

- stage liver disease scores. *Pediatr Transplant*, 17 (4), 362-368.
4. **Kathemann S., Bechmann L., P., Sowa J., P., et al. (2015).** Etiology, outcome, and prognostic factors of childhood acute liver failure in a German Single Center. *Annals of Hepatology*, 14 (5), 722-728.
 5. **Kulkarni S., Perez C., Pichardo C. et al. (2015).** Use of Pediatric Health Information System database to study the trends in the incidence, management, etiology, and outcomes due to pediatric acute liver failure in the United States from 2008 to 2013. *Pediatr Transplant*, 19 (8), 888-895.
 6. **Lee W. S., McKiernan P., Kelly D. A. (2005).** Etiology, Outcome and Prognostic Indicators of Childhood Fulminant Hepatic Failure in the United Kingdom. *Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition*, 40, 575-581.

HIỆU QUẢ DỰ PHÒNG BỆNH SÂU RĂNG Ở HỌC SINH 12 TUỔI TẠI TỈNH TIỀN GIANG

Lê Hoàng Hạnh*, Tạ Văn Trâm*,
Lê Thành Tài**, Trần Thị Phương Đan**

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: dự phòng bệnh răng miệng ở trẻ em là vấn đề ưu tiên hàng đầu nhằm giảm gánh nặng do bệnh gây ra trong cộng đồng. **Mục tiêu:** đánh giá hiệu quả dự phòng bệnh sâu răng ở học sinh 12 tuổi tại tỉnh Tiền Giang. **Phương pháp:** nghiên cứu can thiệp có đối chứng, 1.259 học sinh, không sâu răng được chia thành 3 nhóm, can thiệp giáo dục sức khỏe răng miệng, súc miệng nước Fluor, trám bít hố rãnh trong 18 tháng và đánh giá kết quả sau 30 tháng. **Kết quả:** sau can thiệp, tỷ lệ học sinh mắc bệnh sâu răng giảm dần ở nhóm chứng, nhóm can thiệp 1 và nhóm can thiệp 2 lần lượt là 48,3%; 17,2% và 10,1%. Hiệu quả can thiệp giữa nhóm can thiệp 1 và 2 so nhóm chứng trên trung bình sâu mất trám răng (SMTR) và sâu mất trám mặt răng (SMTMR) tăng lần lượt là 1225%-1300% và 850,6%-856,3%. Hiệu quả dự phòng bệnh sâu răng ở nhóm can thiệp 2 cao hơn nhóm can thiệp 1. Sau trám bít hố rãnh bằng Fuji VII: tỷ lệ học sinh mắc bệnh sâu răng ở nhóm can thiệp (1,8%) thấp hơn nhóm chứng (9,3%); hiệu quả can thiệp giữa nhóm can thiệp so nhóm chứng trên trung bình SMTR và SMTMR tăng lần lượt là 583,3% và 300%. **Kết luận:** hiệu quả dự phòng bệnh sâu răng tăng cao khi phối hợp các biện pháp can thiệp. Các biện pháp dự phòng bệnh ở học sinh 12 tuổi tại tỉnh Tiền Giang đã mang lại hiệu quả cao.

Từ khóa: sâu răng, SMTR, SMTMR, Tiền Giang.

SUMMARY

EFFICIENCY OF DECAY TOOTH PREVENTION IN 12-YEAR-OLD CHILDREN IN TIEN GIANG PROVINCE

Background: prevention of oral diseases in children is the priority issue to reduce the burden

caused by oral disease in the community. **Objective:** in order to evaluate tooth decay prevention's effectiveness among 12-year-old students in Tien Giang province. **Methods:** using controlled intervention study, 1259 students who have no tooth decay divided into 3 groups, oral health education intervention, fluoride mouthwash, dental fissure filling for 18 months, and evaluation of outcomes results after 30 months. **Results:** after the intervention, the percentage of students with tooth decay gradually decreased in the control group, intervention group 1, and intervention group 2, respectively 48.3%, 17.2% and 10.1%. The intervention efficiency between intervention group 1 and 2 compared with the control group was on average Decayed Missing Filled Teeth (DMFT) and Decayed Missing Filled Surfaces (DMFS) increased 1225%-1300% and 850.6%-856.3%. The preventive effect of tooth decay in the intervention group 2 was higher than the intervention group 1. After filling the pit tooth groove with Fuji VII: the percentage of students with tooth decay in the intervention group (1.8%) was lower than the control group (9.3%); the intervention efficiency between the intervention group compared to the control group on the mean DMFT and DMFS increased by 583.3% and 300% respectively. **Conclusion:** the effectiveness of tooth decay prevention increased when combining interventions. Preventive measures for 12-year-old students in Tien Giang province have been highly effective.

Keywords: tooth decay, DMFT, DMFS, Tien Giang.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tại Việt Nam, nhiều năm qua, dù ngành y tế đã nỗ lực triển khai nhiều biện pháp mạnh mẽ kết hợp các chương trình dự phòng, can thiệp cộng đồng nhưng tỷ lệ bệnh sâu răng ở Việt Nam còn rất cao, đặc biệt là ở trẻ em và người cao tuổi. Thực trạng đáng báo động hiện nay là khoảng 90% người dân có vấn đề về răng miệng, chủ yếu là mắc bệnh sâu răng; tỷ lệ trung bình răng sâu mất trám ở trẻ 5-6 tuổi khoảng 50-60%, đặc biệt ở lứa 12 tuổi đến 80-85%; tỷ lệ sâu răng sửa ở trẻ là 85-90%, gây

*Bệnh viện Đa khoa Trung tâm Tiền Giang

**Trường Đại học Y Dược Cần Thơ

Chịu trách nhiệm chính: Lê Hoàng Hạnh

Email: lehoanghanh2707@gmail.com

Ngày nhận bài: 19.01.2021

Ngày phản biện khoa học: 18.3.2021

Ngày duyệt bài: 26.3.2021

ảnh hưởng xấu đến hệ răng vĩnh viễn sau này [1],[4],[6]. Những thực trạng trên đòi hỏi cần thúc đẩy thiết lập những mục tiêu ưu tiên sức khỏe, nhấn mạnh phản ứng của xã hội về vấn đề sức khỏe răng miệng là cần thiết. Điều này phải có những hành động cụ thể cho một loạt các vấn đề về dịch vụ y tế và những ưu tiên cho sức khỏe cộng đồng đặc biệt là ở trẻ em. Nếu dự phòng tốt thì trẻ em có thể giữ được hàm răng tốt suốt đời, giảm được gánh nặng y tế cho gia đình và xã hội.

Do vậy, vấn đề áp dụng các biện pháp dự phòng bệnh răng miệng ở trẻ em; khám định kỳ, phát hiện sớm, điều trị ngay giai đoạn đầu để có thể giữ được hàm răng tốt là những vấn đề ưu tiên hàng đầu. Tuy nhiên, không thể nào mà có thể khám chữa theo nhu cầu của toàn cộng đồng. Chính vì vậy, quan trọng nhất là phải quan tâm đến dự phòng, dự phòng ngay từ lứa tuổi trẻ em. Mục tiêu nghiên cứu: *đánh giá hiệu quả dự phòng bệnh sâu răng ở học sinh 12 tuổi tại tỉnh Tiền Giang.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng: học sinh 12 tuổi ở các trường trung học cơ sở tại tỉnh Tiền Giang.

Tiêu chuẩn chọn mẫu:

- Học sinh không bị sâu răng.
- Nhà trường, phụ huynh và học sinh đồng ý tham gia nghiên cứu.
- Học sinh tham gia đủ các lần điều tra, can thiệp.

Tiêu chuẩn loại trừ:

- Học sinh không hợp tác trong quá trình khám răng miệng, can thiệp.
- Học sinh đang bị viêm nhiễm cấp vùng miệng.

2.2. Thời gian và địa điểm nghiên cứu: từ tháng 1/2018 đến tháng 6/2020 tại các trường trung học cơ sở thuộc khu vực thành thị và nông thôn tại tỉnh Tiền Giang.

2.3. Phương pháp nghiên cứu

2.3.1. Thiết kế nghiên cứu: nghiên cứu can thiệp có đối chứng

2.3.2. Cỡ mẫu: áp dụng công thức nghiên cứu đối chứng ngẫu nhiên

$$n = \frac{\{Z_{1-\alpha/2}\sqrt{2P^*(1-P^*)} + Z_{1-\beta}\sqrt{P_1(1-P_1) + P_2(1-P_2)}\}^2}{(P_1 - P_2)^2}$$

Trong đó: - n: cỡ mẫu nhỏ nhất cho mỗi nhóm can thiệp, nhóm chứng;

- Z_x: hệ số tin cậy, $\alpha=0,05$; $Z_{(1-\alpha/2)}=1,96$;
- Độ mạnh của phép kiểm định $\beta=0,1$;
- $Z_{(1-\beta)}=1,28$;
- P₁: tỷ lệ sâu răng trước can thiệp, P₁=0;
- P₂=0,05 (kỳ vọng tỷ lệ sâu răng sau can thiệp)

$$- P^*=(P_1 + P_2)/2=0,025;$$

Áp dụng công thức tính được, n=202. Vì phương pháp chọn mẫu nhiều giai đoạn nên nhân với DE=2. Như vậy, cỡ mẫu lấy tròn là: 410 học sinh cho mỗi nhóm can thiệp và 410 học sinh cho nhóm chứng.

2.3.3. Phương pháp chọn mẫu. Áp dụng phương pháp chọn mẫu nhiều giai đoạn, nghiên cứu chọn được 12 trường từ 24 trường ở nghiên cứu mô tả cắt ngang 2.921 học sinh, chọn được 1.259 học sinh không sâu răng chia thành 3 nhóm (mỗi nhóm 4 trường).

- Nghiên cứu đánh giá hiệu quả dự phòng bệnh sâu răng, chia thành 3 nhóm: (1) Nhóm chứng: 410 học sinh; (2) Nhóm can thiệp 1: 424 học sinh; (3) Nhóm can thiệp 2: 425 học sinh.

- Nghiên cứu đánh giá hiệu quả trám bít hố rãnh bằng Fuji VII, đối tượng là nhóm can thiệp 2 (425 học sinh), chia thành 2 nhóm: (1) Nhóm chứng: phân hàm II, III; (2) Nhóm can thiệp: phân hàm I, IV.

2.4. Nội dung can thiệp: can thiệp 18 tháng và đánh giá kết quả sau 30 tháng.

- Nghiên cứu đánh giá hiệu quả dự phòng bệnh sâu răng:

- + Nhóm chứng (410 học sinh): không can thiệp.
- + Nhóm can thiệp 1 (424 học sinh): giáo dục sức khỏe răng miệng cho học sinh, phụ huynh và giáo viên chủ nhiệm; hướng dẫn học sinh thực hành chải răng đúng cách (phương pháp Bass cải tiến).

+ Nhóm can thiệp 2 (425 học sinh): (1) giáo dục sức khỏe răng miệng cho học sinh, phụ huynh và giáo viên chủ nhiệm; hướng dẫn học sinh thực hành chải răng đúng cách (phương pháp Bass cải tiến); (2) súc miệng nước Colgate® Plax chứa Fluor 0,05%; (3) trám bít hố rãnh bằng Fuji VII phân hàm I và IV.

- Nghiên cứu đánh giá hiệu quả trám bít hố rãnh bằng Fuji VII:

- + Nhóm chứng: không trám bít hố rãnh phân hàm II và III (nửa hàm trái).
- + Nhóm can thiệp: trám bít hố rãnh Fuji VII phân hàm I và IV (nửa hàm phải).

Phương pháp đánh giá hiệu quả can thiệp:

- Sử dụng chỉ số hiệu quả (CSHQ) để đánh giá một số chỉ số (tỷ lệ %) thay đổi sau can thiệp so với trước can thiệp. CSHQ (%) = $(p_1 - p_2)/p_1 \times 100$, với: p₁: tỷ lệ trước can thiệp), p₂: (tỷ lệ sau can thiệp).

- Sử dụng chỉ số can thiệp (CSCT) (%) để đánh giá hiệu quả can thiệp giữa nhóm can thiệp (ct) và nhóm đối chứng (đc): CSCT (%) = CSHQct – CSHQđc.

2.5. Xử lý và phân tích số liệu: phần mềm SPSS 20.0.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Hiệu quả dự phòng bệnh sâu răng

Bảng 1. Tỷ lệ bệnh sâu răng, mất răng, trám răng trước và sau can thiệp

n (%)	Chứng			Can thiệp 1			Can thiệp 2			CSCT (6-3) (9-3) (%)
	Trước (1) n=410	Sau (2) n=356	CSHQ (3) (%)	Trước (4) n=424	Sau (5) n=400	CSHQ (6) (%)	Trước (7) n=425	Sau (8) n=388	CSHQ (9) (%)	
Sâu răng										
Có	0 (0)	48,3 (172)	-	0 (0)	17,2 (69)	-	0 (0)	10,1 (39)	-	-
Không	100 (410)	51,7 (184)	48,3	100 (424)	82,8 (331)	17,2	100 (425)	89,9 (349)	10,1	-31,1 (-38,2)
p	-			-			-			$p_{2-5-8} < 0,001^b$
Mất răng										
Có	2,0 (8)	5,3 (19)	-165,0	1,4 (6)	2,8 (11)	-100,0	1,6 (7)	2,3 (9)	-43,8	65,0 (121,3)
Không	98,0 (402)	94,7 (337)	3,4	98,6 (418)	97,2 (389)	1,4	98,4 (418)	97,7 (379)	0,7	-2,0 (-2,7)
p	$p_{1-2} < 0,001^a$			$p_{4-5} = 0,031^a$			$p_{7-8} = 0,25^a$			$p_{2-5-8} = 0,051^b$
Trám răng										
Có	3,4 (14)	5,9 (21)	-73,5	3,3 (14)	6,8 (27)	-106,1	2,1 (9)	4,9 (19)	-133,3	-32,6 (-59,8)
Không	96,6 (396)	94,1 (335)	2,6	96,7 (410)	93,2 (373)	3,6	97,9 (416)	95,1 (369)	2,9	1,0 (0,3)
p	$p_{1-2} = 0,189^a$			$p_{4-5} = 0,029^a$			$p_{7-8} = 0,05^a$			$p_{2-5-8} = 0,54^b$

^aMcNemar; ^bChi-Square**Bảng 2. Trung bình SMTR, SMTMR trước và sau can thiệp**

Trung bình (ĐLC)	Chứng			Can thiệp 1			Can thiệp 2			CSCT (6-3) (9-3) (%)
	Trước (1) n=410	Sau (2) n=356	CSHQ (3) (%)	Trước (4) n=424	Sau (5) n=400	CSHQ (6) (%)	Trước (7) n=425	Sau (8) n=388	CSHQ (9) (%)	
SMTR										
Sâu	0 (0)	1,10 (1,57)	-	0 (0)	0,31 (0,82)	-	0 (0)	0,23 (0,72)	-	-
	$p_{1-2} < 0,001^a$			$p_{4-5} < 0,001^a$			$p_{7-8} < 0,001^a$			$p_{2-5-8} < 0,001^b$
Mất	0,02 (0,18)	0,07 (0,30)	-250,0	0,02 (0,22)	0,03 (0,19)	-50,0	0,02 (0,13)	0,03 (0,17)	-50,0	200 (200)
	$p_{1-2} = 0,002^a$			$p_{4-5} = 0,02^a$			$p_{7-8} = 0,102^a$			$p_{2-5-8} = 0,049^b$
Trám	0,05 (0,26)	0,10 (0,47)	-100,0	0,05 (0,31)	0,12 (0,51)	-140,0	0,04 (0,31)	0,09 (0,44)	-125,0	-40,0 (-25,0)
	$p_{1-2} = 0,058^a$			$p_{4-5} = 0,031^a$			$p_{7-8} = 0,102^a$			$p_{2-5-8} = 0,554^b$
SMTR	0,07 (0,32)	1,26 (1,71)	-1700,0	0,08 (0,43)	0,46 (1,05)	-475,0	0,07 (0,38)	0,35 (0,92)	-400	1225 (1300)
	$p_{1-2} < 0,001^a$			$p_{4-5} < 0,001^a$			$p_{7-8} < 0,001^a$			$p_{2-5-8} < 0,001^b$
SMTMR										
Mặt sâu	0 (0)	1,54 (3,01)	-	0 (0)	0,35 (1,01)	-	0 (0)	0,28 (0,95)	-	-
	$p_{1-2} < 0,001^a$			$p_{4-5} < 0,001^a$			$p_{7-8} < 0,001^a$			$p_{2-5-8} < 0,001^b$
Mặt mất	0,12 (0,92)	0,34 (1,51)	-183,3	0,12 (1,12)	0,15 (0,92)	-25,0	0,08 (0,64)	0,11 (0,71)	-37,5	158,3 (145,8)
	$p_{1-2} = 0,002^a$			$p_{4-5} = 0,023^a$			$p_{7-8} = 0,102^a$			$p_{2-5-8} = 0,054^b$
Mặt trám	0,05 (0,27)	0,11 (0,53)	-120,0	0,05 (0,30)	0,14 (0,62)	-180,0	0,04 (0,31)	0,11 (0,56)	-175,0	-60,0 (-55,0)

	p ₁₋₂ =0,042 ^a			p ₄₋₅ =0,01 ^a			p ₇₋₈ =0,061 ^a		p ₂₋₅₋₈ =0,561 ^b	
SMTM	0,17 (0,96)	1,99 (3,56)	-1070,6	0,20 (1,40)	0,64 (1,69)	-220,0	0,14 (0,80)	0,44 (1,25)	-214,3	850,6 856,3
	p ₁₋₂ <0,001 ^a			p ₄₋₅ <0,001 ^a			p ₇₋₈ <0,001 ^a		p ₂₋₅₋₈ <0,001 ^b	

^aWilcoxon; ^bKruskal-Wallis; ĐLC: độ lệch chuẩn

3.2. Hiệu quả dự phòng sâu răng khi trám bít hố rãnh bằng Fuji VII

Bảng 3. Tỷ lệ bệnh sâu răng, mất răng, trám răng trước và sau can thiệp

n(%)	Nhóm chứng			Nhóm can thiệp			CSCT (%)
	Trước(1) n=425	Sau(2) n=388	CSHQ (%)	Trước(3) n=425	Sau(4) n=388	CSHQ (%)	
Sâu răng							
Có	0(0)	9,3(36)	-	0(0)	1,8(7)	-	-
Không	100(425)	90,7(352)	9,3	100(425)	98,2(381)	1,8	-7,5
p	-			-			p ₂₋₄ <0,001 ^b
Mất răng							
Có	1,6(7)	1,8(7)	-12,5	1,6(7)	2,3(9)	-43,8	-31,3
Không	98,4(418)	98,2(381)	0,2	98,4(418)	97,7(379)	0,7	0,5
p	p ₁₋₂ =1 ^a			p ₃₋₄ =0,25 ^a			p ₂₋₄ =0,613 ^b
Trám răng							
Có	2,1(9)	5,2(20)	-147,6	2,1(9)	5,2(20)	-147,6	0
Không	97,9(416)	94,8(368)	3,2	97,9(416)	94,8(368)	3,2	0
p	p ₁₋₂ =0,001 ^a			p ₃₋₄ =0,001 ^a			p ₂₋₄ =1 ^b

^aMcNemar; ^bChi-Square

Bảng 4. Trung bình SMTR, SMTMR trước và sau can thiệp

Trung bình (ĐLC)	Nhóm chứng			Nhóm can thiệp			CSCT (%)
	Trước(1) n=425	Sau(2) n=388	CSHQ (%)	Trước(3) n=425	Sau(4) n=388	CSHQ (%)	
SMTR							
Sâu	0(0)	0,20(0,65)	-	0(0)	0,04(0,29)	-	-
	p ₁₋₂ <0,001 ^a			p ₃₋₄ =0,011 ^a			p ₂₋₄ <0,001 ^b
Mất	0,01(0,06)	0,02(0,13)	-100,0	0,01(0,06)	0,02(0,15)	-100,0	0
	p ₁₋₂ =0,011 ^a			p ₃₋₄ =0,006 ^a			p ₂₋₄ =0,614 ^b
Trám	0,02(0,15)	0,07(0,30)	-250,0	0,02(0,15)	0,05(0,24)	-150,0	100
	p ₁₋₂ =0,001 ^a			p ₃₋₄ =0,002 ^a			p ₂₋₄ =0,853 ^b
SMTR	0,03(0,17)	0,28(0,77)	-883,3	0,03(0,17)	0,12(0,41)	-300,0	583,3
	p ₁₋₂ <0,001 ^a			p ₃₋₄ <0,001 ^a			p ₂₋₄ =0,004 ^b
SMTMR							
Mặt sâu	0(0)	0,24(0,87)	-	0(0)	0,12(0,68)	-	-
	p ₁₋₂ <0,001 ^a			p ₃₋₄ =0,001 ^a			p ₂₋₄ =0,001 ^b
Mặt mất	0,02(0,15)	0,09(0,67)	-350,0	0,02(0,15)	0,04(0,44)	-100,0	250,0
	p ₁₋₂ =0,169 ^a			p ₃₋₄ =0,975 ^a			p ₂₋₄ =0,554 ^b
Mặt trám	0,04(0,32)	0,07(0,31)	-75,0	0,04(0,32)	0,07(0,44)	-75,0	0
	p ₁₋₂ =0,255 ^a			p ₃₋₄ =0,255 ^a			p ₂₋₄ =1 ^b
SMTMR	0,06(0,36)	0,4(1,2)	-566,7	0,06(0,36)	0,22(0,86)	-266,7	300
	p ₁₋₂ <0,001 ^a			p ₃₋₄ <0,001 ^a			p ₂₋₄ =0,007 ^b

^aWilcoxon; ^bMann-Whitney; ĐLC: độ lệch chuẩn

IV. BÀN LUẬN

4.1. Hiệu quả dự phòng bệnh sâu răng

Sâu răng: sau can thiệp, tỷ lệ học sinh mắc sâu răng giảm dần ở 3 nhóm cụ thể là: tỷ lệ sâu răng cao nhất ở nhóm chứng (48,3%), giảm dần ở nhóm can thiệp 1 (17,2%) và thấp nhất ở nhóm can thiệp 2 (10,1%); sự khác biệt này có ý nghĩa

thống kê với p<0,001. Trong khi đó, tỷ lệ không sâu răng ở nhóm chứng còn 51,7% (so với ban đầu là 100% không sâu răng), chỉ số hiệu quả tăng 48,3%; nhóm can thiệp 1 tỷ lệ này là 82,3% với chỉ số hiệu quả tăng 17,2% và nhóm can thiệp 2 là 89,9% với chỉ số hiệu quả tăng 10,1%. Như vậy, chỉ số can thiệp (hiệu quả can thiệp)

giữa nhóm can thiệp 1 và nhóm chứng trên tỷ lệ không sâu răng giảm 31,1%; giữa nhóm can thiệp 2 và nhóm chứng giảm 38,2%.

Mất răng: tỷ lệ mất răng ở nhóm chứng tăng từ 2% lên 5,3% với chỉ số hiệu quả giảm 165,0%; ở nhóm can thiệp 1 tăng từ 1,4% lên 2,8% với chỉ số hiệu quả giảm 100,0% và nhóm can thiệp 2 tăng từ 1,6% lên 2,3% với chỉ số hiệu quả giảm 43,8%. Như vậy, hiệu quả can thiệp giữa nhóm can thiệp 1 và nhóm chứng trên tỷ lệ mất răng tăng 65%; giữa nhóm can thiệp 2 và nhóm chứng tăng 121,3%.

Trám răng: tỷ lệ trám răng ở nhóm chứng tăng từ 3,4% lên 5,9% với chỉ số hiệu quả giảm 73,5%; ở nhóm can thiệp 1 tăng từ 3,3% lên 6,8% với chỉ số hiệu quả giảm 106,1% và ở nhóm can thiệp 2 tăng từ 2,1% lên 4,9% với chỉ số hiệu quả giảm 133,3%. Như vậy, chỉ số can thiệp giữa nhóm can thiệp 1 và nhóm chứng trên tỷ lệ trám răng giảm 32,6%; giữa nhóm can thiệp 2 và nhóm chứng giảm 59,8%.

Nghiên cứu của Nguyễn Anh Sơn (2019) thực hiện tại Vĩnh Phúc cũng ghi nhận tỷ lệ học sinh bị sâu răng sau can thiệp giảm so với trước can thiệp ở nhóm can thiệp và so với nhóm chứng là 20,61%, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$) [4]. Trần Tấn Tài (2016) thực hiện nghiên cứu tương tự tại Thừa Thiên Huế cho thấy tỷ lệ sâu răng mới trong nhóm can thiệp là 25,7%, trong khi nhóm đối chứng là 56,6%, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,01$ [5]. Tạ Quốc Đại (2012), nghiên cứu đánh giá hiệu quả kiểm soát mảng bám răng trong dự phòng sâu răng, viêm nướu ở học sinh 12 tuổi tại một số trường ở ngoại thành Hà Nội đã cho thấy tình trạng vệ sinh răng miệng nhóm can thiệp được cải thiện tốt hơn từ 43,8% lên 89,7%. Sau can thiệp tỷ lệ sâu răng của nhóm can thiệp (31,5%) thấp hơn so với nhóm chứng (39,3%), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$), như vậy sau can thiệp đã làm kiểm soát sâu răng tăng theo tuổi ở nhóm can thiệp [2].

SMTR: trung bình SMTR ở nhóm chứng tăng từ 0,07 lên 1,26 răng với chỉ số hiệu quả giảm 1700%; ở nhóm can thiệp 1 tăng từ 0,08 lên 0,46 răng với chỉ số hiệu quả giảm 475% và ở nhóm can thiệp 2 tăng từ 0,07 lên 0,35 răng với chỉ số hiệu quả giảm 400%; sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$. Như vậy, hiệu quả can thiệp giữa nhóm can thiệp 1 và nhóm chứng trên trung bình SMTR tăng 1225%; giữa nhóm can thiệp 2 và nhóm chứng tăng 1300%.

SMTMR: trung bình SMTMR ở nhóm chứng tăng từ 0,17 lên 1,99 răng với chỉ số hiệu quả

giảm 1070,6%; ở nhóm can thiệp 1 tăng từ 0,20 lên 0,64 răng với chỉ số hiệu quả giảm 220% và ở nhóm can thiệp 2 tăng từ 0,14 lên 0,44 răng với chỉ số hiệu quả giảm 214,3%; sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$. Như vậy, hiệu quả can thiệp giữa nhóm can thiệp 1 và nhóm chứng trên trung bình SMTMR tăng 850,6%; giữa nhóm can thiệp 2 và nhóm chứng tăng 856,3%.

Nghiên cứu của Vũ Mạnh Tuấn (2013) ghi nhận: sau can thiệp Gel fluor 1,23%, chỉ số SMTR ở nhóm can thiệp (1,08) tương đương với nhóm chứng (1,10). Gel có tác dụng tái khoáng hóa, ngăn chặn và vô hiệu hóa các tổn thương sâu răng giai đoạn sớm D1, D2 ở răng vĩnh viễn: làm giảm 78,6% sâu răng vĩnh viễn giai đoạn sớm (D1, D2) sau 18 tháng; nhóm chứng có giảm 11,1% sâu răng vĩnh viễn giai đoạn sớm (D1, D2). Gel fluor 1,23% làm giảm chỉ số SMTR trung bình là 2,03 răng và giảm chỉ số SMTMR là 2,63 mất răng sau 18 tháng [8]. Nghiên cứu của Trần Thị Kim Thúy (2019) đánh giá hiệu quả của nước súc miệng fluor 0,05% trên tổn thương sâu răng vĩnh viễn giai đoạn sớm: nước súc miệng fluor 0,05% có tác dụng tốt trong tái khoáng hóa, ngăn chặn và vô hiệu hóa các tổn thương sâu răng giai đoạn sớm D1, D2 ở răng vĩnh viễn [6].

4.2. Hiệu quả dự phòng sâu răng khi trám bít hố rãnh bằng Fuji VII. Sau can thiệp, tỷ lệ học sinh mắc sâu răng ở nhóm can thiệp (1,8%) thấp hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm chứng (9,3%) với $p < 0,001$. Trong khi đó, tỷ lệ không sâu răng ở nhóm chứng còn 90,7% (so với ban đầu là 100% không sâu răng), chỉ số hiệu quả tăng 9,3%; nhóm can thiệp tỷ lệ này là 98,2% với chỉ số hiệu quả tăng 1,8%. Hiệu quả can thiệp giữa nhóm can thiệp và nhóm chứng trên tỷ lệ không sâu răng giảm 7,5%. Về tỷ lệ mất răng và trám răng: không ghi nhận sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa 2 nhóm. Ngoài ra, kết quả nghiên cứu ghi nhận trung bình SMTR ở nhóm chứng tăng từ 0,03 lên 0,28 răng với chỉ số hiệu quả giảm 883,3%; ở nhóm can thiệp tăng từ 0,03 lên 0,12 răng với chỉ số hiệu quả giảm 300%; như vậy, hiệu quả can thiệp giữa nhóm can thiệp và nhóm chứng trên trung bình SMTR tăng 583,3%. Bên cạnh đó, trung bình SMTMR ở nhóm chứng tăng từ 0,06 lên 0,4 răng với chỉ số hiệu quả giảm 566,7%; ở nhóm can thiệp tăng từ 0,06 lên 0,22 răng với chỉ số hiệu quả giảm 266,7%; như vậy, hiệu quả can thiệp giữa nhóm can thiệp và nhóm chứng trên trung bình SMTMR tăng 300%.

Phùng Thị Thu Hà (2013), khi đánh giá hiệu quả lâm sàng của Fuji VII trong trám bít hố rãnh dự phòng sâu răng trên các răng hàm lớn thứ nhất ở trẻ em từ 6 đến 9 tuổi cũng ghi nhận: tỷ lệ miếng trám còn nguyên vẹn là 25/30 và 20/30 tương đương 83% (6 tháng) và 66,7% (12 tháng). Sau 6 tháng, 100% các răng được trám bít hố rãnh không xuất hiện sâu răng, độ khít sát hoàn hảo, không bị nứt gãy miếng trám, không thay đổi màu sắc miếng trám. Sau 12 tháng, tỷ lệ xuất hiện sâu răng là 0%, độ khít sát đạt 96,7% các răng, không nứt gãy miếng trám đạt ở 93,3% và không thay đổi màu sắc bờ miếng trám là 93,3% [3]. Tỷ lệ thành công của miếng trám sau 3 và 6 tháng của vật liệu Glassionomer cement là rất cao lần lượt là 86% và 78%. Điều đó nói lên sâu răng không hề xuất hiện ở mặt nhai trong thời gian miếng trám còn nguyên. Mặc dù, chúng ta dự phòng sâu răng theo nhiều hướng khác nhau, nhưng khó có phương pháp dự phòng nào mà lại đạt hiệu quả cao như trám bít hố rãnh [7].

V. KẾT LUẬN

Sau can thiệp, tỷ lệ học sinh mắc bệnh sâu răng giảm dần ở nhóm chứng, nhóm can thiệp 1 và nhóm can thiệp 2 lần lượt là 48,3%; 17,2% và 10,1% (có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$). Hiệu quả can thiệp giữa nhóm can thiệp 1 và 2 so nhóm chứng trên trung bình SMTR và SMTMR tăng lần lượt là 1225%-1300% và 850,6%-856,3% (có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$). Hiệu quả dự phòng bệnh sâu răng ở nhóm can thiệp 2 cao hơn nhóm can thiệp 1. Sau khi trám bít hố rãnh bằng Fuji VII: tỷ lệ học sinh mắc bệnh sâu răng ở nhóm can thiệp (1,8%) thấp hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm chứng (9,3%) với

$p < 0,001$; hiệu quả can thiệp giữa nhóm can thiệp so nhóm chứng trên trung bình SMTR và SMTMR tăng lần lượt là 583,3% và 300% (có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Đào Thị Dung (2007)**, Đánh giá hiệu quả can thiệp chương trình Nha học đường tại một số trường tiểu học Quận Đống Đa-Hà Nội, Luận án Tiến sỹ Y học, Trường Đại học Y Hà Nội.
2. **Tạ Quốc Đại (2012)**, Đánh giá hiệu quả kiểm soát mảng bám răng trong dự phòng sâu răng, viêm lợi ở học sinh 12 tuổi tại một số trường ở ngoại thành Hà Nội, Luận án Tiến sỹ Y học, Viện Vệ sinh Dịch tễ Trung ương.
3. **Phùng Thị Thu Hà, Lương Thị Thu Hằng (2013)**, "Đánh giá hiệu quả lâm sàng của Fuji VII trong trám bít hố rãnh dự phòng sâu răng trên các răng hàm lớn thứ nhất ở trẻ em từ 6 đến 9 tuổi", Y học thực hành, 876(7), pp. 88-89.
4. **Nguyễn Anh Sơn (2019)**, Thực trạng và một số yếu tố liên quan đến bệnh sâu răng, viêm lợi, hiệu quả can thiệp ở học sinh khối lớp 6 một số trường trung học cơ sở huyện Bình Xuyên, tỉnh Vĩnh Phúc, Luận án Tiến sỹ Y tế công cộng, Viện Vệ sinh Dịch tễ Trung ương.
5. **Trần Tấn Tài (2016)**, Thực trạng bệnh sâu răng và hiệu quả của giải pháp can thiệp cộng đồng của học sinh tại một số trường tiểu học ở Thừa Thiên Huế, Luận án Tiến sỹ Y học, Trường Đại học Y Dược Huế.
6. **Trần Thị Kim Thủy (2019)**, Nghiên cứu dự phòng sâu răng vĩnh viễn giai đoạn sớm bằng nước súc miệng Fluor cho học sinh 7 - 8 tuổi ở tỉnh Phú Thọ, Luận án Tiến sỹ Y học, Viện Nghiên cứu Khoa học Y Dược Lâm sàng 108.
7. **Trần Đình Tuyên (2012)**, "Phân tích hiệu quả trám bít hố rãnh trong phòng bệnh sâu răng bằng Glassionomer cement ở trẻ em dưới 15 tuổi qua các nghiên cứu lâm sàng", Y học thực hành, 834(7), pp. 21-22.
8. **Vũ Mạnh Tuấn (2013)**, Nghiên cứu dự phòng sâu răng bằng Gel Fluor, Luận án Tiến sỹ y học, Trường Đại học Y Hà Nội.

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG CỦA BỆNH NHÂN NGỘ ĐỘC CẤP CÓ TOAN LACTIC

Đặng Thị Xuân¹, Nguyễn Trung Anh²

Mục tiêu: mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh nhân ngộ độc cấp có toan lactic. **Đối tượng và phương pháp:** nghiên cứu mô tả tiền cứu trên 127 bệnh nhân ngộ độc cấp có toan lactic điều trị tại trung tâm chống độc bệnh viện Bạch Mai từ tháng 07/2019 đến tháng 07/2020. **Kết quả:** tuổi trung bình của đối tượng nghiên cứu là $37,2 \pm 15,8$. Tỷ lệ nam/nữ là 1,7/1. Triệu chứng lâm sàng thường gặp là buồn nôn và nôn (61,4%), mạch nhanh (43,3%), đau đầu (33,8%), rối loạn ý thức (32,2%), tụt huyết áp (25,9%), suy hô hấp (27,5%). Xét nghiệm cận lâm sàng biểu thị tình trạng thiếu máu (34,6%), tăng bạch

TÓM TẮT

¹Trung tâm Chống độc, Bệnh viện Bạch Mai,

²Bệnh viện Lão khoa Trung ương

Chịu trách nhiệm chính: Đặng Thị Xuân

Email: xuandangthi@bachmai.edu.vn

Ngày nhận bài: 14.01.2021

Ngày phản biện khoa học: 18.3.2021

Ngày duyệt bài: 26.3.2021