

giảm hành vi quên liều và khó nhớ uống thuốc. Tăng cường tư vấn - giáo dục định kỳ cho cha mẹ/người chăm sóc, đặc biệt ở nhóm có trình độ học vấn $\leq$ THPT và trẻ điều trị đa trị liệu. Xem xét tối ưu hóa phác đồ để giảm số lượng thuốc khi lâm sàng cho phép, nhằm nâng cao khả năng tuân thủ. Phát huy vai trò quản lý điều trị ngoại trú tại tuyến cơ sở, đặc biệt ở khu vực nông thôn, nhằm duy trì tiếp cận thuốc và theo dõi liên tục. Thực hiện các nghiên cứu phân tích đa biến để xác định yếu tố dự báo độc lập, làm cơ sở xây dựng can thiệp chuẩn hóa cho nhóm bệnh nhi động kinh.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Persefoni Ioannou, Daniella L Foster, Josemir W Sander, et al** (2022). The burden of epilepsy and unmet need in people with focal seizures. *Brain Behav.* 2022 Aug 26;12(9):e2589. doi: 10.1002/brb3.2589.
2. **Camilo Espinosa-Jovel, Rafael Toledano, Angel Aledo-Serrano, et al** (2018). Epidemiological profile of epilepsy in low income populations. *Seizure.* 2018 Mar;56:67-72. doi: 10.1016/j.seizure.2018.02.002. Epub 2018 Feb 8.
3. **Morisky DE, Ang A, Krousel-Wood M, Ward**
4. **Kaur B, Singla A, Kaur A, et al.** Adherence to the anti-epileptic drugs among children with epilepsy - a cross sectional study in a tertiary care hospital. *International Journal of Contemporary Pediatrics.* 2023;10(1):52-56.
5. **Mohammed H, Lemnuro K, Mekonnen T, et al.** Adherence to anti-seizure medications and associated factors among children with epilepsy at a tertiary hospital in Southwest Ethiopia: a cross-sectional study. *BMC Neurology.* 2022;22:310.
6. **Dima SA, Shibeshi MS.** Antiepileptic drug adherence in children in southern Ethiopia: a cross sectional study. *PLoS One.* 2022;17(2):e0263821.
7. **Modi AC, Rausch JR, Glauser TA.** Patterns of nonadherence to antiepileptic drug therapy in children with newly diagnosed epilepsy. *JAMA.* 2011;305(16):1669-1676.
8. **Modi AC, Patel AD, Mara CA, et al.** Pilot randomized controlled clinical trial of an adherence social norms intervention for adolescents with epilepsy. *Epilepsy & Behavior.* 2023;140.
9. **Wang S, Zhang X, Wang Y, et al.** Medication compliance of children with epilepsy: a cross-sectional survey. *Ital J Pediatr.* 2023;49(1):153.
- HJ.** Predictive validity of a medication adherence measure in an outpatient setting. *J Clin Hypertens (Greenwich).* May 2008;10(5):348-54.

MỘT SỐ ĐẶC ĐIỂM VÀ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ MIH BẰNG PHƯƠNG PHÁP XÂM NHẬP NHỰA TRÊN LÂM SÀNG Ở TRẺ 8-11 TUỔI TẠI HÀ NỘI NĂM 2025

TÓM TẮT

Mục tiêu: Xác định một số đặc điểm trước và sau điều trị 6 tháng bằng phương pháp xâm nhập nhựa trên lâm sàng tổn thương MIH ở lứa tuổi 8-11 tại Hà Nội năm 2025. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Mô tả cắt ngang trên 59 trẻ 8-11 tuổi với 123 răng nhiễm MIH và điều trị 48 răng trước nhiễm MIH nhẹ bằng phương pháp xâm nhập nhựa ICON (DMG, Đức) được theo dõi 6 tháng. **Kết quả:** Phổ biến nhất là tổn thương mở đục màu trắng hoặc kem chiếm 56,10% tổng số răng, trong đó ở răng cửa (77,42%) cao hơn đáng kể so với răng hàm (34,43%), mức độ lan toả của tổn thương chủ yếu mức độ 1 < 1/3 bề mặt thân răng với tỉ lệ 89,43%; nhiễm màu xung quanh tổn thương MIH là 38,21%; tỉ lệ sâu răng trước điều trị là 6,25%; tỉ lệ nhiễm màu của nhóm răng trước điều trị là 14,58%; tỉ lệ nhiễm màu ngay sau điều trị là 0,00% và sau điều trị 6 tháng là 39,58%, sự khác biệt về tỉ lệ giữa các đặc điểm có ý

Trương Đình Khởi¹, Phan Thị Bích Hạnh¹

nghĩa thống kê với $p < 0,001$. **Kết luận:** Dạng MIH ở trẻ từ 8-11 tuổi thường gặp là tổn thương mở đục màu trắng hoặc kem; lan toả chủ yếu < 1/3 bề mặt thân răng; nhiễm màu xung quanh thấp; tổn thương ở răng sau nặng hơn so với răng trước; điều trị xâm nhập nhựa với mức độ tổn thương nhẹ mang lại hiệu quả rất tốt, tuy nhiên có nhiễm màu lại sau 6 tháng điều trị. **Từ khóa:** Kém khoáng hoá men răng, đốm trắng men răng

SUMMARY

CLINICAL CHARACTERISTICS AND OUTCOMES OF RESIN INFILTRATION FOR TREATING MOLAR-INCISOR HYPOMINERALIZATION IN 8-11-YEAR-OLD CHILDREN IN HANOI, 2025

Objective: Identification of selected characteristics before and after 6-month treatment with resin infiltration for clinical molar-incisor hypomineralization lesions in 8-11-year-old children in Hanoi, 2025. **Subject and methods:** A cross-sectional description of 59 children aged 8-11 with 123 MIH-affected teeth, including treatment of 48 anterior teeth with mild MIH using ICON resin infiltration (DMG, Germany), followed up for 6 months. **Results:** White or cream opacities were the most frequent lesions (56,10%), higher in incisors (77,42%) than

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: 2.10.2025
Ngày phản biện khoa học: 11.11.2025
Ngày duyệt bài: 12.12.2025

molars (34,43%). Most were grade 1 (<1/3 crown surface with 89,43%). Discoloration occurred in 38,21% with caries before treatment at 6,25%. Anterior discoloration was 14,58% before treatment; 0,00% immediately after, and 39,58% at 6 months. All differences were statistically significant ($p < 0,001$).

Conclusions: In children aged 8-11 years, MIH lesions were predominantly white or cream opacities with limited extension (<1/3 of the crown surface) and low surrounding discoloration. Posterior teeth were more severely affected than anterior teeth. Resin infiltration was highly effective for mild lesions, although relapse of discoloration was observed at 6 months. **Keywords:** Molar Incisor Hypomineralization (MIH), white spot lesion (WSL)

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Kém khoáng hoá men răng vĩnh viễn (Molar-Incisor Hypomineralization, MIH) được tác giả Weerheijm et al (2001)¹ sử dụng để chỉ tổn thương men răng có mức độ khoáng hoá thấp hơn bình thường. Các tổn thương MIH nếu không được phát hiện sớm và điều trị kịp thời có thể dẫn đến nứt men răng, gãy vỡ và mất răng ăn nhai. Vì vậy tìm hiểu mức độ và phân loại tổn thương khi mới mọc giúp bác sĩ tiên lượng và đưa ra kế hoạch điều trị chính xác hơn, ngăn ngừa biến chứng có thể xảy ra, đặc biệt ở lứa tuổi mọc răng vĩnh viễn từ 8-11 tuổi^{2,3}. Hiện nay, mức độ tổn thương nhẹ dạng mờ đục màu trắng hoặc kem, vàng hoặc nâu có thể được điều trị với kỹ thuật xâm nhập nhựa, để thay đổi tính chất quang học vùng men kém khoáng hoá và làm đồng nhất khả năng khúc xạ của men răng hoặc che lấp sự sắp xếp rối loạn cấu trúc trụ men ở vùng tổn thương, tuy nhiên chưa có nhiều nghiên cứu đánh giá kết quả phương pháp này, đặc biệt theo dõi sau thời gian dài hơn sau điều trị và thực hiện ở mức độ phạm vi cộng đồng có tính chất linh động, số lượng điều trị lớn hơn tại cùng thời điểm so với khi thực hiện tại phòng khám chuyên sâu.

Trên thế giới đã có một số nghiên cứu về phân loại tổn thương trên lâm sàng, nghiên cứu của Khan et al (2022)²; Al-Nerabieah et al (2023)³; Etman et al (2024)⁴ và Hoan N.Q et al (2024)⁵. Ở Việt Nam, một số nghiên cứu về MIH như nghiên cứu của Nguyễn Phúc Minh và CS (2020)⁶; Võ Trương Như Ngọc, Hoàng Bảo Duy (2021)⁷; Ung Phan Anh Như và CS (2022)⁸; Lê Hưng và CS (2024)⁹; Vũ Hoàng và CS (2024)¹⁰. Tuy nhiên chưa có nghiên cứu phân loại chi tiết MIH ở độ tuổi 8-11 tuổi, vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với mục tiêu: "Xác định một số đặc điểm trước và sau điều trị 6 tháng bằng phương pháp xâm nhập nhựa trên lâm

sàng tổn thương MIH ở lứa tuổi 8-11 tại Hà Nội năm 2025".

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Thiết kế nghiên cứu. Thực hiện nghiên cứu mô tả cắt ngang trên người và trên răng được đưa vào nghiên cứu; đối với răng điều trị được thăm khám và đánh giá lâm sàng trước điều trị, ngay sau điều trị và sau điều trị 6 tháng.

2.2. Thời gian và địa điểm nghiên cứu

Thời gian nghiên cứu: Từ tháng 12/2024 đến tháng 9/2025.

Địa điểm: Thăm khám và điều trị 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

Tiêu chuẩn lựa chọn: Trẻ đủ tuổi lựa chọn, tự nguyện tham gia nghiên cứu. Răng trước hai hàm được chẩn đoán xác định MIH¹ thuộc phân loại 1 hoặc 2 trên lâm sàng đưa vào điều trị và theo dõi.

Tiêu chuẩn loại trừ: Không đúng độ tuổi hoặc không đồng ý tham gia, có bệnh lý hoặc biến dạng vùng hàm mặt, răng đã điều trị phục hồi trước đó.

2.4. Cỡ mẫu và kỹ thuật chọn mẫu

- Chọn mẫu thuận tiện có chủ đích bao gồm toàn bộ học sinh theo độ tuổi từ 8-11 tuổi (± 3 tháng) theo danh sách kê khai ngày/tháng/năm sinh trong hồ sơ; đủ tiêu chuẩn lựa chọn và loại trừ.

- Chọn toàn bộ số răng trước vĩnh viễn (bao gồm răng nanh, răng cửa giữa và cửa bên hai hàm) bị nhiễm MIH¹ mức 1 và 2 theo phân loại trên lâm sàng (dạng tổn thương mờ đục màu trắng hoặc kem, vàng hoặc nâu) đưa vào nghiên cứu, điều trị theo phương pháp xâm nhập nhựa theo dõi tại 3 thời điểm: Trước điều trị, ngay sau điều trị và sau điều trị 6 tháng.

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

- Sử dụng ghế máy răng di động đủ ánh sáng tiêu chuẩn, bộ dụng cụ khám vô khuẩn, thăm khám và sàng lọc, điều trị và theo dõi tại phòng y tế của Nhà trường.

- Dụng cụ khám kèm theo đèn xuyên thấu (EP light, hãng EP dent, Hàn Quốc).

- Sử dụng bộ dụng cụ chuyên dụng của ICON (hãng DMG, Đức) bao gồm đầu cạo, etching, nhựa xâm nhập và dụng cụ làm sạch bao gồm chổi đánh bóng, đầu lấy cao răng, cồn 70 độ, nước sát khuẩn và ngâm dụng cụ Hexanios, đèn quang trùng hợp, dam cao su cách ly, các bước điều trị tuân thủ nghiêm ngặt theo hướng dẫn của hãng sản xuất.

- Nhóm khám và điều trị bao gồm 4 bác sĩ

chuyên khoa răng hàm mặt trong đó một bác sĩ điều trị ngẫu nhiên và ba bác sĩ còn lại thăm khám, đánh giá độc lập.

- Phân loại mức độ trên lâm sàng^{6,7}: 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 sấm 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 ở hai hàm khi được chẩn đoán R6 khác bị MIH, nếu mất 4 R6 thì răng cửa có MIH vẫn ghi nhận loại 6.

- Phân loại theo mức độ lan toả^{1,6,7}: Loại 1: Ít hơn 1/3 bề mặt thân răng; loại 2: 1/3 đến 2/3 bề mặt thân răng; loại 3: Lớn hơn 2/3 bề mặt thân răng.

- Khả năng nhiễm màu: Có và không nhiễm màu theo vị trí răng (răng sau gồm răng hàm nhỏ và răng hàm lớn, răng trước), theo giới (nam, nữ) và theo từng mức tuổi nghiên cứu.

- Sử dụng đèn xuyên thấu và không sử dụng đèn để khám và cho điểm, 3 bác sĩ đánh giá độc lập, lấy điểm trung bình cộng: Điểm 0: Không nhận thấy vùng tổn thương; điểm 1: Có vùng tổn thương, nhưng không rõ ràng, không chỉ ra được ranh giới vùng tổn thương; điểm 2: Vùng

tổn thương rõ ràng, chỉ ra được ranh giới vùng tổn thương.

- Thăm khám sâu răng xung quanh vùng tổn thương bằng thám châm kết hợp quan sát khi thổi khô bằng vòi xịt hơi ghế máy răng, trường hợp nghi ngờ thì sử dụng máy đo Diagnodent Pen: Có và không sâu răng.



Hình 2.1: Tổn thương R43, BN nữ, 11 tuổi

2.7. Xử lý số liệu. Nhập liệu và xử lý số liệu trên phần mềm SPSS 23.0 có sử dụng các thuật toán xác suất thống kê phù hợp.

2.8. Đạo đức nghiên cứu. Tất cả đối tượng được lấy cao răng, chăm sóc vệ sinh miễn phí, hàn răng sâu miễn phí và tự nguyện tham gia. Kết quả chỉ được sử dụng với mục đích nghiên cứu.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Tiến hành nghiên cứu ở trẻ 8-11 tuổi, trong đó 59 trẻ với 123 răng vĩnh viễn bị mắc MIH, tiến hành điều trị 48 răng bị MIH mức 1 và 2 theo phân loại trên lâm sàng bằng phương pháp xâm nhập nhựa:

Bảng 3.1: Phân loại mức độ theo lâm sàng (răng) (n=123)

Phân loại	Răng trước		Răng hàm		Chung		Giá trị p
	n	%	n	%	n	%	
Mờ đục màu trắng hoặc màu kem	48	77,42%	21	34,43%	69	56,10%	<0,0001
Mờ đục màu vàng hoặc màu nâu	3	4,84%	14	22,95%	17	13,82%	
Tổn thương vỡ men răng sau khi mọc	6	9,68%	6	9,84%	12	9,75%	
Phục hồi không điển hình	2	3,22%	7	11,47%	9	7,32%	
Sâu răng không điển hình	3	4,84%	13	21,31%	16	13,01%	
Mất răng không điển hình	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	

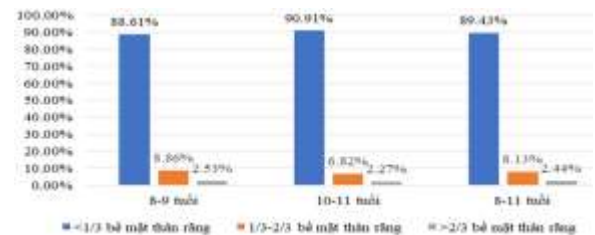
(p: Kiểm định Fisher's exact test và mô phỏng Monte Carlo 10000 lần hoán vị, so sánh tỉ lệ giữa răng trước và răng hàm, có loại bỏ hàng giá trị 0 trước kiểm định cho dạng 5x2)

Nhận xét: Theo phân loại trên lâm sàng, phổ biến nhất là tổn thương mờ đục màu trắng hoặc kem chiếm 56,10% tổng số răng, trong đó ở răng cửa (77,42%) cao hơn đáng kể so với răng hàm (34,43%).

Nhận xét: Mức độ lan toả của tổn thương chủ yếu mức độ 1 < 1/3 bề mặt thân răng với tỉ lệ 89,43% các trường hợp ở cả ba lứa tuổi, mức lan toả ≥ 1/3 bề mặt thân răng có tỉ lệ nhỏ.

Bảng 3.2: Tình trạng nhiễm màu xung quanh vùng nhiễm bệnh MIH răng hàm của hàm trên ở trẻ 8-11 tuổi (răng) (n=123)

Đặc điểm	Nhiễm màu	Không nhiễm màu	Tổng	Giá trị
----------	-----------	-----------------	------	---------



Biểu đồ 3.1: Mức độ lan toả của tổn thương (%) (n=123)

	n	%	n	%	n	%	p
Giới tính							
Nam	19	33,93%	37	66,07%	56	100%	0,3715*
Nữ	28	41,79%	39	58,21%	67	100%	
Chung	47	38,21%	76	61,79%	123	100%	
Vị trí răng							
Răng trước	12	19,35%	50	80,65%	62	100%	<0,0001*
Răng sau	35	57,38%	26	42,62%	61	100%	
Tuổi							
8 tuổi	17	42,50%	23	57,50%	40	100%	0,8357**
9 tuổi	14	35,90%	25	64,10%	39	100%	
10 tuổi	13	38,24%	21	61,76%	34	100%	
11 tuổi	3	30,00%	7	70,00%	10	100%	

(p*: Kiểm định Chi-square test; p**: Kiểm định Fisher's exact test cho bảng 4x3, chạy mô phỏng Monte Carlo 10000 lần)

Nhận xét: Tình trạng nhiễm màu xung quanh

tổn thương MIH gặp 47/123 răng (38,21%); răng sau bị nhiễm màu nhiều hơn răng trước (57,38% và 19,35% với $p < 0,0001$). Không khác biệt theo giới hoặc nhóm tuổi với $p > 0,05$.

Bảng 3.3: Độ khác biệt khi đánh giá trực tiếp trước và sau điều trị xâm nhập nhựa (răng) (n=48)

Đặc điểm	Trước điều trị	Ngay sau điều trị	Sau điều trị 6 tháng	p1
Không chiều đèn xuyên thấu	1,19±0,39	0,52±0,50	0,85±0,68	<0,0001****
Có chiều đèn xuyên thấu	1,50±0,50	0,42±0,49	1,02±0,72	<0,0001****
p2	0,0010**	0,3249	0,2373	

(p1: So sánh giá trị 3 thời điểm trước điều trị, ngay sau điều trị và sau điều trị 6 tháng: Kiểm định One Way ANOVA; p2: So sánh cùng thời điểm: T-Test)

Nhận xét: Sự khác biệt giữa vùng tổn thương và không tổn thương trên lâm sàng khi không chiếu đèn và có chiếu đèn xuyên thấu giữa các thời điểm có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Bảng 3.4: Tình trạng sâu răng và nhiễm màu trước và sau điều trị (răng) (n=48)

Đặc điểm	Trước điều trị		Ngay sau điều trị		Sau điều trị 6 tháng		p
	n	%	n	%	n	%	
Sâu răng							
Sâu răng	3	6,25%	0	0,00%	0	0,00%	0,1143
Không sâu răng	45	93,75%	48	100,00%	48	100,00%	
Nhiễm màu							
Nhiễm màu	7	14,58%	0	0,00%	19	39,58%	<0,0001****
Không nhiễm màu	41	85,42%	48	100,00%	29	60,42%	

(p: Kiểm định Fisher's exact test loại 2x3, chạy mô phỏng Monte Carlo 10000 lần)

Nhận xét: Tỷ lệ sâu răng trước điều trị là 6,25%; ngay sau điều trị và sau điều trị 6 tháng là 0,00% và sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$. Tỷ lệ nhiễm màu của nhóm răng trước điều trị là 14,58%; tỷ lệ nhiễm màu ngay sau điều trị là 0,00% và sau điều trị 6 tháng là 39,58%; sự khác biệt về tỷ lệ giữa các đặc điểm có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$.

IV. BÀN LUẬN

Phân loại mức độ MIH theo biểu hiện lâm sàng tương tự nghiên cứu của Vũ Hoàng và CS (2024)¹⁰; Al-Nerabieah et al (2023)³ (Syria) cho thấy tổn thương mờ đục trắng hoặc kem phổ biến nhất, tuy nhiên hai nghiên cứu này thì tổn thương mức độ nặng cao hơn, sự khác biệt này

có thể do đặc điểm chọn mẫu, độ tuổi, dinh dưỡng, phơi nhiễm môi trường, kinh nghiệm lâm sàng của người khá ảnh hưởng đến mức độ tổn thương^{1,2}. Hai nghiên cứu trên khảo sát ở đối tượng lớn tuổi hơn, thời gian dài hơn nên có điều kiện để gây ra những tổn thương tiến triển khi hoạt động chức năng ăn nhai^{4,6}, chẩn đoán sâu răng không điển hình cũng là một chẩn đoán dễ nhầm lẫn, vì vậy có thể sai sót đến từ việc chưa chính xác trong chẩn đoán bệnh, trong nghiên cứu này chúng tôi phải sử dụng đồng thời khám lâm sàng trực tiếp và sử dụng máy đo Diagnodent pen có đầu dò Laser để phát hiện sâu răng sớm trên lâm sàng ở môi trường cộng đồng. Phân bố tỷ lệ các phân loại theo lâm sàng khác nhau ở nhóm răng trước và răng sau do vai trò khác nhau trong vai trò nghiền thức ăn, lực tác động lớn hơn ở răng sau, nhiều múi rãnh hơn, dễ dàng nhiễm

màu hoặc tổn thương vỡ nứt men răng hơn, việc vệ sinh răng miệng hàng ngày đối với răng sau khó khăn hơn so với răng trước, kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Lê Hưng và CS (2024)⁹, Nguyễn Phúc Minh và CS (2020)⁶ và Võ Trương Như Ngọc và CS (2021)⁷.

Về mức độ lan toả của tổn thương ở mức độ dưới 2/3 thân răng chiếm ưu thế là kết quả nhận được ở nhiều nghiên cứu trên thế giới^{1,6,7,8,9,10}, trong đó có lứa tuổi từ 8-11 tuổi; răng phía sau thường nhiễm màu cao hơn rất nhiều so với răng phía trước, điều này cũng tương đồng với nghiên cứu của Weerheijm et al (2001)^{1,2} và Etman et al (2024)⁴; các tác giả cho rằng răng phía sau có cấu trúc phức tạp hơn răng trước do chức năng khác nhau, răng trước có khả năng được làm sạch dễ dàng và thường xuyên hơn, vì vậy nhiễm màu ở răng trước tỉ lệ thấp hơn răng phía sau.

So sánh tổn thương trước và sau điều trị, kết quả ngay sau điều trị đều ghi nhận tốt, màu men răng được khôi phục gần như hoàn toàn giống với màu gốc của mô răng lành, nhưng sau 6 tháng điều trị nhận thấy kết quả có giảm đi, tuy nhiên vẫn cải thiện thiện rõ ràng so với trước điều trị. Nguyên tắc điều trị của phương pháp xâm nhập nhựa là thay đổi tính khúc xạ ánh sáng của mô men răng kém khoáng hoá, làm cho mô men răng bị bệnh có mật độ và tính chất quang học tương đồng với mô men răng bình thường^{1,6,7}. Nhựa xâm nhập vào các vi cấu trúc sau xoi mòn và tạo khoảng cho nhựa len lỏi vào men răng⁷. Nhựa có bản chất là resin dạng polymer độ nhớt thấp, nên sau khi điều trị có khả năng nhiễm màu nhiều hơn mô răng lành và co ngót theo thời gian, điều này sẽ làm tăng chênh lệch phân biệt sai khác giữa vùng tổn thương và không tổn thương. Quá trình thao tác cần cách ly tốt với nước bọt để tránh tạo lớp với men răng, đây là bước quan trọng trong điều trị xâm nhập nhựa, nhưng khi điều trị tại cộng đồng thì khả năng cách ly nước bọt có nhiều hạn chế hoặc chưa thực sự được chú ý, vì vậy kết quả có giảm sau 6 tháng điều trị. Tác giả Khan et al (2022)² cũng nhận thấy kết quả tương tự, khi thực hiện ở cộng đồng phương pháp điều trị MIH bằng xâm nhập nhựa ICON DMG cần chú ý cách ly bằng bông gòn kết hợp đàm cao su, lực hút nước bọt có công suất đủ lớn, trong nghiên cứu này, chúng tôi dùng đàm cao su hoặc cách ly bằng bông gòn, nhưng mức độ máy hút còn yếu do sử dụng ghế răng di động công suất nhỏ và học sinh chưa thực sự hợp tác điều trị, dẫn đến có nhiều trường hợp nước bọt liên tục tràn vào

khu vực cách ly khi đang tiến hành điều trị. Đối với điều trị tại phòng khám chuyên khoa, khả năng cách ly nước bọt tốt hơn và được ghi nhận mức độ nhiễm màu sau điều trị thấp hơn^{2,4,5}.

V. KẾT LUẬN

Dạng MIH ở trẻ từ 8-11 tuổi thường gặp là tổn thương mờ đục màu trắng hoặc kem (56,10%); lan toả chủ yếu <1/3 bề mặt thân răng (89,43%); nhiễm màu xung quanh là 38,21%; tổn thương ở răng sau nặng hơn so với răng trước; điều trị xâm nhập nhựa với mức độ tổn thương nhẹ mang lại hiệu quả rất tốt, tuy nhiên có những trường hợp nhiễm màu lại sau 6 tháng điều trị.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Weerheijm et al** (2001). Molar-incisor hypomineralisation. *Caries Res*, 35(5), 390–391.
2. **Khan et al** (2022). Prevalence, Pattern, and Severity of Molar Incisor Hypomineralization in 8-12-year-old Schoolchildren of Moradabad City. *Int J Clin Pediatr Dent*, 15(2), 168–174.
3. **Al-Nerabieah et al** (2023). Prevalence and clinical characteristics of molar-incisor hypomineralization in Syrian children: a cross-sectional study. *Sci Rep*, 13(1), 8582.
4. **Etman et al** (2024). Prevalence and predictors of molar-incisor hypomineralization among Egyptian children: a cross-sectional study. *Eur Oral Res*, 58(3), 120–126.
5. **Hoan N.Q et al** (2024). Effectiveness of resin infiltration in the management of anterior teeth affected by molar incisor hypomineralisation (MIH): A systematic review and meta-analysis. *J Dent*, 149, 105254.
6. **Nguyễn Phúc Minh và 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.
7. **Võ Trương Như Ngọc, Hoàng Bảo Duy** (2021). Mối liên quan 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(1), 13-17.
8. **Ung Phan Anh Như và CS** (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.
9. **Lê Hưng và CS** (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.
10. **Vũ Hoàng và CS** (2024). Thực trạng kém khoáng hóa 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), 306–314.

PHẪU THUẬT ĐIỀU TRỊ U NGUYÊN BÀO THẬN 2 BÊN Ở TRẺ EM: BÁO CÁO 2 TRƯỜNG HỢP VÀ ĐIỂM LẠI Y VẤN

Nguyễn Thị Mai Thủy^{1,2}, Nguyễn Minh Tiến³

TÓM TẮT

Tổng quan: U thận 2 bên chỉ chiếm khoảng 5% nhưng tiên lượng không tốt do phẫu thuật thường khó khăn. Chúng tôi báo cáo 2 ca bệnh nhi mắc u thận 2 bên được điều trị phẫu thuật với thời gian theo dõi trên 36 tháng. **Báo cáo ca bệnh:** Ca 1: Bn Trần Tâm A, nữ, 8 tháng, u thận 2 bên, u lớn thận trái và u nhỏ thận phải. Bn được mổ cắt thận trái sau điều trị hóa chất 1 tuần do u không giảm kích thước, trẻ khó thở. Điều trị hóa trị và xạ trị sau phẫu thuật lần 1 theo phác đồ SIOP. Mổ lần 2 cắt bán phần thận phải (phần chứa u). Tiếp tục hóa trị. Kết thúc điều trị 48 tháng, không tái phát, chức năng thận ổn định. Ca 2: Bn Lê An Ph, nam, 12 tháng, u thận 2 bên, hóa trị theo SIOP trước phẫu thuật. Bệnh nhân được mổ lần 1 cắt thận phải và cắt cực dưới thận trái (phần chứa u). Tiếp tục hóa trị và xạ trị. Mổ lần 2 cắt u tồn dư tại diện cắt thận trái sau phẫu thuật lần đầu 4 tháng. Kết thúc điều trị 36 tháng, không tái phát u, chức năng thận ổn định. **Bàn luận:** U nguyên bào thận hay gặp ở trẻ em từ 2-5 tuổi. Đa phần u nguyên bào thận phát triển ở một bên thận. Chẩn đoán bệnh chủ yếu dựa vào các thăm dò hình ảnh như chụp cắt lớp đa dãy, chụp cộng hưởng từ. Phác đồ điều trị theo SIOP là sự kết hợp giữa hóa trị tiền phẫu, phẫu thuật, hóa trị sau phẫu thuật, hoặc xạ trị nếu bệnh ở giai đoạn 3. Tỷ lệ sống sau điều trị là trên 80%. **Kết luận:** Phẫu thuật u thận 2 bên cần thận trọng để cắt được khối u và bảo toàn tối đa chức năng thận. **Từ khóa:** U nguyên bào thận 2 bên, điều trị phẫu thuật, bảo tồn thận

SUMMARY

SURGICAL TREATMENT OF BILATERAL WILMS TUMOR IN CHILDREN: TWO CASE REPORTS AND A LITERATURE REVIEW

Overview: Wilms tumor (nephroblastoma) is one of the most common solid tumors in children. The survival rate after treatment for unilateral kidney tumors is over 80%, following the principle of combining chemotherapy with complete removal of the affected kidney. We report two pediatric cases of bilateral Wilms tumor treated surgically with follow-up periods of over 36 months. **Case Reports:** Case 1: Patient Trần Tâm A, female, 8 months old, had bilateral kidney tumors—a large tumor on the left kidney and a small one on the right. The patient underwent left nephrectomy after one week of

chemotherapy due to lack of tumor shrinkage and breathing difficulty. Postoperative treatment included chemotherapy and radiotherapy according to the SIOP protocol. A second surgery was performed to remove part of the right kidney containing the tumor. Chemotherapy was continued. After 48 months of treatment, there was no recurrence, and kidney function remained stable. Case 2: Patient Lê An Ph, male, 12 months old, had bilateral kidney tumors and received preoperative chemotherapy per the SIOP protocol. The first surgery involved removal of the right kidney and the lower pole of the left kidney (tumor-containing part). Chemotherapy and radiotherapy were continued. A second surgery was performed 4 months later to remove residual tumor at the previous resection site of the left kidney. After 36 months of treatment, there was no tumor recurrence, and kidney function remained stable. **Discussion:** Wilms tumor is most commonly seen in children aged 2–5 years. Bilateral involvement is rare, accounting for only 4–8% of cases. Diagnosis mainly relies on imaging modalities such as multi-slice CT or MRI. The SIOP treatment protocol involves a combination of preoperative chemotherapy, surgery, postoperative chemotherapy, and radiotherapy in stage 3 cases. The survival rate after treatment is over 80%. **Conclusion:** Surgery for bilateral kidney tumors requires careful planning to remove the tumor while preserving as much kidney function as possible.

Keywords: Bilateral Wilms tumor, surgical treatment, nephron sparing.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

U nguyên bào thận hay u Wilms là một khối u ác tính của thận, chiếm khoảng 80-90% các trường hợp u thận ác tính ở trẻ em^{1,2}. Bệnh rất hiếm gặp ở người trưởng thành. Bệnh không có triệu chứng lâm sàng đặc hiệu, phát hiện thường tình cờ do gia đình tự sờ thấy khối u vùng bụng, hoặc qua các phương tiện chẩn đoán hình ảnh mà thường gặp là siêu âm. Chụp cắt lớp vi tính (CT) ổ bụng có thuốc cản quang là một phương tiện rất có giá trị trong chẩn đoán u nguyên bào thận. Điều trị u nguyên bào thận là sự phối hợp của hóa trị, xạ trị và phẫu thuật theo phác đồ SIOP (Hiệp hội ung thư nhi khoa thế giới). Việc cắt bỏ toàn bộ thận với u thận 1 bên cho kết quả tốt tới trên 80%. Đối với u thận 2 bên, điều trị phẫu thuật thường khó khăn vì cần hài hòa yêu cầu cắt bỏ hoàn toàn khối u và bảo tồn tối đa nhu mô thận. Chúng tôi báo cáo 2 trường hợp u nguyên bào thận 2 bên được điều trị hóa chất trước mổ theo phác đồ SIOP. Cả 2 trường hợp này đều tiến hành phẫu thuật và hiện đều cho kết quả tốt với thời gian theo dõi trên 36 tháng.

¹Bệnh viện Nhi Trung ương

²Trường Đại học Y Dược – Đại học Quốc gia Hà Nội

³Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Mai Thủy

Email: nguyenmaithuy@yahoo.com

Ngày nhận bài: 3.10.2025

Ngày phản biện khoa học: 11.11.2025

Ngày duyệt bài: 11.12.2025