

CÁC BỆNH CÓ BIỂU HIỆN VIÊM LỢI BONG VẢY

MỤC TIÊU

1. Trình bày triệu chứng của lichen trong miệng.
2. Trình bày triệu chứng trong miệng, mô bệnh học và chẩn đoán phân biệt của bệnh pemphigoid sẹo.
3. Trình bày tổn thương miệng và mô bệnh học của pemphigus.
4. Trình bày tổn thương miệng và mô bệnh học của viêm loét dạ dày mạn tính.
5. Trình bày tổn thương miệng và mô bệnh học của ban đỏ da hình thái.

Khoảng 75% các trường hợp viêm lợi bong vảy là biểu hiện của bệnh da, chủ yếu là bệnh pemphigoid và bệnh Lichen phẳng, ngoài ra, còn một số bệnh da khác cũng biểu hiện viêm lợi bong vảy: pemphigus vulgaris, lupus erythematosus, viêm loét dạ dày mạn tính...

Những bệnh cần lưu ý khi chẩn đoán phân biệt: nấm, virus, dị ứng thuốc, nước súc miệng.

Để phát hiện được bệnh gây bong tróc lợi cần phải khám sức khoẻ toàn thân, xem tiền sử...

1. LICHEN PHẪNG

Lichen phẳng là một bệnh da-niêm mạc mạn tính đặc trưng bởi các sẩn ở da và có thể tập trung thành mảng. Bản chất Lichen phẳng là một rối loạn miễn dịch ở mô da-niêm mạc trong đó các tế bào lympho T có vai trò chính. Tổn thương Lichen phẳng có thể biểu hiện trong miệng. Để chẩn đoán Lichen phẳng trong miệng cần có thêm triệu chứng ngoài da, cần phân biệt các bệnh khác, trường hợp khó chẩn đoán cần sinh thiết mô bệnh học.

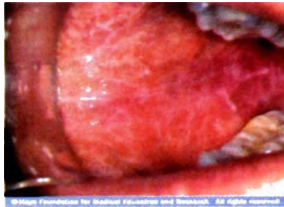
Các nghiên cứu dịch tễ cho thấy tổn thương Lichen phẳng trong miệng có ở 0,1 đến 4% dân cư, chủ yếu nhóm tuổi trung niên và nữ lớn tuổi, tỷ lệ nữ:nam là 2:1. Trẻ em có thể mắc nhưng ít. 1/3 số bệnh nhân Lichen phẳng ở miệng có kèm tổn thương ngoài da.



Hình 13.1. Tổn thương da và móng của Lichen phẳng

1.1. Các tổn thương miệng

Trong các dạng tổn thương của Lichen phẳng ở miệng (lưỡi, bệt, teo, mòn, sần và bong nước) thì tổn thương lưỡi và tổn thương mòn hay gập nhất. Tổn thương lưỡi điển hình không có biểu hiện cơ năng, tổn thương hai bên niêm mạc má ở phía sau, tổn thương có thể xuất hiện ở bờ bên của lưỡi, lưng lưỡi, vòm miệng cứng, bờ lợi, tổn thương là những đường trắng nối nhau trông như một miếng ren, dưới tổn thương trắng có thể có nền đỏ, liên quan với nhiễm nấm Candida. Bệnh mạn tính thâm lạng xen kẽ các đợt bùng lên.



Hình 13.2. Hình ảnh tổn thương lưỡi của Lichen phẳng

Tổn thương mòn thường liên quan với đau, bề mặt niêm mạc teo, đỏ, xung quanh vùng teo đỏ có các vạch trắng toả ra. Những vùng tổn thương teo này nhạy cảm nhiệt, thức ăn chua cay.

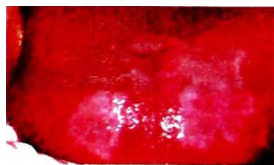


Hình 13.3. Tổn thương mòn ở bờ lưỡi và niêm mạc lợi của Lichen phẳng

Các tổn thương ở lợi: 10% bệnh nhân biểu hiện Lichen phẳng miệng có biểu hiện ở lợi.

Các dạng tổn thương khác của Lichen phẳng ở miệng:

- Tổn thương sần: tổn thương sần và kẻ trắng, các sần có thể thành mảng.



Hình 13.4. Sẩn tập trung thành mảng trên lưng lưỡi.

- Tổn thương mòn loét: vết đỏ tập trung hay lan toả, tổn thương có thể nặng hơn nếu bị sang chấn.



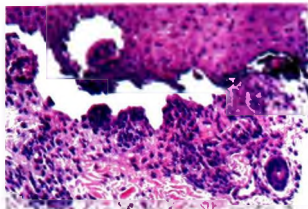
Hình 13.5. Tổn thương mòn loét ở lợi

- Tổn thương mụn hoặc bọt nước: tổn thương này hiếm gặp, sau khi vỡ để lại vết loét.
- Tổn thương teo: biểu mô lợi mỏng đi để lại bề mặt đỏ.

1.2. Mô bệnh học của Lichen phẳng

Dưới kính hiển vi có 3 đặc điểm chính: *dày sừng hoặc á sừng, thoái hoá phù ở lớp đáy, tổ chức liên kết có nhiều tế bào hệ miễn dịch thoát mạch, nhiều nhất là lympho T*. Trên tiêu bản: các đuôi biểu mô lấn vào tổ chức liên kết có hình răng cưa. Thoái hoá phù của lớp đáy biểu mô có thể tới mức làm cho biểu mô mỏng và teo và bong khỏi tổ chức liên kết, tạo ra mụn hay bọt nước, vỡ ra để lại vết loét. Các đốm keo có thể thấy ở ranh giới biểu mô – tổ chức liên kết. Những vùng dày sừng dưới kính hiển vi và có đủ 3 đặc điểm thì dễ chẩn đoán, những vùng đã vỡ để lại vết loét thì khó chẩn đoán xác định, cần kết hợp lâm sàng.

Nghiên cứu dưới kính hiển vi điện tử cho thấy Lichen phẳng có 3 giai đoạn: giai đoạn 1 thoái hoá tương bào của biểu mô và bong lớp tế bào màng đáy khỏi màng đáy, giai đoạn 2 mất sợi collagen ở tổ chức liên kết sát biểu mô, giai đoạn 3 thoái hoá và hoại tử lớp màng đáy và lớp cận màng đáy của biểu mô, tổ chức liên kết cận biểu mô cũng thoái hoá và hoại tử, không còn màng đáy.



Hình 13.6. Hình ảnh mô bệnh học của Lichen

Vì tổn thương Lichen phẳng có thể ở các giai đoạn khác nhau, nếu chưa thể chẩn đoán xác định thì các lần sinh thiết tiếp sau là cần thiết.

Một số nhà nghiên cứu cho rằng Lichen phẳng ở miệng có thể chuyển thành ung thư, cho đến nay chưa có bằng chứng thuyết phục về điều này, nhưng cần theo dõi và làm sinh thiết định kỳ với bệnh nhân Lichen phẳng trong miệng.

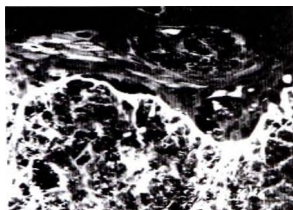
1.3. Chẩn đoán phân biệt: Các bệnh có thể nhầm với Lichen phẳng là viêm niêm mạc dạng Lichen. Khi tổn thương trong miệng là tổn thương mòn ở niêm mạc má thì cần phân biệt lupus ban đỏ và loét dạ dày mạn tính. Tổn thương mòn ở lợi phải có đường trắng toả ra xung quanh thì mới là Lichen phẳng, nếu không có các đường trắng toả ra thì phải cân nhắc pemphigoid dạng sẹo hoặc pemphigus thông thường. Phân biệt xa hơn với viêm lợi theo đường kẻ và viêm loét dạ dày mạn tính.



Hình 13.7. Hình ảnh hiển vi của Lichen phẳng ở lợi

E: Biểu mô dày sừng và dày lớp gai. Các đuôi biểu mô lấn sâu xuống tổ chức liên kết.

L: Vùng tổ chức liên kết ngay dưới biểu mô, thoát mạch nhiều lympho



Hình 13.8. Hình ảnh miễn dịch huỳnh quang trực tiếp. Fibrin sót lại dọc theo màng đáy



Hình 13.9. Hình ảnh miễn dịch huỳnh quang gián tiếp: các cụm IgM ở tổ chức liên kết

1.4. Chẩn đoán xác định: Dựa vào tổn thương lâm sàng. Trường hợp khó cần làm xét nghiệm.

1.5. Điều trị

Tổn thương dày sừng của Lichen phẳng không cần điều trị, chỉ cần theo dõi.

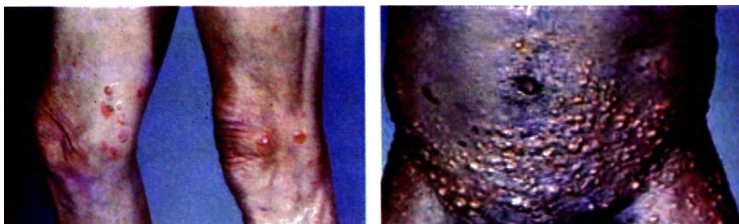
Tổn thương mòn, bong nước hay tổn thương loét cần điều trị bằng corticoid thoa tại chỗ, có thể tiêm vào trong tổn thương thuốc triamcinolone acetone (10 đến 20mg), có thể uống đợt 40mg × 5 ngày rồi giảm xuống 20mg × 14 ngày. Khi điều trị corticoid toàn thân cần cân nhắc tác dụng phụ, khám phát hiện tổn thương nấm đồng thời với Lichen phẳng để điều trị.

2. PEMPHIGOID

Thuật ngữ “pemphigoid” dùng cho một số bệnh của hệ miễn dịch trung gian tế bào có bong nước dưới biểu mô đặc trưng bởi tách màng đáy ra khỏi tổ chức liên kết. Bệnh được gọi là pemphigoid bong nước và pemphigoid sẹo (hay pemphigoid niêm mạc nhạy lạnh tính). Hiện nay các nghiên cứu phân tử cho thấy pemphigoid bong nước và pemphigoid niêm mạc nhạy lạnh tính là hai bệnh khác biệt. Thuật ngữ pemphigoid bong nước được dùng khi bệnh không để lại sẹo và tổn thương chủ yếu ở da. Thuật ngữ pemphigoid sẹo được dùng khi bệnh để lại sẹo và tổn thương chủ yếu ở niêm mạc nhạy (một số trường hợp có thể không để lại sẹo ở niêm mạc nhạy).

2.1. Pemphigoid mụn nước

Là một bệnh mạn tính tự miễn, biểu hiện bong nước căng ở dưới biểu bì da, bong vỡ ra để lại nền tổ chức yếu trên da. Một phần ba số bệnh nhân có biểu hiện trong miệng. Tổn thương lâm sàng có vẻ giống pemphigus nhưng hình ảnh dưới kính hiển vi hoàn toàn khác biệt, không có hình ảnh bong lớp gai tức là không có mụn hay bong nước trong biểu mô. Hình ảnh dưới kính hiển vi điện tử cho thấy sự bóc tách giữa hai lớp của màng đáy hoặc sao chép lớp màng này. Biểu mô bong ra giữ nguyên kết cấu tổ chức, lá màng đáy biểu mô vẫn bình thường.



Hình 13.10. Hình ảnh tổn thương pemphigoid mụn nước

Xét nghiệm miễn dịch huỳnh quang:

Màng đáy của mụn nước có IgG và C3 dọc theo màng đáy. Miễn dịch huỳnh quang trực tiếp dương tính 90% đến 100% bệnh nhân, miễn dịch huỳnh quang gián tiếp dương tính 40 đến 70% bệnh nhân.

Tổn thương miệng: 40% bệnh nhân có tổn thương miệng, lợi biểu hiện viêm lợi bong vảy và mòn lợi, có thể có mụn hay bong nước ở lợi.



Hình 13.11. Tổn thương pemphigoid bong nước trong miệng, lợi mòn bong và có vết loét

Điều trị: Đây là bệnh tự miễn có lẽ căn nguyên tại gen nên hiện tại chỉ điều trị triệu chứng. Điều trị khởi đầu bằng prednisolone toàn thân liều trung bình, nếu liều trung bình không đủ tác dụng thì có thể dùng liều cao hoặc liều trung bình kết hợp các thuốc ức chế miễn dịch khác. Nếu pemphigoid bong nước chỉ biểu hiện khu trú thì thuốc corticoid liều cao bôi tại chỗ kết hợp tetracycline, kết hợp nicotinamide hoặc không sẽ có hiệu quả.

2.2. Pemphigoid sẹo

Đây là bệnh mạn tính tự miễn có mụn và bong nước, nguyên nhân không rõ, bệnh có ở phụ nữ ngoài 50 tuổi, rất hiếm ở người trẻ hơn. Bệnh biểu hiện ở niêm mạc nhầy trong miệng, mũi, thực quản, kết mạc mắt, âm đạo, đại tràng, niệu quản. Khoảng 20% trường hợp có biểu hiện ở da. Các nghiên cứu gần đây cho thấy pemphigoid sẹo là một nhóm tình trạng bệnh biểu hiện bởi phản ứng kháng nguyên kháng thể ở vùng màng đáy, kế tiếp là hoạt động thực bào, tiếp theo là các men tiêu protein được tiết ra hoà tan lá trong của màng đáy. Các nghiên cứu mô bệnh học và phân tử chia ra 5 loại pemphigoid sẹo: pemphigoid miệng, anti – epiligrin pemphigoid, anti – BP antigen mucosal pemphigoid, pemphigoid mắt, pemphigoid nhiều kháng nguyên.

2.2.1. Tổn thương mắt: Khoảng 25% bệnh nhân có biểu hiện ở mắt khi đến khám vì có tổn thương ở lợi nhưng theo các bác sĩ mắt thì 100% bệnh nhân có biểu hiện kết mạc. Đầu tiên tổn thương ở một bên mắt, trong vòng 2 năm sẽ biểu hiện ở cả hai mắt, bong trọt biểu mô kết mạc làm mí mắt dính nhãn cầu khó mở mắt, sẹo kết mạc có thể gây xước giác mạc thậm trí mất thị lực hoàn toàn.



Hình 13.12. Pemphigoid niêm mạc mắt

2.2.2. Tổn thương miệng: Viêm lợi bong vảy để lại ban đỏ, bong tổ chức, có thể loét ở lợi dính. Mụn bọng nước có thể xuất hiện ở các vùng trong miệng. Bọng nước có vỏ dày, thường vỡ sau 2 đến 3 ngày để lại vết loét không đều. Thường lành thương sau 3 tuần hoặc lâu hơn.

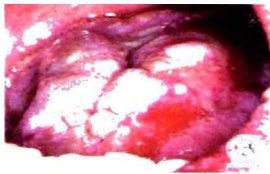


Hình 13.13. Tổn thương niêm mạc miệng của bệnh pemphigoid sẹo

Mô bệnh học: Hình ảnh dưới kính hiển vi là bong giữa tổ chức liên kết và biểu mô ở vùng màng đáy. Hình ảnh dưới kính hiển vi điện tử là bong giữa hai lớp của màng đáy. Xuất hiện hỗn hợp tế bào viêm (lympho, trung tính, tương bào, bạch cầu ưa acid) trong tổ chức sợi liên kết.

Xét nghiệm miễn dịch huỳnh quang: Miễn dịch huỳnh quang trực tiếp và gián tiếp đều có đáp ứng dương tính dọc theo vùng màng đáy. Mẫu bệnh phẩm thử miễn dịch huỳnh quang trực tiếp cho kết quả các thành phần miễn dịch là IgG và C3 bám màng đáy. Các xét nghiệm miễn dịch huỳnh quang gián tiếp có thể dương tính hoặc âm tính.

Chẩn đoán phân biệt: Bệnh pemphigus có thể chỉ biểu hiện trong khoang miệng ở giai đoạn sớm, tổn thương mụn và loét có thể giống tổn thương của pemphigoid sẹo. Viêm lợi bong vảy cũng gặp ở bệnh pemphigus nhưng hiếm. Phân biệt dễ dàng bằng cách sinh thiết.



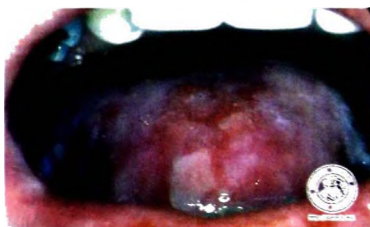
Hình 13.14. Tổn thương pemphigus ở lưỡi

Bệnh ban đỏ đa hình thái cũng có mụn nước, nhưng thường là biểu hiện bệnh cấp tính chứ không mạn tính như pemphigoid, môi thường bị tổn thương nặng, lợi thường không có tổn thương, trường hợp viêm lợi bong vảy và mụn nước ở lợi rất hiếm. Xét nghiệm mô học thường thấy thoái triển các lớp tế bào gai phía trên.



Hình 13.15. Tổn thương loét của bệnh ban đỏ đa hình thái ở niêm mạc môi

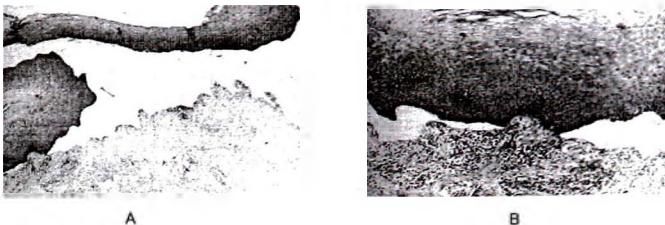
Pemphigoid sẹo cần được chẩn đoán phân biệt với bong biểu bì bong nước, cũng có mô bệnh học và xét nghiệm miễn dịch mô bệnh học tương tự. Mẫu xét nghiệm được xử lý muối để tách chân bì ra khỏi biểu bì, lắng đọng phức hợp miễn dịch màng đáy khác nhau giữa pemphigoid sẹo và bong biểu bì bong nước.



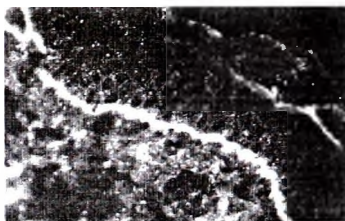
Hình 13.16. Tổn thương loét của bong biểu bì bong nước

Điều trị: Corticoid tại chỗ là thuốc chủ yếu để điều trị pemphigoid sẹo, nhất là giai đoạn còn tổn thương. Ví dụ: fluciclonide 0.05% và clobetasol propionate 0.05% ba lần ngày trong 6 tháng. Nếu tổn thương chỉ ở lợi thì bôi thuốc vào máng hoặc veneer để đeo. Vệ sinh răng miệng rất quan trọng vì kích thích tại chỗ có thể làm viêm lợi nặng lên. Các kích thích do răng giả cần được hạn chế. Nếu có triệu chứng mắt kết hợp thì nên dùng corticoid toàn thân.

Nếu điều trị tại chỗ không hiệu quả thì chuyển sang corticoid toàn thân, chú ý tác dụng phụ.



Hình 13.17. Hình ảnh pemphigoid sẹo dưới kính hiển vi:
A: tách biểu mô khỏi tổ chức liên kết. B: tách ở giữa hai lớp màng đáy



Hình 13.18. Hình ảnh miễn dịch huỳnh quang trực tiếp của pemphigoid sẹo.
Thành phần C3 dọc theo màng đáy

3. PEMPHIGUS

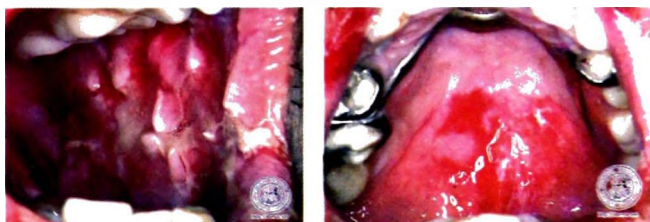
Pemphigus là một nhóm bệnh bọng nước do rối loạn tự miễn tạo ra các phỏng nước trong biểu mô da hay niêm mạc. Pemphigus thông thường là một bệnh tự miễn mạn tính nguy hiểm với tỷ lệ chết 10%. Tỷ lệ mắc bệnh trên thế giới 0,1 đến 0,5 ca bệnh trên 100 ngàn dân. Bệnh ở nữ nhiều hơn ở nam, thường sau 40 tuổi, có thể ở người trẻ và trẻ nhỏ. Các mụn nước là do cầu nối giữa các tế bào bị đứt, trên bề mặt tế bào biểu mô có các glycoprotein, glycoprotein này là một thành phần của desmoglein, một loại phân tử tạo nên các cầu nối gian bào. Các bằng chứng hiện nay gợi ý rằng DSG3, một gen điều khiển bệnh pemphigus thông thường và nằm trên nhiễm sắc thể 18. Phần lớn các ca bệnh là tự phát nhưng cũng có một số thuốc như penicillamine và captopril có thể dẫn đến phát bệnh, những trường hợp này sẽ hết bệnh sau khi ngừng thuốc. Pemphigus dạng paraneoplastic khác pemphigus thông thường và liên quan với tổn thương ác tính bên dưới.

Khoảng 60% bệnh nhân pemphigus thông thường có triệu chứng miệng như là những dấu hiệu đầu tiên, sau 1 đến vài năm xuất hiện các triệu chứng ở da.

Các tổn thương ở miệng:

Có thể từ các mụn nước nhỏ cho đến các bọng nước lớn. Khi bọng nước vỡ ra để lại các vết loét. Bất kỳ vùng nào trong miệng cũng có thể có tổn thương, nhưng

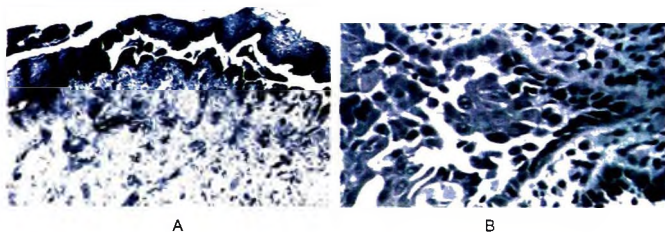
thường những vùng bị kích thích hay sang chấn dễ xuất hiện tổn thương hơn. Thứ tự nguy cơ xuất hiện tổn thương: vòm mềm 80%, niêm mạc má 46%, lưng lưỡi 20%, niêm mạc môi dưới 10%, ít khi biểu hiện ở lợi tuy nhiên có trường hợp bệnh chỉ biểu hiện duy nhất ở lợi.



Hình 13.19. Bọng nước pemphigus vỡ ra để lại vết loét đỏ ở niêm mạc má và vòm miệng

Mô bệnh học:

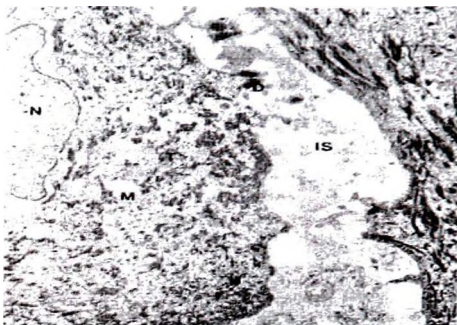
Tổn thương pemphigus có đặc điểm bong trong biểu mô, ở ngay trên lớp tế bào đáy. Khi mới bong thì là tổn thương rất nhỏ chỉ có thể quan sát thấy trên kính hiển vi, sau đó lớn dần lên tới mức có thể quan sát bằng mắt. Khi mụn hay bọng vỡ ra, bong mất lớp bề mặt để lại lớp tế bào đáy trông bề mặt giống như bia mộ. Hiện tượng bong tế bào gai đặc trưng bởi bề mặt có các tế bào tròn hơn là các tế bào đa diện, các cầu nối gian bào bị mất. Nhân tế bào phồng to và bắt màu đậm. Tổ chức liên kết bên dưới có các tế bào viêm thoát mạch. Các vết loét có bạch cầu đa nhân, bề mặt vết loét có thể có mù.



Hình 13.20. Hình ảnh dưới kính hiển vi:
 A. Bong tế bào gai và mụn nước nằm trong biểu mô.
 B. Hình ảnh mụn nước được phóng to.

Tế bào học: Tế bào học chỉ là test hỗ trợ xét nghiệm mô bệnh học, sẽ có lớp tế bào gai tròn bong ra ở tổn thương, nhân phồng to và bắt màu đậm.

Hình ảnh hiển vi điện tử: mất cầu nối gian bào ở giai đoạn đầu, sau đó có thể thoái hoá các sợi tonofilament (một loại protein) cấu tạo cầu nối gian bào.



Hình 13.21. Hình ảnh dưới kính hiển vi điện tử:

- D. Các cấu nối gian bào biến mất.
- IS. Khoảng gian bào giãn rộng
- T. Các sợi tonofibril co cụm
- M. Mitochondria (ty lạp thể) thoái hoá.
- N. Nhân tế bào phóng lên sát màng tế bào.

Miễn dịch huỳnh quang: Sự hiện hữu của các kháng thể tự thân có thể phát hiện ở niêm mạc miệng bằng phương pháp miễn dịch huỳnh quang. Miễn dịch huỳnh quang trực tiếp, vùng ranh giới tổn thương được nhuộm fluorescein rồi soi ánh sáng huỳnh quang thấy có kháng thể IgG. Miễn dịch huỳnh quang gián tiếp: mô sinh thiết được thấm đậm huyết thanh của chính bệnh nhân để các kháng thể bám lên mô bệnh rồi mới nhuộm fluorescein và soi dưới ánh sáng huỳnh quang, nếu bắt sáng ở vùng gian bào là dương tính. Phương pháp gián tiếp ít dương tính hơn phương pháp trực tiếp, trong giai đoạn đầu thường âm tính.

Chẩn đoán phân biệt:

Bệnh ban đỏ đa hình thái: khoảng thời gian không biểu lộ triệu chứng xen các đợt bệnh kéo dài, các đợt bệnh ngắn, biểu hiện ở môi nặng. Chẩn đoán phân biệt bằng soi kính hiển vi: pemphigus thông thường có đặc điểm bong trong biểu mô ngay trên lớp tế bào màng đáy, đứt cấu nối tế bào gai trong khi ban đỏ đa hình thái có các mụn nước nhỏ của các tế bào bề mặt biểu mô và có các tế bào biểu mô hoại tử. Bệnh ban đỏ đa hình thái luôn luôn âm tính khi xét nghiệm miễn dịch huỳnh quang gián tiếp còn pemphigus thông thường có thể dương tính.

Các bệnh pemphigoid: hình ảnh dưới kính hiển vi thấy vị trí mụn và bọt nước khác nhau, pemphigus đứt cấu nối tế bào gai.

Bệnh Lichen phẳng bọt nước: Lichen có tổn thương lưới kết hợp với sần hay bọt nước, bọt nước của Lichen phẳng là do bong biểu mô khỏi tổ chức liên kết, biểu mô và tổ chức liên kết đan xen như răng lược hay răng cưa, mô liên kết bên dưới có nhiều tế bào viêm.

Xét nghiệm miễn dịch huỳnh quang gián tiếp Lichen có các sợi fibrin đọng ở vùng màng đáy. Nếu tổn thương mụn bong nước chỉ ở lợi rồi bong trượt thì loại bỏ pemphigoid và Lichen phẳng.

Điều trị:

Phương pháp điều trị là sử dụng corticoid toàn thân có thể kết hợp thuốc ức chế miễn dịch. Lúc đầu dùng liều cao sau đó giảm dần xuống liều duy trì để kiểm soát bệnh. Một số bác sĩ đa liều kết hợp thuốc ức chế miễn dịch từng đợt để giảm định liều corticoid.

Những bệnh nhân không đáp ứng corticoid cần được điều trị corticoid kết hợp thuốc ức chế miễn dịch như: azathioprine, cyclophosphamide, cyclosporine, dapsone, gold, methotrexate, photoplasmaphoresis, plasmaphoresis.

Để giảm tác dụng phụ của corticoid toàn thân có thể dùng corticoid tại chỗ khi bệnh đã ổn định, kết hợp các thuốc ức chế miễn dịch để giảm liều corticoid. Khi dùng corticoid tại chỗ kéo dài có thể kết hợp thuốc chống nấm tại chỗ.

Chống viêm tại chỗ trong miệng cũng quan trọng để tránh khởi phát đợt bệnh. Vệ sinh răng miệng tốt, tránh chất kích thích. Kiểm tra định kỳ sức khoẻ nha chu để tránh khởi phát viêm lợi bong vảy do pemphigus. Nếu bắt buộc phải phẫu thuật nha chu thì dùng corticoid trước. Kiểm soát tốt hàm giả tháo lắp để tránh các vết xước niêm mạc.

4. BỆNH VIÊM LOÉT DA DÀY MẠN TÍNH

Các tổn thương miệng: Các phỏng nước đơn độc và bong để lại vết trượt có viền đỏ xung quanh, thường ở lợi và bờ bên lưỡi, có thể ở vòm cứng, má.



Hình 13.22. Hình ảnh phóng nước ở thành bên miệng

Mô bệnh học: Hình ảnh dưới kính hiển vi giống như Lichen phẳng mòn, có dày sừng, bong tế bào gai và hoá lỏng tế bào màng đáy, bong dưới biểu mô, sát vị trí bong có phản ứng viêm với các tế bào lympho và histiocyte.

Miễn dịch huỳnh quang: Xét nghiệm vùng bình thường và vùng ranh giới tổn thương có các kháng thể kháng nhân tự thân ở biểu mô. Vùng tế bào màng đáy bình thường có IgG rải rác, các sợi fibrin rải rác ở ranh giới mô liên kết – biểu mô.

Chẩn đoán phân biệt: Viêm loét dạ dày mạn tính biểu hiện tổn thương miệng tương tự Lichen phẳng soi mòn. Xét nghiệm miễn dịch huỳnh quang trực tiếp và gián tiếp là cần thiết để chẩn đoán xác định.

Điều trị: Với những trường hợp nhẹ, corticoid tại chỗ (clobetasolpropionate; fluociconide, clobetasol propionate) và tetracycline tại chỗ giúp giảm triệu chứng nhưng dễ tái phát. Với những trường hợp nặng, corticoid toàn thân liều cao là cần thiết để kiểm soát bệnh. Vấn đề là khi giảm liều thì các triệu chứng có thể quay lại. Hydroxychloroquine sulfate liều 200 đến 400 mg ngày có hiệu quả kiểm soát bệnh. Có thể kết hợp liều corticoid thấp với chloroquine tiếp theo khi bệnh đã được kiểm soát.

5. VIÊM DA DẠNG HERPES

Là một tình trạng bệnh mạn tính ở người trẻ 20 đến 30 tuổi, ở nam nhiều hơn nữ. Nguyên nhân chưa được biết đến, tất cả các bệnh nhân này đều không hấp thu được gluten. Những trường hợp nặng thì ngoài triệu chứng ở da còn có chứng khó nuốt, mệt mỏi, đi lỏng, sụt cân.

Biểu hiện ngoài da: sẩn hoặc mụn nước gây ngứa, đối xứng hai bên, xuất hiện chủ yếu ở bề mặt dưới của các chi, ít khi xuất hiện ở các vùng khác, có thể ở vùng xương cùi, móng, mặt và trong miệng. Những sẩn và mụn nước này cuối cùng biến mất và để lại vùng da bị đổi màu, da dần trở lại màu bình thường.

Các tổn thương trong miệng là các vết loét sau khi mụn nước vỡ.

Hình ảnh dưới kính hiển vi: tổn thương mới có sự tập trung của các bạch cầu đa nhân và bạch cầu ưa acid, lắng đọng fibrin ở các đuôi biểu mô.

Miễn dịch huỳnh quang trực tiếp: có nhiều IgA và C3 ở chóp biểu mô, các thành phần này không có trong tổn thương mà chỉ ở vùng xung quanh và ranh giới tổn thương.

Điều trị: Tránh ăn hầu hết các loại hạt, các loại mì, ngũ cốc và nhiều loại thức ăn chế biến sẵn. Dù có những hạn chế này, người bị bệnh về tế bào vẫn có thể ăn một chế độ ăn cân bằng với nhiều loại thức ăn đa dạng, với bánh mì và mì sợi. Ví dụ, thay thế bột lúa mì, người ta có thể dùng khoai tây, gạo, đậu nành hoặc bột đậu.

6. BAN ĐỎ ĐA HÌNH THÁI

Ban đỏ đa hình thái là một tình trạng bệnh bong nước hoặc dát viêm cấp tính ở da niêm mạc với một số cơ chế bệnh miễn dịch. Bệnh được cho rằng, bản chất là viêm loét mạch do yếu tố tự miễn, sau đó là phá hủy bạch cầu ở thành mạch làm tắc nghẽn mạch máu nhỏ, hậu quả tiếp theo là thiếu máu nuôi dưỡng biểu mô và tổ chức liên kết dưới biểu mô. Bệnh biểu hiện nhẹ hoặc nặng, có thể dẫn đến tử vong (hội chứng Steven-Johnson). Nếu bệnh nhẹ kéo dài khoảng 4 tuần và biểu hiện mức trung bình ở

da và niêm mạc. Hội chứng Steven–Johnson kéo dài hơn 1 tháng, ngoài biểu hiện ở da và niêm mạc miệng còn biểu hiện ở kết mạc, niêm mạc sinh dục.

Có 3 loại căn nguyên khởi phát ban đỏ da hình thái: nhiễm virus Herpes simplex, nhiễm mycoplasma, dị ứng thuốc. Các thuốc thường dẫn đến hội chứng Steven–Johnson là sulfonamid, penicillin, phenylbutazon, phenytoin.

Các tổn thương miệng của ban đỏ da hình thái xuất hiện ở 70% bệnh nhân biểu hiện da, trường hợp có triệu chứng miệng mà không biểu hiện da rất hiếm.



Hình 13.23. Tổn thương của ban đỏ da hình thái

Các triệu chứng ngoài da: bong nước hoặc dát viêm cấp tính ở da

Các triệu chứng miệng: Nhiều vết loét nông rộng đau có bờ đỏ, có thể xuất hiện ở toàn bộ niêm mạc miệng ở 20% bệnh nhân. Tổn thương trong miệng gây đau tới mức khó nhai và nuốt. Niêm mạc má và lưỡi thường xuất hiện tổn thương, sàn miệng, niêm mạc vòm và lợi ít xuất hiện tổn thương hơn. Những trường hợp chỉ xuất hiện tổn thương ở miệng hiếm gặp. Bệnh nhân thường có vảy xuất huyết ở quanh miệng.

Mô bệnh học: Có nhiều sự thay đổi ở tổ chức: Những trường hợp nặng, soi kính hiển vi thấy thoái hoá lỏng ở biểu mô và xuất hiện các mụn nước trong biểu mô, nhưng không có bong lớp gai như pemphigus. Sự thoái hoá cũng xảy ra ở màng đáy. Một số trường hợp ranh giới giữa biểu mô và tổ chức liên kết không rõ do sự xâm nhập của các tế bào viêm. Có phù nề mô liên kết, thoát mạch và xung huyết. Vùng mô liên kết bên dưới có viêm mạn tính xung quanh mạch. Có bạch cầu trung tính và bạch cầu ưa acid.

Xét nghiệm miễn dịch huỳnh quang: âm tính.

Điều trị: Không có điều trị đặc hiệu. Một số trường hợp có thể tự khỏi không cần điều trị. Những bệnh nhân có bong nước và vết loét cần được điều trị. Trường hợp nhẹ, các kháng histamine tại chỗ và toàn thân, thuốc giảm đau tại chỗ, vệ sinh sạch tổn thương với dung dịch sát trùng là đủ. Với bệnh nặng thì corticoid là sự lựa chọn.

7. DỊ ỨNG THUỐC

Biểu hiện dị ứng tại miệng do uống thuốc gọi là viêm miệng do thuốc. Phản ứng

tại chỗ do thuốc còn được gọi là viêm miệng tiếp xúc. Những thay đổi này có thể là do kích thích tại chỗ do thuốc hay do nhạy cảm thuốc. Trong nhiều trường hợp có thể xuất hiện triệu chứng da cùng với triệu chứng miệng.

Nói chung thì *triệu chứng dị ứng thuốc thường là ban đỏ da hình thái*. Mụn nước và bọng nước thường gặp, dát có thể gặp. Tổn thương mòn có thể xuất hiện sau các vết loét sâu, có thể có xuất huyết, các tổn thương có thể ở các vùng niêm mạc miệng, lợi thường có tổn thương.

TỰ LƯỢNG GIÁ

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

1. Tổn thương hay gặp trong miệng của Lichen phẳng là:

- A. Tổn thương lưới và teo.
- B. Các mụn nước và bọng nước.
- C. Vết loét chảy máu.

2. Dạng bệnh pemphigoid biểu hiện trong miệng là:

- A. Pemphigoid mụn nước.
- B. Pemphigoid dạng sẹo.
- C. Cả hai dạng trên.

3. Tổn thương cơ bản của pemphigoid sẹo là:

- A. Mụn nước và bọng nước.
- B. Loét niêm mạc miệng.
- C. Mòn niêm mạc.
- D. Chảy máu niêm mạc miệng.

4. Mô học của pemphigoid:

- A. Đứt cầu nối giữa các tế bào gai của biểu mô.
- B. Đứt cầu nối giữa hai lớp của màng đáy.
- C. Đứt cầu nối tế bào ở mô liên kết.
- D. Tất cả các tổn thương trên.

5. Vị trí tổn thương của các bệnh pemphigus:

- A. Da.
- B. Niêm mạc.
- C. Cả da và niêm mạc.

6. Mô bệnh học của pemphigus:

- A. Đứt cầu nối các tế bào lớp gai tạo thành mụn nước và bọt nước.
- B. Đứt cầu nối tế bào đáy với màng đáy.
- C. Đứt cầu nối giữa hai lớp của màng đáy.

7. Mô bệnh học của ban đỏ đa hình thái:

- A. Mụn nước và bọt nước do đứt cầu nối các tế bào gai.
- B. Thoái hoá lỏng của các tế bào biểu mô và màng đáy.
- C. Mô liên kết có phản ứng viêm: phù nề, thoát mạch, nhiều tế bào của hệ miễn dịch.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Alfredo Aguirre, Mirdza F. Neiders, Russell J. Nisengard (1996): Desquamative Gingivitis, Carranza's clinical periodontology 9th ed. 314 – 335.
2. Assier, H., Bastuj-Garin, S., Revuz, J. & Roujeau, J-C. (1995) Erythema multiforme with mucous membrane involvement and Stevens-Johnson syndrome are clinically different disorders with distinct causes. Archives of Dermatology 131, 539 – 543.
3. Aurelian, L., Kokuba, H. & Burnett, J.W. (1998). Understanding the pathogenesis of HSV-associated erythema multiforme. Dermatology 197, 219 – 222.
4. Axell, T. & Rundquist, L. (1987). Oral lichen planus — a demographic study. Community Oral Dentistry and Oral Epidemiology 15, 52 – 56.
5. Bagan J.V., Aguirre J.M., del Olmo, J.A., Milian A., Penarrocha M., Rodrigo J.M. & Cardona F. (1994). Oral lichen planus and chronic liver disease: a clinical and morphometric study of the oral lesions in relation to transaminase elevation. Oral Surgery Oral Medicine Oral Pathology 78, 337 – 342.
6. Bystryn J-C. (1996). Erythema multiforme with mucous membrane involvement and Stevens-Johnson syndrome are clinically different disorders. Comment. Archives of Dermatology 132, 711 – 712.

II. CÁC BỆNH VÙNG QUANH RĂNG

Bài 14

VIÊM QUANH RĂNG TIẾN TRIỂN CHẬM

MỤC TIÊU

- 1. Trình bày được bệnh căn của viêm quanh răng tiến triển chậm.*
- 2. Trình bày các đặc điểm lâm sàng của viêm quanh răng tiến triển chậm.*
- 3. Chẩn đoán được và trình bày được tiến triển của viêm quanh răng tiến triển chậm.*
- 4. Trình bày được các dạng viêm quanh răng tiến triển chậm.*

1. ĐẠI CƯƠNG

Là dạng phổ biến nhất của bệnh viêm quanh răng. Viêm quanh răng tiến triển chậm là hậu quả của sự lan rộng quá trình viêm khởi đầu ở lợi, sau đó lan tới các cấu trúc chống đỡ răng là xương ổ răng, dây chằng quanh răng và xương răng.

Viêm quanh răng tiến triển chậm còn được gọi với các từ đồng nghĩa như: viêm quanh răng ở người lớn, viêm quanh răng mạn tính, viêm quanh răng ở người lớn mạn tính, viêm quanh răng do viêm mạn tính.

2. BỆNH CĂN

Viêm quanh răng tiến triển chậm liên quan với sự có mặt của mảng bám răng và cao răng. Cao răng trên lợi và cao răng dưới lợi thấy nhiều ở vùng răng có các thay đổi về lâm sàng nhiều hơn. Vì vậy, có thể nói viêm quanh răng tiến triển chậm liên quan chặt chẽ với vệ sinh răng miệng.

Mặc dù, khả năng miễn dịch của cơ thể có thể thay đổi, nhưng viêm quanh răng tiến triển chậm hầu như không liên quan với các thiếu hụt miễn dịch và tình trạng toàn thân bất thường. Bởi vậy, người ta không chứng minh được có sự bất thường về huyết thanh, bạch cầu hạt... ở các bệnh nhân viêm quanh răng tiến triển chậm.

Một số bệnh toàn thân như đái tháo đường, các thay đổi về nội tiết hoặc các thiếu hụt miễn dịch có thể làm biến đổi đáp ứng của vật chủ đối với mảng bám răng đang

tồn tại và làm tăng tiến triển viêm quanh răng và làm tăng thêm mức độ và phạm vi phá huỷ mô. Vì vậy, ở các bệnh nhân có bệnh toàn thân phối hợp thì cần phải chú ý xem bệnh viêm quanh răng có đang trong quá trình chuyển đổi từ viêm quanh răng tiến triển chậm sang viêm quanh răng tiến triển nhanh hay không.

Viêm quanh răng là kết quả của sự tương tác nhiều yếu tố phức tạp giữa vật chủ và các tác nhân nhiễm trùng. Toàn bộ mối quan hệ bệnh lý và cơ chế tiến triển vẫn cần được tiếp tục nghiên cứu. Nhưng một điều chắc chắn là sự tiến triển viêm quanh răng là do mất thăng bằng giữa một bên là sự thâm nhập của các vi khuẩn vào hệ thống bám dính và một bên là khả năng bảo vệ của cơ thể vật chủ. Các yếu tố bảo vệ của vật chủ có vai trò rất quan trọng. Tuy vậy, các bệnh toàn thân không gây ra các thay đổi bệnh lý trong viêm quanh răng tiến triển chậm.

Về mặt vi khuẩn, nhìn chung thì mảng bám dính ở vùng dưới lợi thường có các loài *Actinomyces* và khuẩn lạc chứa các vi khuẩn hình sợi Gram dương và Gram âm. Mảng bám không dính ở dưới lợi thì có các xoắn khuẩn và các trực khuẩn Gram âm chiếm ưu thế.

3. ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG

– Viêm lợi: Viêm lợi là biểu hiện đặc trưng của viêm quanh răng tiến triển chậm. Viêm lợi là do tích tụ mảng bám răng. Viêm lợi với các biểu hiện là lợi thường sưng nề từ nhẹ đến trung bình và có biểu hiện biến đổi màu sắc từ hồng nhạt sang màu đỏ, lợi dính mất cấu trúc da cam. Có thay đổi hình thể bề mặt lợi như các bờ lợi không còn sắc hoặc tròn và nhú lợi dẹt xuống hoặc lõm, mất vùng lõm lợi ở phía trước hai răng liền kề.

Trong một số trường hợp, do hậu quả viêm mức độ nhẹ kéo dài, làm cho lợi bờ xơ dày.

Tuy nhiên, ở nhiều bệnh nhân, các biểu hiện viêm lợi khó thấy khi thăm khám.

– Chảy máu lợi: có thể có chảy máu tự nhiên hoặc dễ chảy máu khi bị kích thích hay chảy máu khi thăm khám.

– Dịch rỉ viêm: có thể có dịch rỉ viêm hoặc mủ ở túi lợi. Nếu trường hợp túi quanh răng bị bít kín lại thì mủ không thể dẫn lưu ra được và có thể hình thành áp xe quanh răng. Khi có áp xe quanh răng thì sẽ gây đau cho bệnh nhân.

– Mất bám dính quanh răng và tiêu xương ổ răng, hình thành túi lợi bệnh lý hay túi quanh răng với chiều sâu của túi lợi có thể thay đổi khác nhau.

– Lung lay răng: do có tiêu xương ổ răng nên làm cho các răng bị lung lay. Nếu mất nhiều xương và kéo dài, có thể còn gây ra di lệch răng.

– Đau: Viêm quanh răng tiến triển chậm thường không gây đau, ít khi các chân răng đã bị lộ nhạy cảm với nóng lạnh nếu như không có tổn thương sâu ở chân răng.

Nhưng có thể có đau âm ỉ khu trú và có khi lan xuống đến hàm, hoặc có thể thấy lợi nhạy cảm hoặc ngứa. Đặc biệt, có thể có đau do ảnh hưởng của thức ăn.

– Trường hợp đau cấp do đã tạo thành áp xe quanh răng hoặc có sâu răng ở các chân răng gây viêm tủy răng.

– Tính chất khu trú: Bệnh viêm quanh răng tiến triển chậm thường có ở toàn bộ hai hàm mặc dù có một vài vùng có thể nặng hơn so với các vùng khác. Ở các vùng nặng hơn thường liên quan với việc kiểm soát mảng bám kém hơn. Có thể thấy các vùng khó kiểm soát mảng bám như vùng kẽ chân răng hoặc ở vùng các răng mọc sai vị trí.

Nhìn chung các tổn thương thường không đơn độc ở một hoặc vài điểm. Các tổn thương viêm quanh răng khu trú đơn độc xảy ra ở người lớn thường liên quan với các yếu tố bệnh sinh tại chỗ làm nặng thêm tình trạng viêm quanh răng và xảy ra sau khi điều trị. Các vị trí khu trú này không đáp lại việc điều trị viêm quanh răng thường được gọi là các vị trí nan giải và bệnh được gọi là bệnh viêm quanh răng nan giải.

– Viêm quanh răng tiến triển chậm thường đã tiến triển nhiều năm, kéo dài nên còn được gọi là viêm quanh răng ở người lớn mạn tính hoặc viêm quanh răng do viêm mạn tính.

– Xquang: Trên phim Xquang có các biểu hiện là:

+ Có tiêu xương ổ răng.

+ Có thể có di lệch răng.

+ Có thể thấy tổn thương mất xương ở vùng kẽ giữa các chân răng của các răng nhiều chân.

+ Nếu có phối hợp với sang chấn khớp cắn thì có biểu hiện mất xương có góc và vùng dây chằng quanh răng rộng.

– Tỷ lệ mắc: Tỷ lệ người mắc viêm quanh răng tiến triển chậm khác nhau giữa các khu vực trên thế giới. Nhưng có một điểm giống nhau ở tất cả các khu vực là tỷ lệ mắc và mức độ nặng gia tăng theo tuổi.

4. CHẨN ĐOÁN VÀ TIẾN TRIỂN

4.1. Chẩn đoán

– Chẩn đoán xác định: dựa vào các dấu hiệu lâm sàng và Xquang.

+ Trên lâm sàng, có các thay đổi viêm mạn tính ở lợi và sự có mặt của các túi quanh răng.

+ Trên phim Xquang, có dấu hiệu tiêu xương.

– Chẩn đoán phân biệt: Viêm quanh răng tiến triển chậm phân biệt với viêm quanh răng tiến triển nhanh bắt đầu ở người lớn.

Dựa vào bệnh sử và đáp ứng với điều trị.

4.2. Tiến triển

– Tốc độ tiến triển chậm, vì vậy các biểu hiện lâm sàng trở nên rõ rệt ở tuổi từ 35 trở lên. Tốc độ tiến triển có thể khá khác nhau.

– Ở các vị trí khác nhau trong miệng thì mức độ tiến triển của bệnh không ngang nhau. Có chỗ duy trì tình trạng trong một thời gian dài. Trái lại, có khu vực lại tiến triển nhanh hơn. Các tổn thương tiến triển nhanh hơn này sinh thường xuyên hay gặp ở vùng kẽ răng và thường liên quan với vùng tích tụ mảng bám răng nhiều hơn và khó kiểm soát mảng bám răng như các vùng kẽ chân răng, các bờ phục hồi nhô ra, các vị trí răng sai tư thế, hoặc các vùng kẹt thức ăn.

– Ở các vị trí không kiểm soát được mảng bám răng, bệnh có thể tiếp tục tiến triển và dẫn tới mất răng.

5. CÁC THỂ VIÊM QUANH RĂNG TIẾN TRIỂN CHẬM

5.1. Viêm quanh răng nhẹ

– Mất bám dính khi thăm khám từ 2 – 4mm, có thể mất bám dính đã xâm phạm nhẹ tới vùng kẽ chân răng.

– Răng lung lay nhẹ.

– Có mảng bám răng ở trên lợi và dưới lợi, có cao răng.

– Chảy máu lợi khi thăm khám nhẹ nhàng.

– Xquang: mất xương ít và thường dưới 20% toàn bộ bám dính. Giai đoạn này có thể khu trú ở vài răng hoặc toàn bộ các vùng.

5.2. Viêm quanh răng trung bình

– Mất bám dính khi thăm khám 4 – 7mm, phạm tới vùng kẽ chân răng từ nhẹ đến trung bình.

– Lung lay răng từ mức độ nhẹ đến mức độ trung bình.

– Chảy máu lợi khi thăm khám thường xuyên.

– Có thể có mũ ở túi quanh răng.

– Xquang: mất xương rõ, thường là tiêu xương ngang và có thể mất tới 40% toàn bộ bám dính quanh răng. Vùng kẽ chân răng có chỗ không cản quang rõ.

5.3. Viêm quanh răng nặng

– Mất bám dính khi thăm khám trên 7mm hoặc nhiều hơn, mất bám dính đã phạm tới vùng kẽ chân răng rõ và thường hoàn toàn.

– Lung lay răng quá mức.

– Có thể có mũ ở túi quanh răng.

- Chảy máu lợi khi thăm khám.
- Xquang: mất xương quá 40% và thường có biểu hiện mất xương có góc.

TỰ LƯỢNG GIÁ

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

1. Nguyên nhân viêm quanh răng tiến triển chậm là do:
 - A. Sang chấn.
 - B. Rối loạn miễn dịch.
 - C. Màng bám răng.
2. Màng bám dính ở dưới lợi có:
 - A. Xoắn khuẩn
 - B. Trực khuẩn Gram âm .
 - C. Vi khuẩn hình sợi Gram âm.
 - D. Vi khuẩn hình sợi Gram dương.
3. Màng bám không dính ở dưới lợi có:
 - A. Xoắn khuẩn.
 - B. Trực khuẩn Gram âm .
 - C. Vi khuẩn hình sợi Gram âm.
 - D. Vi khuẩn hình sợi Gram dương.
4. Viêm quanh răng tiến triển chậm có các biểu hiện nào dưới đây:
 - A. Viêm lợi.
 - B. Loét lợi.
 - C. Hoại tử lợi.
 - D. Chảy máu lợi.
 - E. Có thể có dịch rỉ viêm.
 - F. Có thể có mù.
 - G. Lung lay răng.
 - H. Có tiêu xương ổ răng .
5. Viêm quanh răng tiến triển chậm có dấu hiệu Xquang nào dưới đây:
 - A. Tiêu xương ổ răng.
 - B. Có thể có di lệch răng.
 - C. Có thể có nang trong xương hàm.
 - D. Có thể mất xương vùng chèn chân răng.
 - E. Có gãy chân răng.

6. Viêm quanh răng mức độ trung bình có mức tiêu xương trên Xquang:
- A. Dưới 20%.
 - B. 40 %.
 - C Trên 40%.
7. Mất bám dính khi thăm khám quá 7mm là thể viêm quanh răng nào dưới đây:
- A. Thể nhẹ.
 - B. Thể trung bình.
 - C. Thể nặng.
8. Trên Xquang có dấu hiệu mất nhiều xương và mất xương có góc thì ghi đến mức độ nào?
- A. Thể nhẹ.
 - B. Thể trung bình.
 - C. Thể nặng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

Tiếng Việt

1. Trịnh Đình Hải. *Viêm quanh răng tiến triển chậm*. Bài giảng nha chu. Đại học Răng Hàm Mặt. Hà Nội, 2006

Tiếng Anh

2. Masnon J.D, Eley B.M. Clinical fractures of chornic periodontal Disease. Outline of periodontics, Wright, 1995. 1926–1931
3. Fermin A. Carranza. The periodontal pocket. Clinical periodontics. Philadelphia, 1996. 201–312.
4. Fermin A. Carranza. Slowly progressive periodontitis. Clinical periodontics. Philadelphia, 1996. 201–312.

VIÊM QUANH RĂNG TIẾN TRIỂN NHANH

MỤC TIÊU

1. Trình bày được nguyên nhân viêm quanh răng tiến triển nhanh.
2. Trình bày được các đặc điểm lâm sàng viêm quanh răng tiến triển nhanh.
3. Trình bày được chẩn đoán xác định và chẩn đoán phân biệt viêm quanh răng tiến triển nhanh.

1. ĐẠI CƯƠNG

Viêm quanh răng tiến triển nhanh có thể thấy xuất hiện ở người trưởng thành, được gọi là viêm quanh răng tiến triển nhanh bắt đầu ở người trưởng thành. Viêm quanh răng tiến triển nhanh còn gặp ở tuổi vị thành niên và được gọi là viêm quanh răng tiến triển nhanh bắt đầu ở tuổi vị thành niên. Ở phạm vi bài này, chúng tôi chỉ đề cập tới viêm quanh răng tiến triển nhanh bắt đầu ở người trưởng thành.

So với viêm quanh răng tiến triển chậm thì viêm quanh răng tiến triển nhanh là tổn thương có mức phá huỷ mạnh hơn, nhưng khó phân biệt giữa hai thể loại này do có các đặc điểm lâm sàng trùng lặp nhau.

Để xác định viêm quanh răng tiến triển nhanh, cần phải đánh giá tốc độ phá huỷ trong một khoảng thời gian. Vì vậy, để có được chẩn đoán xác định một trường hợp là viêm quanh răng tiến triển nhanh thì phải phân tích, đánh giá tình trạng quanh răng tại 2 thời điểm và khoảng cách giữa 2 thời điểm có thể khác nhau nhưng tối thiểu phải là 2 tuần lễ.

Có nghiên cứu cho thấy, có thể có tới 4 – 8% các trường hợp viêm quanh răng là thể viêm quanh răng tiến triển nhanh.

2. NGUYÊN NHÂN

Người ta xác định được một số chủng vi khuẩn trong bệnh viêm quanh răng tiến triển nhanh bắt đầu ở người trưởng thành là:

- *Actinobacillus actinomycetemcomitans*.
- *Porphyromonas gingivalis*.
- *Prevotella intermedia*.
- *Bacteroides capillus*.

- *Eikenella corrodens*.
- *Eubacterium brachy*.
- *Eubacterium nodatum*.
- *Eubacterium timidum*.
- *Fusobacterium nucleatum*.
- *Lactobacillus minutus*.
- *Campylobacter rectus*.

Các loại vi khuẩn Gram âm và các xoắn khuẩn dính chặt vào biểu mô túi lợi về phía đáy túi.

Ở hầu hết các bệnh nhân viêm quanh răng tiến triển nhanh có biến đổi về đáp ứng hoá ứng động của bạch cầu hạt. Việc điều trị có thể giúp cho bạch cầu hạt trở lại bình thường và các kháng thể huyết thanh kháng một số chủng vi khuẩn Gram âm nói trên tăng lên.

Người ta còn thấy viêm quanh răng tiến triển nhanh có liên quan với tình trạng tự miễn do đã tìm thấy các kháng thể kháng collagen, kháng ADN và globulin miễn dịch G (IgG). Các cơ chế miễn dịch trong viêm quanh răng tiến triển nhanh bao gồm:

- Tăng cường biểu lộ các phân tử phức hợp phù hợp mô chủ yếu (MHC) typ II, làm biến đổi chức năng các tế bào T giúp đỡ và các tế bào T kìm hãm.
- Hoạt hoá đa clon các tế bào T bởi màng bám vi khuẩn và bám chất di truyền.

3. ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG

- Lợi có biểu hiện viêm cấp, đỏ và loét. Nhưng trong một số trường hợp, lợi có thể vẫn có màu hồng nhạt và không có biểu hiện viêm.

- Chảy máu: Có thể có chảy máu tự nhiên hoặc chảy máu khi có kích thích.
- Mưng mủ.
- Mất bám dính quanh răng.

- Tiêu xương ổ răng: ở giai đoạn phá huỷ, mức độ tiêu xương ổ răng diễn ra nhanh.

- Có túi lợi bệnh lý hay túi quanh răng. Chiều sâu túi lợi bệnh lý tăng nhanh.

- Phân bố các tổn thương: Trái với viêm quanh răng tiến triển nhanh ở tuổi vị thành niên với các tổn thương khu trú, viêm quanh răng tiến triển nhanh ở người trưởng thành có tổn thương ở hầu hết các răng và không có khuôn mẫu rõ ràng nào về sự phân bố các tổn thương.

- Tổn thương vùng kẽ các chân răng của các răng nhiều chân: có thể có các tổn thương sâu hơn bởi vì các vùng này khó vệ sinh răng miệng hơn và khó kiểm soát mảng bám răng hơn các vùng khác.

– Các biểu hiện toàn thân: có thể thấy người khó chịu, mệt mỏi, giảm cân và còn có thể có trầm cảm về tinh thần.

– Biểu hiện trên Xquang: có dấu hiệu mất xương ở răng, có thể có tiêu xương chéo. Trường hợp nặng có thể có di lệch răng.

– Tiến triển:

Viêm quanh răng tiến triển nhanh có thể tiến triển không theo khuôn mẫu nhất định. Bệnh có các thời kỳ phá huỷ mô quanh răng tiến triển nhanh và tiếp theo sau là các giai đoạn yên lặng. Khoảng thời gian yên lặng cũng khác nhau ở từng trường hợp, có thể từ vài tuần đến vài tháng hoặc thậm chí hàng năm.

Có tác giả ghi nhận được mức độ phá huỷ xương rất nhanh và tới mức từ 25% đến 60% trong khoảng thời gian 2 tháng.

Mức độ mất xương trên cùng một bệnh nhân có thể khác nhau ở các vị trí khác nhau, thậm chí có chỗ không thấy có biểu lộ tình trạng mất xương.

Viêm quanh răng tiến triển nhanh ở người trưởng thành thì tình trạng mất xương tiến triển thường thấy ở thời kỳ trước 30 tuổi.

4. CHẨN ĐOÁN

– Chẩn đoán xác định: Dựa vào tốc độ phá huỷ mô quanh răng. Vì vậy, phải đánh giá tình trạng mất xương quanh răng ở 2 thời điểm khác nhau và khoảng cách giữa hai thời điểm tối thiểu phải là 2 tuần lễ.

– Chẩn đoán phân biệt: Viêm quanh răng tiến triển nhanh ở người trưởng thành cần chẩn đoán phân biệt với viêm quanh răng tiến triển chậm. Phân biệt dựa vào tốc độ phá huỷ mô quanh răng.

TỰ LƯỢNG GIÁ

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

1. Ở giai đoạn phá huỷ, mức độ tiêu xương ở răng:

- A. Diễn ra chậm.
- B. Diễn ra nhanh.
- C. Diễn ra ở tốc độ trung bình.

2. Biểu hiện trên phim Xquang:

- A. Có dấu hiệu mất xương ở răng.
- B. Không có dấu hiệu mất xương ở răng.

C. Có thể có tiêu xương chéo.

D. Không bao giờ có tiêu xương chéo.

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 quanh răng tiến triển nhanh bắt đầu ở người trưởng thành liên quan với một số vi khuẩn như: <i>A. actinomycetemcomitans</i> , <i>P. gingivalis</i> ...		
4.	Một số vi khuẩn Gram âm và xoắn khuẩn dính chặt vào biểu mô túi lợi về phía đáy túi.		
5.	Ở các bệnh nhân viêm quanh răng tiến triển nhanh có biến đổi.		
6.	Bệnh có liên quan với tình trạng tự miễn:		
7.	Cơ chế miễn dịch trong viêm quanh răng tiến triển nhanh có liên quan tới việc biến đổi chức năng các tế bào T giúp đỡ và các tế bào T kìm hãm.		
8.	Tính chất khu trú tổn thương mô quanh răng.		
9.	Chiều sâu túi lợi bệnh lý tăng nhanh.		
10.	Biểu hiện toàn thân là mệt mỏi khó chịu.		
11.	Biểu hiện toàn thân khác như giảm cân, trầm cảm.		
12.	Chẩn đoán xác định dựa vào đánh giá tình trạng mất xương ở 2 thời điểm và xác định ngay ở lần khám đầu tiên.		
13.	Chẩn đoán phân biệt với viêm quanh răng tiến triển chậm và viêm quanh răng loét hoại tử.		

TÀI LIỆU THAM KHẢO

Tiếng Việt

1. Trịnh Đình Hải. *Viêm quanh răng tiến triển nhanh ở người trưởng thành*. Bài giảng Nha chu. Trường Đại học Răng Hàm Mặt. Hà Nội. 2006.

Tiếng Anh

2. Manson J.D, Eley B.M. Early onset periodontitis. *Outline of periodontics*. Wright 1995. 236 – 251.
3. Fermin A, Carranza Donald F, et all. Rapidly progressive periodontitis. *Clinical periodontitis*. Philadelphia, 1996, 329 – 340.

VIÊM QUANH RĂNG LOÉT HOẠI TỬ

MỤC TIÊU

1. Trình bày được bệnh căn của các thể viêm quanh răng loét hoại tử.
2. Trình bày được các đặc điểm lâm sàng của các thể viêm quanh răng loét hoại tử.
3. Trình bày được tiến triển của các thể viêm quanh răng loét hoại tử.

1. ĐẠI CƯƠNG

Ngày nay, người ta rất quan tâm tới một vấn đề ở bệnh nhân có viêm quanh răng loét hoại tử vì tình trạng này có liên quan tới hội chứng suy giảm miễn dịch mắc phải (AIDS) hay không. Vì vậy, trong tài liệu này, chúng tôi trình bày hai thể loại là:

- Viêm quanh răng loét hoại tử không liên quan với hội chứng suy giảm miễn dịch mắc phải.
- Viêm quanh răng liên quan với hội chứng suy giảm miễn dịch mắc phải.

2. VIÊM QUANH RĂNG LOÉT HOẠI TỬ KHÔNG LIÊN QUAN VỚI HỘI CHỨNG SUY GIẢM MIỄN DỊCH MẮC PHẢI

2.1. Bệnh căn

Các yếu tố bệnh nguyên của viêm quanh răng loét hoại tử cấp được thừa nhận là tương tự với viêm lợi loét hoại tử cấp. Tuy nhiên, các cơ chế mà các trường hợp viêm lợi loét hoại tử cấp chuyển thành viêm quanh răng loét hoại tử cấp còn chưa được biết rõ. Người ta đã ghi nhận được là hoạt động chống phá vi khuẩn của các bạch cầu đa nhân đã bị suy yếu trong một số trường hợp viêm quanh răng loét hoại tử ở trẻ em.

2.2. Biểu hiện lâm sàng

- Viêm quanh răng loét hoại tử thường xuất hiện sau các đợt viêm lợi loét hoại tử cấp kéo dài lặp lại.
- Viêm lợi loét hoại tử có các tổn thương đặc trưng là các vùng loét và hoại tử ở bờ lợi. Các ổ loét được bao phủ bởi giả mạc mềm màu vàng trắng. Xung quanh bờ các ổ loét là một quầng sáng ban đỏ.

– Các tổn thương loét thường đau và chảy máu. Bệnh nhân có các triệu chứng toàn thân như có hạch bạch huyết khu trú, có sốt và cảm thấy người mệt mỏi.

Sự thâm nhập viêm ở các tổn thương viêm lợi loét hoại tử cấp nhất là ở các trường hợp kéo dài, có thể lan rộng đến mô xương ở bên dưới, gây nên các tổn thương xương sâu giống như miệng núi lửa. Hầu hết các tổn thương khu trú ở các vùng kẽ răng.

Các tổn thương tiếp tục tiến triển có thể tiến triển thành viêm miệng hoại thư hoặc cam tẩu mã, nhất là các tổn thương xảy ra ở các trẻ em suy dinh dưỡng.

Trong các giai đoạn tiến triển, viêm lợi loét hoại tử cấp lan rộng từ lợi tới các vùng khác trong khoang miệng và trở thành viêm miệng hoại thư hay cam tẩu mã và gây ra hiện tượng lộ xương, hoại tử xương và tạo ra mảnh xương ở xương ổ răng.

Có các hố xương sâu ở vùng kẽ răng. Đây là tổn thương đặc trưng của viêm quanh răng loét hoại tử. Điểm đặc biệt là không có túi quanh răng do các tổn thương loét và hoại tử ở lợi phá hủy biểu mô nổi và làm mất cơ chế làm sâu túi.

Cũng có thể có các tổn thương nông như thấy ở viêm lợi loét hoại tử cấp, nhưng không có biểu hiện rầm rộ và có thể được xem là ở một giai đoạn mạn tính.

Các tổn thương viêm quanh răng loét hoại tử có thể đưa đến mất xương tiến triển, lung lay răng và có thể dẫn đến mất răng.

2.3. Hình ảnh vi thể

Các tổn thương viêm lợi loét hoại tử cấp là một tổn thương viêm hoại tử không đặc hiệu với biểu hiện chủ yếu là bạch cầu đa nhân thâm nhập trong các vùng đã vào các vùng loét với thành phần viêm mạn tính phong phú như các tế bào lymphocyte và các tương bào ở các vùng ngoại vi và các vùng sâu hơn.

3. VIÊM QUANH RĂNG LOÉT HOẠI TỬ LIÊN QUAN TỚI CHỨNG SUY GIẢM MIỄN DỊCH MẮC PHẢI

3.1. Bệnh căn

Hội chứng suy giảm miễn dịch mắc phải làm cho các trường hợp nhiễm trùng cơ hội trở thành viêm lợi loét hoại tử cấp, viêm lợi không điển hình, viêm quanh răng tiến triển nhanh và viêm quanh răng loét hoại tử.

Người ta thấy rằng, các trường hợp viêm quanh răng loét hoại tử ở các bệnh nhân AIDS có số lượng nhiều hơn nấm cơ hội *Candida Albicans* và có tỷ lệ cao hơn về:

A. Actinomycescomitans.

P. Intermedia.

P. Gingivalis.

F. Nucleatum.

Và *Campylobacter spp.*

Các tổn thương quanh răng phá hủy thấy ở các bệnh nhân AIDS khác so với các tổn thương viêm lợi loét hoại tử cấp. Điều đáng lưu ý là ở tổn thương viêm quanh răng loét hoại tử ở các bệnh nhân AIDS có xoắn khuẩn với mức độ thấp và có thể biến đổi mà không thấy ở viêm lợi loét hoại tử cấp.

Các chùng thực vật trong viêm quanh răng loét hoại tử ở các bệnh nhân AIDS nhiều hơn so với viêm quanh răng tiến triển chậm.

3.2. Đặc điểm lâm sàng

Các tổn thương lợi và tổn thương quanh răng là thường gặp ở các bệnh nhân AIDS.

Ở các bệnh nhân dương tính với HIV thì các tổn thương lợi và tổn thương quanh răng xuất hiện tương tự với các tổn thương lợi và quanh răng trong viêm quanh răng loét hoại tử ở những bệnh nhân âm tính với HIV nhưng thường đưa đến các biến chứng mà rất ít khi thấy ở các bệnh nhân không bị AIDS.

Các biến chứng bao gồm các vùng hoại tử mô mềm rộng và có lộ xương và tạo thành các mảnh xương. Đôi khi các tổn thương lan rộng tới ngách tiền đình và vòm miệng, trở thành viêm miệng hoại thư.

3.3. Tiến triển

Viêm quanh răng loét hoại tử ở các bệnh nhân dương tính HIV có dấu hiệu mất xương rất nhanh. Có báo cáo cho thấy có thể mất tới 20mm xương chỉ trong 3 tháng.

Như vậy, có thể nói Viêm quanh răng loét hoại tử ở các bệnh nhân suy giảm miễn dịch mắc phải (AIDS) tiến triển rất nhanh, mất xương ổ răng và phá hủy mô quanh răng nhanh.

TỰ LƯỢNG GIÁ

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
	I. VIÊM QUANH RĂNG LOÉT HOẠI TỬ KHÔNG LIÊN QUAN VỚI AIDS		
1.	Viêm quanh răng loét hoại tử thường xuất hiện sau các đợt viêm lợi loét hoại tử cấp kéo dài.		
2.	Đặc điểm loét hoại tử ở lợi A. Loét hoại tử ở bờ lợi. B. Ổ loét có phủ giả mạc mềm trắng. C. Xung quanh bờ các ổ loét là một quang sáng ban đỏ. D Các tổn thương loét thường đau và chảy máu.		

STT	Nội dung	Đ	S
3.	Các tổn thương xương ổ răng A. Các tổn thương sâu giống miệng núi lửa. B. Các tổn thương xương thường khu trú.		
4.	Tiến triển các tổn thương A. Có thể tiến triển thành viêm miệng hoại tử. B. Cam tẩu mã. C. Lộ xương. D. Hoại tử xương. E. Tạo thành mảnh xương ở xương ổ răng.		
5.	Hình ảnh có thể: A. Thâm nhập bạch cầu đa nhân. B. Có các tế bào lympho và tương bào ở các vùng ngoại vi và sâu hơn.		
II. VIÊM QUANH RĂNG LOÉT HOẠI TỬ LIÊN QUAN VỚI AIDS			
1.	Vùng tổn thương có nấm cơ hội Candida Albicans.		
2.	Vùng tổn thương có thể có xoắn khuẩn.		
3.	Tiến triển có thể dẫn đến viêm miệng hoại thư.		
4.	Có lộ xương và tạo thành các mảnh xương.		

TÀI LIỆU THAM KHẢO

Tiếng Việt

1. Trịnh Đình Hải. *Viêm quanh răng loét hoại tử*. Bài giảng nha chu. Trường Đại học Răng Hàm Mặt Hà Nội, 2005.

Tiếng Anh

2. Manson J.D, Eley BM. Acute neerotizing ulcerative gingivitis. Outline of periodontics. Wright, 1995: 252–259.
3. Fermin A. Carranza, Donald F, et all. Necrotizing ulcerrative periodontitis. Clinical Periodontology. Philadelphia, 1996.

VIÊM QUANH RĂNG NAN GIẢI

MỤC TIÊU

- 1. Trình bày được bệnh căn viêm quanh răng nan giải.*
- 2. Trình bày được các biểu hiện lâm sàng viêm quanh răng nan giải.*
- 3. Trình bày được các rối loạn miễn dịch ở các bệnh viêm quanh răng nan giải.*

1. ĐẠI CƯƠNG

Trên thực tiễn lâm sàng, chúng ta có thể gặp các trường hợp viêm quanh răng mà không thể tìm ra nguyên nhân và lại không đáp ứng với điều trị hoặc là có đáp ứng với điều trị nhưng lại tái diễn sớm. Các trường hợp như vậy được xem là viêm quanh răng nan giải.

Cần phân biệt viêm quanh răng nan giải với tình trạng tái diễn của viêm quanh răng. Ở trường hợp thứ hai thì bệnh viêm quanh răng đã thuyên giảm hoàn toàn sau điều trị, nhưng lại tái diễn trở lại do có các yếu tố kích thích như các vi khuẩn ở mảng bám răng và cao răng...

Việc đưa bệnh viêm quanh răng nan giải vào bảng phân loại viêm quanh răng còn có các ý kiến khác nhau. Nhưng do đây là tình trạng hay gặp trên lâm sàng cho nên chúng tôi vẫn giới thiệu như một bệnh viêm quanh răng riêng.

2. BỆNH CĂN

Viêm quanh răng nan giải có thể do khả năng đáp ứng của cơ thể vật chủ bất thường, hoặc là do các sinh vật gây bệnh đề kháng lại hoặc phối hợp cả hai.

Sự tích tụ mảng bám răng đã được xác định là có liên quan với bệnh viêm quanh răng nan giải. Đặc biệt, ở người lớn có biểu lộ vùng chẻ các chân răng hoặc bề mặt các chân răng bất thường sâu khó kiểm soát mảng bám răng. Ở đây là nơi tích tụ và sinh sôi các vi sinh vật gây bệnh và gây ra các tổn thương phá hủy nhanh.

Viêm quanh răng nan giải còn gặp ở các trường hợp viêm quanh răng tiến triển nhanh, nhất là các trường hợp viêm quanh răng tiến triển nhanh bắt đầu sớm có tình trạng giảm bạch cầu hạt. Ở các bệnh nhân có bệnh Chediak – Higashi hoặc hội chứng

Papillon- Lefevre có tình trạng thiếu hụt bạch cầu đa nhân nặng hoặc có các rối loạn miễn dịch khác đã gây ra tình trạng nan giải này.

Về mặt vi khuẩn, người ta thấy có một tỷ lệ cao *A. Actinomycetemcomytans* và *P. Intermedia* ở túi quanh răng. Các loại vi khuẩn này được xem là khó được kiểm soát hơn ở túi lợi so với các loại vi khuẩn khác do khả năng lan tràn của chúng và chúng còn có thể tái nhiễm vào túi quanh răng từ các nơi khác trong khoang miệng.

Người ta xác định được một số chủng vi sinh vật trong viêm quanh răng nan giải, chúng tôi sắp xếp theo trình tự từ các chủng hay gặp hơn đến các chủng ít gặp hơn:

- *A. Nucleatum*.
- *P. Intermedia*.
- *A. Actinomycetemcomytans*.
- *Peptostreptococcus micros*.
- *Staphylococcus sp*
- *B. forsythus*.
- *C. rectus*.
- *P. gingivalis*.
- *Candida sp*.
- *Enterobacteriaceae*.
- *Pseudomonadecea spp*.

Haffajee và cộng sự đã chứng minh được có ba phức hợp vi khuẩn chủ yếu ở các bệnh nhân viêm quanh răng nan giải là:

- *B. forsythus*, *F. Nucleatum*, *C. rectus*.
- *S. Intermedius*, *B. gingivalis*, *P. micros*.
- *S. Intermedius*, *F. Nucleatum*.

Walker và cộng sự đã nhận thấy là tình trạng mất bám dính ở các bệnh nhân viêm quanh răng nan giải liên quan tới các quần thể vi sinh vật khác nhau. Các trường hợp có mất bám dính tương đối nhanh liên quan tới các chủng Gram âm, bao gồm các xoắn khuẩn, *P. Intermedia* và các loại *Fusobacterium*. Các bệnh nhân có mất bám dính quanh răng chậm, liên tục thì liên quan tới các chủng Gram âm chủ yếu, bao gồm một tỷ lệ cao *S. Intermedius* hoặc các sinh vật giống *S. Intermedius*.

Ở các bệnh nhân viêm quanh răng nan giải, người ta còn nhận thấy khả năng thực bào của các bạch cầu đa nhân bị suy yếu và hoá ứng động của các bạch cầu này cũng bị giảm xuống.

Nhiều nhà nghiên cứu nhận thấy rằng ở các bệnh nhân viêm quanh răng nan giải có một tỷ lệ cao người hút thuốc. Ở các bệnh nhân này có tình trạng biến đổi “hệ thống cytokine – tế bào đơn nhân”.

3. ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG

Cho tới nay, còn có hai quan điểm khác nhau về viêm quanh răng nan giải.

Một quan điểm cho rằng, viêm quanh răng nan giải là một thực thể rõ ràng và khác với các loại viêm quanh răng khác. Viêm quanh răng nan giải có các tác nhân vi khuẩn khác nhau, có sự biến đổi đặc trưng đáp ứng của vật chủ hoặc do có sự phối hợp cả hai.

Quan điểm khác cho rằng, viêm quanh răng nan giải không phải là một thực thể rõ ràng và tất cả các trường hợp viêm quanh răng nan giải, có thể rơi vào một vài loại khác của viêm quanh răng. Khi bệnh nhân có bất kỳ thể loại viêm quanh răng nào không điều trị được hoặc không có hy vọng điều trị được đều có thể xếp vào loại “viêm quanh răng nan giải”. Như vậy, theo quan điểm này, thì viêm quanh răng nan giải bao gồm một vài trường hợp viêm quanh răng tiến triển chậm, nhiều trường hợp viêm quanh răng tiến triển nhanh và tất cả các trường hợp viêm quanh răng trước tuổi dậy thì.

Viêm quanh răng nan giải ở người lớn có tất cả các đặc điểm lâm sàng của viêm quanh răng như có các biểu hiện mất bám dính quanh răng, mất xương ổ răng và có túi lợi bệnh lý quanh răng, răng lung lay và có các biểu hiện viêm lợi với các mức độ có thể khác nhau, có biểu hiện tích tụ mảng bám răng, có chảy máu ở lợi kéo dài khi thăm khám hoặc có mủ.

Các vị trí “nan giải”: viêm quanh răng nan giải ở người lớn thường có thể có liên quan với các tình trạng giải phẫu mà làm trở ngại kiểm soát mảng bám răng như các vùng kẽ chân răng của các răng nhiều chân hoặc các bề mặt chân răng bất thường. Các vị trí nan giải này là nơi tích tụ mảng bám và các quần thể vi sinh vật liên quan với sinh bệnh học viêm quanh răng.

Tình trạng viêm quanh răng có biểu hiện xấu đi. Nếu theo dõi các bệnh nhân viêm quanh răng nan giải trên lâm sàng, thấy có các dấu hiệu xấu đi trên lâm sàng với biểu hiện là mất bám dính quanh răng và mất xương ổ tăng lên hoặc xuất hiện viêm quanh răng ở các răng mới mà ở lần trước chưa có biểu hiện tổn thương.

Các trường hợp viêm quanh răng nan giải ở các bệnh nhân viêm quanh răng tiến triển nhanh, nhất là các trường hợp viêm quanh răng bắt đầu sớm ở tuổi dậy thì và trước tuổi dậy thì còn liên quan với bệnh giảm bạch cầu hạt. Các trường hợp viêm quanh răng nan giải ở các bệnh nhân có bệnh Chediak – Higashi và hội chứng Papillon– Lefevre có tình trạng thiếu hụt bạch cầu đa nhân nặng hoặc có các vấn đề về miễn dịch khác.

Tần xuất mắc viêm quanh răng nan giải: Một số nhà lâm sàng có thông báo về tần xuất mắc ở các mức độ từ 4,2% đến 8% các trường hợp.

TỰ LƯỢNG GIÁ

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

- Nguyên nhân viêm quanh răng nan giải:
 - Do đáp ứng của vật chủ bất thường.
 - Do các vi sinh vật gây bệnh dễ kháng lại.
 - Do phối hợp cả hai.
- Viêm quanh răng nan giải hay gặp ở các bệnh nhân viêm quanh răng tiến triển nhanh bắt đầu sớm ở lứa tuổi:
 - Trước tuổi dậy thì.
 - Thanh, Thiếu niên.
 - Chỉ gặp ở tuổi trưởng thành.
- Ở lần khám tiếp, sau viêm quanh răng nan giải
 - Tình trạng viêm quanh răng tốt lên.
 - Tình trạng viêm quanh răng không thay đổi.
 - Tình trạng viêm quanh răng xấu đi.

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
4.	Viêm quanh răng nan giải: Đáp ứng với điều trị.		
5.	Viêm quanh răng nan giải: Liên quan tới các vị trí khó kiểm soát mảng bám.		
6.	Viêm quanh răng nan giải hay gặp ở: Người lớn.		
7.	Viêm quanh răng nan giải ở các bệnh nhân có viêm quanh răng tiến triển nhanh bắt đầu sớm ở tuổi dậy thì và trước tuổi dậy thì có giảm bạch cầu hạt.		

TÀI LIỆU THAM KHẢO

Tiếng Việt

1. Trịnh Đình Hải. *Viêm quanh răng khó chữa*. Bài giảng nha chu. Trường Đại học Răng Hàm Mặt. Hà Nội, 2005.

Tiếng Anh

2. Fermin A, Caranza Jr. Classification of diseases of periodontium. *Clinical periodontology*. Philadelphia, 1996. 58 – 61.
3. Fermin A, Caranza Jr, Donald F et al. Refractory periodontitis. *Clinical periodontology*. Philadelphia, 1996. 334 – 336.

Chương III

ĐIỀU TRỊ BỆNH VÙNG QUANH RĂNG

Bài 18

ĐIỀU TRỊ VIÊM QUANH RĂNG

MỤC TIÊU

1. Trình bày được mục tiêu điều trị viêm quanh răng.
2. Trình bày được các biện pháp điều trị tại chỗ.
3. Trình bày được các biện pháp điều trị toàn thân.
4. Trình bày được kế hoạch điều trị viêm quanh răng.
5. Trình bày được quá trình liền thương sau điều trị viêm quanh răng bao gồm cả quá trình tái tạo, quá trình sửa chữa và quá trình tạo bám dính mới.
6. Trình bày được các yếu tố ảnh hưởng đến quá trình liền thương điều trị viêm quanh răng.

1. ĐẠI CƯƠNG

Tổn thương tổ chức quanh răng có rất nhiều nguyên nhân gây nên. Vì vậy, điều trị viêm quanh răng là điều trị toàn diện, phối hợp nhiều biện pháp.

Tùy từng trường hợp cụ thể mà có sự thay đổi các biện pháp điều trị.

Mục tiêu của điều trị:

- Phải điều trị loại bỏ đau, nếu có đau.
- Phải trừ được viêm lợi và chảy máu lợi.
- Loại bỏ hoặc giảm túi quanh răng.
- Loại bỏ nhiễm khuẩn và làm ngừng hình thành mù.
- Ngăn chặn sự phá huỷ mô mềm và xương.
- Làm giảm lung lay răng bất thường.

- Loại trừ khớp cắn sang chấn và thiết lập khớp cắn tối ưu.
- Phục hồi lại các tổ chức đã bị phá huỷ.
- Tạo lại đường viền lợi sinh lý để bảo vệ mô quanh răng.
- Ngăn ngừa tái phát bệnh.
- Giảm mất.

2. CÁC BIỆN PHÁP ĐIỀU TRỊ

2.1. Các biện pháp điều trị tại chỗ

Mục tiêu:

- Loại bỏ các kích thích tại chỗ.
- Chống viêm.
- Kích thích và hoạt hoá hệ thống tuần hoàn của mô quanh răng để tăng cường sức đề kháng và tăng khả năng tái tạo mô quanh răng.

Loại trừ các kích thích tại chỗ:

- Lấy sạch cao răng và làm nhẵn chân răng.
- Kiểm soát mảng bám răng.
- Hướng dẫn vệ sinh răng miệng.
- Chải răng.
- Thực hiện các biện pháp làm sạch kẽ răng:
 - + Dùng chỉ tơ nha khoa.
 - + Dùng bàn chải kẽ răng.
 - + Dùng tăm đúng cách.
- Phun nước để loại bỏ cặn thức ăn.
- Kiểm soát mảng bám răng bằng phương pháp hoá học như dùng nước súc miệng chlorhexidine.

Loại trừ các yếu tố tại chỗ khác:

- Hàn các răng sâu, nhất là các răng sâu ở mặt bên.
- Sửa lại các cấu chụp răng sai quy cách gây tích tụ mảng bám hoặc gây sang chấn.
- Sửa lại các hàm giả sai quy cách.
- Nhổ các chân răng, các răng lung lay quá mức, các răng có biểu hiện nhiễm trùng mà không cứu được.
- Sửa lại các chỗ hình thể răng dễ gây sang chấn khi ăn nhai.

- Xử trí các răng lệch lạc bằng cách nắn chỉnh răng hoặc nhổ bỏ.
- Liên kết các răng lung lay.
- Phẫu thuật cắt phanh môi, phanh má bám thấp.

Chống viêm:

- Các biện pháp bảo tồn: dùng thuốc bôi tại chỗ. Các thuốc bôi tại chỗ có tác dụng giảm đau, kích thích tái tạo mô, sát khuẩn và chống viêm.

- Phẫu thuật: trong một số trường hợp có thể phải phẫu thuật để loại bỏ túi quanh răng.

Kích thích và hoạt hoá hệ thống tuần hoàn mô quanh răng:

- Xoa, nắn lợi bằng tay hoặc bằng bàn chải có cao su để giúp cho:
 - + Làm dày lớp biểu mô.
 - + Tăng sùng hoá biểu mô sùng hoá.
 - + Cải thiện tuần hoàn máu – tăng cường sức đề kháng.
- Phun nước dưới áp lực.
- Các biện pháp khác: lý liệu pháp...

2.2. Các biện pháp điều trị toàn thân

Mục tiêu:

- Chống viêm bằng đường toàn thân.
- Giải miễn cảm.
- Tăng cường sức đề kháng của cơ thể và kích thích phản ứng của cơ thể.
- Điều trị toàn thân được dùng để bổ sung cho các biện pháp tại chỗ và dùng với các mục tiêu riêng như:

- + Kiểm soát các biến chứng toàn thân từ nhiễm trùng cấp.
- + Hoá trị liệu để ngăn ngừa các ảnh hưởng có hại của nhiễm trùng máu sau điều trị.
- + Liệu pháp dinh dưỡng hỗ trợ.
- + Kiểm soát các bệnh toàn thân mà làm nặng thêm tình trạng quanh răng.

Chỉ định:

- Điều trị toàn thân phối hợp với các biện pháp tại chỗ được chỉ định trong viêm quanh răng khu trú ở người trẻ và viêm quanh răng tiến triển nhanh. Trong các trường hợp này thì sử dụng kháng sinh toàn thân để loại bỏ hoàn toàn các vi khuẩn thâm nhập vào các mô lợi mà có thể tái định cư ở túi lợi sau khi lấy cao răng và làm sạch chân răng.

– Các trường hợp viêm quanh răng là biểu lộ quanh răng của các bệnh toàn thân thì phải điều trị các bệnh toàn thân phối hợp với các biện pháp điều trị tại chỗ.

Thuốc trong điều trị:

Một vài loại thuốc chống viêm không steroid có thể làm chậm sự phát triển viêm lợi trên thực nghiệm cũng như làm chậm tiêu xương ổ răng trong viêm quanh răng. Các thuốc này là dẫn chất của propionic và tác động bằng việc làm giảm sự hình thành prostaglandin. Các thuốc này mở ra hướng điều trị trong tương lai là không những kiểm soát nguyên nhân vi khuẩn gây bệnh mà còn kìm hãm các thành phần tự phá huỷ trong đáp ứng viêm của vật chủ.

3. KẾ HOẠCH ĐIỀU TRỊ BỆNH QUANH RĂNG

Điều trị toàn thân phối hợp với các biện pháp tại chỗ được chỉ định trong viêm quanh răng khu trú ở người trẻ và viêm quanh răng tiến triển nhanh. Trong các trường hợp này thì sử dụng kháng sinh toàn thân để loại bỏ hoàn toàn các vi khuẩn thâm nhập vào các mô lợi mà có thể tái định cư ở túi lợi sau khi lấy cao răng và làm nhẵn chân răng.

Sau khi chẩn đoán và tiên lượng bệnh, thì phải làm kế hoạch điều trị. Kế hoạch điều trị là kế hoạch chi tiết để quản lý một bệnh nhân viêm quanh răng cụ thể. Nó bao gồm tất cả các thủ thuật để thiết lập và duy trì sức khoẻ quanh răng như:

- Các quyết định giữ răng lại hay nhổ đi.
- Các quyết định về kỹ thuật điều trị túi lợi.
- Các quyết định về phẫu thuật lợi – niêm mạc và tái tạo mô quanh răng.
- Các quyết định về sửa chữa khớp cắn.
- Các quyết định về các dạng phục hồi và các răng sử dụng làm trụ cầu.

Việc điều trị quanh răng đòi hỏi phải có kế hoạch dài. Tuy rằng, trong quá trình điều trị có thể nảy sinh các vấn đề khác với dự kiến, đòi hỏi phải có thay đổi.

Điều trị quanh răng là một phần không thể tách rời của điều trị nha khoa, nó bao gồm một chuỗi các thủ thuật mà trong đó có cả các thủ thuật quanh răng và các thủ thuật không phải lĩnh vực quanh răng. Mục tiêu cuối cùng là tạo ra một hàm răng chức năng tốt trong môi trường quanh răng khoẻ mạnh.

Mục tiêu ban đầu của kế hoạch điều trị là loại bỏ được viêm lợi, sửa chữa lại các tình trạng gây ra viêm và kéo dài quá trình viêm. Như vậy, cần phải loại bỏ các kích thích ở vùng các chân răng và loại trừ cả túi quanh răng, thiết lập lại được đường viền lợi và tạo ra sự tương quan lợi – niêm mạc để có thể giữ lành mạnh cho mô quanh răng.

Điều trị phục hồi các răng đã bị sâu và sửa chữa các phục hồi răng sai quy cách. Lưu ý xem liệu khớp cắn có bị sang chấn hay không để điều chỉnh.

Làm hàm giả để phục hồi mất răng hoặc sửa lại các hàm giả sai quy cách gây sang chấn. Phải điều trị nắn chỉnh răng phối hợp nếu có lệch lạc răng hoặc sang chấn khớp cắn. Nếu bệnh nhân có thói quen hay nghiến răng thì phải làm máng điều trị cũng như điều trị loại bỏ các thói quen có hại khác.

Hướng dẫn bệnh nhân các biện pháp tự chăm sóc răng miệng sao cho có thể kiểm soát được mảng bám răng. Sau khi kết thúc điều trị, hẹn bệnh nhân đến khám lại để đánh giá cả tình trạng quanh răng và tình trạng vệ sinh răng miệng của bệnh nhân.

Các bước điều trị:

Bước 1: Pha điều trị mở đầu

- Trong giai đoạn điều trị này, ưu tiên điều trị các cấp cứu về răng miệng, bao gồm:
 - + Các cấp cứu về răng như viêm tủy răng cấp.
 - + Các cấp cứu về cuống răng như viêm quanh cuống răng cấp.
 - + Các cấp cứu về quanh răng như viêm quanh thân răng cấp, áp xe lợi, áp xe quanh răng cấp.
 - + Các cấp cứu khác.
- Nhờ các răng không còn hy vọng chữa được và có giải pháp thay thế tạm thời nếu cần hoặc có thể thì hoãn tới một thời gian thuận lợi hơn.

Bước 2: Điều trị pha 1 – Pha bệnh cũ

- Kiểm soát mảng bám răng.
- Kiểm soát chế độ ăn uống, nhất là ở những bệnh nhân có sâu răng lan.
- Lấy cao răng và làm nhẵn chân răng.
- Sửa chữa các yếu tố kích thích là các chỗ hàn hoặc các cầu chụm răng hoặc hàm giả sai quy cách.
 - Hàn sâu răng, nhất là sâu ở mặt bên và sâu cổ răng.
- Điều trị chống vi khuẩn: bằng các biện pháp tại chỗ hoặc toàn thân, hoặc kết hợp cả hai.
- Điều trị khớp cắn, loại bỏ khớp cắn sai.
- Đặt nẹp hay máng tạm thời để cố định răng trong trường hợp các răng lung lay.

Bước 3: Đánh giá đáp ứng với điều trị pha 1

Hẹn bệnh nhân đến khám lại và đánh giá kết quả sau điều trị các yếu tố bệnh cũ. Cần kiểm tra lại các tình trạng dưới đây:

- Chiều sâu túi lợi và tình trạng viêm lợi.
- Tình trạng mảng bám răng và cao răng.
- Sâu răng.

Bước 4: Điều trị pha 2 – Pha phẫu thuật

Ở lần điều trị này thực hiện các biện pháp điều trị phẫu thuật, có thể bao gồm các loại phẫu thuật dưới đây:

– Phẫu thuật quanh răng, có thể là nạo lợi, phẫu thuật cắt lợi, phẫu thuật vạt, hoặc các loại phẫu thuật khác.

– Đặt implant.

– Điều trị tuỷ răng.

Bước 5: Điều trị pha 3 – Pha phục hồi

– Làm các phục hồi cuối cùng.

– Làm hàm giả cố định hoặc tháo lắp.

Bước 6: Đánh giá đáp ứng với các thủ thuật phục hồi

Khám tình trạng quanh răng, ghi nhận các biểu hiện về đáp ứng quanh răng với các thủ thuật phục hồi, bao gồm:

– Tình trạng lợi.

– Tình trạng túi quanh răng và mức bám dính quanh răng.

– Tình trạng xương ổ răng.

– Tình trạng lung lay răng.

Bước 7: Điều trị pha 4 – Pha duy trì

– Gọi bệnh nhân đến khám lại theo định kỳ và kiểm tra về:

+ Mảng bám răng và cao răng.

+ Tình trạng lợi: tình trạng túi lợi và viêm lợi.

+ Tình trạng khớp cắn.

+ Mức độ lung lay răng.

+ Các thay đổi bệnh lý khác.

– Chú ý hướng dẫn bệnh nhân về các biện pháp kiểm soát mảng bám răng.

– Điều trị ngay khi có các biểu hiện tái phát viêm quanh răng và loại bỏ các yếu tố bệnh nguyên mới xuất hiện.

4. QUÁ TRÌNH LIÊN THƯƠNG SAU ĐIỀU TRỊ VIÊM QUANH RĂNG

Quá trình liên thương bao gồm:

– Quá trình tái tạo.

– Quá trình sửa chữa.

– Quá trình tạo bám dính mới.

Các quá trình này có sự liên quan đặc biệt với kết quả điều trị.

4.1. Quá trình tái tạo

Tái tạo là sự phát triển và biệt hoá các tế bào mới và các chất gian bào để tạo thành các mô mới hoặc các phần mới.

Tái tạo xảy ra do sự phát triển từ cùng một dạng mô đã bị phá huỷ hoặc là từ dạng nguồn gốc của nó.

Tái tạo trong mô quanh răng, biểu mô lợi được thay thế bằng biểu mô và mô liên kết bên dưới dây chằng quanh răng mà có nguồn gốc từ mô liên kết. Xương và xương răng được thay thế không phải bởi xương và xương răng đang tồn tại mà bởi mô liên kết và là nguồn gốc của cả xương và xương răng. Các tế bào mô liên kết không biệt hoá phát triển thành các tế bào tạo xương và các nguyên bào tạo xương răng, để tạo thành xương và xương răng.

Sự tái tạo mô quanh răng là một quá trình sinh lý liên tục. Dưới các điều kiện bình thường, các tế bào và các mô mới được hình thành liên tục để thay thế cho các tế bào và các mô đã trưởng thành và đã chết. Quá trình này được gọi là quá trình sửa chữa bổ sung. Quá trình tái tạo mô quanh răng này được biểu lộ bởi hoạt động gián phân ở biểu mô của lợi và ở mô liên kết của dây chằng quanh răng, bởi sự hình thành xương mới và bởi sự lắng liên tục của xương răng.

Sự tái tạo còn xảy ra trong khi có bệnh quanh răng phá huỷ. Hầu hết các bệnh lợi và bệnh quanh răng là các tình trạng viêm mạn tính và là quá trình liền thương mà tái tạo là một phần của quá trình liền thương. Các vi khuẩn và sản phẩm của vi khuẩn làm kéo dài các quá trình bệnh và tiết dịch rỉ viêm, chúng làm tổn thương các tế bào và mô đang tái tạo và ngăn cản quá trình liền thương.

Nhờ vậy mà bằng việc loại bỏ mảng vi khuẩn và tạo ra các điều kiện để ngăn ngừa sự hình thành mảng bám mới, việc điều trị quanh răng đã loại bỏ được các yếu tố cản trở sự hình thành mảng bám mới, loại bỏ được các yếu tố cản trở sự tái tạo quanh răng và giúp cho quá trình tái tạo tốt hơn.

Cần lưu ý là ngay sau khi điều trị quanh răng thì đã có hoạt động tái tạo ngay ngủi.

4.2. Quá trình sửa chữa

Quá trình sửa chữa giúp phục hồi lại sự liên tục của lợi bờ đã bị tổn thương và tái thiết lập lại rãnh lợi bình thường ở cùng mức với chân răng, mà đáy của rãnh lợi ở mức đáy của túi tồn tại trước. Quá trình này gọi là sự liền thương bởi sẹo, ngăn chặn sự phá huỷ xương mà không làm tăng thêm chiều cao của xương.

Sự phục hồi mô quanh răng đã bị phá huỷ liên quan đến sự huy động các tế bào biểu mô và các tế bào mô liên kết đi vào khu vực đã bị tổn thương và tăng cường phân bào gián phân tại chỗ để cung cấp đủ số lượng các tế bào.

4.3. Quá trình tạo bám dính mới

Bám dính mới là sự gắn các sợi dây chằng quanh răng vào xương răng và sự bám dính của biểu mô lợi vào bề mặt răng đã bị lộ ra trước đây do bệnh. Sự bám dính của lợi hoặc dây chằng quanh răng vào các vùng của răng mà từ đó nó có thể bị dời chuyển trong đợt điều trị hoặc trong khi sửa soạn răng cho các phục hồi là kết quả của quá trình liền thương đơn giản hoặc tái bám dính quanh răng và không phải là bám dính mới.

Thuật ngữ "tái bám dính" đã được sử dụng trước đây để ám chỉ sự phục hồi mô quanh răng bờ, nhưng bởi vì nó không phải là các sợi đang tồn tại tái bám dính, mà là các sợi mới hình thành và bám dính vào xương răng mới. Vì vậy, thuật ngữ "tái bám dính" được thay bằng "bám dính mới".

Thuật ngữ tái bám dính này được dùng để ám chỉ quá trình sửa chữa ở các vùng của chân răng trước đây không bộc lộ ra tủy lợi, ví dụ như sau làm mất bám dính do phẫu thuật hoặc sau rách do chấn thương ở xương răng, gãy răng, hoặc điều trị các tổn thương quanh cuống.

Tái tạo dây chằng quanh răng là rất quan trọng cho bám dính mới. Nó tạo ra sự liên tục giữa xương ổ răng và xương răng, nó còn chứa đựng các tế bào có thể tổng hợp và tái tạo ra các mô liên kết ở phần xương ổ răng của mô quanh răng.

Trong các giai đoạn liền thương của tủy quanh răng, khoang quanh răng đã bị phá hủy được thâm nhập bởi các tế bào từ 4 nguồn khác nhau:

- Biểu mô lợi miệng.
- Mô liên kết sợi.
- Xương ổ răng.
- Dây chằng quanh răng.

Kết quả cuối cùng của quá trình liền thương tủy quanh răng tùy thuộc vào một chuỗi các yếu tố trong các giai đoạn của quá trình liền thương như:

- Nếu biểu mô sinh sôi dọc theo bề mặt răng trước khi các mô khác thâm nhập thì kết quả là sẽ tạo ra một biểu mô nổi dài.

- Nếu các tế bào từ mô liên kết lợi đến cư trú đầu tiên thì kết quả là sẽ tạo ra các sợi song song đến bề mặt răng và tạo khuôn mẫu cho xương ổ răng và không có bám dính vào xương răng.

- Nếu các tế bào xương đến trước tiên thì có thể xuất hiện tiêu xương ở vùng chân răng và dính khớp.

- Nếu chỉ có các tế bào từ dây chằng quanh răng sinh sôi về phía thân răng thì sẽ hình thành mới xương răng và dây chằng quanh răng.

5. CÁC YẾU TỐ ẢNH HƯỞNG ĐẾN QUÁ TRÌNH LIÊN THƯƠNG

5.1. Các yếu tố tại chỗ

Các yếu tố làm chậm quá trình liền thương:

– Các yếu tố tại chỗ, nhất là các vi khuẩn ở màng bám răng là vật cản phổ biến nhất tới quá trình liền thương sau điều trị quanh răng.

– Các thao tác ở vùng quanh răng quá mức trong điều trị làm sang chấn mô hoặc các thủ thuật điều trị lặp đi lặp lại làm rối loạn quá trình liền thương.

– Cung cấp máu không đầy đủ cũng làm chậm quá trình liền thương.

Có thể làm tăng cường quá trình liền thương bằng cách:

– Lấy bỏ mô hoại tử trong túi quanh răng.

– Ngăn ngừa sự chuyển động của mô vùng liền thương.

5.2. Các yếu tố toàn thân

– Tuổi: Khả năng liền thương giảm theo tuổi, có thể do xơ vữa động mạch trong quá trình lão hoá làm giảm cung cấp máu, làm chậm quá trình liền thương.

– Các bệnh nhiễm trùng toàn thân: làm chậm quá trình liền thương.

– Bệnh đái tháo đường và các bệnh làm suy nhược cơ thể: làm chậm quá trình liền thương.

– Thiếu dinh dưỡng, vitamin C, các protein và các chất dinh dưỡng khác... đều làm chậm quá trình liền thương.

– Các hormon:

+ Các glucocorticoid (tác dụng toàn thân) như cortison ngăn cản quá trình sửa chữa do ngăn cản phản ứng viêm, ức chế sự phát triển các tế bào xơ, ức chế sự sản xuất collagen, ức chế sự hình thành các tế bào nội mô.

+ Các stress toàn thân, cắt bỏ tuyến giáp, testosterone, hormon hướng vỏ thượng thận ACTH và liều lượng lớn estrogen ngăn cản sự hình thành tổ chức hạt và làm chậm sự liền thương.

+ Sự tăng progesteron làm tăng tốc độ tuổi máu cho tổ chức hạt non, vì vậy làm tăng tình trạng dễ nhạy cảm của lợi khi có các tổn thương cơ học do giãn nở các mạch ở lợi bờ.

TỰ LƯỢNG GIÁ

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

1. Các biện pháp điều trị tại chỗ nhằm các mục tiêu nào sau đây:

A. Chống sốt.

B. Loại bỏ kích thích tại chỗ.

- C. Tăng khả năng ăn nhai.
 - D. Chống viêm.
 - E. Kích thích tái tạo mô quanh răng.
2. Mục tiêu các biện pháp điều trị toàn thân:
- A. Giảm lung lay răng.
 - B. Chống viêm bằng đường toàn thân.
 - C. Giải mẫn cảm.
 - D. Tăng cường sức đề kháng.
 - E. Chống nhiễm khuẩn.
3. Pha điều trị mở đầu cần thực hiện:
- A. Làm răng giả.
 - B. Điều trị viêm tuỷ răng cấp.
 - C. Điều trị viêm quanh cuống răng cấp.
 - D. Nạo túi lợi.
4. Pha điều trị bệnh căn cần làm:
- A. Kiểm soát mảng bám răng.
 - B. Cắt lợi.
 - C. Hàn răng sâu.
 - D. Cố định răng lung lay.
 - E. Điều trị sai khớp cắn.
5. Pha điều trị phẫu thuật cần làm:
- A. Dẫn lưu mủ.
 - B. Phẫu thuật quanh răng.
 - C. Chích áp xe lợi.
 - D. Cố thể đặt implant.
6. Pha phục hồi có thể thực hiện:
- A. Làm cầu răng.
 - B. Lấy cao răng.
 - C. Làm nhả chân răng.
 - D. Làm hàm răng giả.
7. Pha điều trị duy trì cần làm:
- A. Kiểm tra tình trạng mảng bám răng và cao răng.
 - B. Hướng dẫn kiểm soát mảng bám răng.
 - C. Điều trị tuỷ răng.
 - D. Nạo túi lợi.
 - E. Loại bỏ các yếu tố bệnh nguyên mới.

8. Quá trình liền thương sau điều trị có các quá trình nào dưới đây:
- A. Quá trình hồi phục tuỷ răng.
 - B. Quá trình tái tạo.
 - C. Quá trình thích nghi ăn nhai.
 - D. Quá trình sửa chữa.
 - E. Quá trình tạo bám dính mới.
9. Các yếu tố tại chỗ làm tăng quá trình liền thương:
- A. Lấy bỏ mô hoại tử trong túi quanh răng.
 - B. Màng bám răng.
 - C. Cung cấp máu không đầy đủ.
 - D. Sang chấn mô quanh răng.
 - E. Ngăn ngừa chuyển động của mô vùng liền thương.
10. Các yếu tố toàn thân làm giảm quá trình liền thương:
- A. Tuổi cao.
 - B. Nhiễm trùng toàn thân.
 - C. Đái tháo đường.
 - D. Cung cấp đủ dinh dưỡng và các vitamin.
 - E. Hormon cortison.
 - F. Các stress toàn thân.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

Tiếng Việt

1. Nguyễn Văn Cát. *Điều trị viêm quanh răng*. Bài giảng chuyên khoa bộ môn Răng Hàm Mặt. Đại học Y Hà Nội. 1983.
2. Trịnh Đình Hải. *Kế hoạch điều trị bệnh quanh răng*. Bài giảng Nha chu. Trường Đại học Răng Hàm Mặt. Hà Nội. 2006.
3. Trịnh Đình Hải. *Liền thương trong điều trị bệnh quanh răng*. Bài giảng Nha chu. Trường Đại học Răng Hàm Mặt. Hà Nội. 2006.

Tiếng Anh

4. Manson J.D, Eley B.M. Basic treatment of gingivitis and periodontitis. Outline of periodontics. Wright. 1995. 161-170.
5. Fermin A.Carranza. Diagnosis, prognosis and treatment plan. Clinical periodontology. Philadel. 1996.

ĐIỀU TRỊ CÁC BỆNH CẤP TÍNH Ở LỢI

MỤC TIÊU

1. Trình bày được các bước điều trị viêm lợi loét hoại tử cấp.
2. Trình bày được quá trình liền thương và thất bại trong điều trị viêm lợi loét hoại tử cấp.
3. Trình bày được các bước điều trị viêm quanh thân răng cấp.
4. Trình bày được cách thức điều trị viêm lợi miệng Herpes cấp.

1. ĐẠI CƯƠNG

Điều trị các bệnh cấp tính ở lợi là phải làm dịu được các triệu chứng cấp và loại bỏ được tất cả các bệnh khác ở mô quanh răng bao gồm cả cấp và mạn tính.

Các bệnh cấp tính ở lợi có: bệnh viêm lợi loét hoại tử cấp, viêm quanh thân răng cấp và viêm lợi miệng Herpes cấp.

2. ĐIỀU TRỊ VIÊM LỢI LOÉT HOẠI TỬ CẤP (VLLHTC)

Viêm lợi loét hoại tử cấp có thể không liên quan với các bệnh lợi khác, nhưng cũng có thể gặp ở bệnh nhân đã có viêm lợi mạn tính. Vì vậy, ở các bệnh nhân VLLHTC đã có viêm lợi mạn tính thì việc điều trị phải bao gồm cả làm giảm các triệu chứng cấp và điều trị viêm lợi mạn.

Điều trị viêm lợi loét hoại tử cấp bao gồm:

- Làm giảm viêm cấp và điều trị bệnh viêm lợi mạn tính liên quan với tổn thương cấp hoặc bệnh viêm 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, điều kiện thuận lợi gây ra các thay đổi ở lợi hoặc làm thúc đẩy nhanh các thay đổi ở lợi như ở người bệnh nhiễm virus HIV, AIDS...

2.1. Trình tự các bước điều trị

2.1.1. Lân khám và điều trị đầu tiên

a) Hỏi bệnh:

Hỏi bệnh và khám bệnh để có được đầy đủ các thông tin liên quan, các triệu chứng tại chỗ và toàn thân. Lưu ý quan tâm các điểm dưới đây:

– Lấn óm gần đây, điều kiện sống, chế độ ăn uống, nghề nghiệp và công việc hàng ngày, thời gian nghỉ trong ngày, các stress về tinh thần...

– Quan sát về mặt, tình trạng dinh dưỡng, mức độ đáp ứng, tình trạng mệt mỏi.

– Khám xem có sốt hoặc có hạch dưới hàm hay không.

– Trong miệng: Xác định các tổn thương đặc hiệu của viêm lợi loét hoại tử cấp, sự phân bố của tổn thương, tổn thương có xuất hiện ở vùng miệng hầu hay không, tình trạng vệ sinh răng miệng, có các vạt quanh thân răng và túi quanh răng không, các yếu tố làm tích tụ mảng bám răng....

– Lịch sử bệnh: Thời gian bắt đầu, kéo dài, tái diễn có liên quan đến một số yếu tố như stress tinh thần, kinh nguyệt, làm việc nặng nhọc, thực phẩm... hay không. Cần hỏi rõ cả về các biện pháp điều trị đã áp dụng bao gồm cả thời gian, loại thuốc, thủ thuật...

– Có thể làm xét nghiệm vi khuẩn.

b) Điều trị:

Trong lần thăm khám đầu tiên, việc điều trị phải được giới hạn ở các vùng liên quan đến tình trạng cấp tính:

– Cách ly và làm khô tổn thương bằng gòn bông.

– Giảm đau tại chỗ.

– Dùng viên bông nhỏ lau nhẹ nhàng các tổn thương để lấy đi giả mạc và các cặn không dính ở bề mặt tổn thương. Lưu ý mỗi viên bông chỉ được dùng ở một vùng tổn thương nhỏ và sau đó bỏ đi.

– Làm sạch tổn thương bằng nước ấm.

– Có thể lấy cao răng trên lợi nông bằng máy siêu âm.

– Cho bệnh nhân súc miệng hỗn dịch nước oxy già ấm 2 giờ một lần theo công thức: trộn 1 cốc nước ấm với 1 cốc oxy già 3% với số lượng ngang nhau.

– Cho bệnh nhân dùng nước súc miệng chlorhexidine 0,12% mỗi ngày 2 lần.

– Trường hợp viêm lợi loét hoại tử mức độ trung bình và nặng và có hạch hoặc các triệu chứng toàn thân thì phải dùng kháng sinh spiramycin phối hợp metronidazol.

c) Trong lần khám đầu tiên cần lưu ý một số điểm dưới đây:

– Không được lấy cao răng dưới lợi hoặc nạo túi lợi vì có thể gây nhiễm khuẩn máu.

– Các thủ thuật nhổ răng hoặc phẫu thuật quanh răng phải trì hoãn lại sau ít nhất 4 tuần khi hết các triệu chứng.

– Phải thông báo cho bệnh nhân về tình trạng viêm lợi mạn hoặc viêm quanh răng mạn phải được điều trị triệt để nhằm tránh tái phát.

d) Hướng dẫn cho bệnh nhân:

- Không hút thuốc, không uống rượu và không ăn nhiều đồ gia vị.
- Súc miệng với dung dịch nước oxy già ấm (theo công thức nói ở trên) 2 giờ một lần và súc miệng với dung dịch chlorhexidine 0,12% hai lần trong một ngày.
- Duy trì các sinh hoạt bình thường, tránh gắng sức quá mức.
- Hạn chế chải răng.

2.1.2. Lần khám và điều trị thứ hai

- Thường 1 – 2 ngày sau lần điều trị đầu tiên.
- Tình trạng của bệnh nhân: Thường được cải thiện, bệnh nhân hết đau hoặc đau đã giảm xuống. Bờ tổn thương còn có màu đỏ, nhưng không còn giả mạc, lợi co lại và bộc lộ cao răng.
- Việc điều trị ở lần này tùy thuộc vào tình trạng bệnh nhân và tình trạng tổn thương.
- Có thể lấy cao răng nhẹ nhàng bằng máy siêu âm. Tránh làm sang chấn các tổn thương đang hồi phục.
- Hướng dẫn bệnh nhân: như lần 1.

2.1.3. Lần khám và điều trị thứ ba

- Sau lần 2 từ 1 – 2 ngày.
- Ở lần khám này, thường thấy bệnh nhân cơ bản đã hết triệu chứng. Lợi vùng tổn thương có thể còn có màu đỏ nhẹ và có thể có đau nhẹ khi bị kích thích.
- Điều trị: Lấy cao răng và làm nhẵn chân răng.
- Hướng dẫn bệnh nhân thực hiện:
 - + Ngừng súc miệng nước oxy già
 - + Duy trì súc miệng dung dịch chlorhexidine 0,12% thêm 2 – 3 tuần.
 - + Thực hiện các biện pháp kiểm soát mảng bám răng: việc hướng dẫn bệnh nhân kiểm soát mảng bám răng là rất quan trọng, ảnh hưởng tới thành công của điều trị và duy trì được tình trạng quanh răng tốt.

2.1.4. Các lần khám điều trị tiếp theo

- Lấy cao răng và làm nhẵn chân răng ở tất cả các răng còn lại.
- Kiểm tra việc kiểm soát mảng bám răng của bệnh nhân, qua đó hướng dẫn bệnh nhân thực hiện tốt hơn các biện pháp kiểm soát mảng bám răng.
- Loại bỏ các yếu tố kích thích tại chỗ gây tích tụ mảng bám răng.
- Đối với các bệnh nhân không có các bệnh lợi khác thì kết thúc điều trị.
- Nếu bệnh nhân có các bệnh lợi khác thì phải điều trị để loại bỏ tình trạng viêm lợi mạn tính, túi quanh răng, vạt quanh thân răng.

** Các điều trị bổ sung khác:*

– Tạo đường viền lợi sinh lý: Trong một số trường hợp, sau khi liền thương đã tạo ra bờ lợi không sinh lý, dễ giắt thức ăn và có thể làm tái phát viêm lợi. Trong trường hợp này cần phẫu thuật tạo hình lại đường viền lợi để duy trì đường viền lợi sinh lý.

– Các thủ thuật, phẫu thuật: Nhổ răng và phẫu thuật quanh răng phải hoãn lại sau khi hết các hội chứng cấp của viêm lợi loét hoại tử cấp 4 tuần. Nếu cần phải làm các thủ thuật phẫu thuật cấp cứu thì phải phối hợp với liệu pháp kháng sinh toàn thân.

– Các thuốc dùng tại chỗ: có một số thuốc điều trị tại chỗ dưới đây có thể được áp dụng:

Các chất giải phóng oxy như:

+ Peroxide kẽm.

+ Hydrogen peroxide.

+ Clorat kali.

+ Perborate natri.

+ Peroxyborat natri...

Nhưng chỉ là biện pháp điều trị hỗ trợ, không được dùng các loại thuốc gây hoại tử như phenol, nitrat bạc, acid crom... Các chất gây hoại tử này làm dịu các triệu chứng, sau đó phá huỷ các tận cùng thần kinh ở lợi. Nhưng chúng còn phá huỷ cả các tế bào non cần thiết cho quá trình sửa chữa và làm chậm liền thương. Nếu sử dụng các chất này lặp lại còn làm mất tổ chức lợi và làm cho lợi không hồi phục được khi bệnh đã thuyên giảm.

– Điều trị toàn thân hỗ trợ:

+ Kháng sinh toàn thân.

+ Các dịch truyền.

+ Các thuốc giảm đau.

+ Chế độ nghỉ ngơi.

– Bổ sung dinh dưỡng: Viêm lợi loét hoại tử do có đau nên gây trở ngại cho việc ăn uống dẫn đến thiếu dinh dưỡng, nhất là thiếu các vitamin nhóm B và nhóm C, vì vậy cần bổ sung các vitamin nhóm B và nhóm C.

+ Chế độ ăn đầy đủ các chất dinh dưỡng.

+ Ở bệnh nhân viêm lợi loét hoại tử thì viêm còn là yếu tố tại chỗ làm giảm dinh dưỡng của lợi, kể cả trong trường hợp đủ dinh dưỡng toàn thân. Vì vậy, phải loại bỏ các kích thích tại chỗ để thúc đẩy quá trình bồi đắp và chuyển hoá bình thường.

2.2. Tiến triển liên thương trong viêm lợi loét hoại tử

2.2.1. Các lần khám điều trị tiếp theo

Các giai đoạn liên thương: Các tổn thương đặc trưng của viêm lợi loét hoại tử khi đáp ứng với điều trị trải qua các thay đổi trong quá trình liên thương bao gồm:

– Giai đoạn cấp chưa điều trị: khi lấy bỏ giả mạc ở bề mặt, sẽ thấy vết loét màu đỏ, chảy máu, lõm giống như miệng núi lửa ở lợi.

– Trong giai đoạn tiếp theo, kích thước và màu đỏ của các bờ loét giảm xuống nhưng bề mặt còn đỏ.

– Sau đó có các 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 và đường viền lợi được phục hồi. Các phần của chân răng đã bị bộc lộ ở giai đoạn cấp của bệnh được phủ bởi lợi lành mạnh.

Trong đợt điều trị, nếu bệnh nhân nữ ở thời kỳ có kinh nguyệt thì có thể làm nặng thêm các triệu chứng cấp, có thể gây ra về ngoài tái phát. Vì vậy, cũng cần phải thông báo cho bệnh nhân để tránh lo lắng.

2.2.2. Thất bại điều trị

Thất bại trong điều trị, thể hiện là bệnh dai dẳng không đáp ứng với điều trị hoặc bệnh tái phát.

Không đáp ứng với điều trị:

Cần tiến hành các bước sau:

– Ngừng toàn bộ liệu pháp thuốc tại chỗ.

– Chẩn đoán phân biệt để xác định lại xem có phải là viêm lợi loét hoại tử cấp hay là bệnh khác mà có biểu hiện tương tự.

– Tìm và 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.

Tái phát:

Các yếu tố có thể gây tái phát viêm lợi loét hoại tử cấp như điều trị tại chỗ không đầy đủ, có vạt quanh thân răng và khớp cắn sâu vùng răng trước. Ngoài ra, còn có các yếu tố khác cũng có thể gây tái phát như bệnh nhân kiểm soát mảng bám răng không tốt hoặc nghiện thuốc nặng.

– Điều trị tại chỗ không đầy đủ: thường gặp là do ngừng điều trị khi các triệu chứng thuyên giảm hoặc không điều trị loại bỏ tình trạng viêm lợi mạn và các túi quanh răng mà vẫn còn lại khi tình trạng cấp tính ở bề mặt đã giảm.

– Do viêm mạn tính kéo dài gây ra các thay đổi thoái hoá và làm tái diễn các yếu tố liên quan đến tình trạng cấp tính.

– Vạt quanh thân răng: thường gặp là do viêm quanh thân răng kéo dài ở răng hàm lớn thứ 3 do mọc khó khăn.

– Khớp cắn sâu ở các răng phía trước: khớp cắn sâu nặng thường là một yếu tố tham gia làm tái phát bệnh ở vùng phía trước. Rìu cắn các răng cửa hàm trên, làm tổn thương bờ lợi phía môi ở hàm dưới và rìu cắn các răng cửa hàm dưới làm tổn thương lợi phía vòm miệng ở hàm trên và có khả năng làm tái phát tình trạng cấp. Khớp cắn sâu còn gây ra va chạm thức ăn và làm chấn thương lợi. Vì vậy, cần phải sửa chữa khớp cắn sâu để hoàn tất việc điều trị viêm lợi loét hoại tử cấp.

3. ĐIỀU TRỊ VIÊM QUANH THÂN RĂNG CẤP

Việc điều trị viêm quanh thân răng được tiến hành tùy thuộc vào:

- 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.

Các bước điều trị viêm quanh thân răng bao gồm:

– Bơm rửa với nước ấm vào túi lợi quanh thân răng để lấy đi các cặn bên dưới và dịch rỉ viêm.

– Dùng cây lấy cao răng nhẹ nhàng tách vạt ra khỏi răng và lau bên trong túi lợi bằng miếng gạc sát khuẩn, lấy đi các cặn bên dưới và lại bơm rửa lại bằng nước ấm. Tùy trường hợp, có thể rạch một đường theo hướng trước sau để dẫn lưu.

– Trường hợp viêm nặng thì dùng kháng sinh toàn thân. Sau khi các triệu chứng cấp đã thuyên giảm thì quyết định xem giữ răng hay nhổ răng dựa vào:

+ Răng có mọc tiếp được đến vị trí có chức năng tốt hay không.

+ Mức độ mất xương ở mặt xa của răng hàm lớn thứ hai: để giảm mất xương quanh các răng hàm lớn thứ hai thì các răng hàm lớn thứ ba phải được nhổ càng sớm càng tốt. Bởi vì ở người trên 20 tuổi thì chân của răng hàm lớn thứ ba đã hình thành, khi nhổ càng gây mất nhiều xương quanh răng hàm lớn thứ hai.

+ Trường hợp giữ lại răng: cắt bỏ vạt quanh thân răng ở mặt nhai và cả vạt ở phía xa của răng. Sau đó đặt xi măng phẫu thuật quanh răng trong thời gian 1 tuần.

+ Các vạt quanh thân răng bị viêm mạn tính được xem là các vùng ủ bệnh ban đầu trong viêm lợi loét hoại tử cấp. Trường hợp này cũng được điều trị như viêm lợi

loét hoại tử ở nơi khác trong miệng, sau khi các triệu chứng cấp thuyên giảm thì phẫu thuật cắt bỏ vật để giảm thiểu khả năng bệnh tái phát.

4. ĐIỀU TRỊ VIÊM LỢI MIỆNG HERPES CẤP

4.1. Điều trị tại chỗ

– Giảm đau tại chỗ: súc miệng với dung dịch giảm đau tại chỗ như lidocain hydrochlorid trước bữa ăn.

– Loại bỏ mảng bám, cặn thức ăn, cao răng ở nong.

– Thuốc đặc hiệu: acyclovir.

– Sau khi các triệu chứng cấp thuyên giảm thì tiến hành các biện pháp điều trị tiếp theo:

– Lấy cao răng sâu.

+ Điều trị viêm quanh răng.

– Hướng dẫn kiểm soát mảng bám răng.

4.2. Điều trị toàn thân

– Kháng sinh toàn thân.

– Giảm đau đường toàn thân: aspirin.

– Chế độ ăn nhiều hoa quả.

TỰ LƯỢNG GIÁ

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

1. Điều trị viêm lợi loét hoại tử cấp trong lần khám và điều trị đầu tiên cần làm:

A. Giảm đau tại chỗ.

B. Làm sạch tổn thương bằng nước ấm.

C. Lấy cao răng dưới lợi.

D. Dùng cồn để sát khuẩn.

E. Cho bệnh nhân súc miệng hỗn dịch oxy già 2 giờ một lần.

F. Cho bệnh nhân súc miệng dung dịch chlorhexidine 0.12% ngày 2 lần.

G. Lấy cao răng nong bằng máy siêu âm.

2. Điều trị viêm lợi loét hoại tử cấp trong lần và điều trị thứ hai, nếu tình trạng đã cải thiện, cần làm:

A. Nhắc rằng khi có chỉ định nhổ.

- B. Nạo túi lợi.
 - C. Tránh làm sang chấn các tổn thương đang hồi phục.
 - D. Có thể lấy cao răng nhẹ nhàng bằng máy siêu âm.
 - E. Hướng dẫn bệnh nhân dùng hai loại nước súc miệng như lần khám đầu tiên.
3. Điều trị viêm lợi loét hoại tử cấp trong lần khám và điều trị thứ ba, nếu tình trạng tốt lên, cần làm:
- A. Cho bệnh nhân súc miệng nước oxy già.
 - B. Ngừng nước súc miệng oxy già.
 - C. Duy trì súc miệng dung dịch chlorhexidine 0,12%.
 - D. Hướng dẫn bệnh nhân kiểm soát mảng bám răng.
4. Điều trị viêm lợi loét hoại tử cấp các thủ thuật như nhổ răng hay phẫu thuật quanh răng chỉ được phép làm sau khi hết các triệu chứng cấp ít nhất:
- A. 1 tuần.
 - B. 2 tuần.
 - C. 4 tuần.
 - D. 8 tuần.
5. Điều trị viêm lợi loét hoại tử cấp thất bại điều trị có thể do:
- A. Dùng kháng sinh không đủ mạnh.
 - B. Điều trị tại chỗ không đầy đủ.
 - C. Có vạt quanh thân răng khôn.
 - D. Khớp cắn sâu vùng các răng trước.
6. Điều trị viêm quanh thân răng cấp.
- A. Nhổ răng ngay.
 - B. Dùng kháng sinh toàn thân.
 - C. Bơm rửa túi lợi quanh thân răng bằng oxy già.
 - D. Bơm rửa bằng nước muối ấm.
 - E. Làm sạch túi lợi quanh thân răng.
7. Điều trị viêm lợi miệng Herpes cấp:
- A. Chỉ điều trị tại chỗ.
 - B. Chỉ điều trị toàn thân.
 - C. Phối hợp điều trị tại chỗ với điều trị toàn thân.
 - D. Không điều trị

TÀI LIỆU THAM KHẢO

Tiếng Việt

1. Trịnh Đình Hải. *Điều trị các bệnh cấp tính ở lợi*. Bài giảng chuyên khoa. Trường Đại học Răng Hàm Mặt. Hà Nội, 2006.

Tiếng Anh

2. Manson T.D, Eley B.M. Basic treatment of chronic gingivitis and periodontitis. Outline of periodontics. Wright. 1995, 161 – 170.
3. Fermin. A. Carraza. Treatment of Acute gingival Disease. Clinical periodontics. Philadelphia, 1996. 346 – 482.
4. Fermin. A. Carraza. Rationale for periodontal Treatment. Clinical periodontics. Philadelphia, 1996. 401– 406.

ĐIỀU TRỊ ÁP XE QUANH RĂNG

MỤC TIÊU

1. Trình bày được các bước điều trị áp xe quanh răng cấp.
2. Trình bày được các bước điều trị áp xe quanh răng mạn.
3. Trình bày được các bước điều trị áp xe lợi.

1. ĐẠI CƯƠNG

- Áp xe quanh răng có thể gặp là cấp tính hoặc mạn tính.
- Áp xe quanh răng cấp có biểu hiện là đau, sưng, đỏ, bề mặt bóng. Sau khi mũ đã được thoát ra một phần thì nó có thể trở thành áp xe quanh răng mạn tính.
- Áp xe quanh răng mạn thường đau không rõ rệt và có lúc trở thành cấp tính.

2. ĐIỀU TRỊ ÁP XE QUANH RĂNG CẤP

Mục tiêu của điều trị áp xe quanh răng cấp là:

- Làm giảm đau.
- Kiểm soát sự lan rộng của nhiễm trùng.
- Dẫn lưu mũ: có thể thực hiện theo 2 đường hoặc là qua túi lợi hoặc là qua đường rạch ở mặt ngoài túi lợi quanh răng.

2.1. Dẫn lưu qua túi lợi

- Tê tại chỗ: dùng thuốc tê đặt áp tại chỗ.
- Dùng thám thám hoặc dụng cụ có đầu nhỏ dẹt ép vào thành túi lợi tương ứng với ổ áp xe từ phía trong túi lợi.
- Dùng cây nạo nhỏ hoặc cây lấy cao thâm nhập vào ổ áp xe và dẫn lưu.

2.2. Dẫn lưu qua đường rạch bên ngoài

Khi áp xe quanh răng khó dẫn lưu qua đường túi lợi hoặc thấy rõ ở phía ngoài lợi thì dẫn lưu bằng đường rạch bên ngoài.

2.2.1. Các bước điều trị

- Cách ly, làm khô và sát trùng tại chỗ.
- Gây tê tại chỗ.
- Xác định vùng chuyển sóng: dùng tay để xác định vùng di động nhất.
- Dùng dao rạch đường rạch đứng qua phần di động nhất của tổn thương, đường rạch đi từ lợi niêm đến bờ lợi.
- + Nếu chỗ sung phồng ở mặt lưỡi thì đường rạch bắt đầu ngay dưới chỗ sung phồng về phía cuống răng và mở rộng về phía thân răng đến bờ lợi.
- + Đường rạch phải đủ sâu và tới được vùng có mũ.
- Làm rộng nhẹ nhàng đường rạch để dẫn lưu.
- Bơm rửa bằng nước ấm.
- Sau khi ngừng dẫn lưu thì làm khô và chấm thuốc sát khuẩn.
- Hướng dẫn bệnh nhân súc miệng bằng nước muối ấm hàng giờ (pha 1 thìa cà phê muối/ 1 cốc nước).
- Nếu bệnh nhân có sốt thì phải cho dùng kháng sinh theo đường toàn thân.
- Hướng dẫn bệnh nhân tránh gắng sức khi ăn nhai và ăn chế độ ăn lỏng.
- Cho bệnh nhân dùng thuốc giảm đau.

2.2.2. Ngày hôm sau khám lại có thể thấy các biểu hiện

- Hết sung hoặc giảm sung.
- Các triệu chứng đã thuyên giảm.
- Trường hợp vẫn còn các triệu chứng cấp thì tiếp tục hướng dẫn bệnh nhân chế độ điều trị như đã hướng dẫn hôm trước và yêu cầu bệnh nhân đến khám lại vào ngày hôm sau.
- Sau khi hết các triệu chứng cấp thì điều trị tiếp theo phác đồ điều trị áp xe quanh răng mạn.

3. ĐIỀU TRỊ ÁP XE QUANH RĂNG MẠN

Áp xe quanh răng mạn được điều trị bằng phẫu thuật vạt.

3.1. Các bước điều trị

- Xác định vị trí tập trung mũ của áp xe xem ở phía mặt má hay phía mặt lưỡi để xác định vị trí đường vào.
- Cần chú ý là các áp xe ở phía mặt lưỡi có thể gây sung ở phía mặt má và các áp xe ở phía mặt má có thể gây sung ở phía mặt lưỡi. Vì vậy, để xác định vị trí áp xe thì phải dùng thăm thăm xung quanh bờ lợi để xác định một hốc xoang.

- Gãy tê tại chỗ.

- Lấy cao răng lớp nông.

- Rạch hai đường rạch đứng từ bờ lợi đến nếp niêm mạc má. Nếu rạch ở phía lưỡi thì hai đường rạch đi từ bờ lợi đến mức các cuống răng. Các đường rạch được rạch sao cho có được một trường phẫu thuật đủ rộng để quan sát rõ và đường vào không bị cản trở.

- Rạch đường rạch gần xa qua nhú kẽ răng để tạo điều kiện tách vạt.

- Dùng cây tách màng xương để tách vạt với độ dày là vạt dày toàn phần.

Lưu ý: Trường hợp áp xe mà ban đầu là cấp thì các bờ của đường rạch đã rạch hôm trước thường được hợp nhất sao cho vạt được tách ra trong cùng 1 vạt.

- Dùng dụng cụ thích hợp để giữ vạt luôn được tách ra để quan sát.

- Sau khi tách vạt quan sát thấy:

+ Tổ chức hạt ở bờ lợi.

+ Cao răng ở bề mặt chân răng.

+ Một xoang mở ra thành xương bên ngoài mà có thể thăm dò được vào bên trong.

+ Tổ chức mềm đàn hồi có mù ở ổ lỗ miệng xoang.

- Dùng cây nạo lấy tổ chức hạt, bộc lộ rõ chân răng.

- Lấy sạch cao răng và làm nhẵn bề mặt chân răng bằng các dụng cụ thích hợp.

- Thăm và nạo xoang.

- Cần bảo vệ xương ổ răng. Trường hợp chỉ có một mép xương mỏng tách biệt xoang khỏi mào xương ổ răng và làm thành cầu bờ xương mỏng thì lấy bỏ phần xương này. Bởi vì bờ xương này liên quan với bệnh lý và có thể tác động như các chất ngoại lai làm hư hại quá trình liền thương.

- Dùng miếng gạc làm thành hình chữ u, phủ vào phía bề mặt để cầm máu và giữ cho tới khi ngừng chảy máu thì bỏ gạc đi.

- Khâu vạt.

- Đắp xi măng phẫu thuật.

- Hướng dẫn bệnh nhân:

+ Ngày đầu không súc miệng.

+ Từ ngày thứ 2: súc miệng 2 giờ một lần với dung dịch nước súc miệng pha loãng với nước ấm theo tỷ lệ 1/3.

+ Dùng bàn chải mềm làm sạch nhẹ nhàng xung quanh vùng phẫu thuật. Có thể phun nước nhẹ nhàng để làm sạch.

- Sau 1 tuần khám lại:

- + Tháo băng phẫu thuật.
- + Cắt chỉ.
- + Hướng dẫn bệnh nhân kiểm soát mảng bám răng.

3.2. Tiến triển

- Sau 6 – 8 tuần thì lợi trở lại bình thường.
- Quá trình sửa chữa xương cần khoảng 9 tháng.

4. ĐIỀU TRỊ ÁP XE LỢI

Trái với áp xe quanh răng liên quan tới các mô chống đỡ răng, áp xe lợi chỉ là tổn thương của lợi bờ và lợi kẽ răng thường được sinh ra do yếu tố ngoại lai tác động.

4.1. Các bước điều trị bao gồm

- Xác định vùng chuyển sóng.
- Gây tê tại chỗ.
- Dùng dao rạch ở vị trí tương ứng vùng chuyển sóng và làm rộng nhẹ nhàng đường rạch để dẫn lưu mủ.
- Làm sạch với nước ấm.
- Phủ bằng miếng gạc.
- Sau khi ngừng chảy máu, cho bệnh nhân về.
- Hướng dẫn bệnh nhân súc miệng trong 2 giờ đầu với nước ấm.

4.2. Ngày hôm sau

Tổn thương nói chung giảm về kích thước và không còn triệu chứng. Có thể điều trị các bước tiếp theo là:

- Giảm đau tại chỗ.
- Lấy sạch cao răng.

TỰ LƯỢNG GIÁ

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

1. Điều trị áp xe quanh răng cấp có thể dẫn lưu mủ qua:
 - A. Đường túi lợi.
 - B. Qua đường mở tuỷ răng.
 - C. Qua lỗ rò vùng cuống răng.
 - D. Qua đường rạch mặt ngoài túi lợi quanh răng.

2. Điều trị áp xe quanh răng mạn:
 - A. Dẫn lưu mũ qua đường túi lợi.
 - B. Rạch lợi tương ứng chỗ phồng nhất.
 - C. Điều trị bằng phẫu thuật vạt.
3. Các đường rạch điều trị áp xe quanh răng mạn bao gồm:
 - A. Có 1 đường rạch.
 - B. Có 2 đường rạch.
 - C. Có 3 đường rạch.
4. Đường rò áp xe quanh răng mạn đi tới:
 - A. Mặt ngoài xương ổ răng.
 - B. Tới giữa xương ổ răng.
 - C. Đi qua xương ổ răng tới chân răng.
5. Điều trị áp xe quanh răng mạn bằng phẫu thuật vạt, khi đã dẫn lưu hết mũ và ngừng chảy máu thì:
 - A. Để vạt co tự nhiên.
 - B. Chỉ khâu vạt.
 - C. Chỉ đắp xi măng.
 - D. Khâu vạt và đắp xi măng.
6. Điều trị áp xe lợi:
 - A. Chỉ dùng kháng sinh.
 - B. Chỉ lấy cao răng và bơm rửa túi lợi.
 - C. Rạch dẫn lưu mũ ở vùng chuyển sóng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

Tiếng Việt

1. Trịnh Đình Hải. *Điều trị áp xe quanh răng*. Bài giảng Nha chu. Trường Đại học Răng Hàm Mặt. Hà Nội, 2006.

Tiếng Anh

2. Manson T.D, Eley B.M. The Periodontal Abscess Outline of Periodontics. Wright, 1995. 233– 236.
3. Fermin. A. Carranza. Treatment of the Periodontal Abscess. Clinical periodontics. Philadelphia. 1996, 83– 86.

NẠO TÚI LỢI

MỤC TIÊU

1. Trình bày được cơ sở sinh bệnh học nạo túi lợi điều trị viêm quanh răng.
2. Trình bày được các chỉ định nạo túi lợi.
3. Trình bày được các bước của kỹ thuật cơ bản nạo túi lợi.
4. Trình bày được các kỹ thuật khác nạo túi lợi: Kỹ thuật cắt bám dính mới, kỹ thuật nạo siêu âm và kỹ thuật dùng các thuốc đốt.
5. Trình bày được quá trình liền thương và biểu hiện lâm sàng sau nạo.

1. ĐẠI CƯƠNG

– Nạo túi lợi hay túi quanh răng là nạo thành của một túi quanh răng để lấy bỏ mô mềm đã bị viêm.

– Có hai kỹ thuật nạo túi lợi là nạo lợi và nạo dưới lợi.

+ Nạo lợi bao gồm lấy bỏ mô mềm đã bị viêm ở vùng bên của thành túi lợi.

+ Nạo dưới lợi là thủ thuật nạo được tiến hành về phía cuống răng đối với biểu mô nổi ở vùng này, bám dính mô liên kết bị cắt xuống tới màng xương.

– Mục tiêu của nạo là làm giảm chiều sâu túi lợi do làm tăng co lợi và tăng cường bám dính mô liên kết mới.

2. CƠ SỞ SINH BỆNH HỌC

Thành bên trong của túi quanh răng có tổ chức hạt đã bị viêm mạn tính. Ngoài các thành phần thông thường của tổ chức hạt như tăng các nguyên bào sợi, nguyên bào mạch, mô ở thành trong của túi quanh răng còn có các vùng viêm mạn tính và còn có thể có các mảnh cao răng đã bị bật ra và các khuẩn lạc. Cao răng và các khuẩn lạc làm kéo dài các tổn thương bệnh lý của mô và cản trở quá trình liền thương.

Nạo còn có thể loại bỏ toàn bộ hoặc hầu hết biểu mô phủ thành túi lợi và phần lan rộng của biểu mô thâm nhập vào tổ chức hạt và lớp biểu mô nổi nằm dưới.

Khi nạo lợi ở vùng các răng phía trước của hàm trên cần cân nhắc và quan tâm

đến vấn đề thẩm mỹ. Bởi vì sau khi nạo và có phối hợp với lấy cao răng và làm nhẵn chân răng thì lợi sẽ co lại. Loại bỏ được túi lợi bệnh lý, nhưng do lợi co và còn có thể ảnh hưởng đến các nhú lợi. Vì vậy, cần xem xét để có mức co lợi vừa phải và không ảnh hưởng đến các nhú lợi khi thực hiện ở vùng các răng phía trước của hàm trên.

3. CHỈ ĐỊNH

Các chỉ định nạo túi lợi nói chung là hạn chế và thực hiện sau khi lấy cao răng và làm nhẵn chân răng. Các chỉ định nạo túi lợi bao gồm các chỉ định dưới đây:

- Nạo túi lợi là một phần của các nỗ lực tạo bám dính mới ở các túi lợi trong xương có độ sâu trung bình ở các vị trí mà có thể đưa dụng cụ vào được.

- Nạo túi lợi để làm giảm viêm trước khi sử dụng các biện pháp loại bỏ túi lợi khác.

- Các bệnh nhân chống chỉ định áp dụng các biện pháp phẫu thuật quanh răng khác nặng hơn như ở các bệnh nhân cao tuổi, người có các bệnh toàn thân, bệnh tâm thần....

- Nạo túi lợi được thực hiện ở các lần khám lại như là biện pháp điều trị duy trì cho các vùng viêm tái phát và có túi lợi sâu, đặc biệt ở các vùng đã áp dụng phẫu thuật giảm túi lợi trước đây.

4. KỸ THUẬT

4.1. Kỹ thuật cơ bản

a) Dụng cụ

- Cây nạo Gracey số 11 – 12



- Cây nạo Gracey số 13 – 14



- Hoặc cây nạo Columbia 4R – 4L



Các học viên sẽ được làm quen với các cây nạo nói trên khi đi lâm sàng thực hành ở Bộ môn Nha chu.

b) Chuẩn bị bệnh nhân:

- Giải thích cho bệnh nhân về kế hoạch điều trị.
- Hướng dẫn bệnh nhân dùng nước súc miệng chlorhexidine ở nhà từ hôm trước.
- Lấy cao răng và làm nhẵn các chân răng.

c) Kỹ thuật:

- Gây tê tại chỗ.

- Dùng cây nạo Gracey số 13 – 14 cho các mặt phía gần và cây nạo Gracey số 11 – 12 cho các mặt phía xa. Hoặc có thể dùng một cây nạo chung Columbia 4R – 4L. Chọn cây nạo sao cho bờ cắt sẽ tiếp xúc với tổ chức.

- Đưa dụng cụ vào túi lợi đến mức khớp với lớp bên trong của thành túi và tiến hành nạo dọc theo mô mềm và thường nạo theo hướng ngang. Thành của túi lợi được đỡ ở phía ngoài bằng áp lực ngón tay nhẹ nhàng.

- Sau đó nạo được đặt dưới bờ cắt của biểu mô nối và nạo để loại trừ biểu mô nối.

- Khi nạo dưới lợi, lấy bỏ các tổ chức bám dính giữa đáy của túi lợi và mào ổ răng bằng cách dịch chuyển và xoay cây nạo.

- Sau khi kết thúc nạo, bơm rửa nhẹ nhàng để lấy đi các cặn. Sau đó dùng ngón tay ép nhẹ nhàng vào thành túi lợi.

- Trong một số trường hợp có thể khâu các núm lợi.

- Đặt băng phẫu thuật.

4.2. Các kỹ thuật khác

Các kỹ thuật nạo túi lợi khác bao gồm kỹ thuật cắt bỏ bám dính mới, nạo siêu âm và kỹ thuật sử dụng các thuốc gây chảy.

a) Kỹ thuật cắt bám dính mới:

Là kỹ thuật nạo dưới lợi cuối cùng và được thực hiện với một dao phẫu thuật, bao gồm các bước:

- Gây tê.

- Rạch đường rạch vát bên trong bằng một lưỡi dao phẫu thuật, đi từ bờ lợi tự do về phía cuống răng đến điểm bên dưới đáy của túi lợi. Đường rạch được kéo đến vùng kẽ răng ở cả phía môi và phía lưỡi và cố gắng giữ lại càng nhiều tổ chức kẽ càng tốt. Cắt bỏ phần bên trong thành mô mềm của túi lợi toàn bộ xung quanh răng.

- Dùng cây nạo lấy bỏ phần mô mềm đã cắt.

- Làm nhẵn chân răng. Tất cả phần xương răng bộc lộ cũng phải được làm nhẵn và cố được độ cứng đồng nhất. Chú ý giữ lại toàn bộ các sợi mô liên kết còn bám vào bề mặt chân răng.

– Làm các bờ tổn thương trở lại gần giống bình thường. Trong một số trường hợp phải làm lại đường viền xương để có được sự thích ứng tốt của các bờ tổn thương.

- Khâu đóng lợi.
- Đặt băng phẫu thuật.

b) Nạo siêu âm:

– Về nguyên lý, các dao động siêu âm phá vỡ sự liên tục tổ chức, lấy đi biểu mô, làm đứt các bó collagen và biến đổi các đặc điểm hình thể của các nhân nguyên bào sợi. Vì vậy, siêu âm có tác dụng trong việc lấy bỏ lớp biểu mô của các túi quanh răng, nó tạo ra một dải hẹp tổ chức hoại tử và lột bỏ lớp trong của túi.

– Một số nghiên cứu cho thấy nạo bằng dụng cụ siêu âm có hiệu quả như nạo bằng tay nhưng ít viêm hơn và mô liên kết nằm dưới bị lấy đi ít hơn so với dụng cụ thao tác bằng tay.

– Khi nạo siêu âm, có thể làm cho lợi cứng hơn bằng cách tiêm trực tiếp dung dịch thuốc tê vào lợi.

c) Các thuốc đốt:

Tức là sử dụng các thuốc đốt gây ra nạo hoá học thành bên của túi lợi hoặc loại bỏ một cách có lựa chọn biểu mô.

Các thuốc được dùng để đốt là:

- Sulfide natri.
- Dung dịch kiềm natri hypochloride.
- Phenol.

Nhuợc điếm là phạm vi phá huỷ tổ chức khi dùng các thuốc này không thể kiểm soát được và các thuốc có thể còn làm tăng hơn là làm giảm số lượng tổ chức bị lấy đi bởi các enzym và các tế bào nội mô.

5. LIÊN THƯƠNG VÀ BIỂU HIỆN LÂM SÀNG SAU NẠO

5.1. Liên thương sau nạo

– Ngay sau khi nạo, túi lợi được lấp đầy bởi các cục máu đông mà không có lớp biểu mô. Ở các mô có chảy máu với các mao mạch giãn ra và nhiều bạch cầu đa nhân xuất hiện sau đó ở bề mặt tổn thương. Tiếp theo là tăng nhanh tổ chức hạt với sự giảm số lượng các mạch máu nhỏ do mô đã trưởng thành.

– Sự phục hồi và biểu mô hoá rãnh lợi diễn ra từ 2 – 7 ngày và sự phục hồi biểu mô nổi xuất hiện sau điều trị 5 ngày. Các sợi collagen chưa trưởng thành xuất hiện trong vòng 21 ngày. Các sợi ở lợi lành mạnh bị vô tình cắt đứt không chú ý được sửa chữa trong quá trình liên thương.

5.2. Biểu hiện lâm sàng sau khi nạo

- Ngay sau khi nạo, lợi xuất hiện chảy máu và có màu đỏ sáng.
- Sau 1 tuần, lợi giảm chiều cao, lợi vẫn còn đỏ hơn so với bình thường nhưng ít đỏ hơn nhiều so với các ngày trước.
- Sau 2 tuần, nếu bệnh nhân giữ vệ sinh răng miệng tốt thì lợi trở lại bình thường về màu sắc, mật độ, kết cấu bề mặt và đường viền cổ cũng trở lại bình thường, bờ lợi thích nghi tốt với răng.

TỰ LƯỢNG GIÁ

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

1. Cơ chế loại bỏ túi lợi bệnh lý do nạo túi lợi:
 - A. Cắt bỏ túi.
 - B. Chỉ làm tăng co lợi.
 - C. Tăng cường bám dính mô liên kết mới.
 - D. Cả co lợi và tăng cường bám dính mới.
2. Có các kỹ thuật nạo túi lợi nào dưới đây?
 - A. Nạo lợi.
 - B. Nạo mặt trên lợi.
 - C. Nạo dưới lợi.
 - D. Nạo túi lợi.
3. Các thành phần nào được lấy đi khi nạo?
 - A. Dây chằng quanh răng.
 - B. Xương răng.
 - C. Các mảnh cao răng bị bật ra và các khuẩn lạc.
 - D. Biểu mô phủ thành túi lợi.
 - E. Tổ chức hạt và biểu mô mới.
4. Chỉ định nạo túi lợi khi:
 - A. Túi lợi sâu trên 5mm.
 - B. Phi đại lợi.
 - C. Các túi lợi trong xương có độ sâu trung bình.
 - D. Làm giảm viêm trước khi phẫu thuật.
 - E. Điều trị duy trì khi tái phát sau phẫu thuật.
5. Kỹ thuật cơ bản nạo túi lợi
 - A. Dùng dụng cụ là cây nạo ngà.
 - B. Dùng các cây nạo chuyên dụng.

- C. Dùng kéo.
 - D. Sau nạo cần bơm rửa nhẹ nhàng.
 - E. Không cần đắp xi măng phẫu thuật.
 - G. Cần đắp xi măng phẫu thuật.
6. Kỹ thuật cắt bám dính mới:
- A. Dùng cây nạo Gracey số 13 và 14.
 - B. Dùng cây nạo Columbia 4R-4L.
 - C. Dùng dao phẫu thuật.
 - D. Dùng dao rạch đường vát trong.
 - E. Dùng dao rạch đường vát ngoài.
7. Liên thương sau nạo
- A. Sau nạo tạo ra khoang ảo.
 - B. Sau nạo có cục máu đông lấp đầy.
 - C. Sự phục hồi biểu mô rãnh lợi diễn ra sau 18 ngày.
 - D. Sự phục hồi biểu mô rãnh lợi diễn ra sau 2 – 7 ngày.
 - E. Biểu mô nổi xuất hiện sau 3 tuần.
 - F. Biểu mô nổi xuất hiện sau 5 ngày.
 - G. Các sợi collagen xuất hiện sau 2 tuần.
 - H. Các sợi collagen xuất hiện sau 3 tuần.
8. Biểu hiện lâm sàng sau nạo:
- A. Sau 3 tuần lợi giảm chiều cao.
 - B. Sau 1 tuần lợi giảm chiều cao.
 - C. Sau 10 tuần lợi trở lại bình thường.
 - D. Sau 2 tuần lợi trở lại bình thường.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

Tiếng Việt

1. Trịnh Đình Hải. *Nạo túi lợi điều trị viêm quanh răng*. Bài giảng nha chu. Trường Đại học Răng Hàm Mặt Hà Nội, 2004.

Tiếng Anh

2. Manson J.D, Eley B.M. Surgical periodontal treatment. Outline of periodontics. Wright.1995.180-192
3. Fermin A. Carranza. The surgical phase of Therapy. Clinical periodontology. Philadelphia.1996.565-569.
4. Fermin A. Carranza. Gingival Curettage. Clinical periodontology, Philadelphia 1996. 584 – 588.

PHẪU THUẬT CẮT LỢI

MỤC TIÊU

- 1. Trình bày được các chỉ định và chống chỉ định phẫu thuật cắt lợi.*
- 2. Trình bày được các bước của kỹ thuật cắt lợi bằng phẫu thuật.*
- 3. Trình bày được quá trình liền thương sau cắt lợi phẫu thuật.*
- 4. Trình bày được kỹ thuật tạo hình lợi.*
- 5. Trình bày được kỹ thuật cắt lợi bằng phẫu thuật điện và quá trình liền thương sau phẫu thuật điện.*

1. ĐẠI CƯƠNG

Phẫu thuật cắt lợi là cắt lấy bỏ đi phần thành túi lợi bệnh lý che khuất bề mặt răng, nhờ đó có thể dễ dàng lấy bỏ toàn bộ các chất cặn, cao răng ở bề mặt và làm nhẵn các chân răng.

Việc lấy đi mô bệnh lý và các chất kích thích tại chỗ còn tạo ra môi trường thuận lợi cho quá trình liền thương lợi và phục hồi lại đường viền lợi sinh lý.

Cắt lợi là biện pháp điều trị hiệu quả khi thực hiện đúng chỉ định.

2. CHỈ ĐỊNH VÀ CHỐNG CHỈ ĐỊNH

2.1. Chỉ định

– Loại bỏ các túi trên xương trong trường hợp thành túi lợi xơ và chắc mà không cần quan tâm đến chiều sâu của nó.

– Loại bỏ các phì đại lợi.

– Loại bỏ các áp xe quanh răng trên xương.

2.2. Chống chỉ định

– Trường hợp cần phải phẫu thuật xương.

– Trường hợp đáy của túi lợi thấp hơn về phía cuống răng so với đường ranh giới lợi, niêm mạc.

– Các trường hợp mà nếu cắt thì sẽ ảnh hưởng đến thẩm mỹ ở người quan tâm đến thẩm mỹ nhất là ở vùng các răng phía trước của hàm trên.

3. CÁC KỸ THUẬT CẮT LỢI

Có thể được thực hiện phẫu thuật cắt lợi bằng dao mổ, bằng các điện cực, các chùm laser hoặc bằng hoá chất.

3.1. Cắt lợi phẫu thuật

3.1.1. Các bước kỹ thuật.

Bước 1:

- Sát khuẩn, gây tê tại chỗ.
- Đánh dấu đáy túi lợi và phác hoạ đường rạch. Các túi lợi ở mỗi phía được thăm khám bằng ống thông nha chu và đánh dấu với một cây đánh dấu túi lợi. Túi lợi tương ứng với mỗi răng được đánh dấu từ 2 – 3 vị trí để phác hoạ đường đi của đáy túi lợi ở mỗi mặt.

Bước 2:

- Dùng dao nha chu (dao Kirkland) để rạch ở các phía mặt và phía lưỡi.
- Dùng dao nha chu Orban để rạch các đường rạch ở kẽ răng bổ sung. Trong trường hợp cần thiết có thể sử dụng các lưỡi dao Bard–Parker số 11 và 12 và kéo để hỗ trợ.
- Đường rạch được bắt đầu ở dưới các điểm đánh dấu (về phía cuống răng của các điểm đánh dấu) và hướng về phía thân răng tới điểm giữa đáy túi và mào xương. Đường rạch càng gần xương càng tốt, nhưng không được bộc lộ xương để cho phép lấy đi mô mềm ở phía thân răng của xương.

Lưu ý: Tránh bộc lộ xương. Nhưng nếu xương có bị bộc lộ thì quá trình liền xương vẫn có thể tiến triển tốt nếu phủ bằng xi măng phẫu thuật.

- Có thể thực hiện các đường rạch liên tục hoặc không liên tục đều được.
- Đường rạch phải vát tạo thành góc 45° với bề mặt răng để tạo lại được hình thể bình thường của lợi và tạo đường viền lợi sinh lý.
- Trường hợp không tạo mép vát thì sẽ để lại một diện xơ rộng và nó sẽ phải mất khá lâu mới có thể có được đường viền sinh lý. Trong thời gian đó sẽ có tích tụ mảng bám răng và thức ăn và có thể dẫn đến tái hình thành túi lợi.

Bước 3: Lấy bỏ thành túi đã cắt bỏ, làm sạch và kiểm tra kỹ bề mặt chân răng.

Bước 4: Nạo tỉ mỉ tổ chức hạt và lấy đi tất cả cao răng còn lại và xương răng bị hoại tử, làm nhẵn chân răng sao cho bề mặt chân răng sạch và nhẵn.

Bước 5: Phủ vùng phẫu thuật bằng xi măng phẫu thuật.

3.1.2. Liên thương sau cắt lợi phẫu thuật

Đáp ứng ban đầu sau cắt lợi là hình thành cục máu đông bảo vệ ở bề mặt. Tổ chức bên dưới trở nên viêm và có chỗ hoại tử. Cục máu đông sau đó được thay thế bằng tổ chức hạt.

Sau 24 giờ, xuất hiện tầng các tế bào mô liên kết mới, chủ yếu là các nguyên bào mạch ở ngay bên dưới lớp viêm và hoại tử ở bề mặt.

Vào ngày thứ 3, xuất hiện nhiều nguyên bào sợi non. Tổ chức hạt nhiều mạch máu phát triển về phía thân răng, tạo ra một bờ lợi tự do mới và rãnh lợi. Các mạch bắt nguồn từ các mạch máu của lá cứng quanh răng di chuyển đến tổ chức hạt và trong 2 tuần, các mạch máu này nối với các mạch máu lợi.

Sau 12 – 24 giờ, các tế bào biểu mô ở các bờ tổn thương bắt đầu di chuyển qua tổ chức hạt, tách nó ra khỏi lớp bề mặt đã thâm nhiễm bởi cục máu đông. Các hoạt động biểu mô ở các bờ đạt đến tột đỉnh trong khoảng từ 24 – 36 giờ. Các tế bào biểu mô mới phát sinh từ các lớp đáy và lớp gai ở sâu hơn biểu mô mép tổn thương và di chuyển đến vùng tổn thương qua một lớp tơ huyết, sau đó được tiêu đi và được thay thế bởi mô liên kết. Các tế bào biểu mô đến bởi hoạt động chuyển động và các tế bào dẫn dắt dính vào lớp bên dưới.

Quá trình biểu mô hoá bề mặt nói chung hoàn tất sau 5 đến 14 ngày. Trong 4 tuần đầu sau cắt lợi, sưng hoá là ít hơn so với trước phẫu thuật. Quá trình sửa chữa biểu mô hoàn tất mất khoảng 1 tháng. Tình trạng giãn mạch và các ống mạch bắt đầu giảm xuống sau ngày thứ 4 của quá trình liền thương và gần như bình thường vào ngày thứ 16.

Quá trình sửa chữa mô liên kết hoàn tất sau khoảng 7 tuần.

Dịch lợi tăng sau khi cắt lợi và giảm xuống trong quá trình liền thương. Dịch lợi đạt tới tối đa sau 1 tuần và trùng với thời gian viêm nhiều nhất.

Mặc dù, các thay đổi trong quá trình liền thương sau cắt lợi là giống nhau ở tất cả các cá thể, nhưng thời gian cần thiết cho quá trình liền thương hoàn tất lại khác nhau đáng kể, nó phụ thuộc vào diện tích bề mặt lợi cắt và phụ thuộc vào sự ảnh hưởng của các kích thích tại chỗ và nhiễm khuẩn.

3.2. Tạo hình lợi

Tạo hình lợi cũng tương tự với cắt lợi nhưng khác về mục tiêu.

– Cắt lợi với mục tiêu là loại bỏ túi quanh răng và bao gồm cả tạo lại hình dáng của lợi. Vì vậy, việc tạo lại hình dáng của lợi trong cắt lợi chỉ là một phần của kỹ thuật cắt lợi.

– Tạo hình lợi với mục tiêu duy nhất là tạo lại hình dáng lợi và đường viền lợi sinh lý khi không có túi quanh răng. Tạo hình lợi có thể được thực hiện bằng dao nha chu hoặc dao mổ bình thường và các mũi khoan kim cương ráp để làm trơn bờ lợi và tạo ra các đường lõm tương ứng với vùng kẽ răng để làm dễ dàng trượt thức ăn.

Trong một số các bệnh lợi và bệnh quanh răng gây ra các biến dạng ở lợi. Ví dụ như viêm lợi loét hoại tử có thể tạo ra các kẽ, hố ở lợi và nhú lợi. Các biến dạng này ở lợi làm trở ngại sự di chuyển thức ăn và làm đọng các mảnh vụn thức ăn gây tích tụ mảng bám răng, vì vậy làm kéo dài và nặng thêm quá trình bệnh lý. Các trường hợp biến dạng lợi như vậy cần phải được tạo hình lợi.

3.3. Cắt lợi bằng phẫu thuật điện

3.3.1. Ưu, nhược điểm

- Ưu điểm: cho phép tạo được đường viền cổ răng tốt và kiểm soát được chảy máu.
- Nhược điểm:
 - + Không thực hiện được ở các bệnh nhân đang đặt máy điều hoà nhịp tim.
 - + Tạo ra mùi khó chịu.
 - + Nếu đầu điện cực phẫu thuật chạm vào xương thì có thể làm tổn thương không thể hồi phục được.
 - + Khi sử dụng không thận trọng, sức nóng có thể làm tổn thương tổ chức và làm mất đi chóng đờ quanh răng khi điện cực ở gần xương.
 - + Khi điện cực chạm vào chân răng làm bong vùng xi măng.

Vì vậy, chỉ áp dụng khi làm các thủ thuật nông như cắt lợi phì đại, tạo hình lợi và không sử dụng cho các thủ thuật ở gần xương như các phẫu thuật vạt, phẫu thuật lợi – niêm mạc...).

3.3.2. Kỹ thuật

- Dùng điện cực hình kim để cắt bỏ lợi phì đại và tạo hình lợi.
- Dùng các điện cực vòng hình trứng nhỏ hoặc điện cực hình thoi để sửa chữa.
- Dùng điện cực tròn để cầm máu.

3.3.3. Liên thương sau phẫu thuật điện

- Quá trình liên thương sau cắt lợi bằng phẫu thuật điện cũng gần tương tự như cắt bằng dao nha chu. Tuy vậy, trong phẫu thuật điện thì quá trình liên thương chậm hơn, lợi giảm chiều cao nhiều hơn và có tổn thương xương nhiều hơn.
- Đối với các phẫu thuật cắt lợi ở nông thì kết quả giữa hai phương pháp khác nhau ít.
- Khi cắt lợi ở sâu gần xương thì phẫu thuật điện có thể gây ra co lợi, hoại tử xương, mất chiều cao xương, bộc lộ vùng kẽ và lung lay răng.

3.4. Cắt lợi bằng laser

- Các máy tạo laser thường sử dụng trong nha khoa là các máy tạo laser carbon dioxide (CO₂) với bước sóng 10600mm, 1064nm và trong giới hạn tia hồng ngoại

(không nhìn thấy). Vì vậy, phải phối hợp với các dạng khác của laser để có được một chùm tia có thể nhìn thấy được và điều khiển được.

- Chùm laser CO₂ được dùng để cắt bỏ phần lợi phì đại.
- Quá trình liền thương chậm so với cắt bằng dao mổ thông thường.
- Lưu ý phòng ngừa tránh chùm tia phản xạ vào các dụng cụ mà có thể gây tổn thương tổ chức bên cạnh và tổn thương mắt.

3.5. Cắt lợi bằng hoá chất

- Tức là dùng hoá chất để cắt lợi.
 - Các hoá chất sử dụng:
 - + Paraformaldehyde 5%.
 - + Kali hydroxide.
 - Nhược điểm:
 - + Không kiểm soát được chiều sâu làm việc vì vậy có thể làm tổn thương đến mô dính lành mạnh ở bên dưới.
 - + Không tạo lại được hình dáng lợi như mong muốn.
 - + Quá trình biểu mô hoá và tái tạo biểu mô mới cũng như quá trình tái tạo lại hệ thống các sợi ở vùng mào xương ở răng chậm hơn so với phương pháp cắt lợi bằng dao mổ.
- Vì vậy, phương pháp này ít được sử dụng.

TỰ LƯỢNG GIÁ

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

- Chỉ định cắt lợi khi:
 - A. Phì đại lợi.
 - B. Rò cuống răng.
 - C. Áp xe quanh răng trên xương.
 - D. U lợi.
 - E. Túi lợi trên xương có thành xơ chắc.
- Chống chỉ định cắt lợi khi:
 - A. Viêm tuỷ răng.
 - B. Cần phẫu thuật xương.
 - C. Đáy túi lợi đi quá lợi sừng hoá.
 - D. Ảnh hưởng thẩm mỹ các răng trước hàm trên.

3. Rạch các đường rạch bằng:
- A. Dùng dao Kirkland rạch ở kẽ.
 - B. Dùng dao Kirkland rạch mặt ngoài và mặt trong.
 - C. Dùng dao Orban rạch mặt lưỡi.
 - D. Dùng dao Orban rạch ở kẽ.
 - E. Dùng dao mổ thông thường cho các đường rạch.
4. Hướng đường rạch so với bề mặt răng:
- A. Song song.
 - B. Vuông góc.
 - C. Vát 15 độ.
 - D. Vát 45 độ.
5. Liên thương sau phẫu thuật:
- A. Các tế bào mô liên kết xuất hiện sau 72 giờ.
 - B. Các tế bào mô liên kết xuất hiện sau 24.
 - C. Nguyên bào sợi non xuất hiện sau 7 ngày.
 - D. Nguyên bào sợi non xuất hiện vào ngày thứ 3.
 - E. Quá trình liên thương gần như bình thường sau 2 tháng.
 - F. Quá trình liên thương gần như bình thường vào ngày thứ 16.
6. Cắt lợi bằng phẫu thuật điện có ưu điểm:
- A. Làm được ở cả người có máy điều hoà nhịp tim.
 - B. Tạo được đường viền cổ răng tốt.
 - C. Kiểm soát được chảy máu.
 - D. Không gây nóng mô.
7. Cắt lợi bằng phẫu thuật điện được chỉ định cho:
- A. Cắt lợi phì đại.
 - B. Phẫu thuật vạt.
 - C. Các thủ thuật sát xương.
8. Cắt lợi bằng laser:
- A. Liên thương như cắt bằng dao mổ thông thường.
 - B. Liên thương chậm hơn cắt bằng dao mổ thông thường.
 - C. Chùm tia laser không gây tai biến gì.
 - D. Dùng tia laser có thể gây tổn thương mô lân cận và mắt.
9. Cắt lợi bằng hoá chất:
- A. Dễ kiểm soát chiều sâu làm việc.
 - B. Khó kiểm soát chiều sâu làm việc.

- A. Quá trình liền thương nhanh hơn dùng dao mổ.
- B. Quá trình liền thương chậm hơn dùng dao mổ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

Tiếng Việt

1. Trịnh Đình Hải. *Phẫu thuật cắt lợi*. Bài giảng nha chu. Trường Đại học Răng Hàm Mặt. Hà Nội, 2004.

Tiếng Anh

2. Manson. JD, Eley B.M. Surgical peridontal Treatment. Outline of periodontics. Wright. 1995, 180 – 192
3. Fermin A. Carranza. The Surgical phase of therapy. Clinical periodontics. Philadelphia. 1996, 565 – 569.
4. Fermin A. Carranza. The Gingivectomy Technique. Clinical periodontics. Philadelphia. 1966, 588–592.

PHẪU THUẬT VẬT ĐIỀU TRỊ TÚI QUANH RĂNG

MỤC TIÊU

1. Trình bày được các bước tiến hành phẫu thuật vật Widman sửa đổi.
2. Trình bày được các bước tiến hành phẫu thuật vật không đặt lại vị trí.
3. Trình bày được các bước tiến hành phẫu thuật vật đặt lại vị trí về phía cuống răng.
4. Trình bày được ưu nhược điểm của 3 phương pháp phẫu thuật vật điều trị túi quanh răng.

1. ĐẠI CƯƠNG

– Phẫu thuật vật là một trong các kỹ thuật hay sử dụng nhất để điều trị các túi quanh răng, nhất là đối với các túi quanh răng có độ sâu từ trung bình đến mức sâu ở các răng phía sau.

– Mục tiêu của phẫu thuật vật trong điều trị túi quanh răng là:

+ Tăng khả năng tới được vùng chân răng để làm sạch chân răng và loại bỏ tổ chức viêm hoại tử.

+ Loại bỏ hoặc làm giảm độ sâu túi quanh răng.

– Có 3 kỹ thuật phẫu thuật vật hay được sử dụng hiện nay là:

+ Vật Widman sửa đổi.

+ Vật không đặt lại vị trí.

+ Vật chuyển lại vị trí về phía cuống răng.

– Vật Widman sửa đổi: do bộc lộ các bề mặt chân răng cho nên nó cho phép đưa các dụng cụ vào vùng chân răng để có thể thao tác được tỉ mỉ và lấy bỏ được lớp bèn trong túi. Kỹ thuật này không loại bỏ được túi hoặc làm giảm độ sâu của túi mà chỉ có thể giảm được độ sâu do co tổ chức thành túi lợi.

– Vật không đặt lại vị trí: ngoài việc cải thiện đường vào thì còn có khả năng lấy bỏ thành túi nên có thể làm giảm hoặc loại bỏ túi quanh răng.

– Vạt đặt lại vị trí về phía cuống răng giúp cải thiện việc đưa dụng cụ vào để thao tác và còn loại bỏ túi. Do đặt lại vị trí thành tổ chức mềm của túi nên nó bảo toàn hoặc làm tăng chiều rộng của lợi dính bằng cách biến đổi phần thành túi đã sừng hoá không bám dính trước đây thành tổ chức bám dính. Sở dĩ tăng được chiều rộng của dải lợi dính là do thay đổi vị trí về phía cuống răng của đường ranh giới lợi niêm mạc bao gồm cả đặt lại vị trí về phía cuống răng của các bám dính cơ.

– Trong cả 3 kỹ thuật đều sử dụng các đường rạch cơ bản là:

+ Đường rạch vát trong.

+ Đường rạch ở rãnh lợi.

+ Đường rạch ở các kẽ răng.

Tuy nhiên, trong mỗi kỹ thuật thì đường rạch có thay đổi khác nhau:

+ Vạt Widman sửa đổi thì không lấy đi thành túi, nhưng có loại bỏ lớp bên trong túi. Vì vậy, đường rạch vát trong bắt đầu gắn với bờ lợi và cách bờ lợi không quá 1 – 2mm về phía cuống răng.

+ Đối với vạt đặt lại vị trí về phía cuống răng thì thành của túi phải được bảo quản để đặt lại vị trí về phía cuống trong khi lớp lót trong của nó được lấy đi. Mục tiêu của kỹ thuật này là bảo toàn tối đa lợi sừng hoá của thành túi để đặt lại vị trí của nó về phía cuống và biến đổi nó thành lợi dính. Vì vậy, đường rạch vát trong phải càng gần răng càng tốt (thường là 0,5mm – 1,0mm).

+ Đối với vạt không đặt lại vị trí thì đường rạch vát trong được bắt đầu ở mặt ngoài của lợi trên vị trí điểm tương ứng đáy túi lợi về phía thân răng. Do thành túi không được đặt lại về phía cuống răng, cho nên đường rạch ban đầu này còn phải loại bỏ cả thành túi. Vì vậy, đường rạch quá gần răng thì sẽ không có tác dụng loại bỏ thành túi mà còn có thể dẫn đến việc tái tạo lại một túi tổ chức mềm.

2. CÁC KỸ THUẬT

2.1. Vạt Widman sửa đổi

– Ramfjord và Nissle giới thiệu năm 1974 và gọi là vạt Widman sửa đổi.

– Kỹ thuật này tạo ra khả năng thích ứng sau phẫu thuật của mô liên kết collagen lành mạnh với các bề mặt răng và cung cấp đường vào đủ cho các dụng cụ có thể đi tới các bề mặt chân răng.

Các bước kỹ thuật:

Bước 1: Rạch đường rạch ban đầu là đường rạch vát trong đến mào ổ răng. Đường rạch bắt đầu ở vị trí cách bờ lợi 0,5 – 1,0mm, tạo hình vỏ sò tiếp theo bờ lợi lưu ý đưa lưỡi dao sao cho phần nhú lợi để lại có đủ độ dày.

Bước 2: Dùng cây tách màng xương tách vạt, phần vạt tách ra còn dính lại ở phần đáy của vạt.

Bước 3: Rạch đường rạch ở rãnh lợi, đi từ đáy của túi đến xương.

Bước 4: Sau khi vật được tách, rạch đường rạch thứ 3 ở vùng kẽ răng và lấy đi phần cổ lợi.

Bước 5: Dùng cây nạo lấy đi các mẩu tổ chức và tổ chức hạt. Các bề mặt chân răng được làm nhẵn, sau khi lấy cao răng. Chú ý không làm sáo trộn các sợi quanh răng còn lại đã dính vào bề mặt răng.

Bước 6: Tạo sự thích ứng của tổ chức với cổ răng.

– Không sửa chữa cấu trúc xương, trừ trường hợp nó làm trở ngại sự thích ứng của tổ chức với cổ răng.

– Phần tổ chức ở 2 phía kẽ răng (trong và ngoài) phải sát vào nhau và không được làm bộc lộ xương sau khi khâu. Nếu vật quá dày thì có thể làm mỏng bớt để giúp cho lợi sát với nhau và ôm sát cổ răng.

Bước 7: Khâu vật.

– Khâu trực tiếp mũi rời ở từng kẽ răng.

– Phủ mỡ kháng sinh.

– Đắp xi măng phẫu thuật.

2.2. Vật không đặt lại vị trí

– Hiện nay, vật không đặt lại vị trí hay được dùng nhất trong các phẫu thuật quanh răng.

– Khác với vật Widman sửa đổi là ở đây thì thành tổ chức mềm của túi được lấy đi với đường rạch ban đầu. Vì vậy, nó có thể được xem như thủ thuật cắt lợi theo đường vát trong. Vật không đặt lại vị trí và cắt lợi là 2 kỹ thuật đều lấy đi thành túi lợi bằng phẫu thuật.

– Cần lưu ý là phải xác định trước xem làm sao phải có đủ lợi dính giữ lại sau khi lấy bỏ thành túi.

Các bước kỹ thuật:

Bước 1:

– Đo chiều sâu túi lợi bằng thám trám nha chu.

– Đánh dấu đáy túi lợi ở mặt ngoài của lợi bằng cách tạo ra một điểm chảy máu ở mặt ngoài.

Bước 2: Rạch đường rạch vát trong theo các điểm chảy máu đã đánh dấu ở lợi. Đường rạch đi tới 1 điểm về phía cuống răng của mào xương và tùy thuộc vào độ dày của tổ chức. Nếu tổ chức dày thì điểm kết thúc của đường rạch về phía cuống nhiều hơn.

Bước 3: Rạch đường thứ 2 – đường rạch ở rãnh, đường rạch đi từ đáy của túi đến xương để tách bỏ tổ chức liên kết ra khỏi xương.

Bước 4: Dùng cây tách màng xương tách vạt từ đường rạch vát trong.

Bước 5: Dùng dao kẽ răng rạch đường rạch kẽ răng và tách tổ chức liên kết ra khỏi xương.

Bước 6: Dùng cây nạo lấy đi phần tổ chức đã được tách ra bởi 3 đường rạch.

Bước 7: Dùng cây nạo sắc lấy bỏ toàn bộ các mảng tổ chức và tổ chức hạt.

Bước 8:

- Lấy cao răng và làm nhẵn chân răng.
- Đặt bờ vạt vào vị trí giao nhau giữa chân răng và xương ổ răng.
- Trường hợp nếu không đặt được vào vị trí nói trên thì phải sửa lại để cho phép bờ vạt kết thúc ở vị trí giữa bờ ổ răng và chân răng.

Bước 9: Khâu

- Khâu đường khâu treo liên tục để ép chặt các vạt ở cả 2 phía của răng và cố định vào các răng.
- Phủ xi măng phẫu thuật.

2.3. Vạt đặt lại vị trí về phía cuống răng

- Đây là kỹ thuật được sử dụng để loại bỏ túi và giữ lại được vùng lợi dính và có thể làm rộng thêm vùng lợi dính.

- Tuỳ trường hợp, có thể sử dụng vạt dày toàn phần hoặc dày bán phần.
- Các bước kỹ thuật:

Bước 1:

- Rạch đường vát trong

Lưu ý: Bảo quản và giữ lại càng nhiều lợi sừng hoá và lợi dính càng tốt.

- Đường rạch bắt đầu từ bên ngoài bờ lợi và cách bờ lợi khoảng trên 1mm và hướng về phía mào xương ổ răng. Đường rạch được rạch theo hình sơ đồ.

- Không cần đánh dấu đáy của túi lợi ở mặt ngoài của lợi vì đường rạch không liên quan đến túi lợi.

Bước 2:

- Rạch đường rạch rãnh lợi theo thiết kế vạt ban đầu.
- Rạch các đường rạch kẽ răng.
- Lấy bỏ tổ chức viêm cùng phần trong của thành túi lợi.

Bước 3: Rạch đường rạch đứng, kéo dài quá đường ranh giới lợi niêm mạc:

- Nếu dùng vạt dày toàn phần thì tách cả màng xương.
- Nếu dùng vạt dày bán phần thì để lại một lớp tổ chức liên kết và màng xương.

Bước 4:

- Lấy bỏ toàn bộ tổ chức hạt, lấy cao răng và làm nhẵn chân răng.

- Phẫu thuật sửa chữa xương.
- Đặt lại vị trí vật bằng cách cho vật chuyển dịch về phía cuống răng so với vị trí ban đầu của nó.

Lưu ý: Phải tách nâng vật tới quá đường ranh giới lợi viêm thì mới có thể di chuyển vật để đặt lại vị trí về phía cuống răng.

Bước 5:

- Khâu:
 - + Khâu chính xác để ngăn ngừa vật trượt vị trí quá mức về phía cuống răng.
 - + Đặt băng nha chu để tránh di chuyển vật về phía thân răng.
- Kỹ thuật khâu:
 - + Đối với vật dày toàn phần: khâu cố định vào răng, sử dụng đường khâu liên tục hoặc rời.
 - + Đối với vật dày bán phần: khâu vào màng xương, khâu quai trực tiếp hoặc phối hợp khâu quai và khâu cố định.
 - + Đặt băng phẫu thuật.

TỰ LƯỢNG GIÁ

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

1. Đường rạch nào được dùng trong cả 3 kỹ thuật:
 - A. Đường rạch vật trong.
 - B. Đường rạch vật ngoài.
 - C. Đường rạch ở rãnh lợi.
 - D. Đường rạch ở kẽ răng.
2. Kỹ thuật nào có thể làm tăng lợi dính:
 - A. Vật Widman sửa đổi.
 - B. Vật không đặt lại vị trí.
 - C. Vật đặt lại vị trí về phía cuống răng.
3. Mục tiêu của cả 3 kỹ thuật vật:
 - A. Tăng lợi sừng hoá.
 - B. Loại bỏ hoặc giảm độ sâu túi lợi.
 - C. Tăng khả năng kiểm soát vùng chân răng.
 - D. Làm giảm lung lay răng.

4. Vạt Widman sửa đổi:
 - A. Phải sửa chữa cấu trúc xương.
 - B. Không sửa chữa cấu trúc xương.
 - C. Đường rạch ở rãnh lợi đi từ giữa túi lợi đến xương.
 - D. Đường rạch ở rãnh lợi đi từ đáy túi lợi đến xương.
5. Vạt không đặt lại vị trí:
 - A. Thành ở mô mềm của túi được lấy đi với đường rạch thứ nhất.
 - B. Thành ở mô mềm của túi được lấy đi với đường rạch thứ hai.
 - C. Không cần đánh dấu đáy túi lợi trước khi rạch.
 - D. Cần đánh dấu đáy túi lợi trước khi rạch.
 - E. Không cần phủ xi măng phẫu thuật.
 - F. Cần phủ xi măng phẫu thuật.
6. Kỹ thuật vạt đặt lại vị trí về phía cuống răng:
 - A. Làm giảm vùng lợi dính.
 - B. Giữ nguyên vùng lợi dính.
 - C. Làm tăng vùng lợi dính.
 - D. Dịch chuyển vạt sang bên.
 - E. Dịch chuyển vạt về phía thân răng.
 - F. Dịch chuyển vạt về phía cuống răng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

Tiếng Việt

1. Trịnh Đình Hải. *Phẫu thuật vạt điều trị túi quanh răng*. Bài giảng Nha chu. Trường Đại học Răng Hàm Mặt. Hà Nội, 2006

Tiếng Anh

2. J. D. Manson, B. M. Eley. Singical periodontal Treatment. Outline of Periodontics. Wright, 1995. 180–193
3. A. Fermin, J. R. Carnanza. The periodontal Flap. Clinical periodontics. Philadelphia, 1996. 592–601.
4. A. Fermin, J.R. Carranza. The Flap Technique for pocket therapy. Clonical periodontics. Philadelphia, 1996. 604–615.

THUỐC ĐIỀU TRỊ BỆNH VÙNG QUANH RĂNG

MỤC TIÊU

1. Trình bày những hạn chế khi sử dụng thuốc tại chỗ điều trị viêm quanh răng.
2. Trình bày cơ chế tác động và các tác dụng điều trị của chlorhexidine.
3. Trình bày các dạng sử dụng của chlorhexidine.
4. Trình bày các kháng sinh dùng tại chỗ điều trị bệnh vùng quanh răng.
5. Trình bày các kháng sinh đường toàn thân điều trị bệnh vùng quanh răng.
6. Trình bày các thuốc kháng viêm không steroid điều trị bệnh vùng quanh răng.

1. THUỐC ĐIỀU TRỊ TẠI CHỖ

1.1. Các vấn đề liên quan đến thuốc dùng tại chỗ điều trị túi lợi

Để thuốc phát huy hiệu quả thì thuốc phải tiếp xúc với toàn bộ túi lợi (thành và đáy túi lợi), thời gian thuốc bám tại chỗ phải đủ lâu, nồng độ thuốc phải đủ tác dụng. Tuy nhiên, các đặc điểm giải phẫu và sinh lý của tổ chức quanh răng làm giảm các điều kiện trên.

Thuốc tiếp cận với toàn bộ thành và đáy khó vì miệng vào túi lợi rất nhỏ: túi sâu 4mm có độ rộng ngang 150 μ m và bơm rửa trên lợi không thể đưa thuốc vào trong túi lợi. Hướng chảy ra của dịch lợi, tốc độ dòng chảy dịch lợi 20mL/giờ tức là cứ 1,5 phút thì dịch lợi thay thế một lần vì thế thuốc không thể lưu giữ trong túi lợi đủ thời gian, bơm rửa dưới lợi có thể đưa thuốc vào trong túi, nhưng thời gian lưu giữ thuốc không kéo dài. Thời gian bán lưu giữ thuốc trong túi lợi là 1 phút.

Các vi sinh vật trong túi lợi cư trú trên một màng dính ở trên bề mặt chân răng, bề mặt phân mềm, thậm chí xâm nhập vào biểu mô lợi và ống ngà chân răng. Sự tập hợp nhiều loại vi khuẩn với số lượng lớn trên mảng bám răng cản trở khả năng hoạt động của các thuốc, do vậy thuốc đưa vào túi lợi cần nồng độ cao.

Các nghiên cứu vi sinh vật mảng bám răng cho thấy khả năng tập trung hoạt động của các phân tử thuốc phải gấp từ 50 lần tới 210.000 lần so với các vi sinh vật sống ở môi trường bình thường bên ngoài thì mới đủ để chống lại vi khuẩn. Thời gian tiếp xúc tối thiểu với vi sinh vật để thuốc phát huy tác dụng tùy thuộc vào cơ chế hoạt động bất hoạt hay phá hủy vi khuẩn. Chlorhexidine diệt vi khuẩn bằng cách phá

màng tế bào vi khuẩn, Povidone–iodine diệt vi khuẩn bằng cách tiếp xúc cần ít thời gian hơn những thuốc kìm hãm vi khuẩn như là tetracycline (kìm hãm tổng hợp protein của vi khuẩn), tuy nhiên 1 lần bơm rửa povidone–iodine chưa chắc đã diệt hết được vi khuẩn trong thời điểm đó mà cần nhắc lại bơm rửa liên tiếp trong buổi chữa trị. Có thể thay nguồn nước máy lấy cao răng bằng nguồn dung dịch sát trùng để đạt hiệu quả diệt vi khuẩn và thời gian bơm rửa kéo dài hơn.

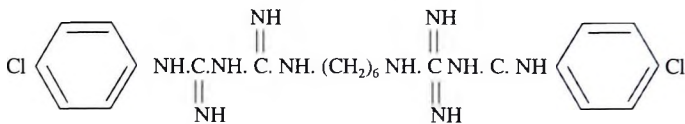
Với những đặc điểm giải phẫu sinh lý của túi lợi và đặc điểm của hệ vi sinh trong túi lợi thì thuốc tại chỗ khó đạt hiệu quả cao bằng cách bơm rửa, đây là lý do để các bác sĩ thực hành nghĩ tới phương pháp đặt thuốc trong túi lợi sao cho bám vào thành túi và giải phóng thuốc từ từ. Có hai dạng thuốc đặt: dạng giải phóng thuốc dưới 24 giờ và dạng trên 1 ngày. Vật liệu chứa thuốc đặt túi lợi có thể tiêu hoặc không tiêu.

Để quyết định loại thuốc sử dụng: cần nhắc được lý thuốc, sự thoải mái của bệnh nhân, giá thành. Các vật liệu chứa thuốc giải phóng chậm thường có giá thành cao, cần đến nha sĩ nhiều lần.

1.2. Sự thay đổi của hệ vi sinh vật sau khi sử dụng thuốc sát khuẩn tại chỗ

1.2.1. Chlorhexidine: chlorhexidine có phổ kháng khuẩn rộng, cả vi khuẩn Gram dương, Gram âm, nấm và virus.

Chlorhexidine có ở 3 dạng: digluconate, acetate và hydrochloride. Các loại sản phẩm sử dụng trong miệng là muối digluconate, một muối tan trong nước.



1,6-di(4-chlorophenyldiguanido) hexane

Khả năng ngăn sự hình thành mảng bám vi khuẩn của chlorhexidine được Schroeder phát hiện năm 1969, sau đó các nghiên cứu hoàn chỉnh được thực hiện bởi Loe và Schiott năm 1970. Các nghiên cứu chỉ ra rằng súc miệng 60 giây, 2 lần mỗi ngày bằng dung dịch chlorhexidine gluconate và không đánh răng thì mảng bám vi khuẩn bị chặn sự phát triển và ngăn sự tiến triển của viêm lợi. Chlorhexidine là một phân tử đối xứng gồm 4 vòng chlorophenyl và 2 nhóm biguanide nối bởi một cấu hexamethylene ở giữa. Chlorhexidine có tính base với 2 cation ở hai bên đầu cấu hexamethylene.

Chlorhexidine có phổ kháng khuẩn rộng, cả vi khuẩn Gram dương, Gram âm, nấm và virus.

Độ an toàn và tác dụng phụ của chlorhexidine

a) *Độ an toàn cao:*

Đặc tính cation tự nhiên của chlorhexidine giảm thiểu khả năng ngấm qua niêm

mạc của chlorhexidine kể cả biểu mô đường tiêu hoá, cho đến nay chưa hề thấy tác dụng toàn thân nào của chlorhexidine dùng tại chỗ. Ngay cả với thực nghiệm tiêm truyền tĩnh mạch trên động vật, chlorhexidine không gây tác hại nào. Những trường hợp dị ứng quá mẫn rất hiếm gặp. Ảnh hưởng giảm thính lực có thể gặp nếu nhỏ vào tai giữa (những trường hợp bôi ống tai ngoài và màng nhĩ bị thủng). Chlorhexidine có phổ kháng khuẩn rộng, cả Gram dương và Gram âm (theo Wady và Addy nghiên cứu năm 1989), nó có khả năng kháng nấm và một số virus như là HBV và HIV.

b) Tác dụng phụ của chlorhexidine:

Sử dụng chlorhexidine kéo dài dẫn tới thay đổi hệ vi sinh vật trong miệng nhưng sẽ trở lại bình thường sau khi dừng sử dụng. Chlorhexidine làm lung lười và răng đổi màu nâu. Chlorhexidine gluconate là một muối nên ảnh hưởng tới khả năng cảm nhận độ mặn của thức ăn làm cho người dùng cảm thấy thức ăn và nước uống nhạt nhẽo. Chlorhexidine làm mỏng biểu mô niêm mạc miệng nếu dùng hàm lượng cao (các nghiên cứu cho thấy dùng 15mL dung dịch nồng độ 0,12% không có tác dụng phụ này).

Có thể kích ứng tuyến nước bọt mang tai.

Có thể làm cao răng lắng đọng nhanh hơn do chlorhexidine làm lắng đọng protein nước bọt và làm tăng độ dính nên các chất vô cơ dễ bám lên. Chlorhexidine hơi đắng khi súc miệng.

c) Cơ chế hoạt động của chlorhexidine:

Chlorhexidine là một chất kháng khuẩn hiệu quả: tác động lên màng tế bào vi khuẩn, ở nồng độ thấp chlorhexidine làm tăng tính thấm màng tế bào vi khuẩn và đứt gãy sự liên kết giữa các thành phần trong tế bào vi khuẩn, ở nồng độ cao chlorhexidine gây kết tủa tế bào chất và chết tế bào vi khuẩn. Khi súc miệng dung dịch chlorhexidine, chlorhexidine thấm vào mảng bám vi khuẩn trên bề mặt răng và có thể có tác dụng tới 24 giờ. Cơ chế bám là nhờ một cation của phân tử bám lên màng, cation còn lại vẫn tự do và tương tác với vi khuẩn, ngăn không cho vi khuẩn trong miệng bám thêm lên mảng bám răng mà bám vào cation của phân tử chlorhexidine. Để tránh sự đổi màu răng do chlorhexidine có thể dùng các thuốc chải răng có chất sodium lauryl sulfate (có anion) sau khi súc miệng nước chlorhexidine khoảng 5 phút để không bị đổi màu răng. Các nghiên cứu gần đây cho thấy rằng tốt nhất là chải răng ngay trước khi và sau khi súc miệng nước chlorhexidine 5 phút. Hiệu quả ngăn vi khuẩn bám lên mặt răng phụ thuộc liều lượng mỗi lần súc chlorhexidine, các nghiên cứu theo dõi cho thấy mỗi lần súc 1mg – 5mg, 2 lần mỗi ngày là đủ.

Nhiều nghiên cứu báo cáo tác dụng hạn chế của chlorhexidine khi dùng dưới lợi cho một vùng tác dụng mạnh hơn nếu làm sạch toàn miệng trong một buổi và bơm rửa tất cả các túi lợi trong một buổi hẹn.

Hiệu quả hạn chế của chlorhexidine khi sử dụng dưới lợi được giải thích như sau: có thể do nồng độ thuốc không đủ mạnh, có thể do bám dính của thuốc lên bề mặt chân răng kém làm nồng độ thuốc trong túi lợi giảm nhanh, một số vi sinh ít nhạy cảm với cation của chlorhexidine ví dụ *P.gingivalis* giải phóng các bóng nước li ti bám lên chlorhexidine làm mất tác dụng bám khuẩn của chlorhexidine. Hiện nay đã có chip điều khiển giải phóng chlorhexidine từ từ trong 7 đến 10 ngày để có nồng độ trung bình trong dịch lợi là 125mg/mL, nồng độ này có thể kìm hãm tới 99% vi khuẩn trong điều kiện thí nghiệm. Tuy nhiên, các nghiên cứu trên cơ thể sống chưa chứng minh được điều này.

Các sản phẩm chlorhexidine và sử dụng lâm sàng:

Nước súc miệng: sản phẩm súc miệng đầu tiên là dung dịch 0,2% trong thập niên 1970. Sau đó sản phẩm 0,12%, mỗi lần súc 15mL, ngày súc 2 lần được coi là liều lượng thích hợp để phòng bệnh viêm lợi và giảm sâu răng.

Kem bôi: kem chlorhexidine 1% được dùng để bôi mặt răng. Một cách sử dụng hiệu quả kem bôi là bác sĩ làm máng nhựa đeo ốp vào răng để bơm kem vào đó và cho bệnh nhân ngâm 10 phút.

Dạng dung dịch xịt: dung dịch 0,2% xịt cũng hiệu quả như nước súc miệng 0,2%. Dạng xịt thường dùng cho người không tự súc miệng được.

Dạng dung dịch bôi vec ni: dung dịch 0,2% hoặc 0,12% bôi bề mặt răng rồi thổi khô để phòng sâu răng.

Mặc dù, chlorhexidine chống vi khuẩn rất hiệu quả, nhưng vì làm đổi màu răng và thay đổi vị giác nên ít được sử dụng, thường dùng khi có nguy cơ viêm lợi và sâu bề mặt răng, sau khi phẫu thuật vùng nha chu mà không chải răng vào vùng mới phẫu thuật được, bệnh nhân được cố định hai hàm do tai nạn gãy xương nên khó vệ sinh răng miệng, những người tàn tật và bệnh lý tinh thần khó vệ sinh răng miệng, những người có nguy cơ nhiễm trùng trong miệng (người suy giảm miễn dịch, người đái tháo đường), có thể sử dụng hỗ trợ cho những người đeo chỉnh răng cố định và người dùng hàm răng giả tháo lắp. Sử dụng chlorhexidine là biện pháp hỗ trợ cho vệ sinh răng miệng chứ không thay thế việc chải răng.

1.2.2. Povidon-Iodine: Cơ chế chống khuẩn của povidine-iodine dựa vào khả năng ôxy hoá của ion amino (NH^+), thiol (SH) và phenolic hydroxyl (OH^+) trong các phân tử amino acid và nucleotide và sự tương tác của chúng với các phân tử acid béo ở vỏ tế bào. Povidine - iodine chống khuẩn Gram dương, Gram âm, nấm, trực khuẩn, virus, sinh vật đơn bào (sinh vật cấp thấp nhất). Các nghiên cứu sử dụng dung dịch bão hoà bơm rửa dưới lợi làm giảm đáng kể xoắn khuẩn và trực khuẩn di động.

Các tác dụng phụ của povidine - iodine: đổi màu răng, rối loạn chức năng tuyến giáp nếu dùng thường xuyên với nồng độ cao.

1.2.3. Fluoride thiếc (SnF₂): dùng hỗ trợ sau khi nạo túi lợi để kìm các khuẩn sắc tố đen và xoắn khuẩn, hiệu quả hơn sử dụng nước muối sinh lý.

1.2.4. Oxy già: không thấy có hiệu quả khi sử dụng oxy già 3% để bơm rửa dưới lợi. Tuy nhiên, bơm rửa liên tục trong 2 tuần sau khi nạo sạch túi lợi có làm giảm tỷ lệ *A. actinomycetemcomitans*.

Tự bơm rửa túi lợi hàng ngày: bệnh nhân có thể sử dụng dung dịch sát khuẩn hiệu quả như chlorhexidine hay các dung dịch ít hiệu quả nhất như oxy già, không nên sử dụng dung dịch iode hàng ngày vì có thể ảnh hưởng tuyến giáp. Bệnh nhân cần dùng bơm tiêm và kim đầu tròn nhỏ để đưa xuống dưới lợi. Bơm rửa hàng ngày sau khi đã nạo túi lợi.

1.3. Sự thay đổi hệ vi sinh vật dưới lợi sau khi dùng kháng sinh tại chỗ

1.3.1. Minocyclin – HCl: là một thuốc kìm khuẩn, sản phẩm trên thị trường chứa 25% bột, thuốc được bao bằng vỏ polymer glycolide lactide, khi đặt dưới lợi vỏ sẽ bị tan để giải phóng thuốc. Kháng sinh này được đặt sau khi nạo túi lợi và làm giảm số lượng xoắn khuẩn, trực khuẩn di động và vi khuẩn sắc tố đen.

Dạng sản phẩm khác của minocyclin là mỡ 2%, dạng mỡ khó bị hoà tan nên có thể ở trong túi lợi tới 21 giờ.

Các nghiên cứu cho thấy sự kết hợp nạo túi lợi, vệ sinh răng miệng đúng cách và dùng minocyclin tại chỗ đem lại hiệu quả lâm sàng.

1.3.2. Doxycyclin: là dạng sử dụng là thuốc có chứa 8,5% doxycyclin bao vỏ glycolide-co-DL-lactide giống như minocyclin cho kết quả lâm sàng tốt hơn nhóm không dùng thuốc.

1.3.3. Metronidazol dạng kem: đây là kháng sinh hiệu quả với vi khuẩn kỵ khí và làm chết tế bào vi khuẩn bằng cách cản trở tổng hợp acid nucleic. Dạng sử dụng tại chỗ trong túi lợi có vỏ glycerol monocleate và dầu vừng chứa thuốc metronidazol 25%, tác dụng trong 12 giờ, sau 24 giờ nồng độ thuốc trong dịch lợi vẫn có thể tiêu diệt 50% vi khuẩn.

1.3.4. Tetracyclin – HCl: là thuốc kìm khuẩn theo cơ chế ngăn cản tổng hợp protein của vi khuẩn, tetracycline có ưu điểm hơn metronidazol và chlorhexidine là có khả năng bám vào bề mặt răng và biểu mô, thuốc được dùng dưới dạng bột, kem, nước, sọt chỉ tiêu hoặc thuốc bám lên lõi chỉ không tiêu. Ví dụ chỉ ethylen vinyl tẩm thuốc bột nồng độ 25%, hiệu quả trong một tuần. Nghiên cứu cho thấy thuốc tetracyclin có khả năng thấm vào biểu mô.

Sau khi nạo sạch túi lợi và đặt chỉ tetracyclin có tác dụng giảm chiều sâu túi lợi và tăng bám dính.

1.4. Tác dụng phụ của kháng sinh tại chỗ

Ưu điểm của thuốc dùng tại chỗ so với dùng toàn thân là ít tác dụng phụ hơn (tăng huyết áp, buồn nôn, ảnh hưởng niêm mạc dạ dày, nấm Candida, dị ứng...). tuy nhiên các tác dụng phụ vẫn có thể gặp như là dị ứng.

Thuốc vẫn ngấm qua mao mạch đi vào máu và đường toàn thân, nhưng với lượng nhỏ hơn thuốc dùng đường uống và tiêm, thuốc tại miệng dễ dàng đi tới niêm mạc dạ dày và ruột có thể gây rối loạn tiêu hoá. Tác dụng phụ khác là nhờn thuốc tại vùng quanh răng.

2. KHÁNG SINH ĐƯỜNG TOÀN THÂN ĐIỀU TRỊ BỆNH VÙNG QUANH RĂNG

Phương hướng điều trị túi quanh răng hiện nay là nạo sạch, sau đó dùng thuốc hỗ trợ tại chỗ, tuy nhiên kháng sinh đường toàn thân vẫn được sử dụng trong các đợt bệnh cấp và dùng kết hợp với làm sạch cao răng trong túi lợi mà không phẫu thuật.

Việc lấy cao răng và làm sạch chân răng thường không loại bỏ được hết vi khuẩn gây hại như là *A. actinomycetemcomitans*, *P. intermedia*, *P. gingivalis*. Các vi khuẩn có hại còn có trên bề mặt niêm mạc lưỡi và niêm mạc miệng, chúng có thể di chuyển tới túi lợi.

Trong các thập kỷ gần đây, các nha sĩ thường sử dụng kháng sinh để tiêu diệt vi khuẩn nhạy cảm. Kháng sinh từ huyết thanh đi xuyên vào tổ chức liên kết, biểu mô lợi và dịch túi lợi, các kháng sinh này cũng tiêu diệt vi khuẩn nhạy cảm trong khoang miệng.

Vi khuẩn trong miệng và vi khuẩn trong túi lợi có nhiều loại và nhạy cảm kháng sinh khác nhau, vi khuẩn dùng đường toàn thân có nhiều tác dụng phụ hơn dùng tại chỗ, khi dùng kháng sinh toàn thân có thể tương tác thuốc khác, cần cân nhắc kỹ khi điều trị bệnh nhân.

Doxycyclin hyclate (Periostat) với liều thấp ức chế hoạt động của collagenase do bạch cầu đa nhân trung tính tiết ra, do vậy ngăn ngừa sự phá huỷ mô liên kết và tiêu xương. Periostat được dùng với liều 20mg × 2 lần mỗi ngày. Tuy là một kháng sinh nhưng periostat liều thấp có tác dụng như một chất kháng khuẩn và đã được chứng minh làm tăng hiệu quả của điều trị không phẫu thuật và làm chậm sự tiến triển viêm quanh răng.

3. TÁC ĐỘNG CỦA CÁC KHÁNG SINH LÊN CÁC VI KHUẨN VÙNG QUANH RĂNG

A. actinomycetemcomitans nhạy cảm metronidazol và tetracyclin nhưng các kháng sinh này không diệt hoàn toàn được A.a. A.a, huyết thanh typ b kháng kháng sinh nhiều hơn typ a.

Phẫu thuật quanh răng cùng với dùng kháng sinh là cần thiết để loại bỏ *A. a.* và các vi khuẩn khác ở túi lợi cũng như trong khoang miệng. Tác giả Slots và Rosling, nghiên cứu thấy tetracyclin dùng đường toàn thân sau phẫu thuật giảm 50% *A. a.* Ở những vùng nghiên cứu. Kleinfelder nghiên cứu sử dụng ofloxacin sau phẫu thuật nạo túi lợi có hiệu quả giảm *A. a.*

Sự kết hợp metronidazol (250mg) và amoxicillin (375mg), 3 lần ngày, 8 ngày có hiệu quả cao hơn sử dụng kháng sinh đơn lẻ. Tuy nhiên, kháng sinh kết hợp có thể vẫn không loại bỏ được hoàn toàn *A. a.* sau khi dùng thuốc một thời gian có thể là vì bệnh nhân bị tái nhiễm vi khuẩn. Các bệnh nhân dùng kháng sinh kết hợp vẫn cần được nạo sạch túi lợi trước khi dùng thuốc.

P. gingivalis cũng giống *A. a.* Đặc tính có thể nuôi cấy ở môi trường ngoài, vi khuẩn này khó loại bỏ hơn *A.a.* bằng cách sử dụng kháng sinh. Metronidazol dùng đường toàn thân 10 ngày làm giảm số lượng *P. gingivalis* trong vòng 6 tháng. *P. gingivalis* có thể kháng metronidazole, trường hợp này nên kết hợp augmentin sẽ giảm được số lượng *P. gingivalis*. Tác giả Collins dùng kết hợp hai loại kháng sinh toàn thân với bơm rửa povidone – iodine tại chỗ dưới lợi tăng hiệu quả giảm *P. gingivalis*.

Túi lợi có *B. forsythus* cần được điều trị bằng kháng sinh toàn thân: augmentin phối hợp với metronidazol hoặc tetracyclin, phối hợp metronidazol hiệu quả hơn.

P. intermedia là vi khuẩn không thể nuôi cấy ở môi trường ngoài, vi khuẩn này nhạy cảm metronidazol nhất. Doxycillin phối hợp metronidazol không làm giảm số lượng *P. intermedia* mà lại làm giảm hiệu quả của metronidazol với *P. intermedia*.

Hầu hết các kháng sinh đều làm giảm xoắn khuẩn dưới lợi trong đó tetracyclin tỏ ra hiệu quả nhất.

Bảng thống kê vi khuẩn và kháng sinh nhạy cảm

Vi khuẩn	Lựa chọn kháng sinh
Gram dương	Augmentin
Gram âm	Clindamycin
Các trực khuẩn Gr- không nuôi cấy ngoài miệng được	Ciprofloxacin
Pseudomonads, Staphylococci, Xoắn khuẩn và vi khuẩn bắt màu thuốc nhuộm đen	Metronidazol
Prevotella intermedia và <i>P. gingivalis</i>	Tetracyclin
<i>A. actinocetemcomitans</i>	Metronidazol phối hợp Amoxicillin hoặc Ciprofloxacin. Tetracyclin
<i>P. gingivalis</i>	Azithromycin

4. CÁC THUỐC KHÁNG VIÊM KHÔNG STEROID

Từ đầu thập niên 1970, Prostaglandins (PGs) đã được phát hiện là một chất trung gian hoá học trong quá trình phá huỷ mô nha chu và hoạt hoá quá trình huỷ xương. Vane và các cộng sự đã tìm ra quá trình chuỗi hoạt động oxy hoá và quá trình tổng hợp PGs. Aspirin có khả năng ngăn trở quá trình chuỗi phản ứng viêm này. Các điều trị thử nghiệm với thuốc chống viêm không steroid sau đó đã được tiến hành trên bệnh nhân và có hiệu quả làm giảm viêm lợi, giảm tốc độ mất xương ổ răng. Các thuốc không steroid này có tác dụng phụ với dạ dày và bệnh nhân có các bệnh viêm tại phế quản, vì vậy thuốc đã được sử dụng tại chỗ bằng thuốc chải răng với nồng độ 1% và được chứng minh có tác dụng giảm tiêu xương trên bệnh nhân viêm 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. Chlorhexidine digluconate 0,12%:

- A. Súc miệng 2 lần mỗi ngày, mỗi lần 60 giây có tác dụng ngăn sự tiến triển của viêm lợi.
- B. Có khả năng kháng khuẩn, virus, nấm.
- C. Không độc toàn thân khi dùng để súc miệng.
- D. Cả ba câu trên.

2. Kháng sinh metronidazol có khả năng tiêu diệt:

- A. Pseudomonads.
- B. Staphylococci.
- C. Xoắn khuẩn.
- D. Vi khuẩn bất màu thuốc nhuộm đen.
- E. Cả 4 câu trên.

3. Kháng sinh tetracycline có khả năng tiêu diệt:

- A. *Prevotella intermedia*.
- B. *P. gingivalis*.
- C. Cả hai câu trên.

4. Những khó khăn khi sử dụng thuốc tại chỗ điều trị viêm quanh răng:

- A. Túi lợi là một khe rất hẹp.
- B. Dịch của túi lợi di chuyển từ túi lợi ra bờ lợi.
- C. Cả 2 câu trên.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Abu Fanas SH, Drucker DB, Hull PS(1991). Amoxycillin with clavulanic acid and tetracycline in periodontal therapy. *J Dent* 1991; 19: 97–99.
2. Aitken S, Birek P, Kulkarni GV, Lee WL, McCulloch CA (1992). Serial doxycycline and metronidazole in prevention of recurrent periodontitis in high-risk patients. *J Periodontol* 1992; 63: 87–92.
3. Al-Joburi W, Quee TC, Lautar C, Iugovaz I, Bourgooin J, Delorme F, Chan EC (1989). Effects of adjunctive treatment of periodontitis with tetracycline and spiramycin. *J Periodontol* 1989; 60: 533–539.
4. Barone A, Sbordone L, Ramaglia L, Ciaglia RN (1999). Microbiotica associated with refractory periodontitis. Prevalence and antibiotic susceptibility. *Minerva Stomatol* 1999; 48: 191–201.
5. Blandizzi C, Malizia T, Lupetti A, Pesce D, Gabriele M, Giuca MR, Campa M, Del Tacca M, Senesi S (1999). Periodontal tissue disposition of azithromycin in patients affected by chronic inflammatory periodontal diseases. *J Periodontol* 1999; 70:960–966.
6. Dahle 'n G (2000). Microbiology and treatment of dental abscesses and periodontal–endodontic lesions. *Periodontol* 2000; 28: 206–239.
7. Edlund C, Hedberg M, Nord CE (1996). Antimicrobial treatment of periodontal diseases disturbs the human ecology: a review. *J Chemother* 1996; 8: 331–341.
8. Feres M, Haffajee AD, Goncalves C, Allard KA, Som S, Smith C, Goodson JM, Socransky SS (1999). Systemic doxycycline administration in the treatment of periodontal infections. I. Effect on the subgingival microbiota. *J Clin Periodontol* 1999; 26: 775–783.
9. Flemmig TF, Milia *n E, Kopp C, Karch H, Klaiber B (1998). Differential effects of systemic metronidazole and amoxicillin on *Actinobacillus actinomycetemcomitans* and *Porphyromonas gingivalis* in intraoral habitats. *J Clin Periodontol* 1998; 25:1–10.
10. Listgarten MA, Lindhe J, Helld'e'n LB (1978). Effect of tetracycline and/or scaling on human periodontal disease: clinical, microbiological and histological observations. *J Clin Periodontol* 1978; 5: 246–271.

TÁI SINH MÔ CÓ HƯỚNG DẪN

MỤC TIÊU

1. Trình bày được cơ sở sinh học của phương pháp phẫu thuật tái tạo mô có hướng dẫn.
2. Trình bày được chỉ định và chống chỉ định của phương pháp phẫu thuật tái tạo mô có hướng dẫn.
3. Trình bày được các bước tiến hành phương pháp phẫu thuật tái tạo mô có hướng dẫn.

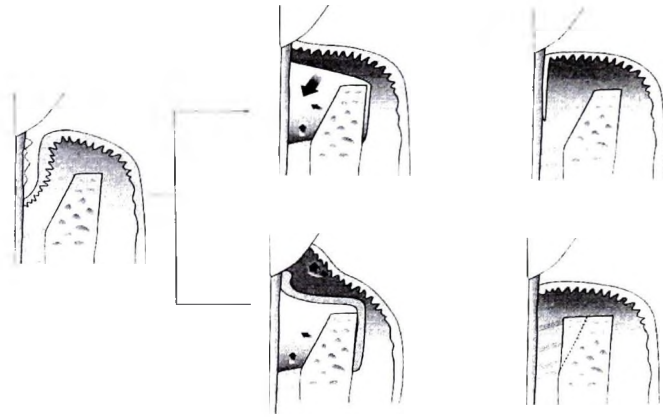
1. CƠ SỞ SINH HỌC

Mục tiêu của việc điều trị bệnh quanh răng không chỉ là kiểm chế bệnh quanh răng mà còn nhằm tái tạo lại phần mô quanh răng bị phá huỷ. Trong những năm gần đây, nhiều phương pháp phẫu thuật đã được tiến hành nhằm đạt được mục tiêu này, trong đó có phương pháp tái sinh mô có hướng dẫn (Guided Tissue Regeneration – GTR).

Melcher cho rằng, sự bám dính của mô quanh răng với bề mặt chân răng sau khi phẫu thuật trước tiên là do loại tế bào dính gắn với bề mặt chân răng (tế bào biểu mô, tế bào phát triển từ mô liên kết, tế bào phát triển từ màng xương hoặc tế bào xương...) Dựa trên quan điểm này, Nyman và cộng sự tiến hành một thực nghiệm che phủ chân răng và phần khuyết xương ở răng bằng một màng lọc Millipore, nhằm ngăn cản sự tiếp xúc giữa mô liên kết với biểu mô lợi với bề mặt chân răng. Trên tiêu bản mô học, họ đã thấy sự hình thành cement với những sợi collagen mới trên bề mặt chân răng, nơi mà sự bám dính đã bị mất trong quá trình bệnh viêm quanh răng.

Cơ chế của sự hình thành bám dính mới được mô tả bởi một loạt các nghiên cứu do Nyman, Karring, Lindhe và các tác giả khác và trên cơ sở của các kết quả nghiên cứu đó, tái sinh mô có hướng dẫn được thiết kế như là một quy trình tái tạo mô quanh răng. GTR đã trở thành kỹ thuật tái tạo mô quanh răng hiệu quả nhất.

Cơ sở của GTR là ngăn cản sự di chuyển về phía cuống răng của các tế bào biểu mô, bằng cách đặt một màng giữa vạt lợi và bề mặt chân răng nhằm ngăn cản sự tiếp xúc phần mô liên kết với bề mặt chân răng. Các tế bào phát triển một cách có chọn lọc và mô quanh răng được tái tạo. GTR thường dùng để tái tạo mô quanh răng khi tiêu xương ở răng và tiêu chôn chân răng do viêm quanh răng.



Hình 25.1. Kỹ thuật tái sinh và mô có hướng dẫn

2. CHỈ ĐỊNH

- Tiêu xương dọc hoặc chéo.
- Tiêu chệch chân răng độ II.
- Co lợi, ít.
- Chiều rộng lợi sừng hoá rộng.
- Chiều dày lợi dính dày.
- Khoảng giữa răng rộng.
- Răng không lung lay.
- Vệ sinh răng miệng tốt.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Tiêu xương ngang.
- Tiêu chệch chân răng độ III.
- Co lợi nhiều.
- Chiều rộng lợi sừng hoá hẹp.
- Chiều dày lợi dính mỏng.
- Khoảng giữa răng hẹp.
- Răng lung lay.
- Vệ sinh răng miệng kém.

4. KỸ THUẬT

a) Đường rạch:

Đường rạch lợi bảo tồn nhú lợi: thực hiện các đường rạch quanh thân răng bảo tồn nhú lợi.

b) Kiểm soát bề mặt chân răng và thành xương:

– Sau khi lấy bỏ tổ chức hạt trong túi quanh răng, dùng cây lấy cao siêu âm và cây nạo lấy sạch cao răng và làm nhẵn bề mặt chân răng bằng mũi khoan đánh bóng, vì có cao răng lắng đọng vào lớp cement nên cần lấy bỏ một lớp mỏng cement.

– Xử lý bề mặt chân răng với dung dịch tetracyclin trong 5 phút.

– Dùng mũi khoan tròn khoan vào bề mặt xương ổ răng để tạo ra những cục máu đông.

– Đối với những khuyết hổng rộng và sâu, để giữ khoảng đòi hỏi có một lớp xương ghép đặt phía dưới màng giữ cho màng khỏi xẹp xuống.

– Đặt màng tái tạo, cố định màng.

Có hai cách cố định màng:

+ Khâu cố định màng vào niêm mạc màng xương.

+ Cố định màng vào xương bằng nẹp vít tự tiêu.



Hình 25.2. Các bước kỹ thuật cơ bản của GTR

c) Các loại màng dùng trong GTR:

4.1. Màng không tiêu

– Loại Polytetra fluoroethylene (PTFE) – GORE – TXR (W.L. Gore).

– Loại Polytetra fluoroethylene có thêm lưới Titan chịu lực (W.L. Gore).

4.2. Màng tự tiêu

– Loại Collagen (Koken, Lyon).

– Loại polyme tích hợp.

+ Màng GC.

+ Màng Resolute (W.L. Gore).

- + Vicryl (Ethicov).
- + Guidor (Guidor).

TỰ LƯỢNG GIÁ

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

1. Tái sinh mô có hướng dẫn (GTR):

- A. Ngăn cản sự di chuyển về phía cuống răng của các tế bào biểu mô bằng cách đặt một màng giữa vật lợi và bề mặt chân răng nhằm ngăn cản sự tiếp xúc phần mô liên kết với bề mặt chân răng.
- B. Dùng để tái tạo mô quanh răng khi tiêu xương ổ răng và tiêu chẽ chân răng do viêm quanh răng.
- C. Kết quả GTR là hình thành cement với những sợi collagen mới trên bề mặt chân răng, nơi mà sự bám dính đã bị mất trong quá trình bệnh viêm quanh răng.
- D. Tất cả các câu trên đều sai.

2. GTR khi nào:

- A. Tiêu xương dọc hoặc chéo
- B. Tiêu chẽ chân răng độ II, co lợi nhiều.
- C. Chiều rộng lợi sừng hoá rộng.
- D. Chiều dày lợi dính dày.
- E. Tiêu chẽ độ III.

3. GTR khi nào:

- A. Tiêu xương ngang.
- B. Tiêu chẽ chân răng độ II, co lợi ít.
- C. Khoảng giữa răng rộng.
- D. Lung lay răng.
- E. Vệ sinh răng miệng tốt.

4. GTR khi nào:

- A. Tiêu chẽ độ II.
- B. Chiều dày lợi dính mỏng, khoảng giữa hai răng rộng.
- C. Chiều dày lợi dính dày, khoảng giữa hai răng hẹp.
- D. Không lung lay răng.
- E. Vệ sinh răng miệng kém.

5. Các loại màng tự tiêu dùng trong GTR:
- A. Polytetra fluoroethylene (PTFE) – GORE – TXR (W.L. Gore).
 - B. Collagen (Koken, Lyon).
 - C. Polytetra fluoroethylene có thêm lưới titan chịu lực (W.L. Gore).
 - D. Polyme tích hợp.
 - E. GC.
6. Các loại màng không tiêu dùng trong GTR:
- A. Polytetra fluoroethylene (PTFE) – GORE – TXR (W.L. Gore).
 - B. Guidor.
 - C. Màng Resosolute (W.L. Gore).
 - D. Polytetra fluoroethylene có thêm lưới Titan chịu lực (W.L. Gore).
 - E. Vicryl (Ethicov).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nyman S, Gottlow J, Karring T, Lindhe J. The generative potential of the periodontal ligament: an experimental study in the monkey. *J Clin Periodontol* 1982; 9(3): 257 – 265.
2. Tonetti P, Pini Prato G, Tonetti MS. Periodontal regeneration of human infrabony defects. H. Reentry Procedures and bone measures. *J Periodontol* 1993; 64(4): 261 – 268.
3. Murphy KG. Postoperative healing complications associated with Gore-Tex periodontal material. Part I. Incidence and characterization. *Int J Periodontics Restorative Dent* 1995; 15: 363 – 375.
4. Tonetti MS, Pini Prato G, Cortelline P. Factors affecting the healing response of intrabony defects following guided tissue regeneration and access flap surgery. *J Clin Periodontol* 1996; 23: 548 – 556.

TÁI TẠO XƯƠNG CÓ HƯỚNG DẪN

MỤC TIÊU

1. Sự khác nhau giữa GBR và GTR.
2. Các cách tạo khoảng trong những loại tiêu xương ổ răng khác nhau.
3. Các bước tiến hành GBR.

1. ĐẠI CƯƠNG

Để đáp ứng yêu cầu về chức năng và thẩm mỹ trong cấy ghép Implant nha khoa và phục hình, việc tái tạo lại phần xương bị khuyết hỏng theo nguyên tắc tái tạo mô có hướng dẫn gọi là tái tạo xương có hướng dẫn (Guided Bone Regeneration – GBR).

Trong GBR, phần khuyết hỏng xương được che phủ bằng một màng bao bọc quanh gần với bề mặt xương, nhằm ngăn cản sự phát triển của các tế bào xơ và tế bào biểu mô về phía xương. Nó giữ một khoảng trống giữa bề mặt xương và màng. Các tạo cốt từ xương và màng xương sẽ phát triển ra và tiến dần về phía khuyết hỏng, dần dần xương mới được hình thành.



Hình 26.1. Mô phỏng quá trình GBR trong thực nghiệm

Trong khi tái tạo mô có hướng dẫn nhằm tái tạo mô quanh răng của răng tự nhiên gồm có xương ổ răng, xương răng, dây chằng quanh răng thì GBR nhằm tái tạo lại phần xương ổ răng. Trong GTR, màng khó được che kín hoàn toàn và để bộc lộ ở phần nằm sát với chân răng, còn trong GBR, màng có thể che kín hoàn toàn được. Vì

màng được che kín nên giảm nguy cơ bị nhiễm khuẩn do lộ màng GBR làm cho việc cấy implant được chắc chắn hơn, đáp ứng nhu cầu chức năng và thẩm mỹ, làm cho chỉ định cấy implant được rộng rãi hơn.

Tái tạo xương có hướng dẫn được dùng rộng rãi khi thiếu hồng một phần hoặc một lỗ ở thành bên của xương ổ răng, hoặc dùng để tăng lượng màng xương ổ răng hoặc cấy implant tức thì.

Trong cấy implant, tái tạo xương có hướng dẫn có thể tiến hành theo hai phương pháp:

- Cắm ghép một thì: cấy trụ implant và đặt một màng tái tạo quanh trụ.
- Cắm ghép hai thì: màng tái tạo được đặt dưới để tăng kích thước màng xương ổ răng, sau giai đoạn liền thương mới cấy trụ implant.

2. PHƯƠNG PHÁP TẠO KHOẢNG TRỐNG

Trong các phẫu thuật chung, vấn đề quan trọng sau phẫu thuật là không để các khoảng trống chết. Tuy nhiên, trong GTR và GBR, cần có một khoảng trống được lấp đầy bằng một cục máu đông. Khoảng trống này cần được duy trì trong một thời gian để mô xương mới được hình thành. Trên thực tế, khoảng trống này dễ bị xẹp đi do lực ép từ mô liên kết phía ngoài màng. Để duy trì khoảng trống dưới màng này, người ta thường dùng xương tự thân, xương đông khô khoáng hoặc các vật liệu thay thế xương, hoặc dùng màng có lưới Titan chịu lực.

Các loại tiêu xương và cách tạo khoảng

Loại tiêu xương		Phương pháp	Cách tạo khoảng	
Tiêu thành xương ổ răng	Dạng lỗ thủng	Một thì	Dễ	Màng
	Khuyết xương lớn	Hai thì	Khó	- Màng + Ghép xương - Màng Titan chịu lực
Ổ răng đã nhỏ	Quá lớn so với trụ	Một thì	Dễ: - Màng Khó: - Màng + Ghép xương - Màng Titan chịu lực	
	Tiêu mào xương ít	Một thì	- Màng + Ghép xương - Màng Titan chịu lực	
	Tiêu mào xương nhiều	Hai thì	- Nâng đỡ cơ học + Màng + Ghép xương - Màng Titan chịu lực	
Khuyết hồng Xương lớn	Thiếu chiều ngang		- Màng + Ghép xương - Màng Titan chịu lực	
	Thiếu chiều cao		- Nâng đỡ cơ học + Màng + Ghép xương	
	Xương hàm hình lưỡi dao			

3. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

- Gây tê tại chỗ.
- Rửa lợi.
- Bóc tách, lật vạt – nạo tổ chức viêm và biểu mô.
- Cắm implant (phương pháp 1 thì).
- Bóc tách màng xương, khoan tạo lỗ như trên bề mặt xương (phương pháp 2 thì).
- Đặt xương ghép hoặc vật liệu thay thế.
- Đặt màng.
- Khâu kéo vạt che phủ màng.

Điều lưu ý khi khâu để tránh lộ màng:

- Lấy bỏ tạp chất và biểu mô lợi ở mặt trong vạt che phủ màng.
- Sau khi khâu phải đóng kín được vạt kết hợp giữa đường khâu mũi rời và đường khâu vạt.
- Giữ mức căng của vạt ở mức tối thiểu.
- Bắt đầu khâu từ vùng liền kề với màng.
- Dùng chỉ không tiêu để khâu.

TỰ LƯỢNG GIÁ

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

1. Tái sinh xương có hướng dẫn (GBR):
 - A. Tái tạo mô quanh răng của răng tự nhiên gồm có XOR, cement chân răng, dây chằng quanh răng.
 - B. Tái tạo lại phần xương ổ răng.
 - C. Màng khó được che kín hoàn toàn.
 - D. Màng được che kín hoàn toàn.
 - E. Tất cả các câu trên đều đúng.
2. Tái sinh xương có hướng dẫn (GBR) trong cắm implant:
 - A. Cắm ghép một thì: cắm trụ implant và đặt một màng tái tạo quanh trụ.
 - B. Cắm ghép một thì: màng tái tạo được đặt dưới để tăng kích thước màng xương ổ răng, sau giai đoạn liền thương mới cắm trụ implant.
 - C. Cắm ghép hai thì: màng tái tạo được đặt dưới để tăng kích thước màng xương ổ răng, sau giai đoạn liền thương mới cắm trụ implant.
 - D. Cả 3 câu trên đều đúng.

3. Các bước kỹ thuật trong tái sinh xương có hướng dẫn (GBR):
 - A. Tê tại chỗ, rạch lợi.
 - B. Bóc tách vạt nạo tổ chức viêm và mô.
 - C. Cắm implant.
 - D. Đặt vật liệu thay thế, màng xương, kéo vạt khâu kín màng.
 - E. Câu A, B, C đúng.
4. Các bước kỹ thuật trong tái sinh xương có hướng dẫn (GBR):
 - A. Tê tại chỗ, rạch lợi.
 - B. Bóc tách vạt nạo tổ chức viêm và mô.
 - C. Cắm implant.
 - D. Bóc tách màng xương, khoan tạo lỗ như trên bề mặt xương, đặt xương ghép hoặc vật liệu thay thế, đặt màng.
 - E. Kéo vạt không khâu kín màng.
 - F. Câu A, B, C đúng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nyman S, Gottlow J, Karring T, Lindhe J. The generative potential of the periodontal ligament: an experimental study in the monkey. *J Clin Periodontol* 1982; 9(3): 257 – 265.
2. Tonetti P, Pini Prato G, Tonetti MS. Periodontal regeneration of human infrabony defects. H. Reentry Procedures and bone measures. *J Periodontol* 1993; 64(4): 261 – 268.
3. Murphy KG. Postoperative healing complications associated with Gore–Tex restorative material. Part I. Incidence and characterization. *Int J Periodontics Restorative Dent* 1995; 15: 363 – 375.
4. Tonetti MS, Pini Prato G, Cortellina P. Factors affecting the healing response of intrabony defects following guided tissue regeneration and access flap surgery. *J Clin Periodontol* 1996; 23: 548 – 556.
5. Becker W, Becker BE, Mellonig J, et al. A prospective multi – center study evaluating periodontal regeneration for class II furcation invasions and intrabony defects after treatment with a bioabsorbable barrier membrane: 1 – year results. *J Periodontol* 1996; 67: 641 – 649.

PHẪU THUẬT CẮT CHÂN RĂNG VÀ MỘT PHẦN THÂN RĂNG

MỤC TIÊU

1. Phân loại độ tiêu chề chân răng.
2. Nêu được mục tiêu của phương pháp cắt chân và thân răng.
3. Nêu được chỉ định cắt bỏ chân răng và một phần thân răng.

1. ĐẠI CƯƠNG

Phẫu thuật cắt chân răng và một phần thân răng được chỉ định khi những răng hàm nhiều chân bị tiêu chề chân răng độ II hoặc độ III, phần răng còn lại được dùng làm trục cho một phục hình cố định.

Điều trị tiêu chề chân răng bao gồm làm sạch chề chân răng, bảo tồn và duy trì phần xương ổ răng còn lại ở vùng chề đó và tạo nên một bám dính mới, tuy nhiên đối với những trường hợp tiêu chề chân răng nặng (độ II – III), việc điều trị còn nhiều khó khăn và khó mang lại kết quả tốt.

2. PHÂN LOẠI TIÊU CHỀ CHÂN RĂNG

Phân loại độ tiêu chề chân răng (theo Hamy, Nymen, Lindhe)

Độ I	Độ II	Độ III
<ul style="list-style-type: none">- Tiêu ngang- Khuyết hồng xương < 3mm nhưng trong khoảng 1/3 bề rộng chân răng.	<ul style="list-style-type: none">- Tiêu ngang- Khuyết xương > 3mm, lớn hơn 1/3 bề rộng chân răng nhưng chưa xuyên hết vùng chề.	<ul style="list-style-type: none">- Xuyên qua toàn bộ vùng chề.

Phân loại theo quan điểm điều trị

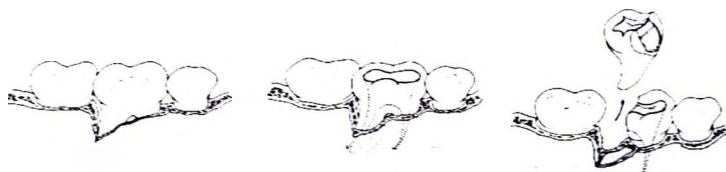
	Độ I	Độ II	Độ III
Điều trị duy trì	– Lấy cao, làm nhẵn bề mặt chân răng. – Nạo túi lợi.	Nạo túi lợi.	Nạo túi lợi.
Phẫu thuật che kín vùng chề.	Phẫu thuật vật trượt, tạo hình xương.		
Loại bỏ vùng chề.		Cắt chân và thân răng.	Cắt chân và thân răng.
Đóng kín vùng chề với bả dính mới.		Phẫu thuật vật với màng tái tạo.	Phẫu thuật vật với màng tái tạo nhỏ răng.

3. MỤC TIÊU CỦA PHƯƠNG PHÁP CẮT CHÂN VÀ THÂN RĂNG

– Nhằm cắt bỏ chân răng bị tiêu xương ổ răng nhiều và dễ dàng làm sạch phần chân răng còn lại.

- Làm giảm độ sâu túi quanh răng do loại bỏ việc tiêu chề chân răng.
- Tạo điều kiện cho việc vệ sinh vùng chề sạch sẽ.
- Bảo tồn đến mức tối đa mô quanh răng ở chân răng còn lại.
- Kiểm soát khoảng giữa răng với răng liền kề.
- Để điều trị những răng nhiều chân mà có chân răng không điều trị tủy được.
- Điều trị những răng bị tổn thương do sâu răng.

Trên lâm sàng cần khám kỹ tình trạng quanh răng, xem xét liên quan của răng đó với các răng khác trên cung hàm để có quyết định đúng đắn việc cắt bỏ chân nào và giữ lại chân và phần thân còn lại.



Hình 27.1. Kỹ thuật cắt thân và chân răng

4. CHỈ ĐỊNH, CHỐNG CHỈ ĐỊNH VÀ CÁC BƯỚC KỸ THUẬT

4.1. Chỉ định cắt bỏ chân răng và một phần thân răng

Hình dạng giải phẫu của chân răng, các yếu tố nội nha nha chu và kế hoạch phục hình là tất cả những yếu tố cần được xem xét kỹ để có kế hoạch cắt chân răng và một phần thân răng.

* Tình trạng nha chu

– Tiêu chệ chân răng độ II – III.

– Khi răng bị tiêu vùng chệ chân răng nhiều, bên cạnh một răng lành, chân răng tổn thương để lại sẽ gây khó khăn cho việc điều trị quanh răng, điều trị phục hình và điều trị duy trì.

– Khi hình dạng chân răng bất thường làm cản trở việc điều trị bảo tồn chân răng như chân răng có nhiều vết lõm hoặc chỗ gờ cao hoặc chệ xương.

– Khuyết xương do biến chứng của tuỷ răng.

* Tình trạng răng và ống tuỷ

– Chân răng bị cong, khó nạo sạch tổ chức viêm quanh chân răng.

– Nội tiêu hoặc ngoại tiêu chân răng, gãy chân răng.

– Sâu chân răng ở răng nhiều chân.

– Ống tuỷ bị calci hoá, cong, khó hàn ống tuỷ.

4.2. Chống chỉ định

Khi xương ổ răng quanh chân răng bị tiêu quá 2/3 chiều cao chân răng hoặc > 7mm.

4.3. Các bước tiến hành

– Điều trị khởi đầu

+ Lấy cao răng, làm nhẵn bề mặt chân răng.

+ Hướng dẫn vệ sinh răng miệng.

+ Điều trị tuỷ chân răng giữ lại.

– Điều trị phẫu thuật.

+ Gây tê tại chỗ.

+ Khoan cắt thân răng.

+ Lấy chân răng (nhẹ nhàng, không sang chấn).

+ Lật vạt quanh chân răng.

+ Nạo tổ chức viêm quanh chân răng và vùng chân răng đã nhỏ.

+ Khâu kín vạt.

TỰ LƯỢNG GIÁ

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

1. Phân loại độ tiêu chệ chân răng (theo Hamy, Nymen, Lindhe)

A. Độ I: Tiêu ngang, Khuyết hồng xương < 3mm nhưng trong khoảng 1/3 bề rộng chân răng.

- B. Độ II: Tiêu ngang, Khuyết hồng xương >3mm nhưng trong khoảng 1/3 bề rộng chân răng.
- C. Độ II: Tiêu ngang, Khuyết xương >3mm, lớn hơn 1/3 bề rộng chân răng nhưng chưa xuyên hết vùng chẽ.
- D. Độ III: Tiêu ngang, Khuyết xương >3mm, lớn hơn 1/3 bề rộng chân răng nhưng chưa xuyên hết vùng chẽ.
- E. Độ III: Xuyên qua toàn bộ vùng chẽ.
2. Mục tiêu của phương pháp cắt chân và thân răng:
- A. Nhằm cắt bỏ chân răng bị tiêu xương ổ răng.
- B. Nhằm cắt bỏ chân răng bị tiêu XOR nhiều và dễ dàng làm sạch phần chân răng còn lại.
- C. Làm giảm độ sâu túi quanh răng do loại bỏ việc tiêu chẽ chân răng.
- D. Tạo điều kiện cho việc vệ sinh vùng chẽ sạch sẽ.
- E. Tất cả các câu trên đều đúng.
3. Cắt một phần thân và chân răng khi nào?
- A. Tiêu chẽ chân răng độ II – III.
- B. Răng bị tiêu vùng chẽ chân răng nhiều, chân răng tổn thương gây khó khăn cho điều trị duy trì.
- C. Hình dạng chân răng bất thường làm cản trở việc điều trị bảo tồn chân răng.
- D. Khuyết xương do biến chứng của tủy răng.
- E. Tất cả các câu trên đều sai.
4. Cắt một phần thân và chân răng khi nào?
- A. Chân răng bị cong, khó nạo sạch tổ chức viêm quanh chân răng.
- B. Nội tiêu hoặc ngoại tiêu chân răng, gãy chân răng.
- C. Sâu nhiều chân răng ở răng nhiều chân.
- D. Ống tủy bị calci hoá, cong, khó hàn ống tủy.
- E. Xương ổ răng quanh chân răng bị tiêu quá 2/3 chiều cao chân răng.
- Điền từ hoặc cụm từ thích hợp vào chỗ trống cho câu hỏi sau:**
5. Phân loại theo quan điểm điều trị: Điều trị duy trì gồm các bước:
- A. Độ I:.....
- B. Độ II:
- C. Độ III:.....

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Cohen ES. Atlas of Periodontaf Surgery. Philadelphia: Lea & Febiger, 1988.
2. Kastenbaum F. The restoration of the sectioned molar. Int J Periodont Restorative Dent 1986; 6 (6): 9 – 23.
3. Pontoriero R, Lindhe J, Nyman S, et al. Guided tissue regeneration in degree II furcation – involved mandibular molar. A clinical study. J Clin Periodontol 1988; 15: 247 – 254.
4. Machtei EE, Schallhorn RG. Successful regeneration of mandibular class II furcation defects: An evidence – based treatment approach. Int J Periodont Restorative Dent 1995; 15: 146 – 167.

Chương IV

DỰ PHÒNG BỆNH QUANH RĂNG

Bài 28

CÁC CHỈ SỐ ĐÁNH GIÁ TÌNH TRẠNG QUANH RĂNG

MỤC TIÊU

1. *Nêu được yêu cầu của một chỉ số đánh giá tình trạng quanh răng.*
2. *Sử dụng được chỉ số nhu cầu điều trị quanh răng cộng đồng và các chỉ số đánh giá tình trạng vệ sinh răng miệng.*
3. *Trình bày được chỉ số lợi, chỉ số quanh răng và chỉ số bệnh quanh răng.*

1. ĐẠI CƯƠNG

Để ghi nhận và đánh giá tình trạng quanh răng ở một cộng đồng, giúp cho việc quản lý bệnh quanh răng, người ta sử dụng các chỉ số quanh răng.

Việc dùng các chỉ số giúp cho ta có thể đánh giá được sự lưu hành của bệnh, mức độ nặng nhẹ và mối liên quan với các yếu tố khác như tuổi, tình trạng vệ sinh răng miệng... Hơn thế nữa, việc sử dụng các chỉ số còn giúp cho người quan sát, so sánh được tình trạng quanh răng giữa các nhóm tuổi, giữa các cộng đồng ở bất kỳ nơi nào trên thế giới trong cùng một thời điểm hoặc giữa các thời điểm khác nhau.

Để đánh giá tình trạng quanh răng, các chỉ số phải đáp ứng được các tiêu chuẩn dưới đây:

– Áp dụng được trong thực tế và được người khám chấp nhận như không làm đau khi khám, khám không quá lâu...

– Phản ánh đúng thực tế tình trạng quanh răng.

– Được tiêu chuẩn hoá đầy đủ và có thể tin cậy được, cho phép so sánh giữa những người khám khác nhau và giữa những lần khám ở các thời điểm khác nhau như trong các nghiên cứu dọc.

- Cho phép xác định mức độ bằng số, nên phân tích được về mặt thống kê.
- Dễ nhảy để xác định được các thay đổi nhỏ ở quanh răng.

Cho tới nay, để đánh giá và quản lý bệnh quanh răng, các chỉ số được sử dụng rộng rãi trên thế giới là:

- Chỉ số lợi.
- Chỉ số quanh răng.
- Chỉ số bệnh quanh răng.
- Chỉ số nhu cầu điều trị quanh răng cộng đồng.
- Chỉ số vệ sinh răng miệng.
- Chỉ số mảng bám răng.

2. TỔ CHỨC HỌC VÙNG QUANH RĂNG

Tổ chức quanh răng gồm có lợi, dây chằng quanh răng, xương răng và xương ổ răng.

2.1. Lợi

Lợi là một vùng đặc biệt của niêm mạc, phủ phần dia của mào ổ răng và dính chặt với xương ở phía dưới. Lợi gồm hai phần là lợi bờ và lợi dính.

Lợi bờ:

Là phần lợi không dính xương, ôm sát vào cổ răng và cùng với cổ răng tạo thành một rãnh gọi là rãnh lợi. Chiều sâu của rãnh lợi bình thường khoảng 1–2mm. Lợi bờ gồm có nhú lợi và đường viền lợi.

- Nhú lợi là lợi ở kẽ giữa 2 răng. Mỗi một kẽ răng có một nhú trong và một nhú ngoài, giữa hai nhú là vùng lõm.

- Đường viền lợi không dính vào răng mà ôm sát răng. Mặt trong của đường viền lợi là lớp biểu mô. Mặt ngoài lợi bờ là lớp biểu mô sừng hoá.

Lợi dính:

- Là vùng lợi bám dính một phần vào chân răng và một phần vào mặt ngoài xương ổ răng. Mặt ngoài lợi dính là lớp biểu mô sừng hoá.

- Giữa lợi bờ và lợi dính có một rãnh gọi là rãnh dưới lợi bờ. Rãnh dưới lợi bờ là ranh giới giữa hai vùng lợi. Lợi dính thường chắc, có cấu trúc da cam và có màu hồng nhạt.

2.2. Vùng dây chằng quanh răng

Vùng dây chằng quanh răng là một mô liên kết đặc biệt nối răng với xương ổ răng.

2.3. Xương răng

Xương răng là một mô liên kết với hoá đặc biệt, bao phủ lớp ngà chân răng.

2.4. Xương ổ răng

Xương ổ răng là một bộ phận của xương hàm gồm lá xương thành trong huyết ổ răng và mô xương chống đỡ xung quanh huyết ổ răng.

3. CÁC CHỈ SỐ ĐÁNH GIÁ TÌNH TRẠNG QUANH RĂNG

3.1. Chỉ số lợi (Gingival Index – GI)

Chỉ số lợi được Loe và Silness giới thiệu năm 1963. Tình trạng lợi được ghi nhận ở 4 mức độ khác nhau từ 0 đến 3 bao gồm:

0: Lợi bình thường

1: Viêm nhẹ, có thay đổi nhẹ về màu sắc, lợi nề nhẹ và không chảy máu khi thăm khám bằng thăm trám.

2: Viêm trung bình, lợi đỏ, phù và chảy máu khi thăm khám.

3: Viêm nặng, lợi đỏ rõ và phù, có loét, có xu hướng chảy máu tự nhiên.

Vị trí lợi ở các mặt gần, mặt má, mặt xa và mặt lưỡi được ghi riêng. Chỉ số này rất nhạy ở giai đoạn đầu của bệnh. Khi khỏi bệnh, giá trị của chỉ số sẽ về 0.

3.2. Các chỉ số phá hủy quanh răng

3.2.1. Chỉ số quanh răng (Periodontal Index – PI)

Chỉ số quanh răng được Rusel giới thiệu năm 1956. Tất cả các răng đều được khám và có các số ghi như sau:

0: Âm tính, không có viêm hoặc không mất chức năng do phá hủy các tổ chức chống đỡ răng.

1: Viêm lợi nhẹ, có một vùng viêm rõ ở lợi bờ, nhưng vùng viêm này không bao quanh răng.

2: Viêm lợi, vùng viêm bao quanh toàn bộ răng, nhưng không phá hủy lợi dính.

3: Viêm lợi kèm theo hình thành túi lợi, lợi dính bị phá hủy và có túi lợi. Không ảnh hưởng đến chức năng ăn nhai, răng còn chắc và không di chuyển.

4: Phá hủy nhiều mô quanh răng, mất chức năng ăn nhai. Răng có thể bị mất, có thể bị di lệch, dùng dụng cụ kim loại gõ thấy có âm đục và có thể ấn lún.

Nguyên tắc ghi là khi nghi ngờ thì ghi số ghi ở mức nhẹ hơn.

Chỉ số này áp dụng cho một cộng đồng dân số lớn. Hạn chế của chỉ số này là các số ghi của chỉ số đối với trường hợp phá hủy tổ chức quanh răng quá nặng nên không thể phân biệt được ở giai đoạn đầu của viêm quanh răng mạn.

3.2.2. Chỉ số bệnh quanh răng (Periodontal Disease Index – PDI)

Chỉ số bệnh quanh răng do Ramfjord giới thiệu năm 1959 và là sự phát triển tiếp

theo của chỉ số Russel. Chỉ số này được thiết kế riêng để đánh giá mức độ chiều sâu của túi lợi dưới ranh giới men – xương răng. Các số ghi như sau:

0: Lành mạnh.

1: Viêm từ nhẹ đến trung bình, nhưng không kéo dài toàn bộ xung quanh răng.

2: Viêm từ nhẹ đến trung bình ở toàn bộ xung quanh răng.

3: Viêm lợi nặng, lợi đỏ rõ, có xu hướng chảy máu, loét.

4: Khoảng cách từ đáy túi lợi đến ranh giới men – xương răng là 3mm.

5: Khoảng cách trên từ 3 – 6mm.

6: Khoảng cách trên kéo dài trên 6mm.

Khám ở 6 răng là các răng 16, 21, 24, 36, 41 và 46. Giá trị trung bình của số ghi ở 6 răng là số ghi của bệnh nhân.

3.2.3. Chỉ số nhu cầu điều trị quanh răng của cộng đồng (Community Periodontal Index of treatment Needs – CPITN)

Chỉ số nhu cầu điều trị quanh răng cộng đồng do Ainamo và cộng sự giới thiệu năm 1983 và đã trở thành chỉ số được sử dụng rộng rãi nhất để đánh giá dịch tễ bệnh quanh răng và nhu cầu điều trị cho cộng đồng. Việc sử dụng chỉ số này được tiến hành theo 5 phương pháp dưới đây.

1) Dùng thám châm đặc biệt, đầu tròn, có một dải màu đen. Thám châm này được gọi là thám châm CPITN. Khi khám túi lợi đưa đầu tròn thám châm vào túi lợi nhẹ nhàng với một lực khoảng 20 gam.

2) Hai hàm răng được chia thành 6 vùng gọi là các vùng lục phân, bao gồm 4 vùng ở phía sau và 2 vùng ở phía trước. Mỗi vùng phải có ít nhất 2 răng không có chỉ định nhổ mới tính. Nếu còn một răng thì răng đó phải được tính vào vùng bên cạnh.

3) Có 6 mã số được ghi như sau:

0: Lành mạnh, không có túi lợi hoặc không chảy máu khi thăm khám.

1: Chảy máu lợi khi thăm khám.

2: Có cao răng hoặc các yếu tố có khả năng lưu giữ mảng bám răng như bờ ở chỗ hàn nhổ ra mà có thể nhìn thấy hoặc cảm thấy khi thăm khám bằng thám châm.

3: Túi lợi sâu 4 – 5mm. Khi khám thấy bờ lợi tương ứng trong vùng dải đen của thám châm.

4: Túi lợi sâu từ 6mm trở lên. Khi khám không nhìn thấy dải đen của thám châm, dải đen nằm trong túi lợi.

5: Khi chỉ có 1 răng hoặc không có răng trong vùng lục phân. Răng hàm lớn thứ ba không tính trừ khi nó có chức năng ở vị trí răng hàm lớn thứ hai.

Khi sử dụng chỉ số cho mục tiêu về dịch tễ thì khám 10 răng bao gồm 5 răng ở hàm trên ở các răng 11, 16, 17, 26, 27 và 5 răng hàm dưới là các răng 37, 36, 31, 46, 47. Hai răng hàm lớn ở một vùng lục phân thì ghi lại mã số ở răng nào nặng hơn.

4) Khi sử dụng chỉ số cho mục tiêu điều trị, đối với trẻ em và thanh thiếu niên dưới 20 tuổi thì khám ở 6 răng là các răng 16, 11, 26, 36, 31 và 46. Đối với người lớn từ 20 tuổi trở lên thì khám tất cả các răng.

5) Kế hoạch điều trị được dựa vào cơ sở các mã số như:

0: Không cần điều trị

1: Cần tăng cường chăm sóc răng miệng tại nhà.

2 và 3: Cần lấy cao răng trên lợi và dưới lợi, tăng cường chăm sóc răng miệng tại nhà.

4: Đòi hỏi điều trị phức tạp hơn như lấy cao răng trên lợi và dưới lợi, làm nhẵn chân răng, tăng cường chăm sóc răng miệng tại nhà và phẫu thuật quanh răng.

Chỉ số CPITN đã được sử dụng rộng rãi trong nhiều nghiên cứu điều tra trên khắp thế giới của Tổ chức Y tế Thế giới và đã thể hiện là một phương tiện rất hữu ích.

So với chỉ số quanh răng PI thì chỉ số CPITN nhạy hơn. Tuy vậy, để phục vụ chẩn đoán, làm kế hoạch điều trị cũng như theo dõi tiến triển ở bệnh nhân riêng lẻ thì chỉ số CPITN lại không đủ nhạy.

3.3. Các chỉ số đánh giá tình trạng vệ sinh răng miệng

Các chỉ số về tình trạng vệ sinh răng miệng được sử dụng nhiều nhất là chỉ số vệ sinh răng miệng và chỉ số mảng bám.

3.3.1. Chỉ số vệ sinh răng miệng (Oral Hygiene Index – OHI)

– Chỉ số vệ sinh răng miệng được Greene và Vermillion giới thiệu năm 1960. Đây là chỉ số hỗn hợp ghi lại cận và cao răng ở tất cả các răng hoặc các mặt răng đã được lựa chọn.

– Cận răng là tất cả các chất ngoại lai mềm dính vào răng, cận răng và cao răng được ghi riêng biệt.

– Cận răng được ghi theo các mã số như:

0: Không có cận răng hoặc vết bẩn.

1: Cận mềm, phủ không quá một phần ba bề mặt răng.

2: Cận mềm phủ quá một phần ba nhưng không quá hai phần ba mặt răng.

3: Cận mềm phủ quá hai phần ba bề mặt răng.

Cao răng cũng được ghi theo các tiêu chuẩn tương tự nhưng có bổ sung thêm:

+ Trường hợp cao răng dưới lợi thì ghi số 2.

+ Trường hợp có một dải cao răng liên tục dưới lợi ghi số 3.

– Tổng các số ghi cận răng và cao răng chia cho số mặt răng khám là chỉ số vệ sinh răng miệng.

3.3.2. Chỉ số mảng bám (Plaque Index – PI)

Chỉ số mảng bám răng, được Silness và Loe giới thiệu năm 1964. Chỉ số có các mã số ghi như sau:

0: Không có mảng bám.

1: Có một lớp mảng bám có thể nhìn thấy được bằng cách di chuyển đầu thám trám hoặc chất chỉ thị màu.

2: Có tích tụ mảng bám ở mức độ trung bình mà có thể nhìn thấy bằng mắt thường.

3: Có tích tụ nhiều các chất màu ở giữa bờ lợi và mặt răng. Vùng giữa các răng có nhiều cặn.

Chỉ số này được dùng cùng với chỉ số lợi để cung cấp các biểu hiện của mối quan hệ nhân quả giữa mảng bám và viêm lợi. Sự thay đổi các chỉ số này đánh giá số lượng cao răng và các yếu tố giữ mảng bám như bờ của các miếng hàn nhô ra.

TỰ LƯỢNG GIÁ

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

1. Yêu cầu của chỉ số quanh răng:

- A. Phản ánh được tiến triển của bệnh.
- B. Có tác dụng tiên lượng bệnh.
- C. Dễ áp dụng.
- D. Phản ánh đúng tình trạng quanh răng.
- E. Dù nhạy.
- F. Có thể số hoá.

2. Chỉ số lợi:

- A. Có 6 mã số từ 0 đến 6.
- B. Có 4 mã số từ 0 đến 3.
- C. Mã số 0 là viêm lợi nhẹ.
- D. Mã số 0 là lợi bình thường.

3. Chỉ số quanh răng:

- A. Có 5 mã số từ 0 đến 4.
- B. Có 5 mã số: 0, 1, 2, 6, 8.
- C. Mã số 2 là có túi lợi.
- D. Mã số 6 là có túi lợi.
- E. Mã số 8 là răng bị mất hoặc mất chức năng ăn nhai.

4. Chỉ số bệnh quanh răng:
- A. Khám ở tất cả các răng.
 - B. Khám ở 6 răng của 6 vùng.
 - C. Mã số 5 là mất bám dính trên 6mm.
 - D. Mã số 6 là mất bám dính trên 6mm.
5. Chỉ số CPITN:
- A. Sử dụng thám trầm thông thường.
 - B. Sử dụng thám trầm chuyên dụng CPITN.
 - C. Khi khám thấy bờ lợi nằm trong dải đen là mã số 2.
 - D. Khi khám thấy bờ lợi nằm trong dải đen là mã số 3.
 - E. Khi đưa thám trầm vào túi lợi không thấy dải đen là mã số 3.
 - F. Khi đưa thám trầm vào túi lợi không thấy dải đen là mã số 4.
6. Chỉ số vệ sinh răng miệng:
- A. Có 3 mã số từ 0 đến 2.
 - B. Có 4 mã số từ 0 đến 3.
 - C. Mã số dựa vào mức độ cao răng.
 - D. Mã số dựa vào mức độ cận mềm.
7. Chỉ số mảng bám:
- A. Phải dùng chất chỉ thị màu.
 - B. Không nhất thiết dùng chất chỉ thị màu.
 - C. Có 6 mã số từ 0 đến 5.
 - D. Có 4 mã số từ 0 đến 3.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

Tiếng Việt

1. Trịnh Đình Hải. *Giáo trình dự phòng bệnh quanh răng*. Nhà xuất bản Y học. Hà Nội, 2004. 3–9.

Tiếng Anh

2. Manson J.M. Eleg BM. Epidemiology of Periodontal disease (The size of the problem). Outline of periodontics. Wright. 1995. 105–113.
3. Vladimir W. spolsky. Epidimiology of Fingival and periodontal Disease. Clinical periodontology. Philadelphia. 1996. 61–79.

DỊCH TỄ BỆNH QUANH RĂNG

MỤC TIÊU

1. Trình bày được dịch tễ bệnh viêm lợi.
2. Trình bày được dịch tễ bệnh viêm quanh răng.
3. Trình bày được dịch tễ bệnh viêm quanh răng ở một số nước trên thế giới.
4. Trình bày được dịch tễ bệnh viêm lợi, viêm quanh răng ở cộng đồng dân cư Việt Nam.

1. ĐẠI CƯƠNG

Bệnh viêm lợi và viêm quanh răng là một trong số các bệnh răng miệng có tỷ lệ người mắc cao nhất. Ở một số nước có thể có tới trên 90% dân số bị viêm lợi hoặc viêm quanh răng.

Đa phần nguyên nhân viêm lợi và viêm quanh răng trong cộng đồng là do kích thích của các vi khuẩn ở mảng bám răng gây ra. Vì vậy, để dự phòng các bệnh này cho cộng đồng cần phải tuyên truyền và hướng dẫn các biện pháp tự chăm sóc răng miệng cho cộng đồng.

Ở các lứa tuổi khác nhau thì tỷ lệ người mắc cũng như mức độ viêm lợi và viêm quanh răng cũng khác nhau.

Những người có viêm quanh răng tức có túi lợi bệnh lý, nếu không được chăm sóc điều trị kịp thời có thể sẽ dẫn đến mất răng sớm.

2. TỶ LỆ NGƯỜI CÓ VIÊM LỢI VÀ VIÊM QUANH RĂNG NÓI CHUNG

2.1. Tỷ lệ người viêm lợi

Tỷ lệ người viêm lợi khác nhau đáng kể theo tuổi.

2.1.1. Thời kỳ răng sữa

Lợi ở xung quanh các răng sữa để kháng được với viêm gây ra do mảng bám. Thậm chí khi ngừng chải răng 3 tuần thì có sự khác nhau đáng kể về đáp ứng ở tổ chức lợi giữa trẻ em và người lớn. Có một số nghiên cứu ở Mỹ và Anh cho thấy trẻ em dưới 5 tuổi không có viêm lợi hoặc viêm ít.

Năm 1972, Poulsen và Moller nghiên cứu ở Đan Mạch, có 25% trẻ em 3 tuổi bị viêm lợi. Năm 1983, Spencer nghiên cứu ở 128 trẻ em Úc 5 – 6 tuổi thấy có viêm lợi nhẹ quanh răng sữa, ít có viêm nặng. Ngoài ra, người ta còn thấy ít có mối liên quan giữa tình trạng vệ sinh răng miệng với mức độ nặng của viêm. Sự khám phá này phản ánh sự khác nhau về cường độ đáp ứng miễn dịch ở trẻ em nhỏ hoặc khác nhau về vi sinh vật trong rãnh lợi. Năm 1964, Aranjó và McDonald thấy có xoắn khuẩn trong miệng ở trẻ em 3 – 7 tuổi nhưng số lượng thấp hơn so với người lớn.

2.1.2. Thời kỳ răng hỗn hợp

Thời kỳ này còn được gọi là thời kỳ quá độ. Thời kỳ này kéo dài từ 5 – 6 tuổi tới tuổi dậy thì với đặc điểm là răng không đều và có thay đổi nội tiết tố.

Năm 1978, Tổ chức Y tế Thế giới (TCYTG) thông báo có 80% trẻ em dưới 12 tuổi và 100% trẻ em 14 tuổi có viêm lợi mạn. Năm 1986, Addy nghiên cứu trẻ em 11 – 12 tuổi ở Anh cho thấy toàn bộ số trẻ em được khám có viêm lợi ở một vài chỗ với biểu hiện chảy máu khi thăm khám, đồng thời còn thấy có mối liên hệ rõ giữa chỉ số mảng bám và chỉ số lợi.

Sau 14 tuổi mức độ nặng của viêm lợi giảm xuống và có sự khác nhau về giới. Trước tuổi 14, mức độ nặng của viêm lợi ở trẻ em gái cao hơn trẻ em trai. Các chỉ số ở trẻ em gái đạt tới điểm cao nhất ở tuổi 12, các chỉ số ở các trẻ em trai đạt tới điểm cao nhất ở tuổi 14 và cao hơn các trẻ em gái cùng lứa tuổi này. Điều này có thể liên quan tới sự thay đổi về cách thức thói quen trong vệ sinh răng miệng.

Ở tuổi dậy thì, phản ứng của tổ chức đối với mảng bám mạnh mẽ hơn. Sau tuổi dậy thì, mức độ nặng của viêm giảm xuống.

2.1.3. Thời kỳ trưởng thành

Sau giảm viêm ở thời kỳ sau dậy thì, tỷ lệ viêm lợi lại tăng lên và có người ghi nhận được có tới 100% thanh thiếu niên tuổi 17 – 22 bị viêm lợi. Năm 1983, Cuttress nghiên cứu ở thanh thiếu niên 15 – 19 tuổi, thấy có 79% bị viêm lợi, nhưng chỉ có 34% các vùng lợi bị viêm và chỉ có 1% bị viêm quanh răng.

Năm 1989, Loe và cộng sự phân tích số liệu ở người từ 19 tuổi trở lên ở 48 bang của Mỹ thấy có 15% không bị bệnh quanh răng và những người còn lại có 50%, số người có viêm lợi mà không có viêm quanh răng. Lưu hành viêm lợi giảm xuống từ 54% ở nhóm tuổi 19 – 44 xuống 44% ở nhóm tuổi 45 – 64 và chỉ còn 36% ở nhóm tuổi từ 65 trở lên. Trong hầu hết các trường hợp thì viêm lợi giới hạn ở một vài răng.

Việc chuyển từ trạng thái viêm lợi mạn sang viêm quanh răng mạn ở người châu Á xảy ra ở lứa tuổi sớm hơn so với người châu Âu hoặc người gốc Âu. Sự khác nhau này có thể liên quan đến các yếu tố di truyền và còn được giải thích bởi sự khác nhau về thói quen vệ sinh răng miệng, liên quan đến học vấn và thu nhập. Vai trò dinh dưỡng đối với lợi còn chưa được biết rõ ràng, nhưng người ta thấy rằng những người

được nuôi dưỡng tốt ở các nước phát triển thì yếu tố dinh dưỡng đóng vai trò ít hoặc không có liên quan.

Viêm lợi loét cấp có tỷ lệ mắc thấp ở các nước giàu, cao hơn ở các nước nghèo và thường bị ở trẻ em thiếu ăn.

2.2. Tỷ lệ người có viêm quanh răng

Các bằng chứng cổ sinh vật học cho thấy bệnh quanh răng đã có từ thời kỳ rất sớm của nhân loại. Các nghiên cứu về dịch tễ học trước đây đã nhấn mạnh đến tính chất phổ biến của bệnh. Năm 1955, Marshall – Day cho thấy có 90% người lớn ở tuổi 40 có bệnh quanh răng.

Các nghiên cứu gần đây đã chứng minh được rằng, bệnh viêm quanh răng không tới mức phổ biến, lưu hành rộng rãi cũng như không nặng như người ta đã nghĩ. Năm 1990, TCYTTG cho biết có trên 50 nước có từ 5 – 20% người bị viêm nặng ở tuổi 40.

Sự khởi đầu phá huỷ quanh răng xảy ra phổ biến nhất ở người lớn trẻ tuổi. Sau đó thì cả tỷ lệ mắc và mức độ nặng đều tăng lên theo tuổi và có biểu hiện lâm sàng rõ ở tuổi tứ tuần.

Sự phá huỷ quanh răng ở trẻ em thường liên quan tới một vài sai lệch về đáp ứng của vật chủ như hội chứng Down, bệnh đái tháo đường ở người trẻ... Nhưng bệnh quanh răng phá huỷ sớm tức là bệnh viêm quanh răng ở người trẻ cũng còn gặp ở nhiều trẻ em khoẻ mạnh. Qua nghiên cứu ở trẻ em da đen và da trắng lứa tuổi 15, người ta thấy có 1,5% trẻ em da đen có viêm quanh răng và tỷ lệ nam/nữ là như nhau. Trong khi đó trẻ em da trắng chỉ có 0,3% bị viêm quanh răng và tỷ lệ nam/nữ là 1/4.

Qua điều tra trên 60 nước, với việc dùng chỉ số CPITN, năm 1991 TCYTTG thông báo rằng, ở tuổi thanh thiếu niên từ 15 – 19 tuổi thì số người có CPITN 2 là nhiều nhất và ở các nước không công nghiệp hoá có tỷ lệ người mắc cao hơn nhiều so với người ở các nước công nghiệp hoá.

Ở lứa tuổi 35 – 44, cao răng và túi lợi nông hay gặp nhất. Tỷ lệ phần trăm và số trung bình vùng lục phân có túi lợi sâu rất thấp. Kết quả điều tra ở các lứa tuổi cao hơn cho thấy tiến triển của bệnh quanh răng theo tuổi không được chỉ ra bởi tăng chỉ số CPITN nhưng lại thể hiện ở tăng số lượng răng mất. Ở tuổi 65 – 74, trung bình có một nửa số các vùng lục phân bị mất răng và các vùng lục phân còn lại thì có một nửa có túi lợi.

Năm 1989, Brown báo cáo một điều tra ở Mỹ cho thấy tỷ lệ người có viêm quanh răng tăng theo tuổi, từ 29% ở tuổi 19 – 44 tăng lên 50% ở tuổi từ 45 trở lên.

Tất cả các nghiên cứu đều chỉ ra rằng vệ sinh răng miệng kém là yếu tố quan trọng nhất liên quan đến mức độ lưu hành và mức độ nặng của phá huỷ quanh răng. Các yếu tố khác đã nói ở phần trên có liên quan đến viêm lợi thì cũng có liên quan với viêm quanh răng mạn. Ở bất kỳ lứa tuổi nào thì mức độ phá huỷ quanh răng ở nữ đều thấp hơn ở nam, có lẽ do thói quen vệ sinh răng miệng ở nữ tốt hơn.

3. BỆNH VIÊM LỢI VÀ VIÊM QUANH RĂNG Ở MỘT SỐ NƯỚC TRÊN THẾ GIỚI

Theo TCYTTG, tình hình bệnh viêm lợi và viêm quanh răng ở nhiều nước điều tra từ năm 1981-1983 có khác nhau, các số liệu được tóm tắt dưới đây:

- Bangladesh:	
Tuổi 15/15 - 19: số vùng lục phân có cao răng:	3.4
Tuổi 35/35 - 44: số vùng lục phân có cao răng:	5.7
số vùng lục phân có túi lợi:	1.2
- Trung Quốc	
Tuổi 15/15 - 19: số vùng lục phân có cao răng:	3.5
- Pháp	
Tuổi 15/15 - 19: số vùng lục phân có cao răng:	0.1
Tuổi 35/35 - 44: số vùng lục phân có cao răng:	1.4
số vùng lục phân có túi lợi:	0.0
- Ý	
Tuổi 15/15 - 19: số vùng lục phân có cao răng:	2.8
- Ma Rốc	
Tuổi 15/15 - 19: số vùng lục phân có cao răng:	1.9
- New Zealand	
Tuổi 15/15 - 19: số vùng lục phân có cao răng:	2.0
- Nigeria	
Tuổi 15/15 - 19: số vùng lục phân có cao răng:	4.0
Tuổi 35/35 - 44: số vùng lục phân có cao răng:	5.9
số vùng lục phân có túi lợi:	4.7
- Na Uy	
Tuổi 15/15 - 19: số vùng lục phân có cao răng:	0.8
- Philippin	
Tuổi 15/15 - 19: số vùng lục phân có cao răng:	2.7
Tuổi 35/35 - 44: số vùng lục phân có cao răng:	4.4
số vùng lục phân có túi lợi:	0.0
- Hàn Quốc	
Tuổi 15/15 - 19: số vùng lục phân có cao răng:	3.6
Tuổi 35/35 - 44: số vùng lục phân có cao răng:	4.7
số vùng lục phân có túi lợi:	0.3

– Samoa	
Tuổi 15/15 – 19: số vùng lục phân có cao răng:	4,0
Tuổi 35/35 – 44: số vùng lục phân có cao răng:	5,7
số vùng lục phân có tủy lợi:	0,7
– Thụy Sĩ	
Tuổi 15/15 – 19: số vùng lục phân có cao răng:	3,0
– Arab Syria	
Tuổi 15/15 – 19: số vùng lục phân có cao răng:	1,6
– Tonga	
Tuổi 15/15 – 19: số vùng lục phân có cao răng:	3,7
Tuổi 35/35 – 44: số vùng lục phân có cao răng:	5,5
số vùng lục phân có tủy lợi:	1,4

4. BỆNH VIÊM LỢI, VIÊM QUANH RĂNG Ở CỘNG ĐỒNG DÂN CƯ VIỆT NAM

Năm 2002, qua nghiên cứu dịch tễ học viêm lợi và viêm quanh răng trong phạm vi toàn quốc, chúng tôi đã công bố tỷ lệ người có viêm lợi, viêm quanh răng ở cộng đồng trẻ em và người trưởng thành của Việt Nam. Tỷ lệ người có viêm lợi, viêm quanh răng ở mức cao.

Tỷ lệ trẻ em có chảy máu lợi

– 6 – 8 tuổi:	
+ Chung:	42,7%
+ Nam:	44,6%
+ Nữ:	41,2 %
– 9 – 11 tuổi:	
+ Chung:	69,2%
+ Nam:	71,4%
+ Nữ:	66,7 %
– 12 – 14 tuổi:	
+ Chung:	71,4%
+ Nam:	68,0%
+ Nữ:	75,0 %
– 15 – 17 tuổi:	
+ Chung:	66,9%
+ Nam:	67,0%
+ Nữ:	66,6 %

Tỷ lệ trẻ em có cao răng

- 6 – 8 tuổi:	
+ Chung:	25,5%
+ Nam:	25,4%
+ Nữ:	25,8%
- 9 – 11 tuổi:	
+ Chung:	56,8%
+ Nam:	61,6%
+ Nữ:	51,6 %
- 12 – 14 tuổi:	
+ Chung:	78,4%
+ Nam:	74,0%
+ Nữ:	83,1%
- 15 – 17 tuổi:	
+ Chung:	83,4%
+ Nam:	86,0%
+ Nữ:	81,4%

Tỷ lệ người trưởng thành có viêm lợi

18 tuổi:	80,8%
18 – 34 tuổi:	76,4%
35 – 44 tuổi:	62,3%
> 45 tuổi:	46,1%

Tỷ lệ người trưởng thành có tụt lợi quanh răng (viêm quanh răng)

18 tuổi:	16,7%
18 – 34 tuổi:	21,9%
35 – 44 tuổi:	36,4%
> 45 tuổi:	46,2%

Tỷ lệ người trưởng thành có sức khỏe lợi ở mức chấp nhận được

Tức là người có từ 3 vùng lục phân lạnh mạnh trở lên.

18 tuổi:	25,6 %
18 – 34 tuổi:	14,6%
35 – 44 tuổi:	3,5%
> 45 tuổi:	5,0%

Tóm lại, các nghiên cứu dịch tễ học trên toàn thế giới và ở Việt Nam đã chỉ ra

răng, viêm lợi gặp ở hầu hết mọi lứa tuổi trong cộng đồng. Các giai đoạn nặng hơn của bệnh quanh răng không phổ biến như người ta nghĩ trước đây, nhưng ở mức độ đáng kể và có khoảng từ 15 – 20% người từ 35 tuổi trở nên bị mắc.

Mặc dù, viêm lợi rất phổ biến nhưng không phải chắc chắn sẽ tiến triển thành viêm quanh răng. Bằng việc tăng cường vệ sinh răng miệng mà sức khoẻ quanh răng ở cộng đồng các nước công nghiệp hoá đã được cải thiện nhiều. Vì vậy, việc chăm sóc dự phòng có tác dụng lớn trong việc cải thiện sức khoẻ quanh răng của cộng đồng.

TỰ LƯỢNG GIÁ

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

- Viêm lợi ở trẻ em:
 - Trẻ em dưới 5 tuổi có tỷ lệ viêm lợi cao.
 - Trẻ em dưới 5 tuổi có tỷ lệ viêm lợi trung bình.
 - Trẻ em dưới 5 tuổi có tỷ lệ viêm lợi thấp.
- Viêm lợi ở trẻ em 5 – 6 tuổi:
 - Liên quan nhiều với vệ sinh răng miệng.
 - Ít liên quan với vệ sinh răng miệng.
 - Tỷ lệ mắc rất cao.
- Viêm lợi ở thời kỳ răng hỗn hợp.:
 - Không khác nhau giữa nam và nữ.
 - Khác nhau giữa nam và nữ.
 - Không liên quan với vệ sinh răng miệng.
 - Có liên quan với vệ sinh răng miệng.
- Viêm lợi ở tuổi trưởng thành:
 - Tỷ lệ mắc cao.
 - Tỷ lệ mắc thấp.
 - Tỷ lệ mắc trung bình.
- Viêm quanh răng:
 - Tăng theo tuổi.
 - Giảm theo tuổi.
 - Không thay đổi theo tuổi.
- Tình trạng viêm quanh răng (tỷ lệ và mức độ nặng):
 - Không liên quan với vệ sinh răng miệng.
 - Liên quan nhiều với vệ sinh răng miệng.

7. Ở tuổi 35 – 44, tình trạng cao răng trong cộng đồng ở hầu hết các nước ở mức:
- A. Có trên 2/3 số vùng lục phân/ người.
 - B. Có trên 1/2 số vùng lục phân/ người.
 - C. Có trên 1 vùng lục phân/ người.
8. Tỷ lệ chảy máu lợi và cao răng ở thanh thiếu niên Việt Nam.
- A. Trên 50%.
 - B. Trên 65%.
 - C. Trên 40%.
9. Tỷ lệ người từ trên 18 tuổi ở Việt Nam có sức khỏe quanh răng ở mức chấp nhận được:
- A. Trên 90%.
 - B. Trên 50%.
 - C. Dưới 20%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

Tiếng Việt

1. Trịnh Đình Hải. *Giáo trình dự phòng bệnh quanh răng*. Nhà xuất bản Y học. Hà Nội. 2004. 10 – 16.

Tiếng Anh

2. Trịnh Đình Hải. Oral Health Promotion for School children in Viet Nam. Medical Publishing House. Ha Noi. 2011.
3. Manson J.M. Eley B.M. Epidemiology of periodontal disease (The size of the problem). Outline of periodontics. Wright. 1995. 105 – 113.
4. Vladimir W. Spolsky. Epidemiology of Gingival and periodontal Disease. Clinical periodontology. Philadelphia. 1996. 61 – 79.

DỰ PHÒNG BỆNH QUANH RĂNG

MỤC TIÊU

1. Trình bày được các biện pháp cơ học làm sạch mảng bám răng.
2. Trình bày được các biện pháp làm sạch mảng bám răng bằng phương pháp hóa học.
3. Trình bày được các biện pháp khắc phục sửa chữa các sai sót do thay thuốc thực hiện để dự phòng các bệnh quanh răng.
4. Trình bày được các biện pháp phòng bệnh quanh răng cho cộng đồng.
5. Trình bày được các mục tiêu dự phòng bệnh quanh răng của Tổ chức Y tế Thế giới (TCYTIG).
6. Trình bày được các vấn đề liên quan đến dự phòng viêm lợi, viêm quanh răng ở Việt Nam.

1. ĐẠI CƯƠNG

Bệnh viêm lợi, viêm quanh răng là một trong số các bệnh phổ biến nhất ở trong nước cũng như trên thế giới. Đây là một trong 2 nguyên nhân chủ yếu gây mất răng.

Việc dự phòng và quản lý bệnh viêm lợi, viêm quanh răng đã được quan tâm ở các nước châu Âu, Mỹ và nhiều nước trong khu vực. Tổ chức Y tế Thế giới đã đưa nhiều biện pháp dự phòng cũng như đặt ra từng mục tiêu cho mỗi nhóm tuổi ở từng giai đoạn cụ thể.

Ở nước ta, tỷ lệ người có bệnh viêm lợi, viêm quanh răng rất cao, vì vậy việc dự phòng và quản lý bệnh viêm lợi, viêm quanh răng được đặt ra rất bức xúc.

Có nhiều biện pháp dự phòng bệnh viêm lợi, viêm quanh răng, nhưng vấn đề then chốt là phải giải quyết và kiểm soát mảng bám răng. Để dự phòng bệnh quanh răng có hiệu quả, phải phối hợp cả việc tuyên truyền, hướng dẫn cho trẻ em và cộng đồng biết cách tự chăm sóc làm sạch răng.

Tiêu chuẩn để đánh giá, giám sát việc dự phòng và quản lý bệnh quanh răng cho trẻ em và cộng đồng dựa vào các chỉ số đã giới thiệu ở các phần trên.

2. CÁC BIỆN PHÁP DỰ PHÒNG BỆNH QUANH RĂNG

2.1 Các biện pháp cơ học làm sạch mảng bám răng

2.1.1. Các kỹ thuật chải răng

Có nhiều kỹ thuật chải răng đã được giới thiệu, nhưng kỹ thuật chải răng phải đáp ứng được các yêu cầu như:

- Phải làm sạch được tất cả các mặt răng, đặc biệt là vùng rãnh lợi và vùng kẽ răng. Việc chải răng thường làm sạch tốt ở phần lõi của răng, nhưng lại hay để lại mảng bám ở những nơi bị che khuất.

- Việc di chuyển bàn chải không được làm tổn thương mô mềm và mô cứng của răng. Các biện pháp chải răng theo hướng thẳng đứng và chiếu ngang có thể làm co lợi và mòn răng.

- Kỹ thuật phải đơn giản và dễ học. Một kỹ thuật chải răng có thể dễ sử dụng đối với người này nhưng lại khó đối với người khác, vì vậy phải được hướng dẫn riêng.

- Phương pháp phải được thực hiện tốt sao cho tất cả các phần của răng đều được chải và không có vùng nào bị bỏ qua. Hai hàm răng có thể được chia ra một số phần để chải theo trình tự tùy thuộc vào kích thước cung răng và kích thước bàn chải.

Các kỹ thuật chải răng cần được hướng dẫn cả ở trên mô hình và cả trên miệng bệnh nhân.

a) *Kỹ thuật cuốn*: Đây là một kỹ thuật tương đối nhẹ nhàng và được sử dụng khi lợi nhạy cảm. Cạnh của bàn chải được đặt tiếp xúc với răng, các lông bàn chải hướng về phía cuống răng và song song với trục của răng. Lưng của bàn chải được xoay nhẹ nhàng xuống dưới đối với hàm trên và lên trên đối với hàm dưới sao cho các lông bàn chải quét qua lợi và răng. Mỗi vùng chải khoảng 10 nhịp và chuyển sang vùng khác theo trình tự.

Nếu cung răng ở phần răng cửa hẹp thì bàn chải có thể được sử dụng theo chiều thẳng đứng. Khi chải xong tất cả các mặt má và mặt lưỡi của răng, thì chải tới các mặt nhai có thể theo chuyển động quay.

b) *Kỹ thuật Bass*: Kỹ thuật chải răng này nhằm làm sạch rãnh lợi. Bàn chải được cầm sao cho lông bàn chải và trục răng làm thành góc 45° và lông bàn chải hướng về phía rãnh lợi. Sau đó ấn bàn chải hướng về phía lợi và di chuyển với các chuyển động xoay tròn nhỏ sao cho lông bàn chải đi vào rãnh lợi và còn ép vào giữa các răng. Kỹ thuật này có thể gây đau nếu tổ chức bị viêm và nhạy cảm. Kỹ thuật Bass đã thể hiện là một phương pháp hiệu quả nhất để làm sạch mảng bám răng, vì vậy khi lợi lành mạnh thì chọn kỹ thuật Bass để chải răng.

2.1.2. Làm sạch kẽ răng

Vùng kẽ răng là nơi giữ mảng bám nhiều nhất và rất khó đưa bàn chải tới được, vì vậy, phải dùng các phương pháp đặc biệt để làm sạch như sử dụng chỉ tơ nha khoa, tăm gỗ nha khoa, bàn chải kẽ răng và bàn chải đặc biệt.

a) *Dùng chỉ nha khoa*: Chỉ nha khoa có tác dụng làm sạch mảng bám ở vùng kẽ răng. Để có tác dụng thì chỉ phải kéo quanh răng theo đường cong và tiếp xúc chặt với mặt răng. Chú ý không làm tổn thương lợi.

b) *Dùng tăm gỗ*: Tăm gỗ được sử dụng không phải để làm sừng hoá lợi mà để làm sạch răng ở vùng ranh giới răng – lợi và làm sạch kẽ giữa các răng.

Khi dùng tăm không được làm tổn thương tổ chức. Nếu chà xát tăm lên lợi viêm sẽ gây kích thích viêm, vì vậy ảnh hưởng tới viêm nhiều hơn là làm sạch răng.

c) *Chải kẽ răng*: Chải kẽ răng là biện pháp quan trọng để làm sạch kẽ răng. Vùng giữa các răng hàm và kẽ chân răng không thể làm sạch hoàn toàn được bằng chỉ và tăm nhưng có thể làm sạch tốt hơn bằng chải kẽ răng.

d) *Dùng bàn chải giữa các khoảng trống*: Đây là bàn chải chỉ có một búi lông được thiết kế để làm sạch vùng khó được bàn chải bình thường tới như quanh các răng không đều, chỗ răng ở giữa các vùng răng bị mất và quanh trụ cầu răng. Ở các vùng này, bàn chải xoay tròn tự động có tác dụng tốt.

e) *Dùng bàn chải tự động*: Bàn chải tự động được thiết kế với một số loại khác nhau về cách chuyển động như chuyển động hình cung, chuyển động rung và chuyển động qua lại.

Bàn chải tự động với đầu nhỏ nên có thể chải được ở các vùng khó chải bằng bàn chải tay. Hơn nữa, chuyển động của bàn chải còn có cảm giác dễ chịu. Ngoài ra, bàn chải tự động còn có tác dụng đặc biệt với người tàn tật.

Việc phối hợp bàn chải tự động và bàn chải cầm tay có tác dụng làm sạch mảng bám tốt hơn.

2.1.3. Dùng phương tiện phun tưới

Phương pháp phun tưới có thể là biện pháp bổ sung cho chải răng, đặc biệt đối với chỗ có cầu răng. Phương pháp này có tác dụng làm sạch các mảnh vụn thức ăn nhưng không làm sạch được mảng bám răng. Sau phẫu thuật quanh răng phun tưới bằng nước ấm với dung dịch mặn loãng bệnh nhân sẽ có cảm giác rất dễ chịu.

Nếu bổ sung thêm chất sát khuẩn vào nước để phun tưới như chlorhexidine với nồng độ loãng còn có tác dụng đối với cả vi khuẩn trong miệng. Phun tưới quá mạnh cũng có thể gây nguy hiểm vì có thể đẩy vi khuẩn ở túi lợi vào tổ chức và gây ra áp xe quanh răng.

2.2. Kiểm soát mảng bám răng bằng phương pháp hoá học

Đây là biện pháp dùng nước súc miệng. Biện pháp này có tác dụng lên mảng bám theo một số cơ chế như:

- Kim hãm các khuẩn lạc trong miệng.
- Ngăn cản việc định cư của vi khuẩn ở bề mặt răng.

- Ước chế việc hình thành mảng bám răng.
- Hoà tan các mảng bám đã hình thành.
- Ngăn ngừa khoáng hoá các mảng bám.

Dùng nước súc miệng có tác dụng làm sạch miệng khỏi các mảnh vụn thức ăn. Ngoài ra, do còn có chất kháng khuẩn nên nước súc miệng có tác dụng phòng ngừa và giảm tích tụ mảng bám răng, có fluor nên còn có cả tác dụng làm giảm sâu răng.

Nước súc miệng đơn giản nhất và được sử dụng rộng rãi nhất là nước muối ấm pha loãng. Hiện nay, các loại nước súc miệng thường có thêm các thành phần như:

- Chất kháng khuẩn chlorhexidine gluconate 0,2%, chất này có hiệu quả nhất nhưng nhược điểm là có vị mạnh và có xu hướng làm nhiễm màu răng. Chất hay được dùng hơn là các muối của ammonium như cetylpyridinium chloride.

- Cần để tăng cường các hoạt tính kháng khuẩn và giữ các chất hương liệu trong dung dịch.

- Chất gây ẩm như sorbitol để phòng khô miệng.
- Các chất hương liệu, chất màu, chất bảo quản và nước có tác dụng như dẫn chất.

Năm 1978, Jensen thấy hoạt tính kháng khuẩn của nước súc miệng được kéo dài sau khi súc miệng do đã được hấp thụ vào hydroxy apatit của men răng.

Có nhiều tác giả khuyên mỗi ngày súc miệng 2 lần, mỗi lần 30 giây. Có thể súc miệng trước và sau khi chải răng hoặc súc miệng độc lập với các lần chải răng.

2.2.1. Khắc phục và sửa chữa các sai sót

a) *Về vị trí răng*: Răng lệch lạc làm khó vệ sinh răng miệng. Trường hợp mất răng làm các răng bên cạnh bị nghiêng, tạo thành một khoảng tam giác cũng khó làm sạch răng.

Đối với các trường hợp này phải tìm ra biện pháp phù hợp để làm sạch mảng bám răng như dùng chỉ hay bàn chải đặc biệt.

b) *Về điểm tiếp giáp*: Điểm tiếp giáp hay vùng tiếp giáp giữa các răng có nhiều dạng tùy thuộc vào hình thể răng và quan hệ giữa các răng. Nếu vùng tiếp giáp hẹp thì dễ làm sạch hơn.

Khi có tiêu hoặc mòn mặt bên răng thì vùng tiếp giáp rộng hơn. Nếu răng hình chữ nhật thì vùng tiếp giáp có thể rất rộng. Nếu khoảng trống này có lợi bình thường phủ thì không cần làm sạch, dùng chỉ to nha khoa có hiệu quả nhất.

c) *Sửa chữa các phục hồi răng sai quy cách*: Phục hồi răng không tốt là nguyên nhân hay gặp nhất làm lưu giữ mảng bám. Có các trường hợp như:

- Bờ chôn hàn nhô ra.
- Không tạo được điểm tiếp giáp giữa 2 răng.
- Bờ chụp răng dưới lợi.

Phải chú ý sửa chữa lại các chỗ phục hồi sai quy cách mới có thể kiểm soát được mảng bám. Khi phục hồi răng hoặc phục hình răng phải chú ý đến mô quanh răng.

2.2.2. Chế độ ăn uống

Thiếu hụt dinh dưỡng không gây viêm lợi, nhưng nếu bệnh do mảng bám gây ra đã có sẵn thì thiếu hụt dinh dưỡng có ảnh hưởng đến sự phát triển bệnh. Vì vậy, cần phải có chế độ ăn cân bằng.

Thành phần hoá học và tính chất lý học của thức ăn cũng ảnh hưởng đến mô lợi như các thực phẩm xơ làm sạch răng. Các thức ăn mềm, dính, có đường lại là điều kiện tốt để hình thành mảng bám răng.

2.2.3. Tuyên truyền phòng bệnh

Tuyên truyền để mọi người có kiến thức, am hiểu, từ đó sẽ thay đổi về quan điểm dẫn đến các thay đổi về hành vi và thói quen trong chăm sóc răng miệng.

Khi tuyên truyền hướng dẫn vệ sinh răng miệng, cần chú ý dùng từ dễ hiểu, đơn giản, ngắn gọn và ít thông tin nhưng dễ lặp lại và mọi người dễ nhớ.

2.3. Các chương trình phòng bệnh cho cộng đồng

2.3.1. Phòng bệnh cho trẻ em

Năm 1976, Axelsson và cộng sự đã có thông báo về hiệu quả của chương trình kiểm soát mảng bám răng ở trẻ em sau nghiên cứu 2 năm. Ở nhóm trẻ em thử nghiệm (I) được giáo dục về nha khoa và hướng dẫn vệ sinh răng miệng bao gồm cả các biện pháp cơ học làm sạch mảng bám ở mặt bên phối hợp với áp dụng monofluorophosphat tại chỗ. Ở nhóm đối chứng (II), các em chải răng ở trường với dung dịch fluor natri 0,2%, có giám sát hàng ngày, nhưng không được hướng dẫn về vệ sinh răng miệng.

Sau 2 năm thấy trẻ em nhóm I giảm đáng kể mảng bám răng, giảm cả viêm lợi và sâu răng. Trái lại ở nhóm II, tình trạng này lại tăng lên.

Nhiều tác giả khác cũng có thông báo tương tự về hiệu quả của việc kiểm soát mảng bám răng trong phòng bệnh viêm lợi cho trẻ em.

2.3.2. Phòng bệnh cho người lớn

Có nhiều nghiên cứu đã chứng minh được hiệu quả của việc kiểm soát mảng bám răng ở người lớn.

Năm 1960, Lovdal và cộng sự tiến hành nghiên cứu 5 năm ở những người được hướng dẫn vệ sinh răng miệng và lấy cao răng 6 tháng một lần thấy mảng bám răng và bệnh nha chu giảm nhiều.

Năm 1971, Lightne nghiên cứu ảnh hưởng của hướng dẫn vệ sinh răng miệng đến đáp ứng của bệnh nhân và thấy rằng những người được hướng dẫn vệ sinh răng miệng giảm mảng bám, giảm viêm và ít bị mất bám dính quanh răng.

Ngoài ra, còn có nhiều nghiên cứu khác cho thấy việc hướng dẫn vệ sinh răng miệng và lấy cao răng đều có hiệu quả tốt trong dự phòng bệnh nha chu ở người lớn.

3. CÁC MỤC TIÊU VỀ DỰ PHÒNG VÀ QUẢN LÝ BỆNH QUANH RĂNG

Năm 1984, TCYTTG đã đề cập đến nhu cầu về việc xác định các mục tiêu toàn cầu đối với bệnh nhân có bệnh quanh răng và đã giới thiệu mục tiêu của các nước cộng đồng kinh tế châu Âu (EEC), Mỹ và khu vực Tây Thái Bình Dương.

3.1. Mục tiêu của các nước EEC

Các nước EEC dùng chỉ số CPITN làm tiêu chuẩn và đặt mục tiêu cho năm 2000 bao gồm:

– Ở độ tuổi 18, có 90% số người có sức khỏe lợi ở mức chấp nhận được tức là trong phạm vi mỗi người có ít nhất 3 vùng lục phân lành mạnh (CPITNO).

– Ở tuổi 35 – 44, có 75% số người có sức khỏe lợi ở mức chấp nhận được. Tỷ lệ người có túi lợi sâu không quá 5% (CPITN 4 < 5%).

– Ở tuổi từ 65 trở lên, không quá 10% số người có từ một vùng lục phân với túi lợi sâu (CPITN4) trở lên.

3.2. Mục tiêu của Mỹ

Năm 1980, Bộ Y tế Mỹ đã đưa ra mục tiêu cho năm 1990 như sau:

– Tỷ lệ viêm lợi ở trẻ em 6 – 17 tuổi giảm xuống còn 18% (năm 1971 là 23%).

– Tỷ lệ viêm lợi và bệnh quanh răng phá huỷ ở người lớn giảm xuống còn 20% và 21% (năm 1971 và 1974, tỷ lệ này ở người lớn 18 – 74 tuổi là 25% và 23%).

– Ít nhất có 75% người lớn có ý thức về việc cần thiết phải vệ sinh răng miệng cá nhân tốt phối hợp với việc chăm sóc thường xuyên của cán bộ nha khoa trong dự phòng và kiểm soát bệnh quanh răng (năm 1972 chỉ có 52% người biết nhu cầu vệ sinh răng miệng và 28% có ý thức đi khám răng miệng).

3.3. Mục tiêu khu vực Tây Thái Bình Dương của TCYTTG

Năm 1982, một hội nghị của TCYTTG họp tại Singapore đưa ra mục tiêu năm 2000 cho các nước thành viên trong khu vực Tây Thái Bình Dương là không quá 25% người ở độ tuổi 15 – 19 có CPITN 2. Đồng thời còn đưa ra phương thức để đạt mục tiêu này là cải thiện vệ sinh răng miệng ở trẻ em và thanh thiếu niên.

Năm 1994, nhân ngày Sức khỏe Răng miệng Thế giới, S.T. Han, Giám đốc văn phòng khu vực Tây Thái Bình Dương của TCYTTG đưa ra mục tiêu là cuối năm 1995, phủ kín chương trình phòng bệnh nha chu cho 80% dân số ở hầu hết các nước thành viên.

3.4. Mục tiêu toàn cầu của Tổ chức Y tế Thế giới cho năm 2000 và 2010

3.4.1. Năm 2000

– Tuổi 35 – 44, có 75% người còn ít nhất 20 răng.

– Tuổi 65 trở lên, có 50% người còn ít nhất 20 răng.

3.4.2. Năm 2010

– Tuổi 35 – 44, chỉ còn dưới 2% người không còn răng và 90% người còn ít nhất 20 răng còn chức năng.

– Từ 65 – 74 tuổi, chỉ có dưới 5% người không còn răng và 75% người còn ít nhất 20 răng còn chức năng.

Ở các lứa tuổi trên, bệnh nha chu là nguyên nhân chủ yếu gây mất răng.

Năm 1994, nhân ngày Sức khỏe Răng miệng Thế giới, TCYTIG đã nhấn mạnh bệnh nha chu là một trong các bệnh phổ biến nhất trên thế giới và nhắc lại các biện pháp làm sạch răng để dự phòng.

4. DỰ PHÒNG VIÊM LỢI, VIÊM QUANH RĂNG Ở VIỆT NAM

Năm 2002, qua nghiên cứu trên phạm vi cả nước, chúng tôi đã công bố kết quả về các hành vi chăm sóc dự phòng các bệnh răng miệng ở cộng đồng trẻ em và người trưởng thành ở Việt Nam. Theo thông báo, có một tỷ lệ trẻ em và người trưởng thành không chải răng và đặc biệt có một tỷ lệ khá cao người không bao giờ đi khám răng miệng. Các số liệu cho từng nhóm tuổi được tóm tắt dưới đây:

4.1. Tỷ lệ người chải răng

6 – 8 tuổi:	87,1%
9 – 11 tuổi:	91,9 %
12 – 14 tuổi:	97,8%
15 – 17 tuổi:	99,5%
18 – 34 tuổi:	98,4%
35 – 44 tuổi:	86,7%
> 45 tuổi:	80,0%

4.2. Tỷ lệ người không bao giờ đi khám răng miệng

6 – 8 tuổi:	63,8%
9 – 11 tuổi:	61,6 %
12 – 14 tuổi:	74,0%
15 – 17 tuổi:	69, 6%
18 – 34 tuổi:	58,1%
35 – 44 tuổi:	48,3%
> 45 tuổi:	54,6%

Chương trình chăm sóc răng miệng trẻ em học đường đã được triển khai từ hơn ba thập kỷ. Đến nay, chương trình đã được tổ chức ở cả 63 tỉnh thành trong cả nước. Đặc biệt đã có 8 tỉnh được công nhận hoàn thành phủ kín được Nha học đường ở tất

cả các trường học là Ninh Bình, Nam Định, Hải Dương, Thái Nguyên, Lạng Sơn, Tuyên Quang, Huế và Đà Nẵng. Hiện nay, cả nước có trên 5 triệu học sinh đang được chăm sóc răng miệng toàn diện thường xuyên tại trường học, bao gồm cả các nội dung dự phòng bệnh viêm lợi như:

- Hướng dẫn vệ sinh răng miệng cho trẻ em.
- Dự phòng lâm sàng bao gồm cả lấy cao răng và kiểm soát mảng bám răng.
- Theo kết quả nghiên cứu của chúng tôi tại tỉnh Hải Dương, các hoạt động chăm sóc răng miệng trẻ em tại trường học đã có tác dụng lớn làm giảm tỷ lệ trẻ em bị viêm lợi, cải thiện sức khỏe quanh răng. Đặc biệt nâng cao tỷ lệ trẻ em có sức khỏe quanh răng ở mức chấp nhận được theo tiêu chuẩn của TCYTQG.

TỰ LƯỢNG GIÁ

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

1. Yêu cầu của các kỹ thuật chải răng:
 - A. Làm sạch chỉ các mặt ngoài.
 - B. Làm sạch chỉ mặt nhai.
 - C. Làm sạch tất cả các mặt răng.
 - D. Không làm mòn răng.
 - E. Không gây cơ lợi.
2. Làm sạch vùng kẽ răng:
 - A. Cần thiết.
 - B. Không cần.
 - C. Có thể.
 - D. Không thể.
3. Các phương tiện nào có thể làm sạch kẽ răng:
 - A. Bàn chải kẽ.
 - B. Chỉ tơ nha khoa.
 - C. Phun nước với áp lực vừa phải.
 - D. Nước súc miệng.
4. Các yếu tố nào có thể gây viêm lợi và viêm quanh răng.
 - A. Răng mọc lệch lạc.
 - B. Răng có núm phụ.
 - C. Không có điểm tiếp giáp giữa 2 răng.
 - D. Mòn mặt nhai.

- E. Bờ khối hàn răng nhô ra.
F. Bờ chụp răng sai quy cách.
5. Dự phòng cho cộng đồng trẻ em, biện pháp nào quan trọng hơn:
A. Hướng dẫn cách giữ vệ sinh răng miệng có cả biện pháp cơ học kiểm soát mảng bám răng.
B. Tổ chức chải răng tại trường nhưng không hướng dẫn.
6. Mục tiêu dự phòng của EEC, Mỹ và TCYTTG quan tâm đến chỉ tiêu nào?
A. Tỷ lệ các răng còn chắc.
B. Số răng còn chức năng.
C. Tỷ lệ người còn 3 vùng lục phân lành mạnh.
D. Tỷ lệ người có ý thức về vệ sinh răng miệng.
E. Tỷ lệ viêm lợi ở trẻ em.
F. Tỷ lệ dân số được phủ kín chương trình dự phòng bệnh quanh răng.
G. Tỷ lệ người được làm răng giả.
H. Tỷ lệ người được khám răng miệng.
7. Ở Việt Nam, các trường học có chương trình Nha học đường có tác dụng.
A. Điều trị tất cả các răng bệnh lý.
B. Giảm tỷ lệ viêm lợi.
C. Cải thiện rõ rệt tình trạng quanh răng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

Tiếng Việt

1. Trịnh Đình Hải. *Giáo trình dự phòng bệnh quanh răng*. Nhà xuất bản Y học. Hà Nội. 2004. 17–27.

Tiếng Anh

2. Trịnh Đình Hải. *Oral Health Promotion for School children in Vietnam*. Medical Publishing House. Hanoi. 2011.
3. Manson J.M, Eley B. M. *Epidemiology of Periodontal disease (The size of the problem)*. *Outline of periodontics*. WN right. 1995. 105–113.
4. Vladimir W. Spolsky. *Epidemiology of Gingival and periodontal Disease*. *Clinical Periodontology*. Philadel phia. 1996. 61–79.

ĐÁP ÁN

Chương I. GIẢI PHẪU VÀ SINH BỆNH HỌC VÙNG QUANH RĂNG

Bài 1.

Câu 1: A

Câu 2: A

Câu 3: A, D

Câu 4: A

Bài 2.

Câu 1: C

Câu 2: B, D

Câu 3: E

Câu 4: B

Câu 5: A

Câu 6: A

Câu 7: A: *P. gingivalis*, B: *A. actinomycetemcomitans*,

C: *Tannerella forsythia*, D: *Treponema denticola*

Câu 8: A: *Actinomycetemcomitans*, B: *P. Gingivalis*, C: *E. Corrodens*,

D: *C. Rectus*, F: *Nucleatum*, B: *Capillus*, *Enbacterium brachy*.

Bài 3.

Câu 1: E

Câu 2: G

Câu 3: C

Bài 4.

Câu 1: D

Câu 2: E

Câu 3: D

Câu 4: C

Bài 5.

Câu 1: A

Câu 2: D

Câu 3: C

Bài 6.

Câu 1: C

Câu 2: C

Câu 3: D

Câu 4: A

Câu 5: C

Bài 7.

Câu 1: B

Câu 2: A

Câu 3: B

Câu 4: A, Đ; B, S; C, S; D, S; E, Đ

Câu 5: A, S; B, Đ; C, Đ; D, S

Câu 6: A, S; B, S; C, S; D, Đ; E, S

Bài 8.

Câu 1: D

Câu 2: C

Câu 3: D

Câu 4: A

Câu 5: A

Câu 6: A

Chương II. CÁC BỆNH VÙNG QUANH RĂNG

Bài 9.

Câu 1: B

Câu 2: B

Câu 3: Đ

Câu 4: A, Đ; B, Đ; C, Đ; D, Đ; E, Đ; F, Đ; G, Đ; H, Đ

Câu 5: S

Câu 6: Đ

Câu 7: S

Câu 8: A, Đ; B, S

Bài 10.

Câu 1: B

Câu 2: A, D

Câu 3: A, C

Câu 4: B, C

Câu 5: E

Bài 11.

Câu 1: E

Câu 2: A, B, C

Câu 3: D

Câu 4: B: Làm giảm các triệu chứng nhiễm độc toàn thân như: sốt, mệt mỏi, khó chịu.

Câu 5: B: Đau, thức ăn có tính acid làm tăng đau đớn.

D: Hạch cổ phản ứng, sốt, khó chịu, khô miệng

Bài 12.

Câu 1: A, B, C, D, F;

Câu 2: A, C

Câu 3: A

Câu 4: D

Câu 5: B

Bài 13.

Câu 1: A

Câu 2: C

Câu 3: A

Câu 4: B

Câu 5: C

Câu 6: A

Câu 7: B

Bài 14.

Câu 1: C

Câu 2: C, D

Câu 3: A, B

Câu 4: A, D, E, F, G, H

Câu 5: A, B, C

Câu 6: B

Câu 7: C

Câu 8: C

Bài 15.

Câu 1: B

Câu 2: A, C

Câu 3: Đ

Câu 4: Đ

Câu 5: Đ

Câu 6: S

Câu 7: Đ

Câu 8: S

Câu 9: Đ

Câu 10: Đ

Câu 11: Đ

Câu 12: S

Câu 13: S

Bài 16.**I. Viêm quanh răng loét hoại tử không liên quan đến AIDS**

Câu 1: Đ

Câu 2: A. Đ; B. Đ; C. Đ; D. Đ

Câu 3: A. S; B. S

Câu 4: A. S; B. Đ; C. Đ; D. Đ; E. Đ

Câu 5: A. Đ; B. Đ

II. Viêm quanh răng loét hoại tử liên quan với HIV/AIDS

Câu 1: Đ

Câu 2: Đ

Câu 3: Đ

Câu 4: Đ

Bài 17.

Câu 1: C

Câu 2: A

Câu 3: C

Câu 4: S

Câu 5: Đ

Câu 6: S

Câu 7: Đ

Chương III. ĐIỀU TRỊ BỆNH VÙNG QUANH RĂNG**Bài 18.**

Câu 1: B, D, E

Câu 2: B, C, D, E

Câu 3: B, C

Câu 4: A, C, D, E

Câu 5: B, D

Câu 6: A, D

Câu 7: A, B, E

Câu 8: B, D, E

Câu 9: A, E

Câu 10: A, B, C, E, F

Bài 19.

Câu 1: A, B, E, F, G

Câu 2: C, D, E

Câu 3: B, C, D

Câu 4: C

Câu 5: B, C, D

Câu 6: B, D, E

Câu 7: C

Bài 20.

Câu 1: C, D

Câu 2: C

Câu 3: C

Câu 4: C

Câu 5: D

Câu 6: C

Bài 21.

Câu 1: D

Câu 2: A, C

Câu 3: C, D, E

Câu 4: C, D, E

Câu 5: B, E, F

Câu 6: C, E

Câu 7: B, D, F, H

Câu 8: B, D

Bài 22.

Câu 1: A, C, E

Câu 2: B, C, D

Câu 3: B, D

Câu 4: D

Câu 5: B, D, F

Câu 6: B, C

Câu 7: A

Câu 8: B, D

Câu 9: B, D

Bài 23.

Câu 1: A, C, D

Câu 2: C

Câu 3: B, C

Câu 4: B, D

Câu 5: A, D, F

Câu 6: C, F

Bài 24.

Câu 1: D

Câu 2: E

Câu 3: C

Câu 4: C

Bài 25.

Câu 1: A: B: C

Câu 2: A, B, C

Câu 3: B, C, E

Câu 4: A, D

Câu 5: B, D, E

Câu 6: B, C, E

Bài 26.

Câu 1: B, D

Câu 2: A: B

Câu 3: E

Câu 4: A, B, C, D

Bài 27.

Câu 1: A, C, E

Câu 2: E

Câu 3: A, C, D

Câu 4: A, B, D

Câu 5. A: Lấy cao, làm nhẵn bề mặt chân răng, nạo túi lợi.

B: Nạo túi lợi.

C: Nạo túi lợi.

Chương IV. DỰ PHÒNG BỆNH QUANH RĂNG**Bài 28.**

Câu 1: C, D, E, F

Câu 2: B, D

Câu 3: B, D, E

Câu 4: B, D

Câu 5: B, D, F

Câu 6: B, D

Câu 7: B, D

Bài 29.

Câu 1: C

Câu 2: B

Câu 3: B, D

Câu 4: A

Câu 5: A

Câu 6: B

Câu 7: A

Câu 8: B

Câu 9: C

Bài 30.

Câu 1: C, D, E

Câu 2: A, C

Câu 3: A, B, C, D

Câu 4: A, C, E, F

Câu 5: A

Câu 6: B, C, D, E, F

Câu 7: B, C

Chịu trách nhiệm xuất bản:
Chủ tịch Hội đồng Thành viên kiêm Tổng Giám đốc NGÔ TRẦN ẨM
Phó Tổng Giám đốc kiêm Tổng biên tập VŨ VĂN HÙNG

Tổ chức bản thảo và chịu trách nhiệm nội dung:
Phó Tổng biên tập NGUYỄN VĂN TƯ
Giám đốc Công ty CP Sách ĐH-ĐN NGÔ THỊ THANH BÌNH

Biên tập nội dung và sửa bản in:
BS. VŨ THỊ BÌNH – NGÔ THỊ THANH BÌNH

Trình bày bìa:
ĐINH XUÂN DŨNG
Chế bản:
TRINH THỰC KIM DUNG

BỆNH HỌC QUANH RĂNG

(Dùng cho sinh viên Răng hàm mặt)

Mã số: 7K944Y3-DAI

Số đăng ký KHXB : 962-2013/CXB/ 18-1090/GD.

In 800 cuốn (QĐ in số : 58), khổ 19 x 27 cm.

In tại Công ty CP in Phúc Yên.

In xong và nộp lưu chiểu tháng 8 năm 2013.

