

ĐẶC ĐIỂM MÒN CỔ RĂNG HÀM TRÊN VÀ HÀM DƯỚI KHÔNG DO SÂU RĂNG TẠI HUYỆN THANH TRÌ, HÀ NỘI

Trương Đình Khởi¹, Nguyễn Thị Hạnh¹,
Phan Thị Bích Hạnh¹, Lê Linh Chi¹, Nguyễn Ngọc Linh Chi¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Xác định một số đặc điểm mòn cổ răng không do sâu răng trên răng vĩnh viễn tại huyện Thanh Trì, Hà Nội. **Đối và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 1180 răng tổn thương mòn cổ không do sâu răng (601 răng hàm trên, 579 răng hàm dưới). **Kết quả:** Độ sâu tổn thương mòn cổ không do sâu răng ở hàm trên (nam giới: $1,69 \pm 0,87$ mm; nữ giới: $1,77 \pm 0,94$ mm), ở hàm dưới (nam giới: $1,65 \pm 0,80$ mm; nữ giới: $1,78 \pm 0,86$ mm). Độ cao tổn thương mòn cổ răng ở hàm trên (nam giới: $3,09 \pm 1,20$ mm; nữ giới: $3,27 \pm 1,26$ mm), ở hàm dưới ở các nhóm tuổi khác nhau (nam giới: $2,97 \pm 1,21$ mm; nữ giới: $3,15 \pm 1,28$ mm). Độ dài tổn thương cổ răng ở hàm trên (nam: $3,09 \pm 1,14$ mm; nữ: $3,35 \pm 1,21$ mm), ở hàm dưới (nam: $3,13 \pm 1,22$ mm; nữ: $3,31 \pm 1,32$ mm). Tỷ lệ hình thái tổn thương dạng nêm (Wedge-shaped) chiếm đa số (ở nam giới: 40,26%; ở nữ giới: 39,95%); Hình thái dạng hang (concave) có tỉ lệ thấp (ở nam: 0,50%; ở nữ: 0,33%).

Từ khóa: Mòn cổ răng không do sâu răng, hình thái tổn thương

SUMMARY

CHARACTERISTICS OF NON-CARIOUS CERVICAL TOOTH LESIONS ON THE MAXILLA AND MANDIBLE TEETH IN THANH TRI DISTRICT, HANOI

Objective: Identify some characteristics of non-carious cervical tooth lesions on permanent teeth in Thanh Tri district, Hanoi. **Materials and methods:** A descriptive cross-sectional study on 1180 teeth with non-carious cervical tooth lesions (601 maxillary teeth, 579 mandibular teeth). **Results:** The depth of non-carious cervical lesions in the maxilla (males: 1.69 ± 0.87 mm; females: 1.77 ± 0.94 mm) and in the mandible (males: 1.65 ± 0.80 mm; females: 1.78 ± 0.86 mm). The height of non-carious cervical tooth lesions in the maxilla (males: 3.09 ± 1.20 mm; females: 3.27 ± 1.26 mm) and in the mandible (males: 2.97 ± 1.21 mm; females: 3.15 ± 1.28 mm). The length of non-carious cervical tooth lesions in the maxilla (males: 3.09 ± 1.14 mm; females: 3.35 ± 1.21 mm) and in the mandible (males: 3.13 ± 1.22 mm; females: 3.31 ± 1.32 mm). The major morphology of the non-carious cervical tooth lesions was wedge-shaped (males: 40.26%; females: 39.95%), while concave morphology had a low prevalence (males: 0.50%; females: 0.33%).

Keywords: non-carious cervical tooth lesions, morphology

¹Bộ môn Phục hình, ĐHY Dược – ĐHQG Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Trương Đình Khởi

Email: bskhoirhm@gmail.com

Ngày nhận bài: 11.4.2024

Ngày phản biện khoa học: 24.4.2024

Ngày duyệt bài: 15.5.2024

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tổn thương tổ chức cứng trên răng là một bệnh lý thường gặp trong thực hành lâm sàng, đặc biệt tổn thương mòn cổ răng là bệnh rất phổ biến gây ra những cảm giác khó chịu cho người bệnh, ảnh hưởng đến thẩm mỹ và chức năng khi ăn nhai, ảnh hưởng đến thẩm mỹ, gây ê buốt, khi mòn nhiều có thể ảnh hưởng tới tủy răng, trầm trọng hơn là gãy răng và viêm tủy. Do vậy mòn cổ răng cần được phát hiện sớm, điều trị kịp thời.

Trên thế giới, đã có một số nghiên cứu về đặc điểm mòn cổ răng không do sâu răng, nghiên cứu của Neo J, Chew CL (1996)¹ và Osborne-Smith KL (1999)² cho thấy người Caucasian vùng Bắc Mỹ và Châu Âu có tỉ lệ phân bố răng vùng tuổi 41-60 chiếm đa số. Tại Việt Nam, một số nghiên cứu về mòn cổ răng không do sâu răng được thực hiện, nghiên cứu của nghiên cứu của Nguyễn Thị Thanh Vân và cộng sự (1998)³ cho kết quả về tỉ lệ mòn cổ răng không do sâu răng giữa nam và nữ. Tuy nhiên, đặc điểm hình thái mòn cổ không do sâu răng thì chưa được nghiên cứu, cỡ mẫu nhỏ, vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài “Đặc điểm mòn cổ răng hàm trên và hàm dưới không do sâu răng tại huyện Thanh Trì, Hà Nội” với mục tiêu sau: **Xác định một số đặc điểm hình thái mòn cổ răng không do sâu răng ở hàm trên và hàm dưới tại huyện Thanh Trì, Hà Nội.**

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Nghiên cứu được thực hiện trên răng của những bệnh nhân nhân mòn cổ răng không do sâu răng đến khám tại Bệnh viện Đa khoa Nông nghiệp, huyện Thanh Trì, Hà Nội.

- **Tiêu chuẩn lựa chọn:** Các bệnh nhân đến khám và được chuẩn đoán tổn thương

mòn cổ răng không do sâu răng. Các bệnh nhân được giải thích đồng ý hợp tác kiểm tra định kỳ.

- **Tiêu chuẩn loại trừ:** Răng mòn cổ nhưng có biến chứng viêm tủy, viêm quanh cổ răng, viêm nha chu, viêm lợi, gãy ngang răng. Răng lung lay độ III, IV. Mòn cổ răng do sâu răng hoặc có sâu răng tại vị trí mòn cổ răng kèm theo.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- **Thời gian và địa điểm nghiên cứu:** Từ tháng 03/2022 đến tháng 10/2023 tại Đại học Y dược – ĐH Quốc gia và Bệnh viện Đa khoa Nông nghiệp.

- **Thiết kế nghiên cứu:** Mô tả cắt ngang

- **Cỡ mẫu:** Áp dụng công thức tính cỡ mẫu mô tả một tỷ lệ với sai số tương đối cho nghiên cứu mô tả cắt ngang:

$$n = Z_{1-\alpha/2}^2 \frac{1-p}{\epsilon^2 p}$$

n: cỡ mẫu nghiên cứu cần có mỗi hàm, đơn vị tính: răng; $Z_{(1-\alpha/2)}$: hệ số tin cậy, với mức ý nghĩa thống kê $\alpha = 0,05$, tương ứng với độ tin cậy là 95% thì $Z_{(1-\alpha/2)} = 1,96$; p: Tỷ lệ mòn cổ không do sâu răng trong cộng đồng, theo Nguyễn Hoàng Minh⁴ là 72,86%, ϵ : độ chính xác tương đối (lấy = 10% của p). Thay vào công thức ta có $n = 269,55$. Như vậy cỡ mẫu nhỏ nhất là 270 răng/mỗi hàm. Thực tế chúng tôi đã tiến hành nghiên cứu 601 răng ở hàm trên và 579 răng ở hàm dưới.

- **Cách chọn mẫu:** Chọn mẫu thuận tiện có chủ đích.

2.3. Vật liệu và phương tiện nghiên cứu: Bộ dụng cụ khám: Gương, kẹp gấp, thám châm và cây sonde nha chu (cây đo nha chu), cây nạo ngà, cây tách lợi và chỉ co lợi.

2.4. Các chỉ số đo đạc:

- Vị trí răng trên cung hàm bị mòn cổ: (Hàm trên hoặc hàm dưới, răng trước- răng hàm nhỏ hoặc răng hàm lớn).

- Vị trí mòn cổ so với đường viền lợi (ngang lợi, dưới lợi, trên lợi)

- Kích thước tổn thương (độ sâu - depth, độ cao - height, độ dài - mesio- distal length): Đo đặc kích thước theo độ sâu và độ rộng của tổn thương mòn cổ răng, tính giá trị trung bình và phương sai theo nhóm/ giới. Xếp loại theo phân loại độ sâu và độ cao theo các nhóm (<2mm, 2-4mm, >4mm), sử dụng cây sone nha chu để đo kích thước của tổn thương.

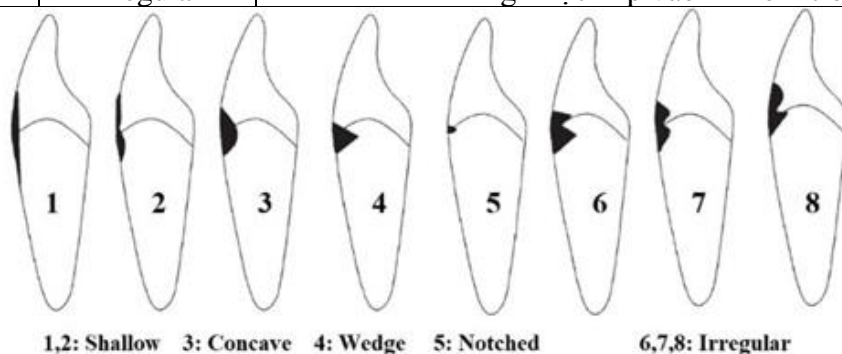
Hình 2.1: Cách đo độ sâu và độ cao tổn thương

Độ dài của tổn thương theo chiều gần- xa được chia thành các nhóm sau: Nhóm ngắn (chiều dài gần-xa <1/2 giữa thân -cổ răng), nhóm trung bình (toàn bộ chiều dài gần xa > trung bình $\geq \frac{1}{2}$ giữa thân-cổ răng), nhóm dài (toàn bộ chiều dài gần xa thân-cổ của răng).

Hình 2.2: Phân loại theo chiều dài gần -xa thân cổ răng

- Phân loại hình thái tổn thương mòn cổ răng theo JA. Michael và cộng sự (2010)^{5,6,7} chia hình thái mòn cổ răng không đo sâu răng thành 5 loại sau:

Loại	Tên Tiếng Anh	Đặc điểm
Nông-rộng	Shallow	Tổn thương có độ sâu $\leq 0,5\text{mm}$, độ dài và độ cao $\geq 1\text{mm}$, xâm nhập ngà tối thiểu, chủ yếu nằm vùng men
Hang	Concave	Độ sâu $\geq 0,5\text{mm}$, độ dài và độ cao $\geq 1\text{mm}$, có đáy tổn thương hình đường cong lõm vào phía ngà, tổn thương ăn sâu vào vùng ngà cổ răng
Nêm	Wedge-shaped	Độ sâu $\geq 0,5\text{mm}$, độ dài và độ cao $\geq 1\text{mm}$, có đáy tổn thương hình nêm (chữ V) lõm vào phía ngà, tổn thương ăn sâu vào vùng ngà cổ răng
Hẹp	Notched, Narrow	Tổn thương có độ cao $\leq 1\text{mm}$, tổn thương theo chiều dài gần -xa $\geq 4\text{mm}$
Không xác định	Irregular	Không được xếp vào 4 nhóm trên



Hình 2.3: Phân loại hình thái tổn thương cổ răng không đo sâu răng

2.5. Xử lý số liệu: Xử lý số liệu bằng phần mềm SPSS 23.0 và các thuật toán thích hợp, có tập huấn nhóm nghiên cứu trước khi tiến hành nghiên cứu.

2.6. Đạo đức trong nghiên cứu: Nghiên cứu chỉ tiến hành trên những đối tượng tự nguyện tham gia, các thông số cá nhân chỉ được dùng vào mục đích nghiên cứu và không dùng vào bất kỳ mục đích nào khác.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Phân bố vị trí tổn thương so với viền lợi HT (răng) (n=601)

Vị trí tổn thương		<22 tuổi		22-37 tuổi		38-60 tuổi		>60 tuổi		Tổng		P
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
Trên lợi	Nam	0	0,00%	3	0,50%	11	1,83%	18	3,00%	32	5,33%	>0,05
	Nữ	0	0,00%	4	0,67%	13	2,16%	21	3,49%	38	6,32%	
Ngang lợi	Nam	4	0,67%	18	3,00%	29	4,83%	192	32,10%	243	40,60%	>0,05
	Nữ	3	0,50%	19	3,16%	32	5,32%	186	30,95%	240	39,93%	
Dưới lợi	Nam	0	0,00%	5	0,83%	7	1,16%	11	1,83%	23	3,82%	>0,05
	Nữ	0	0,00%	4	0,67%	6	1,00%	14	2,33%	24	4,00%	

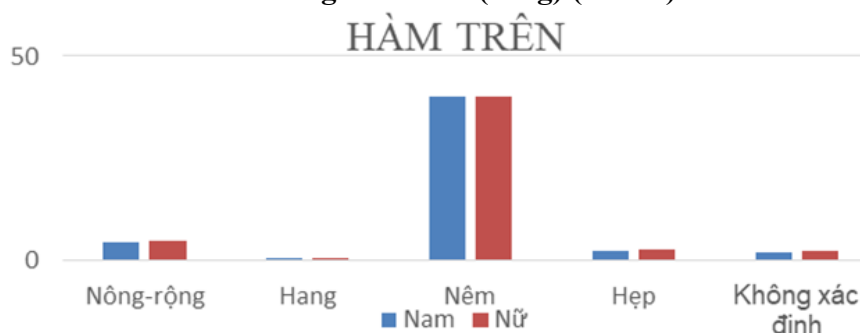
Nhận xét: Theo kết quả nghiên cứu, vị trí tổn thương ngang lợi ở hàm trên thường gặp nhất, vị trí dưới lợi ít gặp nhất. Không có sự khác biệt giữa hai giới nam và nữ ở các vị trí tổn thương răng hàm trên với $p > 0,05$.

3.2. Phân bố vị trí tổn thương so với viền lợi HD (răng) (n=579)

Vị trí tổn thương		<22 tuổi		22-37 tuổi		38-60 tuổi		>60 tuổi		Tổng		P
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
Trên lợi	Nam	0	0,00%	3	0,52%	11	1,90%	19	3,28%	33	5,70%	>0,05
	Nữ	0	0,00%	3	0,52%	11	1,90%	18	3,11%	32	5,53%	
Ngang lợi	Nam	3	0,52%	19	3,28%	25	4,32%	183	31,61%	230	39,73%	>0,05
	Nữ	2	0,35%	20	3,45%	29	5,01%	188	32,47%	239	41,28%	
Dưới lợi	Nam	0	0,00%	4	0,69%	6	1,03%	12	2,07%	22	3,79%	>0,05
	Nữ	0	0,00%	5	0,86%	7	1,21%	11	1,90%	23	3,97%	

Nhận xét: Theo kết quả nghiên cứu, vị trí tổn thương ngang lợi ở hàm dưới thường gặp nhất, vị trí dưới lợi ít gặp nhất. Không có sự khác biệt giữa hai giới nam và nữ ở các vị trí tổn thương răng hàm trên với $p > 0,05$.

3.3. Phân bố hình thái tổn thương hàm trên (răng) (n=601)

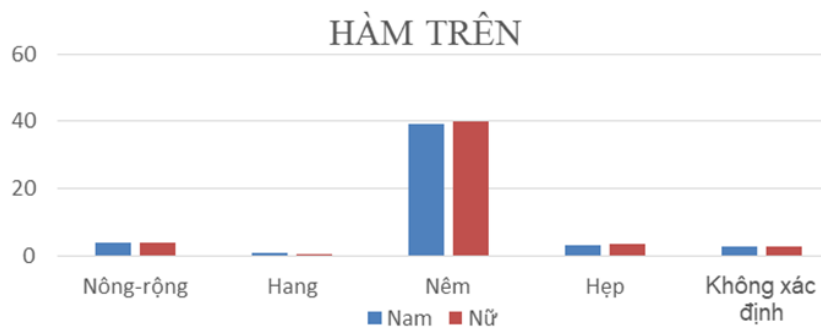


Biểu đồ 3.1: Phân bố hình thái tổn thương ở hàm trên

Nhận xét: Theo kết quả nghiên cứu, hình thái tổn thương dưới 22 tuổi là nông – rộng chiếm đa số, các nhóm tuổi 22-37 tuổi, 38-60 tuổi, trên 60 tuổi hình thái tổn thương dạng nê-m chiếm tỉ lệ lớn nhất. Hình thái tổn thương dạng hang chiếm tỉ lệ nhỏ nhất trong

các nhóm tuổi. Sự khác biệt giữa hai giới nam và nữ của các nhóm tuổi không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

3.4. Phân bố hình thái tổn thương hàm dưới (răng) (n=579)



Biểu đồ 3.2: Phân bố hình thái tổn thương ở hàm dưới

Nhận xét: Kết quả nghiên cứu cho thấy, hình thái tổn thương dưới 22 tuổi là nông – rộng chiếm đa số, các nhóm tuổi 22-37 tuổi, 38-60 tuổi, trên 60 tuổi hình thái tổn thương dạng nêm chiếm tỉ lệ lớn nhất.

3.5. Độ cao, độ sâu và độ dài của tổn thương cổ răng hàm trên theo tuổi, giới (răng) (mm) (n=601)

Kích thước		<22 tuổi		22-37 tuổi		38-60 tuổi		>60 tuổi		Tổng		P
		n	M±SD	n	M±SD	n	M±SD	n	M±SD	n	M±SD	
Độ sâu	Nam	4	0,42±0,32	27	1,24±0,76	47	1,38±0,71	221	1,83±0,93	299	1,69±0,87	<0,05
	Nữ	3	0,45±0,36	27	1,27±0,83	51	1,46±0,88	221	1,92±0,98	302	1,77±0,94	
Độ cao	Nam	4	3,54±1,31	27	2,76±1,12	47	2,91±1,18	221	3,16±1,21	299	3,09±1,20	<0,05
	Nữ	3	3,52±1,29	27	2,82±1,18	51	2,95±1,23	221	3,43±1,27	302	3,27±1,26	
Độ dài	Nam	4	2,11±1,78	27	2,47±0,81	47	2,68±0,88	221	3,27±1,22	299	3,09±1,14	<0,05
	Nữ	3	2,16±1,86	27	2,50±0,84	51	2,85±0,99	221	3,58±1,29	302	3,35±1,21	

Nhận xét: Theo kết quả nghiên cứu, độ sâu và độ dài vùng tổn thương cổ răng ở nhóm trên 60 tuổi lớn nhất và giảm dần theo tuổi. Độ cao vùng tổn thương cổ răng ở lứa tuổi dưới 22 tuổi lớn nhất, từ 22 đến trên 60 tuổi, độ cao tăng dần. Kích thước ở nữ lớn hơn ở nam có ý nghĩa thống kê với p < 0,05.

3.6. Độ cao, độ sâu và độ dài của tổn thương cổ răng hàm dưới theo tuổi, giới (răng) (mm) (n=579)

Kích thước		<22 tuổi		22-37 tuổi		38-60 tuổi		>60 tuổi		Tổng		P
		n	M±SD	n	M±SD	n	M±SD	n	M±SD	n	M±SD	
Độ sâu	Nam	3	0,44±0,38	26	1,17±0,65	42	1,31±0,54	214	1,79±0,87	285	1,65±0,80	<0,05
	Nữ	2	0,48±0,42	28	1,21±0,77	47	1,48±0,69	217	1,93±0,91	294	1,78±0,86	
Độ cao	Nam	3	3,60±1,35	26	2,67±1,22	42	2,88±1,09	214	3,01±1,23	285	2,97±1,21	<0,05
	Nữ	2	3,66±1,37	28	2,78±1,36	47	2,92±1,19	217	3,24±1,29	294	3,15±1,28	
Độ dài	Nam	3	2,02±1,68	26	2,43±0,57	42	2,53±0,62	214	3,35±1,41	285	3,13±1,22	<0,05
	Nữ	2	2,11±1,73	28	2,54±0,76	47	2,64±0,74	217	3,56±1,52	294	3,31±1,32	

Nhận xét: Theo kết quả nghiên cứu cho thấy, độ sâu và độ dài vùng tổn thương cổ răng ở nhóm trên 60 tuổi lớn nhất và giảm dần theo tuổi. Độ cao vùng tổn thương cổ răng ở lứa tuổi dưới 22 tuổi lớn nhất, từ 22 đến trên 60 tuổi, độ cao tăng dần. Kích thước ở nữ lớn hơn ở nam có ý nghĩa thống kê với p < 0,05.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Phân bố vị trí tổn thương so với viền lợi hai hàm

Ở hàm trên, vị trí tổn thương ngang lợi chiếm đa số ở hai giới (ở nam: 40,60 %; ở nữ: 39,93%), không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa hai giới. Vị trí dưới lợi ít gặp ở cả hai giới.

Ở hàm dưới, vị trí tổn thương ngang lợi chiếm đa số ở hai giới (ở nam: 39,73 %; ở nữ: 41,28%), không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa hai giới. Vị trí dưới lợi ít gặp ở cả hai giới.

Vị trí tổn thương ngang lợi phù hợp với thói quen chải răng theo cách thức chải ngang, vì vậy điểm giới hạn phía dưới thường được đánh dấu bởi viền lợi, tuy nhiên, một số bệnh viên có tình trạng túi lợi sâu thì mép viền bàn chải có thể đi sâu xuống dưới lợi và gây ra những tổn thương dưới lợi nhưng chiếm chỉ lệ nhỏ tương đồng với tỉ lệ túi lợi sâu ở bệnh nhân lớn hơn 4mm.

Trong nghiên cứu của Han JS (1986)⁷ trên bệnh nhân mòn cổ giai đoạn sớm ở Bắc Mỹ cho thấy, tỉ lệ mòn cổ răng ở vị trí trên lợi chiếm đa số (63,87%), tỉ lệ dưới lợi chiếm tỉ lệ thấp (2,88%). Nghiên cứu của J. Bocic (2004)⁸ cho kết quả tương tự nghiên cứu của chúng tôi khi nhận thấy vị trí tổn thương ngang lợi chiếm 51,22%, vị trí tổn thương vùng dưới lợi 15,98%. Theo nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ nhóm răng hàm nhỏ bên trái bị tổn thương nhiều hơn nhóm răng hàm nhỏ bên phải. Điều này có thể giải thích do đa số bệnh nhân thuận tay phải nên lực chải mạnh hơn ở bên trái. Tỷ lệ nam và nữ là không thấy sự khác biệt nhiều giữa hai nhóm răng bên phải, bên trái.

4.2. Độ cao, độ sâu và độ dài của tổn thương cổ răng

Theo kết quả nghiên cứu, độ sâu tổn thương mòn cổ không do sâu răng ở hàm trên tương tự ở hàm dưới, sự khác biệt giữa hai hàm không có ý nghĩa thống kê. Tuy nhiên, kết quả đo được ở nữ lớn hơn ở nam có ý nghĩa thống kê tương ứng với độ sâu tổn thương mỗi hàm. Điều này có thể lý giải rằng ở nữ mức độ sử dụng bàn chải đánh răng hàng ngày lớn hơn ở nam giới, vì vậy độ sâu ở nữ cao hơn ở nam. Độ sâu tăng dần theo tuổi ở mỗi hàm, kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Nguyễn Thị Chinh (2013)⁵. Độ sâu của mòn cổ tăng theo tuổi là quá trình mòn dần do các tác động cơ học và khớp cắn đồng thời với việc giảm tiết nước bọt và giảm khả năng vệ sinh răng miệng làm tổn thương cổ răng tiếp tục tiến triển.

Độ cao tổn thương mòn cổ răng ở hàm trên tương đồng với hàm dưới ở các nhóm tuổi khác nhau, tương tự độ sâu thì độ cao tổn thương ở nữ lớn hơn ở nam có ý nghĩa thống kê. Tuy nhiên, độ cao ở nhóm tuổi dưới 22 tuổi lớn nhất, từ nhóm 22 tuổi trở lên thì độ cao tăng dần theo tuổi, lý giải cho sự khác biệt này có thể do nhóm 22 tuổi, vùng tổn thương thường gặp dạng nông-rộng (Shallow), vì vậy, độ cao được mở rộng hơn so với các hình thái tổn thương khác so với các nhóm tuổi khác nhau, đặc biệt nhóm tuổi trên 60 tuổi thì hình thái tổn thương dạng hình nêm chiếm tỉ lệ lớn nhất.

Độ dài tổn thương cổ răng ở hàm trên tương đồng với độ dài tổn thương ở hàm dưới, ở nữ có độ dài lớn hơn ở nam có ý nghĩa thống kê, kết quả này tương tự độ sâu tổn thương.

Bảng 4.1. So sánh kích thước tổn thương ở một số tác giả (răng) (mm)

Hình thái	NC của chúng tôi (n=1180)		Tar C. AW (2002) ⁹ (n=171)	
	M	SD	M	SD
Độ sâu	1,72	0,87	1,60	0,81
Độ cao	3,12	1,24	2,31	1,12
Độ dài	3,22	1,22	2,43	1,26

So sánh với nghiên cứu của Tar C. AW (2002)⁹ cho thấy, người Caucasian vùng Bắc Mỹ có độ sâu, độ cao và độ dài nhỏ hơn người Việt Nam, điều này phù hợp với đặc điểm về hành vi chăm sóc răng miệng và mức độ thăm khám định kỳ ở khu vực Bắc Mỹ tốt hơn so với Châu Á nói chung và Việt Nam nói riêng. Kết quả này tương đồng với kết quả nghiên cứu của J. Borcic (2004)⁸ và nghiên cứu của Bader .JD (1993)¹⁰ khi so sánh mức độ tổn thương giữa người khu vực Châu Á và Châu Mỹ ở giai đoạn này, tuy rằng nghiên cứu đã công bố hơn 20 năm trước, tuy vậy các chỉ số kích thước tổn thương ở người Việt Nam vẫn lớn hơn, điều này cho thấy công tác giáo dục sức khỏe răng miệng và các chương trình nha cộng đồng chưa thực sự hiệu quả mặc dù đã có nhiều đợt triển khai tại Việt Nam giai đoạn 2000 - 2020.

4.3. Phân bố hình thái tổn thương

Phân loại hình thái tổn thương mòn cổ răng theo JA. Michael và cộng sự (2010)⁶ chia hình thái mòn cổ răng không do sâu răng thành 5 loại: Nông-rộng (Shallow), hang (Concave), nêm (Wedge-shaped), hẹp (Notched, Narrow), không xác định (Irregular).

Theo kết quả nghiên cứu, tỉ lệ hình thái tổn thương dạng nêm (Wedge-shaped) chiếm đa số (ở nam giới: 40,26%; ở nữ giới: 39,95%); với đặc điểm là độ sâu $\geq 0,5$ mm, độ dài và độ cao ≥ 1 mm, có đáy tổn thương hình nêm (chữ V) lõm vào phía ngà, tổn thương ăn sâu vào vùng ngà cổ răng. Đây là đặc điểm thường gặp đối với người bệnh có thói quen chải răng theo chiều ngang, bào mòn tổ chức men – ngà răng theo chiều trước sau.

Hình thái dạng hang (concave) có tỉ lệ thấp (ở nam: 0,50%; ở nữ: 0,33%), đặc điểm hình thái dạng hang là độ sâu $\geq 0,5$ mm, độ dài và độ cao ≥ 1 mm, có đáy tổn thương hình đường cong lõm vào phía ngà, tổn thương ăn sâu vào vùng ngà cổ răng. Hình thái này thường là kết hợp giữa mòn cơ học do chải răng với sự tự mài mòn do mảng bám thức ăn hoặc dịch a xít trong nước bọt, khiến cho bên trong tổn thương mở rộng hơn đường vào tổn thương, loại hình thái này thường kèm theo sâu răng thứ phát lan rộng trong lòng hang tổn thương.

Các hình thái khác bao gồm nông-rộng (Shallow), hẹp (Notched, Narrow), không xác định (Irregular) có tỉ lệ lớn hơn do với loại hình thái hang (concave).

Bảng 4.2. So sánh hình thái tổn thương ở một số tác giả (răng)

Hình thái	NC của chúng tôi (n=1180)		JA Michael (2010) ⁶ (n=542)	
	n	%	n	%
Nông-rộng	56	9,33	331	61,07
Hang	5	1,51	135	24,91
Nêm	482	80,21	23	4,24
Hẹp	31	5,14	20	3,69
Không xác định	27	4,49	33	6,09

So sánh với nghiên cứu của JA Michael et al (2010)⁶ trên 542 răng có tổn thương mòn cổ răng của người Úc cho thấy tỉ lệ hình thái tổn thương chủ yếu ở Úc là hình thái dạng nông-rộng (Shallow) (61,07%), hình thái dạng hang (concave) (24,91%). Sự khác biệt này có thể do khác nhau về thói quen chải răng, ở Úc kỹ thuật chải răng và giáo dục nha cộng đồng rất tốt, người dân được phổ biến kỹ năng chải răng đúng cách ngay từ nhỏ, trái lại với Việt Nam, độ tuổi nhóm trên 37 tuổi trước năm 1986 còn nhiều khó khăn, điều kiện chăm sóc răng chưa cao vì vậy chải răng sai cách là nguyên nhân chính gây nên sự khác biệt về hình thái tổn thương mòn cổ răng không do sâu răng.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu trên 1180 răng vĩnh viễn có mòn cổ không do sâu răng, cho thấy:

- Vị trí tổn thương ngang lợi chiếm đa số ở hai giới không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa hai giới.

- Độ sâu tổn thương mòn cổ không do sâu răng ở hàm trên (nam giới: $1,69 \pm 0,87$ mm; nữ giới: $1,77 \pm 0,94$ mm) tương tự ở hàm dưới (nam giới: $1,65 \pm 0,80$ mm; nữ giới: $1,78 \pm 0,86$ mm), sự khác biệt giữa hai hàm không có ý nghĩa thống kê.

- Độ cao tổn thương mòn cổ răng ở hàm trên (nam giới: $3,09 \pm 1,20$ mm; nữ giới: $3,27 \pm 1,26$ mm) tương đồng với hàm dưới ở các nhóm tuổi khác nhau (nam giới: $2,97 \pm 1,21$ mm; nữ giới: $3,15 \pm 1,28$ mm), tương tự độ sâu thì độ cao tổn thương ở nữ lớn hơn ở nam có ý nghĩa thống kê.

- Độ dài tổn thương cổ răng ở hàm trên (nam: $3,09 \pm 1,14$ mm; nữ: $3,35 \pm 1,21$ mm) tương đồng với độ dài tổn thương ở hàm dưới (nam: $3,13 \pm 1,22$ mm; nữ: $3,31 \pm 1,32$ mm), ở nữ có độ dài lớn hơn ở nam có ý nghĩa thống kê.

- Tỉ lệ hình thái tổn thương dạng nêm (Wedge-shaped) chiếm đa số (ở nam giới:

40,26%; ở nữ giới: 39,95%); Hình thái dạng hang (concave) có tỉ lệ thấp (ở nam: 0,50%; ở nữ: 0,33%).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Neo J, Chew CL (1996).** Direct tooth - colored materials for noncarious lesions: a 3 year clinical report. *Quintessence Int* 27(3), 183 - 188.
2. **Osborne-Smith KL, Burke FJ, Wilson NH (1999).** The aetiology of the non-carious cervical lesion. *Int Dent J*;49(3):139-43.
3. **Nguyễn Thị Thanh Vân, Hoàng Tử Hùng (1998).** Tổng quan về các nghiên cứu vi kê của các phục hồi trực tiếp bằng composite. *Cập nhật nha khoa*, 2, 89- 98.
4. **Nguyễn Hoàng Minh (2012).** Improving cervical restorations: a review of materials and technique, *J Adhes Dent*, Vol 3, No 1, pp.33-34.
5. **Nguyễn Thị Chinh (2013).** Nhận xét đặc điểm lâm sàng và kết quả điều trị tổn thương mòn cổ răng ở nhóm răng hàm nhỏ bằng Composite, Luận văn thạc sĩ y học, Đại học y Hà Nội, Tr 38 – 55.
6. **JA Michael, JA Kaidonis, GC Townsend (2010).** Non-carious cervical lesions on permanent anterior teeth: a new morphological classification. *Australian Dental Journal* ; 55: 134–137.
7. **Hand JS, Hunt RJ, Reinhardt JW (1986).** The prevalence and treatment implications of cervical abrasion in the elderly. *Gerodontology* ;2(5):167-70.
8. **J. BORCIC, I. ANIC, M. M. UREK and S. FERRERI (2004).** The prevalence of non-carious cervical lesions in permanent dentition, *Journal of Oral Rehabilitation*, 31; 117–123.
9. **Tar C.AW, Xavier Lepe et al (2002).** Characteristics of noncarious cervical lesions, A clinical investigation. *JADA*, 111(2), 725-733.
10. **Bader JD, Levitch LC, Shugars DA, Heymann HO, McClure F (1993).** How dentists classified and treated non-carious cervical lesions. *JADA*;124(5):46-54.