

các kết quả đã công bố.

Về mối liên quan giữa CLCS với mức độ dày da: khá nhiều nghiên cứu công bố trước đây đều đã cho thấy các tác động tiêu cực của tình trạng dày cứng da đối với CLCS của người bệnh XCB. Trong nghiên cứu của Cossutta R (2002) [2], điểm SKTC được đánh giá bằng công cụ SF-36 ở bệnh nhân XCB được chứng minh có tương quan nghịch có ý nghĩa thống kê với mức độ dày da ( $p < 0,01$ ). Nghiên cứu của Park và cộng sự (2019) cũng tìm thấy mối tương quan nghịch có ý nghĩa thống kê giữa điểm Rodnan da sửa đổi với điểm SKTC, điểm SKTT được đánh giá bằng công cụ SF-36 và điểm EQ-5D-3L [3]. Sự thay đổi mức độ dày da cũng được chứng minh có tương quan với sự thay đổi của CLCS ở người bệnh XCB. Trong nghiên cứu của Khanna D và cộng sự (2019), các tác giả đã phát hiện thấy sự cải thiện của điểm Rodnan da sau điều trị tương quan thuận có ý nghĩa thống kê với sự thay đổi của điểm CLCS được đánh giá bằng công cụ SF-36 [4]. Một số nghiên cứu theo dõi dọc khác còn cho thấy, sự tiến triển của dày da là một trong những yếu tố ảnh hưởng lớn nhất đến sự giảm sút của CLCS ở bệnh nhân XCB [5]. Tương đồng với các kết quả nghiên cứu này, chúng tôi cũng tìm thấy điểm SKTC, điểm SKTT và điểm CLCS trung bình ở nhóm bệnh nhân dày da mức độ trung bình/ nặng đều cao hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm dày da nhẹ (Bảng 3.23). Điểm SKTC, SKTT và CLCS

đều tương quan nghịch có ý nghĩa thống kê với điểm Rodnan da sửa đổi (Biểu đồ 3.8).

## V. KẾT LUẬN

1. Phần lớn bệnh nhân xơ cứng bì có dày da mức độ nhẹ (51,67%) và trung bình (30%). Điểm dày da trung bình là  $19,40 \pm 9,84$

2. Mức độ dày da tương quan nghịch chặt chẽ với điểm chất lượng cuộc sống của bệnh nhân xơ cứng bì.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Amjadi S, Maranian P, Daniel E. Furst et al (2009).** Course of the Modified Rodnan Skin Thickness Score in Systemic Sclerosis Clinical Trials. *Arthritis & Rheumatism* 60, 8, 2490–2498.
2. **Cossutta R, Zeni S, Soldi A, Colombelli P, Belotti MA (2002).** Evaluation of quality of life in patients with systemic sclerosis by administering the SF-36 questionnaire. *Reumatismo*. 54(2), 122-7
3. **Park EH, Strand V, Oh YJ, Song YW, Lee EB (2019).** Health related quality of life in systemic sclerosis compared with other rheumatic diseases: a cross-sectional study. *Arthritis Res Ther* 21(1): 61.
4. **Khanna D, Philip J. Clements, Elizabeth R, et al (2019).** Minimal Clinically Important Differences for the Modified Rodnan Skin Score: Results from the Scleroderma Lung Studies (SLS-I and SLS-II). *Arthritis Res Ther*. 21, 23.
5. **van Leeuwen NM, Ciaffi J, Liem SIE, Huizinga TWJ (2021).** Health-related quality of life in patients with systemic sclerosis: evolution over time and main determinants. *Rheumatology (Oxford)*. 60(8). 3646-3655.

## THỰC TRẠNG NHẠY CẢM NGÀ TRÊN NHÂN VIÊN CÔNG TY HANVICO – HÀ NỘI

**Đỗ Thị Thu Hương\*, Trịnh Đình Hải\*, Đinh Diệu Hồng\*,  
Trần Thị Ngọc Anh\*, Trương Thị Mai Anh\*, Vũ Lê Phương\***

### TÓM TẮT

Nhạy cảm ngứa (NCN) 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). Bên cạnh bệnh sâu răng và bệnh viêm quanh răng, thì nhạy cảm ngứa đang là mối quan tâm

hàng đầu của bác sĩ Răng Hàm Mặt<sup>1</sup>. Mục đích của nghiên cứu này là xác định thực trạng của hiện tượng NCN trên đối tượng là nhân viên công ty Hanvico tại thành phố Hà Nội. Nghiên cứu khảo sát trên 288 nhân viên công ty Hanvico đang làm việc tại Hà Nội. Kết quả như sau: Trong 288 nhân viên công ty Hanvico, nam chiếm 24,7%, nữ chiếm 75,3%. Tỷ lệ NCN chung là 24%. Tỷ lệ NCN cao nhất gặp trên nhóm tuổi 40-49 tuổi (30%), tiếp đó đến nhóm 30-39 tuổi (24%), nhóm trên 50 tuổi (18%), nhóm 20-29 tuổi gặp ít hơn (11%) và không gặp ở nhóm tuổi <20 tuổi. Khi nghiên cứu mối liên quan giữa tình trạng NCN và chế độ ăn thực phẩm có nhiều acid, sữa hoặc bổ sung calci thì không thấy có khác biệt giữa nhóm NCN và nhóm không nhạy cảm ngứa (K-NCN). Nghiên cứu mối quan hệ giữa tình trạng NCN và một số điều trị bệnh răng miệng như lấy cao răng và phẫu thuật nha chu cũng

\*Trường Đại học Y dược – Đại học Quốc Gia Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Đinh Diệu Hồng

Email: dieuhong201@gmail.com

Ngày nhận bài: 3.01.2022

Ngày phản biện khoa học: 24.2.2022

Ngày duyệt bài: 3.3.2022

không thấy khác biệt giữa nhóm NCN và K-NCN. Tuy nhiên, tình trạng mòn cổ răng gặp nhiều ở nhóm NCN (43%) so với nhóm K-NCN (9%). Không thấy mối liên hệ giữa tình trạng cơ lợi và mòn răng giữa nhóm NCN và K-NCN.

**Từ khóa:** nhạy cảm ngà, đau, chải răng.

## SUMMARY

### DENTINE HYPERSENSITIVITY PAIN IN PEOPLE AT HAVICO COMPANY – HANOI, VIETNAM

Dentine Hypersensitivity (DH) is a short pain when dentine is exposed with external stimuli such as: thermal, vapor, rubbing, osmotic or chemical stimuli without pathological or any other dental defect and in normal teeth that level of stimulation is not sufficient to cause pain (ADHA, 2001). Besides tooth decay and periodontal disease, dentine hypersensitivity is a top concern of Odonto-Stomatology doctors<sup>1</sup>. The aim of this study was to identify the ratio of DH in workers at Hanvico Company, Ha Noi, Viet Nam. Results were as follows: In 288 workers at Hanvico Company, men is 24,7%, women is 75,3%. The ratio of DH is 24%. The highest ratio of DH in group 40-49 years old (30%), next is group 30-39 years old (24%), group above 50 years old (18%), group 20-29 years old (11%) and 0% in group under 20 years old. When studying the relationship between DH status and a diet high in acid, milk or calcium supplements, no difference was found between the DH group and the dentine-insensitive group (DI). When studying the relationship between DH status and some oral disease treatments such as tartar removal and periodontal surgery also found no difference between the DH and DI groups. However, abrasion was more common in the DH group (43%) compared with the DI group (9%). There was no relationship between gum recession and tooth attrition between the DH and DI groups.

**Key words:** dentine hypersensitivity, pain, tooth brush.

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tình trạng nhạy cảm ngà (NCN) được mô tả là một triệu chứng nhói buốt ngắn xuất hiện từ phần ngà bị lộ ra khi đáp ứng với các kích thích như nhiệt độ, cọ sát cơ học, luồng hơi hay kích thích hóa học mà không phải do bất kỳ bệnh lý răng nào khác<sup>2</sup>.

Tỷ lệ mắc nhạy cảm ngà được báo cáo qua nhiều nghiên cứu khá dao động, từ 3-57%<sup>4</sup>. Một nghiên cứu với số mẫu lớn (6000 người) được thực hiện tại 6 quốc gia trên các châu lục khác nhau xác định tỷ lệ mắc nhạy cảm ngà trong dân chúng từ 13-27%<sup>5</sup>. Theo kết quả nghiên cứu của Tổng Minh Sơn thực hiện tại công ty bảo hiểm Việt Nam, tỷ lệ nhạy cảm ngà là 47,7%, tập trung ở lứa tuổi 22-58<sup>8</sup>. Trong khi đó, nghiên cứu của Rees xác định tỷ lệ nhạy cảm ngà ở Anh là 3,8%<sup>3</sup>. Tỷ lệ mắc nhạy cảm ngà có sự khác nhau giữa các nghiên cứu có thể do các nghiên cứu được thực hiện ở các cộng đồng khác nhau với

sự khác biệt về lối sống, trình độ nhận thức, thói quen ăn uống... Về vị trí hay gặp nhạy cảm ngà, các báo cáo cho thấy 90% xuất hiện ở vùng cổ răng<sup>2</sup>.

Ngày nay, sự phát triển kinh tế và điều kiện chăm sóc răng miệng ở nước ta được cải thiện rất nhiều. Tuy nhiên, tình trạng NCN ngày càng phổ biến và gây ảnh hưởng đến chất lượng ăn nhai ngày càng nhận được nhiều sự quan tâm và nghiên cứu của các bác sĩ Răng hàm mặt. Việc xác định thực trạng NCN trong cộng đồng dân cư cho phép xác định nhu cầu thăm khám và điều trị NCN đặc biệt là thực hiện các hướng dẫn, khuyến cáo trong chế độ ăn, thói quen sinh hoạt, thói quen vệ sinh răng miệng để phòng ngừa NCN một cách hiệu quả hơn. Do đó với mục đích đưa thêm thông tin giúp các bác sĩ răng hàm mặt có những dữ liệu tham khảo về tình trạng NCN ở người dân tại Hà Nội, Việt Nam, chúng tôi đã tiến hành nghiên cứu này với mục tiêu:

1. *Xác định tỷ lệ nhạy cảm ngà trên người trưởng thành làm việc tại công ty Hanvico, thành phố Hà Nội, Việt Nam*

2. *Tìm mối liên hệ giữa tình trạng NCN với một số các yếu tố liên quan.*

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

**2.1 Đối tượng:** Mẫu nghiên cứu gồm 288 người trưởng thành từ 18 tuổi trở lên đang làm việc tại công ty Hanvico, Hà Nội.

### **Tiêu chuẩn chọn mẫu:**

- Là người trưởng thành từ 18 tuổi trở lên đang làm việc tại địa điểm tiến hành nghiên cứu.

- Người không đang mắc các bệnh toàn thân cấp tính hoặc bệnh lý ác tính trong khoang miệng, tự nguyện tham gia nghiên cứu.

### **Tiêu chuẩn loại trừ:**

- Người đang có bệnh lý toàn thân cấp tính hoặc bệnh lý ác tính trong khoang miệng.

- Người sử dụng thuốc chống viêm, giảm đau, an thần trong vòng 72 giờ trước khi tham gia nghiên cứu.

- Người được điều trị phẫu thuật nha chu, chỉnh hình răng mặt, tẩy trắng răng trong vòng 6 tháng trước đó.

- Không đồng ý tham gia nghiên cứu và không có mặt trong khi điều tra.

**Cỡ mẫu:** Cỡ mẫu được tính theo công thức:

$$\frac{p(1-p)}{d^2}$$

$$n = Z^2_{(1-\alpha/2)} \frac{p(1-p)}{d^2}$$

Trong đó: n: Cỡ mẫu nghiên cứu cần có.

p: = 0,86 Tỷ lệ nhạy cảm ngà, theo Trần Ngọc phương Thảo nghiên cứu năm 2013 thì tỷ lệ này là 85,8%<sup>9</sup>

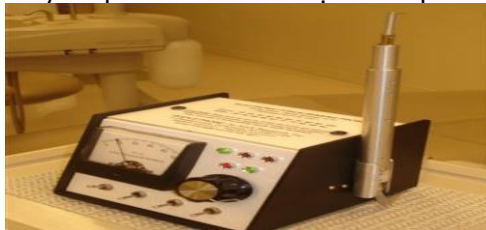
d: sai số cho phép: 0,05

$\alpha$ : Mức ý nghĩa thống kê. Ở đây  $\alpha = 0,05$   
 $Z^2_{(1-\alpha/2)}$  giá trị thu được từ bảng Z ứng với giá trị  $\alpha$  đã chọn = 1,96

Thay số  $n = (1,96)^2 \frac{0,86 \times 0,14}{(0,05)^2} \approx 185$   
 Độ tin cậy 95%,  $d=0,05$ . Cỡ mẫu tối thiểu là 185 người. Cỡ mẫu được chọn ở đây là 288 người.

**2.2 Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang nhằm xác định tỷ lệ nhạy cảm ngà trên nhóm đối tượng nghiên cứu và một số yếu tố liên quan.

- Dụng cụ nghiên cứu
  - + Bảng câu hỏi.
  - + Phiếu khám.
  - + Bộ đồ khám: khay, gương, kẹp gấp, thám trám.
  - + Bông, cồn, găng tay.
  - + Cây đo túi nha chu (thang chia độ ở mức 1mm)
  - + Bóng bóp thổi hơi.
  - + Cốc nhựa dùng một lần
  - + Tay xịt hơi của máy nha khoa để kích thích và đánh giá mức độ nhạy cảm ngà bằng hơi với áp lực 45psi.
  - + Máy nén hơi nha khoa riêng biệt cho một ghế có hiệu chỉnh áp lực theo nghiên cứu này vào đầu giờ làm việc.
  - + Máy Yeaple có thám trám điện tử Yeaple Probe



**Hình 2.1. Máy Yeaple đo độ nhạy cảm**

- + Các phương tiện và hóa chất khử trùng.
- **Các tiêu chuẩn được sử dụng**
  - **Mức độ tụt lợi:** là khoảng cách lớn nhất đo được từ cổ răng giải phẫu (đường nối men-xê măng) đến đường viền lợi ở cùng vị trí theo hướng thân – chân răng, tính theo milimet (được đo bằng chỉ số đọc trên thám trám nha chu chia vạch)
  - **Mức độ mòn cổ răng:** (Grippio, 1991: Phân loại DAW)<sup>10</sup>
    - +0 = Không quan sát được hiện tượng mất mô ở đường nối men - xê măng.
    - +1 = Có sự mất mô khu trú ở 1/2 phía ngoài của lớp men răng.
    - +2 = Sự mất mô đến 1/2 phía trong của lớp men răng, vừa bắt đầu lộ ngà.
    - +3 = Có sự mất mô sâu đến lớp ngà răng
  - **Mức độ mòn mặt nhai**
    - + Mòn độ I = Mòn men có những điểm lộ ngà ở nướm

+ Mòn độ II = Mòn ngà nông lộ ngà nhiều điểm <1mm

+ Mòn độ III = Mòn ngà sâu lộ ngà nhiều điểm >1mm chưa lộ tủy

+ Mòn độ IV = Mòn ngà sâu lộ tủy, biến chứng tủy

➢ **Mức độ nhạy cảm ngà theo phương pháp luồng hơi:**

- +0 = Không cảm thấy khó chịu hay đau.
- +1 = Có cảm thấy khó chịu, nhưng không nhiều.
- +2 = Cảm thấy khó chịu hay đau nhiều khi bị kích thích.
- +3 = Cảm thấy khó chịu và đau nhiều khi bị kích thích, cảm giác này kéo dài sau khi kích thích đã được loại bỏ.

• **Các bước tiến hành**

**Bước 1. Chuẩn bị trước khi tiến hành khám và can thiệp**

- Tập huấn và định chuẩn lại cho nhóm cán bộ nghiên cứu về cách thức khám, cách sử dụng tay xịt hơi để kích thích và ghi nhận mức độ nhạy cảm ngà bằng hơi với áp lực 45psi và ghi nhận mức độ nhạy cảm ngà bằng máy đo độ nhạy cảm Yeaple, cách ghi phiếu đánh giá.
- Lập danh sách đối tượng nghiên cứu đủ tiêu chuẩn tham gia nghiên cứu.
- Thu thập thông tin và thủ tục hành chính:
  - + Thu thập thông tin gồm: họ và tên, ngày tháng năm sinh, nghề nghiệp, địa chỉ và điện thoại liên lạc.
  - + Lấy phiếu xác nhận đồng ý tham gia nghiên cứu sau khi đã giải thích rõ về quy trình nghiên cứu.

**Bước 2. Hỏi bằng bảng câu hỏi soạn sẵn.** Đánh giá tiền sử nhạy cảm ngà của bệnh nhân.

Các yếu tố liên quan và các yếu tố kích thích nhạy cảm ngà. Biện ghi nhận trong bảng câu hỏi (có thể có một hoặc nhiều lựa chọn và các biến được định nghĩa)

**Bước 3. Khám lâm sàng.** Khám đánh giá tình trạng răng miệng tổng quát của bệnh nhân. Số liệu thu thập cho nghiên cứu được ghi nhận trên tất cả răng trên hai cung hàm (trừ các răng khôn và các răng không đạt tiêu chuẩn đánh giá, bị loại khỏi mẫu):

(1) Xác định và đánh giá tình trạng tụt lợi bằng việc xác định vị trí đường viền lợi nằm về phía chóp so với cổ răng giải phẫu (đường nối men-xê măng). Dùng cây đo túi nha chu xác định mức độ tụt lợi: Mức độ tụt lợi ghi nhận trong nghiên cứu là khoảng cách lớn nhất đo được từ cổ răng giải phẫu (đường nối men-xê măng) đến đường viền lợi về phía chóp của răng, tính bằng milimét.

(2) Xác định và đánh giá tình trạng mòn cổ

răng: bằng việc xác định có sự mất cấu trúc răng tại đường nối men -xê măng mà không liên quan đến sâu răng, theo bốn mức độ mòn từ 0 - 3.

**(3)** Xác định và đánh giá tình trạng mòn răng: bằng việc xác định có sự mất cấu trúc răng tại mặt răng không liên quan đến sâu răng, theo bốn mức độ mòn từ 0 - 3.

**(4)** Xác định mức độ nhạy cảm ngà:

- Khám ghi nhận mức độ nhạy cảm ngà trước can thiệp bằng hai phương pháp: kích thích xúc giác (sử dụng thám trâm điện tử Yeaple Probe) và kích thích hơi (sử dụng đầu xịt hơi của máy nha khoa)

+ Đánh giá mức độ nhạy cảm bằng thám trâm điện tử Yeaple Probe

Các răng cần đo (là những răng có tình trạng nhạy cảm nặng nhất, đo tối thiểu 2 răng/người) được cô lập và lau khô bằng bông. Máy Yeaple Probe được đặt ở mức cường độ ban đầu là 5g. Đầu thám trâm đặt vuông góc với bề mặt răng và di chuyển từ từ theo hướng từ gần tới xa. Máy được tăng dần cường độ, mỗi lần tăng 5g cho đến khi bệnh nhân có cảm giác ê buốt hoặc cho đến lực tối đa là 70g (răng không nhạy cảm). Đây được ghi nhận là ngưỡng kích thích xúc giác của bệnh nhân.

Trước mỗi lần đo, máy được chuẩn hóa bằng cách đặt ở cường độ lực 70g và thử trên bề mặt răng được cho là không nhạy cảm.

Mức độ nhạy cảm với kích thích xúc giác được đánh giá theo thang Yeaple gọi là mức nhạy cảm Yeaple.

Không nhạy cảm: lực tác động tương đương 70g.

Nhạy cảm nhẹ: Lực tác động >40g - <70g.

Nhạy cảm vừa: Lực tác động >20g - 40g.

Nhạy cảm nặng: Lực tác động >10g - 20g.

Nhạy cảm rất nặng: Lực tác động ≤10g.



**Hình 2.2. Đánh giá mức nhạy cảm bằng thám trâm điện tử Yeaple Probe**

+ Đánh giá mức độ nhạy cảm bằng kích thích hơi

Các răng cần đo được cô lập và lau khô bằng bông. Các răng bên cạnh được che chắn bởi ngón tay của người đo. Sử dụng đầu xịt hơi của máy nha khoa đã được cài sẵn ở mức áp suất 45psi, đặt ở khoảng cách 1 cm vuông góc với bề mặt răng, thời gian kích thích 1 giây. Áp lực không khí, khoảng cách đầu xịt với bề mặt răng

và thời gian kích thích được giữ không đổi giữa các răng và giữa các lần đo.

**Bước 4. Ghi nhận số liệu, làm sạch và xử lý thống kê.** Số liệu được đưa vào làm sạch bằng phần mềm Epi Data 3.2 và xử lý thống kê, phân tích bằng phần mềm Stata 16.

**(1)** Thống kê mô tả

- Các biến định tính được mô tả bằng tần số và tỷ lệ phần trăm.

- Các biến định lượng được mô tả bằng giá trị trung bình và độ lệch chuẩn.

**(2)** Thống kê phân tích

- Dùng phép kiểm  $\chi^2$  để so sánh tỷ lệ phần trăm của các biến định tính.

- Dùng kiểm định t, phép kiểm Anova để so sánh giá trị trung bình.

- Sử dụng mô hình hồi quy logistic đa biến để đánh giá mối liên quan giữa các yếu tố và nhạy cảm ngà.

**(3)** Kiểm soát sai số trong nghiên cứu điều tra cộng đồng, chúng tôi:

- Chọn mẫu với kỹ thuật và những tiêu chí đã xác định trước.

- Định nghĩa rõ ràng cụ thể các biến số.

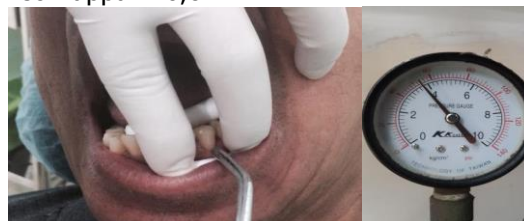
- Bảng câu hỏi được thiết kế đơn giản, dễ hiểu.

- Tập huấn phỏng vấn viên.

- Thống nhất tiêu chuẩn chẩn đoán và tập huấn khám lâm sàng.

- Trước mỗi lần đo, máy áp lực hơi từ ghế nha khoa được điều chỉnh áp lực hơi sao cho đạt 45psi ngay trước mỗi buổi làm việc và luôn đảm bảo trong lúc làm việc chỉ có một ghế nha khoa hoạt động.

- Đánh giá độ kiên định của người khám bằng chỉ số Kappa > 0,8.



**Hình 2.3. Phương pháp kích thích bằng luồng hơi**

### III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

#### 3.1. Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu

##### 3.1.1. Đặc điểm theo giới

**Bảng 3.1. Phân bố đối tượng nghiên cứu theo giới**

Giới	Số lượng	Tỷ lệ
Nam	71	24,7
Nữ	217	75,3
Tổng	288	100

**Nhận xét:** 288 đối tượng nghiên cứu có 71 đối tượng nghiên cứu là nam giới chiếm 24,7% và 217 đối tượng nghiên cứu là nữ giới chiếm 75,3%.

**3.1.2. Đặc điểm theo nhóm tuổi**

**Bảng 3.2. Phân bố đối tượng nghiên cứu theo nhóm tuổi**

Nhóm tuổi	Số lượng	Tỷ lệ
Dưới 20 tuổi	1	0,3%
20-29 tuổi	44	15,3%

30-39 tuổi	83	28,8%
40-49 tuổi	126	43,8%
Trên 50 tuổi	34	11,8%
<b>Tổng</b>	<b>288</b>	<b>100%</b>

**Nhận xét:** 288 đối tượng nghiên cứu nằm trong nhóm 40 – 49 tuổi (43,8%), tiếp theo đến nhóm 30-39 tuổi (28,8%), nhóm 20-29 tuổi (15,3%), nhóm trên 50 tuổi (11,8%). Nhóm dưới 20 tuổi trong nghiên cứu chỉ có 1 đối tượng.

**3.2. Môi liên quan giữa tình trạng nhạy cảm ngà với một số yếu tố liên quan**

**3.2.1. Tình trạng nhạy cảm ngà và giới tính**

**Bảng 3.3: Tỷ lệ nhạy cảm ngà theo giới tính**

Đối tượng	Giới		Tổng		P
	Nam	Nữ	N	%	
NCN	15	54	69	24,1	0,52
K-NCN	56	163	219	75,1	

**Nhận xét:** Tỷ lệ NCN gặp trên nhóm nam giới chiếm 21,1% và gặp ở 24,9% trên nhóm nữ giới, khác biệt về giới không có ý nghĩa thống kê.

**3.2.2. Tình trạng nhạy cảm ngà và nhóm tuổi**

**Bảng 3.4: Tỷ lệ nhạy cảm ngà theo nhóm tuổi**

Đối tượng	< 20 tuổi		20 – 29 tuổi		30 – 39 tuổi		40 – 49 tuổi		≥ 50 tuổi		Tổng	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
NCN	0	0	5	11	20	24	38	30	6	18	69	24
K-NCN	1	100	39	89	63	76	88	70	28	82	219	76

**Nhận xét:** Tỷ lệ NCN nhiều nhất gặp trên nhóm 40-49 tuổi chiếm 30% trong nhóm tuổi, tiếp đó là nhóm 30-39 tuổi gặp ở 24% đối tượng, nhóm ≥ 50 tuổi gặp ở 18% đối tượng, nhóm 20-29 tuổi gặp ở 11%. Riêng nhóm dưới 20 tuổi không gặp, có thể do đặc điểm cỡ mẫu chỉ có 1 đối tượng dưới 20 tuổi.

**3.2.3. Tình trạng nhạy cảm ngà liên quan đến một số thói quen dinh dưỡng và ăn uống**

**Bảng 3.5. Tỷ lệ nhạy cảm ngà liên quan một số thói quen ăn uống và dinh dưỡng**

Thói quen	Đối tượng	NCN		K-NCN		P
		N	%	N	%	
Sử dụng thực phẩm nhiều axit	Thường xuyên	3	12	22	88	0,143
	Không/Không thường xuyên	66	25	197	75	
Sữa / sản phẩm sữa	Thường xuyên	14	21	52	79	0,552
	Không/Không thường xuyên	55	25	167	75	
Bổ sung can-xi	Thường xuyên	16	25	47	75	0,762
	Không/Không thường xuyên	53	24	172	76	

**Nhận xét:** Trong nhóm thường xuyên sử dụng thực phẩm nhiều axit, có 12% người bị NCN, trong khi nhóm không sử dụng thường xuyên có 25% người bị NCN, chênh lệch không có ý nghĩa thống kê.

Trong nhóm thường xuyên sử dụng sữa, có 21% người bị NCN, nhóm không sử dụng thường xuyên có 25% người NCN, tuy nhiên không có ý nghĩa thống kê.

Trong nhóm thường xuyên bổ sung can – xi có 25% người bị NCN, nhóm không sử dụng thường xuyên có 24% bị NCN, chênh lệch không có ý nghĩa thống kê.

**3.2.4. Tình trạng nhạy cảm ngà liên quan đến một số điều trị răng miệng**

**Bảng 3.6. Tỷ lệ nhạy cảm ngà liên quan một số điều trị răng miệng**

Điều trị	Đối tượng	NCN		K-NCN		P
		N	%	N	%	
Khám răng định kỳ	Có	30	25	89	75	0,676
	Không	39	23	130	77	
Lấy cao răng định kỳ	Có	30	25	89	75	0,676
	Không	39	23	130	77	
Phẫu thuật nha chu	Có	9	19	38	81	0,398
	Không	60	25	181	75	

**Nhận xét:** Trong nhóm có khám răng định kỳ và lấy cao răng định kỳ có 25% bị NCN, trong khi nhóm không khám răng và lấy cao răng định kỳ có 23% bị NCN, tuy nhiên số liệu không có ý nghĩa thống kê. Trong nhóm đã phẫu thuật nha chu tỷ lệ NCN là 19%, thấp hơn so với nhóm không phẫu thuật nha chu trước đó có tỷ lệ NCN là 25%, tuy nhiên số liệu cũng không có ý nghĩa thống kê.

### 3.2.5. Tình trạng nhạy cảm ngà liên quan đến một số tổn thương mô răng

**Bảng 3.7. Tỷ lệ nhạy cảm ngà liên quan đến một số tổn thương mô răng**

Điều trị	Đối tượng	NCN		K-NCN		P
		N	%	N	%	
Co lợi	Có	22	27	61	73	0,567
	Không	47	23	158	77	
Mòn cổ răng	Có	55	43	74	57	0,004
	Không	14	9	145	91	
Mòn răng	Có	19	25	56	75	0,685
	Không	50	27	163	73	

**Nhận xét:** Trong nhóm có lợi có 25% bị NCN, trong khi nhóm không có lợi chỉ có 23% bị NCN, tuy nhiên số liệu không có ý nghĩa thống kê.

Trong nhóm mòn cổ răng tỷ lệ NCN là 43%, cao hơn nhiều so với nhóm không mòn cổ răng có tỷ lệ NCN là 9%, số liệu có ý nghĩa thống kê.

Trong nhóm bị mòn răng có 25% bị NCN, trong khi nhóm không mòn răng có 27% bị NCN, tuy nhiên số liệu không có ý nghĩa thống kê.

#### IV. BÀN LUẬN

Trong số 288 đối tượng nghiên cứu, chúng tôi nhận thấy tỷ lệ nữ giới cao hơn nam giới và nhóm tuổi chủ yếu là 40-49 tuổi chiếm 43,8 %, đây là đặc điểm nhóm đối tượng trong nghiên cứu. Tỷ lệ NCN chung trong nghiên cứu là 24%, tỷ lệ này thấp hơn so với một số nghiên cứu đã tiến hành tại Việt Nam và nghiên cứu tương tự tại Châu Âu (xem bảng 4.1).

Tỷ lệ NCN khác biệt giới không có ý nghĩa thống kê. Tỷ lệ NCN gặp nhiều nhất ở nhóm 40-49 tuổi (30%) có thể lý giải do nhóm tuổi trên 40

là nhóm bắt đầu gặp các biểu hiện như co lợi, mòn cổ răng... của bệnh lý vùng quanh răng, tiếp đó là nhóm 30-39 tuổi (24%), trên 50 tuổi (18%), 20-29 tuổi (15%).

Khi tìm mối liên quan giữa một số thói quen ăn uống và dinh dưỡng như sử dụng các thực phẩm nhiều axit, uống sữa và các sản phẩm khác từ sữa hoặc bổ sung can-xi thường xuyên, chúng tôi thấy khác biệt giữa nhóm NCN và K-NCN không có ý nghĩa thống kê.

Khi tìm mối liên hệ giữa một số điều trị răng miệng như khám, lấy cao răng định kỳ hay phẫu thuật nha chu trước đây hoặc tình trạng co lợi và mòn răng, chúng tôi thấy sự khác biệt giữa 2 nhóm NCN và K-NCN cũng không có ý nghĩa thống kê.

Nghiên cứu chỉ tìm được mối liên hệ giữa tình trạng mòn cổ răng có tỷ lệ NCN cao hơn so với nhóm không bị mòn cổ răng. Điều này phù hợp với lý thuyết về việc mòn cổ răng là tổn thương có nguy cơ cao dẫn đến NCN<sup>2</sup>.

**Bảng 4.1. Tỷ lệ NCN theo một số nghiên cứu tương tự**

Tác Giả	Đối tượng	Cỡ mẫu	Tỷ lệ NCN
Clayton et al., 2002	Nhân viên	228	50%
Nguyễn Thị Từ Uyên, 2010	Sinh viên	500	48%
Tống Minh Sơn, 2012	Nhân viên	155	47,29%
Trần Ngọc Phương Thảo, 2013	Cộng đồng	871	85,8%
Nghiên cứu của chúng tôi	Nhân viên	288	24%

#### V. KẾT LUẬN

Tỷ lệ NCN chung trong nghiên cứu là 24%. Tỷ lệ NCN gặp nhiều nhất ở nhóm 40-49 tuổi (30%). Người bị mòn cổ răng có nguy cơ cao bị NCN, tỷ lệ NCN ở nhóm có mòn cổ răng cao hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm không bị mòn cổ răng.

#### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Addy M, Embery G, Edgar WM, Orchardson R.** Dentine hypersensitivity: definition, prevalence,

distribution and aetiology. In: Tooth Wear and Sensitivity. Clinical Advances in Restorative Dentistry. Martin Dunitz; 2000:239-248.

2. **Onchardson R, Gllam D.G.** Managing dentin hypersensitivity. J Am Dent Assoc. 2006;37(7):990-998.
3. **Rees. JS.** The prevalence of dentine hypersensitivity in general dental practice in the UK. J Clin Periodontol. 2000;27:860-865.
4. **Martinez - Ricarte.J, Faus - Matoses.V.** Dentinal sensitivity: Concept and methodology for its objective evaluation. Med Oral Patol Oral Cir Bucal. 2008;13(3):E201-E206.
5. **Bartold P.M.** Dentinal hypersensitivity: a review.

- Australjan Dental Journal. 2006;51(3):212-218.
6. **Nguyễn Thị Từ Uyên.** Tình trạng quá cảm ngà răng của sinh viên Đại học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh. Published online 2010.
  7. **Tống Minh Sơn.** Nhạy cảm ngà răng ở cán bộ Công ty Than Thống Nhất, tỉnh Quảng Ninh. Tạp chí Nghiên cứu Y học. 2012;80(4):77-80.
  8. **Tống Minh Sơn.** Tình trạng nhạy cảm ngà răng của nhân viên công ty Bảo hiểm Nhân thọ tại Hà Nội. Tạp chí Nghiên cứu Y học. 2013;85(5):31-36.
  9. **Trần Ngọc Phương Thảo.** Mô tả tình trạng, tỷ lệ nhạy cảm ngà và một số yếu tố nguy cơ ở thành phố Hồ Chí Minh. Published online 2013.
  10. **Grippio.** Role of biodental engineering factors (BEF) in the etiology of root caries. J Esthet dent. 1991;3(2):71-76.

## BỆNH LÝ HOFFA: BÁO CÁO CA LÂM SÀNG

Dương Đình Toàn<sup>1,2</sup>

### TÓM TẮT

Chúng tôi báo cáo một trường hợp đến bệnh viện Việt Đức khám, được chẩn đoán bệnh lý Hoffa đã chuyển sang giai đoạn mãn tính. Đây là một bệnh lý ít được ghi nhận, với triệu chứng chính là đau ở trước khớp gối, dưới xương bánh chè. Cơ chế bệnh sinh của bệnh lý này vẫn chưa rõ ràng. Nó có thể được gây ra bởi những vi chấn thương mô, được lặp đi lặp lại nhiều lần dẫn đến những thay đổi về tình trạng viêm, xuất huyết và xơ hoá vùng khối mỡ Hoffa. Kết quả cuối cùng của tình trạng bệnh là tạo ra một khối u xương sụn phía cực dưới xương bánh chè. Giai đoạn đầu, chẩn đoán xác định bằng MRI, có bằng chứng của viêm mô mỡ. Ở giai đoạn mãn tính, chụp X-quang tiêu chuẩn sẽ nhìn thấy khối canxi hoá của mỡ.

### SUMMARY

#### HOFFA'S DISEASE: A CASE REPORT

We report a case that went to Viet Duc hospital for examination and was diagnosed with Hoffa's disease, which had progressed to the chronic stage. This is a rare disease, with the main symptom being pain in front of the knee joint, below the nfrapatellar. The pathogenesis of this pathology is still unclear. It can be caused by repeated tissue microtrauma, resulting in changes in inflammation, hemorrhage, and fibrosis of the Hoffa fat mass. The end result of the condition is the formation of an osteochondroma below the lower pole of the nfrapatellar. In the early stages, the diagnosis is confirmed by MRI, with evidence of adipose tissue inflammation. In the chronic stage, standard radiographs will show ossification of the fat pad.

### I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh lý Hoffa đôi khi còn được gọi là hoffitis, là một bệnh nội tại của mô mỡ Hoffa (còn gọi là thể mỡ hình sao). Nó được mô tả lần đầu tiên vào năm 1904 bởi Albert Hoffa và được định nghĩa là tình trạng viêm cấp tính hoặc mãn tính

của lớp đệm mỡ hình sao. Theo quan điểm giải phẫu học, đệm mỡ Hoffa là một khối mỡ hình nêm, một phần được hình thành ở vùng trước của đầu gối, nằm trong bao khớp nhưng ngoài màng hoạt dịch (và do đó ngoài khớp). Mỡ Hoffa ngăn cách bởi phía trước là dây chằng bánh chè, bao khớp, phía sau là màng hoạt dịch. Mỡ Hoffa có độ mềm mại, đồng nhất, có tính di động, cấu trúc có thể thay đổi, cho phép mở rộng khoang màng hoạt dịch và tạo điều kiện cho việc phân phối dịch khớp. [1].

Miếng đệm mỡ của Hoffa có độ đặc mềm, di động và uốn cong. Nó là một cấu trúc có thể biến dạng, cho phép mở rộng khoang hoạt dịch và tạo điều kiện phân phối dịch khớp. Không giống như mỡ dưới da, mỡ của Hoffa có chứa các tế bào đa năng, có khả năng biệt hoá thành các tế bào xương và sụn. Mỡ Hoffa được cấp máu bởi các nhánh động mạch đi dọc hai bên dây chằng bánh chè, là nhánh của động mạch gối trên và gối dưới. Chi phối thần kinh khá phong phú, bởi các nhánh của thần kinh chày.

Có hai nếp gấp bao hoạt dịch trong lớp đệm mỡ Hoffa này: một nếp gấp bao hoạt dịch theo hướng dọc và một nếp gấp bao hoạt dịch nằm ngang. Phía trên phần sau là một cấu trúc dạng sợi trước sau, được gọi là dây chằng mỡ, nó gắn miếng đệm Hoffa giữa đỉnh xương bánh chè và lỗ ống dẫn hoặc dây chằng chéo trước (ACL). Dây chằng mỡ có trong 65% trường hợp. Đặc biệt nó còn được gọi là "piplica" dưới xương bánh chè.

### II. CA LÂM SÀNG

Bệnh nhân nam, 37 tuổi, xuất hiện đau trước bánh chè nhiều tháng, đau tăng khi ấn vào hai cạnh phía trong và phía ngoài của dây chằng bánh chè ở tư thế duỗi gối (gọi là Hoffa test). Đau thuyên giảm sau khi điều trị bảo tồn bằng vật lý trị liệu và uống thuốc chống viêm không steroid (NSAID). Tuy nhiên sau một thời gian ngừng dùng thuốc, cơn đau xuất hiện trở lại.

<sup>1</sup>Trường Đại Học Y Hà Nội,

<sup>2</sup>Bệnh viện HN Việt Đức

Chịu trách nhiệm chính: Dương Đình Toàn

Email: duongdinhtoan@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 4.01.2022

Ngày phản biện khoa học: 25.2.2022

Ngày duyệt bài: 4.3.2022