

nghiên cứu và phát biểu rằng không có mối liên hệ có ý nghĩa giữa mảnh gãy dụng cụ với sự lành thương của các tổn thương quanh chóp. Còn Spili và cs (2005) đã thực hiện nghiên cứu và cho thấy rằng mảnh gãy dụng cụ thực sự ảnh hưởng có ý nghĩa đến sự lành thương của các tổn thương quanh chóp. Chính sự mâu thuẫn này làm cho các bác sĩ lâm sàng cần được cung cấp thông tin dựa trên những bằng chứng rõ ràng hơn để đánh giá được nguy cơ tiềm ẩn của sự cố này [8]. Kế hoạch khắc phục hậu quả khi gãy dụng cụ xảy ra về cơ bản có 2 hướng là quyết định để lại mảnh gãy hay thực hiện lấy mảnh gãy ra. Điều này phụ thuộc vào vị trí của mảnh gãy như chúng tôi đã trình bày bên trên.

## V. KẾT LUẬN

Khả năng gãy ở hệ thống trám Protaper quay tay xảy ra khi dụng cụ đã sửa soạn  $10 \pm 2.7$  ống túy. Không có dụng cụ nào bị gãy trong lần sửa soạn đầu tiên. Dụng cụ có suất độ gãy nhiều nhất là trám S1. Khi sự cố gãy dụng cụ xảy ra, chiều dài mảnh gãy trung bình là  $2.13 \pm 1.26$  mm. Mảnh gãy thường có xu hướng nằm gần về phía chóp răng hơn là phía miệng ống túy với khoảng cách trung bình từ đỉnh mảnh gãy tới chóp răng là  $3.09 \pm 1.60$  mm và khoảng cách trung bình từ đầu mảnh gãy tới miệng ống túy là  $5.97 \pm 1.84$  mm.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Hoàng Tử Hùng (2014)**, "Bài mở đầu nội nha", Giáo trình giảng dạy bộ môn Chữa răng – Nội nha, Đại học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh.

- Đinh Thị Khanh Vân**, "Sửa soạn hệ thống ống túy (Làm sạch và tạo dạng hệ thống ống túy)", Giáo trình giảng dạy bộ môn Nội Nha, Đại học Y Dược TPHCM.
- Berutti Elio, Chiandussi Giorgio, Paolino Salvatore Davide, Scotti Nicola, Cantatore Giuseppe, Castellucci Arnaldo, and Pasqualini Damiano (2012)** "Canal Shaping with WaveOne Primary Reciprocating Files and ProTaper System: A Comparative Study." Journal of Endodontics, 38(4) HYPERLINK "<http://www.sciencedirect.com/science/journal/00992399/38/4>" \o "Go to table of contents for this volume/issue" 4 ), pp.505-509
- Bùi Quế Dương (2008)**, "Nội nha lâm sàng", Nhà xuất bản Y học xuất bản lần thứ 2, tr. 91-107, tr. 155-165
- Wu Jintao, Lei Gang, Yan Ming, Yu Yan, Yu Jinhua, and Zhang Guangdong (2011)** "Instrument Separation Analysis of Multi-used ProTaper Universal Rotary System during Root Canal Therapy." Journal of Endodontics, 37(6), pp.758-763
- Varela-Patinó Purificación, Iban Ez-Párraga Adalce, Rivas-Mundina Berta, Cantatore Giuseppe, Otero Luis Xosé, and Martin-Biedma Benjamin (2010)** "Alternating versus Continuous Rotation: A Comparative Study of the Effect on Instrument Life." Journal of Endodontics, 36 (HYPERLINK "<http://www.sciencedirect.com/science/journal/00992399/36/1>" \o "Go to table of contents for this volume/issue" 1 ), pp.157-159
- Schneider S.W. (1971)**, "A comparison of canal preparation in straight and curved root canals", Oral Surg Oral Med Oral Pathol, 32(2), pp.271-5.
- Spili Peter, Parashos Peter, and Messer H. Harold (2005)** "The Impact of Instrument Fracture on Outcome of Endodontic Treatment". Journal of Endodontics, 31(12), pp.845-850

## TÌNH TRẠNG SÂU RĂNG VĨNH VIỄN Ở TRẺ EM VIỆT NAM NĂM 2019

### TÓM TẮT

Nghiên cứu nhằm xác định tình trạng sâu răng vĩnh viễn ở trẻ em Việt Nam năm 2019, từ đó hoạch định các biện pháp dự phòng sâu răng cho trẻ em trong thời gian tới. Nghiên cứu cắt ngang với cỡ mẫu 8053 trẻ em chia làm 4 lứa tuổi (6 – 8 tuổi, 9 – 11 tuổi, 12-14 tuổi, và 15-17 tuổi) được chọn theo phương pháp ngẫu nhiên, phân tầng nhiều giai đoạn từ 14 tỉnh thành đại diện cho cả nước theo các vùng địa lý. Tình trạng sâu răng ở trẻ em được ghi nhận bởi chỉ số răng sâu – măt – trám (DMFT) và chỉ số măt

Nguyễn Thị Hồng Minh\*, Trịnh Đình Hải\*

răng sâu – măt – trám (DMFS) theo tiêu chí của Tổ chức Y tế thế giới kết hợp với chỉ số sâu răng sớm của ICIDAS. Kết quả nghiên cứu cho thấy, sâu răng vĩnh viễn xuất hiện sớm và tăng nhanh theo tuổi. Tỷ lệ sâu răng cao nhất ở nhóm tuổi 12 – 15 (43,7%) và trung bình mỗi trẻ có một đến hai răng sâu không được hàn, tỷ lệ răng được điều trị rất thấp. Kết quả này cho thấy cần đẩy mạnh hơn nữa các biện pháp chăm sóc sức khỏe răng miệng cho trẻ em ở mọi lứa tuổi.

**Từ khóa:** Sâu răng vĩnh viễn, trẻ em Việt Nam

### SUMMARY

### SITUATION OF CARIES IN PERMANENT DENTITION IN VIETNAMESE CHILDREN IN 2019

The study aims to identify the situation of caries in permanent dentition in Vietnamese children in 2019, thereby planning measures to prevent dental caries for children in the near future. A cross-sectional study with a sample size of 8053 children divided into age

\*Bệnh viện Răng Hàm Mặt TƯ, Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Hồng Minh  
Email: tradentist@gmail.com  
Ngày nhận bài: 1/3/2021  
Ngày phản biện khoa học: 29/3/2021  
Ngày duyệt bài: 2/5/2021

groups (6-8; 9-11; 12-14 and 15-17 years old) was selected according to the randomized, multi-stage stratification method from 14 provinces representing the whole country by geographic regions. Caries in permanent dentition status was recognized by the tooth decay - loss - fillings index (DMFT) and the surface decay - loss - fillings index (DMFS) according to the World Health Organization criteria combined with the early tooth decay lesion of ICDAS's index. The results showed that permanent caries appeared early and increased rapidly with age. The rate of caries was highest in the age group of 12-15 (43.7%) and on average, each child has 1 to 2 tooth decay without filling, the rate of treated teeth was very low. This result showed that it is necessary to promote dental health care activities for children.

**Keywords:** Caries in permanent dentition, Vietnamese children

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh sâu răng là một bệnh nhiễm khuẩn phổ biến nhất ở trẻ em, có thể gặp ở mọi lứa tuổi, mọi tầng lớp xã hội. Bệnh xuất hiện sớm và nếu không được phát hiện điều trị kịp thời sẽ gây ra nhiều biến chứng. Dự phòng sâu răng sớm ở lứa tuổi học đường đã được Tổ chức Y Tế Thế giới (WHO) khuyến cáo cần triển khai. Chương trình chăm sóc răng miệng tại trường học đã và đang được quan tâm và thực hiện ở hầu hết các nước trên thế giới và trong khu vực từ nhiều thập kỷ nay. Tuy nhiên, hiệu quả của những chương trình dự phòng bệnh sâu răng ở các nước trên thế giới không giống nhau. Ở các nước phát triển, sâu răng có xu hướng giảm xuống nhưng lại có xu hướng tăng lên ở các nước đang phát triển. Bệnh sâu răng có diễn biến phức tạp do chịu ảnh hưởng của nhiều yếu tố nguy cơ, như sự hiểu biết, các biện pháp giáo dục của cha mẹ, nhà trường, các phong tục, tập quán và thói quen ăn uống, vệ sinh răng miệng của học sinh. Vì vậy, hiệu quả của các biện pháp dự phòng có thể thay đổi, diễn biến khác nhau theo các vùng, miền khác nhau. Nghiên cứu được tiến hành nhằm đánh giá tình trạng sâu răng ở trẻ em từ đó đưa ra những chiến lược toàn diện chăm sóc sức khoẻ răng miệng cho trẻ em và cộng đồng.

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

### 2.1. Đối tượng, địa điểm và thời gian nghiên cứu

#### 2.1.1. Địa điểm và thời gian nghiên cứu

- Địa điểm: 14 tỉnh thành đại diện cho 7 vùng địa lý của Việt Nam, bao gồm: vùng núi phía bắc, vùng đồng bằng sông Hồng, vùng duyên hải bắc trung bộ, vùng duyên hải nam trung bộ, vùng cao nguyên trung bộ, vùng đồng nam bộ và vùng đồng bằng sông Cửu Long.

- Thời gian nghiên cứu: 2016 – 2017.

#### 2.1.2. Đối tượng nghiên cứu

+ **Tiêu chuẩn lựa chọn:** trẻ 6 -17 tuổi, trẻ và bố mẹ đồng ý cho trẻ tham gia nghiên cứu.

+ **Tiêu chuẩn loại trừ:** trẻ đang mắc các bệnh cấp tính, bố mẹ không đồng ý tham gia nghiên cứu, không hợp tác trong khi nghiên cứu.

#### 2.2. Phương pháp nghiên cứu

**2.2.1. Thiết kế nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang

Trong nghiên cứu này thì các vùng đã chọn mẫu được lựa chọn dựa vào các khu vực địa lý bao phủ cả nước. Việt Nam được phân làm bảy vùng dựa vào vị trí và các đặc điểm địa lý.

Từ 7 vùng này chọn ra 14 tỉnh. Tất cả có 28 quận/huyện được chọn ngẫu nhiên từ 14 tỉnh thành. Ở mỗi cấp lựa chọn thì xác suất lựa chọn cân xứng với số lượng dân số. Trong mỗi quận/huyện được chọn, lập danh sách tất cả các trường. Mỗi quận/huyện sẽ chọn ngẫu nhiên 03 nhóm trường (mỗi cụm gồm 1 trường tiểu học, 1 trường THCS, 1 trường THPT). Tổng số có 56 nhóm trường được chọn.

**2.2.2. Cỡ mẫu và chọn mẫu.** Mẫu nghiên cứu chọn theo phương pháp ngẫu nhiên, phân tầng nhiều giai đoạn. Mỗi nhóm lại bao gồm 4 nhóm tuổi từ 6 đến 17 tuổi, và các đối tượng nghiên cứu được chọn ngẫu nhiên từ các lớp trong trường tiểu học, trung học cơ sở, và phổ thông trung học.

Nhóm 1 (6-8 tuổi): lớp 1,2,3 (trường tiểu học).

Nhóm 2 (9-11 tuổi): lớp 4,5 (trường tiểu học) và lớp 6 (trường trung học cơ sở).

Nhóm 3 (12-14 tuổi): lớp 7,8,9 (trường trung học cơ sở).

Nhóm 4 (15-17 tuổi): lớp 10,11,12 (trường phổ thông trung học).

Nhóm tuổi được đánh giá tình trạng sâu răng sữa là nhóm 1 và nhóm 2, trong đó nhóm tuổi then chốt là 6 tuổi. Công thức tính cỡ mẫu cho đơn vị mẫu nhỏ nhất:

$$n = Z^2_{(1-\alpha/2)} \times \frac{p \times q}{e^2}$$

Trong đó: n = cỡ mẫu nghiên cứu

$Z^2_{(1-\alpha/2)}$ : hệ số tin cậy,  $\alpha=0,05$  thì  $Z^2_{(1-\alpha/2)} = 1,96$

P = tần suất ước tính mắc bệnh sâu răng ở trẻ em,  $p=0,8$  (80%).

q =  $1-p = 0,2$

e = độ chính xác tuyệt đối mong muốn (confident limit around the point estimate), thường lấy = 0.05 (5%).

Từ công thức tính được  $n = 122$ . Ước lượng sai số 5% ta có cỡ mẫu là 128.

Như vậy, cỡ mẫu cho mỗi trường là 128 đối tượng. Mỗi nhóm tuổi sẽ có 32 đối tượng.

Cỡ mẫu của điều tra ở trẻ em là: 7168 đối tượng.

Thực tế nghiên cứu đã khám cho 8043 trẻ em, đảm bảo lớn hơn cỡ mẫu đã tính.

### 2.2.3. Các bước tiến hành

#### 2.2.3.1. Chuẩn bị nghiên cứu

❖ Liên hệ cơ sở thực hiện nghiên cứu:

- Liên hệ với Ủy ban Nhân dân và cơ quan y tế của các tỉnh/ thành, huyện/ quận và xã/ phường đã được chọn và đề nghị cử cán bộ phối hợp nghiên cứu.

- Lập danh sách học sinh và chọn ngẫu nhiên theo cỡ mẫu.

- Gửi phiếu xác nhận đồng ý tham gia nghiên cứu của phụ huynh trẻ và phiếu câu hỏi

❖ Tập huấn cho cán bộ nghiên cứu

Chỉ sử dụng những người khám đã được tập huấn và định chuẩn. Việc tập huấn và định chuẩn đã được tiến hành ở Hà Nội và thành phố Hồ Chí Minh.

❖ Chuẩn bị dụng cụ, công cụ khám răng

- Chuẩn bị dụng cụ: bộ khay khám răng (khay quả đậu, gương, thám châm, cây thăm dò nha chu, gấp), bông, cốc nhựa.

- Nguồn sáng: đèn sợi quang học có kèm theo gương khám

- Phiếu khám: theo mẫu của Tổ chức Y tế thế giới "Điều tra sức khỏe răng miệng - Các phương pháp cơ bản", xuất bản lần thứ 5, năm 2013.

- Áp dụng các biện pháp vô khuẩn theo đúng qui trình

#### 2.2.3.2. Quy trình thực hiện khám lâm sàng

## III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

### Bảng 1. Tình trạng sâu răng vĩnh viễn

tuổi	n	%	DMFT				DMFS			
			DT	MT	FT	DMFT	DS	MS	FS	DMFS
6 - 8	420	20,9	0,43	0,01	0,04	0,48	1,21	0,01	0,06	1,28
9 - 11	692	34,4	0,80	0,02	0,11	0,93	2,78	0,02	0,18	2,98
12 - 14	879	43,7	1,37	0,04	0,21	1,62	4,70	0,04	0,30	5,03
15 - 17	731	36,3	1,17	0,07	0,30	1,54	4,33	0,07	0,40	4,81

**Nhận xét:** Sâu răng vĩnh viễn xuất hiện sớm và tăng nhanh theo tuổi, Từ 6 – 8 tuổi đã có 20,9% số trẻ có sâu răng vĩnh viễn, số răng vĩnh viễn sâu tăng lên theo tuổi, trung bình mỗi trẻ có 1 đến 2 răng sâu. Mức độ sâu răng cũng tăng dần theo tuổi và tỷ lệ răng được điều trị rất thấp.

### Bảng 2: Tình trạng sâu răng vĩnh viễn theo tuổi và giới

Tuổi	Giới	n	Tỷ lệ	DMFT			
				DT	MT	FT	DMFT
6-8	nam	239	20,5	0,43	0,01	0,04	0,48
	nữ	181	21,4	0,42	0,01	0,05	0,47
9 - 11	nam	383	34,3	0,82	0,01	0,11	0,93
	nữ	309	34,4	0,78	0,02	0,11	0,92

<b>12-14</b>	nam	477	45,5	1,49	0,04	0,17	1,69
	nữ	402	41,8	1,30	0,04	0,25	1,59
<b>15-17</b>	nam	344	33,3	1,10	0,05	0,27	1,42
	nữ	387	39,4	1,31	0,09	0,34	1,74

**Nhận xét:** Tỷ lệ sâu răng tăng theo thời gian ở cả hai giới. Ở lứa tuổi từ 6 đến 11, sâu răng cả hai giới không có sự khác biệt, tuy nhiên khi trẻ lớn hơn thì sâu răng của nam và nữ có sự khác nhau, ở nhóm 12 – 14 tuổi sâu răng của nam lớn hơn nữ, trong khi đó ở nhóm 15 -17 tuổi lại cho kết quả nữ cao hơn nam.

**Bảng 3. Tình trạng sâu răng ở các nhóm tuổi then chốt theo giới**

Tuổi	Giới	n	%	DT	MT	FT	DMFT
12	Nam	163	46,6	1,38	0,03	0,15	1,56
	nữ	136	42,9	1,20	0,05	0,30	1,56
15	Nam	106	30,6	0,90	0,05	0,36	1,31
	nữ	129	40,1	1,44	0,08	0,43	1,95

**Nhận xét:** Ở lứa tuổi 12, tình trạng sâu răng ở nam cao hơn nữ, tuy nhiên chỉ số DMFT lại gần bằng nhau. Ở trẻ 15 tuổi, học sinh nữ sâu răng nhiều hơn nam rõ rệt, chỉ số DMFT cũng cao hơn nhiều.

**Bảng 4. Tình trạng sâu răng vĩnh viễn theo các vùng địa lý.**

Vùng	tuổi	n	% %	DMFT			
				DT	MT	FT	DMFT
Vùng núi phía bắc	6-8	50	17,4	0,35	0,04	0,05	0,44
	9-11	75	26,0	0,56	0,02	0,12	0,70
	12-14	81	28,1	0,70	0,02	0,25	0,97
	15-17	74	25,7	0,62	0,08	0,45	1,15
	Chung	280	24,3	0,54	0,04	0,19	0,77
Vùng ĐBSH	6-8	64	22,2	0,48	0,00	0,15	0,63
	9-11	116	40,3	1,30	0,00	0,16	1,46
	12-14	156	54,2	1,81	0,00	0,40	2,21
	15-17	109	37,8	1,31	0,02	0,28	1,61
	Chung	445	38,6	1,19	0,00	0,24	1,43
Vùng duyên hải BTB	6-8	35	12,2	0,25	0,01	0,04	0,30
	9-11	93	32,3	0,79	0,02	0,28	1,09
	12-14	125	43,4	1,54	0,05	0,30	1,89
	15-17	88	30,6	0,93	0,03	0,41	1,37
	Chung	341	29,6	0,84	0,03	0,24	1,11
Vùng duyên hải NTB	6-8	42	14,6	0,26	0,00	0,06	0,32
	9-11	67	23,3	0,35	0,02	0,15	0,52
	12-14	60	20,8	0,37	0,03	0,30	0,70
	15-17	60	20,8	0,50	0,06	0,35	0,91
	Chung	229	19,9	0,37	0,03	0,22	0,62
Vùng cao nguyên TB	6-8	46	16,0	0,29	0,00	0,06	0,35
	9-11	103	35,8	0,78	0,01	0,23	1,02
	12-14	155	54,0	1,83	0,04	0,42	2,29
	15-17	140	48,6	1,45	0,12	0,74	2,31
	Chung	444	38,6	1,07	0,04	0,36	1,47
Vùng ĐNB	6-8	111	38,5	0,45	0,01	0,02	0,48
	9-11	138	47,9	1,32	0,00	0,10	1,42
	12-14	169	58,9	2,23	0,04	0,25	2,52
	15-17	144	50,0	2,21	0,06	0,38	2,65
	Chung	562	48,8	1,56	0,03	0,19	1,78
Vùng ĐB SCL	6-8	72	25,2	0,42	0,00	0,01	0,43
	9-11	100	35,0	0,85	0,02	0,04	0,91
	12-14	133	46,7	1,38	0,09	0,16	1,63
	15-17	116	40,6	1,58	0,15	0,28	2,01
	Chung	421	36,8	1,07	0,07	0,13	1,27

**Nhận xét:** Mỗi vùng địa lý có sự phân bố tỷ lệ sâu răng khác nhau. Vùng đồng bằng sông Hồng, vùng cao nguyên trung bộ, vùng đồng nam bộ, vùng đồng bằng sông Cửu Long cho thấy tỷ lệ sâu răng vĩnh viễn cao hơn và tăng lên theo tuổi của trẻ. Vùng miền núi phía bắc, duyên hải bắc trung bộ, duyên hải nam trung bộ có tỷ lệ sâu răng vĩnh viễn thấp hơn.

#### IV. BÀN LUẬN

Tình trạng sâu răng vĩnh viễn ở trẻ em được ghi nhận bởi chỉ số răng sâu – mất – trám (DMFT) và chỉ số mặt răng sâu – mất – trám (DMFS). Chỉ số DMFT là số trung bình răng sâu (DT), răng sâu đã mất (MT) và răng sâu đã trám (FT). Chỉ số DMFS là số trung bình mặt răng sâu (DS), mặt răng đã mất do sâu (MS) và mặt răng sâu đã trám (FS).

Theo kết quả nghiên cứu ở bảng 1, tỷ lệ sâu răng vĩnh viễn là một vấn đề cần phải quan tâm, sâu răng vĩnh viễn xuất hiện với tỷ lệ cao khi vừa mới mọc (nhóm 6 – 8 tuổi) và tăng dần theo tuổi, từ 9 tuổi tỷ lệ sâu răng vĩnh viễn của trẻ đã rất nghiêm trọng( 34,4% – 43,7%), tỷ lệ răng được điều trị thấp, tuy nhiên so với răng sữa thì tỷ lệ DMFT và DMFS thấp hơn rất nhiều, điều này có thể lý giải về cấu trúc giải phẫu – mô học của răng vĩnh viễn bền vững hơn so với răng sữa. Mặc dù vậy, trẻ lại bị sâu răng vĩnh viễn từ rất sớm ngay khi vừa mới mọc lên, do đó đòi hỏi tăng cường giáo dục vệ sinh răng miệng cho cộng đồng cũng như sự quan tâm chăm sóc sức khỏe răng miệng của chính bản thân đứa trẻ cũng như từ các bậc phụ huynh.

Ở bảng 2, tỷ lệ sâu răng tăng theo thời gian ở cả hai giới, ở lứa tuổi từ 6 đến 11, tỷ lệ sâu răng cả hai giới không có sự khác biệt, tuy nhiên khi trẻ lớn hơn thì tỷ lệ sâu răng của nam và nữ đã có sự khác nhau, Một số nghiên cứu cho rằng các bạn nữ thường có ý thức về chăm sóc bản thân hơn các bạn nam, vì vậy vấn đề răng miệng cũng được cải thiện hơn.

Lý do dẫn đến tình trạng sâu răng cao ở trẻ có thể được giải thích bởi nhiều yếu tố khách quan cũng như chủ quan, như thói quen ăn uống nhiều bữa của trẻ, ăn nhiều thức ăn có chứa đường như sữa, bánh kẹo, nước ngọt..., vệ sinh răng miệng kém, chưa có các biện pháp dự phòng sâu răng hợp lý, nồng độ fluor trong nguồn nước sinh hoạt không đủ... Bên cạnh đó ở lứa tuổi này trẻ đang ở trong giai đoạn hàm răng hỗn hợp, những thay đổi về giải phẫu của răng và lợi cũng làm khó dễ cho vấn đề vệ sinh răng miệng và sự tích tụ theo thời gian của một quá

trình sâu răng từ khi trẻ còn nhỏ...

Kết quả bảng 4, tỷ lệ sâu răng vĩnh viễn ở trẻ em đều cao, trung bình mỗi trẻ có 1 răng bị sâu hoặc mất do sâu hoặc đã hàn. Mỗi vùng địa lý đều cho thấy tỷ lệ sâu răng vĩnh viễn tăng lên theo tuổi của trẻ, trong các vùng địa lý cho thấy vùng miền núi phía bắc và duyên hải nam trung bộ có tỷ lệ sâu răng vĩnh viễn thấp hơn so với các vùng khác, cần phải có nghiên cứu sâu hơn để lý giải vấn đề này. Điều này có thể lý giải bởi điều kiện phát triển kinh tế xã hội ở vùng này cao hơn các vùng khác, công tác nha học đường được chú trọng và quan trọng nhất ở vùng này được fluor hóa nguồn nước cấp công cộng. Số răng sữa bị sâu trên mỗi trẻ ở các vùng miền đều cao, trung bình mỗi trẻ có khoảng 6 răng sữa sâu, gây ảnh hưởng lớn đến sự phát triển thể chất của trẻ. Điều này nhắc nhở chúng ta cần quan tâm hơn nữa đến vấn đề nguy cơ sâu răng của trẻ, đòi hỏi nhiều đến công tác dự phòng tại cộng đồng, bao gồm công tác giáo dục nâng cao nhận thức về chăm sóc sức khỏe răng miệng tại cộng đồng, cũng như sự quan tâm của bộ máy chính quyền của nhà nước vào các chương trình bảo vệ sức khỏe răng miệng như fluor hóa nước cấp công cộng, fluor hóa muối ăn, các chính sách nhà nước để hạn chế người dân sử dụng đường...

#### V. KẾT LUẬN

- Có 86,4% trẻ em từ 6 – 8 tuổi bị sâu răng sữa và chỉ số dmft trung bình là 6,21, trong đó mỗi em có trung bình 5 răng sâu không được điều trị.

- Có khoảng ¼ số trẻ em 6 tuổi có từ một đến sáu răng sâu.

- Tỷ lệ sâu răng sữa cao ở tất cả các vùng địa lý (trừ vùng Đông Nam bộ).

#### TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Gugnani. N.** International Caries Detection and Assessment System (ICIDAS): A newConcept. Int J Clin Pediatr Dent 2011 May-Aug; 4(2): 93-100.
- Thống kê y học 1996.** Nhà xuất bản Hanoi , 1997
- Trịnh Đình Hải, Đào Ngọc Phong.** Phương pháp nghiên cứu dịch tễ học lâm sàng trong Nha khoa. Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, 2014.
- Trường TV; Hải. TD.** Điều tra sức khỏe răng miệng toàn quốc. Nhà xuất bản Y học, 2002.
- Trương Mạnh Dũng, Vũ Mạnh Tuấn (2011).** "Thực trạng bệnh răng miệng và một số yếu tố liên quan ở trẻ 4-8 tuổi tại 5 tỉnh thành của Việt Nam năm 2010", Y Học Thực Hành, 797 (12), tr56-59.
- World Health Organization.** Oral health Survey – Basic methods, 5th Edition. Geneva, WHO, 2013