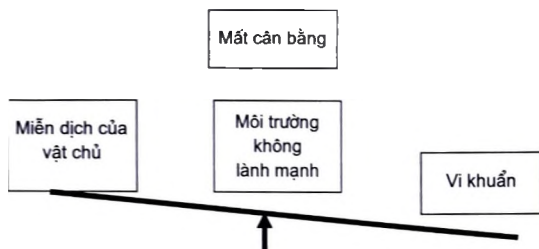
1. Mô tả được các hình thức đáp ứng miễn dịch bẩm sinh của vật chủ với tác động của vi sinh vật.
2. Mô tả và nêu tác dụng của đáp ứng miễn dịch dịch thể và miễn dịch qua trung gian tế bào.

1. SỰ TẤN CÔNG CỦA VI SINH VẬT VÀ ĐÁP ỨNG CỦA VẬT CHỦ

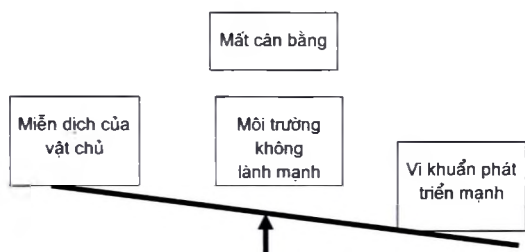
Sự chống đỡ của vật chủ giống như con dao 2 lưỡi, mặc dù nó có ý nghĩa bảo vệ nhưng cũng có thể gây tổn thương mô nha chu. Bình thường có một sự cân bằng giữa khả năng chống đỡ của vật chủ, khả năng gây bệnh của vi khuẩn và môi trường sinh thái học bên trong mô nha chu, vì vậy bất cứ một sự rối loạn nào cũng có thể làm mất đi trạng thái cân bằng và dẫn đến phá hủy mô nha chu (Hình 4.1).



Hình 4.1. Miễn dịch của vật chủ chống lại khả năng gây bệnh của vi khuẩn, trong môi trường nha chu lành mạnh



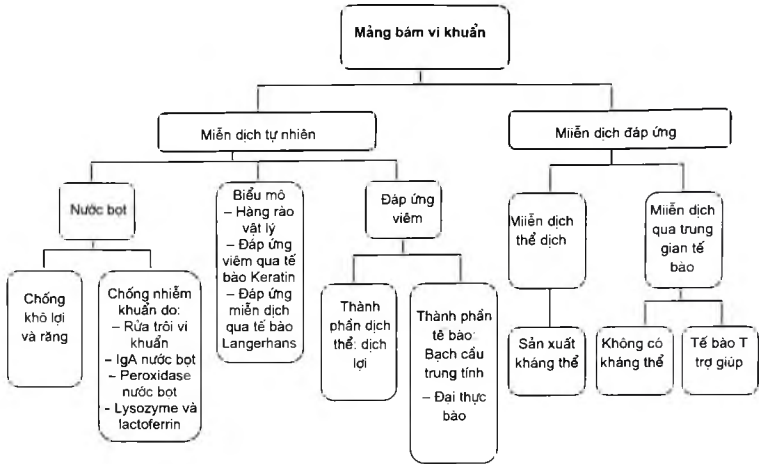
Hình 4.2. Miễn dịch của vật chủ giảm không còn đủ sức chống lại sự tấn công của vi khuẩn.



Hình 4.3. Vi khuẩn phát triển mạnh quá mức bảo vệ của cơ thể.

Hình 4.1: Khái niệm về sự cân bằng giữa miễn dịch của vật chủ, sức tấn công của vi khuẩn và môi trường. Hình 4.2. Miễn dịch vật chủ bị tổn thương và suy giảm, không còn cân bằng được sự tấn công của vi khuẩn. Hình 4.3. Vi khuẩn phát triển quá mạnh, vượt quá mức miễn dịch của cơ thể, dẫn đến sự mất cân bằng và gây tổn thương cấu trúc mô nha chu – điều này có thể là do giảm chất lượng môi trường trong miệng hoặc thay đổi số lượng/chất lượng vi khuẩn.

Màng bám vi khuẩn là tác nhân đầu tiên trong sự phát triển bệnh quanh răng, tuy nhiên sự miễn dịch này còn phụ thuộc vào khả năng chống đỡ của vật chủ ở từng bệnh nhân (Hình 4.2), cũng như yếu tố di truyền. Màng bám trong rãnh lợi làm khởi phát đáp ứng viêm. Miễn dịch bám sinh là miễn dịch có sẵn mà không cần kinh nghiệm và sự phơi nhiễm từ trước. Miễn dịch thích ứng được hình thành từ những tác nhân kích thích đặc hiệu, và có khả năng nhận dạng, nhớ và gắn với kháng nguyên để loại trừ những tác nhân gây viêm, bao gồm miễn dịch dịch thể và miễn dịch qua trung gian tế bào. Các chất hoá học trung gian là sản phẩm của quá trình viêm và phản ứng miễn dịch.



Hình 4.4. Cơ thể của vật chủ chống lại sự tấn công của vi khuẩn

2. NHỮNG THÀNH PHẦN CHỦ YẾU CỦA ĐÁP ỨNG VẬT CHỦ

2.1. Đáp ứng viêm

Đây là phản ứng nhanh chóng của mô mềm với thương tổn. Chức năng của nó là làm ngăn chặn và giảm thiểu các vi sinh vật có hại, tiêu diệt chúng và bảo vệ vật chủ khỏi sự xâm nhập của vi khuẩn. Đây là miễn dịch không đặc hiệu mặc dù có những bằng chứng rằng đáp ứng này có một vài mặt có tính đặc hiệu (như lipopolysaccharid trên màng tế bào vi khuẩn Gram âm được nhận diện một cách đặc hiệu bởi các receptor của vật chủ như những receptor hình chuông).

Ngoài ra, phản ứng này cũng có thể gây hại.

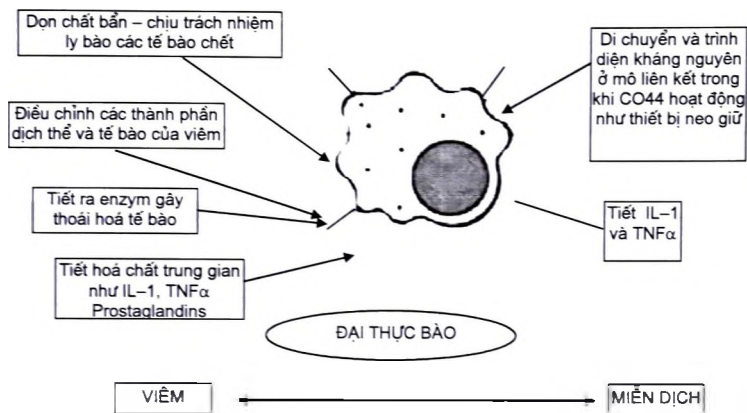
Dịch thể và dịch túi lợi được hình thành là kết quả của quá trình viêm cấp sẽ rửa sạch các vi khuẩn bề mặt trong rãnh lợi, thể tích của nó tăng lên cùng với sự tăng lên của quá trình viêm, nó bao gồm những chất trung gian hoá học của quá trình viêm và các chất kháng khuẩn (như bổ thể, kháng thể và những sản phẩm bị phá vỡ từ màng bám vi khuẩn).



Hình 4.5. Bạch cầu trung tính

Đáp ứng miễn dịch qua trung gian tế bào bao gồm các bạch cầu đa nhân trung tính, chúng hình thành hàng rào bảo vệ đầu tiên (Hình 4.5), và các đại thực bào, chúng giữ chức năng rất quan trọng trong cả quá trình viêm và đáp ứng miễn dịch

(Hình 4.6). Sự giảm bạch cầu đa nhân trung tính góp phần làm tăng sự phá hủy mô nha chu có thể gặp trong một số rối loạn khác như: hội chứng Chediak – Higashi, hội chứng Papillon – Lefevre, thiếu hụt kết dính bạch cầu, một vài trường hợp viêm quanh răng khu trú tiến triển, bệnh tiểu đường khó kiểm soát.



Hình 4.6. Vai trò của đại thực bào trong viêm và miễn dịch

2.2. Biểu mô

Biểu mô còn nguyên vẹn tạo nên một hàng rào tự nhiên với vi khuẩn màng bám và được thực hiện bởi: các tế bào biểu mô sẽ liên kết chặt chẽ với nhau; sừng hoá; là hàng rào có tính thấm; tuy nhiên một khi biểu mô nổi đã bị chuyển thành biểu mô túi, với loét vi thể và các vết nứt, thì chức năng bảo vệ sẽ bị tổn thương.

Đáp ứng viêm là do:

– Những tế bào của biểu mô bám dính, có khả năng giải phóng ra các cytokine, đặc biệt là interleukin 8 (IL-8), IL-1, yếu tố hoại tử α (TNF α), và cytokine 2 hoá ứng động bạch cầu đa nhân trung tính.

– Sự giải phóng ra các kháng thể bản chất là các peptid như chuỗi α và β . Đáp ứng miễn dịch xảy ra là kết quả của tế bào Langerhans (đại thực bào) trong biểu mô lợi.

2.3. Nước bọt

Nước bọt trong miệng có tác dụng làm cho răng, lợi và mô mềm không bị khô. Nó còn có vai trò kháng vi sinh vật.

Khả năng chống vi khuẩn của nước bọt dựa vào:

– Khả năng bảo vệ răng và niêm mạc miệng của nước bọt dựa các phân tử glycoprotein, các phân tử này tạo thành màng nhầy dính lên bề mặt răng, nếu số

lượng vi khuẩn không tăng nhanh (ở người vệ sinh răng miệng tốt) thì các phân tử glycoprotein bao bọc lấy các vi khuẩn, ngăn hoạt động cố hại của vi khuẩn: tuy nhiên hoạt động này cũng có thể trở thành cố hại khi số lượng vi khuẩn nhiều và tăng nhanh (ở người vệ sinh răng miệng không hiệu quả).

- Các kháng thể có trong nước bọt (chủ yếu là IgA) có tác dụng diệt khuẩn.

- Các bạch cầu trong nước bọt (chủ yếu là bạch cầu đa nhân) có tác dụng diệt khuẩn.

- Các ion OH^- có trong nước bọt ngăn cản hoạt động của vi khuẩn.

- Một số enzyme trong nước bọt có khả năng kháng khuẩn như: Lysozyme, lactoperoxidase – thiocyanate, lactoferrin... Tuy nhiên ở những bệnh nhân mắc viêm quanh răng lại xuất hiện một số enzyme cố hại, ví dụ peroxidase, collagenase có tác hại phân giải protein, để chống lại những enzyme này nước bọt sinh một số enzyme khác như là cathepsin và antileucoprotease...

- Dòng chảy nước bọt có tác dụng làm sạch cơ học các chất mùn bám và vi khuẩn trên bề mặt răng.

Giảm tiết nước bọt (chứng khô miệng) dẫn đến tích tụ cao răng trên lợi, viêm lợi và sâu cổ răng. Điều này có thể do: đang uống một số loại thuốc đặc biệt (thuốc chống trầm cảm, thuốc chống loạn thần, thuốc chống ngộ độc muscarinic), thờ miệng hoặc sau xạ trị hay phẫu thuật cắt tuyến nước bọt.

2.4. Đáp ứng miễn dịch dịch thể

Là loại miễn dịch mà sản phẩm trực tiếp là kháng thể.

- Các tế bào Langerhans đưa các vật liệu kháng thể từ quá trình thực bào đến hạch bạch huyết và trình diện nó với các tế bào lympho lưu hành. Các tế bào này sẽ nhận diện các kháng nguyên đặc hiệu và nhân rộng vô tính.

- Các tế bào lympho B thì biệt hoá thành các tương bào và sản xuất ra kháng thể chống lại kháng nguyên đặc hiệu dưới sự kiểm soát của tế bào lympho trợ giúp T.

- Kháng thể được sản xuất ra để bảo vệ cơ thể, chủ yếu là IgG và IgA, ngoài ra còn có IgM (chủ yếu từ nước bọt và dịch lợi).

- Kháng thể có thể được sản xuất từ hệ thống hoặc khu trú tại chỗ để: ngưng kết các vi sinh vật; ngăn chặn chúng bám chặt vào các tế bào biểu mô; kết hợp với bề mặt phân giải vi khuẩn; kết hợp với tế bào bạch cầu đa nhân trung tính trong quá trình opsonin hoá và thực bào.

- Chuẩn độ kháng thể khác nhau ở từng cá thể và khác nhau ở trước hoặc sau điều trị; nhìn chung là chúng thường tăng lên sau khi điều trị.

- Nồng độ kháng thể cao có thể chứng tỏ đang có đáp ứng miễn dịch dương tính hoặc sự bất lực của cơ thể khi loại bỏ tác nhân gây bệnh.

2.5. Đáp ứng miễn dịch qua trung gian tế bào và các chất hoá học trung gian

Loại miễn dịch này không cần kháng thể vì tế bào lympho T có receptor của nó. Khi kháng nguyên xâm nhập, lympho bào trợ giúp T sẽ: sản xuất ra các cytokine, nó sẽ kích thích tế bào lympho B biệt hoá thành tương bào, hoạt hoá các bạch cầu đa nhân

trung tính và đại thực bào (Hình 4.5, Hình 4.6). Hình ảnh mô học của viêm lợi thì phù hợp với đáp ứng của T-helper1. Trong quá trình tiến triển từ viêm lợi tới viêm quanh răng tế bào B sẽ thay thế phần lớn tế bào T trong thương tổn, tế bào T đóng vai trò điều hòa miễn dịch. Mỗi quan hệ giữa các loại tế bào T-helper (Th1, Th2) còn chưa được hiểu rõ, nhưng trong tổn thương viêm quanh răng thấy số lượng tế bào Th2 nhiều hơn tế bào Th1. Trừ trường hợp nhiễm *Aggregatibacter actinomycetemcomitans* có nồng độ IgG2 cao do tế bào Th1 sản xuất ra.

Các chất trung gian hoá học hòa tan được có vai trò điều hòa mối liên hệ giữa đáp ứng viêm, đáp ứng miễn dịch và sự tổn thương mô mềm. Tác dụng của chúng rất ngắn, có hiệu lực và nhanh chóng bị bất hoạt.

Các chất này bao gồm:

– Các cytokine như: tiền chất của quá trình viêm IL-1, IL-6 và TNF α ; chất chống viêm IL-4 và IL-10, và TGF β (yếu tố tăng trưởng) (vừa là tiền chất của quá trình viêm, vừa là chất chống viêm).

– Prostaglandin như PGE-2 (gây tiêu xương, hoá ứng động bạch cầu đa nhân trung tính, giãn mạch và thay đổi tính thấm thành mạch).

– Hệ thống metalloproteinases (tiền chất của quá trình viêm, thoái hoá mô liên kết).

Kết luận:

– Luôn luôn có sự cân bằng giữa mảng bám vi sinh vật, khả năng chống đỡ của vật chủ và môi trường sinh thái học bên trong môi trường miệng.

– Đáp ứng miễn dịch bẩm sinh và miễn dịch thích ứng có vai trò bảo vệ để chống lại mảng bám nhưng bên cạnh đó nó cũng có hại.

– Miễn dịch bẩm sinh bao gồm đáp ứng viêm, nước bọt và tổ chức mô nguyên vẹn.

– Miễn dịch thích ứng gồm đáp ứng miễn dịch dịch thể (quan trọng nhất) và đáp ứng miễn dịch qua trung gian tế bào.

– Chất trung gian hoá học tạo nên mối liên quan giữa đáp ứng viêm và đáp ứng miễn dịch.

TỰ LƯỢNG GIÁ

Chọn câu trả lời đúng nhất cho các câu hỏi sau bằng cách khoanh tròn vào chữ cái ở đầu câu

1. Đáp ứng miễn dịch tự nhiên (bẩm sinh) bao gồm:

- A. Hàng rào biểu mô.
- B. Dịch lợi.
- C. Nước bọt.
- D. Cả ba thành phần trên.

2. Đáp ứng miễn dịch dịch thể:

- A. Do các tế bào Langerhan ở trong biểu mô thực hiện.
- B. Do các kháng thể lưu hành trong máu, dịch lợi, nước bọt thực hiện.
- C. Do các lympho B thực hiện qua việc sản sinh kháng thể.
- D. Do các lympho T điều khiển.
- E. Cả 4 câu trên.

3. Miễn dịch qua trung gian tế bào:

- A. Được điều khiển bởi lympho T trợ giúp.
- B. Có hoạt động của lympho B biến thành tương bào và các đại thực bào và bạch cầu đa nhân trung tính.
- C. Có hoạt động của các chất trung gian hoá học để kích thích các tế bào.
- D. Cả 3 câu trên.

4. Sự khoẻ mạnh của mô quanh răng dựa vào:

- A. Khả năng chống đỡ của cơ thể mạnh hơn khả năng tấn công của vi khuẩn và các tác nhân gây bệnh khác.
- B. Các vi khuẩn gây bệnh bị diệt hoàn toàn.
- C. Sự cân bằng giữa khả năng chống đỡ tại chỗ trong miệng cơ thể người với sự tác động của các vi sinh vật.
- D. Sử dụng vaccine để xây dựng hàng rào miễn dịch bảo vệ cơ thể.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

Tiếng Việt

1. Đỗ Quang Trung (2008): *Bệnh sinh và bệnh căn bệnh vùng quanh răng*. Bài giảng dành cho sinh viên chuyên khoa Răng hàm mặt.

Tiếng Anh

2. Denis F. Kinane (2000), "Environmental and other modifying factors of the periodontal diseases". *Periodontology 2000*, Vol. 40, 2006, 107–119.
3. Jan Lindhe (2009). "Host-Parasite Interactions in Periodontal Disease". *Clinical Periodontology and Implant Dentistry*. 2009. 150–175.
4. Susan Kinder Haake et al (2000) "Microbial interactions with the Host in Periodontal Diseases". 132–152.
5. Yamazaki, K., Nakajima, T. & Hara, K. (1995). "Immunohistological analysis of T cell functional subsets in chronic inflammatory periodontal disease". *Clinical Experimental immunology* 99, 384–391.

SANG CHẤN KHỚP CẦN VÀ MÔ QUANH RĂNG

MỤC TIÊU

1. Trình bày định nghĩa sang chấn khớp cần.
2. Trình bày quan điểm của Glickman và Waerhaug khi nghiên cứu mô bệnh học vùng bị sang chấn khớp cần.
3. Trình bày các triệu chứng của sang chấn khớp cần.

Sang chấn khớp cần là loại sang chấn do răng đối diện tạo một lực quá mức lên mặt nhai hoặc rìa cắn dẫn đến những thay đổi mô học ở xương ổ răng. Sang chấn khớp cần thường xuất hiện ở những răng bị nghiêng về phía gần sau khi mất răng phía trước, ở răng bị bệnh viêm quanh răng dẫn đến lung lay di chuyển, ở răng bị hàn thừa mặt nhai.

1. ĐỊNH NGHĨA

Hội thảo quốc tế về phân loại bệnh và tình trạng vùng quanh răng năm 1999 do Viện hàn lâm Nha chu Mỹ (American academy of periodontology) tổ chức đã định nghĩa: *Sang chấn khớp cần (SCKC) trong bệnh vùng quanh răng là những thay đổi bệnh lý hoặc thay đổi thích nghi ở vùng quanh răng do lực trong khi cắn nhai. Sang chấn khớp cần xảy ra khi tổ chức quanh răng nhận lực truyền từ răng lớn tới mức quá khả năng truyền lực từ xương ổ răng ra xương hàm xung quanh.*

Sang chấn khớp cần chỉ có thể chẩn đoán chắc chắn khi làm mô bệnh học, do vậy các triệu chứng lâm sàng và Xquang là những dấu hiệu hỗ trợ. Ngoài việc tạo ra các tổn thương ở vùng quanh răng, lực còn tạo ra sang chấn ở khớp thái dương hàm, các cơ cắn, tủy răng.

Hội nghị năm 1999 chia SCKC làm hai trường hợp tiên phát và thứ phát:

Sang chấn khớp cần tiên phát là sang chấn xảy ra với ba điều kiện đồng thời: chiều cao xương ổ bình thường, chưa mất bám dính, lực từ răng đối diện quá mức.

Sang chấn khớp cần thứ phát là sang chấn xảy ra với ba điều kiện đồng thời: xương ổ răng đã giảm chiều cao, có mất bám dính, lực từ răng đối diện bình thường hoặc quá mức.

Tác động của sang chấn tiên phát và sang chấn thứ phát lên vùng quanh răng như nhau. Sang chấn khớp cắn xảy ra khi tổ chức quanh răng nhận lực truyền từ răng vào lớn tới mức quá khả năng truyền lực từ xương ổ răng ra xương hàm xung quanh.

Stillman năm 1971, đưa ra định nghĩa sang chấn khớp cắn: là một tình trạng tổn thương tổ chức quanh răng do hoạt động nhai ở vị trí khớp hàm tối đa. Tổ chức Y tế Thế giới năm 1978, định nghĩa sang chấn khớp cắn: là tổn thương ở vùng quanh răng do răng truyền lực trực tiếp hay gián tiếp vào vùng quanh răng, lực sinh ra do răng đối diện tạo nên.

Trong cuốn thuật ngữ vùng quanh răng xuất bản năm 1986 bởi Viện Hàn lâm Nha chu Mỹ, sang chấn khớp cắn được định nghĩa là một *tổn thương tổ chức giữ răng do chịu lực quá mức*.

Vẫn còn những băn khoăn và tranh luận cho đến tận ngày nay: Có sự liên quan giữa SCK và sự tiến triển của bệnh viêm quanh răng không? Đo lực cắn khớp bằng cách nào và ở mức nào thì gọi là lực quá mức. Khi lực cắn khớp được chẩn đoán là quá mức thì ở thời điểm nào cần điều trị?

Các lực gây sang chấn tác động lên một răng đơn lẻ hoặc một nhóm răng ở điểm chạm sớm, trong quá trình ăn nhai hay trong khi nghiến răng hay đưa hàm xuống mức sang bên, có thể xuất hiện điểm chạm sớm sau khi mất răng hay di chuyển răng.

2. THỰC NGHIỆM SANG CHẤN KHỚP CẮN TRÊN ĐỘNG VẬT ĐỂ XEM SANG CHẤN KHỚP CẮN CÓ PHẢI LÀ NGUYÊN NHÂN CỦA VIÊM QUANH RĂNG

Các thực nghiệm trên động vật và theo dõi sang chấn khớp cắn trên người cho thấy rằng, sang chấn khớp cắn gây tiêu xương ổ răng ở nơi chịu lực sang chấn, làm cho răng lung lay, đây là một thay đổi thích nghi sinh lý của dây chằng và xương ổ răng, răng sẽ hết lung lay khi hết sang chấn.

Ở những vùng răng bị viêm quanh răng đang tiến triển, sang chấn khớp cắn làm tăng tốc độ phát triển của bệnh.

Neiderud và cộng sự năm 1992 làm thực nghiệm trên chó, Ông thấy rằng khi răng bị sang chấn, không có mảng bám vi khuẩn tại chỗ thì cây thăm dò nha chu sẽ đi vào dễ hơn là do tổ chức quanh răng bị lỏng lẻo, *sẽ đi vào sâu hơn 0,5mm so với răng không bị sang chấn*.

Từ những nghiên cứu của Fleszar, Pihlstrom, Burgett và Neiderud có thể suy luận rằng, *răng bị sang chấn khớp cắn và bị lung lay tăng dần có nguy cơ tổn thương vùng quanh răng nhiều hơn những răng không bị sang chấn khớp cắn và lung lay*.

3. PHÂN TÍCH MÔ HỌC CÁC TIÊU BẢN VÙNG SANG CHẤN KHỚP CẮN

Có hai giả thuyết của hai tác giả Glickman và Waerhaug được nhiều nhà nghiên cứu quan tâm.

Glickman (năm 1965 – 1967) cho rằng, những răng không có màng bám dưới lợi khi bị sang chấn khớp cắn sẽ bị tổn thương vùng quanh răng khác với những răng có màng bám dưới lợi bị sang chấn. Glickman cho rằng sang chấn khớp cắn không gây viêm lợi mà sự kích thích của vi khuẩn và các sản phẩm của vi khuẩn mới gây viêm lợi. Tổn thương vùng quanh răng do màng bám và không có sang chấn khớp cắn sẽ gây tiêu xương ổ răng và sau đó là dây chằng quanh răng, tổn thương tiến về phía cuống răng và tiêu xương ngang.

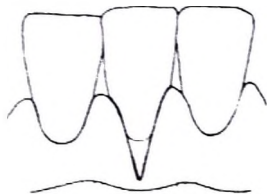
Glickman năm 1967 cho rằng, ở những nơi tiêu xương chéo và có túi trong xương thì có sự phối hợp màng bám răng và sang chấn khớp cắn. Vùng tổn thương gồm có dây chằng quanh răng, cement răng và xương ổ răng.

Thuyết của Waerhaug: Waerhaug năm 1979, nghiên cứu các tiêu bản vùng quanh răng bị tổn thương và cho rằng sang chấn khớp cắn không có vai trò gây bệnh vùng quanh răng. Sự mất tổ chức bám dính và tiêu xương xung quanh chân răng là kết quả của phản ứng viêm do màng bám dưới lợi gây ra. Waerhaug kết luận rằng các hốc tiêu xương chéo và túi trong xương xảy ra khi màng bám dưới lợi xâm nhập sâu vào trong túi lợi và xương quanh chân răng đủ dày để tạo túi trong xương. Trước đó tác giả Prichard 1965 và Manson 1976 cũng có quan điểm giống Waerhaug cho rằng *túi trong xương được tạo ra bởi sự tương tác của hình dạng của xương ổ răng và sự xâm nhập sâu của vi khuẩn màng bám về phía cuống răng.*

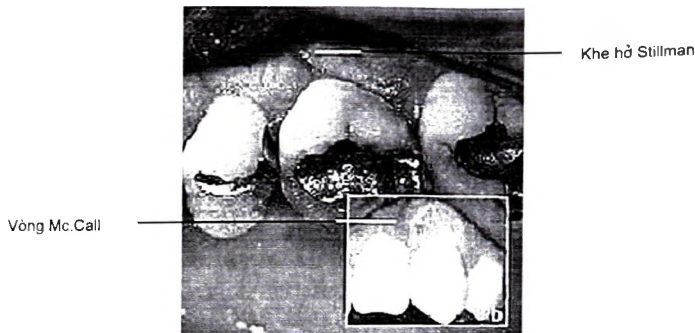
Cả hai tác giả Glickman và Waerhaug đều nghiên cứu trên tổ chức mô đã chết, bởi vậy chưa thực sự thuyết phục được các nhà thực hành. Nhiều người đồng ý và tin theo quan điểm của Glickman rằng, sang chấn khớp cắn là yếu tố tăng nặng bệnh vùng quanh răng. Một số người khác ủng hộ quan điểm của Waerhaug cho rằng sang chấn khớp cắn không có vai trò gì trong bệnh lý vùng quanh răng.

4. CÁC THAY ĐỔI HÌNH DẠNG VÀ KÍCH THƯỚC LỢI DO SANG CHẤN KHỚP CẮN

Khe hở Stillman: là tổn thương co lợi mặt ngoài của chân răng, được cho là do sang chấn khớp cắn, trông giống như một khe nứt của lợi hình chữ V, bờ lợi thường nề đỏ có thể chảy máu.



Hình 5.1. Khe lợi Stillman



Hình 5.2. Hình ảnh tổn thương do sang chấn khớp cắn

Phi đại lợi vòng Mc Call: thường là ở răng nanh và răng hàm nhỏ, ở mặt ngoài, bờ lợi phồng lên như cái phao, được cho là do sang chấn khớp cắn.



Hình 5.3. Hình ảnh phi đại lợi vòng Mc Call ở răng 42, 43, 44

5. NGHIÊN CỨU CÁC CA LÂM SÀNG

Ở những răng bị sang chấn khớp cắn, ngoài triệu chứng tiêu xương chéo và túi trong xương còn có lung lay răng.

Fleszar và cộng sự năm 1980, báo cáo sự ảnh hưởng của lung lay răng đối với quá trình lành thương vùng quanh răng sau khi loại bỏ mảng bám răng và làm nhẵn bề mặt chân răng. Ông kết luận những răng có lung lay tốc độ lành thương chậm hơn những răng không lung lay (mức độ tiêu tổ chức trước khi điều trị là như nhau).

Nghiên cứu của Pihlstrom và cộng sự năm 1986 đánh giá sự liên quan giữa sang

chấn khớp cắn và bệnh viêm quanh răng bằng cách khám và chụp Xquang định kỳ răng số 6. Các thông số được ghi lại là: chiều sâu túi lợi, mức mất bám dính, độ lung lay răng, độ mòn mặt nhai, chỉ số mảng bám và chỉ số cao răng, chiều cao xương ổ răng, mức giãn rộng vùng dây chằng quanh răng. Pihlstrom và cộng sự kết luận rằng những răng lung lay và có vùng dây chằng giãn rộng có túi quanh răng sâu hơn, mất bám dính nhiều hơn và chiều cao xương ổ thấp hơn, nói cách khác thì những răng có sang chấn khớp cắn có bệnh lý quanh răng nặng hơn.

Nghiên cứu của Burgett và cộng sự năm 1992, về vai trò của điều chỉnh khớp cắn trong điều trị viêm quanh răng. 50 đối tượng nghiên cứu bị viêm quanh răng được khám và điều trị loại bỏ mảng bám vi khuẩn và làm nhẵn bề mặt chân răng, 22 người được điều chỉnh khớp cắn. Khám lại sau hai năm thấy mức độ tăng bám dính trên bề mặt chân răng ở nhóm có điều chỉnh khớp cắn cao hơn 0,5mm so với nhóm không điều chỉnh khớp cắn.

6. TRIỆU CHỨNG CỦA SANG CHẤN KHỚP CẮN

– *Tiêu xương chéo*: Tiêu xương chéo và lung lay răng là những triệu chứng quan trọng của sang chấn khớp cắn. Tuy nhiên, tiêu xương chéo gặp ở cả răng có sang chấn khớp cắn và răng không sang chấn khớp cắn, như vậy tiêu xương chéo không phải là triệu chứng đặc hiệu của sang chấn khớp cắn.

– *Lung lay răng* có thể do sang chấn khớp cắn, cũng có thể do giảm chiều cao xương ổ răng hay do vùng dây chằng bị giãn rộng. Đặc trưng của sang chấn khớp cắn là lung lay răng tăng dần, cần phải khám bệnh nhân liên tục trong vài ngày mới xác định được lung lay tiến triển.

– *Điểm chạm sớm*: vị trí lồng mũi tối đa, trượt hàm sang hai bên và ra trước, chú ý không nhầm với điểm chạm dẫn hướng khi trượt hàm sang bên.

– *Lung lay răng tiên phát và thứ phát*:

Muhlemann năm 1954 và 1960, đã làm nghiên cứu về cơ chế lung lay răng: với lực 100 pound tác động lên thân răng, thân răng sẽ bị lực đẩy nghiêng, nhờ có tổ chức giữ răng mà răng chỉ di chuyển 5/100 đến 10/100mm. Chuyển động này gọi là *lung lay tiên phát*, là kết quả của sự thay đổi vị trí chân răng trong huyết ổ răng. Ở vùng bị nén có sự giảm 10% độ rộng của vùng dây chằng, ở vùng bị giãn có sự tăng tương ứng để bù trừ. Mức độ lung lay tiên phát khác nhau tùy người và tùy từng răng và tùy thuộc vào vùng dây chằng quanh răng.

Khi một lực lớn (500pound) tác động lên thân răng, các bó sợi collagen ở vùng bị giãn không chịu nổi độ lớn của lực, thân răng bị ngã nhiều hơn, *mức độ bị ngã thêm gọi lung lay răng thứ phát*. Theo Muhlemann: mức độ lung lay thứ phát không giống nhau ở các răng: răng cửa 10 – 12/100, răng nanh từ 5 – 9/100, răng hàm nhỏ

từ 8 – 10/100 và răng hàm lớn từ 4 – 8/100mm. Lung lay thứ phát ở trẻ em lớn hơn người lớn, nữ giới lớn hơn nam giới, buổi sáng nhiều hơn buổi chiều.

– *Lung lay sinh lý và lung lay bệnh lý:*

Lung lay sinh lý là khi răng bị nghiêng và chân vẫn ở trong huyết ổ răng, chân di chuyển tối điểm tiếp xúc với xương vò.

Lung lay bệnh lý: khi răng lung lay cùng với phản ứng viêm tại vùng dây chằng và xương ổ răng thì được coi là lung lay bệnh lý.

TỰ LƯỢNG GIÁ

Chọn câu trả lời đúng nhất cho các câu hỏi sau bằng cách khoanh tròn vào chữ cái đầu câu

- Sang chấn khớp cắn tiền phát khác sang chấn khớp cắn thứ phát:
 - Chiều cao xương ổ răng tại răng chịu lực sang chấn.
 - Viêm tại mô nha chu tại chỗ.
 - Hướng lực tác động.
- Triệu chứng của sang chấn khớp cắn là:
 - Lung lay răng tăng dần.
 - Tiêu xương chéo.
 - Điểm chạm sớm.
 - Cả 3 câu trên.
- Theo hội thảo quốc tế phân loại bệnh quanh răng thì sang chấn khớp cắn được định nghĩa là:
 - Chịu lực quá mức của xương ổ do lực trong khi ăn nhai.
 - Có thể là sinh lý hoặc bệnh lý.
 - Cả hai câu trên.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- American Academy of Periodontology (1999): International Workshop for a Classification of Periodontal Diseases and Conditions. Ann Periodontology 1999;4: 102–107.
- American Academy of Periodontology (2001): Glossary of Terms 4th edition Chicago: American Academy of Periodontology, 2001:5.
- Burgett FG, Ramfjord SP, Nissle RR, Morrison EC, Charbeneau TD, Caffesse

- RG (1992): A randomized trial of occlusal adjustment in the treatment of periodontitis patients. *J Periodontol* 1992; 19: 381–387.
4. Glickman I (1971): Role of occlusion in the etiology and treatment of periodontal disease. *J Dent Res* 1971; 50: 199 – 204.
 5. Manson, J.D. (1976). Bone morphology and bone loss in periodontal disease. *Journal of Clinical Periodontology* 3, 14 – 22.
 6. Muhlemann HR(1967): Tooth mobility: a review of clinical aspects and research findings. *J Periodontol* 1967; 38: 686–708.
 7. Neiderud, A–M., Ericsson, I. & Lindhe, J. (1992). Probing pocket depth at mobile/nonmobile teeth. *Journal of Clinical Periodontology* 19, 754 – 759.
 8. Pihlstrom BL, Anderson KA, Aepli D, Schaffer EM (1986): Association between signs of trauma from occlusion and periodontitis. *J Periodontol* 1986; 57: 1 – 6.
 9. Polson AM (1974): Trauma and progression of marginal periodontitis in squirrel monkeys. *J Periodontol Res* 1974; 9: 108 – 113.
 10. Waerhaug J. (1979): The intrabony pocket and its relationship to trauma from occlusion and subgingival plaque. *J Periodontol* 1979; 50: 355 – 365.

ẢNH HƯỞNG CỦA BỆNH ĐÁI THÁO ĐƯỜNG VÀ CÁC RỐI LOẠN TOÀN THÂN LÊN VÙNG QUANH RĂNG

MỤC TIÊU

1. Trình bày các ảnh hưởng của dinh dưỡng đối với vùng quanh răng.
2. Trình bày ảnh hưởng của thay đổi nội tiết với bệnh vùng quanh răng.
3. Trình bày ảnh hưởng của bệnh đái tháo đường với vùng quanh răng.

1. ẢNH HƯỞNG CỦA DINH DƯỠNG

Một số tổn thương ở vùng nha chu và niêm mạc miệng được cho là thiếu dinh dưỡng hoặc dinh dưỡng không cân bằng. Thiếu dinh dưỡng sẽ ảnh hưởng đến tổ chức quanh răng, gây ra viêm lợi và viêm quanh răng hoặc làm tăng nặng bệnh ở tổ chức quanh răng. Các nhà nghiên cứu giả định rằng với những trường hợp các yếu tố gây viêm tại chỗ chưa đủ mạnh để gây ra các tổn thương ở vùng quanh răng, nhưng với sự kết hợp thiếu dinh dưỡng của vật chủ thì vi sinh vật vẫn gây bệnh.

Vai trò của chế độ ăn: Nhiều thực nghiệm trên động vật cho thấy chế độ ăn ảnh hưởng đến sự bám mảng bám răng và khởi phát viêm lợi. Các loại thức ăn mềm làm mảng bám và cao răng hình thành nhanh nhiều, đặc biệt là thức ăn có nhiều sucrose. Thức ăn cũng là nguồn dinh dưỡng cho vi sinh vật ở mảng bám răng, ảnh hưởng lên các hoạt động chuyển hoá của vi khuẩn và khả năng gây bệnh của vi khuẩn. Nguồn dinh dưỡng của vi khuẩn có thể là nội sinh hoặc ngoại sinh. Trong các yếu tố ngoại sinh thì đường được nghiên cứu kỹ: lượng đường và loại đường và số lần ăn trong ngày ảnh hưởng lên sự sinh trưởng của vi khuẩn.

1.1. Thiếu hụt vitamin A, D, E

– *Thiếu vitamin A:*

Một chức năng chính của vitamin A là duy trì sự khoẻ mạnh của tế bào biểu mô. Thiếu vitamin A gây các tổn thương ở da, niêm mạc. Thay đổi thoái hoá ở lớp biểu mô gây dị sản lớp sừng, giảm khả năng ngăn cản các vật lạ xâm nhập.

Hiện nay các thực nghiệm chứng minh vai trò của vitamin A đối với bệnh vùng

quanh răng còn ít và chưa chứng minh được vai trò của việc thiếu vitamin A đối với bệnh vùng quanh răng.

Trên động vật (chuột) thí nghiệm, thiếu hụt vitamin A gây dày sừng và tăng sản lợi với xu hướng tạo túi lợi, dày biểu mô bám dính, chậm lành thương tổ chức lợi. Nếu có yếu tố căn nguyên tại chỗ thì bệnh phát triển và tạo túi lợi sâu hơn so với nhóm chuột không thiếu hụt vitamin A.

– *Thiếu vitamin D:*

Vitamin D (calciferol) là cần thiết cho sự hấp thụ calci ở đường tiêu hoá và cân bằng calci-phosphat của cơ thể. Thiếu vitamin D hoặc sự mất cân bằng calci-phosphat gây còi xương ở trẻ và loãng xương ở người lớn.

Thực nghiệm trên động vật gây loãng xương ổ răng, giảm chiều rộng vùng dây chằng quanh răng, tiêu cement chân răng, giảm sự phát triển xương ổ răng.

Ở động vật gây loãng xương thực nghiệm, có sự tiêu xương ổ, tăng sinh sản nguyên bào sợi và nguyên bào sợi thay thế cho xương vỏ và xương bè.

– *Thiếu vitamin E:* Vitamin E đóng vai trò như một chất chống oxy hoá. Màng tế bào là nơi bị tổn thương nhiều nhất khi thiếu vitamin E. Thiếu vitamin E làm chậm quá trình liền thương ở tổ chức quanh răng.

1.2. Thiếu vitamin nhóm B và vitamin C

– *Thiếu phức hợp các vitamin nhóm B:* gồm có thiamin (B1), riboflavin (B2), niacin (PP), pyridoxine (B6), biotin (B7), acid folic (B9) và cobalamin (B12).

Các thay đổi trong miệng do thiếu phức hợp vitamin nhóm B thường là: viêm lợi, viêm lưỡi, đau lưỡi, chốc mép, viêm niêm mạc miệng. Tổn thương viêm lợi không đặc thù vì nguyên nhân do mảng bám hơn là do thiếu phức hợp vitamin nhóm B.

– *Khi thiếu vitamin B1,* biểu hiện toàn thân là bệnh beriberi: liệt, có triệu chứng tim mạch, phù nề, ăn không ngon miệng. Trong miệng: nhạy cảm niêm mạc, mụn nước nhỏ ở niêm mạc má, dưới lưỡi, vòm miệng, trợt niêm mạc miệng

– *Triệu chứng của thiếu vitamin B2 (riboflavin):* viêm lưỡi, chốc mép, viêm da bã nhờn, viêm giác mạc do tổn thương các mạch máu nông. Viêm lưỡi đặc trưng bởi teo nhú lưỡi và có mảng màu đỏ tía, những trường hợp nhẹ và trung bình, lưng lưỡi có các mảng nhú vị giác teo. Trường hợp nặng, toàn bộ bề mặt lưng lưỡi phẳng, khô, có rãnh.

Chốc mép bắt đầu như một tổn thương viêm ở góc mép, tiếp theo là trợt, loét, và nứt nẻ. Thiếu riboflavin không phải là nguyên nhân duy nhất gây chốc mép, giảm chiều cao và chảy nước dãi góc mép. Chốc mép do nấm thường gặp ở người suy nhược.

Tổn thương thực nghiệm do thiếu riboflavin ở động vật gây tổn thương ở lợi, tổ chức quanh răng, niêm mạc miệng, có thể gây cam tẩu mã.

– *Triệu chứng của thiếu Niacin (vitamin PP)*: viêm da, viêm lưỡi, viêm niêm mạc miệng, viêm niêm mạc đường tiêu hoá, ỉa chảy, triệu chứng thần kinh và tâm thần. Khi thiếu vitamin PP thì viêm lưỡi và viêm niêm mạc miệng thường là triệu chứng sớm. Có thể có triệu chứng ở lợi mà không có biểu hiện ở lưỡi. Triệu chứng thường gặp ở lợi là loét hoại tử, thường ở vị trí có kích thích tại chỗ.

Thực nghiệm thiếu phức hợp vitamin nhóm B và niacin ở động vật thấy có các triệu chứng: lưỡi đen, viêm lợi, phá huỷ lợi, tổn thương dây chằng quanh răng và xương ổ răng. Hoại tử lợi và các phần khác trong miệng. Toàn thân: giảm bạch cầu.

– *Triệu chứng của thiếu acid folic*: biểu hiện toàn thân là thiếu máu với hồng cầu chưa trưởng thành, hệ tiêu hoá: tổn thương niêm mạc đường tiêu hoá, ỉa chảy, biểu hiện ở miệng: lợi, dây chằng quanh răng và xương ổ răng không viêm, viêm niêm mạc lợi. Viêm miệng loét là triệu chứng sớm của thuốc điều trị bệnh bạch cầu gây thiếu acid folic.

Trên nghiên cứu hàng loạt ở người, sau khi được điều trị bằng acid folic tại chỗ và toàn thân, các triệu chứng viêm ở lợi giảm nhanh chóng, sự giảm này không liên quan mảng bám răng. Các nhà nghiên cứu giả định rằng các thay đổi ở lợi liên quan tới thai nghén và thuốc tránh thai là do giảm lượng acid folic ở lợi. Nghiên cứu trên phụ nữ có thai viêm lợi dùng nước súc miệng folate thấy viêm lợi giảm. Thuốc chống động kinh ngăn cản sự hấp thu acid folic ở lợi gây phì đại lợi.

– *Triệu chứng của thiếu vitamin C (acid ascorbic)*: thiếu vitamin C nặng gây bệnh Scurvy, triệu chứng điển hình là chảy máu tạng, chảy máu cơ tay và chân, khớp và có thể ở góc móng tay, xuất huyết quanh nang chân tóc, nhạy cảm nhiễm trùng và chậm liền thương, có thể chảy máu, sưng lợi và lung lay răng.

Bệnh Scurvy gây các tổn thương ở tổ chức collagen, chậm hoặc không tạo xương, tổn thương chức năng tế bào tạo xương. Thiếu vitamin C làm tăng tính thấm mao mạch, nhạy cảm xuất huyết khi sang chấn, giảm khả năng cơ mạch ngoại biên, lưu thông máu chậm.

1.2.1. Sự liên quan giữa acid ascorbic và bệnh vùng quanh răng

Do một số cơ chế:

1. Khi vitamin C giảm sẽ ảnh hưởng đến cơ chế chuyển hoá của collagen trong vùng quanh răng, do đó ảnh hưởng khả năng tái tạo và sửa chữa tổ chức. Trên khi thấy dây chằng vùng quanh răng bị ảnh hưởng sau cùng trước khi khi chết.

2. Làm giảm sự tạo xương, làm mất xương ổ răng. Biểu hiện xương là triệu chứng muộn của bệnh thiếu vitamin C.

3. Thiếu vitamin C làm tăng tính thấm của niêm mạc miệng, các độc tố vi khuẩn, vi khuẩn, virus dễ lọt qua hàng rào biểu mô.

4. Lượng vitamin C tăng khả năng hoá ứng động và di động của bạch cầu mà

không ảnh hưởng đến khả năng đại thực bào do vậy vitamin C hấp thụ giảm làm giảm khả năng thực bào của bạch cầu.

5. Hấp thụ đầy đủ vitamin C giúp duy trì tổ chức vùng quanh răng: hệ mạch vùng quanh răng, khả năng đề kháng, nhanh lành thương.

6. Giảm vitamin C của cơ thể gây mất cân bằng giữa sức đề kháng của cơ thể với vi khuẩn trong mảng bám răng, tăng khả năng bị bệnh vùng quanh răng.

1.2.2. Các nghiên cứu dịch tễ học

Một số nghiên cứu cộng đồng đánh giá sự liên quan giữa mức vitamin C và bệnh lợi và bệnh quanh răng. Các nghiên cứu sinh hoá này để lượng giá mức vitamin C và các chỉ số lượng giá lợi và vùng quanh răng. Kết quả của các nghiên cứu cho thấy không liên quan với bệnh quanh răng.

Viêm lợi: Các quan điểm dân gian cho rằng có sự liên quan giữa viêm lợi và thiếu vitamin C.

Viêm quanh răng: Thực nghiệm gây thiếu vitamin C ở động vật gây phù nề và xuất huyết dây chằng quanh răng, tiêu xương ổ răng, lung lay răng, chảy máu xuất huyết, phù nề và thoái hoá sợi collagen ở lợi. Thiếu vitamin C làm chậm lành thương ở lợi. Các sợi collagen ở vùng quanh răng là tổ chức ít bị ảnh hưởng nhất khi thiếu vitamin C, các sợi này nằm ngay dưới biểu mô bám dính và trên mào xương ổ răng.

Thiếu vitamin C không gây ra túi lợi. Thiếu vitamin C cấp làm tăng mức độ viêm lợi có sẵn. Cơ chế sự phá huỷ này một phần là do hệ thống bảo vệ của lợi ở các sợi lợi không chế ngự được tác nhân gây bệnh, một phần là do sức mạnh phá huỷ của vi khuẩn gây bệnh.

Các nghiên cứu thực nghiệm trên người không thu được bằng chứng lâm sàng để kết luận của tình trạng thiếu vitamin C. Các nghiên cứu hồi cứu cho thấy rằng thiếu vitamin C có ảnh hưởng lớn nhất lên vùng quanh răng khi có sẵn bệnh ở vùng quanh răng. Nói tóm lại, tình trạng thiếu vitamin C cấp hoặc mạn tính nếu không có mảng bám răng thì rất ít hoặc không ảnh hưởng lên vùng quanh răng.

1.3. Thiếu protein

Thiếu protein làm giảm protein huyết, gây teo cơ, sụt cân, giảm khả năng chống đỡ của cơ thể... ở vùng quanh răng làm thoái hoá tổ chức liên kết ở lợi và dây chằng quanh răng, tiêu xương ổ răng, chậm lành thương và sửa chữa tổ chức ở vùng quanh răng.

Cơ chế mất xương ổ răng là do sự tái tạo và thay thế xương không tương xứng với quá trình huỷ xương. Thiếu protein cũng làm trầm trọng thêm bệnh lý có sẵn ở vùng quanh răng.

1.4. Đói ăn

Đói là sự thiếu toàn bộ các chất dinh dưỡng, cơ thể không đủ năng lượng. Một số thực nghiệm cho thấy khi bị đói, xương ổ răng giảm chiều cao, khối lượng. Bệnh của vùng quanh răng trầm trọng hơn.

2. ẢNH HƯỞNG CỦA NỘI TIẾT

Rối loạn nội tiết, ví dụ như bệnh đái tháo đường, thay đổi lượng hormon khi dậy thì hay mang thai sẽ ảnh hưởng tới vùng quanh răng.

Các hormon nữ có ảnh hưởng rõ rệt với vùng quanh răng là estrogen và progesterin. Hormon được sinh ra bởi hệ cơ quan sinh dục nữ (buồng trứng). Estrogen có vai trò phát triển hệ sinh dục và duy trì hoạt động của hệ sinh dục nữ. Loại progesterin chính là progesteron tăng lên khi trứng rụng và khi mang thai. Progesteron được tiết ra từ thể vàng (phần vỏ còn lại của bao noãn phát triển hình thành thể vàng) thể vàng tiết progesteron để ngăn ngừa sự phát triển của bao noãn mới và giúp trứng có thể bám vào thành tử cung. Progesteron còn được sinh ra bởi tử cung và vỏ thượng thận. Nếu trứng không được thụ tinh thì thể vàng thoái hoá.

Lần đầu tiên estrogen và progesteron tăng lên khi cơ thể nữ đến tuổi dậy thì. Nghiên cứu ở Mỹ thấy tuổi này khoảng 12.

2.1. Thay đổi ở vùng quanh răng liên quan kinh nguyệt

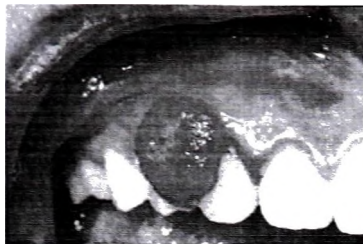
Bắt đầu từ ngày thứ 14 của chu kỳ, thể vàng bắt đầu tiết ra estrogen và progesteron. Nếu việc thụ thai không xảy ra, thể vàng thoái hoá, lượng hormon estrogen và progesteron trong cơ thể giảm xuống và một phần màng trong tử cung được đẩy ra ngoài để kết thúc kỳ kinh. Nếu sự thụ tinh và mang thai diễn ra thì thể vàng tiếp tục tổng hợp estrogen và progesteron với tốc độ tăng dần. Tử cung cũng tham gia cùng với thể vàng để tiết hormon nữ. Lượng progesteron trong huyết tương có thể tới 100ng/mL, gấp 10 lần bình thường. Lượng estrogen (estradiol) có thể gấp 30 lần bình thường, (estrone là một loại estrogen khác ít có vai trò hơn).

Trong thời gian cuối của kỳ kinh, các triệu chứng viêm lợi có xu hướng tăng mà không song hành với mức tăng của màng bám răng. Bờ lợi và nhú lợi mặt ngoài có xu hướng phù nề mà không có ở mặt trong. Lợi có xu hướng dễ chảy máu, tiết dịch nhiều. Răng có thể lung lay nhẹ.

2.2. Liên quan thai nghén

Thai nghén không gây viêm lợi mà chỉ làm viêm lợi dễ phát sinh và tăng nặng do nguyên nhân vi khuẩn. Viêm lợi liên quan tới thai nghén thường xuất hiện từ tháng thứ 2 của thai kỳ và tăng nặng nhất vào tháng thứ 8, viêm ở vùng răng phía trước thường nặng hơn vùng răng hàm. Thai phụ mắc viêm quanh răng thường tăng chiều sâu túi lợi, tăng mức chảy máu, răng lung lay.

Nhiều thai phụ xuất hiện phì đại lợi, u lợi màu đỏ tía có thể chuyển sang màu xanh sậm (bản chất là tổ chức hạt do phản ứng quá mức với kích thích của vi khuẩn) và dễ chảy máu.



Hình 6.1. U lợi ở phụ nữ mang thai

Lợi có các receptor tiếp nhận estrogen và progesteron nên hormon sinh dục nữ sẽ tích tụ ở lợi, làm tăng các đáp ứng giãn mạch, thoát mạch của tế bào, tăng hoạt động của các tế bào trong phản ứng viêm, tăng hoạt động tạo collagen và chuyển hoá.

Ảnh hưởng của hormon nữ đối với tế bào của vùng nha chu: tăng gián phân, biệt hoá tế bào, giãn mạch và tăng cường tuần hoàn tại vùng nha chu. Estrogen kích thích tăng sinh biểu mô và tăng sừng hoá.

2.3. Liên quan mãn kinh

Lượng hormon estrogen giảm ảnh hưởng lên quá trình sừng hoá của biểu mô, làm giảm tiết nước bọt. Người mãn kinh dễ bị viêm lợi teo, lợi nhạt màu hơn, lợi bóng và khô hơn, dễ chảy máu. Vai trò của hormon nữ đối với tình trạng lợi ở người mãn kinh chưa được chứng minh rõ ràng, tuy nhiên khi bổ sung hormon estrogen ngoại sinh thì các triệu chứng ở lợi, khô miệng, cảm giác nóng trong miệng giảm.

3. ẢNH HƯỞNG CỦA BỆNH ĐÁI THÁO ĐƯỜNG

Bệnh đái tháo đường là một ví dụ điển hình về ảnh hưởng của bệnh toàn thân lên vùng quanh răng. Cơ chế bệnh là sự rối loạn chuyển hoá phức hợp, biểu hiện bệnh là tăng đường huyết mạn tính, giảm insulin máu gây giảm khả năng chuyển glucose từ máu vào mô và làm tăng đường huyết, dẫn đến đái tháo đường. Chuyển hoá lipid và protein cũng bị ảnh hưởng. Tình hình tăng đường huyết mạn tính dẫn đến nguy cơ biến chứng, ví dụ bệnh nhiễm trùng ở các mao mạch như mạch nuôi thần kinh, thận, các biến chứng mạch lớn như mạch não, tim. Nguy cơ nhiễm trùng còn làm chậm lành thương.

Khoảng 5.9% người Mỹ mắc đái tháo đường và chỉ một nửa số người này ý thức được nguy cơ của bệnh. Bệnh đái tháo đường có 2 typ (typ 1 và typ 2). Đái tháo đường typ 1 là đái tháo đường phụ thuộc insulin, gây ra bởi sự phá huỷ các tế bào tạo insulin loại beta ở tiểu đảo Langerhans ở tụy do cơ chế tự miễn. Đái tháo đường typ 1 chiếm 5% đến 10% số bệnh nhân đái tháo đường và thường xảy ra ở trẻ em và người trẻ. Tình trạng tăng đường huyết này thường không ổn định và khó kiểm soát, có xu hướng chuyển thành nhiễm ceton và hôn mê. Đái tháo đường typ 1

cần được tiêm insulin để kiểm soát đường huyết. Triệu chứng lâm sàng thường là ăn nhiều, uống nhiều, tiểu nhiều, gầy, dễ bị nhiễm trùng.

Đái tháo đường typ 2 còn gọi là đái tháo đường không phụ thuộc insulin, gây ra bởi sự kháng insulin ngoại vi, tổn thương chức năng tiết insulin của tụy và tăng sản phẩm glucose ở gan. Tế bào beta ở tụy không bị phá huỷ bởi hoạt động miễn dịch tự miễn qua trung gian tế bào. Đái tháo đường typ 2 chiếm 90% tới 95% số lượng bệnh nhân đái tháo đường. Đái tháo đường typ 2 thường khởi phát ở người lớn và nhiều người không biết là mình có bệnh tới khi có triệu chứng nặng hoặc khi có biến chứng, bệnh thường ở các cá thể béo. Bệnh có thể điều khiển bằng chế độ ăn. Sự chuyển sang ceton máu và hôn mê hiếm gặp. Đái tháo đường typ 1 cũng có các triệu chứng như đái tháo đường typ 2 nhưng không nặng như typ 1.

Phân loại đái tháo đường còn thêm một typ nữa là đái tháo đường thứ phát sau các bệnh và hội chứng khác. Một ví dụ tăng đường huyết là tăng đường huyết thai nghén, xuất hiện ở khoảng 2% đến 5% người mang thai. Những người mắc đái tháo đường thai nghén có nguy cơ mắc đái tháo đường typ 2 khi lớn tuổi. Một ví dụ khác là đái tháo đường liên quan với tổn thương tế bào tụy do bệnh to cục, hội chứng Cushing, các hoá chất.

Biểu hiện bệnh đái tháo đường ở miệng: viêm góc mép, khô và nứt nẻ niêm mạc miệng, cảm giác khô nóng trong miệng và lưỡi, giảm lưu lượng nước bọt, thay đổi hệ vi sinh vật trong miệng, *Candida albicans*, liên cầu tan huyết, tụ cầu chiếm số lượng lớn. Tăng nguy cơ sâu răng ở những người kiểm soát đường huyết kém. Những triệu chứng này không đặc thù cho bệnh đái tháo đường và chỉ thường gặp ở những người kiểm soát đường huyết kém.

Nhiều nghiên cứu đã được thực hiện để đánh giá ảnh hưởng của bệnh đái tháo đường lên vùng quanh răng, một số thay đổi ở vùng quanh răng đã được mô tả như: lợi phì đại, polyp lợi mềm hoặc có cuống, tạo áp xe vùng quanh răng, viêm quanh răng, lung lay răng. Cơ chế là do đường huyết và đường nước bọt tăng làm thay đổi hệ vi sinh vùng quanh răng và giảm khả năng đề kháng tại chỗ.

Viêm quanh răng ở bệnh nhân đái tháo đường typ 1 thường xuất hiện sau tuổi 12. Khảo sát thấy 9,8% người 13 đến 18 tuổi bị đái tháo đường ở Mỹ mắc viêm quanh răng, người trên 19 tuổi có tới 39% mắc viêm quanh răng.

Bệnh viêm quanh răng ở người đái tháo đường không theo một hình mẫu cố định nào. Người đái tháo đường bị viêm quanh răng và vệ sinh kém thường có viêm lợi nặng, túi lợi sâu, tiêu xương nặng, áp xe quanh răng.

Người trẻ bị đái tháo đường typ 1 thường bị tổn thương vùng quanh răng số 6 và các răng cửa nặng hơn các răng khác, còn người lớn tuổi thường bị tổn thương đều tất cả các vùng răng. Tuổi thanh thiếu niên thường bị viêm quanh răng toàn bộ.

Những người đái tháo đường trên 30 tuổi có nguy cơ bị phá huỷ vùng quanh răng nhiều hơn, những người được phát hiện mắc đái tháo đường trên 10 năm có tổn thương vùng quanh răng rõ hơn những người phát hiện dưới 10 năm.

Các nghiên cứu gần đây đều cho thấy bệnh đái tháo đường không gây ra viêm quanh răng mà là các tình trạng biến đổi do bệnh đái tháo đường ảnh hưởng lên vùng quanh răng làm bệnh viêm quanh răng dễ khởi phát, dễ nặng lên và khó lành thương. Áp xe vùng quanh răng là đặc điểm thường gặp ở viêm quanh răng đái tháo đường.

Căn nguyên tăng nặng viêm quanh răng ở người đái tháo đường: Đường huyết, đường ở dịch lợi, chỉ số mảng bám, chỉ số lợi ở người đái tháo đường cao hơn so với người đường huyết bình thường. Hệ vi sinh vật ở mảng bám răng dưới lợi thay đổi và gồm chủ yếu *capnocytophaga*, xoắn khuẩn kỵ khí, các loài *Actinomyces*, *Porphyromonas gingivalis*, *Prevotella intermedia* và *Actinobacillus Actinomycetemcomitans*, những loại thường có ở nhiều ở viêm quanh răng mạn tính thì ít gặp trong những trường hợp này.

Chức năng của bạch cầu đa nhân: bạch cầu đa nhân giảm hoá ứng động, giảm khả năng thực bào, giảm khả năng gắn vật thể lạ.

Thay đổi ở tổ chức collagen: tăng huỷ và giảm tổng hợp collagen xảy ra ở các bệnh nhân tăng đường huyết mạn tính.

TỰ LƯỢNG GIÁ

Chọn câu trả lời đúng nhất cho các câu hỏi sau bằng cách khoanh tròn vào chữ cái đầu câu

1. Vitamin A:

- A. Không có vai trò gì với bệnh vùng quanh răng.
- B. Khi thiếu sẽ gây loét niêm mạc lợi.
- C. Thiếu vitamin A sẽ làm giảm sức đề kháng tại chỗ của da và biểu mô.

2. Các vitamin nhóm B:

- A. Không ảnh hưởng gì với bệnh vùng quanh răng.
- B. Khi thiếu sẽ làm lợi dễ bị loét sau kích thích tại chỗ.
- C. Thiếu vitamin sẽ dẫn đến các bệnh niêm mạc miệng và toàn thân.

3. Thiếu vitamin C:

- A. Làm giảm chuyển hoá và tái tạo collagen.
- B. Làm giảm hoá ứng động của bạch cầu đa nhân.
- C. Gây phù nề và xuất huyết ở vùng quanh răng.
- D. Tất cả các câu trên.

4. Bệnh viêm quanh răng ở người đái tháo đường:
 - A. Dễ tăng nặng.
 - B. Do đường huyết cao làm xuất hiện túi lợi.
 - C. Không khác biệt với người bình thường.
5. Bệnh viêm lợi và viêm quanh răng ở phụ nữ mang thai:
 - A. Không thể tránh được khi mang thai.
 - B. Không thể điều trị khỏi trong khi mang thai.
 - C. Có thể điều trị khỏi hoàn toàn trong khi mang thai.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

Tiếng Anh

1. Ahmed AS (1988): Sex steroids, sex steroid receptors, and autoimmune diseases. In: Sheridan PJ, Blum K, Trachtenberg MC, editors. Steroid receptors and disease. New York: Marcel Dekker, 1988: 289 – 316.
2. Amar S, Chung K (2000): Influence of hormonal variation on the periodontium of women. Periodontol 2000: 6:79 – 87.
3. American Diabetes Association (1998): Economic consequences of diabetes mellitus in the U.S. in 1997. Diabetes Care 1998; 21: 296 – 309.
4. Arafat AH (1974): The prevalence of pyogenic granuloma in pregnant women. J Baltimore Coll Dent Surg 1974; 29: 64 – 70.

ẢNH HƯỞNG CỦA LÃO HOÁ LÊN MÔ QUANH RĂNG

MỤC TIÊU

1. Trình bày được tác động của lão hoá lên cấu tạo mô nha chu.
2. Trình bày được tác động của lão hoá lên mảng bám vi khuẩn và đáp ứng miễn dịch vùng quanh răng.
3. Trình bày được tác động của lão hoá lên sự tiến triển bệnh và đáp ứng điều trị bệnh nha chu.

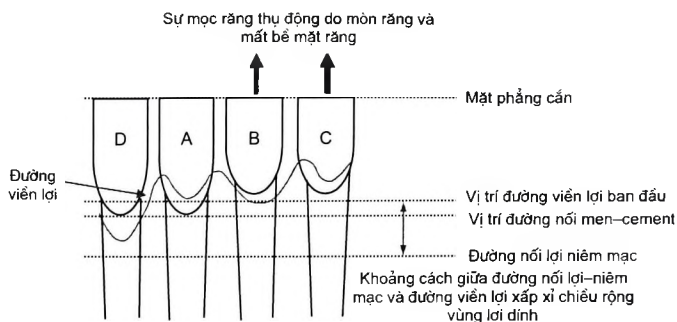
Những thành công của giáo dục sức khoẻ và nha khoa phòng ngừa đã làm giảm mất răng ở tất cả các nhóm tuổi trong đó có tuổi già. Điều này đồng nghĩa với việc cần nghiên cứu tỉ mỉ vấn đề chăm sóc mô nha chu ở người già để tăng cường sức khoẻ răng miệng và tăng tuổi thọ của răng. Điều quan trọng là không chỉ xem xét riêng tác động của quá trình lão hoá lên mô nha chu mà còn xem xét khía cạnh lâm sàng: ảnh hưởng của lão hoá lên sự tiến triển bệnh và ảnh hưởng nếu có lên kết quả điều trị.

1. ẢNH HƯỞNG CỦA LÃO HOÁ TRÊN CẤU TẠO MÔ NHA CHU

1.1. Biểu mô lợi

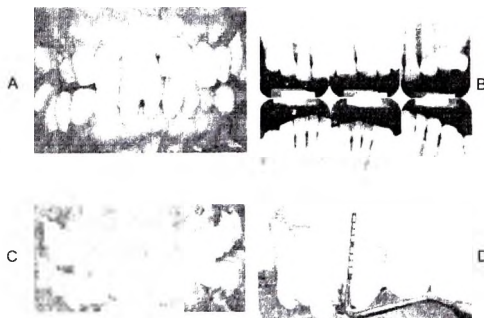
Nhiều nghiên cứu cho thấy sự mỏng đi và giảm sừng hoá của biểu mô lợi theo tuổi, vì vậy làm tăng tính thấm của biểu mô với kháng nguyên vi khuẩn và giảm sức đề kháng với các sang chấn chức năng có thể ảnh hưởng lâu dài đến vùng quanh răng. Ngoài ra, còn có một số thay đổi khác liên quan đến lão hoá như các gai biểu bì phẳng hơn và thay đổi mật độ tế bào biểu mô.

Tác động của quá trình lão hoá lên vị trí của biểu mô nối là chủ đề được nghiên cứu nhiều nhất. Một số nghiên cứu cho thấy sự di chuyển về phía chóp của biểu mô nối trên bề mặt chân răng ở người có men răng bình thường đi kèm với sự tụt lợi. Cùng với sự tụt lợi, chiều rộng của lợi dính sẽ giảm theo tuổi. Ngoài ra, sự di chuyển về phía chóp của biểu mô nối có thể là hậu quả của sự mọc răng liên tục qua biểu mô lợi trong nỗ lực duy trì mặt phẳng cắn với răng đối diện để thích nghi với sự mòn răng (sự mọc răng thụ động). Tuy nhiên, tụt lợi không phải là một quá trình sinh lý không thể tránh khỏi của tuổi già mà do hậu quả tích lũy của quá trình viêm hoặc chấn thương mô nha chu.



Hình 7.1. Sơ đồ mô tả mối quan hệ giữa đường viền lợi với thân răng và bề mặt chân răng:

- Mối quan hệ bình thường: đường viền lợi ở trên đường nối men-cement từ 1 đến 2mm.
- Sự mòn rìa cắn răng cửa và mọc răng thụ động. Đường viền lợi vẫn ở vị trí tương tự như trường hợp A, dẫn đến lộ bề mặt chân răng và tụt lợi. Chiều rộng vùng lợi dính không thay đổi.
- Sự mòn rìa cắn răng cửa và mọc răng thụ động. Đường viền lợi di chuyển cùng với răng, toàn bộ phức hợp lợi-răng di chuyển về phía thân răng làm gia tăng chiều rộng vùng lợi dính.
- Không có sự mòn rìa cắn răng cửa. Lợi di chuyển về phía chóp dẫn đến sự tụt lợi. Chiều rộng vùng lợi dính giảm.



Hình 7.2. Ví dụ minh họa sự thay đổi vị trí đường viền lợi liên quan với tuổi

- Sự mọc răng thụ động kèm theo tụt lợi ở người già (bệnh nhân nữ 68 tuổi) với tụt lợi toàn thể và tiền sử viêm quanh răng đã được điều trị. Lưu ý sự mọc răng thụ động của răng cửa dưới và mòn răng liên quan đến các biện pháp vệ sinh răng miệng.
- Phim X-quang của bệnh nhân ở trường hợp A.
- Sự mọc răng thụ động không kèm theo sự tụt lợi ở người già (bệnh nhân nữ 72 tuổi) không có viêm quanh răng nhưng có mòn răng và mọc răng thụ động ở răng cửa dưới. Lưu ý đường viền lợi đã di chuyển như thế nào về phía thân răng tương ứng với sự mòn răng.
- Tụt lợi nhiều ở người trẻ không có tiền sử viêm quanh răng (bệnh nhân nam 32 tuổi). Tụt lợi là hậu quả kết hợp giữa cấu tạo giải phẫu của mô màng và những sang chấn liên quan đến việc chải răng.

1.2. Mô liên kết lợi

Mô liên kết lợi ngày càng thô hơn và dày đặc hơn theo tuổi, ngoài ra còn có sự thay đổi về số lượng và chất lượng sợi collagen. Những thay đổi này bao gồm sự tăng tỷ lệ chuyển đổi từ collagen hoà tan thành collagen không hoà tan, tăng sức mạnh cơ học và tăng nhiệt độ làm biến tính collagen. Như vậy, có sự tăng tính ổn định của collagen do những thay đổi trong cấu tạo phân tử.

Tuy nhiên, tỷ lệ collagen được tổng hợp lại giảm đi theo tuổi.

1.3. Dây chằng nha chu

Những thay đổi trong dây chằng nha chu do lão hoá bao gồm giảm số lượng nguyên bào sợi và tăng bất thường cấu trúc. Ngoài ra, có sự giảm sản xuất các chất hữu cơ căn bản, ngừng hoạt động các tế bào biểu mô và tăng số lượng sợi đàn hồi. Nhiều kết quả trái chiều đã được ghi nhận về sự thay đổi chiều rộng của dây chằng nha chu theo tuổi trong các mẫu vật của người và động vật. Một điều chắc chắn là chiều rộng của khoảng quanh răng sẽ giảm nếu răng không được chải đến (giảm chức năng) hoặc chịu lực nhai quá mức. Cả hai tình huống trên đều dẫn đến sự mất răng sớm.

1.4. Xương răng

Có sự gia tăng chiều dày xương răng theo tuổi do sự bồi đắp liên tục sau khi mọc răng. Sự gia tăng chiều dày này nhiều hơn ở vùng chóp và mặt lưỡi. Khả năng sửa chữa của xương răng là hạn chế, những bất thường trên bề mặt xương răng như những hõm tiêu xương răng xuất hiện ngày càng nhiều theo tuổi.

1.5. Xương ổ răng

Hình thái lá cứng xương ổ răng thay đổi liên quan với tuổi, có ngày càng nhiều những bất thường trên bề mặt xương ổ răng và giảm số lượng kết nối bình thường với sợi collagen. Ngoài ra, còn có sự giảm mạch máu trong xương, giảm trao đổi chất và khả năng tự sửa chữa, tăng quá trình huỷ xương và giảm tái tạo xương. Trong ghép xương đồng loại đông khô khử khoáng, nếu sử dụng vật liệu ghép từ người cho trên 50 tuổi thì khả năng tạo mô xương ít hơn so với vật liệu lấy từ người cho trẻ hơn.

Tuy nhiên, tỷ lệ lành thương (can xương) của xương ổ răng đã nhỏ không liên quan đến tuổi tác. Thật vậy, những thành công của tích hợp xương trong cấy ghép nha khoa dựa trên đáp ứng lành thương ở mọi mô xương lành, không liên quan với tuổi tác.

1.6. Màng bám vi khuẩn

Sự tích tụ màng bám ở lợi-răng được cho là do tụt lợi làm tăng diện tích bề mặt mô cứng lộ ra và đặc điểm bề mặt chân răng bị lộ khác so với men răng.

Đối với màng bám trên lợi, không có sự khác biệt thực sự về chất lượng các

thành phần mảng bám. Đối với mảng bám dưới lợi, một số nghiên cứu nhận thấy có sự gia tăng số lượng trực khuẩn đường ruột và *pseudomonas* ở người lớn tuổi. Tuy nhiên, cần thận trọng trong việc giải thích kết quả này do có sự gia tăng của những chủng loại vi khuẩn trên trong miệng của những người lớn tuổi.

Có sự thay đổi một số tác nhân gây bệnh nha chu với tuổi tác, đặc biệt là vai trò ngày càng tăng của *Porphyromonas gingivalis* và vai trò ngày càng giảm của *Actinobacillus actinomycetemcomitans*. Tuy nhiên, tác động của lão hoá lên sự thay đổi sinh thái học vi khuẩn quanh răng vẫn còn chưa thực sự rõ ràng.

1.7. Đáp ứng miễn dịch

Những tiến bộ mới đây trong việc nghiên cứu về tác động của quá trình lão hoá trên các phản ứng miễn dịch cho thấy yếu tố tuổi có ảnh hưởng lên đáp ứng miễn dịch của vật chủ ít hơn so với suy nghĩ trước đây.

Ở người lớn tuổi có sự giảm đáp ứng miễn dịch của tế bào T và B, các cytokine và tế bào diệt tự nhiên nhưng không có sự khác biệt về đáp ứng miễn dịch của tế bào đa nhân và đại thực bào hoạt động. Nếu có sự hiện diện của mảng bám, phản ứng viêm ở vùng quanh răng của người lớn tuổi sẽ diễn ra nhanh hơn và mạnh hơn.

2. ẢNH HƯỞNG CỦA QUÁ TRÌNH LÃO HOÁ LÊN SỰ TIẾN TRIỂN BỆNH NHA CHU

Sự nhạy cảm với bệnh nha chu gia tăng theo tuổi. Trong một nghiên cứu thực nghiệm kinh điển về viêm lợi, đối tượng nghiên cứu được loại trừ hoàn toàn mảng bám và viêm bằng các biện pháp làm sạch và điều trị chuyên biệt. Sau đó đối tượng không thực hiện bất kỳ biện pháp vệ sinh răng miệng nào trong thời gian 3 tuần để tạo điều kiện cho viêm lợi phát triển. So sánh sự phát triển viêm lợi giữa các cá thể trẻ tuổi và lớn tuổi đã chứng minh phản ứng viêm mạnh hơn ở những đối tượng nghiên cứu lớn tuổi hơn, kể cả ở người và chó. Trong nhóm người lớn tuổi hơn (từ 65 đến 80 tuổi), người ta nhận thấy khoảng mô liên kết bị thâm nhiễm lớn hơn, gia tăng dịch rỉ viêm và tăng chỉ số lợi. Ngay cả khi các đối tượng đều có tình trạng lợi hoàn toàn bình thường trước thử nghiệm, sự khác biệt vẫn có thể tồn tại giữa các nhóm tuổi trong đó những người càng lớn tuổi thì tình trạng viêm càng nhiều. Ở người cao tuổi, bệnh viêm lợi thường tiến triển thầm lặng dẫn tới viêm quanh răng với hậu quả là tiêu xương và mất răng.

Rõ ràng khi tuổi cao sẽ không thể tránh khỏi việc gia tăng sự mất mô liên kết bám dính. Tuy nhiên, điều này còn phụ thuộc vào sự phơi nhiễm với một số yếu tố gây phá huỷ tổ chức quanh răng như: mảng bám, sang chấn cơ học mạn tính do đánh răng, những tác động không mong muốn do thấy thuốc gây ra trong phục hình răng, lấy cao răng, kiểm soát bề mặt chân răng. Ảnh hưởng của những phơi nhiễm này đi theo một hướng duy nhất là làm gia tăng mất bám dính.

Một số nghiên cứu đã được thiết kế để loại bỏ những yếu tố nhiễu và hướng tới làm rõ câu hỏi tuổi cao có phải là yếu tố nguy cơ của bệnh nha chu (yếu tố nguy cơ được định nghĩa là một phơi nhiễm hoặc tác nhân làm tăng xác suất xảy ra bệnh). Những nghiên cứu này đều cho thấy tác động của tuổi tác là không tồn tại hoặc ít có ý nghĩa lâm sàng làm gia tăng sự mất bảo vệ vùng nha chu: tỷ suất chênh của tình trạng vệ sinh răng miệng kém đối với viêm quanh răng là 20.52 trong khi tỷ suất chênh của tuổi tác chỉ là 1.24. Như vậy, có thể nói tuổi cao không phải là một yếu tố nguy cơ thực sự nhưng là nền tảng hoặc một yếu tố kết hợp của sự phát triển viêm quanh răng.

3. ẢNH HƯỞNG CỦA LÃO HOÁ LÊN ĐÁP ỨNG ĐIỀU TRỊ BỆNH NHA CHU

Việc điều trị thành công bệnh nha chu đòi hỏi phối hợp cả hai quá trình: tự kiểm soát mảng bám răng tại nhà và kiểm soát mảng bám trên lợi, dưới lợi kỹ càng của bác sĩ chuyên khoa. Một số nghiên cứu đã chứng minh không có sự khác biệt về đáp ứng với điều trị phẫu thuật hoặc điều trị không phẫu thuật, mặc dù có những thay đổi mô học ở vùng quanh răng theo tuổi tác. Tuy nhiên, nếu không kiểm soát tốt mảng bám thì sự tiếp tục mất bám dính là điều không thể tránh khỏi.

TỰ LƯỢNG GIÁ

Chọn câu trả lời đúng nhất cho các câu hỏi sau bằng cách khoanh tròn vào chữ cái đầu câu

1. Ảnh hưởng của lão hoá với biểu mô lợi:
 - A. Tụt lợi là một quá trình sinh lý không thể tránh khỏi của tuổi già.
 - B. Sự di chuyển của biểu mô nối về phía chóp trên bề mặt chân răng gây nên sự tụt lợi.
 - C. Mọc răng thụ động cùng với mòn rìa cắn/mặt nhai các răng ở người cao tuổi dẫn đến không thay đổi chiều rộng vùng lợi dính.
 - D. Chiều rộng vùng lợi dính không thể gia tăng trong quá trình mọc răng thụ động ở người già.
2. Mảng bám vi khuẩn ở vùng quanh răng người cao tuổi:
 - A. Sự thay đổi sinh thái học vi khuẩn quanh răng theo tuổi chưa thực sự rõ ràng.
 - B. Tích tụ mảng bám vi khuẩn gây nên sự tụt lợi.
 - C. Có sự thay đổi thành phần mảng bám do gia tăng một số vi khuẩn trong miệng ở người cao tuổi.
 - D. Nguyên nhân gây bệnh nha chu ở người cao tuổi là *Porphyromonas gingivalis*.
3. Sự tiến triển bệnh nha chu ở người cao tuổi:
 - A. Tình trạng viêm lợi ở người lớn tuổi trầm trọng hơn người trẻ tuổi.
 - B. Ở người cao tuổi hay gặp bệnh viêm quanh răng hơn bệnh viêm lợi.

C. Tuổi cao là một yếu tố nguy cơ của bệnh nha chu.

D. Sự mất mô liên kết bám dính ở người cao tuổi là do phơi nhiễm với các yếu tố gây phá hủy tổ chức quanh răng như: mảng bám, sang chấn cơ học mạn tính do đánh răng, những tác động không mong muốn do thủy thuốc gây ra trong phục hình răng, lấy cao răng, kiểm soát bề mặt chân răng.

Phân biệt đúng sai các câu sau bằng cách đánh dấu (x) vào cột Đ cho câu đúng và cột S cho câu sai

TT	Nội dung	Đ	S
4.	Mô liên kết lợi ở người cao tuổi:		
	A. Ngày càng thô hơn và dày đặc hơn.		
	B. Giảm số lượng và chất lượng sợi collagen.		
	C. Tăng tỷ lệ chuyển đổi từ collagen không hoà tan thành collagen hoà tan.		
	D. Tăng sức mạnh cơ học và giảm nhiệt độ làm biến tính collagen.		
	E. Tăng tính ổn định của collagen do những thay đổi trong cấu tạo phân tử.		
5.	Dây chằng nha chu ở người cao tuổi:		
	A. Tăng bất thường cấu trúc và tăng số lượng nguyên bào sợi.		
	B. Giảm sản xuất các chất hữu cơ căn bản, ngừng hoạt động các tế bào biểu mô.		
	C. Chiều rộng khoảng quanh răng giảm nếu răng chịu lực nhai quá mức.		
	D. Chiều rộng khoảng quanh răng tăng nếu răng không được nhai đến.		
6.	Đặc điểm xương răng và xương ổ răng ở người cao tuổi:		
	A. Sự gia tăng chiều dày xương răng nhiều hơn ở vùng chóp và mặt má.		
	B. Những hõm tiêu xương răng là hậu quả của giảm bồi đắp xương răng theo tuổi.		
	C. Xương ổ răng giảm kết nối với các sợi chun của dây chằng quanh răng.		
	D. Có sự giảm mạch máu trong xương ổ răng, giảm trao đổi chất và khả năng tự sửa chữa, tăng quá trình huỷ xương và giảm tái tạo xương.		
	E. Khả năng can xương trong cấy ghép nha khoa giảm theo tuổi tác.		

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Ian Needleman (2002). "Aging and the periodontium", *Carranza's clinical periodontology*, ninth edition 2002. W.B.Saunders company, pp 57 – 62.
2. David R. Klein (1980). "Oral soft tissue changes in geriatric patients", *Bulletin of the New York Academy of medicine*, Vol.56, No.8, October 1980, pp 721 – 727
3. Heath M R (1973). "Dental state and bone loss in the elderly", *Journal of the Royal Society of medicine*, Vol 66, No.6, June 1973, pp 590 – 594.

TIÊU XƯƠNG Ở RĂNG VÀ TÚI LỢI

MỤC TIÊU

1. Trình bày cơ chế phá hủy xương.
2. Trình bày được các hình thái tiêu xương trong bệnh viêm quanh răng.
3. Trình bày được cơ chế hình thành túi lợi.
4. Trình bày các loại túi quanh răng.

Kích thước và độ đậm đặc của xương ổ răng ảnh hưởng bởi các yếu tố toàn thân và tại chỗ, thông thường thì quá trình tạo xương và tiêu xương cân bằng, khi quá trình tiêu xương mạnh hơn quá trình tạo xương thì kích thước và độ đậm đặc của xương giảm rồi mất xương.

Khi xương ổ răng bị tiêu sẽ làm mào xương ổ răng thấp xuống cộng với vị trí bám của lợi trên bề mặt chân răng di chuyển về phía cuống răng làm giảm diện bám dính của nha chu trên bề mặt răng hay gọi là mất bám dính, như vậy là tiêu xương ổ răng dẫn đến mất bám dính. Mất bám dính được xác định từ vị trí cổ răng giải phẫu tới đáy túi lợi hay rãnh lợi.

1. TIÊU XƯƠNG TRONG BỆNH VIÊM QUANH RĂNG MẠN TÍNH

Tiêu xương là do nguyên nhân viêm tại chỗ, viêm bắt đầu từ bờ lợi rồi lan xuống xương ổ và dây chằng, quá trình này là sự chuyển từ viêm lợi sang viêm quanh răng, tuy nhiên không phải tất cả các trường hợp viêm lợi đều chuyển sang viêm quanh răng.

Các nghiên cứu vi khuẩn học cho thấy sự chuyển từ viêm lợi sang viêm quanh răng liên quan với sự thay đổi thành phần và tỷ lệ các vi khuẩn ở mảng bám răng. Khi bệnh chuyển sang viêm quanh răng thì số lượng khuẩn di động và xoắn khuẩn tăng lên và số lượng cầu khuẩn và trực khuẩn giảm.

Trong quá trình chuyển từ viêm lợi sang viêm quanh răng có sự thay đổi ở mô liên kết: nguyên bào sợi và lympho chiếm số lượng chủ yếu khi chỉ viêm lợi, chuyển sang viêm quanh răng thì tương bào và nguyên bào tăng cùng với sự phát triển bệnh. Viêm lan từ biểu mô lợi tới các bó sợi collagen của lợi rồi lan tiếp theo mạng mạch

máu trong mô liên kết tới xương ổ răng. Viêm có thể lan trực tiếp từ lợi tới dây chằng quanh răng rồi đi tới xương.

Trong quá trình viêm lan từ lợi đến xương ổ răng, các bó sợi collagen của mô liên kết lợi bị phá hủy và thay thế bằng mô hạt xen lẫn các tế bào viêm, lợi phù nề. Viêm lan tới bề mặt xương và theo mạng mạch đi vào xương tuỷ làm huỷ xương và thay thế bằng dịch viêm chứa nhiều bạch cầu, nhiều nhánh tân mạch và nguyên bào sợi sinh ra do đáp ứng của cơ thể với phản ứng viêm. Tiêu xương ở xương tuỷ làm giảm số lượng bề xương, tăng khoảng cách giữa các bề xương làm xương giảm đậm độ, giảm bề xương còn làm giảm chiều cao xương ổ răng.

Một triệu chứng của viêm quanh răng là áp xe và có mủ, mủ này chỉ ở phần mềm của vùng quanh răng chứ không ở xương ổ răng.

Sự phá huỷ xương trong bệnh vùng quanh răng không phải là quá trình hoại tử xương, quá trình tiêu xương liên quan với các tế bào sống.

Quá trình tiêu xương liên quan với hoạt động của các tế bào sống dọc theo bề mặt mô xương. Mức độ thoát bào do phản ứng viêm tương quan với mức độ mất xương nhưng không tương ứng số lượng huỷ cốt bào. Tuy nhiên, khoảng cách từ mào xương ổ răng tới ranh giới vùng viêm ở bên dưới tương quan với số lượng huỷ cốt bào ở mào xương và tổng số lượng huỷ cốt bào.

2. TIÊU XƯƠNG TRONG BỆNH VIÊM QUANH RĂNG TIẾN TRIỂN NHANH

Tiêu xương ở bệnh viêm quanh răng tiến triển nhanh dường như không liên quan hoặc liên quan ít với vi khuẩn mảng bám, nhiều trường hợp bệnh nhân vệ sinh răng miệng tốt, không phát hiện thấy mảng bám răng ở bờ lợi mà vẫn có tiêu xương ổ răng hàm lớn thứ nhất, thậm chí có thể không phát hiện được triệu chứng viêm ở lợi mà vẫn có tiêu xương ổ răng. Vì nhiều bệnh nhân không có biểu hiện bệnh ở lợi nên bệnh thường tiến triển gây tiêu xương nhiều đến khi bệnh nhân có cảm giác đau mới đi khám, ở thời điểm này xương ổ răng đã mất nhiều, có trường hợp tiêu xương mặt xa răng số 6 nối với tiêu xương mặt gần tạo thành một ổ tiêu xương chứa răng.

Vi khuẩn tìm thấy trong túi lợi của viêm quanh răng tiến triển nhanh chủ yếu là *A.a.*, ngoài ra còn *porphyromonas gingivalis* và một số vi khuẩn khác.

3. BẢN KÍNH ẢNH HƯỞNG CỦA VI KHUẨN MẢNG BĂM

Garant và Cho năm 1979 cho rằng, các yếu tố gây tiêu xương tại chỗ có thể xuất hiện ở vùng lân cận trên bề mặt xương. Page và Schroeder cho rằng, mảng bám răng có thể gây tiêu xương trong khoảng cách từ 1,5 đến 2,5mm. Các tổn thương rộng cách xa mảng bám hơn 2,5mm, có thể do sự hiện diện của vi khuẩn trong mô quanh răng (ví dụ bệnh viêm quanh răng tiến triển nhanh).

4. TỐC ĐỘ TIÊU XƯƠNG VÀ CÁC GIAI ĐOẠN TIÊU XƯƠNG

Tốc độ tiêu xương phụ thuộc vào nhiều yếu tố, sức đề kháng, loại bệnh vùng quanh răng. Khoảng 8% bệnh nhân mắc viêm quanh răng mạn tính có tốc độ mất bám dính 0,1 đến 1mm. 81% mất bám dính trung bình 0,05 đến 0,5mm/năm. 11% còn lại mất bám dính 0,05 đến 0,09mm/năm.

Sự phá huỷ mô nha chu xảy ra từng đợt, với những giai đoạn yên lặng xen kẽ. Kết quả của các đợt phá huỷ này là tiêu collagen và xương ổ răng, làm sâu thêm túi quanh răng. Các lý do khởi phát đợt phá huỷ được lý giải như sau:

- Khởi phát bởi phản ứng viêm cấp và vết loét dưới lợi.
- Có các hoạt động miễn dịch với sự tăng trội của lympho B thoát từ huyết tương.
- Tăng số lượng vi khuẩn kỵ khí Gram âm di động và các vi khuẩn Gram dương không di động, mảng bám sau đó bị khoáng hoá thành cao răng.
- Mô nha chu bị xâm nhập bởi một hay nhiều loại vi khuẩn.

5. CƠ CHẾ PHÁ HUỖ XƯƠNG

Các yếu tố liên quan với sự phá huỷ xương ổ răng là vi khuẩn và đáp ứng của cơ thể. Mảng bám vi khuẩn và sản phẩm tạo ra do hoạt động của vi khuẩn kích thích sự biệt hoá của các tiền tế bào xương thành các huỷ cốt bào, kích thích các hoạt động miễn dịch từ các tế bào ở lợi. Các tế bào của phản ứng viêm kích thích làm giảm số lượng tạo cốt bào do giảm sự biệt hoá sinh tạo cốt bào.

Trong bệnh viêm quanh răng phá huỷ có sự xâm nhập của một hay hai loài vi khuẩn trong mô liên kết của mô nha chu, những vi khuẩn này phá huỷ mô trực tiếp.

Các tế bào của phản ứng viêm tiết ra một số chất trung gian hoá học, ví dụ như prostaglandins, interleukin 1 α và β , các chất này làm tiêu mô.

Khi tiêm prostaglandin E2 vào trong da, sẽ có sự thay đổi ở thành mạch, khi tiêm vào dưới màng xương thì prostaglandin E2 kích thích tiêu xương. Một số thuốc giảm đau kháng viêm không steroid như là flurbiprofen và ibuprofen ngăn cản sinh prostaglandin E2 và nhờ vậy giảm mức độ tiêu xương thực nghiệm trên chó.

6. SỰ TẠO XƯƠNG Ở VÙNG BỆNH NHA CHU

Ở vùng liên kế với vùng tiêu xương có hiện tượng tạo xương, xương được tạo ra dọc theo bề mặt các bề xương, sự tạo xương này giúp tăng cường cho phần xương còn lại.

Sự đáp ứng của xương vỏ với viêm bao gồm cả tạo xương và tiêu xương. Quá trình tạo xương làm chậm lại quá trình mất xương.

Các nghiên cứu giải phẫu bệnh lấy từ bệnh nhân viêm quanh răng ở vùng nha

chu không được điều trị cho thấy cơ thể vật chủ có khả năng chống đỡ làm dừng sự tiến triển tiêu xương và có sự tạo xương tại vị trí đã bị tiêu xương. Điều này chứng minh rằng xương ổ răng bị tiêu từng đợt và có quá trình tạo xương mới khi bệnh tạm lắng, tốc độ tiến triển và khoảng thời gian giữa các đợt bùng phát không giống nhau giữa các cá thể bệnh nhân. Biểu hiện của các đợt bùng phát là lợi viêm, dễ chảy máu.

Các nghiên cứu mô bệnh học chỉ ra rằng nếu các nguyên nhân gây viêm (vi khuẩn bị loại bỏ) thì các yếu tố kích thích tiêu xương cũng được loại bỏ và sẽ tạo điều kiện thuận lợi cho quá trình tạo xương lành thương.

7. SỰ PHÁ HỦY XƯƠNG DO SANG CHẤN KHỚP CÁN

Vấn đề lực gây ra sang chấn khớp cắn đã được trình bày trong bài “Sang chấn khớp cắn với mô quanh răng” và “Sự đáp ứng của mô quanh răng với lực ngoại lai”.

7.1. Trường hợp không có viêm tại chỗ

Lực sang chấn sẽ tạo lực ép và lực kéo căng lên vùng nha chu (cụ thể là dây chằng và xương ổ răng) gây ra tiêu xương và dây chằng, đây là quá trình có tái sinh phục hồi, chỉ cần loại bỏ lực sang chấn thì mô quanh răng lại được tạo ra và không giảm chiều cao, răng có thể bị di chuyển tới vị trí mới, các bác sĩ chỉnh răng áp dụng cơ chế sinh học này để di chuyển răng.

Tuy nhiên, trong trường hợp răng bị tác động lực quá mạnh sẽ lung lay nhiều do vùng dây chằng bị giãn rộng, ảnh hưởng đến khả năng nhai và dễ bị vi khuẩn xâm nhập.

7.2. Trường hợp có viêm tại chỗ: Sang chấn khớp cắn kết hợp với viêm tại chỗ làm tăng nặng mức độ tiêu xương, tăng tốc độ bệnh viêm quanh răng.

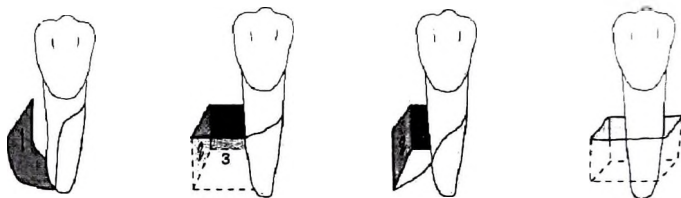
7.3. Các yếu tố liên quan toàn thân: Chứng loãng xương thường gặp ở phụ nữ mãn kinh, làm giảm khoáng trong xương, người vừa có bệnh viêm nha chu và chứng loãng xương thì khó tái sinh xương.

8. CÁC HÌNH THÁI TIÊU XƯƠNG TRONG BỆNH VIÊM QUANH RĂNG

Bệnh nha chu làm giảm chiều cao xương ổ và thay đổi hình thái xương.

Tiêu xương ngang là hình thái tiêu xương thường gặp nhất, tám bản xương mặt ngoài, mặt trong, vùng xương kẽ giữa các răng đều thấp xuống, nhưng có thể không đồng đều giữa các vùng.

Tiêu xương theo hướng dọc (đứng hoặc chéo): thường để lại túi trong xương. Tiêu xương theo hướng dọc được phân loại tổn thương 1, 2, 3 và 4 thành xương. Tổn thương xương có thành có thể phát hiện trên phim Xquang nếu ở vùng kẽ giữa các răng, nếu ở mặt ngoài hay mặt trong thì chỉ có thể phát hiện hết mức độ tổn thương khi mở vạt phẫu thuật.



a) Tiêu xương 1 thành

b) Tiêu xương 2 thành

c) Tiêu xương 3 thành

d) Tiêu xương 4 thành

Hình 8.1. Hình ảnh tiêu xương

Tổn thương chẽ răng nhiều chân: được phân chia mức độ I, II, III, IV. Độ I là chớm tổn thương, đưa cây thăm dò dọc theo rãnh lợi hay túi lợi có cảm giác có điểm lõm nhưng không mắc dụng cụ. Độ II là tổn thương chẽ thực sự, mắc cây thăm dò nha chu. Độ III là tổn thương xuyên từ bên này sang bên kia. Độ IV là tổn thương độ III kết hợp tụ lợi làm lộ tổn thương chẽ.

Các yếu tố ảnh hưởng đến sự hình thành tổn thương chẽ: các trụ men bám xuống quá ranh giới men-cement (khoảng 13%), các nghiên cứu cho thấy 75% tổn thương chẽ có men bám quá xuống ranh giới men - cement. Ống tuỷ phụ ở vùng sàn chẽ răng nhiều chân: 36% răng số 6 hàm trên, 12% răng số 7 hàm trên, 32% răng số 6 hàm dưới, 24% răng số 7 hàm dưới.

9. TÚI LỢI

Dấu hiệu lâm sàng điển hình của các bệnh viêm quanh răng là **túi quanh răng** hay **túi lợi**.

9.1. Định nghĩa: Túi lợi là sự sâu xuống của rãnh lợi do các bệnh viêm quanh răng gây tiêu xương ổ và dây chằng làm mòn xương ổ răng và biểu mô kết nối di chuyển về phía cuống chân răng, khi chiều sâu thâm khám lớn hơn 3mm thì gọi là túi lợi.

9.2. Phân biệt trên lâm sàng

– Túi lợi giả: loại túi hình thành do sự phì đại của lợi mà không có sự phá hủy xương ổ răng, dẫn đến rãnh lợi sâu.

– Túi lợi: loại túi có sự phá hủy của mô nha chu. Quá trình tiêu xương và mất bám dính trên bề mặt chân răng dần dần làm lung lay răng.

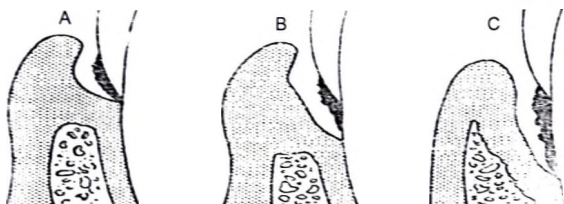
Để xác định độ sâu túi quanh răng, người ta dùng thăm trám nha chu có chia vạch để đo, độ sâu túi lợi được tính từ bờ viêm lợi tới đáy túi lợi. Trên lâm sàng, các dạng tổn thương nha chu rất phong phú, vì vậy ta có thể gặp nhiều hình thái quanh răng khác nhau.

9.3. Phân loại túi lợi: Túi lợi trên xương và túi lợi trong xương.

– Túi lợi trên xương: khi đáy túi nằm ngang mức hoặc cao hơn mào xương ổ

răng. Thường gặp ở những vùng bị tiêu xương ngang. Túi có một thành chân răng và thành đối diện là mô lợi.

– Túi lợi trong xương: khi đáy túi nằm thấp hơn mào xương ổ răng.



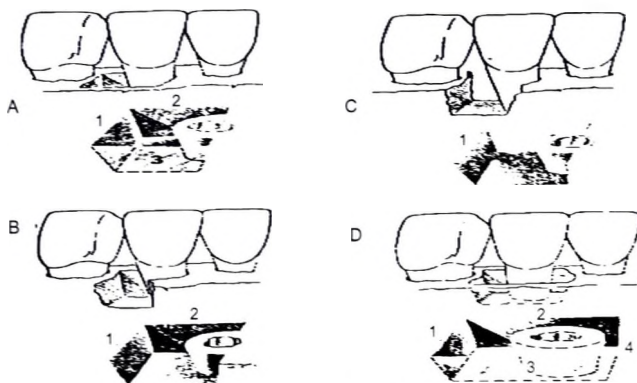
Hình 8.2. Các hình ảnh túi lợi

A, B: Túi lợi trên xương; C: Túi lợi trong xương

Tổn thương mô quanh răng có thể chỉ xảy ra ở một, hai phía hoặc toàn bộ xung quanh chân răng. Tùy theo mức độ mô quanh răng bị phá hủy mà túi quanh răng trong xương có thể ở một hoặc cả bốn phía xương quanh răng. Đối với túi quanh răng trong xương, người ta phân loại thành túi quanh răng 1 thành xương, 2 thành xương, 3 thành xương, 4 thành xương tùy theo hình dạng hốc tiêu xương ổ răng còn lại quanh răng đó.

– Túi quanh răng 1 thành: xương ổ răng bị tiêu gần hết, chỉ còn lại một thành xương ở một phía chân răng.

– Túi quanh răng 2 thành: còn lại 2 thành xương ở hai phía tổn thương.



Hình 8.3. Hình ảnh các dạng tiêu xương ổ răng trong túi quanh răng

- Túi lợi 3 thành: xương ổ răng tiêu hết ở một phía, ba phía còn lại của tổn thương vẫn còn xương ổ răng.

- Túi lợi 4 thành (túi lợi bao quanh chân răng): xung quanh chân răng, xương bị tiêu nhưng vẫn còn 4 thành xương bao quanh chân răng.

Ý nghĩa của việc phân loại túi lợi.

- Túi quanh răng trên xương: cho ta thấy tiêu xương ở răng tiến triển theo chiều ngang, việc điều trị tái tạo khó thực hiện.

- Túi quanh răng trong xương: xương ổ răng tiêu theo chiều dọc hoặc chéo, việc điều trị tái tạo mô quanh răng có tiên lượng tốt hơn nếu tiến hành các biện pháp phẫu thuật và nạo tổ chức viêm.

- Túi quanh răng 2, 3, 4 thành: việc ghép xương và các vật liệu thay thế xương có tiên lượng tốt hơn loại 1 thành nếu không dùng kèm theo màng tái tạo mô có hướng dẫn.

- Túi quanh răng 1 thành: việc ghép xương và các vật liệu thay thế xương không thực hiện được vì khả năng sinh xương rất ít và khó giữ được phần vật liệu ghép. Vì vậy, cần phải có một màng tái tạo mô có hướng dẫn ở phía ngoài để giữ phần vật liệu ghép.

TỰ LƯỢNG GIÁ

Chọn câu trả lời đúng nhất cho các câu hỏi sau bằng cách khoanh tròn vào chữ cái đầu câu

1. Liên quan đến cơ chế phá huỷ xương:

- A. Sự phá huỷ xương trong bệnh vùng quanh răng là quá trình hoại tử xương.
- B. Quá trình tiêu xương mạnh hơn quá trình tạo xương thì kích thước và độ đậm đặc của xương tăng.
- C. Các tế bào của phản ứng viêm kích thích làm tăng số lượng tạo cốt bào do tăng sự biệt hoá sinh tạo cốt bào.
- D. Màng bám vi khuẩn và sản phẩm tạo ra do hoạt động của vi khuẩn kích thích sự biệt hoá của các tiền tế bào xương thành các huỷ cốt bào, kích thích các hoạt động miễn dịch từ các tế bào ở lợi.

2. Các dạng tiêu xương:

- A. Tiêu xương ngang thường để lại túi trong xương.
- B. Tiêu xương dọc thường để lại túi trên xương.
- C. Tiêu xương theo hướng dọc được phân loại tổn thương 1, 2, 3 thành xương.
- D. Tiêu xương dọc là hình thái tiêu xương thường gặp nhất.

3. Tổn thương chề răng nhiều chân:

- A. Độ I: là tổn thương chề thực sự, mắc cây thăm dò nha chu.
- B. Độ II: là tổn thương xuyên từ bên này sang bên kia.
- C. Độ III: là chớm tổn thương, đưa cây thăm dò dọc theo rãnh lợi hay túi lợi có cảm giác có điểm lõm nhưng không mắc dụng cụ.
- D. Độ IV: là tổn thương độ III kết hợp tụt lợi làm lộ tổn thương chề.

4. Túi lợi trên xương:

- A. Khi đáy túi nằm ngang mức hoặc cao hơn mào xương ổ răng.
- B. Khi đáy túi nằm thấp hơn mào xương ổ răng.
- C. Khi lộ xương ở vùng viêm.

5. Túi lợi trong xương:

- A. Khi đáy túi nằm ngang mức hoặc cao hơn mào xương ổ răng.
- B. Khi đáy túi nằm thấp hơn mào xương ổ răng.
- C. Khi có ổ thẩu quang trong xương.

6. Túi lợi 3 thành xương:

- A. Xương ổ răng tiêu hết ở 1 phía, 3 phía còn lại vẫn còn xương ổ răng.
- B. Xung quanh chân răng, xương bị tiêu nhưng vẫn còn 4 thành xương bao quanh chân răng.
- C. Còn lại 2 thành xương bao quanh chân răng.
- D. Xương ổ răng bị tiêu gần hết, chỉ còn lại 1 thành xương ở 1 phía chân răng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Antonionanci, Dieter D. Bosshardt (2000):" *Structure of periodontal tissues in health and disease*". Periodontology 2000, Vol. 40, 2006. 11 – 28.
2. Carranza (2002),"*Bone loss and Patterns of Bone destruction*". *Clinical Per iodontology*. p.336.
3. Carranza (2002),"*The Periodontal Pocket*".*Clinical Peryodontology*.p.336
4. Schwartz: Goultschin J; Dean DD. et al: "*Mechanism of alveolar bone destruction in periodontitis*". Periodontology 2000.14:158.

Chương II

CÁC BỆNH VÙNG QUANH RĂNG

Bài 9

PHÂN LOẠI BỆNH QUANH RĂNG

MỤC TIÊU

- 1. Trình bày được phân loại các bệnh quanh răng theo Hội nghị Quốc tế năm 1999.*
- 2. Trình bày được cách phân loại các bệnh quanh răng ứng dụng trên lâm sàng phục vụ cho chẩn đoán, tiên lượng và điều trị bệnh.*
- 3. Trình bày được một số phân loại bệnh quanh răng khác.*

1. ĐẠI CƯƠNG

Việc phân loại bệnh quanh răng có ý nghĩa quan trọng trong việc chẩn đoán, tiên lượng và làm kế hoạch điều trị. Có rất nhiều cách phân loại bệnh quanh răng. Nhưng theo các xu hướng chung và các quan điểm hiện đại, người ta chia các bệnh quanh răng ra làm 2 loại chính là các bệnh của lợi và các bệnh của cấu trúc chống đỡ răng:

Các bệnh lợi bao gồm các bệnh mà chỉ có tổn thương ở lợi.

Các bệnh của cấu trúc chống đỡ răng bao gồm các bệnh liên quan tới các cấu trúc chống đỡ răng như dây chằng quanh răng, xương ổ răng và xương răng.

Trong bài này, chúng tôi giới thiệu một số cách phân loại bao gồm:

– Phân loại theo Hội nghị Quốc tế về các bệnh quanh răng năm 1999. Cách phân loại này đã được các nhà quanh răng học quốc tế thống nhất. Tuy vậy, do cách phân loại này quá dài và phức tạp, tới mức các nhà lâm sàng khó có thể nhớ hết được.

– Phân loại các bệnh viêm quanh răng do Fermin và Carranza giới thiệu. Cách phân loại này có thể giúp cho các thầy thuốc lâm sàng dễ dàng áp dụng trong chẩn đoán, tiên lượng và điều trị các bệnh nhân có tổn thương vùng quanh răng.

– Các phân loại khác để các học viên và các đồng nghiệp tham khảo, đối chiếu, tra cứu và có thể áp dụng vào các mục đích nhất định trong nghiên cứu, điều tra...

2. PHÂN LOẠI THEO HỘI NGHỊ QUỐC TẾ VỀ CÁC BỆNH QUANH RĂNG NĂM 1999

Một Hội nghị quốc tế về phân loại các bệnh quanh răng diễn ra từ 30/10 đến 02/11 năm 1999. Hội nghị này đã đưa ra bảng phân loại các bệnh quanh răng, bao gồm 8 nhóm bệnh dưới đây:

- Các bệnh lợi.
- Viêm quanh răng mạn.
- Viêm quanh răng phá huỷ.
- Viêm quanh răng là biểu lộ của các bệnh toàn thân.
- Các bệnh quanh răng hoại tử.
- Các áp xe vùng quanh răng.
- Viêm quanh răng do các tổn thương nội nha.
- Các biến dạng và tình trạng mắc phải hay trong quá trình phát triển.

2.1. Các bệnh lợi

Các bệnh lợi được phân chia làm hai nhóm là các bệnh lợi do mảng bám răng và các tổn thương lợi không do mảng bám răng. Trong mỗi nhóm lại có nhiều thể loại khác nhau.

2.1.1. Các bệnh lợi do mảng bám răng

Có 4 thể loại khác nhau dưới đây:

1) Viêm lợi chỉ do mảng bám răng

- Không có các yếu tố tại chỗ khác phối hợp.
- Có các yếu tố tại chỗ phối hợp.

2) Các bệnh lợi bị biến đổi bởi các yếu tố toàn thân

- Liên quan tới hệ thống nội tiết, bao gồm:

+ Viêm lợi ở tuổi dậy thì.

+ Viêm lợi liên quan tới chu kỳ kinh nguyệt.

- Viêm lợi ở người mang thai, có hai dạng:

+ Viêm lợi.

+ U hạt.

- Viêm lợi liên quan tới bệnh lý đái tháo đường.

- Viêm lợi liên quan tới bệnh về máu, có:

+ Viêm lợi liên quan tới bệnh bạch cầu.

+ Viêm lợi do các bệnh máu khác.

3) Các bệnh lợi do dùng thuốc

Có các bệnh lợi do ảnh hưởng của thuốc:

- Phì đại lợi do ảnh hưởng của thuốc.
- Viêm lợi do ảnh hưởng của thuốc, bao gồm:
 - + Viêm lợi do uống thuốc tránh thai.
 - + Viêm lợi do dùng các thuốc khác.

4) Các bệnh lợi ảnh hưởng bởi suy dinh dưỡng, bao gồm:

- Viêm lợi do thiếu hụt acid ascorbic.
- Viêm lợi do thiếu hụt các chất khác.

2.1.2. Các tổn thương lợi không do mảng bám

Có 8 nhóm các bệnh lợi dưới đây:

1) Các bệnh lợi do các vi khuẩn đặc hiệu:

- Các tổn thương do vi khuẩn lậu.
- Các tổn thương do xoắn khuẩn giang mai.
- Các tổn thương do các loài tụ cầu.
- Các tổn thương do các vi khuẩn đặc hiệu khác.

2) Các bệnh lợi do virus:

- Các nhiễm trùng Herpes sơ khởi.
- + Viêm lợi miệng Herpes sơ khởi.
- + Bệnh Herpes miệng tái diễn.
- Các nhiễm trùng do virus khác.

3) Các bệnh lợi do nấm

- Nhiễm trùng các loài nấm Candida: Bệnh nấm Candida ở toàn bộ lợi.
- Ban đỏ lợi.
- Bệnh nấm.
- Các bệnh lợi do nấm khác.

4) Các tổn thương lợi do di truyền

- Bệnh u xơ lợi di truyền.
- Các tổn thương lợi do di truyền khác.

5) Các biểu lộ ở lợi của các bệnh toàn thân

- Các rối loạn ở niêm mạc.
- + Lichen phẳng.
- + Chốc lở ở trẻ sơ sinh.

+ Pemphigus.

+ Ban đỏ đa dạng.

+ Lupus ban đỏ.

+ Các rối loạn do thuốc.

+ Các rối loạn khác.

- Các phản ứng dị ứng.

+ Dị ứng các vật liệu phục hồi răng như: thủy ngân, niken, nhựa acrylic, các vật liệu khác.

+ Các phản ứng dị ứng do: các kem đánh răng, nước súc miệng, các chất phụ gia kẹo cao su, các thực phẩm và các chất phụ gia.

+ Các phản ứng dị ứng khác.

6) Các tổn thương do sang chấn

- Tổn thương do các chất hoá học.

- Tổn thương do tác nhân lý học.

- Tổn thương do nhiệt.

7) Các phản ứng với cơ thể ngoại lai

8) Các bệnh lợi không đặc hiệu khác

2.2. Viêm quanh răng mạn

- Khu trú.

- Toàn bộ.

2.3. Viêm quanh răng phá huỷ

- Khu trú.

- Toàn bộ.

2.4. Viêm quanh răng là biểu lộ của các bệnh toàn thân

Có 3 nhóm dưới đây:

2.4.1. Do các rối loạn về máu

- Giảm bạch cầu trung tính mắc phải.

- Bệnh bạch cầu.

- Các bệnh máu khác.

2.4.2. Do các rối loạn di truyền

- Bệnh giảm bạch cầu trung tính theo chu kỳ và gia đình.

- Hội chứng Down.

- Các hội chứng thiếu hụt bạch cầu bám dính.

- Hội chứng Papillon – Lefevre.

- Hội chứng Chédiak – Higashi.
- Các hội chứng lưới nội mô tăng sinh.
- Các bệnh lưu trữ glycogen.
- Chứng mất bạch cầu hạt ở trẻ em do di truyền.
- Hội chứng Cohen.
- Hội chứng Ehlers – Danlos(các typ IV và VIII).
- Bệnh giảm phosphat máu.
- Các rối loạn di truyền khác.

2.4.3. Do các bệnh toàn thân không đặc hiệu khác

2.5. Các bệnh quanh răng hoại tử

2.5.1. Viêm lợi loét hoại tử

2.5.2. Viêm quanh răng loét hoại tử

2.6. Các áp xe vùng quanh răng

- Áp xe lợi.
- Áp xe quanh răng.
- Áp xe quanh thân răng.

2.7. Viêm quanh răng liên quan tới các tổn thương nội nha

Các tổn thương phối hợp quanh răng – nội nha.

2.8. Các biến dạng và tình trạng mất phải hay trong quá trình phát triển

2.8.1. Các yếu tố do răng mà làm thay đổi hoặc dẫn đến các bệnh lợi hay viêm quanh răng do mảng bám

- Các yếu tố giải phẫu răng.
- Các phục hồi răng hay các khí cụ nha khoa.
- Các dạng gãy chân răng.
- Tiêu chân răng ở cuống và nút xi măng.

2.8.2. Các biến dạng lợi – niêm mạc và các tình trạng xung quanh các răng

- Co lợi hay co mô mềm.
- Các bề mặt phía trước và phía lưỡi.
- Ổ vùng kẽ răng (nhú lợi).
- Thiếu lợi sừng hoá.
- Chiều sâu ngách tiền đình giảm.
- Vị trí cơ và phanh khác thường.

- Lợi quá mức.
- + Túi giả.
- + Bờ lợi không đều.
- + Biểu lộ lợi quá mức.
- + Phì đại lợi.
- Màu sắc bất thường.

2.8.3. Các biến dạng lợi – niêm mạc và các tình trạng ở sống hàm mất răng

- Thiếu hụt sống hàm theo chiều đứng và/ hoặc theo hướng ngang.
- Thiếu lợi/ thiếu mô sừng hoá.
- Phì đại lợi/ phì đại mô mềm.
- Vị trí cơ/ phanh bất thường.
- Chiều sâu ngách tiền đình giảm.
- Màu sắc bất thường.

2.8.4. Chấn thương khớp cắn

- Chấn thương khớp cắn ban đầu.
- Chấn thương khớp cắn thứ phát.

3. PHÂN LOẠI THEO FERMIN A.C

Các tác giả này cũng phân ra hai nhóm là các bệnh lợi và các bệnh của các cấu trúc chống đỡ răng.

3.1. Các bệnh lợi

3.1.1. Viêm

- Viêm là dạng thường gặp nhất của các bệnh lợi, viêm là do màng bám vi khuẩn gây ra và các yếu tố kích thích làm tích tụ màng bám mà thường có trong môi trường miệng.

- Vai trò của viêm trong các bệnh lợi có thể khác nhau theo 3 cách dưới đây:

+ Viêm có thể là thay đổi bệnh lý khởi đầu và duy nhất. Đây là dạng hay gặp nhất trong các dạng bệnh ở lợi.

+ Viêm có thể là một biểu hiện thứ phát, chống lên một bệnh lợi được gây ra bởi bệnh toàn thân. Ví dụ: viêm thường làm phức tạp thêm bệnh tăng sinh lợi đã được gây ra bởi dùng thuốc phenytionin theo đường toàn thân.

+ Viêm có thể là yếu tố làm tăng nhanh các thay đổi lâm sàng ở các bệnh nhân có các điều kiện toàn thân mà bản thân các điều kiện toàn thân này không gây ra biểu hiện có thể nhận thấy trên lâm sàng. Viêm lợi ở người có thai là một ví dụ về tình trạng này.

3.1.2. Các thể loại bệnh lợi

– Viêm lợi đơn giản.

+ Là loại hay gặp nhất, gây ra do mảng vi khuẩn dính vào bề mặt răng. Loại viêm này còn được gọi là viêm lợi bờ mạn tính.

+ Viêm lợi đơn giản có thể duy trì tình trạng viêm không thay đổi trong một thời gian dài không xác định, hoặc có thể tiếp tục tiến triển dẫn đến phá hủy các cấu trúc chống đỡ răng trở thành viêm quanh răng.

– Các bệnh lợi khác.

Ngoài viêm lợi đơn giản, còn có các bệnh lợi khác mà không phải lúc nào cũng liên quan đến các vấn đề viêm mạn tính, bao gồm các bệnh dưới đây:

+ Viêm lợi loét hoại tử cấp: hay gặp ở các bệnh nhân có hội chứng suy giảm miễn dịch mắc phải (AIDS).

+ Viêm lợi miệng Herpes cấp và các bệnh do virus khác, viêm lợi do vi khuẩn hoặc do nấm.

+ Bệnh lợi trong các bệnh về da mà liên quan tới các tổ chức lợi, gây ra các dạng đặc hiệu của bệnh lợi như Lichen phẳng, pemphigus, ban đỏ đa dạng và các bệnh da khác.

+ Viêm lợi dị ứng.

+ Viêm lợi mà được khởi phát bởi mảng bám vi khuẩn, nhưng ở đây đáp ứng mô bị thay đổi bởi các yếu tố toàn thân. Ví dụ như thiếu dinh dưỡng, các bệnh nội tiết như đái tháo đường, người có thai, tuổi dậy thì và các bệnh về máu và các rối loạn về miễn dịch.

+ Phì đại lợi: lợi phì đại do đáp ứng ở lợi với đa dạng các yếu tố gây bệnh dẫn đến sự tăng về khối lượng. Trong nhóm này bao gồm cả các thay đổi liên quan với dùng thuốc như thuốc phenytonin, cyclosporine và các loại thuốc khác...

+ Các u lành và u ác tính ở lợi: các u xuất hiện ở lợi có thể là do tiền phát hoặc do di căn.

3.2. Các bệnh của cấu trúc chống đỡ răng

Bệnh quanh răng hay gặp nhất thường được khởi phát bởi sự tích tụ mảng bám răng ở vùng lợi – răng và có đặc trưng cơ bản là viêm. Ban đầu, viêm giới hạn ở lợi và được gọi là viêm lợi bờ mạn tính. Sau đó, viêm tiếp tục tiến triển và liên quan đến các cấu trúc chống đỡ răng và bệnh được gọi là viêm quanh răng hoặc là viêm quanh răng phá hủy mạn.

Ngoài ra, có các dạng tổn thương khác không liên quan đến mảng bám như thoái hoá và tân sinh. Các bệnh này thường liên quan với các cơ quan khác của cơ thể hoặc các tình trạng toàn thân và được xem là biểu lộ quanh răng của bệnh toàn thân. Các bệnh này thường được khởi đầu ở lợi hoặc khởi đầu ở các cấu trúc chống đỡ răng hoặc cả hai.

Các bệnh của các cấu trúc chống đỡ bao gồm 4 nhóm dưới đây:

a) Viêm quanh răng:

- Viêm quanh răng tiến triển chậm.
- Viêm quanh răng tiến triển nhanh:
- + Viêm quanh răng bắt đầu ở người lớn.
- + Viêm quanh răng bắt đầu sớm:
- Viêm quanh răng trước tuổi dậy thì.
- Viêm quanh răng tuổi vị thành niên.
- Viêm quanh răng loét hoại tử.
- Viêm quanh răng nan giải.

b) Sang chấn do khớp cắn.

c) Teo quanh răng.

d) Các biểu lộ quanh răng của các bệnh toàn thân.

Để làm rõ thêm bảng phân loại trên, chúng tôi trình bày tóm tắt một số điểm chủ yếu khái quát của từng nhóm:

3.2.1. Viêm quanh răng

Viêm quanh răng là dạng phổ biến nhất của bệnh quanh răng và được gây ra do sự lan rộng của quá trình viêm đã khởi đầu ở lợi và lan đến các tổ chức quanh răng chống đỡ răng.

Viêm quanh răng đã được phân loại theo tốc độ tiến triển như tiến triển chậm và tiến triển nhanh và phân theo tuổi tác lúc bắt đầu như viêm quanh răng bắt đầu ở người lớn và viêm quanh răng bắt đầu sớm. Các dạng khác là viêm quanh răng loét hoại tử và viêm quanh răng nan giải.

a) Viêm quanh răng tiến triển chậm:

- Có viêm mạn tính ở lợi, mất xương ở răng và hình thành túi quanh răng là thường đi cùng với viêm quanh răng tiến triển chậm. Lung lay răng và di lệch răng bệnh lý xuất hiện ở những ca đã tiến triển.

- Mặc dù, viêm quanh răng tiến triển chậm có thể được tiến triển tiếp theo từ viêm lợi mạn kéo dài, nhưng đặc điểm phá hủy mô quanh răng thường được thấy ở người từ 35 tuổi trở lên hoặc ở tuổi cao hơn nữa.

- Viêm quanh răng tiến triển chậm được gây ra bởi mảng bám răng và không thấy có sự thiếu hụt về miễn dịch.

- Sự tích tụ mảng bám răng có thể xảy ra dễ dàng hơn bởi các kích thích tại chỗ như cao răng, các phục hồi răng sai quy cách và tác động của thức ăn.

- Bệnh thường biểu hiện ở cả hai hàm hoặc là bị ở nhiều răng. Mức độ nặng có

thể khác nhau ở các vị trí khác nhau, nhưng thường có tương quan với số lượng mảng bám.

b) Viêm quanh răng tiến triển nhanh:

– Viêm quanh răng tiến triển nhanh có thể xuất hiện ở lứa tuổi sớm, trước khi kết thúc tuổi dậy thì hoặc trong thời kỳ tuổi trưởng thành.

– Viêm quanh răng tiến triển nhanh bắt đầu ở người lớn có thể liên quan với viêm hoặc không có viêm trên lâm sàng, nhưng cũng có thể có các thay đổi viêm đáng kể.

– Viêm quanh răng tiến triển nhanh liên quan với số lượng ít hơn các mảng bám hoặc cao răng, nhưng dẫn đến sự hình thành túi lợi và mất xương nhanh.

– Viêm quanh răng tiến triển nhanh bắt đầu sớm bao gồm các tổn thương phá huỷ tiến triển ở trẻ em và thiếu niên. Có hai dạng chính là viêm quanh răng trước tuổi dậy thì và viêm quanh răng ở tuổi vị thành niên.

– Viêm quanh răng trước tuổi dậy thì xuất hiện trước tuổi dậy thì và là bệnh phá huỷ mô quanh răng rất nhanh. Nó liên quan tới các vấn đề miễn dịch và toàn thân khác như có thể thấy trong các hội chứng dưới đây:

+ Hội chứng Papillon–Lefevre.

+ Bệnh giảm phosphat máu.

+ Chứng mất bạch cầu hạt.

+ Hội chứng Down,...

– Viêm quanh răng tuổi vị thành niên gặp ở tuổi dậy thì. Nó được đặc trưng bởi các tổn thương có góc sâu và khu trú ở các răng hàm lớn thứ nhất và các răng cửa và xuất hiện ở các thiếu niên khoẻ mạnh. Do tính chất khu trú của nó nên còn được gọi là viêm quanh răng tuổi vị thành niên khu trú.

c) Viêm quanh răng loét hoại tử:

– Viêm quanh răng loét hoại tử theo sau các thời kỳ viêm lợi loét hoại tử cấp kéo dài tái phát và biểu lộ là các hố xương sâu ở kẽ răng.

– Viêm quanh răng loét hoại tử còn thấy ở các bệnh nhân bị bệnh AIDS.

d) Viêm quanh răng nan giải:

Là trường hợp không biết được nguyên nhân và thất bại trong điều trị.

3.2.2. Sang chấn do khớp cắn

Bởi vì viêm lợi là rất phổ biến, cho nên chấn thương do khớp cắn xuất hiện hiếm khi không có viêm lợi. Khi nó là quá trình bệnh lý duy nhất thì chấn thương do khớp cắn biểu hiện hai đặc điểm lâm sàng nổi bật là lung lay răng tăng lên và rộng khoang quanh răng, đặc biệt là ở vùng lợi chân răng. Các thay đổi này là các hiện tượng thích

ứng với chức năng tăng lên. Chấn thương do khớp cắn không gây ra viêm lợi hoặc hình thành các túi quanh răng.

3.2.3. Teo quanh răng

Teo là sự giảm về kích thước của một mô hoặc một bộ phận hoặc các thành phần tế bào của nó sau khi nó đã đạt được kích thước trưởng thành bình thường.

Biểu hiện là giảm chiều cao của mô quanh răng dẫn đến co lợi và có thể có hoặc không có viêm. Teo quanh răng xuất hiện như là kết quả của các sang chấn lặp lại như chải răng mạnh, kéo các phanh môi, phanh má, phanh lưỡi và các nguyên nhân khác.

Bởi vì mức độ teo tăng theo tuổi nên nó được gọi là teo sinh lý hoặc teo lão suy. Tuy nhiên, nó không phải là kết quả của sự lão hoá mà là kết quả của ảnh hưởng tích tụ của các chấn thương lặp lại lên mô quanh răng.

3.2.4. Biểu lộ quanh răng của các bệnh toàn thân

Có 7 nhóm bệnh toàn thân dưới đây có thể có biểu hiện tổn thương mô quanh răng

1) Viêm quanh răng loét hoại tử

- Liên quan với AIDS.
- Không liên quan với AIDS.

2) Các rối loạn chức năng bạch cầu trung tính

- Mất bạch cầu trung tính.
- Giảm bạch cầu trung tính theo chu kỳ.
- Hội chứng Chédiak-Higashi.
- Các bệnh khác.

3) Các bệnh về máu

- Bệnh bạch cầu.
- Bệnh thiếu máu.
- Bệnh lưới nội mô tăng sinh.

4) Các bệnh về chuyển hoá

- Bệnh Gauchers.
- Bệnh Niemann-Pick.
- Bệnh Sacoid.

5) Các rối loạn mô liên kết

- Hội chứng Ehlers-Danlos.
- Bệnh u hạt Wegener's.
- Bệnh Sacoid.

- 6) Các bệnh về xương
 - Bệnh giảm phosphat máu.
 - Bệnh Paget.
- 7) Các bệnh khối u tân sinh
 - Các u lành tính.
 - Các u ác tính.

4. MỘT SỐ PHÂN LOẠI KHÁC

4.1. Theo ARTA (Hội tổ chức quanh răng thế giới) năm 1951

Có 3 loại là viêm, thoái hoá và u:

- Các bệnh ở lợi có:
 - + Viêm lợi.
 - + Thoái hoá lợi.
- Các bệnh ở mô quanh răng:
 - + Viêm quanh răng.
 - + Hư quanh răng.
 - + U quanh răng.

4.2. Theo Glickman

4.2.1. Bệnh ở lợi

- Viêm lợi đơn giản:
- + Viêm lợi mạn.
- + Viêm lợi loét hoại tử.
- + Viêm lợi miệng Herpes cấp.
- + Viêm lợi dị ứng.
- + Viêm lợi không đặc hiệu.
- + Viêm lợi đặc hiệu.
- Viêm lợi hỗn hợp.
- Viêm lợi có điều kiện: do các yếu tố toàn thân.
- Viêm lợi phì đại.
- Loạn dưỡng lợi.

4.2.2. Tổn thương ở mô quanh răng sâu

- Viêm quanh răng
- + Viêm quanh răng đơn giản.

- + Viêm quanh răng phức hợp: túi lợi trong xương, có sang chấn khớp cắn.
- Viêm quanh răng cấp ở người trẻ.
- Tổn thương do khớp cắn sang chấn.
- Loạn dưỡng tổ chức quanh răng.

4.3. Theo Suzuki năm 1988

- Viêm quanh răng ở người lớn.
- Viêm quanh răng tiến triển nhanh.
- + Típ A.
- + Típ B.
- Viêm quanh răng tuổi vị thành niên.
- Viêm quanh răng sau tuổi vị thành niên.
- Viêm quanh răng trước tuổi dậy thì.

4.4. Theo Hội nghị thế giới về quanh răng năm 1989 có các loại

- Viêm quanh răng ở người lớn.
- Viêm quanh răng bắt đầu sớm có:
 - + Viêm quanh răng trước tuổi dậy thì:
 - Toàn bộ.
 - Khu trú.
 - + Viêm quanh răng tuổi vị thành niên:
 - Toàn bộ.
 - Khu trú.
 - + Viêm quanh răng tiến triển nhanh.
- Viêm quanh răng ở người lớn.
- Viêm quanh răng liên quan với các bệnh toàn thân:
 - + Hội chứng Down.
 - + Đái tháo đường typ 1.
 - + Hội chứng Papillon-Lefèvre.

4.5. Theo Ranney, năm 1993

4.5.1. Viêm lợi

- Viêm lợi do màng bám vi khuẩn
- + Không nặng thêm.
- + Nặng thêm về toàn thân bởi hormon sinh dục, thuốc và bệnh toàn thân.
- Viêm lợi loét hoại tử:
- + Các yếu tố toàn thân không biết.

- + Liên quan với HIV.
- Viêm lợi không mảng bám:
- + Liên quan với các bệnh ngoài da.
- + Liên quan với các bệnh dị ứng.
- + Liên quan với các bệnh nhiễm khuẩn.

4.5.2. Viêm quanh răng

- Viêm quanh răng ở người lớn:
- + Không nặng thêm.
- + Nặng thêm bởi các bệnh toàn thân...
- Viêm quanh răng bắt đầu sớm:
- + Viêm quanh răng bắt đầu sớm khu trú.
- + Bất thường về bạch cầu trung tính.
- + Viêm quanh răng bắt đầu sớm toàn bộ:
 - Bất thường bạch cầu trung tính.
 - Thiếu hụt miễn dịch.
- + Viêm quanh răng bắt đầu sớm liên quan với các bệnh toàn thân.
- + Viêm quanh răng bắt đầu sớm mà các yếu tố toàn thân không biết.
- Viêm quanh răng loét hoại tử:
- + Các yếu tố toàn thân không biết.
- + Liên quan với HIV.
- + Liên quan với dinh dưỡng.
- Áp xe quanh răng

TỰ LƯỢNG GIÁ

Chọn câu trả lời đúng nhất cho các câu hỏi sau bằng cách khoanh tròn vào chữ cái đầu câu

1. Hội nghị Quốc tế về phân loại bệnh quanh răng năm 1999 phân ra có số nhóm bệnh quanh răng:
 - A. Có 5 nhóm.
 - B. Có 8 nhóm.
 - C. Có 10 nhóm.
2. Dấu hiệu lâm sàng nổi bật của chấn thương do khớp cắn:
 - A. Mảng bám răng và viêm lợi.
 - B. Túi lợi bệnh lý.
 - C. Răng lung lay và rộng khoang quanh răng.

Phân biệt đúng sai các câu sau bằng cách đánh dấu X vào cột Đ cho câu đúng và cột S cho câu sai

STT	Nội dung	Đ	S
3.	Viêm là thể loại hay gặp nhất trong các bệnh ở lợi		
4.	Các tổn thương lợi không do mảng bám có các nhóm dưới đây: A. Các bệnh lợi do các vi khuẩn đặc hiệu. B. Các bệnh lợi do virus. C. Các bệnh lợi do nấm. D. Các tổn thương lợi do di truyền. E. Biểu lộ ở lợi của các bệnh toàn thân. G. Các tổn thương do sang chấn. H. Các phản ứng với cơ chế ngoại lai. I. Các bệnh lợi không đặc hiệu khác		
5.	Viêm quanh răng mạn và viêm quanh răng phá huỷ đều có hai thể loại là khu trú và không khu trú.		
6.	Một số bệnh về máu và bệnh di truyền có biểu lộ tổn thương vùng quanh răng.		
7.	Áp xe vùng quanh răng có 2 loại là áp xe lợi và áp xe quanh răng.		
8	Theo phân loại của Fermin.A.C A. Có 4 nhóm bệnh quanh răng là viêm quanh răng, sang chấn do khớp cắn, teo quanh răng và các biểu lộ quanh răng của các bệnh toàn thân. B. Viêm quanh răng tiến triển nhanh bao gồm viêm quanh răng bắt đầu ở người lớn và viêm quanh răng bắt đầu sớm.		

TÀI LIỆU THAM KHẢO

Tiếng Việt

1. Nguyễn Văn Cát. *Phân loại bệnh quanh răng*. Bài giảng chuyên khoa. Bộ môn Răng Hàm Mặt, Đại học Y Hà Nội, 1983.
2. Trịnh Đình Hải. *Phân loại bệnh quanh răng*. Bài giảng nha chu, trường Đại học Răng Hàm Mặt. Hà Nội, 2006.

Tiếng Anh

3. Gary C.Armitage. Development of a classification system for Periodontal diseases and conditions. An periodontol. Volume 4, Number 1, December 1999.
4. Fermin A.Carranza. Classification of diseases of the periodontium. Clinical periodontics. Philadelphia, 1996. 58– 61.
5. Berislav T. Classification of periodontal diseases. International Dental Journal. 1990. 40. 171–175.

I. CÁC BỆNH LỢI

Bài 10

VIÊM LỢI MẠN TÍNH DO MĂNG BẨM

MỤC TIÊU

1. Trình bày các yếu tố thuận lợi của viêm lợi mảng bám.
2. Trình bày các đặc điểm của viêm lợi mảng bám.

Lợi là thành phần ngoài cùng của vùng quanh răng, lợi tiếp xúc với thức ăn, các vi khuẩn, virus, nấm có trong miệng. Lợi có cấu trúc mô và hoạt động tế bào để tự bảo vệ chống lại các tác nhân tấn công, nhờ vậy vùng quanh răng khỏe mạnh. Tuy nhiên, khi có sự mất cân bằng giữa hệ thống đề kháng của lợi và tấn công của vi khuẩn ở mảng bám răng thì xảy ra tình trạng viêm ở lợi gọi là viêm lợi mảng bám. Viêm lợi mảng bám thường bắt đầu từ những vị trí khó làm sạch mảng bám là vùng mặt bên hoặc vùng lợi của các răng chen chúc sau đó lan ra xung quanh.



Hình 10.1. Hình ảnh viêm nướu lợi và bờ lợi

1. TRIỆU CHỨNG LÂM SÀNG CỦA VIÊM LỢI MẢNG BẨM

Việc sử dụng thuật ngữ viêm lợi khu trú và viêm lợi toàn thể là để mô tả vị trí viêm lợi. Trong hình ảnh trên bệnh nhân bị viêm bờ lợi và nướu lợi toàn bộ hai hàm. Sự tiếp xúc giữa lợi với vi khuẩn mảng bám răng dẫn đến viêm lợi.

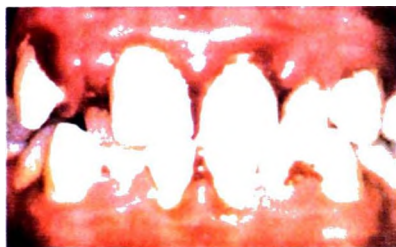
1.1. Đặc điểm của viêm lợi mảng bám

Mariotti (1999), đưa ra các đặc điểm của viêm lợi do mảng bám:

1. Có mảng bám răng ở bờ lợi và rãnh lợi.
2. Viêm khởi phát từ bờ lợi và rãnh lợi.
3. Thay đổi màu sắc lợi.
4. Thay đổi hình dạng đường viền lợi.
5. Tăng nhiệt độ trong rãnh lợi.
6. Tăng tiết dịch lợi.
7. Chảy máu khi thăm lợi.
8. Không mất bám dính.
9. Không tiêu xương.
10. Thay đổi mô học ở lợi do viêm.
11. Lợi sẽ hồi phục khi loại bỏ mảng bám

1.2. Triệu chứng lâm sàng của lợi bình thường và lợi viêm

	Lợi bình thường	Lợi viêm
Màu sắc	Hồng nhạt, có thể có sắc tố melanin	Đỏ nhẹ hoặc đỏ rực
Kích thước	Nhú lợi lấp đầy khe giữa hai răng.	Sưng nề lợi tự do cả mặt ngoài và trong, sưng nề nhiều làm tăng kích thước lợi, có thể có túi lợi giả.
Hình dạng	Hình vỏ sò, có rãnh lõm ở giữa mặt ngoài nhú lợi, bờ lợi trông như rìa lưỡi dao bao quanh bề mặt răng.	Phù nề bờ lợi và nhú lợi, bờ lợi nề trông như rìa lưỡi dao cùn. Vì lợi phù nề nên trông lợi không khum vòm như vỏ sò.
Mức độ săn chắc	Lợi dính chắc, lợi tự do không nề.	Không săn chắc, khi dùng cây probe ấn vào lợi dính có điểm lõm lâu tới 30 giây sau khi thả dụng cụ.
Chảy máu	Không chảy máu.	Chảy máu khi thăm cây probe vào rãnh lợi hoặc chảy máu tự nhiên.



Hình 10.2. Bệnh nhân bị chảy máu lợi nặng

Trong 5 triệu chứng thực thể ở bảng trên thì có 3 triệu chứng đặc hiệu cho chẩn đoán là: màu sắc, chảy máu và giảm mật độ.

Các triệu chứng khác của viêm lợi (không đặc hiệu): hôi miệng, đau vùng lợi khi chải răng.

Căn nguyên của viêm lợi là mảng bám, viêm lợi có thể dễ xuất hiện và phát triển nhanh hơn khi có các yếu tố thuận lợi giúp cho mảng bám dễ bám lên bề mặt răng: cao răng, các rãnh lõm ở vùng cổ răng và chân răng, bề mặt chất hàn ở mặt bên, mặt ngoài và mặt trong thân răng không nhẵn.

2. CÁC YẾU TỐ THUẬN LỢI VIÊM LỢI MẢNG BẨM

2.1. Cao răng: Sự khoáng hoá mảng bám răng tạo ra cao răng, bề mặt cao răng không trơn láng bằng bề mặt răng nên các vi khuẩn và glycoprotein trong nước bọt dễ bám lên hơn.

2.2. Bất thường răng như là các lõi men hay rãnh lõm trên bề mặt cement răng. Lõi men là chỗ lõi men quá mức thường nằm gần chẽ các răng hàm lớn, tỷ lệ khoảng 1,1 đến 5,7 % theo tác giả Moskow và Canut năm 1990.



Hình 10.3. Lõi men ở mặt xa răng 27

Các rãnh lõm trên bề mặt cement răng thường gặp ở mặt trong chân răng số 2 hàm trên.

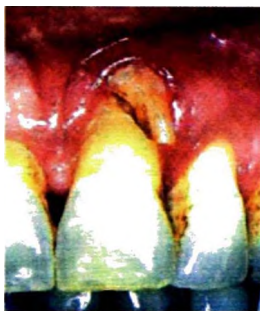
2.3. Miếng trám răng và phục hình răng sát lợi hoặc dưới lợi: Trường hợp không nhẵn hoặc phồng ra so với răng ban đầu sẽ làm bám mùn thức ăn và vi khuẩn, khó khăn trong việc vệ sinh răng miệng. Thời gian tồn tại miếng trám hay phục hình càng kéo dài thì tổn thương do viêm ở vùng quanh răng càng nặng.

Miếng trám composite mặt ngoài răng cửa trên tạo gờ nhô sát bờ lợi, bệnh nhân viêm bờ lợi và nhú lợi các răng cửa trên.



Hình 10.4. Viêm bờ lợi do chất hàn thừa

2.4. Gãy vỡ chân răng: Gãy chéo răng và chân răng xuống dưới lợi, thậm chí xuống dưới bờ xương ổ răng sẽ dẫn đến tích lũy mảng bám vi khuẩn, khó vệ sinh răng miệng.



Hình 10.5. Viêm bờ lợi do gãy chân răng 21

Răng cửa 21 gãy chéo chân răng, tổn thương vùng quanh răng (dây chằng và xương ổ răng) vùng tiếp giáp và lân cận vị trí gãy.

2.5. Tiêu cổ răng: Tiêu cổ răng dưới lợi làm tích bám mảng bám vi khuẩn và khó vệ sinh răng miệng.

2.6. Phanh môi bám cao: gây co kéo bong lợi, tạo điều kiện cho vi khuẩn xâm nhập.

2.7. Ngách tiền đình nông: do lợi dính hẹp, thường gặp ở nhóm răng cửa dưới. vùng mất răng, nói chung thì các bác sĩ nha khoa cho rằng lợi dính dưới 2mm có nguy cơ gây bong lợi khỏi bề mặt răng.

3. VIÊM LỢI MẢNG BẨM LIÊN QUAN NỘI TIẾT

3.1. Viêm lợi liên quan thai nghén

Trong thời kỳ thai nghén, lợi đáp ứng mạnh hơn với các kích thích của vi khuẩn và sản phẩm đào thải của vi khuẩn, lợi phù nề đỏ và thay đổi hình dạng bờ lợi và nhú

lợi và dễ chảy máu khi khám nhẹ nhàng với cây thăm dò nha chu, khác với viêm lợi do mảng bám thông thường là mảng bám vi khuẩn ít hơn. Viêm lợi thai nghén thường xuất hiện vào giai đoạn 2 của thai kỳ và giảm dần khi sinh con. Thời kỳ thai nghén có sự tăng các hormon: androgen, estrogen và progesteron.

Sinh tổ chức hạt ở lợi liên quan đến thai nghén: tổ chức hạt mọc ở vùng lợi kẽ giữa hai răng, tổ chức hạt có cuống, tổ chức hạt có một lớp biểu mô mỏng phủ lên trên và lớp biểu mô có thể bị loét, tổ chức hạt là tổ chức giàu mạch máu nên dễ chảy máu nhất là khi va chạm. Thường gặp tổ chức hạt ở hàm trên nhiều hơn hàm dưới. Tổ chức hạt có thể lớn tới mức cản trở hoạt động nhai, phát âm. Cách xử trí là cắt bỏ toàn bộ tổ chức hạt.



Hình 10.6. Tổ chức hạt và viêm lợi ở phụ nữ mang thai

3.2. Viêm lợi liên quan dậy thì: giống như viêm lợi liên quan đến thai nghén, trong thời kỳ dậy thì lợi đáp ứng mạnh hơn với các tác nhân gây viêm. Các triệu chứng giống như viêm lợi liên quan đến thai nghén.

Thời kỳ thai nghén có sự tăng các hormon: androgen, estrogen và progesteron.

Thời kỳ dậy thì có sự tăng các hormon: estrogen và testosterone.

3.3. Viêm lợi liên quan chu kỳ kinh nguyệt: Ngày cuối chu kỳ trước và vài ngày đầu chu kỳ sau có sự tăng tiết dịch lợi, tăng tiết khoảng 20% và gặp ở 75% phụ nữ trong thời gian rụng trứng

4. VIÊM LỢI MẢNG BẨM LIÊN QUAN THIẾU DINH DƯỠNG

Viêm lợi liên quan thiếu vitamin C: Bệnh thiếu vitamin C gọi là bệnh Scurvy, lợi đỏ, sưng, không săn chắc, dễ chảy máu. Mức độ viêm không tương quan với mảng bám răng, khi mảng bám răng rất ít thì lợi vẫn viêm.



Hình 10.7. Viêm lợi liên quan thiếu vitamin C

Khi cơ thể thiếu vitamin C thì đáp ứng miễn dịch tại chỗ thay đổi, lợi nhạy cảm với các kích thích của vi khuẩn hơn.

5. VIÊM LỢI MẢNG BẨM LIÊN QUAN BỆNH TOÀN THÂN

5.1. Bệnh đái tháo đường: Các nghiên cứu của Cianciola 1982 và nhiều tác giả khác sau đó cho thấy trẻ em mắc đái tháo đường typ 1 dễ mắc viêm lợi hơn, khi bệnh đái tháo đường được kiểm soát thì bệnh viêm lợi giảm. Người lớn mắc đái tháo đường dễ bị bệnh viêm quanh răng.

5.2. Ung thư bạch cầu và các bệnh ung thư máu khác: Trong các bệnh máu thì bệnh bạch cầu cấp ảnh hưởng đến lợi nhiều nhất, nếu bệnh nhân chảy máu lợi không kiểm soát được thì cần kiểm tra công thức máu. Sự giảm bạch cầu trung tính theo chu kỳ khoảng 14 đến 36 ngày liên quan với sự xuất hiện các vết loét ở niêm mạc miệng, tăng phản ứng viêm với kích thích của vi khuẩn mảng bám và khởi phát các đợt viêm quanh răng.

6. VIÊM LỢI MẢNG BẨM LIÊN QUAN VỚI THUỐC

Có 3 loại thuốc liên quan với sự quá phát của lợi: phenytoin natri hoặc phenytoin epinutin, một thuốc chống co giật để điều trị động kinh; cyclosporin A, một thuốc chống thải loại tổ chức ghép, thuốc chẹn kênh calci như là nifedipin có tác dụng giảm huyết áp.

Biểu hiện lâm sàng của viêm lợi do 3 loại thuốc giống nhau. Sự có mặt của mảng bám vi khuẩn tác động lên mức độ phì đại lợi của bệnh nhân dùng thuốc chống động kinh và thuốc chẹn kênh calci. Phì đại lợi gặp ở các răng phía trước nhiều hơn răng phía sau, người trẻ bị phì đại lợi nhiều hơn người già. Các triệu chứng ban đầu là thay đổi hình dạng và kích thước núm lợi, sau đó phì đại lan sang bờ lợi và lợi dính, đặc điểm hình thái mô học của vùng lợi phì đại giống như lợi bình thường. Những trường

hợp quá phát liên quan đến thuốc phenytoin, không có mảng bám răng thì lợi vẫn quá phát. Sự liên quan của mảng bám răng với sự khởi phát tăng sản lợi ở bệnh nhân dùng thuốc chẹn kênh calci và thuốc ức chế thải mảnh ghép vẫn chưa được biết rõ.

7. ĐIỀU TRỊ BỆNH VIÊM LỢI MẢNG BẨM

Điều trị cơ bản là loại bỏ mảng bám răng và cao răng bằng dụng cụ lấy cao răng trên và dưới lợi định kỳ. Hướng dẫn chải răng đúng cách để loại bỏ mảng bám răng.

Loại bỏ các yếu tố thuận lợi của bệnh.

Nếu lợi phì đại thì phẫu thuật cắt tạo hình lợi.

U lợi gặp ở phụ nữ mang thai cần được cắt bỏ.

Điều trị hỗ trợ: Sử dụng dung dịch súc miệng sát khuẩn. Thuốc chống viêm bôi hoặc súc miệng. Kháng sinh tại chỗ.

TỰ LƯỢNG GIÁ

Chọn câu trả lời đúng cho các câu hỏi sau bằng cách khoanh tròn vào chữ cái đầu câu

1. Nguyên nhân của viêm lợi mảng bám:
 - A. Cao răng.
 - B. Vi khuẩn mảng bám.
 - C. Vết trám sai kỹ thuật.
 - D. Răng chen chúc.
2. Đặc điểm của viêm lợi mảng bám:
 - A. Có mảng bám ở bờ lợi và rãnh lợi.
 - B. Chiều sâu thâm khám trên 3mm.
 - C. Gây ra mất bám dính.
 - D. Tự hết khi loại bỏ và kiểm soát mảng bám.
 - E. Màu lợi hồng sẫm hoặc đỏ.
 - F. Lợi giảm độ săn chắc.
 - G. Lợi phù nề tăng kích thước.
 - H. Tăng tiết dịch lợi.
 - I. Tăng nặng ở phụ nữ mang thai.
 - J. Bệnh bạch cầu cấp làm tăng nặng bệnh.
3. Viêm lợi mảng bám được chẩn đoán khi:
 - A. Lợi chuyển từ màu hồng nhạt sang sẫm hoặc đỏ và có mảng bám.

- B. Lợi phì đại.
 - C. Lợi chảy máu tự nhiên hoặc khi thăm khám.
 - D. Lợi co.
4. Hậu quả của viêm lợi mảng bám:
- A. Tiêu mô lợi.
 - B. Chảy máu lợi.
 - C. Phì đại lợi.
 - D. Tiêu xương ổ răng.
5. Điều trị viêm lợi mảng bám:
- A. Chỉ cần lấy cao răng định kỳ.
 - B. Lấy cao răng và vệ sinh răng miệng đúng cách.
 - C. Loại bỏ các yếu tố thuận lợi.
 - D. Phẫu thuật khi lợi bị phì đại.
 - E. Cả bốn cách trên.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

Tiếng Việt

1. Đỗ Quang Trung (2008): Viêm lợi. Bài giảng dành cho sinh viên chuyên khoa. Đại học Y Hà Nội.

Tiếng Anh

2. Noel Claffey (2003): Plaque induced gingival disease. Clinical periodontology and implant in dentistry, 4th edition. Blackwell Munksgaard Publishing Company. 198–204.
3. Mariotti, A. (1999). Dental plaque-induced gingival diseases. Annals of Periodontology 4, 7–19.
4. Miranda, J., Brunet, L., Roset, P., Berini, L., Farre, M. & Mendieta, C. (2001). Prevalence and risk of gingival enlargement in patients treated with nifedipine. Journal of Periodontology 72, 605–611.
5. Santi, E. & Brai, M. (1998). Effect of treatment on cyclosporine nifedipine-induced gingival enlargement: clinical and histologic results. International Journal of Periodontics and Restorative Dentistry 18, 80–85.
6. Moskow, B.S. & Canut, P.M. (1990). Studies on root enamel (2). Enamel pearls. A review of their morphology, localization, nomenclature, occurrence, classification, histogenesis and incidence. Journal of Clinical Periodontology 17, 275–281.

CÁC BỆNH LỢI CẤP TÍNH

MỤC TIÊU

1. Mô tả được nguyên nhân, triệu chứng và quá trình điều trị bệnh viêm lợi loét hoại tử cấp (VLLHTC).
2. Trình bày được đặc điểm lâm sàng và các bước điều trị bệnh Viêm quanh thân răng cấp.
3. Trình bày được đặc điểm lâm sàng và điều trị bệnh Viêm lợi miệng Herpes.

1. ĐIỀU TRỊ VIÊM LỢI LOÉT HOẠI TỬ CẤP TÍNH

1.1. Triệu chứng

Viêm lợi loét hoại tử cấp có thể không liên quan đến các bệnh lợi khác nhưng có thể gặp ở bệnh nhân viêm lợi mạn, vì vậy các bệnh nhân có viêm lợi loét hoại tử cấp đã có viêm lợi mạn tính thì cần điều trị cả hai.

Các triệu chứng của viêm lợi loét hoại tử là:

- Đau, đặc biệt khi ăn nhai.
- Hôi miệng.
- Miệng có vị kim loại.
- Tổn thương loét hoại tử lợi điển hình (ổ viêm dạng miệng núi lửa tại các nhú lợi).
- Trên tổn thương loét có giả mạc bám
- Chảy máu tự nhiên đặc biệt là khi ăn nhai, nói và khi thăm khám.

1.2. Nguyên nhân

- Stress (Steroids là nguồn dinh dưỡng cho nhiều chủng vi khuẩn).
- Hút thuốc lá.
- Tình trạng vệ sinh răng miệng kém.
- Kinh nguyệt.

1.3. Điều trị

Điều trị viêm lợi loét hoại tử cấp tính bao gồm: Làm giảm viêm cấp và làm giảm viêm lợi mạn tính liên quan như các tổn thương cấp hoặc bệnh viêm lợi mạn tính ở

nơi khác trong khoang miệng, làm giảm các triệu chứng nhiễm độc toàn thân như: sốt, mệt mỏi, khó chịu.... điều trị các bệnh toàn thân mà tham gia gây nên các thay đổi ở lợi hoặc làm thúc đẩy phát triển nhanh các thay đổi ở lợi (HIV/ AIDS).

1.3.1. Trình tự các bước điều trị

a) Lần khám và điều trị đầu tiên:

Lần đầu đến khám bác sĩ cần hỏi kỹ bệnh nhân về lý do đến khám, tiền sử bệnh lý răng miệng.

*** Triệu chứng thực thể:**

- Xác định tổn thương đặc hiệu.
- Đánh giá sự phân bố của tổn thương.
- Đánh giá tình trạng vệ sinh răng miệng.
- Khám các vật thân răng và túi quanh răng.
- Khám các yếu tố làm tích tụ mảng bám răng.

*** Điều trị:**

- Việc điều trị cần phải giới hạn ở các vùng liên quan với tình trạng cấp, cần phải cách ly và làm khô tổn thương bằng bông gòn nhỏ.

- Giảm đau tại chỗ.

- Sử dụng bông gòn nhỏ lau nhẹ tổn thương, lấy đi giả mạc và cặn bản ở tổn thương (sử dụng bông 1 lần).

- Làm sạch nhẹ nhàng tổn thương bằng nước ấm.

- Có thể làm sạch cao răng trên lợi nông.

- Cho bệnh nhân súc miệng bằng hỗn dịch nước oxy già 3 – 5 thể tích ẩm cứ 2 giờ/ 1 lần.

- Có thể cho bệnh nhân súc miệng bằng chlorhexidine 0.12% 2 lần/ 1 ngày.

- Trường hợp VLLHTC mức độ trung bình và nặng có hạch hoặc kèm các triệu chứng toàn thân thì dùng kháng sinh phổ hợp peniciline 250 – 500mg 6 giờ/ 1 lần (có thể thay erythromycin 250 – 500mg 6 giờ/ 1 lần nếu bệnh nhân dị ứng với penicilin) và metronidazol 250 – 500mg 3 lần/ ngày (dùng kháng sinh trong 1 tuần).

Lưu ý trong lần điều trị thứ nhất:

- Không lấy cao răng dưới lợi.

- Không nạo túi lợi.

- Các thủ thuật nhổ răng, phẫu thuật quanh răng trì hoãn ít nhất 4 tuần sau khi hết các triệu chứng.

- Thông báo cho bệnh nhân biết về tình trạng viêm lợi mạn hoặc viêm quanh răng mạn phải được điều trị triệt để tránh tái phát.

- Hướng dẫn bệnh nhân:
- + Không hút thuốc, không uống rượu.
- + Không ăn đồ gia vị.
- + Súc miệng các dung dịch như trên.
- + Duy trì sinh hoạt bình thường.
- + Hạn chế chải răng để tránh sang chấn.

b) Lần khám và điều trị thứ 2: thường sau điều trị lần 1 vài ngày

- Tình trạng bệnh nhân thường được cải thiện nhiều.
- Bệnh nhân giảm hoặc hết đau.
- Bờ tổn thương còn màu đỏ, nhưng không còn giả mạc.
- Lợi co lại để bộc lộ ra cao răng.
- + Việc điều trị lần này tùy thuộc vào tổn thương và tình trạng của bệnh nhân.
- + Có thể lấy cao răng nhẹ nhàng, tránh làm sang chấn các tổn thương đang hồi phục.
- + Hướng dẫn bệnh nhân như lần khám và điều trị đầu tiên.

c) Lần khám và điều trị thứ 3: sau lần điều trị thứ 2 vài ngày

Bệnh nhân cơ bản hết triệu chứng, lợi tổn thương cơ bản còn màu đỏ nhẹ, có thể đau nhẹ khi lợi bị kích thích.

- Điều trị: lấy cao răng và làm nhẵn chân răng.
- Hướng dẫn bệnh nhân thực hiện:
- + Ngừng súc miệng oxy già.
- + Duy trì súc miệng chlorhexidine thêm 2 – 3 tuần.
- + Thực hiện các biện pháp kiểm soát mảng bám răng.

d) Các lần khám và điều trị tiếp theo

- Lấy cao răng và làm nhẵn bề mặt thân chân răng.
 - Kiểm tra việc kiểm soát mảng bám, hướng dẫn bệnh nhân thực hiện tốt vệ sinh răng miệng.

- Loại bỏ các yếu tố kích thích tại chỗ gây tích tụ mảng bám.

- Đối với bệnh nhân không có các bệnh lợi khác thì kết thúc điều trị.

- Nếu bệnh nhân có các bệnh lợi khác (viêm lợi mạn tính) thì phải điều trị loại bỏ viêm lợi mạn tính, nạo túi quanh răng, phẫu thuật vạt quanh răng.

e) Các điều trị bổ sung khác:

- Tạo đường viền lợi sinh lý: Phẫu thuật tạo hình lại đường viền lợi.

- Các thủ thuật, phẫu thuật khác: Sau khi hết hẳn các triệu chứng khoảng 4 tuần có thể thực hiện nhổ răng, phẫu thuật vạt quanh răng.

- Nếu cần phải làm các phẫu thuật cấp cứu phải dùng kháng sinh toàn thân.

- Các thuốc sử dụng tại chỗ.

+ Các chất giải phóng O₂: Peroxide kẽm, H₂O₂, clorat kali.

+ Không dùng các thuốc gây hoại tử như: Phenol, nitrat bạc, acide crom vì các chất gây hoại tử này làm dịu các triệu chứng đau do phá hủy các tận cùng thần kinh ở lợi, chúng còn phá hủy các tế bào non cần cho quá trình sửa chữa và làm chậm lành thương. Nếu sử dụng các thuốc này lặp lại sẽ gây hiện tượng mất tổ chức lợi và làm cho lợi không phục hồi khi bệnh đã thuyên giảm.

1.3.2. Điều trị toàn thân hỗ trợ

- Kháng sinh toàn thân.

- Truyền dịch.

- Thuốc giảm đau.

- Chế độ nghỉ ngơi.

- Bổ sung dinh dưỡng, vitamin B, C, PP.

1.4. Tiến triển và lành thương của VLLHTC

- Quá trình lành thương bao gồm:

+ Giai đoạn cấp chưa điều trị: khi lấy bỏ giả mạc ở bề mặt bộc lộ chỗ loét bên dưới, chảy máu, lõm như miệng núi lửa ở lợi.

+ Trong giai đoạn tiếp theo: kích thước tổn thương và màu đỏ của các bờ loét giảm xuống nhưng màu đỏ vẫn còn.

+ Tiếp theo: có biểu hiện sớm của phục hồi màu sắc và đường viền lợi trở lại bình thường.

+ Giai đoạn cuối cùng:

• Màu sắc lợi bình thường.

• Độ chắc, cấu trúc bề mặt, đường viền lợi phục hồi.

• Các phần của chân răng đã bộc lộ ở giai đoạn cấp đã được phủ bởi lợi lành mạnh.

- Trong đợt điều trị, nếu bệnh nhân nữ trong chu kỳ kinh nguyệt thì có thể làm nặng thêm các triệu chứng cấp, gây ra vè ngoài tái phát, cần thông báo cho bệnh nhân tránh lo lắng.

1.5. Thất bại

- Bệnh tiến triển dai dẳng, không đáp ứng với điều trị hoặc bệnh tái phát.

- Nếu không đáp ứng với điều trị cần tiến hành:

+ Ngừng toàn bộ liệu pháp thuốc tại chỗ.

+ Chẩn đoán phân biệt VLLHTC với bệnh khác có biểu hiện tương tự.

- + Tìm xác định các yếu tố bệnh nguyên tại chỗ và toàn thân mà có thể đã bị bỏ qua.
 - + Hướng dẫn bệnh nhân kiểm soát mảng bám răng.
 - Nếu bệnh tái phát có thể do:
 - + Điều trị tại chỗ không đầy đủ.
 - + Có vạt quanh thân răng.
 - + Khớp cắn sâu vùng răng trước.
 - + Ngoài ra: kiểm soát mảng bám răng không tốt, hút thuốc.
- Điều trị tại chỗ không đầy đủ có thể là:
- + Thường gặp do ngừng điều trị khi triệu chứng đã thuyên giảm.
 - + Hoặc không điều trị loại bỏ viêm lợi mạn và các túi quanh răng.
 - + Do viêm mạn kéo dài gây ra các thay đổi thoái hoá và làm tái nhiễm các yếu tố liên quan dẫn đến tình trạng cấp tính.
 - + Vạt quanh thân răng: thường do viêm quanh thân răng kéo dài ở răng do mọc khó, ví dụ như răng khôn hoặc răng mọc lệch, kẹt.
 - + Khớp cắn sâu gây kích thích, rìa cắn làm tổn thương lợi (nhóm răng trước).

2. ĐIỀU TRỊ VIÊM QUANH THÂN RĂNG CẤP

2.1. Đặc điểm lâm sàng

- Thường gặp viêm quanh thân răng khôn cấp, các răng mọc ngầm, kẹt.
- Sưng đỏ, tổn thương có mũ.
- Đau lan lên tai, xuống họng và sần miệng.
- Có thể kèm triệu chứng toàn thân như sốt, khó chịu.

Việc điều trị viêm quanh thân răng cấp tùy thuộc:

- Mức độ nặng của viêm.
- Các biến chứng toàn thân.
- Khả năng giữ lại các răng liên quan.
- Các vạt quanh thân răng tồn tại kéo dài nếu không có viêm cũng nên cắt bỏ để dự phòng.

2.2. Các bước điều trị bao gồm

- Bơm rửa nước ấm để lấy đi chất cặn, dịch rỉ viêm (giai đoạn cấp không dùng dung dịch oxy già để bơm rửa).
- Dùng cây lấy cao răng nâng vạt tách ra khỏi răng và lau bên trong túi lợi bằng miếng gạc sát khuẩn và bơm rửa bằng nước ấm.
- Tùy trường hợp có thể rạch một đường hướng trước sau để bơm rửa.

- Trường hợp nặng có thể dùng kháng sinh toàn thân.
- Khi các triệu chứng cấp lui thì quyết định giữ răng hay nhổ răng và tiên lượng xem răng có thể mọc đến vị trí tốt hay không.
- Đánh giá mức độ mất xương phía mặt xa răng số 7 vì người trưởng thành > 20 tuổi thì chân răng 8 đã tạo thành và khi nhổ cũng gây mất xương mặt xa răng 7.
- Trong trường hợp giữ lại răng: cắt bỏ vạt quanh thân răng phía mặt nhai và cả tổ chức phía xa của răng đó, băng phẫu thuật trong vòng 1 tuần.
- Các vạt quanh thân răng mạn tính có thể trở thành các điểm viêm lợi loét hoại tử.
- Trong trường hợp nặng cũng được điều trị như VLLHT ở các nơi khác trong miệng, sau khi các triệu chứng thuyên giảm thì điều trị cắt vạt.
- Các vạt quanh thân răng được xem là vùng ủ bệnh ban đầu trong VLLHTC nên cần loại bỏ vạt để giảm thiểu khả năng tái phát bệnh.

3. ĐIỀU TRỊ VIÊM LỢI MIỆNG HERPES

3.1. Đặc điểm lâm sàng

- Các triệu chứng báo trước: sốt nhẹ và khó chịu.
- Đau, thức ăn có tính acid làm tăng đau đớn.
- Trẻ nhỏ có thể biếng ăn.
- Hạch cổ phản ứng, sốt, khó chịu, khô miệng.
- Tổn thương ban đỏ rải rác ở lợi và trong khoang miệng, có thể xuất hiện ở cả niêm mạc môi, má, hầu, họng và vòm miệng.

3.2. Điều trị tại chỗ

- Giảm đau tại chỗ: súc miệng bằng các dung dịch giảm đau có lidocain trước mỗi bữa ăn, có thể súc miệng NaCl 0,9%.
- Loại bỏ mảng bám, chặn thức ăn, lấy cao răng ở nông.
- Sử dụng thuốc đặc hiệu: dầu acyclovir (Zovirax).
- Sau khi các triệu chứng thuyên giảm thực hiện các bước sau:
 - + Lấy cao răng ở sâu.
 - + Điều trị viêm quanh răng.
 - + Hướng dẫn vệ sinh răng miệng.

3.3. Điều trị toàn thân

- Kháng sinh toàn thân.
- Giảm đau toàn thân.
- Chế độ ăn nhiều hoa quả.

TỰ LƯỢNG GIÁ

Chọn câu trả lời đúng trong các câu hỏi sau bằng cách khoanh tròn vào chữ cái đầu câu

1. Triệu chứng quan trọng nhất trong bệnh viêm lợi loét hoại tử cấp:
 - A. Đau, đặc biệt khi ăn nhai.
 - B. Hôi miệng, miệng có vị kim loại.
 - C. Tổn thương loét hoại tử lợi điển hình (ổ viêm dạng miệng núi lửa tại các nhú lợi).
 - D. Trên tổn thương loét có giả mạc bám.
 - E. Tất cả câu trên đều đúng.
2. Nguyên nhân của bệnh viêm lợi loét hoại tử cấp:
 - A. Stress (Steroids là nguồn dinh dưỡng cho nhiều chủng vi khuẩn).
 - B. Hút thuốc lá.
 - C. Tình trạng VSRM kém.
 - D. Kinh nguyệt.
3. Số lần điều trị viêm lợi loét hoại tử cấp:
 - A. Một lần.
 - B. Hai lần.
 - C. Ba lần.
 - D. Nhiều hơn ba lần.

Điền từ hoặc cụm từ thích hợp vào chỗ trống cho các câu sau

4. Nguyên tắc điều trị viêm lợi loét hoại tử cấp:
 - A. Làm giảm viêm cấp và làm giảm viêm lợi mạn tính liên quan như các tổn thương cấp hoặc bệnh viêm lợi mạn tính ở nơi khác trong khoang miệng.
 - B.
 - C. Điều trị các bệnh toàn thân mà tham gia gây nên các thay đổi ở lợi hoặc làm thúc đẩy phát triển nhanh các thay đổi ở lợi (HIV/ AIDS).
5. Đặc điểm lâm sàng bệnh viêm lợi miệng Herpes:
 - A. Các triệu chứng báo trước: Sốt nhẹ và khó chịu.
 - B.
 - C. Trẻ nhỏ có thể biếng ăn.
 - D.
 - E. Tổn thương ban đỏ rải rác ở lợi và trong khoang miệng, có thể xuất hiện ở cả niêm mạc môi, má, hầu, họng và vòm miệng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Carranza's,(2006); "*Acute gingival infections*" Clinical Periodontology, 9th Edition Chapter 19, Pg 297.
2. Miller, C.S. (1996). Viral infections in the immunocompetent patient. Clinics in Dermatology 14, 225–241.
3. Miller, C.S. & Redding, S.W. (1992). Diagnosis and management of orofacial Herpes simplex virus infections. Dental Clinics of North America 36, 879 – 895.
4. Rivera–Hidalgo, F. It Stanford, T.W. (1999). Oral mucosal lesions caused by infective microorganisms. I. Viruses and bacteria. Periodontology 2000 21, 106 – 124.

PHÌ ĐẠI LỢI

MỤC TIÊU

1. Trình bày phân loại phì đại lợi theo căn nguyên, vị trí và mức độ.
2. Trình bày các triệu chứng và căn nguyên của phì đại lợi do viêm.
3. Trình bày các triệu chứng và đặc điểm lâm sàng của phì đại lợi do thuốc.
4. Trình bày đặc điểm lâm sàng của một số u lợi thường gặp.

Phì đại lợi (tăng kích thước của lợi) là một trong những triệu chứng bệnh lợi. Thuật ngữ cho triệu chứng này là phì đại lợi hoặc quá phát lợi và đơn thuần là thuật ngữ về lâm sàng, khác với thuật ngữ Hypertrophic gingivitis và gingival hyperplasia của bệnh học.

1. PHÂN LOẠI PHÌ ĐẠI LỢI

1.1. Phân loại phì đại lợi theo căn nguyên và bệnh học

1. Do viêm: mạn tính hoặc cấp tính.
2. Phì đại lợi do thuốc.
3. Phì đại lợi liên quan với các vấn đề hệ thống.
 - a) *Phì đại có điều kiện:*
 - Thai nghén.
 - Dây thì.
 - Thiếu vitamin C.
 - Viêm phì đại lợi do dị ứng tại chỗ.
 - Phì đại lợi có điều kiện không đặc hiệu.
 - b) *Phì đại lợi do các bệnh toàn thân:*
 - Các bệnh bạch cầu.
 - Các bệnh tổ chức hạt,...
4. Phì đại lợi do khối u:
 - U lành tính.
 - U ác tính.
5. Phì đại lợi giả.

1.2. Phân loại phì đại lợi theo mức độ và vị trí

- Khu trú: phì đại lợi ở một răng hoặc một nhóm răng.
- Toàn thể: phì đại toàn bộ hai hàm.
- Phì đại bờ lợi: ở bờ lợi.
- Phì đại nhú lợi.
- Lan toả: phì đại cả lợi tự do và lợi dính.
- Phì đại lợi đơn lẻ: phì đại lợi đơn lẻ giống như khối u.

Mức độ phì đại lợi:

Độ 0: Không có dấu hiệu phì đại lợi.

Độ I: Phì đại ở nhú lợi.

Độ II: Phì đại nhú và bờ lợi.

Độ III: Phì đại nhú và bờ lợi quá → mặt ngoài hay mặt trong thân răng.

2. CÁC DẠNG PHÌ ĐẠI LỢI THƯỜNG GẶP

2.1. Phì đại lợi do viêm

2.1.1 Do viêm mạn tính

Hình ảnh lâm sàng là lợi đỏ rực hoặc hơi đỏ, bề mặt bóng đỏ, dễ chảy máu, xuất hiện nhiều mạch máu tăng sinh và tế bào viêm. phì đại lợi càng nhạt màu, càng ít căng bóng thì càng có nhiều nguyên bào sợi và sợi collagen. Phì đại bắt đầu từ nhú lợi làm phồng nhú lợi sau đó lan ra bờ lợi, tiến triển chậm và không đau, trừ khi bị nhiễm trùng hoặc sang chấn, phồng dần dần và có thể che phủ một phần mặt ngoài và mặt trong thân răng. Phì đại có thể khu trú hoặc toàn bộ.



Hình 12.1. Phì đại lợi do viêm mạn tính ở lợi

Dạng phì đại do viêm mạn tính hiếm gặp có thể có dạng u không cuống nằm đơn lẻ ở nhú lợi hoặc bờ lợi hoặc lợi dính, tiến triển chậm và không đau, có thể xuất hiện vết loét ở vị trí ranh giới giữa lợi phì đại và lợi bình thường.

Đặc điểm của tổ chức lợi phì đại do viêm mạn tính: tăng sinh và tiết dịch.

Căn nguyên: do tiếp xúc kéo dài với mảng bám răng, yếu tố thuận lợi là giải phẫu bất thường và các yếu tố thuận lợi cho mảng bám răng.

Sự liên quan với vấn đề thở miệng: thờ miệng làm khô bề mặt biểu mô lợi và là yếu tố góp phần gây viêm lợi mạn tính do giảm sức đề kháng tại chỗ, thường dẫn đến phì đại lợi lan toả, lợi đỏ và phù nề.

2.1.2. Do viêm cấp

Áp xe lợi: là một tổn thương khu trú ở lợi, đau, tiến triển nhanh, khởi phát đột ngột, thường ở bờ lợi hoặc nhú lợi. Khi mới xuất hiện thì bề mặt đỏ sưng và mướt bóng, sau 24 đến 48 giờ có thể vỡ và chảy dịch. Răng lân cận đau khi nhai hoặc bị gõ.

Mô bệnh học: áp xe lợi gồm mũ khu trú trong tổ chức liên kết được bao quanh bởi vùng viêm với nhiều bạch cầu đa nhân, tổ chức liên kết phù nề, có các bạch cầu, mạch tăng sinh, biểu mô bề mặt phù nề cả trong và ngoài tế bào, bị xâm nhập bởi các bạch cầu, có thể biểu mô bị loét.



Hình 12.2. Áp xe lợi mặt ngoài răng 14

Căn nguyên: phì đại lợi do viêm lợi cấp là do vi khuẩn xâm nhập sâu vào tổ chức liên kết do vật ngoại lai đưa vào ví dụ: lông bàn chải, thức ăn cứng, kim tiêm gây tê.

Phân biệt áp xe lợi và áp xe quanh răng: áp xe quanh răng có tổn thương tổ chức giữ răng (xương ổ răng và dây chằng quanh răng).

2.2. Phì đại lợi do thuốc

Do thuốc chống động kinh, thuốc ức chế miễn dịch, thuốc chẹn kênh calci.

Đặc điểm lâm sàng: Phì đại bắt đầu từ nhú lợi dạng hạt không đau và lan ra bờ lợi mặt ngoài và mặt trong, phì đại tăng dần phủ lên mặt răng có thể tới mặt nhai. Nếu không bị viêm do vi khuẩn thì tổn thương màu hồng, khá chắc có hình dạng như quả dâu tây có múi trên bề mặt, không chảy máu. Đặc điểm của phì đại lợi là

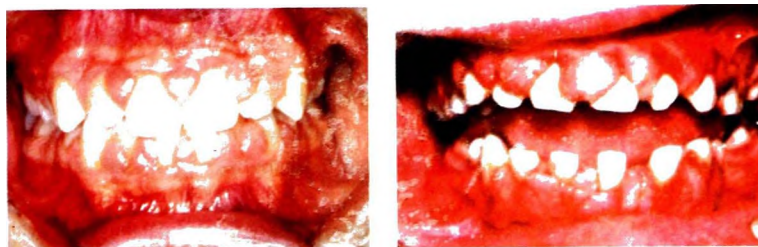
phân cách với lợi bình thường bởi một rãnh. Phì đại lợi thường là toàn bộ, nhưng nặng hơn ở vùng phía trước, chỉ có ở vùng có răng, phì đại biến mất khi nhổ răng. Tăng sản tổ chức có thể gặp ở vùng đã mất răng nhưng rất hiếm. Phì đại lợi sẽ tự mất đi sau khi ngừng thuốc vài tháng.

Một số nhà nghiên cứu cho rằng viêm là yếu tố quyết định sự phát triển của phì đại lợi. Tuy nhiên, trong trường hợp phì đại lợi do thuốc, khi không có viêm tại chỗ mà lợi vẫn phì đại.

Yếu tố về gen được nghi là yếu tố quyết định bệnh nhân có bị phì đại lợi khi dùng phenytoin hay không.

Phì đại lợi do thuốc làm cho việc vệ sinh răng miệng và kiểm soát mảng bám răng khó khăn, thường là dẫn đến viêm lợi thứ phát làm lợi nề đỏ, làm mờ đi các phân thùy trên bề mặt, tăng nguy cơ chảy máu.

Mô bệnh học: có sự tăng sản các thành phần của tổ chức liên kết và biểu mô, tổ chức liên kết tăng sản trước. Biểu mô tăng sinh: dày lớp gai biểu mô, có các đuôi biểu mô phát triển sâu vào tổ chức liên kết. Trong tổ chức liên kết tăng các bó sợi collagen và tăng sinh mạch máu cùng các tế bào của phản ứng viêm.



Hình 12.3. Phì đại lợi do thuốc

2.2.1. Sự liên quan với thuốc chống động kinh

Khoảng 50% bệnh nhân dùng thuốc chống động kinh bị phì đại lợi, bệnh nhân càng trẻ càng dễ bị phì đại lợi. Mức độ phì đại và nguy cơ phì đại không phụ thuộc vào liều lượng thuốc sau khi đã vượt ngưỡng gây phì đại lợi, tuy nhiên cũng có một số báo cáo mức độ phì đại liên quan với liều thuốc.

Các thí nghiệm cho thấy rằng phenytoin kích thích sự tăng sinh các tế bào giống nguyên bào sợi và tế bào biểu mô, phenytoin ngăn cản sự thoái hoá collagen do bất hoạt các collagenase.

Các nghiên cứu trên mèo và khỉ với phenytoin dùng đường toàn thân cho thấy lợi phì đại mà không có yếu tố viêm tại chỗ.

Cho đến nay căn nguyên phì đại do phenytoin vẫn chưa được tìm ra, giả thuyết là

do yếu tố gen, sự tăng sinh của nguyên bào sợi và sự giảm hoạt động của men tiêu collagen.

2.2.2. Thuốc ức chế miễn dịch

Cyclosporine là một thuốc hữu hiệu điều trị chống thải loại tổ chức ghép và điều trị một số bệnh tự miễn. Cơ chế gây phì đại lợi của thuốc này vẫn chưa được biết, thuốc dùng đường uống và đường tĩnh mạch.

Khoảng 30% bệnh nhân dùng thuốc cyclosporine bị phì đại lợi, phì đại lợi do thuốc cyclosporine tăng sinh mạch máu nhiều hơn phì đại lợi do phenytoin.

2.2.3. Thuốc chẹn kênh calci

Thuốc chẹn kênh calci ngăn cản ion calci đi qua màng tế bào, màng cơ tim và cơ trơn của tim, ngăn chặn sự chuyển động của calci ở trong tế bào, gây giãn động mạch cấp máu cho tim làm tăng lượng oxy cấp cho tim. Thuốc cũng có tác dụng giảm huyết áp vì làm giãn mạch ngoại vi.

Một số loại thuốc chẹn kênh calci dẫn đến phì đại lợi, ví dụ: nifedipin thường hay được sử dụng, tỷ lệ 20% bệnh nhân bị phì đại lợi. Các loại khác như là diltiazem, felodipine, nitrendipine, verapamil cũng gây phì đại lợi. Dihydropyridine không gây phì đại lợi.

Nifedipin được sử dụng phối hợp với cyclosporine ở người ghép thận, sự kết hợp này làm giảm phì đại lợi.

2.3. Phì đại lợi liên quan với các vấn đề hệ thống

Các bệnh toàn thân ảnh hưởng lên vùng nha chu theo hai cơ chế:

Làm tăng nặng phì đại lợi trên nền viêm lợi mảng bám gọi là phì đại lợi có điều kiện.

Phì đại lợi độc lập với viêm lợi do mảng bám, nhóm này gọi là phì đại lợi do bệnh hệ thống.

2.3.1. Phì đại lợi có điều kiện

Phì đại lợi có điều kiện khi tình trạng toàn thân làm giảm khả năng đề kháng của lợi với vi khuẩn trong mảng bám. Phải có mảng bám thì mới gọi là viêm lợi có điều kiện nhưng mảng bám không phải là yếu tố nguyên nhân duy nhất làm phì đại lợi.

Có 3 loại phì đại lợi có điều kiện đặc hiệu: do hormon, do dinh dưỡng và do dị ứng.

a) *Do hormon*: Phì đại lợi thai nghén hoặc tuổi dậy thì:

* *Phì đại lợi do thai nghén* có thể ở bờ lợi hoặc toàn bộ lợi, có thể có u. Trong thai kỳ cả progesteron và estrogen đều tăng, trong những tháng cuối gấp 10 đến 30 lần so với bình thường, sự thay đổi này làm thay đổi tính thấm thành mạch, dẫn đến phù nề lợi và tăng sự đáp ứng với vi khuẩn mảng bám, vi khuẩn trong mảng bám dưới lợi có thể thay đổi, tăng *Prevotella intermedia*.

Viêm phì đại bờ lợi trong thai kỳ là sự nặng lên của viêm lợi đã có từ trước, từ 10 đến 70% phụ nữ mang thai bị viêm lợi. Nếu không có mảng bám vi khuẩn thì không có phì đại lợi thai nghén.

Đặc điểm lâm sàng: thường là phì đại lợi toàn bộ, thường rõ nhất ở nhú lợi, lợi phì đại đỏ rực mềm và dễ bị tổn thương, bề mặt mượt bóng dễ chảy máu.

Phì đại lợi dạng u trong thai kỳ không phải là u, mà là một đáp ứng viêm với vi khuẩn trong mảng bám, thường xuất hiện vào tháng thứ 3 của thai kỳ, tỷ lệ 1.8 đến 5%.

Tổn thương phì đại dạng u xuất hiện đơn lẻ hình nấm, bề mặt phẳng gắn với lợi bằng một cuống, phát triển về hai bên, áp lực của phần mềm má lưỡi làm cho phì đại lợi phẳng dẹt xuống.

Phì đại lợi trong thai kỳ là tổn thương bề mặt và không đau trừ khi quá to gây loét thì có đau, không chắc nhưng cũng không lỏng lẻo.

Mô bệnh học: Phì đại lợi thai nghén là tổ chức hạt – mạch máu tăng sinh, ở giữa tập trung nhiều tổ chức liên kết, trong lợi phì đại có nhiều mạch máu lan toả, thành trong của mạch máu được lót bởi các tế bào hình lập phương. Lớp biểu mô: dày sừng, có đuôi lấn sâu vào tổ chức liên kết, phù nề khoảng gian bào và phù nề trong tế bào làm tăng tính thấm khoảng gian bào. Nghiên cứu mô bệnh học cho thấy phì đại lợi thai nghén giống với phì đại lợi do viêm.

Điều trị và phòng ngừa: loại bỏ hoàn toàn cao răng và mảng bám vi khuẩn, cắt phần lợi phì đại sau khi đã điều trị trở thành viêm mạn tính, việc loại bỏ tổ chức phì đại giúp vệ sinh răng dễ dàng.

* *Phì đại lợi ở tuổi dậy thì:* xuất hiện ở cả nam và nữ, ở vùng răng có mảng bám răng.

Đặc điểm lâm sàng: kích thước phì đại lớn hơn phì đại lợi do nguyên nhân viêm, thường chỉ ở lợi mặt ngoài, lý do là vì chuyển động của lưỡi và thức ăn ngăn cản sự tích tụ các tác nhân tại chỗ.

Phì đại lợi tuổi dậy thì có các đặc điểm như phì đại lợi viêm lợi mạn, nhưng kích thước và biểu hiện mạnh hơn, sau tuổi dậy thì kích thước phì đại giảm nhưng chỉ hết khi được điều trị.

Một nghiên cứu theo thời gian của trẻ từ 11 đến 14 tuổi thấy rằng, Capnocytophage liên quan với sự khởi phát viêm lợi thai nghén.

Nhiều nghiên cứu thấy có sự liên quan với *Prevotella intermedia* và *Prevotella nigrescens*.

Mô bệnh học: giống phì đại lợi do viêm lợi mạn tính.

b) *Phì đại lợi do thiếu vitamin C:*

Trên nền viêm lợi do mảng bám, thiếu vitamin C không gây viêm lợi, nhưng gây

chảy máu lợi, làm thoái hoá collagen, phù nề tổ chức liên kết của lợi, những sự thay đổi này làm thay đổi đáp ứng chống viêm của lợi, viêm lợi tăng lên. Sự kết hợp giữa viêm lợi mảng bám và giảm đáp ứng chống viêm tại chỗ làm lợi phì đại.

Đặc điểm lâm sàng: phì đại lợi do thiếu vitamin C ở bờ lợi, lợi hơi đỏ, mềm và dễ bị tổn thương, bề mặt bóng mượt, chảy máu khi chạm vào, phì đại thường tạo túi giả và loét bề mặt.

Mô bệnh học: lợi viêm mạn tính, có nhiều tế bào viêm, xuất huyết rải rác, mao mạch ứ máu, phù nề lan toả, thoái hoá collagen làm giảm đáng kể sợi collagen, ít nguyên bào sợi.

c) Viêm lợi do dị ứng tại chỗ (viêm lợi huyết thanh):

Nguyên nhân do dị ứng với tác nhân tại chỗ như thuốc lá nhai, thuốc đánh răng... Còn gọi là viêm lợi không điển hình hay viêm lợi miệng huyết thanh: có viêm bờ lợi nhẹ lan tới lợi dính. Nếu khu trú thì gọi là u hạt tế bào huyết thanh.

Đặc điểm lâm sàng: lợi đỏ, dễ bị tổn thương, dễ chảy máu, có thể có tổ chức hạt, không tổn thương các thành phần khác của tổ chức quanh răng. Tổn thương phì đại nằm ở lợi dính, có thể cả niêm mạc miệng, bởi vậy loại phì đại lợi này hoàn toàn khác với phì đại lợi do mảng bám.

Có thể kèm viêm góc mép và viêm lưỡi. Trường hợp hiếm gặp có thể gặp trên bệnh nhân viêm quanh răng tiến triển nhanh.

Mô bệnh học: biểu mô sưng nề và cho các tế bào viêm thấm qua, cấu trúc thượng tầng của lớp tế bào gai và màng đáy bị tổn thương. Tổ chức liên kết có nhiều tế bào huyết tương.

2.3.2. Viêm lợi có điều kiện không đặc hiệu

– *U hạt sinh mủ* được coi như là sự đáp ứng quá mức với một sang chấn nhỏ.

Đặc điểm lâm sàng: tổn thương có thể nhỏ như một khối u có cuống trông giống như u nhú của tổ chức sợi và biểu mô hoặc là khối phì đại to với đáy lớn. Màu đỏ rực hoặc đỏ tía, có thể chắc hoặc lỏng lẻo phụ thuộc vào thời gian xuất hiện, bề mặt thường có loét và có dịch ở bề mặt.

Mô bệnh học: u hạt sinh mủ là một tổ chức hạt với viêm mạn tính có các tế bào viêm. Đặc điểm nổi bật là tăng sinh nội mạc mạch máu và khoảng gian mạch. Biểu mô bề mặt có thể teo hoặc tăng sinh. Thường có loét và dịch ở bề mặt.

Lâm sàng và mô bệnh học của u hạt sinh mủ giống phì đại lợi do thai nghén.

Điều trị gồm có phẫu thuật cắt tổn thương cộng với loại bỏ kích thích tại chỗ, tỷ lệ tái phát 15%.

2.3.3. Phì đại lợi do bệnh toàn thân

a) Các bệnh bạch cầu:

Đặc điểm lâm sàng: phì đại lợi do bệnh bạch cầu có thể lan toả hoặc chỉ ở bờ lợi, có thể ở cả lợi và niêm mạc miệng, có thể giống như khối u ở nhú lợi. Bề mặt lợi phì

đại hơi đỏ, bóng, tổ chức phi đại tương đối chắc, nhưng dễ bị tổn thương và chảy máu liên tục tự nhiên hoặc sau kích thích. Có thể đau loét hoại tử cấp ở rãnh giữa lợi phi đại và bề mặt răng.

Bệnh nhân có bệnh bạch cầu có thể biểu hiện phi đại lợi như bệnh nhân phi đại lợi do viêm lợi mảng bám thông thường hoặc có thêm hiện tượng bạch cầu thoát mạch.

Phi đại lợi do bệnh bạch cầu thường thấy ở bệnh bạch cầu cấp, đôi khi gặp ở trường hợp bán cấp, hiếm khi gặp ở bệnh nhân bạch cầu mạn.

Mô bệnh học: phi đại lợi ở bệnh nhân bạch cầu biểu hiện các mức độ viêm lợi mạn tính khác nhau với các tế bào bạch cầu trưởng thành và nhiều vùng tổ chức liên kết có nhiều tế bào bạch cầu chưa trưởng thành tăng sinh (đây là đặc điểm của bệnh bạch cầu). Các mao mạch ứ căng, tổ chức liên kết và tổ chức biểu mô phù nề và thoái hoá. Bề mặt hoại tử rải rác với màng giả là lưới sợi fibrin, có tế bào biểu mô hoại tử, tế bào bạch cầu đa nhân trung tính, vi khuẩn.

b) Các bệnh tổ chức hạt:

– U hạt của Wegener: là một bệnh hiếm gặp đặc trưng bởi tổ chức hạt hoại tử cấp ở đường hô hấp. Bệnh biểu hiện đầu tiên ở vùng miệng, mắt, niêm mạc lợi miệng loét phi đại, răng lung lay. Có tổn thương biểu mô đài bể thận, loét hoại tử cấp mạch máu của thận.

Đặc điểm lâm sàng: Tổ chức hạt ở nhú lợi đỏ tía và dễ chảy máu khi chạm phải.

Mô bệnh học: Viêm lợi mạn tính, rải rác có các tế bào khổng lồ, có các ổ viêm cấp tính và áp xe nhỏ được bao phủ bởi biểu mô sừng hoá mỏng. Sự thay đổi mạng mạch máu không rõ.

Nguyên nhân của bệnh chưa được biết, nhưng được coi là một đáp ứng miễn dịch tế bào sau một sang chấn, bệnh nhân thường bị suy thận sau vài tháng, nhưng việc dùng thuốc ức chế miễn dịch có tác dụng tốt trên 90% trường hợp bệnh.

– Bệnh sarcoidosis: là một bệnh tổ chức hạt chưa rõ nguyên nhân. Thường gặp ở tuổi 20 đến 30, ở người da đen, biểu hiện ở hầu hết các bộ phận. Ổ lợi là tổ chức phi đại đỏ mọng và không đau.

Mô bệnh học: tổ chức hạt rải rác, có các tế bào dạng biểu mô, các tế bào khổng lồ đa nhân, ở ngoại vi có các tế bào đơn nhân.

2.4. Phi đại lợi do u

Bài này chỉ đề cập đến một số loại phi đại lợi do u hay gặp.

2.4.1. U lợi lành tính

– Epulis là thuật ngữ để nói về tất cả các u lợi đơn lẻ, phần lớn các u lợi epulis là tổ chức viêm hơn là tổ chức u.

+ U lợi chiếm tỷ lệ rất thấp so với các khối u trong miệng, khoảng 8%. Trong các

u ở lợi và vòm miệng, tỷ lệ các loại u như sau: ung thư biểu mô 11%, u xơ 9,3%, u tế bào khổng lồ 8,4%, u nhú 7,3%, bạch sản 4,9%, u hỗn hợp tuyến nước bọt 2,5%, u mạch 1,5%, u xơ xương 1,3%, ung thư sarcom 0,5%, u sắc tố 0,5%, u nhú xơ 0,4%, u tuyến 0,4%, u mỡ 0,3%.

+ *U xơ*: xuất phát từ tổ chức liên kết của lợi hoặc dây chằng quanh răng, phát triển chậm, thường có hình tròn, chắc có cuống, nhưng cũng có thể mềm và có nhiều mạch máu. Nguyên nhân là do viêm.

Mô bệnh học: U xơ gồm có nhiều bó sợi collagen, rải rác tế bào sợi và mạch máu. U xơ tế bào khổng lồ chứa các nguyên bào sợi nhiều nhân.

+ *U nhú*: là u lành tính tăng sinh biểu mô bề mặt do kích thích của virus HPV. HPV-6 và HPV-11, xuất hiện ở hầu hết các u nhú trong miệng. U nhú ở lợi là u đơn độc trông như mụn cơm hay súp lơ, bề mặt không đều, khó di động khỏi bề mặt.

Mô bệnh học: tổn thương gồm nhiều lớp tế bào biểu mô dày sừng với tổ chức xơ mạch ở giữa.

+ *U hạt tế bào khổng lồ ngoại vi*: vị trí xuất hiện ở nhú lợi và bờ lợi, thường ở mặt ngoài, có cuống, u có nhiều hình dạng và kích thước khác nhau, không đau, màu sắc có thể đỏ rực cho tới xanh tím, bề mặt có thể bóng mượt, có thể chia nhiều thùy, có thể nhỏ hay to che phủ tới vài răng, mật độ có thể chắc hoặc không. Cần xét nghiệm mô bệnh học để chẩn đoán.

U hạt tế bào khổng lồ là một sự đáp ứng với tổn thương kích thích tại chỗ. Đôi khi có thể gây tiêu xương bên dưới u.

Mô bệnh học: Tổ chức liên kết: tập trung nhiều tế bào khổng lồ đa nhân và các hạt nhiễm màu hemosin, rải rác các tế bào viêm. Có thể có sự tạo xương trong tổ chức liên kết biểu mô tăng sản có loét.

+ *U hạt tế bào khổng lồ trung tâm*: tổn thương nằm trong xương hàm, tạo ra khoảng trống xương, có thể gây biến dạng xương.

Mô bệnh học giống u hạt tế bào ngoại vi.

+ *Bạch sản*: là một thuật ngữ lâm sàng do Tổ chức Y tế Thế giới đưa ra để mô tả một mảng trắng không thể mất đi khi chà xát và không được chẩn đoán là một bệnh nào khác. Nguyên nhân của Leukoplakia không rõ, có thể do kích thích tại chỗ, có thể do nấm *Candida albicans*, virus HPV-16 và HPV-18 hoặc sang chấn. Có thể có màu trắng xám, phẳng hoặc trông giống như sẹo, có thể dày lên sần như một mảng dày sừng, có thể có hình dạng không đều.

80% tổn thương Leukoplakia lành tính, 20% ác tính hoặc tiền ác tính, chỉ có 3% là ung thư biểu mô xâm lấn. Sinh thiết và giải phẫu bệnh là cần thiết để chẩn đoán chính xác.

Mô bệnh học: có hiện tượng dày lớp sừng và lớp gai. Dạng ác tính và tiền ác tính

có các tế bào biểu mô không hoàn chỉnh, khi loạn sản xảy ra ở tất cả các lớp tế bào thì chẩn đoán là ung thư biểu mô tại chỗ, nếu màng đáy bị phá vỡ thì chẩn đoán là ung thư biểu mô xâm lấn. Tổ chức liên kết bên dưới thường có viêm.

+ *Nang lợi*: nang lợi hiếm khi có kích thước phát hiện được bằng mắt thường, khi có thể nhìn thấy thì thường ở vị trí ở bờ lợi hoặc lợi dính, ở răng nanh và răng hàm nhỏ hàm dưới, mặt lưỡi. Nang không đau, thường làm tiêu xương bên dưới, nang xuất phát từ biểu mô túi răng. Sau khi cắt bỏ nang để lại bề mặt không đều.

Mô bệnh học: bên trong vỏ nang là một lớp biểu mô mỏng, phẳng, có những chỗ biểu mô dày lên.

2.4.2. U ác tính ở lợi

– *Ung thư biểu mô*: là loại ung thư thứ 6 hay gặp ở nam giới và thứ 20 ở nữ giới.

Ung thư biểu mô tế bào vảy là loại u ác tính hay gặp nhất ở lợi. U có thể lõi ra hoặc phẳng hoặc lõm, có thể có loét trên tổn thương. Thường không gây khó chịu cho bệnh nhân tới khi có biến chứng viêm trên tổn thương. U xâm lấn tại chỗ vào xương, dây chằng quanh răng và niêm mạc miệng. Có thể có di căn thường từ xương đòn trở lên, có thể di căn xa tới phổi, gan, xương.

– *U sắc tố ác tính*: là loại u ác tính hiếm gặp, thường ở hàm ếch cứng và lợi hàm trên ở người già, có màu sẫm và u xuất hiện trên vùng có sắc tố. U có thể phẳng hoặc phồng lên, u có đặc điểm phát triển nhanh và di căn nhanh vào xương và hệ thống bạch huyết.

Ung thư sarcom: sarcom xơ, sarcom lympho và sarcom tế bào lưới ở lợi hiếm gặp. Sarcom Kaposi miệng chỉ gặp ở người suy giảm miễn dịch, ở hàm ếch và lợi.

– *U di căn tới lợi*: rất hiếm gặp.

2.5. Phì đại lợi già

Không phải là phì đại lợi mà là sự phồng lên do xương hoặc tổ chức răng bên dưới. Tổ chức lợi bên trên vẫn bình thường.

Do tổ chức xương bên dưới: sự quá phát xương thường thấy ở các lõi xương, có thể có ở bệnh Paget, loạn sản xơ.... Lợi bên trên bình thường hoặc viêm.

Do tổ chức răng bên dưới: trong các giai đoạn mọc răng đặc biệt là mọc răng sữa, lợi bị đẩy phồng lên cho đến khi răng mọc.

2.6. Phì đại lợi tự phát

Là sự phì đại lợi không rõ nguyên nhân, hiếm gặp.

Triệu chứng lâm sàng: phì đại cả lợi dính, bờ lợi và núm lợi, khác với phì đại do thuốc chống động kinh (chỉ phì đại bờ lợi và núm lợi). Phì đại cả hai hàm hoặc một hàm, lợi phì đại màu hồng chắc như một miếng da, bề mặt gồ gề như những hòn sỏi nhỏ. Khi phì đại nhiều, bề mặt răng hầu như bị che phủ, lợi phì đại có thể lấp cả ngách tiền

đỉnh. Thường có viêm lợi thứ phát. Phì đại thường bắt đầu khi mọc răng sữa hoặc răng vĩnh viễn và có thể phát triển mạnh sau khi nhổ răng, điều này gợi ý rằng cấu trúc răng có thể là yếu tố khởi phát. Sự hiện diện của mảng bám vi khuẩn là yếu tố phối hợp. Phì đại lợi có thể gặp ở bệnh xơ cứng bì.

Mô bệnh học: Tăng sinh cả tổ chức liên kết và biểu mô, tổ chức liên kết quá phát các bó sợi collagen và có nhiều nguyên bào sợi, ít mạch máu. Biểu mô dày sừng và có các đuôi phát triển sâu vào tổ chức liên kết.

Nguyên nhân: chưa được biết, có thể do di truyền nhưng ảnh hưởng của di truyền như thế nào thì chưa có ai giải thích.

TỰ LƯỢNG GIÁ

Chọn câu trả lời đúng cho các câu hỏi sau bằng cách khoanh tròn vào chữ cái đầu câu.

1. Nguyên nhân gây phì đại lợi:

- A. Do viêm lợi mảng bám.
- B. Do áp xe lợi.
- C. Do thuốc.
- D. Do thiếu vitamin C.
- E. Do dị ứng.
- F. Do thay đổi hormon.

2. Đặc điểm lâm sàng của phì đại lợi do viêm lợi mảng bám:

- A. Lợi nề đỏ.
- B. Lợi sần chắc.
- C. Lợi tiết dịch.
- D. Có nhiều cao răng và mảng bám răng.

3. Đặc điểm lâm sàng của áp xe lợi:

- A. Có ổ mũ khu trú ở lợi.
- B. Có túi lợi.
- C. Có hội chứng nhiễm trùng toàn thân.
- D. Có chảy máu lợi.

4. Đặc điểm lâm sàng của phì đại lợi do thuốc:

- A. Bắt đầu từ bờ lợi.
- B. Xuất hiện đồng thời cả bờ lợi và nhú lợi.
- C. Triệu chứng của viêm xuất hiện trước rồi mới phì đại lợi.
- D. Bắt đầu từ nhú lợi.

5. Đặc điểm lâm sàng của phì đại lợi liên quan hormon:

- A. Xuất hiện độc lập với mảng bám răng.
- B. Là sự tăng nặng của viêm lợi mảng bám.
- C. Không thể loại bỏ hoàn toàn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Brown RS, Sein P, Corio R. (1990): Nitrendipine-induced gingival hyperplasia. *Oral Surg*, 70: 593.
2. Buchner A, Begleiter A (1980): Metastatic renal cell carcinoma in the gingival mimicking a hyperplastic lesion. *J Periodontol*, 51: 413.
3. Daley TD, Nartey NO, Wysocki GP (1991): Pregnancy tumor: An analysis, *Oral Surg*, 72:196.
4. Kerr DA, McClatchey KD, Regezi JA (1971): Allergic gingivostomatitis (due to gum chewing). *J Periodontol*, 42: 709.
5. Neucomb Gm, Seymour Gj, Adkins KF (1982): An unusual form of chronic gingivitis: An ultrastructural, histochemical and immunologic investigation. *Oral Surg*, 53: 488.