

3. Hồ Hữu Thiện, Phạm Như Hiệp, Phạm Anh Vũ, Phan Hải Thanh, Nguyễn Thanh Xuân, Văn Tiến Nhân, Trần Nghiêm Trung (2009), "Phẫu thuật nội soi điều trị nang ống mật chủ ở trẻ em: Kết quả bước đầu tại Bệnh viện Trung ương Huế" tạp chí Y học Thực hành số 690+691 tr 64-68.

4. Tran Ngoc Son, Nguyen Thanh Liem, Vu Xuan Hoan - Y học TP. Hồ Chí Minh * Vol. 17 - Supplement of No 3 - 2013: 80 - 84.

5. Nguyen Thanh Liem, Mark D Stringer and Hock Lim Tam. Choledochal cysts. Pediatric Surgery, 7th edition, edited by Lewis Spitz and Arnold G Coran. Mosby 2013,

pp. 667- 677.

6. Abramson L.P., Superina R., Radhakrishnan J. (2009), "Choledochal cyst", Pediatric surgery, 2nd edition, pp. 306-310.

7. Diaio M, Li L, Cheng W (2012). Single - incision laparoscopic Roux-en-Y hepaticojejunostomy using conventional instruments for children with choledochal cysts. Surg Endosc, 26(6): pp.1784-1790.

8. Farello GA, Cerofolini A, Rebonato M, Bergamaschi G, Ferrari C, Chiappetta A (1995). Congenital choledochal cyst: video - guided laparoscopic treatment. Surg Laparosc Endosc, 5(5):pp354-358.

THỰC TRẠNG SÂU RĂNG, VIÊM LỢI CỦA HỌC SINH TRƯỜNG PHIAVAT, VIËNG CHĂN, LÀO, NĂM 2019 - 2020

THANVA YIALAO¹, NGUYỄN THỊ THU PHƯƠNG²

TRẦN TUẤN ANH³, TRẦN VĂN TIẾN⁴

¹Đại học Y Viêng Chăn, Lào

²Viện Đào tạo Răng Hàm Mặt, Trường Đại học Y Hà Nội

³Bệnh viện Quốc tế Becamex

⁴Cục Y tế Dự phòng, Bộ Y tế

TÓM TẮT

Nghiên cứu mô tả cắt ngang được tiến hành trên 300 học sinh, tuổi từ 14-17 tuổi, đang học tại Trường Phiavat Viêng Chăn, Lào với mục tiêu mô tả thực trạng sâu răng, viêm lợi của học sinh tại Trường Phiavat Thủ đô Viêng Chăn, Lào. Các em học sinh được khám lâm sàng, phỏng vấn bằng bộ câu hỏi thiết kế sẵn. Kết quả cho thấy tỉ lệ học sinh mắc sâu răng là 63,0%, ở nam: 66,0%, ở nữ: 59,9%; ở HS vùng nông thôn: 70,6%, ở học sinh vùng thành thị: 56,7%; cao nhất ở lứa tuổi 16: 71,6%, thấp nhất ở lứa tuổi 17: 51,9%. Chỉ số SMT là 1,97. Tỉ lệ học sinh mắc viêm lợi là 46,7%, ở nam: 55,8%, ở nữ: 37,9%; ở HS vùng nông thôn: 53,7%, ở HS vùng thành thị: 39,9%. Nhóm đối tượng nghiên cứu phần lớn đều mắc bệnh sâu răng và viêm lợi, và hai bệnh này có sự khác biệt về vùng sinh sống.

Học sinh nam mắc bệnh viêm lợi nhiều hơn học sinh nữ ($p < 0,05$).

Từ khóa: Sâu răng, viêm lợi, học sinh, Lào.

SUMMARY

STATUS OF DENTAL CARIES, GINGIVITIS OF STUDENTS AT PHIAVAT HIGH SCHOOL, VIENTIANE CITY, LAOS, 2019-2020

A cross-sectional study was conducted on 300 students, aged 14-17 years old at Phiavat high school, Vientiane city, Laos with the objective of determining the dental caries, gingivitis of students at Phiavat high school, Vientiane city, Lao, 2019-2020. Students were examined tooth and gums, interviewed with pre-designed questionnaires. Research results show that the rate of students with dental caries was 63.0%, males: 66.0%, females: 59.0%, rural areas: 70.6%, urban areas: 56.7%; highest at 16 years old: 71.6%, lowest at 17 years old: 51.9%. SMT was 1.97. The rate of students with gingivitis was: 46.7%, males: 55.8%, females: 37.9%; rural areas: 53.7%, urban areas: 39.9%. The majority of study subjects have pests and gingivitis, and these two diseases have different

Chịu trách nhiệm: Thanva Yialao
Email: thanvayialao@gmail.com
Ngày nhận: 25/9/2020
Ngày phân biên: 21/10/2020
Ngày duyệt bài: 10/11/2020

habitats. Male students suffer from gingivitis more than female students ($p < 0.05$).

Keywords: Dental caries, gingivitis, students, Laos.

ĐẶT VẤN ĐỀ

Hiện nay, bệnh sâu răng, viêm lợi vẫn còn rất phổ biến ở các nước trên thế giới kể cả các nước đã phát triển. Bệnh gặp ở mọi lứa tuổi và ở mọi tầng lớp xã hội, gây hậu quả ở nhiều mức độ và làm ảnh hưởng trực tiếp đến sức khỏe răng miệng và sức khỏe chung của con người [1]. Bệnh sâu răng, viêm lợi nếu không được điều trị sẽ gây ra những biến chứng nguy hiểm như viêm tủy, viêm quanh răng, có thể dẫn đến mất răng, thậm chí gây nhiễm trùng huyết dẫn đến tử vong đối với những trường hợp nặng và tất nhiên chi phí cho việc chữa bệnh là rất lớn [2].

Ở Lào, cùng với sự thay đổi và phát triển về điều kiện kinh tế xã hội trong những năm gần đây là sự gia tăng chế độ dinh dưỡng, việc sử dụng đường sữa, bánh kẹo nhiều hơn trong khi đó người dân chưa nhận thức đầy đủ về tác hại của bệnh sâu răng, viêm lợi. Một cuộc khảo sát thí điểm về sức khỏe răng miệng trên 289 học sinh trong độ tuổi từ 5-12 tuổi tại Viêng Chăn, Lào vào năm 2009 đã cho thấy tỷ lệ sâu răng cao (chiếm 85,4%) và hầu hết tất cả các răng sâu đều không được điều trị, gánh nặng của bệnh sâu răng ở học sinh Lào là cao [3]. Ở lứa tuổi trung học phổ thông, sự phát triển của hàm răng đã gần như hoàn chỉnh. Do vậy, việc phát hiện sớm tình trạng sâu răng của học sinh ở lứa tuổi này sẽ góp phần không nhỏ vào công tác phòng bệnh và điều trị răng miệng của trẻ em để có hàm răng khỏe mạnh, tuy nhiên chưa có nhiều nghiên cứu cho vấn đề này ở Lào.

Xuất phát từ cơ sở khoa học và các thực tiễn trên, đề tài này được thực hiện nhằm mục tiêu: Mô tả thực trạng sâu răng, viêm lợi của học sinh Trường Phiavat, Viêng Chăn, Lào, năm 2019-2020.

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu

Học sinh đang theo học ở Trường Phiavat, Viêng Chăn, Lào, năm 2019-2020.

* *Tiêu chuẩn lựa chọn:* Học sinh lớp 9, 10, 11, 12 nằm trong độ tuổi từ 14-17 tuổi đang học tại Trường Phiavat, Thủ đô Viêng Chăn, Lào từ năm 2019-2020; hàm răng vĩnh viễn; có bố mẹ, ông bà là người Lào; đồng ý tham gia nghiên cứu.

* *Tiêu chuẩn loại trừ:* Phiếu thu thập bị thiếu thông tin, rách nát; học sinh đang điều trị chỉnh nha bằng mắc cài cố định; không được sự đồng

ý và tự nguyện tham gia nghiên cứu, của cả học sinh và phụ huynh học sinh.

2. Phương pháp nghiên cứu

2.1. Thiết kế nghiên cứu: Sử dụng phương pháp nghiên cứu mô tả cắt ngang.

2.2. Cỡ mẫu và cách chọn mẫu

$$\text{Công thức [4]: } n = Z^2_{(1-\alpha/2)} \frac{p(1-p)}{d^2}$$

Trong đó:

- n: Cỡ mẫu nghiên cứu.
- p: Tỷ lệ mắc bệnh sâu răng, viêm lợi hoặc có kiến thức, thực hành của học sinh theo nghiên cứu trước, vì vậy lấy $p = 0,469$ [5].
- $Z^2_{(1-\alpha/2)}$: Độ tin cậy, ở mức xác suất 95% với $\alpha = 0,05$ thì $Z^2_{(1-\alpha/2)} = 1,962$.
- d: Mức độ sai số tuyệt đối của kết quả nghiên cứu từ mẫu so với quần thể, chọn $d = 0,06$.

Thay vào công thức, cỡ mẫu nghiên cứu là $n = 266$ (học sinh). Dự kiến thêm 10% sai số, số mẫu thực tế nghiên cứu là 300 học sinh.

2.3. Các biến số nghiên cứu

- Các biến số về đặc điểm của đối tượng nghiên cứu: tuổi; giới; nơi ở (Vùng sinh sống).
- Các biến số về thực trạng bệnh sâu răng: Sâu răng vĩnh viễn, không sâu răng vĩnh viễn.
- + Số răng sâu, răng mất, răng trám. Chỉ số SR, MR, TR, SMT.
- + Viêm lợi, không bị viêm lợi.

2.4. Dụng cụ nghiên cứu

Công cụ thu thập số liệu: Số liệu được thu thập thông qua phiếu điều tra răng miệng cho học sinh, có kết hợp giữa phỏng vấn và khám lâm sàng với nội dung theo phiếu khám in sẵn. Phiếu khám răng miệng gồm 2 phần: phỏng vấn và khám lâm sàng.

- Phiếu khám răng miệng: Khám lâm sàng và các dụng cụ sử dụng để khám cụ thể như sau:

- + Bộ khay khám răng: Khay quả đậu, gương, thám châm, gáp.
- + Cây thăm dò nha chu của WHO.
- + Dụng cụ để khử khuẩn

2.5. Các bước tiến hành

- Bước 1: Liên hệ, lập danh sách đối tượng nghiên cứu: Liên hệ với ban giám hiệu các trường và chính quyền địa phương để tiến hành tổ chức đợt khám; lên danh sách, in giấy mời gửi đến từng học sinh và phụ huynh học sinh.

- Bước 2: Tập huấn nhóm nghiên cứu: Nhóm tập huấn được tập huấn kỹ về cách thức khám, phỏng vấn và ghi phiếu đánh giá để nắm vững mục đích và yêu cầu của đề tài, về các tiêu chuẩn đánh giá lâm sàng cũng như cách ghi phiếu

điều tra. Nhóm nghiên cứu có trách nhiệm và tuyệt đối tuân thủ qui trình nghiên cứu khoa học

- Bước 3: Tiến hành khám và phỏng vấn: Phỏng vấn đánh giá kiến thức, thái độ, hành vi CSRM bằng bộ câu hỏi in sẵn đánh giá kiến thức, thái độ, hành vi CSRM phòng bệnh sâu răng ở HS theo phiếu điều tra (phụ lục). Cán bộ điều tra hướng dẫn, giải thích cụ thể cho HS hiểu nội dung từng câu hỏi phỏng vấn. Phát phiếu tại lớp học trước mỗi buổi khám, thu phiếu sau 15 phút; Khám lâm sàng tình trạng bệnh sâu răng, cao răng, mảng bám bằng mắt thường và kết hợp với thăm chàm. Xác định răng mất và răng đã được trám.

4. Xử lý và phân số liệu

Phân tích số liệu bằng phần mềm SPSS 20.0 với các thuật toán thống kê trong y học.

6. Đạo đức trong nghiên cứu

- Tất cả thông tin cá nhân của đối tượng đều được giữ bí mật. Toàn bộ thông tin thu thập

trung thực, vì mục đích nghiên cứu, góp phần chẩn đoán, điều trị, vì lợi ích sức khỏe bệnh nhân, hoàn toàn không phục vụ cho mục đích nào khác.

- Nghiên cứu được hội đồng chấm đề cương của Trường Đại học Y Hà Nội chấp thuận thông qua. Nghiên cứu được sự chấp thuận của các ban ngành liên quan tại địa phương như sở y tế, trung tâm y tế tỉnh và các huyện cũng như Sở giáo dục đào tạo, phòng giáo dục đào tạo và ban giám hiệu nhà trường.

KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN

Trong tổng số 300 đối tượng nghiên cứu, có 147 nam (chiếm 49,0%) và 153 nữ (chiếm 51,0%), như vậy tỷ lệ học sinh nam và nữ là khá đồng đều nhau. Nhóm HS 17 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất (26,3%) và nhóm HS tuổi 15 chiếm tỷ lệ thấp nhất (24,0%). Tỷ lệ nam ở nhóm HS tuổi 14 là cao nhất (61,3%), giảm dần theo độ tuổi và thấp nhất ở nhóm 17 tuổi (41,8%).

Bảng 1. Phân bố tỷ lệ sâu răng theo tuổi, giới và vùng sinh sống (n = 300)

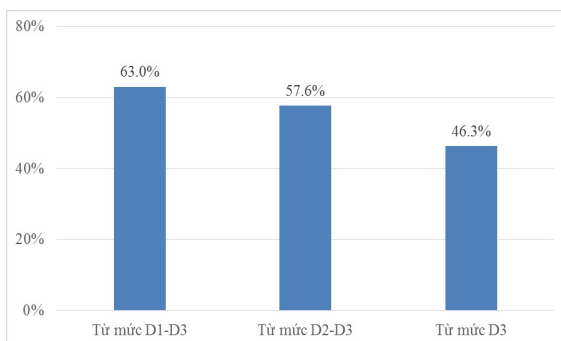
Biến số		Sâu răng		Không sâu răng		p
		n	%	n	%	
Tuổi	14 tuổi	50	66,7	25	33,3	0,073
	15 tuổi	45	62,5	27	37,5	
	16 tuổi	53	71,6	21	28,4	
	17 tuổi	41	51,9	38	48,1	
Giới	Nam	88	59,9	59	40,1	0,27
	Nữ	101	66,0	52	34,0	
Vùng sinh sống	Nông thôn	96	70,6	40	29,4	0,013
	Thành thị	93	56,7	71	43,3	
Tổng		189	63,0	111	37,0	

Phần lớn các đối tượng đều mắc bệnh sâu răng (189 học sinh chiếm 63,0%). Theo nghiên cứu của Trần Văn Trường và cộng sự điều tra trên toàn quốc tỷ lệ sâu răng vĩnh viễn ở trẻ 15-17 là 68,6% [6]. Gurcharan và cộng sự (2001) tại Ấn Độ ở lứa tuổi 16-22 có tỷ lệ sâu răng là 67,6% [8]. Trần Anh Thắng điều tra HS lứa tuổi 15-17 năm 2011 tại tỉnh Hòa Bình tỷ lệ sâu răng là 56% [7]. Các kết quả này đều cho thấy tỷ lệ sâu răng vĩnh viễn của HS là cao, mặc dù các nghiên cứu này nghiên cứu ở các thời điểm khác nhau và các địa phương khác nhau cũng như trên các lứa tuổi khác nhau của HS;

Ở nhóm tuổi 16 tỷ lệ sâu răng cao nhất 71,6%, ở nhóm tuổi 17 tỷ lệ sâu răng thấp nhất là 51,9%, tuy nhiên sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê.

Nhóm HS nam có tỷ lệ sâu răng là 59,9%, trong khi đó tỷ lệ sâu răng ở nhóm HS nữ là 66,0%. Tuy nhiên, sự khác biệt là không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$. Kết quả này tương đồng như kết quả điều tra sức khỏe răng miệng toàn quốc năm 2001 của các tác giả Trần Văn Trường và cộng sự cho thấy không có đặc điểm cố định nào theo giới tính [6]. Do 2 nhóm này có cùng môi trường sống, môi trường xã hội nhưng có thể do thói quen ăn uống và chăm sóc răng miệng khác nhau nên tỷ lệ bệnh sâu răng có khác nhau.

Nhóm HS sinh sống ở khu vực nông thôn có tỷ lệ sâu răng là 70,6% cao hơn nhóm HS sinh sống ở khu vực thành thị là 56,7%. Và sự khác biệt là có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.



Biểu đồ 1. Tỷ lệ sâu răng theo ngưỡng chẩn đoán dựa vào mức độ tổn thương được phát hiện

Tỷ lệ sâu răng khi tổn thương đã tạo lỗ sâu trên lâm sàng (từ mức D3) chiếm 46,3%, tỷ lệ này tăng lên 57,6% khi xác định tổn thương sâu răng tính từ mức D2 (có đổi màu khi răng ướt), tỷ lệ sâu răng tăng cao nhất 63,0% khi bao gồm cả tổn thương sâu răng giai đoạn sớm D1 (có vết đổi màu trên răng sau khi thổi khô 5 giây).

Sự khác biệt về tỷ lệ sâu răng theo mức độ tổn thương (tổn thương giai đoạn sớm và tổn thương muộn) là có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Kết quả này cho thấy nếu áp dụng tiêu chí ghi nhận sâu răng của WHO (1997) khi thăm khám lâm sàng chỉ xác định tổn thương là sâu răng khi đã tạo lỗ sâu và mất thám trầm (mức D3) thì khả năng bỏ sót các tổn thương giai đoạn sớm (mức D1 và D2 - chưa hình thành lỗ sâu) là rất cao đến khoảng 20%. Khả năng bỏ sót tổn thương khi áp dụng tiêu chí ghi nhận sâu răng của WHO (1997) cũng được đề cập tới trong nghiên cứu của Trần Đức Thành và cộng sự (2009) khi nghiên cứu tình trạng sâu răng ở trẻ 12 tuổi tại Thành phố Hồ Chí Minh, tỷ lệ bỏ sót tổn thương là 16% [9]. Sự khác biệt có thể do trong nghiên cứu của chúng tôi cũng sử dụng hệ thống ICDAS để đánh giá và ghi nhận sâu răng nhưng không có Lazer hỗ trợ vì vậy nhiều khả năng đã bỏ sót tổn thương sâu răng nhất là giai đoạn D1 rất dễ bị nhầm với men răng lành.

Bảng 2. Chỉ số SMT theo tuổi, giới và vùng sinh sống

Biên số		SR (X±SD)	MR (X±SD)	TR (X±SD)	SMT (X±SD)	MR+TR (X±SD)	MR+TR /SMT (%)	SR /SMT (%)
Tuổi	14	1,64±1,74	0,03±0,39	0,13±0,42	1,80±1,30	0,16±0,69	8,9	91,1
	15	1,70±1,79	0,03±0,29	0,15±0,45	1,88±1,91	0,18±0,51	9,6	90,4
	16	1,89±1,94	0,04±0,3	0,19±0,23	2,09±2,00	0,23±0,73	11,0	89,0
	17	1,85±1,01	0,05±0,32	0,23±0,69	2,13±2,30	0,28±0,88	13,1	86,9
	p	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05
Giới	Nam	1,85±1,84	0,02±0,31	0,15±0,59	2,02±1,95	0,17±0,59	8,4	91,6
	Nữ	1,69±1,89	0,05±0,24	0,21±0,53	1,95±2,14	0,26±0,24	13,3	86,7
	p	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05
Vùng sinh sống	Nông thôn	1,89±1,79	0,03±0,33	0,14±0,66	2,06±1,93	0,17±0,61	8,3	91,7
	Thành thị	1,65±1,99	0,05±0,13	0,22±0,49	1,92±2,17	0,27±0,23	14,1	85,9
	p	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05
Tổng		1,77±1,93	0,04±0,27	0,18±0,64	1,97±2,03	0,23±0,51	11,7	90,3

Chỉ số SMT chung ở nhóm nghiên cứu là 1,97. Chỉ số SMT tăng dần theo tuổi, thấp nhất ở lứa tuổi 14 là 1,80 và cao nhất ở lứa tuổi 17 là 2,13. Tỷ lệ răng sâu không được điều trị ở các nhóm tuổi đều rất cao, đặc biệt ở nhóm tuổi 14 là 91,1%. Chỉ số răng mất chung là 0,04. Chỉ số SMT ở HS nam là 2,02, ở HS nữ là 1,95. Trong khi đó chỉ số răng mất ở nữ là 0,05; ở nam là 0,02. Số răng sâu không được điều trị ở nam cao hơn nữ, với $p > 0,05$. Chỉ số SMT ở HS nông thôn là 2,06, ở HS thành thị là 1,92. Trong khi đó chỉ số răng mất ở HS nông thôn là 0,03; ở thành thị là 0,05. Số răng sâu không được điều trị ở HS nông thôn cao hơn ở thành thị, với $p > 0,05$.

Chỉ số SMT trong nghiên cứu của chúng tôi cũng phản ánh một phần kết quả thu được sau khi Phiavat triển khai các công tác NHĐ hiệu quả tại Lào. Chỉ số SMT trong nghiên cứu của chúng tôi cao hơn kết quả trong nghiên cứu của Trần Anh Thắng năm 2011 điều tra lứa tuổi 16-18 tại tỉnh Hòa Bình, tỷ lệ SMT là 1,85 [7]. Điều này có thể được giải thích là do đặc điểm điều kiện kinh tế, xã hội của từng vùng miền khác nhau, xét về điều kiện kinh tế xã hội chung thì HS tại tùy từng nơi có điều kiện tiếp xúc với đường, đồ ngọt sớm và khác nhau nên thời gian phơi nhiễm với bệnh kéo dài và làm tăng tỷ lệ sâu răng.

Trung bình mỗi em HS có 1,77 răng bị sâu, tỷ lệ sâu răng không được điều trị là rất cao 90,3%, nghĩa là tỷ lệ răng sâu không được điều trị lớn hơn rất nhiều so với răng sâu được điều trị ở cả hai giới và các nhóm tuổi. Điều đó có thể được lý giải rằng ở nhóm HS nghiên cứu, việc dự phòng và

điều trị sớm sâu răng chưa được chú trọng hoặc do không phát hiện được sâu răng ở giai đoạn sớm. Để giữ gìn bộ răng vĩnh viễn cho các em sẽ đặt cho chúng ta nhiều công việc cần phải làm và tích cực hơn nữa trong công tác nha học đường cũng như cần sự quan tâm đưa con đi khám răng miệng định kỳ nhằm khám, phát hiện và điều trị sâu răng sớm của các phụ huynh HS.

Bảng 3. Thực trạng viêm lợi

Biến số		Viêm lợi		Không viêm lợi		p
		n	%	n	%	
Tuổi	14 tuổi	32	42,7	43	57,3	0,635
	15 tuổi	32	44,4	40	55,6	
	16 tuổi	39	52,7	35	47,3	
	17 tuổi	37	46,8	53	53,2	
Giới	Nam	82	55,8	65	44,2	0,002
	Nữ	58	37,9	95	62,1	
Vùng sinh sống	Nông thôn	79	53,7	68	46,3	0,016
	Thành thị	61	39,9	92	60,1	
Tổng		140	46,7	160	53,3	

Tỷ lệ đối tượng viêm lợi là (140 học sinh chiếm 46,7%). Tỷ lệ viêm lợi cao nhất ở tuổi 16 là 52,7%, thấp nhất ở lứa tuổi 14 là 42,7%, không có sự khác biệt với $p > 0,05$. Tỷ lệ viêm lợi ở nam là 55,8% cao hơn nữ là 37,9%. Và sự khác biệt là có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Tỷ lệ viêm lợi ở HS nông thôn là 53,7% cao hơn HS ở thành thị là 39,9%. Sự khác biệt về tỷ lệ viêm lợi giữa hai vùng là có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Có thể do HS nữ VSRM tốt hơn HS nam qua đó tỷ lệ viêm lợi ở nữ cũng thấp hơn ở nam và tại vùng nông thôn học sinh ý thức về việc chăm sóc răng miệng.

Kết quả điều tra năm 1990 của Viện Răng - Hàm Mặt tổ chức điều tra sức khỏe răng miệng trên quy mô toàn quốc và cho thấy tỷ lệ có bệnh viêm lợi rất cao ở nhóm 15 tuổi là 95,60% [10]. Tỷ lệ viêm lợi trong nghiên cứu của chúng tôi là thấp hơn có thể lý giải là thói quen, tập quán của các em đã có sự thay đổi, cùng với sự tiến bộ về mặt bằng dân trí nói chung thì kiến thức, thái độ và hành vi trong CSR của các em đã có nhiều thay đổi, thói quen đánh răng, sử dụng bàn chải và kem đánh răng là biện pháp hữu hiệu phòng chống viêm lợi có hiệu quả.

KẾT LUẬN

Tỷ lệ sâu răng là 63,0%, ở vùng nông thôn cao hơn ở thành thị. Tỷ lệ sâu răng từ mức D3 là 46,3%, từ mức D2 là 57,6% và giai đoạn sớm D1 là 63,0%.

Chỉ số SMT là 1,97, chỉ số răng sâu được điều trị là 1,77, được hàn 0,18, có tới 90,3% răng sâu chưa được điều trị.

Tỷ lệ viêm lợi chung là 46,7%. HS nam bị viêm lợi cao hơn HS nữ. HS ở vùng thành thị ít bị viêm lợi hơn HS ở vùng nông thôn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. WHO (1997). *Oral health surveys: basic*

methods, fourth Edition, Geneva, pp. 25-28.

2. Mai Đình Hưng (1998). *Bệnh sâu răng*. Bài giảng Răng-Hàm-Mặt, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, 9-24.

3. Besseling S., Ngonephady S. and Wilk A.J. (2013). Pilot survey on dental health in 5-12-year-old school children in Laos. *Journal of investigative and clinical dentistry*, 4(1), 44-48.

4. Đào Ngọc Phong, Tôn Thất Bách (2006). *Phương pháp nghiên cứu khoa học trong y học và sức khỏe cộng đồng*. Tài liệu hướng dẫn xây dựng đề cương nghiên cứu khoa học y học, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, tr. 51-116.

5. Khao Syhalath (2017). *Thực trạng bệnh sâu răng và một số yếu tố liên quan ở học sinh Trung học cơ sở Viêng Chăn, Lào năm 2017*, Luận văn Thạc sĩ Y học, Trường Đại học Y Hà Nội.

6. Trần Văn Trường (2002). *Điều tra sức khỏe răng miệng toàn quốc*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, tr. 74.

7. Trần Anh Thắng (2012). *Nghiên cứu mối liên quan giữa thực hành chăm sóc răng miệng với bệnh sâu răng - viêm lợi ở học sinh PTTH tại Hòa Bình năm 2011*, Luận văn Thạc sĩ Y học, Trường Đại học Y Hà Nội.

8. Kaur R., Kataria H., Kumar S. et al. (2010). Caries experience among Females aged 16-21 in Punjab, India and its Relationship with Lifestyle and Salivary HSP70 Levels. *European journal of dentistry*, 4(3), 308.

9. Trần Đức Thành, Hoàng Trọng Hùng, Hoàng Đạo Bảo Trâm (2011). Áp dụng ICDAS đánh giá sâu răng ở trẻ em 12 tuổi. *Tạp chí Nghiên cứu Y học*, 76(5), 89-92.

10. Nguyễn Dương Hồng (1990). Điều tra cơ bản sức khỏe răng miệng ở Việt Nam năm 1990, 35-40.