

Đã xác định tần suất của 4 SNP rs1751010, rs9290927, rs9290929 và rs893051 trên gen CLDN-1 ở người bệnh nhân trưởng thành mắc VDCĐ tại Bệnh viện Da Liễu TP.HCM. Nghiên cứu là cơ sở để có thể thực hiện các nghiên cứu tiếp theo nhằm xác định vai trò của các biến thể này đối với bệnh VDCĐ và ứng dụng kết quả góp phần quản lí hiệu quả hơn bệnh VDCĐ ở Việt Nam.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bylund S, von Kobyletzki LB, Svalstedt M, Svensson Å.** Prevalence and incidence of atopic dermatitis: a systematic review. *Acta dermato-venereologica*. 2020;100(12):320-329.
2. **Zink AGS, Arents B, Fink-Wagner A, et al.** Out-of-pocket Costs for Individuals with Atopic Eczema: A Cross-sectional Study in Nine European Countries. *Acta dermato-venereologica*. Mar 1 2019;99(3):263-267. doi:10.2340/00015555-3102
3. **Gruber R, Börnchen C, Rose K, et al.** Diverse Regulation of Claudin-1 and Claudin-4 in Atopic Dermatitis. *The American journal of pathology*. 2015/10/01/ 2015;185(10):2777-2789. doi:https://doi.org/10.1016/j.ajpath.2015.06.021
4. **Kim J, Kim BE, Leung DYM.** Pathophysiology of atopic dermatitis: Clinical implications. *Allergy and asthma proceedings*. Mar 1 2019;40(2):84-92. doi:10.2500/aap.2019.40.4202
5. **De Benedetto A, Rafaels NM, McGirt LY, et al.** Tight junction defects in patients with atopic dermatitis. *Journal of Allergy and Clinical Immunology*. 2011/03/01/ 2011;127(3):773-786.e7. doi:https://doi.org/10.1016/j.jaci.2010.10.018
6. **Asad S, Winge MC, Wahlgren CF, et al.** The tight junction gene Claudin-1 is associated with atopic dermatitis among Ethiopians. *Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology: JEADV*. Nov 2016;30(11):1939-1941. doi:10.1111/jdv.13806
7. **Le Duong Hoang Huy NDHAP, Nguyen Huu Ngoc Tuan.** Quy trình giải trình tự Sanger chẩn đoán các biến thể đa hình đơn Nucleotide trên gen CLDN-1 liên quan đến bệnh viêm da cơ địa. *Pham Ngoc Thach Journal of Medicine and Pharmacy*. 2023;5(5): 71-80. doi:10.59715/pntjimp.2.1.9
8. **Information. NIOHUNCFB.** dbSNP 2024-06-26, https://www.ncbi.nlm.nih.gov/SNP/

THỰC TRẠNG KÉM KHOÁNG HÓA RĂNG HÀM SỮA THỨ HAI Ở TRẺ 3-5 TUỔI TẠI MỘT SỐ TRƯỜNG MẦM NON THÀNH PHỐ HÀ NỘI 2023

Nguyễn Thùy Linh¹, Lương Minh Hằng²,
Nguyễn Thị Nguyệt¹, Trần Hậu Báu², Lưu Minh Quang³

TÓM TẮT

Kém khoáng hóa men răng hàm sữa thứ hai (HSPM: hypomineralized second primary molars) là một khiếm khuyết phát triển men răng ngày càng phổ biến và ảnh hưởng đến sức khỏe răng miệng trẻ em. Nghiên cứu cắt ngang mô tả trên 984 trẻ và cha mẹ trẻ 3-5 tuổi tại một số trường mầm non thành phố Hà Nội nhằm mục đích xác định tỷ lệ mắc bệnh và một số yếu tố liên quan để có kế hoạch điều trị và dự phòng phù hợp. tỷ lệ HSPM chung của nhóm học sinh là 18,5% ở cấp độ trẻ em và 12,4% ở cấp độ răng. Tỷ lệ mắc HSPM thể nhẹ cao hơn ở trẻ có một răng bị ảnh hưởng trong khi tỷ lệ HSPM thể nặng cao hơn ở trẻ có nhiều răng bị ảnh hưởng. **Từ khóa:** kém khoáng hóa men răng hàm sữa thứ hai, yếu tố liên quan

SUMMARY

PREVALENCE OF HYPOMINERALIZED SECOND PRIMARY MOLARS OF 3-5 YEARS

¹Trường Đại học Kinh doanh và Công nghệ Hà Nội

²Trường Đại học Y Hà Nội

³Trường Đại học Y Dược – Đại học Quốc gia Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thùy Linh
Email: drnguyenthuylinh040189@gmail.com

Ngày nhận bài: 26.6.2024

Ngày phản biện khoa học: 22.8.2024

Ngày duyệt bài: 10.9.2024

OLD CHILDREN AT SOME PRESCHOOLS IN HANOI CITY 2023

Hypomineralized second primary molars (HSPM) is a common enamel developmental defect that affects children's oral health. Descriptive cross-sectional study on 984 parents and their children 3-5 years old at some preschools in Hanoi to determine the prevalence of the disease in the locality and some factors related to building suitable prevention and treatment plans. The rate of HSPM is 18,5%. The prevalence of HSPM was 18,5% on a child level and 12,4% on a tooth level. The incidence of mild HSPM was higher in children with one HSPM while the rate of severe HSPM was higher in children with many affected second molars. **Keywords:** Hypomineralized second primary molars (HSPM), associated factors

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Kém khoáng hóa men răng hàm sữa thứ hai (HSPM: hypomineralized second primary molars) là một khiếm khuyết phát triển men răng ngày càng phổ biến và ảnh hưởng đến sức khỏe răng miệng trẻ em¹. HSPM là một trong những nguyên nhân làm tăng nguy cơ sâu răng sớm tiến triển nhanh ở trẻ nhỏ, nếu không được điều trị kịp thời, mô răng có thể bị phá hủy nhanh chóng và dẫn đến mất răng sữa sớm, ảnh hưởng đến chức năng ăn nhai của trẻ, ảnh hưởng đến

sự hình thành khớp cắn trong tương lai.

Theo Weerheijm và cộng sự (2008), kém khoáng hóa men răng hàm sữa thứ hai là tình trạng kém khoáng hóa từ một đến bốn răng hàm sữa thứ hai bao gồm sự hiện diện của các khoảng mờ đục có ranh giới rõ ràng, vỡ men ngay sau mọc (PEB), sâu răng/phục hồi không điển hình và mất răng sữa sớm do HSPM². Trẻ em mắc HSPM có tỷ lệ sâu răng cao hơn, trong đó độ lan tỏa của tổn thương ảnh hưởng tới nguy cơ sâu răng nhiều hơn so với độ nghiêm trọng của thương³. Vì vậy, việc chẩn đoán sớm, phát hiện kịp thời và điều trị là cần thiết.

Thời điểm hình thành và khoáng hóa men răng của răng hàm sữa thứ hai bắt đầu từ tuần thứ 19 của thai kỳ cho đến 11 tháng tuổi. Khi một yếu tố ảnh hưởng tác động đến quá trình hình thành men răng, HSPM có thể xảy ra. Tuy nhiên, cho đến hiện nay nguyên nhân của HSPM chưa được hiểu đầy đủ và được kết luận là đa nguyên nhân⁴. Theo nghiên cứu tổng quan hệ thống của Lima và CS (2021) đã đưa kết luận: các yếu tố như mẹ hút thuốc, tăng huyết áp ở mẹ, trẻ nhẹ cân, sinh non, biến chứng khi sinh, trẻ cần lồng ấp, trẻ không được bú mẹ, sử dụng kháng sinh ở trẻ, sốt và hen suyễn ở trẻ em là những căn nguyên có liên quan đáng kể đến HSPM³.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu được thực hiện tại 9 trường mầm non thành phố Hà Nội

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Tiêu chuẩn lựa chọn: Học sinh 3 đến 5 tuổi đang học tập tại 9 trường mầm non thành phố Hà Nội. Học sinh tự nguyện tham gia nghiên cứu, không có vấn đề về tâm thần, dị tật bẩm sinh, đã mọc đủ bốn răng hàm sữa thứ hai.

Tiêu chuẩn loại trừ: Học sinh không có khả năng hợp tác tham gia nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu. Nghiên cứu được thiết kế theo phương pháp mô tả cắt ngang để xác định tỷ lệ mắc bệnh trong quần thể. Cỡ mẫu nghiên cứu được tính theo công thức cho ước lượng một tỷ lệ.

$$N = \frac{Z^2(1-\alpha/2) pq \times D}{d^2}$$

Trong đó: n: là cỡ mẫu nghiên cứu, Z(1- $\alpha/2$): hệ số tin cậy = 1,96, p: tỷ lệ kém khoáng hóa răng hàm sữa thứ hai, q: 1-p, d: độ sai lệch mong muốn (3%). D: hệ số thiết kế: 2,98

Tỷ lệ kém khoáng hóa men răng hàm sữa thứ hai ước tính là 7,54 % theo nghiên cứu của McCarra và cộng sự năm 2021⁵. Thay vào công thức trên ta có cỡ mẫu tối thiểu cần là: 887 đối tượng nghiên cứu. Trong quá trình thu thập,

chúng tôi điều chỉnh cỡ mẫu tăng lên 10% là 976 đối tượng, trên thực tế chúng tôi điều tra trên 984 đối tượng.

Tiêu chuẩn chẩn đoán trong nghiên cứu. Trong nghiên cứu này chúng tôi sử dụng tiêu chuẩn chẩn đoán MIH/HSPM của Liên đoàn nha khoa trẻ em Châu Âu (EAPD) đưa ra vào năm 2010⁶. HSPM được chẩn đoán khi có ít nhất một trong bốn răng hàm sữa thứ hai có hiện diện các dấu hiệu:

- Đốm trắng đục/vàng nâu ranh giới rõ trên 1mm
- Vỡ men ngay sau mọc (PEB)
- Phục hồi không điển hình
- Sâu răng không điển hình
- Mất sớm răng sữa do HSPM

Tiêu chuẩn phân loại mức độ HSPM

+ HSPM thể nhẹ: Các mảng màu đục xuất hiện trên răng hàm hoặc răng cửa mà không có sự phá hủy men sau mọc răng. Độ nhạy cảm răng nhẹ, chỉ nhạy cảm với các kích thích bên ngoài như thổi khô/ xịt nước nhưng không chải răng.

+ HSPM thể nặng: Các mảng đục xuất hiện rõ trên men răng, ranh giới rõ cùng với sự phá hủy men răng hoặc sâu răng. Tăng nhạy cảm rõ/ tự phát ảnh hưởng với chức năng, ví dụ như trong quá trình đánh răng.

Các bước tiến hành nghiên cứu

- Tập huấn nhóm nghiên cứu theo chỉ số Kappa trước khi tiến hành thu thập số liệu theo tiêu chuẩn chẩn đoán như đã nêu trên. Các hình ảnh mẫu về bệnh lý HSPM cũng như các bệnh lý cần chẩn đoán phân biệt như: nhiễm Fluor, thiếu sản men, sinh men bất toàn, tổn thương sâu răng giai đoạn sớm... cũng được sử dụng để tập huấn. Các nghiên cứu viên được tập huấn cách khám, tiêu chuẩn chẩn đoán cũng như cách ghi phiếu khám.

- Liên lạc với địa bàn, chọn địa điểm khám và lập danh sách đối tượng nghiên cứu.

- Nhà trường hỗ trợ gửi thông báo cho các gia đình để xin ý kiến đồng ý của gia đình.

- Tiến hành thu thập dữ liệu.

- Vào số liệu, phân tích số liệu và viết báo cáo

Quy trình thu thập số liệu: Khám trên các răng hàm sữa thứ hai được thực hiện dưới ánh sáng tự nhiên hoặc có sử dụng đèn led đeo trán để hỗ trợ, sử dụng đèn EP-light hỗ trợ chẩn đoán các bất thường men răng. Răng hàm sữa thứ hai được làm sạch bằng bàn chải /gạc và làm khô bề mặt răng bằng thổi hơi. Gương và cây thăm dò nha chu được sử dụng để thăm khám. Hoàn thành bộ câu hỏi dựa trên phỏng vấn trực tiếp cha mẹ khi đến đón trẻ.

2.3. Đạo đức nghiên cứu: Nghiên cứu được thực hiện tuân thủ theo các qui định của đạo đức nghiên cứu y sinh học. Học sinh được tư vấn và thông báo cho gia đình tình trạng sức khoẻ răng miệng. Mọi thông tin thu thập đều được bảo mật và nhằm mục đích nghiên cứu.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung của nhóm đối tượng nghiên cứu

Bảng 3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm	Số lượng (trẻ)	Tỷ lệ (%)	
Tuổi	3 tuổi	163	16,6%
	4 tuổi	257	26,1%
	5 tuổi	564	57,3%
Giới tính	Nam	535	54,4%
	Nữ	449	45,6%
Tổng	984	100%	

Nhận xét: Tổng cộng 984 học sinh tham gia vào nghiên cứu, trong đó tỷ lệ nam cao hơn nữ 54,4%, trong đó nhóm học sinh 5 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất 57,3%, thấp nhất là nhóm học sinh 3 tuổi chiếm tỷ lệ 16,6%.

3.2. Đặc điểm kém khoáng hóa răng hàm sữa thứ hai ở nhóm nghiên cứu cấp độ trẻ em. Có 182 trẻ mắc HSPM chiếm 18,5% tổng số đối tượng nghiên cứu. Số trẻ không mắc HSPM là 802 (81,05%). Số trẻ nam mắc HSPM là 95 chiếm 17,8% tổng số trẻ nam, số trẻ nữ mắc HSPM là 87 chiếm 19,4% tổng số trẻ nữ.

Bảng 3.2. Tỷ lệ kém khoáng hóa răng hàm sữa thứ hai theo giới (cấp độ trẻ)

Giới	Tình trạng HSPM		Không mắc HSPM		p	OR (95% CI)
	Mắc HSPM	Không mắc HSPM	n	%		
Nam	95	17,8	440	82,2	0,52	(0,65 – 1,24)
Nữ	87	19,4	362	80,6		
Tổng	182	18,5	802	81,5		

Nhận xét: Có 182 trẻ mắc HSPM, chiếm

Bảng 3.5. Phân bố mức độ tổn thương HSPM theo số lượng răng hàm bị ảnh hưởng trên mỗi trẻ

Mức độ tổn thương	Số lượng răng HSPM trên mỗi trẻ	Một răng	Hai răng	Ba răng	Bốn răng	Tổng số răng HSPM
Số lượng răng HSPM thể nhẹ	24 (96,0%)	105 (76,1%)	34 (44,4%)	90 (35,7%)	253 (51,6%)	
Số lượng răng HSPM thể nặng	1 (4,0%)	33 (23,9%)	41 (55,6%)	162 (64,3%)	237 (48,4%)	
Tổng số lượng răng HSPM	25 (100%)	138 (100%)	45 (100%)	252 (100%)	490 (100%)	

Nhận xét: Trong tổng số 490 răng hàm sữa mắc HSPM, thể nhẹ có 253 răng, chiếm 51,6%, thể nặng chiếm 48,4%. 96% các răng hàm sữa thứ hai ở trẻ có một răng bị ảnh hưởng có mức độ HSPM thể nhẹ trong khi tỷ lệ mắc HSPM thể nặng chiếm tỷ lệ cao ở trẻ có bốn răng bị ảnh

18,5% tổng số đối tượng tham gia nghiên cứu. Có 95 trong tổng số 440 trẻ nam có răng hàm sữa mắc HSPM chiếm tỷ lệ 17,8%. Có 87 trong tổng số 362 trẻ nữ có răng hàm mắc HSPM chiếm tỷ lệ 19,4%. Tỷ lệ HSPM ở nữ lớn hơn ở nam, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê.

Bảng 3.3. Theo số lượng răng hàm bị ảnh hưởng trên một trẻ

Số răng hàm bị ảnh hưởng trên mỗi trẻ	Số lượng trẻ	Tỷ lệ %
Trẻ có một răng bị ảnh hưởng	25	13,7
Trẻ có hai răng bị ảnh hưởng	69	37,9
Trẻ có ba răng bị ảnh hưởng	25	13,7
Trẻ có bốn răng bị ảnh hưởng	63	34,7
Tổng số trẻ có HSPM	182	100%

Nhận xét: Trong 182 trẻ mắc HSPM, trẻ có hai răng và bốn răng bị ảnh hưởng chiếm tỷ lệ cao nhất lần lượt là 37,9% và 34,7%.

3.3. Đặc điểm kém khoáng hóa răng hàm sữa thứ hai ở nhóm nghiên cứu cấp độ răng.

Trong tổng số 3936 răng hàm sữa thứ hai trong nghiên cứu, có 490 răng mắc HSPM chiếm 12,4%, số răng mắc HSPM thể nhẹ là 258 chiếm 6,6% và số răng có HSPM thể nặng là 232 chiếm 5,9% tổng số răng hàm sữa thứ hai trong nghiên cứu.

Bảng 3.4. Tỷ lệ kém khoáng hóa răng hàm sữa thứ hai theo phân loại mức độ tổn thương (cấp độ răng)

Loại tổn thương	Số lượng răng	%
HSPM thể nhẹ	258	6,6
HSPM thể nặng	232	5,9
Số răng mắc HSPM	490	12,4
Tổng số răng hàm sữa thứ hai	3936	100

Nhận xét: Có 490 răng mắc HSPM chiếm 12,4%, số răng mắc HSPM thể nhẹ là 258 chiếm 6,6% và số răng có HSPM thể nặng là 232 chiếm 5,9% tổng số răng hàm sữa thứ hai trong nghiên cứu.

Bảng 3.5. Phân bố mức độ tổn thương HSPM theo số lượng răng hàm bị ảnh hưởng trên mỗi trẻ

Mức độ tổn thương	Số lượng răng HSPM trên mỗi trẻ	Một răng	Hai răng	Ba răng	Bốn răng	Tổng số răng HSPM
Số lượng răng HSPM thể nhẹ	24 (96,0%)	105 (76,1%)	34 (44,4%)	90 (35,7%)	253 (51,6%)	
Số lượng răng HSPM thể nặng	1 (4,0%)	33 (23,9%)	41 (55,6%)	162 (64,3%)	237 (48,4%)	
Tổng số lượng răng HSPM	25 (100%)	138 (100%)	45 (100%)	252 (100%)	490 (100%)	

hưởng (64,3%).

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu được thực hiện trên 984 học sinh 3-5 tuổi gồm 535 nam và 449 nữ, sử dụng tiêu chuẩn chẩn đoán HSPM của EAPD (2010). Tỷ lệ HSPM chung của nhóm học sinh là 18,5% ở cấp

độ trẻ em, 12,4% ở cấp độ răng. Tỷ lệ HSPM ở nam (17,8%) thấp hơn ở nữ (19,4%).

So với phần lớn các nghiên cứu trên thế giới trong khoảng thời gian gần đây thì tỷ lệ kém khoáng hóa men răng hàm sữa thứ hai của chúng tôi tương tự với các nghiên cứu trên thế giới, do cùng sử dụng tiêu chuẩn chẩn đoán HSPM của EAPD (2010) và sự khác biệt có thể liên quan đến cỡ mẫu, nhóm tuổi và các yếu tố khác. Cỡ mẫu trong nghiên cứu của chúng tôi lớn hơn nghiên cứu của Silva Lima và cộng sự (2020) trên trẻ 5 tuổi tại Teresina, Brazil với tỷ lệ 14,9%, thấp hơn so với tỷ lệ HSPM trong nghiên cứu của chúng tôi³. So với nghiên cứu của F.Halal và cộng năm 2020 với sự tham gia của 600 trẻ ở độ tuổi từ 4 đến 5 tuổi tại Syria có kết quả tỷ lệ mắc HSPM là 41% cao hơn so với nghiên cứu của chúng tôi⁷. Nguyên nhân có thể do ảnh hưởng của cuộc khủng hoảng Syria dẫn đến việc thiếu khả năng tiếp cận các dịch vụ chăm sóc sức khỏe cũng như điều kiện sống, chế độ ăn, tình trạng suy dinh dưỡng của trẻ có thể ảnh hưởng đến sự phát triển răng của trẻ em và dẫn đến tăng tỷ lệ mắc HSPM ở Syria.

Tỷ lệ HSPM trong nghiên cứu của chúng tôi cao hơn so với nghiên cứu của Phạm Thanh Hà và cộng sự là 7,19% trên 278 trẻ em trong độ tuổi từ 3 đến 5 tuổi ở huyện Na Rì, tỉnh Bắc Kạn năm 2023⁸. Nguyên nhân có thể do nghiên cứu của chúng tôi thực hiện ở thành phố, các bà mẹ thuộc nhóm xã hội cao thường sinh con ở độ tuổi muộn hơn, dẫn đến nguy cơ cao bất lợi trong các giai đoạn trước và chu sinh.

Tỷ lệ HSPM cấp độ răng (12,4%) thấp hơn so với tỷ lệ HSPM cấp độ trẻ em (18,5%). Điều này được giải thích vì không phải tất cả các răng hàm sữa thứ hai đều có thể bị ảnh hưởng bởi HSPM. Kết quả này cũng giống như các nghiên cứu khác trên thế giới.

Lứa tuổi được lựa chọn trong nghiên cứu của chúng tôi là 3-5 tuổi, là giai đoạn hàm răng sữa ổn định sau khi mọc đủ bốn răng hàm sữa thứ hai, nguy cơ sâu răng do mảng bám và chấn thương răng ít có khả năng xảy ra hơn. Các yếu tố này có thể che lấp các tổn thương HSPM, ảnh hưởng đến tỷ lệ HSPM thật sự. So sánh với các nghiên cứu ở lứa tuổi tương đương cùng tiêu chuẩn chẩn đoán, kết quả của Owen và cộng sự (2019) trên 623 trẻ em Melbourne (Úc) từ 3-5 tuổi có tỷ lệ tương đương là 14,1% cấp độ trẻ⁹.

Nghiên cứu của chúng tôi thực hiện trên các đối tượng trẻ em thành phố Hà Nội, do đó, điều kiện chăm sóc và dự phòng răng miệng cho trẻ tốt hơn, do đó, nguy cơ ảnh hưởng của tình trạng sâu răng sớm ở trẻ nhỏ trên những tổn thương

HSPM ít hơn. Điều này có thể giải thích cho kết quả phân bố mức độ HSPM thể nhẹ chiếm tỷ lệ cao hơn (52,7%) so với thể nặng (47,3%) trong nghiên cứu của chúng tôi. Kết quả này tương đương với các nghiên cứu của Mital và cộng sự (2015)¹, thực hiện trên các nhóm trẻ có các bà mẹ thuộc nhóm kinh tế xã hội cao, có tỷ lệ HSPM thể nhẹ chiếm phần lớn (69,4%).

V. KẾT LUẬN

Tỷ lệ mắc HSPM trẻ 3-5 tuổi tại một số trường mầm non thành phố Hà Nội là 18,5%, tương đương với nhiều nước phát triển trên thế giới trong các nghiên cứu gần đây. Trẻ em thành phố có tỷ lệ HSPM cao hơn có thể do độ tuổi của mẹ cao hơn, xu hướng sinh mổ và cai sữa sớm. Tỷ lệ HSPM thể nặng thấp hơn do điều kiện kinh tế xã hội cao hơn, có điều kiện chăm sóc y tế và dự phòng răng miệng. Do vậy, cần có thêm các nghiên cứu về yếu tố nguy cơ có thể gây hội chứng HSPM ở trẻ nhỏ và nghiên cứu về đặc điểm cấu trúc tổn thương HSPM để có kế hoạch dự phòng và điều trị kịp thời và phù hợp.

VI. LỜI CẢM ƠN

Để hoàn thành được bài báo này, chúng tôi xin chân thành cảm ơn sâu sắc tới các học sinh và các trường học đã tham gia nghiên cứu. Đồng thời chúng tôi chân thành cảm ơn sự hỗ trợ của các đồng nghiệp, các bạn học viên đã tham gia nghiên cứu.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Mittal N, Sharma BB** (2015). Hypomineralised second primary molars: prevalence, defect characteristics and possible association with molar incisor hypomineralisation in Indian children. *Eur Arch Paediatr Dent*, 16, 441-447.
2. **Weerheijm KL, Elfrink MEC, Schuller AA et al** (2008). Hypomineralized Second Primary Molar: Prevalence Data in Dutch 5-Year-Olds. *Caries Res*, 42, 282-285.
3. **Lima LRS, Pereira AS, de Moura MS et al** (2020). Pre-term birth and asthma is associated with hypomineralized second primary molars in pre-schoolers: A population-based study. *Int J Paediatr Dent*, 30, 193-201.
4. **Elfrink MEC, Ghanim A, Manton DJ et al** (2015). Standardised studies on molar incisor hypomineralisation (MIH) and hypomineralised second primary molars (HSPM): a need. *Eur Arch Paediatr Dent*, 16, 55-247.
5. **McCarra C, Olegário IC, O'Connell AC et al** (2022). Prevalence of hypomineralised second primary molars (HSPM): A systematic review and meta-analysis. *Int J Paed Dentistry*, 32, 367-382.
6. **Best clinical practice guidance for clinicians dealing with children presenting with molar incisor hypomineralisation (MIH): an updated European Academy of Paediatric Dentistry policy document.**

7. **F.Halal, N.Raslan** (2020). Prevalence of hypomineralised second primary molars (HSPM) in Syrian preschool children. *Original Scientific Article*, 21, 711-717.

8. **Phạm Thanh Hà, Nguyễn Thùy Linh, Bùi Hữu Tuấn và cộng sự** (2023). Tỷ lệ mắc HSPM và một số yếu tố liên quan ở học sinh mầm non

huyện Na Rì tỉnh Bắc Kạn năm 2023. *Tạp chí nghiên cứu y học Việt Nam*, 528, 524-528.

9. **Owen M, Ghanim A, Elsby D, Manton D.** Hypomineralized second primary molars: prevalence, defect characteristics and relationship with dental caries in Melbourne preschool children. *Aust Dent J.* 2018;63(1):72-80. doi:10.1111/adj.12567

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG CỦA CÁC RĂNG HÀM SỮA CÓ CHỈ ĐỊNH ĐIỀU TRỊ TÙY TOÀN BỘ

Đinh Thế Ba¹, Phùng Thị Thu Hà², Đào Thị Hằng Nga¹, Lương Minh Hằng¹, Lê Long Nghĩa¹, Trần Thị Mỹ Hạnh¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng của răng hàm sữa có chỉ định điều trị tùy toàn bộ ở trẻ 4 – 8 tuổi tại Trung tâm Khám Chữa Bệnh Kỹ Thuật Cao – Viện Đào Tạo Răng Hàm Mặt. **Đối tượng và phương pháp:** nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 64 răng hàm sữa của trẻ 4-8 tuổi đến khám, được chỉ định điều trị tùy toàn bộ tại Trung tâm Kỹ Thuật Cao Khám Chữa Bệnh – Viện Đào Tạo Răng Hàm Mặt. **Kết quả:** Tỷ lệ nhóm trẻ 4 tuổi chiếm nhiều nhất (39,1%), giảm dần theo tuổi, nhóm nam nhiều hơn nhóm nữ. Lý do đến khám chủ yếu là do đau (54,7%). Nhóm răng được điều trị nhiều nhất là răng hàm sữa thứ hai hàm dưới (chiếm 48,4%). **Kết luận:** Lý do đến khám chủ yếu là do đau. Răng hàm sữa thứ hai hàm dưới chiếm tỷ lệ nhiều nhất. **Từ khóa:** răng hàm sữa, viêm tùy không hồi phục, tùy hoại tử

SUMMARY

CLINICAL AND SUBCLINICAL CHARACTERISTICS OF PRIMARY MOLARS INDICATED FOR PULPECTOMY

Objectives: To describe the clinical characteristics of primary molars with an indication of pulpectomy in children aged 4-8 years at the High-Tech Center – School of Dentistry. **Subjects and methods:** A cross-sectional descriptive study was conducted on 64 primary molars of children aged 4-8 years who visited and were indicated for pulpectomy at the High-Tech Center - School of Dentistry. **Results:** The group of 4-year-olds had the highest proportion (39.1%), decreasing with age, with more boys than girls. The main reason for the visit was pain (54.7%). The most commonly diagnostic group was the second primary molar in the lower jaw (48.4%). **Conclusion:** The main reason for visits was pain. The second primary molar in the lower jaw had the highest

rate. **Keywords:** primary molar, irreversible pulpitis, pulp necrosis

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Răng sữa có vai trò rất quan trọng trong sự phát triển và trưởng thành của trẻ nhỏ, cho phép trẻ thực hiện chức năng ăn nhai, phát âm, thẩm mỹ, giữ khoảng; kích thích xương hàm phát triển.¹ Sâu răng sữa có thể nhanh chóng tiến triển vào tủy, gây đau, sưng, nhiễm trùng, ăn nhai kém, ảnh hưởng đến sức khỏe của trẻ.² Điều trị tùy răng sữa là một trong những thủ thuật cần thiết để bảo tồn hàm răng sữa của trẻ nhỏ.

Để chẩn đoán cũng như điều trị tốt bệnh lý tùy răng sữa, yêu cầu bác sĩ cần hiểu rõ các đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng thường gặp của bệnh lý tùy răng sữa. Bệnh lý tùy răng sữa khác với răng vĩnh viễn do răng sữa trải qua 3 giai đoạn phát triển, bên dưới lại có mầm răng vĩnh viễn. Các báo cáo về các đặc điểm lâm sàng của răng hàm sữa có chỉ định điều trị tùy ở Việt Nam còn hạn chế. Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với mục tiêu mô tả đặc điểm lâm sàng của răng hàm sữa có chỉ định điều trị tùy toàn bộ ở trẻ 4 – 8 tuổi tại Trung tâm KTCKCBRHM – Viện Đào Tạo Răng Hàm Mặt, từ đó có thể đưa ra những hướng dẫn trong chẩn đoán và dự phòng bệnh lý tùy răng sữa.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Trẻ em từ 4 – 8 tuổi có răng hàm sữa có chỉ định điều trị tùy toàn bộ, đến khám tại KTCKCBRHM – Viện Đào Tạo Răng Hàm Mặt, Đại Học Y Hà Nội.

Tiêu chuẩn lựa chọn

- Răng hàm sữa có bệnh lý viêm tùy không hồi phục hoặc tùy hoại tử.
- Răng ở giai đoạn 1 hoặc giai đoạn 2 hoặc đầu giai đoạn 3.
- Răng chưa từng điều trị tùy trước đó.

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Hữu Nghị Việt Nam - Cuba

Chịu trách nhiệm chính: Trần Thị Mỹ Hạnh

Email: tranmyhanh@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 24.6.2024

Ngày phản biện khoa học: 22.8.2024

Ngày duyệt bài: 10.9.2024