

mở với tỷ lệ 81,3%. 60,4% bệnh nhân có tầm vận động khớp vai sau mổ đạt kết quả tốt. Phẫu thuật kết hợp xương đầu trên xương cánh tay là một phương pháp điều trị tốt với 58,3% bệnh nhân cho kết quả chung tốt.

#### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Đặng Nhật Anh**, Đánh giá kết quả điều trị gãy kín đầu trên xương cánh tay ở người lớn bằng nẹp vít khóa tại bệnh viện hữu nghị Việt Tiệp. Luận văn thạc sĩ y học, 2018.
2. **Nguyễn Đức Vương**, Nghiên cứu đặc điểm tổn thương giải phẫu và kết quả điều trị gãy đầu trên xương cánh tay bằng nẹp khóa, Luận án Tiến sĩ y học, Học viện quân y, 2021.
3. **Phạm Anh Tuấn**, Kết quả phẫu thuật kết hợp xương bằng nẹp vít điều trị gãy kín đầu trên xương cánh tay tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức,

Luận văn tốt nghiệp bác sĩ nội trú, Đại học Thái Nguyên, 2020.

4. **Kiran Kumar, Sharma Gaurav, Sharma Vijay, Jain Vaibhav, Farooque Kamran, and Morey Vivek**, Surgical treatment of proximal humerus fractures using PHILOS plate, J Chinese journal of traumatology, 2014, 17(5): p. 279-28.
5. **Kumar Anshuman and Patnaik Gourishankar**, A comparative study of closed reduction and fixation with percutaneous k-wires versus open reduction and internal fixation with philos plate for proximal humerus fractures in the elderly, J International Journal of Orthopaedics, 2018, 4(3): p.398-407.
6. **Walsh. S, Reindl. R, Harvey E, et al**, Biomechanical comparison of a unique locking plate versus a standard plate for internal fixation of proximal humerus fractures in a cadaveric model, Clinical biomechanics (Bristol, Avon), 2007, 21: 1027-31.

## KHẢO SÁT ĐỘ DÀY NIÊM MẠC KHẨU CÁI CỨNG CỦA NGƯỜI BỆNH ĐIỀU TRỊ TẠI BỆNH VIỆN RĂNG HÀM MẶT THÀNH PHỐ HỒ CHÍ MINH NĂM 2022

Nguyễn Thị Thảo Vân<sup>1</sup>, Võ Huỳnh Trang<sup>2</sup>, Lê Nguyên Lâm<sup>2</sup>

#### TÓM TẮT

**Đặt vấn đề:** Niêm mạc khẩu cái cứng là vùng thường được sử dụng để lấy mảnh ghép mô liên kết. Độ dày mảnh ghép mô liên kết thu thập được có vai trò quan trọng quyết định khả năng tồn tại của mảnh ghép, cách thức lành thương và kết quả lâm sàng của các phẫu thuật nướu - niêm mạc. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu cắt ngang mô tả trên các bệnh nhân điều trị tại Bệnh viện Răng Hàm Mặt thành phố Hồ Chí Minh, từ tháng 5/2022 đến tháng 9/2022. **Mục tiêu:** Xác định độ dày niêm mạc khẩu cái cứng của người trưởng thành bằng CT Cone Beam tại các răng 3, 4, 5, 6, 7 với các vị trí cách đường viền nướu 2mm, 5mm, 8mm. **Kết quả:** Nghiên cứu cho thấy độ dày trung bình niêm mạc khẩu cái cứng tại vị trí răng 3 ( $3,25 \pm 0,57$ ), răng 4 ( $3,37 \pm 0,68$ ), răng 5 ( $3,21 \pm 0,88$ ) cao hơn vị trí răng 6 ( $2,88 \pm 0,58$ ) và vị trí răng 7 ( $2,92 \pm 0,84$ ), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ( $p=0,001$ ). Bên cạnh đó, độ dày niêm mạc khẩu cái lớn nhất tại vị trí 8mm răng 3 ( $3,85 \pm 0,64$ ). Độ dày niêm mạc khẩu cái nhỏ nhất tại vị trí 5mm răng 7 ( $2,40 \pm 0,782$ ). Các vị trí có độ dày niêm mạc khẩu cái lớn hơn 3mm là vị trí 5mm, 8mm của R3; vị trí 8mm của răng 4; vị trí 5mm, 8mm của răng 5; vị trí 8mm của răng 6, 7. **Kết luận:** Chụp cắt lớp điện toán

chùm tia hình nón có thể được sử dụng như là một phương tiện không xâm lấn để xác định chính xác và đồng nhất độ dày niêm mạc khẩu cái cứng với sự trợ giúp của máy chụp phim. Vùng thích hợp nhất để lấy mảnh ghép mô liên kết là vùng răng 3, răng 4, răng 5.

**Từ khóa:** Niêm mạc khẩu cái, CBCT, Bệnh viện Răng Hàm Mặt thành phố Hồ Chí Minh.

#### SUMMARY

#### SURVEY ON THE MUCOSA HARD PALATE OF THE PATIENTS TREATMENT AT HOSPITAL OF ODONTO-STOMATOLOGY HO CHI MINH CITY IN 2023

**Background:** The mucosa hard palatine is the commonly used area for grafting of connective tissue. The thickness of the collected connective tissue graft has an important role in determining the viability of the graft, the healing method and the clinical outcome of the gingival-mucosal surgery. **Materials and Methods:** a descriptive cross-sectional study was conducted on patients treated at the Ho Chi Minh City Odonto-Stomatology Hospital, from May 2022 to September 2022. **Objectives:** Determine the thickness of the adult hard palate by CT Cone Beam at teeth 3,4,5,6,7 with positions 2mm, 5mm, 8mm away from the gum line. **Results:** The study showed that the average thickness of the hard palate mucosa at tooth 3 ( $3.25 \pm 0.57$ ), tooth 4 ( $3.37 \pm 0.68$ ), tooth 5 ( $3.21 \pm 0.88$ ) is higher than tooth position 6 ( $2.88 \pm 0.58$ ) and tooth position 7 ( $2.92 \pm 0.84$ ), the difference is statistically significant ( $p=0.001$ ). Besides, the thickness of the palatal mucosa is greatest at the position of 8mm tooth 3 ( $3.85 \pm 0.64$ ).

<sup>1</sup>Bệnh viện Răng Hàm Mặt Thành phố Hồ Chí Minh

<sup>2</sup>Trường Đại học Y Dược Cần Thơ

Chịu trách nhiệm chính: Lê Nguyên Lâm

Email: lenguyenlam@ctump.edu.vn

Ngày nhận bài: 2.6.2023

Ngày phản biện khoa học: 18.7.2023

Ngày duyệt bài: 4.8.2023

The thickness of the palatal mucosa is the smallest at the position of 5mm of tooth 7 ( $2.40 \pm 0.782$ ). The sites with palatal mucosal thickness greater than 3mm are the 5mm, 8mm positions of R3; 8mm position of tooth 4; position 5mm, 8mm of tooth 5; 8mm position of teeth 6, 7. **Conclusion:** cone-beam computed tomography can be used as a non-invasive means to accurately and uniformly determine the thickness of the hard palate mucosa with the help of a film trough. The most suitable area to take a connective tissue graft is tooth 3, tooth 4, tooth 5.

**Keywords:** palatal mucosa, CBCT, Ho Chi Minh City Odonto-Stomatology Hospital.

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Độ dày màng ghép mô liên kết thu thập được có vai trò quan trọng quyết định khả năng tồn tại của màng ghép, cách thức lành thương và kết quả lâm sàng của các phẫu thuật nướu - niêm mạc. Độ dày màng ghép cũng giúp xác định phương pháp điều trị thích hợp và tiên lượng, do màng ghép có độ dày nhỏ hơn 0,7mm có khuynh hướng bị co với mức độ lớn. Vùng niêm mạc khẩu cái dự định thực hiện thủ thuật lấy mảnh ghép mô liên kết phải có độ dày ít nhất 3mm để đảm bảo thành công của thủ thuật ghép mô mềm. Do đó, xác định được độ dày niêm mạc khẩu cái là việc cần thiết khi thực hiện các thủ thuật lấy mảnh ghép mô liên kết ở vùng khẩu cái [1].

Đã có nhiều nghiên cứu trên thế giới về độ dày niêm mạc khẩu cái cứng, các nghiên cứu này có thể được phân loại dựa trên phương pháp đo độ dày niêm mạc khẩu cái là xâm lấn hoặc không xâm lấn. Trong đó thăm dò xương bằng cách sử dụng cây đo tủy nha chu là phương pháp thường sử dụng nhất để đo độ dày niêm mạc khẩu cái, phương pháp này thường chỉ được dùng sau khi gây tê ngay trước khi thực hiện phẫu thuật lấy mảnh ghép nhằm tránh việc gây tê bệnh nhân nhiều lần, gây đau đớn cho bệnh nhân. Tuy nhiên, trên lâm sàng trong một số trường hợp khi thăm dò sẽ phát hiện không đủ độ dày niêm mạc khẩu cái, dẫn đến việc phải thay đổi kế hoạch điều trị, kéo dài thời gian điều trị. Ngoài ra sử dụng trám nội nha có thể gây ra sai số khi đo đạc [1]. Năm 2021, Shen và cộng sự tiến hành đo độ dày niêm mạc khẩu cái trên 146 người trưởng thành Trung Quốc bằng cách chụp phim cắt lớp điện toán chùm tia hình nón (Cone Beam Computerized Tomography: CBCT) đối tượng nghiên cứu và đo đạc trên phim CBCT tại các vị trí cách đường viền nướu lần lượt là 3, 6, 9, 12 mm. Nghiên cứu cho thấy độ dày niêm mạc khẩu cái cứng tại các vị trí răng nanh răng cối nhỏ thứ nhất và răng cối lớn thứ nhất bị ảnh hưởng bởi

các yếu tố tuổi tác và hình dạng khẩu cái, tại nhóm răng cối nhỏ thứ hai bị ảnh hưởng bởi yếu tố tuổi tác, và tại nhóm răng cối lớn thứ hai là hình dạng khẩu cái [2].

Như vậy, đo niêm mạc khẩu cái sử dụng CBCT có thể là một phương pháp cho kết quả đáng tin cậy và mang tính khả thi trên lâm sàng và có nhiều ưu điểm hơn so với các phương pháp đo khác. Nghiên cứu tiến hành ứng dụng CBCT trong đo độ dày niêm mạc khẩu cái cho người bệnh tại Bệnh viện Răng Hàm Mặt thành phố Hồ Chí Minh (TP.HCM) có ý nghĩa về mặt thực tiễn điều trị nhằm xác định được độ dày niêm mạc khẩu cái từ đó góp phần giúp các nhà lâm sàng thực hiện các thủ thuật lấy mảnh ghép mô liên kết ở vùng khẩu cái một cách chính xác.

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

### 2.1. Đối tượng nghiên cứu

**Đối tượng nghiên cứu:** Bệnh nhân là người trưởng thành đang điều trị tại Bệnh viện Răng Hàm Mặt, TP.HCM

**Tiêu chuẩn chọn mẫu:** Người bệnh từ 18 đến 45 tuổi, có đủ răng vùng răng nanh đến răng cối lớn thứ hai hàm trên ở hai bên, sức khỏe mô nha chu khỏe mạnh. Đồng ý tham gia nghiên cứu.

**Tiêu chuẩn loại trừ:** các bệnh nhân có thói quen hút thuốc lá; tiền sử có phẫu thuật vùng khẩu cái; có bệnh lý vùng khẩu cái trong quá khứ hoặc hiện tại; đang mang phục hình tháo lắp hoặc khí cụ chỉnh nha ở hàm trên; vùng răng nanh đến răng cối lớn thứ hai hàm trên bị chen chúc nặng, răng có vị trí lệch lạc nhiều hoặc vùng răng bị thưa; phụ nữ đang mang thai.

### 2.2. Phương pháp nghiên cứu

**Thiết kế nghiên cứu:** Nghiên cứu cắt ngang mô tả.

**Cỡ mẫu:** có tổng 50 bệnh nhân đã tham gia trong nghiên cứu.

**Phương pháp chọn mẫu:** chọn mẫu thuận tiện tất cả bệnh nhân đến khám tại khoa Khám, Bệnh viện Răng Hàm Mặt TPHCM trong thời gian từ tháng 05/2022 đến tháng 09/2022 thỏa mãn tiêu chuẩn chọn mẫu và đồng ý tham gia nghiên cứu.

### Nội dung nghiên cứu

- Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu: giới tính, độ tuổi.

- Độ dày niêm mạc khẩu cái cứng: có 3 nội dung được khảo sát bao gồm:

+ Độ dày trung bình niêm mạc khẩu cái cứng theo từng phần hàm (n=50)

+ Giá trị p khi so sánh độ dày trung bình niêm mạc khẩu cái cứng tại các vị trí răng 3, 4,

5, 6, 7 (n=1500)

+ Trung bình độ dày niêm mạc khẩu cái tại các vị trí đo trên hình ảnh CBCT

**Phương pháp thu thập và xử số liệu:**

- Phương pháp đo niêm mạc khẩu cái cứng:

Tất cả đối tượng nghiên cứu sẽ được khám ghi nhận các yếu tố dịch tễ và lấy dấu toàn bộ hàm trên (mô cứng và mô mềm) bằng vật liệu alginate. Từ mẫu hàm bằng thạch cao cứng tiến hành làm máng chụp phim bằng nhựa acrylic trong suốt dày 0,5mm, được đục các lỗ cách điểm chính giữa đường viền nướu phía khẩu cái các răng 3, 4, 5, 6, 7 lần lượt các khoảng cách là 2mm, 5mm, 8mm. Sử dụng côn nội nha gutta-perca để lấp đầy các lỗ này nhằm tạo các điểm mốc cản quang trên phim CBCT. Tiến hành chụp phim CBCT bằng thiết bị chụp Dentsply Sirona Orthophos SL với cùng thông số chụp là 110KVp và 15mA trong 36 giây (kích thước voxel: 0,25mm). Độ dày niêm mạc được người thực hiện nghiên cứu đo đạc trên hình ảnh dựng lại từ dữ liệu chụp CBCT bằng phần mềm Sidexis 4 trên mặt phẳng đứng ngang, vuông góc với bề mặt niêm mạc khẩu cái lần lượt tại các vị trí 2mm, 5mm, 8mm. Như vậy mỗi bệnh nhân sẽ thực hiện 30 phép đo và với 50 bệnh nhân, chúng tôi có tổng 1500 phép đo tương ứng theo vị trí răng 3, 4, 5, 6, 7.

- Số liệu thu thập bằng phiếu thông tin bao gồm phần hành chính, thăm khám lâm sàng,

**Bảng 2. Bảng giá trị p khi so sánh độ dày trung bình niêm mạc khẩu cái cứng tại các vị trí răng 3, 4, 5, 6, 7**

Tên Răng (Độ dày mm)	Răng 3 (3,25±0,57)	Răng 4 (3,37±0,68)	Răng 5 (3,21±0,88)	Răng 6 (2,88±0,58)	Răng 7 (2,92±0,84)
Răng 3 (3,25±0,57)		0,275	0,837	0,001	0,001
Răng 4 (3,37±0,68)	0,253		0,582	0,001	0,001
Răng 5 (3,21±0,88)	0,769	0,534		0,001	0,001
Răng 6 (2,88±0,58)	0,001	0,001	0,001		0,98
Răng 7 (2,92±0,84)	0,001	0,001	0,001	0,739	

*Kiểm định t-test*

**Nhận xét:** Độ dày trung bình niêm mạc khẩu cái cứng tại vị trí răng 3 (3,25±0,57) cao hơn vị trí răng 6 (2,88±0,58) và vị trí răng 7 (2,92±0,84) có ý nghĩa thống kê (p=0,001). Độ dày trung bình niêm mạc khẩu cái cứng tại vị trí răng 4 (3,37±0,68) cao hơn vị trí răng 6 (2,88±0,58) và vị trí răng 7 (2,92±0,84) có ý nghĩa thống kê (p=0,001). Độ dày trung bình niêm mạc khẩu cái

khảo sát và đo đạc trên hình ảnh phim CBCT. Số liệu đo đạc được nhập và lưu trữ bằng phần mềm Excel và xử lý số liệu bằng SPSS 20.0.

### III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

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

Giới tính: trong tổng số 50 đối tượng đáp ứng tiêu chuẩn chọn mẫu và đồng ý tham gia nghiên cứu này có 25/50 (50%) đối tượng là nam và 25/50 (50%) đối tượng là nữ.

Độ tuổi: tuổi trung bình của người tham gia nghiên cứu là 35,11±3,02 tuổi.

#### 3.2. Độ dày niêm mạc khẩu cái cứng

##### - Độ dày trung bình niêm mạc khẩu cái cứng theo từng phần hàm (n=50)

**Bảng 1. Độ dày trung bình niêm mạc khẩu cái cứng theo từng phần hàm**

Độ dày trung bình (mm) (trung bình ± độ lệch chuẩn)	Phần hàm 1	Phần hàm 2
3,01±0,92	3,03±0,16	2,99±0,90
	p=0,756	

*Kiểm định t-test*

**Nhận xét:** Kết quả nghiên cứu cho thấy không có sự khác biệt độ dày trung bình niêm mạc khẩu cái cứng giữa phần hàm 1 và phần hàm 2.

- Giá trị p khi so sánh độ dày trung bình niêm mạc khẩu cái cứng tại các vị trí răng 3, 4, 5, 6, 7 (n=1500)

cứng tại vị trí răng 5 (3,21±0,88) cao hơn vị trí răng 6 (2,88±0,58) và vị trí răng 7 (2,92±0,84) có ý nghĩa thống kê (p=0,001).

##### - Trung bình độ dày niêm mạc khẩu cái tại các vị trí đo trên hình ảnh CBCT

**Bảng 3. Kết quả trung bình độ dày niêm mạc khẩu cái tại các vị trí đo trên hình ảnh CBCT**

Răng	Vị trí cách đường viền nướu	Trung bình ± Độ lệch chuẩn	P
Răng 3	2mm	2,78±0,62	<0,001
	5mm	3,37±0,58	
	8mm	3,85±0,64	
Răng 4	2mm	2,49±0,57	<0,001
	5mm	2,98±0,65	
	8mm	3,19±0,89	
Răng 5	2mm	2,53±0,65	<0,001
	5mm	3,11±0,69	
	8mm	3,37±0,98	
Răng 6	2mm	2,68±0,57	<0,001
	5mm	2,71±0,39	
	8mm	3,39±0,82	
Răng 7	2mm	2,38±0,61	<0,001
	5mm	2,40±0,82	
	8mm	3,47±1,02	

*Kiểm định t-test*

**Nhận xét:** Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê tại các vị trí đo, độ dày niêm mạc khẩu cái càng tăng khi vị trí đo càng xa đường viền nướu răng ( $p < 0,001$ ). Độ dày niêm mạc khẩu cái lớn nhất tại vị trí 8mm răng 3 (3,85±0,64). Độ dày niêm mạc khẩu cái nhỏ nhất tại vị trí 5mm răng 7 (2,40±0,782). Các vị trí có độ dày niêm mạc khẩu cái lớn hơn 3mm là vị trí 5mm, 8mm của R3; vị trí 8mm của răng 4; vị trí 5mm, 8mm của răng 5; vị trí 8mm của răng 6, 7.

#### IV. BÀN LUẬN

**4.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu.** Có tổng số 50 đối tượng với tổng 1500 phép đo tại các vị trí răng 3 là răng nanh và vị trí răng 4, 5, 6, 7 là răng hàm (răng cối) đã được thực hiện trong nghiên cứu này. Về giới tính có 25/50 (50%) đối tượng là nam và 25/50 (50%) đối tượng là nữ. 50 đối tượng tham gia nghiên cứu đều là người trưởng thành với tuổi trung bình khá cao là 35,11±3,02 tuổi.

**4.2. Độ dày niêm mạc khẩu cái cứng.** Vị trí 1 là răng cửa giữa, 2 là răng cửa bên, 3 là răng nanh, 4, 5, 6, 7 là răng hàm (răng cối). Độ dày trung bình niêm mạc khẩu cái của răng 3, 4, 5 đều lớn hơn 3mm, thích hợp để lấy mảnh ghép mô liên kết để bảo đảm thủ thuật ghép mô liên kết được thành công, theo khuyến nghị của Harris năm 1996 [3]. Kết luận này cũng phù hợp với khuyến nghị của Puri và cộng sự năm 2019 trong bài tổng quan kiến thức y văn về mảnh ghép mô liên kết răng vùng khẩu cái từ phía xa răng 3 đến phía gần răng 6 được đồng thuận là vùng lấy mảnh ghép mô liên kết hiệu quả, tuy nhiên cần phải đo xuyên nướu trước khi thực hiện phẫu thuật nhằm đảm bảo chắc chắn rằng

vùng mô lấy mảnh ghép có độ dày ít nhất là 3mm [4].

Có nghiên cứu chọn vị trí đầu tiên bắt đầu đo cách đường viền nướu là 2mm, có nghiên cứu chọn vị trí 3mm. Năm 2019, trong bài tổng quan kiến thức về mảnh ghép mô liên kết khẩu cái, Puri và cộng sự đã kết luận rằng đường rạch phẫu thuật để lấy mảnh ghép phải duy trì cách 2mm so với đường viền nướu [4]. Ngoài ra, năm 2012, Benninger và cộng sự trong một nghiên cứu trên xác người đã xác định bó thần kinh-mạch máu khẩu cái nằm cách đường viền nổi men-xê măng răng cối lớn thứ nhất trong khoảng 9 đến 16mm [5]. Các nghiên cứu đo độ dày niêm mạc khẩu cái trên hình ảnh của CBCT của Barriviera năm 2008 và Gupta năm 2015 đều đo tại các vị trí 2, 5, 8mm so với đường viền nướu [6], [7]. Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về độ dày niêm mạc giữa cung hàm 1 và 2, kết quả này tương tự với nghiên cứu của Barriviera và cộng sự, Said và cộng sự [6], [8].

#### V. KẾT LUẬN

Kết quả cho thấy vùng thích hợp nhất để lấy mảnh ghép mô liên kết là vùng răng 3, răng 4, răng 5. Qua đây nghiên cứu đề xuất cỡ mẫu lớn hơn trên các độ tuổi khác nhau để xác định được chính xác hơn độ dày niêm mạc khẩu cái cứng. Bên cạnh đó, nhằm đảm bảo sự thành công của các thủ thuật có sử dụng mảnh ghép mô liên kết lấy từ vùng khẩu cái cứng, chúng tôi đề nghị nên chụp cắt lớp điện toán chùm tia hình nón có sử dụng máy chụp phim, điều này giúp xác định trước độ dày vùng mô dự định lấy mảnh ghép, từ đó thuận tiện và dễ dàng hơn cho quá trình lập kế hoạch điều trị, phẫu thuật lấy mảnh ghép cũng như tiên lượng của điều trị.

#### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Song JE, Um YJ, Kim CS, Choi SH, Cho KS, Kim CK, Chai JK, Jung UW. Thickness of posterior palatal masticatory mucosa: the use of computerized tomography. J Periodontol. 2008 Mar;79(3):406-12. doi: 10.1902/jop.2008.070302. PMID: 18315422
2. Shen C, Gao B, Lyu K, Ye W, Yao H. Quantitative analysis of maxillary palatal masticatory mucosa thickness and anatomical morphology of palatal vault in Zhejiang province. Zhejiang Da Xue Xue Bao Yi Xue Ban. 2022 Feb 25;51(1):87-94. English. doi: 10.3724/zdxbyxb-2021-0334.
3. Harris RJ. The connective tissue and partial thickness double pedicle graft: a predictable method of obtaining root coverage. J Periodontol. 1992 May;63(5):477-86. doi: 10.1902/jop.1992.63.5.477.
4. Puri K, Kumar A, Khatri M, Bansal M, Rehan M, Siddeshappa ST. 44-year journey of palatal

- connective tissue graft harvest: A narrative review. J Indian Soc Periodontol. 2019 Sep-Oct;23(5):395-408. doi: 10.4103/jisp.jisp\_288\_18.
5. **Benninger B, Andrews K, Carter W.** Clinical measurements of hard palate and implications for subepithelial connective tissue grafts with suggestions for palatal nomenclature. J Oral Maxillofac Surg. 2012 Jan;70(1):149-53. doi: 10.1016/j.joms.2011.03.066.
  6. **Barriviera M, Duarte WR, Januário AL, Faber J, Bezerra AC.** A new method to assess and measure palatal masticatory mucosa by cone-beam computerized tomography. J Clin Periodontol. 2009 Jul;36(7):564-8. doi: 10.1111/j.1600-051X.2009.01422.x.
  7. **Gupta P, Jan SM, Behal R, Mir RA, Shafi M.** Accuracy of cone-beam computerized tomography in determining the thickness of palatal masticatory mucosa. J Indian Soc Periodontol. 2015 Jul-Aug;19(4):396-400. doi: 10.4103/0972-124X.156876.
  8. **Said KN, Abu Khalid AS, Farook FF.** Anatomic factors influencing dimensions of soft tissue graft from the hard palate. A clinical study. Clin Exp Dent Res. 2020 Aug;6(4):462-469. doi: 10.1002/cre2.298. Epub 2020 Apr 23.

## NGHIÊN CỨU NỒNG ĐỘ TRIGLYCERID TRONG HDL VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ TƯƠNG QUAN Ở BỆNH NHÂN TĂNG HUYẾT ÁP CÓ ĐÁI THÁO ĐƯỜNG TYP 2 TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA THÀNH PHỐ CẦN THƠ NĂM 2022-2023

Lê Văn Hiếu<sup>1</sup>, Phan Hải Nam<sup>2</sup>, Nguyễn Thị Xuân Mai<sup>2</sup>,  
Lâm Bồ Nạ<sup>2</sup>, Trần Đỗ Hùng<sup>2</sup>

### TÓM TẮT

**Đặt vấn đề:** Tăng huyết áp (THA) và đái tháo đường (ĐTĐ) là bệnh mạn tính không lây phổ biến trên thế giới cũng như Việt Nam. Nguyên nhân của hai căn bệnh này là rối loạn chuyển hóa mà điển hình nhất là rối loạn lipid máu, một trong những nguy cơ hàng đầu gây tử vong ở bệnh tim mạch. Tại Việt Nam, bệnh tim mạch là nguyên nhân gây ra 31% tổng số ca tử vong trong năm 2016 - tương đương hơn 170.000 người. Tăng triglycerid máu là một tình trạng lâm sàng liên quan đến tăng nguy cơ tim mạch, tác động của nó lên chức năng HDL. Trên thực tế nồng độ triglycerid trong HDL (HDL-T) chưa được đánh giá và không được đo lường tại các cơ sở y tế cho nên chúng tôi tiến hành nghiên cứu nồng độ HDL-T ở bệnh nhân tăng huyết áp có đái tháo đường typ 2 (THA + ĐTĐ) để góp phần cung cấp thêm thông tin về chỉ số xét nghiệm này. **Mục tiêu:** Xác định nồng độ HDL-T và một số yếu tố tương quan ở bệnh nhân THA + ĐTĐ tại Bệnh viện đa khoa thành phố Cần Thơ năm 2022-2023. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu bệnh chứng trên 168 đối tượng từ 40 tuổi trở lên được chia thành 4 nhóm (nhóm chứng 1: gồm 42 người không mắc bệnh, nhóm chứng 2: gồm 42 người mắc bệnh THA, nhóm chứng 3: gồm 42 người mắc bệnh ĐTĐ, nhóm bệnh: gồm 42 người mắc bệnh THA + ĐTĐ). **Kết quả:** Nồng độ HDL-T ở nhóm chứng 1 ( $0,19 \pm 0,07$ mmol/l), nhóm chứng 2 ( $0,31 \pm 0,13$ mmol/l), nhóm chứng 3 ( $0,25 \pm 0,11$ mmol/l), nhóm bệnh ( $0,38 \pm 0,17$ mmol/l). Mỗi tương quan giữa

nồng độ HDL-T ở nhóm bệnh với: glucose ( $r=0,63$ ;  $p<0,05$ ), triglycerid ( $r=0,91$ ;  $p<0,05$ ), cholesterol toàn phần ( $r=0,21$ ;  $p>0,05$ ), HDL-C ( $r=-0,07$ ;  $p>0,05$ ), LDL-C ( $r=0,21$ ;  $p>0,05$ ). **Kết luận:** Nồng độ HDL-T cao nhất ở nhóm bệnh ( $0,38 \pm 0,17$ mmol/l) so với các nhóm chứng và sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ( $p<0,05$ ). Nồng độ HDL-T có mối tương quan thuận rất chặt chẽ với nồng độ triglycerid, tương quan thuận vừa với nồng độ glucose. Nồng độ HDL-T không có mối tương quan nào với nồng độ cholesterol toàn phần, HDL-C, LDL-C.

**Từ khóa:** Tăng huyết áp, đái tháo đường, triglycerid, HDL-T.

### SUMMARY

#### CONCENTRATION STUDY TRIGLYCERID IN HDL AND SOME CORRELATIVE FACTORS IN HYPERTENSIVE PATIENTS WITH TYPE 2 DIABETES AT CAN THO CITY GENERAL HOSPITAL IN 2022-2023

**Background:** Hypertension and diabetes are chronic uncommunicable diseases around the world, as well as in Vietnam. The cause of these two diseases is metabolic disorder, which is most typical of blood dyslipidemia and is one of the leading mortality risks in cardiovascular disease. In Vietnam, cardiovascular disease was responsible for 31% of all deaths in 2016 - more than 170,000 people. Hypertriglyceridemia is a clinical condition associated with increased cardiovascular risk. Its impact on HDL function. In fact, HDL-T concentration has not been evaluated and is not measured in medical facilities, so we conducted a study on HDL-T concentration in hypertensive patients with type 2 diabetes. This section provides more information about this test indicator. **Objective:** Determination of HDL-T concentration and some correlation factors in hypertensive patients with type 2 diabetes at Can Tho City General Hospital in 2022-2023. **Materials and methods:** A case-control study

<sup>1</sup>Bệnh viện Đa khoa Thành phố Cần Thơ

<sup>2</sup>Trường Đại học Y Dược Cần Thơ

Chịu trách nhiệm chính: Lê Văn Hiếu

Email: lvhieuxn@gmail.com

Ngày nhận bài: 2.6.2023

Ngày phản biện khoa học: 18.7.2023

Ngày duyệt bài: 4.8.2023