

thống kê với $p < 0,05$. Khả năng dương tính mạnh lan tỏa tăng 5,1 lần ở người bệnh UTBM vảy CTC so với những típ mô học khác (OR=5,1; 95%CI: 1,5-17,1). Trong khi đó, khả năng dương tính mạnh, lan tỏa tăng chỉ 0,2 lần ở người bệnh UTBM tuyến so với UTBM vảy và các típ khác (OR=0,2; 95%CI: 0,05-0,65). Kết quả nghiên cứu về sự bộc lộ p16 ở UTBM vảy của chúng tôi tương đồng với nghiên cứu của Dương Thanh Tú, tỷ lệ UTBM vảy không biểu hiện với là 1,4%, biểu hiện yếu, rải rác với p16 là 6,8%; dương tính mạnh, lan tỏa là 91,9% (2).

V. KẾT LUẬN

Trong 117 người bệnh ung thư biểu mô cổ tử cung có nhiễm HPV nguy cơ cao, 100% người bệnh dương tính với p16, chủ yếu dương tính mạnh, lan tỏa chiếm 88,9%; dương tính yếu, rải rác chiếm 11,1%. Típ UTBM vảy dương tính mạnh, lan tỏa với dấu ấn p16 chiếm tỷ lệ cao nhất (93,9%); Mức độ bộc lộ p16 dương tính yếu, rải rác, ở các típ UTBM tuyến chiếm tỷ lệ 25,0%. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Luận HT.** Nghiên cứu mô bệnh học và hóa mô miễn dịch ung thư biểu mô cổ tử cung theo phân loại của Tổ chức y tế thế giới năm 2014. Luận Văn Thạc Sĩ; Trường Đại Học Y Hà Nội; 2019
2. **Tú DT, TAT, Hân TTT.** Nghiên cứu biểu hiện p16 trong ung thư cổ tử cung. Tạp chí Y học Việt

- Nam. 2022;Số đặc biệt:117-23
3. **da Mata S, Ferreira J, Nicolás I, Esteves S, Esteves G, Lérias S, et al.** P16 and HPV genotype significance in HPV-associated cervical cancer—a large cohort of two tertiary referral centers. 2021;22(5):2294.
4. **Hohn AK, Brambs CE, Hiller GGR, May D, Schmoeckel E, Horn LC.** 2020 WHO Classification of Female Genital Tumors. Geburtshilfe und Frauenheilkunde. 2021;81(10): 1145-53
5. **Muller S, Flores-Staino C, Skyldberg B, Hellstrom AC, Johansson B, Hagmar B, et al.** Expression of p16INK4a and MIB-1 in relation to histopathology and HPV types in cervical adenocarcinoma. International journal of oncology. 2008;32(2):333-40
6. **Nicolas I, Saco A, Barnadas E, Marimon L, Rakislova N, Fuste P, et al.** Prognostic implications of genotyping and p16 immunostaining in HPV-positive tumors of the uterine cervix. Modern pathology: an official journal of the United States and Canadian Academy of Pathology, Inc. 2020;33(1):128-37
7. **Singh N, Gilks CB, Wong RW-C, McCluggage WG, Simon CJBAGPPo.** Interpretation of p16 immunohistochemistry in lower anogenital tract neoplasia. Guidance document: p16 IHC reporting in anogenital neoplasia version 1.0. The British Association of Gynaecological Pathologists. August 2018;19
8. **Sung H, Ferlay J, Siegel RL, Laversanne M, Soerjomataram I, Jemal A, Bray F.** Global Cancer Statistics 2020: GLOBOCAN Estimates of Incidence and Mortality Worldwide for 36 Cancers in 185 Countries. CA Cancer J Clin. 2021 May;71(3):209-249. doi: 10.3322/caac.21660. Epub 2021 Feb 4. PMID: 33538338

ÁP DỤNG SIÊU ÂM ĐỂ ĐỊNH VỊ BỘ DỤNG CỤ TRONG XẠ ÁP SÁT LIỀU CAO ĐIỀU TRỊ UNG THƯ CỔ TỬ CUNG

Nguyễn Văn Hải¹, Phạm Văn Hảo¹,
Tô Anh Dũng¹, Phạm Quang Đạo¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá lợi ích siêu âm để định vị bộ dụng cụ trong đặt áp sát liều cao. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả hồi cứu, 48 bệnh nhân được chẩn đoán ung thư cổ tử cung giai đoạn IB2 –IIIB được điều trị kết hợp hóa chất Cisplatin, xạ ngoài và xạ trị áp sát suất liều cao tại Bệnh viện K từ Tháng 5/2019 đến 12/2019. **Kết quả:** Đặc điểm nhóm nghiên cứu: tuổi trung bình là $49,9 \pm 9,2$; nhóm tuổi hay gặp nhất là 40-59 tuổi

chiếm tỉ lệ (64,6%). Tỷ lệ thùng buồng tử cung là 4,2% (2/48 BN). Có 14,6% (7/48BN) dụng cụ đặt lệch trục. Nguyên nhân phải chuyển siêu âm hay gặp nhất là không tìm thấy đường vào (khó đặt) 65,8% (25 lần làm thủ thuật), Tỷ lệ tử cung lệch trục là 18,4% (4 BN). Thống kê ở 34 BN đặt áp sát thường quy có tới 14 BN (chiếm 41,2%) không đủ nước tiểu trong bàng quang sau thủ thuật, 20 BN (58,8%) đủ nước tiểu trong bàng quang. Tai biến biến chứng không gặp bất kỳ ca nào nặng nề chỉ cần chăm sóc và dùng thuốc nội khoa là đủ. **Kết luận:** Siêu âm để định vị bộ dụng cụ giảm tỉ lệ tai biến trong đặt áp sát liều cao.

Từ khoá: ung thư cổ tử cung, xạ trị.

SUMMARY

APPLYING ULTRASOUND TO POSITION INSTRUMENTS IN HIGH DOSE RATE RADIATION FOR TREATMENT OF CERVICAL CANCER

¹Bệnh viện K

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Quang Đạo

Email: quangdao2610@gmail.com

Ngày nhận bài: 13.9.2024

Ngày phản biện khoa học: 21.10.2024

Ngày duyệt bài: 25.11.2024

Objectives: Evaluate the benefits of ultrasound for instrument positioning in high-dose brachytherapy. **Patients and methods:** Retrospective descriptive study, 48 patients diagnosed with cervical cancer stages IB2 -IIIB were treated with a combination of Cisplatin chemotherapy, external radiation and high-dose brachytherapy at K Hospital from May 2019 to December 2019. **Result:** Characteristics of the study group: Average age was 49.9 ± 9.2 ; The most common age group is 40-59 years old (64.6%). The rate of uterine perforation is 4.2% (2/48 patients). There were 14.6% (7/48 patients) of instruments placed off axis. The most common reason for ultrasound conversion is not finding the entrance (difficult to place) 65.8% (25 procedures), the rate of uterine misalignment is 18.4% (4 patients). Statistics from 34 patients who had routine brachytherapy showed that 14 patients (accounting for 41.2%) did not have enough urine in the bladder after the procedure, and 20 patients (58.8%) had enough urine in the bladder. There are no serious complications of complications, just care and internal medicine is enough. **Keywords:** Cervical cancer, radiotherapy

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư cổ tử cung (UTCTC) là loại ung thư thường gặp ở nữ giới, đứng thứ tư về cả tỷ lệ mắc và tỷ lệ tử vong ở nữ giới trên toàn thế giới; ở các nước kém phát triển, tỷ lệ mắc bệnh và tỷ lệ tử vong của bệnh xếp thứ hai và thứ ba, tương ứng¹. Trong điều trị ung thư cổ tử cung xạ áp sát giúp nâng liều tại vị trí cổ tử cung, eo cổ tử cung, thân tử cung và vùng cận kề vừa đạt mục đích đưa liều cao tại vị trí u, giảm liều tại bàng quang, trực tràng giúp kiểm soát vùng, giảm tỷ lệ tái phát tại chỗ. Việc đặt bộ dụng cụ áp sát vào đúng buồng tử cung từ lỗ cổ tử cung là một bước rất quan trọng trong xạ áp sát CTC, điều này thường thực hiện thường quy với kinh nghiệm chủ quan bác sĩ khi nào dụng cụ chạm đáy tử cung sẽ dừng lại và chỉ được kiểm tra đúng vị trí sau khi chụp CT mô phỏng. Nếu bộ dụng cụ đặt không đúng vị trí sẽ phải làm lại tử đầu gây đau đớn, mất thời gian và tốn kém trong quá trình điều trị. Ưu điểm của siêu âm là hình ảnh với thời gian thực giúp bác sĩ có thể đặt chính xác bộ dụng cụ ngay từ đầu hoặc giúp sửa ngay những lần đặt sai vị trí mà không cần phải chờ chụp xong CT mô phỏng, đỡ tốn kém và đau đớn cho bệnh nhân. Vì vậy chúng tôi thực hiện nghiên cứu "Áp dụng siêu âm để định vị bộ dụng cụ trong xạ áp sát liều cao" với mục tiêu: *Đánh giá lợi ích siêu âm để định vị bộ dụng cụ trong đặt áp sát liều cao.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Gồm 48 bệnh nhân được chẩn đoán UTCTC giai đoạn IB2 –IIIB được điều trị kết hợp hóa chất Cisplatin, xạ ngoài

và xạ trị áp sát suất liều cao tại bệnh viện K từ Tháng 5/2019 đến 12/2019.

Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân

- Có chẩn đoán mô bệnh học là UTCTC giai đoạn IB2 – IIIB theo phân loại TNM và FIGO.
- Các BN được điều trị lần đầu.
- Chỉ số toàn trạng từ 0-2 theo thang điểm ECOG

- Chức năng tuỷ xương còn tốt: các dòng tế bào máu ngoại vi trong giới hạn bình thường (bạch cầu hạt >2000/ml, tiểu cầu >100.000/ml, Hb > 9g/dl).

- Chức năng gan thận còn tốt: bilirubine toàn phần < giới hạn trên bình thường. SGOT, SGPT < 2,5 lần giới hạn trên bình thường. Urê huyết < 10,9 mmol/l. Creatinine < 1,5 lần giới hạn trên bình thường.

- Bệnh nhân không mắc các bệnh cấp và mãn tính trầm trọng có nguy cơ tử vong trong thời gian gần, không mắc bệnh ung thư nào khác ngoài bệnh UTCTC.

- Có hồ sơ bệnh án thông tin đầy đủ

Tiêu chuẩn loại trừ

- Bệnh nhân không hoàn thành phác đồ điều trị vì lí do sức khỏe hoặc lí do khác.

- Thể trạng chung yếu: chỉ số toàn trạng từ 3-4 theo thang điểm ECOG

- Bệnh nhân có bệnh sử xạ trị vùng chậu trước đó.

- Bệnh nhân đang nhiễm trùng vùng chậu, dấu hiệu bụng ngoại khoa.

- BN có tiền sử dị ứng thuốc an thần, thuốc giảm đau.

- Hồ sơ bệnh án bị thất lạc hoặc mất thông tin trên phần mềm lập kế hoạch xạ trị.

- Bệnh nhân mất thông tin sau điều trị.

2.2. Phương pháp nghiên cứu:

Thiết kế nghiên cứu: Mô tả hồi cứu; Lấy mẫu thuận tiện

2.3. Biến số và các chỉ số nghiên cứu

- Tuổi nghiên cứu
- Giai đoạn bệnh
- Tư thế tử cung khi đặt áp sát
- Tỷ lệ dụng cụ đặt áp sát theo thường quy
- + Số lần dụng cụ thủng buồng, lệch trục (xuyên thành tử cung).

+ Số ca khó phải chuyển siêu âm ngay từ đầu.

Nguyên nhân phải chuyển đặt áp sát dưới siêu âm

+ Khó đặt (Không thấy đường vào do hình thái u tại CTC, tư thế TC)

+ Bộ dụng cụ làm thủng buồng tử cung

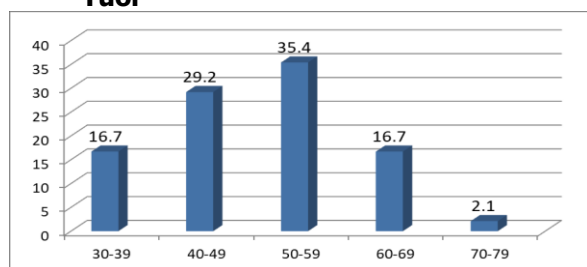
+ BN sau mổ cắt TC bán phần

- Mối liên quan giữa tư thế TC và nguyên nhân chuyển đặt áp sát dưới siêu âm.

- Thể tích bàng quang trong xạ áp sát
- Tai biến, biến chứng sau thủ thuật.
- + Chảy máu sau thủ thuật
- + Viêm đường tiết niệu
- + Đau bụng hạ vị
- + Bụng ngoại khoa

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

* Tuổi



Biểu đồ 3.1. Phân bố tuổi bệnh nhân trong nghiên cứu

Nhận xét: Tuổi trung bình là 50,9± 10,1; nhóm tuổi thường gặp từ 40 tới 59 tuổi chiếm tỉ lệ cao nhất 64,6%.

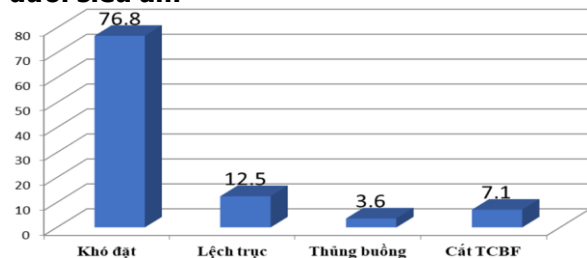
* Tỷ lệ bộ dụng cụ áp sát theo thường quy

Bảng 3.1. Tỷ lệ bộ dụng cụ áp sát theo thường quy

	Số BN	Tỷ lệ %	Số lần đặt áp sát	Tỷ lệ %
Chính xác	34	70,8	138	71,1
Lệch trục	7	14,6	7	3,6
Thủng buồng	2	4,2	2	1,0
Chuyển SA	5	10,4	47	24,3
Tổng	48	100	194	100

Nhận xét: Tiến hành đặt áp sát cho 48 BN với 194 lần làm thủ thuật (46 BN với 4 lần đặt áp sát, 2 BN đặt áp sát chính xác 5 lần) kết quả thống kê cho thấy 34 BN đặt chính xác chiếm 70,8% (138 lần làm thủ thuật), có 7 BN có lệch trục tadem chiếm 14,6% (7 lần thực hiện), 2 BN thủng buồng chiếm 4,2% (2 lần làm thủ thuật), 5 BN chuyển siêu âm ngay từ lần đầu do không tìm được đường vào buồng TC. Tổng số lần thủ thuật làm dưới siêu âm là 56 lần chiếm 28,9%.

* Nguyên nhân phải chuyển đặt áp sát dưới siêu âm

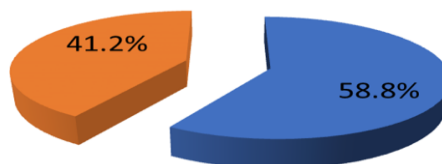


Biểu đồ 3.2. Phân bố nguyên nhân chuyển đặt áp sát dưới siêu âm

Nhận xét: Trong 56 lần đặt áp sát dưới siêu âm, nguyên nhân khó đặt là hay gặp nhất chiếm tỷ lệ 76,8% (43 lần làm thủ thuật), lệch trục tadem 12,5% (7 lần), BN có tiền sử cắt TC bán phần chiếm 7,1% (4 lần), thủng buồng tử cung có tỷ lệ ít nhất 3,6% (2 lần).

* Thể tích bàng quang

■ Đủ nước tiểu ■ Không đủ nước tiểu



Biểu đồ 3.3. Phân bố thể tích bàng quang

Nhận xét: Trong 34 BN đặt áp sát thường quy, có 20 BN (58,8%) đủ nước tiểu trong bàng quang (V bàng quang >150ml), 14 BN (chiếm 41,2%) không đủ nước tiểu trong bàng quang sau thủ thuật.

Bảng 3.2. Môi liên quan tư thế tử cung với nguyên nhân chuyển siêu âm

	Khó đặt	Thủng buồng	TC Cắt BF	Lệch trục	Tổng
Ngả trước	1 25%	1 50%	0 0%	7 71,4%	7 50%
Trung gian	0 0%	1 50%	1 100%	0 0%	1 14,3%
Ngả sau	3 75%	0 0%	0 0%	2 28,6%	5 35,7%
Tổng	4 100%	2 100%	1 100%	7 100%	14 100%

Nhận xét: Trong 14 BN chuyển đặt dưới siêu âm tư thế tử cung ngả trước có tỷ lệ gây lệch trục cao nhất 71,4% (7 BN), tư thế TC ngả sau hay gặp nguyên nhân khó đặt (không tìm thấy đường) vào là cao nhất 75%(3 BN) với p = 0,042. Tỷ lệ thủng buồng gặp 1 trường hợp duy nhất ở BN tư thế TC trung gian.

Bảng 3.3. Tai biến, biến chứng của thủ thuật

	Đau bụng hạ vị		Viêm tiết niệu		Chảy máu CTC	
	Có	Không	Có	Không	Có	Không
Thường quy	7	27	30	4	2	32
Siêu âm	2	12	13	1	1	13
Tổng	9	39	43	5	3	45

Nhận xét: Tỷ lệ viêm tiết niệu là biến chứng hay gặp nhất trong thủ thuật 43/48 BN. Đau bụng hạ vị sau thủ thuật đứng thứ 2 chiếm 11/48 BN, ít gặp hơn là chảy máu CTC sau thủ thuật phải nhét meche cầm máu là 2/46 BN. Không gặp bệnh nhân nào có biến chứng bụng ngoại khoa.

IV. BÀN LUẬN

Nguy cơ báo cáo thủng tử cung mà không có hướng dẫn siêu âm dao động từ 2-14% trong các nghiên cứu khác nhau. Mặc dù hiểu rõ tầm quan trọng của việc đặt bộ dụng cụ áp sát chính xác vào trong buồng tử cung tuy nhiên tỷ lệ thủng buồng tử cung là khá thường gặp và khó phát hiện các dấu hiệu trên lâm sàng. Trong nghiên cứu của chúng tôi tỷ lệ thủng buồng tử cung là 4,2% (2/48 BN) tỷ lệ này là chấp nhận được so với các nghiên cứu đã công bố. Tuy nhiên chúng tôi nhận thấy có tới 14,6% (7/48BN) lệch trục tadem, nguyên nhân hay gặp ở những bệnh nhân có tư thế tử cung gập quá mức về phía trước hoặc phía sau (Trục thân TC hợp với cổ tử cung một góc <90). Ung thư CTC giai đoạn muộn tính chất xâm lấn phá hủy nhiều do đó khi đặt áp sát ở những BN có biến dạng cổ tử cung như; tạo hốc, thâm nhiễm kéo tut CTC, u còn tồn tại trong ống cổ là những nguyên nhân khách quan gây ra khó khăn cho việc đặt bộ dụng cụ áp vào buồng tử cung, đặc biệt với những BN đã có tiền sử phẫu thuật hay cắt tử cung bán phần (1/48 BN). Tác giả RK Spartacus ở Ấn Độ nghiên cứu về vai trò của siêu âm dẫn đường trong đặt áp sát cho bệnh nhân UTCTC thấy 62 BN có thể đặt áp sát thường quy chính xác, có 13 BN siêu âm dẫn đường là cần thiết để đưa bộ dụng cụ chính xác vào buồng tử cung do bệnh gây ra hoặc do u còn sót lại gây khó cho việc đặt bộ dụng cụ². Granai và cộng sự đã chứng minh nếu không sử dụng siêu âm tỷ lệ thủng buồng có tần suất thường gặp 10%³.

Trong nghiên cứu của chúng tôi với 56 lần thực hiện thủ thuật dưới hướng dẫn của siêu âm, nguyên nhân hay gặp là khó đặt tadem (không tìm thấy đường vào) chiếm tỷ lệ 76,8% (43 lần làm thủ thuật) do đó việc chuyển siêu âm là cần thiết để tránh các biến chứng thủng buồng, xuyên thành tử cung, tỷ lệ do lệch trục tadem chiếm 12,5% (7 lần) nhóm bệnh nhân này nguyên nhân thường do không xác định được hướng thân tử cung. Tỷ lệ thủng buồng tử cung 3,6 % (2 lần) là ít gặp nhất, BN có tiền sử cắt TC bán phần chiếm 7,1% (4 lần), việc chuyển siêu âm là cần thiết vì dù có dùng que thăm buồng tử cung để đánh giá độ dài của buồng TC nhưng khó xác định vì cảm giác chạm đáy tử cung như bình thường là không còn.

Trong nghiên cứu của chúng tôi thể tích bàng quang đủ nước tiểu được xác định trên siêu âm có 2 tiêu chuẩn, Một là có thể tích V > 150 ml, hai là đỉnh của bàng quang tối thiểu cũng phải vượt quá 2/3 thân tử cung trên siêu

âm ở lát cắt dọc. Qua thống kê ở 34 BN đặt áp sát thường quy thì có tới 14BN (chiếm 41,2%) không đủ nước tiểu trong bàng quang sau thủ thuật 20 BN (58,8%) đủ nước tiểu trong bàng quang. Tác giả Ma S, Zhang T và cộng sự đã tính được thể tích bàng quang tối ưu là 150 -200 ml đối với ung thư cổ tử cung trong xạ trị để phân bố liều tối ưu vào u và giúp giảm tỷ lệ thấp nhất của viêm ruột non, giảm biến chứng muộn viêm trực tràng, bàng quang⁴.

Nghiên cứu của chúng tôi tỷ lệ phải chuyển siêu âm là 29,1% (14 BN). Chúng tôi nhận thấy tư thế tử cung có mối liên quan chặt chẽ tới khó khăn của việc đặt đúng vị trí bộ dụng cụ áp sát trong buồng tử cung, phần lớn tỷ lệ tử cung lệch trục tadem có liên quan tới tư thế TC ngả trước chiếm 71,4%, đặc biệt là những ca gập góc quá về phía trước hoặc phía sau (p=0,042). BN có tư thế tử cung đổ sau, đặc biệt khi tư thế TC < 90 độ (Hyperretroflexion) có tỷ lệ cao chiếm 75% (3 BN) gây khó khăn cho đặt áp sát (không tìm thấy đường vào), những bệnh nhân có tư thế TC đổ sau thường chiếm tỷ lệ ít, tuy nhiên đây là một tư thế khó, gây ra cảm mất định hướng khi thăm buồng tử cung, nếu cố làm sẽ có tỷ lệ xuyên thành trước hoặc thủng buồng tử cung là rất cao. Tỷ lệ thủng buồng chúng tôi gặp 2 trường hợp ở BN tư thế TC trung gian và ngả trước.

V. KẾT LUẬN

- Tuổi trung bình là 49,9 ± 9,2; nhóm tuổi hay gặp nhất là 40-59 tuổi chiếm tỉ lệ (64,6%).
- Tỷ lệ thủng buồng tử cung là 4,2% (2/48 BN). Có 14,6% (7/48BN) dụng cụ đặt lệch trục.
- Nguyên nhân phải chuyển siêu âm hay gặp nhất là không tìm thấy đường vào (khó đặt) 65,8% (25 lần làm thủ thuật), Tỷ lệ tử cung lệch trục là 18,4% (4 BN).
- Thống kê ở 34 BN đặt áp sát thường quy có tới 14 BN (chiếm 41,2%) không đủ nước tiểu trong bàng quang sau thủ thuật, 20 BN (58,8%) đủ nước tiểu trong bàng quang.
- Tai biến biến chứng không gặp bất kỳ ca nào nặng nề chỉ cần chăm sóc và dùng thuốc nội khoa là đủ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Sung H, Ferlay J, Siegel RL, et al. Global Cancer Statistics 2020:** GLOBOCAN Estimates of Incidence and Mortality Worldwide for 36 Cancers in 185 Countries. *CA Cancer J Clin.* 2021;71(3):209-249. doi:10.3322/caac.21660
2. **Pamidimukkala, Bramhananda Rao, et al 2015,** "Routine use of ultrasound guided tandem placement in intracavitary brachytherapy for the treatment of cervical cancer – a South Indian institutional experience", *Journal of Contemporary*

- Brachytherapy, 7(5).
- Doherty F, Granai CO, Allee P, et al 1990**, "Ultrasound for diagnosing and preventing malplacement of intrauterine tandems", PubMed, Obstet Gynecol(75), tr. 110–113.
 - Zhang T, Ma S, et al 2019**, "Impact of bladder volume on treatment planning and clinical outcomes of radiotherapy for patients with cervical cancer", Cancer Management and Research (11), tr. 7171–7181
 - Yuen J, Davidson M, D'Souza D, et al 2008**, "Optimization of highdose- rate cervix brachytherapy applicator placement: the benefits of intraoperative ultrasound guidance", PubMed, Brachytherapy(7), tr. 248–253.

ĐẶC ĐIỂM NHẠY CẢM NGÀ RĂNG Ở BỆNH NHÂN TẠI KHOA RĂNG HÀM MẶT, BỆNH VIỆN ĐA KHOA HÀ ĐÔNG NĂM 2023 - 2024

Trịnh Thị Thái Hà¹, Nguyễn Trung Hiếu²,
Trần Thị Ngọc Anh², Đặng Nhất Yên², Bùi Thị Thu Hiền³

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm các răng nhạy cảm ngà ở bệnh nhân tại Khoa Răng Hàm Mặt - Bệnh viện Đa khoa Hà Đông năm 2023 - 2024. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 3351 răng ở 120 bệnh nhân tại khoa Răng Hàm Mặt, Bệnh viện Đa khoa Hà Đông, thu thập số liệu dựa trên phiếu khám lâm sàng. **Kết quả:** Tỷ lệ nhạy cảm ngà là 12,5%. Nhóm răng hàm nhỏ có tỷ lệ nhạy cảm ngà cao nhất (45,7%), sau đó là nhóm răng trước và nhóm răng hàm lớn với tỷ lệ lần lượt là 28,2% và 26,1%. Các răng có mòn cổ răng, mòn mặt nhai và co lợi có tỷ lệ nhạy cảm ngà là 55,5%, 33,5% và 49,4% theo thứ tự. Tỷ lệ nhạy cảm ngà tăng lên ở nhóm mòn cổ răng độ 1, độ 2, độ 3 lần lượt là 48,4%, 58,3% và 49,6%. Nhóm răng có mòn mặt nhai độ 1, độ 2, độ 3 có tỷ lệ nhạy cảm ngà theo thứ tự là 45,4%, 35,4% và 27,9%. Tỷ lệ nhạy cảm ngà ở nhóm co lợi 1 mm, 2 mm, 3 mm lần lượt là 50%, 52,9%, 38,5%. **Kết luận:** Răng hàm nhỏ là nhóm răng có tỷ lệ nhạy cảm ngà cao nhất. Mòn cổ răng là nguyên nhân thường xuyên gây nhạy cảm ngà. Mức độ tổn thương mòn men, lộ ngà có tỷ lệ nhạy cảm ngà cao hơn so với mòn ngà.

Từ khóa: nhạy cảm ngà, kích thích hơi.

SUMMARY

CHARACTERISTICS OF DENTIN HYPERSENSITIVITY IN PATIENTS AT DEPARTMENT OF ODONTOLOGY, HA DONG GENERAL HOSPITAL IN 2023 - 2024

Objective: Describe the characteristics of dentin hypersensitive teeth in patients at the Department of Dentistry - Ha Dong General Hospital in 2023 - 2024. **Research methodology:** Cross-sectional descriptive study on 3351 teeth in 120 patients at the Department

of Odontology, Ha Dong General Hospital, collecting data based on clinical examination forms. **Results:** The rate of dentin hypersensitivity was 12.5%. The premolars had the highest rate of dentin hypersensitivity (45.7%), followed by the anteriors and the molars with rates of 28.2% and 26.1%, respectively. Teeth with cervical wear, occlusal wear and gingival retraction had dentin sensitivity rates of 55.5%, 33.5% and 49.4%, respectively. The rate of dentin sensitivity increased in the groups with cervical erosion level 1, level 2, level 3, respectively, at 48.4%, 58.3% and 49.6%. The groups of teeth with occlusal abrasion of grade 1, grade 2, grade 3 had dentin hypersensitivity rates of 45.4%, 35.4% and 27.9% respectively. The dentin hypersensitivity rates in the gingival retraction groups of 1 mm, 2 mm, 3 mm were 50%, 52.9%, 38.5% respectively. **Conclusion:** Premolars were the group of teeth with the highest dentin hypersensitivity rate. Cervical erosion was a frequent cause of dentin hypersensitivity. The level of enamel wear and dentin exposure had a higher rate of dentin hypersensitivity than dentin wear. **Keywords:** dentin hypersensitivity, air stimulation.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Nhạy cảm ngà (NCN) là một tình trạng mạn tính thường gặp trong nha khoa và là một trong những thách thức đối với các nhà thực hành lâm sàng. Nhạy cảm ngà được định nghĩa là cơn đau nhói thoáng qua xuất hiện trên phần ngà bị lộ khi gặp các kích thích ngoại lai như: kích thích nhiệt, thổi hơi, cọ xát, thẩm thấu hay hoá học mà không do bệnh lý hoặc khiếm khuyết răng miệng nào khác và ở răng bình thường thì mức kích thích đó không đủ gây đau (ADHA, 2001).

Nhạy cảm ngà được báo cáo rằng ít nhất 10% dân số chung mắc phải tình trạng này, ảnh hưởng đến các hoạt động hàng ngày như ăn uống, nói chuyện, đánh răng¹. Tình trạng nhạy cảm ngà kéo dài hơn 6 tháng có thể trở thành một sự phiền toái, tác động đến cảm xúc và tâm lý của người bệnh².

Nguyên nhân chính gây ra tình trạng nhạy cảm ngà là do mòn răng, co lợi và một số yếu tố

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Đại học Y dược, Đại học Quốc gia

³Bệnh viện Trung ương Quân đội 108

Chịu trách nhiệm chính: Trịnh Thị Thái Hà

Email: thuhien0122@gmail.com

Ngày nhận bài: 13.9.2024

Ngày phản biện khoa học: 21.10.2024

Ngày duyệt bài: 25.11.2024