máu thành ruột, thủng ruột và khí trong thành ruột. Từ đó, giúp các bác sỹ lâm sàng chẩn đoán kịp thời bệnh lý tắc ruột cho người bệnh, lập kế hoạch điều trị phù hợp nhằm giảm thiểu biến chứng cho người bệnh.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Phạm Thị Thoa, Nguyễn Duy Hùng, Nguyễn Duy Huề** (2021). Tắc ruột quai đóng: Giá trị chẩn đoán của cắt lớp vi tính đa dãy. Tạp chí Y học Việt Nam; 507 (2): 221-225
2. **MohiJ.K.,KajalSunita,SinghTejinder, et al.** (2017). Role of imaging in evaluation of intestinal obstruction, International Journal of Medical Research and Review. 5(06): 593-603.
3. **Griffiths S, Glancy DG (2017).** Intestinal obstruction. Surgery (Oxford).;35(3): 157–64.
4. **Nakashima K, Ishimaru H, Fujimoto T, et al.** (2015). Diagnostic performance of CT findings for bowel ischemia and necrosis in closed- loop small-bowel obstruction. Abdom imaging;40(5): 1097-103.
5. **Sheedy S. P., Earnest F. 4th, Fletcher J. G., et al.** (2006). CT of small-bowel ischemia associated with obstruction in emergency department patients: diagnostic performance evaluation, Radiology. 241(3): 729-736.
6. **Huang X, Fang G, Lin J, et al.** (2018). A Prediction Model for Recognizing Strangulated Small Bowel Obstruction. Gastroenterol Res Pract. doi:https://doi.org/10.1155/2018/7164648
7. **Geffroy Y, Colette IB, Jullès MC, et al** (2014). Increased unenhanced bowel-wall attenuation at multidetector CT is highly specific of ischemia complicating small-bowel obstruction. Radiology. 2014;270(1): 159-167.
8. **Jancelewicz T, Vu LT, Shawo AE, et al.** (2009). Predicting strangulated small bowel obstruction: an old problem revisited. J Gastrointest Surg. 2009;13(1): 93-9.

THỰC TRẠNG SÂU RĂNG SỮA Ở HỌC SINH LỚP 5 TẠI HÀ NỘI

Hà Ngọc Chiều[1], Lê Thị Thuỳ Linh[1]

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả thực trạng bệnh sâu răng sữa ở học sinh lớp 5. **Đối tượng và phương pháp:** nghiên cứu mô tả cắt ngang được thực hiện trên 502 học sinh lớp 5 (12 tuổi), đang học tại trường Trường Tiểu học Kim Liên - Đống Đa và Trường Tiểu học Lý Thái Tổ - Trung Hoà – Cầu Giấy - Hà Nội. **Kết quả:** Tỷ lệ sâu răng sữa là 36,3% trong đó, tỷ lệ sâu răng sữa ở học sinh nam là 38,9% cao hơn ở học sinh nữ là 32,9%. Chỉ số dmft = 1,16 ± 2,10, chỉ số dmfs = 1,54 ± 3,02. **Kết luận**: Tỷ lệ sâu răng sữa trong nghiên cứu này là 36,3% đang ở mức cao. Thành phần dt và ds chiếm chủ yếu trong chỉ số dmft, dmfs phản ánh mức độ quan tâm chưa đầy đủ đến tình trạng sâu răng sữa ở nhóm trẻ này.

Từ khoá: sâu răng sữa, chỉ số dmft, chỉ số dmfs

SUMMARY

THE CURRENT SITUATION OF PRIMARY TOOTH DECAY AMONG 5TH GRADE STUDENTS IN HANOI

Objective: Describe the current situation of primary tooth decay among 5th grade students. **Subjects and methods:** The cross-sectional descriptive study was conducted on 502 5th grade students (12 years old), studying at Primary School Kim Lien - Dong Da and Ly Thai To Primary School - Trung Hoa - Cau Giay - Hanoi. **Results:** The rate of primary tooth decay was 36.3%, in which the rate of primary tooth decay among male students was 38.9%, higher than that of female students which was 32.9%. dmft index = 1.16 ± 2.10, dmfs index = 1.54 ± 3.02. **Conclusion**: The rate of primary tooth decay in this study is 36,3%, which is at a high level. The dt and ds components account for the majority in the dmft and dmfs indexes, reflecting an insufficient level of attention to the state of primary tooth decay in this group of children. ***Keywords:*** primary tooth decay, dmft index, dmfs index.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Theo tổ chức Y tế thế giới, sâu răng là một trong hai gánh nặng hàng đầu của chăm sóc sức khỏe răng miệng, bên cạnh bệnh nha chu. Bệnh ảnh hưởng tới 60-90% học sinh và phần lớn người trưởng thành ở hầu hết các nước công nghiệp, là bệnh răng miệng có tỷ lệ mắc cao nhất ở một số nước châu Á và Mỹ La tinh [1]. Tại Việt Nam, tỷ lệ mắc bệnh cũng đang ở mức độ cao và có chiều hướng tăng lên. Theo kết quả điều tra sức khỏe răng miệng toàn quốc năm 2019 cho thấy: tỷ lệ sâu răng sữa ở trẻ 9-11 tuổi là 52,0%; chỉ số dmft và dmfs lần lượt là 1,93 và 3,27; tỷ lệ sâu răng vĩnh viễn ở trẻ 12 tuổi là 44,8%; chỉ số DMFT và DMFS lần lượt là 1,56 và 4,15 [2].

Học sinh lớp 5 (11-12 tuổi) là những trẻ đang ở giai đoạn hàm răng hỗn hợp. Sâu răng ở giai đoạn này nếu không được điều trị kịp thời có thể làm tăng nguy cơ phát triển lệch lạc về cấu trúc xương hàm, sự định hình về khớp cắn, cũng như sự phát triển bình thường của những răng vĩnh viễn đã và sắp mọc sau này. Do vậy việc giữ được sự toàn vẹn hàm răng hỗn hợp cho trẻ

[1]*Trường Đại học Y Hà Nội*
Chịu trách nhiệm chính: Hà Ngọc Chiều
Email: ngocchieu@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 10.5.2024
Ngày phản biện khoa học: 20.6.2024
Ngày duyệt bài: 16.7.2024

về mặt chức năng và thẩm mỹ, trong suốt thời gian dài chờ sự thay thế hoàn toàn bởi hàm răng vĩnh viễn, đóng vai trò quan trọng đối với sự phát triển toàn vẹn ở trẻ em, đây là công việc hết sức khó khăn của ngành Răng hàm mặt, đòi hỏi cần sự phát hiện và can thiệp kịp thời, dự phòng và sớm lồng ghép các chương trình giáo dục sức khoẻ răng miệng, nhằm tạo cho trẻ những thói quen chăm sóc răng miệng lành mạnh sau này. Xuất phát từ các vấn đề trên chúng tôi tiến hành thực hiện nghiên cứu với mục tiêu: *"Mô tả thực trạng bệnh sâu răng sữa ở học sinh lớp 5, Trường Tiểu học Kim Liên – Đống Đa và Trường Tiểu học Lý Thái Tổ - Cầu Giấy - Hà Nội, năm học 2022-2023".*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Là học sinh lớp 5 đang học tại trường Trường Tiểu học Kim Liên - Đống Đa và Trường Tiểu học Lý Thái Tổ - Trung Hoà – Cầu Giấy - Hà Nội.

**** Tiêu chuẩn lựa chọn:***

- Học sinh khối lớp 5, đang học tại Trường Tiểu học Kim Liên - Đống Đa và Trường Tiểu học Lý Thái Tổ - Trung Hoà – Cầu Giấy - Hà Nội.
- Được sự đồng ý của bố mẹ, nhà trường.
- Trẻ hợp tác tốt, đồng ý tham gia nghiên cứu.

**** Tiêu chuẩn loại trừ:***

- Trẻ đang điều trị chỉnh nha bằng mắc cài cố định.
- Trẻ đang mắc các bệnh toàn thân hoặc răng miệng cấp tính.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

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

2.2.2. Địa điểm và thời gian nghiên cứu

- Địa điểm nghiên cứu:

+ Trường Tiểu học Kim Liên - Đống Đa

+ Trường Tiểu học Lý Thái Tổ - Trung Hoà – Cầu Giấy - Hà Nội

+ Viện Đào tạo Răng Hàm Mặt - Trường Đại học Y Hà Nội.

- Thời gian nghiên cứu: Từ tháng 12/2022 đến tháng 12/2023.

2.2.3. Cỡ mẫu: Áp dụng công thức tính cỡ mẫu mô tả một tỷ lệ với sai số tuyệt đối cho nghiên cứu mô tả cắt ngang[3]:

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

Trong đó: p: Đây là một nghiên cứu nằm trong đề tài: "Thực trạng bệnh sâu răng và một số yếu tố liên quan ở học sinh lớp 5, năm học 2022-2023 tại Hà Nội", vì vậy chúng tôi đã chọn p là tỷ lệ sâu răng vĩnh viễn ở trẻ 12 tuổi theo điều tra sức khoẻ răng miệng toàn quốc năm 2019 [2] là 44,8%. $Z_{(1-\alpha/2)}$: hệ số tin cậy, với mức ý nghĩa thống kê α = 0,05, tương ứng với độ tin cậy là 95% thì $Z_{(1-\alpha/2)}$ = 1,96. ε: độ chính xác tương đối (lấy = 20% của p). Thay vào công thức trên chúng tôi tính được cỡ mẫu cần nghiên cứu là 119 học sinh. Thực tế, chúng tôi đã khám và phỏng vấn được 196 học sinh của trường Tiểu học Kim Liên và 306 học sinh của trường Tiểu học Lý Thái Tổ.

2.3. Tiến hành nghiên cứu. Sau khi liên hệ với Ban giám hiệu Trường Tiểu học Kim Liên và Trường Tiểu học Lý Thái Tổ để lựa chọn trẻ em tham gia nghiên cứu. Những trẻ phù hợp với tiêu chuẩn lựa chọn và đồng ý tham gia nghiên cứu sẽ được phỏng vấn và khám răng miệng tại trường. Các thông tin thu thập sẽ được điền ngay vào phiếu phỏng vấn và phiếu khám trước khi học sinh rời khỏi ghế khám.

2.4. Tiêu chí sử dụng trong nghiên cứu. Trong nghiên cứu này, chúng tôi sử dụng tiêu chuẩn đánh giá tổn thương sâu răng theo hệ thống quản lý phân loại sâu răng quốc tế ICCMS.

2.5. Xử lý và phân tích số liệu. Số liệu được kiểm tra chặt chẽ, nhập bằng phần mềm Epi data 3.1, phân tích trên phần mềm SPSS 20.0 theo phương pháp thống kê y học. Số liệu được phân tích và trình bày dưới dạng tần số, tỷ lệ %, trung bình và độ lệch chuẩn.

2.6. Đạo đức trong nghiên cứu. Việc nghiên cứu tuân thủ đúng các quy định trong nghiên cứu y sinh học của hội đồng khoa học Viện đào tạo Răng Hàm Mặt - Trường đại học Y Hà Nội.

Tất cả trẻ tham gia nghiên cứu đều được giải thích, có sự đồng ý của bố mẹ và các thầy cô giáo chủ nhiệm.

Mọi thông tin cá nhân và đối tượng nghiên cứu, số liệu của cuộc điều tra, phỏng vấn sẽ được giữ kín và chỉ có người nghiên cứu mới được phép tiếp cận.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu được thực hiện trên 502 học sinh, trong đó có 283 học sinh nam và 219 học sinh nữ.

Bảng 3.1. Tỷ lệ sâu răng sữa theo trường và theo giới

	Sâu răng		Không sâu răng		Tổng số	p (χ^2 test)
	n	%	n	%		
Địa điểm						
Kim Liên	70	35,7	126	64,3	196	0,840
Lý Thái Tổ	112	36,6	194	63,4	306	

Giới						
Nam	110	38,9	173	61,1	283	0,166
Nữ	72	32,9	147	67,1	219	
Tổng số	182	36,3	320	63,7	502	

Nhận xét: Tỷ lệ sâu răng sữa ở học sinh lớp 5 là 36,3% trong đó, tỷ lệ sâu răng sữa ở học sinh trường Kim Liên là 35,7% thấp hơn tỷ lệ này ở trường Lý Thái Tổ (36,6%), tuy nhiên sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với p>0,05.

Tỷ lệ giới nam bị sâu răng sữa (38,9%) cao hơn tỷ lệ này ở giới nữ (32,9%), tuy nhiên sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với p>0,05.

Bảng 3.2. Tỷ lệ sâu răng sữa theo mức độ tổn thương theo trường và theo giới

		Sâu răng		
		Sâu răng giai đoạn sớm	**Sâu răng giai đoạn trung bình**	**Sâu răng giai đoạn lan rộng**
Địa điểm				
Kim Liên	Số lượng	6	15	49
	Tỷ lệ	8,6	21,4	70,0
Lý Thái Tổ	Số lượng	16	34	62
	Tỷ lệ	14,3	30,4	55,3
p		0,139		
Giới				
Nam	Số lượng	16	23	71
	Tỷ lệ	14,6	20,9	64,5
Nữ	Số lượng	6	26	40
	Tỷ lệ	8,3	36,1	55,6
p		0,058		
Chung	Số lượng	22	49	111
	Tỷ lệ	12,1	26,9	61,0

Nhận xét: Sâu răng giai đoạn lan rộng chiếm tỷ lệ cao nhất (61,0%) trong đó tỷ lệ này ở trường Kim Liên cao hơn trường Lý Thái Tổ. Tiếp theo là sâu răng giai đoạn trung bình (26,9%) và thấp nhất là sâu răng giai đoạn sớm. Ở hai giai đoạn này, tỷ lệ sâu răng ở trường Lý Thái Tổ đều cao hơn trường Kim Liên. Tuy nhiên, không có sự khác biệt về tỷ lệ sâu răng sữa theo mức độ tổn thương giữa hai trường với p>0,05.

Ở giới nam, tỷ lệ sâu răng sữa giai đoạn lan rộng chiếm tỷ lệ cao nhất là 64,5%. Ở giới nữ, tỷ lệ sâu răng sữa giai đoạn lan rộng chiếm tỷ lệ cao nhất với 55,6%. Không có sự khác biệt về tỷ lệ sâu răng sữa theo mức độ tổn thương giữa hai giới với p>0,05.

Bảng 3.3. Chỉ số dmft theo trường và theo giới

Chỉ số	**dt**	**mt**	**ft**	**dmft**
Địa điểm				
Kim Liên	0,86 ± 1,60	0,01 ± 0,07	0,12 ± 0,37	0,98 ± 1,81
Lý Thái Tổ	1,04 ± 1,83	0,02 ± 0,15	0,21 ± 0,66	1,27 ± 2,27
p	0,491	0,380	0,327	0,390
Giới				
Nam	1,08 ± 1,91	0,01 ± 0,08	0,16 ± 0,50	1,24 ± 2,17
Nữ	0,83 ± 1,50	0,02 ± 0,16	0,20 ± 0,64	1,05 ± 2,01
p	0,185	0,456	0,417	0,228
Chung	0,97 ± 1,74	0,01 ± 0,13	0,17 ± 0,57	1,16 ± 2,10

Nhận xét: Chỉ số dmft chung là 1,16 ± 2,10, trong đó ở trường Kim Liên là 0,98 ± 1,81 thấp hơn ở trường Lý Thái Tổ là 1,27 ± 2,27. Tuy nhiên không có sự khác biệt giữa chỉ số dmft chung giữa hai trường với p>0,05.

Chỉ số dmft ở giới nam là 1,24 ± 2,17 cao hơn so với ở nữ giới là 1,05 ± 2,01. Tuy nhiên không có sự khác biệt giữa chỉ số dmft chung giữa hai giới với p>0,05.

Bảng 3.4. Chỉ số dmfs theo trường và theo giới

Chỉ số	**ds**	**ms**	**fs**	**dmfs**
Địa điểm				
Kim Liên	1,03 ± 2,08	0,01 ± 0,07	0,11 ± 0,36	1,14 ± 2,22
Lý Thái Tổ	1,43 ± 2,67	0,05 ± 0,48	0,32 ± 1,04	1,80 ± 3,41
p	0,355	0,377	0,105	0,188
Giới				
Nam	1,35 ± 2,45	0,03 ± 0,38	0,20 ± 0,75	1,58 ± 2,87
Nữ	1,18 ± 2,49	0,04 ± 0,37	0,28 ± 0,96	1,50 ± 3,21
p	0,188	0,462	0,338	0,216
Chung	1,28 ± 2,46	0,03 ± 0,37	0,24 ± 0,85	1,54 ± 3,02

Nhận xét: Chỉ số dmfs chung là 1,54 ± 3,02, trong đó ở trường Kim Liên là 1,14 ± 2,22 thấp hơn ở trường Lý Thái Tổ là 1,80 ± 3,41. Tuy nhiên không có sự khác biệt giữa chỉ số dmfs chung giữa hai trường với p>0,05.

Chỉ số dmfs ở giới nam là 1,58 ± 2,87 cao hơn so với nữ giới là 1,50 ± 3,21. Tuy nhiên, không có sự khác biệt giữa chỉ số dmfs chung giữa hai giới với p>0,05.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Tỷ lệ sâu răng sữa. Những chiếc răng vĩnh viễn đầu tiên xuất hiện trong khoang miệng khi trẻ sinh ra được khoảng 6 tuổi, kể từ đó trẻ bắt đầu bước vào giai đoạn hàm răng hỗn hợp, giai đoạn mà những chiếc răng sữa dần được thay bằng những chiếc răng vĩnh viễn, vì vậy giai đoạn này có vai trò của nó hết sức quan trọng.

Một bộ răng sữa phát triển bình thường sẽ giúp cho xương hàm phát triển ổn định, giữ chỗ cho răng vĩnh viễn mọc từ đó đảm bảo chức năng ăn nhai, phát âm, thẩm mỹ khuôn mặt, giúp cho trẻ phát triển toàn diện. Ở học sinh lớp 5, những chiếc răng sữa còn lại thường là răng số 3, số 4 và số 5. Nếu những chiếc răng này còn nguyên vẹn sẽ định hướng rất tốt cho những chiếc răng vĩnh viễn quan trọng mọc lên sau này, đặc biệt là răng nanh.

Kết quả nghiên cứu tại bảng 3.1 cho thấy, tỷ lệ sâu răng sữa ở học sinh lớp 5 trong nghiên cứu là 36,3% trong đó, tỷ lệ sâu răng sữa ở học sinh nam là 38,9% cao hơn ở học sinh nữ (32,9%) và tỷ lệ ở trường Tiểu học Lý Thái Tổ cao hơn trường Tiểu học Kim Liên. Tuy nhiên, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với p>0,05. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng tương đồng với những nghiên cứu ở Việt Nam trước đây, các nghiên cứu đều khẳng định tỷ lệ sâu răng ở nước ta là khá cao.

Nghiên cứu của Trịnh Đình Hải và cộng sự trong điều tra sức khỏe răng miệng toàn quốc năm 2019 cho thấy, tỷ lệ sâu răng sữa ở trẻ 9-11 tuổi là 52,0%; chỉ số dmft là 1,93 cao hơn trong nghiên cứu của chúng tôi[2]. Lý giải cho điều này có thể do cỡ mẫu và cách chọn mẫu giữa hai nghiên cứu có sự khác nhau. Nghiên cứu của chúng tôi chỉ tiến hành trên trẻ em ở thành phố Hà Nội trong khi điều tra sức khỏe răng miệng toàn quốc được tiến hành trên cả nước, có cả trẻ e vùng thành thị, nông thôn và miền núi. Nghiên cứu của Phạm Minh Khuê và cộng sự trên 371 học sinh từ 7-11 tuổi tại thành phố Hà Tĩnh cho thấy, tỷ lệ sâu răng sữa ở nhóm 9-11 tuổi là 70,89% cao hơn nhiều so với nghiên cứu của chúng tôi[4]. Sự khác biệt này có thể do độ tuổi trong nghiên cứu của Phạm Minh Khuê rộng hơn, trẻ 9-10 tuổi sẽ còn nhiều răng sữa trên cung hàm hơn so với trẻ 11-12 tuổi và điều kiện kinh tế, xã hội giữa thành phố Hà Tĩnh và thủ đô Hà Nội cũng có sự khác nhau, ảnh hưởng tới tỷ lệ sâu răng của hai nghiên cứu.

Trên thế giới, nhiều kết quả nghiên cứu cũng cho kết quả tương tự. Nghiên cứu của Dye B.A và cs (2015) tại Mỹ về tỷ lệ sâu răng ở trẻ em những năm 2011-2012 cho thấy: trẻ em từ 2-8 tuổi, 37% có sâu răng sữa, trong đó có 14% trẻ không được điều trị; 21% trẻ có sâu răng vĩnh viễn trong đó có 6% số trẻ không được điều trị [5]. Nghiên cứu của Goenka P và cộng sự (2018) trên 1000 trẻ em từ 5 – 13 tuổi tại Ấn Độ. Kết quả cho thấy nhóm 5 đến 7 tuổi có tỷ lệ sâu răng rất cao (65,1%), chỉ số dmft là 2,68 ± 2,48. Nhóm 8 đến 10 tuổi có tỷ lệ mắc sâu răng là 56,7%; chỉ số dmft là 2,01 ± 2,07. 45,4% trẻ em trong độ tuổi từ 11 đến 13 tuổi bị sâu răng, giá trị trung bình chỉ số dmft là 0,69 ± 1,07. Sự khác biệt về tỷ lệ mắc sâu răng và chỉ số dmft giữa các nhóm tuổi có ý nghĩa thống kê[6].

Phân tích tỷ lệ sâu răng theo mức độ của tổn thương cho thấy: tỷ lệ sâu răng khi tổn thương đã tạo lỗ sâu trên lâm sàng (sâu răng giai đoạn lan rộng) chiếm tỷ lệ cao nhất (61,0%). Tiếp theo là sâu răng giai đoạn trung bình (26,9%) và thấp nhất là sâu răng giai đoạn sớm (12,1%) (bảng 3.2). Điều đó cho thấy, khi trẻ 12 tuổi, những chiếc răng sữa còn lại đã tiếp xúc đủ lâu với môi trường miệng, vì vậy sâu răng chủ yếu là giai đoạn đã tạo lỗ (giai đoạn lan rộng).

4.2. Chỉ số dmft và dmfs. Trong nghiên cứu này, chỉ số dmft ở nhóm trẻ 12 tuổi là 1,16 ± 2,10 (bảng 3.3), trong đó thành phần dt chiếm chủ yếu (0,97 ± 1,74), chỉ số này ở nam (1,24 ± 2,17) cao hơn ở nữ (1,05 ± 2,01). Chỉ số dmfs là 1,54 ± 3,02 và ở giới nam là 1,58 ± 2,87 cao hơn so với ở nữ giới là 1,50 ± 3,21; sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với p>0,05 (bảng 3.4). So sánh với kết quả điều tra răng miệng toàn quốc năm 2019, chỉ số dmft ở trẻ 9-11 tuổi là 1,93; chỉ số dmfs là 3,27 đều cao hơn kết quả nghiên cứu của chúng tôi [2]. Sự khác biệt này có thể do cách chọn mẫu giữa hai nghiên cứu. Nghiên cứu của Phạm Minh Khuê và cộng sự năm 2020 cho thấy, chỉ số dmft ở trẻ 11 tuổi là 4,7 cao hơn rất nhiều so với nghiên cưu của chúng tôi[4]. Điều đó cho thấy trẻ em ở các vùng miền khác nhau của nước có tình trạng sâu răng rất khác nhau và mức độ bệnh đều đang khá trầm trọng, thể hiện ở chỉ số dmft, dmfs đều ở mức cao.

So sánh với những nghiên cứu trên thế giới trong những năm gần đây cho thấy, kết quả nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn kết quả nghiên cứu của Khan SQ (2014)[7]. Khi tổng hợp và phân tích 293 nghiên cứu về thực trạng sâu răng ở các nước Ả Rập, kết quả cho thấy chỉ số dmft trẻ từ 2 đến 12 tuổi là 4,341, có thể do đối tượng trong nghiên cứu của Khan SQ có phổ tuổi rất rộng.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cao hơn so với nghiên cứu của Goenka P và cộng sự (2018) trên 1000 trẻ em từ 5 – 13 tuổi tại Ấn Độ. Kết quả của nghiên cứu này cho thấy có 45,4% trẻ em trong độ tuổi từ 11 đến 13 tuổi bị sâu răng, giá trị trung bình chỉ số dmft là 0,69 ± 1,07 [6]. Điều đó cho thấy bệnh sâu răng ở trẻ em vẫn lưu hành rất rộng rãi, không phải chỉ ở các

nước nghèo, các nước đang phát triển mà vẫn có thể phát triển rất trầm trọng ở các nước phát triển, phụ thuộc vào chính sách của mỗi quốc gia cũng như sự phát triển của ngành y tế ở quốc gia đó.

V. KẾT LUẬN

Tỷ lệ sâu răng sữa trong nghiên cứu này là 36,3% đang ở mức cao. Thành phần dt và ds chiếm chủ yếu trong chỉ số dmft, dmfs phản ánh mức độ quan tâm chưa đầy đủ đến tình trạng sâu răng sữa ở trẻ. Cần có nhiều biện pháp giáo dục nha nha và dự phòng sâu răng sớm để cải thiện tình trạng bệnh cho đối tượng này.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Peterson P.E.** "Continuous improvement of oral health in the 21st century – the approach of the WHO Global Oral Health Programme", The World Oral Health Report. 2003;1-45.
2. **Trịnh Đình Hải, Nguyễn Hồng Minh, Trần Cao Bính.** Điều tra sức khỏe răng miệng toàn quốc năm 2019. Nhà xuất bản Y học Hà Nội. 2019;24-25.
3. **Ngô Văn Toàn, Vũ Mạnh Tuấn.** Phương pháp nghiên cứu khoa học trong Răng Hàm Mặt. Nhà xuất bản Giáo dục Việt Nam; 2021:47-60.
4. **Phạm Minh Khuê, Lê Ngọc Thanh, Phạm Thanh Hải.** Thực trạng sâu răng, viêm lợi ở học sinh trường tiểu học Nguyễn Du, thành phố Hà Tĩnh, tỉnh Hà Tĩnh năm 2020. Tạp chí Y học Việt Nam. 2021;503(số đặc biệt): 44-49.
5. **Dye BA, Thornton-Evans G, Li X. et al.** "Dental caries and sealant prevalence in children and adolescents in the United States, 2011–2012". NCHS data brief. 2015;191.
6. **Goenka P, Dutta S, Marwah N, et al.** Prevalence of Dental Caries in Children of Age 5 to 13 Years in District of Vaishali. Bihar. India. Int J Clin Pediatr Dent. 2018;11(5):359-364.
7. **Khan SQ.** Dental caries in Arab League countries: a systematic review and meta-analysis, Int Dent J., 2014;64(4):73-180.

SO SÁNH MỘT SỐ TÁC DỤNG KHÔNG MONG MUỐN CỦA SUCCINYLCHOLIN VỚI ROCURONIUM CÓ GIẢI GIÃN CƠ BẰNG SUGAMADEX TRONG PHẪU THUẬT TUYẾN GIÁP CÓ SỬ DỤNG HỆ THỐNG PHÁT HIỆN THẦN KINH

Nguyễn Tuấn Anh[1], Nguyễn Đức Lam[1,2], Nguyễn Hữu Tú[2,3]

TÓM TẮT

Sử dụng hệ thống phát hiện thần kinh trong mổ NIM (Neuro-Intraoperative Monitoring) giúp giảm tỉ lệ tổn thương dây thần kinh thanh quản quặt ngược trong phẫu thuật tuyến giáp. Trong mổ, cần không có tác dụng của thuốc giãn cơ tránh làm nhiễu tín hiệu của hệ thống phát hiện thần kinh. Nghiên cứu của chúng tôi tiến hành đánh giá một số tác dụng không mong muốn của succinylcholine với rocuronium giải giãn cơ sugammadex trong phẫu thuật cắt tuyến giáp có sử dụng hệ thống phát hiện thần kinh. Phương pháp nghiên cứu mô tả cắt ngang, thực hiện từ 01/4/2020 đến 01/10/2020 chia làm 2 nhóm: Nhóm I: dùng rocuronium liều 0,5 mg /kg để đặt ống nội khí quản và giải giãn cơ bằng sugammadex, Nhóm II: sử dụng giãn cơ ngắn succinylcholin liều 1mg/kg để đặt ống nội khí quản. Kết quả nghiên cứu cho thấy, cả 2 phương pháp trên 95% bệnh nhân có điều kiện đặt ống nội khí quả rất tốt và tốt, không có trường hợp nào đặt nội khí quản khó Tổng lượng thuốc mê và fentanyl sử dụng trong mổ ở nhóm II cao hơn nhóm I. Tỷ lệ bệnh nhân ho, cử động trong mổ, đau họng sau mổ ở nhóm sử dụng II cao hơn so với nhóm I.

Từ khóa: phẫu thuật tuyến giáp, succhinylcholin, rocuronium, sugammadex, hệ thống phát hiện thần kinh.

SUMMARY

COMPARISON OF ADVERSE DRUG REACTION BETWEEN SUCCINYLCHOLIN AND ROCURONI REVESAL WITH SUGAMMADEX IN THYROIDECTOMY USING NEURO-INTRAOPERATIVE MONIRTORING

Using the nerve detection system in NIM surgery reduces the rate of recurrent laryngeal nerve damage in thyroid surgery. However, it requires not having the effect of muscle relaxants to avoid interfering with the signal of the neurological detection system. succinylcholine is a short-acting muscle relaxant which not only helps achieve adequate intubating conditions but also helps quickly restore the neuromuscular synapse.Our study was performed to evaluate the effectiveness of endotracheal tube placement and some adverse effects of succinylcholine vs rocuronium rehesal with sugammadex in thyroidectomy using a NIM. The cross-sectional descriptive study was conducted from April 1, 2020 to October 1, 2020, divided into 2 groups: Group I: Using 0.5mg/kg of rocuronium for intubation and reversal with

[1]*Bệnh viện Phụ Sản Hà Nội*
[2]*Trường Đại Học Y Hà Nội*
[3]*Bệnh viện Đại Học Y Hà Nội*
Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Tuấn Anh
Email: tanh.medhn@gmail.com

Ngày nhận bài: 8.5.2024
Ngày phản biện khoa học: 17.6.2024
Ngày duyệt bài: 18.7.2024