

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VÀ TRÊN ẢNH KỸ THUẬT SỐ VỀ TÌNH TRẠNG KÉM KHOÁNG HOÁ RĂNG VĨNH VIỄN (MIH) Ở TRẺ TỪ 6-7 TUỔI TẠI TRƯỜNG TIỂU HỌC LIÊN NINH, THANH TRÌ, HÀ NỘI

Trương Đình Khởi¹, Bùi Khánh Ly¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng và trên ảnh kỹ thuật số của trẻ 6-7 tuổi bị kém khoáng hoá răng vĩnh viễn (MIH) tại trường Tiểu học Liên Ninh, Thanh Trì, Hà Nội năm 2025. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 28/352 trẻ 6-7 tuổi bằng khám lâm sàng và trên ảnh kỹ thuật số vùng tổn thương có sử dụng đèn xuyên thấu EP light, sử dụng tiêu chuẩn EAPD (European Academy of Paediatric Dentistry) khuyến cáo để chẩn đoán. **Kết quả:** Tỷ lệ mắc bệnh là 7,95% trong đó 42,85% ở vị trí răng cửa và 57,15% ở vị trí răng hàm; mức độ lan toả chủ yếu là ít hơn 1/3 bề mặt thân răng (66,07%), tổn thương 1/3 đến 2/3 bề mặt là 25%. Tổn thương mờ đục màu trắng hoặc kem chiếm đa số là 41,07%; mờ đục màu vàng hoặc nâu là 23,21% và 19,64% răng có tình trạng sâu răng không điển hình; không nhạy cảm và không vỡ men chiếm đa số là 70,59%; có vỡ men nhưng không tăng nhạy cảm là 15,69%; 86,27% không có nhạy cảm và 7,84% có nhạy cảm không yêu cầu dừng kích thích. **Kết luận:** Tỷ lệ mắc bệnh không có sự khác biệt giữa hai giới, đa số tổn thương mức độ nhẹ bao gồm tổn thương dạng mờ đục và không nhạy cảm răng. **Từ khóa:** Kém khoáng hoá men răng (MIH), tổn thương men răng

SUMMARY

CLINICAL FEATURES AND DIGITAL IMAGING CHARACTERISTICS OF MOLAR-INCISOR HYPOMINERALIZATION (MIH) IN 6-7-YEAR-OLD CHILDREN AT LIEN NINH PRIMARY SCHOOL, THANH TRI DISTRICT, HANOI

Objective: A Description of Clinical and Digital Imaging Characteristics of Molar-Incisor Hypomineralization (MIH) in 6-7-Year-Old Children at Lien Ninh Primary School, Thanh Tri District, Hanoi, in 2025. **Subject and methods:** This was a cross-sectional descriptive study conducted on 28 out of 352 children aged 6-7 years, using clinical examination and digital imaging of the affected areas with EP light transillumination, following the criteria recommended by the European Academy of Paediatric Dentistry (EAPD). **Results:** The prevalence of MIH was 7,95%, with 42,85% of lesions located in the anterior teeth and 57,15% in the molars. The majority of lesions involved less than one-third of the tooth surface (66,07%). The most common type of opacities was

white or cream demarcated opacities (41,07%), followed by yellow or brown demarcated opacities (23,21%). Most teeth (70,59%) showed no sensitivity and no enamel breakdown, enamel breakdown without increased sensitivity was found in 15,69% of teeth; 86,27% of teeth showed no sensitivity, and 7,84% exhibited mild sensitivity that did not require interruption of the stimulus. **Conclusions:** There was no significant difference in the prevalence of MIH between males and females. Most of the lesions were mild, mainly presenting as demarcated opacities without dental hypersensitivity. **Keywords:** Molar-Incisor Hypomineralization (MIH), Enamel Defects

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Molar Incisor Hypomineralization (MIH) là tình trạng bệnh lý mô cứng đặc trưng bởi sự thiếu khoáng chất nghiêm trọng ở men răng, ảnh hưởng đến chất lượng khoáng hoá tổ chức cứng của răng, trong đó bao gồm răng hàm lớn thứ nhất và răng cửa vĩnh viễn¹. Tình trạng này không chỉ gây ra vấn đề về thẩm mỹ mà còn có thể dẫn đến nhiều biến chứng nghiêm trọng, như tăng nguy cơ sâu răng, tăng nhạy cảm răng, là một trong các nguyên nhân gây mất răng sớm ở trẻ em. MIH trở thành một vấn đề sức khỏe răng miệng ngày càng phổ biến trên thế giới, phương pháp nghiên cứu MIH hiện nay chủ yếu dựa trên thăm khám lâm sàng, bao gồm việc kiểm tra các dấu hiệu bên ngoài của răng như màu sắc, độ nhạy cảm và mức độ hư hại men răng. Bên cạnh đó, việc sử dụng ảnh kỹ thuật số để phân tích tình trạng men răng cũng là một công cụ quan trọng và được sử dụng thường xuyên trong việc chẩn đoán MIH¹. Các ảnh kỹ thuật số hỗ trợ việc đánh giá mức độ tổn thương men răng, đặc biệt là khi đánh giá các trường hợp nhẹ có sự hỗ trợ của đèn xuyên thấu. Phương pháp này cũng giúp theo dõi sự tiến triển của bệnh và các kết quả điều trị theo thời gian^{3,4}, phân loại chi tiết và rõ ràng các đặc điểm lâm sàng và trên ảnh chuẩn hoá sẽ là cơ sở để bác sĩ thực hành nha khoa so sánh, tiên lượng, tư vấn và lựa chọn phương pháp điều trị thích hợp nhất cho từng mức độ của bệnh.

Trên thế giới có một số nghiên cứu về tình trạng kém khoáng hoá răng vĩnh viễn (MIH) như nghiên cứu của Jurlina D et al (2020)² ở trẻ 8 tuổi tại Croatia; nghiên cứu Mayall et al (2022)³ ở trẻ 8-12 tuổi và Chowdhury Aret et al (2024)⁵

¹Trường Đại học Y Dược, Đại học Quốc gia Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Trương Đình Khởi

Email: bskhoirhm@gmail.com

Ngày nhận bài: 8.4.2025

Ngày phản biện khoa học: 14.5.2025

Ngày duyệt bài: 13.6.2025

ở trẻ 7-9 tuổi tại Ấn Độ; nghiên cứu của Zuhair Al-Nerabieah et al (2023)⁴ trên trẻ 8-11 tuổi tại Syria. Tại Việt Nam đã có một số nghiên cứu về MIH như nghiên cứu của Nguyễn Phúc Minh (2020)⁶ và Võ Trương Như Ngọc (2021)⁷ ở trẻ 12-15 tuổi tại Bình Định, Thanh Hoá và Hải Phòng; nghiên cứu của Ung Phan Anh Như (2022)⁸ trẻ 7-9 tuổi tại Vĩnh Long; nghiên cứu Vũ Hoàng (2024)⁹ ở trẻ 7-10 tuổi tại Lào Cai và nghiên cứu của Lê Hưng (2024)¹⁰ ở trẻ 12-15 tuổi tại Hà Nội. Tuy nhiên chưa có nhiều nghiên cứu phân loại rõ ràng và chi tiết tổn thương, đặc biệt ở lứa tuổi 6-7 tuổi, vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với mục tiêu: "Mô tả đặc điểm lâm sàng và trên ảnh kỹ thuật số của trẻ 6-7 tuổi bị kém khoáng hoá răng vĩnh viễn (MIH) tại trường Tiểu học Liên Ninh, Thanh Trì, Hà Nội năm 2025".

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Thiết kế nghiên cứu. Nghiên cứu mô tả cắt ngang.

2.2. Thời gian và địa điểm nghiên cứu

Thời gian nghiên cứu: Từ tháng 12/2024 đến tháng 2/2025.

Địa điểm: Thăm khám, chụp ảnh tại trường Tiểu học Liên Ninh, Thanh Trì, Hà Nội; xử lý số liệu tại Trường ĐH Y Dược – ĐHQGHN.

2.3. Đối tượng nghiên cứu. Đối tượng từ 6-7 tuổi (± 3 tháng) được chẩn đoán nhiễm bệnh MIH theo tiêu chuẩn được EAPD khuyến cáo (European Academy of Paediatric Dentistry), trong đó ít nhất có một răng hàm vĩnh viễn thứ nhất bị nhiễm MIH¹.

2.4. Cỡ mẫu và kỹ thuật chọn mẫu. Phương pháp chọn mẫu thuận tiện có chủ đích, toàn bộ học sinh từ 6-7 tuổi tự nguyện tham gia nghiên cứu với 352 đối tượng được thăm khám trong đó có 28 trẻ được chẩn đoán MIH với tổng số 56 răng bị nhiễm theo tiêu chuẩn được EAPD¹.

2.5. Biến số/chỉ số/nội dung/chủ đề nghiên cứu

- Các đối tượng được làm sạch hai hàm (lấy cao răng, mảng bám), khám bằng mắt thường của bác sĩ răng hàm mặt và sử dụng đèn xuyên thấu EP light. Sau đó, các đối tượng được chụp ảnh vùng răng tổn thương bằng máy ảnh chuyên dụng (máy ảnh Sony 7 mark III, Lens Macro 90mm F2,8; Flash Twin Godox X2T, kính lọc phân cực).

- Kết quả thăm khám, chẩn đoán và ghi nhận tỉ lệ mắc bệnh theo giới và theo vị trí (răng hàm và răng cửa của hai hàm).

- Đánh giá mức độ lan toả: Loại 1: Ít hơn 1/3 bề mặt thân răng, loại 2: 1/3 đến 2/3 bề mặt

thân răng; loại 3: Hơn 2/3 bề mặt thân răng.

- Phân loại tổn thương theo lâm sàng: Loại 1: Mờ đục màu trắng hoặc màu kem; loại 2: Mờ đục màu vàng hoặc màu nâu; loại 3: Tổn thương vỡ men răng sau khi mọc; loại 4: Phục hồi không điển hình (phục hồi do MIH) tức là đã có hàn vào vùng có tổn thương do MIH; loại 5: Sâu răng không điển hình tức là sâu răng xung quanh vùng MIH dạng sẫm đốm trắng hoặc bám màu khác, có lỗ sâu; loại 6: Mất răng không điển hình (Mất răng do MIH) ghi nhận khi mất R6 trong đó ít nhất một răng của hai hàm được chẩn đoán R6 khác bị MIH, nếu mất 4 R6 thì răng cửa có MIH vẫn ghi nhận loại 6.

- Phân loại theo nhu cầu điều trị (MIH-TNI): Loại 1: MIH không vỡ men, không nhạy cảm; loại 2: MIH không nhạy cảm có vỡ men: 2a: mức tổn thương <1/3; 2b: 1/3 < mức tổn thương <2/3; 2c: mức tổn thương >2/3 hoặc/và tổn thương gần tủy hoặc cần nhổ răng hoặc phục hình không điển hình; loại 3: MIH tăng nhạy cảm, không vỡ men; loại 4: MIH tăng nhạy cảm, có vỡ men: 4a: mức tổn thương <1/3; 4b: 1/3 < mức tổn thương <2/3; 4c: mức tổn thương >2/3 hoặc/và tổn thương gần tủy hoặc cần nhổ răng hoặc phục hình không điển hình.

- Phân loại nhạy cảm của răng trên lâm sàng: Sử dụng thang đo Schiff bằng xịt hơi tay khoan tại chỗ có kết hợp thử nhiệt bằng đá lạnh: Loại 0: Không nhạy cảm; loại 1: Nhạy cảm khi có kích thích, không yêu cầu dừng kích thích; loại 2: Nhạy cảm khi có kích thích, yêu cầu dừng kích thích; loại 3: Nhạy cảm khi có kích thích, gây đau và yêu cầu dừng kích thích.



Hình 2.1. Hình ảnh MIH trên lâm sàng và khi chiếu đèn EP light

2.6. Xử lý số liệu. Các thông số đo đạc của các đối tượng nhập liệu bằng Epi data 3.0 và được xử lý bằng các thuật toán phù hợp với kết quả đo đạc trên phần mềm SPSS 23.0.

2.7. Đạo đức nghiên cứu. Đối tượng được thăm khám bằng các dụng cụ vô trùng và hoàn toàn tự nguyện tham gia, kết quả chỉ được sử dụng vào mục đích nghiên cứu.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu được tiến hành trên 352 trẻ 6-7 tuổi trong đó tỉ lệ trẻ nam mắc bệnh là 7,96% (18/226 trẻ nam được khám) và tỉ lệ trẻ nữ mắc bệnh là 7,94% (10/126 trẻ nữ được khám), tỉ lệ

niễm bệnh chung cả hai giới là 7,95%. Số răng MIH thăm khám là 56 răng hai hàm trên tổng cộng 1867 răng vĩnh viễn bao gồm răng hàm lớn thứ nhất và răng cửa hai hàm.

Bảng 3.1: Tỷ lệ mắc bệnh theo vị trí của răng vĩnh viễn trên lâm sàng và trên ảnh

| Tỷ lệ mắc bệnh MIH | Khám lâm sàng | | | | Ảnh kỹ thuật số | | | |
|--------------------|---------------|--------|----------|--------|-----------------|--------|----------|--------|
| | n (trẻ) | % | n (răng) | % | n (trẻ) | % | n (răng) | % |
| Răng cửa | 12 | 42,85% | 24 | 42,85% | 12 | 44,44% | 24 | 43,64% |
| Răng hàm | 28 | 100% | 32 | 57,15% | 27 | 100% | 31 | 56,36% |
| Chung | 28 | 100% | 56 | 100% | 27 | 100% | 55 | 100% |

Nhận xét: Tất cả bệnh nhân mắc MIH đều có tổn thương ở răng hàm lớn thứ nhất (100%), trong khi tỷ lệ tổn thương trên răng cửa thấp hơn (42,85% theo khám lâm sàng và 44,44% theo đánh giá trên ảnh kỹ thuật số). Tỷ lệ tổn thương trên răng cửa và răng hàm có sự tương đồng giữa hai phương pháp đánh giá.

Bảng 3.2: Mức độ lan toả tổn thương (răng) (n=56)

| Mức độ lan toả | Khám lâm sàng | | Ảnh kỹ thuật số | |
|----------------|---------------|--------|-----------------|--------|
| | n | % | n | % |
| Loại 1 | 37 | 66,07% | 36 | 65,45% |
| Loại 2 | 14 | 25,00% | 14 | 25,45% |
| Loại 3 | 5 | 8,93% | 5 | 9,10% |
| Chung | 56 | 100% | 55 | 100% |

Nhận xét: Đa số tổn thương MIH có mức độ lan toả ít hơn 1/3 bề mặt thân răng: 66,07% (khám lâm sàng) và 65,45% (ảnh chuẩn hoá) (loại 1). Không có sự khác biệt nhiều giữa kết quả khám lâm sàng và trên ảnh kỹ thuật số.

Bảng 3.3: Phân loại tổn thương theo lâm sàng (răng) (n=56)

| Phân loại mức độ | Khám lâm sàng | |
|------------------|---------------|--------|
| | n | % |
| Loại 1 | 23 | 41,07% |
| Loại 2 | 13 | 23,21% |
| Loại 3 | 7 | 12,50% |
| Loại 4 | 4 | 7,14% |
| Loại 5 | 11 | 19,64% |
| Loại 6 | 1 | 1,79% |

Nhận xét: Tỷ lệ cao nhất (41,07%) là tổn thương mờ đục màu trắng hoặc kem (loại 1) và tổn thương loại 2 mờ đục màu vàng hoặc nâu (23,21%) và 19,64% răng có tình trạng sâu răng không điển hình (loại 5). Chỉ 1 trường hợp (1,79%) mất răng không điển hình (do MIH). Ở bảng kết quả này, có 3 răng vừa thuộc loại 2 và vừa thuộc loại 3.

Bảng 3.4: Phân loại mức độ MIH răng cửa, răng hàm theo MIH-TNI bệnh MIH ở trẻ 6-7 tuổi (răng) (n=51)

| Phân loại mức độ | Khám lâm sàng | |
|------------------|---------------|--------|
| | n | % |
| Loại 1 | 36 | 70,59% |
| Loại 2a | 5 | 9,81% |
| Loại 2b | 2 | 3,92% |

| | | |
|---------|----|-------|
| Loại 2c | 1 | 1,96% |
| Loại 3 | 1 | 1,96% |
| Loại 4a | 3 | 5,88% |
| Loại 4b | 3 | 5,88% |
| Loại 4c | 0 | 0,00% |
| Chung | 51 | 100% |

Nhận xét: Loại 1: không nhạy cảm và không vỡ men có 36 trẻ chiếm 70,59%; loại 2: Có vỡ men nhưng không tăng nhạy cảm có 8 trẻ chiếm 15,69%, 5 trẻ có vỡ men <1/3 (9,81%), 2 trường hợp có vỡ men 1/3 – 2/3 (3,92%), 1 trẻ tổn thương >2/3 (1,96%); 1 trẻ tăng nhạy cảm nhưng không vỡ men (1,96%) (Loại 3); 6 trẻ loại 4 (11,76%), trong đó những tổn thương tăng nhạy cảm và có vỡ men <1/3 và 1/3-2/3 đều có 3 trẻ (5,88%); không có trường hợp nào tăng nhạy cảm và có vỡ men >2/3 (loại bỏ răng đã mất và đã phục hồi).

Bảng 3.5: Tình trạng nhạy cảm ngà - tuy theo thang đo Schiff trên lâm sàng ở trẻ 6-7 tuổi (răng) (n=51)

| Mức độ nhạy cảm | Khám lâm sàng | |
|-----------------|---------------|--------|
| | n | % |
| Mức 0 | 44 | 86,27% |
| Mức 1 | 4 | 7,84% |
| Mức 2 | 2 | 3,93% |
| Mức 3 | 1 | 1,96% |
| Chung | 51 | 100% |

Nhận xét: Đa số (86,27%) trẻ không có nhạy cảm; 4 trẻ (7,84%) có nhạy cảm nhưng không yêu cầu dùng kích thích, 2 trẻ (3,93%) có nhạy cảm và yêu cầu dùng kích thích, chỉ có 1 trẻ có nhạy cảm và gây đau (1,96%).

IV. BÀN LUẬN

Theo kết quả nghiên cứu, tỷ lệ mắc bệnh ở trẻ 6-7 tuổi là 7,95% phát hiện trên lâm sàng và 7,67% phát hiện trên ảnh kỹ thuật số, việc sử dụng ảnh kỹ thuật số tương đồng với chẩn đoán trên lâm sàng, tuy nhiên khó phát hiện tổn thương nứt men răng ở răng hàm phía trong, trong đó theo lâm sàng có 42,85% vị trí răng cửa và 57,15% vị trí răng hàm lớn thứ nhất, không có sự khác biệt tỷ lệ mắc bệnh giữa nam và nữ. Nghiên cứu của Võ Trương Như Ngọc và cộng sự (2021)⁷ cho thấy tỷ lệ mắc bệnh MIH ở trẻ 12-15 tuổi tại tỉnh Bình Định, Thanh Hoá và

Hải Phòng là 20,1%. Nghiên cứu của Nguyễn Phúc Minh (2020)⁶ ở trẻ 12-15 tuổi tại Bình Định cho tỉ lệ mắc bệnh là 25%; nghiên cứu của Ung Phan Anh Thư (2022)⁸ ở trẻ 7-9 tuổi tại Vĩnh Long thì tỉ lệ mắc bệnh là 13,32%; nghiên cứu của Vũ Hoàng (2024)⁹ ở trẻ 7-10 tuổi tại tỉnh Lào Cai thì tỉ lệ mắc bệnh là 9,6%; nghiên cứu của Lê Hưng và cộng sự (2024)¹⁰ ở trẻ 12-15 tuổi tại Hà Nội có tỉ lệ mắc bệnh là 10,8%. Kết quả của chúng tôi nhỏ hơn đáng kể so với các nghiên cứu khác, có thể do độ tuổi nghiên cứu nhỏ hơn, vì vậy số răng vĩnh viễn được khám chưa mọc lên nhiều trên cung hàm; mặt khác chúng tôi sử dụng tiêu chuẩn EAPD khi có ít nhất một răng hàm lớn nhiễm MIH và sử dụng đèn xuyên thấu EP light có thể phân biệt và loại trừ với một số bệnh khác như nhiễm Fluor, sâu răng sớm. Mặt khác tùy theo vị trí địa lý có liên quan đến vấn đề chăm sóc răng miệng và bệnh lý toàn thân kèm theo, đặc biệt là tổn thương giai đoạn răng sữa thì cũng ảnh hưởng đến quá trình khoáng hoá men răng vĩnh viễn sau này.

Mức độ lan toả chủ yếu nhỏ hơn 1/3 thân răng, thường tập trung ở vị trí rìa cắn răng cửa hoặc đỉnh múi răng hàm lớn thứ nhất nhiều hơn các vị trí khác, kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Zuhair et al (2023)⁴ ở trẻ từ 8-13 tuổi tại Syria; phù hợp với nghiên cứu của Lê Hưng và cộng sự (2024)¹⁰ khi nhận thấy tổn thương ở răng hàm nặng nề hơn so với các tổn thương ở vị trí răng cửa. Vị trí này có thể hình thành sớm nhất và có liên quan đến răng sữa phía trên vùng mọc răng vĩnh viễn. Theo phân loại trên lâm sàng, tỉ lệ loại 1 (tổn thương mờ đục màu trắng hoặc kem) là 41,07% và loại 2 (mờ đục màu vàng hoặc nâu) là 23,21% (tổng cộng 64,28%). Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Võ Trương Như Ngọc và cộng sự (2021)⁷ với tỉ lệ nhiễm MIH nhẹ là 75,66% và nghiên cứu của Nguyễn Phúc Minh (2020)⁶ là 67,5% nhiễm MIH thể nhẹ. Theo phân loại nhu cầu điều trị, có 70,59% tổn thương MIH không nhạy cảm và không vỡ men và 15,69% tổn thương MIH không nhạy cảm và có vỡ men; 1,96% tăng nhạy cảm nhưng không vỡ men; 11,76% tăng nhạy cảm và có vỡ men. Như vậy các tổn thương MIH đa số không nhạy cảm, ngay cả khi có vỡ men thì tình trạng nhạy cảm răng không thường gặp đi kèm. Tương đồng với kết quả của nhạy cảm theo thang đo Shiff khi nhận thấy 86,27% không nhạy cảm và 7,84% có nhạy cảm nhưng không yêu cầu dùng kích thích. Nghiên cứu của Chowdhury Aret et al (2024)⁵ ở trẻ 7-9 tuổi tại Ấn Độ cho thấy 55,14% không nhạy cảm và không vỡ men; 30,14% có nhạy

cảm nhưng không vỡ men; 7,35% có nhạy cảm và vỡ men, như vậy phù hợp với nghiên cứu của chúng tôi, tuy nhiên tỉ lệ tổn thương không nhạy cảm và không vỡ men cao hơn đáng kể. Nghiên cứu của Jurlina D et al (2020)² và Mayall et al (2022)³ cho rằng MIH bị ảnh hưởng bởi các vấn đề sức khoẻ răng miệng tại chỗ, bệnh toàn thân kèm theo trong quá hình hình thành và mọc răng vĩnh viễn, các tổn thương MIH làm gia tăng nguy cơ sâu răng do men kém khoáng hoá đòi hỏi cần có những biện pháp điều trị sớm và tăng cường khoáng hoá hoặc xâm nhập nhựa, giảm thiểu khả năng sâu vỡ thân răng và mất răng do MIH.

V. KẾT LUẬN

- Tỉ lệ mắc bệnh là 7,95% trong đó 42,85% ở vị trí răng cửa và 57,15% ở vị trí răng hàm; mức độ lan toả chủ yếu là ít hơn 1/3 bề mặt thân răng (66,07%); tổn thương mờ đục màu trắng hoặc kem chiếm đa số là 41,07%; không nhạy cảm và không vỡ men chiếm đa số là 70,59%; theo thang đo Shiff thì 86,27% không có nhạy cảm.

- Tỉ lệ mắc bệnh không có sự khác biệt giữa hai giới, đa số tổn thương mức độ nhẹ bao gồm tổn thương mờ đục và không nhạy cảm răng.

VI. LỜI CẢM ƠN

Chúng tôi xin chân thành cảm ơn Ban Giám hiệu và Phòng Quản lý KH&CN trường ĐH Y Dược – ĐHQGHN đã giúp chúng tôi hoàn thành đề tài. Nghiên cứu này được tài trợ bởi Trường Đại học Y Dược - Đại học Quốc gia Hà Nội (mã số CS.24.11/HĐ-KHCN).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Karin L Weerheijm** (2003). Molar incisor hypomineralisation (MIH). *European Journal of Paediatric Dentistry*, 4:115-120.
2. **Jurlina D et al** (2020). Prevalence of Molar-Incisor Hypomineralization and Caries in Eight-Year-Old Children in Croatia. *Int J Environ Res Public Health*; 1;17(17):6358.
3. **Mayall et al** (2022). Prevalence, Pattern, and Severity of Molar Incisor Hypomineralization in 8–12-year-old Schoolchildren of Moradabad City. *International Journal of Clinical Pediatric Dentistry*, 15: 168-174.
4. **Zuhair Al-Nerabieah et al** (2023). Prevalence and clinical characteristics of molar-incisor hypomineralization in Syrian children: a cross-sectional study. *Sci Rep*, 13, 8582.
5. **Chowdhury Aret al** (2024). Molar Incisor Hypomineralization: Prevalence and Treatment Needs in 7- to 9-year-old Children of Lucknow City. *Int J Clin Pediatr Dent*; 17(7):790-795.
6. **Nguyễn Phúc Minh and Võ Trương Như Ngọc** (2020). Thực trạng kém khoáng hoá men răng hàm lớn - răng cửa ở nhóm học sinh 12-15 tuổi tại Bình Định năm 2019-2020. *Tạp chí Y học*

- Việt Nam, 496(2):51 – 55.
- Võ Trương Như Ngọc and Hoàng Bảo Duy** (2021). Mối liên hệ giữa thực trạng kém khoáng hoá men răng (MIH) và chấn thương răng sữa, răng sữa mất sớm ở học sinh 12-15 tuổi tại một số tỉnh thành ở Việt Nam, Tạp chí Y học Việt Nam, 502(2), 13-17.
 - Ung Phan Anh Như và cộng sự** (2022). Tình hình và các yếu tố nguy cơ liên quan đến kém khoáng hoá men răng trên học sinh 7-9 tuổi tại các trường tiểu học Thị xã Bình Minh, tỉnh Vĩnh Long năm 2021-2022, Tạp chí Y Dược học Cần Thơ, (52):59-65.
 - Vũ Hoàng và cộng sự** (2024). Thực trạng kém khoáng hoá men răng hàm lớn-răng cửa ở học sinh 7-10 tuổi tại một số trường tiểu học Thành phố Lào Cai, Tạp chí Y học Việt Nam, 539(3), 258-262.
 - Lê Hưng và cộng sự** (2024). Thực trạng kém khoáng hoá men răng hàm răng cửa của học sinh Trường Trung học cơ sở Hoàng Long, Phú Xuyên, Hà Nội. Tạp chí Nghiên cứu Y học, 178(5):306-314.

ĐÁNH GIÁ NỒNG ĐỘ CREATININ HUYẾT THANH VÀ ĐỘ LỌC CẦU THẬN ƯỚC TÍNH Ở THAI PHỤ MẮC TIỀN SẢN GIẬT

Phạm Tiến Dũng¹, Phạm Thị Thanh Thủy², Nguyễn Phương Tú¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: So sánh kết quả xét nghiệm Creatinin huyết thanh và eGFR ở nhóm thai phụ mắc tiền sản giật với nhóm thai phụ khỏe mạnh. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 153 thai phụ tiền sản giật và 207 thai phụ khỏe mạnh có chỉ định xét nghiệm Creatinin huyết thanh tại bệnh viện Phụ Sản Trung Ương từ tháng 01 năm 2024 đến tháng 12 năm 2024. **Kết quả:** Tỷ lệ thai phụ ở nhóm tiền sản giật có chỉ số Creatinin huyết thanh vượt ngưỡng 0,85 mg/dL là 36,8% nhiều hơn so với nhóm thai kỳ khỏe mạnh 0,5%. Tỷ lệ thai phụ ở nhóm tiền sản giật có chỉ số Creatinin huyết thanh vượt ngưỡng 1,1 mg/dL là 8,6% nhiều hơn so với nhóm thai kỳ khỏe mạnh 0,0%. Tỷ lệ thai phụ ở nhóm tiền sản giật có eGFR < 60 mL/phút/1,73m² chiếm 2,6%. **Kết luận:** Creatinin huyết thanh và eGFR có sự khác biệt giữa nhóm thai phụ tiền sản giật và thai phụ khỏe mạnh. Sử dụng mức cut-off cho xét nghiệm Creatinin huyết thanh là 0,85mg/dL cho thấy nhiều hiệu suất sàng lọc tổn thương thận hơn.

Từ khóa: eGFR, Creatinin, tiền sản giật...

SUMMARY

ASSESSMENT OF SERUM CREATININE AND ESTIMATED GLOMERULAR FILTRATION RATES IN PREGNANT WOMEN WITH PREECLAMPSIA

Objective: To compare serum creatinine and eGFR test results in preeclampsia pregnant women with healthy pregnant women. **Methods:** A cross-sectional descriptive study of 153 preeclampsia pregnant women and 207 healthy pregnant women who were indicated for blood creatinine testing at the National Hospital of Obstetrics and Gynecology from

January 2024 to December 2024. **Results:** The percentage of pregnant women in the preeclampsia group with a serum creatinine result exceeding 0,85 mg/dL was 36.8% more than that of the healthy pregnancy group by 0,5%. The percentage of pregnant women in the preeclampsia group with a serum creatinine result exceeding 1,1 mg/dL was 8,6% more than in the healthy pregnancy group by 0,0%. The proportion of pregnant women in the preeclampsia group with an eGFR < 60 mL/min/1,73m² accounted for 2,6%. **Conclusions:** Serum creatinine and eGFR have differences between preeclampsia and healthy pregnant women. Using a cut-off level for the serum creatinine test of 0.85mg/dL shows more screening performance for kidney damage.

Keywords: eGFR, Creatinin, preeclampsia...

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tiền sản giật (TSG) được định nghĩa là tình trạng tăng huyết áp thai kỳ kèm theo protein niệu ($\geq 300\text{mg}/24$ giờ). Đây là rối loạn đa hệ thống ảnh hưởng đến 0,2% - 9,2% thai kỳ, dẫn đến kết cục bất lợi cho mẹ và thai, đồng thời là nguyên nhân chính gây bệnh tật và tử vong trên thế giới. Các tiến bộ y học hiện nay không chỉ dừng lại ở việc kiểm soát biến cố tim mạch cho thai phụ mắc TSG. Một số bằng chứng cho thấy mối liên quan giữa TSG và chức năng thận còn là vấn đề cần được quan tâm nghiên cứu và đánh giá một cách sâu sắc. Ở giai đoạn cấp tính, TSG ảnh hưởng đến thận với tình trạng mất tế bào biểu mô và nội mô cầu thận. TSG mức độ nặng có thể bao gồm suy giảm chức năng thận cấp tính. Thiếu niệu trong TSG nặng là hậu quả của sự co thắt ống thận với mức lọc cầu thận giảm khoảng 25%. Ở những bệnh nhân này, thiếu niệu thoáng qua (dưới 100 mL trong 4 giờ) là một triệu chứng phổ biến trong quá trình chuyển dạ hoặc 24 giờ đầu tiên của giai đoạn sau sinh. Rối loạn chức năng thận tiềm ẩn có liên quan đáng kể đến tỷ lệ mắc các biến chứng sản khoa,

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Phụ Sản Trung Ương

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Phương Tú

Email: nguyennphuongtu@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 8.4.2025

Ngày phản biện khoa học: 13.5.2025

Ngày duyệt bài: 13.6.2025