

sàng có thêm công cụ không xâm lấn để đánh giá nguy cơ giãn lớn TMTQ, từ đó đưa ra quyết định chỉ định nội soi một cách hiệu quả hơn.

V. KẾT LUẬN

Độ đàn hồi mô gan, mô lách trong nhóm nghiên cứu là $23,75 \pm 9,43\text{kPa}$ và $32,74 \pm 9,71\text{kPa}$. Nghiên cứu cũng cho thấy mối tương quan chặt chẽ giữa độ đàn hồi mô gan, mô lách với mức độ giãn tĩnh mạch thực quản trên bệnh nhân tăng áp lực tĩnh mạch cửa. Cụ thể, độ đàn hồi mô gan là yếu tố dự đoán độc lập và tin cậy nhất trong việc đánh giá mức độ giãn lớn TMTQ. Nghiên cứu đã xác định được giá trị điểm cắt tối ưu của chỉ số đàn hồi gan ($19,6\text{kPa}$) và lách ($35,2\text{kPa}$) có khả năng dự đoán bệnh nhân có giãn lớn TMTQ (độ 2, độ 3). Với độ nhạy và độ đặc hiệu cao, siêu âm đàn hồi gan và lách có thể được xem xét như một công cụ sàng lọc không xâm lấn, giúp phân tầng nguy cơ và xác định những bệnh nhân có khả năng thấp GTMTQ lớn. Việc sử dụng chỉ số này trong thực hành lâm sàng có thể hỗ trợ bác sĩ lâm sàng trong việc đưa ra quyết định chỉ định nội soi một cách hợp lý hơn, từ đó giảm gánh nặng chi phí và nâng cao chất lượng chăm sóc người bệnh, đồng thời vẫn đảm bảo không bỏ sót các trường hợp cần can thiệp dự phòng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Maruyama, H., Tobari, M., Nagamatsu, H., Shiina, S., & Yamaguchi, T. Contrast-enhanced ultrasonography for the management of portal

- hypertension in cirrhosis. *Front Med (Lausanne)*, 2022, 9, 1057045.
2. Kulkarni, A.V., Rabiee, A., & Mohanty, A. Management of Portal Hypertension. *J Clin Exp Hepatol*, 2022, 12(4), 1184-1199.
3. Nguyễn Công Long và cộng sự. Đánh giá độ xơ hóa gan bằng kỹ thuật real time elastography ở bệnh nhân viêm gan virus B mạn tính. *Tạp chí Y Học Việt Nam*, 2022, 2, 87-89.
4. Yoo, H.W., Kim, S.G., & Jang, J. Two-dimensional shear wave elastography for assessing liver fibrosis in patients with chronic liver disease: a prospective cohort study. *Korean J Intern Med*, 2022, 37(2), 285-293.
5. Ma, X., Wang, L., Wu, H., & Feng, H. Spleen Stiffness Is Superior to Liver Stiffness for Predicting Esophageal Varices in Chronic Liver Disease: A Meta-Analysis. *PLoS One*, 2016, 11(11), e0165786.
6. Binzberger, A., & Hänle, M. Spleen and Liver Stiffness Evaluation by ARFI Imaging: A Reliable Tool for a Short-Term Monitoring of Portal Hypertension? *International Journal of Hepatology*, 2022,(1), 7384144.
7. Dương Quốc Phong. Giải giá trị của kỹ thuật elastpqr trong dự đoán giãn lớn tĩnh mạch thực quản ở bệnh nhân xơ gan. *Đại học Y dược Thành phố Hồ Chí Minh*, 2020.
8. Trần Phạm Chí. Nghiên cứu hiệu quả thất giãn tĩnh mạch thực quản kết hợp propranolol trong dự phòng xuất huyết tái phát và tác động lên bệnh dạ dày tăng áp của xơ gan. *Trường Đại học Y Dược Huế*, 2014. 62.
9. Vũ, Hà, & Quyết, Ngô Thị Thanh. Khảo sát mối tương quan giữa lách to (trên siêu âm) và mức độ giãn tĩnh mạch thực quản ở bệnh nhân xơ gan. *Tạp chí Y Học Cộng đồng*, 2024, 65(CĐ10), Bệnh viện Thống Nhất.
10. De Franchis, R., & Bosch, J. Baveno VII—renewing consensus in portal hypertension. *Journal of hepatology*, 2022, 76(4), 959-974.

LỰC CẢN TỐI ĐA VÙNG RĂNG CỐI LỚN THỨ NHẤT Ở NGƯỜI TRƯỞNG THÀNH CÓ NGHIỆN RĂNG KHI NGỦ

Nguyễn Ngọc Hoàng Oanh¹, Nguyễn Hồ Quỳnh Anh¹, Trần Xuân Vĩnh¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: So sánh lực cản tối đa (LCTĐ) tại vùng răng cối lớn thứ nhất (RCL1) ở người trưởng thành có và không có nghiến răng khi ngủ (NRKN). **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu cắt ngang mô tả, thực hiện trên 20 người trưởng thành (10 có NRKN, 10 không NRKN), trong độ tuổi từ đủ 18 đến 45, khớp cắn Angle hạng I theo RCL1, đủ 28 răng. Chẩn đoán NRKN dựa tiêu chuẩn lâm sàng của Hiệp hội Y học Giấc ngủ

Hoa Kỳ - AASM (2013). LCTĐ đo bằng máy đo lực cắn BFM thể hệ F4, tại RCL1 hai bên, mỗi vị trí đo 3 lần, lấy giá trị cao nhất. Dữ liệu xử lý bằng GraphPad Prism v10, kiểm định t-test, $p < 0,05$. **Kết quả:** LCTĐ ở nhóm NRKN: nam $632,8 \pm 95,2$ N; nữ $553,4 \pm 83,7$ N. Nhóm không NRKN: nam $614,5 \pm 91,0$ N; nữ $536,1 \pm 80,5$ N. Khác biệt giữa nhóm có và không có NRKN không ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$). Nam luôn có LCTĐ cao hơn nữ, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). **Kết luận:** Người trưởng thành có NRKN có xu hướng LCTĐ ở vùng RCL1 cao hơn nhóm không có NRKN, nhưng khác biệt không có ý nghĩa thống kê. Giới tính là yếu tố ảnh hưởng rõ rệt đến LCTĐ.

Từ khóa: lực cản tối đa, nghiến răng khi ngủ, răng cối lớn thứ nhất, điện cơ bề mặt, EMG Logger.

SUMMARY

MAXIMUM BITE FORCE AT FIRST MOLARS

¹Đại học Y Dược TP.HCM

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Hồ Quỳnh Anh

Email: dr.nhqa156@ump.edu.vn

Ngày nhận bài: 23.7.2025

Ngày phản biện khoa học: 21.8.2025

Ngày duyệt bài: 29.9.2025

IN ADULTS WITH SLEEP BRUXISM

Objective: To compare maximum bite force (MBF) at first molars between adults with and without sleep bruxism (SB). **Methods:** Cross-sectional study of 20 adults (10 SB, 10 non-SB), aged 18–45, Angle Class I, 28 teeth (not counting third molars). SB was diagnosed by the AASM (2013) criteria. MBF measured at first molars with the BFM F4 device. GraphPad Prism v10.0 was used for statistical analysis. **Results:** SB group: males 632.8 ± 95.2 N; females 553.4 ± 83.7 N. Non-SB groups: males 614.5 ± 91.0 N; females 536.1 ± 80.5 N. Differences between the SB and non-SB groups were not statistically significant ($p > 0.05$). Males consistently exhibited higher MBF than females ($p < 0.05$). **Conclusions:** Adults with SB tended to exhibit higher MBF at first molars, particularly males; however, these differences were not statistically significant. Gender has a strong influence on MBF, while SB may play a secondary role.

Keywords: maximum bite force, sleep bruxism, first molar, surface electromyography, EMG Logger.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Nghiến răng (bruxism) là một hoạt động cận chức năng phổ biến của hệ thống nhai, được định nghĩa là những cử động lặp lại của cơ hàm đặc trưng bởi sự siết/cắn chặt răng và/hoặc giằng - đẩy hàm dưới. Theo Bản đồng thuận Quốc tế về đánh giá chứng nghiến răng năm 2013 (International Consensus on the Assessment of Bruxism), nghiến răng được chia thành hai dạng riêng biệt: nghiến răng khi thức (wake bruxism) và nghiến răng khi ngủ (sleep bruxism – NRKN).^{1,2} Trong đó, NRKN thường gặp hơn ở người trưởng thành với tỷ lệ dao động từ 8–15% trong cộng đồng và giảm dần ở người cao tuổi, chỉ còn khoảng 3%. NRKN không chỉ là một thói quen nhất thời mà được xem là yếu tố nguy cơ tiềm ẩn gây ra hàng loạt hậu quả bất lợi như mòn răng, gãy răng, đau và phì đại cơ nhai, rối loạn thái dương hàm, thậm chí thất bại của các phục hình răng và implant.¹

Theo phân loại mới nhất của Hiệp hội Y học Giấc ngủ Hoa Kỳ (American Academy of Sleep Medicine – AASM) trong bản sửa đổi Phân loại Rối loạn Giấc ngủ Quốc tế lần thứ ba (ICSD-3-TR), NRKN được mô tả là một hoạt động cơ nhai xảy ra trong khi ngủ, có thể theo kiểu nhịp (phasic) hoặc duy trì (tonic). Khái niệm này đánh dấu sự thay đổi quan trọng trong cách tiếp cận: từ việc coi NRKN là một bệnh lý, nay được nhìn nhận như một hiện tượng sinh lý có phổ biểu hiện rộng, chỉ cần can thiệp khi nó dẫn đến rối loạn chức năng hoặc gây tổn hại mô. Quan điểm này phù hợp với thực tiễn lâm sàng, khi không phải mọi người có NRKN đều có triệu chứng, nhưng ở những trường hợp nặng, hậu quả có thể nghiêm trọng.¹

Lực cắn tối đa (LCTĐ) là chỉ số phản ánh trực tiếp khả năng chịu lực của hệ thống nhai, đồng thời gián tiếp cho thấy sức mạnh cơ nhai và hiệu quả truyền tải lực qua các đơn vị răng – nha chu. Ở người trưởng thành khỏe mạnh, LCTĐ vùng răng cối có thể đạt từ 300 đến 600 N, thậm chí cao hơn ở nam giới. Nhiều yếu tố ảnh hưởng đến LCTĐ đã được ghi nhận, bao gồm: tuổi, giới tính, số răng còn lại, hình thái sọ mặt, tình trạng nha chu và khớp thái dương hàm. Trong đó, giới tính được chứng minh là yếu tố quyết định quan trọng, khi nam giới thường có lực cắn cao hơn nữ giới từ 20–30% do khối lượng cơ và mật độ xương lớn hơn.

Anh hưởng của NRKN lên LCTĐ vẫn còn nhiều tranh cãi. Một số nghiên cứu ghi nhận LCTĐ ở bệnh nhân NRKN cao hơn có ý nghĩa so với nhóm không có nghiến răng. Giả thiết rằng các cơ cơ lập lại trong quá trình nghiến răng đóng vai trò như một “bài tập luyện” ban đêm, làm cơ nhai khỏe hơn. Todić và cộng sự (2017) báo cáo rằng LCTĐ trung bình ở nhóm NRKN cao hơn đáng kể, đồng thời diện tích tiếp xúc cắn khớp cũng tăng. Ngược lại, Cosme (2001) và Levartovsky (2022) không tìm thấy sự khác biệt, thậm chí Helkimo và Ingervall (1978) cho rằng ở bệnh nhân nghiến răng, lực cắn chỉ tăng rõ rệt ở vùng răng cửa mà không thay đổi ở răng cối. Sự khác biệt này có thể do khác biệt về phương pháp đo, tiêu chuẩn chẩn đoán, hoặc đặc điểm dân số nghiên cứu, đặc biệt là mức độ mòn răng – yếu tố có thể ảnh hưởng mạnh đến diện tích tiếp xúc và phân bố lực.

Tại Việt Nam, các nghiên cứu về lực cắn chủ yếu tập trung ở đối tượng bình thường hoặc bệnh nhân phục hình răng, trong khi chưa có nhiều công trình đánh giá định lượng ở bệnh nhân NRKN, nhất là khi phân tích riêng theo từng vùng răng. Trong bối cảnh đó, việc xác định LCTĐ vùng RCL1 – vị trí đóng vai trò chính trong chịu lực nhai – có ý nghĩa quan trọng. Không chỉ giúp hiểu rõ hơn về cơ chế tác động của NRKN lên hệ thống nhai, kết quả còn cung cấp dữ liệu tham khảo hữu ích cho thực hành lâm sàng, đặc biệt trong tiên lượng và thiết kế phục hình cho bệnh nhân có thói quen cận chức năng này.

Nghiên cứu này nhằm xác định LCTĐ trên vùng RCL1 ở người trưởng thành có NRKN và so sánh với nhóm người không có NRKN.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu. Nghiên cứu được tiến hành theo thiết kế cắt ngang mô tả trên tổng số 20 người trưởng thành bao gồm 10 đối tượng có NRKN và 10 đối tượng không có NRKN,

trong độ tuổi từ 18 đến 45. Các đối tượng đều có khớp cắn hạng I theo phân loại Angle, đầy đủ 28 răng (không tính răng khôn) và không có phục hình cố định hoặc miếng trám ảnh hưởng đến mặt nhai. Những trường hợp có tiền sử phẫu thuật hoặc chấn thương hàm mặt, rối loạn khớp thái dương hàm, bệnh lý cấp tính, đang điều trị chỉnh nha, đang sử dụng thuốc ảnh hưởng đến hệ thần kinh cơ, hoặc có tình trạng cắn chéo, cắn hở, cắn ngược đều được loại khỏi nghiên cứu.

Chẩn đoán nghiến răng khi ngủ. Chẩn đoán NRKN dựa trên tiêu chuẩn của Hiệp hội Y học Giấc ngủ Hoa Kỳ (AASM, 2013)

Đo lực cắn tối đa. LCTĐ được đo bằng máy BFM thế hệ F4, thiết bị đã được nghiên cứu và ứng dụng lâm sàng tại Khoa Răng Hàm Mặt – Đại học Y Dược TP.HCM. Cảm biến lực đặt tại vùng RCL1 bên phải và bên trái. Mỗi vị trí được đo ba lần liên tiếp, giữa các lần đo có khoảng nghỉ 2 phút để tránh mỏi cơ, và giá trị lớn nhất trong ba lần đo được ghi nhận, giá trị LCTĐ chung cho cả hai bên được tính bằng cách lấy giá trị trung bình của LCTĐ bên phải và bên trái. Các phép đo được thực hiện trong cùng một buổi, tại cùng địa điểm và dưới sự giám sát của nghiên cứu viên để đảm bảo tính chuẩn hóa.

Xử lý số liệu. Dữ liệu được xử lý bằng phần mềm GraphPad Prism (v.10 GraphPad Software Inc). Các biến định lượng được biểu diễn bằng giá trị trung bình $\pm$ độ lệch chuẩn. So sánh giữa hai nhóm được thực hiện bằng kiểm định t độc lập, với ngưỡng ý nghĩa thống kê $p < 0,05$.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

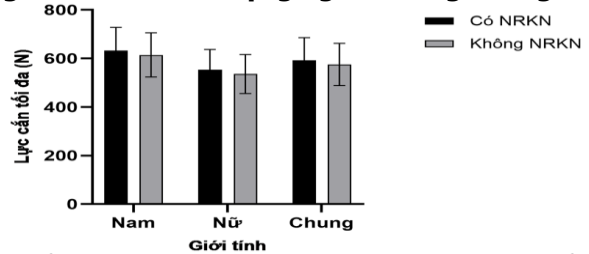
Bảng 1. Giá trị trung bình và độ lệch chuẩn lực cắn tối đa vùng răng cối lớn 1 theo bên và tình trạng nghiến răng khi ngủ

Nhóm	Bên phải (N)	Bên trái (N)	Trung bình hai bên (N)	p (paired t-test)
Có NRKN	600,1 $\pm$ 91,3	586,2 $\pm$ 93,5	593,1 $\pm$ 92,4	0,702
Không NRKN	582,0 $\pm$ 87,6	568,5 $\pm$ 86,1	575,3 $\pm$ 86,9	0,635
p (independent t-test)	0,410	0,392	0,402	

LCTĐ ở nhóm NRKN đạt 600,1 $\pm$ 91,3 N ở bên phải và 586,2 $\pm$ 93,5 N ở bên trái, cao hơn so với nhóm không có NRKN lần lượt là 582,0 $\pm$ 87,6 N và 568,5 $\pm$ 86,1 N. Trung bình cả hai bên, nhóm NRKN đạt 593,1 $\pm$ 92,4 N, trong khi nhóm không có NRKN là 575,3 $\pm$ 86,9 N. Tuy nhiên, các khác biệt này đều không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$). Kết quả cho thấy sự chênh lệch lực cắn giữa bên phải và bên trái không rõ

rệt, đồng thời củng cố xu hướng rằng người trưởng thành có NRKN có LCTĐ cao hơn nhóm bình thường, nhưng khác biệt nhỏ và không đáng kể về mặt thống kê.

Lực cắn tối đa vùng răng cối lớn 1 theo giới tính và tình trạng nghiến răng khi ngủ



Biểu đồ 1. Giá trị trung bình và độ lệch chuẩn lực cắn tối đa vùng răng cối lớn 1 theo giới tính và tình trạng nghiến răng khi ngủ

Bảng 2. Giá trị trung bình và độ lệch chuẩn lực cắn tối đa vùng răng cối lớn 1 theo giới tính và tình trạng nghiến răng khi ngủ

Giới	Có NRKN (n=10)	Không NRKN (n=10)	p (Independent t-test)
Nam	632,8 $\pm$ 95,2	614,5 $\pm$ 91,0	0,471
Nữ	553,4 $\pm$ 83,7	536,1 $\pm$ 80,5	0,388
Chung	593,1 $\pm$ 92,4	575,3 $\pm$ 86,9	0,402
p (independent t-test, nam – nữ)	0,032	0,041	

Kết quả phân tích theo giới tính, nam giới luôn có giá trị LCTĐ cao hơn nữ giới, cụ thể ở nhóm NRKN nam đạt 632,8 $\pm$ 95,2 N và nữ 553,4 $\pm$ 83,7 N, trong khi ở nhóm không NRKN, nam đạt 614,5 $\pm$ 91,0 N và nữ 536,1 $\pm$ 80,5 N. Sự khác biệt giữa nam và nữ có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

IV. BÀN LUẬN

Kết quả nghiên cứu cho thấy LCTĐ tại vùng RCL1 ở nhóm người trưởng thành có NRKN cao hơn nhẹ so với nhóm chứng, tuy nhiên sự khác biệt không đạt ý nghĩa thống kê. Điều này gợi ý rằng NRKN không làm thay đổi đáng kể sức mạnh cơ nhai tại vị trí răng chịu lực chính. Nhận định này phù hợp với kết quả của Levartovsky và cộng sự (2022), khi tác giả không tìm thấy khác biệt có ý nghĩa giữa nhóm có và không có thói quen siết hoặc nghiến răng.⁵

Tuy nhiên một số nghiên cứu khác đưa ra kết quả ngược lại. Todić (2017) và Farias-Neto (2025) đều cho rằng LCTĐ ở bệnh nhân NRKN cao hơn rõ rệt so với nhóm chứng, thậm chí

Farias-Neto còn liên hệ đến nguy cơ biến chứng phục hình implant.^{3,4} Nguyên nhân khác biệt có thể đến từ tiêu chí chẩn đoán NRKN, đặc điểm mẫu nghiên cứu (độ tuổi, tình trạng mòn răng, giới tính) hoặc công cụ đo lực. Trong nghiên cứu của chúng tôi, phần lớn đối tượng là người trẻ, chưa có mòn răng rõ rệt, vì vậy có thể khó biểu hiện sự gia tăng lực cắn. Ngược lại, ở bệnh nhân lớn tuổi có mòn răng nhiều, diện tiếp xúc nhai rộng hơn, khả năng truyền lực có thể tăng lên đáng kể.

Các nghiên cứu tập trung ở răng cửa thường ghi nhận khác biệt rõ hơn, do lực sinh lý ở vùng này thấp và dễ bộc lộ sự thay đổi. Helkimo & Ingervall (1978) từng ghi nhận rằng lực cắn chỉ tăng ở răng cửa mà không thay đổi ở răng cối. Kết quả của chúng tôi phù hợp với quan sát này, khi vùng răng cối lớn – nơi vốn chịu lực cao – ít chịu ảnh hưởng bởi NRKN.

Về yếu tố giới tính, kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy nam giới có LCTĐ cao hơn nữ giới, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,01$). Kết quả này phù hợp với nhiều báo cáo trước. Serra và cộng sự (2013) đã chứng minh rằng nam giới luôn có lực cắn cao hơn nữ giới ở mọi lứa tuổi trưởng thành, khác biệt này liên quan đến khối lượng và thành phần cơ cũng như mật độ xương. Helkimo & Ingervall (1978) cũng đưa ra nhận định tương tự.⁶ Như vậy, giới tính có thể đóng vai trò quyết định trong việc xác định LCTĐ ở người NRKN.

Bên cạnh đó, chúng tôi nhận thấy lực cắn bên phải và bên trái không có sự chênh lệch đáng kể ở cả hai nhóm. Kết quả này phù hợp với sinh lý cơ nhai: khi cắn tối đa, hai bên cơ thường hoạt động đồng bộ để đảm bảo sự cân bằng. Van der Bilt (2008) đã chỉ ra rằng ở người trưởng thành khỏe mạnh, lực cắn thường phân bố cân xứng, chỉ khác biệt trong trường hợp sai khớp cắn, mất răng hoặc rối loạn khớp thái dương hàm. Như vậy, việc đo trung bình cả hai bên là phương pháp hợp lý, phản ánh chính xác sức mạnh cơ nhai thực tế.

Về cơ chế, NRKN có thể được xem như một dạng “tập luyện ban đêm” của cơ nhai. Các cơn co cơ lặp lại làm tăng trương lực cơ, trong khi mòn mặt nhai tạo diện tiếp xúc rộng hơn, hỗ trợ truyền lực hiệu quả. Tuy nhiên, hiệu ứng này biểu hiện rõ hơn ở vùng răng có lực sinh lý thấp như răng cửa hoặc răng cối nhỏ. Ở răng cối lớn, vốn đã được tối ưu hóa về mặt cơ sinh học, sự thay đổi do NRKN khó quan sát được. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi phù hợp với giả thuyết này.

Mặc dù NRKN không làm tăng đáng kể LCTĐ tối đa, nhưng sự lặp lại lực cao trong thời gian

dài có thể dẫn đến hậu quả nghiêm trọng: mòn răng, nứt gãy thân răng, rối loạn thái dương hàm, và đặc biệt là biến chứng phục hình và implant. Zhou (2016) và Melo (2019) đều khẳng định NRKN là yếu tố nguy cơ quan trọng gây biến chứng cơ – sinh học quanh implant, bao gồm lỏng vít, gãy sứ và tiêu xương.^{7,8} Do đó, việc đánh giá NRKN trong lâm sàng vẫn cần thiết, không chỉ dựa vào LCTĐ mà cần kết hợp với điện cơ, mức độ mòn răng và các triệu chứng cơ – khớp.

Tóm lại, kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy NRKN không nhất thiết làm tăng LCTĐ tại RCL1. Giới tính là yếu tố có ảnh hưởng rõ rệt hơn, với nam giới luôn có lực cắn cao hơn nữ giới. Mặc dù LCTĐ giữa nhóm có và không có NRKN cho thấy sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê, nhưng xu hướng lực cắn cao hơn ở bệnh nhân NRKN cùng với tác động lặp lại kéo dài của thói quen này có thể tạo nguy cơ cho răng và phục hình. Do đó, LCTĐ nên được xem là thông số bổ trợ trong đánh giá bệnh nhân NRKN, cần kết hợp với các chỉ số khác để quản lý và điều trị toàn diện.

V. KẾT LUẬN

Kết quả nghiên cứu cho thấy LCTĐ trên vùng RCL1 ở người trưởng thành có NRKN cao hơn so với nhóm không có NRKN, tuy nhiên sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê. Ở nam giới, LCTĐ cao hơn có ý nghĩa thống kê so với nữ giới.

Việc kết hợp đánh giá lực cắn với dữ liệu điện cơ, dấu hiệu mòn răng và các yếu tố lâm sàng khác có thể gợi ý giúp bác sĩ xây dựng kế hoạch điều trị phù hợp, đặc biệt trong tiên lượng phục hình và implant ở bệnh nhân có thói quen nghiến răng khi ngủ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Więckiewicz M, Smardz J, Martynowicz H.** Lifestyle, daily habits, sleep hygiene, and diet: Proposal of a new approach for sleep bruxism management. *Dental and medical problems* 2025;62:
2. **Lobbezoo F, Aarab G, Ahlers MO, et al.** Consensus-based clinical guidelines for ambulatory electromyography and contingent electrical stimulation in sleep bruxism. *J Oral Rehabil* 2020;47:164-169.
3. **Todic J, Mitic A, Lazic D, Radosavljevic R, Staletovic M.** Effects of bruxism on the maximum bite force. *Vojnosanitetski pregled* 2016;74:165-165.
4. **Chrcanovic BR, Bergengren T, Stanisic N, et al.** Relationship between bite force, bruxism, and fractures of teeth and dental restorations. *Sci Rep* 2025;15:22752.
5. **Levartovsky S, Peleg G, Matalon S, Tsesis I, Rosen E.** Maximal Bite Force Measured via Digital

- Bite Force Transducer in Subjects with or without Dental Implants—A Pilot Study. *Applied Sciences* 2022;12:1544.
6. **Helkimo E, Ingervall B.** Bite force and functional state of the masticatory system in young men. *Swed Dent J* 1978;2:167-75.
 7. **Melo G, Duarte J, Pauletto P, et al.** Bruxism: An umbrella review of systematic reviews. *J Oral Rehabil* 2019;46:666-690.
 8. **Zhou Y, Gao J, Luo L, Wang Y.** Does Bruxism Contribute to Dental Implant Failure? A Systematic Review and Meta-Analysis. *Clin Implant Dent Relat Res* 2016;18:410-20.

TỶ LỆ LO ÂU VÀ CÁC YẾU TỐ LIÊN QUAN Ở BỆNH NHÂN VIÊM LOÉT ĐẠI TRÀNG MẠN TÍNH ĐIỀU TRỊ NỘI TRÚ TẠI BỆNH VIỆN BẠCH MAI

Nguyễn Thị Mai Hương^{1,4}, Lê Thị Thu Hà^{1,2}, Nguyễn Công Long^{2,3}

TÓM TẮT

Mục tiêu: Xác định tỷ lệ lo âu và phân tích các yếu tố liên quan ở người bệnh viêm loét đại tràng mạn tính (VLĐTMT) điều trị nội trú. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 79 người bệnh VLĐTMT tại Bệnh viện Bạch Mai từ 08/2024 đến 08/2025. Lo âu được đánh giá bằng thang điểm Zung (SAS). Các yếu tố lâm sàng, cận lâm sàng và nội soi được thu thập và phân tích bằng phần mềm SPSS 26.0 với các test thống kê phù hợp (T-test, Chi-square, hồi quy logistic). **Kết quả:** Tỷ lệ có lo âu của người bệnh viêm loét đại tràng mạn tính là 43,0%, trong đó có 27,8% mức độ nhẹ và 15,2% mức độ nặng. Có mối liên quan giữa tình trạng lo âu và thời gian mắc bệnh trên 5 năm, mức độ bệnh nặng theo Mayo, tình trạng đau bụng thường xuyên ($p < 0,05$). Các yếu tố liên quan độc lập đến lo âu mức độ nặng bao gồm nồng độ CRP ≥ 20 mg/L (OR = 5,1; 95% CI: 2,3-11,4), số lượng bạch cầu ≥ 10 G/L (OR = 3,3; 95% CI: 1,4-7,8) và thiếu máu (Hb < 100 g/L) (OR = 2,9; 95% CI: 1,2-7,1). **Kết luận:** Tỷ lệ lo âu ở người bệnh viêm loét đại tràng mạn tính nội trú là rất cao và có mối liên hệ chặt chẽ với mức độ hoạt động của bệnh và tình trạng viêm hệ thống.

Từ khóa: Viêm loét đại tràng mạn tính, lo âu, Zung (SAS).

SUMMARY

ANXIETY PREVALENCE AND ASSOCIATED FACTORS IN HOSPITALIZED PATIENTS WITH ULCERATIVE COLITIS AT BACH MAI HOSPITAL

Objective: To determine the prevalence of anxiety and analyze related factors in hospitalized patients with ulcerative colitis (UC). **Methods:** A cross-sectional descriptive study was conducted on 79 UC patients at Bach Mai Hospital from August 2024 to

August 2025. Anxiety was assessed using the Zung Self-Rating Anxiety Scale (SAS). Clinical, paraclinical, and endoscopic factors were collected and analyzed using SPSS 26.0 software with appropriate statistical tests (T-test, Chi-square, logistic regression). **Results:** The prevalence of anxiety in patients with ulcerative colitis was 43.0%, with 27.8% experiencing mild anxiety and 15.2% experiencing severe anxiety. There was a correlation between anxiety status and disease duration of more than 5 years, severe disease according to the Mayo score, and frequent abdominal pain ($p < 0.05$). Independent factors associated with severe anxiety included a CRP concentration of ≥ 20 mg/L (OR = 5.1; 95% CI: 2.3-11.4), a white blood cell count of ≥ 10 G/L (OR = 3.3; 95% CI: 1.4-7.8), and anemia (Hb < 100 g/L) (OR = 2.9; 95% CI: 1.2-7.1). **Conclusion:** The prevalence of anxiety in hospitalized patients with ulcerative colitis is very high and is closely linked to the degree of disease activity and systemic inflammation.

Keywords: Ulcerative colitis, anxiety, Zung (SAS)

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm loét đại tràng mạn tính (VLĐTMT) là một bệnh lý viêm mạn tính tại ruột, có đặc điểm tiến triển từng đợt với các triệu chứng như đau bụng, tiêu chảy và đi ngoài ra máu, gây ảnh hưởng nghiêm trọng đến chất lượng cuộc sống người bệnh.¹ Bên cạnh các triệu chứng cơ năng, người bệnh VLĐTMT thường phải đối mặt với các vấn đề sức khỏe tâm thần, trong đó rối loạn lo âu là phổ biến nhất.² Mối liên hệ hai chiều giữa VLĐTMT và lo âu được lý giải qua "trục não-ruột" (gut-brain axis), trong đó tình trạng viêm mạn tính tại ruột làm gia tăng các cytokine tiền viêm (như TNF- α , IL-6), những chất này có thể tác động lên hệ thần kinh trung ương và gây rối loạn cảm xúc.³ Ngược lại, chính trạng thái lo âu lại có thể làm trầm trọng hóa các triệu chứng của bệnh.⁴

Nghiên cứu trên thế giới cho thấy tỷ lệ lo âu ở người bệnh VLĐTMT dao động trong khoảng 30-40%, thậm chí lên tới 55% ở nhóm người bệnh nặng phải nhập viện.⁵ Tại Việt Nam, vấn đề này bắt đầu được quan tâm, với một số nghiên cứu bước đầu ghi nhận tỷ lệ lo âu khoảng 25-

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Bạch Mai

³Trường Đại học Y Dược – Đại học Quốc gia Hà Nội

⁴Bệnh viện Đa khoa Phương Đông

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Mai Hương

Email: maihuong.pretty@gmail.com

Ngày nhận bài: 21.7.2025

Ngày phản biện khoa học: 20.8.2025

Ngày duyệt bài: 01.10.2025