

tràng là các yếu tố ảnh hưởng đến mức độ sẵn sàng chi trả (4).

Đánh giá chung về khả năng chi trả. Kết quả nghiên cứu ghi nhận có 72,2% đối tượng tham gia khảo sát cho rằng số tiền chi trả cho các dịch vụ của gói khám tầm soát và phát hiện sớm ung thư vú (theo giá niêm yết) là phù hợp. Có 38,3% cho rằng số tiền chi trả cho các chỉ định khác khi cần thiết ngoài gói khám tầm soát ung thư cơ bản (theo giá niêm yết) là phù hợp và 84,2% đồng ý cho rằng việc khám và tầm soát sớm có thể hạn chế nguy cơ bị mắc bệnh ung thư vú.

V. KẾT LUẬN

Khi giá niêm yết cho toàn bộ 4 dịch vụ của gói khám cơ bản là 820.000 đồng thì có 87,1% đồng ý sẵn sàng chi trả; nếu gói khám tăng giá 10% thì có 43,3% đồng ý chi trả; nếu gói khám tăng giá 20% thì có 18,8% đồng ý chi trả. Bên cạnh đó, nếu gói khám giảm giá 10% thì có 83,8% đồng ý chi trả; nếu gói khám giảm giá 20% thì có 92,1% đồng ý chi trả.

Khả năng chi trả theo giá niêm yết cho từng dịch vụ riêng lẻ của gói "Khám tầm soát Ung thư vú" thì lần lượt 89,2%, 85,4%, 85% người trả lời có khả năng chi trả để khám tầm soát ung thư vú, Siêu âm Doppler màu mạch máu [tuyến vú -

nách] và chụp Xquang tuyến vú [1 bên 2 phim].

Kết quả nghiên cứu ghi nhận có 72,2% đối tượng tham gia khảo sát cho rằng số tiền chi trả cho các dịch vụ của gói khám tầm soát và phát hiện sớm ung thư vú (theo giá niêm yết) là phù hợp. Có 38,3% cho rằng số tiền chi trả cho các chỉ định khác khi cần thiết ngoài gói khám tầm soát ung thư cơ bản (theo giá niêm yết) là phù hợp và 84,2% đồng ý cho rằng việc khám và tầm soát sớm có thể hạn chế nguy cơ bị mắc bệnh ung thư vú.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bộ y tế (2016)**, Báo cáo chung tổng quan ngành y tế JAHR;
2. **Bv Ung Bướu**, Quyết định số 1232/QĐ-BVUB ngày 29/05/2018 về giá gói khám tư vấn và phát hiện sớm ung thư vú tại Khoa Tầm soát Ung thư, Bv Ung bướu TP.HCM;
3. **Wenchi Liang, William F. Lawrence, Caroline B. Burnett, Yi-Ting Hwang, Matthew Freedman, Bruce J. Trock, Jeanne S. Mandelblatt, and Marc E. Lippman (2003)**, Acceptability of diagnostic tests for breast cancer, Breast Cancer Research and Treatment 79:199-206
4. **Hollingshurst S., Banks J., Bigwood L. và cộng sự. (2016)**. Using willingness-to-pay to establish patient preferences for cancer testing in primary care. BMC Med Inform Decis Mak, 16(1),105

NHU CẦU ĐIỀU TRỊ BỆNH VIÊM LỢI TRÊN PHỤ NỮ CÓ THAI TẠI KHOA SẢN BỆNH VIỆN BẠCH MAI, NĂM 2019-2020

Phan Huy Hoàng*, Hoàng Bảo Duy*,
Hà Ngọc Chiêu*, Trịnh Thị Thái Hà*, Lê Hưng**

TÓM TẮT

Mục tiêu: Xác định nhu cầu điều trị viêm lợi trên phụ nữ có thai tại khoa sản bệnh viện Bạch Mai - Hà Nội năm 2019-2020. **Phương pháp nghiên cứu:** mô tả cắt ngang. **Kết quả:** phụ nữ mang thai chủ yếu có nhu cầu điều trị viêm lợi mã số 2. Phụ nữ mang thai 3 tháng đầu chỉ có chỉ số nhu cầu điều trị mã số 1 và mã số 2, 3 tháng giữa và 3 tháng cuối chỉ có mã số 2 và mã số 3. CPITN mã số 3 nhóm răng phía trước chiếm 0,9%, CPITN mã số 3 nhóm răng phía sau 9,2%. **Kết luận:** Hầu hết phụ nữ mang thai có nhu cầu hướng dẫn vệ sinh răng miệng, lấy cao răng và làm nhẵn mặt chân răng, loại trừ cặn bám răng. Cần

tăng cường công tác chăm sóc sức khỏe răng miệng cho phụ nữ có thai để kiểm soát bệnh lý và loại bỏ các nguy cơ gây bệnh răng miệng tiềm ẩn có thể phát sinh trong suốt thai kỳ.

Từ khóa: Nhu cầu điều trị, viêm lợi, phụ nữ có thai.

SUMMARY

TREATMENT OF GINGIVITIS IN PREGNANT WOMEN AT THE OBSTETRICS OF BACH MAI HOSPITAL, 2019-2020

Objectives: Determining the need for gingivitis treatment in pregnant women at the Obstetrics Department of Bach Mai Hospital - Hanoi in 2019-2020. **Research method:** cross-sectional description. **Results:** Mainly, pregnant women need No.2 gingivitis treatment. Women who are pregnant in the first 3 months have only the treatment demand of No.1 and No.2, the middle 3 months and the last 3 months only No.2 and No.3. CPITN, No.3, groups of anterior teeth accounted for 0.9%, of posterior teeth 9.2%. **Conclusion:** Most pregnant women need instructions on oral hygiene, the method to remove

*Viện Đào tạo Răng Hàm Mặt, Trường Đại học Y Hà Nội

**Bệnh viện Đa khoa Đống Đa

Chịu trách nhiệm chính: Phan Huy Hoàng

Email: Nhasixman@gmail.com

Ngày nhận bài: 25.01.2021

Ngày phản biện khoa học: 8.3.2021

Ngày duyệt bài: 22.3.2021

tartar and smooth the root surface, eliminate tooth deposits. It is required to strengthen oral health care for pregnant women to control the disease and eliminate the potential oral health risks that may arise during pregnancy.

Keywords: Treatment needs, gingivitis, pregnant women.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Sức khỏe mô nha chu ở phụ nữ mang thai đã được cộng đồng quan tâm và tìm hiểu từ nhiều năm của thế kỷ trước. Các nghiên cứu đã tập trung tìm hiểu về mối liên quan giữa bệnh quanh răng ở phụ nữ mang thai với nguy cơ sinh non - nhẹ cân thiếu tháng. Tại vì ổ viêm nha chu là một tổ hợp chứa nhiều vi khuẩn yếm khí, vi khuẩn gram âm, mô nha chu viêm sản sinh ra một lượng lớn cytokin, chủ yếu là interleukin 1 beta (IL-1β), IL-6, Prostaglandin E2 và yếu tố gây hoại tử u - α (TNF-α), những hoá chất trung gian này có thể lan truyền qua màng nhau thai, gây sinh con nhẹ cân [1]. Do đó, phụ nữ khi mang thai, không chỉ cần quan tâm đến chế độ dinh dưỡng, chăm sóc cho thai nhi, mà còn cần chú ý giữ vệ sinh răng miệng cho thật tốt để bảo đảm sức khỏe cho cả mẹ và con.

Viêm lợi là một bệnh lý phổ biến trong nhóm bệnh quanh răng, nguyên nhân chủ yếu là do tình trạng vệ sinh răng miệng không tốt. Ở Việt Nam hầu hết phụ nữ vẫn chưa ý thức đầy đủ về việc vệ sinh răng miệng trước và trong quá trình mang thai. Nhiều thai phụ bị viêm lợi nặng trong quá trình mang thai nhưng không đi điều trị vì sợ ảnh hưởng đến thai nhi. Xuất phát từ tình hình thực tế đó, chúng tôi tiến hành nghiên cứu nhằm mục đích: "*Xác định nhu cầu điều trị viêm lợi trên phụ nữ có thai tại khoa sản bệnh viện Bạch Mai - Hà Nội năm 2019-2020*"

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

2.1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn

- Phụ nữ mang thai có sức khỏe bình thường
- Tự nguyện và đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ

- Đối tượng có nguy cơ thai kỳ cao: bệnh tiểu đường, cao huyết áp thai kỳ, tiền sử sảy thai nhiều lần, có bệnh toàn thân khác đi kèm, đang sử dụng kháng sinh, đa thai.

- Không đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- Thiết kế nghiên cứu: nghiên cứu mô tả cắt ngang

- Cỡ mẫu:

Áp dụng công thức:
$$n = Z_{1-\alpha/2}^2 \frac{p(1-p)}{d^2}$$

Trong đó: n: Cỡ mẫu

p: đây là một nghiên cứu đánh giá đặc điểm lâm sàng và xác định nhu cầu điều trị viêm lợi ở phụ nữ mang thai, vì vậy chúng tôi chọn p là tỷ lệ viêm lợi ở phụ nữ mang thai trong một nghiên cứu tại Brazil (p=0,844) [2]

d: Độ chính xác tuyệt đối (chọn d = 0,7)

$Z_{(1-\alpha/2)}$: hệ số tin cậy, với mức ý nghĩa thống kê $\alpha = 0,05$, tương ứng với độ tin cậy là 95% thì $Z_{(1-\alpha/2)} = 1,96$

Dựa vào công thức trên chúng tôi tính được n=103, thực tế chúng tôi đã khám và tư vấn cho 110 phụ nữ mang thai.

2.3. Các bước tiến hành nghiên cứu

2.3.1. Dụng cụ thu thập số liệu

- Bộ khay khám nha khoa thông thường gồm gương, gập, thám châm
- Sonde nha chu của WHO
- Phiếu khám
- Các dụng cụ sát trùng: bông, cồn, găng tay.

2.3.2. Phương pháp thu thập số liệu

- Liên hệ với ban lãnh đạo khoa Sản và phòng Kế hoạch tổng hợp bệnh viện Bạch Mai.

- Các bệnh nhân đến khám tại khoa Sản bệnh viện Bạch Mai được khám và tư vấn về tình trạng nha chu theo mẫu.

- Cách khám:

+ Phòng vấn bệnh nhân để thu thập các thông tin về đặc trưng cá nhân và các triệu chứng cơ năng.

+ Đối tượng được khám đánh giá và ghi nhận chỉ số nhu cầu điều trị quanh răng cộng đồng CPITN: Community periodontal index of treatment needs (Ainamo-1982). Mỗi cung hàm được chia làm 3 đoạn gọi là đoạn lục phân (sextant). Mỗi người có 6 sextant. Mỗi sextant khám 1 răng đại diện (16, 26, 36, 46, 11, 31). Chỉ số CPITN của mỗi người là chỉ số của sextant cao nhất.

Bảng 2.1. Chỉ số nhu cầu điều trị CPITN

| Mã số | Tình trạng | Nhu cầu điều trị |
|-------|-----------------|---|
| 0 | Bình thường | Không cần điều trị |
| 1 | Chảy máu lợi | Hướng dẫn VSRM |
| 2 | Cao răng | Hướng dẫn VSRM + lấy cao răng |
| 3 | Túi nông <5,5mm | Hướng dẫn VSRM + lấy cao răng |
| 4 | Túi sâu ≥ 5,5mm | Hướng dẫn VSRM+lấy cao răng + điều trị chuyên sâu |

Phân loại nhu cầu điều trị: bệnh nhân được phân loại các mức độ: nhẹ, trung bình, nặng

- Tốt (mã số 0): không cần điều trị gì - tương ứng với mã 0 CPITN

- Nhẹ (mã số 1): Hướng dẫn vệ sinh răng miệng - tương ứng với mã 1 CPITN

• Trung bình (mã số 2): hướng dẫn vệ sinh răng miệng, lấy cao răng và làm nhẵn mặt chân răng, loại trừ cặn bám răng, sửa lại các sai sót trong hàn răng, chụp răng - tương ứng với mã số 2 và 3 CPITN

• Nặng (mã số 3): điều trị phức hợp lấy cao răng và làm nhẵn mặt chân răng, nạo mô có gây tê phẫu thuật - tương ứng với mã 4 CPITN.

2.4. Xử lý số liệu. Nhập dữ liệu bằng phần mềm Epi-data. Xử lý, phân tích số liệu bằng phần mềm SPSS 20.0 và một số thuật toán thống kê y học khác.

2.5. Biện pháp hạn chế sai số

- Đối tượng nghiên cứu được chọn theo đúng tiêu chuẩn và chỉ tiến hành khi đối tượng hợp tác tốt.

- Phiếu khám được xây dựng theo mục tiêu, dễ thu thập thông tin.

- Nhập số liệu và xử lý số liệu được tiến hành hai lần để đối chiếu kết quả.

2.6. Đạo đức trong nghiên cứu. Nghiên cứu chỉ tiến hành khi được sự đồng ý của Ban lãnh đạo khoa Sản và Bệnh viện Bạch Mai. Mọi

thông tin liên quan đến đối tượng nghiên cứu được giữ bí mật, các số liệu thu thập được chỉ sử dụng vào mục đích nghiên cứu. Đối tượng tham gia nghiên cứu hoàn toàn tự nguyện sau khi được thông báo về mục đích của nghiên cứu, đối tượng có quyền không tiếp tục tham gia nghiên cứu bất kỳ lúc nào nếu muốn. Quá trình khám đảm bảo vô khuẩn, phòng chống lây nhiễm chéo. Tất cả các đối tượng tham gia nghiên cứu đều được tư vấn vệ sinh răng miệng.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong nghiên cứu này, phụ nữ mang thai ở độ tuổi 20-29 chiếm tỷ lệ 51,8%, từ 30 – 39 chiếm 36,3% và từ 40 tuổi trở lên chiếm 11,8%. Phụ nữ trẻ nhất mang thai là 21 tuổi và phụ nữ lớn tuổi nhất mang thai là 45 tuổi. Có 18,2% phụ nữ mang thai trong 3 tháng đầu, 43,6% trong 3-6 tháng và 38,2% trên 6 tháng. Có 37,3% phụ nữ mang thai lần 1, 43,6% phụ nữ mang thai lần 2 và 19,1% phụ nữ mang thai từ 3 lần trở lên. 100% phụ nữ mang thai bị viêm lợi.

Bảng 3.1. Phân bố nhu cầu điều trị theo tuổi của phụ nữ mang thai

| Mã số Tuổi phụ nữ mang thai | Mã số 0 | | Mã số 1 | | Mã số 2 | | Mã số 3 | |
|--------------------------------|----------|------------|----------|------------|-----------|-------------|----------|------------|
| | Số lượng | Tỷ lệ (%) | Số lượng | Tỷ lệ (%) | Số lượng | Tỷ lệ (%) | Số lượng | Tỷ lệ (%) |
| 20 - 29 tuổi | 2 | 1,8 | 5 | 4,6 | 47 | 42,7 | 4 | 3,6 |
| 30 - 39 tuổi | 0 | 0,0 | 3 | 2,7 | 28 | 25,5 | 5 | 4,6 |
| >40 tuổi | 0 | 0,0 | 1 | 0,9 | 15 | 13,6 | 0 | 0 |
| Tổng | 2 | 1,8 | 9 | 8,2 | 90 | 81,8 | 9 | 7,4 |

Nhận xét: Nhóm phụ nữ mang thai có độ tuổi 20-29 tuổi có đủ 4 mức nhu cầu điều trị 0-3, trong đó mã số 2 chiếm tỉ lệ cao nhất 42,7%, tiếp theo là mã số 1 với tỉ lệ 4,6%, mã số 3 (3,6%) và mã số 0 (1,8%). Nhóm phụ nữ mang thai có độ tuổi 30-39 và > 40 tuổi không có nhu cầu điều trị mức 0. Sự khác biệt giữa các nhóm không có ý nghĩa thống kê với p>0,05

Bảng 3.2. Phân bố nhu cầu điều trị theo số lần mang thai

| Mã số Lần mang thai | Mã số 0 | | Mã số 1 | | Mã số 2 | | Mã số 3 | |
|------------------------|----------|------------|----------|------------|-----------|-------------|----------|------------|
| | Số lượng | Tỷ lệ (%) | Số lượng | Tỷ lệ (%) | Số lượng | Tỷ lệ (%) | Số lượng | Tỷ lệ (%) |
| Lần 1 | 2 | 1,8 | 4 | 3,6 | 29 | 26,4 | 6 | 5,5 |
| Lần 2 | 0 | 0,0 | 4 | 3,6 | 42 | 38,2 | 2 | 1,8 |
| >2 lần | 0 | 0,0 | 1 | 0,9 | 19 | 17,3 | 1 | 0,9 |
| Tổng | 2 | 1,8 | 9 | 8,2 | 90 | 81,8 | 9 | 8,2 |

Nhận xét: Nhu cầu điều trị mã số 2 chiếm tỷ lệ cao nhất và chủ yếu. Nhóm phụ nữ mang thai lần 1 có đủ 4 mức nhu cầu điều trị 0-3. Nhóm phụ nữ mang thai lần 2 và trên 2 lần không có nhu cầu điều trị mã số 0. Tuy nhiên, sự khác biệt giữa các nhóm không có ý nghĩa thống kê với p>0,05.

Bảng 3.3. Phân bố nhu cầu điều trị theo tuổi thai

| Mã số Tuổi thai | Mã số 0 | | Mã số 1 | | Mã số 2 | | Mã số 3 | |
|--------------------|----------|-----------|----------|-----------|----------|-----------|----------|-----------|
| | Số lượng | Tỷ lệ (%) | Số lượng | Tỷ lệ (%) | Số lượng | Tỷ lệ (%) | Số lượng | Tỷ lệ (%) |
| <3 Tháng | 2 | 1,8 | 9 | 8,2 | 9 | 8,2 | 0 | 0 |
| 3-6 Tháng | 0 | 0,0 | 0 | 0 | 45 | 40,9 | 3 | 2,7 |
| > 6 Tháng | 0 | 0,0 | 0 | 0 | 36 | 32,7 | 6 | 5,45 |

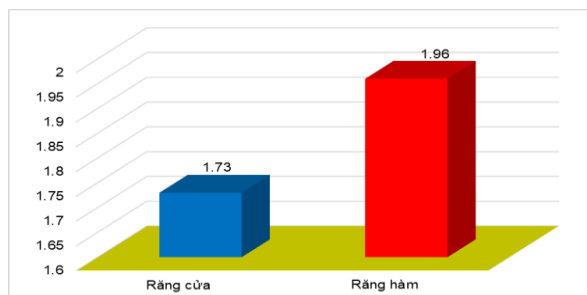
| | | | | | | | | |
|-------------|---|-----|---|-----|----|------|---|-----|
| Tổng | 2 | 1,8 | 9 | 8,2 | 90 | 81,8 | 9 | 8,2 |
|-------------|---|-----|---|-----|----|------|---|-----|

Nhận xét: Nhóm phụ nữ mang thai có tuổi thai <3 tháng có nhu cầu điều trị từ mức độ 0-2, không có mức độ 3. Nhóm phụ nữ mang thai có tuổi thai 3-6 tháng và >6 tháng chỉ có nhu cầu điều trị mã số 2 và 3. Sự khác biệt giữa các nhóm có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Bảng 3.4. Phân bố nhu cầu điều trị theo nhóm răng

| Nhóm răng | Mã số 0 | | Mã số 1 | | Mã số 2 | | Mã số 3 | |
|----------------------|----------|-----------|----------|-----------|----------|-----------|----------|-----------|
| | Số lượng | Tỷ lệ (%) | Số lượng | Tỷ lệ (%) | Số lượng | Tỷ lệ (%) | Số lượng | Tỷ lệ (%) |
| Nhóm răng phía trước | 2 | 1,8 | 27 | 24,6 | 80 | 72,7 | 1 | 0,9 |
| Nhóm răng phía sau | 2 | 1,8 | 9 | 8,2 | 90 | 81,8 | 9 | 9,2 |

Nhận xét: Nhóm răng phía trước chủ yếu có TN mã số 2 với tỉ lệ 72,7%, tiếp theo là mã số 1 với tỉ lệ 24,6%, mã số 3 có tỷ lệ thấp nhất (0,09%). Nhóm răng phía sau chủ yếu có TN mã số 2 với tỉ lệ 81,8%, tiếp theo là mã số 3 với tỉ lệ 9,2%, mã số 0 có tỷ lệ thấp nhất (1,8%). Sự khác biệt tỷ lệ mã số giữa hai nhóm có ý nghĩa thống kê với $p < 0,01$.



Biểu đồ 3.1. Chỉ số nhu cầu điều trị theo nhóm răng

Nhận xét: Nhóm răng cửa có nhu cầu điều trị thấp hơn nhóm răng hàm, sự khác biệt giữa 2 nhóm có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$.

IV. BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu này, chúng tôi nhận thấy không có sự khác biệt rõ ràng về nhu cầu điều trị giữa các nhóm tuổi. Tuy nhiên, ở nhóm tuổi 30-39 và trên 40 tuổi không có nhu cầu điều trị ở mã số 0 và 1, đồng thời nhóm tuổi 30-39 có tỷ lệ mã số 3 cao hơn so với nhóm 20-29 tuổi (Bảng 3.1). Điều này cho thấy khi tuổi tác tăng lên, nguy cơ tích tụ mảng bám và cao răng tăng lên, dẫn đến tình trạng bệnh nha chu tăng nặng hơn. Nghiên cứu của Wandera MN (2009) trên 877 phụ nữ mang thai tại Uganda [3], của Maybodi RF (2015) trên 115 phụ nữ mang thai tại Iran [4] cũng cho kết quả tương tự.

Phân tích nhu cầu điều trị theo số lần mang thai cũng cho thấy giữa các nhóm không có sự khác biệt về chỉ số nhu cầu điều trị, tuy nhiên ở nhóm phụ nữ mang thai lần 1 có chỉ số nhu cầu điều trị mã số 3 chiếm 5,5% cao hơn hẳn so với nhóm mang thai 2 lần và trên 2 lần (1,8% và 0,9%) (Bảng 3.2). Điều này có thể do khi mang thai lần đầu, thai phụ chưa kịp thích nghi cũng như có chế độ sinh hoạt ăn uống phù hợp nên

tình trạng bệnh nha chu trầm trọng hơn so với những thai phụ mang thai nhiều lần.

Theo tuổi thai, kết quả nghiên cứu tại bảng 3.3 cho thấy, ở nhóm phụ nữ mang thai có tuổi thai <3 tháng, nhu cầu điều trị mã số 2 và mã số 1 bằng nhau (8,2%) và mã số 0 là 1,8%. Trong khi đó ở phụ nữ mang thai có tuổi thai 3-6 tháng và >6 tháng không có ai có nhu cầu điều trị mã số 0 và 1, tỷ lệ lớn tập trung ở mã số 2 (40,9% và 32,7%), mã số 3 ở phụ nữ mang thai 3 tháng cuối tăng gấp đôi so với nhóm 3-6 tháng (5,5% và 2,7%). Nghiên cứu của Maybodi RF cho thấy tỷ lệ nhu cầu điều trị mã số 1 giữa các nhóm lần lượt là 25,5%; 23% và 19,4%; trong khi tỷ lệ nhu cầu điều trị mã số 2 giữa các nhóm là 13,8%; 19,8% và 32,4%. Qua đó cho thấy nhu cầu điều trị của phụ nữ mang thai ở giai đoạn 3 tháng cuối của thai kỳ cao hơn hẳn so với giai đoạn 3 tháng giữa và 3 tháng đầu [4]. Yalcin F (2002) quan sát thấy có sự gia tăng đáng kể chỉ số GI, PI và chiều sâu thăm khám ở phụ nữ mang thai giữa quý 1 và quý 3 của thai kỳ [5]. Nghiên cứu của Tezel A (2011) tại Thổ Nhĩ Kỳ cũng cho kết quả tương tự [6].

Phân tích nhu cầu điều trị theo nhóm răng, biểu đồ 3.1 cho thấy nhu cầu điều trị của nhóm răng phía sau cao hơn nhóm răng phía trước. Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của Loe và Silness (1963) khi cho rằng nhóm răng sau có độ sâu thăm khám cao hơn so với nhóm răng phía trước trong khi nhóm răng trước có sự gia tăng chỉ số GI cao hơn. Một yếu tố làm tăng nặng độ sâu thăm khám của nhóm răng sau là do cao răng, mảng bám tích tụ ở vùng răng sau khó vệ sinh và làm sạch hơn so với nhóm răng phía trước [7].

V. KẾT LUẬN

Trong nghiên cứu này, phụ nữ mang thai chủ yếu có nhu cầu điều trị viêm lợi mã số 2. Nhu

cầu điều trị tăng dần theo tuổi thai và nhu cầu ở nhóm răng phía trước thấp hơn so với nhóm răng phía sau. Cần tăng cường công tác chăm sóc sức khỏe răng miệng cho phụ nữ có thai để kiểm soát bệnh lý và loại bỏ các nguy cơ gây bệnh răng miệng tiềm ẩn có thể phát sinh trong suốt thai kỳ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Offenbacher S, et al (1998).** Potential pathogenic mechanisms of periodontitis-associated pregnancy complications. *Ann Periodontol.* 3(1):233-250
2. **Marta Silveira da Mota Krüger, Renata Picanço Casarin, et al (2017).** Periodontal Health Status and Associated Factors: Findings of a Prenatal Oral Health Program in South Brazil. *International Journal of Dentistry.* 2017:3534048.
3. **Margaret N Wandera, Ingunn M. Engebretsen, et al (2009).** Periodontal status, tooth loss and self-reported periodontal

problems effects on oral impacts on daily performances, OIDP, in pregnant women in Uganda: a cross-sectional study. *Health and Quality of Life Outcomes.* 7(1):89.

4. **Rashidi Maybodi F, Haerian-Ardakani A, et al (2015).** CPITN changes during pregnancy and maternal demographic factors impact on periodontal health. *Iran J Reprod Med.* 13(2):107-112.
5. **Yalcin F, Eskinazi E, Soydinc M, Basegmez C, Issever H, Isik G, et al (2002).** The effect of sociocultural status on periodontal conditions in pregnancy. *J Periodontol.* 73(2):178-182
6. **Tezel A (2011).** Periodontal condition of pregnant women assessed by CPITN and the role of nurses according to the needs of treatment. *Health Med.* 5(6):1951-1955.
7. **John Silness, Harald Løe (1964).** Periodontal Disease in Pregnancy II. Correlation Between Oral Hygiene and Periodontal Condition. *Acta Odontologica Scandinavica,* 22(1):121-135.

ĐÁNH GIÁ HIỆU QUẢ CHUYỂN ĐỔI HUYẾT THANH CỦA TENOFOVIR DISOPROXIL FUMARATE VÀ TENOFOVIR ALAFENAMIDE Ở BỆNH NHÂN VIÊM GAN VI RÚT B MẠN

Võ Duy Thông^{1,2}, Võ Ngọc Diễm¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá hiệu quả chuyển đổi huyết thanh của Tenofovir disoproxil fumarate (TDF) và Tenofovir alafenamide (TAF) ở bệnh nhân viêm gan vi rút B mạn. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu cắt ngang mô tả tiến hành trên 111 bệnh nhân viêm gan vi rút B mạn HBeAg dương tính điều trị ngoại trú với TDF 300mg (74 bệnh nhân) hoặc TAF 25mg (37 bệnh nhân) tại Bệnh viện Đại học Y Dược TP HCM từ tháng 1/2017 đến tháng 12/2020. **Kết quả:** Trong cả 2 nhóm BN điều trị TAF hoặc TDF: tỉ lệ nam giới đều chiếm ưu thế (2,7/1); độ tuổi trung bình lần lượt là 41 và 37; chỉ số ALT trung bình là 27 UI/L và 48 UI/L; tải lượng HBV DNA trung bình tại thời điểm bắt đầu điều trị lần lượt là 7,85 và 7,87 log₁₀UI/ml. Sau 48 tuần điều trị, tỉ lệ mất HBeAg của 2 nhóm lần lượt là 13,51% và 14,86% (p=0,84); tỉ lệ đạt HBV DNA âm tính của nhóm BN điều trị TAF là 67,00% so với nhóm điều trị TDF là 58,10%, với p=0,33; tỉ lệ đạt ALT bình thường của 2 nhóm lần lượt là 54,54% và 33,33%, p=0,20. **Kết luận:** Kết quả nghiên cứu cho thấy sau 48 tuần, hiệu quả điều trị tương đương nhau giữa 2

nhóm BN điều trị TAF hoặc TDF về tỉ lệ đạt tải lượng HBV DNA âm tính. Có sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê giữa 2 nhóm điều trị TAF hoặc TDF về tỉ lệ mất HBeAg, tỉ lệ đạt ALT bình thường.

Từ khóa: TAF, TDF, mất HBeAg, viêm gan vi rút B mạn.

SUMMARY

EFFECT OF TENOFOVIR DISOPROXIL FUMARATE AND TENOFOVIR ALAFENAMIDE IN SEROCONVERSION IN PATIENTS WITH CHRONIC HEPATITIS B VIRUS

Objective: To evaluate the seroconversion efficacy of Tenofovir disoproxil fumarate (TDF) and Tenofovir alafenamide (TAF) in patients with chronic viral hepatitis B. **Methods:** A descriptive cross-sectional study was conducted in 111 chronic hepatitis B outpatients with positive HbeAg treated with TDF 300mg (74 patients) or TAF 25mg (37 patients) at the Ho Chi Minh City University Medical Center from January 2017 to December 2020. **Results:** In both groups of patients treated with TAF or TDF, the percentage of men was dominant (2.7/1); the mean age in the two groups was 41 and 37 years old, respectively; Mean ALTs were 27 UI / L and 48 UI / L; mean HBV DNA load at initiation of treatment was 7.85 and 7.87 log₁₀UI /ml, respectively. After 48 weeks of treatment, the rate of HBeAg loss of the 2 groups were 13.51% and 14.86%, respectively (p = 0.84); The rate of HBV DNA negative in the group of

¹Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh

²Bệnh viện Chợ Rẫy, Thành phố Hồ Chí Minh

Chịu trách nhiệm chính: Võ Duy Thông

Email: duythong@ump.edu.vn

Ngày nhận bài: 3.2.2021

Ngày phản biện khoa học: 22.3.2021

Ngày duyệt bài: 30.3.2021