

như chỉ số CD34+, chỉ số tế bào TNC và nhuộm tế bào bằng trypan. Kết quả so sánh sẽ được công bố trong một báo cáo mang tính tổng quát và đầy đủ hơn.

Từ biểu đồ ta thấy rằng, các dòng tế bào đa tiềm năng (BFU-E, CFU-GM và CFU-GEMM) đều có sự suy giảm số lượng cụm tế bào trung bình theo thời gian lưu trữ (7). Kết quả này cũng tương tự với nghiên cứu của nhóm tác giả Anagnostakis năm 2014. Điều đó cho thấy rằng, các mẫu máu cuống rốn sẽ mất dần đi khả năng biệt hóa thành nhiều dòng tế bào khác nhau, chỉ giữ được khả năng biệt hóa thành một vài dòng xác định khi lưu trữ ở thời gian dài. Tuy nhiên, theo nghiên cứu của Yoo HK năm 2007, đối với các mẫu sau lưu trữ, chỉ số CFU-GM được xem là một chỉ số tin cậy để đánh giá khả năng mọc màng ghép khi lựa chọn các đơn vị tế bào gốc cho ghép, vì nhận thấy chỉ có CFU-GM có sự khác biệt có ý nghĩa khi so sánh với các chỉ số đánh giá chất lượng khác như CD34+ và TNC trên các bệnh nhân ghép (8) (Hình 3).

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu 305 mẫu máu cuống rốn đã được nuôi cấy đánh giá khả năng mọc cụm CFU. Kết quả mọc cụm CFU chiếm 96% tại thời điểm sau xử lý, 69%, 61% và 72% lần lượt tại thời

điểm sau lưu trữ 6 tháng, 12 tháng và 24 tháng. Quan sát thấy cả ba loại cụm CFU-GM; CFU-GEMM. Điều này có ý nghĩa quan trọng trong việc đánh giá chất mẫu máu cuống rốn sau xử lý, sau lưu trữ và trước khi tiến hành ghép cho bệnh nhân.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Proulx C. (2014). "Human Hematopoietic Progenitor Cell Assay".
2. Yiping Fan et al. (2010). "Unravelling the Mystery of Stem/Progenitor Cells in Human Breast Milk", PLoS ONE; 5(12):e14421
3. Miltenyi Biotec GmbH: User Guide of StemMACS HSC-CFU Media (human).
4. Broxmeyer H.E. et al. (1992). "Growth characteristics and expansion of human umbilical cord blood and estimation of its potential for transplantation in adults", Proc. Natl. Acad. Sci. USA; (89): 4109-4113.
5. Kaufman D.S. et al. (2001). "Hematopoietic colony-forming cells derived from human embryonic stem cells", PNAS; (98):10716-10721.
6. Ioannis Anagnostakis et al. (2014). "Successful short term cryopreservation of volume reduced cord blood units in a cryogenic mechanical freezer: effects on cell recovery, viability and clonogenic potential". Trans and cell eng; (54):211-223.

ĐÁNH GIÁ HIỆU QUẢ ĐIỀU TRỊ BỆNH VIÊM QUANH RĂNG MẠN TÍNH BẰNG PHƯƠNG PHÁP KHÔNG PHẪU THUẬT

Nguyễn Thị Mai Phương*, Trần Văn Khánh*, Nguyễn Trọng Tuệ*,
Trần Huy Thịnh*, Lê Văn Hưng*, Nguyễn Thị Hà*, Tạ Thành Văn*

TÓM TẮT

Nghiên cứu được tiến hành với mục đích đánh giá sự thay đổi về lâm sàng, cận lâm sàng, và số lượng vi khuẩn *Actinobacillus actinomycetemcomitans* (*A. actinomycetemcomitans*), *Porphyromonas gingivalis* (*P. gingivalis*) của 70 bệnh nhân viêm quanh răng thể mạn tính trước và sau điều trị 03 tháng bằng phương pháp không phẫu thuật. Kỹ thuật realtime PCR được

ứng dụng để định lượng vi khuẩn *A. actinomycetemcomitans*, *P. gingivalis*. Kết quả cho thấy điều trị bằng phương pháp không phẫu thuật rất có hiệu quả về lâm sàng cũng như số lượng *A. actinomycetemcomitans*, *P. gingivalis* trước và sau điều trị có ý nghĩa ($p < 0,05$): chỉ số viêm lợi (GI) $2,37 \pm 0,93$ giảm $0,97 \pm 0,74$ ($p < 0,001$); độ sâu túi (PPD) $5,78 \pm 1,35$ mm giảm $3,86 \pm 1,42$ mm ($p < 0,001$); mất bám dính lâm sàng (CAL) $5,73 \pm 3,15$ giảm $4,90 \pm 3,09$ mm ($p < 0,001$); số lượng vi khuẩn *A. actinomycetemcomitans* và *P. gingivalis* giảm đáng kể từ $20,29 \pm 3,3$ Ct, $20,35 \pm 3,94$ Ct xuống $26,45 \pm 3,62$ Ct, và $24,80 \pm 4,67$ Ct.

Từ khóa: Realtime PCR, *A. actinomycetemcomitans*, *P. gingivalis*, viêm quanh răng mạn tính

* Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Mai Phương

Email: bacsimaiphuong@gmail.com ĐT: 0918422450

Ngày nhận bài: 15/11/2014

Ngày phản biện khoa học: 25/11/2014

Ngày duyệt bài: 5/12/2014

SUMMARY

EFFECT OF NON-SURGICAL
THERAPY FOR THE TREATMENT
OF CHRONIC PERIODONTITIS

This study was conducted with the aim of evaluating the changes in clinical, subclinical, especially changes in the number of bacteria *Actinobacillus actinomycetemcomitans* (A. actinomycetemcomitans), *Porphyromonas gingivalis* (P. gingivalis) in favor of slots 70 patients with chronic inflammatory periodontal be before and after 03 months of treatment with non-surgical methods. Realtime PCR technique is used to quantify bacteria A. actinomycetemcomitans, P. gingivalis. The results showed that treatment with non-surgical methods are very effective in clinical and subclinical or the number of A. actinomycetemcomitans, P. gingivalis before and after treatment significantly ($p < 0.05$): gingivitis index (GI) was reduced by 2.37 ± 0.93 0.97 ± 0.74 ($p < 0.001$); pocket depth (PPD) reduction was 3.86 ± 5.78 1.42 ± 1.35 mm ($p < 0.001$); Clinical attachment levels (CAL) also fell 5.73 ± 3.15 to 4.90 ± 3.09 mm ($p < 0.001$); number of bacteria A. actinomycetemcomitans and P. gingivalis significantly reduced from $20,29 \pm 3,3$ Ct, $20,35 \pm 3,94$ Ct to $26,45 \pm 3,62$ Ct, và $24,80 \pm 4,67$ Ct.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm quanh răng (VQR) mãn tính là một bệnh nhiễm khuẩn phá hủy các mô nâng đỡ răng. Bệnh diễn tiến dai dẳng, kéo dài, có khi để lại những hậu quả nặng nề như tiêu xương ổ răng, răng lung lay hàng loạt phải nhổ bỏ và làm mất chức năng ăn nhai, ảnh hưởng đến sức khỏe và thẩm mỹ [1]. VQR là bệnh lý khá phổ biến, tuy nhiên tỉ lệ và mức độ bệnh thay đổi tùy theo các vùng địa lý. Tại Mỹ, tỉ lệ VQR là 47,2% [2]. Ở Việt Nam, nghiên cứu năm 2000 của Trần Văn Trường cho thấy 36,5% nam và 27,5% nữ có túi quanh răng [3].

Viêm quanh răng mãn tính xảy ra ở lứa tuổi trên 35 nhưng cũng có thể gặp ở người trẻ tuổi hơn [1],[2] và có sự tích tụ mảng bám răng và vôi răng. VQR mạn tính có đặc trưng tiến triển chậm, nhưng có thể diễn tiến nhanh do yếu tố tại chỗ (như hút thuốc lá) và yếu tố toàn thân (như đái tháo đường, HIV, stress). Có hai nhóm phương pháp điều trị VQR [1] phương pháp điều trị không phẫu thuật và phương pháp phẫu thuật túi lợi [1]. Nên kết hợp kháng sinh trong điều trị VQR mạn tính: Amoxicillin/Clavulanate hoặc Metronidazole khi nhiễm khuẩn P. gingivalis kết hợp với dung dịch sát khuẩn Chlorhexidine 0,12%; hoặc Metronidazole kết hợp với Doxycycline và dung dịch sát khuẩn Chlorhexidine

trong nhiễm vi khuẩn P. gingivalis và A. actinomycetemcomitans.

Thành phần, số lượng các vi khuẩn trong VQR mạn tính khác nhau theo địa lý và chủng tộc [1], [2]. Việc định lượng chính xác các vi khuẩn rất cần thiết trong chẩn đoán vi khuẩn gây bệnh VQR, điều trị kháng sinh, đánh giá đáp ứng điều trị và theo dõi diễn tiến bệnh [1]. Sự gia tăng số lượng vi khuẩn có thể là yếu tố chỉ ra tình trạng VQR đang tiến triển. Để tài được thực hiện với mục tiêu: **"Đánh giá hiệu quả điều trị bệnh viêm quanh răng mãn tính bằng phương pháp không phẫu thuật"**.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

70 bệnh nhân VQR mãn tính, đến khám và điều trị tại khoa Nha chu của bệnh viện Răng Hàm Mặt tp. Hồ Chí Minh từ 01/10/2011 đến 30/10/2014.

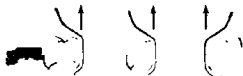
• Tiêu chuẩn chọn mẫu:

Tuổi ≥ 30 ; được chẩn đoán xác định VQR mạn tính dạng toàn thể, có túi quanh răng đang trong thời kỳ hoạt động biểu hiện bằng viêm lợi, chảy máu túi khi thăm khám bằng cây do túi Miller, mất bám dính lâm sàng, giảm chiều cao của mão xương ổ răng ≥ 3 mm (trên phim Panorex), tổn thương hiện diện $> 30\%$ các răng trên cung hàm [4],[8]; còn tối thiểu 20 răng; Không sử dụng thuốc kháng sinh, kháng viêm, thuốc tránh thai trước khi tham gia nghiên cứu 1 tháng. Không điều trị bệnh quanh răng trước khi tham gia nghiên cứu 3 tháng. Không có thói quen hút thuốc lá. Đồng ý tham gia nghiên cứu.

• Tiêu chuẩn loại trừ: Các trường hợp không thỏa mãn các điều kiện trên.

2.2. Phương pháp nghiên cứu: thực nghiệm lâm sàng

Bệnh nhân bị VQR mãn tính được điều trị theo phương pháp không phẫu thuật kết hợp với kháng sinh toàn thân theo phác đồ: Lấy vôi răng trên và dưới lợi bằng máy siêu âm. Xử lý mặt chân răng bằng cây nạo Gracey curettes lấy vôi răng sâu dưới lợi (hình 1), bơm rửa bằng dung dịch Chlorhexidine 0,12%. Kháng sinh Metronidazole 1,5g/ngày chia 3 lần và Doxycycline 100mg/ngày, dùng trong 7 ngày. Súc miệng bằng dung dịch Chlorhexidine 0,12% (Kin Gingival Mouthwash). Chải răng bằng kem Colgate Total theo phương pháp Bass cải tiến, ngày 03 lần, sau khi ăn. Ngoài ra: mài chỉnh khớp cắn, cố định răng lung lay.

Hình 1. Mô tả và cách xử lý mặt chân răng [1]

Copyright © 2012, All Rights Reserved

Đánh giá hiệu quả điều trị: triệu chứng lâm sàng biểu hiện bằng điểm chỉ số mảng bám răng (PLI), điểm chỉ số viêm lợi (GI), độ sâu túi quanh răng (PPD), mất bám dính lâm sàng (CAL); các chỉ số cận lâm sàng (phim Panorex, xét nghiệm vi khuẩn *A. actinomycetemcomitans* và *P. gingivalis*) tại 3 thời điểm: ngày đầu tiên (T_0),

sau 2 tuần (T_1) và sau 3 tháng (T_2). Tiêu chuẩn xác định hết VQR mạn tính dạng toàn thể: túi quanh răng hết viêm, không chảy máu khi thăm dò. Kết quả qPCR định lượng vi khuẩn *A. actinomycetemcomitans* và *P. gingivalis* âm tính hoặc có số lượng rất ít (< 10 copy/mẫu).

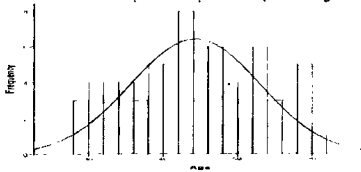
2.3. Xử lý và phân tích số liệu: bằng phần mềm thống kê SPSS 20.0

2.4. Đạo đức trong nghiên cứu: bệnh nhân tham gia nghiên cứu được giải thích về nội dung, phương pháp điều trị... Bệnh nhân tự nguyện đồng ý tham gia nghiên cứu, tên và địa chỉ của bệnh nhân được mã hóa.

III. KẾT QUẢ

3.1. Đặc điểm về tuổi và giới tính của đối tượng nghiên cứu:

Số bệnh nhân nghiên cứu là 70, với độ tuổi trung bình là $44,27 \pm 8,69$, lớn nhất là 60 tuổi và trẻ nhất là 29 tuổi; nam = 44 người, chiếm 62,9%, tuổi trung bình $45,14 \pm 8,78$; nữ = 26 người, chiếm 37,1%, tuổi trung bình $42,81 \pm 8,51$. Độ tuổi mắc bệnh có sự phân bố chuẩn, số bệnh nhân ở tuổi 44 nhiều nhất là 6 người.

Hình 2. Phân bố chuẩn về độ tuổi bị bệnh viêm quanh răng

3.2. Đặc điểm lâm sàng và số lượng vi khuẩn trước và sau khi điều trị viêm quanh răng 03 tháng (T_2) so với ngày khám đầu tiên (T_0)

Hình 3. Triệu chứng lâm sàng và số lượng vi khuẩn trước và sau điều trị 03 tháng

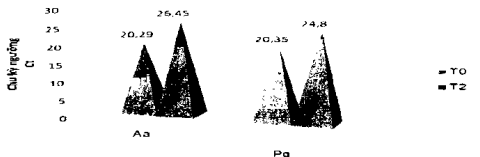
Triệu chứng lâm sàng và vi khuẩn	T_0	T_2	Giá trị p
PLI (Điểm)	$2,67 \pm 0,56$	$1,19 \pm 0,87$	0,000*
GI (Điểm)	$2,37 \pm 0,93$	$0,56 \pm 0,52$	0,000*
PPD (mm)	$5,78 \pm 1,35$	$3,86 \pm 1,42$	0,000*
CAL (mm)	$5,73 \pm 3,15$	$4,90 \pm 3,09$	0,000*
Tỉ lệ Aa/Tổng số vi khuẩn ở dịch lợi	$0,67 \pm 1,13$	$0,66 \pm 0,12$	0,000*
Tỉ lệ Pg/Tổng số vi khuẩn ở dịch lợi	$0,68 \pm 0,18$	$0,67 \pm 0,16$	0,625

* $p < 0,001$ theo phép kiểm Wilcoxon

Nhận xét: Sau 03 tháng điều trị (T_2), chỉ số mảng bám răng (PLI), chỉ số viêm lợi (GI), độ sâu túi quanh răng (PPD) và mất bám dính lâm sàng (CAL) đều giảm có ý nghĩa ($p < 0,001$) so với ngày khám đầu tiên (T_0). Tỷ lệ vi khuẩn *P. gingivalis* so với hệ vi khuẩn miệng không khác nhau về mặt thống kê với $p > 0,05$ (0,625).

3.3. Số lượng vi khuẩn *A. actinomycetemcomitans*, *P. gingivalis* trước và sau khi điều trị viêm quanh răng 03 tháng

Hình 3. So sánh số lượng vi khuẩn Aa và Pg trước và sau điều trị



Nhận xét:

+ Với vi khuẩn *A. actinomycetemcomitans*: tại ngày khám đầu tiên (T₀), tỷ lệ bệnh nhân dương tính là 100%, với chu kỳ ngưỡng phát hiện thấp 20,29 $\pm$ 3,31 Ct. Sau 3 tháng điều trị (T₂), tỷ lệ bệnh nhân âm tính 20/70 (28%), với chu kỳ ngưỡng phát hiện trung bình 26,45 $\pm$ 3,62 Ct. Sự khác biệt về số lượng vi khuẩn *A. actinomycetemcomitans* tại T₀ và T₂ có ý nghĩa thống kê với p < 0,001.

+ Với vi khuẩn *P. gingivalis*: tại ngày khám đầu tiên (T₀), tỷ lệ bệnh nhân là 100% với chu kỳ ngưỡng phát hiện thấp 20,35 $\pm$ 3,94 Ct. Sau 3 tháng điều trị (T₂), tỷ lệ bệnh nhân âm tính 10/70 (14,3%), với chu kỳ ngưỡng phát hiện trung bình 24,80 $\pm$ 4,67 Ct. Sự khác biệt về số lượng vi khuẩn *P. gingivalis* tại T₀ và T₂ có ý nghĩa thống kê với p < 0,001.

IV. BÀN LUẬN

Viêm quanh răng mạn tính là một bệnh hay gặp ở trên thế giới cũng như Việt Nam. Bệnh diễn tiến từ từ, phá hủy mô quanh răng và tiêu xương ổ răng tạo thành túi quanh răng hay tụt lợi hoặc cả hai [1]. Theo điều tra của Viện dinh dưỡng quốc gia Mỹ về sức khỏe răng miệng năm 2009-2010 [2], trong 64,7 triệu dân ở độ tuổi trên 30, 4,7% bị VQR. Độ tuổi trung bình bị VQR mạn tính tại Chile là 47 $\pm$ 7,29 [4]. Ở Việt Nam, nghiên cứu của Trần Văn Trường trong cộng đồng (năm 2000) đã phát hiện 36,5% nam và 27,5% nữ có túi quanh răng [3].

70 bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi có độ tuổi từ 29 - 60, nam 44 người (62,9%) với tuổi trung bình 45,14 $\pm$ 8,78, nữ 26 người (37,1%) có tuổi đời 42,81 $\pm$ 8,51, phù hợp với lứa tuổi bị bệnh VQR mạn tính theo phân loại của Hiệp hội nha chu Mỹ (AAP), và các nghiên cứu khác trên thế giới và Việt Nam [1], [2], [3].

Các chỉ số lâm sàng được dùng để đánh giá VQR là chỉ số viêm lợi (GI), chỉ số mảng bám (PLI), độ sâu túi (PPD), độ mất bám dính lâm

sàng (CAL). Đây là những chỉ số thông dụng trong các nghiên cứu VQR cũng như trong thực hành lâm sàng theo qui định của Hiệp hội Nha chu Mỹ [1], [3]. Do đó, chúng tôi sử dụng cây đo túi của Miller, có độ chia vạch 1mm, đo 4 mặt trên 1 răng trừ răng số 8 để phát hiện độ sâu túi quanh răng, mất bám dính lâm sàng [1], [3].

Ngày nay xu hướng của điều trị phẫu thuật càng ít xâm lấn càng tốt, vùng phẫu ngày càng nhỏ, giảm thời gian lành thương, tránh stress cũng như giảm chi phí điều trị cho bệnh nhân. Trong nha khoa, các bác sĩ đang hướng đến điều trị VQR không phẫu thuật kết hợp với sử dụng kháng sinh toàn thân cho kết quả điều trị tốt, đủ bệnh nhân bị viêm quanh răng nặng, túi quanh răng sâu, mất bám dính nhiều hay có bệnh lý toàn thân như: bệnh tim, tiểu đường... Sau khi điều trị VQR, để duy trì được kết quả tốt, bệnh nhân phải thường xuyên vệ sinh răng miệng: chải răng theo phương pháp Bass, dùng chỉ nha khoa, không dùng tăm xỉa răng [5].

Theo kết quả nghiên cứu của chúng tôi, trong ngày khám đầu tiên (T₀) các triệu chứng lâm sàng và cận lâm sàng cho thấy các bệnh nhân bị VQR ở mức độ trung bình và nặng nhưng sau khi điều trị bằng phương pháp không phẫu thuật kết hợp với sử dụng kháng sinh toàn thân, cùng với hướng dẫn và luôn duy trì cho bệnh nhân cách vệ sinh răng miệng cho kết quả rất khả quan.

Chỉ số mảng bám (PLI): tại T₀ là 2,67 $\pm$ 0,56 điểm cho thấy mảng bám nhiều và dày, ý thức vệ sinh răng miệng của bệnh nhân chưa cao. Nhưng tại T₂ chỉ số PLI là 1,19 $\pm$ 0,87, giảm rất nhiều so với T₀, chứng tỏ việc vệ sinh răng miệng sau khi ăn đã thành thói quen thường xuyên của bệnh nhân. Để hình thành được thói quen này cũng là một sự hợp tác rất cao giữa bệnh nhân và bác sĩ trong nghiên cứu.

Chỉ số lợi (GI): tại T₀ chỉ số GI trung bình 2,37 $\pm$ 0,93, nằm trong khoảng 2,0 - 3,0 điểm có nghĩa bệnh nhân bị viêm lợi rất nặng, lợi sưng đỏ, lở loét, dễ chảy máu tự phát; chứng tỏ bệnh

nhân rất chú quan đối với bệnh VQR, để bệnh biểu hiện nặng mới tới khám và điều trị. Nhưng tại T₂ chỉ số GI còn $0,56 \pm 0,52$ điểm, thể hiện trên lâm sàng bệnh nhân hết viêm lợi, lợi săn chắc, không chảy máu khi thăm khám. Điều này chứng tỏ chỉ số PLI giảm thì GI cũng giảm trong nghiên cứu này.

Nghiên cứu của H.Liu (2002) sau khi điều trị VQR bằng phương pháp không phẫu thuật, bệnh nhân chải răng 3 lần/ngày và dùng chỉ nha khoa 1 lần/ngày sau 03 tháng chỉ số GI giảm từ 1,3 xuống 1,01 điểm ($p < 0,05$). Nghiên cứu này đưa ra kết luận nếu bệnh nhân vệ sinh răng miệng thường xuyên sẽ duy trì được kết quả điều trị tốt [5].

Độ sâu túi quanh răng (PPD) và mất bám dính lâm sàng (CAL): Độ sâu túi quanh răng cũng giảm một cách đáng kể sau khi điều trị ($p < 0,001$) từ $5,78 \pm 1,35$ đến $3,86 \pm 1,42$ mm. CAL thay đổi theo chiều hướng giảm chứng tỏ có sự lành thương ở mô cứng quanh răng hay xương ổ răng sau khi điều trị 03 tháng từ $5,73 \pm 3,15$ còn $4,90 \pm 3,09$ mm với $p < 0,001$. Kết quả trong nghiên cứu cũng tương tự như nghiên cứu của M.R. Vivekananda (2010) [6] số bệnh nhân có chỉ số PLI ở điểm 3, chỉ số GI ở điểm ≥ 2 cũng chiếm tỷ lệ 2/3 trong tổng số bệnh nhân tham gia vào nghiên cứu; PPD và CAL cũng giảm $2,12 \pm 0,07$ so với trước điều trị.

Chỉ số mảng bám răng (PLI): trung bình của nhóm nghiên cứu tại T₀ là $2,67 \pm 0,56$ giảm xuống $1,19 \pm 0,87$ điểm (T₂), khác biệt rất có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$.

Chỉ số lợi (GI): thay đổi rất nhiều, ở ngày khám đầu tiên GI trung bình là $2,37 \pm 0,93$ năm trong khoảng từ 2,0 – 3,0 điểm biểu hiện VQR nặng, lợi sưng đỏ, dễ chảy máu tự phát. Nhưng tái khám ở lần 2 (T₁) chỉ số lợi đã giảm xuống $0,97 \pm 0,74$; lần 3 (T₂) là $0,56 \pm 0,52$ chứng tỏ lợi của bệnh nhân đã giảm viêm rất nhiều.

Độ sâu túi quanh răng (PPD): cũng giảm một cách đáng kể trên lâm sàng ($p < 0,001$) từ $5,78 \pm 1,35$ tại T₁ đến $3,86 \pm 1,42$ mm.

Mất bám dính lâm sàng (CAL): có sự lành thương ở mô cứng quanh răng hay xương ổ răng sau khi điều trị nên CAL giảm từ $5,73 \pm 3,15$ còn $4,90 \pm 3,09$ mm với $p < 0,001$.

Theo Atieh M.A. (2008), kỹ thuật qPCR có độ nhạy 100%, độ đặc hiệu 94%, giá trị tiên đoán dương tính 94%, giá trị tiên đoán âm tính 100%. Tỷ lệ phát hiện *A. actinomycetemcomitans*, *P. gingivalis* lần lượt là 95,9% và 99,5%; trong khi đó tỷ lệ phát hiện bằng kỹ thuật nuôi cấy là 18,5% và 40,47% [8]. Đặc biệt, qPCR còn có thể định lượng (tuyệt đối và tương đối) vi khuẩn trong mẫu bệnh phẩm do đó kỹ thuật qPCR được sử dụng trong nghiên

cứu này để định lượng *A. actinomycetemcomitans*, *P. gingivalis* [3].

Số lượng vi khuẩn *A. actinomycetemcomitans*, *P. gingivalis* được phát hiện trong nghiên cứu của chúng tôi lần lượt là $20,29 \pm 3,31$ Ct và $20,35 \pm 3,94$ Ct với tỷ lệ phát hiện là 100%. Tỷ lệ này cao hơn so với nghiên cứu của Nezar N Al-hebshi tại Yemen là 67,5% *A. actinomycetemcomitans*, 97,5% *P. gingivalis* [6]. Nguyễn Thị Hồng Minh năm 2010 không phát hiện được 2 vi khuẩn này bằng kỹ thuật PCR [7].

Sự khác biệt về số lượng vi khuẩn *A. actinomycetemcomitans*, *P. gingivalis* trước và sau điều trị theo chiều giảm ($p < 0,001$) cho thấy hiệu quả của điều trị không phẫu thuật kết hợp kháng sinh. Năm 2003, M.Sakamoto điều trị VQR mạn tính bằng phương pháp không phẫu thuật. Sau 3 tháng, tái khám thấy độ sâu túi quanh răng và số lượng vi khuẩn *A. actinomycetemcomitans*, *P. gingivalis* giảm có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$ [3]. Phùng Tiến Hải (2008) cũng có kết quả tốt sau 03 tháng về mặt lâm sàng và phim tia-x [6].

So sánh hiệu quả của phương pháp điều trị không phẫu thuật kết hợp dùng Metrodanizone với Amoxicilline (M-A) giữa 2 nhóm trong đó một nhóm không dùng kháng sinh; sau 3,6,12 tháng: có sự khác biệt về lâm sàng cũng như số lượng vi khuẩn *A. actinomycetemcomitans* và *P. gingivalis* theo giữa 2 nhóm [6].

V. KẾT LUẬN

Điều trị viêm quanh răng mạn tính bằng phương pháp không phẫu thuật rất có hiệu quả về lâm sàng cũng như cận lâm sàng ($p < 0,05$); chỉ số viêm lợi (GI) giảm $2,37 \pm 0,93$ còn $0,97 \pm 0,74$ ($p < 0,001$); độ sâu túi (PPD) giảm $5,78 \pm 1,35$ mm còn $3,86 \pm 1,42$ mm ($p < 0,001$); mất bám dính lâm sàng (CAL) cũng giảm $5,73 \pm 3,15$ đến $4,90 \pm 3,09$ mm ($p < 0,001$); số lượng vi khuẩn *A. actinomycetemcomitans* và *P. gingivalis* giảm đáng kể từ $20,29 \pm 3,3$ Ct, $20,35 \pm 3,94$ Ct còn $26,45 \pm 3,62$ Ct, và $24,80 \pm 4,67$ Ct.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Paul M. (2005). Prevalence analysis of putative periodontal pathogens in patients with aggressive periodontitis and healthy elderly. A molecular study. Dissertation. Doctor of Medicine. University Medicine Berlin.
2. Gina Thornton-Evans et al (2013). Periodontitis Among Adults Aged ≥ 30 Years – United States, 2009–2010. Centers for disease control and prevention. 52(03):129-135
3. Nguyễn Thị Mai Phương và cộng sự (2014). Xác định tỷ lệ *Porphyromonas gingivalis* trong

- viêm quanh răng bằng kỹ thuật sinh học phân tử.
Tạp chí Nghiên cứu Y học, 88(3), 17-25.
4. **Marta Gajardo et al, 2005.** Prevalence of Periodontopathic Bacteria in Aggressive Periodontitis Patients in Chilean Population. J Periodontol.
 5. **H. Liu et al, 2002.** Associations Between Periodontal Health and Demographics, Self-reported Oral Hygiene Habits/Practice and Overall Satisfaction with Oral Health. Research presented at the 80th General Session of the IADR.

6. **M.R. Vivekananda et al (2010).** Effect of the probiotic *Lactobacilli reuteri* (Prodentis) in the management of the periodontal diseases: a preliminary randomized clinical trial. J Oral Microbiol., doi: 10.3402/jom.v2i0.5344, PMID: PMC3084569
7. **Nguyễn Thị Hồng Minh (2010).** Nghiên cứu các vi khuẩn gây bệnh viêm quanh răng và ứng dụng điều trị trên lâm sàng. Luận án tiến sĩ y học, Đại học Y Hà Nội.

THỰC TRẠNG TIÊU CHẢY CẤP DO THỰC PHẨM KHÔNG AN TOÀN TẠI TP. CẨM PHẢ - QUẢNG NINH 2013

Nguyễn Hùng Long*, Phạm Đức Minh**

TÓM TẮT

Tiêu chảy cấp do ăn phải thực phẩm không an toàn còn gọi là ngộ độc thực phẩm, là một trong những nguyên nhân hàng đầu nhập viện. Tuy nhiên con số thực của tiêu chảy cấp do thực phẩm còn lớn hơn gấp nhiều lần so với số liệu của hệ thống báo cáo. Nghiên cứu này nhằm đánh giá thực trạng của tiêu chảy cấp truyền qua thực phẩm tại thành phố Cẩm Phả, tỉnh Quảng Ninh. Đa số bệnh nhân tiêu chảy cấp tự điều trị tại nhà bằng thuốc tây (71,43%) và đi khám tư nhân (71,34%). Kết quả cho thấy, tỷ lệ mắc tiêu chảy cấp chung trong hai tuần (0,1%), trong đó 71,43% số trường hợp là tiêu chảy cấp truyền qua thực phẩm. Số liệu thống kê tại hệ thống y tế công chi thể hiện một phần của thực tế, cứ 1 ca tiêu chảy cấp nguyên nhân do thực phẩm tại hệ thống y tế công thì tương đương 30 trường hợp cũng bị bệnh trong cộng đồng, 01 ca TCC nghi do thực phẩm tại cơ sở y tế tư nhân tương ứng với 17 ca tại cộng đồng. Tỷ lệ người bị tiêu chảy cấp đi mua thuốc tây rất cao, cứ 01 ca TCC nghi do thực phẩm đến mua thuốc tại nhà thuốc tương ứng với 1,87 ca tại cộng đồng.

Từ khóa: Tiêu chảy cấp do thực phẩm, thực phẩm không an toàn

SUMMARY

REALITY OF ACUTE DIARRHEA CAUSED BY UNSAFE FOOD IN CAM PHA CITY, QUANG NINH 2013

* Cục An toàn thực phẩm - Bộ y tế

** Học viên Quân y

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Hùng Long

Email: nguyenthunglong@vfa.gov.vn Đt: 0912250527

Ngày nhận bài: 25/11/2014

Ngày phản biện khoa học: 30/11/2014

Ngày duyệt bài: 15/12/2014

Food-borne acute diarrhea or food poisoning is one of the leading causes of hospitalization. However, the actual number of foodborne diarrhea many times bigger than the reporting system data. This study aimed to assess the status of food-borne acute diarrhea in Cam Pha city, Quang Ninh province. The majority of patients with acute diarrhea self-treatment at home by pharmacy (71.43%) and private clinics (71.34%). The results showed that the incidence of acute diarrhea in the two weeks overall (0.1%), of which 71.43% of cases of acute diarrhea are transmitted through food. The statistics in the health care system represents only a part of reality, every 1 case of acute diarrhea caused by food in the health care system, the equivalent of 30 cases of illness in the community and, 01 case acute diarrhea caused by food in private health system corresponding to 17 cases in the community. The proportion of people with acute diarrhea buying pharmacy is high, every 01 cases of suspected of food transmitting buying drugs at pharmacies corresponding to 1.87 cases in the community.

Keywords: Food-borne acute diarrhea, unsafety food

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh truyền qua thực phẩm là một trong những nguyên nhân gây bệnh tật và tử vong quan trọng trên toàn cầu [1]. Theo thống kê báo cáo của WHO (2008), chỉ tính riêng tiêu chảy đã là nguyên nhân của 2,2 triệu người chết hàng năm, chiếm 3,7% nguyên nhân tử vong năm 2004 và xếp thứ 5 trong 10 nguyên nhân tử vong toàn cầu [2]. Số mới mắc tăng nhanh do thay đổi trong sản xuất nông nghiệp, phương pháp xử lý thực phẩm, toàn cầu hóa trong phân phối thực phẩm và các yếu tố liên quan đến những thay đổi hành vi và xã hội trong dân số.