

DOI: 10.58490/ctjump.2026i103.4795

## ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VÀ TỶ LỆ XUẤT HIỆN MỘT SỐ YẾU TỐ NGHI NGỜ LIÊN QUAN Ở BỆNH NHÂN CÓ TỔN THƯƠNG CỔ RĂNG KHÔNG DO SÂU TẠI RĂNG CỎI NHỎ TẠI BỆNH VIỆN BÌNH CHÁNH

Lê Thị Ái Vân, Lê Nguyễn Lâm\*, Trần Hà Phương Thảo

Trường Đại học Y Dược Cần Thơ

\*Email: lengluyenlam@ctump.edu.vn

Ngày nhận bài: 15/3/2026

Ngày phản biện: 30/7/2026

Ngày duyệt đăng: 25/9/2026

### TÓM TẮT

**Đặt vấn đề:** Việc nhận diện sớm đặc điểm lâm sàng, phân loại mức độ tổn thương và các yếu tố nghi ngờ liên quan tổn thương cổ răng không do sâu tại răng cối nhỏ có ý nghĩa quan trọng trong định hướng dự phòng, điều trị và theo dõi lâu dài. **Mục tiêu nghiên cứu:** Khảo sát đặc điểm lâm sàng và tỷ lệ một số yếu tố nghi ngờ liên quan tổn thương cổ răng không do sâu tại răng cối nhỏ. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang thực hiện trên 50 bệnh nhân tổn thương cổ răng không do sâu tại răng cối nhỏ tại Bệnh viện Bình Chánh từ 7/2025 đến 3/2026. **Kết quả:** Đa số bệnh nhân  $\geq 40$  tuổi (66,0%), nam giới chiếm 54,0%. Lý do vào viện ở phần lớn bệnh nhân là ê buốt do kích thích chiếm 86,0%. Về vị trí, hàm dưới chiếm 58,0%, tỷ lệ bên phải trái tương đương nhau, hầu hết ở mặt ngoài (96,0%). Đa phần bệnh nhân có mức độ sang thương sâu từ 1-2 mm (74,0%). Đa số bệnh nhân có tổn thương hình chêm (64,0%) với vị trí tổn thương thường gặp nhất là ngang bờ viền chiếm 60,0%. Bên cạnh đó, không ghi nhận bệnh nhân lung lay răng. Về cách thức chải răng, phần lớn bệnh nhân chải răng từ 1 đến 2 lần/ngày (58,0%), loại bàn chải mềm (66,0%) và chải dọc (54,0%). Về yếu tố được khảo sát nghi ngờ liên quan, ăn chua, uống nước có gas (34,0%) và ợ chua/trào ngược dạ dày (32,0%) là thường gặp nhất. **Kết luận:** Tổn thương cổ răng không do sâu tại răng cối nhỏ thường gặp ở người  $\geq 40$  tuổi, biểu hiện ê buốt, chủ yếu ở mặt ngoài, dạng hình chêm và có độ sâu 1-2 mm. Các yếu tố nghi ngờ liên quan thường gặp gồm thói quen ăn chua, uống nước có gas, trào ngược dạ dày và đặc điểm chải răng.

**Từ khóa:** Tổn thương cổ răng không do sâu, răng cối nhỏ, đặc điểm lâm sàng, yếu tố nghi ngờ liên quan.

### ABSTRACT

## CLINICAL CHARACTERISTICS AND PREVALENCE OF SELECTED POTENTIALLY ASSOCIATED FACTORS AMONG PATIENTS WITH NON-CARIOUS CERVICAL LESIONS IN PREMOLARS AT BINH CHANH HOSPITAL

Le Thi Ai Van, Le Nguyen Lam\*, Tran Ha Phuong Thao

Can Tho University of Medicine and Pharmacy

**Background:** Early identification of the clinical characteristics, lesion severity, and potentially associated factors of non-carious cervical lesions (NCCLs) in premolars is important for guiding prevention, treatment, and long-term follow-up. **Objectives:** To describe the clinical characteristics and determine the proportions of selected potentially associated factors among patients with premolar NCCLs. **Materials and Methods:** A descriptive cross-sectional study was conducted among 50 patients with premolar NCCLs at Binh Chanh Hospital from July 2025 to March 2026. **Results:** Most patients were aged  $\geq 40$  years (66.0%), and 54.0% were male. Stimulus-induced dentin hypersensitivity was the most common reason for seeking care (86.0%). Lesions were

more frequently located in the mandibular arch (58.0%), with a similar distribution between the right and left sides, and were predominantly found on the buccal surface (96.0%). Most lesions had a depth of 1-2 mm (74.0%). Wedge-shaped lesions were the predominant morphology (64.0%), and the most common location relative to the gingival margin was at the gingival margin level (60.0%). No tooth mobility was observed. Regarding toothbrushing practices, most patients brushed once or twice daily (58.0%), used soft-bristled toothbrushes (66.0%), and reported a vertical brushing technique (54.0%). Among the potentially associated factors assessed, consumption of acidic foods or carbonated beverages (34.0%) and acid regurgitation/gastroesophageal reflux (32.0%) were the most frequently reported. **Conclusion:** Premolar non-carious cervical lesions were commonly observed in patients aged  $\geq 40$  years, often presenting with dentin hypersensitivity and predominantly as wedge-shaped lesions on the buccal surface with a depth of 1-2 mm. Frequently observed potentially associated factors included acidic food and carbonated beverage consumption, gastroesophageal reflux, and toothbrushing characteristics.

**Keywords:** Non-carious cervical lesions, premolars, clinical characteristics, potentially associated factors.

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Mòn cổ răng hay tổn thương cổ răng không do sâu là một dạng tổn thương mất tổ chức cứng ở vùng cổ răng không do sâu răng, thường biểu hiện dưới dạng hình chêm hoặc hình chữ V, gặp phổ biến ở nhóm răng sau, đặc biệt là răng cối nhỏ [1]. Tỷ lệ bệnh trên thế giới dao động từ dưới 10% đến trên 90% tùy theo quần thể nghiên cứu, và có xu hướng gia tăng theo tuổi [2]. Tại Việt Nam, một số nghiên cứu cho thấy tỷ lệ tổn thương cổ răng không do sâu ở người trưởng thành và người cao tuổi ở mức cao, trong đó nhóm răng cối nhỏ chiếm tỷ lệ đáng kể [3].

Nguyên nhân gây bệnh được cho là đa yếu tố bao gồm mòn cơ học do chải răng sai cách, mòn hóa học do chế độ ăn giàu acid hoặc trào ngược dạ dày, và yếu tố khớp cắn gây sang chấn tại vùng cổ răng [1]. Các nghiên cứu ghi nhận mối liên quan giữa thói quen chải răng theo chiều ngang, sử dụng bàn chải lông cứng, tình trạng mòn răng - răng, tuổi cao và một số yếu tố toàn thân với sự xuất hiện và mức độ tổn thương [4]. Về lâm sàng, tổn thương cổ răng không do sâu có thể gây ê buốt, ảnh hưởng đến chức năng ăn nhai và chất lượng cuộc sống của người bệnh, trong trường hợp tiến triển nặng có thể dẫn đến viêm tủy, viêm quanh chóp hoặc gãy thân răng [5]. Việc nhận diện sớm đặc điểm lâm sàng, phân loại mức độ tổn thương và ghi nhận các yếu tố nghi ngờ liên quan có ý nghĩa quan trọng trong định hướng dự phòng, điều trị và theo dõi lâu dài. Trong các nhóm răng, răng cối nhỏ là vị trí đáng chú ý do đặc điểm giải phẫu vùng cổ răng và sự phân bố lực chức năng có thể làm tập trung ứng suất tại khu vực này, góp phần làm tổn thương dễ xuất hiện hoặc tiến triển [6]. Vì vậy, việc khảo sát riêng tổn thương cổ răng không do sâu ở răng cối nhỏ có ý nghĩa trong nhận diện hình thái tổn thương và các đặc điểm lâm sàng thường gặp.

Tại Bệnh viện Bình Chánh, nhiều bệnh nhân có biểu hiện ê buốt và tổn thương vùng cổ răng được ghi nhận trong thực hành lâm sàng, tuy nhiên hiện chưa có nghiên cứu hệ thống mô tả đặc điểm lâm sàng và tỷ lệ xuất hiện của các yếu tố nghi ngờ liên quan ở bệnh nhân có tổn thương cổ răng không do sâu tại răng cối nhỏ. Do đó, nghiên cứu này được thực hiện nhằm: 1) Mô tả đặc điểm lâm sàng của tổn thương cổ răng không do sâu ở răng cối nhỏ của bệnh nhân khám tại Bệnh viện Bình Chánh, 2) Xác định tỷ lệ xuất hiện của một số yếu tố nghi ngờ liên quan ở bệnh nhân có tổn thương cổ răng không do sâu tại răng cối nhỏ.

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

### 2.1. Đối tượng nghiên cứu

Nghiên cứu thực hiện trên bệnh nhân tổn thương cổ răng không do sâu điều trị tại Bệnh viện Bình Chánh, thành Phố Hồ Chí Minh từ 7/2025 đến 3/2026.

- **Tiêu chuẩn chọn mẫu:** Bệnh nhân từ 18 tuổi trở lên, đến khám tại Bệnh viện Bình Chánh trong thời gian nghiên cứu, có ít nhất một răng cối nhỏ vĩnh viễn đã mọc hoàn toàn được chẩn đoán tổn thương cổ răng không do sâu. Tổn thương được xác định lâm sàng là mất mô cứng vùng cổ răng, không có đặc điểm sâu răng, có thể ở trên nướu, ngang bờ viền nướu hoặc dưới nướu nhưng vẫn đánh giá được. Răng còn tủy sống, không có bệnh lý tủy hoặc quanh chóp, chưa được phục hồi tại vùng tổn thương. Bệnh nhân đồng ý tham gia và có khả năng cung cấp đầy đủ thông tin nghiên cứu.

- **Tiêu chuẩn loại trừ:** Bệnh nhân không đồng ý hoặc không hợp tác khi hỏi bệnh và thăm khám. Răng có sâu vùng cổ hoặc khó phân biệt với tổn thương không do sâu, răng đã phục hồi vùng cổ, có phục hình che phủ tổn thương, đã điều trị nội nha hoặc có bệnh lý tủy/quanh chóp, răng gãy, nứt, chấn thương, bất thường phát triển hoặc tổn thương ở vị trí không thể đánh giá đầy đủ trên lâm sàng.

### 2.2. Phương pháp nghiên cứu

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

- **Phương pháp chọn mẫu:** Chọn mẫu phi xác suất, lấy mẫu liên tiếp. Tất cả bệnh nhân đến khám tại Bệnh viện Bình Chánh trong thời gian nghiên cứu, đáp ứng tiêu chuẩn chọn mẫu và không thuộc tiêu chuẩn loại trừ, được mời tham gia nghiên cứu. Thực tế trong quá trình nghiên cứu, 50 bệnh nhân đến khám với chẩn đoán tổn thương cổ răng không do sâu tại răng cối nhỏ thỏa tiêu chuẩn được đưa vào khảo sát.

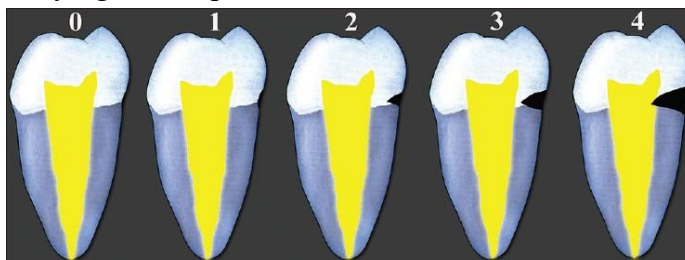
- **Nội dung nghiên cứu:**

Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu: nhóm tuổi, giới tính, lý do vào viện.

Đặc điểm vị trí và mức độ tổn thương cổ răng không do sâu:

+ Đặc điểm vị trí gồm vị trí hàm (hàm trên và hàm dưới), vị trí răng (răng cối nhỏ thứ nhất và thứ hai), bên hàm (phải và trái) và mặt răng (mặt ngoài và mặt trong).

+ Mức độ tổn thương cổ răng: Đánh giá trên lâm sàng theo chỉ số Tooth Wear Index (TWI) của Smith và Knight. Sau khi làm sạch và thổi khô bề mặt răng, tổn thương được quan sát dưới ánh sáng đầy đủ, kết hợp gương nha khoa và cây thăm dò để xác định hình thái và mức độ mất mô cứng tại vùng cổ răng. Độ sâu tổn thương được xác định tại vị trí sâu nhất của khuyết cổ răng bằng thước đo/thăm trầm nha khoa. Mức độ tổn thương được phân loại thành 5 mức: độ 0: không mất hình dạng ngoài, độ 1: mất hình dạng ngoài ở mức tối thiểu, độ 2: sang thương sâu < 1 mm, độ 3: sang thương sâu từ 1-2 mm, độ 4: sang thương sâu > 2 mm hoặc lộ tủy/ngà thứ cấp.



Hình 1. Tiêu chuẩn đánh giá mức độ tổn thương răng theo TWI  
“Nguồn: Sarode G.S. và cộng sự, 2013” [7]

+ Đặc điểm lâm sàng của tổn thương gồm hình dạng tổn thương (hình chêm và hình C), lung lay răng (có/không) và vị trí tổn thương so với nướu (trên nướu, ngang bờ viền nướu và dưới nướu).

Một số yếu tố nghi ngờ liên quan được khảo sát gồm: Cách chải răng, Loại lông chải, Số lần chải răng, Thói quen ăn chua, uống nước có gas, Ợ chua/trào ngược dạ dày, Nghiến răng.

- **Phương pháp thu thập số liệu:** Phiếu thu thập số liệu, bộ dụng cụ khám răng miệng, thước đo.

- **Phương pháp xử lý số liệu:** Phần mềm SPSS 26.0 để xử lý số liệu.

- **Đạo đức trong nghiên cứu:** Nghiên cứu được chấp thuận và thông qua bởi Hội đồng Đạo đức Y sinh học Trường Đại học Y Dược Cần Thơ theo phiếu chấp thuận số 25.546.HV/PCT-HĐĐĐ.

### III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

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

Bảng 1. Đặc điểm chung

| Đặc điểm       |                      | Tần số (n) | Tỷ lệ (%) |
|----------------|----------------------|------------|-----------|
| Nhóm tuổi      | Dưới 40 tuổi         | 17         | 34,0      |
|                | 40 tuổi trở lên      | 33         | 66,0      |
| Giới tính      | Nam                  | 27         | 54,0      |
|                | Nữ                   | 23         | 46,0      |
| Lý do đến khám | Ê buốt do kích thích | 43         | 86,0      |
|                | Nhu cầu thẩm mỹ      | 4          | 8,0       |
|                | Vô tình              | 3          | 6,0       |

Nhận xét: Trong nghiên cứu, đa số bệnh nhân  $\geq 40$  tuổi (66,0%), nam giới chiếm 54,0%. Lý do vào viện ở phần lớn bệnh nhân là ê buốt do kích thích chiếm 86,0%.

#### 3.2. Đặc điểm lâm sàng ở bệnh nhân tổn thương cổ răng không do sâu tại răng cối nhỏ

Bảng 2. Đặc điểm về vị trí và mức độ tổn thương cổ răng không do sâu tại răng cối nhỏ

| Đặc điểm              |                       | Tần số (n) | Tỷ lệ (%) |
|-----------------------|-----------------------|------------|-----------|
| Vị trí hàm            | Hàm trên              | 21         | 42,0      |
|                       | Hàm dưới              | 29         | 58,0      |
| Vị trí răng           | Răng cối nhỏ thứ nhất | 27         | 54,0      |
|                       | Răng cối nhỏ thứ hai  | 23         | 46,0      |
| Bên                   | Bên trái              | 25         | 50,0      |
|                       | Bên phải              | 25         | 50,0      |
| Mặt                   | Ngoài                 | 48         | 96,0      |
|                       | Trong                 | 2          | 4,0       |
| Mức độ tổn thương TWI | Độ 1                  | 5          | 10,0      |
|                       | Độ 2                  | 7          | 14,0      |
|                       | Độ 3                  | 37         | 74,0      |
|                       | Độ 4                  | 1          | 2,0       |

Nhận xét: Về vị trí, hàm dưới chiếm 58,0%, răng cối nhỏ thứ nhất 54,0%, tỷ lệ bên phải trái tương đương nhau, hầu hết ở mặt ngoài (96,0%). Đa phần bệnh nhân có mức độ sang thương từ 1-2 mm (74,0%).

Bảng 3. Đặc điểm lâm sàng tổn thương cổ răng không do sâu tại răng cối nhỏ

| Đặc điểm             |               | Tần số (n) | Tỷ lệ (%) |
|----------------------|---------------|------------|-----------|
| Hình dạng tổn thương | Hình chêm (V) | 32         | 64,0      |
|                      | Hình C        | 18         | 36,0      |
| Lung lay răng        | Có            | 0          | 0,0       |
|                      | Không         | 50         | 100,0     |
| Vị trí tổn thương    | Trên nướu     | 11         | 22,0      |
|                      | Ngang bờ viền | 30         | 60,0      |
|                      | Dưới nướu     | 9          | 18,0      |

Nhận xét: Đa số bệnh nhân có tổn thương hình chêm (64,0%) với vị trí tổn thương thường gặp nhất là ngang bờ viền chiếm 60,0%. Bên cạnh đó, không ghi nhận bệnh nhân lung lay răng.

### 3.3. Tỷ lệ xuất hiện một số yếu tố nghi ngờ liên quan ở bệnh nhân tổn thương cổ răng không do sâu tại răng cối nhỏ

Bảng 4. Tỷ lệ xuất hiện một số yếu tố nghi ngờ liên quan tổn thương cổ răng không do sâu tại răng cối nhỏ

| Đặc điểm                            |              | Tần số (n) | Tỷ lệ (%) |
|-------------------------------------|--------------|------------|-----------|
| Cách chải răng                      | Chải dọc     | 27         | 54,0      |
|                                     | Chải ngang   | 23         | 46,0      |
| Loại lông chải                      | Lông cứng    | 17         | 34,0      |
|                                     | Lông mềm     | 33         | 66,0      |
| Số lần chải răng                    | 1-2 lần/ngày | 29         | 58,0      |
|                                     | > 2 lần/ngày | 21         | 42,0      |
| Thói quen ăn chua, uống nước có gas | Có           | 17         | 34,0      |
|                                     | Không        | 33         | 66,0      |
| Ợ chua/trào ngược dạ dày            | Có           | 16         | 32,0      |
|                                     | Không        | 34         | 68,0      |
| Nghiến răng                         | Có           | 12         | 24,0      |
|                                     | Không        | 38         | 76,0      |

Nhận xét: Về cách thức chải răng, đa số bệnh nhân chải răng từ 1 đến 2 lần/ngày (58,0%), loại bàn chải mềm (66,0%) và chải dọc (54,0%). Về đặc điểm ăn uống được khảo sát, thói quen ăn chua, uống nước có gas (34,0%) và ợ chua/trào ngược dạ dày (32,0%) cũng thường gặp.

## IV. BÀN LUẬN

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

Trong nghiên cứu của chúng tôi, đa số bệnh nhân thuộc nhóm tuổi  $\geq 40$ , chiếm 66,0% tổng số trường hợp, nam giới chiếm 54,0%. Kết quả này phù hợp với các bằng chứng dịch tễ học quốc tế, trong đó tuổi được xem là yếu tố dự báo mạnh nhất đối với sự hiện diện và mức độ nghiêm trọng của tổn thương cổ răng không do sâu [8]. Các nghiên cứu tại Bosnia và Serbia cũng ghi nhận tỷ lệ NCCL thấp nhất ở nhóm dưới 20 tuổi và tăng rõ rệt ở người trưởng thành và cao tuổi [8],[9].

Tỷ lệ nam giới cao hơn nữ giới trong nghiên cứu hiện tại phản ánh xu hướng thường gặp tại khu vực Đông Nam Á và một số quốc gia đang phát triển [4]. Mặc dù một số nghiên cứu không ghi nhận sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về tỷ lệ hiện mắc giữa hai giới, song nam giới thường có mức độ tổn thương lan rộng và sâu hơn [10]. Sự khác biệt này có thể liên quan đến lực nhai lớn hơn do khối cơ cắn phát triển, làm gia tăng ứng suất uốn tại vùng cổ răng trong quá trình ăn nhai hoặc khi có thói quen cắn chực năng như nghiến răng [4].

Ngoài ra, các yếu tố lối sống như hút thuốc, sử dụng rượu bia và xu hướng dùng lực tay mạnh khi chải răng cũng có thể góp phần thúc đẩy quá trình mài mòn cơ học [11].

Tại Việt Nam, nghiên cứu ở Hà Nội ghi nhận mối liên quan chặt chẽ giữa triệu chứng ê buốt và nguy cơ mòn cổ răng, với nguy cơ tăng gần 4 lần ở nhóm có triệu chứng [3]. Điều này cho thấy ê buốt răng không chỉ là biểu hiện lâm sàng mà còn là yếu tố thúc đẩy bệnh nhân tìm đến dịch vụ chăm sóc nha khoa khi tổn thương đã tiến triển.

#### **4.2. Đặc điểm lâm sàng ở bệnh nhân tổn thương cổ răng không do sâu tại răng cối nhỏ**

Phần lớn tổn thương tập trung ở hàm dưới (58,0%). Đặc điểm này có thể liên quan đến cấu trúc giải phẫu và góc tiếp xúc của bàn chải răng. Răng hàm dưới thường nghiêng về phía lưỡi, làm vùng cổ răng mặt ngoài nhô hơn và dễ chịu tác động của các chuyển động chải ngang [9]. Ngoài ra, sự tích tụ mảng bám và cao răng tại vùng cổ răng hàm dưới có thể làm tăng nguy cơ tác động của các yếu tố hóa học nếu vệ sinh không đúng cách.

Tổn thương hình chêm chiếm 64,0%, là hình thái lâm sàng thường liên quan đến cơ chế abfraction. Theo giả thuyết này, các lực nhai bất lợi hoặc quá mức tạo ra ứng suất tập trung tại vùng cổ răng, gây vi gãy các tinh thể hydroxyapatite và hình thành khuyết dạng góc cạnh. Ngược lại, tổn thương hình chén hoặc lòng chảo thường gợi ý nguyên nhân do axit [12]. Tỷ lệ tổn thương hình chêm cao trong nghiên cứu phù hợp với giả thuyết về sự tham gia của các yếu tố cơ học trong cơ chế hình thành tổn thương cổ răng không do sâu. Tuy nhiên, do thiết kế mô tả cắt ngang, kết quả hiện tại không cho phép xác định vai trò độc lập hoặc quan hệ nhân quả của các cơ chế này.

Độ sâu tổn thương chủ yếu từ 1-2 mm (74,0%), tương ứng mức độ trung bình (độ 3 theo chỉ số TWI) [13]. Ở giai đoạn này, lớp men đã mất hoàn toàn và ngà răng bị bộc lộ một phần. Do ngà răng có tốc độ mòn nhanh hơn men, đồng thời các ống ngà mở rộng, nguy cơ viêm tủy có thể tăng nếu không được can thiệp kịp thời [14].

Tổn thương mặt ngoài chiếm 96,0%, phân bố này tương đồng với vị trí thường chịu tác động của các yếu tố ngoại lai như chải răng [9], nhưng nghiên cứu hiện tại không cho phép xác định riêng biệt đóng góp của từng cơ chế. Toàn bộ răng khảo sát không ghi nhận tình trạng lung lay, cho thấy tổn thương cổ răng không do sâu là quá trình phá hủy mô cứng mạn tính, không liên quan đến bệnh lý viêm nha chu cấp hoặc tiêu xương ổ răng nặng tại thời điểm nghiên cứu [13].

#### **4.3. Tỷ lệ xuất hiện một số yếu tố nghi ngờ liên quan ở bệnh nhân tổn thương cổ răng không do sâu tại răng cối nhỏ**

Phần lớn bệnh nhân có thói quen chải răng 1-2 lần/ngày (58,0%), sử dụng bàn chải mềm (66,0%) và chải theo chiều dọc (54,0%). Những đặc điểm này cho thấy ý thức vệ sinh răng miệng ở mức tương đối tốt. Tuy nhiên, tổn thương cổ răng không do sâu vẫn xảy ra, có thể liên quan đến lực chải răng mạnh tác động lên vùng cổ răng vốn mỏng và dễ tổn thương.

Bên cạnh yếu tố cơ học, các yếu tố hóa học cũng được ghi nhận với tỷ lệ đáng kể gồm 34,0% bệnh nhân có thói quen ăn chua hoặc sử dụng nước có gas và 32,0% có tiền sử trào ngược dạ dày. Môi trường acid có thể làm mềm bề mặt men răng trước khi chải, khiến ngay cả bàn chải mềm cũng trở thành tác nhân mài mòn hiệu quả [15]. Điều này cho thấy việc kiểm soát các yếu tố hóa học trong khoang miệng là cần thiết bên cạnh điều chỉnh kỹ thuật chải răng.

### **V. KẾT LUẬN**

Trong phạm vi nghiên cứu hiện tại, ở bệnh nhân có tổn thương cổ răng không do sâu tại răng cối nhỏ, nhóm từ 40 tuổi trở lên chiếm đa số và ê buốt do kích thích là lý do đến khám thường gặp. Tổn thương chủ yếu có dạng hình chêm, ở mặt ngoài và có độ sâu 1-2 mm. Trong

các yếu tố được khảo sát, thói quen ăn chua hoặc uống nước có gas, ợ chua/trào ngược dạ dày và nghiến răng là những đặc điểm thường được ghi nhận. Kết quả nghiên cứu góp phần nhận diện các đặc điểm lâm sàng và yếu tố nghi ngờ liên quan, hỗ trợ sàng lọc, tư vấn dự phòng và quản lý người bệnh trong thực hành. Do thiết kế mô tả cắt ngang, cỡ mẫu còn hạn chế và không có nhóm so sánh, các nghiên cứu tiếp theo với cỡ mẫu lớn hơn và thiết kế phân tích phù hợp là cần thiết để làm rõ vai trò của từng yếu tố đối với sự xuất hiện và tiến triển của tổn thương.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Grippo J.O., Simring M., and Coleman T.A. Abfraction, abrasion, biocorrosion, and the enigma of noncarious cervical lesions: a 20-year perspective. *J Esthet Restor Dent*. 2012. 24(1), 10-23, <https://doi.org/10.1111/j.1708-8240.2011.00487.x>.
2. Teixeira D.N.R., Thomas R.Z., Soares P.V., Cune M.S., Gresnigt M.M.M., *et al.* Prevalence of noncarious cervical lesions among adults: A systematic review. *J Dent*. 2020. 95, 103285, <https://doi.org/10.1016/j.jdent.2020.103285>.
3. Lưu Văn Trường, Đào Thị Dung và Nguyễn Việt Đa Đô. Thực trạng mòn răng và một số yếu tố liên quan ở người cao tuổi tại phường Phương Liên, Đống Đa, Hà Nội năm 2022. *Tạp chí Y học Việt Nam*. 2023. 524(1B), 88-93, <https://doi.org/10.51298/vmj.v524i1B.4734>.
4. Penoni D.C., Gomes Miranda M.E.D.S.N., Sader F., Vettore M.V., and Leão A.T.T. Factors associated with noncarious cervical lesions in different age ranges: a cross-sectional study. *Eur J Dent*. 2021. 15(2), 325-331, <https://doi.org/10.1055/s-0040-1722092>.
5. Ichim I.P., Schmidlin P.R., Li Q., Kieser J.A., and Swain M.V. Restoration of non-carious cervical lesions Part II. Restorative material selection to minimise fracture. *Dent Mater*. 2007. 23(12), 1562-1569, <https://doi.org/10.1016/j.dental.2007.02.002>.
6. Branco N.T.T., Diniz I.M.A., Abreu L.G., Sales A.L.B., Kimura A.C.R.S., *et al.* Noncarious cervical lesions in the aging population analyzed through digital scanning: occlusal risk factors, dimensions, and morphology. *Clin Oral Investig*. 2023. 27(10), 6177-6186, <https://doi.org/10.1007/s00784-023-05234-5>.
7. Sarode G.S. and Sarode S.C. Abfraction: a review. *J Oral Maxillofac Pathol*. 2013. 17(2), 222-227, <https://doi.org/10.4103/0973-029X.119788>.
8. Kolak V., Pešić D., Melih I., Lalović M., Nikitović A., *et al.* Epidemiological investigation of non-carious cervical lesions and possible etiological factors. *J Clin Exp Dent*. 2018. 10(7), e648-e656, <https://doi.org/10.4317/jced.54860>.
9. Zuza A., Racic M., Ivkovic N., Krunić J., Stojanovic N., *et al.* Prevalence of non-carious cervical lesions among the general population of the Republic of Srpska, Bosnia and Herzegovina. *Int Dent J*. 2019. 69(4), 281-288, <https://doi.org/10.1111/idj.12462>.
10. Fontelle G.A., do Nascimento F.Y., Silva P.B., and Rolim J.P. Risk factors associated with noncarious cervical lesions. *J Clin Exp Dent*. 2024. 16(7), e873-e878, <https://doi.org/10.4317/jced.61349>.
11. Bors A., Beresescu F.G., and Szekely M. Longitudinal assessment of dental erosion in a romanian cohort of young adults: a ten-year follow-up pilot study. *Dent J (Basel)*. 2025. 13(7), 302, <https://doi.org/10.3390/dj13070302>.
12. Morakhia D., Asthana G., Parmar R., Mathirat A., and Tamuli R. Clinical evaluation of etiological co-variables, characteristics, and treatment modalities of noncarious cervical lesions. *J Conserv Dent Endod*. 2025. 28(4), 371-376, [https://doi.org/10.4103/JCDE.JCDE\\_55\\_25](https://doi.org/10.4103/JCDE.JCDE_55_25).
13. Aw T.C., Lepe X., Johnson G.H., and Manel L. Characteristics of noncarious cervical lesions: a clinical investigation. *J Am Dent Assoc*. 2002. 133(6), 725-733, <https://doi.org/10.14219/jada.archive.2002.0268>.
14. Sakkaria A., Ramadoss R., Krishnasamy N., Sundar S., Panneerselvam S., *et al.* Assessment of nanoscale configuration of dentin in non-carious cervical lesions. *Cureus*. 2023. 15(10), e48003, <https://doi.org/10.7759/cureus.48003>.
15. Sadaf D. and Ahmad Z. Role of brushing and occlusal forces in non-carious cervical lesions (NCCL). *Int J Biomed Sci*. 2014. 10(4), 265-268.