

ĐẶC ĐIỂM BỆNH RĂNG MIỆNG Ở TRẺ MẮC HỘI CHỨNG THẬN HƯ TIÊN PHÁT TẠI BỆNH VIỆN NHI TRUNG ƯƠNG

Lương Minh Hằng^{1,✉}, Tống Minh Sơn¹, Trần Huy Thịnh¹, Phạm Tuệ Minh¹, Đinh Việt Hà¹,
Khuất Thu Hương¹, Mai Thị Giang Thanh²

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Trường Cao đẳng Y tế Hà Đông

Bệnh răng miệng là một trong những bệnh phổ biến nhất trên toàn cầu và gây ra gánh nặng nghiêm trọng về sức khỏe và kinh tế, giảm chất lượng cuộc sống. Theo y văn, những trẻ mắc hội chứng thận hư có sự tác động phá hủy mô cứng và các tổ chức quanh răng khi sử dụng kéo dài các loại thuốc trong điều trị bệnh. Ngoài ra, sự nhập viện thường xuyên và chế độ ăn uống riêng biệt cũng ảnh hưởng đến việc chăm sóc và phòng ngừa các bệnh răng miệng. Nghiên cứu này nhằm mục đích mô tả các bệnh răng miệng của trẻ mắc hội chứng thận hư tiên phát tại Bệnh viện Nhi Trung ương. Phương pháp nghiên cứu mô tả cắt ngang được thực hiện ở 407 trẻ. Kết quả nghiên cứu cho thấy tỉ lệ trẻ nam mắc bệnh cao (309 trẻ chiếm 75,6%), chỉ số vệ sinh răng miệng của trẻ ở ở mức trung bình, 63,9% trẻ viêm lợi, 12,3% trẻ viêm lợi phi đại, 78,6% trẻ bị sâu răng, chỉ số sâu răng sữa của trẻ dmft/dmfs là 5,6/9,9; chỉ số sâu răng vĩnh viễn DFMT/DMFS là 1,4/1,8; 11,1% trẻ có khiếm khuyết phát triển men răng, gặp chủ yếu là dạng mờ đục ranh giới rõ.

Từ khóa: hội chứng thận hư tiên phát, bệnh răng miệng, viêm lợi, lợi phi đại, sâu răng, khiếm khuyết phát triển men răng.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Theo số liệu của Tổ chức Y tế thế giới trong nghiên cứu gánh nặng bệnh tật toàn cầu 2017 ước tính rằng các bệnh răng miệng ảnh hưởng đến 3,5 tỷ người trên toàn thế giới, trong đó sâu răng không được điều trị là một trong những bệnh không truyền nhiễm phổ biến nhất.¹

Tại Việt Nam, Liên đoàn nha khoa quốc tế đã cảnh báo Việt Nam là một trong những nước có tỉ lệ trẻ mắc bệnh răng miệng cao nhất thế giới. Năm 2010, theo kết quả điều tra của Viện Đào tạo Răng Hàm Mặt - Trường Đại học Y Hà Nội tại năm tỉnh thành trong cả nước thấy: tỉ lệ sâu răng sữa của trẻ từ bốn đến tám tuổi là 81,6%; sâu răng vĩnh viễn là 16,3%; 90,6% trẻ có cặn bám

và 81,1% trẻ có cao răng.² Đó là kết quả nghiên cứu trên những trẻ bình thường không có bệnh toàn thân kèm theo. Vậy câu hỏi đặt ra là: Sức khỏe răng miệng ở những trẻ có bệnh toàn thân như thế nào? Với những trẻ có bệnh toàn thân thì sức khỏe răng miệng ra sao, có có sự ảnh hưởng qua lại giữa bệnh răng miệng và bệnh toàn thân hay không? Tại Việt Nam hiện tại chưa có nhiều nghiên cứu đề cập đến tình trạng răng miệng ở trẻ mắc hội chứng thận hư tiên phát (HCTHTP). Năm 2018, nghiên cứu của Tống Minh Sơn và cộng sự (CS) trên 236 trẻ ở độ tuổi 6 – 14 thấy tỉ lệ sâu răng chung ở mức cao (90,7% trẻ), trong đó:³ tỉ lệ sâu răng sữa của trẻ 6 – 8 tuổi là 93,0%, chỉ số dmft/dmfs là 6,6/12,5. Tỉ lệ sâu răng vĩnh viễn cao và gia tăng theo tuổi: 73,4% ở trẻ 9 – 11 tuổi và 87,1% ở trẻ 12 – 14 tuổi. Chỉ số DMFT/DMFS tăng theo lứa tuổi. Nhóm trẻ 9 – 11 tuổi có DMFT/DMFS là 2,4/3,9 trong khi nhóm 12 – 14 tuổi có DMFT/DMFS là 3,6/5,3. Không chỉ riêng tỉ lệ sâu

Tác giả liên hệ: Lương Minh Hằng

Trường Đại học Y Hà Nội

Email: minhhang@hmu.edu.vn

Ngày nhận: 30/03/2021

Ngày được chấp nhận: 22/04/2021

răng cao mà tỉ lệ viêm lợi của trẻ mắc HCTHTP cũng cao, theo Phạm Thị Phương (2017) và CS:⁴ 90,7% trẻ mắc HCTHTP có viêm lợi, 78,2% trẻ dùng cyclosporin có phì đại lợi; 85,6% trẻ có cao răng. Chỉ số vệ sinh răng miệng đơn giản (OHI-S) là $2,9 \pm 1,2$; trong đó hơn 50% trẻ có chỉ số vệ sinh đơn giản kém.

Theo số liệu thống kê của Bệnh viện Nhi Trung ương trong 10 năm (1981 - 1990) số trẻ mắc hội chứng thận hư chiếm 1,7% tổng số trẻ điều trị nội trú và trên 46,0% tổng số trẻ của khoa Thận – Lọc máu.⁵ Trong số đó, trẻ mắc HCTHTP chiếm hơn 96,0% nên chúng tôi quyết định tiến hành nghiên cứu trên nhóm trẻ mắc HCTHTP tại bệnh viện.

Xuất phát từ các vấn đề trên chúng tôi tiến hành thực hiện đề tài mô tả “Đặc điểm bệnh răng miệng ở trẻ mắc hội chứng thận hư tiên phát tại Bệnh viện Nhi Trung ương”

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

1. Đối tượng

Trẻ em được chẩn đoán hội chứng thận hư tiên phát tại khoa Thận - Lọc máu Bệnh viện Nhi Trung ương với những tiêu chuẩn chẩn đoán của ISKDC (International study of Kidney diseases in Children):⁶

- Protein niệu $\geq 50\text{mg/kg/24}$ giờ.
- Protein máu < 56 g/l.
- Albumin máu < 25 g/l.

Hoặc chỉ số protein/creatinine niệu $> 0,2\text{g/mmol}$.

2. Phương pháp

Thiết kế nghiên cứu:

Nghiên cứu mô tả cắt ngang.

Cỡ mẫu, chọn mẫu: Theo công thức tính ước tính cỡ mẫu cho một tỉ lệ trong cộng đồng

$$n = Z_{1-\alpha/2}^2 \frac{p \cdot (1 - p)}{d^2}$$

- n: cỡ mẫu tối thiểu cần có.

- $Z_{1 - \alpha/2}$: hệ số giới hạn tin cậy, với $\alpha = 0,05$ ta có $Z_{1-\alpha/2} = 1,96$.

- d: khoảng sai lệch mong muốn, chọn $d = 0,05$.

- p: tỷ lệ viêm lợi phì đại ở trẻ mắc bệnh hội chứng thận hư tiên phát của tác giả Phạm Thị Phương và cộng sự $p = 0,782$.⁴

- Cỡ mẫu nghiên cứu sau khi áp dụng công thức: $n = 262$ trẻ em.

Trên thực tế chúng tôi đã khám và thu thập dữ liệu của 407 trẻ.

Thu thập thông tin: Gửi thư xin ý kiến đồng ý tham gia nghiên cứu cho trẻ và gia đình. Gửi bộ câu hỏi phỏng vấn đền phụ huynh của trẻ để thu thập thông tin về cá nhân, đặc điểm bệnh, thói quen vệ sinh răng miệng, thói quen ăn uống của đối tượng nghiên cứu.

Tiêu chuẩn đánh giá:

Phương pháp đánh giá vệ sinh răng miệng đơn giản OHI-S của Green và Vermillion (1964)⁷ gồm có hai chỉ số Chỉ số cặn bám đơn giản (DI-S) và chỉ số cao răng (CI-S).

Phương pháp đánh giá lợi GI theo Loe và Silness (1963)⁸ được ghi nhận ở bốn mức độ, từ 0 - 3.

Phương pháp đánh giá phì đại lợi GOI theo McGaw và cộng sự (1988).⁹

Phương pháp đánh giá và phát hiện sâu răng quốc tế ICDAS/ICCMS¹⁰ trên lâm sàng.

Phương pháp đánh giá và phát hiện khiếm khuyết phát triển men răng (KKPTMR) trên lâm sàng năm 1989.¹¹

Thời gian nghiên cứu: Từ tháng 4/2019 đến tháng 4/2020

Địa điểm nghiên cứu: Khoa thận - lọc máu Bệnh viện Nhi Trung Ương Hà Nội, Số 18/879 Đường La Thành, Láng Thượng, Đống Đa, Hà Nội.

3. Xử lý số liệu

Số liệu được nhập và quản lý bằng phần

mềm EpiData và được phân tích trình bày theo bảng tần số, tỉ lệ, trung bình, biểu diễn bằng các bảng và đồ thị. Sử dụng phần mềm theo chương trình SPSS và R với các test thống kê y học và phân tích hồi quy đơn biến và đa biến.

4. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu đã được chấp thuận bởi Hội đồng đạo đức trong nghiên cứu y sinh học của Trường Đại học Y Hà Nội số NCS17/ĐHYHN-HĐĐĐ ngày 27 tháng 03 năm 2019. Tất cả trẻ tham gia nghiên cứu đều được giải thích và có

sự đồng ý của bố, mẹ và khoa phòng bệnh, nhà trường. Quy trình khám, vấn đề vô khuẩn được đảm bảo không gây ra bất kỳ một ảnh hưởng xấu nào cho trẻ. Trong quá trình nghiên cứu không tiến hành bất kỳ một thử nghiệm nào khác. Sau khi khám, trẻ và bố mẹ trẻ được biết về tình trạng răng miệng mà trẻ gặp phải cũng như được tư vấn về hướng điều trị và hướng dẫn trẻ cách chăm sóc răng miệng đúng cách qua hình ảnh dễ hiểu. Mọi thông tin cá nhân về đối tượng nghiên cứu, số liệu của cuộc điều tra, phỏng vấn sẽ được giữ kín.

III. KẾT QUẢ

1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Bảng 1. Đặc điểm tuổi, phân loại bệnh của trẻ và giới

Đặc điểm	Nam		Nữ		Tổng số		P (χ^2 test)	
	(n = 309)		(n = 98)		(n = 407)			
	n	%	n	%	N	%		
Nhóm tuổi	3 - 6 tuổi	86	27,8	36	36,7	122	30,0	0,115
	7 - 12 tuổi	169	54,7	42	42,9	211	51,8	
	13 - 18 tuổi	54	17,5	20	20,4	74	18,2	
Thời gian mắc bệnh	≤ 1 năm	89	28,8	30	30,6	119	29,2	0,906
	1 - 5 năm	148	47,9	47	48,0	195	47,9	
	> 5 năm	72	23,3	21	21,4	93	22,9	
Thể bệnh	Phụ thuộc corticoid	65	21,2	22	22,5	87	21,5	0,820
	Kháng thuốc corticoid	180	58,6	59	60,2	239	59,0	
	Nhảy cảm corticoid	62	20,2	17	17,3	79	19,5	
Liều prednisolon	Tấn công	130	42,1	41	41,8	171	42,0	0,859
	Duy trì	119	39,5	38	38,8	157	38,6	
	Củng cố	1	0,3	1	1,0	2	0,5	
	Ngưng thuốc	59	19,1	18	18,4	77	18,9	

Đặc điểm	Nam (n = 309)		Nữ (n = 98)		Tổng số (n = 407)		P (x ² test)
	n	%	n	%	N	%	
	Bị lần đầu	70	22,6	22	22,5	92	
1 - 3 lần	88	28,5	36	36,7	124	30,5	
3 - 6 lần	54	17,5	11	11,2	65	16,0	
Tái phát thường xuyên (> 6 lần)	97	31,4	29	29,6	126	30,9	

Theo kết quả Bảng 1 đa số trẻ là nam giới (309 trường hợp chiếm 75,6%); số lượng trẻ ở độ tuổi 7-12 chiếm đa số (211 trẻ chiếm 51,8%). Về thời gian mắc bệnh: đa số các trẻ trong nghiên cứu mắc bệnh 1 - 5 năm (195/407 trường hợp, chiếm tỉ lệ 47,9%). Về thể bệnh: đa số các bệnh nhân trong nghiên cứu có thể bệnh kháng thuốc (239/407 trường hợp). Về tình trạng điều trị: đa số các bệnh nhân đang điều trị (330/407 trường hợp). Có 191/407 trường hợp bị tái phát từ 3 lần trở lên chiếm 46,9%.

2. Đặc điểm bệnh răng miệng trên trẻ mắc hội chứng thận hư tiên phát

Bảng 2. Đặc điểm vệ sinh răng miệng theo nhóm tuổi

Nhóm tuổi	Chỉ số	Chỉ số DI-S (± SD)	Chỉ số CI-S (± SD)	Chỉ số OHI-S (± SD)
3 - 6 tuổi (n = 122)		0,99 ± 0,66	0,26 ± 0,48	1,25 ± 0,89
7 - 12 tuổi (n = 211)		1,27 ± 0,60	0,55 ± 0,77	1,82 ± 1,16
13 - 18 tuổi (n = 74)		1,48 ± 0,71	0,90 ± 0,94	2,37 ± 1,41
Tổng (n = 407)		1,22 ± 0,66	0,53 ± 0,76	1,75 ± 1,20
P (Kwallis test)		< 0,001	< 0,001	< 0,001

Ở Bảng 2, chỉ số DI-S trung bình là 1,22 ± 0,66, trong đó nhóm tuổi 13-18 có chỉ số DI-S cao nhất 1,48 ± 0,71 và trung bình thấp nhất 0,99 ± 0,66 là nhóm 3-6 tuổi. Chỉ số CI-S trung bình của nhóm nghiên cứu là 0,53 ± 0,76, cao nhất ở nhóm 13 - 18 tuổi 0,90 ± 0,94 và thấp nhất ở nhóm 3-6 tuổi 0,26 ± 0,48. Chỉ số OHI-S trung bình của nhóm nghiên cứu là 1,75 ± 1,20 cao nhất ở nhóm 13-18 tuổi 2,37 ± 1,41 và thấp nhất ở nhóm 3-6 tuổi 1,25 ± 0,89. Sự khác biệt chỉ số giữa các nhóm tuổi có ý nghĩa thống kê với p < 0,001.

Bảng 3. Phân bố viêm lợi và phi đại lợi chung theo nhóm tuổi

Đặc điểm Nhóm tuổi	Có viêm lợi		Không viêm lợi		Có phi đại lợi		Không phi đại lợi	
	n	%	n	%	n	%	n	%
3 - 6 tuổi (n = 122)	55	45,1	67	54,9	3	2,5	119	97,5

7 - 12 tuổi (n = 211)	148	70,1	63	29,9	32	15,2	179	84,8
13 - 18 tuổi (n = 74)	57	77,0	17	23,0	15	20,3	59	79,7
Tổng (n = 407)	260	63,9	147	36,1	50	12,3	357	87,7
p (x ² test)	< 0,001			< 0,001				

Tình trạng viêm lợi và phì đại lợi ở nhóm đối tượng nghiên cứu theo nhóm tuổi được thể hiện ở Bảng 3. Tỷ lệ viêm lợi chiếm 63,9%. Tỷ lệ viêm lợi ở nhóm tuổi 13 - 18 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất (77,0%). Tỷ lệ phì đại lợi chiếm 12,3%. Tỷ lệ phì đại lợi ở nhóm tuổi 13 - 18 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất (20,3%). Sự khác biệt giữa các nhóm tuổi có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$ (test khi bình phương).

Bảng 4. Đặc điểm sâu răng sữa theo nhóm tuổi

Đặc điểm	DMFT (TB ± SD)			DMFS (TB ± SD)				
	DT	MT	FT	DMFT	DS	MS	FS	DMFS
3 - 6 tuổi (n = 122)	5,90 ± 4,87	0,07 ± 0,34	0,20 ± 0,71	6,17 ± 4,92	10,07 ± 12,08	0,13 ± 0,65	0,31 ± 1,29	10,51 ± 12,17
7 - 12 tuổi (n = 145)	4,71 ± 3,72	0,19 ± 0,65	0,28 ± 0,89	5,18 ± 3,88	8,82 ± 9,09	0,32 ± 1,19	0,33 ± 1,04	6,14 ± 9,29
Tổng (n = 267)	5,25 ± 4,32	0,14 ± 0,53	0,24 ± 0,81	5,63 ± 4,40	9,39 ± 10,56	0,23 ± 0,98	0,32 ± 1,16	9,94 ± 10,70
p (Kwallis test)	> 0,05	> 0,05	> 0,05	> 0,05	> 0,05	> 0,05	> 0,05	> 0,05

Trong Bảng 4 ta thấy ở 407 trẻ tham gia nghiên cứu, có 267 trẻ còn răng sữa chỉ số DMFT/DMFS là 5,63/9,94. Trung bình mỗi trẻ có 5,25 răng sữa bị sâu và 9,39 mặt răng bị sâu. Chỉ số DMFT/DMFS theo từng nhóm tuổi có sự khác nhau, chỉ số DMFT/DMFS ở nhóm tuổi 3 - 6 tuổi cao nhất.

Bảng 5. Đặc điểm sâu răng vĩnh viễn theo nhóm tuổi

Đặc điểm	DMFT (TB ± SD)			DMFS (TB ± SD)				
	DT	MT	FT	DMFT	DS	MS	FS	DMFS
3 - 6 tuổi (n = 37)	0,19 ± 0,74	0	0	0,19 ± 0,74	0,19 ± 0,74	0	0	0,19 ± 0,74
7 - 12 tuổi (n = 208)	1,17 ± 1,68	0,03 ± 0,23	0,05 ± 0,31	1,25 ± 1,74	1,50 ± 2,35	0,05 ± 0,41	0,05 ± 0,31	1,61 ± 2,42
13 - 18 tuổi (n = 74)	2,07 ± 1,95	0	0,19 ± 0,87	2,26 ± 2,28	2,95 ± 3,23	0	0,24 ± 1,27	3,19 ± 3,70

Đặc điểm	DMFT (TB ± SD)				DMFS (TB ± SD)			
	DT	MT	FT	DMFT	DS	MS	FS	DMFS
Tổng	1,26 ±	0,02 ±	0,08 ±	1,36 ±	1,69 ±	0,03 ±	0,09 ±	1,81 ±
(n = 319)	1,75	0,18	0,49	1,89	2,59	0,33	0,66	2,79
p (Kwallis test)	< 0,001	> 0,05	> 0,05	< 0,001	< 0,001	> 0,05	> 0,05	< 0,001

Bảng 5, trong 407 trẻ trong nghiên cứu có 319 trẻ có răng vĩnh viễn. Chỉ số DMFT/DMFS chung là 1,36/1,81. Trung bình mỗi trẻ có 1,26 răng vĩnh viễn sâu. Ít trẻ bị mất răng hoặc trám răng do sâu. Chỉ số DMFT/DMFS đối với từng nhóm tuổi có sự thay đổi khác nhau, tăng dần theo nhóm tuổi. Nhóm 13-18 tuổi có chỉ số DMFT/DMFS cao nhất là 2,26/3,19. Trung bình mỗi trẻ ở nhóm tuổi này có 2,07 răng vĩnh viễn bị sâu và 2,95 mặt răng bị sâu. Không có răng mất do sâu nhưng hầu như cũng không có răng được trám phục hồi do sâu răng. Sự khác biệt chỉ số sâu răng giữa các nhóm tuổi là có ý nghĩa thống kê.

Bảng 6. Tỷ lệ khiếm khuyết phát triển men răng vĩnh viễn theo loại tổn thương

Loại tổn thương	Số trẻ (n = 407)	%
0. Bình thường	362	88,9
1. Mờ đục ranh giới rõ	23	5,7
2. Mờ đục lan tỏa (không có ranh giới rõ)	9	2,2
3. Thiếu sản men	12	3,0
4. Các loại khiếm khuyết khác	1	0,3
5. Mờ đục ranh giới rõ và lan tỏa	1	0,3
6. Mờ đục ranh giới rõ và thiếu sản men	0	0
7. Mờ đục lan tỏa và thiếu sản men	0	0
8. Phối hợp cả ba loại tổn thương	0	0
9. Không ghi nhận được	0	0

Theo bảng 6 ta thấy nếu phân loại theo tổn thương thì trẻ có tổn thương dạng mờ đục có ranh giới rõ chiếm tỷ lệ cao nhất (chiếm 5,7%), đứng thứ 2 là trẻ có tổn thương dạng thiếu sản men (3,0%), sau đó là đến dạng mờ đục lan tỏa (2,2%), những dạng tổn thương khác hầu như là hiếm gặp trong nhóm trẻ nghiên cứu.

IV. BÀN LUẬN

Sau khi tiến hành thu thập thông tin, khám răng miệng cho trẻ được chẩn đoán là mắc HCTHTP tại Khoa Thận - lọc máu Bệnh viện Nhi Trung ương, nghiên cứu xác định được 407 trẻ đưa vào nghiên cứu. Trong nghiên cứu này, trẻ nam

có tỷ lệ mắc hội HCTHTP cao hơn nữ (309 so với 98), kết quả này cũng tương tự như các nghiên cứu khác thực hiện ở Việt Nam cũng như nước ngoài về đặc điểm dịch tễ mắc hội chứng thận hư gặp ở trẻ trai nhiều hơn trẻ gái, tỷ lệ trai/gái

là 3/1.⁵ Về thể bệnh: đa số các bệnh nhân trong nghiên cứu có thể bệnh kháng thuốc (239/407 trường hợp) và có 191/407 trường hợp bị tái phát từ 3 lần trở lên chiếm 46,9%, tình trạng kháng thuốc và tái phát nhiều lần này sẽ khiến trẻ phải dùng thêm nhiều thuốc ức chế miễn dịch khác để điều trị, tác dụng phụ của những thuốc này là gây nguy cơ nhiễm trùng cao, gây ra phì đại lợi cho trẻ, tăng nguy cơ mắc các bệnh răng miệng trong thời gian điều trị bệnh toàn thân.

Bảng 2 cho biết chỉ số vệ sinh răng miệng đơn giản đạt mức trung bình. Điều này được giải thích do kiến thức - thái độ - hành vi chăm sóc răng miệng của trẻ chưa tốt, gia đình chưa hướng dẫn trẻ vệ sinh răng miệng đúng cách, chưa hiểu rõ vai trò quan trọng của việc chải răng hằng ngày của trẻ. Chăm sóc răng miệng không tốt sẽ dẫn đến tăng tỉ lệ bệnh viêm lợi ở trẻ. Ngược lại thì những tác dụng phụ của thuốc khi điều trị HCTHTP lại gây ra bệnh viêm lợi, phì đại lợi khiến việc vệ sinh răng miệng của trẻ khó khăn hơn. Kết quả này tương đương với kết quả của tác giả N.S Venkatesh Babu và Sinjana Jana¹² nhưng thấp hơn kết quả của Phạm Thị Phụng và CS.⁴

Bảng 3 cho thấy tỉ lệ viêm lợi chiếm 63,9% trong đó nhóm 13 – 18 tuổi có tỉ lệ cao nhất (77,0%) điều này cho thấy những trẻ điều trị bệnh lâu dài và nhiều lần tái phát thì có nguy cơ viêm lợi cao. Ví dụ như chứng khô miệng gặp phải khi trẻ sử dụng thuốc điều chỉnh huyết áp là một trong những nguyên nhân làm tăng nguy cơ viêm lợi. Tuy nhiên đa số trẻ chỉ mắc viêm lợi độ 1 (48,4%). Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của tác giả N.S Venkatesh Babu và Sinjana Jana: 66,0% trẻ có viêm lợi mức độ nhẹ. Điều này được giải thích việc thiếu phản ứng viêm có thể do sự ngăn chặn của các yếu tố viêm hoặc do giảm nồng độ hemoglobin dẫn tới lợi nhợt nhạt mặc dù có dấu hiệu viêm.

Có 50/407 trẻ (chiếm 12,3%) bị phì đại lợi. Trẻ thuộc thể bệnh kháng thuốc với chỉ định điều trị kết hợp Cyclosporin có nguy cơ bị phì đại lợi cao nhất. Kết luận này đã được báo cáo trong rất nhiều nghiên cứu của các tác giả như Wright G, Welbury R.R, Hosey M.T hay Suzanne D.A và CS. Mặc dù tỉ lệ viêm lợi và lợi phì đại ở trẻ mắc HCTHTP khá cao nhưng hầu hết cha mẹ trẻ chưa có kiến thức về bệnh răng miệng, chỉ đưa trẻ đi khám răng hàm mặt khi con bị đau và chưa hiểu mối liên quan giữa bệnh răng miệng và bệnh toàn thân mà trẻ đang mắc phải. Kết quả của chúng tôi thấp hơn nghiên cứu của Phạm Thị Phụng và CS⁴ và một số nghiên cứu trên những trẻ mắc bệnh lý thận mạn tính. Sự khác biệt này có thể do đối tượng nghiên cứu của chúng tôi khác độ tuổi của các tác giả khác và nghiên cứu của chúng tôi về thời gian dùng thuốc Cyclosporin ngắn hơn.

Bảng 4 cho thấy, có 267 trẻ có răng sữa chỉ số DMFT/DMFS là 5,63/9,94. Chỉ số răng sữa sâu không được điều trị của nhóm trẻ mắc HCTHTP là khá cao (5,25) trong khi chỉ số răng sữa được điều trị (bao gồm mất răng và trám răng) thì rất thấp (0,14 và 0,24), sự quan tâm của cha mẹ với bộ răng sữa không cao, cha mẹ nghĩ rằng răng sữa sẽ sớm được thay thế bằng răng vĩnh viễn. Nếu cứ để tình trạng sâu răng không được điều trị như vậy kéo dài sẽ ảnh hưởng lớn đến sức nhai, đến chất lượng hàm răng vĩnh viễn cũng như ảnh hưởng đến tình trạng và kết quả điều trị bệnh mà trẻ đang mắc phải. Chỉ số dmft/dmfs theo từng nhóm tuổi có sự khác nhau, trong đó DMFT/DMFS ở nhóm tuổi 3 – 6 tuổi cao nhất. Kết quả của chúng tôi tương tự với tác giả Tống Minh Sơn và CS,³ Phạm Thị Phụng và CS.⁴

Bảng 5 cho thấy chỉ số DMFT/DMFS của nhóm đối tượng nghiên cứu là 1,36/1,81. Trung bình mỗi trẻ có 1,26 răng vĩnh viễn sâu. Chỉ số DMFT đối với từng nhóm tuổi có sự thay

đổi khác nhau, tăng dần theo nhóm tuổi. Điều này phù hợp với quá trình thay răng sữa bằng răng vĩnh viễn của trẻ và phù hợp với đặc điểm bệnh đã được WHO¹³ đưa ra, đó là: tuổi càng tăng thì càng có sự tích lũy sâu răng. Răng bị sâu nhiều nhất là răng hàm lớn vĩnh viễn thứ nhất (răng mọc vào lúc trẻ 6-7 tuổi) và cha mẹ thường nghĩ rằng đó vẫn là răng sữa nên tỉ lệ răng vĩnh viễn sâu được điều trị là rất thấp (0,08). Điều này chứng tỏ sự quan tâm của gia đình và xã hội đến sức khỏe răng miệng cho nhóm trẻ mắc HCTHTP còn rất hạn chế, truyền thông sức khỏe răng miệng vẫn chưa đủ mạnh khiến bố mẹ đưa trẻ đi khám và điều trị, đặc biệt là thăm khám định kì và điều trị dự phòng.

Bảng 6 cho thấy có 11,1% trẻ có KKPTMR vĩnh viễn, trong đó 5,7% với loại tổn thương mờ đục có ranh giới rõ chiếm tỉ lệ cao nhất, kế đến là ổ thương thiếu sản men (3,0%), đứng thứ 3 là tổn thương mờ đục lan tỏa với 2,2% số trẻ. Các loại tổn thương khác điều hiếm gặp. Về sự phổ biến của các loại tổn thương, kết quả của chúng tôi tương tự với nghiên cứu của V.T.N Ngọc thực hiện tại 2 huyện Kim Bảng và A Lưới. Tỉ lệ trẻ mắc KKPTMR của chúng tôi thấp hơn kết quả nghiên cứu của Weraarchakul và CS tại Thái Lan (27,8%), Subramaniam và CS tại Ấn Độ (76,2%), có thể do số lượng nghiên cứu khác nhau và môi trường sinh sống khác nhau.

V. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu 407 trẻ mắc hội chứng thận hư tiên phát tại Khoa Thận - Lọc máu Bệnh viện Nhi Trung Ương cho thấy các bệnh răng miệng chủ yếu gặp trên đối tượng bệnh nhân trong giai đoạn nghiên cứu là bệnh viêm lợi, lợi phì đại, sâu răng sữa, khiếm khuyết phát triển men răng và vệ sinh răng miệng chưa tốt. Có sự ảnh hưởng qua lại giữa bệnh răng miệng và bệnh toàn thân. Cần tăng cường kiến thức, hành vi, thái độ của trẻ và gia đình có trẻ mắc HCTHTP về bệnh răng miệng. Các can thiệp sớm như

thăm khám định kì, điều trị dự phòng bệnh răng miệng nên khuyến cáo cho những trẻ mắc HCTHTP lần đầu để nâng cao sức khỏe răng miệng và dự phòng các biến chứng do điều trị bệnh toàn thân gây ra.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Kassebaum NJ, Smith AGC, Bernabé E, et al. Global, Regional, and National Prevalence, Incidence, and Disability-Adjusted Life Years for Oral Conditions for 195 Countries, 1990-2015: A Systematic Analysis for the Global Burden of Diseases, Injuries, and Risk Factors. *J Dent Res*. 2017;96(4):380-387. doi:10.1177/0022034517693566.
2. Trương Mạnh Dũng, Vũ Mạnh Tuấn. 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. *Tạp chí Học Thực Hành*. 2011;12:56-59.
3. Son TM, Huong NT, Hanh TTM, et al. Dental Caries Status and Relevant Factors in Children with Primary Nephrotic Syndrome in National Children Hospital, Vietnam. *Int J Oral Craniofacial Sci*. 2018;4(1):001-004.
4. Phạm Thị Phượng, Tống Minh Sơn, Lê Hưng. Thực trạng sâu răng, viêm lợi và một số yếu tố liên quan ở trẻ em mắc hội chứng thận hư tiên phát tại Bệnh viện Nhi Trung ương". *Tạp Chí Học Thực Hành*. 2017;(1060):19-21.
5. Lê Nam Trà, Trần Đình Long, Đỗ Bích Hằng. Tình hình bệnh thận, tiết niệu của trẻ em được điều trị tại Viện Nhi 1981-1990. Kỷ yếu Công Trình Nhi Khoa. Published online 1994:161-162.
6. Kliegman RM, Geme JSt. Nephrotic Syndrome. In: Nelson Textbook of Pediatrics. Vol 2. 21st Edition. Elsevier; 2019:4264 / 15739. Accessed April 4, 2020. <https://www.elsevier.com/books/nelson-textbook-of-pediatrics-2-volume-set/kliegman/978-0-323-52950-1>.

7. Greene JC. The Oral Hygiene Index--development and uses. *J Periodontol.* 1967;38(6):Suppl:625-637. doi:https://doi.org/10.1902/jop.1967.38.6_part2.625.
8. Loe H, Silness J. periodontal disease in pregnancy. i. prevalence and severity. *Acta Odontol Scand.* 1963;21:533-551. doi:10.3109/00016356309011240.
9. McGaw WT. Cyclosporine-induced gingival over An ultrastructural stereo. 1988;65(2):5.
10. Honkala E, Runnel R, Honkala S, et al. Measuring Dental Caries in the Mixed Dentition by ICDAS. *Int J Dent.* 2011;2011:1-6. doi:10.1155/2011/150424.
11. Clarkson J, O'Mullane' D. A Modified DDE Index for Use in Epidemiological Studies of Enamel Defects. Published online 1989:7.
12. Babu NSV, Jana S. Assessment of Oral Health Status in Children Suffering from Nephrotic Syndrome. 2014;2(2):5.
13. Petersen PE. The World Oral Health Report 2003: continuous improvement of oral health in the 21st century--the approach of the WHO Global Oral Health Programme. *Community Dent Oral Epidemiol.* 2003;31 Suppl 1:3-23. doi:10.1046/j..2003.com122.x.

Summary

THE ORAL HEALTH OF CHILDREN WITH PRIMARY NEPHROTIC SYNDROME IN THE VIETNAM NATIONAL HOSPITAL OF PEDIATRICS

Oral disease is one of the most common diseases globally, causing serious health and economic burdens and reducing the quality of life. According to the literature, patients with nephrotic syndrome have destroyed hard tissue and surrounding parts of the teeth due to long-term drug treatment. In addition, regular hospitalization and specific diet also affect the care and prevention of oral diseases. The purpose of this study is to describe the oral and dental diseases of children with primary nephrotic syndrome at the National Hospital of Pediatrics. This cross-sectional descriptive study was performed in 407 children diagnosed for primary nephrotic disease. The results are as follows: 75.6% of children are boys, the oral hygiene index is average, 63.9% children with gingivitis, 12.3% children with hypertrophic gingivitis, 78.6% children with caries, the index of dental caries in primary dentition (dmft/dmfs) is $5.6 \pm 4.4/9.9 \pm 10.7$; permanent dentition (DMFT/DMFS) is $1.4 \pm 1.9/1.8 \pm 2.8$; 11,1% children have developmental defects of enamel with demarcated opacities as the most common defect.

Keywords: primary nephrotic syndrome, oral disease, oral hygiene, dental caries, gingivitis, hypertrophic gingivitis, developmental defects of enamel.