

5. **Hansen KR, Hodnett GM, Knowlton N, Craig LB.** Correlation of ovarian reserve tests with histologically determined primordial follicle number. *Fertil Steril.* 2011;95(1):170-175. doi:10.1016/j.fertnstert.2010.04.006
6. **Practice Committee of the American Society for Reproductive Medicine.** Testing and interpreting measures of ovarian reserve: a committee opinion. *Fertil Steril.* 2015;103(3):e9-e17. doi:10.1016/j.fertnstert.2014.12.093
7. **Anderson RA, Themmen APN, Al-Qahtani A, Groome NP, Cameron DA.** The effects of chemotherapy and long-term gonadotrophin suppression on the ovarian reserve in premenopausal women with breast cancer. *Hum Reprod Oxf Engl.* 2006;21(10):2583-2592. doi:10.1093/humrep/del201
8. **Bi X, Zhang J, Cao D, et al.** Anti-Müllerian hormone levels in patients with gestational trophoblastic neoplasia treated with different chemotherapy regimens: a prospective cohort study. *Oncotarget.* 2017;8(69):113920-113927. doi:10.18632/oncotarget.23027
9. **Nguyễn Thái Giang.** Kết quả điều trị u nguyên bào nuôi nguy cơ thấp tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương. *Tạp Chí Nghiên Cứu Học.* 2019;Tập 121(Số 5):23-30.
10. **Bi X, Zhang J, Cao D, et al.** Anti-Müllerian hormone levels in patients with gestational trophoblastic neoplasia treated with different chemotherapy regimens: a prospective cohort study. *Oncotarget.* 2017;8(69):113920-113927. doi:10.18632/oncotarget.23027

MÒN NGÓT RĂNG DO ACID Ở BỆNH NHÂN TRÀO NGƯỢC DẠ DÀY THỰC QUẢN TẠI BỆNH VIỆN NGUYỄN TRÃI THÀNH PHỐ HỒ CHÍ MINH

Nguyễn Thị Diễm¹, Nguyễn Đức Thông¹, Trần Thu Thủy²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Xác định tỉ lệ, mức độ trầm trọng và một số yếu tố liên quan đến mòn ngót răng do acid (MNR) ở bệnh nhân trào ngược dạ dày thực quản (TNDD-TQ) tại bệnh viện Nguyễn Trãi Tp.HCM. **Phương pháp:** Nghiên cứu cắt ngang mô tả thực hiện trên bệnh nhân từ 18-70 tuổi được chẩn đoán TNDD-TQ (GerdQ ≥ 6) tại bệnh viện Nguyễn Trãi từ 11/2021 đến 6/2022. Khám đánh giá MNR bằng chỉ số BEWE bởi bác sĩ Răng Hàm Mặt. Đánh giá mức độ trầm trọng của MNR dựa vào tổng điểm BEWE, gồm 4 mức độ: không mòn (BEWE ≤ 2), nhẹ (BEWE=3-8), vừa (BEWE=9-13) và nặng (BEWE ≥ 14). Phân tích dữ liệu bằng phép kiểm chi bình phương, kiểm định chính xác Fisher và mô hình hồi quy logistic, với $p < 0,05$, KTC 95%. **Kết quả:** Mẫu nghiên cứu gồm 169 bệnh nhân TNDD-TQ (67,5% nữ) có tuổi trung bình $56,0 \pm 10,6$. Ghi nhận 78,1% bệnh nhân có biểu hiện MNR, trong đó 50% mức độ nhẹ, 42% vừa và 8% nặng. MNR phân bố nhiều nhất ở các răng sau cả hai hàm, răng cối lớn thứ nhất có tỉ lệ mòn nặng nhiều nhất (14-17%), ($p < 0,05$). Người hưu trí có nguy cơ MNR cao gấp 4,4 lần so với công chức, viên chức và nhân viên văn phòng (OR=4,4, KTC95%: 1,1-19,0). Bệnh nhân có triệu chứng khó thở bị MNR cao hơn 3 lần so với không có khó thở (OR=3,0, KTC95%: 1,2-7,8). **Kết luận:** MNR là dấu chứng ngoài thực quản phổ biến trên bệnh nhân TNDD-TQ trong nghiên cứu này. Người bị TNDD-TQ cần được tư vấn khám răng, dự phòng MNR và can thiệp kịp thời, đặc biệt chú ý đến

các răng sau ở cả hai hàm.

Từ khóa: Mòn ngót răng do acid, bệnh trào ngược dạ dày thực quản.

SUMMARY

PREVALENCE AND SEVERITY OF DENTAL EROSION IN THE PATIENTS WITH GASTROESOPHAGEAL REFLUX

Objectives: To determine the prevalence and severity of dental erosion in patients with gastroesophageal reflux disease (GERD) at Nguyen Trai hospital, Ho Chi Minh city. **Methods:** A cross-sectional study were performed in 169 patients, aged from 18 to 70 years old, at Nguyen Trai hospital, Ho Chi Minh city from November 2021 to June 2022. Dental erosion (DE) was accessed in patients diagnosed with GERD (GerdQ ≥ 6). Three dentists evaluated dental erosion in a full-mouth recording using the Basic Erosive Wear Examination (BEWE). The severity of dental erosion was based on the BEWE sum score (<2: none, 3-8: mild, 9-13: average, >14: severe). Chi-square, Fisher's exact test and logistic regression model were used in this study. The statistical significance was adopted as: $p < 0,05$, CI95%. **Results:** Participants had age average 56.0 ± 10.6 , 67.5% from female. Of the 169 individuals examined 78.1% presented dental erosion. Regarding severity, mild erosion accounted for 50%, moderate was 42% and severe was 8%. DE was more frequent in posterior teeth. The first molars presented more dental erosion (14-17%) and were significant severest than other teeth ($p < 0,05$). Retired people had a DE 4.4 times higher than office workers with OR=4.4, CI95% (1.1-19.0). People with symptoms of dyspnea had a DE rate 3 times higher than those without this symptom, OR=3.0 CI 95% (1.2-7.8). **Conclusion:** DE was a common extraesophageal manifestation of GERD patients in the study, presented in posterior

¹Bệnh viện Nguyễn Trãi

²Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh

Chịu trách nhiệm chính: Trần Thu Thủy

Email: tranthuthuy@ump.edu.vn

Ngày nhận bài: 8.7.2022

Ngày phản biện khoa học: 26.8.2022

Ngày duyệt bài: 8.9.2022

teeth both of jaws. Patients with GERD need to be examined, consulted for DE prevention and timely intervention.

Key words: Dental erosion, gastroesophageal reflux disease.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Mòn ngót răng do acid (MNR) là tình trạng mất chất mô răng không hoàn nguyên do acid hay chất chelat mà không phải do sâu răng. MNR khởi phát âm thầm, giai đoạn đầu không có triệu chứng nên thường dễ bị bỏ qua, không được nhận diện và chẩn đoán nên việc can thiệp ít được thực hiện ở giai đoạn sớm. MNR thường chỉ được chú ý khi mất chất mô răng đã tiến triển đến mức gây ra các triệu chứng ảnh hưởng chức năng ăn nhai hoặc thẩm mỹ của bệnh nhân. Ở giai đoạn MNR đã tiến triển nặng, điều trị triệu chứng và phục hồi chức năng đều trở nên phức tạp và tốn kém.

Bệnh trào ngược dạ dày thực quản (TNDD-TQ) là tình trạng trào ngược mãn tính dịch dạ dày lên thực quản, xoang miệng hay phổi. TNDD-TQ hiện trở nên phổ biến trên thế giới với tỷ lệ tăng dần, ước tính ảnh hưởng tới 20% dân số toàn thế giới [1]. Tuy không đe dọa tính mạng nhưng TNDD-TQ ảnh hưởng tới chất lượng cuộc sống (liên quan đến sức khoẻ) của người bệnh. Do dịch dạ dày thường có pH <2 nên TNDD-TQ được cho là một trong các yếu tố nguy cơ của MNR [2]. Tương ứng, MNR được xếp trong nhóm những triệu chứng không điển hình của TNDD-TQ. Khi khám thấy có biểu hiện MNR thì bác sĩ Răng Hàm Mặt thường nghĩ đến khả năng bệnh nhân (BN) bị TNDD-TQ, đặc biệt trên những BN bị TNDD-TQ âm thầm.

Các báo cáo dịch tễ học cho thấy tỷ lệ TNDD-TQ ở châu Á thấp hơn so với châu Âu và Mỹ, tuy nhiên tỷ lệ bệnh ở châu Á có xu hướng gia tăng do thay đổi lối sống và chế độ ăn [1]. Nghiên cứu MNR nói chung và MNR ở bệnh nhân TNDD-TQ tại Việt Nam còn khá ít. Liệu tình trạng MNR có là triệu chứng phổ biến ở bệnh nhân TNDD-TQ không và mức độ trầm trọng của tình trạng MNR như thế nào? Vì vậy chúng tôi thực hiện nghiên cứu tại bệnh viện Nguyễn Trãi Tp.HCM nhằm mục đích "Xác định tỉ lệ, mức độ trầm trọng và một số yếu tố liên quan đến MNR do acid ở bệnh nhân TNDD-TQ".

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Thiết kế nghiên cứu: Cắt ngang mô tả

Dân số chọn mẫu: Bệnh nhân TNDD-TQ tuổi từ đủ 18-70 đến khám và điều trị tại Khoa Nội soi, Khoa Nội Tiêu hóa và Khoa Khám bệnh,

Phòng khám Răng Hàm Mặt bệnh viện Nguyễn Trãi Tp. HCM.

Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu: Cỡ mẫu được tính theo công thức ước lượng 1 tỉ lệ với $p=51\%$ là tỷ lệ MNR ở BN bị TNDD-TQ trong nghiên cứu của Nguyễn Thu Thủy (2014) [3] → $n=169$. Chọn mẫu thuận tiện, toàn bộ BN đến khám và điều trị bệnh TNDD-TQ tại bệnh viện Nguyễn Trãi Tp. HCM từ tháng 11/2021-6/2022 thỏa tiêu chí chọn mẫu.

Tiêu chuẩn chọn vào: BN từ đủ 18-70 tuổi đến khám và điều trị tại bệnh viện Nguyễn Trãi, được bác sĩ chuyên khoa chẩn đoán xác định bệnh TNDD-TQ. BN đồng ý tham gia nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại ra: BN có tiền sử chấn thương hàm mặt, răng dị dạng, thiếu sản men, có tật nghiến răng. BN bị rối loạn tâm thần, không kiểm soát được hành vi. BN không tự đọc viết được.

Phương pháp thu thập số liệu: BN có triệu chứng tiêu hoá sẽ được chẩn đoán bệnh TNDD-TQ bằng bộ câu hỏi GerdQ do bệnh nhân tự điền, chẩn đoán xác định TNDD-TQ khi GerdQ ≥ 6 [4]. BN TNDD-TQ đồng ý tham gia nghiên cứu được khám đánh giá MNR tại phòng khám Khoa Răng Hàm Mặt thực hiện bởi 3 bác sĩ chuyên khoa I Răng Hàm Mặt đã được tập huấn. Bảng câu hỏi khảo sát các yếu tố liên quan do BN tự điền.

Khám MNR: sử dụng chỉ số BEWE [5]. Mức độ trầm trọng của MNR theo phân loại của Barlett (2008): BEWE ≤ 2 : không mòn, BEWE = 3 - 8: mòn nhẹ, BEWE = 9 - 13: mòn vừa, BEWE ≥ 14 : mòn nặng.

Xử lý và phân tích số liệu: nhập liệu bằng Epidata 3.1 và xử lý bằng Stata 13.0. Sử dụng phép kiểm chi bình phương, kiểm định chính xác Fisher và mô hình hồi quy logistic phân tích đa biến xác định các yếu tố liên quan đến MNR. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê khi $p < 0,05$ với KTC 95%.

Y đức: Nghiên cứu được Hội đồng đạo đức ĐHYD TP.HCM chấp thuận (QĐ số 494/HĐĐĐ-ĐHYD ngày 18/10/2021). Người tham gia tự nguyện và thông tin cá nhân được bảo mật, chỉ phục vụ cho nghiên cứu.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

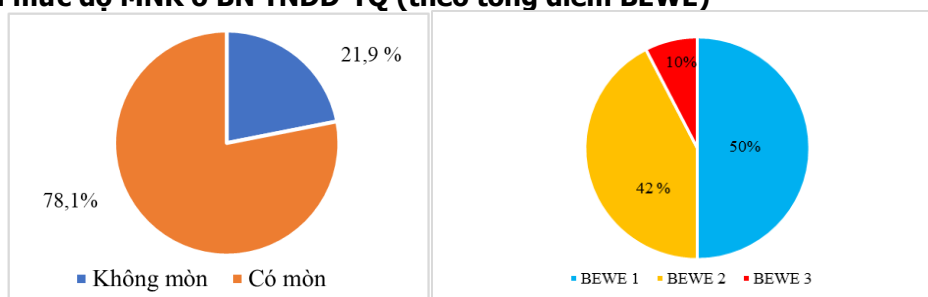
Đặc điểm của mẫu nghiên cứu. Mẫu nghiên cứu có độ tuổi trung bình khá cao ($56,0 \pm 10,6$ tuổi), nữ nhiều hơn nam, hầu hết ở tại Tp.HCM. Người đã nghỉ hưu chiếm 40,8%. Trình độ học vấn \leq cấp 1 chiếm 12,4%. Có 22,5% đối tượng nghiên cứu là người phụ thuộc và 31,4% có thu nhập dưới 5 triệu/tháng (Bảng 1)

Bảng 1. Đặc điểm mẫu nghiên cứu (n=169)

Đặc tính	Tần số (n)	Tỉ lệ (%)
Nhóm tuổi	TB ± ĐLC: 56,0 ± 10,6	NN-LN (27-70)
≤40 tuổi	15	8,8
41-<60 tuổi	77	45,6
≥60 tuổi	77	45,6
Giới tính		
Nam	55	32,5
Nữ	114	67,5
Nơi ở		
TP.HCM	162	95,9
Các tỉnh/thành khác	7	4,1
Nghề nghiệp		
Công chức, viên chức,	28	16,6

nhân viên văn phòng		
Nội trợ	26	15,4
Lao động chân tay	28	16,6
Hưu trí	69	40,8
Khác	18	10,6
Trình độ học vấn		
≤Cấp 1	21	12,4
Cấp 2	35	20,7
Cấp 3	51	30,2
>Cấp 3	62	36,7
Thu nhập bình quân 1 tháng		
Phụ thuộc	38	22,5
Dưới 5 triệu	53	31,4
5-10 triệu	65	38,5
>10 triệu	13	7,7

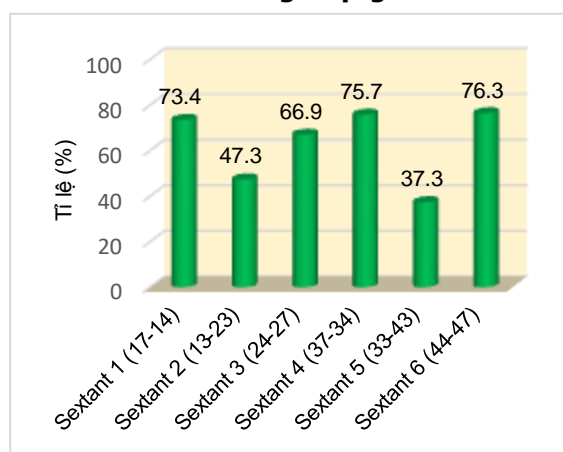
Tỉ lệ và mức độ MNR ở BN TNDD-TQ (theo tổng điểm BEWE)



Biểu đồ 1. Tỉ lệ và các mức độ MNR theo BEWE (n=169)

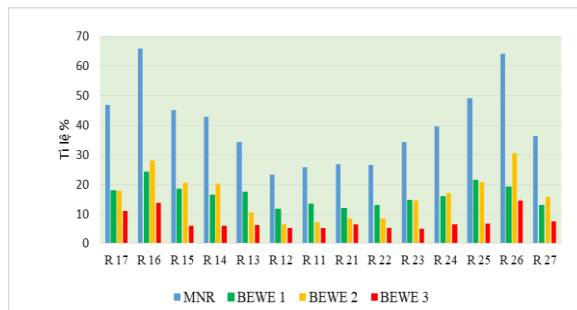
Tỉ lệ MNR trên BN bị TNDD-TQ là 78,1%, trong đó ở mức độ nhẹ (50%) ở mức độ mòn vừa (42%) và mòn nặng (8%) (Biểu đồ 1)

Phân bố MNR trong miệng

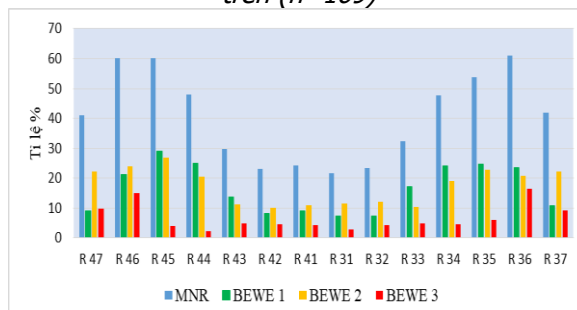


Biểu đồ 2. Phân bố mức độ MNR theo sextant (n=169)

MNR phân bố nhiều nhất ở vùng răng sau hàm dưới, rồi đến vùng răng sau hàm trên. Vùng răng cửa hàm dưới có tỷ lệ MNR thấp nhất (Biểu đồ 2).



Biểu đồ 3a. Phân bố và mức độ MNR ở hàm trên (n=169)



Biểu đồ 3b. Phân bố và mức độ MNR ở hàm dưới (n=169)

MNR phổ biến nhất ở răng cối lớn thứ nhất (hàm trên và dưới) rồi đến răng cối nhỏ hàm dưới, răng cối nhỏ hàm trên, răng cối lớn thứ 2 (45-66%). Tỷ lệ MNR ở răng trước (21-34%) thấp đáng kể so với răng sau ($p < 0,05$). Răng cối lớn thứ nhất có tỉ lệ mòn nặng (BEWE 3) nhiều nhất (14-17%) ở cả 2 hàm, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. (Biểu đồ 3a, 3b)

Các yếu tố liên quan đến MNR do acid trên bệnh nhân TNDD-TQ

Bảng 2. Mối liên quan giữa các đặc điểm của mẫu với MNR - phân tích đơn biến ($n=169$)

Các đặc điểm	Mòn ngót răng		P
	Có (n=132) n (%)	Không (n=37) n (%)	
Nhóm tuổi			
≤40 tuổi	9 (60,0)	6 (40,0)	0,04*
41-<60 tuổi	57 (74,0)	20 (26,0)	
≥60 tuổi	66 (85,7)	11 (14,3)	
Giới tính			
Nam	43 (78,2)	12 (21,8)	0,98*
Nữ	89 (78,1)	25 (21,9)	
Nơi ở			
TP.HCM	125 (77,2)	37 (22,8)	0,34**
Các tỉnh/thành khác	7 (100,0)	0 (0,0)	
Nghề nghiệp			
Công chức, viên chức, nhân viên văn phòng	18 (64,3)	10 (35,7)	0,01*
Nội trợ	18 (69,2)	8 (30,8)	
Lao động chân tay	23 (82,1)	5 (17,9)	
Hưu trí	62 (89,9)	7 (10,1)	
Khác (kinh doanh, buôn bán)	11 (61,1)	7 (38,9)	
Trình độ học vấn			
≤Cấp 1	15 (71,4)	6 (28,6)	0,70*
Cấp 2	26 (74,3)	9 (25,7)	
Cấp 3	42 (82,3)	9 (17,7)	
>Cấp 3	49 (79,0)	13 (21,0)	
Thu nhập bình quân 1 tháng			
Phụ thuộc	28 (73,7)	10 (26,3)	0,47*
Dưới 5 triệu	45 (84,9)	8 (15,1)	
5-10 triệu	50 (76,9)	15 (23,1)	
>10 triệu	9 (69,2)	4 (30,8)	
Lạm dụng rượu bia			
Không	131 (78,9)	35 (21,1)	0,12**
Có	2 (33,3)	2 (66,7)	

*Kiểm định chi bình phương, **Kiểm định chính xác Fisher

Có mối liên quan giữa nhóm tuổi, nghề nghiệp với MNR ($p < 0,05$). Tuy nhiên, không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa giới tính, nơi ở, trình độ học vấn, thu nhập, lạm dụng rượu bia với MNR qua phân tích đơn biến ($p > 0,05$) (Bảng 2).

Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa các triệu chứng, tần suất và thời gian mắc bệnh TNDD-TQ với MNR qua phân tích đơn biến ($p > 0,05$) (Bảng 3)

Phân tích đa biến cho thấy các yếu tố liên quan đến MNR gồm nghề nghiệp và khó thở với $p < 0,05$. Người hưu trí có MNR cao hơn 4,4 lần so với công chức, viên chức, nhân viên văn phòng, OR=4,4, KTC95% (1,1-19,0). Những người có triệu chứng khó thở bị MNR cao hơn 3 lần so với người không có triệu chứng này, OR=3,0 KTC95% (1,2-7,8) (Bảng 4).

Bảng 3. Mối liên quan giữa các triệu chứng, tần suất và thời gian bệnh TNDD-TQ với MNR - phân tích đơn biến, ($n=169$)

Các yếu tố	Mòn ngót răng		P
	Có (n=132) n (%)	Không (n=37) n (%)	
Ợ chua			
Không	6 (75,0)	2 (25,0)	1,00**
Có	126 (78,3)	35 (21,7)	
Nóng rát ở ngực			
Không	9 (81,8)	2 (18,2)	1,00**
Có	123 (77,8)	35 (22,2)	
Ợ hơi			
Không	64 (85,3)	11 (14,7)	0,04*
Có	68 (72,3)	26 (27,7)	
Buồn nôn			
Không	80 (81,6)	18 (18,4)	0,19*
Có	52 (73,2)	19 (26,8)	
Đau ngực			
Không	88 (78,6)	24 (21,4)	0,83*
Có	44 (77,2)	13 (22,8)	
Khó thở			
Không	87 (75,0)	29 (25,0)	0,14*
Có	45 (84,9)	8 (15,1)	
Đau vùng bụng trên			
Không	97 (79,5)	25 (20,5)	0,47*
Có	35 (74,5)	12 (25,5)	
Ho kéo dài			
Không	106 (76,8)	32 (34,8)	0,39*
Có	26 (83,9)	5 (16,1)	
Tần suất bị TNDD-TQ			
Hàng ngày	82 (78,1)	23 (21,9)	0,17*
Hàng tuần	35 (85,4)	6 (14,6)	
Hàng tháng	15 (65,2)	8 (74,8)	
Thời gian có triệu chứng TNDD-TQ			
<3 tháng	18 (78,3)	5 (21,7)	0,5
3-12 tháng	32 (72,7)	12 (27,3)	
>12 tháng	82 (80,4)	20 (19,6)	

*Kiểm định chi bình phương, **Kiểm định chính xác Fisher

Bảng 4. Các yếu tố liên quan đến MNR do acid trên BN bị TNDD-TQ (phân tích đa biến - Mô hình hồi quy logistic), (n=169)

Các yếu tố	Mòn ngọt răng		p	OR (KTC 95%)
	Có (n=132) n (%)	Không (n=37) n (%)		
Nhóm tuổi				
≤40 tuổi	9 (60,0)	6 (40,0)		1
41-<60 tuổi	57 (74,0)	20 (26,0)	0,35	1,8 (0,5-6,4)
≥60 tuổi	66 (85,7)	11 (14,3)	0,26	2,0 (0,4-9,3)
Nghề nghiệp				
Công chức, viên chức, nhân viên văn phòng	18 (64,3)	10 (35,7)		1
Nội trợ	18 (69,2)	8 (30,8)	0,82	1,2 (0,3-4,2)
Lao động chân tay	23 (82,1)	5 (17,9)	0,17	2,4 (0,7-8,9)
Hưu trí	62 (89,9)	7 (10,1)	0,04	4,4 (1,1-19,0)
Khác	11 (61,1)	7 (38,9)	0,82	0,9 (0,2-3,1)
Ợ hơi				
Không	64 (85,3)	11 (14,7)		1
Có	68 (72,3)	26 (27,7)	0,06	0,4 (0,2-1,0)
Khó thở				
Không	87 (75,0)	29 (25,0)	0,02	1
Có	45 (84,9)	8 (15,1)		3,0 (1,2-7,8)

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu thực hiện trên 169 BN bị TNDD-TQ có độ tuổi trung bình $56,0 \pm 10,6$ tuổi, nữ chiếm 67,5%, và 95,9% ở tại Tp.HCM. Kết quả phù hợp với tuổi trung bình của các BN được chẩn đoán mắc bệnh TNDD-TQ đến khám tại bệnh viện Nguyễn Trãi theo báo cáo năm 2021 của bệnh viện ($60,8 \pm 13,2$ tuổi), nữ nhiều hơn nam gấp 2 lần và hầu hết ở tại Tp.HCM [6]. Tương đồng với nghiên cứu của Roesch-Ramos (2014) với tuổi trung bình ở nhóm bệnh nhân bị bệnh TNDD-TQ là $50,9 \pm 13,5$ tuổi, nữ cao hơn nam 2,3 lần [2]. Ngoài ra, kết quả của chúng tôi còn cho thấy phần lớn đối tượng nghiên cứu là hưu trí (40,8%), 12,4% có trình độ học vấn ≤ cấp 1 và 22,5% là người phụ thuộc không có thu nhập.

Tỉ lệ và các mức độ MNR trên bệnh nhân bị TNDD-TQ. Tỉ lệ MNR trong nghiên cứu của chúng tôi là 78,1%. Kết quả này cao hơn Nguyễn Thu Thủy (2014) thực hiện trên 100 BN bị bệnh TNDD-TQ (18-30 tuổi) tại bệnh viện Bạch Mai, MNR được đánh giá theo chỉ số BEWE với 51% [3]. Tương đồng với Roesch-Ramos (2014) thực hiện trên 60 người bệnh TNDD-TQ và 60 người khỏe mạnh (≥ 18 tuổi) tại Mexico, với tiêu chuẩn đánh giá MNR theo Eccles và Jenkins cho thấy tỉ lệ MNR ở nhóm bệnh TNDD-TQ là 76,7% [2]. Theo nghiên cứu của Ortiz và cộng sự (2021) phân tích tổng hợp trên 17 nghiên cứu từ năm 2013-2020, cho thấy tỉ lệ MNR trên nhóm bệnh TNDD-TQ dao động từ 14,4% đến 98,1% [7]. Các nghiên cứu có sự khác nhau về tỉ lệ MNR có

thể do địa điểm, độ tuổi và tiêu chuẩn đánh giá khác nhau, nhưng cũng đều cho thấy tình trạng MNR trên BN bị TNDD-TQ rất đáng quan tâm. Nhiều nghiên cứu cho thấy bệnh TNDD-TQ là một trong các yếu tố nguy cơ dẫn đến MNR và tỉ lệ MNR ở nhóm bệnh TNDD-TQ cao hơn đáng kể so với nhóm không bị bệnh TNDD-TQ [2].

Mức độ trầm trọng mòn ngọt răng. Trong nghiên cứu chúng tôi MNR mức độ nhẹ chiếm 50%, mòn vừa (42%) và mòn nặng (8%). Tỉ lệ MNR vừa và nặng trong nghiên cứu của chúng tôi cao hơn Nguyễn Thu Thủy (2014) với mòn nhẹ là 90,2%, mòn vừa là 9,8%, nặng 0% [3]. Sự khác biệt có thể do độ tuổi trong nghiên cứu của Nguyễn Thu Thủy (18-30 tuổi) thấp hơn nghiên cứu của chúng tôi (27-70 tuổi) và thời gian mắc bệnh TNDD-TQ (27% BN >12 tháng) ngắn hơn nghiên cứu chúng tôi (60,4% BN >12 tháng). Mức độ MNR của chúng tôi tương đồng với nghiên cứu của Roesch-Ramos (2014) với nhẹ là 54,3% nhưng cao hơn ở mức độ vừa 30,4% và thấp hơn ở mức độ nặng 15,3% [2].

Chúng tôi ghi nhận MNR phân bố nhiều ở các răng vùng răng sau (sextant 17-14, 37-34 và 44-47). Các răng sau hai hàm trừ răng 27, 37 bị MNR nhiều hơn so với các răng cửa ở cả hai hàm ($p < 0,05$), trong đó cối lớn thứ nhất có tỉ lệ mòn nặng (BEWE 3) nhiều nhất ($p < 0,05$). Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Nguyễn Thu Thủy (2014) ghi nhận MNR nhiều nhất ở răng cối lớn thứ nhất [3].

Các yếu tố liên quan đến MNR trên bệnh

nhân TNDD-TQ. Kết quả phân tích mô hình hồi quy đa biến cho thấy những người đã về hưu có tỉ lệ bị mòn răng cao hơn gấp 4,4 lần so với công chức, viên chức, nhân viên văn phòng với OR=4,4, KTC95% (1,1-19,0) (Bảng 4). Đồng thời, phân tích cũng cho thấy những người có triệu chứng khó thở bị MNR cao hơn 3 lần so với người không có triệu chứng này, OR=3,0 KTC95% (1,2-7,8). Theo nghiên cứu của Harding (2001), BN hen suyễn có các triệu chứng bệnh TNDD-TQ như viêm thực quản nặng hơn, làm cho răng tăng tiếp xúc với acid thực quản nhiều hơn, và có thể đây cũng là lý do gây MNR nhiều hơn [8]. Ngoài ra, việc sử dụng thuốc hen suyễn cũng được chứng minh là một yếu tố thúc đẩy tiến triển của bệnh TNDD-TQ.

V. KẾT LUẬN

Tỉ lệ MNR trên bệnh nhân bị TNDD-TQ khá cao, xảy ra nhiều nhất ở các răng sau của cả hai hàm và nặng nhất ở răng cối lớn thứ nhất. Bệnh nhân bị TNDD-TQ cần được khám, tư vấn dự phòng MNR và can thiệp kịp thời.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bartlett DW, Lussi A, West NX, et al.** Prevalence of tooth wear on buccal and lingual surfaces and

possible risk factors in young European adults. *Journal of Dentistry*. 2013; pp. 1007-1013.

2. **Roesch-Ramos L, Roesch-Dietlen F, Remes-Troche JM, et al.** Dental erosion, an extraesophageal manifestation of gastroesophageal reflux disease. The experience of a center for digestive physiology in Southeastern Mexico. *National Library of Medicine*. 2014; 106(2):pp. 92-97.
3. **Nguyễn Thu Thủy.** Nhận xét mòn răng ở bệnh nhân trào ngược dạ dày thực quản. Đại học Y Hà Nội; 2014.
4. **Quách Trọng Đức, Hồ Xuân Linh.** Giá trị của bộ câu hỏi GERDQ trong chẩn đoán các trường hợp bệnh trào ngược dạ dày thực quản có hội chứng thực quản. *Y học Thành phố Hồ Chí Minh*. 2012;16(1):tr. 15-22.
5. **Bartlett D, Ganss C, Lussi A, et al.** Basic Erosive Wear Examination (BEWE): a new scoring system for scientific and clinical needs. *Clin Oral Invest*. 2008;12(1):pp. 65 – 68.
6. **Bệnh Viện Nguyễn Trãi.** Báo cáo số liệu khám bệnh nội trú và ngoại trú bệnh được chẩn đoán là trào ngược dạ dày thực quản năm 2021.
7. **Ortiz ADC, Fideles SOM, Pomini KT, et al.** Update in association of gastroesophageal reflux disease and dental erosion: system review. *Expert review of Gastroenterology & Hepatology*. 2021:pp. 1-10.
8. **Harding SM.** Gastroesophageal reflux, asthma, and mechanisms of interaction. *Am J Med*. 2001;111(8A):pp. 8S-12S.

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG HÀNH VI TỰ SÁT Ở NGƯỜI BỆNH UNG THƯ PHỔI ĐIỀU TRỊ NỘI TRÚ TẠI TRUNG TÂM Y HỌC HẠT NHÂN VÀ UNG BƯỚU – BỆNH VIỆN BẠCH MAI

Phạm Quang Hưng¹, Lê Thị Thu Hà^{1,2}, Nguyễn Văn Tuấn^{1,2}

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng hành vi tự sát ở người bệnh ung thư phổi. **Đối tượng và phương pháp:** Mô tả cắt ngang 256 người bệnh ung thư phổi đang điều trị nội trú tại Trung tâm Y học hạt nhân và Ung bướu – Bệnh viện Bạch Mai từ tháng 8/2021 đến tháng 4/2022. **Kết quả:** Đối tượng nghiên cứu chủ yếu là nam (76,6%), độ tuổi trung bình 61,11 ± 10,39, trong đó có 8,2% người bệnh có ý tưởng tự sát khoảng 2–5 lần/tuần (tần suất = 2,86 ± 1,32), những ý tưởng tự sát này tồn tại trong thời gian dưới 1 giờ hoặc chỉ một chút thời gian của người bệnh (thời gian tồn tại = 2,29 ± 1,15). Không có người bệnh nào có

toan tự sát. **Kết luận:** Ý tưởng tự sát là phổ biến ở bệnh ung thư phổi, điều này tiềm ẩn một tỉ lệ không nhỏ tự sát hoàn thành của nhóm người bệnh ung thư phổi điều trị nội trú. Yêu cầu đặt ra cho các nhà chăm sóc sức khỏe và các nhà hoạch định chính sách là cần phải phát hiện sớm những người bệnh có nguy cơ tự sát và tăng cường điều trị các rối loạn tâm thần trong các bệnh viện.

Từ khóa: tự sát, ý tưởng tự sát, ung thư phổi.

SUMMARY

CLINICAL FEATURES OF SUICIDAL BEHAVIORS IN LUNG CANCER INPATIENTS AT THE NUCLEAR MEDICINE AND ONCOLOGY CENTER – BACH MAI HOSPITAL

Objectives: The aim of this study is to describe the clinical features of suicidal behaviors in patients with lung cancer. **Subjects and research methods:** Descriptive cross-sectional study of 256 lung cancer inpatients at The Nuclear Medicine and Oncology center in Bach Mai Hospital from August 2021 to April 2022. **Results:** Studying subjects are mainly male

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Viện Sức khỏe Tâm thần

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Quang Hưng

Email: americatho@gmail.com

Ngày nhận bài: 11.7.2022

Ngày phản biện khoa học: 29.8.2022

Ngày duyệt bài: 9.9.2022