

**ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ VIÊM NHA CHU MẠN TÍNH  
KHÔNG PHẪU THUẬT CÓ HỖ TRỢ LASER DIODE  
(BƯỚC SÓNG 810 NM) TẠI BỆNH VIỆN  
TRƯỜNG ĐẠI HỌC Y DƯỢC CẦN THƠ NĂM 2020-2022**

*Nguyễn Minh Tuấn\*, Phan Thuỳ Ngân, Trần Huỳnh Trung, Nguyễn Trung Kiên*

*Trường Đại học Y Dược Cần Thơ*

*\*Email: 19350110739@student.ctump.edu.vn*

**TÓM TẮT**

**Đặt vấn đề:** Điều trị viêm nha chu mạn tính không phẫu thuật có hỗ trợ laser Diode (bước sóng 810nm) là phương pháp hiện đại, an toàn và có nhiều ưu điểm như: không cần cắt rạch, khâu, giảm đau, giảm chảy máu...vì thế nên được nhiều bệnh nhân (BN) chấp nhận điều trị. **Mục tiêu nghiên cứu:** Đánh giá kết quả điều trị cho bệnh nhân viêm nha chu mạn tính không phẫu thuật có hỗ trợ laser diode. **Đối tượng và phương pháp:** Báo cáo loạt ca bệnh trên 20 bệnh nhân trên 18 tuổi, có túi nha chu  $\geq 4\text{mm}$ , được điều trị cao vôi và xử lý bề mặt chân răng và chia thành 2 nhóm có và không có chiếu laser tại Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Cần Thơ. **Kết quả:** Độ sâu túi nha chu (PPD) và độ mất bám dính lâm sàng (CAL) đều giảm sau 01 tháng và 03 tháng ở cả 2 nhóm. PPD và CAL ở nhóm can thiệp giảm sau 01 tháng là  $1,27 \pm 0,79\text{mm}$  và  $1,32 \pm 0,85\text{mm}$ , sau 03 tháng là  $1,92 \pm 0,8\text{mm}$  và  $2,09 \pm 0,7\text{mm}$ . Mức giảm có ý nghĩa thống kê so với nhóm không can thiệp tại cả hai thời điểm ( $P < 0,001$ ). **Kết luận:** Điều trị có hỗ trợ laser Diode (bước sóng 810nm) có hiệu quả tốt, phù hợp với xu hướng điều trị ngày nay, giảm phẫu thuật, giúp lành thương nhanh...

**Từ khóa:** Viêm nha chu mạn tính, laser Diode, độ sâu túi nha chu, độ mất bám dính lâm sàng.

**ABSTRACT**

**EVALUATION OF THE EFFICACY OF DIODE LASER (810 NM)  
AS AN ADJUNCT TO NON-SURGICAL TREATMENT  
IN CHRONIC PERIODONTITIS  
AT CAN THO UNIVERSITY OF MEDICAL AND PHARMACY HOSPITAL  
IN 2020 - 2022**

*Nguyen Minh Tuan\*, Phan Thuỳ Ngân, Tran Huynh Trung, Nguyen Trung Kien*

*Can Tho University of Medicine and Pharmacy*

*\*Email: 19350110739@student.ctump.edu.vn*

**Background:** Diode laser 810nm as an adjunct to non-surgical treatment in chronic periodontitis is a modern and safe method with several advantages such as no need for flaps or sutures, reducing pain, controlling bleeding, etc. **Objectives:** To evaluate the clinical effects of diode laser used as adjunctive therapy to scaling and root planing (SRP) to that of scaling and root planing alone for the treatment of chronic periodontitis. **Materials and methods:** Case series report study over 20 chronic generalized periodontitis patients with  $\geq 4\text{mm}$  probing pocket deep. They were treated with scaling and root planing (SRP) and divided into 2 groups with laser and SRP alone at Can Tho University of Medicine and Pharmacy Hospital. **Results:** Probing pocket depth (PPD) and Clinical attachment loss (CAL) were reduced at 1 and 3 months in both groups. In the laser group, PPD and CAL were reduced  $1.27 \pm 0.79\text{mm}$  and  $1.32 \pm 0.85\text{mm}$  after 1 month,  $1.92 \pm 0.8\text{mm}$  and  $2.09 \pm 0,7\text{mm}$  after 3 months. The reduction has statistically significant compared to the no-laser group at both times ( $P < 0.001$ ). **Conclusion:** Diode laser 810nm as an adjunct to non-surgical for chronic periodontitis: good effect, suitable concept, minimal invasion, quick healing, etc.

**Keywords:** Chronic periodontitis, Diode laser, probing pocket depth, clinical attachment loss.

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh nha chu hay còn gọi là bệnh quanh răng bao gồm viêm nướu và viêm nha chu [9], bệnh phổ biến ở những nước đang phát triển và cả những nước phát triển, ảnh hưởng đến khoảng 20-50% dân số toàn cầu. Viêm nha chu bao gồm một loạt các tình trạng viêm ảnh hưởng đến cấu trúc nâng đỡ răng (nướu, xương và dây chằng nha chu), có thể dẫn đến mất răng và góp phần gây viêm hệ thống [7]. Đây là nguyên nhân chính gây mất răng và là một trong hai mối đe dọa lớn nhất đối với sức khỏe răng miệng [11]. Viêm nha chu là yếu tố nguy cơ cho bệnh tim mạch, sinh con sớm, sinh nhẹ cân, loãng xương, đái tháo đường...[5],[8].

Việc sử dụng laser để điều trị đã trở nên phổ biến trong lĩnh vực y tế. Ứng dụng laser đã được đưa vào lĩnh vực nha khoa lâm sàng với hy vọng vượt qua một số nhược điểm của các phương pháp nha khoa thông thường. Nhờ vào những ưu điểm vượt trội mà laser mang lại nên chúng được ứng dụng lâm sàng một cách rộng rãi [10]. Với sự tiến bộ và phát triển không ngừng của khoa học việc ứng dụng laser mô mềm trong điều trị nha chu đã trở nên phổ biến trên thế giới. Do đó, chúng tôi mong muốn thực hiện nghiên cứu này với các mục đích:

- Xác định đặc điểm lâm sàng, X quang ở bệnh nhân viêm nha chu mạn tính đến khám tại khoa Răng Hàm Mặt Trường Đại học Y Dược Cần Thơ, năm 2020-2022.
- Đánh giá kết quả điều trị viêm nha chu mạn tính không phẫu thuật có hỗ trợ laser diode 810nm tại khoa Răng Hàm Mặt Trường Đại học Y Dược Cần Thơ, năm 2020-2022.

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

### 2.1. Đối tượng nghiên cứu

- **Đối tượng:** BN trên 18 tuổi đến khám, được chẩn đoán viêm nha chu mạn tính và điều trị tại Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Cần Thơ năm 2020-2022.

- **Tiêu chuẩn chọn mẫu:** BN được chẩn đoán viêm nha chu mạn tính, có  $\geq 2$  răng có túi nha chu  $\geq 4$  mm (Tiêu chuẩn chẩn đoán viêm nha chu mạn tính: Bệnh nhân có ít nhất 2 vị trí (không cùng 1 răng) có độ sâu túi nha chu từ 4 mm trở lên hoặc có ít nhất 2 vị trí (không cùng 1 răng) có độ mất bám dính từ 3 mm trở lên [4]); Chảy máu nướu khi thăm dò; Có biểu hiện tổn thương xương ổ răng trên phim X quang toàn cảnh.

- **Tiêu chuẩn loại trừ:** BN đang mắc bệnh cấp tính vùng hàm mặt; Đã sử dụng kháng sinh và điều trị viêm nha chu trong 03 tháng gần đây; Phụ nữ có thai hoặc đang cho con bú; Mang khí cụ chỉnh nha; Hút thuốc lá mức độ nặng ( $\geq 10$  điếu/ngày). [3]; Có bệnh toàn thân (đái tháo đường, tăng huyết áp, suy giảm miễn dịch) chưa được kiểm soát ổn định trong vòng 06 tháng gần đây; Có vấn đề về tâm thần không thể hợp tác nghiên cứu.

- **Địa điểm và thời gian nghiên cứu:** Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Cần Thơ, từ tháng 6/2020 đến tháng 2/2022.

### 2.2. Phương pháp nghiên cứu

- **Thiết kế nghiên cứu và cỡ mẫu:** Báo cáo loạt ca bệnh với cỡ mẫu 20 BN với 40 răng chia làm hai nhóm can thiệp và không can thiệp.

- **Phương pháp chọn mẫu:** Chọn mẫu thuận tiện chọn tất cả các BN đến khám tại khoa Răng Hàm Mặt trường Đại học Y Dược Cần Thơ từ tháng 6/2020 đến tháng 2/2022 thỏa tiêu chí chọn mẫu đến khi đủ mẫu. Các bệnh nhân được xếp thứ tự vào danh sách nghiên cứu và đánh số theo dãy số tự nhiên, tất cả các bệnh nhân được điều trị theo phương pháp không phẫu thuật (cạo vôi răng, làm nhẵn bề mặt chân răng, kháng sinh Metronidazole 500mg, nước súc miệng Chlorhexidine 0,12%). Bệnh nhân có số thứ tự lẻ thì các răng bên

trái được kết hợp điều trị 2 lần bằng laser diode tại thời điểm sau điều trị sơ khởi 1 tuần và sau lần chiếu thứ nhất 5 - 7 ngày, các răng này nằm trong nhóm can thiệp và các răng bên phải sẽ trong nhóm không can thiệp. Bệnh nhân số thứ tự chẵn thì các răng bên phải được chiếu laser diode tương tự và các răng được quy vào các nhóm theo cách như trên.

- **Nội dung nghiên cứu:** Đặc điểm lâm sàng (tuổi, giới tính, lý do đến khám, tình trạng vệ sinh răng miệng, thói quen cạo vôi răng và hút thuốc lá), X quang toàn cảnh (tiêu xương dạng dọc, ngang và chéo) và đánh giá kết quả điều trị viêm nha chu mạn tính không phẫu thuật có hỗ trợ laser diode 810nm trên đối tượng nghiên cứu (độ lung lay của răng, chỉ số mảng bám, chỉ số nướu, chỉ số chảy máu khe nướu, độ sâu túi nha chu khi thăm dò, độ mất bám dính lâm sàng).

- **Phương pháp thu thập số liệu:**

+ Hồ sơ bệnh án: Tuổi, giới, lý do đến khám, tình trạng vệ sinh răng miệng.

+ Khám lâm sàng: Khám và đánh giá tình trạng mô nha chu dựa vào các chỉ số: Độ lung lay để cảm nhận sự lung lay răng và đánh giá theo phân loại Miller 1938 từ độ 0 tới độ 3 ; Chỉ số mảng bám (Plaque Index - PII) đánh giá độ dày của mảng bám trên mặt răng theo Silness và Loe (1964) thang điểm từ 0 tới 3; Chỉ số nướu (Gingival Index- GI): Đánh giá mức độ viêm dựa trên màu sắc, độ săn chắc và sự có hay không chảy máu khi thăm khám, theo Silness & Loe (1967) thang điểm từ 0 tới 3; Chỉ số chảy máu khe nướu (SBI – Gingival Sulcus Bleeding Index) đánh giá sự chảy máu nướu theo Muhleman và Son (1971) thang điểm từ 0 tới 5; Độ sâu túi nha chu khi thăm dò (Periodontal probing depth- PPD): dùng cây đo túi đo khoảng cách từ đáy túi đến bờ nướu tự do, đơn vị mm; Độ mất bám dính lâm sàng (Clinical attachment loss - CAL): dùng cây đo túi đo khoảng cách từ đáy túi đến đường nối men-xê măng, đơn vị mm.

+ X quang: Dựa vào phim X quang toàn cảnh (panorama) để đánh giá sự tiêu xương ổ răng bằng việc kiểm tra vùng tiếp cận trên phim, hướng tiêu xương hoặc hướng phá hủy xương được xác định bằng đường nối men - xê măng làm chuẩn. Có 3 dạng tiêu xương: tiêu xương dạng ngang, tiêu xương dạng dọc, tiêu xương dạng chéo [2].



Hình 1. Máy Laser diode AMD

(Nguồn: Evaluation of the Efficacy of Diode Laser as an Adjunct to Scaling and Root Planing in the Treatment of Chronic Periodontitis: A Clinical and Microbiological Study, 2018 [13])

+ Thông số: Sử dụng máy Laser Diode ADM Picasso Lite + (Model PL810, năm 2015) bước sóng 810nm, công suất: 3W, nguồn vào: 240V, kích thước: 14×22×16cm, trọng lượng: 1 kg, số kênh phát: 4 kênh

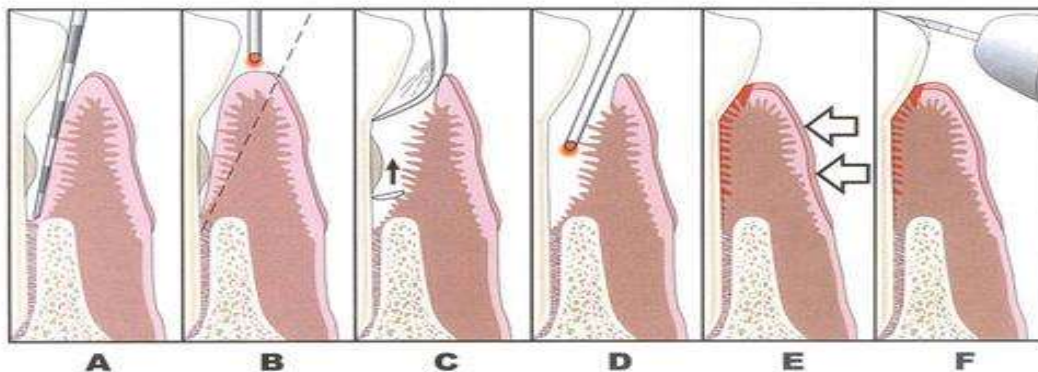
+ Quy trình chiếu laser:

Bước 1: Chuẩn bị máy laser (thiết lập mức năng lượng 0,5W), đeo kính bảo vệ mắt cho bệnh nhân và người điều trị. Kích hoạt đầu laser.

Bước 2: Đặt đầu laser từ viền nướu, trong túi nha chu  $\geq 4\text{mm}$  đã được đo tại 4 vị trí: khe nướu ngoài gần, giữa, xa và mặt trong, sao cho song song với trục chân răng nhằm hướng tia laser tác động trên phần mô bệnh, đưa đi đưa lại theo hết chiều rộng của túi và di chuyển từ phía viền nướu tới đáy túi, cho tới khi cách đáy túi 1mm. Khi thấy đầu có chặn bắm thì làm sạch bằng gạc ẩm. Nhắc lại bước này cho đến khi không còn chặn bắm ở đầu laser hoặc thấy chảy máu ở túi nha chu. Bước này chiếu ở chế độ xung ngắt quãng.

Bước 3: Để cách bờ viền nướu 1-2mm, trong túi nha chu và chiếu theo bờ viền nướu trong 20 giây. Chiếu ở chế độ xung liên tục

Bước 4: Chiếu laser ở mức công suất 1W, ở khoảng cách 4-5mm so với viền nướu, trong túi nha chu và chiếu trong thời gian 10 giây. Chiếu ở chế độ xung liên tục. 5-7 ngày sau chiếu đợt tiếp theo. [1],[6],[10].



Hình 2. Quy trình thực hiện chiếu laser

(Nguồn: LANAP – A ray of hope in periodontal therapy, 2017 [12])

#### - Phương pháp xử lý và phân tích số liệu:

+ Thu thập số liệu qua bảng câu hỏi soạn sẵn. Tất cả các số liệu thu thập và thực hành lâm sàng đều do chính tác giả thực hiện.

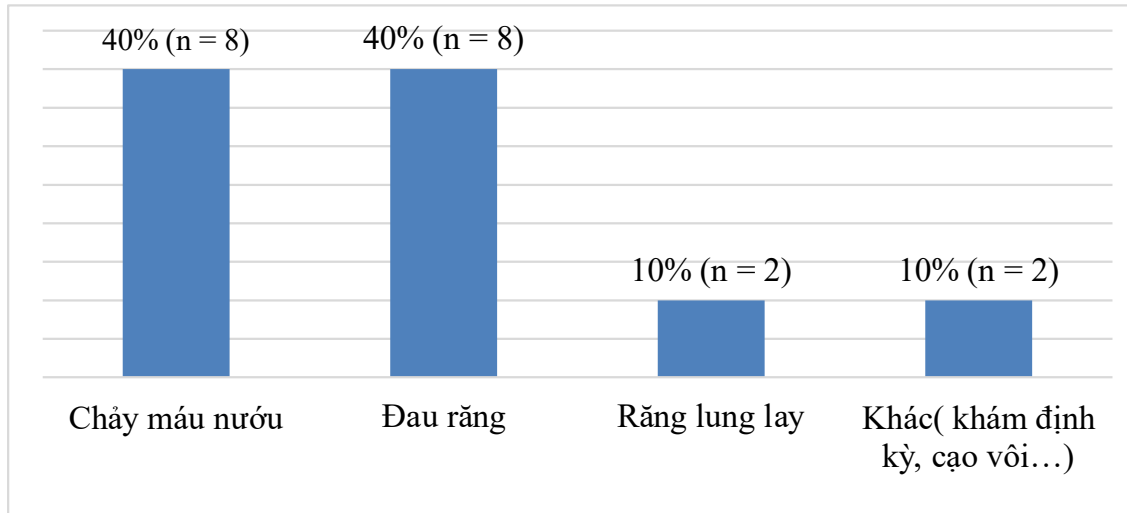
+ Xử lý bằng phần mềm SPSS 22.0, trong đó giá trị trung bình, độ lệch chuẩn dùng để mô tả biến số định lượng; tần số và tỷ lệ phần trăm dùng để mô tả biến số phân loại. Sử dụng kiểm định Independent sample T-Test và Paired sample T-Test. Kết quả có ý nghĩa thống kê khi  $p < 0,05$ . Khi nhập và xử lý số liệu được tiến hành hai lần để đối chiếu kết quả.

- **Đạo đức trong nghiên cứu:** Đã được thông qua bởi Hội đồng nghiên cứu khoa học Trường Đại học Y Dược Cần Thơ theo Quyết định số 421/QĐ-ĐHYDCT ngày 4 tháng 5 năm 2020.

### III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

#### 3.1. Đặc điểm chung

Phần lớn đối tượng nghiên cứu tham gia nghiên cứu từ 18-39 tuổi chiếm 65%, tỷ lệ nam nữ cân bằng giữa 2 giới. Về yếu tố nguy cơ, chúng tôi ghi nhận được có 90% BN vệ sinh răng miệng tốt, 75% BN không thường xuyên cạo vôi răng và có 01 BN có hút thuốc lá.



Biểu đồ 1. Lý do đến khám

Nhận xét: BN đến khám răng với nhiều lý do, trong đó do chảy máu nướu và đau răng chiếm tỷ lệ cao nhất.

### 3.2. Đặc điểm X quang

Bảng 1. Tiêu xương đánh giá trên phim X quang

Dạng tiêu xương	Tần số (n=20)	Tỷ lệ (%)
Ngang	10	50
Dọc	0	0
Chéo	10	50
Tổng	20	100

Nhận xét: Số bệnh nhân tiêu xương dạng ngang bằng với số bệnh nhân tiêu xương dạng chéo cùng chiếm 50%, không có trường hợp tiêu xương dạng dọc.

### 3.3. Kết quả điều trị

Bảng 2. Bảng đánh giá sự phục hồi mô nha chu

Chỉ số	PPD (mm)		CAL (mm)	
	Nhóm can thiệp	Nhóm không can thiệp	Nhóm can thiệp	Nhóm không can thiệp
Trước điều trị (T0)	5,08±0,86	4,95±0,74	4,4±1,41	4,23±1,17
Sau 01 tháng (T1)	3,81±1,21	3,66±1,07	3,08±1,48	3±1,35
Sau 03 tháng (T2)	3,16±1,18	3,28±0,97	2,31±1,45	2,48±1,29
Mức giảm chỉ số theo thời gian				
T0 – T1	1,27±0,79	1,29±0,84	1,32±0,85	1,23±0,71
T0 – T2	1,92±0,8	1,67±0,62	2,09±0,7	1,75±0,45
T1 – T2	0,65±0,56	0,38±0,56	0,77±0,55	0,52±0,51

Kiểm định: Independent sample T-Test và Paired sample T-Test

Nhận xét: Độ sâu túi nha chu (PPD) và độ mất bám dính lâm sàng (CAL) đều giảm sau 1 tháng và 3 tháng chiếu laser, Các chỉ số giảm đều có ý nghĩa thống kê khi so sánh giữa các thời điểm và giữa nhóm can thiệp và không can thiệp ( $P < 0,001$ ).

Bảng 3. Bảng đánh mức độ cải thiện tình trạng nướu răng

Chỉ số	Răng lung lay	GI	PII	SBI
Trước điều trị (T0)	0,4±0,68	2,15±0,37	2,4±0,68	3,6±0,59
Sau 01 tháng (T1)	0,1±0,31	1,4±0,5	1,35±0,59	2,4±0,75
Sau 03 tháng (T2)	0,05±0,22	0,95±0,6	1,05±0,51	1,4±0,68
Mức giảm chỉ số theo thời gian				
T0 – T1	0,3±0,47	0,75±0,44	1,05±0,83	1,2±0,82
T0 – T2	0,35±0,59	1,2±0,52	1,35±0,75	2,2±0,94
T1 – T2	0,05±0,22	0,45±0,51	0,3±0,73	1±0,73

Kiểm định: Paired sample T-Test

Nhận xét: Có sự cải thiện có ý nghĩa thống kê của chỉ số nướu (GI) và chỉ số chảy máu khe nướu (SBI) giữa các thời điểm khác nhau ( $P < 0,01$ ). Chỉ số mảng bám thay đổi giữa thời điểm T0 – T1 nhưng không khác biệt giữa thời điểm T1 – T2 ( $P=0,83$ ). Độ lung lay răng không được cải thiện rõ rệt ( $P>0,05$ ).

Bảng 4. Bảng đánh giá thành công sau điều trị

Kết quả	Nhóm can thiệp		Nhóm không can thiệp	
	n	%	n	%
Tốt	4	20	1	5
Khá	6	30	8	40
Trung bình	10	50	11	55
Tổng	20	100	20	100

Nhận xét: Nhìn chung kết quả điều trị trung bình tương đương giữa 2 nhóm, nhóm can thiệp cho kết quả điều trị tốt nhiều hơn so với nhóm không can thiệp. Không có bệnh nhân nào gặp phải biến chứng sau chiếu laser 01 tháng và 03 tháng.

## IV. BÀN LUẬN

### 4.1. Đặc điểm chung

Trong nghiên cứu này, phần lớn đối tượng nghiên cứu thuộc nhóm 18-39 tuổi chiếm 65%, tỷ lệ nam nữ cân bằng giữa 2 giới. Có 90% BN vệ sinh răng miệng tốt, 75% BN không thường xuyên cạo vôi răng và có 01 BN có hút thuốc lá.

BN có đến khám răng với nhiều lý do như chảy máu nướu, đau răng, răng lung lay, hôi miệng và lý do khác (khám định kỳ, cạo vôi răng...) trong đó, trong đó nguyên nhân do chảy máu nướu và đau răng bằng nhau (40%) và chiếm tỷ lệ cao nhất.

### 4.2. Đặc điểm X quang

Hình ảnh X quang trên phim panorama giúp ta quan sát được những tổn thương ở răng và mô nha chu, là phương tiện hỗ trợ chẩn đoán và đánh giá tổn thương, dựa vào đường nối men – xê măng làm chuẩn mà chia làm 3 dạng tiêu xương. Trong nghiên cứu này cho thấy có 10 bệnh nhân tiêu xương dạng ngang và 10 bệnh nhân tiêu xương dạng chéo, cùng chiếm 50%. Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của Nguyễn Thị Mộng Tuyền (2018) trong đó chủ yếu là tiêu xương dạng ngang (34,8%) và chéo (65,2%), không có trường hợp tiêu xương dạng dọc [4].

### 4.3. Kết quả điều trị

Đánh giá kết quả điều trị dựa vào sự phục hồi của mô nha chu bao gồm việc giảm độ sâu túi nha chu (PPD) và độ mất bám dính lâm sàng (CAL). Mức cải thiện tình trạng

nướu dựa vào chỉ số nướu (GI) và chỉ số chảy máu khe nướu khi thăm dò (SBI). Chỉ số mảng bám (PII) thể hiện sự thay đổi của tình trạng vệ sinh răng miệng sau điều trị.

Độ sâu túi nha chu có mối tương quan thuận rất chặt chẽ với độ mất bám dính lâm sàng. Trong nghiên cứu này PPD và CAL ở nhóm can thiệp giảm sau 01 tháng điều trị lần lượt là  $1,27 \pm 0,79$ mm và  $1,32 \pm 0,85$ mm, sau 03 tháng lần lượt là  $1,92 \pm 0,8$ mm và  $2,09 \pm 0,7$ mm nhiều hơn so với nhóm không can thiệp tại tất cả thời điểm. Nghiên cứu của Nguyễn Thị Mộng Tuyền (2018) sử dụng phương pháp phẫu thuật có kết quả sau 3 tháng là PPD giảm  $0,93 \pm 0,29$ mm và CAL giảm  $1,02 \pm 0,56$ mm [4]. Điều này cho thấy điều trị nha chu không phẫu thuật có hỗ trợ laser diode cho kết quả khá khả quan ở những trường hợp túi nha chu ban đầu không quá sâu.

Sự cải thiện tình trạng nướu thông qua kết quả ban đầu GI là  $2,15 \pm 0,37$  và SBI là  $3,6 \pm 0,59$  cho thấy tình trạng nướu viêm nặng và dễ chảy máu khi thăm khám. Sau 03 tháng điều trị có sự cải thiện tình trạng nướu dựa vào kết quả GI là  $0,95 \pm 0,6$  và SBI là  $1,4 \pm 0,68$  cho thấy nướu giảm viêm, chỉ còn viêm nhẹ, không sưng hay đổi màu, nhưng vẫn còn chảy máu khi thăm khám.

Theo lý thuyết điều trị viêm nha chu mạn tính không phẫu thuật có hỗ trợ laser diode là một phương pháp hiện đại, an toàn do laser diode là laser mô mềm, nếu sử dụng với công suất, thời gian và kỹ thuật đúng thì sẽ không xảy ra biến chứng trên mô cứng cũng như mô mềm. Trong nghiên cứu này không ghi nhận trường hợp nào xảy ra biến chứng sau khi chiếu laser sau 01 tháng và 03 tháng.

Qua nghiên cứu này nhận thấy thành công sau điều trị được đánh giá bằng sự phục hồi của mô nha chu (giảm độ sâu túi nha chu, thay đổi mức bám dính trên lâm sàng), mức cải thiện tình trạng nướu và sự thay đổi tích cực tình trạng vệ sinh răng miệng. Nhìn chung kết quả điều trị nha chu không phẫu thuật đem lại hiệu quả về việc giảm độ sâu túi và tăng độ bám dính lâm sàng, thay đổi được nhận thức vệ sinh răng miệng cho bệnh nhân. Trong đó phương pháp không phẫu thuật có hỗ trợ laser diode đem lại kết quả tốt cao hơn so với nhóm không chiếu laser.

## **V. KẾT LUẬN**

Nhìn chung các bệnh nhân viêm nha chu mạn tính đến khám với nhiều lý do nhưng thói quen khám răng và cạo vôi định kỳ chưa thường xuyên, vì vậy cần nâng cao nhận thức, hướng dẫn kiến thức về các phương pháp và thói quen vệ sinh răng miệng cho BN đến khám răng hàm mặt nói chung và nha chu nói riêng. Về mặt hiệu quả phương pháp điều trị không phẫu thuật có hỗ trợ laser diode đối với viêm nha chu mạn tính: có hiệu quả tốt, phù hợp với xu hướng điều trị ngày nay, giảm phẫu thuật, giúp lành thương nhanh, tránh sang chấn về tâm lý cho bệnh nhân hơn so với phương pháp phẫu thuật nha chu truyền thống. Sau khi điều trị để duy trì kết quả tốt rất cần sự hợp tác cao giữa bệnh nhân và bác sĩ điều trị, bệnh nhân phải thực hiện vệ sinh răng miệng đúng cách và nghiêm túc nhằm tăng khả năng lành thương của mô nha chu, ngoài ra còn phòng ngừa tái phát bệnh.

## **TÀI LIỆU THAM KHẢO**

1. Trần Thị Nga Liên (2015), Đánh giá hiệu quả điều trị viêm quanh răng mạn tính bằng phương pháp laser diode, Luận văn Thạc sỹ Y học. Trường Đại học Y Hà Nội.
2. Trần Ngọc Thành (2015), Nha khoa cơ sở tập 3, Đại học Y Hà Nội, nhà xuất bản giáo dục Việt Nam, tr.148-149.
3. Trần Lập Trí (2014), Khảo sát mối liên quan giữa tình trạng nha chu và hút thuốc lá ở nam giới trên 35 tuổi tại Bệnh viện Mắt - Răng Hàm Mặt Cần Thơ, Luận văn tốt nghiệp bác sĩ Răng Hàm Mặt, Đại học Y Dược Cần Thơ.

4. Nguyễn Thị Mộng Tuyền (2018), Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, X quang, tìm hiểu một số yếu tố liên quan và đánh giá kết quả điều trị viêm nha chu bằng phẫu thuật nạo túi tại Khoa Răng Hàm Mặt Trường Đại học Y Dược Cần Thơ năm 2016-2018, Luận văn bác sĩ nội trú, Đại học Y Dược Cần Thơ.
5. Borgnakke W S (2016), Non-modifiable Risk Factors for Periodontitis and Diabetes, Current Oral Health Reports, 3 (3), pp.270-281.
6. Goldstep, Fay, Freedman G (2009), Diode lasers for periodontal treatment: the story so far, Oral health, 99 (12), pp.44.
7. Kinane, D. F., Stathopoulou, P. G., et al. (2017), Periodontal diseases, Nature Reviews Disease Primers, 3 (1), pp.1-14.
8. Martin-Cabezas R, Seelam N, Petit C, Agossa K, et al. (2016), Association between periodontitis and arterial hypertension: A systematic review and meta-analysis, Am Heart J, 180 pp.98-112.
9. Michaud D S, Fu Z, Shi J, Chung M (2017), Periodontal Disease, Tooth Loss, and Cancer Risk, Epidemiol Rev, 39 (1), pp.49-58.
10. Mistry, Abhishek, et al. (2016), Effect of Combined Therapy Using Diode Laser and Photodynamic Therapy on Levels of IL-17 in Gingival Crevicular Fluid in Patients With Chronic Periodontitis, J Lasers Med Sci, 7 (4), pp.250-255.
11. Nazir M A (2017), Prevalence of periodontal disease, its association with systemic diseases and prevention, Int J Health Sci (Qassim), 11 (2), pp.72-80.
12. Syam N, Syam N (2017), LANAP—A ray of hope in periodontal therapy, President's Message, 7 (2), pp.54.
13. Singh NS, Chungkham S, Devi NR, Devi AN (2018), Evaluation of the Efficacy of Diode Laser as an Adjunct to Scaling and Root Planing in the Treatment of Chronic Periodontitis: A Clinical and Microbiological Study, Int J Prev Clin Dent Res, 5 (1), pp.25-29.

(Ngày nhận bài: 17/3/2022 – Ngày duyệt đăng: 20/5/2022)

## ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG CỦA SUY GIẢM THẦN KINH SỚM TRÊN BỆNH NHÂN NHỒI MÁU NÃO CẤP CÓ TẮC MẠCH LỚN VÀ KHIÊM KHUYẾT THẦN KINH NHẹ

Huỳnh Quốc Sĩ<sup>1</sup>, Nguyễn Thị Hồng Tuyền<sup>2</sup>, Phan Thị Hồng Lạc<sup>1</sup>,  
Luu Đăng Diễm Trân<sup>1</sup>

1. Bệnh viện Đa khoa quốc tế S.I.S Cần Thơ

2. Trường Đại học Trà Vinh

\*Email: drsihuynh@dotquy.vn

### TÓM TẮT

**Đặt vấn đề:** Bệnh nhân nhồi máu não (NMN) nhẹ (NIHSS  $\leq 6$ ) có tắc mạch lớn (LVO) thường không được can thiệp điều trị tái thông theo các hướng dẫn điều trị đột quỵ cấp. Nhiều nghiên cứu cho thấy ở các bệnh nhân nhồi máu não nhẹ với LVO có khoảng 5% đến 40% bị suy giảm chức năng thần kinh sớm (END). END là dấu hiệu gợi ý có nguy cơ cao tàn tật và tử vong về sau [1]. Vì vậy việc theo dõi lâm sàng trên các bệnh nhân này trong giai đoạn cấp là cần thiết để có những can thiệp kịp thời khi bệnh nhân có dấu hiệu END. **Mục tiêu nghiên cứu:** Mô tả lâm sàng, cận lâm sàng của các bệnh nhân NMN cấp có LVO với END. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 60 bệnh nhân nhồi máu não nhẹ có tắc mạch lớn tại Bệnh viện Đa khoa Quốc Tế SIS Cần Thơ. **Kết quả:** Từ tháng 3/2021 đến 12/2021, qua 60 bệnh nhân được chọn, tỉ lệ NMN tuân hoàn trước là 86,7%. Động mạch chủ phạm chủ yếu động mạch não giữa chiếm 53,3%. Thời gian nhập viện – END là  $35,1 \pm 26,8$  giờ. END làm gia tăng các thiếu sót thần kinh, mRS tăng