

BMJ Best Practice

Viêm lợi

Thông tin lâm sàng chính xác ngay tại nơi cần thiết



Cập nhật lần cuối: Mar 28, 2018

Mục Lục

Tóm tắt	3
Thông tin cơ bản	4
Định nghĩa	4
Dịch tễ học	4
Bệnh căn học	4
Sinh lý bệnh học	4
Phân loại	4
Phòng ngừa	6
Ngăn ngừa sơ cấp	6
Ngăn ngừa thứ cấp	6
Chẩn đoán	7
Tiền sử ca bệnh	7
Cách tiếp cận chẩn đoán từng bước	7
Các yếu tố nguy cơ	8
Các yếu tố về tiền sử và thăm khám	9
Xét nghiệm chẩn đoán	10
Chẩn đoán khác biệt	11
Điều trị	18
Cách tiếp cận điều trị từng bước	18
Tổng quan về các chi tiết điều trị	19
Các lựa chọn điều trị	20
Liên lạc theo dõi	23
Khuyến nghị	23
Các biến chứng	23
Tiền lượng	24
Hướng dẫn	25
Hướng dẫn chẩn đoán	25
Tài liệu tham khảo	26
Hình ảnh	30
Tuyên bố miễn trách nhiệm	40

Tóm tắt

- ◇ Nguyên nhân gây viêm lợi răng là do mảng bám vi khuẩn (mảng vi sinh trên răng) tích tụ hàng ngày trên răng.
- ◇ Bệnh sẽ gây tấy đỏ, sưng nhẹ hoặc "phồng" nướu và chảy máu khi đánh răng.
- ◇ Điều trị bằng cách làm sạch răng triệt để đúng cách, và loại bỏ mảng bám trên răng một cách hiệu quả hàng ngày bằng cách đánh răng và làm sạch kẽ răng.
- ◇ Viêm lợi dạng loét gây hoại tử (NUG) là một tình trạng nghiêm trọng, chủ yếu xảy ra ở các nước đang phát triển, ở những người bị suy dinh dưỡng nặng hoặc bị nhiễm HIV/AIDS giảm số lượng tế bào T CD4.

Định nghĩa

Viêm lợi là tình trạng lợi bị viêm. Phần lớn các trường hợp liên quan đến viêm do vi khuẩn do mảng bám trên răng (mảng vi sinh) tích tụ trên răng mỗi ngày. Viêm lợi dạng loét gây hoại tử là một dạng viêm lợi cấp tính, không điển hình do vi khuẩn gây ra, hiếm thấy ở các nước phát triển. Chuyên khảo này sẽ tập trung vào các dạng viêm lợi này.

Tuy nhiên, nhiều tình trạng nguy hiểm khác (bẩm sinh hoặc mắc phải, và nhiều hội chứng di truyền) có thể biểu hiện thành viêm hoặc tổn thương lợi, và bác sĩ lâm sàng phải luôn cân nhắc đến những tình trạng này trong chẩn đoán phân biệt. Tập chuyên đề Hội thảo quốc tế năm 1999 về cách Phân loại bệnh và tình trạng nha chu có thể cung cấp cho giới chuyên môn y khoa thông tin toàn diện về rất nhiều loại bệnh khu trú và toàn thân ảnh hưởng đến lợi.[1]

Dịch tễ học

Viêm lợi là dạng bệnh nha chu nhẹ nhất trong số các bệnh nha chu và ảnh hưởng từ 50% đến 90% người lớn trên toàn thế giới.[4] Tình trạng này xảy ra ở khắp mọi nơi, ảnh hưởng đến cả nam giới và nữ giới, người trẻ cũng như người già. Nếu theo định nghĩa tình trạng này là hiện tượng chảy máu lợi cạnh ≥ 1 răng thì khoảng một nửa dân số Hoa Kỳ mắc bệnh viêm lợi, trong đó tỉ lệ lưu hành bệnh ở nam giới cao hơn một chút so với nữ giới, và ở người da đen, người Mỹ gốc Mexico cao hơn một chút so với người da trắng.[5] Có bằng chứng cho thấy rằng tỉ lệ lưu hành bệnh viêm lợi đã giảm ở những nước phát triển trong vài thập kỷ qua.[6] [7] Trên toàn cầu, tỉ lệ lưu hành bệnh viêm lợi phân bố không đồng đều, trong đó theo báo cáo, một số vùng trên thế giới có tỉ lệ lưu hành bệnh cao hơn.[4] [8] [9] [10] [11]

Tỉ lệ lưu hành bệnh viêm lợi dạng loét gây hoại tử (NUG) rất khác nhau, và thường thấy ở những bệnh nhân trẻ tuổi bị HIV/AIDS tại một số quốc gia.[12] [13] [14] Các nghiên cứu đối với bệnh nhân ngoại trú, đặc biệt là sau khi điều trị thuốc kháng retrovirus cho thấy tỉ lệ lưu hành bệnh ở những người này tương đối thấp, tương tự như nhóm dân số thông thường.[15] Bệnh này thường xảy ra ở những nước đang phát triển, đặc biệt là ở châu Phi hạ Sahara, và hầu như chỉ xảy ra ở trẻ em, thường là trong độ tuổi từ 3 đến 10 tuổi đến từ những vùng có hoàn cảnh kinh tế xã hội khó khăn.[14] [16] Theo báo cáo, tỉ lệ lưu hành bệnh chiếm khoảng 0,5% ở các nước phát triển, 3% tại Nam Phi, và tại một phòng khám nha khoa phía tây Nigeria, con số này lên tới 27% ở trẻ em Nigeria <12 tuổi.[14] [17] [18] Trong nhóm quần thể này, tỉ lệ lưu hành bệnh tăng từ 2% - 3% trẻ vệ sinh răng miệng đúng cách đến 67% trẻ vệ sinh răng miệng kém.[18]

Bệnh căn học

Nguyên nhân gây viêm lợi là do mảng bám tích tụ trên răng hàng ngày.[19] Nguyên nhân gây viêm lợi không do vi khuẩn đặc trưng nào, nhưng mầm bệnh gram âm quanh miệng, như *Tannerella forsythia*, *Campylobacter*, và *Selenomonas* có liên quan đến những giai đoạn đầu của bệnh.[19] [20] [21] [22]

Sinh lý bệnh học

Độc tố và các sản phẩm vi sinh sẽ kích thích phản ứng viêm trong lợi trong vòng 4 đến 8 ngày tích tụ mảng bám. Mảng bám chủ yếu bao gồm tế bào lympho T và đại thực bào, và như vậy, viêm lợi do mảng bám sẽ theo quy luật tương tự với đáp ứng quá mẫn chậm có kiểm soát.[23] [24]

Phân loại

Viêm lợi do mảng bám

Nguyên nhân do mảng bám trên răng (mảng vi sinh trên răng) tích tụ trên răng mỗi ngày. Tình trạng này có thể ở dạng cấp tính hoặc mạn tính và không liên quan đến việc mất xương ổ đỡ răng.[2]

[Fig-1]

Viêm lợi dạng loét gây hoại tử (NUG)

Đây là một tình trạng nhiễm trùng lợi, có thể liên quan đến căng thẳng thần kinh, nghiện hút thuốc nặng, ăn uống không đủ chất, HIV/AIDS, và một số căn bệnh khác khiến suy giảm miễn dịch.[3] Đây là một dạng viêm lợi cấp tính, không điển hình, ít gặp ở những nước phát triển. Bệnh này thường xảy ra ở các nước đang phát triển do tình hình suy dinh dưỡng nghiêm trọng. Bệnh có thể xảy đến ở những người sống trong cùng điều kiện sống, nhưng đây không phải là bệnh lây truyền từ người sang người.

[Fig-2]

Ngăn ngừa sơ cấp

Gingivitis can be prevented by effective daily mechanical oral hygiene procedures of tooth brushing and use of dental floss, hoặc các phương pháp cơ học khác (ví dụ: tăm, bàn chải kẽ răng, bàn chải một chòm) để loại bỏ mảng bám vi khuẩn (màng vi sinh) tích tụ hàng ngày trên răng.

Duy trì thói quen vệ sinh răng miệng đúng cách có thể đem lại lợi ích lớn nếu sử dụng một chiếc bàn chải đánh răng hiện đại, hiệu quả, bất kể loại chạy điện hay không chạy điện. Những tiến bộ ở cả loại bàn chải đánh răng chạy điện và không chạy điện đã đem lại rất nhiều lợi ích trong việc loại bỏ mảng bám, mặc dù mức hiệu quả của loại bàn chải không chạy điện vẫn còn phải phụ thuộc vào độ linh hoạt và kỹ năng thao tác của người dùng. Trong chừng mực nào đó, bàn chải đánh răng chạy điện khắc phục được hạn chế này, có ưu điểm hơn đó là có thể giúp bệnh nhân sử dụng kỹ thuật đánh răng tốt hơn và tăng động lực đánh răng đều đặn. Các nghiên cứu lâm sàng cũng đã chứng minh rằng bàn chải chạy điện tích hợp chế độ rung lắc/xoay tròn sẽ hiệu quả hơn rất nhiều so với loại bàn chải không chạy điện.[25]

Thuốc đánh răng cũng góp phần đáng kể giúp làm giảm mảng bám vi khuẩn nhờ cơ chế chà xát và làm sạch cơ học của bàn chải và nhờ thành phần kháng khuẩn/màng bám bên trong.[26] Cũng có thể bổ sung thêm những loại được bào chế dưới dạng nước súc miệng, dạng xịt hoặc gel khi vệ sinh răng miệng cho những ai thao tác kém hoặc phải phụ thuộc vào những người khác giúp vệ sinh răng miệng hàng ngày.[27]

Ngăn ngừa thứ cấp

Duy trì thói quen vệ sinh răng miệng đúng cách và khám nha sĩ hai lần mỗi năm sẽ giúp giảm tái phát nguy cơ viêm lợi. Khi so với các loại bàn chải đánh răng không chạy điện, loại chạy điện có cơ chế xoay tròn-rung lắc sẽ giúp bảo vệ chống viêm nướu trong dài hạn cũng như ngắn hạn, và giúp loại bỏ mảng bám tốt hơn trong thời gian ngắn.[25] Phải có thêm sự can thiệp của chuyên gia trong trường hợp bệnh nhân tự vệ sinh răng miệng khi cao răng hoặc chất trám răng chất lượng kém do có thể khiến bệnh nhân không thể loại bỏ mảng bám một cách hiệu quả. Nếu có thể, cũng cần loại bỏ những yếu tố thúc đẩy nhằm ngăn tái phát viêm lợi dạng loét gây hoại tử.

Tiền sử ca bệnh

Tiền sử ca bệnh #1

Bệnh nhân nam 35 tuổi đến khám với lý do chảy ít máu lợi khi đánh răng, bằng chứng là thấy máu trên bàn chải đánh răng, khi khạc nhổ nước đánh răng, và khi sử dụng chỉ nha khoa để làm sạch kẽ răng. Bệnh nhân này không thấy đau, hạch to, sốt hay có bất kỳ biểu hiện bệnh nào khác. Kết quả khám răng lợi thấy lợi tấy đỏ, sưng nhẹ đến vừa. Nhìn thấy mảng bám trên răng.

Các bài trình bày khác

Đặc trưng bệnh viêm lợi dạng loét gây hoại tử (NUG) gồm đau, hoại tử và loét đầu mô lợi kẽ răng, lợi có màu đỏ tươi, xuất hiện mảng vi sinh giả mạc, mảnh vụn trên răng và lợi, và chảy máu khi chạm nhẹ vào lợi. Hôi miệng, thường kèm theo NUG, không phải là đặc trưng của dạng bệnh viêm lợi này bởi nó có thể biểu hiện ở nhiều tình trạng bệnh lý khác trong khoang miệng, bao gồm viêm nha chu mạn tính. Những biểu hiện ít gặp hơn bao gồm nổi hạch to, sốt vừa và khó chịu.

Cách tiếp cận chẩn đoán từng bước

Biểu hiện lâm sàng đa dạng từ tấy đỏ lợi, phồng hoặc sưng lên từ từ, khó nhận thấy đến lợi tấy đỏ và viêm sưng nghiêm trọng. Triệu chứng lâm sàng mà nhiều bệnh nhân thường gặp đó là chảy máu nhẹ trong lúc đánh răng và khi sử dụng các dụng cụ cơ học để làm sạch kẽ răng, chẳng hạn như chỉ nha khoa và tăm.[28] Viêm lợi đi kèm với tình trạng tích tụ mảng bám vi khuẩn (mảng vi sinh) trên răng, nhưng bởi mảng bám trên răng có màu trắng và hơi đục, nên khó phát hiện ra trừ khi mảng tích tụ quá dày. Viêm lợi còn có một đặc trưng nữa đó là xuất hiện cao răng, và nhiều yếu tố giữ mảng bám khác (ví dụ: chất trám răng có rìa hở và/hoặc nhô ra ngoài, lắp răng giả một phần không đúng cách, viền mào răng dài quá mức, sâu kẽ răng).[2] Hiện chưa có bằng chứng trên X quang nào về việc mất xương đỡ liền kề. Đôi khi có thể quan sát thấy dịch tiết dạng mủ tại những vị trí lợi bị viêm, mặc dù tình trạng này xuất hiện nhiều nhất tại những vị trí viêm nha chu mạn tính. Hôi miệng cũng là phát hiện thường thấy ở những người bị viêm lợi.[28]

Viêm lợi do mảng bám

Viêm lợi do mảng bám không kèm theo bất kỳ triệu chứng khó chịu toàn thân nào, chẳng hạn sốt hay hạch to.

Viêm lợi dạng loét gây hoại tử (NUG)

Bệnh nhân sẽ nhận ra các triệu chứng của NUG khi nó khởi phát đột ngột, và các trường hợp này thường có liên quan đến ≥ 1 những yếu tố sau: nghiện hút thuốc, gia tăng căng thẳng, uống quá nhiều rượu, thiếu chất và lạm dụng dược chất. Bệnh nhân thường sẽ đến khám với lý do chảy máu vừa đến nhiều khi đánh răng. Những đặc điểm lâm sàng đặc trưng của NUG là hoại tử và loét đầu lợi nhú lên giữa kẽ răng hoặc viền lợi. Ngoài ra, bệnh nhân luôn cảm thấy đau, đặc biệt là trong quá trình vệ sinh răng miệng như đánh răng.[29] Hôi miệng, thường là liên quan đến NUG, không phải là đặc trưng của dạng bệnh viêm lợi này bởi nó có thể biểu hiện ở nhiều tình trạng bệnh lý khác trong khoang miệng, bao gồm viêm nha chu mạn tính. Bệnh nhân cũng có thể bị sốt, hạch to và cảm thấy mệt mỏi toàn thân. Hiện căn bệnh này hiếm xảy ra ở những nước phát triển và thường là biến chứng từ bệnh HIV/AIDS ở những người bị suy giảm miễn dịch nghiêm trọng do giảm số lượng tế bào lympho T CD4. Bệnh này phổ biến hơn nhiều ở nhóm trẻ em thuộc các quốc gia thường có nạn suy dinh dưỡng nghiêm trọng.[14]

Các yếu tố nguy cơ

Mảng

vệ sinh răng miệng kém

- Mảng bám trên răng (mảng vi sinh) là tác nhân chính gây bệnh viêm lợi. Nếu vệ sinh răng miệng kém, mảng bám sẽ tích tụ trên răng, và gây viêm lợi trong vòng một vài ngày. Mảng bám sẽ tích tụ trên răng nếu không đánh răng hoặc dùng chỉ nha khoa hay các biện pháp thủ công khác để lấy ra. Nhiều yếu tố nguy cơ ngay trong chính khoang miệng cũng có thể khiến mảng bám hình thành và mắc lại trên răng, và làm khởi phát viêm lợi (ví dụ: vị trí răng, sâu răng, răng nắn chỉnh có bề mặt gồ ghề và răng chìa ra ngoài, các dụng cụ chỉnh răng).

hút thuốc

- Hiện vẫn chưa xác định được cơ chế chính xác gây ra bệnh, nhưng cơ chế này có thể liên quan đến các tác nhân độc hại và độc tố trong thuốc lá, những tác dụng lên mạch máu của nicotine, chức năng bạch cầu suy giảm, và ảnh hưởng từ khói thuốc lên thành phần mảng bám.

Tiểu đường

- Tùy thuộc vào khả năng kiểm soát glucose của bệnh nhân mà bệnh đái tháo đường có thể trở thành yếu tố nguy cơ nghiêm trọng gây viêm lợi. Cơ chế gây bệnh có thể do bạch cầu đơn nhân đáp ứng quá mức với các kháng nguyên mảng bám, do bạch cầu trung tính đáp ứng yếu với hóa chất, và do sự tăng tổng hợp cytokine qua trung gian bởi các sản phẩm glycat hóa bền vững.

Mang thai

- Tình trạng có thể nghiêm trọng hơn nếu bệnh nhân mang thai. Điều này có thể liên quan đến ảnh hưởng của oestrogen và progesterone lên lợi răng. Oestrogen và progesterone cũng đóng vai trò là yếu tố tăng trưởng cho một số thành phần trong hệ vi sinh dưới lợi, và do đó thay đổi thành phần của hệ vi sinh này. Duy trì thói quen vệ sinh răng miệng và kiểm soát mảng bám răng đúng cách sẽ giúp hạn chế viêm lợi trong thời kỳ mang thai. Sau khi sinh, viêm lợi sẽ xuất hiện trở lại như trước khi mang thai.

suy dinh dưỡng nghiêm trọng hoặc thiếu chất từ từ

- Suy dinh dưỡng nghiêm trọng là yếu tố nguy cơ quan trọng gây ra bệnh viêm lợi dạng loét gây hoại tử (NUG). Thiếu chất từ từ có liên quan đến bệnh viêm lợi do mảng bám. Thiếu hụt vitamin C nghiêm trọng (bệnh do thiếu vitamin C) có thể khiến viêm lợi tăng sinh mạnh toàn khoang miệng, gây xuất huyết nguyên phát (viêm lợi dạng scobut). Bệnh nhân cũng có thể bị loét niêm mạc và viêm nha chu nặng hơn. Những biểu hiện này có liên quan đến cơ chế bất thường tổng hợp collagen. Những người có thể mắc bệnh viêm lợi dạng scobut bao gồm: người nghiện rượu, người cao tuổi bị móm, người mắc bệnh mạn tính, những người đang mắc bệnh tiêu hóa hoặc bệnh tâm thần, dẫn đến thiếu chất và trẻ em uống sữa hoàn toàn. Thiếu vitamin D trong chế độ ăn cũng làm tăng nguy cơ mắc bệnh viêm lợi.

HIV/AIDS (ở bệnh viêm lợi dạng loét gây hoại tử [NUG])

- Úc chế miễn dịch và giảm số lượng tế bào T CD4 cũng có liên quan đến nguy cơ xảy ra NUG.

Sang chấn tâm lý (ở bệnh viêm lợi dạng loét gây hoại tử [NUG])

- Sang chấn tâm lý có thể gây bệnh NUG. Sang chấn tâm lý và thiếu ngủ là những yếu tố thúc đẩy quan trọng, bởi có thể làm suy giảm sức đề kháng của vật chủ.

Yếu

Sang chấn tâm lý (ở bệnh viêm lợi do mảng bám)

- Có thể trở thành yếu tố nguy cơ bởi người đang trong thời gian bị căng thẳng cao độ sẽ ít chú ý đến việc vệ sinh răng miệng.

thuốc gây khô miệng

- Các loại thuốc gây khô miệng là yếu tố nguy cơ gây bệnh viêm lợi do mảng bám, bởi tình trạng khô miệng sẽ khiến mảng bám vi khuẩn dễ hình thành và ở lại trên răng.

Nam giới

- Nam giới, đặc biệt là trong độ tuổi vị thành niên thường có nguy cơ mắc bệnh viêm lợi do mảng bám cao hơn nữ giới ở cùng độ tuổi. Nguyên nhân có thể là do nam giới thường vệ sinh răng miệng kém hơn phụ nữ.

Sống chung (viêm lợi dạng loét gây hoại tử)

- Có thể xảy ra ở những người sống trong cùng điều kiện sống, nhưng đây không phải là bệnh lây truyền từ người sang người.

uống nhiều rượu

- Những người uống nhiều rượu thường có nguy cơ mắc bệnh viêm lợi cao hơn, bởi những đối tượng này có thói quen vệ sinh răng miệng kém.

lạm dụng chất gây nghiện

- Chế độ ăn kiêng lâu dài và vệ sinh răng miệng có liên quan đến lạm dụng chất nào đó có thể làm tăng nguy cơ viêm lợi do kích thích quá trình tích tụ mảng bám trên răng.

Các yếu tố về tiền sử và thăm khám

Các yếu tố chẩn đoán chủ yếu

có các yếu tố nguy cơ (thường gặp)

- Các yếu tố nguy cơ nghiêm trọng bao gồm: mang thai, đái tháo đường, vệ sinh răng miệng kém, hút thuốc, suy dinh dưỡng nghiêm trọng và thiếu chất lâu dài, HIV/AIDS (ở trường hợp viêm lợi dạng loét gây hoại tử), căng thẳng tâm lý (ở trường hợp viêm lợi dạng loét gây hoại tử).

chảy máu khi đánh răng (thường gặp)

- Chảy máu nhẹ khi đánh răng, có máu trên bàn chải hoặc khi khạc nước đánh răng.

mảng bám trên răng (thường gặp)

- Mảng bám vi khuẩn (mảng vi sinh) tích tụ trên răng, nhưng bởi mảng bám trên răng có màu trắng và hơi đục, nên khó phát hiện ra trừ khi mảng tích tụ quá dày.

Các yếu tố chẩn đoán khác

hôi miệng (thường gặp)

- Bác sĩ lâm sàng có thể xác định rõ ràng tình trạng hôi miệng không phải do các loại thức ăn cụ thể. Tuy nhiên, không phải lúc nào kết quả cũng giống nhau, bởi tình trạng hôi miệng thường gặp thường là do vi khuẩn tích tụ và thức ăn thừa bám vào phần sau lưỡi.

- Tình trạng hôi miệng là đặc điểm nổi bật ở bệnh viêm lợi dạng loét gây hoại tử, mặc dù đây không phải là dấu hiệu duy nhất của bệnh.

tấy đỏ, sưng và phòng lợi (thường gặp)

- Mặc dù bệnh nhân có thể thấy ngày càng nhiều các triệu chứng thực thể của tình trạng viêm lợi, chẳng hạn như tẩy đỏ và viêm, nhưng họ thường không nhận biết được triệu chứng đó. Tùy thuộc vào sắc tố bình thường, phần lợi không viêm ở người da trắng sẽ có màu hồng nhạt đều; ở người da sẫm, lợi có thể có nhiều màu khác nhau, nên khó có thể quan sát những thay đổi về màu sắc khi bị viêm.

bệnh hạch bạch huyết cổ (không thường gặp)

- Không xảy ra ở chứng viêm lợi do mảng bám; có thể xảy ra ở chứng viêm lợi dạng loét gây hoại tử, nhưng thường chỉ ở những ca bệnh nặng và ở trẻ em.

sốt (không thường gặp)

- Thường không xảy ra viêm lợi do mảng bám; có thể sốt mức độ vừa trong trường hợp viêm lợi dạng loét gây hoại tử, nhưng không phải lúc nào biểu hiện cũng giống nhau.

khó chịu (không thường gặp)

- Không xảy ra ở chứng viêm lợi do mảng bám; có thể xảy ra ở trường hợp viêm lợi dạng loét gây hoại tử, nhưng không phải lúc nào biểu hiện cũng giống nhau.

Đau (không thường gặp)

- Bệnh nhân sẽ không bị đau khi bị viêm lợi do mảng bám. Tuy nhiên, đau, đặc biệt là khi đánh răng và ăn, lại là nguyên nhân khiến bệnh nhân bị viêm lợi dạng loét gây hoại tử phải đi khám.

Xét nghiệm chẩn đoán

Xét nghiệm thứ nhất cần yêu cầu

Xét nghiệm	Kết quả
chẩn đoán lâm sàng Không cần tiến hành xét nghiệm.	đặc điểm của bệnh viêm lợi

Chẩn đoán khác biệt

Tình trạng	Các dấu hiệu/triệu chứng khác biệt	Các xét nghiệm khác biệt
Bệnh lichen phẳng ở miệng	Đây là bệnh niêm mạc da do viêm mạn tính, thường biểu hiện trên lợi và có đặc trưng là lợi tấy đỏ, không sưng, kèm tổn thương đau dạng loét/teo. Những tổn thương dạng mảng bám, hình mắt lưới, và nốt sần trắng thường không điển hình, có thể biểu hiện đơn lẻ ở lợi bị tổn thương, hoặc thường xảy ra ở bên ngoài vùng mô bị teo. Thường không cải thiện với các thói quen vệ sinh răng miệng. Ngoài ra cũng khởi phát ở niêm mạc miệng (50%-70% số trường hợp), các bề mặt niêm mạc khác và trên da chân/tay.[30] Các tổn thương ở miệng có thể xảy ra mặc dù không có các tổn thương trên da. [Fig-3] [Fig-4]	- Xét nghiệm miễn dịch huỳnh quang trực tiếp cho kết quả âm tính đối với tất cả các tự kháng thể, nhưng lại cho kết quả dương tính khi chiếu huỳnh quang fibrinogen vào màng đáy với lan tỏa bất thường vào lớp niêm mạc đệm bề mặt (hình lông bờm xồm).[31] - Xét nghiệm mô bệnh học phát hiện tình trạng thâm nhiễm tế bào lympho, có thể làm thay đổi cấu trúc biểu mô.
Bọng nước tự miễn	Đây là một nhóm các rối loạn tự miễn mạn tính, xuất hiện trên niêm mạc da, trong đó các tự kháng thể hướng trực tiếp đến các bộ thể trên màng đáy và có đặc trưng là bọng nước và mụn rộp, mụn này sẽ vỡ ra và gây loét bề mặt, gây đau và loét dai dẳng. Độ tuổi khởi phát trung bình là từ 50 đến 60 tuổi. Do cơ chế hồi phục đôi khi có thể để lại sẹo, nên bệnh nhân có thể bị sẹo kết mạc và mù lòa nếu tổn thương xuất hiện ở mắt. Các tổn thương ở miệng thường sẽ không để lại sẹo. Nếu chỉ lớp niêm mạc bị ảnh hưởng, thì sẽ dùng thuật ngữ bệnh pemphigus niêm mạc (MMP).[32] Tổn thương lợi có đặc điểm lâm sàng đặc trưng là viêm lợi bong vảy hoặc hình thành bọng nước khu trú, tiến triển nhanh thành dạng vết trợt dai dẳng gây đau.[30] [Fig-5]	- Các globulin miễn dịch gồm IgG, C3 và các globulin miễn dịch khác cũng như tơ huyết tại vùng màng đáy.[33] [34] - Xét nghiệm miễn dịch huỳnh quang gián tiếp (IIF) cho kết quả âm tính, nhưng IIF bằng kỹ thuật tách muối lại cho kết quả dương tính ở tới 50% số ca bệnh.[35]

Tình trạng	Các dấu hiệu/triệu chứng khác biệt	Các xét nghiệm khác biệt
Pemphigus	Là một nhóm các căn bệnh tự miễn, có đặc trưng là hình thành bong nước bên trong biểu mô trên da và niêm mạc. Độ tuổi khởi phát trung bình là 50 tuổi và hiếm khi xảy ra ở trẻ em. Quan sát thấy dấu hiệu Nikolsky dương tính (lớp bề mặt da trên cùng trượt lên các lớp da bên dưới khi cọ xát). Những tổn thương điển hình ở miệng gồm: các vết trợt mạn tính, trên bề mặt, lõm chồm, bất thường, gây đau. Tổn thương lợi thường biểu hiện thành dạng viêm lợi bong vảy. Bởi bong nước hình thành trong lớp tế bào gai, nên rất khó phát hiện thấy bong nước nguyên vẹn trên niêm mạc miệng. Các tổn thương có thể xuất hiện trên các bề mặt niêm mạc trước khi xuất hiện trên da, mặc dù các tổn thương trên da lại thường thấy hơn. Tình trạng tổn thương kết mạc ít khi xảy ra, và không giống như bệnh pemphigus, các tổn thương ở mắt do bệnh pemphigus sẽ không để lại sẹo.[32] [Fig-6]	Xét nghiệm miễn dịch huỳnh quang trực tiếp dương tính đối với IgG gian bào và C3 giữa các tế bào biểu mô; không phát hiện thấy hoạt tính xuyên thành ở màng đáy. IIF cho kết quả dương tính.[33] [34]
Lupus ban đỏ	Các tổn thương ở niêm mạc miệng giống như bệnh lichen phẳng ở miệng có nhiều vân và vết trợt, nhưng điểm khác là bị teo với chấm trắng mịn lốm đốm.[32] Lupus ban đỏ hệ thống cũng có thể gây loét lợi và làm tăng nguy cơ viêm lợi do mảng bám do hội chứng Sjogren. Có thể gây viêm lợi bong vảy. [Fig-7]	Xét nghiệm miễn dịch huỳnh quang trực tiếp cho kết quả dương tính đối với IgM, IgG, và/hoặc C3 ở tổn thương xung quanh hoặc tổ chức hạt trong vùng màng đáy.[36] Ở SLE thường có kháng thể kháng DNA chuỗi kép và ANA trong huyết thanh.

Tình trạng	Các dấu hiệu/triệu chứng khác biệt	Các xét nghiệm khác biệt
Viêm lợi bong vảy	Triệu chứng lâm sàng do một vài rối loạn gây tổn thương lợi sinh ra. Bệnh cảnh này đặc trưng là bệnh nhân sẽ bị bóc vảy da lan rộng và/hoặc phần lợi bị ảnh hưởng xuất hiện vết trợt, đặc biệt là vùng má bao răng trước. Thông thường, bệnh nhân sẽ không bị tổn thương lợi nếu không tích tụ mảng bám.[32]	Sinh thiết gặp khoảng 80% trường hợp có những dấu hiệu của bệnh pemphigus niêm mạc và bệnh lichen phẳng ở miệng. Đặc điểm sinh thiết ít gặp hơn gồm những đặc điểm của bệnh pemphigus thể thường, bệnh IgA tiết, bệnh da bong nước tự miễn (epidermolysis bullosa acquisita), lupus ban đỏ hệ thống, viêm loét miệng mạn tính và bệnh paraneoplastic pemphigus.[37]
Phì đại lợi do thuốc	Bệnh nhân có tiền sử điều trị bằng phenytoin, ciclosporin, hoặc thuốc chẹn kênh canxi, như nifedipine và ít gặp hơn là amlodipine, verapamil, felodipine, và diltiazem trong tối thiểu 1 đến 3 tháng.[38] Lợi thường có màu bình thường, nhưng phì đại, từ một ổ nhỏ lan tỏa rộng ra bao trọn gần như toàn bộ hàm, và có thể khiến bệnh nhân khó nhai. Nếu bị viêm thứ phát do mảng bám răng, lợi có thể bị tấy đỏ, phồng, và đau. [Fig-8] [Fig-9]	Chẩn đoán bằng cách khám lâm sàng khoang miệng và đánh giá bệnh sử. Các biện pháp điều trị thường bao gồm duy trì thói quen vệ sinh răng miệng thường xuyên, phẫu thuật lợi và trong một vài trường hợp hiếm gặp là thay thế bằng một loại thuốc khác.
Herpes nước miệng nguyên phát	Viêm lợi-miệng do herpes nguyên phát xảy ra ở hai lứa tuổi: 2 đến 3 tuổi và >60 tuổi.[32] Nhiều mụn nước nhỏ mọc thành từng đám, sau vỡ ra để lại vết loét gây đau trên niêm mạc. Lợi sẽ phì đại, nổi ban đỏ và rất đau. Các đặc điểm trên lợi có thể giống với các đặc điểm của viêm lợi dạng loét gây hoại tử, nhưng các tổn thương trên lợi sẽ nhẹ hơn và không gây xuất huyết nghiêm trọng. nặng hơn, các bề mặt niêm mạc khác có thể mọc nhiều ổ mụn nước vỡ gây đau. Bệnh nhân có thể bị sốt, nổi hạch to ở cổ và đôi khi phát ban da. [Fig-10]	Không cần xét nghiệm đặc hiệu. Phết tế bào để xác định có vi-rút hay không. Đây là bệnh tự khỏi, kéo dài tối đa 2 tuần ở những bệnh nhân có sức đề kháng bình thường. Nếu tái phát, khả năng bệnh nhân bị suy giảm miễn dịch.

Tình trạng	Các dấu hiệu/triệu chứng khác biệt	Các xét nghiệm khác biệt
Phản ứng dị ứng	Đôi khi bệnh nhân có thể gặp các phản ứng dị ứng sau khi dùng nước súc miệng, kem đánh răng hoặc kẹo cao su. Những dị nguyên gây ra các phản ứng đó có thể là do chất phụ gia tạo hương (ví dụ: quế) hoặc chất bảo quản, và có thể có trong các vật liệu hoặc thuốc mà nha sĩ sử dụng, hoặc trong thức ăn, sản phẩm thiên nhiên hoặc son môi.[30] Trên lâm sàng, phản ứng dị ứng biểu hiện dưới dạng tấy đỏ, sưng, đôi khi loét gây đau hoặc vằn trắng. Tình trạng rối loạn này có thể ảnh hưởng đến các bề mặt niêm mạc khác nếu có tiếp xúc với dị nguyên. Viêm lợi thể bào tương thâm nhiễm là một dạng phản ứng dị ứng đặc biệt, trong đó phạm vi thâm nhiễm dày đặc, bao gồm chủ yếu là bào tương.[32] [Fig-11]	- Loại bỏ tác nhân gây bệnh khả nghi giúp bệnh thuyên giảm trong vòng 1 tuần.[39] [40] - Có thể xét nghiệm bằng miếng dán.[41]
Bệnh bạch cầu cấp	Bệnh bạch cầu cấp biểu hiện ở khoang miệng, gây xuất huyết, chấm xuất huyết nguyên phát và có thể gây đau.[32] Lợi phì đại có thể xảy ra ở bệnh bạch cầu cấp dạng tủy. Loét có thể xuất hiện trên lợi và bề mặt niêm mạc. Bệnh bạch cầu cấp sẽ có biểu hiện trên lợi nhiều hơn so với bệnh bạch cầu mạn tính. [Fig-12]	Công thức máu và huyết đồ giúp xác định được bệnh nhân đang mắc loại bệnh bạch cầu nào.
Ung thư biểu mô nguyên phát và di căn	Hầu hết các dạng ung thư biểu mô lợi, cả nguyên phát và di căn, đều biểu hiện là các khối khu trú lồi ra ngoài, chứ không có những thay đổi dạng giả viêm liên quan đến viêm lợi. [Fig-13] [Fig-14]	Chụp X quang và sinh thiết. Ung thư biểu mô lợi nguyên phát thường biểu hiện dưới dạng ung thư biểu mô dạng vảy; những phát hiện về di căn là chỉ báo chứng tỏ bệnh nhân có thể mắc bệnh ung thư biểu mô nguyên phát.
Viêm lợi do HIV	Viêm lợi do HIV có đặc trưng là bệnh nhân sẽ xuất hiện một dãy ban đỏ thành đường rõ rệt dài từ 2 đến 3 mm khu trú dọc viền lợi, ngay cạnh những răng không được vệ sinh răng miệng thông thường.[32]	Xét nghiệm chẩn đoán không đặc hiệu. Có thể không đáp ứng với liệu pháp chuẩn. Xác nhận tình trạng HIV. Một số trường hợp có liên quan đến bệnh nấm candida.

Tình trạng	Các dấu hiệu/triệu chứng khác biệt	Các xét nghiệm khác biệt
Viêm lợi do dị vật	Viêm lợi do dị vật nằm trong lớp mô liên kết sâu dưới lớp biểu mô cơ. Bệnh thường biểu hiện dưới dạng tổn thương tấy đỏ hoặc kết hợp đỏ-trắng, thường bị chẩn đoán nhầm là bệnh lichen phẳng ở miệng. Đau hoặc nhạy cảm là biểu hiện thường thấy và tổn thương sẽ không khỏi nếu chỉ vệ sinh răng miệng. Dị vật có thể là nhiều loại vật liệu nha khoa khác nhau.[32]	- Hỏi tiền sử và những đặc điểm lâm sàng khi chẩn đoán. - Sinh thiết thấy viêm không đặc hiệu của viêm niêm mạc mạn tính hoặc bán cấp và thấy dị vật (nhưng trong một số trường hợp dị vật có thể quá nhỏ và không thể phát hiện). - Nếu qua kính hiển vi thấy bệnh nhân bị viêm dạng u hạt (khoảng 20% số ca bệnh) và không phát hiện thấy dị vật, bác sĩ lâm sàng phải tìm ra triệu chứng thực thể và triệu chứng cơ năng của các căn bệnh u hạt (bệnh Crohn, bệnh sarcoidosis, bệnh lao và u hạt khoang miệng-mặt).[32]
U hạt khoang miệng-mặt	Đây là chứng rối loạn vô căn do phản ứng bất thường trong hệ miễn dịch. Môi thường bị tổn thương và phì đại dai dẳng, mất cảm giác. Lưỡi có thể xuất hiện nhiều vết nứt, phù nề, vết trợt, dị cảm và biến đổi vị giác. Những tổn thương trên lợi biểu hiện sưng, ban đỏ nhẹ, giống như viêm lợi do mảng bám, hoặc dưới dạng vết trợt gây đau.[30]	Kết quả sinh thiết cho thấy bệnh nhân bị viêm dạng u hạt không đặc hiệu kèm nhuộm soi vi sinh vật âm tính và không phát hiện thấy dị vật. Phải cân nhắc chẩn đoán phân biệt bệnh dạng u hạt khu trú và toàn thân.
Viêm miệng mũ dạng sùi	Khá hiếm gặp, là rối loạn niêm mạc miệng dạng mụn mủ liên quan đến viêm đường ruột, đặc biệt là viêm loét đại tràng hoặc bệnh Crohn. Những tổn thương điển hình bao gồm: xuất hiện nhiều nếp nhăn trên niêm mạc, không đau, màu vàng-trắng và thuộc thể sinh dưỡng niêm mạc, cũng như nhiều khối áp-xe nhỏ có thể mọc trên cả niêm mạc miệng và lợi.[32]	- Sinh thiết thấy hiện tượng bong lớp gai trên biểu mô do xuất hiện nhiều bạch cầu ái toan, thường hình thành các khối áp-xe nhỏ trong biểu mô. - Xét nghiệm miễn dịch huỳnh quang trực tiếp giúp loại trừ chẩn đoán về các chứng bệnh phỏng rộp mạn tính trong khoang miệng.

Tình trạng	Các dấu hiệu/triệu chứng khác biệt	Các xét nghiệm khác biệt
Bệnh da tăng IgA thành dải	Những tổn thương trong khoang miệng chỉ biểu hiện dưới dạng viêm lợi bong vảy hoặc mọc thêm mụn nước, vết trợt gây đau và loét.[42] Các tổn thương sẽ ảnh hưởng đến vòm khẩu cái mềm và cứng, trụ a-mi-đan, niêm mạc má, lưỡi và lợi. Các tổn thương trong khoang miệng luôn có khi xuất hiện các tổn thương trên da.[43]	- Xét nghiệm miễn dịch huỳnh quang trực tiếp có đặc điểm là IgA bồi tích theo đường dọc vùng màng đáy chân bì-biểu bì.[32] Có thể phát hiện thấy IgA kháng màng đáy trong hệ tuần hoàn ở khoảng 30% số bệnh nhân bằng cách sử dụng IIF. - Những tổn thương chỉ có ở khoang miệng mà hiển thị thành dải IgA tại vùng màng đáy là bệnh pemphigus niêm mạc, chứ không phải bệnh tăng IgA thành dải.[44]
u hạt Wegener	Hiếm khi gây tổn thương khoang miệng.[32] Nếu phát hiện thấy, cần coi đây là dấu hiệu ban đầu của bệnh. Những tổn thương đặc trưng bao gồm: tăng sản lợi nghiêm trọng, phần sưng phồng ngấn, dễ vỡ và xuất huyết, bắt đầu ở phần lợi kẽ răng, thường gọi là "lợi đỏ mọng". Lợi hàm trên là vị trí thường bị ảnh hưởng nhất trong khoang miệng.	- Kết quả sinh thiết phát hiện tình trạng viêm mạch hủy bạch cầu.[45] Khi sinh thiết khoang miệng, do có rất ít mạch máu lớn, nên khó có thể phát hiện tình trạng viêm mạch. Mẫu sinh thiết lợi thường có mạch máu nổi hẳn lên và tế bào hồng cầu thoát mạch trên phạm vi rộng.[32] - Trong hệ tuần hoàn, có thể phát hiện thấy kháng thể kháng bào tương của bạch cầu trung tính quanh nhân (p-ANCA) hoặc kháng thể kháng bào tương của bạch cầu bào tương (c-ANCA). - Xét nghiệm miễn dịch huỳnh quang gián tiếp (IIF) cho kết quả dương tính đối với c-ANCA. Để xác nhận kết quả dương tính với c-ANCA qua xét nghiệm IIF, phản ứng với proteinase 3, kháng nguyên chính cho c-ANCA có trong các hạt bạch cầu trung tính ưa xanh lam, cũng phải dương tính.[46]

Tình trạng	Các dấu hiệu/triệu chứng khác biệt	Các xét nghiệm khác biệt
Ban đỏ đa dạng	Nguyên nhân khởi phát tình trạng tổn thương da cấp tính lan tỏa toàn thân thường là do màng niêm mạc bị tổn thương.[32] Tổn thương lợi rất hiếm khi xảy ra, nhưng có thể tiến triển thành viêm lợi bong vảy và/hoặc loét lợi. Bệnh nhân có thể có tiền sử mới nhiễm HSV, nhiễm khuẩn mycoplasma, dùng thuốc (ví dụ: thuốc chống co giật và thuốc kháng sinh) hoặc tiêm chủng. [Fig-15]	Mô bệnh học hầu như không giúp ích được gì, bởi các đặc điểm này thường không đặc hiệu. Do đó, khi chẩn đoán phải dựa trên những đặc điểm lâm sàng và loại trừ các chứng rối loạn mụn- vết trợt khác.[47]
Mất hạt bạch cầu	Lợi biểu hiện viêm dạng loét gây hoại tử, nhưng bệnh nhân có tiền sử phơi nhiễm với các loại thuốc gây giảm sản bạch cầu hạt, như thuốc hóa trị liệu ung thư, hay tiền sử mắc bệnh bẩm sinh có liên quan đến tình trạng giảm số lượng các yếu tố kích thích tạo máu đặc hiệu với bạch cầu hạt. Một môi, sốt, viêm họng và đau do viêm dạ dày có thể đi kèm với loét dạng hốc, hoại tử ở nhiều bề mặt niêm mạc.	- Ngừng dùng loại thuốc khả nghi sẽ giúp cải thiện tình trạng trong vòng 2 tuần. - Công thức máu thấy giảm bạch cầu hạt ($<0,5 \times 10^9/L$ hoặc <500 tế bào/mm^3), số lượng tiểu cầu và hồng cầu bình thường.[32]
Bệnh nấm histoplasmosis	Rất hiếm. Những tổn thương trong khoang miệng có thể biểu hiện dưới dạng bệnh lan tỏa ở những bệnh nhân cao tuổi hoặc suy giảm miễn dịch.[32] Tiến triển thành loét với viền tròn, vết hằn cứng và có thể giống với ung thư biểu mô lợi trong khoang miệng.	- Sinh thiết thấy tình trạng viêm dạng u hạt với các loại nấm dương tính bằng kỹ thuật nhuộm PAS định kỳ và Gomori methenamine silver, và xét về mặt hình thái học thì giống với chứng nhiễm khuẩn Histoplasma capsulatum.[48] - Các phương pháp không nuôi cấy bao gồm xét nghiệm đo màu sử dụng tiền chất enzym để phát hiện (13)-beta-D-glucan và các phương pháp phân tử giúp phát hiện DNA của nấm.
Giảm bạch cầu trung tính chu kỳ	Giảm bạch cầu trung tính chu kỳ là một chứng rối loạn máu hiếm gặp ở trẻ em, có biểu hiện là sốt theo chu kỳ, nổi hạch cổ, viêm thanh quản và loét niêm mạc do những bệnh nặng nhất ở lợi.[32] Chu kỳ phát bệnh trung bình là 21 ± 3 ngày, khoảng 14 đến 40 ngày. Bệnh nhân có thể bị tiêu xương ổ răng (hàm trên hoặc hàm dưới) và răng lung lay.	Công thức máu thường quy thấy số lượng bạch cầu trung tính $<0,5 \times 10^9/L$ ($500/mm^3$ hoặc $500/microlit$) trong 3 đến 5 ngày trong 3 chu kỳ liên tiếp.[32]

Cách tiếp cận điều trị từng bước

Viêm lợi dạng loét gây hoại tử (NUG)

Điều trị NUG bao gồm: rửa bằng hydro peroxide 3% để mở ổ vùng hoại tử; hướng dẫn cách vệ sinh răng miệng và dùng nước súc miệng; kiểm soát cơn đau; dùng kháng sinh phù hợp; và tư vấn cho bệnh nhân cải thiện chế độ ăn uống, chăm sóc răng miệng, uống nước và cai thuốc.[3]

Tiến hành mở ổ mủ bám và cao răng (cặn vôi) trên bề mặt răng chuyên khoa, do nha sĩ thực hiện, và hướng dẫn bệnh nhân súc miệng (chlorhexidine 0,12% hoặc 0,2%)[49] hoặc súc miệng tỉ lệ hydro peroxide 3% và nước ấm bằng nhau). Ngoài ra, bệnh nhân cũng nên đánh răng bằng bàn chải mềm và dùng chỉ nha khoa. Có thể dùng thuốc giảm đau để kiểm soát cơn đau. Tuy nhiên, cơn đau thường thuyên giảm hoặc khỏi hẳn trong vòng vài ngày sau mở ổ và thường không cần phải dùng thuốc giảm đau kéo dài.[14] [50]

Loại bỏ ổ mủ bám răng và cao răng theo kỹ thuật chuyên khoa sẽ giúp loại bỏ vi khuẩn kỵ khí, như *Fusobacterium* và xoắn khuẩn, có thể là nguyên nhân gây viêm lợi. Kết hợp với thói quen súc miệng 2 lần/ngày bằng chlorhexidine hoặc hydro peroxide và đánh răng, phần lớn bệnh nhân sẽ thuyên giảm triệu chứng sau một vài ngày. Nếu bị sốt hoặc thân nhiệt tăng cao $\geq 38,4^{\circ}\text{C}$ (101°F), hoặc nếu nổi hạch to nhanh trên cổ, nên cân nhắc dùng thuốc kháng sinh toàn thân một cách phù hợp. Nếu các triệu chứng cơ năng không thuyên giảm, có thể chỉ định bệnh nhân làm xét nghiệm chẩn đoán, bao gồm xét nghiệm sàng lọc HIV, công thức máu và sinh thiết.[14] [50]

Viêm lợi không gây hoại tử

Điều trị viêm lợi do mảng bám gồm kiểm soát mảng bám quanh răng hay mảng vi sinh tích tụ hàng ngày trên răng.

Hướng dẫn riêng cho từng cá nhân cách thực hiện các quy trình vệ sinh răng miệng hàng ngày bằng dụng cụ cơ học, bao gồm đánh răng và dùng chỉ nha khoa hoặc các dụng cụ cơ học khác (ví dụ: bàn chải kẽ răng) để xóa kẽ răng nhằm loại bỏ mảng bám trên những bề mặt răng mà bàn chải không với tới. Để loại bỏ mảng bám hàng ngày, cần dùng loại bàn chải đánh răng mềm hoặc hơi mềm và chải răng theo chuyển động xoay tròn, lông bàn chải hướng thẳng vào phần tiếp giáp giữa nướu và răng trên bề mặt lưỡi-mặt trong toàn hàm. Cần dùng chỉ nha khoa hoặc các loại phương tiện khác để loại bỏ mảng bám trên các bề mặt răng mà bàn chải không với tới. Nếu bệnh nhân bị viêm lợi, chảy một chút máu khi đánh răng và khi dùng chỉ nha khoa là hiện tượng thường thấy, và sẽ hết khi khỏi viêm lợi.

Phương pháp làm sạch răng hoặc cắt lọc bề mặt răng do nha sĩ thực hiện có thể giúp loại bỏ mảng bám và cao răng bám trên và dưới đường nướu răng. Cao răng hình thành do mảng bám trên răng bị vôi hóa và không thể sạch được nếu chỉ đánh răng. Cao răng hình thành ở răng trên (trên lợi) và dưới (dưới lợi) lợi (nướu). Cao răng có thể giống như chất kích ứng thực thể gây viêm, và bởi cao răng giống như nơi tích tụ mầm bệnh gây viêm lợi, nên nhất định phải loại bỏ cao răng. Nha sĩ dùng nhiều loại thiết bị chạy điện và dùng tay (ví dụ: kỹ thuật siêu âm) sẽ là người tiến hành loại bỏ mảng bám trong thủ thuật vệ sinh răng, hay thường được gọi là biện pháp dự phòng bệnh răng miệng.

Có thể sử dụng các loại chất có tác dụng kháng khuẩn hoặc loại bỏ mảng bám có trong nước súc miệng đã được chứng minh giúp tăng cường hiệu quả vệ sinh răng miệng cho những bệnh nhân sử dụng các phương pháp cơ học thông thường để kiểm soát mảng bám quanh răng, vốn chỉ có tác dụng phần nào.[27] [49] [51] [52] [53] [54] [55] [56] Chất bôi phụ hoặc tạo hình răng xấu, mào răng và dụng cụ giả có thể giữ lại mảng bám trên răng và khiến việc loại bỏ mảng bám trở nên khó khăn hơn. Việc phục hồi những khuyết điểm trên và chỉnh lại thiết bị giả đòi hỏi phải do nha sĩ tiến hành.

Tổng quan về các chi tiết điều trị

Tham khảo cơ sở dữ liệu được địa phương của quý vị để biết thông tin toàn diện về thuốc, bao gồm các chống chỉ định, tương tác giữa các loại thuốc, và liều dùng thay thế. (xem [Tuyên bố miễn trách nhiệm](#))

Cấp tính		(tóm tắt)
viêm lợi dạng loét gây hoại tử (NUG)		
.....	1	mở ổ + vệ sinh răng miệng
	thêm	súc miệng
	bổ sung	thuốc kháng sinh
	bổ sung	thuốc giảm đau
	bổ sung	chỉnh lại những yếu tố giữ mảng bám
viêm lợi không gây hoại tử		
.....	1	vệ sinh răng miệng
	bổ sung	kháng khuẩn bôi trên da và tác nhân loại bỏ mảng bám
	bổ sung	chỉnh lại những yếu tố giữ mảng bám

Các lựa chọn điều trị

Cấp tính

viêm lợi dạng loét gây hoại tử (NUG)

1

mở ổ + vệ sinh răng miệng

» Điều trị bao gồm rửa và mở ổ vùng hoại tử và bề mặt răng theo kỹ thuật chuyên khoa, hướng dẫn vệ sinh răng miệng, và tư vấn cho bệnh nhân cải thiện chế độ ăn uống, chăm sóc răng miệng, uống nước và cai thuốc lá.

» Để loại bỏ mảng bám hàng ngày, cần dùng loại bàn chải đánh răng mềm hoặc hơi mềm và chải răng theo chuyển động xoay tròn, lông bàn chải hướng thẳng vào phần tiếp giáp giữa lợi và răng trên bề mặt lưỡi-mặt trong toàn hàm.

» Cần dùng chỉ nha khoa hoặc các loại phương tiện khác để loại bỏ mảng bám trên các bề mặt răng mà bàn chải không với tới.

» Phương pháp làm sạch răng hoặc mở ổ trên bề mặt răng do nha sĩ thực hiện có thể giúp loại bỏ mảng bám và cao răng bám trên và dưới đường lợi răng.

thêm

súc miệng

Các lựa chọn sơ cấp

» **chlorhexidine súc miệng**: (0,12% đến 0,2%) súc 15 mL trong khoảng 30 giây hai lần mỗi ngày

HOẶC

» **hydro peroxide**: (3%) súc 10 mL trong khoảng 1 phút, tối đa bốn lần mỗi ngày; súc với tỉ lệ hydro peroxide và nước ấm bằng nhau

» Phần lớn bệnh nhân sẽ thuyên giảm các triệu chứng trong vòng một vài ngày sau khi súc miệng bằng chlorhexidine hoặc hydro peroxide và đánh răng.

bổ sung

thuốc kháng sinh

Các lựa chọn sơ cấp

» **metronidazole**: 250 mg uống ba lần mỗi ngày trong 7-10 ngày

HOẶC

» **phenoxymethylpenicillin**: 500 mg dùng đường uống, bốn lần mỗi ngày trong 7-10 ngày

HOẶC

Cấp tính

» **gốc erythromycin**: 250 mg dùng đường uống, bốn lần mỗi ngày trong 7-10 ngày

HOẶC

» **tetracycline**: 250 mg dùng đường uống, bốn lần mỗi ngày trong 7-10 ngày

» Có thể cân nhắc dùng thuốc kháng sinh nếu bệnh nhân bị sốt hoặc thân nhiệt tăng cao $\geq 38^{\circ}\text{C}$ (101°F), hoặc nếu nổi hạch to nguy hiểm trên cổ.

bổ sung**thuốc giảm đau****Các lựa chọn sơ cấp**

» **Aspirin**: 300-900 mg đường uống mỗi 4-6 giờ khi cần, tối đa 4000 mg/ngày

HOẶC

» **Ibuprofen**: 200-400 mg, 4-6 tiếng một lần khi cần, tối đa 2400 mg/ngày

HOẶC

» **Paracetamol**: 500-1000 mg đường uống/trực tràng mỗi 4-6 giờ khi cần, tối đa 4000 mg/ngày

HOẶC

» **Naproxen**: 250-500 mg, hai lần mỗi ngày khi cần, tối đa 1250 mg/ngày

» Nếu thấy bệnh nhân đau dữ dội, có thể cho dùng thuốc kháng viêm không steroid (NSAID) để giảm đau. Cơn đau thường thuyên giảm hoặc khỏi hẳn trong vòng vài ngày sau mổ ổ theo kỹ thuật chuyên khoa. Thường không cần phải dùng thuốc giảm đau kéo dài.

bổ sung**chỉnh lại những yếu tố giữ mảng bám**

» Chất bồi phụ hoặc tạo hình răng xấu, mào răng và dụng cụ giả có thể giữ lại mảng bám trên răng và khiến việc loại bỏ mảng bám trở nên khó khăn hơn. Việc phục hồi những khuyết điểm trên và chỉnh lại thiết bị giả đòi hỏi phải do nha sĩ tiến hành.

viêm lợi không gây hoại tử**1****vệ sinh răng miệng**

» Để loại bỏ mảng bám hàng ngày, cần dùng loại bàn chải đánh răng mềm hoặc hơi mềm và chải răng theo chuyển động xoay tròn, lông bàn chải hướng thẳng vào phần tiếp giáp giữa lợi và răng trên bề mặt lưỡi-mặt trong toàn hàm.

Cấp tính

» Cần dùng chỉ nha khoa hoặc các loại phương tiện khác để loại bỏ mảng bám trên các bề mặt răng mà bàn chải không với tới.

» Phương pháp làm sạch răng hoặc mở ổ trên bề mặt răng do nha sĩ thực hiện có thể giúp loại bỏ mảng bám và cao răng bám trên và dưới đường lợi răng.

» Cao răng có thể giống như chất kích ứng thực thể gây viêm, và bởi cao răng giống như nơi tích tụ mảng bám gây viêm lợi, nên nhất định phải loại bỏ cao răng. Nha sĩ dùng nhiều loại thiết bị chạy điện và dùng tay (ví dụ: kỹ thuật siêu âm) sẽ là người tiến hành loại bỏ mảng bám trong thủ thuật vệ sinh răng, hay thường được gọi là biện pháp dự phòng bệnh răng miệng.

bổ sung

kháng khuẩn bôi trên da và tác nhân loại bỏ mảng bám

» Các biện pháp điều trị đầu tay gồm súc miệng bằng hoạt chất gồm chlorhexidine, tinh dầu, amine fluoride/stannous fluoride, delmopinol hydrochloride, hoặc triclosan.[49] [51] [53] [54] [55]

» Biện pháp điều trị bậc hai là kem đánh răng triclosan.

» Tất cả những biện pháp điều trị này có nhiều mức độ và hiệu quả khác nhau. Cần tham khảo thông tin về sản phẩm để biết hướng dẫn về liều dùng.

bổ sung

chỉnh lại những yếu tố giữ mảng bám

» Chất bồi phụ hoặc tạo hình răng xấu, mào răng và dụng cụ giả có thể giữ lại mảng bám trên răng và khiến việc loại bỏ mảng bám trở nên khó khăn hơn. Việc phục hồi những khuyết điểm trên và chỉnh lại thiết bị giả đòi hỏi phải do nha sĩ tiến hành.

Khuyến nghị

Giám sát

Viêm lợi dạng loét gây hoại tử (NUG):

- Những bệnh nhân bị NUG thường có thói quen vệ sinh răng miệng kém. Do đó, cần thường xuyên khuyến khích bệnh nhân đánh răng. Ở những bệnh nhân bị nhiễm HIV có do qua trình hồi phục mô chậm, có thể cần phải kiểm soát mảng bám một cách toàn diện theo kỹ thuật chuyên khoa trong thời gian dài.

Viêm lợi không gây hoại tử:

- Phải để nha sĩ thường xuyên đánh giá lại về mặt lâm sàng để giữ lợi luôn được rắn chắc khỏe mạnh. Thông thường bệnh nhân sẽ đến thăm khám 3 đến 6 tháng một lần, nhưng những bệnh nhân không thể kiểm soát tốt mảng bám sẽ cần đến thường xuyên hơn.

Hướng dẫn dành cho bệnh nhân

Trong mọi trường hợp, cần tư vấn cho bệnh nhân tự loại bỏ mảng bám hàng ngày bằng một loại bàn chải đánh răng mềm hoặc hơi mềm và vệ sinh kẽ răng bằng chỉ nha khoa.

Phải chải răng theo chuyển động xoay tròn, lông bàn chải hướng thẳng vào phần tiếp giáp giữa lợi và răng trên bề mặt lưỡi-mặt trong toàn hàm.

Bệnh nhân có thể bị chảy máu một chút khi đánh răng, tình trạng này sẽ chấm dứt khi khỏi viêm lợi.

Cần đến khám nha sĩ để tiến hành làm sạch răng hoặc mở ổ trên bề mặt răng thường xuyên nhằm loại bỏ mảng bám và cao răng bám trên và dưới đường nướu răng.

Những bệnh nhân bị NUG cần đồng thời điều trị luôn các yếu tố nguy cơ, nếu có thể, (ví dụ: hút thuốc, đái tháo đường, ức chế miễn dịch, căng thẳng thần kinh, thiếu chất, lạm dụng dược chất, nhiễm HIV và dùng thuốc). Những bệnh nhân đang dùng các loại thuốc khiến lợi phì đại (ví dụ: phenytoin, sodium valproate, ciclosporin A, thuốc chẹn kênh canxi) hay các loại thuốc tránh thai đường uống (gây tăng viêm lợi) cần được tư vấn về các loại thuốc thay thế, nếu có thể.

Các biến chứng

Các biến chứng	Khung thời gian	Khả năng
viêm nha chu	dài hạn	trung bình
Nếu không điều trị chứng viêm lợi do mảng bám, bệnh nhân sẽ có nhiều nguy cơ khởi phát viêm nha chu, và có thể sẽ bị mất vĩnh viễn một phần xương ổ răng. Ở những bệnh nhân HIV/AIDS bị suy giảm miễn dịch, viêm lợi dạng loét gây hoại tử (NUG) có thể tiến triển thành viêm nha chu dạng loét gây hoại tử, có đặc điểm là xương chồi ra ngoài và không thể làm trụ đỡ cho răng.		
cam tẩu mã	biến thiên	trung bình

Các biến chứng	Khung thời gian	Khả năng
Nếu bệnh nhân bị suy dinh dưỡng nặng, tình trạng NUG có thể tiến triển thành viêm miệng hoại thư (cam tẩu mã: phá hủy mô cứng và mô mềm trên các cấu trúc khoang miệng và ngoài khoang miệng), dẫn sẽ khiến khuôn mặt trở nên xấu xí và ăn uống khó khăn. Nếu không được điều trị đúng cách, cam tẩu mã có thể dẫn đến tử vong.[56]		

Tiên lượng

Viêm lợi không gây hoại tử

Bệnh nhân cần thường xuyên loại bỏ hết mảng bám dưới lợi để có tiên lượng tốt về lâu về dài.

Viêm lợi dạng loét gây hoại tử

Với thói quen súc miệng 2 lần/ngày bằng chlorhexidine hoặc hydro peroxide và đánh răng, phần lớn bệnh nhân sẽ thuyên giảm triệu chứng sau một vài ngày. Những bệnh nhân giữ thói quen vệ sinh răng miệng đúng cách và điều trị các yếu tố nguy cơ một cách thích hợp sẽ giảm được nguy cơ tái phát viêm lợi.

Hướng dẫn chẩn đoán

Châu Á

Nursing management of oral hygiene

Nhà xuất bản: Singapore Ministry of Health

Xuất bản lần cuối: 2004

Các bài báo chủ yếu

- Parameter on plaque-induced gingivitis. American Academy of Periodontology. J Periodontol. 2000;71(suppl 5):851-852. [Tóm lược](#)
- Parameter on acute periodontal diseases. American Academy of Periodontology. J Periodontol. 2000;71(suppl 5):863-866. [Tóm lược](#)
- Neville BW, Damm D, Allen CM, et al. Oral and maxillofacial pathology. 3rd ed. St Louis, MO: Elsevier; 2009.

Tài liệu tham khảo

1. Holmstrup P. Non-plaque-induced gingival lesions. Ann Periodontol. 1999;4:20-31. [Tóm lược](#)
2. Parameter on plaque-induced gingivitis. American Academy of Periodontology. J Periodontol. 2000;71(suppl 5):851-852. [Tóm lược](#)
3. Parameter on acute periodontal diseases. American Academy of Periodontology. J Periodontol. 2000;71(suppl 5):863-866. [Tóm lược](#)
4. Albandar JM, Rams TE. Global epidemiology of periodontal diseases. Periodontol 2000. 2002;29:7-10. [Tóm lược](#)
5. Albandar JM, Kingman A. Gingival recession, gingival bleeding and dental calculus in adults 30 years of age and older in the United States. 1988-1994. J Periodontol. 1999;70:30-43. [Tóm lược](#)
6. Hugoson A, Sjödin B, Norderyd O. Trends over 30 years, 1973-2003, in the prevalence and severity of periodontal disease. J Clin Periodontol. 2008;35:405-414. [Tóm lược](#)
7. Rothlisberger B, Kuonen P, Salvi GE, et al. Periodontal conditions in Swiss army recruits: a comparative study between the years 1985, 1996 and 2006. J Clin Periodontol. 2007;34:860-866. [Tóm lược](#)
8. Wang QT, Wu ZF, Wu YF, et al. Epidemiology and preventive direction of periodontology in China. J Clin Periodontol. 2007;34:946-951. [Tóm lược](#)
9. Dhar V, Jain A, Van Dyke TE, et al. Prevalence of gingival diseases, malocclusion and fluorosis in school-going children of rural areas in Udaipur district. J Indian Soc Pedod Prev Dent. 2007;25:103-105. [Toàn văn](#) [Tóm lược](#)
10. Agbelusi GA, Jeboda SO. Oral health status of 12-year-old Nigerian children. West Afr J Med. 2006;25:195-198. [Tóm lược](#)
11. Coelho Rde S, Gusmão ES, Jovino-Silveira RC, et al. Profile of periodontal conditions in a Brazilian adult population. Oral Health Prev Dent. 2008;6:139-145. [Tóm lược](#)
12. Ranganathan K, Hemalatha R. Oral lesions in HIV infection in developing countries: an overview. Adv Dent Res. 2006;19:63-68. [Tóm lược](#)

13. Albandar JM, Tinoco EM. Global epidemiology of periodontal diseases in children and young persons. *Periodontol* 2000. 2002;29:153-176. [Tóm lược](#)
14. Herrera D, Alonso B, de Arriba L, et al. Acute periodontal lesions. *Periodontol* 2000. 2014;65:149-177. [Tóm lược](#)
15. Coogan MM, Greenspan J, Challacombe SJ. Oral lesions in infection with human immunodeficiency virus. *Bull World Health Organ* 2005;83:700-706. [Toàn văn](#) [Tóm lược](#)
16. Folayan MO. The epidemiology, etiology, and pathophysiology of acute necrotizing ulcerative gingivitis associated with malnutrition. *J Contemp Dent Pract*. 2004;5:28-41. [Tóm lược](#)
17. Arendorf TM, Bredekamp B, Cloete CA, et al. Seasonal variation of acute necrotizing ulcerative gingivitis in South Africans. *Oral Dis*. 2001;7:150-154. [Tóm lược](#)
18. Taiwo JO. Oral hygiene status and necrotizing ulcerative gingivitis in Nigerian children. *J Periodontol*. 1993;64:1071-1074. [Tóm lược](#)
19. Loe H, Theilade E, Jensen SB. Experimental gingivitis in man. *J Periodontol*. 1965;36:177-187. [Tóm lược](#)
20. Tanner A, Maiden MF, Macuch PJ, et al. Microbiota of health, gingivitis, and initial periodontitis. *J Clin Periodontol*. 1998;25:85-98. [Tóm lược](#)
21. Offenbacher S, Barros SP, Singer RE, et al. Periodontal disease at the biofilm-gingival interface. *J Periodontol*. 2007;78:1911-1925. [Tóm lược](#)
22. Rüdiger SG, Carlén A, Meurman JH, et al. Dental biofilms at healthy and inflamed gingival margins. *J Clin Periodontol*. 2002;29:524-530. [Tóm lược](#)
23. Seymour GJ, Gemmell E, Walsh LJ, et al. Immunohistological analysis of experimental gingivitis in humans. *Clin Exp Immunol*. 1988;71:132-137. [Toàn văn](#) [Tóm lược](#)
24. Gemmell E, Yamazaki K, Seymour GJ. The role of T cells in periodontal disease: homeostasis and autoimmunity. *Periodontol* 2000. 2007;43:14-40. [Tóm lược](#)
25. Yaacob M, Worthington HV, Deacon SA, et al. Powered versus manual toothbrushing for oral health. *Cochrane Database Syst Rev*. 2014;(6):CD002281. [Toàn văn](#) [Tóm lược](#)
26. Davies R, Scully C, Preston AJ. Dentifrices - an update. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*. 2010;15:e976-e982. [Toàn văn](#) [Tóm lược](#)
27. Marsh PD. Controlling the oral biofilm with antimicrobials. *J Dent*. 2010;38(suppl 1):S11-S15. [Tóm lược](#)
28. Armitage GC. The complete periodontal examination. *Periodontol* 2000. 2004;34:22-33. [Tóm lược](#)
29. Corbet EF. Diagnosis of acute periodontal lesions. *Periodontol* 2000. 2004;34:204-216. [Tóm lược](#)
30. Laskaris G, Scully C. Periodontal manifestations of local and systemic diseases. Berlin: Springer-Verlag; 2003.

31. Jordan RC, Daniels TE, Greenspan JS, et al. Advanced diagnostic methods in oral and maxillofacial pathology. Part II: immunohistochemical and immunofluorescent methods. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod.* 2002;93:56-74. [Tóm lược](#)
32. Neville BW, Damm D, Allen CM, et al. *Oral and maxillofacial pathology.* 3rd ed. St Louis, MO: Elsevier; 2009.
33. Yih WY, Maier T, Kratochvil FJ, et al. Analysis of desquamative gingivitis using direct immunofluorescence in conjunction with histology. *J Periodontol.* 1998;69:678-685. [Tóm lược](#)
34. Rinaggio J, Crossland DM, Zeid MY. A determination of the range of oral conditions submitted for microscopic and direct immunofluorescence analysis. *J Periodontol.* 2007;78:1904-1910. [Tóm lược](#)
35. Calabresi V, Carrozzo M, Cozzani E, et al. Oral pemphigoid autoantibodies preferentially target BP180 ectodomain. *Clin Immunol.* 2007;122:207-213. [Tóm lược](#)
36. Fabbri P, Cardinali C, Giomi B, et al. Cutaneous lupus erythematosus: diagnosis and management. *Am J Clin Dermatol.* 2003;4:449-465. [Tóm lược](#)
37. Lo Russo L, Fedele S, Guiglia R, et al. Diagnostic pathways and clinical significance of desquamative gingivitis. *J Periodontol.* 2008;79:4-24. [Tóm lược](#)
38. Dongari-Bagtzoglou A; Research, Science and Therapy Committee, American Academy of Periodontology. Drug-associated gingival enlargement. *J Periodontol.* 2004;75:1424-1431. [Tóm lược](#)
39. Bousquet PJ, Guillot B, Guilhou JJ, et al. A stomatitis due to artificial cinnamon-flavored chewing gum. *Arch Dermatol.* 2005;141:1466-1467. [Tóm lược](#)
40. Sainio EL, Kanerva L. Contact allergens in toothpastes and a review of their hypersensitivity. *Contact Dermatitis.* 1995;33:100-105. [Tóm lược](#)
41. Torgerson RR, Davis MD, Bruce AJ, et al. Contact allergy in oral disease. *J Am Acad Dermatol.* 2007;57:315-321. [Tóm lược](#)
42. Leao JC, Ingafou M, Khan A, et al. Desquamative gingivitis: retrospective analysis of disease associations of a large cohort. *Oral Dis.* 2008;14:556-560. [Tóm lược](#)
43. Torchia D, Caproni M, Fabbri P. Linear IgA disease and desquamative gingivitis: time for inclusion in mucous membrane pemphigoid. *Oral Dis.* 2008;14:768-769. [Tóm lược](#)
44. Chan LS, Ahmed AR, Anhalt GJ, et al. The first international consensus on mucous membrane pemphigoid: definition, diagnostic criteria, pathogenic factors, medical treatment, and prognostic indicators. *Arch Dermatol.* 2002;138:370-379. [Tóm lược](#)
45. Comfere NI, Macaron NC, Gibson LE. Cutaneous manifestations of Wegener's granulomatosis: a clinicopathologic study of 17 patients and correlation to antineutrophil cytoplasmic antibody status. *J Cutan Pathol.* 2007;34:739-747. [Tóm lược](#)
46. Kawakami T. New algorithm (KAWAKAMI algorithm) to diagnose primary cutaneous vasculitis. *J Dermatol.* 2010;37:113-124. [Toàn văn](#) [Tóm lược](#)

47. Wiedemeyer K, Enk A, Jappe U. Erythema multiforme following allergic contact dermatitis: case report and literature review. *Acta Derm Venereol.* 2007;87:559-561. [Tóm lược](#)
48. Wheat LJ. Nonculture diagnostic methods for invasive fungal infections. *Curr Infect Dis Rep.* 2007;9:465-471. [Tóm lược](#)
49. Berchier CE, Slot DE, Van der Weijden GA. The efficacy of 0.12% chlorhexidine mouthrinse compared with 0.2% on plaque accumulation and periodontal parameters: a systematic review. *J Clin Periodontol.* 2010;37:829-839. [Tóm lược](#)
50. Lindhe J, Lang NP, Karring T. *Clinical periodontology and implant dentistry.* 5th ed. Oxford, UK: Blackwell Publishing Ltd; 2008.
51. James P, Worthington HV, Parnell C, et al. Chlorhexidine mouthrinse as an adjunctive treatment for gingival health. *Cochrane Database Syst Rev.* 2017;(3):CD008676. [Toàn văn](#) [Tóm lược](#)
52. Pizzo G, Guiglia R, La Cara M, et al. The effects of an amine fluoride/stannous fluoride and an antimicrobial host protein mouthrinse on supragingival plaque regrowth. *J Periodontol.* 2004;75:852-857. [Erratum in: *J Periodontol.* 2005;76:1425.] [Tóm lược](#)
53. Gunsolley JC. Clinical efficacy of antimicrobial mouthrinses. *J Dent.* 2010;38(suppl 1):S6-S10. [Tóm lược](#)
54. Van Leeuwen MP, Slot DE, Van der Weijden GA. Essential oils compared to chlorhexidine with respect to plaque and parameters of gingival inflammation: a systematic review. *J Periodontol.* 2011;82:174-194. [Tóm lược](#)
55. Araujo MW, Charles CA, Weinstein RB, et al. Meta-analysis of the effect of an essential oil-containing mouthrinse on gingivitis and plaque. *J Am Dent Assoc.* 2015;146:610-622. [Toàn văn](#) [Tóm lược](#)
56. Feller L, Altini M, Chandran R, et al. Noma (cancrum oris) in the South African context. *J Oral Pathol Med.* 2014;43:1-6. [Tóm lược](#)

Hình ảnh



Hình 1: Viêm lợi do mảng bám

Nguồn: Giuseppina Campisi, DDS, MS và Giuseppe Pizzo, DDS



Hình 2: Viêm lợi dạng loét gây hoại tử

Nguồn: Giuseppina Campisi, DDS, MS và Giuseppe Pizzo, DDS



Hình 3: Bệnh lichen phẳng ở miệng (nhiều tổn thương dạng mảng bám trên niêm mạc lợi)

Nguồn: Giuseppina Campisi, DDS, MS và Giuseppe Pizzo, DDS



Hình 4: Viêm lợi bong vảy do bệnh lichen phẳng ở miệng

Nguồn: Giuseppina Campisi, DDS, MS và Giuseppe Pizzo, DDS



Hình 5: Viêm lợi bong vảy do bệnh pemphigus niêm mạc.

Nguồn: Giuseppina Campisi, DDS, MS và Giuseppe Pizzo, DDS



Hình 6: Bệnh pemphigus thể thường (tổn thương lợi)

Nguồn: Giuseppina Campisi, DDS, MS và Giuseppe Pizzo, DDS



Hình 7: Lupus ban đỏ mạn tính trên da (tổn thương lợi)

Nguồn: Giuseppina Campisi, DDS, MS và Giuseppe Pizzo, DDS



Hình 8: Lợi phì đại do dùng thuốc nifedipine Cũng có thể gây sâu răng cửa hàm trên

Nguồn: Giuseppina Campisi, DDS, MS và Giuseppe Pizzo, DDS



Hình 9: Lợi phì đại do dùng thuốc ciclosporin

Nguồn: Giuseppina Campisi, DDS, MS và Giuseppe Pizzo, DDS



Hình 10: Viêm lợi-miệng do herpes nguyên phát (tổn thương lợi)

Nguồn: Giuseppina Campisi, DDS, MS và Giuseppe Pizzo, DDS



Hình 11: Lợi phản ứng dị ứng với son môi

Nguồn: Giuseppina Campisi, DDS, MS và Giuseppe Pizzo, DDS



Hình 12: Lưỡi phì đại, chấm xuất huyết và chảy máu ở bệnh bạch cầu cấp dạng tủy

Nguồn: Giuseppina Campisi, DDS, MS và Giuseppe Pizzo, DDS



Hình 13: Ung thư biểu mô lợi nguyên phát - ung thư biểu mô tế bào vảy

Nguồn: Giuseppina Campisi, DDS, MS và Giuseppe Pizzo, DDS



Hình 14: Ung thư biểu mô lợi nguyên phát

Nguồn: Giuseppina Campisi, DDS, MS và Giuseppe Pizzo, DDS



Hình 15: Hồng ban đa dạng. Tổn thương lợi dạng bệnh lichen phẳng ở miệng gây trợt

Nguồn: Giuseppina Campisi, DDS, MS và Giuseppe Pizzo, DDS

Tuyên bố miễn trách nhiệm

bên ngoài Hoa Kỳ và Canada. BMJ Publishing Group Ltd ("BMJ Group") nỗ lực để đảm bảo rằng các thông tin được cung cấp là chính xác và cập nhật, nhưng chúng tôi và cả những người cấp giấy phép của chúng tôi, là những người cung cấp các nội dung nhất định có liên kết với nội dung của chúng tôi hoặc có thể truy cập được từ nội dung của chúng tôi, đều không đảm bảo điều đó. BMJ Group không ủng hộ hay xác nhận việc sử dụng bất kỳ loại thuốc hay trị liệu nào trong đó và BMJ Group cũng không thực hiện chẩn đoán cho các bệnh nhân. Các chuyên gia y tế cần sử dụng những cân nhắc chuyên môn của mình trong việc sử dụng thông tin này và chăm sóc cho bệnh nhân của họ và thông tin trong này không được coi là sự thay thế cho việc đó.

các phương pháp chẩn đoán, điều trị, liên lạc theo dõi, thuốc và bất kỳ chống chỉ định hay phản ứng phụ nào. Ngoài ra, các tiêu chuẩn và thực hành y khoa đó thay đổi khi có thêm số liệu, và quý vị nên tham khảo nhiều nguồn khác nhau. Chúng tôi đặc biệt khuyến nghị người dùng nên xác minh độc lập các chẩn đoán, điều trị và theo dõi liên lạc được đưa ra, đồng thời đảm bảo rằng thông tin đó là phù hợp cho bệnh nhân trong khu vực của quý vị. Ngoài ra, liên quan đến thuốc kê toa, chúng tôi khuyên quý vị nên kiểm tra trang thông tin sản phẩm kèm theo mỗi loại thuốc để xác minh các điều kiện sử dụng và xác định bất kỳ thay đổi nào về liều dùng hay chống chỉ định, đặc biệt là nếu được chất được cho sử dụng là loại mới, ít được sử dụng, hay có khoảng trị liệu hẹp. Quý vị phải luôn luôn kiểm tra rằng các loại thuốc được dẫn chiếu có giấy phép để sử dụng cho mục đích được nêu và trên cơ sở được cung cấp trong tình trạng "hiện có" như được nêu, và trong phạm vi đầy đủ được pháp luật cho phép BMJ Group và những người cấp giấy phép của mình không chịu bất kỳ trách nhiệm nào cho bất kỳ khía cạnh chăm sóc sức khỏe nào được cung cấp với sự hỗ trợ của thông tin này hay việc sử dụng nào khác của thông tin này.

Xem đầy đủ [Các Điều khoản và Điều kiện Sử dụng Trang Web](#).

Liên hệ với chúng tôi

+ 44 (0) 207 111 1105

support@bmj.com

BMJ

BMA House

Tavistock Square

London

WC1H 9JR

UK

BMJ Best Practice

Những người có đóng góp:

// Các tác giả:

Giuseppina Campisi, DDS, MS

Professor of Oral Medicine and Medical Technologies

Department of Surgical, Oncological and Oral Sciences, School of Dentistry, University of Palermo, Palermo, Italy

CÔNG KHAI THÔNG TIN: GC declares that she has no competing interests.

Giuseppe Pizzo, DDS

Associate Professor of Periodontology and Dental Public Health

Department of Surgical, Oncological and Oral Sciences, School of Dentistry, University of Palermo, Palermo, Italy

CÔNG KHAI THÔNG TIN: GP declares that he has no competing interests.

// Lời cảm ơn:

Dr Giuseppina Campisi and Dr Giuseppe Pizzo would like to gratefully acknowledge Dr Bruce L. Pihlstrom and Dr Alice E. Curran, previous contributors to this monograph. BLP and AEC declare that they have no competing interests.

// Những Người Bình duyệt:

Gary Armitage, MD

Professor

Division of Periodontology, University of California, San Francisco, CA

CÔNG KHAI THÔNG TIN: GA declares that he has no competing interests.

Lynn Solomon, MD

Assistant Professor

Tufts University, Boston, MA

CÔNG KHAI THÔNG TIN: LS declares that she has no competing interests.

Donald J. DeNucci, DDS, MS

Program Director

Practice Based Research Networks, National Institute of Dental and Craniofacial Research, NIH, Bethesda, MD

CÔNG KHAI THÔNG TIN: DJD declares that he has no competing interests.

Stephen Porter, BSc, PhD, MD, FDSRCS, FDSRCSEd, FHEA

Institute Director

Professor of Oral Medicine, Academic Head, Oral Medicine and Special Needs Dentistry Unit, Honorary Consultant in Oral Medicine, UCLH NHS Foundation Trust, UCL Eastman Dental Institute, London, UK

CÔNG KHAI THÔNG TIN: SP declares that he has no competing interests.

Marco Carrozzo, MD, DSM

Professor of Oral Medicine

School of Dental Sciences, University of Newcastle Upon Tyne, UK

CÔNG KHAI THÔNG TIN: None declared