dinh dưỡng học đường nhằm cải thiện thể lực và trí lực của trẻ em Việt Nam. Tạp chí Dinh dưỡng và Thực phẩm, 12 (1),
3. **Nguyễn Quang Dũng và Nguyễn Thị Hiền** (2017). Suy dinh dưỡng ở trẻ tiểu học và các yếu tố liên quan tại một số xã của huyện Văn Giang, tỉnh Hưng Yến. TẠP CHÍ Y HỌC DỰ PHÒNG, 27 (7), 59.
4. **Nguyễn Văn Nguyên** (2022). Hiệu quả bổ sung bột cải xoăn đến tình trạng dinh dưỡng, lực bóp tay, trí lực, thị lực và nhiễm khuẩn của học sinh tiểu học tại Hà Nội, Luận án tiến sĩ,
5. **Michael M Schündeln, Lena Bäder và cộng sự** (2017). Plasma concentrations of osteocalcin are associated with the timing of pubertal progress in boys. J Pediatr Endocrinol Metab, 30 (2), 141-147.
6. **Jadwiga Ambroszkiewicz, J.G. và Teresa Laskowska-Klita** (2002). [Serum osteocalcin and bone alkaline phosphatase in healthy children in relation to age and gender]. Med Wieku Rozwoj, 6 (3), 257-265.
7. **S F Lo, J L Huang và cộng sự** (1997). Serum osteocalcin levels of normal children in Taiwan. Zhonghua Min Guo Xiao Er Ke Yi Xue Hui Za Zhi, 38 (6), 443-447.
8. **A T Sen, O Derman và cộng sự** (2000). The relationship between osteocalcin levels and sexual stages of puberty in male children. Turk J Pediatr, 42 (4), 281-285.

TỶ LỆ ECC VÀ S-ECC Ở TRẺ MẪU GIÁO TỪ 3 TUỔI TẠI NHỮNG VÙNG CHƯA CÓ CHƯƠNG TRÌNH FLUOR HÓA NƯỚC MÁY: MỘT NGHIÊN CỨU CẮT NGANG TẠI HUYỆN BÌNH CHÁNH VÀ HUYỆN CỦ CHI, TP.HCM

Quách Hữu Thịnh[1], Nguyễn Thị Thảo Vân [1], Hoàng Trọng Hùng[2]

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Sâu răng sớm ở trẻ em (ECC) vẫn luôn là vấn đề sức khỏe cộng đồng nghiêm trọng đối với các nước đang phát triển. Đặc biệt ở trẻ nhỏ, sâu răng và mất răng sữa sớm có thể dẫn đến trẻ ăn nhai kém, phát âm không chuẩn, hàm răng vĩnh viễn bị xô lệch, ảnh hưởng đến sự phát triển thẩm mỹ và thể chất về sau. **Mục tiêu:** Xác định tỷ lệ ECC và S-ECC ở trẻ mẫu giáo 3 tuổi tại những vùng chưa có chương trình Fluor hóa nước máy ở TPHCM theo chỉ số ICDAS II. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu cắt ngang mô tả được thực hiện trên 444 trẻ mẫu giáo 3 tuổi học tại các trường mầm non ở hai huyện Bình Chánh và huyện Củ Chi tại Thành phố Hồ Chí Minh. Thu thập thông tin về việc chăm sóc răng miệng của trẻ tại nhà thông qua việc phỏng vấn cha mẹ bằng bảng câu hỏi. Sử dụng gương và thám trâm kết hợp với ánh sáng đèn led đeo đầu để xác định sang thương sâu răng theo tiêu chí của hệ thống ICDAS II và tình trạng vệ sinh răng miệng theo chỉ số OHI-S. **Kết quả:** Trong số 444 trẻ 3 tuổi tham gia nghiên cứu, tỷ lệ trẻ có ECC ở mức rất cao, 80,6% trẻ có ECC tính từ mức s_1 và 46,8% trẻ có ECC từ mức s_3. Tỷ lệ S – ECC tính từ mức $s_3$mt–mr ≥4 của trẻ là 27,0% trên cả 2 khu vực khảo sát. Tỷ lệ S – ECC tính từ mức $s_1$mt–mr (r53-r63) ≥1 là 71,2%. Huyện Bình Chánh có tỷ lệ cao hơn huyện Củ Chi. Chỉ số trung bình $s_1$mt–r và $s_3$mt –r là 6,6±4,8 và 4,5±4,8. Chỉ số trung bình $s_1$mt–mr là 12,27±14,41, $s_3$mt –mr là 9,18±12,64. **Kết luận:** Tỷ lệ sâu răng ở trẻ vẫn còn rất cao, do đó cần chú trọng quan tâm nhiều hơn đến các chương trình chăm sóc sức khoẻ tại cơ sở giáo dục và tại cộng đồng, đẩy mạnh công tác chương trình nha học đường, tập trung nguồn lực vào đối tượng trẻ nhỏ, đặc biệt ở lứa tuổi mẫu giáo.

Từ khoá: ECC, S-ECC, smt-r, smt-mr, ICDAS II, OHI-S

SUMMARY

PREVALENCE OF ECC AND S-ECC IN 3-YEAR-OLD PRESCHOOL CHILDREN IN WITHOUT WATER FLUORIDATION AREAS: A CROSS-SECTIONAL STUDY IN BINH CHANH AND CU CHI DISTRICTS, HO CHI MINH CITY

Introduction: Early childhood caries (ECC) remains a serious public health problem for developing countries. Especially in young children, early tooth decay and loss of baby teeth can lead to poor chewing, incorrect pronunciation, skewed permanent teeth, affecting aesthetic and physical development later. **Objective:** Determining the prevalence of ECC and S-ECC in three-year-old preschool children in areas without fluoridation in Ho Chi Minh City according to ICDAS II index. **Methods:** A descriptive cross-sectional study was conducted on 444 three-year-old preschool children studying in preschools in Binh Chanh and Cu Chi district in Ho Chi Minh City. Data about children's dental care at home were collected through parent interviews with questionnaires. Using mirrors and probes in combination with LED headlight to identify caries according to the criteria of the ICDAS II system and the state of oral hygiene according to the OHI-S index. **Results:** Among 444 three-year-old children participating in the study, the percentage of children with ECC at s_1 was 80.6% and 46.8% had ECC at s_3. The rate of S – ECC calculated from the child's $d_3$mfs ≥4 is 27.0% in both survey areas. The S – ECC ratio calculated from $d_1$mfs (t53-t63) ≥1 is 71.2%. Binh

[1]*Bệnh viện Răng Hàm Mặt Thành phố Hồ Chí Minh*
[2]*Trường Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh*
Chịu trách nhiệm chính: Hoàng Trọng Hùng
Email: htrhung@ump.edu.vn
Ngày nhận bài: 3.10.2022
Ngày phản biện khoa học: 31.10.2022
Ngày duyệt bài: 7.11.2022

Chanh district has a higher rate than Cu Chi district. The mean $d_1$mft and $d_3$mft were 6.6±4.8 and 4.5±4.8 respectively. The mean $d_1$mfs was 12.27±14.41, $d_3$mfs was 9.18±12.64. **Conclusion:** The rate of tooth decay in children is still very high. Therefore, it is necessary to pay more attention to health care programs at educational institutions and in the community. Besides, in order to promote school dental programs, healh care system need to focus resources on young children, especially at preschool age.

Keywords: ECC, S-ECC, dmft, dmfs, ICDAS II, OHI-S

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Sâu răng sớm ở trẻ em (ECC) là một trong những vấn đề sức khoẻ phổ biến nhất ở trẻ em, ảnh hưởng đáng kể đến xã hội [1]. Một số nghiên cứu đã đánh giá và phân loại các yếu tố nguy cơ của ECC, chẳng hạn như các yếu tố xã hội học, chế độ ăn uống, vệ sinh răng miệng và các yếu tố liên quan đến hệ vi khuẩn răng miệng và việc cho con bú bình kéo dài. Tuy nhiên, mức độ ảnh hưởng của các yếu tố nguy cơ khác nhau này đến ECC vẫn chưa được xác định rõ ràng [1].

Các nghiên cứu về ECC trên thế giới thường tập trung vào tỷ lệ hiện mắc trong dân số mục tiêu[2,3], có rất ít các nghiên cứu đánh giá tỷ lệ mới mắc của ECC theo lứa tuổi. Một nghiên cứu dọc trong 3 năm của Ghazal và cộng sự đánh giá tỷ lệ của ECC trong số 96 trẻ em người Mỹ gốc Phi lúc 1 tuổi [4]. Kết quả cho thấy tỷ lệ mắc mới ECC lúc 2 tuổi và 3 tuổi lần lượt là 39,3% và 65,8 %. Điều này nhấn mạnh rằng việc đánh giá tỷ lệ mắc mới ECC là một yếu tố quan trọng có thể giúp đánh giá nguy cơ phát triển sâu răng trong tương lai ở trẻ em để có hướng can thiệp phù hợp. Song, tại Việt Nam, những nghiên cứu về tỷ lệ ECC và S-ECC theo độ tuổi còn rất ít đặc biệt là trẻ em ở độ tuổi mẫu giáo sống trong vùng chưa có flour hoá nước máy. Chính vì vậy, chúng tôi thực hiện nghiên cứu với mục đích xác định tỷ lệ ECC và S-ECC ở trẻ mẫu giáo từ 3 tuổi tại những vùng chưa có chương trình Fluor hóa nước máy ở TPHCM theo chỉ số ICDAS II.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Thiết kế và đối tượng nghiên cứu: Nghiên cứu cắt ngang mô tả được thực hiện trên 444 trẻ mẫu giáo 3 tuổi sinh ra và lớn lên tại hai huyện Bình Chánh và huyện Củ Chi thuộc Thành phố Hồ Chí Minh – là những quận huyện các chưa có Fluor hóa nước máy. Nghiên cứu lựa chọn ngẫu nhiên các trẻ ở các địa điểm trên có mặt tại thời điểm nghiên cứu đồng thời có sự đồng ý của phụ huynh. Tiêu chuẩn loại trừ bao gồm những trẻ đang có bệnh lý toàn thân (ho, sốt…), trẻ đang/ mới ngừng điều trị sâu răng bằng các biện pháp fluor tại chỗ < 6 tháng, trẻ có bệnh lý vùng hàm mặt mà không thể thăm khám hoặc can thiệp được.

Phương pháp thu thập số liệu: Các thông tin về việc chăm sóc răng miệng của trẻ tại nhà được thu thập thông qua việc phỏng vấn cha mẹ bằng bảng câu hỏi với các nội dung như trình độ học vấn của bố/mẹ, thu nhập gia đình, sử dụng kem đánh răng có Fluor, tần suất chải răng, thói quen bú bình, thói quen chải răng, thói quen ngậm thức ăn, thói quen uống nước ngọt. Đánh giá tình trạng sâu răng của trẻ thông qua việc sử dụng gương và thám trâm kết hợp với ánh sáng đèn led đeo đầu để khám lâm sàng xác định sang thương sâu răng theo tiêu chí của hệ thống ICDAS II và tình trạng vệ sinh răng miệng theo chỉ số OHI-S, sau đó ghi nhận vào phiếu điều tra.

Phương pháp phân tích thống kê: Sử dụng phần mềm Stata 16 để phân tích số liệu. Sử dụng tần số và tỷ lệ % để mô tả các biến định tính. Các chỉ số smt-r (gồm $s_1$mt–r và $s_3$mt–r) được tính bằng công thức**:** tổng số của sâu răng (theo mức s_1 và s_3), mất răng và trám răng chia cho tổng số quan sát của quần thể. Chỉ số smt-mr (gồm $s_1$mt–mr và $s_3$mt–mr) được tính bằng công thức**:** tổng số của sâu mặt răng (theo mức s_1 và s_3), mất mặt răng và trám mặt răng chia cho tổng số mẫu quan sát của quần thể. Đánh giá tỷ lệ ECC dựa trên 2 mức độ s_1 (khi trẻ có $s_1$mt–mr ≥1) và s_3 (khi trẻ có $s_3$mt–mr ≥1). Tỷ lệ S-ECC của trẻ được đánh giá dựa trên 2 mức độ s_1 ($s_1$mt–mr ≥1 của r53-r63) và s_3 ($s_3$mt–mr ≥4). Chỉ số OHI-S, trong nghiên cứu này chỉ đánh giá chỉ số bựa bám (DI: Debris Index) theo tiêu chuẩn đánh giá của Loe và Silness (1964) theo 3 mức độ tốt (0-0,9), trung bình (1-1,9) và kém (2,0-3). Sử dụng phép kiểm $\chi 2$ ở mức ý nghĩa $\alpha = 0,05$, so sánh khác biệt giữa 2 hay nhiều tỷ lệ. Sử dụng kiểm định T không bắt cặp với ngưỡng ý nghĩa khi $p < 0,05$ để đo lường mối liên quan giữa biến địa chỉ với các chỉ số sâu răng.

Nghiên cứu đã được Hội đồng Đạo đức trong nghiên cứu y sinh học Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh chấp nhận (số 394/HĐĐĐ - ĐHYD kí ngày 14 tháng 4 năm 2022).

Nghiên cứu này sẽ được tích hợp vào một đề tài nghiên cứu cấp thành phố của BV RHM TPHCM và Khoa RHM Đại học Y Dược TPHCM (Đề tài: Tích hợp áp dụng Silver Diamine Fluoride trong chương trình Nha học đường tại TPHCM).

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Mẫu nghiên cứu thu được 222 trẻ hiện đang theo học tại 5 trường ở huyện Bình Chánh và 222 trẻ hiện đang theo học tại 2 trường của huyện Củ Chi. Nghiên cứu phân tích dựa trên số liệu của 444 trẻ cho kết quả được trình bày chi tiết dưới đây:

Bảng 3.1. Đặc điểm mẫu và thói quen chăm sóc răng miệng ở trẻ 3 tuổi tham gia nghiên cứu (n=444)

Đặc điểm	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)	Đặc điểm	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Giới			**Thói quen chải răng của trẻ**		
Nam	224	50,5	Tự chải	181	40,8
Nữ	220	49,5	Người lớn hỗ trợ	263	59,2
Trình độ học vấn			**Số lần đánh răng của trẻ**		
Trung cấp	181	40,8	1 lần/ngày	124	27,9
Từ Cao đẳng trở lên	263	59,2	≥2 lần/ngày	320	72,1
Thu nhập hàng tháng			**Thời gian chải răng**		
Dưới 10 triệu	229	51,6	<1 phút	126	28,4
Từ 10 trở lên	215	48,4	≥ 1 phút	318	71,6
Sử dụng kem đánh răng có Fluor:			**Tình trạng vệ sinh răng miệng (DI)**		
			Tốt	100	22,5
Có	284	64,0	Trung bình	261	58,8
Không	160	36,0	Kém	83	18,7

Bảng 3.1 cho thấy phân bố giới tính của mẫu nghiên cứu có tỷ lệ gần bằng nhau. Đa số trẻ tham gia nghiên cứu có ba mẹ đạt trình độ học vấn từ cao đẳng trở lên (59,2%) với thu thập hàng tháng dưới 10 triệu chiếm ưu thế (51,6%). Có 64,0% số trẻ có sử dụng kem đánh răng chứa fluor và được người lớn hỗ trợ chải răng với tỷ lệ 59,2%. Hơn 70% tỷ lệ trẻ có tần suất chải răng lớn trên 1 lần/ngày và thời gian chải răng từ 1 phút trở lên. Tình trạng vệ sinh răng miệng của trẻ tham gia khảo sát chủ yếu ở mức trung bình với 58,8%.

Bảng 3.2. Thói quen ăn uống của trẻ 3 tuổi tham gia nghiên cứu (n=444)

Đặc điểm	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Thói quen bú bình của trẻ		
Có	193	43,5
Không	251	56,5
Thói quen ngậm thức ăn của trẻ		
Có	136	30,6
Không	308	69,4
Thói quen uống nước ngọt của trẻ		
Thỉnh thoảng	417	93,9
Thường xuyên	27	6,1

Bảng 3.2 cho thấy có 193 trẻ có thói quen bú bình, chiếm tỷ lệ 43,5%. Tỷ lệ trẻ có thói quen ngậm thức ăn là 30,6%. Về thói quen uống nước ngọt, có 27 trẻ có thường xuyên uống nước ngọt, chiếm tỷ lệ 6,1%.

Bảng 3.3. Tỷ lệ ECC của trẻ 3 tuổi tham gia nghiên cứu theo chỉ số ICDAS (n=444)

Địa điểm	Tỷ lệ % ECC tính từ mức s_1 (a)		Tỷ lệ % ECC tính từ mức s_3 (b)	
	(n)	(%)	(n)	(%)
Bình Chánh	179	80,6	105	47,3
Củ Chi	179	80,6	103	46,1
Chung	358	80,6	208	46,8
Giá trị p		0,926(c)		0,576(c)

(a) $s_1$mt – mr≥1; (b) $s_3$mt – mr≥1; (c) Kiểm định Chi bình phương

Từ bảng 3.3 cho kết quả huyện Bình Chánh và huyện Củ Chi có tỷ lệ $s_1$mt – mr ≥1 bằng nhau với 80,6%. Tỷ lệ trẻ có $s_3$mt – mr ≥1 tại 2 khu vực chiếm 46,8%, trong đó tỷ lệ này ở huyện Bình Chánh (47,3%) cao hơn so với huyện Củ Chi (46,1%). Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa tỷ lệ % ECC với địa chỉ (p>0,05).

Bảng 3.4. Tỷ lệ S – ECC của trẻ 3 tuổi tham gia nghiên cứu theo chỉ số ICDAS (n=444)

Địa điểm	Tỷ lệ % S–ECC tính từ mức s_1(a)		Tỷ lệ % S–ECC tính từ mức s_3 (b)	
	(n)	(%)	(n)	(%)
Bình Chánh	164	73,9	60	27,0
Củ Chi	152	68,5	60	27,0
Chung	316	71,2	120	27,0
Giá trị p		0,929(c)		0,755(c)

(a) $s_1$mt–mr (r53-r63)≥1; (b)s_3m –mr ≥4

(c)Kiểm định Chi bình phương

Bảng 3.4 cho thấy tỷ lệ % S – ECC từ mức $s_1$mt–mr (r53-r63) ≥1 tại 2 khu vực khảo sát là

71,2%, trong đó huyện Bình Chánh (73,9%) cao hơn so với huyện Củ Chi (68,5%). Tuy nhiên, tỷ lệ % S – ECC từ mức $s_3$mt–mr ≥4 ở cả hai khu vực lại bằng nhau ở mức 27%. Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa tỷ lệ % S-ECC với địa chỉ (p>0,05).

Bảng 3.5. Chỉ số smt–r của trẻ 3 tuổi tham gia nghiên cứu (n=444)

Địa điểm	s_1–r	s_3–r	m–r	t–r	$s_1$mt–r	$s_3$mt–r
Bình Chánh	6,06±4,80	4,42±4,80	0,02±0,22	0,26±1,05	6,35±4,77	4,71±5,01
Củ Chi	6,74±4,74	4,13±4,55	0,02±0,19	0,10±064	6,86±4,72	4,25±4,66
Chung	6,4±4,8	4,3±4,7	0,02±0,2	0,2±0,9	6,6±4,8	4,5±4,8
Giá trị p	0,232(a)	0,942(a)	0,103(a)	0,060(b)	0,433(a)	0,632(a)

(a)Kiểm định T phương sai đồng nhất (b)Kiểm định T phương sai không đồng nhất

Bảng 3.5 cho thấy: Tính chung trên cả 2 huyện, chỉ số trung bình s_1–r và s_3–r là 6,4±4,8 và 4,3±4,7. Chỉ số trung bình $s_1$mt–r là 6,6±4,8, trong đó huyện Củ Chi (6,86±4,72) có chỉ số $s_1$mt–r cao hơn so với huyện Bình Chánh (6,35±4,77). Ngược lại, chỉ số $s_3$mt–r trung bình tại huyện Bình Chánh (4,71±5,01) cao hơn so với chỉ số $s_3$mt–r tại huyện Củ Chi (4,25±4,66). Tỷ lệ sâu răng không được điều trị ở cả hai huyện đều rất cao (trên 93%). Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa tỷ lệ các chỉ số smt-r với địa chỉ (p>0,05).

Bảng 3.6. Chỉ số smt–mr của trẻ 3 tuổi trong mẫu nghiên cứu (n=444)

Địa điểm	s_1–mr	s_3–mr	m–mr	t–mr	$s_1$mt–mr	$s_3$mt–mr
Bình Chánh	12,42±14,44	8,45±12,49	0,01±0,07	0,20±0,93	12,63±14,59	8,66±12,55
Củ Chi	11,62±14,17	9,42±12,58	0,04±0,60	0,24±1,41	11,90±14,24	9,70±12,74
Chung	12,02±14,30	8,94±12,53	0,02±0,4	0,2±1,2	12,27±14,41	9,18±12,64
Giá trị p	0,282(b)	0,963(a)	0,274(a)	0,602(b)	0,322(b)	0,895(a)

(a)Kiểm định T phương sai đồng nhất (b)Kiểm định T phương sai không đồng nhất

Bảng 3.8 cho kết quả: Chỉ số trung bình s_1–mr và s_3–mr chung ở cả hai huyện là 12,02±14,30 và 8,94±12,53. Về chỉ số trung bình $s_1$mt–mr là 12,27±14,41 và chỉ số $s_3$mt–mr là 9,18±12,64. Tại Bình Chánh, chỉ số trung bình s_1–mr là 12,42±14,44, cao hơn so với chỉ số trung bình s_1–mr ở huyện Củ Chi (11,62±14,17). Tuy nhiên, chỉ số $s_3$mt–mr trung bình ở huyện Bình Chánh là 8,66±12,55, thấp hơn so huyện Củ Chi (9,42±12,58). Trên 97% tỷ lệ sâu mặt răng không được điều trị ở hai huyện. Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa tỷ lệ các chỉ số smt-mr với địa chỉ (p>0,05).

IV. BÀN LUẬN

Nhìn chung, tỷ lệ trẻ mắc ECC tính từ mức s_1 trong nghiên cứu này là 80,6% và 46,8% trẻ có tỷ lệ ECC tính từ mức s_3. Tỷ lệ này thấp hơn so với kết quả của một số nghiên cứu được công bố trước đó tại Việt Nam như nghiên cứu của tác giả Do Minh Huong và cộng sự được công bố năm 2017 về tỷ lệ sâu răng ở trẻ nhỏ và các yếu tố nguy cơ liên quan ở trẻ mẫu giáo Việt Nam (91,9%) [5]; nghiên cứu của tác giả Truong Manh Dung và cộng sự năm 2010 (81,6% trẻ từ 4-8 tuổi tại 5 tỉnh thành trên cả nước có ECC) [6]. Tỷ lệ S-ECC chung tính từ mức s_1 của nghiên cứu là 71,2%, tỷ lệ S-ECC tính từ mức s_3 là 27,0%. Kết quả này cho thấy không những tỷ lệ ECC mà tỷ lệ S-ECC ở trẻ em Việt Nam cũng còn rất cao, đặc biệt là trẻ em càng nhỏ tuổi hoặc ở các vùng nông thôn. Do đó, cần có biện pháp hữu hiệu hơn nhằm bảo vệ sự toàn vẹn bộ răng sữa cho trẻ.

Kết quả nghiên cứu ghi nhận chỉ số $s_1$mt–r là 6,6±4,8, trong đó chỉ số ở khu vực Bình Chánh là 6,35±4,77, xấp xỉ so với ở Củ Chi là 6,89±4,72. Ở mức s_3, trung bình $s_3$mt–r là 4,5±4,8, trong đó trẻ ở Bình Chánh cao hơn Củ Chi. Từ kết quả nghiên cứu có thể thấy tỷ lệ sâu răng chưa được điều trị ở cả hai mức s_1 và s_3 là khá cao (trên 95%). Chỉ số smt–r ở nghiên cứu này cao ngang bằng với kết quả nghiên cứu của tác giả Do Minh Huong năm 2017 (11,6±13,3), cao hơn so với nghiên cứu của tác giả Iris Kraljevic và cộng sự năm 2017 (chỉ số smr–r trung bình là 9,49) [5,7]. Sự chênh lệch này có thể là do thói quen sinh hoạt, ăn uống, tập quán có sự khác biệt giữa các quốc gia và vùng lãnh thổ, điều này dẫn đến có sự khác biệt ở tình trạng sức khỏe răng miệng của các nhóm trẻ. Kết quả này cũng cao gấp 3 lần so với nghiên cứu của tác giả Trương Mạnh Dũng và cộng sự (2010), chỉ số smt–r là 4,7 trên nhóm trẻ 4-8 tuổi [6]. Điều này có thể lý giải do trẻ được đưa vào nghiên cứu thuộc lứa tuổi nhỏ, chưa tự ý thức việc vệ sinh răng.

Chỉ số smt–mr ở nghiên cứu là 21,5±27,1, trong đó cao nhất là s–mr (21,0±26,8). Kết quả này cũng cho thấy tỷ lệ sâu mặt răng không được điều trị ở cả mức s_1 và s_3 đều ở mức khá cao (97,9% và 97,4%). Những số liệu này cao

hơn so với một số nghiên cứu được công bố trước đây tại Việt Nam như nghiên cứu trên đối tượng trẻ 3 tuổi tại Hà Nội của tác giả Lưu Văn Tường và cộng sự (smt–mr là 5,0 ± 6,46), nghiên cứu của tác giả Do Minh Huong năm 2017 (smt–mr là 16,0±8,6), nghiên cứu của tác giả Trần Văn Trường ở trẻ 6 – 8 tuổi năm 2001 (smt–mr là 12,98) [5,8]. Từ kết quả trên cho thấy cần quan tâm nhiều hơn đến công tác khám sức khỏe răng tại trường học cho trẻ đồng thời truyền thông nâng cao ý thức cho phụ huynh về việc chẩn đoán và điều trị sâu răng sớm ở trẻ.

Điểm mạnh của nghiên cứu là được thực hiện dưới hình thức khám lâm sàng và phỏng vấn trực tiếp phụ huynh, tránh được sai lệch thông tin do hiểu sai câu hỏi hoặc thông tin không đầy đủ. Phiếu ghi chép khám lâm sàng được thực hiện phân loại theo hệ thống ICDAS II đã được chuẩn hóa với các tiêu chuẩn chẩn đoán, ghi nhận mã số nên kết quả nghiên cứu khá đầy đủ và chính xác. Ngoài ra, phần khám lâm sàng được thực hiện bởi đội ngũ bác sĩ chuyên khoa Răng Hàm Mặt nên kết quả điều tra là đáng tin cậy. Bên cạnh những điểm mạnh, nghiên cứu cũng gặp phải một số hạn chế như thiết kế cắt ngang không đánh giá được mối quan hệ nhân quả, nguy cơ phát triển sâu răng với các đặc điểm của trẻ tham gia nghiên cứu.

V. KẾT LUẬN

Tỷ lệ trẻ 3 tuổi có ECC hiện nay ở mức rất cao. Do đó cần đẩy mạnh các chương trình chăm sóc sức khoẻ răng miệng cho đối tượng trẻ nhỏ, đặc biệt ở lứa tuổi mẫu giáo. Tăng cường các hoạt động truyền thông, giáo dục nâng cao nhận thức của phụ huynh về tầm quan trọng của chẩn đoán và điều trị sớm sâu răng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Östberg AL, Skeie MS, Skaare AB, Espelid I.** Caries increment in young children in Skaraborg, Sweden: associations with parental sociodemography, health habits, and attitudes. Int J Paediatr Dent. Jan 2017;27(1):47-55. doi:10.1111/ipd.12225
2. **Baggio S, Abarca M, Bodenmann P, Gehri M, Madrid C.** Early childhood caries in Switzerland: a marker of social inequalities. BMC Oral Health. Jul 22 2015;15:82. doi:10.1186/s12903-015-0066-y
3. **Folayan MO, Kolawole KA, Oziegbe EO, et al.** Prevalence, and early childhood caries risk indicators in preschool children in suburban Nigeria. BMC Oral Health. 2015;15:72-72. doi:10.1186/s12903-015-0058-y
4. **Ghazal T, Levy SM, Childers NK, et al.** Prevalence and incidence of early childhood caries among African-American children in Alabama. Journal of public health dentistry. Winter 2015;75(1):42-8. doi:10.1111/jphd.12069
5. **Do Minh Huong, Le Thi Thu Hang, Vo Truong Nhu Ngoc, et al.** Prevalence of early childhood caries and its related risk factors in preschoolers: Result from a cross sectional study in Vietnam Pediatric Dental Journal. 2017;
6. **Trương Mạnh Dũng, Ngô văn Toàn.** Nha khoa cộng đồng. Nhà xuất bản Giáo dục Việt Nam; 2013.
7. **Kraljevic I, Filippi C, Filippi A.** Risk indicators of early childhood caries (ECC) in children with high treatment needs. Swiss Dent J. 2017;127(5):pg.398-410.
8. **Lưu Văn Tường.** Nghiên cứu bệnh sâu răng và đánh giá hiệu quả điều trị sâu răng sớm bằng véc-ni fluor của trẻ 3 tuổi ở thành phố Hà Nội. Trường Đại học Y Hà Nội; 2020.

KHẢO SÁT CÁC YẾU TỐ LIÊN QUAN ĐẾN NHIỄM KHUẨN TRÊN BỆNH NHÂN ĐẶT CATHETER MẠCH MÁU TẠI BỆNH VIỆN THỐNG NHẤT

Nguyễn Thị Thanh An[1], Nguyễn Bách[2], Trần Quỳnh Như[2], Nguyễn Trúc Ý Nhi[2], Nguyễn Thanh Hải[2], Nguyễn Phương Dung[2], Phạm Thị Thu Hiền[2], Trần Thị Phương Mai[2], Trần Huỳnh Ngọc Diễm[2], Bùi Thị Hương Quỳnh[1,2*]

TÓM TẮT

Mở đầu: Đặt catheter mạch máu là thủ thuật tương đối phổ biến trong quá trình điều trị cho bệnh nhân (BN) nằm viện nội trú. Thủ thuật này có thể làm tăng nguy cơ nhiễm khuẩn trên bệnh nhân. **Mục tiêu:** Xác định các yếu tố liên quan đến nhiễm khuẩn trên BN đặt catheter mạch máu tại Bệnh viện Thống Nhất. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu**: Nghiên cứu cắt ngang mô tả trên hồ sơ bệnh án của BN đủ 18 tuổi trở lên, điều trị nội trú và được tiến hành đặt catheter mạch máu tại Bệnh viện Thống Nhất từ tháng 1/2018 đến tháng 12/2021. Thu thập dữ liệu liên quan đến BN: tuổi, giới tính, bệnh mắc kèm, vị trí đặt catheter, số lượng catheter đặt trên mỗi BN, thời gian nằm viện, tình trạng nhiễm khuẩn. Sử dụng phân tích hồi quy logistic đa biến để xác định các yếu tố liên quan đến nhiễm khuẩn. **Kết quả:** Có 393 catheter

[1]Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh
[2]Bệnh viện Thống Nhất
Chịu trách nhiệm chính: Bùi Thị Hương Quỳnh
Email: bthquynh@ump.edu.vn

Ngày nhận bài: 3.10.2022
Ngày phản biện khoa học: 31.10.2022
Ngày duyệt bài: 7.11.2022