

hiện nhiều hơn ở giai đoạn muộn nhấn mạnh giá trị tiên lượng quan trọng của dấu ấn này, bệnh nhân mất biểu hiện CDX2 có nguy cơ diễn tiến bất lợi cao hơn và cần được cân nhắc kỹ lưỡng trong quá trình đánh giá nguy cơ cũng như định hướng điều trị cá thể hóa.

VI. LỜI CẢM ƠN

Nghiên cứu này được tài trợ kinh phí bởi Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh theo Hợp đồng số 118/2024/HĐ-ĐHYD, ngày 18 tháng 04 năm 2024.

Nhóm tác giả xin trân trọng cảm ơn Đại học Y Dược TPHCM đã hỗ trợ kinh phí thực hiện NC. Đồng thời, chúng tôi chân thành cảm ơn Ban Giám đốc Bệnh viện Đại học Y Dược TP.HCM, Khoa Giải phẫu bệnh cùng toàn thể các bác sĩ, kỹ thuật viên, nhân viên y tế đã nhiệt tình phối hợp và tạo điều kiện thuận lợi trong quá trình thu thập số liệu, thực hiện nghiên cứu.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Chu Văn Đức LDR, Đặng Tiến Hoạt. Nghiên

cứu bộc lộ một số dấu ấn hoá mô miễn dịch và mối liên quan với đặc điểm mô bệnh học trong ung thư biểu mô đại trực tràng: Đại học Y Hà Nội; 2015.

2. Dalerba P, Sahoo D, Paik S, et al. CDX2 as a prognostic biomarker in stage II and stage III colon cancer. 2016; 374(3): 211-222.
3. Hong Bae C, Pyo J-S, Son S, et al. Diagnostic and prognostic roles of CDX2 immunohistochemical expression in colorectal cancers. 2022; 12(3): 757.
4. Ionescu VA, Gheorghe G, Baban I-A, et al. Prognostic differences between early-onset and late-onset colorectal cancer. 2025; 61(3): 390.
5. Jahil MJ, Zayed KSJHJoB. Correlation of CDX2 Protein Expression with Clinicopathologic Features and Survival Rate in Iraqi Patients with Colorectal Cancer. 2023; 30(3): 551-560.
6. Nagtegaal ID, Odze RD, Klimstra D, et al. WHO 5th Classification of tumours of the Digestive system. Ebook 2025. 157-188.
7. Singh J. Pattern of expression of CDX2 in colorectal cancer and its role in prognosis. 2022: 420-427.
8. Xu W, Zhu Y, Shen W, et al. Combination of CDX2 expression and T stage improves prognostic prediction of colorectal cancer. 2019; 47(5): 1829-1842.

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG CỦA TÌNH TRẠNG RĂNG VĨNH VIỄN NHIỄM FLUOR Ở TRẺ TỪ 7-10 TUỔI TẠI THANH TRÌ, HÀ NỘI NĂM 2025

Trương Đình Khởi¹, Mai Thị Hoan¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Phân tích một số đặc điểm lâm sàng răng vĩnh viễn nhiễm Fluor ở trẻ 7-10 tuổi tại Trường Tiểu học Liên Ninh, Thanh Trì, Hà Nội năm 2025. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu cắt ngang mô tả trên 818 trẻ từ 7-10 tuổi tại Trường Tiểu học Liên Ninh, Thanh Trì Hà Nội năm 2025 bao gồm 454 nam 364 nữ. **Kết quả:** Theo phân loại trên lâm sàng, loại 1: 94,85%; loại 2: 3,09% và loại 4 là 2,06%. Theo phân loại của Thylstrup Fejerskov, đường ngang hẹp màu trắng: 4,12%; đường mờ đục hẹp giữa vùng mờ đục nhỏ đường kính <2mm: 2,06%; vùng mờ đục rộng, không đều và hợp nhất: 93,83%. Theo phân loại TSIF, nhiễm Fluor phủ rìa cắn răng trước và đỉnh múi răng sau: 11,34%; nhiễm Fluor hơn 1/3 nhưng ít hơn 2/3 bề mặt thân răng: 85,57%; đã bị nhiễm màu khác như vàng hoặc nâu không tính đến tỉ lệ bao phủ nhưng không có lỗ rỗng ở bề mặt: 3,09%. Phân loại theo FRI, 1/3 cổ răng: 5,15%; 1/3 giữa thân răng: 19,59%; 2/3 phía trên thân răng: 65,98%; rìa cắn răng trước hoặc đỉnh

múi, mặt nhai răng hàm: 24,74%. **Kết luận:** Tổn thương mờ đục màu trắng hoặc kem chiếm tỉ lệ đa số; dạng tổn thương có vùng mờ đục rộng, không đều và hợp nhất thường gặp nhất; nhiễm Fluor ở vị trí hơn 1/3 nhưng ít hơn 2/3 bề mặt thân răng có tỉ lệ cao nhất; vị trí tổn thương thường gặp là 2/3 phía trên thân răng hoặc vị trí rìa cắn, đỉnh múi ở các răng vĩnh viễn. **Từ khoá:** Răng nhiễm Fluor, tổn thương men răng

SUMMARY

CLINICAL CHARACTERISTICS OF DENTAL FLUOROSIS IN PERMANENT TEETH OF CHILDREN AGED 7–10 YEARS IN THANH TRÌ, HANOI, 2025

Objective: Analysis of Clinical Characteristics of Permanent Teeth with Dental Fluorosis in Children Aged 7–10 Years at Lien Ninh Primary School, Thanh Trì District, Hanoi, 2025. **Subject and methods:** A descriptive cross-sectional study was conducted on 818 children aged 7–10 years at Lien Ninh Primary School, Thanh Trì District, Hanoi, in 2025, including 454 boys and 364 girls. **Results:** According to the clinical classification, type 1 accounted for 94,85%; type 2 for 3,09% and type 4 for 2,06%. Based on the Thylstrup-Fejerskov (TF) index, narrow white horizontal lines were observed in 4,12%; narrow opacities with a diameter <2 mm in 2,06% and broad, irregular, and confluent opacities in 93,83% of cases. According to the Tooth Surface Index of Fluorosis

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: 9.9.2025

Ngày phản biện khoa học: 17.10.2025

Ngày duyệt bài: 19.11.2025

(TSIF), fluorosis limited to the incisal edge of anterior teeth and cusp tips of posterior teeth was found in 11,34%, fluorosis involving more than one-third but less than two-thirds of the tooth surface in 85,57%, and fluorosis with discoloration (yellow or brown) without pitting in 3,09%. Based on the Fluorosis Risk Index (FRI), lesions were located on the cervical third of the crown in 5,15%; the middle third in 19,59%; the incisal/occlusal two-thirds in 65,98% and the incisal edge or cusp tips/occlusal surface of posterior teeth in 24,74%. **Conclusions:** White or cream-colored opacities accounted for the majority of lesions. Broad, irregular, and confluent opacities were the most frequently observed type. Fluorosis involving more than one-third but less than two-thirds of the tooth surface had the highest proportion. The most common sites of involvement were the incisal two-thirds of the crown or the incisal edge/cusp tips of permanent teeth.

Keywords: Dental fluorosis, enamel defects

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Răng nhiễm Fluor là một bệnh lý phổ biến trên toàn cầu, đặc biệt ở các khu vực có nồng độ Fluor cao trong nước uống¹. Đây là một rối loạn men răng xảy ra do sự phơi nhiễm Fluor quá mức trong quá trình phát triển răng với các biểu hiện lâm sàng từ vết trắng đục đến các vết nâu, tổn thương bề mặt men răng nghiêm trọng như vỡ men. Lượng Fluor khuyến nghị để phòng ngừa sâu răng tiên phát là từ 0,05 đến 0,07 mg F/kg/ngày^{1,2}. Tuy nhiên khi nồng độ Fluor vượt quá 1,5 mg/L theo khuyến cáo của Tổ chức Y tế Thế giới (WHO), nguy cơ răng nhiễm Fluor có thể xảy ra³. Tình trạng này không chỉ ảnh hưởng đến thẩm mỹ răng miệng mà còn gây ra tâm lý của người bệnh và làm suy giảm chức năng của răng², điều này đòi hỏi cần có những phân loại về đặc điểm lâm sàng nhiễm Fluor răng vĩnh viễn, đặc biệt ở trẻ từ 7-10 tuổi nhằm mục đích tiên lượng và điều trị sớm các tổn thương, giảm nguy cơ tổn thương đối với răng bị nhiễm bệnh và tăng tính thẩm mỹ, giúp cho người bệnh tự tin hơn trong giao tiếp hàng ngày.

Hiện nay một số phân loại thường được sử dụng để nghiên cứu các đặc điểm lâm sàng của bệnh nhiễm Fluor như phân loại tổn thương theo mức độ trên lâm sàng; phân loại theo Thylstrup Fejerskov; Phân loại theo chỉ số bề mặt nhiễm Fluor (Tooth Surface Index of Fluorosis-TSIF); phân loại chỉ số nguy cơ nhiễm Fluor (Fluorosis Risk Index-FRI) được áp dụng trong nghiên cứu của Lalumandier JA (1995)¹, Bhagavatula P et al (2018)², Angulo M et al (2020)³, Saldarriaga A et al (2021)⁴, McLaren L et al (2022)⁵, Prasad UV et al (2023)⁶ và Levy SM et al (2023)⁷. Ở Việt Nam đã có một số nghiên cứu về bệnh nhiễm Fluor răng vĩnh viễn như nghiên cứu của Huỳnh Tiến

Đạt và CS (2021)⁸, Vi Việt Cường, Phạm Quốc Hùng (2022)⁹ và Nguyễn Thị Hồng Minh và CS (2022)¹⁰, tuy nhiên chưa sử dụng các phân loại trên để phân tích đặc điểm lâm sàng của bệnh nhiễm Fluor trên răng vĩnh viễn ở trẻ từ 7-10 tuổi. Vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với mục tiêu: *"Phân tích một số đặc điểm lâm sàng tình trạng răng vĩnh viễn nhiễm Fluor ở trẻ 7-10 tuổi 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 cắt ngang có mô tả.

2.2. Thời gian và địa điểm nghiên cứu

Thời gian nghiên cứu: Từ tháng 12/2024-8/2025.

Địa điểm: Trường Tiểu học Liên Ninh, Thanh Trì, Hà Nội và xử lý số liệu tại Khoa Răng Hàm Mặt, Trường ĐH Y Dược – ĐHQGHN.

2.3. Đối tượng nghiên cứu

Tiêu chuẩn lựa chọn: Trẻ em từ 7-10 tuổi, đã mọc hoàn toàn ít nhất 4 răng cửa vĩnh viễn mỗi hàm và 4 răng hàm lớn thứ nhất hai hàm, răng không bị mất các cấu trúc giải phẫu.

Tiêu chuẩn loại trừ: Không đồng ý tham gia nghiên cứu, có các chấn thương lớn vùng hàm mặt hoặc đã phục hồi lớn răng vĩnh viễn, đã phục hình răng vĩnh viễn.

2.4. Cỡ mẫu và kỹ thuật chọn mẫu. Chọn mẫu thuận tiện tất cả các đối tượng đủ tiêu chuẩn lựa chọn và loại trừ đưa vào nghiên cứu. Tổng cộng có 818 trẻ từ 7-10 tuổi đủ tiêu chuẩn nghiên cứu bao gồm 454 nam và 364 nữ, các đối tượng được vệ sinh răng miệng, lấy cao răng miễn phí trước khi khám và sàng lọc.

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

- Sử dụng đèn xuyên thấu (hãng EP Dent, Hàn Quốc) và quan sát trực tiếp trên lâm sàng để phân loại các tổn thương, sử dụng ghế máy răng di động, bộ khay khám vô khuẩn dùng một lần, môi trường khám đảm bảo đủ điều kiện chiếu sáng cần thiết về cường độ sáng và màu ngoại cảnh lân cận.

- Phân loại tổn thương trên lâm sàng¹: 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 Fluorosis) tức là đã có hàn vào vùng có tổn thương do Fluorosis; loại 5: Sâu răng không điển hình tức là sâu răng xung quanh vùng Fluorosis dạng sẫm đốm trắng hoặc bám màu khác, có lỗ sâu; loại 6: Mất răng không điển hình (Mất răng do Fluorosis) ghi nhận khi mất

R6 ở hai hàm khi được chẩn đoán R6 khác bị Fluoris, nếu mất 4 R6 thì răng cửa có Fluoris vẫn ghi nhận loại 6.

- Phân loại theo Thylstrup Fejerskov^{3,4}: Loại 0: Men răng trong suốt bình thường sau khi bề mặt răng khô bằng không khí; loại 1: có đường hẹp tổn thương ngang màu trắng; loại 2: Các đường mờ đục rõ rệt với sự hợp lưu thỉnh thoảng của các đường liền kề, khoảng mờ đục có đường kính nhỏ hơn 2 mm; loại 3: Các vùng đục mờ không đều và hợp nhất, nổi bật thường thấy giữa các vùng đục mờ; loại 4: Toàn bộ bề mặt có độ mờ đục rõ rệt hoặc có màu trắng phấn, các khu vực tiếp xúc với sự mài mòn có vẻ ít bị ảnh hưởng hơn; loại 5: Toàn bộ bề mặt răng có độ mờ đục rõ rệt với tình trạng mất lớp men răng ngoài cùng (rãnh) có đường kính <2 mm; loại 6: Các hố được sắp xếp đều đặn theo các dải ngang <2 mm theo chiều dọc, các vùng hợp lưu có đường kính <3 mm cho thấy mất men răng, có sự mài mòn rõ rệt; loại 7: Có sự mất lớp men ngoài cùng ở các vùng không đều bao gồm <1/2 toàn bộ bề mặt, những thay đổi về hình thái do các hố hợp nhất và sự mài mòn rõ rệt; loại 8: Có sự mất lớp men răng ngoài cùng liên quan đến >1/2 bề mặt; loại 9: Có sự mất đi phần chính của men răng với sự thay đổi về hình dạng giải phẫu của bề mặt, thường thấy viền cổ răng của men răng gần như không bị ảnh hưởng.

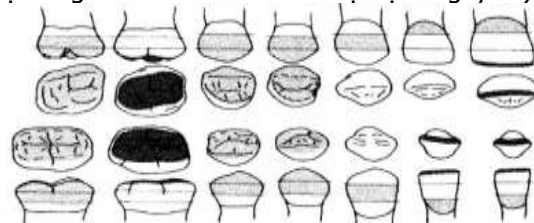
- Phân loại theo chỉ số bề mặt nhiễm Fluor (Tooth Surface Index of Fluorosis-TSIF)^{1,3}: Loại 0: Không nhiễm; loại 1: nhiễm Fluor phủ rìa cắn răng trước và đỉnh mũi răng sau; loại 2: nhiễm Fluor hơn 1/3 nhưng ít hơn 2/3 bề mặt thân răng; loại 3: nhiễm Fluor lớn hơn 2/3 bề mặt thân răng; loại 4: Đã bị nhiễm màu khác như vàng hoặc nâu không tính đến tỉ lệ bao phủ nhưng không có lỗ nhỏ ở bề mặt; loại 5: Xuất hiện một số vết lỗ nhỏ, nhuộm màu vàng hoặc nâu chỉ giới hạn lỗ nhỏ; loại 6: Tương tự loại 5 nhưng nhiều lỗ nhỏ hơn, nhuộm màu cả ngoài vùng lỗ nhỏ; loại 7: Bề mặt men răng bị lỗ nhỏ liên tục, nhuộm màu dày đặc ở bề mặt, có thể kèm theo mất hay khuyết hổng tổ chức cứng.



Hình 2.1: Phân loại theo chỉ số bề mặt nhiễm Fluor

- Phân loại chỉ số nguy cơ nhiễm Fluor (Fluorosis Risk Index-FRI)^{2,7}: Loại 1: 1/3 cổ răng,

Loại 2: 1/3 giữa thân răng, Loại 3: 2/3 phía trên thân răng; Loại 4: Rìa cắn răng trước hoặc đỉnh mũi, mặt nhai răng hàm; Loại 5: Vị trí khác (chú ý: Một răng có thể có nhiều hơn một vị trí nguy cơ).



Hình 2.2: Phân loại chỉ số nguy cơ nhiễm Fluor

2.7. Xử lý số liệu. Sử dụng phần mềm SPSS 26.0 để nhập liệu từ cơ sở số liệu Excel, xử lý bằng các thuật toán thống kê phù hợp.

2.8. Đạo đức nghiên cứu. Đối tượng tham gia được giải thích rõ ràng về nghiên cứu và tự nguyện tham gia, được tư vấn chăm sóc răng miệng, xử lý sâu răng, viêm lợi miễn phí (nếu có).

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Qua thăm khám 818 đối tượng từ 7-10 tuổi bao gồm 454 nam và 364 nữ phát hiện thấy 49 trường hợp răng vĩnh viễn nhiễm Fluor trong đó 28 nam và 21 nữ, tổng số răng bị bệnh được khám là 97 răng, kết quả một số đặc điểm lâm sàng của nhóm nghiên cứu như sau:

Bảng 3.1: Phân loại mức độ theo biểu hiện lâm sàng ở học sinh 7-10 tuổi trên răng nhiễm Fluoride (răng) (n=97)

Phân loại mức độ	Răng trước		Răng sau		Chung	
	n	%	n	%	n	%
Loại 1	67	69,07%	25	25,78%	92	94,85%
Loại 2	0	0%	3	3,09%	3	3,09%
Loại 3	0	0%	0	0%	0	0%
Loại 4	0	0%	2	2,06%	2	2,06%
Loại 5	0	0%	0	0%	0	0%
Loại 6	0	0%	0	0%	0	0%
Tổng cộng	67	69,07%	30	30,93%	97	100%

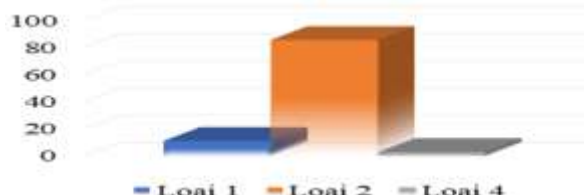
Nhận xét: Tỉ lệ nhiễm Fluor ở răng trước là 69,07% và răng sau là 30,93%; răng trước có phân loại 1: Mờ đục màu trắng hoặc màu kem: 69,07%. Răng sau có phân loại 1: 25,78%; loại 2: Mờ đục màu vàng hoặc màu nâu: 3,09% và loại 4: Phục hồi không điển hình (phục hồi do Fluoris) tức là đã có hàn vào vùng có tổn thương do Fluoris: 2,06%. Chung cho hai vị trí: Loại 1: 94,85%; loại 2: 3,09% và loại 4 là 2,06%.



Biểu đồ 3.1: Biểu đồ hình tròn phân bố tỉ lệ

% phân loại theo Thylstrup Fejerskov răng nhiễm Fluoride ở học sinh 7-10 tuổi (răng) (n=97)

Nhận xét: Theo phân loại hình thái của vùng tổn thương của Thylstrup Fejerskov chia thành 9 loại, tuy nhiên trên thực tế hình thái tổn thương chỉ xuất hiện ở 3 loại bao gồm: Loại 1: Đường ngang hẹp màu trắng: 4,12%; loại 2: Đường mờ đục hẹp giữa vùng mờ đục nhỏ đường kính <2mm: 2,06%; loại 3: Vùng mờ đục rộng, không đều và hợp nhất: 93,83%.



Biểu đồ 3.2: Biểu đồ hình cột phân bố tỉ lệ % phân loại theo chỉ số bề mặt nhiễm Fluor (TSIF) răng nhiễm Fluoride ở học sinh 7-10 tuổi (răng) (n=97)

Nhận xét: Theo phân loại chỉ số bề mặt nhiễm Fluor (TSIF) chia thành 7 loại, tuy nhiên trên thực tế hình thái tổn thương chỉ xuất hiện ở 3 loại bao gồm: Loại 1: Nhiễm Fluor phủ rìa cắn răng trước và đỉnh múi răng sau: 11,34%; loại 2: Nhiễm Fluor hơn 1/3 nhưng ít hơn 2/3 bề mặt thân răng: 85,57%; loại 4: Đã bị nhiễm màu khác như vàng hoặc nâu không tính đến tỉ lệ bao phủ nhưng không có lỗ rỗng nhỏ ở bề mặt: 3,09%.

Bảng 3.2: Phân loại theo chỉ số nguy cơ nhiễm Fluoride (FRI) theo vị trí của răng nhiễm bệnh Fluor ở học sinh 7-10 tuổi (răng) (n=97)

Phân loại	Răng trước (n=67)		Răng sau (n=30)		Chung (n=97)		p
	n	%	n	%	n	%	
Loại 1	3	4,48%	2	6,67%	5	5,15%	< 0,0001
Loại 2	14	20,90%	5	16,67%	19	19,59%	
Loại 3	52	77,61%	13	43,33%	64	65,98%	
Loại 4	1	1,49%	22	73,33%	24	24,74%	

Nhận xét: Ở răng trước: Loại 1: 1/3 cổ răng: 4,48%; loại 2: 1/3 giữa thân răng: 20,90%; loại 3: 2/3 phía trên thân răng: 77,61%; loại 4: Rìa cắn răng trước hoặc đỉnh múi, mặt nhai răng hàm: 1,49%. Ở răng sau: Loại 1: 6,67%; loại 2: 16,67%; loại 3: 43,33%; loại 4: 73,33%. Chung cho hai vị trí: Loại 1: 5,15%; loại 2: 19,59%; loại 3: 65,98%; loại 4: 24,74%.

IV. BÀN LUẬN

Theo kết quả nghiên cứu, phân loại trên lâm sàng cho thấy, hình thái tổn thương dạng mờ trắng đục hoặc kem có tỉ lệ cao nhất (94,85%);

loại tổn thương màu vàng hoặc nâu chỉ có 3,09%. Kết quả này tương đồng với công bố của CDC-Mỹ năm 2010¹ khi nhận thấy ở độ tuổi 6-49 tuổi, loại tổn thương nhẹ chiếm đa số với tổn thương mờ trắng đục hoặc kem. Nghiên cứu của Prasad UV et al (2023)⁶ thực hiện trên 1614 trẻ người Ấn Độ từ 6-10 tuổi, cho thấy tỉ lệ tổn thương nhẹ là 82,39% và mức độ trung bình là 16,96%. Như vậy tỉ lệ tổn thương mức độ trung bình và nặng khi nghiên cứu ở trẻ Ấn Độ cao hơn trong nghiên cứu của chúng tôi. Khi so sánh với kết quả nghiên cứu với một số tác giả trong nước, theo nghiên cứu của Huỳnh Tiến Đạt và CS (2021)⁸; Vi Việt Cường, Phạm Quốc Hùng (2022)⁹; Nguyễn Thị Hồng Minh và CS (2022)¹⁰ cho thấy tỉ lệ tổn thương tại Việt Nam nói chung đa số là mức độ rất nhẹ và nhẹ với các tổn thương màu trắng đục hoặc màu kem, một số ít có tổn thương màu vàng hoặc nâu. Sự khác biệt này là do sự khác nhau về nồng độ Fluor trong nước sinh hoạt ở các địa điểm nghiên cứu, ở Ấn Độ có mức nồng độ Fluor trong nước sinh hoạt từ 6-16mg/L mặc dù sử dụng nước máy hoặc nước giếng khoan⁶, trong khi đó, tại Việt Nam nồng độ Fluor trong nước sinh hoạt thường ở mức độ thấp từ 0,1-3mg/L⁸. Nghiên cứu trên thực nghiệm cho thấy, nồng độ Fluor có ảnh hưởng lớn đến mức độ nhiễm bệnh và tổn thương men răng vĩnh viễn, khi tăng nồng độ lên thì mức độ nghiêm trọng tăng theo tương ứng rất nhanh, ảnh hưởng kết cấu men răng^{2,6}.

Kết quả phân loại theo Thylstrup Fejerskov cho thấy: TF1 với đường ngang hẹp màu trắng là 4,12%; TF2 với đường mờ đục hẹp giữa vùng mờ đục nhỏ đường kính <2mm là 2,06%; TF3 với vùng mờ đục rộng, không đều và hợp nhất chiếm tỉ lệ lớn nhất là 93,83%. Kết quả tương đồng với nghiên cứu của Angulo M et al (2020)³ và Saldarriaga A et al (2021)⁴ khi nhận thấy loại TF1-3 chiếm đa số, phân loại từ TF4 trở lên rất ít gặp, điều này phù hợp với phân loại theo lâm sàng (ở bảng 3.1). Theo phân loại chỉ số bề mặt nhiễm Fluor (TSIF), TSIF1 có nhiễm Fluor phủ rìa cắn răng trước và đỉnh múi răng sau là 11,34%; TSIF2 có Nhiễm Fluor hơn 1/3 nhưng ít hơn 2/3 bề mặt thân răng chiếm đa số với 85,57%; TSIF4 đã bị nhiễm màu khác như vàng hoặc nâu không tính đến tỉ lệ bao phủ nhưng không có lỗ rỗng nhỏ ở bề mặt là 3,09%; như vậy vị trí bề mặt tổn thương thường khu trú ở khoảng 1/3 -2/3 bề mặt thân răng, phù hợp với nghiên cứu của Lalumandier JA (1995)¹ và Angulo M et al (2020)³. Tương tự với phân loại chỉ số nguy cơ nhiễm Fluor (FRI), kết quả cho thấy loại FRI3 thường gặp nhất ở vị trí 2/3 phía trên thân răng,

tiếp đến là vị trí 1/3 rìa cắn hoặc đỉnh múi răng vĩnh viễn, điều này tương đồng với nghiên cứu của Bhagavatula P et al (2018)² và Levy SM et al (2023)⁷. Nguyên nhân có thể ở vị trí này có nguy cơ nhiễm Fluor cao nhất do khả năng dễ dàng tiếp xúc với Fluor hơn và tần suất lớn hơn ở những vị trí khác^{1,3}, mặc dù vậy, hiện nay nồng độ Fluor trong nước sinh hoạt ở vùng ngoại thành Hà Nội ở mức thấp, các sản phẩm sử dụng như nước súc miệng và kem đánh răng được kiểm soát chặt chẽ hơn về nồng độ bổ sung Fluor nên mức độ nghiêm trọng của bệnh không cao, thường gặp ở mức độ nhẹ hơn.

V. KẾT LUẬN

Tổn thương mờ đục màu trắng hoặc kem chiếm tỉ lệ đa số với 69,07%; dạng tổn thương có vùng mờ đục rộng, không đều và hợp nhất thường gặp nhất với 93,83%; nhiễm Fluor ở vị trí hơn 1/3 nhưng ít hơn 2/3 bề mặt thân răng có tỉ lệ cao nhất là 85,57%; vị trí tổn thương thường gặp là 2/3 phía trên thân răng hoặc vị trí rìa cắn, đỉnh múi ở các răng vĩnh viễn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Lalumandier JA** (1995). Prevalence of fluorosis (TSIF ≥ 1 and TSIF ≥ 2) among tooth surfaces and subjects. *J Am Dent Assoc*, 126(12):1635-1641.
2. **Bhagavatula P et al** (2018). The relationships between fluoride intake levels and fluorosis of

- late-erupting permanent teeth. *J Public Health Dent*, 78(2), 165-174.
3. **Angulo M et al** (2020). The association between the prevalence of dental fluorosis and the socio-economic status and area of residence of 12-year-old students in Uruguay. *Acta Odontol Scand*, 78(1), 26-30.
4. **Saldarriaga A et al** (2021). Dental fluorosis severity in children 8–12 years old and associated factors. *Acta Odontol Latinoam*, 34(2), 156-165.
5. **McLaren L et al** (2022). Fluoridation cessation and children's dental caries: A 7-year follow-up evaluation of Grade 2 schoolchildren in Calgary and Edmonton, Canada. *Community Dent Oral Epidemiol*, 50(6), 493-502.
6. **Prasad UV et al** (2023). A community-based study of dental fluorosis in rural children (6–12 years) from an aspirational district in Karnataka, India. *Frontiers in Public Health*, 11, 1110777.
7. **Levy SM et al** (2023). Generalized permanent dentition fluorosis severity becomes less evident over time among a birth cohort. *Front Oral Health*, 4, 1198167.
8. **Huỳnh Tiến Đạt và CS** (2021). Khảo sát diễn biến tình hình nhiễm Fluor răng (dental fluorosis) trên địa bàn thị xã Ninh Hòa, tỉnh Khánh hòa. *Tạp chí Khí tượng Thủy văn*, 726, 78-84.
9. **Vi Việt Cường, Phạm Quốc Hùng** (2022). Tình trạng răng nhiễm Fluor ở trẻ 12 tuổi dân tộc Thái ở huyện Con Cuông, tỉnh Nghệ An năm 2015. *Tạp chí Y học Việt Nam*, 510, 112-115.
10. **Nguyễn Thị Hồng Minh và CS** (2022). Khảo sát tình trạng nhiễm Fluor răng ở trẻ em Việt Nam năm 2019. *Tạp chí Y học Việt Nam*, 514, 23-27.

MỐI LIÊN QUAN GIỮA CHỈ SỐ BỆNH LÝ PHỐI HỢP CHARLSON VÀ TỬ VONG NGÀY THỨ 28 Ở BỆNH NHÂN MẮC HỘI CHỨNG SUY HÔ HẤP CẤP TIẾN TRIỂN

Trương Thị Hậu¹, Trần Hữu Thông^{1,2,3},
Lương Quốc Chính^{1,2,3}, Bùi Thị Hương Giang^{1,2}

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm bệnh lý phối hợp và nhận xét mối liên quan giữa chỉ số bệnh lý phối hợp Charlson (CCI) trong tiên lượng tử vong ở bệnh nhân mắc hội chứng suy hô hấp cấp tiến triển (ARDS). **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả hồi cứu 50 bệnh nhân ARDS từ tháng 6/2023 đến tháng 5/2025. Tiêu chí lựa chọn gồm: thỏa mãn các tiêu chuẩn chẩn đoán ARDS, bệnh nhân ≥ 18 tuổi. Dữ liệu

thu thập từ hồ sơ bệnh án. Kết quả được kết luận dựa trên phân tích về mối liên quan giữa điểm CCI và kết cục của bệnh nhân. **Kết quả:** Tỷ lệ bệnh kết hợp chiếm 66%, trong đó hay gặp nhất là bệnh gan mạn tính mức độ nhẹ (27,3%), đái tháo đường không biến chứng (24,2%) và bệnh mô liên kết (21,2%) với điểm CCI trung bình 1,36 (0 - 5). Bệnh nhân có bệnh kết hợp tỷ lệ tử vong có xu hướng cao gấp 3 lần so với nhóm khỏe mạnh tuy nhiên sự khác biệt chưa có ý nghĩa thống kê ($p = 1,03$). Phân tích hồi quy đa biến cho thấy mức độ tăng của điểm CCI là yếu tố ảnh hưởng tới tử vong ở bệnh nhân mắc hội chứng suy hô hấp cấp tiến triển tuy nhiên chưa có ý nghĩa thống kê ($OR: 2,20, p = 0,08$). Ngược lại, mức độ tăng của điểm SOFA tại thời điểm nhập viện là yếu tố độc lập ảnh hưởng tới tỷ lệ tử vong ở bệnh nhân mắc hội chứng suy hô hấp cấp tiến triển ($OR: 1,29; 95\% CI: 1,03-1,61, p = 0,027$). Nhóm bệnh nhân tử vong có tuổi trung bình ($55,9 \pm 16,5$) cao hơn đáng kể so với

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Bạch Mai

³Trường Đại học Y dược Đại học Quốc Gia Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Trần Hữu Thông

Email: thongccbm@gmail.com

Ngày nhận bài: 8.9.2025

Ngày phản biện khoa học: 20.10.2025

Ngày duyệt bài: 20.11.2025