



CK.0000069603

ĐẠI HỌC Y HÀ NỘI  
ĐÀO TẠO RĂNG HÀM MẶT

# BỆNH HỌC QUANH RĂNG



(DÙNG CHO SINH VIÊN RĂNG HÀM MẶT)

Chủ biên: PGS. TS. TRỊNH ĐÌNH HẢI



NHÀ XUẤT BẢN GIÁO DỤC VIỆT NAM

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

# BỆNH HỌC QUANH RĂNG

(DÙNG CHO SINH VIÊN RĂNG HÀM MẶT)

NHÀ XUẤT BẢN GIÁO DỤC VIỆT NAM

***Chủ biên***

PGS.TS. TRỊNH ĐÌNH HẢI

***Tham gia biên soạn***

PGS.TS. TRỊNH ĐÌNH HẢI

ThS. ĐẶNG THỊ LIÊN HƯƠNG

ThS. LÊ LONG NGHĨA

TS. NGUYỄN ĐỨC THẮNG

ThS. NGUYỄN THỊ THU VÂN

***Thư ký biên soạn***

BSCKL. NGUYỄN NGỌC ANH

## LỜI GIỚI THIỆU

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

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

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

**HIỆU TRƯỞNG**



**PGS.TS. Nguyễn Đức Hình**





## LỜI NÓI ĐẦU

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

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

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

Xin trân trọng cảm ơn!

Thay mặt các tác giả

**Chủ biên**

**PGS. TS. TRỊNH ĐÌNH HẢI**

**Trưởng Bộ môn Nha chu**



## MỤC LỤC

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

### Chương I

#### **GIẢI PHẪU VÀ SINH HỌC VÙNG QUANH RĂNG**

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

### Chương II

#### **CÁC BỆNH VÙNG QUANH RĂNG**

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

## II. CÁC BỆNH VÙNG QUANH RĂNG

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

### Chương III

#### ĐIỀU TRỊ BỆNH VÙNG QUANH RĂNG

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

### Chương IV

#### DỰ PHÒNG BỆNH QUANH RĂNG

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

# GIẢI PHẪU VÀ SINH BỆNH HỌC VÙNG QUANH RĂNG

## Bài 1

# GIẢI PHẪU VÀ MÔ HỌC VÙNG QUANH RĂNG

### MỤC TIÊU

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

## 1. LỢI

### 1.1. Cấu tạo giải phẫu

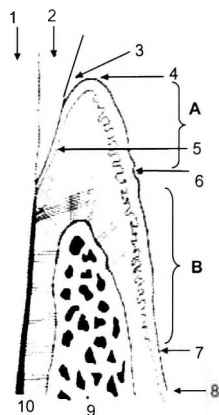
Lợi là vùng đặc biệt của niêm mạc miệng, được giới hạn ở phía cổ răng bởi bờ lợi và phía cuống răng bởi niêm mạc miệng. Ở phía ngoài của cả hai hàm và phía trong của hàm dưới, lợi liên tục với niêm mạc miệng bởi vùng tiếp nối niêm mạc di động – lợi dính, ở phía khẩu cái lợi liên tục với niêm mạc khẩu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

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

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

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

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



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

Hình 1.1. Các phần của lợi

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

## 1.2. Cấu trúc mô học

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

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

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

– *Biểu mô phủ*:

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

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

- **Rãnh lợi:**

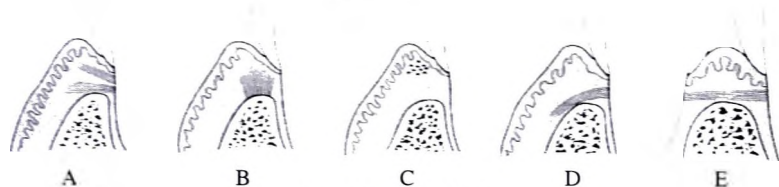
Ở vùng lợi răng bình thường, rãnh lợi là một khe hẹp, sâu 0,5mm nằm giữa bờ lợi và bề mặt răng. Rãnh lợi mở về phía mặt nhai và giới hạn về phía cuống răng với 3 thành:

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

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

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

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



**Hình 1.2. Các bó sợi ở lợi**

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

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

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

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

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

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

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

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

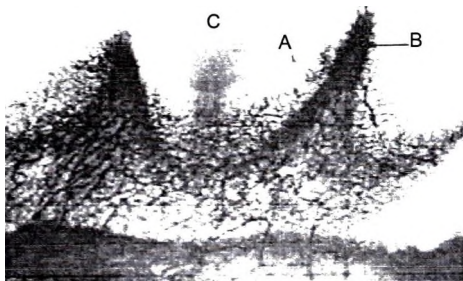
+ Các bó ngang vách: chạy từ xương răng ổ răng này đến xương răng của răng bên cạnh.



– *Mạch máu và thần kinh:*

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

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



Hình 1.3. Mạch máu ở lợi

## 2. DÂY CHẰNG QUANH RĂNG

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

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

### 2.1. Các tế bào của dây chằng quanh răng

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

### 2.2. Sợi liên kết của dây chằng quanh răng

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

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

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

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

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

### 2.3. Chất căn bản của dây chằng quanh răng

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

## 3. XƯƠNG Ổ RĂNG

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

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

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

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

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

### **Cấu trúc mô học của xương ở răng**

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

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

– Các tế bào chịu trách nhiệm tái cấu trúc:

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

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

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

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

## **4. XƯƠNG RĂNG**

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

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

## **TỰ LƯỢNG GIÁ**

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

1. Lợi được chia làm 2 phần:

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

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

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

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

## Bài 2

# VI SINH HỌC VÙNG QUANH RĂNG

### MỤC TIÊU

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

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

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

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

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

## 1. ĐỊNH NGHĨA

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

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

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

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

## 2. THÀNH PHẦN CỦA MẢNG BẨM RĂNG

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

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

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

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

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

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

### **3. SỰ TẠO THÀNH MẢNG BẨM RĂNG**

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

#### **3.1. Tạo màng vô khuẩn**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

## 4. NGHIÊN CỨU MÀNG BẮM RĂNG Ở VÙNG LÀNH VÀ VÙNG BỆNH

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

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

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



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

#### 4.2. Mảng bám răng ở vùng viêm lợi

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

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

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

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

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

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

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

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

– *Actinobacillus actinomycetemcomitans*.

– *Porphyromonas gingivalis*.

– *Tannerella forsythia*.

– *Treponema denticola*.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

## TỰ LƯỢNG GIÁ

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

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

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

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

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

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

### Tiếng Việt

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

### Tiếng Anh

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



## Bài 3

# CƠ CHẾ BẢO VỆ CỦA LỢI

### MỤC TIÊU

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

## 1. VAI TRÒ CỦA DỊCH RĂNG LỢI

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

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

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

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

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

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

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

## 2. THÀNH PHẦN CỦA DỊCH LỢI

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

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

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

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

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

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

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

## 4. VAI TRÒ CỦA NƯỚC BỌT ĐỐI VỚI LỢI

### 4.1. Các yếu tố chống vi khuẩn

Nước bọt có các chất vô cơ và hữu cơ có khả năng ngăn cản vi khuẩn và các sản phẩm của vi khuẩn ảnh hưởng lên môi trường miệng. Chất vô cơ như là các ion, khoáng bicarbonate, sodium, potassium, phosphate, calcium, fluoride, ammonium, carbon dioxide. Chất hữu cơ như là lysozyme, myeloperoxidase, lactoperoxidase, glycoprotein, mucin,  $\beta_2$ -macroglobulin, fibronectin và các kháng thể.

#### 4.1.1. Men kháng khuẩn

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

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

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

#### **4.1.2. Kháng thể trong nước bọt**

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

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

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

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

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

## **4.2. Các enzym**

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



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

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

## TỰ LƯỢNG GIÁ

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

- Thành phần của dịch lợi:
  - Glucose.
  - Protein.
  - Các kháng thể IgG và IgM.
  - Các bạch cầu và các chất trung gian của phản ứng miễn dịch.
  - Cả 4 câu trên.
- Nước bọt bảo vệ vùng quanh răng nhờ các thành phần:
  - Có nhiều kháng thể IgA.
  - Lysozyme có tác dụng cắt các mối nối của glycopeptide của vi khuẩn Gram dương và Gram âm.
  - Lactoperoxidase – thiocyanate trong nước bọt có tác dụng diệt một số dòng của họ *Lactobacillus* và *Streptococcus*.
  - Myeloperoxidase được tiết ra bởi các bạch cầu để diệt *Actinobacillus* và còn có tác dụng ngăn cản sự bám của *Actinomyces* vào hydroxyapatite.
  - Bạch cầu đa nhân trung tính.
  - Glycoprotein.
  - Cả 5 loại thành phần trên.
- Tác động tiêu cực của nước bọt với bệnh vùng quanh răng:
  - Các enzym phân giải protein góp phần khởi phát và tiến triển bệnh viêm quanh răng do vi khuẩn sinh ra.
  - Các enzym phân giải protein góp phần khởi phát và tiến triển bệnh viêm quanh răng do cơ thể sinh ra.
  - Các enzym phân giải protein góp phần khởi phát và tiến triển bệnh viêm quanh răng do cả vi khuẩn và cơ thể sinh ra.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

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

## Bài 4

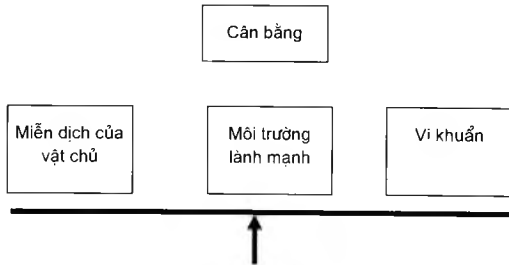
# ĐÁP ỨNG CỦA MIỄN DỊCH TRONG BỆNH VÙNG QUANH RĂNG

### MỤC TIÊU

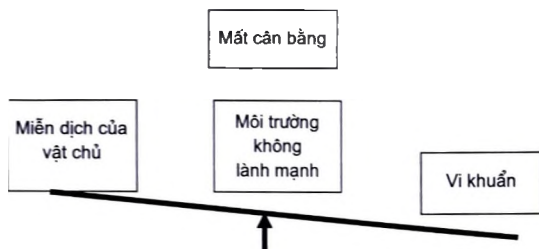
1. Mô tả được các hình thức đáp ứng miễn dịch bẩm sinh của vật chủ với tác động của vi sinh vật.
2. Mô tả và nêu tác dụng của đáp ứng miễn dịch dịch thể và miễn dịch qua trung gian tế bào.

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

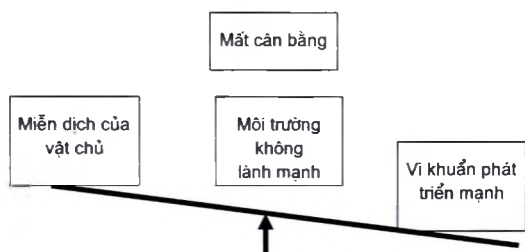
Sự chống đỡ của vật chủ giống như con dao 2 lưỡi, mặc dù nó có ý nghĩa bảo vệ nhưng cũng có thể gây tổn thương mô nha chu. Bình thường có một sự cân bằng giữa khả năng chống đỡ của vật chủ, khả năng gây bệnh của vi khuẩn và môi trường sinh thái học bên trong mô nha chu, vì vậy bất cứ một sự rối loạn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



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



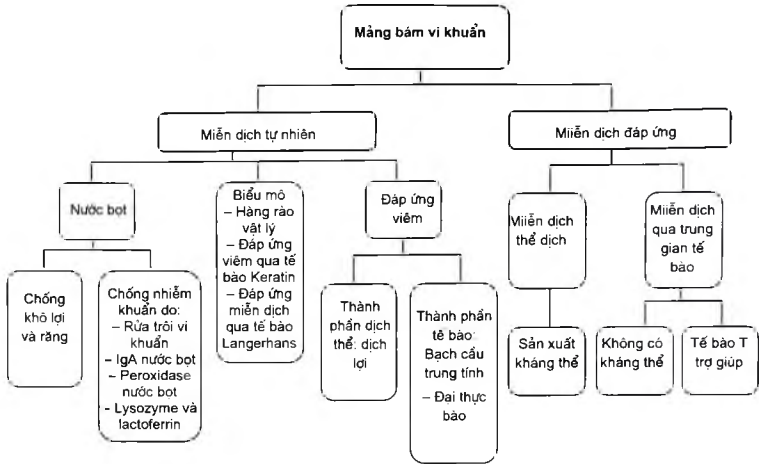
Hình 4.2. Miễn dịch của vật chủ giảm không còn đủ sức chống lại sự tấn công của vi khuẩn.



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

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

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



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

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

### 2.1. Đáp ứng viêm

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

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

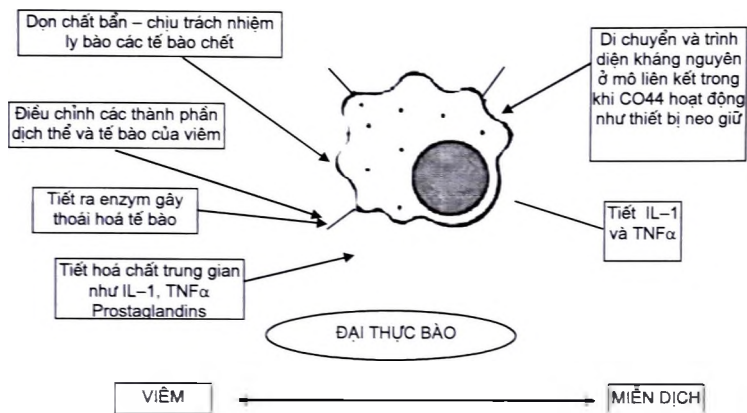
Dịch thể và dịch túi lợi được hình thành là kết quả của quá trình viêm cấp sẽ rửa sạch các vi khuẩn bề mặt trong rãnh lợi, thể tích của nó tăng lên cùng với sự tăng lên của quá trình viêm, nó bao gồm những chất trung gian hoá học của quá trình viêm và các chất kháng khuẩn (như bổ thể, kháng thể và những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



**Hình 4.5. Bạch cầu trung tính**

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

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



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

## 2.2. Biểu mô

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

Đáp ứng viêm là do:

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

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

## 2.3. Nước bọt

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

**Khả năng chống vi khuẩn của nước bọt dựa vào:**

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

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

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

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

- Các ion  $\text{OH}^-$  có trong nước bọt ngăn cản hoạt động của vi khuẩn.

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

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

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

#### 2.4. Đáp ứng miễn dịch dịch thể

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

#### **Các chất này bao gồm:**

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

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

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

#### **Kết luận:**

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

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

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

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

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

## **TỰ LƯỢNG GIÁ**

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

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

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



2. Đáp ứng miễn dịch dịch thể:

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

3. Miễn dịch qua trung gian tế bào:

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

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

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

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

### Tiếng Việt

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

### Tiếng Anh

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

## SANG CHẤN KHỚP CẦN VÀ MÔ QUANH RĂNG

### MỤC TIÊU

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

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

### 1. ĐỊNH NGHĨA

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

## **3. PHÂN TÍCH MÔ HỌC CÁC TIÊU BẢN VÙNG SANG CHẤN KHỚP CÁN**

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

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

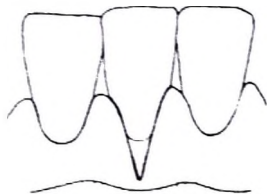
Glickman năm 1967 cho rằng, ở những nơi tiêu xương chéo và có túi trong xương thì có sự phối hợp màng bám răng và sang chấn khớp cắn. Vùng tổn thương gồm có dây chằng quanh răng, cement răng và xương ổ răng.

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

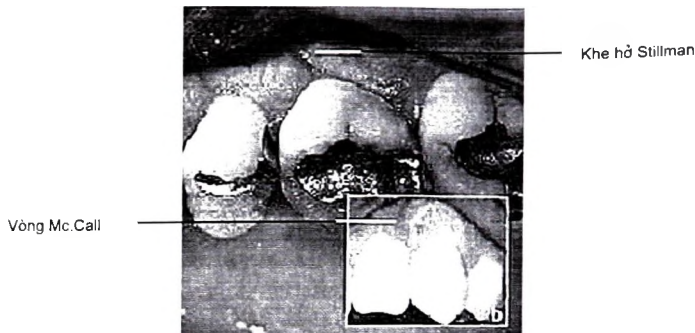
Cả hai tác giả Glickman và Waerhaug đều nghiên cứu trên tổ chức mô đã chết, bởi vậy chưa thực sự thuyết phục được các nhà thực hành. Nhiều người đồng ý và tin theo quan điểm của Glickman rằng, sang chấn khớp cắn là yếu tố tăng nặng bệnh vùng quanh răng. Một số người khác ủng hộ quan điểm của Waerhaug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

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

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



Hình 5.1. Khe lợi Stillman



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

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



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

## 5. NGHIÊN CỨU CÁC CA LÂM SÀNG

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

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

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

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

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

## 6. TRIỆU CHỨNG CỦA SANG CHẤN KHỚP CẮN

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

## TỰ LƯỢNG GIÁ

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

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

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

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

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



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

## MỤC TIÊU

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

## 1. ẢNH HƯỞNG CỦA DINH DƯỠNG

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

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

### 1.1. Thiếu hụt vitamin A, D, E

– *Thiếu vitamin A:*

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

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

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

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

– *Thiếu vitamin D:*

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

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

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

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

## 1.2. Thiếu vitamin nhóm B và vitamin C

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Do một số cơ chế:

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

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

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

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

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

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

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

### **1.2.2. Các nghiên cứu dịch tễ học**

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

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

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

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

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

### **1.3. Thiếu protein**

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

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

### **1.4. Đói ăn**

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

## 2. ẢNH HƯỞNG CỦA NỘI TIẾT

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

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

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

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

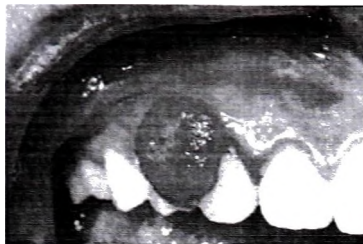
Bắt đầu từ ngày thứ 14 của chu kỳ, thể vàng bắt đầu tiết ra estrogen và progesteron. Nếu việc thụ thai không xảy ra, thể vàng thoái hoá, lượng hormon estrogen và progesteron trong cơ thể giảm xuống và một phần màng trong tử cung được đẩy ra ngoài để kết thúc kỳ kinh. Nếu sự thụ tinh và mang thai diễn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

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

### 2.2. Liên quan thai nghén

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

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



Hình 6.1. U lợi ở phụ nữ mang thai

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

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

### 2.3. Liên quan mãn kinh

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

## 3. ẢNH HƯỞNG CỦA BỆNH ĐÁI THÁO ĐƯỜNG

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

## TỰ LƯỢNG GIÁ

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

### 1. Vitamin A:

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

### 2. Các vitamin nhóm B:

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

### 3. Thiếu vitamin C:

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



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

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

### Tiếng Anh

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

## ẢNH HƯỞNG CỦA LÃO HOÁ LÊN MÔ QUANH RĂNG

### MỤC TIÊU

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

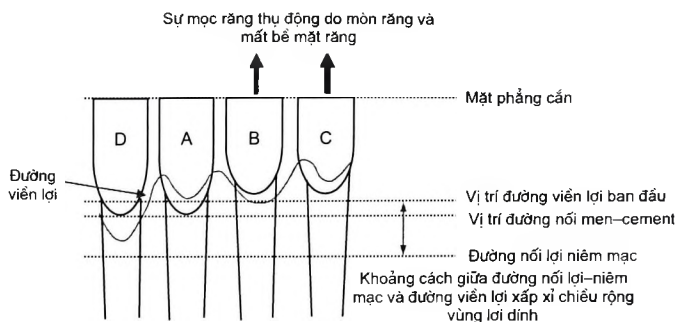
Những thành công của giáo dục sức khoẻ và nha khoa phòng ngừa đã làm giảm mất răng ở tất cả các nhóm tuổi trong đó có tuổi già. Điều này đồng nghĩa với việc cần nghiên cứu tỉ mỉ vấn đề chăm sóc mô nha chu ở người già để tăng cường sức khoẻ răng miệng và tăng tuổi thọ của răng. Điều quan trọng là không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

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

#### 1.1. Biểu mô lợi

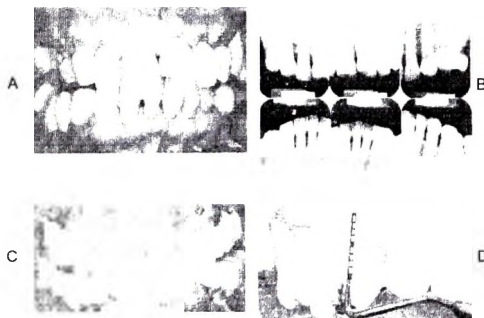
Nhiều nghiên cứu cho thấy sự mỏng đi và giảm sừng hoá của biểu mô lợi theo tuổi, vì vậy làm tăng tính thấm của biểu mô với kháng nguyên vi khuẩn và giảm sức đề kháng với các sang chấn chức năng có thể ảnh hưởng lâu dài đến vùng quanh răng. Ngoài ra, còn có một số thay đổi khác liên quan đến lão hoá như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

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



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

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



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

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

## 1.2. Mô liên kết lợi

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

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

## 1.3. Dây chằng nha chu

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

## 1.4. Xương răng

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

## 1.5. Xương ổ răng

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

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

## 1.6. Màng bám vi khuẩn

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

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

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

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

### 1.7. Đáp ứng miễn dịch

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

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

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

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

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

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

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

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

#### TỰ LƯỢNG GIÁ

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

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

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

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

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

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

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

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



## TIÊU XƯƠNG Ồ RĂNG VÀ TÚI LỢI

### MỤC TIÊU

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

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

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

### 1. TIÊU XƯƠNG TRONG BỆNH VIÊM QUANH RĂNG MẠN TÍNH

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

## **3. BẢN KÍNH ẢNH HƯỞNG CỦA VI KHUẨN MẢNG BẨM**

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

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

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

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

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

#### **5. CƠ CHẾ PHÁ HUỖ XƯƠNG**

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

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

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

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

#### **6. SỰ TẠO XƯƠNG Ở VÙNG BỆNH NHA CHU**

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

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

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

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

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

## **7. SỰ PHÁ HỦY XƯƠNG DO SANG CHẤN KHỚP CÁN**

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

### **7.1. Trường hợp không có viêm tại chỗ**

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

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

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

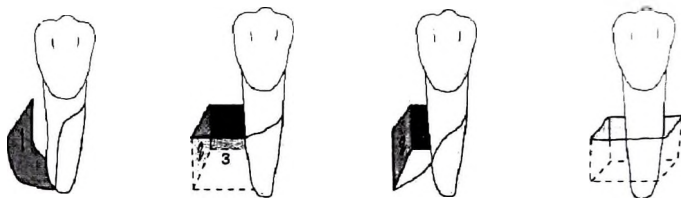
**7.3. Các yếu tố liên quan toàn thân:** Chứng loãng xương thường gặp ở phụ nữ mãn kinh, làm giảm khoáng trong xương, người vừa có bệnh viêm nha chu và chứng loãng xương thì khó tái sinh xương.

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

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

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

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



a) Tiêu xương 1 thành

b) Tiêu xương 2 thành

c) Tiêu xương 3 thành

d) Tiêu xương 4 thành

**Hình 8.1. Hình ảnh tiêu xương**

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

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

## 9. TÚI LỢI

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

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

### 9.2. Phân biệt trên lâm sàng

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

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

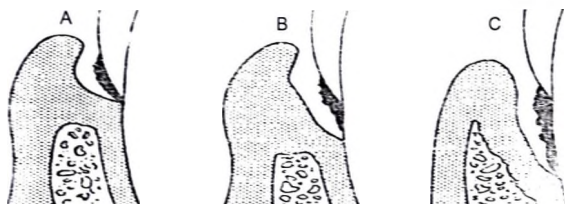
Để xác định độ sâu túi quanh răng, người ta dùng thăm trám nha chu có chia vạch để đo, độ sâu túi lợi được tính từ bờ viêm lợi tới đáy túi lợi. Trên lâm sàng, các dạng tổn thương nha chu rất phong phú, vì vậy ta có thể gặp nhiều hình thái quanh răng khác nhau.

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

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

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

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



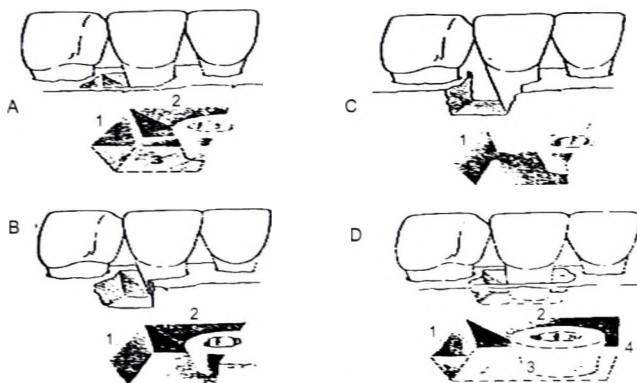
**Hình 8.2. Các hình ảnh túi lợi**

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

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

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

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



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

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

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

Ý nghĩa của việc phân loại túi lợi.

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

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

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

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

## TỰ LƯỢNG GIÁ

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

1. Liên quan đến cơ chế phá huỷ xương:

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

2. Các dạng tiêu xương:

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

3. Tổn thương chề răng nhiều chân:

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

4. Túi lợi trên xương:

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

5. Túi lợi trong xương:

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

6. Túi lợi 3 thành xương:

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

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

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



## Chương II

# CÁC BỆNH VÙNG QUANH RĂNG

### Bài 9

## PHÂN LOẠI BỆNH QUANH RĂNG

### MỤC TIÊU

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

### 1. ĐẠI CƯƠNG

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

### 2.1. Các bệnh lợi

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

#### 2.1.1. Các bệnh lợi do mảng bám răng

Có 4 thể loại khác nhau dưới đây:

##### 1) Viêm lợi chỉ do mảng bám răng

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

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

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

+ Viêm lợi ở tuổi dậy thì.

+ Viêm lợi liên quan tới chu kỳ kinh nguyệt.

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

+ Viêm lợi.

+ U hạt.

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

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

+ Viêm lợi liên quan tới bệnh bạch cầu.

+ Viêm lợi do các bệnh máu khác.

### 3) Các bệnh lợi do dùng thuốc

Có các bệnh lợi do ảnh hưởng của thuốc:

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

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

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

## **2.1.2. Các tổn thương lợi không do mảng bám**

Có 8 nhóm các bệnh lợi dưới đây:

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

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

### 2) Các bệnh lợi do virus:

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

### 3) Các bệnh lợi do nấm

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

### 4) Các tổn thương lợi do di truyền

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

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

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

+ Pemphigus.

+ Ban đỏ đa dạng.

+ Lupus ban đỏ.

+ Các rối loạn do thuốc.

+ Các rối loạn khác.

- Các phản ứng dị ứng.

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

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

+ Các phản ứng dị ứng khác.

6) Các tổn thương do sang chấn

- Tổn thương do các chất hoá học.

- Tổn thương do tác nhân lý học.

- Tổn thương do nhiệt.

7) Các phản ứng với cơ thể ngoại lai

8) Các bệnh lợi không đặc hiệu khác

## **2.2. Viêm quanh răng mạn**

- Khu trú.

- Toàn bộ.

## **2.3. Viêm quanh răng phá huỷ**

- Khu trú.

- Toàn bộ.

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

Có 3 nhóm dưới đây:

### **2.4.1. Do các rối loạn về máu**

- Giảm bạch cầu trung tính mắc phải.

- Bệnh bạch cầu.

- Các bệnh máu khác.

### **2.4.2. Do các rối loạn di truyền**

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

- Hội chứng Down.

- Các hội chứng thiếu hụt bạch cầu bám dính.

- Hội chứng Papillon – Lefevre.

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

#### **2.4.3. Do các bệnh toàn thân không đặc hiệu khác**

### **2.5. Các bệnh quanh răng hoại tử**

#### **2.5.1. Viêm lợi loét hoại tử**

#### **2.5.2. Viêm quanh răng loét hoại tử**

### **2.6. Các áp xe vùng quanh răng**

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

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

Các tổn thương phối hợp quanh răng – nội nha.

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

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

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

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

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

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

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

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

### **2.8.4. Chấn thương khớp cắn**

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

## **3. PHÂN LOẠI THEO FERMIN A.C**

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

### **3.1. Các bệnh lợi**

#### **3.1.1. Viêm**

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

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

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

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

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

### **3.1.2. Các thể loại bệnh lợi**

– Viêm lợi đơn giản.

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

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

– Các bệnh lợi khác.

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

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

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

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

+ Viêm lợi dị ứng.

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

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

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

### **3.2. Các bệnh của cấu trúc chống đỡ răng**

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

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

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

a) Viêm quanh răng:

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

b) Sang chấn do khớp cắn.

c) Teo quanh răng.

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

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

### **3.2.1. Viêm quanh răng**

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

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

*a) Viêm quanh răng tiến triển chậm:*

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

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

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

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

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



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

*b) Viêm quanh răng tiến triển nhanh:*

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

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

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

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

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

+ Hội chứng Papillon–Lefevre.

+ Bệnh giảm phosphat máu.

+ Chứng mất bạch cầu hạt.

+ Hội chứng Down,...

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

*c) Viêm quanh răng loét hoại tử:*

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

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

*d) Viêm quanh răng nan giải:*

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

### **3.2.2. Sang chấn do khớp cắn**

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

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

### **3.2.3. Teo quanh răng**

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

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

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

### **3.2.4. Biểu lộ quanh răng của các bệnh toàn thân**

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

1) Viêm quanh răng loét hoại tử

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

2) Các rối loạn chức năng bạch cầu trung tính

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

3) Các bệnh về máu

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

4) Các bệnh về chuyển hoá

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

5) Các rối loạn mô liên kết

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

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

## **4. MỘT SỐ PHÂN LOẠI KHÁC**

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

Có 3 loại là viêm, thoái hoá và u:

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

### **4.2. Theo Glickman**

#### **4.2.1. Bệnh ở lợi**

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

#### **4.2.2. Tổn thương ở mô quanh răng sâu**

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

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

#### **4.3. Theo Suzuki năm 1988**

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

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

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

#### **4.5. Theo Ranney, năm 1993**

##### **4.5.1. Viêm lợi**

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

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

#### 4.5.2. Viêm quanh răng

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

### TỰ LƯỢNG GIÁ

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

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

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

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

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

### Tiếng Việt

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

### Tiếng Anh

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

# I. CÁC BỆNH LỢI

## Bài 10

### VIÊM LỢI MẠN TÍNH DO MẢNG BẨM

#### MỤC TIÊU

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

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



Hình 10.1. Hình ảnh viêm nướu lợi và bờ lợi

#### 1. TRIỆU CHỨNG LÂM SÀNG CỦA VIÊM LỢI MẢNG BẨM

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

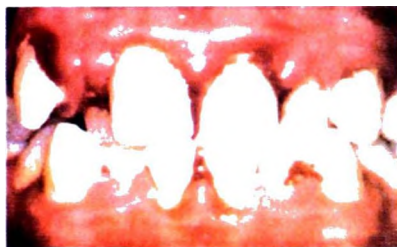
## 1.1. Đặc điểm của viêm lợi mãn tính

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

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

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

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



Hình 10.2. Bệnh nhân bị chảy máu lợi nặng



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

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

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

## 2. CÁC YẾU TỐ THUẬN LỢI VIÊM LỢI MẢNG BẨM

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

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



Hình 10.3. Lõi men ở mặt xa răng 27

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

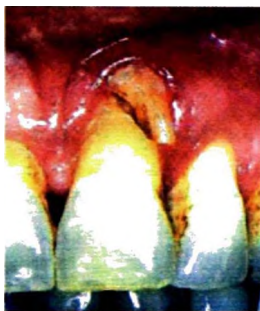
**2.3. Miếng trám răng và phục hình răng sát lợi hoặc dưới lợi:** Trường hợp không nhẵn hoặc phồng ra so với răng ban đầu sẽ làm bám mùn thức ăn và vi khuẩn, khó khăn trong việc vệ sinh răng miệng. Thời gian tồn tại miếng trám hay phục hình càng kéo dài thì tổn thương do viêm ở vùng quanh răng càng nặng.

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



Hình 10.4. Viêm bờ lợi do chất hàn thừa

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



Hình 10.5. Viêm bờ lợi do gãy chân răng 21

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

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

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

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

### 3. VIÊM LỢI MẢNG BẨM LIÊN QUAN NỘI TIẾT

#### 3.1. Viêm lợi liên quan thai nghén

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

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

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



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

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

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

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

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

#### 4. VIÊM LỢI MẢNG BẨM LIÊN QUAN THIẾU DINH DƯỠNG

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



**Hình 10.7. Viêm lợi liên quan thiếu vitamin C**

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

## **5. VIÊM LỢI MẢNG BẨM LIÊN QUAN BỆNH TOÀN THÂN**

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

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

## **6. VIÊM LỢI MẢNG BẨM LIÊN QUAN VỚI THUỐC**

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

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

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

## 7. ĐIỀU TRỊ BỆNH VIÊM LỢI MẢNG BẨM

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

Loại bỏ các yếu tố thuận lợi của bệnh.

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

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

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

## TỰ LƯỢNG GIÁ

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

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

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

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

### Tiếng Việt

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

### Tiếng Anh

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

## CÁC BỆNH LỢI CẤP TÍNH

### MỤC TIÊU

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

### 1. ĐIỀU TRỊ VIÊM LỢI LOÉT HOẠI TỬ CẤP TÍNH

#### 1.1. Triệu chứng

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

Các triệu chứng của viêm lợi loét hoại tử là:

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

#### 1.2. Nguyên nhân

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

#### 1.3. Điều trị

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

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

### **1.3.1. Trình tự các bước điều trị**

#### *a) Lần khám và điều trị đầu tiên:*

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

#### **\* Triệu chứng thực thể:**

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

#### **\* Điều trị:**

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

- Giảm đau tại chỗ.

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

- Làm sạch nhẹ nhàng tổn thương bằng nước ấm.

- Có thể làm sạch cao răng trên lợi nông.

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

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

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

#### *Lưu ý trong lần điều trị thứ nhất:*

- Không lấy cao răng dưới lợi.

- Không nạo túi lợi.

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

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



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

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

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

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

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

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

*d) Các lần khám và điều trị tiếp theo*

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

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

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

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

*e) Các điều trị bổ sung khác:*

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

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

- Nếu cần phải làm các phẫu thuật cấp cứu phải dùng kháng sinh toàn thân.
- Các thuốc sử dụng tại chỗ.
- + Các chất giải phóng O<sub>2</sub>: Peroxide kẽm, H<sub>2</sub>O<sub>2</sub>, clorat kali.
- + Không dùng các thuốc gây hoại tử như: Phenol, nitrat bạc, acide crom vì các chất gây hoại tử này làm dịu các triệu chứng đau do phá hủy các tận cùng thần kinh ở lợi, chúng còn phá hủy các tế bào non cần cho quá trình sửa chữa và làm chậm lành thương. Nếu sử dụng các thuốc này lặp lại sẽ gây hiện tượng mất tổ chức lợi và làm cho lợi không phục hồi khi bệnh đã thuyên giảm.

### **1.3.2. Điều trị toàn thân hỗ trợ**

- Kháng sinh toàn thân.
- Truyền dịch.
- Thuốc giảm đau.
- Chế độ nghỉ ngơi.
- Bổ sung dinh dưỡng, vitamin B, C, PP.

### **1.4. Tiến triển và lành thương của VLLHTC**

- Quá trình lành thương bao gồm:
  - + Giai đoạn cấp chưa điều trị: khi lấy bỏ giả mạc ở bề mặt bộc lộ chỗ loét bên dưới, chảy máu, lõm như miệng núi lửa ở lợi.
  - + Trong giai đoạn tiếp theo: kích thước tổn thương và màu đỏ của các bờ loét giảm xuống nhưng màu đỏ vẫn còn.
  - + Tiếp theo: có biểu hiện sớm của phục hồi màu sắc và đường viền lợi trở lại bình thường.
  - + Giai đoạn cuối cùng:
    - Màu sắc lợi bình thường.
    - Độ chắc, cấu trúc bề mặt, đường viền lợi phục hồi.
    - Các phần của chân răng đã bộc lộ ở giai đoạn cấp đã được phủ bởi lợi lành mạnh.
  - Trong đợt điều trị, nếu bệnh nhân nữ trong chu kỳ kinh nguyệt thì có thể làm nặng thêm các triệu chứng cấp, gây ra vè ngoài tái phát, cần thông báo cho bệnh nhân tránh lo lắng.

### **1.5. Thất bại**

- Bệnh tiến triển dai dẳng, không đáp ứng với điều trị hoặc bệnh tái phát.
- Nếu không đáp ứng với điều trị cần tiến hành:
  - + Ngừng toàn bộ liệu pháp thuốc tại chỗ.
  - + Chẩn đoán phân biệt VLLHTC với bệnh khác có biểu hiện tương tự.

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

## **2. ĐIỀU TRỊ VIÊM QUANH THÂN RĂNG CẤP**

### **2.1. Đặc điểm lâm sàng**

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

*Việc điều trị viêm quanh thân răng cấp tùy thuộc:*

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

### **2.2. Các bước điều trị bao gồm**

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

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

### **3. ĐIỀU TRỊ VIÊM LỢI MIỆNG HERPES**

#### **3.1. Đặc điểm lâm sàng**

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

#### **3.2. Điều trị tại chỗ**

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

#### **3.3. Điều trị toàn thân**

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

## TỰ LƯỢNG GIÁ

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

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

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

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

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

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

## PHÌ ĐẠI LỢI

### MỤC TIÊU

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

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

### 1. PHÂN LOẠI PHÌ ĐẠI LỢI

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

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

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

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

### **Mức độ phì đại lợi:**

Độ 0: Không có dấu hiệu phì đại lợi.

Độ I: Phì đại ở nhú lợi.

Độ II: Phì đại nhú và bờ lợi.

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

## 2. CÁC DẠNG PHÌ ĐẠI LỢI THƯỜNG GẶP

### 2.1. Phì đại lợi do viêm

#### 2.1.1 Do viêm mạn tính

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



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

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



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

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

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

### 2.1.2. Do viêm cấp

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

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



Hình 12.2. Áp xe lợi mặt ngoài răng 14

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

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

### 2.2. Phì đại lợi do thuốc

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

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

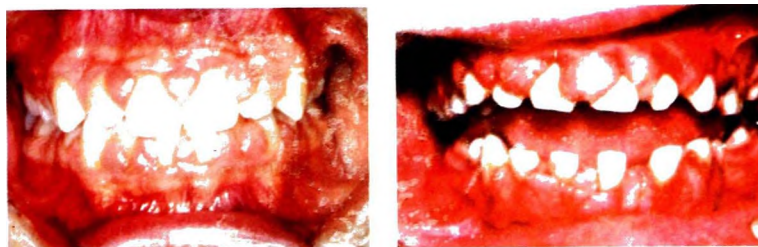
phân cách với lợi bình thường bởi một rãnh. Phì đại lợi thường là toàn bộ, nhưng nặng hơn ở vùng phía trước, chỉ có ở vùng có răng, phì đại biến mất khi nhổ răng. Tăng sản tổ chức có thể gặp ở vùng đã mất răng nhưng rất hiếm. Phì đại lợi sẽ tự mất đi sau khi ngừng thuốc vài tháng.

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

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

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

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



Hình 12.3. Phì đại lợi do thuốc

### 2.2.1. Sự liên quan với thuốc chống động kinh

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

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

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

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

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

### **2.2.2. Thuốc ức chế miễn dịch**

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

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

### **2.2.3. Thuốc chẹn kênh calci**

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

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

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

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

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

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

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

### **2.3.1. Phì đại lợi có điều kiện**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

b) *Phì đại lợi do thiếu vitamin C:*

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

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

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

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

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

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

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

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

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

### **2.3.2. Viêm lợi có điều kiện không đặc hiệu**

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

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

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

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

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

### **2.3.3. Phì đại lợi do bệnh toàn thân**

*a) Các bệnh bạch cầu:*

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

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

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

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

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

#### *b) Các bệnh tổ chức hạt:*

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

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

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

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

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

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

## **2.4. Phi đại lợi do u**

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

### **2.4.1. U lợi lành tính**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

*Mô bệnh học* giống u hạt tế bào ngoại vi.

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

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

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



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

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

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

#### 2.4.2. U ác tính ở lợi

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

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

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

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

– *U di căn tới lợi*: rất hiếm gặp.

#### 2.5. Phì đại lợi già

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

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

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

#### 2.6. Phì đại lợi tự phát

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

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



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

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

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

## TỰ LƯỢNG GIÁ

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

1. Nguyên nhân gây phì đại lợi:
  - A. Do viêm lợi mảng bám.
  - B. Do áp xe lợi.
  - C. Do thuốc.
  - D. Do thiếu vitamin C.
  - E. Do dị ứng.
  - F. Do thay đổi hormon.
2. Đặc điểm lâm sàng của phì đại lợi do viêm lợi mảng bám:
  - A. Lợi nề đỏ.
  - B. Lợi sần chắc.
  - C. Lợi tiết dịch.
  - D. Có nhiều cao răng và mảng bám răng.
3. Đặc điểm lâm sàng của áp xe lợi:
  - A. Có ổ mũ khu trú ở lợi.
  - B. Có túi lợi.
  - C. Có hội chứng nhiễm trùng toàn thân.
  - D. Có chảy máu lợi.
4. Đặc điểm lâm sàng của phì đại lợi do thuốc:
  - A. Bắt đầu từ bờ lợi.
  - B. Xuất hiện đồng thời cả bờ lợi và nhú lợi.
  - C. Triệu chứng của viêm xuất hiện trước rồi mới phì đại lợi.
  - D. Bắt đầu từ nhú lợi.

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

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

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

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

## 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, bết, 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.

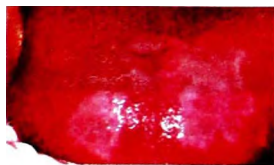


Hình 13.3. Tổn thương mòn ở bờ lưỡi và niêm mạc lợi của Lichen phẳng

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.



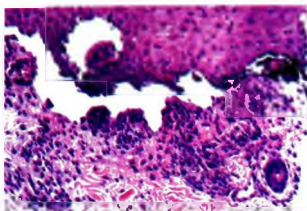
Hình 13.5. Tổn thương mòn loét ở lợi

- 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.

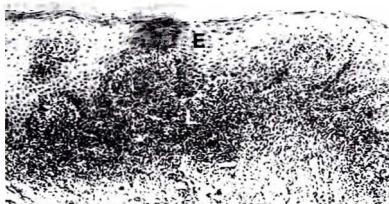


Hình 13.6. Hình ảnh mô bệnh học của Lichen

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.

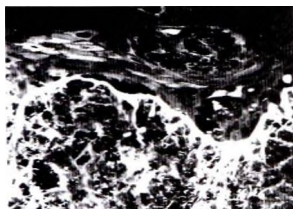
**1.3. Chẩn đoán phân biệt:** Các bệnh có thể nhầm với Lichen phẳng là viêm niêm mạc dạng Lichen. Khi tổn thương trong miệng là tổn thương mòn ở niêm mạc má thì cần phân biệt lupus ban đỏ và loét dạ dày mạn tính. Tổn thương mòn ở lợi phải có đường trắng toả ra xung quanh thì mới là Lichen phẳng, nếu 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.

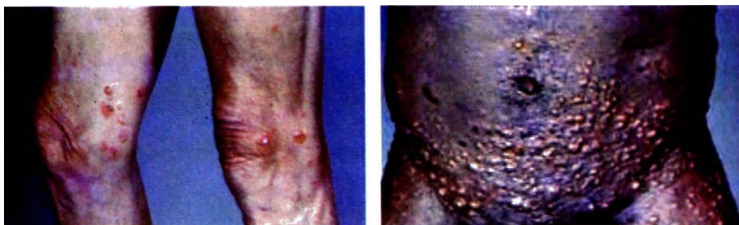
Tổn thương mòn, bong nước hay tổn thương loét cần điều trị bằng corticoid thoa tại chỗ, có thể tiêm vào trong tổn thương thuốc triamcinolone acetone (10 đến 20mg), có thể uống đợt 40mg × 5 ngày rồi giảm xuống 20mg × 14 ngày. Khi điều trị corticoid toàn thân cần cân nhắc tác dụng phụ, khám phát hiện tổn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

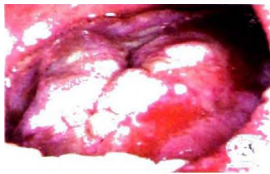


Hình 13.13. Tổn thương niêm mạc miệng của bệnh pemphigoid sẹo

**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.



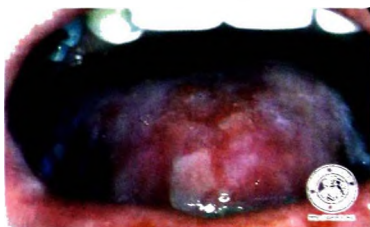
Hình 13.14. Tổn thương pemphigus ở lưỡi

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

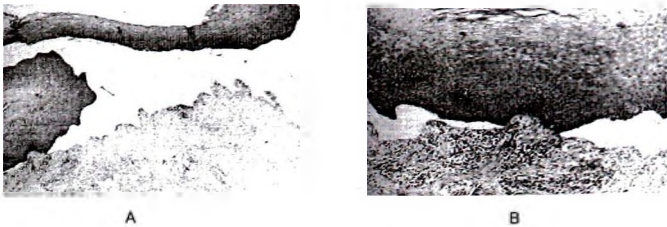
Pemphigoid sẹo cần được chẩn đoán phân biệt với bong biểu bì bong nước, cũng có mô bệnh học và xét nghiệm miễn dịch mô bệnh học tương tự. Mẫu xét nghiệm được xử lý muối để tách chân bì ra khỏi biểu bì, lắng đọng phức hợp miễn dịch màng đáy khác nhau giữa pemphigoid sẹo và bong biểu bì bong nước.



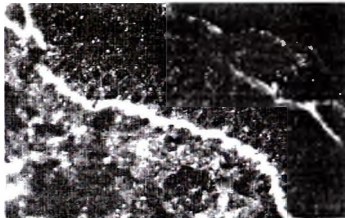
Hình 13.16. Tổn thương loét của bong biểu bì bong nước

**Điều trị:** Corticoid tại chỗ là thuốc chủ yếu để điều trị pemphigoid sẹo, nhất là giai đoạn còn tổn thương. Ví dụ: fluocinonide 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

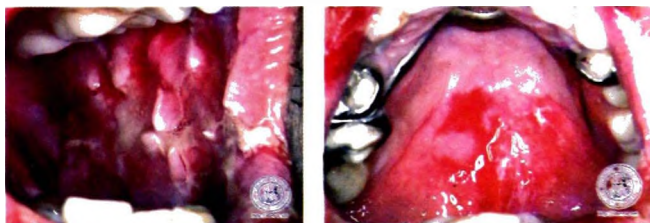
Pemphigus là một nhóm bệnh bong nước do rối loạn tự miễn tạo ra các phỏng nước trong biểu mô da hay niêm mạc. Pemphigus thông thường là một bệnh tự miễn mạn tính nguy hiểm với tỷ lệ chết 10%. Tỷ lệ mắc bệnh trên thế giới 0,1 đến 0,5 ca bệnh trên 100 ngàn dân. Bệnh ở nữ nhiều hơn ở nam, thường sau 40 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 bong nước lớn. Khi bong nước vỡ ra để lại các vết loét. Bất kỳ vùng nào trong miệng cũng có thể có tổn thương, nhưng

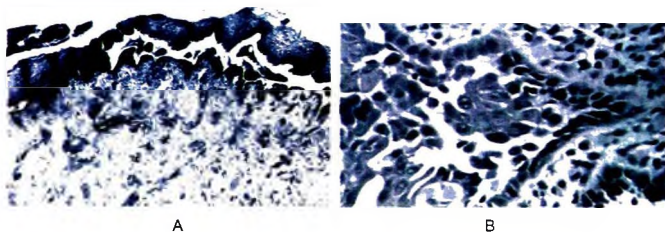
thường những vùng bị kích thích hay sang chấn dễ xuất hiện tổn thương hơn. Thứ tự nguy cơ xuất hiện tổn thương: vòm mềm 80%, niêm mạc má 46%, lưng lưỡi 20%, niêm mạc môi dưới 10%, ít khi biểu hiện ở lợi tuy nhiên có trường hợp bệnh chỉ biểu hiện duy nhất ở lợi.



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

*Mô bệnh học:*

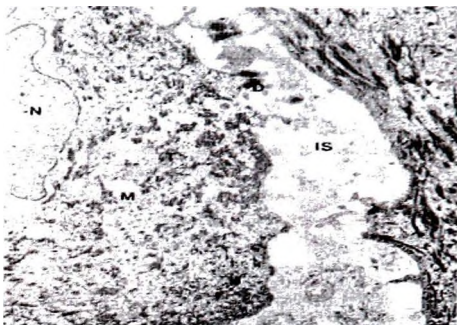
Tổn thương pemphigus có đặc điểm bong trong biểu mô, ở ngay trên lớp tế bào đáy. Khi mới bong thì là tổn thương rất nhỏ chỉ có thể quan sát thấy trên kính hiển vi, sau đó lớn dần lên tới mức có thể quan sát bằng mắt. Khi mụn hay bọng vỡ ra, bong mất lớp bề mặt để lại lớp tế bào đáy trông bề mặt giống 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 dẫm 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 bọc 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 phỏng 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 9<sup>th</sup> 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 al. 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 nối 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.		
<b>II. VIÊM QUANH RĂNG LOÉT HOẠI TỬ LIÊN QUAN VỚI AIDS</b>			
1.	Vùng tổn thương có nấm cơ hội <i>Candida Albicans</i> .		
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*.
- *Pseudomonas 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 mù.

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 liên 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 liên 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 ngừng.

## 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. Có thể đặt implant.
6. Pha phục hồi có thể thực hiện:
- A. Làm cầu răng.
  - B. Lấy cao răng.
  - C. Làm nhấn 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 nhỏ 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 viên lợi sinh lý: Trong một số trường hợp, sau khi liên 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 hủy các tạn cùng thần kinh ở lợi. Nhưng chúng còn phá hủy cả các tế bào non cần thiết cho quá trình sửa chữa và làm chậm liên 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 mủ 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 mủ 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 mủ 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 mào 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. Liền 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 mao 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 dần dần 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 liên 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 liên 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 liên thương sau cắt lợi là giống nhau ở tất cả các cá thể, nhưng thời gian cần thiết cho quá trình liên 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 (CO<sub>2</sub>) 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 CO<sub>2</sub> 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 cương 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. Dũa dao Kirkland rạch ở kẽ.
  - B. Dũa dao Kirkland rạch mặt ngoài và mặt trong.
  - C. Dũa dao Orban rạch mặt lưỡi.
  - D. Dũa dao Orban rạch ở kẽ.
  - E. Dũa 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 liền thương gần như bình thường sau 2 tháng.
  - F. Quá trình liền 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. Liền thương như cắt bằng dao mổ thông thường.
  - B. Liền 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 bên 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

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

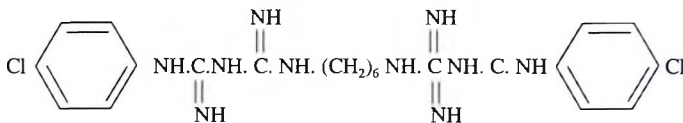
Với những đặc điểm giải phẫu sinh lý của túi lợi và đặc điểm của hệ vi sinh trong túi lợi thì thuốc tại chỗ khó đạt hiệu quả cao bằng cách bơm rửa, đây là lý do để các bác sĩ thực hành nghĩ tới phương pháp đặt thuốc trong túi lợi sao cho bám vào thành túi và giải phóng thuốc từ từ. Có hai dạng thuốc 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 ( $\text{NH}^+$ ), thiol ( $\text{SH}$ ) và phenolic hydroxyl ( $\text{OH}^+$ ) 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 (SnF<sub>2</sub>):** 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 bọm 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.

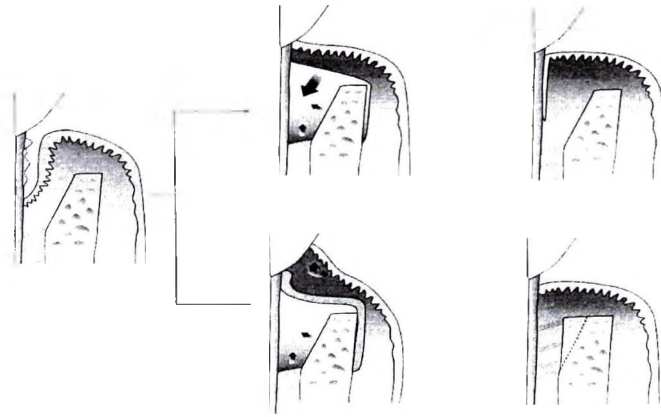
### 1. CƠ SỞ SINH HỌC

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 Periondontol* 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 cắm implant được chắc chắn hơn, đáp ứng nhu cầu chức năng và thẩm mỹ, làm cho chỉ định cắm 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 mào xương ổ răng hoặc cắm implant tức thì.

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

- Cắm ghép một thì: cắm 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 cắm 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.
- Rạch 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"> <li>- Tiêu ngang</li> <li>- Khuyết hồng xương &lt; 3mm nhưng trong khoảng 1/3 bề rộng chân răng.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Tiêu ngang</li> <li>- Khuyết xương &gt; 3mm, lớn hơn 1/3 bề rộng chân răng nhưng chưa xuyên hết vùng chề.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Xuyên qua toàn bộ vùng chề.</li> </ul>

Phân loại theo quan điểm điều trị

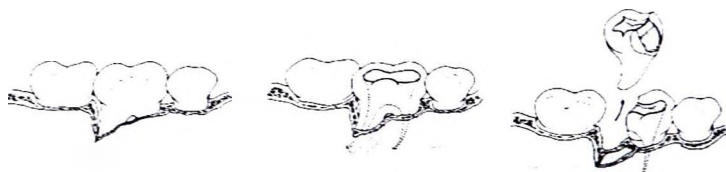
	<b>Độ I</b>	<b>Độ II</b>	<b>Độ III</b>
Điều trị duy trì	– Lấy cao, làm nhẵn bề mặt chân răng. – Nạo túi lợi.	Nạo túi lợi.	Nạo túi lợi.
Phẫu thuật che kín vùng chề.	Phẫu thuật vật trượt, tạo hình xương.		
Loại bỏ vùng chề.		Cắt chân và thân răng.	Cắt chân và thân răng.
Đóng kín vùng chề với bả dính mới.		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 cặn và cao răng ở tất cả các răng hoặc các mặt răng đã được lựa chọn.

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

– Cặn răng được ghi theo các mã số như:

0: Không có cặn răng hoặc vết bẩn.

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

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

3: Cặn 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 dễ 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.





*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 tui 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 lành 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 (TCYTTG).
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  $45^{\circ}$  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.





**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.

