

mạn (22,7%), đột quỵ não (21,5%), di chứng TBMMN (18,2%).

2. Điều trị YHCT kết hợp YHHĐ chiếm tỉ lệ cao 92,5%. Điều trị YHHĐ, thuốc điều trị tăng huyết áp sử dụng nhiều nhất (79,4%), phương pháp không dùng thuốc được sử dụng nhiều nhất là siêu âm (71,6%). Các phương pháp YHCT thường được sử dụng: thuốc thang (83,6%) và xoa bóp bấm huyệt (92,7%), điện châm (78,8%). Kết quả điều trị có 92,6% bệnh nhân đỡ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **World Health Organization** (2022). Ageing and health, <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>
2. **Tổng cục Thống kê Quy Dân số Liên hợp quốc**. Người cao tuổi Việt Nam: phân tích từ điều tra biến động dân số và kế hoạch hóa gia đình năm 2021. Nhà xuất bản Thanh niên, Hà Nội. 2021, trang 8 - 9.
3. **Nguyễn Thị Hương Giang, Bùi Hồng Ngọc**. Thực trạng bệnh không lây nhiễm ở người cao tuổi và các yếu tố hành vi nguy cơ tại một số xã tỉnh Hà Nam năm 2018. Tạp chí Nghiên cứu Y học. 2021;144(8). doi:<https://doi.org/10.52852/tcncyh.v144i8.434>
4. **Bộ Y tế**. Bảng phân loại quốc tế lần thứ 10. <https://icd.kcb.vn/icd-10/icd10>
5. **Đỗ Thị Thi**. Nghiên Cứu Mô Hình Bệnh Tật Của Bệnh Nhân Điều Trị Nội Trú Tại Bệnh Viện Lão Khoa Trung Ương Năm 2014. Khóa luận tốt nghiệp Bác sĩ Y khoa. Trường Đại học Y Hà Nội; 2015.
6. **Phan Chung Thủy Lynh**. Mô hình bệnh tật người cao tuổi tại phòng khám bác sĩ gia đình bệnh viện Lê Văn Thịnh năm 2022. Tạp chí Y học Việt Nam. 2024;1(543). doi:<https://doi.org/10.51298/vmj.v534i1.8059>
7. **Bộ Y tế**. Quyết định số 7603/QĐ-BYT ngày 25/12/2018 về việc ban hành Bộ mã danh mục dùng chung trong quản lý khám bệnh, chữa bệnh và thanh toán BHYT (Phiên bản số 6). Published online 2018.
8. **Vũ Văn Hoàng**. Mô hình bệnh tật, nguồn lực và hoạt động khám chữa bệnh tại Bệnh viện Y học cổ truyền Hà Đông Hà Nội giai đoạn 2010 – 2014. Luận văn Bác sĩ chuyên khoa cấp II. Trường Đại học Y Hà Nội; 2016.
9. **Nguyễn Lê Quỳnh Giang, Nguyễn Quỳnh Anh, Lê Phan Khánh Huy**. Tăng huyết áp ở người cao tuổi: Nghiên cứu định tính về kiến thức và hành vi của người dân tại xã Đa Tốn, Gia Lâm, Hà Nội. Tạp chí Y học cộng đồng. 2024;65(2). doi:[10.52163/yhc.v65i2.955](https://doi.org/10.52163/yhc.v65i2.955)
10. **Dương Huy Hoàng, Mai Thị Đào, Nguyễn Thị Hoa, Nguyễn Tiến Hưng**. Tác dụng của điện châm, xoa bóp bấm huyệt kết hợp thủy châm Citicoline trên người bệnh đột quỵ do thiếu máu não sau giai đoạn cấp. Tạp chí Y Dược Thái Bình. 2024, 10 (3).

ĐỘ DÀY NƯỞU VÀ BỀ RỘNG NIÊM MẠC SỪNG HOÁ CÁC RĂNG TRƯỚC HÀM DƯỚI

Nguyễn Ngọc Phúc¹, Trần Thị Uyên Phương¹, Nguyễn Hữu Tuệ¹,
Nguyễn Đoàn Anh Thy¹, Trần Thị Tuyết Trinh¹,
Nguyễn Minh Trung¹, Trần Hùng Lâm¹

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Kiểu hình nướu và hình thái xương tạo thành kiểu hình nha chu. Trong đó kiểu hình nướu bao gồm độ dày nướu và bề rộng niêm mạc sừng hoá¹. Kiểu hình nướu là một yếu tố rất quan trọng, quyết định đến sự thành công của nhiều điều trị nha khoa như implant, nha chu, chỉnh nha, phục hình. Tuy nhiên, kiểu hình nướu có giá trị rất khác nhau giữa các chủng tộc, giữa các cá thể, hay thậm chí là giữa các răng. Vì vậy, tiền lượng điều trị cũng rất khác nhau giữa các cá thể. Đặc biệt là ở hàm dưới, nơi độ dày nướu thường được cho là mỏng hơn và bề rộng niêm mạc sừng hoá biến động nhiều hơn khi so sánh với hàm trên². Cho đến gần đây, hầu hết các nghiên cứu

về kiểu hình nha chu đều thực hiện trên người da trắng. Ngược lại, những khám phá về chỉ số này ở người châu Á và đặc biệt ở Việt Nam còn hạn chế. Các nghiên cứu này được thực hiện với máy CTGB, là phương tiện có chi phí cao, chưa được sử dụng thường quy trong khám và chẩn đoán. Với những lý do nêu trên và mong muốn tạo ra một bộ cơ sở dữ liệu về đặc điểm này của mô nha chu, nhằm giúp các nhà lâm sàng đưa ra chỉ định hợp lý nhất trong thực hành hàng ngày, chúng tôi thực hiện đề tài nghiên cứu này. Trong đó, chúng tôi sẽ đánh giá hai giá trị là độ dày nướu và bề rộng niêm mạc sừng hoá nhóm răng trước hàm dưới của người Việt Nam. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu được thực hiện tại khoa Răng Hàm Mặt trường Đại học Văn Lang. Thiết kế nghiên cứu cắt ngang mô tả. Nghiên cứu được thực hiện trên 65 người Việt Nam, có đủ răng từ R33-R43. Đối tượng loại trừ bao gồm những người có viêm nha chu, đang niềng răng, tụt nướu từ R33-R43, có phục hình từ R33-R43, từng có tiền sử phẫu thuật nha chu, sử dụng thuốc làm phì đại nướu, hút thuốc. Cỡ mẫu: 65 người. **Kết quả:** Kết quả đo kiểu hình nướu các răng trước hàm dưới như sau:

¹Trường Đại học Văn Lang

Chịu trách nhiệm chính: Trần Hùng Lâm

Email: lam.th@vlu.edu.vn

Ngày nhận bài: 11.3.2025

Ngày phản biện khoa học: 16.4.2025

Ngày duyệt bài: 22.5.2025

- Tuổi và giới tính của đối tượng nghiên cứu
Tuổi ≤ 25 : 56 người (86.2%); Tuổi > 25 : 9 người (13.8%); Nữ 33 người (50.8%), Nam 32 người (49.2%). Tỷ lệ giới tính khác biệt không có ý nghĩa.
- Độ dày nướu các nhóm răng trước hàm dưới
Nướu mỏng: 81.5%; Nướu trung bình: 15.9%; Nướu dày: 2.6%; Nướu rất dày: 0%
- Bề rộng niêm mạc sừng hóa phân theo các đặc điểm:
+ Nhóm tuổi: Tuổi ≤ 25 : $3.80 \pm 1.04\text{mm}$; Tuổi > 25 : 3.89 ± 1.02 (2-7) mm
+ Giới tính: Nam: $3.81 \pm 0.96\text{mm}$, Nữ: $3.82 \pm 1.11\text{mm}$
+ Độ dày nướu: Bề rộng niêm mạc sừng hóa ở người có độ dày nướu dày là $3.00 \pm 0.82\text{mm}$ nhỏ hơn so với độ dày nướu mỏng là $3.83 \pm 1.05\text{mm}$ và độ dày nướu trung bình là $3.84 \pm 0.93\text{mm}$
• Bề rộng niêm mạc sừng hóa các nhóm răng trước hàm dưới. Các răng trước hàm dưới là $3.81 \pm 1.04\text{mm}$; Răng nanh $3.95 \pm 1.06\text{mm}$; Răng cửa bên $3.80 \pm 1.01\text{mm}$; Răng cửa giữa $3.69 \pm 1.03\text{mm}$, Không có sự khác biệt có ý nghĩa về bề rộng niêm mạc sừng hóa giữa các nhóm răng trước hàm dưới ($p = 0.140$). **Kết luận:** Những kết quả này cho thấy tầm quan trọng của kiểu hình nướu trong việc lập kế hoạch điều trị trong thực hành nha khoa hằng ngày. Cần có thêm các nghiên cứu đa dạng về kiểu hình nướu trên các nhóm dân số khác nhau để hiểu rõ hơn về kiểu hình nướu và sự khác biệt giữa các nhóm răng.

SUMMARY

GINGIVAL THICKNESS AND KERATINIZED TISSUE WIDTH OF ANTERIOR MAXILLARY TEETH

Introduction: "Periodontal phenotype" consists of gingival phenotype (gingival thickness and keratinized tissue width) and bone morphology (buccal plate thickness)¹. Gingival phenotype is closely related to periodontal health and success of various treatments. Evidence shows that periodontal phenotype differs from individuals with different nationalities, ethnicities and even between different oral sections³. This especially holds truth for the mandibular which often exhibits thinner and fluctuating keratinized tissue width in comparison to maxillary's. Until recently, the majority of available studies on the subject was performed on Caucasians. This in turn led to a gap in literature for Asian and Vietnamese populations, in particular. These studies used CBCT as their measuring tool which is a costly device and remains unconventional in clinical practice for diagnostic purpose. For the aforementioned reasons, in addition to the desire to contribute to the growing body of evidence for clinicians to base their decisions, we decided to conduct this study. The objective is to measure the gingival phenotype of Vietnamese's anterior maxillary teeth by measuring its two components: gingival thickness and keratinized tissue width. **Methods and Materials:** This is a descriptive cross – sectional study. The data is collected at two separate timepoints to determine gingival thickness and keratinized tissue width. The sample size is 65 Vietnamese people, with no missing teeth from #33 – 43. Those currently has periodontitis, orthodontic devices, gingival recession,

prosthodontic devices on teeth #33 - 43, a history of periodontal surgery, gingival swelling inducing drugs and smokers are excluded from the study. The data can only be collected after the participants gave their consent. **Results:** Participants' characteristics: Age ≤ 25 : 56 (86.2%); Age > 25 : 9 (13.8%); Females: 33 (50.8%); Males: 32 (49.2%)

Gingival thickness: Thin: 81.5%; Average: 15.9%; Thick: 2.6%; Very thick: 0%; Keratinized tissue width:

- According to age groups: ≤ 25 : $3.80 \pm 1.04\text{mm}$; > 25 : $3.89 \pm 1.02\text{mm}$

- According to genders: Males: $3.81 \pm 0.96\text{mm}$; Females: $3.82 \pm 1.11\text{mm}$

- According to gingival thickness: Thin: $3.83 \pm 1.05\text{mm}$; Average: 3.84 ± 0.93 ; Thick: $3.00 \pm 0.82\text{mm}$

- According to tooth groups:

- Anterior mandibular: $3.81 \pm 1.04\text{mm}$

- Central incisors: $3.69 \pm 1.03\text{mm}$

- Lateral incisors: $3.80 \pm 1.01\text{mm}$

- Canines: $3.95 \pm 1.06\text{mm}$

- P – value = 0.140

Conclusion: Our results showcase the need to consider gingival phenotype when planning treatments in daily practice, especially for those with thin gingival. More studies with larger and more diverse sample sizes are required to create a body of evidence to optimize patients' treatments.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Kiểu hình nướu và hình thái xương tạo thành kiểu hình nha chu. Trong đó kiểu hình nướu bao gồm độ dày nướu và bề rộng niêm mạc sừng hóa¹. Kiểu hình nướu là một yếu tố rất quan trọng, quyết định đến sự thành công của nhiều điều trị nha khoa như implant, nha chu, chỉnh nha, phục hình. Tuy nhiên, kiểu hình nướu có giá trị rất khác nhau giữa các chủng tộc, giữa các cá thể, hay thậm chí là giữa các răng. Vì vậy, tiên lượng điều trị cũng rất khác nhau giữa các cá thể. Đặc biệt là ở hàm dưới, nơi độ dày nướu thường được cho là mỏng hơn và bề rộng niêm mạc sừng hóa biến động nhiều hơn khi so sánh với hàm trên². Điều này dẫn đến những thách thức lớn hơn cho các nhà lâm sàng khi điều trị các răng hàm dưới.

Bằng chứng hiện có cho thấy những đối tượng có nướu mỏng và hẹp có xu hướng bị tụt nướu nhiều hơn so với những đối tượng có nướu dày và rộng³, tỷ lệ và mức độ tụt nướu ở vị trí nướu mỏng cao hơn vị trí có nướu dày³. Năm 2020, một bài phân tích gộp của Học viện Nha khoa Hoa Kỳ được tổng hợp từ 30 nghiên cứu về ảnh hưởng của kiểu hình nướu đến sức khỏe của mô nha chu đã được công bố. Người ta thấy rằng, kiểu hình nha chu khác nhau giữa các quốc gia, các cá thể và từng vùng trong khoang miệng của mỗi cá thể. Người Châu Á có kiểu hình nướu mỏng hơn so với người da trắng³.

Cho đến gần đây, hầu hết các nghiên cứu về

kiểu hình nha chu đều thực hiện trên người da trắng. Ngược lại, những khám phá về chỉ số này ở người châu Á và đặc biệt ở Việt Nam còn hạn chế. Các nghiên cứu này được thực hiện với máy CTCB, là phương tiện có chi phí cao, chưa được sử dụng thường quy trong khám và chẩn đoán. Với những lý do nêu trên và mong muốn tạo ra một bộ cơ sở dữ liệu về đặc điểm này của mô nha chu, nhằm giúp các nhà lâm sàng đưa ra chỉ định hợp lý nhất trong thực hành hàng ngày, chúng tôi thực hiện đề tài nghiên cứu này. Trong đó, chúng tôi sẽ đánh giá hai giá trị là độ dày nướu và bề rộng niêm mạc sừng hoá nhóm răng trước hàm dưới của người Việt Nam.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu đã được hội đồng đạo đức Trường Đại học Văn Lang thông qua, theo số 17/2024/HĐĐĐ-IRB-VN01.078. Thiết kế nghiên cứu cắt ngang mô tả, trong đó dữ liệu thu thập tại một thời điểm cụ thể, để xác định độ dày nướu và bề rộng niêm mạc sừng hóa. Nghiên cứu được thực hiện trên 65 người Việt Nam, có đủ răng từ R33-R43. Đối tượng loại trừ bao gồm những người có viêm nha chu, đang niềng răng, tụt nướu từ R33-R43, có phục hình từ R33-R43, từng có tiền sử phẫu thuật nha chu, sử dụng thuốc làm phì đại nướu, hút thuốc. Sau khi người tham gia nghiên cứu được giải thích đầy đủ, nếu họ đồng ý thì các dữ liệu được thu thập bao gồm tuổi, giới tính, độ dày nướu, bề rộng niêm mạc sừng hóa.

Chúng tôi sử dụng phương pháp ánh màu cây thăm dò để đo độ dày nướu. Đây là phương pháp đánh giá độ dày nướu dựa trên khả năng hiển thị của các đầu thăm dò có màu khác nhau. Với phương pháp này chúng tôi sử dụng bộ ba cây thăm dò có ba màu trắng, xanh lá, xanh lam để đưa vào khe nướu, sau đó dựa vào màu sắc ánh lên trên nướu để xác định độ dày nướu là mỏng, trung bình, dày hay rất dày. Mỗi cây thăm dò được cùng một người sử dụng để đảm bảo cùng một lực tác dụng và đưa ra hiệu chuẩn duy nhất. Đặt đầu cây thăm dò vào khe nướu ở giữa mặt ngoài răng R33, R32, R31, R41, R42, R43 với một lực khoảng 0,2N, sau đó quan sát màu sắc ánh lên nướu để xác định độ dày nướu⁴. Người đánh giá được huấn luyện lực đo khi thăm dò bằng cách đặt cây thăm dò trên móng tay với lực vừa đủ cho đến khi thấy móng tay trở nên trắng.

Sử dụng cây thăm dò màu trắng, đưa đầu cây thăm dò vào rãnh nướu. Nếu nhìn thấy màu trắng hiển thị trên nướu thì chúng ta xác định đó là độ dày nướu mỏng. Trường hợp không nhìn thấy màu trắng hiển thị trên nướu, sử dụng cây

thăm dò màu xanh lá theo cách tương tự. Nếu nhìn thấy màu xanh lá hiển thị trên nướu thì chúng ta xác định đó là độ dày nướu trung bình. Trường hợp không nhìn thấy màu xanh lá hiển thị trên nướu, sử dụng cây thăm dò màu xanh lam theo cách tương tự. Nếu nhìn thấy màu xanh lam hiển thị trên nướu thì chúng ta xác định đó là độ dày nướu dày. Trường hợp không nhìn thấy màu xanh lam hiển thị trên nướu thì chúng ta xác định đó là độ dày nướu rất dày.

Bề rộng niêm mạc sừng hóa được định nghĩa là khoảng cách từ bờ viền nướu đến đường tiếp nối nướu - niêm mạc. Đường tiếp nối nướu - niêm mạc được đo bằng phương pháp Rolling test (được thực hiện bằng cách đẩy niêm mạc nướu về phía thân răng bằng cây đo túi)⁵. Bề rộng niêm mạc sừng hóa bao gồm nướu rời và nướu dính và được đo bằng cây đo túi với độ chính xác 1mm. Dùng cây đo túi đo từ bờ viền nướu đến đường tiếp nối nướu - niêm mạc ở giữa mặt ngoài các răng R33, R32, R33, R41, R42, R43.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong nghiên cứu này, chúng tôi tiến hành nghiên cứu trên 65 đối tượng là sinh viên khoa Răng Hàm Mặt trường Đại học Văn Lang. Độ tuổi trung bình của người tham gia nghiên cứu là

21.7 ± 3.9 . Trong tổng 65 đối tượng, nhóm ≤ 25 tuổi là 56 người (86.2%) và > 25 tuổi là 9 người (13.8%), giới tính nữ 33 người (50.8%) và nam 32 người (49.2%). Tỷ lệ giới tính khác biệt không có ý nghĩa.

Bảng 1: Tuổi và giới tính của đối tượng nghiên cứu.

Đặc điểm	Số lượng (%) hoặc Trung bình $\pm$ SD
Tuổi	21.7 ± 3.9
≤ 25 tuổi	56 (86.2)
> 25 tuổi	9 (13.8)
Giới tính	
Nữ	33 (50.8)
Nam	32 (49.2)

Bảng 2: Độ dày nướu các nhóm răng trước hàm dưới

Răng	Mỏng Số lượng (%)	Trung bình Số lượng (%)	Dày Số lượng (%)	Rất dày Số lượng (%)
Tất cả răng (Răng trước hàm dưới)	318 (81.5)	62(15.9)	10(2.6)	0
Răng cửa giữa	108 (83.1)	19(14.6)	3(2.3)	0
Răng cửa	110 (84.6)	16(12.3)	4(3.1)	0

bên				
Răng nanh	100 (76.9)	27(20.8)	3(2.3)	0

Bảng 3: Bề rộng niêm mạc sừng hoá phân theo các đặc điểm

Tuổi	≤25 tuổi	>25 tuổi		P
	3.80 ± 1.04 (2-7)	3.89 ± 1.02 (2-7)		0.562
Giới tính	Nam	Nữ		P
	3.81 ± 0.96 (2-7)	3.82 ± 1.11 (2-7)		0.917
Độ dày nướu	Mỏng	Trung bình	Dày	P
	3.83 ^a ± 1.05 (2-7)	3.84 ^a ± 0.93 (2-7)	3.00 ^b ± 0.82 (2-7)	0.042

Bảng 4: Bề rộng niêm mạc sừng hoá các nhóm răng trước hàm trên

Răng	Trung bình ± SD	P
Nhóm răng trước hàm dưới	3.81 ± 1.04	
Răng cửa giữa	3.69 ± 1.03	0.140
Răng cửa bên	3.80 ± 1.01	
Răng nanh	3.95 ± 1.06	

IV. BÀN LUẬN

Độ dày nướu. Nghiên cứu này, chúng tôi ghi nhận trong tổng số 390 vùng răng trước dưới thì độ dày nướu mỏng nhất ở vùng răng dưới cửa bên và dày ở răng nanh lần lượt là 84,6% và 20,8%, không ghi nhận độ dày nướu rất dày, kết quả trên phù hợp với các nghiên cứu liên quan. Trong nghiên cứu của Lee, kết quả độ dày nướu mỏng/dày nằm ở cả hai răng cửa bên và răng nanh hàm dưới tỷ lệ lần lượt tương tự nhau là 95% và 5%. So với hàm trên thì mỏng nhất được ghi nhận ở răng nanh là 78,8% và dày ở răng cửa giữa với 56,2%⁶. Khi chúng tôi tiến hành so sánh kết quả, có sự chênh lệch giữa các nhóm răng nhưng không có ý nghĩa thống kê. Mặt khác, cỡ mẫu nghiên cứu có sự khác biệt với nghiên cứu chúng tôi, đó có thể dẫn đến sự chênh lệch về kết quả nhưng vẫn đảm bảo tính chính xác của số liệu.

Nghiên cứu này, chúng tôi nhận thấy được sự khác biệt về độ dày nướu vùng răng trước dưới khi so sánh với vùng răng trước hàm trên qua các nghiên cứu liên quan. Nghiên cứu của Shao và cộng sự⁷ cho thấy độ dày nướu răng trung bình là 1,21 ± 0,27 mm ở răng trước hàm trên và 0,85 ± 0,24 mm ở răng trước hàm trên (p < 0,005).

Bề rộng niêm mạc sừng hoá. Trong nghiên cứu của chúng tôi, bề rộng niêm mạc sừng hoá trung bình của các răng trước hàm dưới là 3.81 ± 1.04mm. Kết quả của chúng tôi cũng tương đồng với nghiên cứu của Lee, bề rộng niêm mạc sừng hoá trung bình của các

răng trước hàm dưới thấp hơn so với hàm trên, kết quả lần lượt là 4.09 ± 1.05mm và 5.10 ± 1.41mm⁶. Trong nghiên cứu của Shao, bề rộng niêm mạc sừng hoá của răng trước hàm dưới là 4.79 ± 1.19mm cũng thấp hơn so với răng trước hàm trên 5.95 ± 1.41mm⁷.

Xét theo nhóm tuổi, bề rộng niêm mạc sừng hoá trung bình của các răng trước hàm dưới của nhóm ≤25 tuổi là 3.80 ± 1.04mm và nhóm >25 tuổi là 3.89 ± 1.02mm. Và không có sự khác biệt giữa 2 nhóm này về bề rộng niêm mạc sừng hoá với p = 0.562. Trong một nghiên cứu của Rijal và cộng sự, những người tham gia được phân loại thành ba nhóm tuổi và bề rộng niêm mạc sừng hoá đã được đo và so sánh giữa các nhóm này. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê trung bình giữa ba nhóm tuổi đã được ghi nhận (giá trị p < 0,001). Bề rộng niêm mạc sừng hoá trung bình ở mỗi nhóm là 2,70 ± 0,38mm ở nhóm 16–24 tuổi, 3,03 ± 0,44mm ở nhóm 25–39 tuổi và 3,14 ± 0,29mm ở nhóm >40 tuổi. Có sự gia tăng đáng kể về bề rộng niêm mạc sừng hoá ở nhóm tuổi >40 so với các nhóm tuổi khác². Sự khác biệt này là do khác nhau về chủng tộc, số lượng mẫu nghiên cứu và phương pháp nghiên cứu.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, bề rộng niêm mạc sừng hoá của nhóm răng trước hàm dưới trung bình ở nam là 3.81 ± 0.96mm và ở nữ là 3.82 ± 1.11mm. Giá trị này ở cả hai nhóm không có khác biệt có ý nghĩa với p = 0.917. Trong nghiên cứu của Rijal và cộng sự đã được tiến hành trên 120 đối tượng đến khám tại khoa nha chu, phân loại thành ba nhóm tuổi với sự phân bố giới tính đồng đều ở mỗi nhóm. Kết quả đã cho thấy bề rộng niêm mạc sừng hoá trung bình ở nam (2.91 mm) và nữ (3.00mm) gần như nhau². Tương đồng với nghiên cứu của chúng tôi, bề rộng niêm mạc sừng hoá trung bình ở nam và nữ là tương đương.

Khi khảo sát mối liên quan giữa bề rộng niêm mạc sừng hoá phân theo độ dày nướu, chúng tôi thấy rằng có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa các nhóm có độ dày nướu khác nhau với p = 0.042. Cụ thể bề rộng niêm mạc sừng hoá trung bình của nhóm có độ dày nướu mỏng, trung bình và dày lần lượt là 3.83 ± 1.05mm, 3.84 ± 0.93mm và 3.00 ± 0.82mm. Trong nghiên cứu của Lee, bề rộng niêm mạc sừng hoá của nhóm có độ dày nướu mỏng là 4.04 ± 1.06mm (355/384 đối tượng), nhóm có độ dày nướu dày là 5.52 ± 1.50mm (29/384 đối tượng), khác biệt so với nghiên cứu của chúng tôi là bề rộng niêm mạc sừng hoá của nhóm có độ dày nướu mỏng thấp hơn so với nhóm có độ dày nướu dày. Có lẽ việc sử dụng phương pháp

đo (sử dụng loại đầu dò khác) và phân độ dày nướu thành 2 nhóm nên dẫn đến sự khác biệt trong kết quả này. Tuy nhiên, nghiên cứu của Lee cũng chỉ ra rằng có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về bề rộng niêm mạc sừng hoá giữa các nhóm có độ dày nướu khác nhau với $p < 0.0001^6$.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu cho thấy có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa bề rộng niêm mạc sừng hoá theo độ dày nướu. Chúng tôi chưa tìm thấy mối liên quan có ý nghĩa giữa bề rộng niêm mạc sừng hoá và các yếu tố: tuổi, giới tính, các nhóm răng trước hàm dưới.

Những kết quả này đóng góp vào dữ liệu về kiểu hình nướu các răng trước hàm dưới, giúp các bác sĩ lâm sàng xem xét tất cả các yếu tố liên quan khi lập kế hoạch điều trị nha khoa.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Jepsen, S. et al.** Periodontal manifestations of systemic diseases and developmental and acquired conditions: Consensus report of workgroup 3 of the 2017 World Workshop on the Classification of Periodontal and Peri-Implant

Diseases and Conditions. J. Periodontol. 89 Suppl 1, S237–S248 (2018).

2. **Rijal, A. H., Dhimi, B., Khapung, A. & Ghimire, P.** Evaluation of Width and Thickness of the Attached Gingiva and Its Association with Age, Gender, and Arch Location in the Nepalese Population. Sci. World J. 2023, 8877273 (2023).
3. **Kim, D. M., Bassir, S. H. & Nguyen, T. T.** Effect of gingival phenotype on the maintenance of periodontal health: An American Academy of Periodontology best evidence review. J. Periodontol. 91, 311–338 (2020).
4. **Bertl, K. et al.** Are colored periodontal probes reliable to classify the gingival phenotype in terms of gingival thickness? J. Periodontol. 93, 412–422 (2022).
5. **Guglielmoni, P., Promsudthi, A., Tatakis, D. N. & Trombelli, L.** Intra- and inter-examiner reproducibility in keratinized tissue width assessment with 3 methods for mucogingival junction determination. J. Periodontol. 72, 134–139 (2001).
6. **Lee, W. Z., Ong, M. M. A. & Yeo, A. B.-K.** Gingival profiles in a select Asian cohort: A pilot study. J. Investig. Clin. Dent. 9, (2018).
7. **Shao, Y. et al.** Assessment of Periodontal Biotype in a Young Chinese Population using Different Measurement Methods. Sci. Rep. 8, 11212 (2018).

PHÂN TÍCH MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN ĐẾN KIẾN THỨC, THÁI ĐỘ, HÀNH VI VỀ TẬT KHÚC XẠ CỦA CHA, MẸ TRẺ EM CÓ TẬT KHÚC XẠ

Nguyễn Thanh Vân¹, Phạm Chu Long Gia¹, Vương Minh Chi²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Phân tích một số yếu tố liên quan đến kiến thức, thái độ và hành vi của cha mẹ trẻ em có tật khúc xạ. **Phương pháp nghiên cứu:** Mô tả cắt ngang, 336 cha mẹ trẻ bị TKX. **Kết quả:** Kiến thức về TKX tốt hơn ở nhóm cha mẹ <40 tuổi, ở thành thị, trình độ học vấn trên THPT, tiền sử GĐ mắc TKX và nguồn thông tin về TKX qua Internet ($p < 0.05$). Thái độ về TKX tốt hơn ở nhóm cha mẹ có TĐHV > THPT, đi khám mắt cho trẻ từ lần thứ 2 trở đi và có tiền sử GĐ mắc TKX ($p < 0.05$). Hành vi phòng chống TKX tốt hơn ở nhóm cha mẹ ở thành thị, TĐHV trên THPT, có tiền sử GĐ mắc TKX, đưa trẻ đi khám mắt từ lần thứ 2 trở đi và nguồn thông tin về TKX qua Internet ($p < 0.05$). Kiến thức, thái độ, hành vi của cha mẹ có mối tương quan thuận ($r > 0$). Nhóm cha mẹ có mức kiến thức tốt thì khả năng có mức thái độ tốt cao gấp 4,583 lần, khả năng có mức hành vi tốt cao gấp 2,171

lần so với nhóm cha mẹ có mức kiến thức chưa tốt. **Kết luận:** Kiến thức, Thái độ và Hành vi về TKX của cha mẹ trẻ có liên quan chặt chẽ với tuổi, trình độ học vấn và tiền sử gia đình mắc TKX. Thái độ và Hành vi về TKX của cha mẹ trẻ tốt hơn khi đưa con đi khám lần thứ 2 trở đi. Hành vi về TKX của cha mẹ trẻ còn liên quan với khu vực sinh sống ở thành thị. Nhóm cha mẹ có mức kiến thức tốt thì khả năng có mức thái độ và mức hành vi tốt cao hơn nhóm cha mẹ có mức kiến thức chưa tốt. **Từ khóa:** tật khúc xạ, kiến thức, thái độ, hành vi, cha mẹ trẻ.

SUMMARY

ANALYZE A NUMBER OF FACTORS RELATED TO THE KNOWLEDGE, ATTITUDES AND BEHAVIORS OF PARENTS OF CHILDREN WITH REFRACTIVE ERRORS

Objective: Analyze a number of factors related to the knowledge, attitudes and behaviors of parents of children with refractive errors. Research method: Cross-sectional description 336 parents of children with refractive errors. Results: Knowledge about refractive errors was better in the group of parents <40 years old, in urban areas, with education level above high school, family history of refractive errors and information sources about refractive errors via the Internet ($p < 0.05$). Attitudes about refractive errors

¹Trường Đại học Y Dược, Đại học quốc gia Hà Nội

²Bệnh viện Mắt Trung ương

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thanh Vân

Email: vannguyenop@gmail.com

Ngày nhận bài: 10.3.2025

Ngày phản biện khoa học: 16.4.2025

Ngày duyệt bài: 23.5.2025