

BỘ GIÁO DỤC VÀ ĐÀO TẠO

BỘ Y TẾ

TRƯỜNG ĐẠI HỌC Y HÀ NỘI



VŨ DUY HÙNG

**NGHIÊN CỨU TÌNH TRẠNG SỨC KHỎE RĂNG MIỆNG,
NHU CẦU ĐIỀU TRỊ VÀ ĐÁNH GIÁ HIỆU QUẢ MỘT SỐ
BIỆN PHÁP CAN THIỆP CHO NGƯỜI CAO TUỔI
TẠI TỈNH YÊN BÁI**

LUẬN ÁN TIẾN SĨ Y HỌC

HÀ NỘI - 2019

BỘ GIÁO DỤC VÀ ĐÀO TẠO

BỘ Y TẾ

TRƯỜNG ĐẠI HỌC Y HÀ NỘI

=====

VŨ DUY HÙNG

**NGHIÊN CỨU TÌNH TRẠNG SỨC KHỎE RĂNG MIỆNG,
NHU CẦU ĐIỀU TRỊ VÀ ĐÁNH GIÁ HIỆU QUẢ MỘT SỐ
BIỆN PHÁP CAN THIỆP CHO NGƯỜI CAO TUỔI
TẠI TỈNH YÊN BÁI**

Chuyên ngành : Răng Hàm Mặt

Mã số : 62720601

LUẬN ÁN TIẾN SĨ Y HỌC

Người hướng dẫn khoa học: PGS.TS.Lương Ngọc Khuê

PGS.TS.Trương Mạnh Dũng

HÀ NỘI - 2019

LỜI CAM ĐOAN

Tôi là **Vũ Duy Hưng**, nghiên cứu sinh khóa 34 Trường Đại học Y Hà Nội, chuyên ngành Răng Hàm Mặt, xin cam đoan:

1. Đây là luận án do bản thân tôi trực tiếp thực hiện dưới sự hướng dẫn của thầy **PGS.TS. Lương Ngọc Khuê** và **PGS.TS. Trương Mạnh Dũng**.
2. Công trình này không trùng lặp với bất kỳ nghiên cứu nào khác đã được công bố tại Việt Nam.
3. Các số liệu và thông tin trong nghiên cứu là hoàn toàn chính xác, trung thực và khách quan, đã được xác nhận và chấp thuận của cơ sở nơi nghiên cứu.

Tôi xin hoàn toàn chịu trách nhiệm trước pháp luật về những cam kết này

Hà Nội, ngày tháng năm 2019

Người viết cam đoan

Vũ Duy Hưng

DANH MỤC CHỮ VIẾT TẮT

BHYT	: Bảo hiểm y tế
BQR	: Bệnh quanh răng
BS	: Bác sỹ
CPITN	: Chỉ số nhu cầu điều trị nha chu cộng đồng
DT	: Chỉ số sâu răng
FDI	: Liên đoàn nha khoa quốc tế
FT	: Chỉ số trám răng
HQCT	: Hiệu quả can thiệp
MBR	: Mảng bám răng
MT	: Chỉ số mất răng
NCS	: Nghiên cứu sinh
NCT	: Người cao tuổi
PVS	: Phỏng vấn sâu
QHI	: Chỉ số Quigle & Hein
RHM	: Răng hàm mặt
SKRM	: Sức khỏe răng miệng
SMT (DMFT)	: Chỉ số sâu mất trám
VSRM	: Vệ sinh răng miệng
WHO	: Tổ chức y tế thế giới

MỤC LỤC

ĐẶT VẤN ĐỀ	1
Chương 1: TỔNG QUAN	3
1.1. Thực trạng và nhu cầu điều trị bệnh răng miệng ở người cao tuổi.....	3
1.1.1. Bệnh sâu răng	4
1.1.2. Bệnh quanh răng.....	9
1.1.3. Tình trạng mất răng	15
1.2. Các biện pháp phòng bệnh răng miệng cho người cao tuổi.	18
1.2.1. Các biện pháp điều trị và dự phòng bệnh sâu răng	19
1.2.2. Một số biện pháp điều trị và dự phòng bệnh quanh răng	25
1.2.3. Chăm sóc sức khoẻ răng miệng ban đầu ở người cao tuổi.....	32
1.3. Một số nghiên cứu can thiệp bệnh răng miệng ở người cao tuổi	37
Chương 2: ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU.....	39
2.1. Nghiên cứu mô tả cắt ngang	39
2.1.1. Đối tượng nghiên cứu	39
2.1.2. Phương pháp nghiên cứu	39
2.1.3. Mẫu nghiên cứu	39
2.1.4. Cách chọn mẫu	41
2.1.5. Các bước tiến hành nghiên cứu	42
2.1.6. Kỹ thuật thu thập số liệu	42
2.1.7. Các chỉ số và biến số nghiên cứu mô tả cắt ngang.....	43
2.2. Nghiên cứu can thiệp	48
2.2.1. Đối tượng nghiên cứu	48
2.2.2. Phương pháp nghiên cứu	49
2.2.3. Cỡ mẫu nghiên cứu.....	49
2.2.4. Chọn mẫu	50

2.2.5. Các bước tiến hành nghiên cứu	51
2.2.6. Các hoạt động can thiệp.....	53
2.2.7. Các tiêu chuẩn sử dụng trong đánh giá.....	58
2.2.8. Thiết kế nghiên cứu	60
2.2.9. Các biến số nghiên cứu	61
2.2.10. Độ tin cậy	62
2.2.11. Hạn chế sai số trong nghiên cứu	62
2.2.12. Theo dõi, quản lý bệnh nhân và thu thập số liệu nghiên cứu	62
2.3. Xử lý và phân tích số liệu	64
2.4. Đạo đức trong nghiên cứu.....	64
Chương 3: KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU	66
3.1. Thực trạng bệnh răng miệng và nhu cầu điều trị bệnh răng miệng ở người cao tuổi Yên Bái.....	66
3.1.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu	66
3.1.2. Tình trạng bệnh răng miệng của người cao tuổi	68
3.2. Đánh giá hiệu quả can thiệp và đề xuất một số biện pháp can thiệp cho phòng bệnh răng miệng trong chương trình chăm sóc sức khỏe răng miệng ban đầu cho người cao tuổi tại tỉnh Yên Bái.	79
3.3. Một số yếu tố liên quan đến nhu cầu điều trị răng miệng người cao tuổi tỉnh Yên Bái	92
3.3.1. Đối với người cao tuổi	92
3.3.2. Đối với cán bộ Y tế và hệ thống chính sách Y tế chăm sóc sức khỏe....	94
Chương 4: BÀN LUẬN	100
4.1. Mô tả thực trạng bệnh răng miệng, nhu cầu điều trị ở người cao tuổi tỉnh Yên Bái.	100
4.1.1. Đặc trưng cá nhân nhóm đối tượng nghiên cứu.....	100
4.1.2. Tình trạng bệnh răng miệng ở NCT Yên Bái	102

4.2. Nhu cầu điều trị các bệnh răng miệng và một số yếu tố liên quan tới bệnh răng miệng của người cao tuổi tỉnh Yên Bái:	113
4.2.1. Nhu cầu điều trị thân răng.....	113
4.2.2. Nhu cầu phục hình răng.....	115
4.2.3. Nhu cầu điều trị bệnh quanh răng:	117
4.2.4. Một số yếu tố liên quan tới bệnh răng miệng của người cao tuổi tỉnh Yên Bái.	118
4.3. Đánh giá hiệu quả can thiệp phòng chống bệnh răng miệng trong chương trình chăm sóc sức khỏe răng miệng ban đầu cho người cao tuổi tại tỉnh Yên Bái.	123
4.3.1. Thông tin chung về nhóm can thiệp và nhóm đối chứng	125
4.3.2. Hiệu quả can thiệp với sâu răng ở người cao tuổi.....	128
4.4. Đóng góp mới của luận án	135
KẾT LUẬN	136
KIẾN NGHỊ	138
DANH MỤC CÁC CÔNG TRÌNH ĐÃ CÔNG BỐ CÓ LIÊN QUAN ĐẾN LUẬN ÁN	
TÀI LIỆU THAM KHẢO	
PHỤ LỤC	

DANH MỤC BẢNG

Bảng 1.1:	Tình hình sâu, mất, trám và chỉ số SMT của một số quốc gia trên thế giới	6
Bảng 1.2:	Tình hình sâu, mất, trám và chỉ số SMT qua một số nghiên cứu tại Việt Nam	6
Bảng 1.3:	Tình hình sâu chân răng ở một số quốc gia trên thế giới.....	7
Bảng 1.4:	Tình hình nghiên cứu bệnh quanh răng ở một số quốc gia trên thế giới và Việt Nam.....	12
Bảng 1.5:	Tình hình mất răng ở người cao tuổi tại một số quốc gia trên thế giới và Việt Nam	16
Bảng 1.6:	Ba cấp chăm sóc răng miệng ban đầu cho người cao tuổi	34
Bảng 1.7:	Một số vấn đề giáo dục nha khoa cho người cao tuổi.....	35
Bảng 3.1:	Đặc điểm tình trạng kinh tế - xã hội.....	66
Bảng 3.2:	Đặc điểm thói quen sống, bệnh toàn thân, tiền sử nha khoa	67
Bảng 3.3:	Tình trạng niêm mạc miệng của người cao tuổi	68
Bảng 3.4:	Tình trạng sâu răng ở người cao tuổi	69
Bảng 3.5:	Tình trạng sâu chân răng ở người cao tuổi	69
Bảng 3.6:	Tổng số răng bị sâu, bị mất do sâu, được trám.....	70
Bảng 3.7:	Tỷ lệ % mất răng ở người cao tuổi phân bố theo tuổi.....	71
Bảng 3.8:	Số răng bị mòn cổ răng, sâu chân răng, mất răng	71
Bảng 3.9:	Số răng tự nhiên ở người cao tuổi còn lại trên cung hàm	72
Bảng 3.10:	Tình trạng bệnh quanh răng theo giới.	73
Bảng 3.11:	Phân bố tỷ lệ NCT còn đủ 3 vùng lục phân lạnh mạnh theo giới..	73
Bảng 3.12:	Chỉ số CPI nặng nhất theo giới tính.	74
Bảng 3.13:	Tình trạng viêm lợi của người cao tuổi	74
Bảng 3.14:	Tình trạng khớp thái dương hàm của người cao tuổi.....	75
Bảng 3.15:	Nhu cầu điều trị thân răng của người cao tuổi.....	75
Bảng 3.16:	Nhu cầu hàn 1 mặt thân răng của người cao tuổi	76

Bảng 3.17:	Nhu cầu hàn 2 mặt thân răng của người cao tuổi	76
Bảng 3.18:	Nhu cầu điều trị tủy của người cao tuổi	77
Bảng 3.19:	Nhu cầu phục hình răng ở người cao tuổi	77
Bảng 3.20:	Nhu cầu điều trị thân răng ở người cao tuổi theo số răng cần điều trị	78
Bảng 3.21:	Nhu cầu điều trị bệnh quanh răng ở người cao tuổi.....	78
Bảng 3.22:	Thông tin chung đối tượng nghiên cứu	79
Bảng 3.23:	Tuổi trung bình của người cao tuổi ở hai nhóm nghiên cứu	80
Bảng 3.24:	Tỷ lệ sâu răng theo lứa tuổi ở hai nhóm thời điểm trước khi can thiệp	80
Bảng 3.25:	Tỷ lệ sâu răng theo giới tại thời điểm trước can thiệp	80
Bảng 3.26:	Tỷ lệ sâu chân răng theo nhóm tuổi tại thời điểm trước can thiệp.	81
Bảng 3.27:	Tỷ lệ mất răng theo tuổi tại thời điểm trước can thiệp.....	81
Bảng 3.28:	Chỉ số SMT tại thời điểm trước can thiệp	82
Bảng 3.29:	Tỷ lệ sâu răng và hiệu quả can thiệp theo thời gian.....	82
Bảng 3.30:	Chỉ số hiệu quả phòng Sâu răng ở người cao tuổi theo thời gian..	83
Bảng 3.31:	Chỉ số hiệu quả của chỉ số phòng sâu răng sau 18 tháng theo nhóm tuổi, giới	84
Bảng 3.32:	Tỷ lệ sâu thân răng và hiệu quả can thiệp theo thời gian.....	85
Bảng 3.33:	Tỷ lệ sâu chân răng và hiệu quả can thiệp theo thời gian	86
Bảng 3.34:	Chỉ số sâu chân răng ở người cao tuổi theo thời gian.....	86
Bảng 3.35:	Chỉ số hiệu quả của chỉ số sâu chân răng sau 18 tháng	87
Bảng 3.36:	Chỉ số hiệu quả của chỉ số mất răng sau 18 tháng	88
Bảng 3.37:	Tỷ lệ mất răng và hiệu quả can thiệp theo thời gian.....	89
Bảng 3.38:	Chỉ số SMT ở người cao tuổi theo thời gian	90
Bảng 3.39:	Tỷ lệ mòn cổ răng và hiệu quả can thiệp theo thời gian	90
Bảng 3.40:	Chỉ số hiệu quả của chỉ số sâu mất trám theo nhóm tuổi, giới sau 18 tháng.....	91

DANH MỤC HÌNH

Hình 1.1.	Hình ảnh sâu răng và phá hủy thân răng lan rộng	5
Hình 1.2.	Hình ảnh tiêu xương ổ răng, chân răng bộc lộ khá nhiều kèm theo mòn cổ răng	11
Hình 1.3.	Hình ảnh mất răng ở người cao tuổi.....	18
Hình 2.1.	Bộ khay khám.....	48
Hình 2.2.	Phương pháp chải răng Toothpick	54
Hình 2.3.	Nước súc miệng Fluor 0,2%.....	56

DANH MỤC BIỂU ĐỒ

Biểu đồ 3.1:	Tình trạng niêm mạc miệng của người cao tuổi	68
Biểu đồ 3.2:	Nhu cầu điều trị bệnh quanh răng ở người cao tuổi.....	79
Biểu đồ 3.3:	Tỷ lệ sâu thân răng và hiệu quả can thiệp theo thời gian.....	85
Biểu đồ 3.4:	Chỉ số Sâu chân răng ở người cao tuổi theo thời gian	87

ĐẶT VẤN ĐỀ

Dân số thế giới ngày càng tăng cao, cùng với sự phát triển mạnh mẽ về kinh tế, khoa học và xã hội, tuổi thọ trung bình của loài người tăng lên nhanh chóng. Trong vòng một thế kỷ qua tuổi thọ trung bình của loài người đã tăng thêm gần 30 năm và cùng với nó số lượng người cao tuổi đang tăng lên nhanh chóng trên phạm vi toàn cầu. Số người cao tuổi trên toàn thế giới chiếm tỉ lệ 8% dân số vào năm 1950, tăng lên 11% vào năm 2009, theo tính toán tới năm 2020 là 1 tỷ người và sẽ tăng tới 22% vào năm 2050 (khoảng 2 tỷ người) [1].

Xu hướng già hoá dân số đang đặt nhân loại trước những thách thức to lớn trong thế kỷ XXI. Một trong những thách thức đó là vấn đề chăm sóc và bảo vệ sức khoẻ cho người cao tuổi trong cộng đồng. Dân số người cao tuổi đã trở thành một trong những vấn đề được coi là quan trọng ở nhiều nước trong những thập niên qua [2]. Việt Nam là một nước đang phát triển, số người cao tuổi đang có xu hướng tăng nhanh. Theo báo cáo của Bộ Y tế tính tới cuối năm 2012, Việt Nam đã có hơn 9 triệu người cao tuổi (chiếm 10,2% dân số) và Việt Nam chính thức bước vào nước có dân số già hóa.

Chăm sóc sức khỏe nói chung cũng như sức khỏe răng miệng cho người cao tuổi là một trong những chính sách quan trọng của Chính phủ. Theo số liệu điều tra sức khỏe răng miệng quốc gia Việt Nam năm 2001 cho thấy tỷ lệ sâu răng vĩnh viễn có chiều hướng tăng theo tuổi, tỷ lệ sâu răng của đối tượng từ 45 tuổi trở lên trong toàn quốc là 78%, chỉ số SMT dao động từ khoảng 6,09-11,66, số trung bình răng mất là 4,45-8,95, số trung bình răng được hàn là 0,02-0,36 [3]. Đối với người cao tuổi một số nghiên cứu tại một số quốc gia như nghiên cứu năm 1989 Luan và Cs điều tra 338 người ≥ 66 tuổi tại Trung Quốc thấy ở tuổi 66-69 chỉ số SMT là 16,6 và ở tuổi 70 trở lên là 21 [4], Phạm Văn Việt và cộng sự nghiên cứu năm 2004 cho biết tỷ lệ sâu răng của người cao tuổi tại Hà Nội là 55,1%, SMT là 12,6 [5]. Nguyễn Thị Sen và cộng

sự, năm 2015 nghiên cứu về BQR ở NCT ở tỉnh Yên Bái cho thấy người cao tuổi có trung bình mất răng khoảng 8 chiếc/người [6]. D.T.Zero và CS (2004) nghiên cứu lâm sàng đánh giá hiệu quả tái khoáng hoá của nước súc miệng có chứa 100 ppm Fluor, cho thấy sau 2 tuần 42% tổn thương sâu răng giai đoạn sớm phục hồi độ cứng bề mặt [7]. Trịnh Đình Hải (2000), cho trẻ 6-15 tuổi súc miệng hàng tuần bằng dung dịch NaF 0,2% kết hợp cùng giáo dục vệ sinh răng miệng, sau 8 năm thấy sâu răng vĩnh viễn giảm 45% [8].

Các kết quả nghiên cứu cho thấy tình trạng mắc BRM của NCT đang ở mức cao, tuy nhiên chưa có những nghiên cứu tổng thể về tình trạng sức khỏe răng miệng cho người cao tuổi nói chung và tại vùng miền núi nói riêng và chưa có nghiên cứu việc sử dụng chế phẩm nước súc miệng Fluor cho NCT. Do đó việc nghiên cứu thực trạng bệnh răng miệng ở NCT vùng miền núi là rất cần thiết để góp phần đưa ra bức tranh về BRM từ đó ngành y tế có thể đưa ra chính sách vĩ mô nhằm ngăn ngừa, kiểm soát và điều trị nhằm cải thiện chất lượng cuộc sống cho NCT ở khu vực này. Xuất phát từ tầm quan trọng và ý nghĩa trên, chúng tôi tiến hành thực hiện đề tài **“Nghiên cứu tình trạng sức khỏe răng miệng, nhu cầu điều trị và đánh giá hiệu quả một số biện pháp can thiệp cho người cao tuổi tại tỉnh Yên Bái”** với các mục tiêu sau:

1. *Mô tả thực trạng sức khỏe răng miệng của người cao tuổi tại tỉnh Yên Bái năm 2015-2017.*
2. *Nhận xét nhu cầu điều trị răng miệng và một số yếu tố liên quan tới bệnh răng miệng ở người cao tuổi tỉnh Yên Bái.*
3. *Đánh giá hiệu quả một số biện pháp can thiệp trong chương trình chăm sóc sức khỏe răng miệng ban đầu cho người cao tuổi tại tỉnh Yên Bái.*

Chương 1

TỔNG QUAN

1.1. Thực trạng và nhu cầu điều trị bệnh răng miệng ở người cao tuổi

Con người không thể tránh khỏi sự lão hóa khi lớn tuổi, theo qui luật chung sự thoái hóa của toàn cơ thể các bộ phận ở vùng răng miệng cũng có những biến đổi theo xu hướng thoái triển từ từ tạo ra những rối loạn không phục hồi cả về hình thái và chức năng. Bệnh lý răng miệng ở người cao tuổi cũng giống như những người trẻ tuy nhiên tỷ lệ mắc các bệnh này thường gặp với tần xuất cao hơn rất nhiều do sự phối hợp của nhiều yếu tố bệnh lý, thoái hóa, thói quen, điều kiện kinh tế....

Các vấn đề răng miệng thường gặp ở người cao tuổi:

- Quá trình liên thương chậm, tình trạng vệ sinh răng miệng kém
- Sâu chân răng, mòn răng
- Tủy răng vôi hóa
- Viêm quanh răng mạn tính
- Mô dễ bị tổn thương
- Cảm giác vị giác bất thường
- Hội chứng bông rát niêm mạc miệng
- Loãng xương sau tuổi mãn kinh
- Tiêu xương quá mức
- Nhiễm nấm...

Điều trị răng miệng cho người cao tuổi có những điểm khác biệt cần được lưu ý. Hầu hết người cao tuổi đều bị một hoặc nhiều các bệnh toàn thân khác, do đó cần khai thác đầy đủ tiền sử trước khi tiến hành bất cứ điều trị nào. Tâm lý của người cao tuổi cũng có nhiều thay đổi, khác với tuổi trưởng thành, trung niên, tình trạng vệ sinh răng miệng cũng kém hơn.

1.1.1. Bệnh sâu răng

Sâu răng là một trong các bệnh phổ biến nhất, thường gặp với sự mất canxi của thành phần vô cơ, kèm hoặc tiếp theo là phân huỷ thành phần hữu cơ tạo thành hố ở các mặt trên thân, chân hoặc ở cả thân và chân răng gọi là lỗ sâu. Đối với NCT, sâu răng có những đặc điểm khác biệt về lâm sàng, tiên triển và sự ảnh hưởng của tủy răng so với người trẻ tuổi.

Sâu răng trên người cao tuổi thường tiên triển chậm, triệu chứng lâm sàng nghèo nàn, đáy lỗ sâu có màu nâu sẫm, ít ê buốt, ảnh hưởng tới tủy chậm nhưng bệnh nhân đến khám thường là tủy viêm không hồi phục hoặc tủy hoại tử.

Có thể gặp thể sâu răng đã ngừng hoạt động với đáy cứng. Theo vị trí, lỗ sâu ít gặp ở mặt nhai, mặt lán, nếu có thường là sâu tái phát xung quanh mỗi hàn cũ. Thể sâu ở cổ chân răng thường hay gặp ở những răng có tụt lợi. Mặt xương chân răng thường không nhẵn, tạo điều kiện dễ dàng cho MBR hình thành. Lỗ sâu chân răng có thể gặp ở các mặt ngoài, trong, đặc biệt là mặt bên ngay sát cổ răng. Tổn thương phát triển có khuynh hướng lan theo chiều rộng về phía chân răng và các mặt kề cận, không tạo hốc rõ ràng, thường có hiện tượng quá cảm, gãy thân răng (được gọi là thể sâu răng lan). NCT thường có nhiều chân răng trong miệng (do sâu nhiều mặt, sâu vỡ hết thân răng) hay hình ảnh tổn thương sâu rộng với sự rạn nứt, gãy vỡ ở men ngà tích lũy dần theo năm tháng [9],[10],[11].



Hình 1.1. Hình ảnh sâu răng và phá hủy thân răng lan rộng [12]

1.1.1.1. Thực trạng bệnh sâu răng ở người cao tuổi

Để đánh giá tình hình sâu răng, các nghiên cứu thường xem xét tỉ lệ người mắc và chỉ số SMT trung bình mỗi người trong cộng đồng. Sâu răng trước đây thường được cho là bệnh của trẻ em và của tuổi vị thành niên. Kết quả là nhóm đích trong chương trình phòng sâu răng ở các quốc gia đã được triển khai tại các trường tiểu học. Tuy nhiên, ở nhiều nước chưa phát triển với mức độ mắc sâu răng rất thấp, những thông tin về bệnh ở trẻ em là chưa đủ để mô tả về tình trạng sâu răng của cộng đồng. Một số tác giả khác cho rằng tình trạng sâu răng theo tuổi thường do sâu răng tích lũy và điều đó giải thích sự mất răng của người trưởng thành và NCT. Các nghiên cứu về sâu răng trong những thập niên gần đây cho thấy, đến giữa những năm 80 ở các nước Bắc Âu, Mỹ và các nước công nghiệp khác bệnh sâu răng trẻ em đã giảm rõ rệt [13]. Nhưng bệnh sâu răng ở NCT vẫn đang trên đà tiến triển ở khắp các châu lục với những mức độ khác nhau. Từ thập kỷ 70 cho đến nay, nhiều công trình đánh giá sâu răng ở NCT đã được tiến hành với mục đích xác định tình trạng và nhu cầu, làm cơ sở cho chương trình chăm sóc sức khỏe răng miệng NCT.

Bảng 1.1: Tình hình sâu, mất, trám và chỉ số SMT của một số quốc gia trên thế giới

Tác giả, Quốc gia	Năm	Tuổi	N	T. số còn răng	Tỷ lệ%	Sâu	Mất	Trám	SMT
Luan W.M và Cs, Beijing Chinese [4]	1989	≥60	1744	-	60,0	5,8	13,5	0,5	19,8
Thomas S và Cs, Manipal India [12]	1994	≥60	300	245	62,9	2,6	10,9	0,0	13,5
Christensen J& Cs, Jerusalem Denmark [14]	1997	65-74	1006	784	-	2,3	19,2	6,0	27,5
Petersen P.E [15] Madagaska	2010	65-74	-	-	-	5,3	14,5	0,4	20,2
Liu L Chinese [16]	2013	65-74	2376	-	-	2,39	11,2	0,29	13,9

Bảng 1.2: Tình hình sâu, mất, trám và chỉ số SMT qua một số nghiên cứu tại Việt Nam

Tác giả, Quốc gia	Năm	Tuổi	N	Tỷ lệ %	Sâu	Mất	Trám	SMT
Nguyễn Võ Duyên Thơ và Cs, TP HCM [17]	1992	≥60	318	96,8	7,90	10,0	0,2	18,10
Trần Văn Trường, Lâm Ngọc Ân [3]	2000	≥45	999	89,7	2,10	6,6	0,2	8,90
Phan Văn Việt [5]	2004	>60	850	55,6	1,76	10,7	0,12	12,6
Trần Thanh Sơn [18]	2007	>65	-	61	1,77	-	-	-
Rihs L.B [19]	2009	>65	1192		0,5	28,5	1,2	30,2
Nguyễn Trà My [20]	2012	>60	-	-	-	-	-	5,34
Đỗ Mai Phương [21]	2015	>60	165	32,1	0,6	4,77	0,14	5,51
Trương Mạnh Dũng [22]	2017	≥60	10800	33,1	0,85	8,04	0,11	8,98

Bảng 1.3: Tình hình sâu chân răng ở một số quốc gia trên thế giới

Tác giả	Quốc gia	Năm	Tuổi	Tỷ lệ%
Banting D.W và Cs [23]	Canada	1986	≥60	20,0-40,0
Cautley A.J [24]	New Zealand	1992	≥65	61,0
Galan D [25]	Canada	1993	≥60	24,0
Trần Văn Trường [3]	Viet Nam	2002	>60	8,15
Trần Thanh Sơn [18]	Viet Nam	2007	>60	11,8
Petersen [15]	Madagasca	2010	>60	13,7
Liu L [16]	Trung Quốc	2013	65-74	13,9

Ở Châu Á, năm 1989 Luan và Cs điều tra 338 người ≥ 66 tuổi tại Trung Quốc thấy ở tuổi 66-69 chỉ số SMT là 16,6 và ở tuổi 70 trở lên là 21,4 [4]. Theo điều tra cơ bản toàn quốc lần thứ 2 tại Trung Quốc (2002), Wang H.Y và Cs cho thấy, ở lứa tuổi 65-74 chỉ số SMT theo răng là 12,4. trong đó, nữ cao hơn nam [26]. Công trình điều tra về sâu răng ở Ấn Độ năm 1994, Thomas S và Cs cho thấy, ở 3 nhóm tuổi 60-64; 65-74 và ≥75 chỉ số SMT là 11,8; 13,5 và 20,3 [12]. Barrow S.Y và Cs (2003) thấy: đối với người Mỹ gốc Phi tại New York ở tuổi từ 55 - 64 chỉ số SMT theo răng trung bình là 15,9 [13]. Một số công trình nghiên cứu ở Châu Âu, Châu Mỹ, Châu Đại Dương như Đan Mạch, Úc, Niu Di Lân, Canada, Na Uy như kết quả (bảng 1) cho thấy chỉ số SMT của NCT là rất cao ở mức từ 24,0 trở lên. Tại Việt Nam, một nghiên cứu ở thành phố Hồ Chí Minh của tác giả Nguyễn Võ Duyên Thơ cũng chỉ ra tình trạng sâu răng ở nhóm người ≥ 60 tại các nhà dưỡng lão có tỉ lệ mắc tới 96,8% với số răng sâu chưa được trám là 7,9 và chỉ số SMT là 18,1 [17].

Năm 1986, Banting tổng kết 12 công trình nghiên cứu về sâu chân răng ở nhiều nước cho biết: sâu chân răng xuất hiện nhiều ở nhóm người già với tỷ lệ mắc khoảng 20 - 40%. Vị trí lỗ sâu thường gặp là ở mặt trong và mặt bên của răng hàm trên, mặt ngoài và mặt bên của răng hàm dưới [23]. Một số các công trình ở Anh (1996), Mỹ (1990), Niu Di Lân (1992), Canada (1993) nghiên cứu về vấn đề này đã cho thấy tỉ lệ mắc khá (Bảng 3). Tuy nhiên, Luan và Cs (1989) điều tra tại Trung Quốc lại cho một tỉ lệ thấp hơn [4]. Đặc biệt, Thomas S và Cs khám 300 NCT Ấn Độ (1994) thấy 11,8% người có mặt chân răng bị hở nhưng không có sâu [12], còn tại Việt Nam, Nguyễn Võ Duyên Thơ (1992) khám 318 đối tượng cho biết tỉ lệ và trung bình có sâu chân răng mỗi người là 5,0% và 0,14 răng/người [17].

Từ kết quả nghiên cứu về tình trạng răng SMT ở NCT tại nhiều quốc gia thuộc các châu lục khác nhau chúng ta có thể thấy tình trạng có răng sâu, mất răng do sâu và nhất là răng sâu chưa được trám có trị số rất cao. Ở nhiều cộng đồng, chỉ số SMT chiếm từ 3/4 trở lên trong tổng số răng của mỗi người. Đây là con số vượt xa so với chỉ số SMT ở các tuổi 12, 15, 34 - 45 nếu so sánh với một số điều tra tại Việt Nam [27], [28],[29], [30].

1.1.1.2. Nhu cầu điều trị bệnh sâu răng ở người cao tuổi

Đã có khá nhiều các nghiên cứu tại Việt Nam như Nguyễn Võ Duyên Thơ, Đức Hoàng Thanh Trúc, Phan Vinh Nguyên, Mai Hoàng Khanh... đều cho thấy tỉ lệ sâu răng ở NCT chiếm tỉ lệ cao. Hầu hết các nghiên cứu đều chỉ ra rằng, sâu chân răng là yếu tố nguy cơ đối với nhiều bệnh toàn thân, đặc biệt là bệnh tim mạch [6]. Chính vì vậy, việc đánh giá nhu cầu điều trị bệnh sâu răng sẽ là cơ sở cho các chiến lược chăm sóc sức khỏe răng miệng cho cộng đồng NCT.

Nghiên cứu của Phan Vinh Nguyên (2006) trên NCT tại TP Cần Thơ ghi nhận nhu cầu trám 1 mặt \geq 2 mặt, nhu cầu điều trị tủy và nhổ răng là

(0,23-0,21), (0,12-0,09), (0,18-0,15) và (2,23-2,48) ở thành thị và nông thôn. Nhu cầu nhổ răng giảm dần theo nhóm tuổi 60-64 (1,72), 65-74 (1,33), ≥ 75 (0,08). Với 61% người bị sâu răng, 527 lỗ sâu chưa được trám (trung bình 1,77 răng/người) trong khi tỉ lệ răng được trám là rất thấp 0,26%. Có 75,3 % người có mòn mặt nhai (trung bình 11,8 răng/người). Có 26 % người có tiêu mòn cổ răng (trung bình 1,2 răng/người). Có 39,7 % người có sang chấn răng (trung bình 0,4 răng/người). Và trung bình sẽ có 15,2 răng trên một người cần được điều trị hoặc hướng dẫn điều trị, hướng dẫn điều trị dự phòng với những răng mòn (trám răng sâu, tiêu mòn cổ răng, sang chấn ...) [30]. Theo Mai Hoàng Khanh (2009), nhu cầu trám 1 mặt ≥ 2 mặt, nhu cầu điều trị tủy và nhổ răng là 1,75, 0,28, 0,06 và 1,31 [31]. Với một khối lượng công việc là rất lớn như vậy, cần thiết phải thông qua giáo dục nha khoa cũng như điều trị dự phòng để hướng dẫn chế độ ăn uống, chải răng thích hợp, loại bỏ các thói quen răng miệng có hại, điều trị dự phòng các tổn thương nhẹ như mài chỉnh cạnh sắc các răng mòn hay sang chấn ... Mở rộng và phát triển các dịch vụ chăm sóc răng miệng tới gần dân hơn, đảm bảo thuận tiện, phù hợp mức sống người dân [32], [33].

1.1.2. Bệnh quanh răng

Theo Tổ chức Y tế thế giới, bệnh quanh răng gặp phổ biến ở mọi quốc gia và hay gặp nhất là viêm lợi và viêm quanh răng. Biểu hiện chỉ viêm ở lợi liên quan tới mảng bám (có hoặc không có yếu tố tại chỗ) xuất hiện chỉ sau 07 ngày, điều trị kịp thời dễ phục hồi. Bệnh viêm lợi ngoài lý do mảng bám còn liên quan bởi các yếu tố khác (do virus, nấm, bệnh niêm mạc, dị ứng, bệnh toàn thân khác...). Tiến triển của viêm lợi có thể tồn tại trong một thời gian dài, nhưng nhiều trường hợp sẽ tiến tới viêm quanh răng do vi khuẩn độc lực mạnh hoặc có phản ứng bất thường của túc chủ.

Viêm lợi có nhiều hình thái khác nhau. Tồn thương nhẹ: lợi phù nề, bờ viền tròn, tấy đỏ khu trú, đau và chảy máu ít. Nặng hơn là niêm mạc lợi hoại tử có các mảng màu xám, chảy máu tự phát, đau nhiều, mùi hôi. Các dạng viêm lợi điển hình ở NCT là: viêm lợi tróc màng mạn tính (ở người mãn kinh). Quá sản phối hợp với phì đại do viêm làm gai lợi to, lan rộng tạo ra những túi giả (do dùng thuốc). Lợi quá sản, cứng chắc, màu nhạt tái, không đau, không viêm (bệnh máu)...[34], [35],[36].

Biểu hiện viêm quanh răng có thể mạn tính, thể tiến triển và viêm quanh răng như là một biểu hiện của bệnh toàn thân. Ở NCT, bệnh thường mạn tính hoặc bán cấp, tiến triển từ chậm đến trung bình, từng đợt, nhưng có giai đoạn tiến triển nhanh (gặp ở người sức khoẻ yếu, có bệnh toàn thân phối hợp). Do biểu hiện triệu chứng lâm sàng nhẹ hoặc có biến chứng nhưng không rõ rệt (đáp ứng miễn dịch suy giảm) nên bệnh nhân chỉ đến khám khi nặng với biểu hiện của vùng quanh cuống răng bị viêm, đau khi răng bị va chạm. Hiện tượng này thường gặp khi tiêu xương ổ răng làm cho tỉ lệ thân răng lâm sàng lớn hơn phần chân răng còn trong xương, lực đòn bẩy gây sang chấn khi ăn nhai, phá huỷ dây chằng quanh chân răng, tiêu huỷ xương ổ răng, làm cho răng lung lay. Tiên lượng bệnh quanh răng ở NCT thường nặng bởi nhiều vùng lục phân có túi lợi và điều trị cho kết quả chậm, phục hồi kém. Do các cấu trúc quanh răng bị phá huỷ, xương ổ răng tiêu nên dấu hiệu lâm sàng có ý nghĩa nhất của viêm quanh răng ở NCT là răng lung lay, răng di lệch, răng rụng. Thêm vào đó là dấu hiệu lợi co do bị mất bám dính vào lớp xương vùng cổ răng, chân răng bị bộc lộ ít hay nhiều [37],[38],[39].



Hình 1.2. Hình ảnh tiêu xương ổ răng, chân răng bộc lộ khá nhiều kèm theo mòn cổ răng [40]

Theo điều tra sức khỏe và dinh dưỡng quốc gia ở Hoa Kỳ (2004), tỉ lệ người trưởng thành mất bám dính ở bề mặt chân răng gia tăng theo tuổi. Ví dụ: Tỉ lệ người có ít nhất một răng mất bám dính tối thiểu 4mm là 3% (từ 18-24 tuổi), 12% (từ 25-34 tuổi), 22% (từ 35-44 tuổi), 55% (từ 65-74 tuổi) và 65% (≥ 75 tuổi). Nhiều nghiên cứu đã chứng minh rằng tỉ lệ viêm nha chu cao ở NCT liên quan đến bệnh toàn thân như tim mạch, tiểu đường, bệnh mạch máu não, bệnh hô hấp (bệnh phổi tắc nghẽn mãn tính, viêm phổi) [40].

Nhận định về đặc điểm bệnh quanh răng ở NCT, Galan D (1993) cùng các cộng sự cho rằng: viêm quanh răng ở NCT hình như đã ít quan trọng hơn và mặc dù tỉ lệ mắc bệnh vẫn còn cao hơn người trẻ, nhưng đang có chiều hướng giảm dần do việc chăm sóc răng miệng ngày càng được cải thiện. Bệnh quanh răng NCT là biểu hiện của sự phối hợp giữa những hư hại tích lũy và suy thoái sinh lý ở vùng quanh răng. Đặc biệt là có đóng góp của sự suy giảm ở hệ thống miễn dịch [25].

1.1.2.1. Thực trạng bệnh quanh răng ở người cao tuổi

Nhiều công trình nghiên cứu về bệnh mô quanh răng ở NCT theo chỉ số nhu cầu điều trị nha chu cộng đồng (CPITN). Chỉ số này dựa trên cơ sở có hay không có túi lợi, cao răng và chảy máu lợi khi khám đã cho thấy tính chất

phổ biến, tỉ lệ mắc cao và mức độ nặng nề của bệnh. Tuy nhiên, theo một số tác giả: khi đánh giá mô quanh răng của NCT, điều cần thiết là phải xác định tình trạng mất bám dính hay hậu quả của các tổn thương tích lũy theo thời gian ở vùng quanh răng. Từ 1998, WHO đã đưa ra cách đánh giá thống nhất về mức độ mất bám dính. Cùng với CPITN, tình trạng mất bám dính được coi là hai tiêu chí để đánh giá tình trạng quanh răng NCT [41], [42],[43].

Bảng 1.4: Tình hình nghiên cứu bệnh quanh răng ở một số quốc gia trên thế giới và Việt Nam

Tác giả, Quốc gia	Năm	Tuổi	N	Túi nông%	Túi sâu%	TB cao răng	TB túi lợi	TB vùng loại
Bergman J.D và Cs, Australian [41]	1990	60-69	303	15,2	-	2,00	1,60	3,00
Renneberg T và Cs, Việt Nam[42]	1992	44-64	181	45,8	32,0	2,51	2,91	0,09
Galand D và Cs, Canada [25]	1993	≥60	54	37,0	49,0	-	-	-
Morimoto T, Miyazaki H, Japan [44]	1994	65-74	-	60,0	10,0	2,70	1,10	3,30
Trần Văn Trường, Lâm Ngọc Ân, Việt Nam [3]	2000	≥45	999	35,7	10,5	2,86	0,83	1,61
Nguyễn Châu Thoa và Cs, Việt Nam [43]	2010	20-95	4050	32,4	11,2	-	-	-
Trương Mạnh Dũng và Cs, Việt Nam [45]	2015	>60	10800	44,3	25,6	2,6	1,2	-

Năm 1990, Douglass C.W và Cs khám 1151 người Mỹ ở bang New England thấy 85,0% đối tượng có chảy máu lợi, 88,6% có cao răng trên và dưới lợi, 87,4% có túi lợi từ $\geq 4\text{mm}$. Tình trạng mất bám dính mức $\geq 4\text{mm}$ là 94,8%, mức $\geq 6\text{mm}$ là 56,0% [29]. Bergman J.D và Cs (1991) khám 303 ở Úc thấy 97,8% người từ 70-79 có nhu cầu được lấy cao răng [41].

Năm 1990, Beck J.D và Cs khám 690 người còn răng tuổi ≥ 65 sống ở Nam Carolina Mỹ thấy người da đen trung bình có 78% vị trí mất bám dính với số trung bình khoảng 4mm, số tương ứng ở người da trắng là 65% và 3.1mm [46]. Hunt R.J, Levy S.M (1990), khám 262 người còn răng tuổi ≥ 70 ở Iowa Mỹ thấy mất bám dính trung bình là 2.1mm [47]. Baelum V và Cs (1987) khám 544 người Bắc Kinh Trung Quốc tuổi 60-80 thấy hầu như tất cả các mặt của các răng còn lại của tất cả các nhóm tuổi đều mất bám dính $\geq 2\text{mm}$. Khoảng 10-30% đối tượng có mất bám dính $\geq 7\text{mm}$ (tuỳ theo tuổi và vùng) ở hơn 30% mặt của các răng còn lại. Tác giả cho biết có ít hơn 15% các mặt răng còn lại ở mọi lứa tuổi có túi lợi $\geq 4\text{mm}$ và hiếm thấy mức $\geq 7\text{mm}$. Ở độ tuổi ≥ 70 tỉ lệ nam thành thị có 1 hay nhiều răng lung lay là 60% và tăng lên đến 90% ở nữ nông thôn. Ở tuổi 60-64, trung bình 13% nam nông thôn có biểu hiện răng lung lay [28].

Nguyễn Võ Duyên Thơ (1992) khám 318 người tuổi ≥ 60 tại thành phố Hồ Chí Minh thấy tỉ lệ CPITN0 chỉ có 6.1%, có CPITN3 và CPITN4 là 65% [17]. Thiều Mỹ Châu (1993) khám 394 người tuổi ≥ 60 tại thành phố Hồ Chí Minh cho thấy tỉ lệ người có CPITN0 chỉ là 1,58%, người có CPITN3 và CPITN4 là 85% [48].

Như vậy, đặc điểm nổi bật của bệnh mô quanh răng NCT qua nhiều nghiên cứu là: tỉ lệ mắc rất cao, trong đó tình trạng viêm ở vùng quanh răng nhiều hơn tình trạng viêm ở lợi. Mất bám dính là một đặc điểm xuất hiện với tỉ lệ rất cao và khác nhau về mức độ và tính phổ biến theo khu vực sống, chủng tộc.

1.1.2.2. Nhu cầu điều trị viêm quanh răng ở người cao tuổi

Bệnh viêm quanh răng bao gồm viêm lợi và viêm quanh răng, đã được sách Guinness toàn cầu năm 2001 ghi nhận là bệnh phổ biến nhất của loài người. Bệnh viêm quanh răng dẫn đến sự phá hủy các cấu trúc nâng đỡ răng và xương ổ răng và là nguyên nhân hàng đầu gây mất răng ở người trưởng thành [10]. Do đó việc đánh giá nhu cầu điều trị viêm quanh răng cho NCT là rất cần thiết.

Nghiên cứu của Phan Vinh Nguyên (2007) tại TP Huế ghi nhận nhu cầu điều trị viêm quanh răng ở thành thị: hướng dẫn vệ sinh răng miệng 94,3%, cạo vôi răng kết hợp hướng dẫn vệ sinh răng miệng 93,7%, điều trị viêm quanh răng chuyên sâu kết hợp cạo vôi răng và hướng dẫn vệ sinh răng miệng 28,7% [30]

Mai Hoàng Khanh (2009) cho kết quả về nhu cầu điều trị bệnh viêm quanh răng ở NCT tại TP Cần Thơ: hướng dẫn vệ sinh răng miệng 96,4%, cạo vôi răng kết hợp hướng dẫn vệ sinh răng miệng 93,2%, điều trị viêm quanh răng chuyên sâu kết hợp cạo vôi răng và hướng dẫn vệ sinh răng miệng 5,6% [31].

Kết luận trong nghiên cứu của Thoa C Nguyen và cộng sự (2010) ở các tỉnh thành phía Nam Việt Nam: “Chỉ định nhổ răng là chỉ định phổ biến trong điều trị răng sâu và nhổ răng là điều trị chính trong chăm sóc sức khỏe răng miệng ở Việt Nam”. Đây là thông tin cần thiết để lãnh đạo bệnh viện đưa ra chiến lược giáo dục, tuyên truyền, vận động NCT nên khám răng định kỳ, điều trị các bệnh răng miệng sớm nhằm nâng cao sức khỏe răng miệng cho NCT để họ có chất lượng cuộc sống tốt hơn [43].

Tỉ lệ người cần được hướng dẫn vệ sinh răng miệng và 95,43%, lấy cao răng là 84,31%, điều trị phức hợp là 5,26%. Theo điều tra của Phạm Văn Việt hướng dẫn vệ sinh răng miệng là 96,1%, lấy cao răng là 95,3% và điều trị

phức hợp là 6% [5]. Theo Đoàn Thu Hương hướng dẫn vệ sinh răng miệng là 100% và điều trị phức hợp là 7,4 %. Điều tra của Bergman J.D (1991) tại Úc với người trên 60 tuổi có 94,9% cần hướng dẫn vệ sinh răng miệng và 18,6% điều trị phức hợp [41].

1.1.3. Tình trạng mất răng

Mất răng là tình trạng phổ biến ở NCT. Tùy số lượng và vị trí các răng mất mà gây ảnh hưởng ở nhiều phương diện với các mức độ khác nhau: các răng còn lại bị xô lệch, chồi lên, thòng xuống, di lệch. Đường cong sinh lý Spee của khớp cắn bị biến dạng. Kích thước chiều cao và chiều rộng của sống hàm giảm, trường hợp nặng sống hàm trên gần như phẳng với vòm hầu, sống hàm dưới ở ngang bằng với sàn miệng. Tầng mặt dưới bị hạ thấp, tương quan giữa hai hàm thay đổi, đôi khi ngược nhau làm rối loạn về tương quan và các hoạt động chức năng của khớp cắn. Do mất răng, các cơ nhai, cơ bám da mặt thoái hoá, mất trương lực dẫn đến những thay đổi ở vùng mặt, miệng: má xệ xuống, hóp lại, rãnh mí - má rõ nét hơn, mặt mất cân xứng hai bên, môi xấp xuống, bĩu ra, khoé môi cụp xuống dẫn đến những ảnh hưởng thẩm mỹ của khuôn mặt. Chức năng tiêu hoá ảnh hưởng do nhai giảm, tác dụng nghiền nhỏ thức ăn bị hạn chế, nói không rõ tiếng và đôi khi hô hấp cũng bị rối loạn [48],[49].

Nhu cầu của NCT về điều trị phục hình răng là rất cao (tỷ lệ mất răng theo Trần Thanh Sơn năm 2012 là 83,3% vì răng, hàm giả có một ý nghĩa rất thiết thực, nhằm khôi phục lại các chức năng và có ý nghĩa phòng bệnh, duy trì sự bền vững tương đối của các răng còn lại vốn không hoàn toàn khoẻ mạnh, hạn chế tối đa sự mất thêm răng. Theo nghiên cứu của Paul Eke (2012) tại Mỹ và của Jung SH (2008) thì khi có răng, hàm giả sẽ giúp NCT hoà nhập vào cộng đồng tốt hơn, tránh tâm lý mặc cảm già nua, bệnh tật hay tàn phế [50], [51].

1.1.3.1. *Thực trạng mất răng ở người cao tuổi*

Bảng 1.5: Tình hình mất răng ở người cao tuổi tại một số quốc gia trên thế giới và Việt Nam

Tác giả	Quốc gia	Năm	Tuổi	N	Số trung bình	Mất toàn bộ
Ambjorsen [49]	Skedsmo Norwegian	1986	-	430	14,1	63,0
Bergman J.D và Cs [41]	Melbourne Australian	1990	-	303	18,4	64,3
Thiều Mỹ Châu [48]	HCM Việt Nam	1993	≥60	394	//	19,5
Galand D và Cs [25]	KeeWatin Canada	1993	-	54	23,0	33,0
Jung SH [51]	Hàn Quốc	2008	>60	-	-	23,5
Truong Mạnh Dũng [22]	Việt Nam	2017	≥60	10800	//	20,6

Tình hình mất răng nói chung cũng như mất toàn bộ răng nói riêng khác nhau theo dân tộc, quốc gia, vùng lãnh thổ, châu lục cũng như ngay trong một quốc gia và cũng tùy thuộc vào tình hình tuổi thọ của dân số. Nhìn chung, số liệu điều tra dịch tễ học về mất răng toàn bộ cũng như số răng mất trung bình mỗi người thuộc châu Á là thấp hơn so với các nước thuộc châu Âu, châu Úc, châu Đại Dương và Mỹ. Các nghiên cứu cũng cho thấy: tình trạng mất răng tăng dần theo chiều tăng của tuổi và có liên quan tới một số yếu tố nhân khẩu - xã hội học... Hiện nay mất răng vẫn còn là vấn đề răng miệng của NCT. Mặc dù trong những thập niên gần đây, người ta thấy số răng tự nhiên còn lại có tăng lên, số người mất răng toàn bộ có giảm. Theo kết quả điều tra quốc gia (1989 - 1990) so với điều tra 1985-1986 ở Mỹ cho thấy: số người mất răng toàn bộ ở độ tuổi ≥ 70 đã giảm từ 46,3% còn 37,6%. Số người còn 20 răng trở lên tăng từ 20,3% lên 28,0%. Nếu so sánh với tình hình mất răng toàn bộ ở Mỹ 1962 các tác giả thấy: tỉ lệ người có mất răng toàn bộ ở nam năm 1962 là 65,6% nữ là 55,7% tới 1990 đã giảm xuống nhiều với nam còn 38,0% và nữ là 37,0%. Cũng

tại Mỹ, Mandel I.D. (1996) cho biết số mất răng toàn bộ là 38,1% ở nhóm tuổi 55-64 trong vòng chưa đầy 30 năm đã giảm còn 15,6% [52].

1.1.3.2. Nhu cầu phục hình ở người cao tuổi

Sức khỏe răng miệng là một phần sức khỏe toàn thân và liên quan đến chất lượng cuộc sống. Mất răng là một phần của vấn đề răng miệng. Mất răng đem lại các vấn đề thẩm mỹ, chức năng và giao tiếp xã hội [53],[54]. Theo nghiên cứu trên người bệnh cao tuổi tại bệnh viện Răng Hàm Mất trung ương thành phố Hồ Chí Minh, mất răng chiếm tỉ lệ cao 93,7%. Mất răng không mang hàm giả hàm trên 65,7%, hàm dưới 71,0%. Vì vậy, việc xác định nhu cầu phục hình răng cho NCT là hết sức cần thiết [55].

Nhìn chung, NCT ở thành phố Cần Thơ, thành phố Hồ Chí Minh, thành phố Huế đều có tình trạng chung là mất răng nhưng không mang phục hình có thể do điều kiện kinh tế eo hẹp, kiến thức chăm sóc răng miệng còn hạn chế. Đây cũng là điểm khác biệt ở Việt Nam.

Nguyễn Võ Duyên Thơ (1992) điều tra trên 318 người cao tuổi tại thành phố Hồ Chí Minh, tỉ lệ người có nhu cầu hàm giả bán phần là 38,1% (hàm trên) và 40,7% (hàm dưới). Tỉ lệ người có nhu cầu làm răng giả toàn hàm ở hàm trên là 40,7% và tỉ lệ này ở hàm dưới là 30,4% [17].

Theo Đức Hoàng Thanh Trúc (2004), nghiên cứu trên 321 NCT tại thành phố Hồ Chí Minh, nhu cầu làm phục hình bán hàm ở nhóm tuổi 60-74 có tỉ lệ là 68,1%, nhóm ≥ 75 tuổi có tỉ lệ là 64,05%. Nhu cầu làm phục hình toàn hàm ở nhóm tuổi 60-74 chiếm tỉ lệ 14,22%, nhóm ≥ 75 tuổi chiếm tỉ lệ 10,34% [56].

Phan Vinh Nguyên (2006) nghiên cứu trên 400 NCT ở thành phố Huế, tình trạng không mang hàm giả ở hàm trên chiếm tỉ lệ 83,5%-100%, tỉ lệ này ở hàm dưới 93,1%-100%. Tỉ lệ người mang hàm toàn bộ ở hàm trên là 1,3%-3,4%, tỉ lệ này ở hàm dưới là 1,6% - 3,4%. Tỉ lệ người mang hàm bán phần ở hàm trên là 3,2% - 8,9%, tỉ lệ này ở hàm dưới là 2,4% - 3,8%. Số người cần được làm răng giả là 257/300 người chiếm 85,7 %, trong khi đó số người có

răng giả đang sử dụng được chỉ chiếm 26,1 % [30]. Vì vậy, để tạo điều kiện cho NCT phục hồi được chức năng ăn nhai và ngăn ngừa những rối loạn về khớp cắn bằng điều trị phục hình răng, hàm giả là việc hết sức cần thiết.

Theo Jung SH (2008), tình trạng mất răng toàn bộ hai hàm ở NCT tại Hàn Quốc là 22,5%, mất răng toàn bộ hàm trên 14,7%, mất răng toàn bộ hàm dưới 3,7%. Nhu cầu điều trị phục hình răng: không cần thiết 55,8%, điều trị một hàm 23,5%, điều trị cả hai hàm 20,7% [51]. Nghiên cứu của Nguyễn Văn Bài nhu cầu răng giả ở người trên 60 tuổi là 90,43 %. Điều tra của Trần Văn Trường [18] ở người 45 tuổi trở lên thì người có hàm giả chiếm 12,5 %.

Răng, hàm giả có ý nghĩa thiết thực nhằm giải quyết những hậu quả của sự mất răng, khôi phục lại các chức năng vốn có là biện pháp có ý nghĩa phòng bệnh, duy trì sự bền vững tương đối của các răng còn lại vốn đã không hoàn toàn khỏe mạnh, hạn chế tối đa sự mất thêm răng.



Hình 1.3. Hình ảnh mất răng ở người cao tuổi.[57]

1.2. Các biện pháp phòng bệnh răng miệng cho người cao tuổi.

Muốn phòng bệnh răng miệng có hiệu quả thì phải biết chọn biện pháp thích hợp. Đầu tiên nên làm là cho nhân dân hiểu được tác hại của các bệnh về răng miệng, có ý thức tự giữ gìn hoặc cộng tác với cán bộ y tế để được chăm sóc tốt răng miệng. Muốn đạt mục đích ấy thì trước tiên cần phải làm công tác giáo dục sức khỏe răng miệng và thực hiện các biện pháp dự phòng bệnh răng miệng.

1.2.1. Các biện pháp điều trị và dự phòng bệnh sâu răng

Ngày nay cùng với sự phát triển của các phương tiện chẩn đoán cũng như vật liệu và kỹ thuật đã đưa đến sự thay đổi lớn trong điều trị và dự phòng bệnh sâu răng. Các tổn thương sâu răng muộn đã tạo lỗ sâu việc điều trị không đơn thuần dừng lại ở việc loại bỏ các tổ chức bị sâu và trám hay phục hình lại phần thân răng bị tổn thương, mà cần phải kết hợp với việc đánh giá nguy cơ gây sâu răng và áp dụng các biện pháp kiểm soát các yếu tố này. Trong những năm gần đây việc sử dụng laze huỳnh quang, ánh sáng xuyên thấu, đo điện trở men đã giúp chúng ta phát hiện được tốt hơn các tổn thương sâu răng ở giai đoạn sớm, giúp cho việc điều trị tốt hơn, giảm chi phí điều trị bằng biện pháp hóa học nhằm phục hồi hoàn toàn hoặc ngăn chặn quá trình tiến triển của sâu răng mà không cần khoan trám.

- Kiểm soát nguy cơ sâu răng bao gồm: thay đổi hành vi, điều hòa tác nhân hóa học trong mảng bám răng, kích thích lưu lượng nước bọt, hoặc bổ sung các thành phần tái khoáng hóa [58],[59],[60].

1.2.1.1. Các nội dung dự phòng sâu răng

➤ Các chính sách dự phòng sâu răng của liên đoàn nha khoa Quốc tế FDI và tổ chức Y tế Thế giới

Từ năm 1908, liên đoàn nha khoa Quốc Tế (FDI) đã rất quan tâm đến dự phòng sâu răng, tuyên bố ủng hộ nguyên tắc phòng bệnh hơn chữa bệnh và từ đó liên tục nghiên cứu, tìm kiếm các biện pháp phòng bệnh sâu răng. Tại hội nghị FDI năm 1953 ở Oslo, năm 1960 ở Dublin, năm 1966 ở Tel Aviv và năm 1995 ở Brussel đã thống nhất việc Fluor hóa nước uống là biện pháp phòng bệnh có hiệu quả và ít tốn kém nhất. Từ đó cho tới nay, bất kỳ hội nghị nha khoa Quốc tế nào của FDI cũng đều có chương trình dự phòng sâu răng.

Tổ chức Y tế Thế giới (WHO) cũng rất quan tâm đến dự phòng sâu răng. Từ năm 1958, WHO đã thành lập Ủy ban nghiên cứu về Fluor và sức khỏe, và

từ đó liên tục đưa ra các khuyến cáo về dự phòng sâu răng. Năm 1979, WHO đã đặt ra mục tiêu cho toàn cầu đến năm 2000 là chỉ số SMT ở lứa tuổi 12 không được vượt quá 3,0. Hai năm sau, năm 1991 WHO và FDI bổ sung thêm và đưa ra 5 mục tiêu toàn cầu cho năm 2000, bao gồm các mục tiêu sau:

- 5-6 tuổi : 50% không bị sâu răng
- 12 tuổi : DMFT (SMT) = 3
- 18 tuổi : 85% giữ được toàn bộ răng
- 35- 44 tuổi : Giảm 50% số người không còn răng so với năm 1981
- 65 tuổi : Giảm 25% số người không còn răng so với năm 1981

Ủy ban Chuyên gia của WHO đã họp tại Geneva vào tháng 9 năm 1983 và đưa ra tuyên bố: Cần tăng cường áp dụng các chương trình dự phòng bệnh răng miệng cho cộng đồng, để duy trì các thành tựu ở các nước công nghiệp hóa và ngăn chặn gia tăng bệnh răng miệng ở các nước đang phát triển.

Ngày 07/4/1994, nhân ngày sức khỏe răng miệng thế giới, WHO đã nhắc lại 5 mục tiêu toàn cầu cho năm 2000 đã được đặt ra từ năm 1979 cho đến năm 1981 và đề ra thêm 2 mục tiêu toàn cầu cho năm 2000 là:

- Tiếp tục cải thiện tình trạng sức khỏe
- Tăng cường các điều kiện để cộng đồng có thể áp dụng các biện pháp phòng bệnh đầy đủ.

Đồng thời WHO cũng kêu gọi các nước đang phát triển đẩy mạnh các biện pháp dự phòng như các nước công nghiệp hóa đã làm [1].

➤ **Các biện pháp can thiệp**

Năm 1984, WHO đã đưa ra các biện pháp phòng bệnh sâu răng, các biện pháp này bao gồm:

a) Các biện pháp sử dụng Fluor

- Theo đường toàn thân: Fluor hóa nguồn cung cấp nước, đưa Fluor vào muối, dùng viên Fluor, các loại đồ uống có Fluor như: sữa, nước hoa quả.

- Theo đường tại chỗ

+ Súc miệng với dung dịch Fluor 0,05%, hoặc 0,2%

+ Dùng kem đánh răng có Fluor

+ Dùng gel Fluor hoặc varnish Fluor.

+ Sử dụng phối hợp các dạng Fluor.

b) Trám bít hố rãnh chất trám bít hố rãnh có tác dụng ngăn ngừa sâu răng ở mặt nhai trong thời gian lưu giữ trên răng.

c) Chế độ ăn uống hợp lý phòng sâu răng: Kiểm soát các thức ăn và đồ uống có đường.

d) Hướng dẫn vệ sinh răng miệng.

e) Sử dụng chất kháng khuẩn để phòng ngừa sâu răng.

f) Các liệu pháp khác.

Một số tài liệu có nhắc tới liệu pháp thay thế: sử dụng các vi khuẩn đối kháng với vi khuẩn gây sâu răng để kiểm soát sâu răng.

Liệu pháp vaccin: các nghiên cứu cho thấy có thể tạo được đáp ứng miễn dịch chống lại vi khuẩn sâu răng. Vì các đột biến của Streptococci là tác nhân chính gây sâu răng nên người ta nghĩ đến các khả năng tạo ra các vaccin bằng việc sử dụng chính các vi khuẩn này (vaccin) hay các phân tử của các vi khuẩn này (Sub-unit vaccin) để gây miễn dịch.

Liệu pháp ozon: trên thế giới, người ta nghiên cứu việc đưa ozon vào mô răng bị sâu bằng cách dùng áp lực hơi kết hợp với phản ứng hóa học để tạo môi trường kiềm chế vi khuẩn phát triển, tăng quá trình tái khoáng của tổ chức cứng của răng, giúp giảm đáng kể tình trạng sâu răng. Ozon sử dụng trong nha khoa là một hỗn hợp của ozon tinh khiết với tỷ lệ 0,05% - 5% O₃ và oxy sạch với tỷ lệ 95% - 99,5% O₂ [61], [62], [63].

1.2.1.2. Vai trò của nước súc miệng fluor trong phòng và điều trị tổn thương sâu răng sớm

❖ Cơ chế tác dụng của nước súc miệng fluor

Fluor thường tồn tại dưới dạng hợp chất khi ở trong tự nhiên, một số hợp chất ở dạng trơ số khác ở dạng muối dễ hòa tan, các dạng muối hòa tan thường được dùng trong các sản phẩm dự phòng sâu răng vì nhờ khả năng giải phóng ra ion fluor là ion có ái lực rất mạnh với thành phần chất vô cơ của men răng để tạo ra fluor apatite cứng và đề kháng tốt hơn với acide, đồng thời sự di chuyển của ion fluor cùng là lực hút điện tích mạnh mẽ để kéo theo sự di chuyển của ion canxi tích điện dương đi theo, tiếp theo sẽ là sự di chuyển của ion photphate vào để tạo thành tinh thể men răng hoàn chỉnh sửa chữa và lấp đầy vùng hủy khoáng.

Các muối fluor được pha trong nước để tạo ra nước súc miệng fluor, có ưu điểm rất lớn so với các dạng sản phẩm cung cấp fluor khác như gel hoặc vecni vì fluor luôn được tồn tại dưới dạng ion trong dung dịch, vì vậy có thể rất dễ dàng và thuận lợi tiếp cận với tất cả bề mặt và khe kẽ răng, phản ứng trực tiếp và tức thì ngay khi tiếp xúc với bề mặt men ngà khi súc miệng, vì vậy sử dụng nước súc miệng fluor để phòng và điều trị sâu răng (tái khoáng hóa lại các tổ chức men răng bị hủy khoáng) được đánh giá là đơn giản nhất và cho hiệu quả cao.[64], [65], [66], [67].

❖ Một số nghiên cứu về dự phòng sâu răng nước súc miệng có Fluor.

Nước súc miệng fluor là một biện pháp sử dụng fluor trong phòng ngừa và điều trị sâu răng. Nước súc miệng fluor có hiệu quả trong việc ngăn ngừa sâu răng, vừa an toàn vừa dễ áp dụng trên cộng đồng. Vì những lý do này, người ta ước tính có khoảng 100 triệu người trên khắp thế giới đang sử dụng nó để dự phòng và điều trị bệnh răng miệng. Có nhiều loại nước súc miệng fluor khác nhau về thành phần hợp chất của fluor, hàm lượng fluor, mùi vị,

màu sắc, đóng gói tùy theo mục đích sử dụng. Hợp chất của fluor thường được sử dụng trong các loại nước súc miệng là Natri fluoride (NaF), Kali fluor (KF), Thiếc fluor (ZnF). Hàm lượng fluor trong nước súc miệng thường được sử dụng là 0,05%, 0,2%, hoặc một số nước như Nhật hay sử dụng 750 đến 900 ppm Fluor [65].

Hiệu quả của nước súc miệng được minh chứng qua nghiên cứu tại tỉnh Niigata Nhật Bản, nơi áp dụng biện pháp này sớm nhất, kết quả cho thấy làm hạ chỉ số SMT của trẻ 12 tuổi xuống mức ≤ 1.0 [64].

Ferda Dogan và CS (2004), nghiên cứu trên thực nghiệm nhằm đánh giá tác dụng của ba loại nước súc miệng fluor ở các nồng độ khác nhau (226, 450, 900 ppm fluor) trên tổn thương sâu răng giai đoạn sớm (men răng được gây hủy khoáng nhân tạo), kết quả cho thấy sự tái khoáng bắt đầu xảy ra sau 14 ngày ở cả 3 nhóm, và chỉ có nhóm sử dụng nước súc miệng ở nồng độ 226 ppm Fluor, men răng trở về độ cứng ban đầu [66].

D.T.Zero và CS (2004) nghiên cứu lâm sàng đánh giá hiệu quả tái khoáng hoá của nước súc miệng có chứa 100 ppm Fluor, cho thấy sau 2 tuần 42% tổn thương sâu răng giai đoạn sớm phục hồi độ cứng bề mặt [7].

Tại Việt Nam, nghiên cứu của Trịnh Đình Hải (2000), cho trẻ 6-15 tuổi súc miệng hàng tuần bằng dung dịch NaF 0,2% kết hợp cùng giáo dục vệ sinh răng miệng, sau 8 năm thấy sâu răng vĩnh viễn giảm 45% [8].

❖ **Liều lượng và cách sử dụng nước súc miệng fluor**

Nước súc miệng có thể dùng hàng ngày, mỗi ngày một lần hoặc dùng 1-2 lần/tuần. Mỗi lần súc miệng từ 2- 4 phút.

Nghiên cứu của Ringelberg (1982) cho thấy không có sự khác biệt đáng kể giữa hiệu quả của việc cho súc miệng hàng ngày và hàng tuần, giữa nồng độ fluor cao hay thấp [65].

Nghiên cứu tại Nhật qua một chương trình nha cộng đồng, cho một nhóm học sinh súc miệng fluor hàng ngày trong tuần trong các ngày học tại trường, nhóm khác súc miệng 1 lần/tuần tại trường, nồng độ nước súc miệng fluor thay đổi theo độ tuổi, với học sinh mẫu giáo dùng nồng độ fluor nước súc miệng là 225- 250 ppm fluor, với học sinh tiểu và trung học dùng nồng độ 900 ppm fluor. Cho thấy hiệu quả phòng sâu răng rất cao ở tất cả các nhóm [64].

Chỉ định và chống chỉ định sử dụng Fluor

WHO khuyến cáo, nước súc miệng fluor nên được sử dụng cho trẻ từ 4-5 tuổi trở lên tại các trường mầm non hoặc tại nhà, và đặc biệt có lợi cho các quốc gia như Nhật Bản nơi không có fluor hóa nước cộng đồng.

Không dùng cho những người bị dị ứng với fluor.

Nhiễm độc nước súc miệng fluor

Nhiễm độc fluor có thể cấp tính hoặc mãn tính, Fluor có thể gây nhiễm độc với liều cao dùng một lần hoặc liều thấp dùng trong thời gian dài, nhiễm độc fluor có thể ở xương, răng, thận, tuyến giáp, thần kinh, sự phát triển của cơ thể.

Một chai nước súc miệng fluor 0,05% đóng chai 500ml, chứa khoảng 0,5g fluor. Vì vậy mặc dù chưa có báo cáo nào về tử vong do uống hết một chai nước súc miệng 0,05%, tuy nhiên chúng ta cần khuyến cáo và đề phòng tránh không để chai nước súc miệng trong tầm tay trẻ em.

Nước súc miệng fluor đảm bảo được sự an toàn, vì nó không gây nguy hiểm cho sức khỏe ngay cả khi nuốt phải hoàn toàn, các báo cáo cho thấy nước súc miệng fluor được sử dụng tại Nhật Bản và một số nước rất an toàn, tuy nhiên cần hạn chế với trẻ quá bé do phản xạ nuốt, chỉ nên dùng cho trẻ trên 4 tuổi [68],[69].

1.2.2. Một số biện pháp điều trị và dự phòng bệnh quanh răng

1.2.2.1. Điều trị bệnh quanh răng

BQR là một bệnh có nguyên nhân và cơ chế bệnh sinh phức tạp. Do hiểu biết về bệnh còn hạn chế nên cho đến nay BQR vẫn chưa có phương pháp điều trị đặc hiệu. Tuy vậy, nhiều tác giả đã thống nhất chia việc điều trị BQR thành các bước cơ bản như: điều trị khởi đầu, điều trị túi quanh răng, điều trị phẫu thuật, điều trị duy trì. Điều trị khởi đầu Lấy cao răng và làm nhẵn mặt chân răng Từ lâu, người ta đã nhận thấy vai trò kích thích tại chỗ của cao răng trong BQR. Cao răng thường gây ra viêm lợi, chảy máu lợi, đây cũng là những triệu chứng ban đầu của của BQR. Nhiều nghiên cứu đã cho thấy lấy sạch cao răng và mảng bám răng cùng với giữ gìn vệ sinh răng miệng tốt sẽ đem lại sự lành mạnh cho tổ chức quanh răng [55],[70], [71], [72]. Có nhiều phương pháp lấy cao răng, nhưng trong thực hành lâm sàng thì phương pháp lấy cao răng bằng các dụng cụ cầm tay và lấy cao răng bằng máy siêu âm là được ứng dụng rộng rãi và có hiệu quả điều trị cao. Nói chung, các phương pháp lấy cao răng đều có chung nguyên tắc là lấy sạch cao răng, mảng bám trên và dưới lợi, làm nhẵn bề mặt chân răng nhưng không được vượt quá vùng biểu mô lành [57]. Lấy cao răng bằng các dụng cụ cầm tay là phương pháp kinh điển đã được áp dụng từ rất lâu trong lâm sàng điều trị BQR. Từ thế kỷ XI, Albucasis đã chế tạo ra một bộ dụng cụ gồm 14 loại có hình dạng khác nhau dùng để lấy cao răng. Đến năm 1960, lần đầu tiên máy lấy cao răng siêu âm được ứng dụng trên lâm sàng và cho đến ngày nay nó vẫn được sử dụng rộng rãi. Trên thị trường hiện có nhiều loại máy lấy cao răng siêu âm khác nhau, nhưng nói chung được chia ra 3 hệ thống theo nguyên lý hoạt động: hệ thống Magnetostrictive, hệ thống Piezoelectric và hệ thống Sonic Scaler. Ở Việt Nam chủ yếu phổ biến các loại máy thuộc hệ thống Magnetostrictive và

Piezoelectric với nguyên lý hoạt động chung là áp xung điện lên những lá kim loại mỏng hoặc những tinh thể thạch anh hay sứ để tạo ra các những rung động ở đầu mũi lấy cao có tần số 25 - 40 KHz. Các máy lấy cao răng đều có các đầu lấy cao được thiết kế đặc biệt, phần đầu mũi lấy cao theo nhiều hình dạng khác nhau, nhằm đáp ứng yêu cầu lấy cao răng trên lợi, dưới lợi, cho từng mặt răng và từng nhóm răng. Sau khi lấy cao răng xong, cần thực hiện thủ thuật làm nhẵn mặt chân răng bằng dải cao su hoặc chổi đánh bóng kết hợp với bột đánh bóng Nupro.

Các nghiên cứu cũng chứng minh rằng thủ thuật này cần phải được song hành cùng với việc lấy cao răng mới đem lại hiệu quả điều trị. Loại bỏ các yếu tố gián tiếp gây bệnh

- Chỉnh sửa các sai sót trong điều trị như: răng trám kênh, trám thừa, chụp răng làm sai kỹ thuật.

- Chữa các răng sâu và các biến chứng của nó nếu có.

- Nhổ răng có chỉ định: những răng có áp xe quanh răng và tiêu xương ổ răng nhiều, răng lung lay độ 3, 4.

- Cố định tạm thời các răng lung lay. Có nhiều cách cố định răng tạm thời, nhưng luôn phải đảm bảo các yêu cầu: dễ làm vệ sinh răng miệng, không vướng khi ăn nhai, phát âm, đồng thời không gây viêm lợi và dễ chấp nhận về thẩm mỹ.

- Mài chỉnh sang chân khớp cắn: dùng đá mài kim cương để mài chỉnh các điểm chạm sớm.

Điều trị bằng kháng sinh trong điều trị BQR, lấy cao răng và làm nhẵn mặt chân răng đã làm giảm một cách đáng kể các vi khuẩn gây bệnh. Tuy nhiên, việc điều trị cơ học và vệ sinh răng miệng không làm giảm được số lượng các vi khuẩn tồn tại ở vùng kẽ chân răng hoặc mô lợi, nơi mà dụng cụ không tới được,

nhất là đối với loại vi khuẩn *Actinobacillus actinomycetemcomitans* là loại vi khuẩn có khả năng xâm lấn mô. Lúc này, việc điều trị bằng kháng sinh được nhấn mạnh nhằm loại bỏ các vi khuẩn gây bệnh còn tồn tại.

Các kháng sinh này thường được dùng theo hai đường: toàn thân và tại chỗ. Toàn thân: dưới dạng viên (uống) hoặc dung dịch (tiêm).

Tại chỗ: đặt thuốc trực tiếp vào trong các túi quanh răng dưới nhiều dạng như dạng mỡ, hoặc bắc tẩm thuốc để thuốc tan ra từ từ. Điều trị túi quanh răng Liệu pháp điều trị túi quanh răng thông dụng nhất hiện nay vẫn là liệu pháp oxy già. Sau khi bơm rửa sạch túi quanh răng bằng oxy già, người ta thổi khô và đưa vào túi các chất sát trùng, chống viêm như chlohexidine 1.2% hoặc các loại mỡ kháng sinh như Metronidazole, Tetracycline ... Đến nay, đã có rất nhiều các nghiên cứu lâm sàng cho thấy hiệu quả tốt của việc sử dụng các loại paste kháng sinh tại chỗ kết hợp với điều trị cơ học trong điều trị bảo tồn BQR. Ngoài liệu pháp oxy già, các tác giả Châu Âu còn áp dụng liệu pháp Alpha Chymotrypsin đưa vào túi quanh răng làm tiêu protein và làm sạch túi quanh răng, đồng thời dùng ion liệu pháp đưa các loại kháng sinh và sinh tố vào túi quanh răng để tăng cường dinh dưỡng và tiêu diệt các mầm bệnh còn tồn tại. Sau khi điều trị túi quanh răng ổn định, hướng dẫn bệnh nhân tự chăm sóc và vệ sinh răng miệng tại nhà. Điều trị phẫu thuật điều trị phẫu thuật BQR là một biện pháp điều trị bệnh lý tổ chức quanh răng, cho phép tổ chức quanh răng đảm bảo được chức phận và đảm bảo kiểm soát răng với hiệu quả cao nhất. Các phẫu thuật thường được thực hiện sau bước điều trị khởi đầu, khi đã loại trừ được các yếu tố gây bệnh như cao răng, mảng bám răng và các yếu tố gián tiếp gây bệnh khác. Trong những năm gần đây, một phương pháp phẫu thuật quanh răng mới đã xuất hiện, đó là phương pháp phẫu thuật tái sinh mô có hướng dẫn.

Nhờ có phương pháp này, người ta đã dần đạt đến mục tiêu lý tưởng của điều trị BQR là tái tạo toàn bộ những tổn thương mô quanh răng gồm sự hình thành xương ổ răng mới, xương răng mới và bám dính dây chằng mới. Điều trị duy trì Đây là bước quyết định thành công của điều trị BQR, nếu làm không tốt bệnh sẽ tái phát nhanh chóng và thường nặng thêm.

Điều trị duy trì gồm:

- Tiếp tục làm vệ sinh răng miệng tốt và thường xuyên.
- Định kỳ 3 - 6 tháng một lần khám kiểm tra tình trạng răng miệng, lấy cao răng và mảng bám răng, đồng thời kiểm soát các yếu tố gián tiếp gây bệnh [72],[73],[74].

1.2.2.2. Dự phòng bệnh quanh răng

Dự phòng BQR tập trung vào việc giảm thiểu và loại trừ những yếu tố bệnh căn tham gia vào quá trình sinh bệnh. Những biện pháp này được xếp vào hai nhóm chính:

- Duy trì môi trường răng miệng sạch sẽ để các vi khuẩn gây bệnh không thể sinh sản, phát triển và tham gia vào quá trình phá huỷ tổ chức nâng đỡ quanh răng.
- Duy trì sức đề kháng toàn thân tốt thông qua việc có một sức khoẻ về thể chất và tinh thần tốt.

Duy trì môi trường răng miệng sạch sẽ

Hướng dẫn chải răng, công việc này tưởng như đơn giản nhưng lại hết sức cần thiết và rất quan trọng. Muốn chải răng có hiệu quả cần biết cách lựa chọn bàn chải, lựa chọn kem chải và biết cách chải răng đúng phương pháp. Hiện nay có rất nhiều loại bàn chải răng khác nhau, các bàn chải này khác

nhau về kích thước và hình dáng đầu bàn chải, góc cán cầm và đường kính lông bàn chải.

Tóm lại, một bàn chải tốt phải đạt được các tiêu chuẩn: phù hợp với miệng và răng của người dùng, không quá to, không quá nhỏ, lông bàn chải mịn có đầu tròn và có độ mềm vừa phải, đầu bàn chải thuận nhỏ để có thể vươn tới những răng trong cùng của hàm răng. Kem chải răng là phương tiện bổ sung cho vệ sinh răng miệng. Ngoài tác động cơ học của bàn chải, kem làm mát mảng bám răng, làm sạch răng, làm sạch lợi và làm răng trắng bóng. Tác dụng của kem chải răng phụ thuộc vào thành phần của chúng, bao gồm: chống sâu răng, chống mảng bám, chống cao răng, chống viêm lợi, chống nhạy cảm răng, làm trắng răng ... Có rất nhiều phương pháp chải răng khác nhau. Chẳng hạn như: phương pháp Stillman, phương pháp Charter, phương pháp Leonard, phương pháp Smith, phương pháp Toothpick ... Tuy nhiên, không có một phương pháp chải răng nào phù hợp với tất cả mọi người. Phụ thuộc hình thái cung răng (chen chúc, thừa...), đặc điểm tổ chức quanh răng, cũng như sự thuận tay phải hay tay trái của mỗi người mà chúng ta sẽ tìm ra phương pháp vệ sinh răng miệng thích hợp. Ngoài ra, trong quá trình điều trị BQR, các biện pháp vệ sinh răng miệng phải được thay đổi cho phù hợp với tình trạng bệnh lý. Các loại bàn chải điện cũng được khuyến cáo cho các bệnh nhân ít có sự khéo léo đối với tay thuận cầm bàn chải và những người bị đột quỵ. Nhiều nghiên cứu chỉ ra rằng tác dụng làm sạch của bàn chải điện và bàn chải tay là ngang nhau, đồng thời cũng chỉ ra rằng bàn chải điện cũng không gây mài mòn răng theo cách nghĩ thông thường. Tóm lại, việc chải răng phải trở thành thói quen tốt, phải được thực hiện thường xuyên, đúng phương pháp để có thể loại bỏ được các cặn thức ăn và mảng bám, giúp cho môi trường miệng luôn được sạch sẽ.

Phương pháp chải răng Toothpick

Bàn chải được đặt trên đường viền lợi và nghiêng một góc 30 độ so với trục của răng, lông bàn chải được ấn vào khoảng giữa các răng và rút ra, giống như một cái “tăm”, từ ngoài vào trong và từ trong ra ngoài. Chuyển động này được lặp đi lặp lại 8-9 lần mỗi vùng. Thời gian chải từ 2 – 5 phút với khoảng 190 – 220 động tác.

Sử dụng kỹ thuật này, việc loại bỏ mảng bám kẽ răng có thể được thực hiện mà không cần đến chỉ nha khoa hay bàn chải kẽ. Số lượng lông bàn chải đi vào mỗi kẽ giữa răng phụ thuộc vào độ lớn của khoảng giữa răng đó. Một lượng nhỏ lông bàn chải đi vào khoảng giữa răng nhỏ, trong khi 1 hoặc 2 chùm lông có thể đi vào một khoảng kẽ răng rộng.

- Hướng dẫn sử dụng chỉ tơ nha khoa và các dụng cụ hỗ trợ khác

Chỉ tơ nha khoa và các dụng cụ hỗ trợ khác là cần thiết để lấy bỏ mảng bám răng ở những vị trí mà bàn chải khó vươn tới như mặt tiếp giáp răng và vùng kẽ lợi. Trên thị trường hiện nay có rất nhiều loại chỉ: loại có mùi hoặc không mùi, loại có sáp hoặc không sáp, dạng băng mỏng hoặc dạng sợi đan. Hầu hết chỉ tơ nha khoa được làm bằng sợi nilon, vài loại mới được làm bằng teflon, polytetra fluoroethylene.

Ngoài chải răng và sử dụng chỉ tơ nha khoa thì chúng ta cũng có thể sử dụng thêm các dụng cụ hỗ trợ làm sạch khác như: các bàn chải kẽ răng, tăm, tăm cao su, tăm nước... để làm sạch kẽ răng.

Hướng dẫn sử dụng các chất hoá học để kiểm soát mảng bám răng và viêm lợi.

Nói chung, việc loại bỏ hoàn toàn MBR bằng phương pháp cơ học là rất khó thực hiện. Chính vì vậy các nhà lâm sàng đã nghiên cứu sử dụng các chất kháng khuẩn hoặc chống mảng bám răng để đẩy mạnh hiệu quả làm sạch.

Chlorhexidine 0,2% và 0,12% dưới dạng dung dịch súc miệng hoặc dạng gel đã được nghiên cứu và ứng dụng thành công ở Châu Âu trong hơn ba thập kỷ qua, có tác dụng trong việc chống mảng bám răng và viêm lợi. Các nhà sản xuất không đưa ra cảnh báo về giới hạn thời gian sử dụng. Tuy nhiên, các bệnh nhân nên được theo dõi về các biến chứng ngấm màu, phản ứng của tổ chức và sự hài lòng của bệnh nhân trong suốt quá trình sử dụng.

Ngoài ra, một số hoạt chất khác cũng thường được sử dụng. Các dung dịch chứa Iode và Clo cũng được các nhà lâm sàng sử dụng để bơm rửa, chúng có tác dụng kháng khuẩn và có khả năng làm giảm mảng bám dưới lợi. Cepacol và Glister có chứa cetylpyridiniumchloride được coi là một thành phần chống MBR. Duy trì sức khỏe toàn thân tốt và sức khỏe tinh thần tốt Dinh dưỡng đóng vai trò quan trọng trong việc phục hồi của tổ chức, sản xuất các enzyme chống lại sự xâm nhập của vi khuẩn. Đối với người có BQR, cần phải có sự đánh giá toàn diện cả về thói quen ăn uống, để xác định xem có sự bất thường nào trong chế độ ăn có khả năng ảnh hưởng tới sức đề kháng của cơ thể hay không. Hiện nay, các nghiên cứu về bệnh sinh của BQR vẫn tiếp tục được tiến hành theo hướng chuyên sâu về khả năng miễn dịch tự nhiên và cơ chế phòng vệ của cơ thể. Các mức độ stress trong cuộc sống, các thói quen xấu có hại cho sức khỏe như nghiện rượu, hút thuốc lá, lười vận động cơ thể cũng được coi là những yếu tố có tác động bất lợi tới hệ thống phòng vệ của cơ thể chống lại các mầm BQR.

Mặt khác, những bệnh toàn thân đã được chứng minh là có liên quan đến BQR như: đái tháo đường, hội chứng Down, hội chứng HIV/AIDS... Các đối tượng này đòi hỏi phải có một chế độ kiểm soát mảng bám răng nghiêm ngặt hơn những người bình thường để phòng BQR. Tóm lại, để dự phòng BQR cần phải có một cơ thể khỏe mạnh cả về thể chất lẫn tinh thần [68],[75],[76].

1.2.3. Chăm sóc sức khoẻ răng miệng ban đầu ở người cao tuổi

1.2.3.1. Đại cương

Tỷ lệ NCT mắc các bệnh răng miệng rất cao, nhưng các hành vi cá nhân tự chăm sóc và sự đáp ứng của các cơ sở dịch vụ răng miệng lại ở mức rất thấp và có nhiều bất cập. Để giải quyết cơ bản bệnh răng miệng, nếu chỉ chú trọng tới việc phát triển thêm nhiều cơ sở khám, chữa sẽ là rất tốn kém về nhân lực và tài nguyên, khó thực hiện và nhiều khi cũng chỉ có thể đáp ứng được những trường hợp bệnh cấp cứu, bệnh nặng. Vì vậy, phòng bệnh tích cực, chủ động thông qua định hướng chăm sóc SKRM ban đầu chính là con đường đúng đắn và thích hợp [77].

Trên cơ sở hiểu biết về nguyên nhân và các yếu tố nguy cơ, nhiều bệnh răng miệng đã được phòng ngừa có hiệu quả. Điều quan trọng để đảm bảo tính hiệu quả của công việc là phải hiểu rõ thực trạng sức khoẻ và nắm vững các yếu tố liên quan. Từ đó xây dựng, tổ chức và quản lý mô hình chăm sóc SKRM với các biện pháp cụ thể, thích hợp tùy thuộc vào điều kiện kinh tế - xã hội, tài nguyên sẵn có, nền tảng văn hoá, môi trường sống, thói quen tập quán. Đối với trẻ em: vào những thập niên cuối của thế kỷ XX. Sau nhiều nghiên cứu, Tổ chức Y tế thế giới đã chỉ đạo, hướng dẫn các quốc gia triển khai chăm sóc SKRM ban đầu qua chương trình nha học đường, với các giải pháp cụ thể phòng chống sâu răng, BQR. Chương trình này đã đem lại hiệu quả rất lớn lao, hạ thấp tỷ lệ bệnh răng miệng ở trẻ em trên phạm vi thế giới.

Đối với NCT: chương trình chăm sóc SKRM ban đầu cũng đã được định hình trong khoảng 20 năm nay với các hoạt động tập trung vào 3 biện pháp chính (giáo dục nha khoa, tổ chức các cơ sở dịch vụ khám, chữa định kỳ và kiểm tra, theo dõi). Bên cạnh đó là các hoạt động thúc đẩy SKRM. Kết quả thu được, trước hết phụ thuộc vào chính các đối tượng được nhận sự chăm sóc, tiếp đó là khả năng của chuyên ngành đồng thời có sự quan tâm về chính

sách của chính phủ thông qua vai trò trợ giúp của phúc lợi xã hội, bảo hiểm y tế, kinh phí như: Fluor hoá nước uống cộng đồng, các vấn đề giáo dục [78] .

1.2.3.2. Vấn đề giáo dục nha khoa hay phòng bệnh cấp I

Là một trong những nội dung cơ bản của công tác chăm sóc SKRM ban đầu dành cho tất cả mọi người nhằm tránh hoặc giảm xảy ra bệnh. Với biện pháp, tăng cường tuyên truyền, giáo dục các kiến thức tổng quát về nguyên nhân, triệu chứng, biến chứng và biện pháp phòng bệnh, điều trị, nâng cao SKRM. Khuyến cáo bỏ các yếu tố gây hại. Yêu cầu của nội dung này là sự cộng tác tự giác của cả thầy thuốc và người bệnh.

Đối với NCT: Các vấn đề giáo dục cần được thực hiện ở cộng đồng (khu dân cư, nhà nuôi dưỡng, viện dưỡng lão..). Cần sử dụng nhiều hình thức truyền tải nội dung giáo dục như sử dụng các phương tiện truyền thanh, truyền hình, báo chí, tờ rơi, áp phích. Khuyến khích giáo dục cá nhân qua gặp gỡ, tiếp xúc, thảo luận, câu lạc bộ, hoặc ngay tại ghế chữa răng. Người thực hiện là các vệ sinh viên nha khoa, nhân viên sức khoẻ NCT, đồng thời phối hợp hệ thống bác sỹ Răng Hàm Mặt các phòng mạch công và tư.

Đối với người chăm sóc: Điều dưỡng viên, Bác sỹ, Người chăm sóc sức khoẻ tại nhà, ở các nhà nuôi dưỡng... cần được giáo dục có hệ thống, chính quy.

1.2.3.3. Các biện pháp phòng bệnh tích cực hay phòng bệnh cấp II

Khám định kỳ ngăn đối với người có nguy cơ mắc bệnh cao nhằm mục tiêu phát hiện bệnh sớm nhất và can thiệp kịp thời để đạt yêu cầu phục hồi lại sức khoẻ một cách toàn vẹn, hay ít nhất là chặn đứng sự phát triển của bệnh.

Khám kiểm tra sau điều trị hay phòng bệnh cấp III Theo dõi, hướng dẫn và giám sát vệ sinh răng miệng chống mảng bám, tiếp tục giáo dục.

Khám, theo dõi và phát hiện sớm.

Bảng 1.6: Ba cấp chăm sóc răng miệng ban đầu cho người cao tuổi

	Đối tượng	Mục tiêu, nội dung
Giáo dục nha khoa	NCT	<ul style="list-style-type: none"> - Nâng cao hiểu biết tạo động lực thúc đẩy tự bảo vệ. - Giáo dục kỹ năng, cách lựa chọn, sử dụng phương tiện - Khuyến cáo loại bỏ các thói quen răng miệng có hại. - Cách tự phát hiện và điều trị, dự phòng sớm
	Nhân viên y tế	Cần được giáo dục, học tập, cập nhật nâng cao kiến thức đáp ứng điều trị, hướng dẫn, hỗ trợ và giúp đỡ
Phòng bệnh tích cực	NCT	<ul style="list-style-type: none"> - Định kỳ từ 3-6 tháng hoặc ngắn hơn nhằm phát hiện sớm (tại cơ sở khám chữa, khám sàng lọc cộng đồng) - Thực hiện các biện pháp điều trị. Kiểm tra và hướng dẫn, dự phòng. - Chẩn đoán xanh Toluidine, phết tế bào bong - Lập hồ sơ, đặt kế hoạch theo dõi, giám sát tiến triển.
Khám kiểm tra sau điều trị	NCT	<ul style="list-style-type: none"> - Tránh bệnh tái phát sau điều trị và xuất hiện tình trạng mới. - Theo dõi, hướng dẫn và giám sát vệ sinh. - Giáo dục chế độ ăn uống, loại bỏ các thói quen có hại, cảnh báo dấu hiệu sớm ung thư miệng. - Định kỳ khám, theo dõi, xét nghiệm chẩn đoán nhanh

1.2.3.4. Nội dung hoạt động thúc đẩy sức khoẻ răng miệng

Sử dụng môi trường sinh hoạt các hội xã hội NCT, chương trình truyền thông... tạo ra một động lực xã hội, động viên NCT tự nguyện và tích cực tham gia chương trình có sự quan tâm của cả cộng đồng. Huấn luyện kỹ năng chăm sóc dự phòng, nội dung biện pháp thúc đẩy SKRM có tài liệu hướng dẫn, thực hành đối với cán bộ y tế. Tổ chức hội thảo nhằm nâng cao kiến thức và phát triển chương trình: phát hiện sớm tổn thương, bệnh trạng, đặc biệt chú ý tới người hút thuốc, uống rượu và ăn trầu.

Bảng 1.7: Một số vấn đề giáo dục nha khoa cho người cao tuổi

Mục tiêu	Nội dung, biện pháp
Giảm vi sinh vật bằng loại bỏ mảng bám răng	Chải răng, Chỉ tơ, Máy bơm rửa, Bàn chải điện. Clorexidine, Vacxin hoặc Kháng thể, Fluor, Xúc miệng
Tăng độ cứng men răng	Fluor hoá, Fluor 2% xúc miệng, thuốc đánh răng Fluor 1.25%, Seal protect Đảm bảo lưu huyết lợi, số lượng nước bọt Xoa nắn lợi, đá lưỡi hóc miệng, nước bọt nhân tạo, nhai đều hai hàm
Chế độ ăn, uống thích hợp	Đủ chất, Vitamin và vi lượng, Chất thay thế đường, thay đổi cách ăn, Thực phẩm bảo vệ tăng cường loại kháng khuẩn và giảm loại khử khoáng, giảm tiềm năng gây sâu, uống đủ nước
Tự kiểm tra, thực hiện các biện pháp dự phòng, tham gia khám phát hiện	- Chú ý tự kiểm tra vùng miệng - mặt hàng ngày: + Vết loét không lành sau 2 tuần, chỗ sưng phồng, chảy máu không rõ nguyên nhân.

Mục tiêu	Nội dung, biện pháp
	<p>Các tổn thương xơ chai, gờ cao dạng sùi hay khối u, dính chặt vào mô bên dưới và phát triển nhanh. Màu sắc ở da hay niêm mạc thay đổi bất thường trắng, hồng...</p> <p>+ Đau, dị cảm, nhai nói khó, chảy nước miếng nhiều. Răng lung lay không rõ nguyên nhân, ổ răng nhỏ không lành. hạch vùng cổ-mặt.</p> <p>- Phòng bệnh nghề nghiệp. Chủng ngừa Vacxin. Khám sàng lọc</p>
<p>Khuyến cáo loại bỏ các thói quen có hại, biện pháp vệ sinh không đúng</p>	<p>Ngừng thuốc lá. Giảm và bỏ uống rượu. Tránh chất có kích thích Cafein, chất chua...thuốc xúc miệng có cồn, không nên nhai, xỉa đắp thuốc lá, thuốc Lào tại chỗ và ăn trầu...Không lạm dụng các hoá chất...</p>

1.2.3.5. Nội dung tổ chức mạng lưới dịch vụ lâm sàng

Đưa kế hoạch chăm sóc SKRM NCT vào chương trình chăm sóc sức khoẻ cộng đồng nói chung. Tổ chức bộ phận hoạch định và điều hành từ cấp trung ương đến địa phương. Bộ phận này có trách nhiệm xây dựng nội dung, kế hoạch đồng thời chỉ đạo, quản lý tổ chức mạng lưới khám chữa nha khoa cơ sở và nghiên cứu khoa học. Xây dựng, tư vấn về dịch vụ lâm sàng có quan tâm đến chính sách hỗ trợ tài chính thích hợp với điều kiện kinh tế NCT. Phát triển hệ thống đào tạo đội ngũ cán bộ hoạch định chính sách và quản lý chương trình, các nhân viên nha khoa từ sơ, trung, đại học, sau đại học và thường xuyên được huấn luyện kiến thức, cập nhật kỹ năng và đào tạo liên

tục. Xây dựng chuyên khoa răng miệng NCT tại các khoa và Trung tâm răng miệng. Có sự kết hợp chặt chẽ giữa các trung tâm điều trị dài ngày (viện, bệnh viện) với khoa Răng Hàm Mặt hoặc chuyên gia răng miệng NCT. Tại các cơ sở này ngoài điều trị răng miệng cơ bản, cần chú trọng tới công việc dự phòng sâu răng, sử dụng Fluor bôi, đeo máng, làm nhẵn cổ răng. Lấy cao dự phòng BQR. Phục hình và xét nghiệm phát hiện ung thư sớm. Tổ chức các đội chăm sóc răng miệng lưu động, có trang bị phương tiện tối thiểu để thực hiện chăm sóc SKRM ban đầu ở các trung tâm điều dưỡng, tại nhà riêng. Đây là một giải pháp đang được nhiều nước trên thế giới áp dụng. Cách thức này xuất phát từ nhóm những người không thể hoặc không muốn đi khám chữa vì lý do sức khoẻ, nghèo khó hoặc gặp phải các rào cản tâm lý, xã hội khác. Hiện nay, nhiều nước đã tổ chức một sự tiếp cận theo ê-kíp (bác sỹ Răng Hàm Mặt và trợ thủ) trong đó, bác sỹ thực hiện khám điều tra cơ bản, chẩn đoán và điều trị tại nhà: lấy cao răng, nạo túi lợi, tiểu phẫu thuật, trám răng sâu, sửa chữa đệm hàm,... Trợ thủ xác định, thực hiện và theo dõi kế hoạch điều trị phòng ngừa (giáo dục và kiểm soát vệ sinh răng miệng, bảo quản phục hình) cho từng cá nhân bằng cách hợp tác với gia đình hoặc với điều dưỡng chăm sóc người bệnh [78], [79], [80], [81], [82].

1.3. Một số nghiên cứu can thiệp bệnh răng miệng ở người cao tuổi

Hiệu quả của việc kiểm soát mảng bám răng ở NCT đã được chứng minh qua nghiên cứu năm 1993 của Vigild M trên 407 người sống tại Viện dưỡng lão, các đối tượng này được chăm sóc, hướng dẫn vệ sinh răng miệng, kết quả cho thấy tình trạng sâu răng và mảng bám răng thấp hơn so với những người không nhận được sự chăm sóc. Năm 1999, Mascarenhas A.K cho thấy những người đi khám răng miệng định kỳ, lấy cao răng, làm vệ sinh răng miệng có SKRM tốt hơn hẳn so với những người không đi khám thường xuyên [83]. Tác giả Simons (2002) sử dụng biện pháp đơn giản là cho nhóm đối tượng ở nhà dưỡng lão nhai kẹo cao su có chứa Xylitol và Cholorhexidine ngày 2 lần,

mỗi lần 15 phút, sau hơn 12 tháng thấy tình trạng răng miệng cải thiện rõ rệt so với nhóm đối chứng [77]. Tác giả Griffin S.O. đã tổng kết các kết quả nghiên cứu can thiệp sử dụng fluor để phòng bệnh sâu răng ở nhóm người trên 20 tuổi và nhóm người trên 40 tuổi, độ tuổi trong nghiên cứu dao động từ 20-75. Kết quả cho thấy hàng năm tỷ lệ sâu răng giảm 29% (95% CI: 0,16 - 0,42) và tỷ lệ sâu chân răng giảm 22% (95% CI: 0,08 - 0,37). Nghiên cứu cũng chỉ ra rằng, tỷ lệ sâu răng ở nhóm không tiếp xúc với fluor cao hơn so với nhóm được tiếp xúc với fluor ở mọi lứa tuổi. Tác giả kết luận: Fluor giúp ngăn ngừa sâu răng ở mọi lứa tuổi [84]. Gần đây, một số nghiên cứu về tình trạng mất răng sau khi điều trị duy trì BQR được thực hiện mang lại kết quả khả quan. Tác giả Costa (2012) tiến hành nghiên cứu trên 164 đối tượng và theo dõi trong vòng 03 năm. Kết quả cho thấy số răng mất trung bình mỗi năm là 0,22 ở nhóm có hoạt động điều trị duy trì và 0,26 ở nhóm không có hoạt động can thiệp [85]. Nghiên cứu của Kim (2014) với thời gian theo dõi trung bình lên đến 11 năm cũng cho kết quả tương tự (số răng mất trung bình mỗi năm là 0,14 ở nhóm can thiệp và ở nhóm đối chứng là 0,21 [71]).

Tại Việt Nam, tác giả Phạm Văn Việt đánh giá hiệu quả can thiệp (HQCT) theo nội dung chương trình chăm sóc SKRM ban đầu cho thấy sau 2 năm tỷ lệ người có vùng quanh răng lành mạnh ở nhóm can thiệp tăng lên rõ rệt so với nhóm đối chứng. Hiệu quả được tính là 12,09%, tỷ lệ đối tượng có túi lợi nông giảm xuống 68,96% và có cao răng giảm xuống 39,58%. Ngoài ra hiệu quả can thiệp đã tăng tỷ lệ người không có mảng bám răng là 6,01% [5]. Nghiên cứu của tác giả Lương Xuân Tuấn (2012) tiến hành trên 61 bệnh nhân viêm quanh răng nặng, sau khi can thiệp cho thấy việc điều trị có hiệu quả rõ rệt trong việc cải thiện các chỉ số quanh răng như giảm độ sâu túi quanh răng, mức MBR quanh răng, cải thiện chỉ số lợi và chỉ số vệ sinh răng miệng tại các thời điểm sau điều trị so với trước điều trị [86].

Chương 2

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu của chúng tôi bao gồm hai thiết kế nghiên cứu riêng biệt:

- Nghiên cứu mô tả cắt ngang: để xác định thực trạng bệnh răng miệng, nhu cầu điều trị răng miệng và một số yếu tố liên quan tới bệnh răng miệng ở NCT tỉnh Yên Bái.

- Nghiên cứu can thiệp: nhằm đánh giá hiệu quả can thiệp phòng chống bệnh răng miệng bằng giáo dục nha khoa và sử dụng nước súc miệng Fluor 0,2% ở một nhóm NCT tỉnh Yên Bái.

2.1. Nghiên cứu mô tả cắt ngang

2.1.1. Đối tượng nghiên cứu

- **Tiêu chuẩn lựa chọn trong nghiên cứu:**

- + Là những người trên 60 tuổi đang sinh sống và có hộ khẩu thường trú tại tỉnh Yên Bái trong thời gian điều tra

- + Có sự đồng ý và tự nguyện tham gia nghiên cứu.

- **Tiêu chuẩn loại trừ:**

- + Đang mắc các bệnh toàn thân hoặc răng miệng cấp tính.

- + Không đồng ý tham gia vào nghiên cứu và không có mặt khi điều tra.

- + Không đủ khả năng trả lời khi phỏng vấn.

2.1.2. Phương pháp nghiên cứu

- * **Thiết kế nghiên cứu:** là một nghiên cứu mô tả cắt ngang (mục tiêu 1, và mục tiêu 2)

- Thời gian nghiên cứu: tháng 06/2015

2.1.3. Mẫu nghiên cứu

- * **Nghiên cứu lượng:** Cỡ mẫu được tính theo công thức:

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

Trong đó:

p: Tỷ lệ mắc bệnh sâu răng tại cộng đồng của người cao tuổi (78%) [18]

d: Độ chính xác tuyệt đối (= 3,2%)

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

Do sử dụng kỹ thuật chọn mẫu 30 chùm ngẫu nhiên nên cỡ mẫu cần nhân với hệ số thiết kế mẫu (DE =2)

Cỡ mẫu tối thiểu: 1288 người cao tuổi. lấy 5% dự phòng, Cỡ mẫu thực hiện là 1350 người cao tuổi.

***Nghiên cứu định tính**

Tổng số cuộc phỏng vấn sâu là 40 cuộc gồm: 20 cán bộ y tế trực tiếp tham gia công tác khám chữa bệnh và quản lý hệ thống chăm sóc sức khỏe cho nhân dân. 20 người cao tuổi.

*** Đối với người cao tuổi**

- Tiêu chuẩn lựa chọn trong nghiên cứu:

+ Là những người trên 60 tuổi đang sinh sống và có hộ khẩu thường trú tại tỉnh Yên Bái trong thời gian điều tra

+ Có sự đồng ý và tự nguyện tham gia nghiên cứu.

- Tiêu chuẩn loại trừ:

+ Không đồng ý tham gia vào nghiên cứu

+ Không có mặt khi điều tra.

+ Không đủ khả năng trả lời khi phỏng vấn.

*** Đối với cán bộ y tế:**

- Tiêu chuẩn lựa chọn trong nghiên cứu:

+ Cán bộ Y tế làm công tác quản lý tại Sở Y tế, bệnh viện Tỉnh, Huyện

+ Lãnh đạo khoa Răng Hàm Mặt của bệnh viện Tỉnh, Huyện

+ Bác sỹ điều trị tại khoa Răng Hàm Mặt bệnh viện Tỉnh, Huyện

+ Cán bộ y tế Trạm y tế xã, phường

+ Bác sỹ chuyên khoa Răng Hàm Mặt tư nhân

- Tiêu chuẩn loại trừ

+ Không đồng ý tham gia vào nghiên cứu

2.1.4. Cách chọn mẫu

***Nghiên cứu định lượng**

Bước 1. Chọn 30 chùm ngẫu nhiên cho mỗi khu vực thành thị và nông thôn thuộc tỉnh Yên Bái, mỗi chùm là 1 xã/phường. (*danh sách các xã, phường kèm theo - Phụ lục 5*)

Bước 2. Chọn đối tượng nghiên cứu: Lên danh sách các người cao tuổi trong xã/phường, chọn ngẫu nhiên đơn 45 người cao tuổi từ danh sách của mỗi xã/phường.

***Nghiên cứu định tính**

- Tổng số cuộc phỏng vấn sâu là 40 cuộc.

- Các cán bộ y tế làm công tác quản lý và BS điều trị RHM được phỏng vấn sâu bao gồm: 20 cán bộ y tế trực tiếp tham gia công tác khám chữa bệnh và quản lý hệ thống chăm sóc sức khỏe cho nhân dân, chia làm 3 cấp: cấp tỉnh, cấp huyện, xã và các phòng khám Răng Hàm Mặt tư nhân; mỗi cấp chọn 5-7 cán bộ.

- Người cao tuổi: chọn 20 người cao tuổi trong số các đối tượng được chọn vào mẫu cho nghiên cứu định lượng (10 người tại các xã vùng nông thôn, 10 người tại các phường vùng thành thị).

Phỏng vấn sâu một số đối tượng cung cấp thông tin nhằm tìm hiểu thêm về: mức độ phổ biến của bệnh răng miệng ở người cao tuổi trong cộng đồng, quan niệm của người cao tuổi về chăm sóc và dự phòng bệnh răng miệng, sự tiếp cận của người cao tuổi với dịch vụ chăm sóc răng miệng, trong trường hợp nào người cao tuổi thấy nhu cầu cần phải đến cơ sở khám chữa răng, đánh giá của người cao tuổi về các dịch vụ y tế hiện có, mong muốn của người cao tuổi nhằm được chăm sóc và điều trị răng miệng tốt hơn là những gì, phải làm gì để nâng cao chất lượng các dịch vụ chăm sóc răng miệng cho người cao tuổi. Phỏng vấn sâu cũng được tiến hành với một số người cao tuổi có hoàn cảnh đặc biệt nhằm tìm hiểu sâu hơn mong muốn, nguyện vọng liên quan đến nhu cầu điều trị bệnh răng miệng của người cao tuổi.

2.1.5. Các bước tiến hành nghiên cứu

Trước khi bắt đầu điều tra, Bộ Y tế gửi công văn đến Ủy ban Nhân dân tỉnh Yên Bái, Sở Y tế tỉnh Yên Bái đề nghị cho phép thực hiện và phối hợp với dự án nghiên cứu. Ban điều hành đề tài lập kế hoạch chi tiết khám và điều tra với sự tham gia của cán bộ quản lý hoặc cán bộ y tế địa phương cùng phối hợp với đội điều tra nha khoa. Khi đã có thời gian biểu thì chính quyền địa phương (xã, phường) gửi giấy mời đến từng đối tượng đã được chọn để mời đến khám. Sau đó, đoàn khám được thành lập từ Viện Đào tạo Răng Hàm Mặt - Trường Đại học Y Hà Nội tiến hành khám và điều tra răng miệng theo kế hoạch đặt ra.

Các bảng câu hỏi và phiếu khám sau khi thực hiện hoàn chỉnh được đựng trong túi và niêm phong mang về Viện Đào tạo Răng Hàm Mặt - Trường Đại học Y Hà Nội để lưu giữ và phân tích.

2.1.6. Kỹ thuật thu thập số liệu

- 02 lớp tập huấn và định chuẩn trong thời gian 1 tuần được tổ chức tại Viện Đào tạo Răng Hàm Mặt – Trường Đại học Y Hà Nội. Mỗi lớp có 30 người và chọn ra 15 người khám và 15 người ghi. Ngoài ra các cán bộ Y tế địa phương liên quan đến cuộc điều tra cũng được mời tham dự tập huấn. Chỉ số Kappa cho khám răng miệng là 0,86.

- Thu thập số liệu bằng việc sử dụng một bảng câu hỏi để phỏng vấn từng người, khám răng miệng. Bộ câu hỏi phỏng vấn và bệnh án: sử dụng bộ công cụ mẫu của Tổ chức Y tế Thế giới năm 1997, được bổ sung năm 2013.

- Thu thập số liệu bằng việc sử dụng một bảng câu hỏi để phỏng vấn từng người, khám răng miệng, phỏng vấn sâu:

+ Phỏng vấn đối tượng nghiên cứu để thu thập các thông tin về đặc trưng cá nhân (tuổi, giới, dân tộc, tôn giáo, nghề nghiệp trước khi về hưu, học vấn, chuyên môn, hôn nhân, sống gia đình hay độc thân, kinh tế gia đình, bảo hiểm y tế, khoảng cách từ nhà đến cơ sở y tế gần nhất, khoảng cách từ nhà đến cơ sở răng hàm mặt gần nhất), thái độ hành vi liên quan đến bệnh răng miệng.

+ Khám lâm sàng xác định thực trạng và nhu cầu điều trị bệnh răng miệng ở người cao tuổi.

+ Phỏng vấn sâu một số đối tượng cung cấp thông tin nhằm tìm hiểu thêm về: mức độ phổ biến của bệnh răng miệng ở người cao tuổi trong cộng đồng, quan niệm của người cao tuổi về chăm sóc và dự phòng bệnh răng miệng, sự tiếp cận của người cao tuổi với dịch vụ chăm sóc răng miệng, trong trường hợp nào người cao tuổi thấy nhu cầu cần phải đến cơ sở khám chữa răng, đánh giá của người cao tuổi về các dịch vụ y tế hiện có, mong muốn của người cao tuổi nhằm được chăm sóc và điều trị răng miệng tốt hơn là những gì, phải làm gì để nâng cao chất lượng các dịch vụ chăm sóc răng miệng cho người cao tuổi. Phỏng vấn sâu cũng được tiến hành với một số người cao tuổi có hoàn cảnh đặc biệt nhằm tìm hiểu sâu hơn mong muốn, nguyện vọng liên quan đến nhu cầu điều trị bệnh răng miệng của người cao tuổi.

Việc điều tra phỏng vấn và khám lâm sàng các đối tượng nghiên cứu được thực hiện tại Sở Y tế, Bệnh viện, Trạm y tế của mỗi xã/ phường. Thời gian tiến hành từ 7h30-11h30 sáng và 14h - 16h30 chiều.

2.1.7. Các chỉ số và biến số nghiên cứu mô tả cắt ngang.

Sức khỏe răng miệng có nghĩa rộng, bao gồm tình trạng răng miệng là một phần của sức khỏe tổng quát. Sức khỏe răng miệng có ý nghĩa vượt ra ngoài sự lành mạnh của miệng, mà tích hợp trong sức khỏe toàn thân. Bên cạnh tình trạng sâu răng, mất răng và bệnh quanh răng còn có bệnh lý niêm mạc miệng, bệnh lý tuyến nước bọt, bệnh lý khớp thái dương hàm...

Trong phạm vi của đề tài, nhóm nghiên cứu tập trung vào các biến số và chỉ số của tình trạng sâu răng, bệnh quanh răng và mất răng và các yếu tố liên quan.

+ Đặc điểm chung kinh tế xã hội: Giới (Nam, Nữ), nhóm tuổi (60-64; 65-74; > 75 tuổi); Địa dư (nông thôn, thành thị); Trình độ học vấn (Không biết chữ, học hết tiểu học, học hết Trung học phổ thông, học Trung cấp trở lên); Nghề nghiệp (Nông dân, Công nhân, Công chức, viên chức, buôn bán, nội trợ, tự do,

khác); Tình trạng hôn nhân (độc thân, góa bụa, ly hôn, có vợ chồng, ly thân, chưa kết hôn); Xếp loại kinh tế (hộ nghèo, cận nghèo, không nghèo, không nhớ);

Thói quen sống: Thói quen ăn hoa quả tươi (có, không, thỉnh thoảng);
Thói quen uống bia, rượu (có, không, thỉnh thoảng);

Tình trạng sức khỏe toàn thân: mắc các bệnh mạn tính (tiểu đường)

Tiền sử nha khoa: Thói quen chải răng (có chải răng không, số lần chải răng/ngày, thời gian thay bàn chải), sử dụng chỉ tơ nha khoa (có, không)

Tiền sử khám răng miệng (trên 5 năm, 2-5 năm, 1-2 năm, dưới 12 tháng);

Tình trạng khớp thái dương hàm: Xuất hiện các triệu chứng (Đau răng, đau ở vùng khớp thái dương hàm, đau ở vùng trước tai, đau ở vùng quanh mắt, đau khi há miệng rộng, đau ở vùng mặt, đau khi ăn nhai, đau ở vùng Thái dương, đau vùng bên mặt khi ấn, đau ở vùng lưỡi..)

- Đánh giá tình trạng răng [10],[68],[81],[82].

Chỉ số răng sâu, mất và trám SMT hay (DMFT) (WHO, 1997)

Chỉ số SMT được tính toán bằng việc đánh giá hàm răng trên từng răng

Thành phần S (DT): bao gồm tất cả các răng bị sâu ở thân và chân răng và các răng đã hàn lại có sâu.

Thành phần M (MT): Bao gồm các răng mất do sâu hoặc do bất kỳ nguyên nhân nào khác.

Thành phần T (FT): bao gồm các răng đã hàn không sâu.

Các tiêu chuẩn đánh giá được cụ thể theo bảng sau đây

Mã số: Tình trạng	Tiêu chuẩn
0: Khỏe mạnh Thân răng Chân răng	Không có lỗ sâu đã hoặc chưa điều trị ở thân và chân. Không ghi nếu chỉ nghi ngờ và không có đủ các yếu tố dương tính
1: Sâu Sâu thân răng Sâu chân răng	Có lỗ sâu rõ, đáy hoặc thành mềm hoặc men bị đục khoét ở phía dưới. Cảm nhận mềm, dai ở chân răng, chỉ trám tạm. Sâu hủy hết phần thân. Không ghi nếu nghi ngờ. Ghi ưu tiên sâu chân răng

Mã số: Tình trạng	Tiêu chuẩn
2: Trám và sâu tái phát	Thân hoặc chân răng đã trám sâu lại hoặc sâu mới. Lưu ý nhận định vị trí và nguyên ủy của lỗ sâu
3: Răng trám đã tốt	Có một hoặc nhiều miếng trám vĩnh viễn hoặc không thấy lỗ sâu khác hoặc răng đã được chụp bọc do sâu
4: Răng mất do sâu	Răng đã nhỏ do sâu
5: Răng mất vì lý do khác	Nhỏ để chỉnh, nha chu, phục hình
6: Mòn mặt nhai 6A: Mòn độ I 6B: Mòn độ II 6C: Mòn độ III 6D: Mòn độ IV	Mòn men có những điểm lộ ngà ở nướm Mòn ngà nông lộ ngà nhiều điểm <1mm Mòn ngà sâu lộ ngà nhiều điểm >1mm chưa lộ tủy Mòn ngà sâu lộ tủy, biến chứng tủy
7: Răng đặc biệt Trụ cầu, chụp bọc hay mặt dán	Răng trụ cầu cố định không vì lý do sâu Các kỹ thuật dán mặt ngoài RC không do sâu Cắm ghép: chân răng được đặt trụ
8: Mòn và tiêu cổ răng 8A, 8B, 8C	Mòn men rõ ở cổ răng Mòn lộ ngà ở cổ răng Tiêu cổ răng điển hình
T: sang chấn răng TA TB TC	Gãy vỡ không hết 1 nướm hoặc 1/4 thân răng cửa Gãy vỡ cả nướm hoặc 1/4 thân răng cửa Gãy vỡ hở lộ tủy
9: (X) Răng bị loại	Dùng cho bất cứ răng nào không thể khám được

- Đánh giá tình trạng vùng quanh răng

* *Chỉ số Quanh răng cộng đồng CPI (Community Periodontal Index)*

Dựa trên cơ sở miệng với hai cung răng được chia thành 6 vùng (Sextant) lục phân. Một vùng chỉ được tính khi còn ≥ 2 răng và các răng này không có chỉ định nhổ. Các răng chỉ định để đánh giá tình trạng viêm nhiễm và mất bám dính quanh răng như sau:

Hàm trên	17/16	11	27/26
Hàm dưới	47/46	31	36/37

Các tiêu chuẩn lâm sàng và mã số [10]

<p>0: Lành mạnh</p> <p>1: Chảy máu lợi trực tiếp hay ngay sau khi thăm khám</p> <p>2: Cao răng trên và dưới lợi phát hiện được trong khi thăm dò nhưng toàn bộ vạch đen của cây thăm dò túi lợi còn nhìn thấy</p> <p>3: Túi 4-5mm bờ lợi viền răng nằm trong lòng vạch đen của cây thăm dò túi lợi</p> <p>4: Túi sâu ≥ 6mm vạch đen của cây thăm khám không nhìn thấy</p> <p>X: Vùng lục phân loại ra do hiện có ít hơn 2 răng</p> <p>Chú ý: Không được lấy cao răng trước khi đi khám</p>
--

Khám tình trạng 10 răng chỉ định nêu trên để đánh giá ba tiêu chí này là: chảy máu lợi, cao răng và túi lợi

**Chỉ số Mất bám dính (Loss of Attachment: LOA)* [68] hay đánh giá về tình trạng tụt lợi do tiêu xương ở vùng quanh răng: Đối với đoạn lục phân sau, hai răng chỉ số được xếp thành đôi để ghi. Đối với đoạn lục phân trước có thể thay thế R11, R31 bằng R21, R41. Khám các răng còn lại nếu mất hết răng chỉ định. Vùng lục phân bị loại được ghi là (X) khi mất toàn bộ hoặc khi còn < 2 răng. Mã số cao nhất của các răng khám trong 1 vùng là mã số của vùng đó, mã số cao nhất của một người là mã số cao nhất trong các vùng:

<p>0: LOA 0-3mm (không nhìn thấy CEJ và mã số CPI 0-3)</p> <p>Nếu CEJ không nhìn thấy và CPI mã số 4, hoặc nếu CEJ nhìn thấy</p> <p>1: LOA 4-5mm (CEJ trong vạch đen)</p> <p>2: LOA 6-8mm (CEJ giữa giới hạn trên của vạch đen và vòng 8,5mm)</p>
<p>3: LOA 9-11mm (CEJ giữa 8,5mm và vòng 11,5mm)</p> <p>4: LOA ≥ 12mm (CEJ vượt trên 11,5mm)</p> <p>X: Vùng lục phân bị loại (hiện tại có ít hơn hai răng)</p> <p>9: Không ghi nhận (do CEJ không nhìn thấy hoặc không phát hiện được)</p>

Đánh giá mất bám dính theo các răng chỉ định giống như ghi đánh giá tình trạng viêm quanh răng. Ghi mã số này ngay sau khi ghi mã số CPI

Phương tiện: dùng cây thăm dò CPI xác định độ sâu của túi lợi và độ mất bám dính, đồng thời phát hiện cao răng dưới lợi.

- Đánh giá tình trạng niêm mạc miệng

Mỗi đối tượng đều được đánh giá các tổn thương niêm mạc. Mỗi một tổn thương quan sát được ghi vào vị trí của nó. Có thể có vài tổn thương ở một vị trí hoặc/và có một tổn thương ở vài vị trí.

Các tiêu chuẩn chẩn đoán

- 0: Bình thường
- 1: Loét
- 2: Viêm lợi hoại tử cấp
- 3: Áp xe
- 4: Phì đại lợi
- 5: Khác

- Đánh giá tình trạng khớp thái dương hàm

Mã số và tiêu chuẩn chẩn đoán

0: Không có triệu chứng

1: Tiếng kêu ở khớp hoặc đau khi sờ vào vùng khớp hoặc giảm hoạt động hàm (há miệng <30mm).

9: Không ghi nhận được

- Nhu cầu điều trị bệnh quanh răng (theo WHO 1997 có bổ xung 2013) [81], [82]

TN0: không cần điều trị

TN1: hướng dẫn vệ sinh răng miệng

TN2: hướng dẫn vệ sinh răng miệng + lấy cao răng và làm nhẵn chân răng.

TN3: hướng dẫn vệ sinh răng miệng + lấy cao răng và làm nhẵn chân răng + điều trị phức hợp túi lợi

◆ Phương tiện khám:

- khay khám, cây đo túi nha chu TRS 621, gương phẳng có đèn sợi quang học, thám châm, kẹp gấp

- Hộp dụng cụ vô trùng, hộp đựng dụng cụ đã dùng, gạc, bông gòn, khẩu trang

- Thuốc tiệt trùng

- Ánh sáng tự nhiên, đèn pin nhỏ

◆ Phương tiện khác:

- Bộ câu hỏi, phiếu điều tra, phiếu hướng dẫn và ghi nhận phỏng vấn sâu

- Máy chụp ảnh tổn thương, máy ghi âm

- Thuốc xử lý cấp cứu



Hình 2.1. Bộ khay khám

- **Đánh giá nhu cầu điều trị và một số yếu tố liên quan đến bệnh răng miệng của người cao tuổi:** thông qua nghiên cứu định tính (phỏng vấn sâu) về chính sách chăm sóc sức khỏe răng miệng cho người cao tuổi, hiểu biết về cách phòng và điều trị bệnh răng miệng, hệ thống chăm sóc răng miệng, lối sống, tập quán..vv

2.2. Nghiên cứu can thiệp

2.2.1. Đối tượng nghiên cứu:

Là người cao tuổi đang sinh sống tại địa bàn các phường, xã: Đồng Tâm, Yên Ninh, Đại Đồng, Tân Hương thuộc tỉnh Yên Bái.

- Tiêu chuẩn lựa chọn trong nghiên cứu:

- + Là những người cao tuổi còn tối thiểu 10 răng tự nhiên trong khoang miệng
- + Đồng ý và tự nguyện tham gia nghiên cứu (có phiếu chấp thuận và đồng ý).

Tiêu chuẩn loại trừ:

- + Người cao tuổi đang mắc các bệnh toàn thân cấp tính.
- + Không tự nguyện tham gia nghiên cứu.
- + Người cao tuổi đang hoặc mới ngừng điều trị sâu răng bằng các biện pháp Fluor tại chỗ < 6 tháng.
- + Có tiền sử dị ứng với Fluor.
- + Người cao tuổi đang điều trị bằng các thuốc có phản ứng chéo với Fluor như Chlohexidine.

2.2.2. Phương pháp nghiên cứu

- Nghiên cứu can thiệp có đối chứng (mục tiêu 3).
- Thời gian nghiên cứu từ tháng 4/2016 đến tháng 10/2017 (18 tháng).

2.2.3. Cỡ mẫu nghiên cứu

Chúng tôi dựa theo công thức tính cỡ mẫu cho nghiên cứu can thiệp của Lwanga [63].

$$n = \frac{\left\{ z_{1-\alpha/2} \sqrt{2\bar{P}(1-\bar{P})} + z_{1-\beta} \sqrt{P_1(1-P_1) + P_2(1-P_2)} \right\}^2}{(P_1 - P_2)^2}$$

$Z_{(1-\alpha/2)}$: hệ số tin cậy ở mức xác suất 95% (=1,96)

$Z_{1-\beta}$: lực mẫu (=80%)

P_1 : tỷ lệ sâu răng vĩnh viễn trong nhóm can thiệp, sau 18 tháng theo dõi ước lượng là 30%.

P_2 : tỷ lệ sâu răng vĩnh viễn trong nhóm chứng, ước lượng là 50% sau 18 tháng theo dõi.

P : $(P_1+P_2)/2$

n_1 : cỡ mẫu nhóm can thiệp (số người cao tuổi được súc miệng dung dịch fluor 0,2%)

n_2 : cỡ mẫu nhóm đối chứng (số người cao tuổi được chải kem P/S)

Theo công thức tính được cỡ mẫu cần thiết tối thiểu cho 2 nhóm nghiên cứu là $n = n_2 = n_1 = 160$ người cao tuổi, tổng số người cao tuổi cho 2 nhóm trong nghiên cứu can thiệp là 320 người.

2.2.4. Chọn mẫu

- Bước 1: Chọn chủ đích 02 phường là phường Đồng Tâm và phường Yên Ninh thuộc thành phố Yên Bái đại diện cho vùng thành thị và 02 xã đại diện cho vùng nông thôn đó là xã Tân Hương và Đại Đồng thuộc huyện Yên Bình làm địa điểm nghiên cứu. Lựa chọn những địa phương có điều kiện kinh tế, xã hội khá tương đồng, chúng tôi lập danh sách và sử dụng máy tính để chọn ngẫu nhiên 320 người cao tuổi vào hai nhóm (theo phạm mềm R):

+ Nhóm can thiệp (n_1): **160** người cao tuổi thuộc địa bàn phường Đồng Tâm và xã Tân Hương được hướng dẫn vệ sinh răng miệng, súc miệng với dung dịch nước súc miệng fluor 0,2%.

+ Nhóm chứng (n_2): **160** người cao tuổi thuộc địa bàn phường Yên Ninh và xã Đại Đồng, được hướng dẫn vệ sinh răng miệng, chải răng với kem chải răng P/S (0,15% fluor).

+ Tại nhóm thành thị: 02 phường Đồng Tâm, và phường Yên Ninh là các phường trung tâm của thành phố Yên Bái, có mật độ dân cư là 2271 người/km². Dân cư trên địa bàn sinh sống chủ yếu là công nhân viên và tiểu thủ công nghiệp, thương mại dịch vụ một bộ phận kinh doanh buôn bán trên những con đường trục chính, tại chợ trung tâm thành phố.

+ Tại nhóm nông thôn: 02 xã Đại Đồng, xã Tân Hương thuộc huyện Yên Bình nằm ở phía đông của tỉnh Yên Bái, mật độ dân số 94 người/km². Hai xã thuộc vùng núi cao cạnh hồ thủy điện Thác Bà, có mật độ dân cư thưa thớt sống chủ yếu dựa vào nông nghiệp là chính, tuy nhiên những năm gần

đây nhờ thực hiện chương trình xây dựng nông thôn mới nên đời sống của nhân dân huyện Yên Bình cũng được cải thiện đáng kể.

Bước 2: tại mỗi xã phường, dựa vào danh sách người cao tuổi chọn chủ đích ít nhất 80 đối tượng đủ tiêu chuẩn lựa chọn tham gia vào nghiên cứu. (Từ kết quả của nghiên cứu mô tả cắt ngang, mời các đối tượng đã tham gia nghiên cứu vào nghiên cứu can thiệp)

Bước 3: lập danh sách đối tượng tham gia vào nghiên cứu



2.2.5. Các bước tiến hành nghiên cứu

Huấn luyện chọn lựa điều tra viên và thư ký:

- Huấn luyện chọn lựa đã được tiến hành trước khi điều tra nhằm đảm bảo chuẩn hóa toàn bộ nội dung và phương pháp tiến hành của đề tài từ đơn giản đến phức tạp để mọi điều tra viên có khả năng áp dụng thống nhất các tiêu chí trong chẩn đoán, ghi nhận và xử lý tình huống, sao cho sự sai lệch là thấp nhất ở mỗi điều tra viên và giữa họ với nhau. 06 bác sỹ, 06 điều dưỡng nha khoa đang công tác bộ môn Nha khoa cộng đồng Viện Đào Tạo Răng Hàm Mặt Trường Đại Học Y Hà Nội, 10 học viên chuyên khoa 1, chuyên

khoa 2 đang học tập tại bộ môn Nha khoa Cộng đồng đã tham gia hai buổi huấn luyện lý thuyết và hai buổi thực hành.

Chương trình huấn luyện bao gồm hai giai đoạn:

+ Giai đoạn tập huấn lý thuyết về phương pháp khám điều tra cơ bản, các bước tiến hành. Nhận định về tình trạng một số bệnh lý răng miệng thường gặp.

+ Giai đoạn tập huấn cách khám, chẩn đoán, ghi mã số thực tế: các điều tra viên lần lượt khám và chẩn đoán 20 NCT có các tình trạng và tổn thương răng, vùng quanh răng điển hình đã được chọn lựa trước để thống nhất nhận định, ghi mã số.

Tập huấn lâm sàng được tiến hành tại phòng khám bộ môn Nha Khoa Cộng đồng nhà A7, Viện Đào Tạo Răng Hàm Mặt Trường Đại học Y Hà Nội trước khi vào điều tra chính thức 1 tuần.

Chia thành các cặp khám, mỗi cặp gồm một điều tra viên (bác sỹ) và một thư ký khám (điều dưỡng nha khoa/sinh viên), ghi thử toàn bộ tình trạng răng miệng của 20 người. Một số tình trạng điều tra viên chưa thống nhất chẩn đoán về sâu răng, bệnh quanh răng và một số ghi nhận mã số chưa chuẩn của thư ký được nêu để giám sát viên nhận định, trao đổi và phân tích rút kinh nghiệm thực hiện lại quy trình để đi tới thống nhất. Cũng trong giai đoạn này, bộ câu hỏi được các điều tra viên phỏng vấn trực tiếp bệnh nhân. Sau đó, toàn đội điều tra thảo luận về nội dung, quy trình tiến hành, thời gian, cách hỏi cho thích hợp, thuận tiện và chính xác.

- Các thư ký, sinh viên ngoài cách ghi chép còn được huấn luyện cách sắp xếp, bảo quản phiếu điều tra và trợ giúp một số việc của điều tra viên.

- Tất cả những đối tượng tham gia điều tra sau khi được tập huấn đều phải đạt chuẩn trước khi đi khám cộng đồng với chỉ số Kappa > 0,8. Tổ chức thực hiện cuộc điều tra.

- Tiếp xúc với chính quyền, cơ sở Y tế nơi tổ chức khám điều tra để xin phép, ấn định thời gian và tìm hiểu các thông tin cơ bản về kinh tế - xã hội,

mạng lưới Y tế. Thảo luận với cơ sở Y tế cách tiến hành, biện pháp phối hợp, tổ chức địa điểm khám tập trung tại các trạm Y tế phường.

- Thu hút đối tượng tham gia bằng cách gửi giấy mời trực tiếp qua cán bộ y tế thôn bản và thông tin loa đài trước đó vài ngày, nhiều lần, có cấp bàn chải và kem chải răng, thuốc bổ miễn phí.

2.2.6. Các hoạt động can thiệp

2.2.6.1. Can thiệp giáo dục nha khoa

Các đối tượng trong nhóm can thiệp được tiến hành phỏng vấn và khám lâm sàng bằng bộ câu hỏi phỏng vấn và bệnh án. Bộ câu hỏi phỏng vấn và bệnh án: sử dụng bộ công cụ mẫu của Tổ chức Y tế Thế giới năm 1997, được bổ sung năm 2013. Được hướng dẫn vệ sinh răng miệng (truyền thông giáo dục sức khỏe) theo các nhóm nhỏ và hướng dẫn trực tiếp qua tranh, ảnh, poster hướng dẫn và dụng cụ trực quan trước khi tiến hành hoạt động can thiệp phòng chống bệnh răng miệng bằng nước súc miệng Fluor 0,2%:

Truyền thông giáo dục sức khỏe: theo mô hình các giải pháp dự phòng bệnh răng miệng của WHO [81], [88], [89].

- Tổ chức 08 buổi truyền thông: Toàn bộ các đối tượng trong nhóm can thiệp và nhóm đối chứng được chia làm bốn nhóm, mỗi nhóm được truyền thông giáo dục hai buổi. Cách thức truyền thông được tiến hành thông qua nói chuyện theo chuyên đề, mỗi buổi nói chuyện kéo dài khoảng 45 phút. Buổi nói chuyện này do NCS trực tiếp thực hiện.

Nội dung:

+ Buổi 1:

- Mối liên quan giữa SKRM và sức khỏe toàn thân.
- Lão hóa sinh lý răng miệng NCT
- Hướng dẫn phương pháp vệ sinh răng miệng bằng chải răng Toothpick

+ Buổi 2:

- Bệnh sâu răng: Nguyên nhân - Diễn biến - Hậu quả - Cách phòng ngừa.

➤ BQR: Nguyên nhân - Diễn biến - Hậu quả - Cách phòng ngừa.

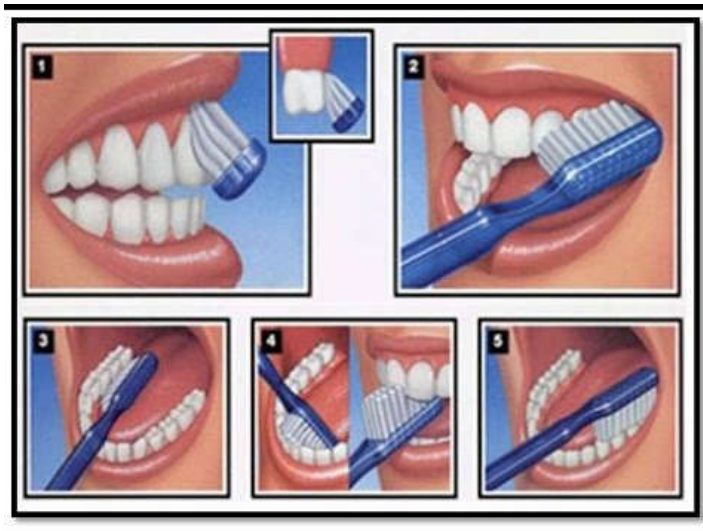
* Nội dung truyền thông giáo dục sức khỏe răng miệng giúp NCT hiểu được:

- Kiến thức nha khoa căn bản về vệ sinh răng miệng, nắm vững và từng bước thực hành chải răng đúng phương pháp để phòng BQR và sâu răng. Đồng thời giúp cho NCT hiểu rõ thức ăn nào có lợi, thức ăn nào có hại cho sức khỏe răng miệng, thói quen xấu cần tránh, lợi ích của fluor nói chung và súc miệng với dung dịch Fluor nói riêng trong việc phòng ngừa bệnh sâu răng.

- Tạo cho NCT có thói quen không thể thiếu được là chải răng ngay sau khi ăn và tối trước khi đi ngủ để loại trừ mảng bám, loại trừ vi khuẩn để bảo vệ hàm răng. Hướng dẫn phương pháp chải răng Toothpick để làm sạch răng và phù hợp với lứa tuổi của người cao tuổi.

+ Phương pháp chải răng Toothpick:

Bàn chải được đặt trên đường viền lợi và nghiêng một góc 30 độ so với trục của răng, lông bàn chải được ấn vào khoảng giữa các răng và rút ra, giống như một cái “tăm”, từ ngoài vào trong và từ trong ra ngoài. Chuyển động này được lặp đi lặp lại 8-9 lần mỗi vùng. Thời gian chải từ 2 – 5 phút với khoảng 190 – 220 động tác.



Hình 2.2. Phương pháp chải răng Toothpick [87]

Sử dụng kỹ thuật này, việc loại bỏ mảng bám kẽ răng có thể được thực hiện mà không cần đến chỉ nha khoa hay bàn chải kẽ. Số lượng lông bàn chải đi vào mỗi kẽ giữa răng phụ thuộc vào độ lớn của khoảng giữa răng đó. Một lượng nhỏ lông bàn chải đi vào khoảng giữa răng nhỏ, trong khi 1 hoặc 2 chùm lông có thể đi vào một khoảng kẽ răng rộng.

- Biết cách lựa chọn bàn chải tốt, thích hợp và cách giữ gìn bàn chải của mình. Biết chọn những thức ăn tốt cho răng và lợi, tránh thức ăn đồ uống có hại cho răng.

- Lợi ích của phục hình răng, hàm giả và khám răng miệng định kỳ nhằm phát hiện, điều trị sớm các tổn thương.

2.2.6.2. Hoạt động can thiệp phòng chống bệnh răng miệng bằng nước súc miệng Fluor 0,2%

a) Vật liệu và công cụ thu thập thông tin

* Bộ khay khám răng: khay quả đậu, gương nha khoa có đèn dẫn quang, thám trâm, gắp.

* Bông, cùn, găng tay, đèn chiếu sáng.

* Nồi hấp vô khuẩn.

* Phiếu khám và phiếu thu thập thông tin.

* Kem chải răng P/S loại dành cho người lớn

- Tên thương mại là kem P/S, do tập đoàn Unilever Việt Nam sản xuất.

- Đóng gói dạng tộp loại 35 gam.

- Có thành phần hoạt chất fluor với hàm lượng 1500 ppm fluor.

- Mùi bạc hà.

* Bàn chải đánh răng Colgate.

* Cốc nhựa dùng một lần.

* Dung dịch nước súc miệng fluor 0,2% do Việt Nam sản xuất. (Sản xuất tại Công ty TNHH Đại Bắc, địa chỉ số 11 đường Công nghiệp 4, khu công nghiệp Sài Đồng B, phường Thạch Bàn, quận Long Biên, thành phố Hà Nội)

Đóng lọ: 500 ml, hàm lượng theo tỷ lệ phần trăm hoạt chất 0,2% Fluor (Thành phần NaF 0,14%; KF 0,06%; Natri benzoat 0,5%; tinh dầu quế, Menthol; Hydrogenated castor oil; acid citric)

Hương thơm: tinh dầu quế (chất chứa trong cây tinh dầu quế, giá trị ngưỡng là từ 200 và 3000 mg/kg).

Phụ gia ổn định sản phẩm và giữ pH ở mức 7,3.



Hình 2.3. Nước súc miệng Fluor 0,2%

* Phiếu khám và phỏng vấn người cao tuổi

Biện pháp vô khuẩn

- Trang phục bảo vệ gồm: áo blouse, mũ, khẩu trang, găng vô khuẩn.
- Rửa tay trước khi mang găng bằng xà phòng nước có chất khử khuẩn, không kích thích da của Lifebuoy.
- Sử dụng Hydroperoxyde 6% để khử khuẩn dụng cụ (ngâm dụng cụ 30 phút).
- Sử dụng Autoclave để tiệt khuẩn dụng cụ.
- Bảo quản từng loại dụng cụ trong những hộp đựng bằng kim loại.

b) Quy trình thực hiện khám lâm sàng

- Bước 1: hướng dẫn người cao tuổi chải sạch răng bằng bàn chải, kem đánh răng P/S và nước trước khi vào bàn khám lại.
- Bước 2: khám phát hiện sâu răng bằng phương pháp quan sát thông thường, quan sát những thay đổi có thể xuất hiện trên bề mặt răng (theo tiêu chí WHO năm 1997 và sửa đổi năm 2013) [81],[82]. Cây thăm dò đầu tròn có thể hỗ trợ để phát hiện sự mất liên tục trên bề mặt men.

Cả hai nhóm đều được khám định kỳ tại các thời điểm 6 tháng, 12 tháng và 18 tháng.

c) Quy trình kỹ thuật thực hiện can thiệp:

- Cả hai nhóm can thiệp và nhóm đối chứng đều được hướng dẫn vệ sinh răng miệng, thực hiện chải răng có kiểm soát tập trung tại trạm y tế xã, bác sỹ trực tiếp lấy kem cho từng người.

- **Nhóm chứng:** chải răng theo lịch cố định tại nhà: thời gian cho mỗi lần chải răng là 3-5 phút, mỗi ngày chải 2 lần vào buổi sáng và tối, lịch chải răng được duy trì trong 18 tháng. Người cao tuổi được hướng dẫn chải răng theo phương pháp Toothpick, lượng kem chải răng cho mỗi lần tương đương khoảng 1gram.

- **Nhóm can thiệp:** ngoài hướng dẫn vệ sinh răng miệng và chải răng tại nhà như nhóm đối chứng thì được súc miệng với dung dịch fluor 0,2% theo lịch cố định: 2 lần/tuần.

Thời gian cho mỗi lần súc miệng là ngậm nước súc miệng trong vòng 2 phút vào buổi sáng sau chải răng, Lượng nước súc miệng cho mỗi lần tương đương khoảng 30ml và duy trì trong vòng 18 tháng.

Hướng dẫn can thiệp bằng sử dụng nước súc miệng Fluor 2%.

Bước 1: chuẩn bị bệnh nhân và vật liệu và dụng cụ

- Vật liệu và dụng cụ gồm: **dung dịch fluor 0,2%**, cốc súc miệng, nước sạch.
- Tập trung người cao tuổi theo danh sách và phân phát thuốc.
- Phát cốc súc miệng.
- Người cao tuổi được giải thích rõ những thay đổi khi súc miệng với thuốc, hướng dẫn cách sử lý.

Bước 2: Hướng dẫn người cao tuổi súc miệng

- Lấy dung dịch nước súc miệng vào cốc (30ml): được thực hiện bởi chính người nghiên cứu để hướng dẫn cho người cao tuổi, cần lưu ý kiểm soát:

+ Lượng dung dịch được lấy cho một người cho 1 lần súc miệng tương đương = 30ml.

- + Cần lắc đều nước súc miệng trước khi lấy sử dụng.
- Hướng dẫn người cao tuổi sau khi lấy đủ nước súc miệng Fluor, kiểm tra lại thời gian để tính thời gian súc miệng (2 phút).
- Hướng dẫn người cao tuổi súc đều trong miệng để tất cả các mặt răng được tiếp xúc với nước súc miệng.
- + Trong thời gian người cao tuổi tham gia nghiên cứu bác sỹ, cộng tác viên (cán bộ y tế trạm y tế xã, phường) thường xuyên nhắc nhở, tư vấn cho người cao tuổi thực hiện theo đúng hướng dẫn.

Bước 3: Hướng dẫn người cao tuổi sau súc miệng dung dịch Fluor.

- Không ăn uống tối thiểu sau 30 phút.

2.2.7. Các tiêu chuẩn sử dụng trong đánh giá.

2.2.7.1. Các tiêu chuẩn sử dụng trong đánh giá tổn thương sâu răng:

Chúng tôi đã xây dựng các tiêu chuẩn đánh giá và ghi nhận sâu răng, dựa trên cơ sở kết hợp: tiêu chuẩn của hệ thống đánh giá và phát hiện sâu răng của WHO năm 1997 và cải tiến năm 2013 [82] trên lâm sàng phân loại và ghi nhận lại mức độ tổn thương.

*** Tiêu chuẩn xác định sâu răng**

Chỉ số răng sâu, mất và trám SMT (WHO, 1997)

Chỉ số SMT được tính toán bằng việc đánh giá hàm răng trên từng răng

Thành phần S: bao gồm tất cả các răng bị sâu ở thân và chân răng và các răng đã hàn lại có sâu.

Thành phần M: Bao gồm các răng mất do sâu do bất kỳ nguyên nhân nào khác đối với người trên 30 tuổi.

Thành phần T: bao gồm các răng đã hàn không sâu.

Các tiêu chuẩn đánh giá được cụ thể theo bảng sau đây

Mã số: Tình trạng	Tiêu chuẩn
0: Khỏe mạnh Thân răng Chân răng	Không có lỗ sâu đã hoặc chưa điều trị ở thân và chân. Không ghi nếu chỉ nghi ngờ và không có đủ các yếu tố dương tính
1: Sâu Sâu thân răng	Có lỗ sâu rõ, đáy hoặc thành mềm hoặc men bị đục khoét ở phía dưới. Cảm nhận mềm, dai ở

Mã số: Tình trạng	Tiêu chuẩn
Sâu chân răng	chân răng, chỉ trám tạm. Sâu hủy hết phần thân. Không ghi nếu nghi ngờ. Ghi ưu tiên sâu chân răng
2: Trám và sâu tái phát	Thân hoặc chân răng đã trám sâu lại hoặc sâu mới. Lưu ý nhận định vị trí và nguyên ủy của lỗ sâu
3: Răng trám đã tốt	Có một hoặc nhiều miếng trám vĩnh viễn hoặc không thấy lỗ sâu khác hoặc răng đã được chụp bọc do sâu
4: Răng mất do sâu	Răng đã nhỏ do sâu
5: Răng mất vì lý do khác	Nhỏ để chỉnh, nha chu, phục hình
6: Mòn mặt nhai 6A: Mòn độ I 6B: Mòn độ II 6C: Mòn độ III 6D: Mòn độ IV	Mòn men có những điểm lộ ngà ở nướm - Mòn ngà nông lộ ngà nhiều điểm <1mm - Mòn ngà sâu lộ ngà nhiều điểm >1mm chưa lộ tủy - Mòn ngà sâu lộ tủy, biến chứng tủy
7: Răng đặc biệt: Trụ cầu, chụp bọc hay mặt dán	Răng trụ cầu cố định không vì lý do sâu Các kỹ thuật dán mặt ngoài răng cửa không do sâu Cắm ghép: chân răng được đặt trụ
8: Mòn và tiêu cổ răng 8A 8B 8C	Mòn men rõ ở cổ răng Mòn lộ ngà ở cổ răng Tiêu cổ răng điển hình
T: sang chấn răng TA TB TC	- Gãy vỡ không hết 1 nướm hoặc 1/4 thân răng cửa - Gãy vỡ cả nướm hoặc 1/4 thân răng cửa - Gãy vỡ hở lộ tủy
9: (X) Răng bị loại	Dùng cho bất cứ răng nào không thể khám được

2.2.7.2. Nhận định kết quả

Kết quả sau khi khám lâm sàng được nhận định như sau:

- 0: không sâu răng.
- 1: có sâu răng.
- Răng vĩnh viễn có sâu: có ít nhất 1 mặt răng khi khám có sâu

2.2.7.3. Chỉ số đánh giá hiệu quả can thiệp:

Chỉ số hiệu quả (CSHQ) được tính theo công thức [90]

$$\text{CSHQ} = \frac{(P2-P1)}{P1} \times 100$$

Trong đó P1 là kết quả có tại thời điểm đánh giá trước can thiệp (năm 2015) và P2 là kết quả tại thời điểm đánh giá sau can thiệp

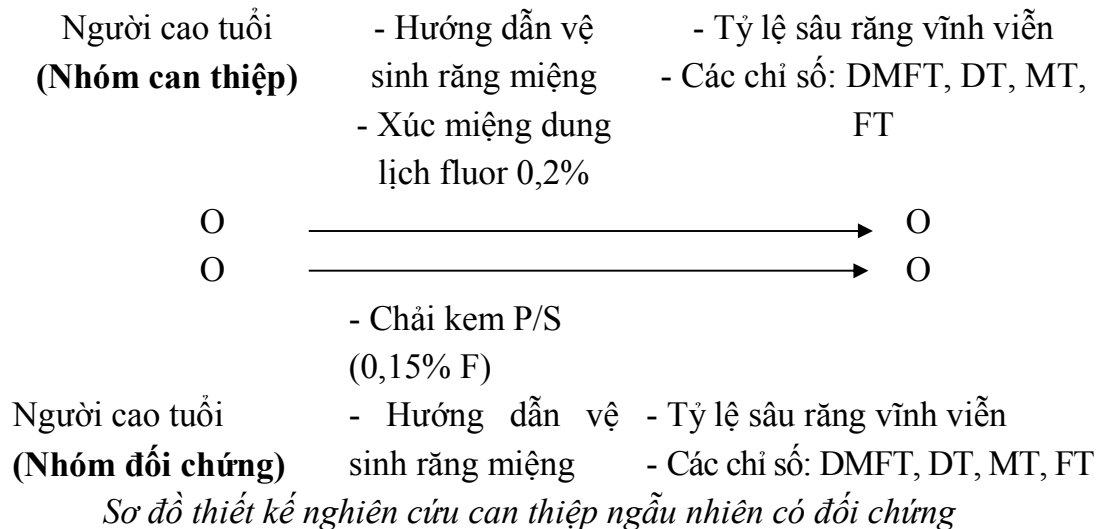
Hiệu quả can thiệp (HQCT) được tính theo công thức sau:

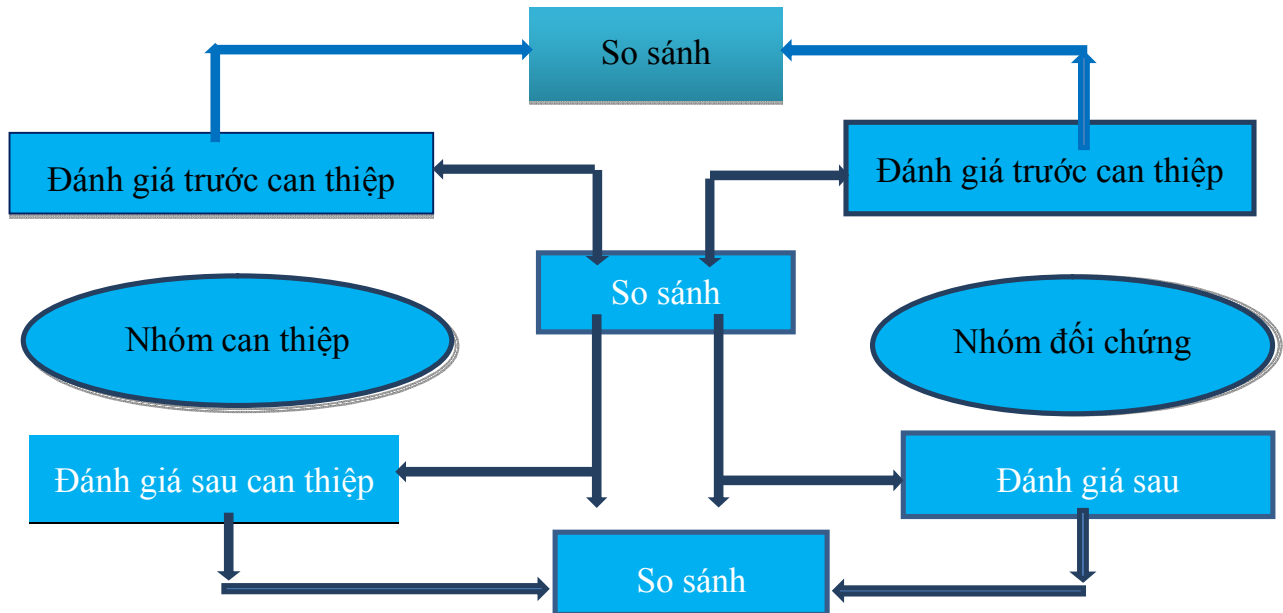
$$\text{HQCT (\%)} = \text{CSHQ (can thiệp)} - \text{CSHQ (đối chứng)}$$

So sánh kết quả các chỉ số thu thập được trước và sau can thiệp và rút ra kết luận cần thiết. Hiệu quả của can thiệp cộng đồng được đánh giá dựa vào so sánh sự khác biệt về tỷ lệ bệnh giữa hai nhóm NCT ở nhóm can thiệp và nhóm đối chứng trước và sau thời điểm can thiệp.

2.2.8. Thiết kế nghiên cứu: Là một nghiên cứu can thiệp ngẫu nhiên có đối chứng nhằm đánh giá hiệu quả phòng và điều trị bệnh răng miệng của dung dịch nước xúc miệng fluor 0,2%, sau 6 tháng, 12 tháng và 18 tháng theo dõi.

Thiết kế nghiên cứu được minh họa qua sơ đồ sau:





2.2.9. Các biến số nghiên cứu

- Các thông tin về tuổi, địa chỉ liên lạc được ghi nhận theo mẫu bệnh án
- Một số yếu tố nguy cơ sâu răng, điểm đánh giá và phân loại nguy cơ sâu răng của người cao tuổi.

- Các chỉ số ghi nhận sâu răng chung: DT, MT, FT, được khám và ghi nhận theo mẫu bệnh án. Từ đó tính ra chỉ số DMFT theo cách tính như sau:

* Chỉ số trung bình răng sâu mất trám (DMFT)

+ Đối với 1 người

$$\text{DMFT (1 người)} = \text{DT} + \text{MT} + \text{FT}$$

+ Đối với 1 nhóm người, 1 quần thể dùng số trung bình răng sâu mất trám.

$$\text{DMFT (1 quần thể)} = \frac{\text{Tổng số DMFT của từng cá thể}}{\text{Số người khám}}$$

* **Biến số độc lập:**

- Tuổi.
- Giới.

- Nhóm can thiệp.

- Nhóm chứng.

*** Biến số phụ thuộc:**

- Tỷ lệ sâu răng vĩnh viễn

- Các chỉ số: DMFT, DT, MT, FT.

2.2.10. Độ tin cậy

Trong khi khám có 5-10% các mẫu được khám lại bởi cùng một người khám và bởi một người khác để đánh giá độ tin cậy trên cùng người khám và giữa những người khám khác nhau, phiếu khám được ghi lại như bình thường. Sau đó lập bảng tính chỉ số Kappa và so sánh với phân loại chuẩn [8]:

0,0 - 0,2 : không phù hợp, phù hợp rất ít.

0,2 - 0,4 : phù hợp nhẹ, phù hợp yếu.

0,4 - 0,6 : phù hợp mức trung bình, phù hợp vừa.

0,6 - 0,8 : phù hợp chặt chẽ.

0,8 - 1,0 : phù hợp hầu như hoàn toàn.

Kết quả thu được: chỉ số Kappa = 8 đạt mức độ phù hợp chặt chẽ trong khám răng miệng.

2.2.11. Hạn chế sai số trong nghiên cứu

Số liệu đã thu thập được, được làm sạch thô sau đó nhập trên chương trình Epi info 6.04 có sử dụng bước nhảy và phần mềm CHECK để hạn chế sai số do nhập số liệu.

Nhóm nghiên cứu gồm các bác sỹ có trình độ chuyên môn cao, được tập huấn kỹ về cách khám, kỹ thuật đo và cách ghi phiếu.

2.2.12. Theo dõi, quản lý bệnh nhân và thu thập số liệu nghiên cứu

Kỹ thuật và công cụ thu thập số liệu

- 02 lớp tập huấn và định chuẩn trong thời gian 1 tuần được tổ chức tại Viện Đào tạo Răng Hàm Mặt – trường Đại học Y Hà Nội. Mỗi lớp có 12

người và chọn ra 6 người khám và 6 người ghi. Ngoài ra, các cán bộ y tế địa phương liên quan đến cuộc điều tra cũng được mời tham dự tập huấn.

- Thu thập số liệu bằng việc sử dụng một bảng câu hỏi để phỏng vấn từng người, khám răng miệng, phỏng vấn sâu:

+ Phỏng vấn đối tượng nghiên cứu để thu thập các thông tin về đặc trưng cá nhân (tuổi, giới, dân tộc, tôn giáo, nghề nghiệp trước khi về hưu, học vấn, chuyên môn, hôn nhân, sống gia đình hay độc thân, kinh tế gia đình, bảo hiểm y tế, khoảng cách từ nhà đến cơ sở y tế gần nhất, khoảng cách từ nhà đến cơ sở Răng Hàm Mặt gần nhất), thái độ hành vi liên quan đến bệnh răng miệng.

+ Khám lâm sàng xác định thực trạng và nhu cầu điều trị bệnh sâu răng ở người cao tuổi.

- Thu thập số liệu vào thời điểm trước can thiệp, sau 6 tháng, 12 tháng và 18 tháng thông qua khám quan sát thông thường theo hệ thống tiêu chí phát hiện sâu răng được xây dựng trên cơ sở hướng dẫn của WHO 1997 có sửa đổi năm 2013, số liệu được ghi lại chi tiết trên phiếu theo dõi nhằm:

+ Xác định tỷ lệ sâu răng vĩnh viễn ở nhóm can thiệp, ở nhóm đối chứng

+ Xác định tỷ lệ mất răng ở nhóm can thiệp, ở nhóm đối chứng

+ Xác định tỷ lệ mòn răng ở nhóm can thiệp, ở nhóm đối chứng

+ Nhu cầu điều trị ở nhóm can thiệp, ở nhóm đối chứng

- Tất cả người cao tuổi sau khi đưa vào đối tượng nghiên cứu đều được ghi nhận đầy đủ, chính xác thông tin như: địa chỉ liên lạc, địa chỉ gia đình, số điện thoại (trừ người cao tuổi không có điện thoại)... để tiện việc liên lạc với bệnh nhân khi cần thiết.

- Tất cả người cao tuổi là đối tượng nghiên cứu đều được hướng dẫn về cách phòng và chữa bệnh răng miệng: về chế độ ăn thích hợp, chế độ chăm sóc răng miệng để đạt kết quả tốt, được tư vấn từ bỏ các yếu tố nguy cơ để phòng và tránh bệnh răng miệng.

- Tất cả bệnh nhân là đối tượng nghiên cứu đều được khám tại thời điểm trước can thiệp, tái khám sau 6 tháng, 12 tháng và 18 tháng để theo dõi, đánh giá.

2.3. Xử lý và phân tích số liệu

Các thông tin định lượng:

Số liệu được thu thập và phân tích bằng phương pháp thống kê y học, sử dụng phần mềm SPSS 20.0 phần mềm R và một số thuật toán thống kê.

Thống kê mô tả bao gồm tỷ lệ phần trăm được dùng để tính các đặc tính bệnh nhân trong mẫu là biến danh định (phân loại) và trung bình, độ lệch chuẩn dùng để tóm tắt các biến số liên tục.

Mối quan hệ tỷ lệ giữa trước và sau can thiệp dùng kiểm định χ^2 hoặc kiểm định Exact Fisher khi thích hợp.

Phân tích trung bình giữa trước và sau can thiệp Hướng dẫn vệ sinh răng miệng và dùng nước súc miệng Fluor 0,2% cho người cao tuổi dùng kiểm định t bất cặp và ANOVA với mức ý nghĩa $P < 0,05$.

Nghiên cứu định tính: được phân tích theo kỹ thuật phân tích nội dung (content analysis).

2.4. Đạo đức trong nghiên cứu

Nghiên cứu được tiến hành đúng theo đề cương nghiên cứu đã được hội đồng đạo đức của trường Đại học Y Hà Nội thông qua.

Tất cả người cao tuổi tham gia nghiên cứu đều được giải thích và có sự đồng ý. Quy trình khám, vấn đề vô khuẩn được đảm bảo không gây ra bất kỳ một ảnh hưởng xấu nào cho người cao tuổi. Trong quá trình nghiên cứu không tiến hành bất kỳ một thử nghiệm nào.

Người cao tuổi trong cả hai nhóm đều được hướng dẫn và tham gia hướng dẫn thực hành chải răng tại trạm Y tế xã bởi nhóm nghiên cứu.

Toàn bộ người cao tuổi tham gia vào nghiên cứu sẽ được khám răng miệng vào thời điểm ban đầu, sau 6 tháng, sau 12 tháng và sau 18 tháng, nếu tổn thương sâu răng tiến triển nặng lên, tất cả những răng này đều được điều trị miễn phí.

Đề tài nghiên cứu được chấp thuận tại Văn bản số 187/HĐĐĐĐHYHN ngày 20/02/2016 của Hội đồng đạo đức trong nghiên cứu Y sinh học trường đại học Y Hà Nội về việc chấp thuận Đạo đức nghiên cứu Y sinh học.

Chương 3

KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Thực trạng bệnh răng miệng và nhu cầu điều trị bệnh răng miệng ở người cao tuổi Yên Bái.

3.1.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Bảng 3.1: Đặc điểm tình trạng kinh tế - xã hội

Đặc điểm kinh tế - xã hội		n	%
Giới	Nam	538	39,9
	Nữ	812	60,1
Nhóm tuổi	60-64	345	25,6
	65-74	552	40,9
	≥75	453	33,6
Địa dư	Thành thị	374	27,7
	Nông thôn	976	72,3
Tình trạng hôn nhân	Độc thân	44	3,3
	Có vợ/chồng	929	68,8
	Ly dị	7	0,5
	Góa bụa	365	27,0
	Ly thân	5	0,4
Nghề nghiệp	Nông dân	691	51,2
	Công nhân	225	16,7
	Công/viên chức	343	25,4
	Buôn bán	19	1,4
	Tự do	30	2,2
	Nội trợ	4	0,3
	Khác	38	2,8
Trình độ học vấn	Không biết chữ	142	10,5
	Học hết TH	635	47,0
	Học hết PTTH	401	29,7
	Từ trung cấp trở lên	172	12,7
Xếp loại kinh tế	Nghèo	167	12,4
	Cận nghèo	62	4,6
	Không nghèo	808	59,9
	Không xếp loại/không nhớ	313	23,2
Tổng		1350	100

Nhận xét: trong tổng số 1350 đối tượng khám tỷ lệ nam chiếm 39,9% thấp hơn nữ 60,1%; nhóm tuổi 65-74 chiếm tỷ lệ cao nhất 40,9%; sống phần lớn ở nông thôn chiếm 72,3%; nghề nghiệp phần đông là nông dân 51,2%; trình độ học vấn tiểu học chiếm tỷ lệ cao nhất 47%, có tình trạng kinh tế không nghèo chiếm đa số 59,9%.

Bảng 3.2: Đặc điểm thói quen sống, bệnh toàn thân, tiền sử nha khoa

Đặc điểm chung		n	%
Ăn hoa quả	Không ăn	125	9,3
	Có ăn	498	36,9
	Thỉnh thoảng ăn	727	53,9
Uống rượu	Không uống rượu	1007	74,6
	Có uống	184	13,6
	Thỉnh thoảng uống	159	11,8
Hút thuốc	Không hút	1169	86,6
	Có hút	181	13,4
Tiền sử hút thuốc	Không hút	1041	77,1
	Có hút trước đây	309	22,9
Bệnh tiểu đường	Không bệnh	1250	92,6
	Có bệnh	100	7,4
Chải răng hôm qua	Không chải	214	15,9
	Có chải	1136	84,1
Số lần chải răng trong ngày	0	214	15,9
	1 lần	441	32,7
	2 lần	655	48,5
	≥3 lần	40	3,0
Dùng kem đánh răng	Không dùng	247	18,3
	Có dùng	1103	81,7
Số lần khám răng trong 12 tháng qua	0	1069	79,2
	≥1 lần	281	20,8
Tổng		1350	100

Nhận xét: Điều kiện sống của NCT Yên Bái có tỷ lệ hút thuốc thấp chiếm 11,8%; không uống rượu chiếm 74,6%; không mắc bệnh toàn thân 92,6%. Tình trạng VSRM có một tỷ lệ thấp không chải răng chiếm 15,9%; tỷ lệ chải răng 2 lần /ngày chiếm 48,5%; mức độ thường xuyên đi khám răng miệng trong vòng 12 tháng chiếm 20,8%.

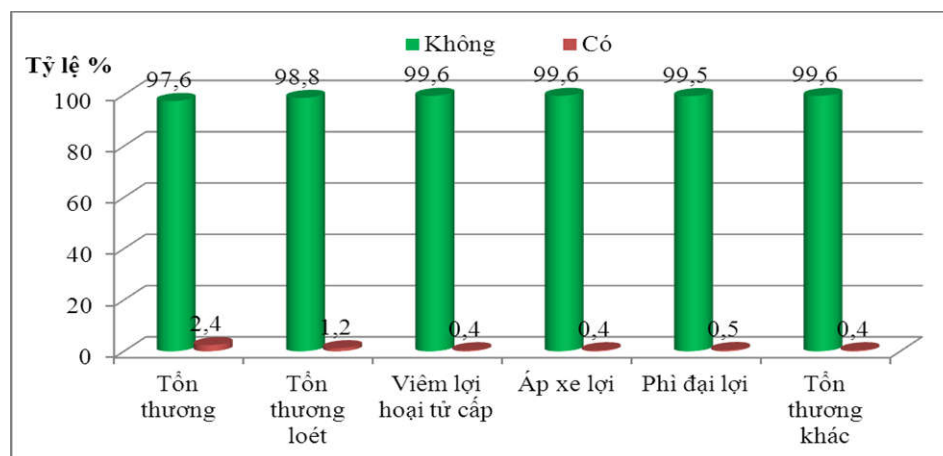
3.1.2. Tình trạng bệnh răng miệng của người cao tuổi

*Tình trạng niêm mạc miệng

Bảng 3.3: Tình trạng niêm mạc miệng của người cao tuổi

Trình trạng niêm mạc Niêm mạc	Không		Có		Tổng	
	n	%	n	%	N	%
Tổn thương	1318	97,6	32	2,4	1350	100
Tổn thương loét	1334	98,8	16	1,2	1350	100
Viêm lợi hoại tử cấp	1344	99,6	6	0,4	1350	100
Áp xe lợi	1344	99,6	6	0,4	1350	100
Phi đại lợi	1343	99,5	7	0,5	1350	100
Tổn thương khác	1345	99,6	5	0,4	1350	100

Nhận xét: Phần lớn NCT không có tổn thương niêm mạc lợi chiếm trên 97% và có tỷ lệ rất thấp tình trạng viêm lợi, loét, hoại tử cấp lần lượt 2,4%; 1,2%; 0,4%.



Biểu đồ 3.1: Tình trạng niêm mạc miệng của người cao tuổi

*Tình trạng sâu răng, mất răng.

Bảng 3.4: Tình trạng sâu răng ở người cao tuổi

Đặc điểm		Sâu răng		Không sâu		Có sâu		Tổng		p
		n	%	n	%	n	%	n	%	
Giới	Nam	396	73,6	142	26,4	538	100	0,001		
	Nữ	527	64,9	285	35,1	812	100			
Nhóm tuổi	60-64	230	66,7	115	33,3	345	100	0,002		
	65-74	355	64,3	197	35,7	552	100			
	≥75	338	74,6	115	25,4	453	100			
Địa dư	Thành thị	292	78,1	82	21,9	374	100	0,0001		
	Nông thôn	631	64,7	345	35,3	976	100			
Tổng		923	68,4	427	31,6	1350	100			

Nhận xét: Tỷ lệ sâu răng giữa nam 26,4% và nữ 35,1%; tỷ lệ sâu răng giữa nông thôn 35,3% và thành thị 21,9% có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p \leq 0,001$; không có sự khác biệt về tỷ lệ sâu răng giữa các nhóm tuổi.

Bảng 3.5: Tình trạng sâu chân răng ở người cao tuổi

Đặc điểm		Sâu chân răng		Không sâu		Có sâu		Tổng		p
		n	%	n	%	n	%	n	%	
Giới	Nam	498	92,6	40	7,4	538	100	0,013		
	Nữ	718	88,4	94	11,6	812	100			
Nhóm tuổi	60-64	319	92,5	26	7,5	345	100	0,006		
	65-74	480	87,0	72	13,0	552	100			
	≥75	417	92,1	36	7,9	453	100			
Địa dư	Thành thị	356	95,2	18	4,8	374	100	0,0001		
	Nông thôn	860	88,1	116	11,9	976	100			
Tổng		1216	90,1	134	9,9	1350	100			

Nhận xét: Tỷ lệ sâu chân răng ở NCT chiếm 9,9%, có sự khác biệt giữa giới Nam 7,4% và Nữ 11,6% với $P < 0,013$; Nông thôn 11,9% và Thành thị 4,8% với $p \leq 0,0001$

**Bảng 3.6: Tổng số răng bị sâu, bị mất do sâu, được trám
(chỉ số sâu răng mất trám)**

Đặc điểm Số răng		Giới		Nhóm tuổi			Địa dư		Tổng
		Nam	Nữ	60 - 64	65 - 74	≥75	Thành thị	Nông thôn	
Sâu	$\bar{X} \pm SD$	0,78± 2,45	1,08± 2,37	0,81± 1,86	1,14± 2,67	0,84± 2,42	0,59± 2,05	1,10± 2,51	0,96± 2,40
	Min - Max	0 - 27	0 - 20	0 - 18	0 - 25	0 - 27	0 - 25	0 - 27	0 - 27
	Median	0	0	0	0	0	0	0	0
	p	0,026		0,062			0,0001		
Mất do sâu	$\bar{X} \pm SD$	6,19± 7,51	6,37± 7,49	3,60± 5,39	5,48± 6,55	9,35± 8,81	5,25± 6,64	6,70± 7,76	6,30± 7,49
	Min - Max	0 - 28	0 - 28	0 - 27	0 - 28	0 - 28	0 - 28	0 - 28	0 - 28
	Median	3	3,5	2	3	6	3	4	3
	p	0,653		0,0001			0,001		
Trám	$\bar{X} \pm SD$	0,00± 0,043	0,03± 0,234	0,02± 0,234	0,03± 0,179	0,01± 0,141	0,02± 0,212	0,02± 0,172	0,02± 0,18
	Min - Max	0 - 1	0 - 4	0 - 4	0 - 2	0 - 3	0 - 3	0 - 4	0 - 4
	Median	0	0	0	0	0	0	0	0
	p	0,002		0,263			0,437		
Chỉ số SMT	$\bar{X} \pm SD$	6,96± 7,70	7,48± 7,62	4,43± 5,70	6,65± 6,82	10,20± 8,84	5,86± 6,87	7,81± 7,87	7,27± 7,65
	Min - Max	0 - 28	0 - 28	0 - 28	0 - 28	0 - 28	0 - 28	0 - 28	0 - 28
	Median	4	4	2	4	8	3	5	4
	p	0,229		0,0001			0,0001		

Nhận xét: Chỉ số sâu răng và chỉ số sâu mất trám ở nữ cao hơn nam tuy nhiên sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,01$. Chỉ số sâu, mất, trám có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa các nhóm tuổi, và giữa nông thôn và thành thị.

Bảng 3.7: Tỷ lệ % mất răng ở người cao tuổi phân bố theo tuổi

Nhóm tuổi	Mất răng NCT						p (χ^2)
	Có		Không		Tổng		
	n	%	n	%	n	%	
60-64	240	69,56	105	30,44	345	25,56	<0,001
65-74	439	79,52	113	20,48	552	40,89	
≥75	391	86,31	62	13,69	453	33,56	
Tổng	1070	72,26	280	20,74	1350	100	

Nhận xét: Tỷ lệ mất răng ở người cao tuổi rất cao chiếm 72,26%, người cao tuổi ≥75 có tỷ lệ mất răng cao nhất chiếm 86,31%, sự khác biệt mất răng giữa các nhóm tuổi có ý nghĩa thống kê với $P < 0,01$.

Bảng 3.8: Số răng bị mòn cổ răng, sâu chân răng, mất răng

Số răng	Đặc điểm	Giới		Nhóm tuổi			Địa dư		Tổng
		Nam	Nữ	60 – 64	65 - 74	≥75	Thành thị	Nông thôn	
Mòn cổ răng	$\bar{X} \pm SD$	1,78± 3,88	1,54± 3,70	1,64± 3,64	1,62± 4,01	1,65± 3,57	1,43± 3,58	1,71± 3,84	1,64± 3,77
	Min-Max	0 – 25	0 – 27	0 – 23	0 – 27	0 – 25	0 – 25	0 – 27	0 – 27
	Median	0	0	0	0	0	0	0	0
	P	0,240		0,986			0,226		
Sâu chân răng	$\bar{X} \pm SD$	0,07± 0,85	0,07± 1,01	0,04± 0,657	0,08± 0,945	0,07± 1,122	0,13± 1,46	0,05± 0,65	0,07± 0,947
	Min-Max	0 – 14	0 – 23	0 – 12	0 – 14	0 – 23	0 – 23	0 – 14	0 – 23
	Median	0	0	0	0	0	0	0	0
	P	0,002		0,826			0,279		
Mất răng	$\bar{X} \pm SD$	8,28± 8,47	8,64± 9,13	8,46± 9,07	8,56± 8,91	8,46± 8,69	8,00± 8,47	8,69± 9,02	8,50± 8,87
	Min-Max	0 – 28	0 – 28	0 – 28	0 – 28	0 – 28	0 – 28	0 – 28	0 – 28
	Median	5	5	5	5	5	5	5	5
	P	0,458		0,981			0,191		

Nhận xét: Số răng mất trung bình trên nhóm NCT $8,5 \pm 8,87$; có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ở trị số sâu chân răng giữa nam và nữ với $p=0,002$.

Bảng 3.9: Số răng tự nhiên ở người cao tuổi còn lại trên cung hàm

Số răng Tuổi, giới	Mất răng toàn bộ		Còn 1-9 răng		10-19 răng tự nhiên		Trên 20 răng		Tổng		p (χ^2)
	N	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
Nam	16	1,19	38	2,81	92	6,81	392	29,04	538	39,85	>0,05
Nữ	30	2,22	50	3,70	132	9,78	600	44,44	812	60,15	
60-64	0	0,0	14	1,04	32	2,37	299	22,15	345	25,56	<0,001
65-74	12	0,89	24	1,78	78	5,78	438	32,44	552	40,89	
≥75	34	2,52	50	3,70	114	8,44	255	18,89	453	33,56	
Thành thị	5	0,37	25	1,85	46	3,41	298	22,07	374	27,70	<0,01
Nông thôn	41	3,04	63	4,67	178	13,19	694	51,41	976	72,30	
Tổng số	46	3,41	88	6,52	224	16,59	992	73,48	1350	100	

Nhận xét: Số răng còn trên 20 răng của NCT chiếm tỷ lệ cao nhất là 73,48%, chỉ có 3,41% NCT mất răng toàn bộ.

* Tình trạng vùng quanh răng

Bảng 3.10: Tình trạng bệnh quanh răng theo giới.

Giới		Bệnh quanh răng		Tổng	p (χ^2)
		Không BQR	Có BQR		
Nam	Số lượng	80	458	538	>0,05
	Tỷ lệ %	5,93	33,93	39,85	
Nữ	Số lượng	151	661	812	
	Tỷ lệ %	11,19	48,96	60,15	
Tổng	Số lượng	231	1119	1350	
	Tỷ lệ %	17,11	82,89	100	

Nhận xét: Tỷ lệ NCT có bệnh vùng quanh răng là 82,89%, không có sự khác biệt giữa Nam và Nữ với $P > 0,05$

Bảng 3.11: Phân bố tỷ lệ NCT còn đủ 3 vùng lục phân lành mạnh theo giới

Giới \ Vùng lục phân		Vùng lục phân lành mạnh		Tổng	p (χ^2)
		Có đủ 3 vùng lục phân	Không đủ 3 vùng lục phân		
Nam	Số lượng	132	406	538	>0,05
	Tỷ lệ %	9,78	30,07	39,85	
Nữ	Số lượng	194	618	812	
	Tỷ lệ %	14,37	45,78	60,15	
Tổng	Số lượng	326	1024	1350	
	Tỷ lệ %	24,15	75,85	100	

Nhận xét: Phần lớn NCT không có đủ 3 vùng lục phân chiếm tỷ lệ trên 75,85%, Không có sự khác biệt về tỷ lệ này ở giữa các giới Nam và Nữ, với $p > 0,05$

Bảng 3.12: Chỉ số CPI nặng nhất theo giới tính.

Giới		n	CPI					Vùng bị loại
			CPI(0)	CPI(1)	CPI(2)	CPI(3)	CPI(4)	
Nam	Số lượng	538	53	90	287	41	3	64
	Tỷ lệ %	39,9	3,93	6,68	21,26	3,04	0,22	4,74
Nữ	Số lượng	812	82	98	425	75	11	121
	Tỷ lệ %	60,5	6,07	7,27	31,48	5,45	0,82	8,96
Tổng	Số lượng	1350	135	188	712	116	14	185
	Tỷ lệ %	100	10,00	13,93	52,74	8,59	1,04	13,7
p (χ^2)		>0,05						

Nhận xét: Người cao tuổi chỉ số CPI2 là cao nhất với 52,75%,

Bảng 3.13: Tình trạng viêm lợi của người cao tuổi

Đặc điểm		Chảy máu lợi		Không		Có		Tổng		p
		n	%	n	%	N	%			
Giới	Nam	154	28,6	384	71,4	538	100	0,369		
	Nữ	251	30,9	561	69,1	812	100			
Nhóm tuổi	60-64	92	26,7	253	73,3	345	100	0,229		
	65-74	177	32,1	375	67,9	552	100			
	≥ 75	136	30,0	317	70,0	453	100			
Địa dư	Thành thị	109	29,1	265	70,9	374	100	0,671		
	Nông thôn	296	30,3	680	69,7	976	100			
Tổng		405	30,0	945	70,0	1350	100			

Nhận xét: Tỷ lệ NCT có viêm lợi chiếm tỷ lệ rất cao là 70%, không có sự khác biệt giữa các nhóm tuổi, địa dư và giới.

*Tình trạng khớp thái dương hàm

Bảng 3.14: Tình trạng khớp thái dương hàm của người cao tuổi

Đặc điểm		Khớp thái dương hàm		Đau		Tổng		p
		Bình thường		N	%	n	%	
Giới	Nam	425	79,0	113	21,0	538	100	0,980
	Nữ	641	78,9	171	21,1	812	100	
Nhóm tuổi	60-64	287	83,2	58	16,8	345	100	0,03
	65-74	437	79,2	115	20,8	552	100	
	≥75	342	75,5	111	24,5	453	100	
Địa dư	Thành thị	298	79,7	76	20,3	374	100	0,689
	Nông thôn	768	78,7	208	21,3	976	100	
Tổng		1066	79,0	284	21,0	1350	100	

Nhận xét: Tỷ lệ NCT đau khớp thái dương hàm chiếm 21%, có sự khác biệt giữa các nhóm tuổi, có ý nghĩa thống kê với $P < 0,05$

* Nhu cầu điều trị bệnh răng miệng ở người cao tuổi

Bảng 3.15: Nhu cầu điều trị thân răng của người cao tuổi

Đặc điểm		Nhu cầu		Có		Tổng		p
		Không		n	%	n	%	
Giới	Nam	121	22,5	417	77,5	538	100	0,027
	Nữ	143	17,6	669	82,4	812	100	
Nhóm tuổi	60-64	75	21,7	270	78,3	345	100	0,111
	65-74	93	16,8	459	83,2	552	100	
	≥75	96	21,2	357	78,8	453	100	
Địa dư	Thành thị	57	15,2	317	84,8	374	100	0,013
	Nông thôn	207	21,2	769	78,8	976	100	
Tổng		264	19,6	1086	80,4	1350	100	

Nhận xét: Có 80,4% người cao tuổi có nhu cầu điều trị răng (nhu cầu hàn răng do sâu răng, mòn răng, mòn cổ răng, điều trị tủy...). Có sự khác biệt về nhu cầu hàn răng giữa Thành thị và Nông thôn với $P < 0,05$

Bảng 3.16: Nhu cầu hàn 1 mặt thân răng của người cao tuổi

Đặc điểm		Trám 1 mặt thân răng		Không		Có		Tổng		p
		n	%	n	%	n	%	n	%	
Giới	Nam	378	70,3	160	29,7	538	100	0,247		
	Nữ	594	73,2	218	26,8	812	100			
Nhóm tuổi	60-64	240	69,6	105	30,4	345	100	0,464		
	65-74	405	73,4	147	26,6	552	100			
	≥75	327	72,2	126	27,8	453	100			
Địa dư	Thành thị	282	75,4	92	24,6	374	100	0,085		
	Nông thôn	690	70,7	286	29,3	976	100			
Tổng		972	72,0	378	28,0	1350	100			

Nhận xét: Có 28% NCT có nhu cầu hàn một mặt thân răng. Không có sự khác biệt về nhu cầu hàn 1 mặt thân răng giữa nam và nữ, giữa các nhóm tuổi và giữa thành thị và nông thôn.

Bảng 3.17: Nhu cầu hàn 2 mặt thân răng của người cao tuổi

Đặc điểm		Hàn 2 mặt thân răng		Không		Có		Tổng		p
		n	%	n	%	n	%	n	%	
Giới	Nam	527	98,0	11	2,0	538	100	0,615		
	Nữ	792	97,5	20	2,5	812	100			
Nhóm tuổi	60-64	340	98,6	5	1,4	345	100	0,473		
	65-74	538	97,5	14	2,5	552	100			
	≥75	441	97,4	12	2,6	453	100			
Địa dư	Thành thị	366	97,9	8	2,1	374	100	0,811		
	Nông thôn	953	97,6	23	2,4	976	100			
Tổng		1319	97,7	31	2,3	1350	100			

Nhận xét: Có 2,3% NCT có nhu cầu hàn 2 mặt thân răng, Không có sự khác biệt về nhu cầu hàn 2 mặt thân răng giữa nam và nữ, giữa các nhóm tuổi và giữa thành thị và nông thôn.

Bảng 3.18: Nhu cầu điều trị tủy của người cao tuổi

Đặc điểm		Trám 1 mặt thân răng		Không		Có		Tổng		p
		n	%	n	%	n	%	n	%	
Giới	Nam	512	95,2	26	4,8	538	100	0,015		
	Nữ	745	91,7	67	8,3	812	100			
Nhóm tuổi	60-64	327	94,8	18	5,2	345	100	0,329		
	65-74	509	92,2	43	7,8	552	100			
	≥75	421	92,9	32	7,1	453	100			
Địa dư	Thành thị	347	92,8	27	7,2	374	100	0,767		
	Nông thôn	910	93,2	66	6,8	976	100			
Tổng		1257	93,1	93	6,9	1350	100			

Nhận xét: Chỉ có 6,9% NCT có nhu cầu điều trị tủy răng. Có sự khác biệt giữa nhu cầu điều trị tủy giữa giới nam 4,8% và nữ 8,3% với $P < 0,05$

Bảng 3.19: Nhu cầu phục hình răng ở người cao tuổi

Nhu cầu phục hình răng	Chung		Hàm trên		Hàm dưới	
	n	%	n	%	N	%
Không có nhu cầu răng giả	31	2,3	475	35,2	423	31,3
Cần 1 đơn vị răng giả	337	25,0	131	9,7	149	11,0
Cần nhiều đơn vị răng giả	955	70,7	281	20,8	298	22,1
Cần kết hợp 1 hay nhiều đơn vị răng giả	6	0,4	282	20,9	313	23,2
Cần răng giả toàn bộ	2	0,1	114	8,4	104	7,7
Không ghi nhận được	19	1,4	67	5,0	63	4,7
Tổng	1350	100	1350	100	1350	100

Nhận xét: Tỷ lệ NCT không có nhu cầu làm răng giả chiếm 2,3%, nhu cầu cần nhiều đơn vị răng giả là cao nhất với 70,7%.

Bảng 3.20: Nhu cầu điều trị thân răng ở người cao tuổi theo số răng cần điều trị

Số răng cần điều trị	Min	Max	Median	$\bar{X} \pm SD$
Số răng cần trám 1 mặt	0	28	0	0,939±2,321
Số răng cần trám 2 mặt	0	5	0	0,036±0,279
Số răng cần điều trị tủy	0	28	0	0,203±1,566
Số răng cần nhổ	0	18	0	0,450±1,562
Số răng cần chụp	0	26	0	0,347±2,125

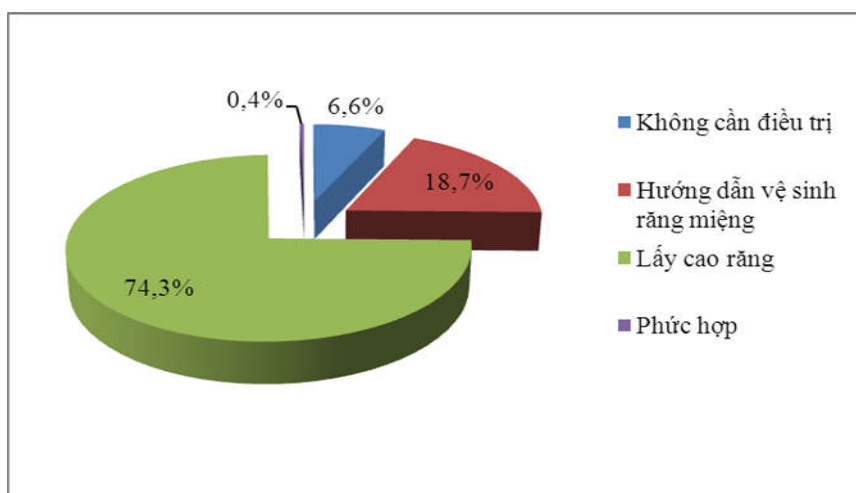
Nhận xét: số răng cần trám một mặt chiếm tỷ lệ cao nhất 0,939±2,321, số răng cần trám 2 mặt là thấp nhất 0,036±0,279.

*** Nhu cầu điều trị vùng quanh răng**

Bảng 3.21: Nhu cầu điều trị bệnh quanh răng ở người cao tuổi

Nhu cầu điều trị bệnh quanh răng	n	%
Không cần điều trị	89	6,6
Hướng dẫn vệ sinh răng miệng + lấy cao răng	252	18,7
Lấy cao răng	1003	74,3
Phức hợp	6	0,4
Tổng	1350	100

Nhận xét: nhu cầu cần phải lấy cao răng ở NCT chiếm 74,3%



Biểu đồ 3.2: Nhu cầu điều trị bệnh quanh răng ở người cao tuổi

3.2. Đánh giá hiệu quả can thiệp và đề xuất một số biện pháp can thiệp cho phòng bệnh răng miệng trong chương trình chăm sóc sức khỏe răng miệng ban đầu cho người cao tuổi tại tỉnh Yên Bái.

Bảng 3.22: Thông tin chung đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm		Nhóm	Can thiệp		Đối chứng		Tổng		p (χ^2)
			n	%	n	%	n	%	
Giới tính	Nam		62	38,8	77	48,1	139	43,4	0,091
	Nữ		98	61,2	83	51,9	181	56,6	
Nhóm tuổi	60-64		45	28,1	44	27,5	89	27,8	0,134
	65-74		79	49,4	93	58,1	172	53,8	
	≥ 75		36	22,5	23	14,4	59	18,4	
Địa dư	TP Yên Bái		80	50,0	80	50,0	160	100	1,000
	Huyện Yên Bình		80	50,0	80	50,0	160	100	
Tổng			160	100	160	100	320	100	

Nhận xét: Trong nhóm đối tượng nghiên cứu tỷ lệ nữ chiếm 56,6%, ở nhóm tuổi 65-74 chiếm tỷ lệ cao nhất 53,8%

Bảng 3.23: Tuổi trung bình của người cao tuổi ở hai nhóm nghiên cứu

Tuổi	n	Min	Max	Median	$\bar{X} \pm SD$	p (T-test)
Can thiệp	160	60	91	68	69,61±7,67	0,249
Đối chứng	160	60	94	68	68,69±6,42	
Tổng	320	60	94	68	69,15±7,07	

Nhận xét: Nhìn chung độ tuổi trung bình ở cả hai nhóm đều không có sự khác biệt, tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu 69,15±7,07

Bảng 3.24: Tỷ lệ sâu răng theo lứa tuổi ở hai nhóm thời điểm trước khi can thiệp

Sâu răng Tuổi	Can thiệp				Đối chứng				P(χ^2)
	Có		Không		Có		Không		
	N	%	n	%	n	%	n	%	
60 – 64	15	33,3	30	66,7	14	31,8	30	68,2	>0,05
65 – 74	34	43,1	45	56,9	34	36,6	59	63,4	>0,05
≥75	18	50,0	18	50,0	5	21,7	18	78,3	<0,05
Tổng	67	41,9	93	58,1	53	33,1	107	66,9	>0,05

Nhận xét: Không có sự khác biệt về tỷ lệ sâu răng ở các nhóm tuổi trên hai nhóm nghiên cứu tại thời điểm trước can thiệp.

Bảng 3.25: Tỷ lệ sâu răng theo giới tại thời điểm trước can thiệp

Sâu răng Tuổi	Can thiệp				Đối chứng				P(χ^2)
	Có		Không		Có		Không		
	N	%	n	%	n	%	n	%	
Nam	23	37,1	39	62,9	24	31,2	53	68,8	>0,05
Nữ	44	44,9	54	55,1	29	34,9	54	65,1	>0,05
Tổng	67	41,9	93	58,1	53	33,1	107	66,9	>0,05

Nhận xét: Tỷ lệ sâu răng giữa nam và nữ trên đối tượng nghiên cứu không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê.

Bảng 3.26: Tỷ lệ sâu chân răng theo nhóm tuổi tại thời điểm trước can thiệp

Sâu răng Tuổi	Can thiệp				Đối chứng				P(χ^2)
	Có		Không		Có		Không		
	n	%	n	%	n	%	n	%	
60 – 64	8	17,8	37	82,2	6	13,6	38	86,4	>0,05
65 – 74	14	17,7	65	82,3	23	24,7	70	75,3	>0,05
≥75	11	30,5	25	69,4	5	21,7	18	78,3	>0,05
Tổng	33	20,6	127	79,4	34	21,3	126	78,7	>0,05

Nhận xét: Tỷ lệ sâu chân răng ở nhóm can thiệp chiếm 20,6%; trên nhóm đối chứng là 21,3%, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê.

Bảng 3.27: Tỷ lệ mất răng theo tuổi tại thời điểm trước can thiệp

Sâu răng Tuổi	Can thiệp				Đối chứng				P(χ^2)
	Có		Không		Có		Không		
	N	%	n	%	n	%	n	%	
60 – 64	25	55,6	20	44,4	28	63,6	16	36,4	>0,05
65 – 74	51	64,6	28	35,4	58	62,4	35	37,6	>0,05
≥75	33	91,7	3	8,3	22	95,6	1	4,4	>0,05
Tổng	109	68,1	51	31,9	108	67,5	52	32,5	>0,05

Nhận xét: Trong nhóm can thiệp và đối chứng tỷ lệ mất răng ở nhóm tuổi ≥ 75 chiếm tỷ lệ cao nhất lần lượt là 91,7%; 95,6%. Sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê.

Bảng 3.28: Chỉ số SMT tại thời điểm trước can thiệp

Tiêu chí		Sâu	Mất	Trám	SMT
Can thiệp	$\bar{X} \pm SD$	0,93±1,55	3,35±5,04	0,06±0,32	4,34±5,26
	Min – Max	0 – 9	0 – 18	0 – 5	0 – 18
	Median	0	1	0	3
Đối chứng	$\bar{X} \pm SD$	0,68±1,25	3,53±5,34	0,04±0,19	4,25±5,48
	Min – Max	0 – 6	0 – 17	0 – 1	0 – 17
	Median	0	1	0	2
Chung	$\bar{X} \pm SD$	0,80±1,41	3,44±5,19	0,05±0,33	4,29±5,36
	Min – Max	0 – 9	0 – 18	0 – 5	0 – 18
	Median	0	1	0	2
P*		>0,05	>0,05	>0,05	>0,05

(*):Mann-Whitney test

Nhận xét: chỉ số SMT của nhóm can thiệp và nhóm đối chứng tại thời điểm trước can thiệp là 4,34±5,26 và 4,25±5,48 và chỉ số SMT chung là 4,29±5,36. Không có sự khác biệt

Bảng 3.29: Tỷ lệ sâu răng và hiệu quả can thiệp theo thời gian

Nhóm		Nhóm can thiệp (n=160)					Nhóm đối chứng(n=160)					P ₁₂ (χ ²)	CS CT
		Trước CT		Sau CT (1)		CS HQ	Trước CT		Sau CT (2)		CS HQ		
		n	%	n	%		n	%	n	%			
6 th	Có	67	41,9	62	38,8	7,4	53	33,1	63	39,4	19,0*	>0,05	26,4
	Không	93	58,1	98	61,2		107	66,9	97	60,6			
12 th	Có	67	41,9	59	36,9	11,9	53	33,1	71	44,4	34,1*	>0,05	46,0
	Không	93	58,1	101	63,1		107	66,9	89	55,6			
18 th	Có	67	41,9	47	29,4	29,8	53	33,1	81	50,6	52,9*	<0,01	82,7
	Không	93	58,1	113	70,6		107	66,9	79	49,4			
Tổng		160	100	160	100		160	100	160	100			

(*):Chỉ số hiệu quả sau can thiệp

Nhận xét: sau 18 tháng can thiệp chỉ số hiệu quả của tình trạng sâu răng ở người cao tuổi là 29,8 ở nhóm can thiệp; ở nhóm chứng chỉ số hiệu quả 52,9 sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $P < 0,01$

Bảng 3.30: Chỉ số hiệu quả phòng Sâu răng ở người cao tuổi theo thời gian

Nhóm Thời gian		Nhóm can thiệp			Nhóm đối chứng			P_{12}^{**}	CS CT
		Trước CT	Sau CT (1)	CS HQ	Trước CT	Sau CT (2)	CS HQ		
6 th	$\bar{X} \pm SD$	0,93±1,55	0,87±1,55	6,5	0,68±1,25	0,82±1,30	20,6 *	>0,05	2,71
	Min – Max	0 – 9	0 – 9		0 – 6	0 – 6			
	Median	0	0		0	0			
12 th	$\bar{X} \pm SD$	0,93±1,55	0,82±1,53	11,8	0,68±1,25	0,94±1,32	38,2 *	>0,05	50,0
	Min – Max	0 – 9	0 – 9		0 – 6	0 – 6			
	Median	0	0		0	0			
18 th	$\bar{X} \pm SD$	0,93±1,55	0,70±1,52	24,7	0,68±1,25	1,13±1,36	66,2 *	<0,01	90,9
	Min – Max	0 – 9	0 – 9		0 – 6	0 – 6			
	Median	0	0		0	0			

(*): Chỉ số hiệu quả giảm sau can thiệp, (**) Mann-Whitney test

Nhận xét: chỉ số hiệu quả sau can thiệp sâu răng của nhóm can thiệp sau 18 tháng là 24,7 thấp hơn chỉ số hiệu quả sau can thiệp của nhóm đối chứng là 66,2. Có ý nghĩa thống kê với $P < 0,01$

Bảng 3.31: Chỉ số hiệu quả của chỉ số phòng sâu răng sau 18 tháng theo nhóm tuổi, giới

Tiêu chí		Nhóm tuổi			Giới		Chung		
		60 – 64	65 – 74	>75	Nam	Nữ			
Can thiệp	Trước CT	$\bar{X} \pm SD$	0,67±1,11	0,94±1,60	1,25±1,89	0,66±1,13	1,02±1,76	0,93±1,55	
		Min – Max	0 – 4	0 – 9	0 – 9	0 – 6	0 – 9	0 – 9	
		Median	0	0	0,5	0	0	0	
	Sau TC 18th (1)	$\bar{X} \pm SD$	0,49±1,01	0,71±1,57	0,94±1,90	0,44±1,07	0,87±1,73	0,70±1,52	
		Min – Max	0 – 4	0 – 9	0 – 9	0 – 6	0 – 9	0 – 9	
		Median	0	0	0	0	0	0	
	CSHQ		26,9	24,5	24,8	33,3	14,7	24,7	
	Đối chứng	Trước CT	$\bar{X} \pm SD$	0,61±1,20	0,74±1,25	0,52±1,34	0,57±1,06	0,77±1,40	0,68±1,25
			Min – Max	0 – 5	0 – 6	0 – 6	0 – 5	0 – 6	0 – 6
			Median	0	0	0	0	0	0
Sau CT 18th (2)		$\bar{X} \pm SD$	1,39±1,40	1,02±1,31	1,09±1,47	1,04±1,20	1,22±1,50	1,13±1,36	
		Min – Max	0 – 5	0 – 6	0 – 6	0 – 5	0 – 6	0 – 6	
		Median	1	0	0	1	1	1	
CSHQ		127,9*	37,8*	109,6*	82,5*	58,4*	66,2*		
P ₁₂ **		<0,01	<0,05	>0,05	<0,01	<0,05	<0,01		
CSCT		154,8	62,3	134,4	115,8	73,1	90,9		

(*): Chỉ số hiệu quả giảm sau can thiệp (**):Mann-Whitney test

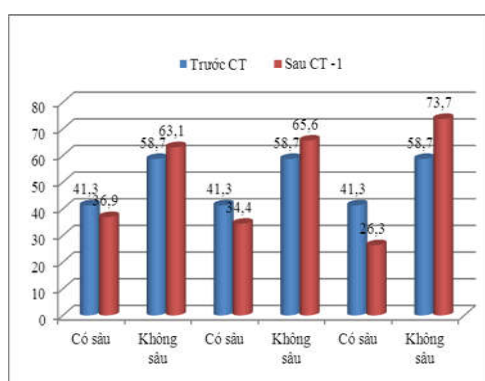
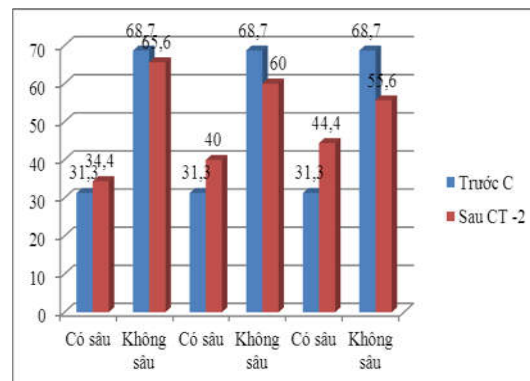
Nhận xét: chỉ số hiệu quả sau can thiệp của nhóm can thiệp sau 18 tháng là 24,7 thấp hơn chỉ số hiệu quả sau can thiệp của nhóm đối chứng là 66,2. Có ý nghĩa thống kê với P<0,01

Bảng 3.32: Tỷ lệ sâu thân răng và hiệu quả can thiệp theo thời gian

Nhóm Thời gian		Nhóm can thiệp(n=160)				CS HQ	Nhóm đối chứng(n=160)				P ₁₂ (χ^2)	CS CT	
		Trước CT		Sau CT (1)			Trước CT		Sau CT (2)				
		n	%	N	%		n	%	n	%			
6 th	Có	66	41,3	59	36,9	10,7	50	31,3	55	34,4	9,9*	>0,05	20,6
	Không	94	58,7	101	63,1		110	68,7	105	65,6			
12 th	Có	66	41,3	55	34,4	16,7	50	31,3	64	40,0	27,8*	>0,05	44,5
	Không	94	58,7	105	65,6		110	68,7	96	60,0			
18 th	Có	66	41,3	42	26,3	36,3	50	31,3	71	44,4	41,9*	<0,01	78,2
	Không	94	58,7	118	73,7		110	68,7	89	55,6			
Tổng		160	100	160	100		160	100	160	100			

(*): Chỉ số hiệu quả sau can thiệp

Nhận xét: sau 18 tháng can thiệp chỉ số hiệu quả của tình trạng sâu thân răng ở người cao tuổi là 36,3 ở nhóm can thiệp; ở nhóm chứng chỉ số hiệu quả 41,9 sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $P < 0,01$

Nhóm can thiệp(n=160)**Nhóm đối chứng (n=160)****Biểu đồ 3.3: Tỷ lệ sâu thân răng và hiệu quả can thiệp theo thời gian**

Bảng 3.33: Tỷ lệ sâu chân răng và hiệu quả can thiệp theo thời gian

Thời gian		Nhóm		Nhóm can thiệp(n=160)				Nhóm đối chứng(n=160)				P ₁₂ (χ ²)	CS CT
				Trước CT		Sau CT (1)		CS HQ	Trước		Sau (2)		
		n	%	N	%	n	%		N	%			
6 th	Có	33	20,6	32	20,0	2,9	34	21,3	35	21,9	2,8*	>0,05	5,7
	Không	127	79,4	128	80,0		126	78,7	125	78,1			
12 th	Có	33	20,6	26	16,3	20,9	34	21,3	43	26,9	26,3*	<0,05	47,2
	Không	127	79,4	134	83,7		126	78,7	117	73,1			
18 th	Có	33	20,6	24	15,0	27,2	34	21,3	51	31,9	49,8*	<0,01	76,9
	Không	127	79,4	136	85,0		126	78,7	109	68,1			
Tổng		160	100	160	100		160	100	160	100			

(*): Chỉ số hiệu quả sau can thiệp

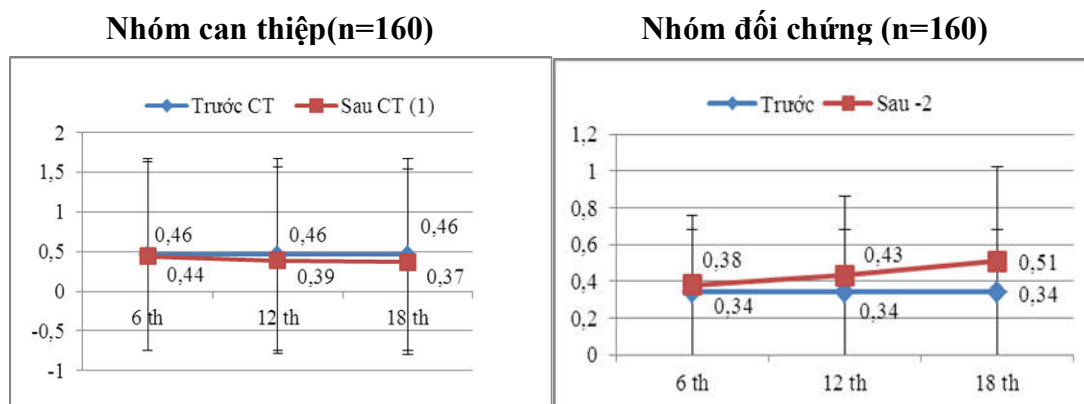
Nhận xét: sau 18 tháng can thiệp chỉ số hiệu quả của tình trạng tỷ lệ sâu chân răng ở người cao tuổi là 27,2 ở nhóm can thiệp; ở nhóm chứng chỉ số hiệu quả 49,8 sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với P <0,01

Bảng 3.34: Chỉ số sâu chân răng ở người cao tuổi theo thời gian

Thời gian		Nhóm		Nhóm can thiệp			Nhóm đối chứng			P ₁₂ **	CS CT
				Trước CT	Sau TC (1)	CS HQ	Trước CT	Sau CT (2)	CS HQ		
6 th	$\bar{X} \pm SD$	0,46±1,21	0,44±1,19	4,3	0,34±0,81	0,38±0,85	11,8*	>0,05	16,1		
	Min – Max	0 – 9	0 – 9		0 – 6	0 – 6					
	Median	0	0		0	0					
12 th	$\bar{X} \pm SD$	0,46±1,21	0,39±1,18	15,2	0,34±0,81	0,43±0,85	26,5*	<0,05	41,7		
	Min – Max	0 – 9	0 – 9		0 – 6	0 – 6					
	Median	0	0		0	0					
18 th	$\bar{X} \pm SD$	0,46±1,21	0,37±1,17	19,6	0,34±0,81	0,51±0,90	50,0*	<0,01	69,6		
	Min – Max	0 – 9	0 – 9		0 – 6	0 – 6					
	Median	0	0		0	0					

(*): Chỉ số hiệu quả giảm sau can thiệp, (**) Mann-Whitney test

Nhận xét: sau 12, 18 tháng can thiệp chỉ số hiệu quả của sâu chân răng ở người cao tuổi là 15,2; 19,6 ở nhóm can thiệp; thấp hơn so với nhóm đối chứng chỉ số hiệu quả 26,5; 50,0 sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $P < 0,05$



Biểu đồ 3.4: Chỉ số Sâu chân răng ở người cao tuổi theo thời gian

Bảng 3.35: Chỉ số hiệu quả của chỉ số sâu chân răng sau 18 tháng

Tiêu chí		Nhóm tuổi			Giới		Chung	
		60 – 64	65 – 74	>75	Nam	Nữ		
Can thiệp	Trước CT	$\bar{X} \pm SD$	0,33±0,85	0,35±1,04	0,86±1,78	0,29±0,78	0,57±1,41	0,46±1,21
		Min – Max	0 – 4	0 – 6	0 – 9	0 – 4	0 – 9	0 – 9
		Median	0	0	0	0	0	0
	Sau TC 18th (1)	$\bar{X} \pm SD$	0,29±0,82	0,29±1,01	0,64±1,73	0,24±0,74	0,45±1,37	0,37±1,17
		Min – Max	0 – 4	0 – 6	0 – 9	0 – 4	0 – 9	0 – 9
		Median	0	0	0	0	0	0
	CSHQ		12,1	17,1	25,6	17,2	21,1	19,6
Đối chứng	Trước CT	$\bar{X} \pm SD$	0,16±0,43	0,39±0,77	0,52±1,34	0,29±0,63	0,40±0,95	0,34±0,81
		Min – Max	0 – 2	0 – 3	0 – 6	0 – 2	0 – 6	0 – 6
		Median	0	0	0	0	0	0
	Sau CT 18th (2)	$\bar{X} \pm SD$	0,41±0,76	0,49±0,83	0,78±1,35	0,45±0,75	0,57±1,03	0,51±0,90
		Min – Max	0 – 3	0 – 3	0 – 6	0 – 3	0 – 6	0 – 6
		Median	0	0	0	0	0	0
	CSHQ		156,3*	25,6*	50,0*	55,2*	42,5*	50,0*
P ₁₂ **		>0,05	<0,01	<0,05	<0,05	<0,05	<0,01	
CSCT		168,4	42,7	75,6	72,4	63,6	69,6	

(*): Chỉ số hiệu quả giảm sau can thiệp (**):Mann-Whitney test

Nhận xét: Chỉ số hiệu quả của sâu chân răng sau 18 tháng can thiệp của nhóm can thiệp theo lứa tuổi ở người cao tuổi từ > 75 là 25,6; nhóm 60-64 tuổi là 12,1, nhóm 65-74 tuổi là 17,1. Và chỉ số hiệu quả của sâu chân răng sau 18 tháng của nhóm can thiệp theo giới là 17,2 ở nam và 21,1 ở nữ. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $P < 0,05$

Bảng 3.36: Chỉ số hiệu quả của chỉ số mất răng sau 18 tháng

Tiêu chí			Nhóm tuổi			Giới		Chung	
			60 – 64	65 – 74	>75	Nam	Nữ		
Can thiệp	Trước CT	$\bar{X} \pm SD$	1,73 \pm 2,87	2,16 \pm 3,79	7,98 \pm 6,68	2,95 \pm 4,45	3,60 \pm 5,39	3,35 \pm 5,04	
		Min – Max	0 – 13	0 – 27	0 – 28	0 – 17	0 – 28	0 – 28	
		Median	1	1	7,5	1	1	1	
	Sau TC 18th (1)	$\bar{X} \pm SD$	2,00 \pm 2,81	2,24 \pm 3,77	8,08 \pm 6,72	3,11 \pm 4,51	3,72 \pm 5,33	3,49 \pm 5,03	
		Min – Max	0 – 13	0 – 27	0 – 28	0 – 17	0 – 28	0 – 28	
		Median	1	1	7,5	1	2	1	
	CSHQ			15,61*	3,70*	1,25*	5,42*	3,33*	4,18*
	Đối chứng	Trước CT	$\bar{X} \pm SD$	2,27 \pm 3,76	3,52 \pm 5,75	6,04 \pm 5,56	3,81 \pm 5,91	3,29 \pm 4,78	3,54 \pm 5,34
			Min – Max	0 – 17	0 – 28	0 – 21	0 – 28	0 – 21	0 – 28
			Median	1	1	5	1	1	0
Sau CT 18th (2)		$\bar{X} \pm SD$	2,55 \pm 3,68	3,88 \pm 5,63	6,35 \pm 5,48	4,14 \pm 5,85	3,61 \pm 4,65	3,87 \pm 5,25	
		Min – Max	0 – 17	0 – 28	1 – 21	0 – 28	0 – 21	0 – 28	
		Median	1	2	5	2	2	2	
CSHQ			12,33*	10,23*	5,13*	8,66*	9,73*	9,32*	
P ₁₂ **			>0,05	<0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	
CSCT			3,28*	6,53	3,88	3,24	6,40	5,14	

(*): Chỉ số hiệu quả sau can thiệp (**):Mann-Whitney test

Nhận xét: chỉ số hiệu quả sau can thiệp của nhóm can thiệp sau 18 tháng là 4,18 thấp hơn chỉ số hiệu quả sau can thiệp của nhóm đối chứng là 9,32.

Bảng 3.37: Tỷ lệ mất răng và hiệu quả can thiệp theo thời gian

Nhóm		Nhóm can thiệp (n=160)					Nhóm đối chứng (n=160)					P ₁₂ (χ^2)	CS CT
		Trước CT		Sau CT (1)		CS HQ	Trước CT		Sau CT (2)		CS HQ		
		n	%	n	%		n	%	n	%			
Thời gian		n	%	n	%		n	%	n	%			
6 th	Có	109	68,1	115	71,9	5,6*	108	67,5	113	70,6	4,6*	>0,05	1,0*
	Không	51	31,9	45	28,1		52	32,5	47	29,4			
12 th	Có	109	68,1	118	73,8	8,4*	108	67,5	123	76,9	13,9*	>0,05	5,5
	Không	51	31,9	42	26,2		52	32,5	37	23,1			
18 th	Có	109	68,1	121	75,6	11,0*	108	67,5	131	81,9	21,3*	>0,05	10,3
	Không	51	31,9	39	24,4		52	32,5	29	18,1			
Tổng		160	100	160	100		160	100	160	100			

(*): Chỉ số hiệu quả sau can thiệp

Nhận xét: sau 18 tháng can thiệp chỉ số hiệu quả của tình trạng mất răng ở người cao tuổi là 11,0 ở nhóm can thiệp; ở nhóm chứng chỉ số hiệu quả 23,3.

Bảng 3.38: Chỉ số SMT ở người cao tuổi theo thời gian

Nhóm Thời gian		Nhóm can thiệp			Nhóm đối chứng			P ₁₂ **	CS CT
		Trước CT	Sau CT (1)	CS HQ	Trước CT	Sau CT (2)	CS HQ		
6 th	$\bar{X} \pm SD$	4,34 \pm 5,26	4,39 \pm 5,24	1,2*	4,25 \pm 5,48	4,46 \pm 5,45	4,9*	>0,05	3,7
	Min – Max	0 – 28	0 – 28		0 – 28	0 – 28			
	Median	3	3		2	2			
12 th	$\bar{X} \pm SD$	4,34 \pm 5,26	4,43 \pm 5,22	2,1*	4,25 \pm 5,48	4,69 \pm 5,43	10,4*	>0,05	8,3
	Min – Max	0 – 28	0 – 28		0 – 28	0 – 28			
	Median	3	3		2	3			
18 th	$\bar{X} \pm SD$	4,34 \pm 5,26	4,46 \pm 5,20	2,8*	4,25 \pm 5,48	5,03 \pm 5,35	18,4*	>0,05	15,6
	Min – Max	0 – 28	0 – 28		0 – 28	0 – 28			
	Median	3	3		2	3,5			

(*): Chỉ số hiệu quả sau can thiệp, (**) Mann-Whitney test

Nhận xét: Chỉ số SMT của nhóm can thiệp theo thời gian là 4,34 và nhóm đối chứng là 4,25; chỉ số hiệu quả sau can thiệp đối với chỉ số SMT của nhóm can thiệp thấp hơn là 2,8 và của nhóm đối chứng là 18,4 sau 18 tháng can thiệp.

Bảng 3.39: Tỷ lệ mòn cổ răng và hiệu quả can thiệp theo thời gian

Nhóm Thời gian		Nhóm can thiệp(n=160)					Nhóm đối chứng(n=160)					P ₁₂ (χ ²)	CS CT
		Trước CT		Sau CT (1)		CS HQ	Trước CT		Sau CT (2)		CS HQ		
		n	%	n	%		n	%	n	%			
6 th	Có	36	22,5	42	26,3	16,9*	44	27,5	54	33,8	22,9*	>0,05	6,0
	Không	124	77,5	118	73,7		116	72,5	106	66,3			
12 th	Có	36	22,5	47	29,4	30,7*	44	27,5	77	48,1	74,9*	<0,05	44,2
	Không	124	77,5	113	70,6		116	72,5	83	51,9			
18 th	Có	36	22,5	60	37,5	66,7*	44	27,5	97	60,6	120,4*	<0,01	53,7
	Không	124	77,5	100	62,5		116	72,5	63	39,4			
Tổng		160	100	160	100		160	100	160	100			

Nhận xét: Tỷ lệ mòn cổ răng của nhóm can thiệp 6, 12, 18 tháng là 26,3%, 29,4%, 37,5%. Còn của nhóm đối chứng là 33,8%, 48,1%, 60,6%. ở thời điểm 12 tháng và 18 tháng có ý nghĩa thống kê với $P < 0,05$ và $P < 0,01$

Bảng 3.40: Chỉ số hiệu quả của chỉ số sâu mất trám theo nhóm tuổi, giới sau 18 tháng

Tiêu chí			Nhóm tuổi			Giới		Chung
			60 – 64	65 – 74	>75	Nam	Nữ	
Can thiệp	Trước CT	$\bar{X} \pm SD$	2,40±3,31	3,22±3,90	9,22±6,77	3,62±4,81	4,79±5,51	4,33±5,26
		Min – Max	0 – 14	0 – 27	0 – 28	0 – 17	0 – 28	0 – 28
		Median	1	2	9	1,5	3	3
	Sau TC 18th (1)	$\bar{X} \pm SD$	2,56±3,23	3,37±3,87	9,25±6,73	3,71±4,79	4,94±5,42	4,46±5,20
		Min – Max	0 – 14	0 – 27	0 – 28	0 – 17	0 – 28	0 – 28
		Median	1	3	9	2	3	3
	CSHQ			6,67*	4,66*	0,33*	2,49*	3,13*
Đối chứng	Trước CT	$\bar{X} \pm SD$	2,95±3,88	4,29±5,78	6,57±6,23	4,40±5,94	4,11±5,05	4,25±5,48
		Min – Max	0 – 18	0 – 28	0 – 25	0 – 28	0 – 25	0 – 28
		Median	2	2	5	2	2	2
	Sau CT 18th (2)	$\bar{X} \pm SD$	4,00±3,76	4,93±5,66	7,43±6,11	5,21±5,82	4,88±4,92	4,91±5,18
		Min – Max	0 – 18	0 – 28	1 – 25	0 – 28	0 – 25	0 – 28
		Median	3	3	6	3	4	3,5
	CSHQ			35,59*	14,92*	13,09*	18,41*	18,73*
P ₁₂ **			<0,01	>0,05	>0,05	<0,05	>0,05	<0,05
CSCT			28,92	10,26	12,76	15,92	15,60	12,53

(*): Chỉ số hiệu quả sau can thiệp (**) Mann-Whitney test

Nhận xét: chỉ số hiệu quả sau can thiệp của nhóm can thiệp sau 18 tháng là 3.00 thấp hơn chỉ số hiệu quả sau can thiệp của nhóm đối chứng là 15,53.

3.3. Một số yếu tố liên quan đến nhu cầu điều trị răng miệng người cao tuổi tỉnh Yên Bái:

3.3.1. Đối với người cao tuổi

3.3.1.1. Tình hình bệnh răng miệng NCT

Kết quả phỏng vấn sâu cho thấy hiện nay NCT có tương đối nhiều bệnh răng miệng như bệnh quanh răng, bệnh sâu răng, bệnh lý tủy, bệnh lý cuống và mất răng:

- “*Các bệnh răng miệng hay gặp ở người cao tuổi là bệnh quanh răng, bệnh sâu răng, bệnh lý tủy, bệnh lý cuống và mất răng*” (PVS- Phó trưởng khoa RHM).

- “*Ngoài ra, còn có các bệnh như rối loạn khớp thái dương hàm, mòn răng, rối loạn tuyến nước bọt...*” (PVS – Bác sĩ điều trị).

Nguyên nhân dẫn đến tình trạng NCT mắc bệnh răng miệng nhiều như hiện nay chủ yếu là do VSRM kém:

- “*Nguyên nhân chính của bệnh răng miệng ở NCT là do VSRM kém*” (PVS – Bác sĩ điều trị, Lãnh đạo Bệnh viện).

- “*Ngoài ra, còn do bệnh lý toàn thân ở NCT như cao huyết áp, tiểu đường... và do sâu răng, mất răng không được điều trị kịp thời*” (PVS- Phó trưởng khoa RHM; Người cao tuổi).

3.3.1.2. Ảnh hưởng của bệnh răng miệng đến sức khỏe NCT

Bệnh răng miệng không chỉ gây suy giảm sức khỏe toàn thân (dinh dưỡng, sung đau, bệnh toàn thân) mà còn ảnh hưởng tâm lý, thẩm mỹ:

- “*Ảnh hưởng của bệnh răng miệng đến sức khỏe người cao tuổi nói chung là do ảnh hưởng đến dinh dưỡng, sức khỏe toàn thân và chất lượng cuộc sống*” (PVS – Người cao tuổi; Bác sĩ điều trị).

- “*Ngoài ảnh hưởng đến dinh dưỡng, sức khỏe toàn thân còn ảnh hưởng đến thẩm mỹ*” (PVS – Lãnh đạo khoa RHM)

- “Ngoài ra còn có những ảnh hưởng khác như ảnh hưởng tâm lý, phát âm, giao tiếp...” (PVS – BS điều trị).

Ảnh hưởng trước mắt của bệnh răng miệng đến NCT chủ yếu là gây sung đau dẫn đến ăn nhai kém:

- “NCT mắc các bệnh răng miệng thường gặp phải các ảnh hưởng trước mắt như sung đau tại chỗ, ăn nhai kém” (PVS - BS điều trị; NCT).

- “Ngoài ra còn gây các ảnh hưởng khác như sung đau gây lệch mắt, méo mồm” (PVS- BS điều trị; NCT).

Ảnh hưởng lâu dài thường gặp nhất là suy nhược cơ thể, mất sức nhai và ảnh hưởng đến bệnh toàn thân:

- “Bệnh răng miệng ở NCT dẫn đến các ảnh hưởng lâu dài như suy nhược cơ thể, ảnh hưởng đến bệnh toàn thân” (PVS – NCT; Bác sỹ điều trị).

- “Các ảnh hưởng lâu dài khác như giảm chất lượng cuộc sống, giảm tuổi thọ” (PVS - Lãnh đạo Sở Y tế).

Nếu không được chữa trị kịp thời, bệnh răng miệng có thể gây biến chứng viêm nhiễm và mất răng:

- “Biến chứng hay gặp của bệnh răng miệng là viêm nhiễm, mất răng” (PVS - BS điều trị).

- “Những biến chứng khác như ung thư hóa, mất khớp cắn, chiều cao tăng mặt...” (PVS – Lãnh đạo khoa RHM).

3.3.1.3. Nhu cầu khám chữa bệnh của NCT

Qua phỏng vấn sâu cho thấy thực tế NCT có đi khám chữa bệnh răng miệng. Những người hay đi khám chủ yếu là do đau, khó chịu khi ăn nhai, quan tâm đến sức khỏe răng miệng, có điều kiện về kinh tế và thời gian. Những người không hay đi khám là do chưa đau, không quan tâm, không có điều kiện:

- “*Những người hay đi khám chủ yếu là do đau, khó chịu khi ăn*” (PVS - BS điều trị; NCT).

- “*Những người hay đi khám là do quan tâm đến sức khỏe*” (PVS – Bác sỹ điều trị; NCT).

- “*Những người hay đi khám do có điều kiện kinh tế và thời gian*” (PVS – BS điều trị)

- “*NCT không hay đi khám là do chưa đau, không quan tâm đến sức khỏe và không có điều kiện kinh tế*” (PVS – NCT, Lãnh đạo ngành y tế, BS điều trị).

Bệnh răng miệng có nhu cầu khám chủ yếu là mất răng, viêm quanh răng, viêm nhiễm cấp tính gây đau:

- “*Bệnh răng miệng mà NCT có nhu cầu khám chủ yếu là mất răng, viêm quanh răng*” (PVS – BS điều trị).

- “*Bệnh răng miệng mà NCT có nhu cầu khám là viêm nhiễm cấp tính gây đau và các bệnh răng miệng khác như sâu răng, mòn răng*” (PVS – Lãnh đạo Sở Y tế).

3.3.1.4. Kiến thức, thực hành phòng chống bệnh răng miệng ở NCT

Hiện nay NCT có biết cần phải chăm sóc bệnh răng miệng và những việc cần làm để phòng bệnh răng miệng nhưng chưa đầy đủ:

- “*NCT đã biết đến các phương pháp VSRM như chải răng, dùng nước súc miệng và dùng chỉ tơ nha khoa*”(PVS - Lãnh đạo Sở Y tế).

- “*Tuy nhiên, NCT chưa biết khám răng định kỳ và cách chải răng đúng cách*” (PVS – NCT; Bác sỹ điều trị).

3.3.2. Đối với cán bộ Y tế và hệ thống chính sách Y tế chăm sóc sức khỏe

3.3.2.1. Cung ứng dịch vụ y tế

Về hệ thống tổ chức chuyên ngành khám chữa răng hàm mặt ở địa phương, cơ sở, qua phỏng vấn sâu, các đội tượng nghiên cứu gợi ý cần tăng

cường vai trò của y tế cơ sở, tăng cường công tác dự phòng, chuyên nghiệp hóa việc khám chữa bệnh cho NCT:

- “*Cần tăng cường vai trò của y tế cơ sở, nghĩa là đẩy mạnh đầu tư việc khám chữa bệnh răng hàm mặt ở tuyến phường xã, tuyến huyện và y tế tư nhân*” (PVS – Lãnh đạo khoa RHM; NCT).

- “*Cần tăng cường công tác dự phòng: tuyên truyền giáo dục sức khỏe răng miệng cho NCT toàn diện và khám, tư vấn định kỳ để phát hiện và điều trị bệnh sớm*” (PVS - BS điều trị).

- “*Nên triển khai dịch vụ khám chữa bệnh tại nhà cho NCT không đi lại được*” (PVS – Lãnh đạo Trung tâm Y tế).

- “*Cập nhật hơn, chuyên nghiệp hóa việc khám chữa bệnh răng hàm mặt cho NCT, đầu tư mở thêm chuyên khoa răng người già*” (PVS – Lãnh đạo Bệnh viện).

Tổ chức khám chữa bệnh định kỳ:

- “*Tổ chức khám tư vấn định kỳ tại các địa phương, do cơ sở Y tế tuyến xã phường đảm nhiệm*” (PVS – NCT).

- “*Các trạm y tế nên thường xuyên tổ chức khám sàng lọc bệnh răng miệng theo định kỳ, nên kết hợp với y tế xã, phường tổ chức các buổi giáo dục, tập huấn phòng bệnh răng miệng do các Bác sỹ RHM phụ trách*” (PVS – Lãnh đạo khoa RHM).

3.3.2.2. Tài chính y tế

Về giá cả dịch vụ, qua phỏng vấn, các đối tượng nghiên cứu cho rằng giá cả dịch vụ khám chữa bệnh hiện nay với NCT là chưa hợp lý, cần có sự điều chỉnh thích hợp:

- “*Giá cả dịch vụ khám chữa bệnh RHM hiện nay chưa thực sự phù hợp với NCT*” (PVS – BS điều trị).

- “Giá dịch vụ khám chữa bệnh RHM cho NCT hiện nay phù hợp với những người ở thành thị nhưng không phù hợp với người ở nông thôn” (PVS – Lãnh đạo khoa RHM).

- “Cần có chế độ hỗ trợ giá cho NCT như bảo hiểm y tế, hỗ trợ một phần cho răng giả” (PVS – BS điều trị; NCT).

- “Xây dựng giá cả đồng bộ giữa các tuyến, cân nhắc giá cả và chất lượng dịch vụ” (PVS – Lãnh đạo Sở Y tế).

Về chế độ chính sách khám chữa, phòng bệnh răng miệng cho NCT, các đối tượng nghiên cứu gợi ý cần giảm chi phí điều trị, tăng chi trả BHYT tiến tới BHYT toàn dân:

- “Cần có chế độ chính sách khám chữa, phòng bệnh răng miệng cho NCT như chế độ BHYT riêng cho NCT; khám, tư vấn, hướng dẫn định kỳ miễn phí cho NCT” (PVS – BS điều trị).

- “Nên tăng số lượng dịch vụ được chi trả theo chế độ của NCT, giảm chi phí điều trị một số dịch vụ cho NCT” (PVS – Lãnh đạo khoa RHM).

- “Nên triển khai BHYT ở các cơ sở khám chữa bệnh RHM tư nhân có đủ điều kiện” (PVS – Lãnh đạo Bệnh viện).

- “Đưa BHYT về trạm Y tế để người cao tuổi được hưởng dịch vụ chăm sóc sức khỏe tốt hơn” (PVS – Lãnh đạo Trạm Y tế).

Điều kiện cần để tổ chức thực hiện chăm sóc bệnh răng miệng tốt hơn cho NCT là phải có vốn đầu tư:

- “Cần phải tăng vốn đầu tư, huy động các nguồn tài trợ” (PVS - BS điều trị).

- “Đảm bảo ngân sách nhà nước cho các chương trình y tế chăm sóc sức khỏe NCT” (PVS – Lãnh đạo khoa RHM).

3.3.2.3. Nhân lực y tế

Về chất lượng và số lượng, qua phỏng vấn cho thấy nhân lực y tế đã đáp ứng đủ nhu cầu chăm sóc sức khỏe cho NCT tại thành phố, cần tăng cường nhân lực cho vùng nông thôn:

- *“Hiện nay số lượng BS nha khoa có chuyên môn cao còn ít so với nhu cầu”* (PVS – Lãnh đạo khoa RHM).

- *“Số lượng BS tại địa phương hiện vừa đủ nhưng chưa có chuyên môn chuyên sâu về răng hàm mặt lão khoa”* (PVS – Lãnh đạo Sở Y tế).

- *“Lượng BS ở thành phố hiện nay đủ đáp ứng nhu cầu nhưng ở nông thôn thì vẫn còn thiếu”* (PVS – Lãnh đạo Bệnh viện).

Để phục vụ tốt hơn cho công tác khám chữa bệnh răng miệng cho NCT, các đối tượng nghiên cứu cho rằng cần tăng lượng cán bộ có chuyên môn sâu về RHM lão khoa cho các tuyến:

- *“Nên tăng lượng Bác sỹ RHM đến từng xã, phường; tăng cường cán bộ có chuyên môn sâu về RHM của lão khoa theo lịch định kỳ”* (PVS – Lãnh đạo Trạm Y tế).

- *“Đào tạo, tập huấn thường xuyên cho cán bộ y tế”* (PVS – Bác sỹ điều trị).

- *“Ngoài ra cần triển khai các chính sách đãi ngộ và tạo điều kiện thuận lợi để thu hút cán bộ làm việc tại vùng xa”* (PVS – Lãnh đạo Sở Y tế).

3.3.2.4. Dược và trang thiết bị y tế

Các đối tượng nghiên cứu được phỏng vấn có ý kiến cho rằng cơ sở vật chất, thiết bị y tế hiện nay vẫn chưa đủ để phục vụ tốt nhu cầu chăm sóc sức khỏe nói chung cũng như chăm sóc sức khỏe răng miệng cho NCT:

- *“Cơ sở vật chất, trang thiết bị y tế hiện nay còn thiếu hoặc chỉ đủ cơ bản”* (PVS – Bác sỹ điều trị).

- *“Thuốc chuyên điều trị về răng còn ít”* (PVS – Lãnh đạo Trạm y tế xã).

Muốn tổ chức thực hiện chăm sóc bệnh răng miệng tốt hơn cho NCT, cần trang bị đầy đủ cơ sở vật chất, trang thiết bị y tế, thuốc:

- *“Cần bổ sung cơ sở vật chất, trang thiết bị từ cơ bản đến chuyên sâu phù hợp cho các tuyến, tăng cường chất lượng thuốc”* (PVS – Lãnh đạo khoa RHM).

- *“Nên tăng cường thiết bị y tế thiết yếu cho cơ sở y tế cấp cơ sở như trang bị ghế răng cho trạm y tế để thuận tiện hơn trong việc khám chữa bệnh cho NCT”* (PVS – Lãnh đạo Trạm y tế xã).

- *“Tập trung khám sàng lọc, cấp phát thuốc miễn phí cho người cao tuổi”* (PVS – Lãnh đạo Bệnh viện).

3.3.2.5. Thông tin y tế

Qua phỏng vấn cho thấy NCT được cung cấp kiến thức về sức khỏe răng miệng bằng nhiều phương thức khác nhau như loa đài, báo chí, tự tìm hiểu hoặc được tư vấn qua các đợt khám tình nguyện:

- *“NCT thường được cung cấp kiến thức về sức khỏe răng miệng thông qua các phương tiện truyền thông như tivi, loa, đài, báo chí...”* (PVS – Bác sỹ điều trị).

- *“NCT thường tự tìm hiểu về các bệnh răng miệng và tìm ra các giải pháp phòng bệnh cho bản thân”* (PVS – Lãnh đạo khoa RHM).

- *“NCT được cung cấp kiến thức thông qua các đợt khám tình nguyện của các đoàn thể hoặc thông qua việc đi khám định kỳ được BS tư vấn”* (PVS – Lãnh đạo Trạm Y tế xã).

- *“NCT hiểu về các bệnh răng miệng là nhờ có con cái hướng dẫn”* (PVS - Bác sỹ điều trị).

Vì vậy, cần tăng cường truyền thông đến người dân, đặc biệt là NCT để cung cấp kiến thức, hướng dẫn phòng bệnh răng miệng cho NCT:

- “*Thường xuyên tuyên truyền, phổ biến các kiến thức về dự phòng chăm sóc sức khỏe răng miệng thường gặp ở người cao tuổi*” (PVS – Lãnh đạo khoa RHM).

- “*Sử dụng nhiều hình thức truyền thông hiệu quả đến người dân như loa phát thanh địa phương, các phương tiện thông tin đại chúng*” (PVS – Lãnh đạo Trạm Y tế xã).

- “*Tuyên truyền qua loa đài, áp phích, pano, tờ rơi, tăng cường nâng cao nhận thức về chăm sóc sức khỏe răng miệng qua tư vấn của cán bộ y tế, hướng dẫn VSRM đúng cách, hướng dẫn tự phát hiện sớm những bất lợi về răng, lợi*” (PVS - BS điều trị).

- “*Cán bộ sở y tế chỉ đạo thực hiện và kết hợp với BS Răng hàm mặt tại bệnh viện, phòng khám tư nhân phổ biến các kiến thức về nha khoa*”. (PVS – Lãnh đạo Sở Y tế).

3.3.2.6. Quản lý nhà nước về y tế

Để hoàn thiện và ổn định mô hình tổ chức y tế các tuyến, các đối tượng nghiên cứu gợi ý nên có sự kết nối mang tính hệ thống giữa các tuyến y tế:

- “*Cần có mạng lưới chăm sóc sức khỏe răng miệng thống nhất giữa các tuyến*” (PVS – Lãnh đạo khoa RHM).

- “*Tăng cường kết nối mang tính hệ thống giữa các tuyến y tế*” (PVS – Lãnh đạo Trạm Y tế xã).

Về hệ thống chăm sóc sức khỏe răng miệng:

- “*Cần phát triển hệ thống chăm sóc sức khỏe răng miệng cho người cao tuổi theo các cấp độ cuộc sống*” (PVS – BS điều trị).

- “*Tăng cường sự tham gia các bên liên quan trong quá trình hoạch định chính sách, xây dựng và triển khai kế hoạch y tế*” (PVS – Lãnh đạo khoa RHM).

- “*Xây dựng quy định về việc thu nhập và phân tích ý kiến của nhân dân và các bên liên quan trong quá trình xây dựng và hoàn thiện các chính sách chăm sóc sức khỏe răng miệng cho NCT*” (PVS – Lãnh đạo Bệnh viện).

Chương 4

BÀN LUẬN

4.1. Mô tả thực trạng bệnh răng miệng, nhu cầu điều trị ở người cao tuổi tỉnh Yên Bái.

4.1.1. Đặc trưng cá nhân nhóm đối tượng nghiên cứu

Nghiên cứu tổng số 1350 người cao tuổi trên địa bàn tỉnh Yên Bái một tỉnh miền núi thuộc miền Bắc Việt Nam, là một tỉnh vùng cao vùng tây bắc Việt Nam với địa dư hành chính có 72,3% sống ở vùng nông thôn; 27,7% sống ở thành thị; nghề nghiệp chủ yếu là nông dân chiếm 51,2%, một bộ phận là công viên chức chiếm 25,5%, thấp nhất là nội trợ chỉ chiếm 0,3%. Về trình độ học vấn có 10,2% không biết chữ, học hết tiểu học chiếm tỷ lệ cao nhất 47%, học từ trung cấp trở lên chiếm 12,7%. Có rất nhiều nghiên cứu chỉ ra rằng: kiến thức sức khỏe răng miệng của người cao tuổi chủ yếu là do những kinh nghiệm tích lũy từ bản thân hoặc do người khác truyền lại, ở nhiều quốc gia nguồn kiến thức này thường đến từ kinh nghiệm dân gian, theo quan điểm y học truyền thống vì vậy kiến thức răng miệng của người cao tuổi phụ thuộc rất nhiều vào trình độ văn hóa, nghề nghiệp, mức sống, khu vực sống, sự tự tìm hiểu của từng cá nhân. Thông thường ý niệm bệnh tật chỉ được quan tâm khi có cảm giác đau, thẩm mỹ bị ảnh hưởng, giao tiếp xã hội bị hạn chế. Nghề nghiệp, học vấn thường có sự tương tác qua lại với nhau, những người có thu nhập ổn định, thu nhập khá thường có trình độ học vấn cao hơn, và ngược lại những người có học vấn thấp thường làm những nghề vất vả, lao động tay chân. Khi nhận thức đúng được một vấn đề, NCT sẽ nắm bắt được những việc nên làm và cần làm, và từ đó thực hành một cách đúng đắn. Điều này giảm đi đáng kể những rủi ro có thể xảy ra. Mặc dù sự khác biệt về trình độ, văn hóa không ảnh hưởng đến tỷ lệ mắc bệnh răng miệng cao hay thấp, nhưng nó góp

phần đáng kể vào việc giúp con người nắm bắt thông tin, và đây là bước đầu họ có thái độ đúng đắn để thay đổi hành vi.

Về tình hình kinh tế có 12,4% thuộc hộ nghèo, 59,9% có kinh tế tạm ổn đủ ăn, đủ chi tiêu. Nhóm đối tượng nghiên cứu bao gồm 60,1% là nữ còn lại là nam giới được chia làm 3 nhóm tuổi: từ 60-64 tuổi; từ 65-74 tuổi và ≥ 75 tuổi với tỷ lệ lần lượt là 25,6%; 40,9%; 33,6%. Trong phạm vi đề tài, chúng tôi chia NCT thành 3 nhóm như sau: 60 – 64 tuổi, 65 – 74 tuổi, ≥ 75 tuổi. Cách phân loại trên nhằm mục đích so sánh tình trạng bệnh răng miệng giữa nhóm ở giai đoạn bắt đầu của tuổi già (60 – 64) với nhóm được WHO đánh giá là đại diện cho tuổi cao (65 – 74) và nhóm ở giai đoạn sau của tuổi già (≥ 75), dữ kiện về nhóm tuổi này cần cho việc lập kế hoạch chăm sóc sức khỏe người cao tuổi; trong nghiên cứu này chúng tôi chia đối tượng nghiên cứu ra nhóm này và 2 nhóm liền kề nhằm so sánh tình trạng bệnh răng miệng theo nhóm tuổi. Các đối tượng được đưa vào nghiên cứu ngẫu nhiên, tỷ lệ nam nữ, số lượng đối tượng tại các địa điểm nghiên cứu tương đương. Cỡ mẫu mỗi nhóm nằm trong khoảng yêu cầu của thiết kế nghiên cứu.

Như vậy, cỡ mẫu theo lứa tuổi, giới, vùng sinh thái là phù hợp và đại diện cho người cao tuổi của vùng miền núi phía bắc của Việt Nam.

Nhằm tìm hiểu mối liên quan giữa một số đặc điểm của đối tượng nghiên cứu với tình trạng bệnh răng miệng, chúng tôi đã điều tra, thống kê một số đặc điểm: có 74,6% không uống rượu, 11,8% thỉnh thoảng uống rượu; có 86,6% không hút thuốc lá; chỉ có 7,4% NCT mắc bệnh tiểu đường; có một tỷ lệ thấp 15,9% không chải răng ngày hôm qua và có 48,5% đối tượng nghiên cứu chải răng ngày 2 lần; tỷ lệ không dùng kem đánh răng chiếm 18,3%. Qua phỏng vấn phần lớn đối tượng nghiên cứu không đi khám răng trong 12 tháng qua. Những đặc tính nghiên cứu trên nhằm đánh giá về sự hiểu biết kiến thức, thái độ và thực hành với sức khỏe răng miệng của người cao tuổi. Kiến thức

về sức khỏe răng miệng của người cao tuổi chủ yếu được tích lũy qua kinh nghiệm của bản thân hoặc do được người khác truyền lại. NCT nhìn chung thường có suy nghĩ khi về già, việc mắc bệnh là hoàn toàn bình thường, bao gồm cả bệnh răng miệng đặc biệt là sâu răng, BQR, mất răng. Họ có quan tâm đến SKRM, nhưng thường là khi đã muộn và có biến chứng. Thay vì đi khám, họ truyền tai nhau những cách chữa bệnh dân gian, rồi tự mình thực hiện tại nhà, nhiều khi phương pháp điều trị rất lạc hậu và đối lập với các thông tin cơ bản theo quan điểm y học hiện đại, mặc dù có các cơ sở khám chữa bệnh ở xung quanh. Do vậy tìm ra nguyên nhân sát thực, cụ thể nhất ở từng đối tượng và vùng miền để có thể đề ra những biện pháp giúp cải thiện tình hình trên. Đây là một thách thức cho các nhà hoạch định xã hội cũng như ngành y tế.

4.1.2. Tình trạng bệnh răng miệng ở NCT Yên Bái

**** Tình trạng niêm mạc miệng:***

Ảnh hưởng chung của quá trình lão hóa lên tổ chức niêm mạc sẽ làm mô bị khô mất nước, giảm tính đàn hồi, biểu mô mỏng kém sừng hóa, tình trạng giảm tiết nước bọt dẫn đến một số bệnh niêm mạc miệng: viêm niêm mạc, loét, viêm lợi hoại tử, absces lợi, phì đại lợi ...

Tỷ lệ người cao tuổi có tổn thương niêm mạc miệng chiếm 5,3% tương tự như khuyến cáo của Tổ chức Y tế thế giới (2005), tổn thương niêm mạc miệng khác ở người cao tuổi như sau: bạch sản, lichen phẳng là 0,4%. Loét do tăng sản và chấn thương hàm giả chiếm tỷ lệ 1,2%. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cao hơn so với tác giả Mai Hoàng Khanh (2009), nghiên cứu này cho tỷ lệ tổn thương niêm mạc miệng ở người cao tuổi tại thành phố Cần Thơ là 4%. Trong đó, nhiễm nấm Candida 0,3%, áp xe do răng 2,3% và loét là tổn thương hay gặp nhất chiếm 3,4%. Tỷ lệ tổn thương niêm mạc miệng ở nông thôn là 5%, thành thị là 3,15%; ở nam 5,1%, ở nữ là 3,3% [31].

Nguyễn Võ Duyên Thơ (1992) điều tra thăm dò trên 318 người cao tuổi ở Tp. Hồ Chí Minh cho thấy tỷ lệ tổn thương niêm mạc miệng là 6,6% [17]. Ngô Đồng Khanh (2000) khảo sát dịch tễ và phân tích các yếu tố nguy cơ về tổn thương tiền ung thư và ung thư miệng ở miền Nam Việt Nam trên 9000 người từ 15-75 tuổi; trong đó nhóm tuổi 65-75 có 657 người, chiếm tỷ lệ 7,32% có tỷ lệ bạch sản 0,61% (nam 0,32%, nữ 0,29%), lichen phẳng 0,05% (nam 0,03%, nữ 0,02%), tổn thương khâu cái ở người hút thuốc chỉ có ở nam 0,17%, xơ hóa dưới niêm mạc chỉ ghi nhận ở nữ 0,01%, tổn thương niêm mạc ở người ăn trầu chỉ thấy ở nữ là 0,43% [37]. Nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn kết quả nghiên cứu của tác giả khác vì điều tra trên một số lượng lớn các đối tượng nghiên cứu.

*** Tình trạng bệnh sâu răng**

Bệnh sâu răng đang trở thành bệnh của cả cuộc sống của một cá thể. Sâu răng là kết quả của sự hủy khoáng tổ chức cứng của răng tạo thành hố bởi sản phẩm cuối cùng của sự acid hóa các chất có đường do lên men vi khuẩn. Sâu răng trước đây thường được cho là bệnh của trẻ em và của tuổi vị thành niên nhưng khi về già đặc biệt là ở độ tuổi trên 65, bệnh sâu răng mà trong đó sâu chân răng trở lên phổ biến nguyên do sự dốt thức ăn, sự co tụt lợi dẫn đến bộc lộ chân răng, mòn cổ răng; ngoài ra việc vệ sinh răng miệng đối với NCT không còn được cẩn thận và khéo léo nữa. Do đó tình trạng sâu răng và dẫn đến mất răng trên người cao tuổi càng trầm trọng hơn.

Để đánh giá tình trạng sâu răng người ta dùng tỷ lệ % và chỉ số răng sâu mất trám (DMFT), trong đó có chỉ số sâu răng (DT – Decay teeth), chỉ số mất răng (MT – Missing teeth) và chỉ số trám răng (Filling teeth) để đánh giá tình trạng sâu răng vĩnh viễn. Theo thời gian của cuộc đời thì chỉ số này chỉ có tăng chứ không có giảm. Một số tác giả đã cho thấy tình trạng sâu răng tích

lũy theo theo tuổi và điều đó giải thích cho sự mất răng của người trưởng thành và người cao tuổi.

Các nghiên cứu về sâu răng trong những năm gần đây cho thấy ở các nước Bắc Âu, Mỹ và các nước công nghiệp phát triển bệnh sâu răng ở trẻ em đã giảm rõ rệt, nhưng bệnh sâu răng ở người cao tuổi vẫn còn cao ở các châu lục với mức độ khác nhau tùy vào tuổi thọ, mức độ quan tâm đến sức khỏe răng miệng nói chung và sức khỏe răng miệng cho người cao tuổi nói riêng. Việc phát hiện sớm những bệnh răng miệng giúp cho việc chẩn đoán và điều trị nhiều bệnh tật khác của cơ thể. Sức khỏe răng miệng là một phần quan trọng của sức khỏe toàn thân và là điều cốt yếu để có một sức khỏe toàn diện và cuộc sống lành mạnh cho tất cả mọi người. Do đó từ thập kỷ 70 cho đến nay, nhiều công trình nghiên cứu đánh giá tình trạng sâu răng ở người cao tuổi được tiến hành với mục đích xác định thực trạng và nhu cầu điều trị, làm cơ sở cho chính sách chăm sóc sức khỏe răng miệng cho người cao tuổi.

Theo số liệu của bảng 3.4 cho thấy, ở nam giới có 26,4%, ở nữ giới có 35,1% bị sâu răng. Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,01$ về tỷ lệ sâu răng ở hai giới nam và nữ; tỷ lệ sâu răng ở các nhóm tuổi và mức độ sâu răng ở hai vùng thành thị và nông thôn. Điều này cho thấy ý thức vệ sinh răng miệng ở nam giới tốt hơn so với nữ giới. Người cao tuổi ở thành thị thường có điều kiện kinh tế đôi khi tốt hơn ở khu vực nông thôn nên cũng lý giải được vì sao tỷ lệ sâu răng ở khu vực thành thị lại cao hơn ở nông thôn mặt khác ở nông thôn NCT sử dụng thức ăn có nhiều chất xơ hơn nên khả năng làm sạch răng tự nhiên tốt hơn. Mặt khác với thời đại 4.0 hiện nay sự hiểu biết về các bệnh răng miệng ngày một tốt hơn do vậy vấn đề vệ sinh răng miệng được cải thiện tốt hơn.

Tỷ lệ sâu răng chung của chúng tôi là 31,6% là thấp hơn so với kết quả nghiên cứu của Luan với tỷ lệ sâu răng là 60%; và của các nghiên cứu khác

như Galan D tại Canada với kết quả 66% sâu răng ở độ tuổi trên 60 [25]; và thấp hơn so với nghiên cứu ở New Zealand tỷ lệ này là 73,7% ở độ tuổi trên 70 và thấp hơn rất nhiều so với kết quả của Trần Văn Trường trong điều tra SKRM năm 2002 sâu răng 89,1% [18]; nghiên cứu của R. Li, E.C.M Lo, B.Y Liu tại Ấn Độ năm 2007 cho thấy tỷ lệ sâu răng 91,9% [91].

Theo kết quả nghiên cứu của chúng tôi (bảng 3.6) chỉ số trung bình sâu răng là 0,96; chỉ số mất răng 6,3, chỉ số SMT chung là 7,27 thấp hơn so với kết quả của các công trình nghiên cứu tại Châu Á, năm 1989 Luan và Cs điều tra 338 người ≥ 66 tuổi tại Trung Quốc thấy ở tuổi 66-69 chỉ số SMT là 16,6 và ở tuổi 70 trở lên là 21,4 [4]. Theo điều tra cơ bản toàn quốc lần thứ 2 tại Trung Quốc (2002), Wang H.Y và Cs cho thấy: ở lứa tuổi 65-74 chỉ số SMT theo răng là 12,4 [26]. Trong đó, nữ cao hơn nam. Công trình điều tra về sâu răng ở Ấn Độ năm 1994, Thomas S và Cs cho thấy: ở 3 nhóm tuổi 60-64; 65-74 và ≥ 75 chỉ số SMT là 11,8; 13,5 và 20,3 [12]. Barrow S.Y và Cs (2003) thấy: đối với người Mỹ gốc Phi tại New York ở tuổi từ 55 - 64 chỉ số SMT theo răng trung bình là 15.9 [13]. Một số công trình nghiên cứu ở Châu Âu, Châu Mỹ, Châu Đại Dương như Đan Mạch, Úc, Niu Di Lân, Canada, Na Uy cho thấy: chỉ số SMT của người cao tuổi là rất cao ở mức từ 24,0 trở lên [89],[93],[94]. Tại Việt Nam, một nghiên cứu ở thành phố Hồ Chí Minh cũng chỉ ra tình trạng sâu răng ở nhóm người ≥ 60 tại các nhà dưỡng lão có tỷ lệ mắc tới 96,8% với số răng sâu chưa được trám là 7,9 và chỉ số SMT là 18,1 [53]. Kết quả trị số trung bình răng sâu của chúng tôi ở mức khá thấp so với một số các nghiên cứu có thể là do người cao tuổi bị mất răng do sâu răng nhiều, số răng sâu hiện tại ít hoặc có thể do dân trí cao hơn nên kiến thức, thái độ, hành vi chăm sóc răng miệng của NCT trên địa bàn nghiên cứu tốt hơn ở các vùng được nghiên cứu khác.

Đối với người cao tuổi khi nghiên cứu về sâu răng thì cần quan tâm đến chỉ số sâu chân răng, vì đối với người cao tuổi khi tuổi càng cao ngoài việc có lợi sinh lý thì nhiều răng có tụt lợi do bệnh lý, gây rất răng, đồng thời với việc khả năng vệ sinh răng miệng kém hơn so với lúc trẻ dễ dẫn đến tình trạng sâu chân răng ở người cao tuổi. Theo kết quả nghiên cứu của chúng tôi (bảng 3.5) tỷ lệ sâu chân răng là 9,9% thấp hơn so với một số nghiên cứu trên thế giới và tại Việt Nam. Năm 1986, Banting tổng kết 12 công trình nghiên cứu về sâu chân răng ở nhiều nước cho biết: sâu chân răng xuất hiện nhiều ở nhóm người già với tỷ lệ mắc khoảng 20-40%. Vị trí lỗ sâu thường gặp là ở mặt trong và mặt bên của răng hàm trên, mặt ngoài và mặt bên của răng hàm dưới. Một số các công trình ở Anh (1996), Mỹ (1990), Niu Di Lân (1992), ở Canada (1993) Banting D.W và Cs nghiên cứu về vấn đề này đã cho thấy tỷ lệ mắc khá cao 20-40%. Tuy nhiên, Luan và Cs (1989) nghiên cứu thấy tỷ lệ 10% [4], Lo E.C (1994) điều tra tại Trung Quốc lại cho một tỷ lệ thấp hơn 7,0%. Đặc biệt, Thomas S và Cs khám 300 người cao tuổi Ấn Độ (1994) thấy 11.8% người có mặt chân răng bị hở nhưng không có sâu [12], còn tại Việt Nam, Nguyễn Võ Duyên Thơ (1992) khám 318 đối tượng cho biết tỷ lệ và trung bình có sâu chân răng mỗi người là 5.0% và 0.14 răng [17].

Từ kết quả nghiên cứu về tình trạng răng SMT ở người cao tuổi tại nhiều quốc gia thuộc các châu lục khác nhau chúng ta có thể thấy: tình trạng có răng sâu, mất răng do sâu và nhất là răng sâu chưa được trám có trị số rất cao. Ở nhiều cộng đồng, chỉ số SMT chiếm từ 3/4 trở lên trong tổng số răng của mỗi người. Đây là con số vượt xa so với chỉ số SMT ở các tuổi 12, 15, 34-45 nếu so sánh với một số điều tra tại Việt Nam [6], [10], [20]. Kết quả theo bảng 3.6 cho thấy trị số răng mất và răng sâu khá cao so với số răng được trám, điều này có liên quan tới thực tế hiện nay vì tình trạng thiếu quan tâm tới tình trạng bảo tồn răng sâu, NCT xem nhẹ việc điều trị khi tổn thương mới xuất hiện và tình

trạng bệnh còn nhẹ, đau ít cố gắng chịu đựng, chỉ đi khám khi sâu răng xuất hiện các biến chứng, lúc này tâm lý chủ yếu là muốn nhổ răng. Do đó để có thể làm giảm chỉ số SMT rất cần tăng cường các biện pháp nhằm cải thiện thái độ, hành vi về vấn đề CSRM.

*** *Tình trạng bệnh quanh răng:***

Bệnh quanh răng là bệnh rất phổ biến, tỷ lệ mắc cao, năm 1984, WHO thông báo các bệnh quanh răng hay gặp là viêm lợi mạn tính, viêm lợi kèm theo mất bám dính biểu mô và xương ổ răng gọi là viêm quanh răng. Qua nghiên cứu của chúng tôi đối với người cao tuổi tại tỉnh Yên Bái thì tỷ lệ người cao tuổi tại Yên Bái có đủ 3 vùng lục phân là 24,15%, tỷ lệ có viêm lợi chảy máu là 70,0%, tại bảng 3.12 cho thấy trong 1350 đối tượng nghiên cứu chỉ có 10,00% có vùng quanh răng lành mạnh (CPI 0), tỷ lệ người có túi lợi nông (CPI3) và túi lợi sâu (CPI4) rất thấp.

Số vùng lục phân bị loại có hiện tượng tăng dần theo tuổi do số răng mất tăng dần theo tuổi. Số trung bình vùng lục phân có cao răng mỗi người là cao nhất. So sánh với các nghiên cứu khác ở Việt Nam cũng như trên thế giới tỷ lệ người có bệnh quanh răng trong nghiên cứu của chúng tôi có tỷ lệ mắc tương tự. Có 82,89% số người nghiên cứu có bệnh vùng quanh răng. Có 10,00% nhóm đối tượng nghiên cứu có chỉ số CPI = 0, chỉ số CPI = 2 chiếm tỷ lệ cao nhất 52,74%. Vùng trung bình lục phân CPI = 2 cao nhất ở tất các nhóm tuổi. Phần lớn người cao tuổi không có đủ 3 vùng lục phân lành mạnh chiếm 75,85%. Năm 1990, Douglass C.W và Cs khám 1151 người Mỹ ở bang New England thấy 85,0% đối tượng có chảy máu lợi, 88,6% có cao răng trên và dưới lợi, 87,4% có túi lợi từ ≥ 4 mm. Tình trạng mất bám dính mức ≥ 4 mm là 94,8%, mức ≥ 6 mm là 56,0% [29]. Bergman J.D và Cs (1990) khám 303 ở Úc thấy 97,8% người từ 70-79 có nhu cầu được lấy cao răng [41].

Năm 1990, Beck J.D và Cs khám 690 người còn răng tuổi ≥ 65 sống ở Nam Carolina Mỹ thấy người da đen trung bình có 78% vị trí mất bám dính với số trung bình khoảng 4mm, số tương ứng ở người da trắng là 65% và 3.1mm [46]. Hunt R.J, Levy S.M (1990), khám 262 người còn răng tuổi ≥ 70 ở Iowa Mỹ thấy mất bám dính trung bình là 2.1mm [47]. Baelum V và Cs (1987) khám 544 người Bắc Kinh Trung Quốc tuổi 60-80 [28] thấy hầu như tất cả các mặt của các răng còn lại của tất cả các nhóm tuổi đều mất bám dính ≥ 2 mm. Khoảng 10-30% đối tượng có mất bám dính ≥ 7 mm (tùy theo tuổi và vùng) ở hơn 30% mặt của các răng còn lại. Tác giả cho biết có ít hơn 15% các mặt răng còn lại ở mọi lứa tuổi có túi lợi ≥ 4 mm và hiếm thấy mức ≥ 7 mm. Ở độ tuổi ≥ 70 tỷ lệ ở nam ở vùng thành thị có 1 hay nhiều răng lung lay là 60% và tăng lên đến 90% ở nữ vùng nông thôn. Ở tuổi 60-64, trung bình 13% ở nam vùng nông thôn có biểu hiện răng lung lay.

Tại Việt Nam, Nguyễn Văn Cát, Renneberg T và Cs (1992) khám 181 người Việt Nam từ 44-64 tuổi không thấy người nào có mô quanh răng lành mạnh. Nguyễn Võ Duyên Thơ (1992) khám 318 người tuổi ≥ 60 tại thành phố Hồ Chí Minh thấy tỷ lệ CPITN0 chỉ có 6.1%, có CPITN3 và CPITN4 là 65% [17]. Thiều Mỹ Châu (1993) khám 394 người tuổi ≥ 60 tại thành phố Hồ Chí Minh cho thấy tỷ lệ người có CPITN0 chỉ là 1,58%, người có CPITN3 và CPITN4 là 85% [48]. Theo kết quả nghiên cứu của chúng tôi CPITN (0) chiếm tỷ lệ 10,00%, tỷ lệ CPITN (4) thấp nhất 1,04%, cao nhất CPITN (2) chiếm 52,74%. Trong đó có 24,15% nhóm đối tượng nghiên cứu có đủ 3 vùng lục phân lành mạnh.

Những thay đổi sinh lý, bệnh lý vùng răng miệng ở người cao tuổi như: khoảng cách giữa các kẽ răng rộng, hở cổ, chân răng, các răng sâu không được trám hoặc vỡ to, miệng trám thừa, răng di lệch, khớp cắn sang chẵn, khô miệng, mất răng không phục hình...đây là các yếu tố nguy cơ tạo

điều kiện cho thức ăn dễ ứ đọng, hình thành mảng bám, vi khuẩn và nấm phát triển trong môi trường miệng, tình trạng vệ sinh răng miệng không tốt, sức đề kháng của cơ thể giảm dần tới tỷ lệ BQR ngày càng tăng ở người cao tuổi.

Nghiên cứu của chúng tôi sử dụng dụng cụ là cây thăm dò túi lợi của WHO, việc sử dụng cũng cần đòi hỏi kỹ năng khám thành thạo nhằm giảm mức độ ảnh hưởng sai số bởi lực thăm khám khác nhau, hình thể răng khác nhau. Chúng tôi đã sử dụng 100% các bác sỹ chuyên khoa sau đại học tại trường Đại học Y Hà Nội, được tập huấn kỹ càng trước khi thực hiện khám lấy số liệu. Qua kết quả của chúng tôi và so sánh với kết quả của một số tác giả khác cho thấy. Đặc điểm nổi bật của bệnh mô quanh răng người cao tuổi qua nhiều nghiên cứu là: tỷ lệ mắc rất cao, trong đó tình trạng viêm ở vùng quanh răng nhiều hơn tình trạng viêm ở lợi. Mất bám dính là một đặc điểm xuất hiện với tỷ lệ rất cao và khác nhau về mức độ và tính phổ biến theo khu vực sống, chủng tộc.

*** Tình trạng mất răng:**

Mất răng của NCT là hậu quả chủ yếu của bệnh Sâu răng và BQR. Tùy vào số lượng và vị trí răng mất mà gây ảnh hưởng ở nhiều phương diện cũng như các mức độ khác nhau: sống hàm tiêu, đường cong Spee, đường cong Winson biến đổi, các răng xô lệch, khớp cắn bị rối loạn, chức năng ăn nhai bị ảnh hưởng, da mặt bị thoái hóa, cơ mặt mất trương lực, phát âm thay đổi... [11]

Tình hình mất răng nói chung cũng như mất toàn bộ răng nói riêng khác nhau theo dân tộc, quốc gia, vùng lãnh thổ, châu lục cũng như ngay trong một quốc gia và cũng tùy thuộc vào tình hình tuổi thọ của dân số. Nhìn chung, số liệu điều tra dịch tễ học về mất răng toàn bộ cũng như số răng mất trung bình mỗi người thuộc châu Á là thấp hơn so với các nước thuộc châu Âu, châu Úc, châu Đại Dương và Mỹ. Các nghiên cứu cũng cho thấy: tình trạng mất răng tăng dần theo chiều tăng của tuổi và có liên quan tới một số yếu tố nhân khẩu

- xã hội học...Hiện nay mất răng vẫn còn là vấn đề răng miệng của người cao tuổi. Mặc dù trong những thập niên gần đây, người ta thấy số răng tự nhiên còn lại có tăng lên, số người mất răng toàn bộ có giảm.

Trong nghiên cứu của chúng tôi (bảng 3.7) người cao tuổi mất răng chiếm tỷ lệ 71,26% và số răng mất trung bình trên 1 người cao tuổi là $8,50 \pm 8,87$ (bảng 3.8) tỷ lệ này cũng tương đương với tỷ lệ mất răng và số răng mất theo nghiên cứu tại Mỹ năm 1985-1986. Kết quả này thấp hơn so với kết quả nghiên cứu của Trương Mạnh Dũng [22] với tỷ lệ mất răng là 81,73%, và cũng thấp hơn khi so sánh với tác giả La Minh Tân (2011) [93] với tỷ lệ mất răng của nhóm ≥ 60 tuổi đang sinh sống tại Cần Thơ là 97,63%, tác giả Chu Đức Toàn (2012) [94] tiến hành trên NCT quận Đống Đa, Hà Nội thì tỷ lệ mất răng là 89,5%. Theo kết quả điều tra quốc gia (1989 - 1990) so với điều tra 1985-1986 ở Mỹ cho thấy: số người mất răng toàn bộ ở độ tuổi ≥ 70 đã giảm từ 46,3% còn 37,6%. Số người còn 20 răng trở lên tăng từ 20,3% lên 28,0%. Nếu so sánh với tình hình mất răng toàn bộ ở Mỹ 1962 các tác giả thấy: tỷ lệ người có mất răng toàn bộ ở nam năm 1962 là 65,6% nữ là 55,7% tới 1990 đã giảm xuống nhiều với nam còn 38,0% và nữ là 37,0%. Cũng tại Mỹ, Mandel I.D. (1996) cho biết số mất răng toàn bộ là 38,1% ở nhóm tuổi 55-64 trong vòng chưa đầy 30 năm đã giảm còn 15,6% [52]. Theo Thoma Hassell cuối thập niên 50 gần 70% người Mỹ trên 75 tuổi mất răng toàn bộ, đến năm 1971 tỷ lệ ấy xuống còn 60% và đến năm 1983 chỉ còn 50%.

Số răng mất của người cao tuổi tại vùng nông thôn $8,69 \pm 9,02$ là cao hơn so với số răng của người cao tuổi tại khu vực thành thị $8,00 \pm 8,47$ chiếc (bảng 3.8). tuy nhiên sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $P > 0,05$. Có thể giải thích sự khác biệt này là do công tác truyền thông giáo dục sức khỏe về lĩnh vực răng miệng còn chưa tốt ở các vùng nông thôn. Ở vùng nông thôn thì gần như không có cơ sở điều trị nha khoa nào, trừ bệnh viện đa khoa huyện. Việc điều trị

răng ở bệnh viện huyện chủ yếu là nhổ răng hơn là bảo tồn làm tăng thêm tỷ lệ mất răng ở người cao tuổi.

Tỷ lệ mất răng trong nghiên cứu của chúng tôi khá cao có thể giải thích do đối tượng nghiên cứu của chúng tôi là người cao tuổi, sinh sống ở vùng miền núi phía bắc, tại đây điều kiện về kinh tế, xã hội so với cả nước là tương đối khó khăn, điều kiện tiếp cận với các dịch vụ nha khoa không thuận lợi, người dân phải di chuyển 15-50km mới đến được bệnh viện huyện, nơi duy nhất có thể cung cấp các dịch vụ về nha khoa. Đồng thời kết quả này có thể được giải thích bởi nhiều lý do: thứ nhất là hệ thống điều trị, chăm sóc răng miệng phát triển còn ở mức thấp và phân bố không đều. Thứ hai là sự hiểu biết, quan tâm và tự đánh giá tình trạng răng miệng bản thân, hiểu về giá trị của các răng tự nhiên của đối tượng nghiên cứu còn ít do trình độ học vấn hoặc giáo dục nha khoa chưa tốt. Thứ ba là do thói quen sinh hoạt, điều kiện kinh tế. Từ cơ sở này chúng ta có thể đưa ra kế hoạch, biện pháp khắc phục phù hợp.

*** *Tình trạng khớp thái dương hàm:***

Tỷ lệ người cao tuổi không có rối loạn vùng khớp thái dương hàm hay không có dấu hiệu đau ở vùng khớp chiếm tỷ lệ cao là 79%, có 21% có triệu chứng đau vùng khớp. Nhìn chung các dấu hiệu chỉ điểm về rối loạn chức năng khớp thái dương hàm trong nghiên cứu này thường có một tỷ lệ thấp không nổi bật và dễ bị người bệnh bỏ qua không chú ý đến trừ khi ở giai đoạn viêm cấp hoặc tổn thương cấp tính ở khớp thái dương hàm thì người bệnh tự điều trị hoặc để tự khỏi. Theo kết quả của bảng 3.14 tỷ lệ người cao tuổi có triệu chứng chủ quan tại khớp thái dương hàm chiếm 21%; Tỷ lệ này cũng tương ứng với tỷ lệ nghiên cứu điều tra răng miệng cho người cao tuổi toàn quốc ở đề tài cấp bộ với triệu chứng chủ quan tại khớp thái dương hàm chiếm 21%, Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương tự như Kanter R.J.A.M và cộng sự (1992), nghiên cứu xác định nhu cầu và yêu cầu điều trị rối loạn khớp thái

ương hàm ở người cao tuổi. Kết quả cho thấy, tỉ lệ có triệu chứng khớp thái dương hàm ở dân số người cao tuổi như sau: 78,5% không có triệu chứng, 16,6% có triệu chứng vừa, 4,9% có triệu chứng nghiêm trọng và thường xuyên. Theo khám lâm sàng, tỉ lệ này tương ứng theo thứ tự là 55,5%, 41,6%, 2,8% [87].

Kanter R.J.A.M và cộng sự (1992), nghiên cứu trên 6577 người cao tuổi ở Hà Lan, kết quả cho thấy 21,5% người có triệu chứng chủ quan, gần 50% người có triệu chứng khách quan, tỉ lệ nữ nhiều hơn nam [87].

Theo Mai Hoàng Khanh (2009), tỉ lệ người cao tuổi ở TP Cần Thơ có triệu chứng chủ quan ở khớp thái dương hàm là 10,3%. Trong đó, tỉ lệ phần trăm người cao tuổi có triệu chứng chủ quan khớp thái dương hàm ở các nhóm tuổi 60-64, 65-74, ≥ 75 lần lượt là 7,4%, 12%, 11,1%. Tỉ lệ phần trăm người có triệu chứng chủ quan khớp thái dương hàm ở nhóm tuổi 65-74 cao hơn hai nhóm tuổi còn lại. Tỉ lệ người cao tuổi có triệu chứng khách quan khớp thái dương hàm là 19,4%. Tỉ lệ này ở nam là 18,1% và ở nữ là 20,3%. Ở nhóm tuổi 65-74 tỉ lệ người cao tuổi có triệu chứng khách quan ở khớp thái dương hàm là 12%, thấp hơn nhiều so với nhóm tuổi 60 - 64 là 21,1%, nhóm tuổi ≥ 75 là 24,8% [31].

Không thấy có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ở tình trạng rối loạn khớp thái dương hàm ở hai nhóm nam và nữ, giữa các nhóm nghiên cứu ở nông thôn và thành thị với $p > 0,05$. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi khác với kết quả nghiên cứu của tác giả Võ Đắc Tuyển [95] đều cho là tỷ lệ nữ mắc bệnh rối loạn khớp thái dương hàm cao hơn nam giới nguyên do là nữ giới nhạy cảm hơn so với nam nên tỷ lệ họ đến điều trị bệnh này cao hơn. Sở dĩ có sự khác biệt này là do chúng tôi nghiên cứu trên một nhóm cộng đồng người cao tuổi, họ có dấu hiệu của rối loạn khớp nhưng không có nhu cầu điều trị,

chỉ khi được tư vấn về bệnh họ mới có ý thức được rằng những rối loạn về khớp thái dương hàm cần phải điều trị càng sớm càng tốt.

4.2. Nhu cầu điều trị các bệnh răng miệng và một số yếu tố liên quan tới bệnh răng miệng của người cao tuổi tỉnh Yên Bái:

Để đánh giá nhu cầu điều trị bệnh răng miệng, chúng ta phải xem xét dựa vào thực trạng bệnh răng miệng và nhu cầu điều trị của từng cá nhân. Nhu cầu dựa trên thực trạng bệnh phản ánh trung thực hơn về nhu cầu điều trị bệnh do dựa trên các triệu chứng cụ thể và chẩn đoán của bác sỹ nha khoa qua thăm khám lâm sàng. Làm rõ số lượng răng cần điều trị, mức độ, hình thái tổn thương cũng như phương pháp điều trị cụ thể không phụ thuộc vào cảm quan hay ý trí của người bệnh. Nhu cầu điều trị của từng cá thể với bệnh lý cá thể đó mắc phải thường không phản ánh đúng nhu cầu điều trị như nhu cầu dựa trên thực trạng bệnh do phụ thuộc vào nhiều yếu tố như sự hiểu biết của từng cá thể về bệnh lý mắc phải, sự thích nghi của cá thể với bệnh lý mắc phải, điều kiện kinh tế, tâm sinh lý,... trong phạm vi nghiên cứu này chúng tôi đề cập nhu cầu điều trị dựa trên thực trạng bệnh cho các nhóm bệnh sâu răng, mất răng, bệnh quanh răng.

4.2.1. Nhu cầu điều trị thân răng.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tại bảng 3.15 thì có tới 80,4% người cao tuổi có nhu cầu điều trị thân răng (bao gồm trám răng do sâu, do mòn răng, điều trị tủy, phục hình răng...). Đối với vùng thành thị 84,8% lớn hơn so với vùng nông thôn 78,8% và sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $P < 0,05$, và ở giới nữ (82,4%) có nhu cầu điều trị cao hơn ở nam giới (77,5%). So sánh với nghiên cứu của tác giả Nguyễn Võ Duyên Thơ tại thành phố Hồ Chí Minh năm 1992 cho thấy nhu cầu điều trị răng (điều trị phục hồi răng sâu, tiêu cổ răng, chữa tủy...) với số răng cần trám là 37,2%, điều trị tủy là 4,8%, nhu cầu nhổ răng là 60,46% [17], Nhu cầu cần chữa răng của nghiên cứu tại

Melbourne Úc năm 1991 [51] là 59,60%, nhu cầu nhổ răng là 14,57%. Kết quả này cũng gần tương đương với nghiên cứu của Liu L. và cộng sự tại Trung Quốc, nhu cầu điều trị sâu răng nói chung là 97,91% [16].

So sánh với kết quả nghiên cứu của Lê Nguyễn Bá Thụ năm 2015 tại Đắc Lắc với tỷ lệ nhu cầu điều trị thân răng là 95,7% [96]. Tỷ lệ này cao hơn tỷ lệ nhu cầu điều trị của chúng tôi có thể là do vùng Tây Nguyên là vùng kinh tế kém phát triển, nhiều người dân tộc thiểu số, học vấn thấp và với phong tục tập quán chưa tiếp cận nhiều với y học hiện đại. Đồng thời mạng lưới Răng Hàm Mặt ở vùng tây nguyên còn khó khăn hơn so với vùng miền núi phía bắc dẫn đến người dân khó khăn trong việc tiếp cận dịch vụ khám bệnh, chữa bệnh răng miệng nên tỷ lệ mắc bệnh răng miệng cao và tỷ lệ nhu cầu điều trị cao hơn với nghiên cứu của chúng tôi.

Trong nghiên cứu của chúng tôi có 28% người cao tuổi có nhu cầu hàn 1 mặt thân răng với trung bình $0,936 \pm 2,321$ răng, nhu cầu hàn 2 mặt của răng thấp hơn với 2,3% với trung bình $0,036 \pm 0,279$ răng (bảng 3.20). Như vậy sâu răng ở người cao tuổi chủ yếu là sâu ở một mặt của răng và với trung bình một người cao tuổi chỉ sâu có $0,96 \pm 2,40$ răng là một tỷ lệ thấp so với tỷ lệ sâu răng trung bình nhưng so sánh với tổng số răng còn lại trên hàm của người cao tuổi và số răng đã được điều trị thì tỷ lệ này cho thấy cũng cần phải quan tâm và có phương án chăm sóc răng miệng cho người cao tuổi.

Nhu cầu điều trị tủy trong nghiên cứu của chúng tôi là 6,9%, trong đó ở giới Nữ (8,3%) cao hơn nhu cầu điều trị tủy ở giới Nam (4,8%) có ý nghĩa thống kê với $P < 0,05$. (bảng 3.18)

Nhu cầu điều trị đối với thân răng và chân răng của người cao tuổi tăng lên cũng đặt ra những thách thức rất lớn trong công tác truyền thông giáo dục sức khỏe cũng như trong điều trị dự phòng bệnh răng miệng. Người cao tuổi

cần được hướng dẫn vệ sinh răng miệng đúng cách, kiểm soát chế độ ăn, loại bỏ những thói quen răng miệng có hại, điều trị dự phòng các bệnh răng miệng như sâu răng, mòn răng, điều trị tủy răng.... Và đồng thời mở rộng mạng lưới dịch vụ nha khoa đến các vùng miền để người dân nói chung và người cao tuổi nói riêng dễ tiếp cận và đồng thời cũng tuyên truyền việc tham gia Bảo hiểm y tế để người dân sử dụng dịch vụ khám chữa bệnh răng miệng thông qua bảo hiểm y tế nhằm giảm chi phí và gánh nặng cho người bệnh.

4.2.2. Nhu cầu phục hình răng

Phục hình lại răng đã mất có ý nghĩa thiết thực giải quyết những hậu quả của sự mất răng, khôi phục lại chức năng của răng đã mất. đây là biện pháp vừa có ý nghĩa vừa điều trị vừa dự phòng các bệnh về răng miệng. Phục hình lại răng mất duy trì sự ổn định tương đối của các răng còn lại vốn đã không hoàn toàn khỏe mạnh, hạn chế tối đa việc tổn thương hoặc mất thêm răng khác. Nhu cầu điều trị phục hình đi kèm với tỷ lệ mất răng, nếu tỷ lệ mất răng giảm thì nhu cầu phục hình răng cũng giảm theo. Chúng tôi dựa theo tỷ lệ mất răng trong thăm khám để đánh giá nhu cầu điều trị chứ không đánh giá theo nhu cầu mong muốn của người bệnh. Theo quan điểm phục hình răng giai đoạn hiện nay khi mất răng (trừ răng số 8) thì đều phải phục hình răng, thì nhu cầu phục hình răng của người cao tuổi là rất lớn.

Theo nghiên cứu của chúng tôi đối với người cao tuổi tại tỉnh Yên Bái thì tỷ lệ người cao tuổi có nhu cầu phục hình răng là rất cao với 97,7% (bảng 3.19) người cao tuổi có nhu cầu phục hình với các hình thái phục hình từ 01 đơn vị cho đến phục hình nhiều đơn vị và cả phục hình toàn hàm. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu trên người cao tuổi tại bệnh viện Răng Hàm Mặt Trung ương thành phố Hồ Chí Minh (93,7%) [97] tuy nhiên cao hơn nghiên cứu của Phan Văn Việt (2004) nhu cầu phục hình là 83,5% [5]. Nghiên cứu

của chúng tôi cũng cao hơn với nghiên cứu của Kumar G.A (2013) nghiên cứu trên 174 NCT sống tại nhà dưỡng lão ở Hyderabad cho thấy nhu cầu phục hình là 85,6%, tuy nhiên có sự khác biệt là nghiên cứu này chỉ có 8% NCT có nhu cầu phục hình răng 1 đơn vị, trong đó nghiên cứu của chúng tôi có tới 25% NCT có nhu cầu phục hình răng 1 đơn vị [98]. Điều đó cho thấy có thể do điều kiện sống, kinh tế không cho phép nên khi mất ít răng thì NCT tại vùng miền núi phía bắc chưa có điều kiện phục hình lại răng. Hoặc cũng có thể do mạng lưới nha khoa chưa tổ chức đủ rộng để người dân dễ dàng tiếp cận. Nghiên cứu về thực trạng và nhu cầu điều trị phục hình trên NCT tại Ấn Độ được tiến hành từ 04/2011-06/2011 cho thấy trên 80% đối tượng có hàm giả tháo lắp từng phần ở cả 2 cung hàm, 18% có hàm giả tháo lắp toàn phần và 80% NCT có nhu cầu điều trị phục hình. Còn tại Việt Nam năm 2014 Hồng Xuân Trọng nghiên cứu trên 113 NCT tại 04 trung tâm chăm sóc người cao tuổi ở thành phố Hồ Chí Minh. Kết quả cho thấy 16,8% các đối tượng mất răng có mang phục hình thay thế, trong đó hàm giả toàn bộ chiếm tỷ lệ cao nhất, 98,2% đối tượng tham gia nghiên cứu có nhu cầu phục hình [97]. Tương ứng với tỷ lệ nhu cầu điều trị phục hình của chúng tôi. Kết quả nghiên cứu của tác giả Deogade người Ấn Độ cho thấy nhu cầu phục hình của 224 người cao tuổi tại 4 viện dưỡng lão là 75% nữ và 55% nam có nhu cầu phục hình ở hàm trên; 61% nữ và 76% nam có nhu cầu phục hình ở hàm dưới, kết quả nghiên cứu này cho thấy một tỷ lệ rất cao người cao tuổi có nhu cầu phục hình [102].

Kết quả nghiên cứu cho thấy người cao tuổi tại vùng miền núi phía bắc có nhu cầu phục hình lại răng đã mất nhằm đảm bảo chức năng ăn nhai và nâng cao chất lượng cuộc sống là rất cao, đây là một thách thức rất lớn cho

ngành Răng Hàm Mặt nói riêng, công tác an sinh xã hội nói chung vì: chi phí để phục hình răng giả là rất cao ngay cả với người có thu nhập trung bình và trung bình khá, tại các nước phát triển cũng thường phải cân nhắc khi lựa chọn các loại phục hình răng, đa số người cao tuổi là những đối tượng không còn sức khoẻ và khả năng lao động để làm ra tiền, hiện tại nước ta không có chính sách hỗ trợ và chi trả BHYT cho việc phục hình răng giả.

4.2.3. Nhu cầu điều trị bệnh quanh răng:

Nhu cầu điều trị lấy cao răng là 74,3% và hướng dẫn vệ sinh răng miệng và lấy cao răng là 18,7%; nhu cầu điều trị phức hợp là 0,4%, tổng nhu cầu điều trị bệnh quanh răng là 93,4%. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Phan Vinh Nguyên (2006) tỷ lệ cần hướng dẫn vệ sinh răng miệng là 94,3%, lấy cao răng và hướng dẫn vệ sinh răng miệng là 94,3%, Mai Hoàng Khanh (2009), Phan Văn Việt (2004) tỷ lệ cần hướng dẫn vệ sinh răng miệng là 96,1%. Các kết quả trên đều cho kết quả nhu cầu lấy cao răng và hướng dẫn vệ sinh răng miệng là rất cao. Berman J.D (1991) [41] tiến hành trên các đối tượng trên 60 tuổi tại Úc cho thấy 94,9% NCT cần hướng dẫn vệ sinh răng miệng và 18,6% cần điều trị phức hợp. Kết quả nghiên cứu của Lê Nguyễn Bá Thụ năm 2015 tại Đắc Lắc với tỷ lệ người cần được hướng dẫn vệ sinh răng miệng là 10,7%, hướng dẫn lấy cao răng, vệ sinh răng miệng là 67,6%, điều trị phức hợp là 0,7% [96]. Tỷ lệ nhu cầu điều trị bệnh vùng quanh răng của chúng tôi là cao hơn.

Dựa theo kết quả của bệnh quanh răng và nhu cầu điều trị cho thấy chúng ta cần phải quan tâm và mở rộng hơn nữa mạng lưới nha khoa để đáp ứng nhu cầu của người dân, đồng thời tăng cường công tác điều trị bệnh quanh răng cũng là giảm thiểu tình trạng mất răng và làm giảm chi phí điều trị vì kinh phí phục hình răng là rất cao khi so sánh với chi phí điều trị quanh răng và làm giảm chi phí xã hội nói chung.

4.2.4. Một số yếu tố liên quan tới bệnh răng miệng của người cao tuổi tỉnh Yên Bái.

4.2.4.1. Đối với người cao tuổi

** Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu*

Chúng tôi tiến hành phỏng vấn sâu 20 người cao tuổi là đối tượng được chọn vào mẫu nghiên cứu định lượng cho khám lâm sàng tại tỉnh Yên Bái, mỗi xã, phường là 05 người cao tuổi, trong đó 10 người sinh sống tại nông thôn và 10 người sinh sống tại thành thị.

Chúng tôi tiến hành phỏng vấn sâu 20 cán bộ y tế trực tiếp tham gia công tác khám chữa bệnh và quản lý hệ thống chăm sóc sức khỏe cho nhân dân, chia là 3 cấp: cấp tỉnh, cấp huyện và các phòng khám Răng Hàm Mặt tư nhân; mỗi cấp chọn 5-6 cán bộ. Hiện tại số lượng NCT nước ta ngày càng tăng cao mà chưa có một giải pháp chăm sóc sức khỏe răng miệng cho NCT nên chúng tôi tiến hành phỏng vấn sâu để tìm hiểu thêm thông tin về: mức độ phổ biến của bệnh răng miệng ở người cao tuổi trong cộng đồng, các yếu tố liên quan như quan niệm của người cao tuổi về chăm sóc và dự phòng bệnh răng miệng, sự tiếp cận của người cao tuổi với dịch vụ chăm sóc răng miệng, trong trường hợp nào người cao tuổi thấy nhu cầu cần phải đến cơ sở khám chữa răng, phải làm gì để nâng cao chất lượng các dịch vụ chăm sóc răng miệng cho người cao tuổi. Phương pháp phỏng vấn sâu có nhiều ưu điểm như tiết kiệm thời gian, phân tích số liệu dễ hơn phỏng vấn tự do mà vẫn linh hoạt khai thác được thông tin; như vậy lựa chọn phương pháp này khá phù hợp với mục tiêu nghiên cứu. Do thời gian nghiên cứu có hạn nên chỉ tiến hành phỏng vấn được 20 cán bộ y tế nhưng vẫn bao quát được các cấp cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe răng miệng cho NCT.

** Nhận xét về tình hình bệnh răng miệng người cao tuổi*

Theo phiếu PVS, hầu hết các đối tượng được phỏng vấn cho rằng có nhiều NCT đến khám chữa bệnh răng miệng. Các bệnh răng miệng hay gặp ở người cao tuổi là bệnh quanh răng, bệnh sâu răng, bệnh lý tủy, bệnh lý cuống, mất răng và nguyên nhân chủ yếu là do chưa biết cách VSRM. Điều này cho thấy nếu NCT được hướng dẫn cách VSRM đúng cách sẽ giúp giảm tỷ lệ mắc bệnh răng miệng ở NCT.

** Nhận xét ảnh hưởng bệnh răng miệng đến sức khỏe của người cao tuổi*

Theo phiếu PVS, bệnh răng miệng có ảnh hưởng to lớn đến NCT không chỉ gây suy giảm sức khỏe toàn thân (dinh dưỡng, sưng đau, bệnh toàn thân) mà còn ảnh hưởng tâm lý, thẩm mỹ. Nếu không được chữa trị kịp thời, bệnh răng miệng có thể gây biến chứng viêm nhiễm và mất răng. Vì vậy, để nâng cao chất lượng cuộc sống cho NCT - đối tượng đang ngày càng tăng ở nước ta hiện nay, chúng ta cần phòng chống bệnh răng miệng ở NCT.

** Nhận xét về nhu cầu khám chữa bệnh răng miệng của người cao tuổi*

Theo phiếu PVS, hầu hết các đối tượng được phỏng vấn cho rằng thực tế NCT có đi khám chữa bệnh răng miệng. Những người hay đi khám chủ yếu là do đau, khó chịu khi ăn nhai, quan tâm đến sức khỏe răng miệng, có điều kiện về kinh tế và thời gian. Những người không hay đi khám là do chưa đau, không quan tâm, không có điều kiện.

Những bác sĩ nha khoa được phỏng vấn cho rằng bệnh răng miệng có nhu cầu khám chủ yếu là mất răng, viêm quanh răng, viêm nhiễm cấp tính gây đau. Kết quả này cho thấy vẫn còn khá nhiều NCT không quan tâm đến sức khỏe răng miệng, không có điều kiện kinh tế cũng như thời gian để đi khám chữa bệnh răng miệng. Những NCT này chỉ đi khám khi đau, khó chịu và xuất hiện những hậu quả như mất răng, viêm nhiễm cấp tính gây đau.

**. Ý kiến về kiến thức, thực hành phòng chống bệnh răng miệng của người cao tuổi*

Theo phiếu PVS, tất cả những đối tượng được phỏng vấn cho rằng NCT có biết cần phải chăm sóc bệnh răng miệng và hầu hết cho rằng NCT có biết những việc cần làm để phòng bệnh răng miệng nhưng chưa đầy đủ.

NCT đã biết các phương pháp VSRM như chải răng, dùng nước súc miệng và dùng chỉ tơ nha khoa. Tuy nhiên, NCT chưa biết khám răng định kỳ và cách chải răng đúng cách.

Hầu hết các những đối tượng được phỏng vấn cho rằng NCT đã được cung cấp kiến thức, hướng dẫn phòng bệnh răng miệng; chủ yếu là qua các phương tiện truyền thông như tivi, báo, đài; qua quá trình khám chữa bệnh được các cán bộ y tế hướng dẫn hoặc được con cái hướng dẫn. Như vậy, NCT đã được cung cấp kiến thức phòng chống bệnh răng miệng nhưng chưa đầy đủ, chưa có hệ thống và đồng bộ. Điều này dẫn đến việc thực hành các biện pháp VSRM chưa đầy đủ và đúng cách.

4.2.4.2. Đối với cán bộ Y tế và hệ thống chính sách Y tế chăm sóc sức khỏe

Về hệ thống tổ chức chuyên ngành khám chữa răng hàm mặt ở địa phương, cơ sở, những đối tượng được phỏng vấn cho rằng cần tăng cường vai trò của y tế cơ sở, nghĩa là đẩy mạnh đầu tư việc khám chữa bệnh răng hàm mặt ở tuyến phường xã, tuyến huyện và y tế tư nhân. Điều này tương tự với biện pháp thứ 2 của *Hiệp hội nha khoa Anh quốc*: Các cơ quan y tế địa phương phải tìm cách sáng tạo trong cung cấp dịch vụ răng cho người lớn tuổi và phối hợp nha khoa với các dịch vụ khác. Cần tăng cường công tác dự phòng: tuyên truyền giáo dục sức khỏe răng miệng cho NCT toàn diện và khám, tư vấn định kỳ để phát hiện và điều trị bệnh sớm. Anh cũng đưa ra chính sách khám miễn phí cho bệnh nhân từ 65 tuổi trở lên. Trong phong trào Nhật Bản khỏe mạnh, họ cũng đề ra mục tiêu cụ thể rằng: 30% hoặc nhiều hơn NCT

được khám nha khoa định kỳ [92]. Komiyama cũng đưa ra những chính sách như cung cấp kiến thức cho NCT và người chăm sóc, cung cấp chăm sóc sức khỏe răng miệng toàn diện tại phòng khám nha [99].

Ngoài ra, còn có các ý kiến khác như cập nhật hơn, chuyên nghiệp hóa việc khám chữa bệnh răng hàm mặt cho NCT, đầu tư mở thêm chuyên khoa răng người già. Điều này cũng được nhắc đến trong chính sách của Malaysia như đào tạo nha sĩ tại khoa lão nha.

Về chế độ chính sách khám chữa, phòng bệnh răng miệng cho NCT, đa phần những đối tượng được phỏng vấn cho rằng cần có chế độ chính sách khám chữa, phòng bệnh răng miệng cho NCT như chế độ BHYT riêng cho NCT; khám, tư vấn, hướng dẫn định kỳ miễn phí cho NCT; tăng số lượng dịch vụ được chi trả theo chế độ của NCT; triển khai dịch vụ khám chữa bệnh tại nhà cho NCT không đi lại được. Malaysia cũng đề xuất thành lập các đội chăm sóc tại nhà, sử dụng thiết bị thích hợp cho những dịch vụ ngoại tuyến [10]. Nhật Bản đưa ra chính sách cung cấp dịch vụ vệ sinh răng miệng và hướng dẫn chăm sóc răng miệng cho NCT cần chăm sóc tại nhà. Tại Anh thì khuyến khích cung cấp một số nhà lưu trú và dưỡng bệnh cho bác sĩ với các thiết bị di động cho công việc chăm sóc tại nhà.

Những điều kiện cần thiết để tổ chức thực hiện chăm sóc bệnh răng miệng tốt hơn cho NCT, 40% người được phỏng vấn cho rằng cần phải có quỹ đầu tư, 45% cho rằng cần cơ sở vật chất, trang thiết bị như dụng cụ lấy cao răng tại nhà cho NCT không đi lại được và 45% người được phỏng vấn cho rằng cần đào tạo nhân lực nha cộng đồng và chuyên khoa răng NCT. Điều này tương tự với biện pháp thứ 18 của Hiệp hội nha khoa Anh quốc: Dịch vụ nha khoa cộng đồng cần có nguồn lực phù hợp để cho phép các nha sĩ cung cấp các dịch vụ chuyên môn và sự lãnh đạo/dẫn hướng đối với các nha sĩ và nha sĩ phụ trợ chuyên nghiệp cung cấp dịch vụ chăm sóc người cao tuổi,

ngoài ra Hiệp hội cũng đưa ra chính sách đào tạo về nha khoa chăm sóc đặc biệt, về răng giả toàn phần và một phần. Malaysia cũng đưa ra chính sách cung cấp thiết bị thích hợp cho chăm sóc tại trung tâm, tại phòng khám và tại nhà, cập nhật kiến thức cho nha sĩ và trợ thủ.

Tất cả những bác sĩ nha khoa được phỏng vấn đều cho rằng những loại dịch vụ khám chữa bệnh răng miệng cho NCT như nhổ răng, chữa răng, làm răng giả nên được làm ở tuyến cơ sở nếu có đủ khả năng như tuyến huyện, tỉnh và các phòng khám răng hàm mặt tư nhân.

Về giá cả dịch vụ, cần có chế độ hỗ trợ giá cho NCT như bảo hiểm y tế, hỗ trợ một phần cho răng giả; điều chỉnh mức giá phù hợp đối với NCT. Ngoài ra, còn có những ý kiến khác như xây dựng giá cả đồng bộ giữa các tuyến, cân nhắc giá cả và chất lượng dịch vụ. Malaysia có chính sách ưu tiên điều trị cho NCT. Anh cũng có chính sách đơn giản hóa và công khai với NCT và người chăm sóc về thông tin của việc miễn toàn bộ và một phần chi phí nha khoa từ Dịch vụ y tế quốc gia.

Các hoạt động phòng bệnh răng miệng cần tổ chức cho NCT để có thể giảm tỷ lệ mắc bệnh răng miệng ở NCT là truyền thông giáo dục SKRM (50%) và khám, tư vấn định kỳ (55%) để phát hiện và điều trị bệnh kịp thời.

Tất cả những bác sĩ nha khoa và đa số người cao tuổi được phỏng vấn đều cho rằng rất cần cung cấp kiến thức, hướng dẫn phòng bệnh răng miệng cho NCT. Trong đó, nội dung là tác hại của bệnh răng miệng, phương pháp VSRM, các bệnh răng miệng thường gặp và cách dự phòng. Phương pháp nên là phương pháp trực quan để NCT dễ hiểu và thực hành; ngoài ra kết hợp với công tác truyền thông qua loa đài, sách báo, tivi. Tài liệu nên được lấy từ sách nha cộng đồng. Công tác cung cấp kiến thức, hướng dẫn phòng bệnh răng miệng nên được thực hiện bởi cơ quan địa phương kết hợp với cơ sở chuyên khoa, đặc biệt là chuyên khoa nha cộng đồng. Ngoài ra, còn có ý

kiến cho rằng nên tập huấn cho tổ dân phố, y tế xã phường để thực hiện hướng dẫn trực tiếp cho NCT. Đối với công tác truyền thông, một số bác sĩ nha khoa được phỏng vấn cho rằng nên kết hợp giữa cơ quan truyền thông và chuyên khoa Răng Hàm Mặt. Thêm vào đó, công tác dự phòng cũng có thể được thực hiện trong quá trình khám chữa bệnh do các bác sĩ Răng Hàm Mặt và các Điều dưỡng nha khoa thực hiện.

Qua khảo sát ý kiến thu thập được từ các bác sĩ Răng Hàm Mặt, chúng tôi thấy rằng giáo dục VSRM và khám răng định kỳ là vô cùng quan trọng với sức khỏe răng miệng NCT. Nhật Bản, Anh và Malaysia cũng đã nhận ra điều này nên đã đẩy mạnh nội dung này: Nhật Bản có phong trào 80-20, tuần Vệ sinh răng miệng, giáo dục sức khỏe và tư vấn phòng bệnh răng miệng như là một phần của dịch vụ y tế cho NCT; Anh có biện pháp đánh giá rủi ro về sức khỏe răng miệng miễn phí cho bệnh nhân từ 60 tuổi trở lên; Malaysia thúc đẩy vệ sinh răng miệng như một phần của chăm sóc sức khỏe chung. Mặc dù tình hình kinh tế - xã hội của các nước khác nhau nhưng cũng có những chính sách nước ta có thể học tập và nghiên cứu sâu thêm để áp dụng vào thực tế Việt Nam.

4.3. Đánh giá hiệu quả can thiệp phòng chống bệnh răng miệng trong chương trình chăm sóc sức khỏe răng miệng ban đầu cho người cao tuổi tại tỉnh Yên Bái.

Bệnh răng miệng tại Việt Nam đang có chiều hướng gia tăng nhất là tại nông thôn và miền núi, mặc dù đã tích cực triển khai các chương trình dự phòng bệnh răng miệng như: truyền thông giáo dục SKRM, dùng nước súc miệng có Fluor, các dự phòng lâm sàng... Hiện nay, các nghiên cứu đánh giá hiệu quả can thiệp chăm sóc răng miệng ở trong nước và thế giới phần lớn tập trung vào dự phòng sớm ở nhóm tuổi trẻ. Kết quả sau khi can thiệp đều cho thấy chỉ số SMT giảm khá nhiều. Đối với NCT, những nghiên cứu can thiệp

lâm sàng vẫn còn rất thiếu, chưa đồng bộ và nếu có chỉ là các chương trình giáo dục nha khoa cộng đồng.

Chúng tôi tiến hành các hoạt động can thiệp chăm sóc SKRM cho NCT tại trạm y tế phường, xã.

Theo kết quả nghiên cứu điều tra cơ bản ban đầu của tỉnh Yên Bái cho thấy tình trạng các bệnh răng miệng chiếm một tỷ lệ cao, nhu cầu điều trị rất lớn tuy nhiên khả năng đáp ứng điều trị lại ở mức không cao vì rất nhiều các lý do khách quan. Nhìn chung về nhận thức và hiểu biết của người cao tuổi trong nhóm đối tượng nghiên cứu về các kiến thức nha khoa thông thường đặc biệt là các bệnh sâu răng, viêm quanh răng rất hạn chế; các đối tượng hầu hết là thờ ơ, thiếu tích cực với việc đến các cơ sở y tế để khám chữa bệnh bên cạnh đó khả năng bảo vệ sức khỏe răng miệng của NCT tại đây bị sao nhãng và thiếu khoa học (chủ yếu là tự chữa theo truyền miệng). Đứng trước tình hình thực tế trên, chúng tôi tiến hành nghiên cứu can thiệp nhằm cải thiện tình trạng sức khỏe răng miệng và từ đó đề xuất một số biện pháp can thiệp với SKRM trên người cao tuổi.

Trong tương lai, cần thành lập mô hình câu lạc bộ sức khỏe tại địa phương để thực hiện các hoạt động dự phòng bệnh cho NCT tại đây. Thực hiện Luật NCT, ngoài các Trung tâm dưỡng lão do nhà nước và tư nhân xây dựng, tại các địa bàn dân cư, nhiều chi hội NCT, cơ quan, xí nghiệp đã thành lập câu lạc bộ sức khỏe, câu lạc bộ văn hóa, thể dục dưỡng sinh, câu lạc bộ thể thao: bóng đá, bóng chuyền hơi, bóng bàn, cầu lông, cờ tướng.... Đây là một trong những mô hình chăm sóc sức khỏe NCT theo hướng phòng bệnh hơn chữa bệnh, đã thu hút được sự tham gia đông đảo và nhiệt tình của NCT. Mô hình câu lạc bộ sức khỏe có ưu điểm là xã hội hóa được công tác chăm sóc sức khỏe hay mục tiêu dự phòng là chính và đã thu hút được nhiều NCT cùng tham gia, được chính quyền địa phương, cộng đồng xã hội tạo điều kiện giúp đỡ về địa điểm sinh hoạt và một phần kinh phí hoạt động.

4.3.1. Thông tin chung về nhóm can thiệp và nhóm đối chứng

Trong nghiên cứu can thiệp chúng tôi lựa chọn ngẫu nhiên với tổng số là 320 người cao tuổi thuộc 04 phường, xã: là xã Đại Đồng, xã Tân Hương, phường Đồng Tâm, phường Yên Ninh trên địa bàn của tỉnh Yên Bái có tình hình kinh tế khá tương đồng, địa bàn sinh sống có giao thông thuận tiện. Trong nhóm nghiên cứu có 56,6% là nữ còn lại là nam giới, không có sự khác biệt về giới giữa hai nhóm can thiệp và đối chứng. Nhóm tuổi trong nghiên cứu can thiệp chúng tôi cũng chia ra làm 3 độ tuổi: 60-64 tuổi, 65-74 tuổi và trên 75 tuổi với tỷ lệ tương ứng là 27,8%; 53,8%; 18,4%. Để có sự khách quan trong nghiên cứu chúng tôi đã lựa chọn hai phường thuộc thành phố Yên Bái đại diện cho thành thị và hai xã thuộc huyện Yên Bình đại diện cho vùng nông thôn với tỷ lệ của hai vùng là bằng nhau mỗi vùng bao gồm 160 người cao tuổi. Độ tuổi trung bình của hai nhóm nghiên cứu 69,1 tuổi và không có sự khác biệt về độ tuổi ở các nhóm. Đánh giá về tỷ lệ sâu răng theo lứa tuổi của hai nhóm nghiên cứu chúng tôi thấy tại nhóm can thiệp ở lứa tuổi trên 75 tỷ lệ sâu răng cao nhất chiếm 50%; thấp nhất là ở lứa tuổi 60-64 chiếm 33,3%; còn ở nhóm đối chứng tỷ lệ sâu răng ở lứa tuổi từ 65- 74 chiếm 36,6%; thấp nhất là ở lứa tuổi trên 75 tỷ lệ sâu răng chiếm 21,7% tuy nhiên không có sự khác biệt về tỷ lệ sâu răng giữa các nhóm tuổi ở cả hai nhóm nghiên cứu. Tỷ lệ sâu răng ở hai nhóm tại thời điểm trước khi can thiệp không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$: nhóm can thiệp có 41,9% NCT bị sâu răng, ở nhóm đối chứng có 33,1% (Bảng 2.24). Kết quả chung ở cả hai nhóm đối chứng và can thiệp thì tỷ lệ sâu răng ở mỗi lứa tuổi đều trên 30%; tỷ lệ sâu răng ở nam chiếm 33,8%, nữ chiếm 40,3% (bảng 2.25). và tỷ lệ này không có sự khác biệt với $p > 0,05$.

Đánh giá về tình trạng sâu chân răng tại thời điểm trước can thiệp (bảng 3.26) cho thấy ở lứa tuổi trên 75 tỷ lệ sâu chân răng chiếm tỷ lệ cao nhất chiếm 27,1%; thấp nhất ở lứa tuổi 60-64 tỷ lệ này chiếm 15,7%; điều này đồng nghĩa với việc những người cao tuổi ở lứa tuổi dưới 65 sức khỏe còn tốt hơn NCT ở lứa tuổi ≥ 75 , họ vẫn còn khả năng hoạt động nhanh nhẹn, trí não đôi khi cũng hoạt động tốt hơn, minh mẫn hơn do vậy nên khả năng vệ sinh răng miệng cũng tốt hơn nên tình trạng sâu chân răng cũng thấp hơn.

Đánh giá về tình hình mất răng tại thời điểm trước can thiệp chúng tôi thấy rằng ở lứa tuổi càng cao tỷ lệ mất răng càng nhiều, điều này cũng đúng như thực tế vẫn xảy ra như ở lứa tuổi ≥ 75 tỷ lệ mất răng chiếm tỷ lệ cao nhất 93,2%; thấp nhất là ở lứa tuổi dưới 64 tỷ lệ này chỉ chiếm 59,6%.

Chỉ số sâu mất trám của NCT tỉnh Yên Bái trước can thiệp chiếm $4,29 \pm 5,36$. Kết quả của nghiên cứu mô tả cắt ngang giúp chúng tôi xác định được tỷ lệ bệnh sâu răng, từ đó ước lượng tỷ lệ bệnh sâu răng của nhóm can thiệp (hướng dẫn VSRM và sử dụng nước súc miệng Fluor 0,2%) và nhóm đối chứng trước và sau can thiệp. Trong nghiên cứu của chúng tôi lựa chọn phương pháp nghiên cứu can thiệp nhằm đánh giá hiệu quả dự phòng bệnh răng miệng bằng giáo dục nha khoa và sử dụng nước súc miệng có Fluor 0,2% tại các thời điểm 6 tháng, 12 tháng, 18 tháng với các chỉ số về sâu răng, mất răng, số trung bình răng sâu, răng mất và quan trọng là chỉ số sâu răng, sâu chân răng, SMT và chỉ số hiệu quả can thiệp tại các thời điểm. Hiện vẫn chưa có nghiên cứu nào tại Việt Nam sử dụng nước súc miệng Fluor 0,2% trong dự phòng bệnh sâu răng ở người cao tuổi. Vì vậy để có hiệu quả cao, chính xác trong nghiên cứu chúng tôi phải căn cứ vào tình trạng sâu răng cũng như nguy cơ sâu răng của các nhân hay cộng đồng để quyết định biện pháp và liều lượng Fluor khi điều trị và giảm thiểu một cách tối đa tác dụng phụ do Fluor gây ra.

Để tiến hành thành công nghiên cứu này trong quá trình thực hiện chúng tôi đã phải chuẩn bị một cách rất tỉ mỉ, phải được sự hậu thuẫn và đồng ý của rất nhiều cấp, chính quyền từ: Viện Đào Tạo Răng Hàm Mặt, Sở Y Tế tỉnh Yên Bái, các Trung tâm Y tế, trạm Y tế và sự đồng tình ủng hộ của một đội ngũ cộng tác viên đông đảo, nhiệt tình hết lòng vì cộng đồng. Nghiên cứu can thiệp nhằm xác định vai trò tái khoáng hóa của Fluor trong dung dịch nước súc miệng lên men và ngà răng ở người cao tuổi. Chúng tôi đã thực hiện theo khuyến cáo của hiệp hội nha khoa Mỹ (ADA) về việc sử dụng Fluor tại chỗ mà không gây ảnh hưởng tới sức khỏe toàn thân của người cao tuổi. Trong nghiên cứu này sử dụng dung dịch súc miệng Fluor 0,2% dự phòng sâu răng áp dụng tại nhà sau khi đã được hướng dẫn một cách cụ thể tại trạm y tế xã, phường. Kỹ thuật này đơn giản không đòi hỏi phương tiện phức tạp do vậy bất cứ người cao tuổi nào cũng có thể tự mình thực hiện được một cách dễ dàng. Nghiên cứu được thực hiện trên một số lượng lớn NCT, để đảm bảo để theo dõi cũng như hạn chế sự mất và thiếu hụt mẫu chúng tôi đã liên hệ trước với các cộng tác viên tại trạm y tế xã phường trước mỗi kỳ kiểm tra, gửi giấy mời tới tận gia đình và liên hệ trước các phương tiện vận chuyển đối tượng nghiên cứu để đảm bảo họ sẽ tới đúng hẹn vào thời điểm khám lại định kỳ, trừ một số đối tượng không tới nơi khám định kỳ được đều được nghiên cứu viên tới tận gia đình khám lại và tư vấn cụ thể. Để hạn chế sai số và mất và thiếu hụt mẫu trong thời gian nghiên cứu nên chúng tôi đã thực hiện trên một số lượng lớn NCT nhằm tăng thêm lượng mẫu so với số lượng đã tính toán, theo cỡ mẫu thì mỗi xã, phường cần lấy.

Song song với việc đánh giá hiệu quả của nước súc miệng có Fluor trên NCT có đối chứng thì công tác giáo dục SKRM nhằm tác động tới hiểu biết, từ đó cải thiện thái độ và thực hành chăm sóc, bảo vệ sức khỏe bản thân của chính đối tượng cũng được triển khai. Chúng tôi đã tiến hành các hoạt động

can thiệp về truyền thông giáo dục sức khỏe, hướng dẫn vệ sinh răng miệng được tiến hành thông qua các buổi nói chuyện theo chuyên đề; chải răng có giám sát: hướng dẫn chải răng bằng phương pháp Toothpick trên mô hình thông qua hình ảnh và video clip; giáo dục cá nhân lồng ghép khi khám chữa bệnh; tài liệu tuyên truyền, tờ rơi (cỡ chữ to) được phát cho NCT sau khi được phỏng vấn và khám lâm sàng bằng bộ câu hỏi phỏng vấn và bệnh án; dán và treo các tranh ảnh có nội dung về vệ sinh răng miệng tại trạm y tế phường đảm bảo thẩm mỹ và trực quan; tập huấn nâng cao kiến thức chuyên môn cho cán bộ y tế tại trạm y tế phường về bệnh sâu răng, BQR, phương pháp chải răng và các kỹ năng truyền thông giáo dục sức khỏe cho NCT. Hình thành một mạng lưới cán bộ truyền thông giáo dục SKRM đủ khả năng thực hiện các hoạt động truyền thông trong quá trình can thiệp. Ngoài ra chúng tôi còn kết hợp truyền thông SKRM tại trạm y tế phường khi NCT đến khám sức khỏe.

4.3.2. Hiệu quả can thiệp với sâu răng ở người cao tuổi

Trước can thiệp tỷ lệ sâu răng của nhóm đối chứng là 33,1% tỷ lệ này tăng lên 39,4% sau 6 tháng; lên tới 44,4% sau 12 tháng; kết quả sau 18 tháng tỷ lệ sâu răng của nhóm này là 50,6%. Ở nhóm can thiệp tỷ lệ sâu răng ban đầu là 41,9% sau 6 tháng, 12 tháng, 18 tháng tỷ lệ sâu răng giảm lần lượt còn 38,8%; 36,9%; 29,4% như vậy tỷ lệ sâu răng càng giảm theo thời gian cho thấy sau khi sử dụng nước súc miệng có Fluor cho hiệu quả rõ rệt trên NCT có nguy cơ sâu răng cao. Tuy nhiên dưới tác dụng của Fluor chỉ có thể làm hoàn nguyên được các sâu răng sớm còn các tổn thương sâu răng khi đã hình thành lỗ sâu thì Fluor chỉ có tác dụng làm chậm quá trình phát triển của tiến trình sâu răng. Như vậy, tỷ lệ sâu răng của nhóm can thiệp trong nghiên cứu giảm là do nước súc miệng Fluor đã có tác dụng làm giảm tỷ lệ sâu răng tăng lên và một phần tỷ lệ sâu răng giảm còn có thể do các răng sâu không điều trị bị nhổ bỏ làm tỷ lệ mất răng tăng lên.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng phù hợp với một số nghiên cứu như Nasser năm 2007 nghiên cứu phòng ngừa sâu răng của nước súc miệng có NaF 0,2% làm giảm chỉ số SMT so với nhóm đối chứng là 51,5% trong thời gian 6 năm liên tục; kết quả của chúng tôi sau 18 tháng tỷ lệ sâu răng giảm 12,5% thấp hơn so với kết quả nghiên cứu trên nhưng chúng tôi tin rằng nếu nghiên cứu trong một thời gian dài thì hiệu quả điều trị sẽ tăng lên khá nhiều. Một nghiên cứu khác của tác giả Twetman báo cáo giảm tỷ lệ sâu răng tới 30% ; của tác giả Ripa giảm tới 54,1% sau 6 năm; giảm 76,1% tại nghiên cứu của tác giả Yoshihara; 14,2% cho nghiên cứu của tác giả Lovwa sau chương trình 3 năm sử dụng nước súc miệng. Các nghiên cứu trên đều cho thấy kết quả rất khả quan của nước súc miệng có Fluor trong chương trình phòng chống sâu răng ở các lứa tuổi, như vậy cần phổ biến sử dụng nước súc miệng có Fluor lâu dài và rộng khắp trên cả nước.

Theo kết quả can thiệp chỉ số hiệu quả phòng bệnh sâu răng theo thời gian (bảng 3.30) ở nhóm can thiệp sau 18 tháng với chỉ số 24,7 thấp hơn so với nhóm đối chứng là 66,2, chứng tỏ rằng khi dùng nước súc miệng Fluor 0,2% có hiệu quả phòng sâu răng đối với người cao tuổi, kết quả có ý nghĩa thống kê với $P < 0,01$

Chỉ số hiệu quả phòng bệnh sâu răng của nhóm can thiệp sau 18 tháng dùng nước súc miệng Fluor 0,2% theo tuổi thì tại lứa tuổi 60-64 là 26,9; lứa tuổi 65-75 là 24,5; lứa tuổi ≥ 75 là 24,8. So sánh với chỉ số hiệu quả phòng bệnh sâu răng sau 18 tháng của nhóm đối chứng lứa tuổi 60-64 là 127,9; lứa tuổi 65-75 là 37,8; lứa tuổi ≥ 75 là 109,6. Thì hiệu quả phòng bệnh của nhóm can thiệp ở lứa tuổi ≥ 75 và 65-74 là có ý nghĩa thống kê với $P < 0,05$ và $P < 0,01$. Có thể giải thích, ở nhóm ≥ 75 tuổi hiệu quả khá cao so với nhóm tuổi 65-74 trên có thể do người già ở lứa tuổi cao này thực hiện việc tuân thủ qui trình can thiệp nước súc miệng theo hướng dẫn của nhóm nghiên cứu nghiêm

túc, mặc dù sức khỏe yếu hơn các nhóm tuổi trẻ. Trong các nhóm tuổi hiệu quả can thiệp ở nhóm tuổi 60-64 là tốt nhất nguyên do là vì ở lứa tuổi này sức khỏe tốt hơn hai nhóm tuổi trên và số răng còn trên cung hàm cũng nhiều hơn ở hai nhóm trước, nhóm tuổi này cũng tuân thủ qui trình xúc miệng tốt hơn, nghiêm túc hơn nên chỉ số can thiệp so sánh của nhóm can thiệp và nhóm đối chứng là 154,8 tuy nhiên sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$. Ở lứa tuổi 64-74 tuổi chỉ số can thiệp là 62,3 là thấp nhất so với hai nhóm tuổi có thể là do ở lứa tuổi này số lượng NCT nhiều nhất so với hai nhóm trên, số lượng răng trên cung hàm cũng còn tương đối nhiều nên số lượng răng sâu cũng nhiều hơn ở các nhóm khác.

Trước can thiệp, cơ cấu chỉ số SMT của hai nhóm gần tương đương nhau, nhóm can thiệp là $4,34 \pm 5,26$; nhóm đối chứng là $4,25 \pm 5,48$ sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê (bảng 3.28). Với chỉ số SMT trước can thiệp thì thành phần mất răng là chủ yếu, tiếp theo là sâu răng và cuối cùng là trám răng. Sau can thiệp ở cả hai nhóm có trị số SMT tăng lên do quá trình sâu răng, mất răng của người cao tuổi. Chỉ số SMT sau can thiệp của cả 2 nhóm can thiệp và nhóm đối chứng đều tăng lên nhưng ở nhóm can thiệp chỉ số tăng lên thấp hơn, chỉ số sau 6, 12, 18 tháng là $4,39 \pm 5,24$; $4,43 \pm 5,22$ và $4,46 \pm 5,20$ so sánh với chỉ số SMT sau can thiệp của nhóm đối chứng sau 6, 12, 18 tháng thì cao hơn là $4,46 \pm 5,45$; $4,69 \pm 5,43$ và $5,03 \pm 5,35$. Đồng thời chỉ số hiệu quả sau 6, 12, 18 tháng của nhóm can thiệp cũng nhỏ hơn chỉ số của nhóm đối chứng (bảng 3.38), chứng tỏ sử dụng nước súc miệng Fluor 0,2% có làm giảm chỉ số SMT và có tác dụng phòng chống bệnh răng miệng ở người cao tuổi

Đánh giá tình trạng sâu thân răng tại các thời điểm cho thấy sau 6 tháng tình trạng sâu thân răng là 36,9% giảm so so với thời điểm trước can thiệp là 4,4% đánh giá theo chỉ số hiệu quả sẽ là 10,7. Sau 12 tháng tỷ lệ sâu thân răng chỉ còn 34,4% giảm hơn so với thời điểm ban đầu 6,9%, chỉ số hiệu quả 16,7.

Nghiên cứu của tác giả Jone J người Mỹ (2012) khi nghiên cứu trên 140.114 cựu chiến binh Mỹ với độ tuổi trung bình là 60 trong thời gian là 2 năm với phương pháp đánh giá hiệu quả của Fluor trong việc ngăn ngừa sâu răng ở những người có nguy cơ sâu răng cao kết quả cho thấy tỷ lệ sâu răng giảm 17-20%. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn có lẽ là do cách đánh giá kết quả khác nhau, Jone J đánh giá hiệu quả trước sau can thiệp còn phương pháp nghiên cứu của chúng tôi là can thiệp lâm sàng có đối chứng.

Kết quả sau 18 tháng tỷ lệ sâu chân răng tiếp tục giảm hơn so với thời điểm ban đầu là 15%. Chúng tôi nghiên cứu đánh giá hiệu quả can thiệp bằng chỉ số hiệu quả đối với tỷ lệ sâu thân răng và chỉ số hiệu quả theo thời gian, ở nhóm can thiệp giai đoạn 18 tháng là 36,3 nhỏ hơn với nhóm đối chứng là 41,9. So sánh có ý nghĩa thống kê với $P < 0,01$. Như vậy hiệu quả của nước súc miệng Fluor 0,2% có tác dụng tốt trong phòng bệnh sâu răng. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn của tác giả Griffin S.O. năm 2007 cho thấy tỷ lệ sâu răng giảm 29% hàng năm, và tác giả khẳng định rằng: Fluor giúp phòng ngừa sâu răng ở mọi lứa tuổi. Sở dĩ có sự khác nhau về kết quả nghiên cứu vì đối tượng nghiên cứu của chúng tôi là NCT sử dụng nước súc miệng Fluor 0,2% với tần xuất 02 lần/tuần còn của tác giả Griffin sử dụng nước súc miệng có Fluor hàng ngày nên cho hiệu quả tốt hơn [84].

Nghiên cứu của chúng tôi cho kết quả giống như một tổng kết trên tổng số 35 nghiên cứu khác nhau của tác giả Jagan P, Nusrath Fareed, Hemanth Battur (2015) ở Ấn Độ tại thời điểm từ năm 1971 tới 2012 khi sử dụng nước súc miệng có Fluor 0,2% súc miệng hàng tuần trong phòng chống sâu răng trên người trưởng thành cho thấy kết quả đã làm giảm tình trạng sâu răng từ 15 - 65,5% với cỡ mẫu nghiên cứu từ 79-2900 đối tượng ở rất nhiều các độ tuổi khác nhau, ở một số các nghiên cứu dọc tỷ lệ sâu răng giảm ở người cao

tuổi giảm từ 15 đến 19,9%, điều này cho thấy kết quả rất tốt của nước súc miệng phòng chống sâu răng có Fluor [104].

*** *Hiệu quả can thiệp về tỷ lệ sâu chân răng ở người cao tuổi***

Sự phân bố bệnh sâu chân răng trong khoang miệng rất khác nhau. Tỷ lệ sâu răng ở răng hàm của hàm dưới là cao nhất, tiếp đó là răng hàm và răng cửa hàm trên. Răng cửa dưới dường như ít bị ảnh hưởng nhất. Răng mà có bề mặt giữa lớn lại ở bên trong cùng thì bị ảnh hưởng nhiều hơn so với răng có bề mặt tiếp xúc với lưỡi và ở vòm miệng. Đặc điểm này có những nét tương tự so với việc làm sạch đường trong miệng mà đã được Dawes và Macpherson (1993) chứng minh. Việc bề mặt chân răng bị lộ ra không tự động dẫn đến bệnh sâu chân răng nhưng nó cũng là điều kiện để chân răng tiếp xúc với thức ăn và đọng lại thức ăn dẫn đến nguy cơ sâu chân răng. Khi răng được ngâm trong nước có chứa Fluor thì có tác dụng có ích cho việc hạn chế bệnh sâu chân răng (Stamn and Bantinh 1980; Brustman 1986); Những nghiên cứu cho thấy những người có từ 20-30 năm sống ở những khu vực mà lượng Fluor trong nước là tốt nhất thì kết quả có tỷ lệ sâu chân răng thấp. Có một số phương pháp ngăn ngừa bệnh sâu răng rất phổ biến như: Súc miệng bằng nước muối hay bằng hợp chất có chứa Fluor và thiếc hoặc sử dụng thuốc đánh răng có chứa Fluor và gel APF (acidulade phosphate fluoride), gel NaF, Varnish fluor. Đây là những loại thuốc rất có ích với việc ngăn ngừa sự nhạy cảm ngà cũng như bệnh sâu chân răng. Trong nghiên cứu của chúng tôi sử dụng nước súc miệng với nồng độ Fluor cao 0,2% để xem xét hiệu quả trên người cao tuổi. Kết quả đánh giá bởi các chỉ số hiệu quả trước và sau điều trị và giữa nhóm can thiệp và nhóm đối chứng.

Tỷ lệ sâu chân răng trước khi can thiệp ở nhóm can thiệp là 20,6% và ở nhóm đối chứng là 21,3%. Tỷ lệ này là tương đồng không có ý nghĩa thống kê với $P > 0,05$. Tỷ lệ sau can thiệp 12 và 18 tháng đối với nhóm can thiệp là 26%

và 24% và chỉ số hiệu quả là 20,9 và 27,2. So sánh với nhóm đối chứng tỷ lệ sâu chân răng sau 12, 18 tháng là 26,9 và 31,9 và chỉ số hiệu quả là 26,3 và 49,8. So sánh có ý nghĩa thống kê với $P < 0,05$ và $P < 0,01$. Chứng tỏ sử dụng nước xúc miệng Fluor 0,2% qua từng thời điểm đều có tác dụng giảm tỷ lệ sâu chân răng đối với NCT.

Cùng quan điểm với kết quả nghiên cứu của chúng tôi tác giả Svante Twetman, Mette K.K. (2016) – Đan Mạch nhận định rằng các sản phẩm có chứa Fluor bao gồm: nước xúc miệng, gel Fluor, bột Fluor, vecni Fluor đều cho hiệu quả ngăn ngừa sâu răng tốt. Mỗi một sản phẩm có chứa Fluor đều được nghiên cứu nhằm mục đích dựa theo thị hiếu của người sử dụng, theo sở thích cá nhân, hương vị và sự tiện dụng của mỗi loại để có thể phổ biến cho rất nhiều các lứa tuổi, đối tượng khác nhau. Trong đó sự phổ biến sử dụng được ưa dùng hơn cả đó là nước xúc miệng với hiệu quả phòng ngừa sâu răng không thể phủ nhận [100].

**** Hiệu quả can thiệp đối với mất răng do sâu răng ở người cao tuổi.***

Mất răng là là thành phần có trị số cao nhất trong chỉ số SMT, đây là một thực tế ở NCT. Cùng với việc tuổi thọ trung bình ngày một tăng cao, sự gia tăng NCT trong cộng đồng ngày càng nhiều. Đối tượng NCT suy giảm trầm trọng về chức năng nhai do mất nhiều răng dẫn đến rối loạn về khớp cắn. Hơn nữa, đây là nhóm tuổi cũng có nhiều hạn chế về kinh tế cũng như sức khỏe nên cần được quan tâm hơn về chính sách cũng như định hướng của ngành răng hàm mặt nói riêng như ngành y tế nói chung. Các tổn thương ở răng và ở vùng quanh răng tích lũy theo thời gian dẫn tới tình trạng các răng bị vỡ ở nhiều mặt, còn chân răng bị hở do tụt lợi...thường dẫn đến chỉ định phải nhổ bỏ.

Trước can thiệp chỉ số SMT của hai nhóm đối tượng nghiên cứu gần tương đương nhau: ở nhóm can thiệp chỉ số SMT là 4,34; ở nhóm đối chứng chỉ số này là 4,25; chỉ số SMT chung là 4,29 với tỷ lệ mất răng là chủ yếu,

tiếp theo là chỉ số sâu răng và thấp nhất là chỉ số các răng đã được trám tốt, chỉ số này chỉ đạt 0,05 điều này có nghĩa là nhu cầu cần được điều trị bệnh răng miệng là rất lớn, số răng mất do biến chứng của sâu răng và viêm quanh răng nhiều. Sau can thiệp theo dõi trong thời gian 18 tháng chỉ số SMT đã thay đổi theo chiều hướng tích cực ở nhóm can thiệp ở tất cả các nhóm tuổi: ở nhóm tuổi 60-64 tuổi chỉ số hiệu quả đạt 6,67; còn ở nhóm đối chứng chỉ số hiệu quả cao hơn nhiều do ở cả chỉ số sâu, mất răng đều tăng đạt 35,59 sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,01$. Chỉ số can thiệp chung là 28,92 như vậy có sự chênh lệch rất nhiều giữa hai nhóm và điều này chứng minh được hiệu quả của nước súc miệng có Fluor 0,2% cho lứa tuổi này và rất cần phải có những biện pháp tuyên truyền, hướng dẫn dự phòng sâu răng cho toàn dân. Chỉ số can thiệp thấp nhất là ở nhóm tuổi từ 65-74 đạt 10,26 và không có sự khác biệt giữa hai nhóm can thiệp và nhóm đối chứng với $p > 0,05$. So sánh hiệu quả của nhóm can thiệp và nhóm đối chứng ở hai giới nam và nữ chúng tôi thấy rằng không có sự khác biệt về chỉ số can thiệp ở hai giới nam và nữ lần lượt là 15,92 và 15,6.

Đánh giá tỷ lệ mất răng ở hai nhóm sau 18 tháng ở nhóm can thiệp tỷ lệ mất răng đã tăng thêm 7,5% còn tại nhóm đối chứng tỷ lệ mất răng 14,4% tuy nhiên sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$. Tình trạng mất răng của nhóm đối chứng tăng hơn so với nhóm can thiệp có thể do tâm lý của người cao tuổi khi tham gia nghiên cứu mặc dù được tuyên truyền, hướng dẫn (chải răng với kem P/S) thì họ thấy đây là công việc thường quy mà họ đã thực hành theo suốt cuộc sống của mình, nên ý thức chăm sóc răng miệng chưa có sự thay đổi nhiều hoặc có những người hầu như không thay đổi được thói quen vệ sinh răng miệng của họ. Trong khi đó ở nhóm đối tượng can thiệp việc được lựa chọn vào tham gia nghiên cứu đã làm bản thân NCT thay đổi quan điểm, họ thấy được tầm quan trọng của việc chăm sóc sức khỏe răng

miệng hơn cùng với sự can thiệp tình trạng răng miệng của học có sự cải biến rõ rệt chính vì điều này nên chỉ số hiệu quả trong nhóm can thiệp đã thay đổi đáng kể.

4.4. Đóng góp mới của luận án

- Đây là một nghiên cứu đầu tiên ở khu vực miền núi phía Tây Bắc và là một trong ít những nghiên cứu chuyên biệt của NCT Việt Nam có cỡ mẫu tương đối lớn và đưa ra tổng thể về thực trạng BRM của NCT.

- Trên cơ sở thực trạng BRM đề tài đưa ra được nhu cầu điều trị dựa trên thực trạng BRM của NCT. Dựa trên nghiên cứu định tính nghiên cứu còn đưa ra được một số yếu tố liên quan đến nhu cầu điều trị.

- Bằng biện pháp đơn giản dễ thực hiện tại cộng đồng đó là sử dụng nước súc miệng Fluor 0,2% cùng với truyền thông giáo dục sức khỏe phòng chống bệnh răng miệng, nghiên cứu đã cho thấy hiệu quả của loại nước súc miệng này có hiệu quả cao mặc dù thời gian nghiên cứu chưa dài, tỷ lệ răng sâu mới thấp, tỷ lệ mất răng giảm hơn, thay đổi kiến thức, thái độ, thực hành chăm sóc sức khỏe răng miệng theo hướng tích cực. Trên cơ sở của nghiên cứu chúng tôi có thể đề xuất sử dụng nước súc miệng có Fluor 0,2% dự phòng bệnh sâu răng cho người cao tuổi tại cộng đồng. Biện pháp dự phòng dễ sử dụng và dễ dàng sử dụng bền vững tại cộng đồng.

KẾT LUẬN

1. Thực trạng bệnh răng miệng ở người cao tuổi tỉnh Yên Bái.

Bệnh sâu răng

- Tỷ lệ sâu răng của NCT là 31,6%, Tỷ lệ sâu chân răng ở NCT là 9,9%,
- Chỉ số DMFT chung là 7,27;

Bệnh quanh răng:

- 82,89% NCT có bệnh vùng quanh răng
- chỉ số CPI = 2 chiếm tỷ lệ cao nhất 52,74%

Tình trạng mất răng: Số răng mất trung bình của người cao tuổi tỉnh Yên Bái là $8,50 \pm 8,87$.

Tình trạng bệnh niêm mạc miệng: Có 5,3% NCT có tổn thương niêm mạc miệng.

Tình trạng khớp thái dương hàm: Có 21% NCT có tình trạng đau khớp TDH

2. Nhu cầu điều trị bệnh răng miệng và một số yếu tố liên quan tới bệnh răng miệng của người cao tuổi tỉnh Yên Bái

- Nhu cầu điều trị thân răng 80,4%
- 6,9% NCT có nhu cầu điều trị tủy răng.
- Nhu cầu điều trị bệnh quanh răng chiếm 93,4%
- Nhu cầu phục hình răng 96,3%
- Hệ thống chăm sóc sức khỏe răng miệng cho người cao tuổi còn hạn chế, chính sách chăm sóc răng miệng cộng đồng chưa được quan tâm đúng mức. Người cao tuổi còn thiếu sự hiểu biết về chăm sóc răng miệng của và ý thức tự chăm sóc sức khỏe răng miệng của người cao tuổi chưa được cao.

3. Đánh giá hiệu quả một số biện pháp can thiệp phòng, chống bệnh răng miệng trong chương trình chăm sóc sức khỏe ban đầu cho người cao tuổi tỉnh Yên Bái

Hiệu quả của hướng dẫn vệ sinh răng miệng và sử dụng nước súc miệng Fluor 0,2%:

- Hiệu quả trong việc phòng bệnh sâu răng, đối với nhóm sử dụng nước súc miệng Fluor 0,2% làm giảm tỷ lệ bệnh sâu răng từ 41,9% xuống còn 38,8% sau 6 tháng; 36,9% sau 12 tháng; 29,4% sau 18 tháng.

- Hiệu quả phòng bệnh sâu răng (chỉ số sâu răng) so sánh giữa nhóm được súc miệng bằng nước súc miệng Fluor 0,2% với nhóm đối chứng tăng 27,1% sau 6 tháng, 50,0% sau 12 tháng và 90,9% sau 18 tháng.

- Hiệu quả phòng bệnh sâu chân răng (chỉ số sâu chân răng) so sánh giữa nhóm được súc miệng bằng nước súc miệng Fluor 0,2% và nhóm đối chứng tăng 16,1% sau 6 tháng, 41,7% sau 12 tháng và 69,6% sau 18 tháng.

- Chỉ số DMFT của nhóm can thiệp sau 6, 12 và 18 tháng là 4,39; 4,43; 4,46 thấp hơn tỷ lệ tăng của nhóm đối chứng là 4,46; 4,69 và 5,03 và hiệu quả can thiệp của nhóm can thiệp là tăng so với nhóm đối chứng là 3,7%, 8,3% và 15,6%

KIẾN NGHỊ

Dựa vào kết quả nghiên cứu, chúng tôi đưa ra một số kiến nghị như sau:

- Cần tăng cường tuyên truyền giáo dục sức khỏe răng miệng bằng nhiều hình thức; qua thông tin đại chúng, tuyên truyền trực tiếp, hướng dẫn nhóm nhỏ... để người cao tuổi nhận thức được cách vệ sinh răng miệng, chế độ ăn, ý thức phòng bệnh răng miệng gắn với sức khỏe toàn thân, khám răng định kỳ...vv

- Đưa biện pháp phòng chống bệnh răng miệng cho người cao tuổi bằng nước súc miệng Fluor vào chương trình chăm sóc sức khỏe tại cộng đồng cho người cao tuổi.

- Đẩy mạnh việc tổ chức màn lưới khám chữa bệnh răng hàm mặt ở tuyến phường xã, tuyến huyện và y tế tư nhân; Có chế độ chính sách khám chữa, phòng bệnh răng miệng cho NCT như chế độ BHYT riêng cho NCT; hoặc hỗ trợ 1 phần kinh phí từ ngân sách...vv

DANH MỤC CÁC CÔNG TRÌNH ĐÃ CÔNG BỐ CÓ LIÊN QUAN ĐẾN LUẬN ÁN

1. Vũ Duy Hưng, Phạm Thái Thông (2018), Tình trạng bệnh khớp thái dương hàm của người cao tuổi tỉnh Yên Bái, *Tạp chí y học thực hành*, số 11 (1085), 147-149.
2. Vũ Duy Hưng, Phạm Thái Thông (2019), Thực trạng bệnh sâu răng của người cao tuổi tại tỉnh Yên Bái, *Tạp chí y học thực hành*, số 3 (1091), 40 - 43.
3. Vũ Duy Hưng, Phạm Thái Thông (2019), Đánh giá hiệu quả can thiệp dự phòng bệnh răng miệng cho người cao tuổi bằng nước súc miệng Fluoride 0,2% tại tỉnh Yên Bái, *Tạp chí y học thực hành*, số 2 (1090), 8-11.
4. Trương Mạnh Dũng, Vũ Mạnh Tuấn, Hà Ngọc Chiêu, Lạc Thị Thanh Hiền, Vũ Duy Hưng (2016), Dental caries in an elderly population in Viet Nam 2015, *Viet Nam Journal of medicine & pharmacy*, Volume 12. N^o3, 64-68.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Almas P (1994). *Health population and development. International Conference on Population and Development*. Cairo. Geneva: WHO, 13-14.
2. Bộ Y tế (2011). *Dự án nâng cao chăm sóc sức khỏe cho người cao tuổi thuộc chương trình mục tiêu quốc gia giai đoạn 2012-2015*.
3. Trần Văn Trường, Lâm Ngọc Ân, Trịnh Đình Hải, John Spence A, Thomson K.R. (2002), *Điều tra sức khỏe răng miệng toàn quốc*, Nxb Y học, Hà Nội, 12-18.
4. Luan W.M., Baelum V., Chen X et al (1989), Dental caries in adult and elderly Chinese, *J. Dent Res*, 68(12), 1771-1776.
5. Phạm Văn Việt (2004). *Nghiên cứu tình trạng, nhu cầu chăm sóc sức khỏe răng miệng và đánh giá kết quả hai năm thực hiện nội dung chăm sóc răng miệng ban đầu ở người cao tuổi tại Hà Nội*, Luận án tiến sĩ y học, Đại học Y Hà Nội, tr. 40, 125-128.
6. Nguyễn Thị Sen (2015). *Thực trạng bệnh sâu răng, nhu cầu điều trị và ảnh hưởng của bệnh đến chất lượng cuộc sống ở người cao tuổi tỉnh Yên Bái năm 2015*, Luận văn thạc sĩ y học, Trường Đại học Y Hà Nội, 67-70.
7. D.T.Zero et al (2004), The remineralizing effect of an essential oil fluoride mouthrinse in an intraoral caries test. *JADA*, 135, 231-237.
8. Trịnh Đình Hải (2000), *Hiệu quả chăm sóc răng miệng trẻ em học đường trong sâu răng và bệnh quanh răng tại Hải Dương*. Luận án Tiến sĩ Y học, Trường Đại học Y Hà Nội.
9. Nguyễn Quốc Trung (2011). Phát hiện và Phòng bệnh sâu răng trong cộng đồng, *Sách chuyên khảo*. Nhà Xuất bản Thời Đại Việt Nam, 53.
10. Trương Mạnh Dũng và Ngô Văn Toàn (2013). Nha khoa cộng đồng, Nhà xuất bản giáo dục Việt Nam, tr. 33-40, 107-113. 16

11. Nguyễn Mạnh Hà (2010). *Sâu răng và các biến chứng*, Nhà Xuất bản giáo dục Việt Nam, 5-18.
12. Thomas S (1994), Pattern of caries experience among an elderly population in South India, *Int-Dent-J*, 44(6), 617-622.
13. Barrow S.Y (2003), Dental caries prevalence among a sample of African American adults in New York City, *Dent Clin North Am*, 47 (1), 57-65.
14. Chirstensen J. (1997). Preliminary report on the replications of who's international collaborative study in Denmark. *J. Dent Res*, 56 (Special Issue C), 149-153.
15. Petersen P.E. and Yamamoto T. (2005). Improving the oral health of older people: the approach of the WHO Global Oral Health Programme. *Community dentistry and oral epidemiology*, 33(2), 81-92.
16. Liu L., Zhang Y., Wu W. et al (2013). Prevalence and correlates of dental caries in an elderly population in northeast China. *PLoS One*, 8(11), e78723.
17. Nguyễn Võ Duyên Thơ (1992), *Điều tra tình hình sức khoẻ răng miệng ở người già*, Luận văn tốt nghiệp bác sĩ RHM khoá 86-92, Đại học Y Dược, TP. HCM, Toàn văn.
18. Rihs L.B., Silva D.D.D. and Sousa M.D.L.R.D. (2009). Dental caries in an elderly population in Brazil. *Journal of Applied Oral Science*, 17(1), pp. 8-12.
19. Trần Thanh Sơn (2007). Đánh giá tình trạng bệnh răng miệng, K.A.P và nhu cầu điều trị ở người cao tuổi tại quận Hoàng Mai, Hà Nội. *Tạp chí y học thực hành*, 1(1), 77-81.
20. Nguyễn Trà My (2012). Khảo sát thực trạng bệnh sâu răng và bệnh quanh răng ở một số nhóm người cao tuổi tại phường Yên Sở, quận Hoàng Mai, Hà Nội năm 2012, *Tạp chí Y học Việt nam*, 404(2) tr .6-9.

21. Đỗ Mai Phương (2015). *Thực trạng bệnh sâu răng và ảnh hưởng của bệnh đến chất lượng cuộc sống ở người cao tuổi quận Cầu Giấy, Hà Nội năm 2015*, Khóa luận tốt nghiệp bác sỹ Răng Hàm Mặt, Trường Đại học Y Hà Nội.
22. Trương Mạnh Dũng và Cs (2017). Thực trạng sâu răng và nhu cầu điều trị ở người cao tuổi Việt Nam năm 2015. *Tạp chí Y học Việt Nam*, 455, (1),79-83.
23. Banting D.W. (1986). Epidemiology of Root Caries1. *Gerodontology*, 5(1), 5-11.
24. Cautley A.J., Rodda J.C., Treasure E.T. et al (1992). The oral health and attitudes to dental treatment of a dentate elderly population in Mosgiel, Dunedin. *The New Zealand dental journal*, 88(394), 138-143.
25. Galan D., Odium O. and Brex M. (1993). Oral health status of a group of elderly Canadian Inuit (Eskimo). *Community dentistry and oral epidemiology*, 21(1), 53-56.
26. Wang H.Y (2002), The second National survey of oral health status of children and adults in China, *Int-Dent-J*, 52 (4), 283-90.
27. Wyatt C.C. (2002). Elderly Canadians residing in long-term care hospitals: Part II. Dental caries status. *Journal-Canadian Dental Association*, 68(6), 359-363.
28. Baelum V., Wen-Min L.U.A.N., Fejerskov O. et al (1988). Tooth mortality and periodontal conditions in 60–80-year-old Chinese. *European Journal of Oral Sciences*, 96(2), 99-107.
29. Douglass C.W., Jette A.M., Fox C.H. et al (1993). Oral health status of the elderly in New England. *Journal of gerontology*, 48(2), 39-46.
30. Phan Vinh Nguyên (2007). Tình trạng sức khỏe răng miệng của người cao tuổi tại thành phố Huế. *Tạp chí Y học thực hành*, 568(1), 1.

31. Mai Hoàng Khanh (2009). *Tình hình sức khỏe răng miệng và nhu cầu điều trị răng miệng ở người cao tuổi thành phố Cần Thơ*. Luận văn thạc sĩ y học, khoa RHM, Đại học Y Dược TP.HCM.
32. Lantelme R.L (1976), Dentin Formation in Periodontally Diseased teeth, *J. Dent Res*, 55(1), 55 - 48.
33. Trương Mạnh Dũng (2009). Tình trạng sâu răng ở người cao tuổi phường Nghĩa Tân, quận Cầu Giấy, thành phố Hà Nội. *Tạp chí Y học thực hành*, 686(11), 4.
34. Ian Needleman (2002), Aging and Periodontium, *Carranza's Clinical Periodontology*, 9th Ed. Philadelphia, 58-62.
35. Ive J.C (1980), Age related changes in the periodontium of pigtail monkeys, *J. Periodontal Res*, 15(4), 420-428.
36. Genco R.J. and Williams R.C. (2010). Periodontal disease and overall health: a clinician's guide, Professional Audience Communications Inc., Yardley, Pennsylvania, USA, 13-17.
37. Lopez R, Smith PC et al (2017). Ageing, dental caries and periodontal diseases. *J Clin Periodontal*, 44(18), 145-152.
38. Petersen P.E., Baez R.J. (2013). World Health Organization. *Oral Health Survey*, Basic Methods, 5th Edition.
39. Sumaiya Zabin E.Z, Nafij B.J et al (2013). A study of teeth status and oral health related quality of life among elderly in Bangladesh. *International Medical Journal*, 20(5), 610-614.
40. Lamster IB (2004). Oral health care services of older adult: A looming crisis. *American Journal of Public Health*, May 2004, vol 94, No 5, 699-701.
41. Bergman J.D, Wright F.A, Hammond R.H (1991), The Oral health of the elderly in Melbourne, *Aust-Denta-J*, 36 (4), 280-5.

42. Renneberg T, Kalden S, Nguyễn Văn Cát (1995), *Periodontal health of the population of Viet Nam A critical View of the CPITN*, Department of periodontology Phillips, University Marburg, Germany, 1-20.
43. Thoa C Nguyen , Witter DJ and add (2010), Oral health status of adults in Southern Viet Nam - across sectional epidemiological study. *BMC Oral Health*: pp 10:2.
44. Morimoto T¹, Miyazaki H (1994), 15 years of CPITN--a Japanese perspective. *Int Dent J.*; 44(5 Suppl 1):561-6.
45. Dung Truong Manh, Tuan Vu Manh (2015). Dental caries in an elderly population in Viet Nam, *VJMP* 12(3), pp 54-59.
46. Beck J.D, Koch G.G, Rozier R.G et al (1990), Prevalence and risk indicators for periodontal attachment loss in a population of older community-dwelling blacks and whites, *J. periodontol*, 61, 521-28.
47. Hunt R.J, Levy S.M (1990), The prevalence of periodontal attachment loss in an Iowa population aged 70 and older, *J. Public Health Dentistry*, 50(4), 251-256.
48. Thiều Mỹ Châu (1993), *Điều tra thăm dò tình trạng nha chu ở người lớn tuổi*, Luận văn tốt nghiệp RHM khoá 87-93, Đại học Y Dược, TP. HCM, Toàn văn.
49. Ambjorsen E (1986), Decayed, missing and filled teeth among elderly people in a Norwegian municipality, *Acta Odontol Scand*, 44, 123-30.
50. Paul Eke (Center for Disease Contral and Prevention-CDC) (2012). *Prevalence of periodontitis in Adults in the United States: 2009-2010*, published online on 30/08/2012 in the Journal of Dental Research.
51. Jung SH (2008). A Korean version of the Oral Impacts on Daily Performances (OIDP) scale in elderly populations: Validity, reliability and prevalence. *Health and Quality of Life Outcomes*, 6 (17):1-8.

52. Mandel ID (1996), Caries prevention: current strategies, new directions.
53. Võ Thế Quang và cộng sự (1990), *Điều tra cơ bản về sức khoẻ răng miệng ở Việt Nam*, Viện Thông tin- thư viện Y học Trung ương, Hà Nội, 6-10.
54. Nguyễn Đức Thắng, Nguyễn Lê Thanh, Phùng Thanh Lý (1990), Điều tra cơ bản sức khoẻ răng miệng ở các tỉnh phía Bắc, *Tạp chí Y học Việt Nam*, số 10,11, tập 240-241, 7-10.
55. Trương Mạnh Dũng, Đỗ Thị Thanh Hiền (2014). *Dự phòng bệnh quanh răng*, nhà xuất bản y học; tr 154-162.
56. Sicca C, Bobbio E, et al (2016). Prevention of dental caries: A review of effective treatments. *J Clin Exp Dent* 8(5): 604-610
57. Jose Antonio et al (2015). Oral health in the elderly patient and its impact on general well-being: a nonsystematic review. *Clinical Intervention Of Aging* Volum 10: 461–467.
58. Marinho VC, Higgins JP, Logan S, et al (2003), Systematic review of controlled trials on the effectiveness of fluoride gels for the prevention of dental caries in children, *J Dent Educ*, 67 (4), 448-458.
59. Skold MU, Peterson GL, Birkhed D, et al (2008), Cost – analysis of school - based fluoride varnish and fluoride rinsing programs, *Acta Odonto Scand.* ; 66: 286-292.
60. Chen CJ-A, Ling KS, Esa R, et al (2010), A school – based fluoride mouth rinsing programme in Sarawak: a 3 year field study. *Community Dent Oral Epidemiol*; 38:310-314.
61. The Dental Association of Thailand and Thammasat University, Faculty of Dentistry (2011). The Workshop on Effective use of fluoride in Asia, ISBN: 978-974-466-542-3.

62. Rugg- Gunn A (2001). Preventing the preventable – the enigma of dental caries, *Br Dent J.* ;191: 478-488.
63. Hellwig E, Lemon A.M (2004), Systemic versus topical fluoride, *Caries Res*, (38), 258- 262.
64. Niigata prefecture. The smallest in Japan for 12 Year running DMFT for 12- Year- old. Available from: <http://www.pref.niigata.Lg.jp/kenko/1301519240571.html>. Accessd 3 December 2012.
65. Ringelberg (1982), Effectiveness of diffrent concentrations and frequencies of sodium fluoride mouthrinse M.L. *Pediatric dentistry: Volume 4*, 305-8
66. Ferda Dogan et al (2004). Effect of deffrent fluoride concentration on remineralization of demineralized enamel: an in vitro pH- cycling study. *OHDMBSC*, 3(1), 20-26.
67. Keller MK, Klausen BJ, Twetman S (2016). Fluoride varnish or fluoride mouth rinse ? A comparative study of two school – based programs. *Community Dent Health*. 2016 Mar; 33(1): 23-6.
68. World Health Organization (2013). Oral health surveys: basic methods, *World Health Organization*. 86
69. Komiyama K., Kimoto., Taura K., Sakai O (2014). National survey on school – based fluoride mouth – rinsing programme in Japan: regional spread conditions from pre-school to junior high school in 2010. *International Dental Journal*, 64, 127-137.
70. Lin TH, Lung CC, Su HP, et al (2015). Association between periodontal disease and osteoporosis by gender a nationwide Population-Based Cohort Study. *Medicine*; 94:e553.
71. Kim S. Y., Lee J. K., Chang B. S. et al (2014). Effect of supportive periodontal therapy on the prevention of tooth loss in Korean adults. *Journal of periodontal & implant science*, 44(2), 65-70.

72. Stabholz A, Soskolne WA, Shapira L (2010). Genetic and environmental risk factors for chronic periodontitis and aggressive periodontitis. *Periodontol 2000*; 53:138–153.
73. TEKePI¹, DyeBA, WeiL, Thornton-Evans GO,(2012). Prevalence of periodontitis in adults in the United States: 2009 and 2010; *J Dent Res.* ;91(10):914-20
74. Tavares M, Lindefjeld Calabi KA, San Martin L. (2014) Systemic diseases and oral health. *Dent Clin North Am.* 58(4):797–814.
75. Cullinan MP, Seymour GJ (2013). Periodontal disease and systemic illness: will the evidence ever be enough? *Periodontol 2000.* ;62 (1):271–286.
76. Patel Y, Bahlhorn H, Zafar S, et al (2012). Survey of Michigan dentists and radiation oncologists on oral care of patients undergoing head and neck radiation therapy. *J Mich Dent Assoc.*94(7):34–45
77. Thomas S (1994) Pattern of caries experience among an elderly population in South India, *Int-Dent-J*, 44(6), 617-622
78. Jung SH, Ryu JI, Jung DB (2011). Association of total tooth loss with socio-behavioural health indicators in Korean elderly. *J Oral Rehabil* ; 38:517–524.
79. Nguyễn Thị Hoa (2015). *Thực trạng bệnh vùng quanh răng, kiến thức thái độ, hành vi chăm sóc răng miệng của người cao tuổi tỉnh Thừa Thiên Huế năm 2015*, Luận văn thạc sỹ y học, Trường Đại học Y Hà Nội, 79-8.
80. Kassebaum NJ, Bernabé E, Dahiya M, et al (2014). Global burden of severe tooth loss: a systematic review and meta-analysis. *J Dent Res.*93(7 suppl): 20S–28S.
81. WHO (1997). Oral health survey basic method, 4th edition. Geneva, 1-34
82. World health Organization. Oral Health survey basic method 5rd Ed. Geneva: World health Organization 2013.

83. Mascarenhas A.K. (1999). A comparison of oral health in elderly populations seeking and not seeking dental care. *Special Care in Dentistry*, 19(6), 248-253.
84. Griffin S.O., Regnier., Griffin PM, Huntley V. (2007). Effectiveness of Fluorides in preventing caries in adults. *Journal of Dental Research*, 86, 410-415
85. Costa F. O., Miranda Cota L. O., Pereira Lages E. J. et al (2012). Periodontal risk assessment model in a sample of regular and irregular compliers under maintenance therapy: a 3-year prospective study. *Journal of periodontology*, 83(3), pp. 292-300.
86. Lương Xuân Tuấn (2012). Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng và kết quả điều trị viêm quanh răng bảo tồn ở người cao tuổi, Luận văn bác sỹ chuyên khoa cấp II, Trường Đại học Y Hà Nội, tr. 84-86.
87. Kanter R.J.A.M anh coll (1992). Prevalence in Dutch adult population anh a Meta-anlysis of signs and symtoms of temporomandibular disorder, *University of Nijmegen, the Netheland*, 1509-1518.
88. Hellwig E, Lemon A.M (2004), Systemic versus topical fluoride, *Caries Res*, (38), 258- 262.
89. Keller MK, Klausen BJ, Twetman S (2016). Fluoride varnish or fluoride mouth rinse? A comparative study of two school – based programs. *Community Dent Health*. 2016 Mar; 33(1): 23-6.
90. Hoàng Văn Minh (2014). Thống kê ứng dụng và phân tích số liệu, *Phương pháp nghiên cứu khoa học y học*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, 24-80.
91. R. Li, E.C.M Lo, B.Y Liu (2017). Randomized Clinical Trial on Preventing Rood Caries among Community-Dwelling Elders. *JDR Clinical & Traslational Research*, 2(1),66-72.

92. Japanese Society for Dental Health (2010), Committee of fluoride applications. Science of fluoride applications. Tokyo: Dental Health Association; 157-163.
93. La Minh Tân (2011). Nghiên cứu tình hình mất răng ở người cao tuổi thành phố Cần Thơ. *Tạp chí Y học thực hành*, 825(6), 154-155.
94. Chu Đức Toàn (2012). *Nghiên cứu thực trạng mất răng và nhu cầu điều trị của người cao tuổi tại quận Đống Đa - Hà Nội*, Luận văn thạc sỹ y học, Trường Đại học Y Hà Nội, 53-55.
95. Võ Đắc Tuyền (1991) *Nhận xét lâm sàng về chẩn đoán và điều trị hội chứng đau loạn năng bộ máy nhai*. Luận văn tốt nghiệp Bác sỹ chuyên khoa I- Nội trú RHM, khoa RHM, Đại học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh.
96. Lê Nguyễn Bá Thụ (2017), *Thực trạng sức khỏe răng miệng và đánh giá hiệu quả can thiệp chăm sóc răng miệng ở người cao tuổi tại Đắc Lắc*. Luận án tiến sỹ y học, Trường Đại học Y Hà Nội. 71-72
97. Hồng Xuân Trọng, Nguyễn Hiếu Hạnh, Trần Ngọc Khánh Vân (2014). Tình trạng mất răng, nhu cầu và yêu cầu điều trị mất răng ở một số cơ sở chăm sóc người cao tuổi tại thành phố Hồ Chí Minh năm 2013, *Tạp chí Y học TP Hồ Chí Minh*, 18(1) 288-292
98. Kumar G.A, Maheswar G, Malathi S, et al (2013). *Dental prosthetic status and prosthetic need of the institutionalized elderly living in geriatric homes in Hyderabad: A pilot study*. The Journal of contemporary dental practice, 14(6), 1169-1172
99. Komiyama K., Kimoto., Taura K., Sakai O (2014). National survey on school – based fluoride mouth – rinsing programme in Japan: regional spread conditions from pre-school to junior high school in 2010. *International Dental Journal*, 64, 127-137.

100. Svante Twetman, Mette K.K. (2016). Fluoride Rinses, Gels and Foams: An update of controlled clinical trial, Review. *Caries Research*, 50(1), 38-44.
101. Twetman S., Axelsson S., Dahlén, et al (2013): Adjunct methods for caries detection: a systematic review of literature. *Acta Odontologica Scandinavica* 71, 388-397.
102. Deogade S. C., Vinay S. and Naidu S. (2013). Dental prosthetic status and prosthetic needs of institutionalised elderly population in oldage homes of Jabalpur city, Madhya Pradesh, India. *The Journal of Indian Prosthodontic Society*, 13(4), pp. 587-592.
103. Gibson G¹, Jurasic MM, Wehler CJ, Jones JA (2011). Supplemental fluoride use for moderate and high caries risk adults: a systematic review. *J Public Health Dent* ; 71(3): 171-84
104. Jagan P, Nusrath Fareed, Hemanth Battur, (2015). Effectiveness of sodium fluoride mouthrinses on the prevention of dental caries: A systematic review; *J Indian Assoc Public Health Dent* 2015; 13: 110-5

PHỤ LỤC 1

Mã vùng:
Đối tượng:
Người khám:
Người ghi:

BẢNG CÂU HỎI

A. HÀNH CHÍNH

1. Họ và tên:.....
2. Tuổi:.....Giới: 1. Nam 2. Nữ
3. Tỉnh/TP: Quận/Huyện: Xã/Phường:

B. THỰC TRẠNG KINH TẾ-XÃ HỘI

(Xin đánh dấu vào 1 ô thích hợp)

1. Tình trạng hôn nhân hiện nay của Ông (bà):

Độc thân Có vợ/chồng: Ly dị: Góa bụa: Ly thân:

Chưa bao giờ kết hôn

2. Nghề nghiệp chính trước đây của ông (bà) là gì?

Nông dân Công nhân Công chức/ viên chức Buôn bán

Tự do Nội trợ 7..Khác (xin nói rõ)

1. Trình độ học vấn mà ông (bà) đã đạt được:

Không biết chữ Học hết tiểu học

Học hết bậc phổ thông trung học Trình độ từ trung cấp trở lên

4. Năm vừa qua gia đình ông bà được chính quyền xếp vào loại:

Nghèo Cận nghèo . Không nghèo . Không xếp loại/ không nhớ

5. Số tiền trung bình hàng tháng gia đình bác kiếm được:

Vừa đủ để chi tiêu trong gia đình Không đủ, chúng tôi luôn phải đi vay

Chúng tôi có thể để dành tiết kiệm một chút mỗi tháng

6. Khoảng cách từ nhà ông (bà) tới cơ sở khám chữa răng gần nhất là:Km

7. Khoảng cách từ nhà ông (bà) tới cơ sở Y tế gần nhất làKm

C. THÓI QUEN SỐNG

1. Ông (Bà) có thường xuyên ăn hoa quả tươi không?

Có Không Thỉnh thoảng

2. Ông (bà) có thường xuyên uống rượu không? (rượu, bia, cồn)

Có Không Thỉnh thoảng

3. Ông (bà) có hút thuốc không?

Có Không Nếu không thì trả lời câu 4

4. Trước đây ông (bà) có hút thuốc không? Có Không

D. TÌNH TRẠNG SỨC KHỎE TOÀN THÂN

1. Ông (bà) có các bệnh này không? (bác sĩ đã nói cho ông/bà)

	Có	Không
Bệnh tim mạch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bệnh tiểu đường	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bệnh thận	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bệnh phổi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sốt thấp khớp	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cấy ghép	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. Ông (bà) có còn đang điều trị một trong các bệnh này không?

Có Không

3. Ông (bà) đã bao giờ nằm viện trên 2 tuần trong 6 tháng qua chưa?

Có Không

E. TIỀN SỬ NHA KHOA

1. (a) Hôm qua ông (bà) có chải răng không?

Có Trả lời tiếp câu (b) Không

(b) hôm qua ông (bà) chải răng mấy lần?.....lần.....

2. Hôm qua ông (bà) có dùng kem chải răng không ?

Không Có (Tên loại kem chải răng).....

3. Ông bà có nghĩ là cần phải chải răng hàng ngày không?

Có Không Không bình luận

4. Ông (bà) thường thay bàn chải răng sau bao lâu?

Dưới 3 tháng Từ 3 đến 6 tháng

Từ 6 đến 12 tháng Từ 1 năm hoặc lâu hơn

5. Ông (bà) có dùng chỉ tơ nha khoa thường xuyên không?

Có Không

6. Ông (bà) có dùng tăm xỉa răng sau khi ăn không?

Có Không

7. Ông (bà) có thường xuyên súc miệng sau bữa ăn không?

Có Thỉnh thoảng Không

Nếu có xin ghi rõ loại gì

8. Ông (bà) đã bao giờ có một trong các triệu chứng dưới đây trong 6 tháng qua không?

(xin điền dấu X vào ô thích hợp)

	Không bao giờ	Thỉnh thoảng	Thường xuyên	Rất thường xuyên	Không biết
Đau răng	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Đau hoặc sưng lợi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sung ở mặt hoặc ở cổ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hơi thở hôi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Chảy máu lợi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mất răng	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Thấy khô miệng	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

9. Ông (bà) đã đi khám răng miệng lần cuối cùng khi nào

Trên 5 năm Từ 2 đến 5 năm Từ 1 đến 2 năm

Dưới 12 tháng Chưa bao giờ

10. Trong 12 tháng qua ông (bà) đã đi khám răng miệng mấy lần?

(xin hãy ghi số chính xác nhất).....lần

11. Ông (bà) đã đi khám tại đâu ở lần khám cuối cùng?

Bác sĩ răng ở bệnh viện

Bác sĩ răng ở phòng khám tư

Bác sĩ y khoa

Y tá Khác (xin nói rõ)

12. Lý do của lần khám cuối cùng là gì?

	Có	Không
Đau	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Chảy máu lợi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sâu răng	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bong hàn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Chấn thương	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mất răng	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Làm răng giả	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kiểm tra khác (xin nói rõ)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

13. Ông (bà) đã được điều trị loại gì ở lần khám cuối cùng

	Có	Không
Kê đơn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hàn răng	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Làm sạch và lấy cao	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Làm hàm giả	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nhổ răng	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Khác (xin nói rõ)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

14. Việc điều trị đã giải quyết được vấn đề về răng miệng của Ông (bà) ?

Có

Không

Không chắc

F. BỆNH RĂNG MIỆNG VÀ CHẤT LƯỢNG CUỘC SỐNG

OHIP-14 VN

**Ông/Bà có bất kỳ khó chịu nào dưới đây trong 1 năm vừa qua không?
(Xin đánh dấu X vào ô thích hợp nhất)**

	0	1	2	3	4	5
	Chưa bao giờ	Hiếm khi	Thỉnh thoảng	Thường xuyên	Rất thường xuyên	Không biết
1. Ông/bà có từng gặp khó khăn khi phát âm một số từ nào đó do các vấn đề răng, miệng hay hàm giả của mình?						
2. Ông/bà có từng cảm thấy vị giác của mình bị kém đi bởi vì vấn đề răng, miệng hay hàm giả của mình?						
3. Ông/Bà có từng cảm thấy bị đau hay khó chịu ở trong miệng vì vấn đề răng miệng (hay hàm giả) không?						
4. Ông/bà có từng cảm thấy khó chịu khi ăn bất kỳ loại thức ăn nào bởi vì các vấn đề về răng, miệng hay hàm giả của mình?						
5. Ông bà có từng thiếu tự tin vì vấn đề răng, miệng hay hàm giả của mình không?						
6. Ông/bà có từng cảm thấy căng thẳng vì vấn đề răng miệng, hàm giả của mình không?						
7. Việc ăn uống của ông bà có từng không vừa ý hay không thể chấp nhận vì vấn đề răng miệng, hàm giả của mình không?						
8. Ông/bà có từng bị tạm dừng bữa ăn vì vấn đề răng miệng, hàm giả của mình không?						
9. Ông/bà có từng cảm thấy khó thư giãn vì vấn đề răng miệng, hàm giả của mình không?						
10. Ông bà có từng cảm thấy bối rối vì vấn đề răng miệng, hàm giả của mình không?						
11. Ông/bà có từng dễ cáu gắt với những người khác do các vấn đề răng, miệng hay hàm giả của mình?						
12. Ông bà có từng cảm thấy có khó khăn khi làm những công việc thông thường vì vấn đề răng miệng, hàm giả của mình?						
13. Ông bà có từng cảm thấy cuộc sống nói chung bị kém đi vì vấn đề răng miệng, hàm giả của mình không?						
14. Ông bà có từng hoàn toàn không thể làm được những việc như mong muốn vì vấn đề răng miệng, hàm giả của mình không?						

Xin cảm ơn Ông/bà đã tham gia cuộc phỏng vấn và cung cấp thông tin cho chúng tôi!

Mã vùng:
Đối tượng:
Người khám:
Người ghi:

PHIẾU KHÁM LÂM SÀNG

(Dùng cho nghiên cứu can thiệp mô tả theo dõi dọc)

Họ và tên..... Tuổi..... Nam Nữ

Địa chỉ:

Ngày.....

1. Tình trạng răng:

Trên		17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27
	Thân														
	Chân														
	Chân														
	Thân														
Dưới		47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37

Thân	Lành	Sâu	Hàn có sâu	Hàn không sâu	Mất do sâu	Mất lý do khác	Mòn mặt nhai	Răng đặc biệt	Mòn, tiêu cổ răng	Răng bị loại
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Chân	Lành	Sâu	Hàn có sâu	Hàn không sâu	Mất do sâu	Mất lý do khác	Mòn mặt nhai	Răng đặc biệt	Mòn, tiêu cổ răng	Răng bị loại

2. Tình trạng sâu răng: (đối với người có sâu răng)

Trên		17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27
	Thân														
	Chân														
Dưới	Chân														
	Thân														
		17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27

1 : Sâu men (S1)

2: Sâu ngà nông (S2)

3: Sâu ngà sâu (S3)

3. Nhu cầu điều trị từng răng:

Trên		17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27
	Thân														
	Chân														
Dưới	Chân														
	Thân														
		47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37

0: Không cần điều trị, thân răng lành mạnh

1: Trám 1 mặt

2: Trám 2 mặt: chỉ định khi có các tổn thương sâu, có hàn tạm, miếng hàn vĩnh viễn không vừa ý (vỡ, mẻ, hở bờ tổ chức xung quanh đôi màu...)

3: Làm chụp thân răng bởi bất cứ lý do gì (sâu to, mẻ lớn ...)

4: Mặt dán: bởi mục đích thẩm mỹ

5: Điều trị tủy: phục hồi thân răng sau đó hàn hoặc làm chụp

6: Nhổ răng: do bệnh tủy, răng lung lay mất chức năng, để chỉnh nha ...

7: Các điều trị khác (tiêu hình chêm, phục hồi răng gãy, mòn ...)

9: Không ghi nhận

Phụ lục 2
BẢNG CÁC BIẾN SỐ NGHIÊN CỨU

Tên biến số	Phân loại	Giá trị biến số	Cách thu thập
Giới tính	Biến nhị giá	1.Nam 2.Nữ	Phỏng vấn
Tuổi	Biến thứ tự	1.60-64 2.65-74 3.≥75	Phỏng vấn
Địa dư	Biến nhị giá	1.Nông thôn 2.Thành thị	Phỏng vấn
Trình độ học vấn	Biến thứ tự	1.Không biết chữ 2.Học hết TH 3.Học hết PTTH 4.Từ trung cấp trở lên	Phỏng vấn
Nghề nghiệp	Biến danh định	1.Nông dân 2. Công/viên chức 3. Buôn bán 4.Tự do 5.Nội trợ 6. Khác	Phỏng vấn
Tình trạng hôn nhân	Biến danh định	1.Độc thân 2. Có vợ/chồng 3. Góa bụa 4. Ly hôn	Phỏng vấn
Xếp loại kinh tế	Biến định danh	1. Nghèo 2. Cận nghèo 3. Không nghèo	Phỏng vấn
Số lần khám răng trong 12 tháng qua	Biến nhị giá	1. Không 1. ≥ 1lần	Phỏng vấn

Số lần chải răng /ngày	Biến thứ tự	1. Không 2. Một 3. Hai 4. Ba	Phòng vấn
Sâu răng	Biến định tính	1. Có sâu 2. Không sâu	Khám
Mất răng	Biến nhị giá	1. Có mất răng 2. Không mất R	Khám
Trám răng	Biến định tính	1. Có 2. Không	Khám
Số răng sâu	Biến định lượng		Khám
Số răng mất	Biến định lượng		Khám
Số răng trám	Biến định lượng		Khám
Chỉ số SMT	Biến định lượng		Khám
Bệnh quanh răng	Biến định tính	1. Có 2. Không	Khám
CPITN	Biến định tính	1. Có 2. Không	Khám
Nhu cầu điều trị sâu răng	Biến định tính	1.Có 2.Không	Khám
Nhu cầu điều trị BQR	Biến định tính	1.Có 2.Không	Khám
Nhu cầu phục hình	Biến định tính	1. Có 2. Không	Khám
Bệnh niêm mạc miệng	Biến định tính	1. Không 2. Viêm niêm mạc 3. Loét 4. Nhiễm nấm	Khám
Tình trạng khớp thái dương hàm	Biến định tính	1. Bình thường 2. Có tiếng kêu 3. Đau khớp	Khám

Phụ lục 3

PHIẾU ĐỒNG Ý THAM GIA NGHIÊN CỨU

Tên chương trình nghiên cứu:

1. Nghiên cứu dự phòng và điều trị sâu răng cho người cao tuổi bằng dung dịch nước súc miệng fluor 0,2% NaF

Chúng tôi muốn mời ông/bà là những người tham gia vào chương trình nghiên cứu này.

Trước hết, chúng tôi xin thông báo với ông/bà:

* Sự tham gia của ông/bà là hoàn toàn tự nguyện.

* Ông/Bà có thể không tham gia, hoặc có thể rút khỏi chương trình bất cứ lúc nào. Trong bất kỳ trường hợp nào, ông/bà sẽ không bị mất những quyền lợi chăm sóc sức khỏe mà ông/bà được hưởng.

Nếu ông/bà có câu hỏi nào về chương trình nghiên cứu này. Xin ông/bà hãy thảo luận các câu hỏi đó với bác sĩ hoặc cán bộ chương trình trước khi anh chị đồng ý tham gia chương trình.

Xin Ông/bà vui lòng đọc kỹ bản cam kết này hoặc nhờ ai đó đọc nếu ông/bà không thể đọc được. Ông/bà sẽ được giữ một bản sao của cam kết này. Ông/bà có thể tham khảo ý kiến những người khác về chương trình nghiên cứu trước khi quyết định tham gia. Nếu ông/bà tham gia, chúng tôi sẽ trình bày chương trình nghiên cứu.

Mục đích của chương trình nghiên cứu này là:

Nhằm đánh giá hiệu quả của dung dịch nước súc miệng fluor 0,2%NaF trong phòng và điều trị các tổn thương sâu răng vĩnh viễn cho người cao tuổi

Nghiên cứu này sẽ mời khoảng 320 người cao tuổi, mắc bệnh sâu răng vĩnh viễn. Đây là một nghiên cứu sẽ được thực hiện ở tỉnh Yên Bái.

Mục đích của nghiên cứu này nhằm: Đánh giá tỷ lệ sâu răng vĩnh viễn của người cao tuổi của tỉnh Yên Bái, Theo dõi và đánh giá hiệu quả của việc súc miệng với dung dịch nước súc miệng fluor 0,2% NaF trong phòng và điều trị các tổn thương sâu răng vĩnh viễn

Đối tượng có thể tham gia nghiên cứu này: Là người cao tuổi tại tỉnh Yên Bái, trong độ tuổi trên 60 tuổi, không đang trong quá trình điều trị bệnh cấp tính, đồng ý tự nguyện tham gia nghiên cứu.

Quy trình đăng ký tham gia và quy trình theo dõi:

Sau khi nhận được phiếu thông tin và cam kết này, Ông/Bà vui lòng đọc và hỏi rõ các thông tin trong phiếu.

Phiếu thông tin và cam kết đồng ý có chữ kí của Ông/Bà là căn cứ để chúng tôi hiểu rằng Ông/Bà đăng kí tham gia nghiên cứu này.

Chúng tôi sẽ tiến hành các bước tiếp theo của nghiên cứu:

Khám răng miệng và đo pH môi trường miệng, kiểm tra mảng bám trên răng.

Lựa chọn 320 người cao tuổi có sâu răng vĩnh viễn, phân ngẫu nhiên vào hai nhóm.

Một nhóm chải răng bằng kem P/S.

Một nhóm được cho súc miệng với dung dịch Fluor 0,2% hàng ngày

Cả hai nhóm được khám răng vào các thời điểm: trước khi súc miệng NaF 0,2%, sau súc miệng 6, sau 12 tháng, sau 18 tháng.

Rút khỏi tham gia nghiên cứu.

Ông/Bà có thể được yêu cầu không tiếp tục tham gia nghiên cứu do những nguyên nhân khác nhau bao gồm:

Các bác sỹ thấy rằng nếu tiếp tục tham gia nghiên cứu sẽ có hại cho ông/bà.

Nhà tài trợ hoặc bác sỹ quyết định ngừng hoặc huỷ bỏ nghiên cứu.

Hội Đồng Đạo đức hoặc Bộ Y tế Việt Nam quyết định ngừng nghiên cứu.

2. Hồ sơ bệnh án:

Bệnh án của ông/bà sẽ được tra cứu bởi đại diện của nhà tài trợ và các cơ quan quản lý bao gồm kết quả xét nghiệm thường quy và các xét nghiệm chuyên khoa khác cũng như thông tin về quá trình điều trị. Mọi dữ liệu của nghiên cứu sẽ được bảo vệ tuyệt mật.

3. Kết quả nghiên cứu có thể được công bố trên tạp chí khoa học nhưng không liên quan đến danh tính của ông/bà khi tham gia nghiên cứu.

4. Việc tham gia vào các nghiên cứu khác: Bản cam kết này chỉ nói đến việc tham gia của ông/bà vào nghiên cứu đề cập ở trên. Khi ký vào bản cam kết này, ông/bà sẽ không được tham gia vào một nghiên cứu lâm sàng khác. Ông/Bà hoàn toàn có quyền rút khỏi nghiên cứu vào bất cứ thời điểm nào và sẽ không bị phạt hay mất đi quyền lợi chữa bệnh mà ông/bà đáng được hưởng.

Yên Bái, Ngày.... Tháng.... Năm...201.....

Người tham gia nghiên cứu

(Ký, ghi rõ họ tên)

Phụ lục 4

BẢNG THÔNG TIN VỀ NGHIÊN CỨU

Đề tài nghiên cứu: “Nghiên cứu tình trạng sức khỏe răng miệng, nhu cầu điều trị và đề xuất biện pháp can thiệp cho người cao tuổi tại tỉnh Yên Bái”

Nghiên cứu của chúng tôi tiến hành là một nghiên cứu khoa học thuộc lĩnh vực Y học dự phòng, do Bộ Y tế quản lý và Viện Đào Tạo Răng Hàm Mặt- Trường Đại Học Y Hà Nội là cơ quan chủ trì thực hiện. Nghiên cứu này nhằm đánh giá chung tình trạng bệnh răng miệng của người cao tuổi trong cộng đồng và các yếu tố liên quan đến các tình trạng này. Kết quả nghiên cứu sẽ cung cấp những số liệu quan trọng đóng góp cho việc đánh giá tỷ lệ và mức độ mắc bệnh răng miệng ở người cao tuổi trong cộng đồng phục vụ cho mục đích khoa học, đào tạo, dự phòng và điều trị.

Nghiên cứu được tiến hành tại tỉnh Yên Bái, đánh giá trên tổng số 1350 người cao tuổi từ 60 tuổi trở lên (cho nghiên cứu 1), được chọn ngẫu nhiên tại 30 cụm nội – ngoại thành: 15 cụm nội thành và 15 cụm ngoại thành và 320 người (cho nghiên cứu 2). Các đối tượng được chọn vào mẫu sẽ trả lời bản câu hỏi theo hướng dẫn được các nghiên cứu viên đã trải qua huấn luyện khám và đánh giá tình trạng bệnh răng miệng theo các phương pháp và tiêu chuẩn đánh giá đã được đưa ra trong đề cương nghiên cứu, dựa trên tham khảo y văn trong nước và quốc tế.

Mỗi đối tượng nghiên cứu sẽ được cung cấp một bàn chải, kem đánh răng, nước súc miệng và hoàn toàn không phải trả chi phí về dụng cụ qui trình khám, điều tra.

Các qui trình khám đánh giá trên đối tượng tham gia nghiên cứu tuân thủ theo qui trình khám thông thường và theo y văn không gây tác hại tại chỗ hay toàn thân, không ảnh hưởng tới người tham gia nghiên cứu.

Những nguy cơ có thể xảy ra trong quá trình tham gia nghiên cứu?

Khi súc miệng dung dịch nước súc miệng fluor 0,2% NaF hoặc kem chải răng có thể:

- Có người bị dị ứng với các thành phần của thuốc.
- Có thể nuốt phải lượng nhỏ kem hoặc DD NaF 0,2%
- Có thể bị thay đổi màu sắc của răng do nhiễm fluor mãn
- Có thể răng sâu tiến triển nhanh và tạo thành lỗ sâu

Các vấn đề khác có liên quan đến nghiên cứu.

Trong thời gian nghiên cứu, có thể một số thông tin mới về bệnh tật của ông/Bà sẽ được phát hiện. Chúng tôi sẽ thông báo cho ông/bà hoặc bác sỹ của ông/bà biết.

Phụ lục 5

BẢN MÔ TẢ

Về quyền lợi và nghĩa vụ của đối tượng nghiên cứu

Đề tài nghiên cứu: “Nghiên cứu tình trạng sức khỏe răng miệng, nhu cầu điều trị và đề xuất biện pháp can thiệp cho người cao tuổi tại tỉnh Yên Bái”

Chủ nhiệm đề tài: Ths. Vũ Duy Hưng

Các đối tượng tham gia vào nghiên cứu được hưởng các quyền lợi sau:

1. Được nhóm nghiên cứu tư vấn, giải thích rõ về quy trình khám
2. Ông/bà được khám và theo dõi răng miệng định kỳ miễn phí trong suốt thời gian nghiên cứu.
3. Ông/bà được hướng dẫn chải răng và giáo dục nha khoa trong nghiên cứu
4. Không trả bất kỳ một chi phí cho toàn bộ quá trình tiến hành nghiên cứu.
5. Các thông tin cá nhân liên quan trong quá trình thực hiện nghiên cứu đều được bảo mật.
6. Các thông tin hình ảnh và số liệu thu thập chỉ được sử dụng vào mục đích nghiên cứu, không sử dụng vào mục đích khác.

Các đối tượng tham gia vào nghiên cứu phải có nghĩa vụ sau:

1. Hợp tác và tuân thủ theo yêu cầu của nhóm nghiên cứu trong quá trình tiến hành khám và đánh giá tình trạng sâu răng ở người cao tuổi trước và sau can thiệp.
2. Cung cấp đầy đủ, chi tiết và trung thực các thông tin theo hướng dẫn của nhóm nghiên cứu.

Trân trọng cảm ơn sự tham gia của các ông/bà!

DANH SÁCH ĐỐI TƯỢNG THAM GIA NGHIÊN CỨU

(Cho nghiên cứu “Mô tả thực trạng bệnh răng miệng, nhu cầu điều trị ở người cao tuổi tỉnh Yên Bái” thuộc đề tài cấp bộ “Đánh giá thực trạng răng miệng của người cao tuổi và nhu cầu điều trị tại Việt Nam từ 2015 đến 2016”).

- Tổng cộng 1350 bệnh nhân tham gia vào nghiên cứu này thuộc đề tài cấp bộ của PGS.TS. Trương Mạnh Dũng. Số đăng ký: 2015

- Dữ liệu gốc về danh sách bệnh nhân: Hiện đang lưu trữ tại Tổ chức chủ trì nhiệm vụ là Viện Đào Tạo Răng Hàm Mặt trực thuộc Trường Đại Học Y Hà Nội, thuộc cơ quan chủ quản của tổ chức chủ trì là Bộ Y Tế (Chứng nhận đính kèm)

Phụ lục 6:**DANH SÁCH****Xã, phường, thị trấn thực hiện khám răng miệng cho NCT tại tỉnh Yên Bái**

STT	Xã, phường, thị trấn	Quận, huyện, TP	Ngày khám
1	Phường Yên Ninh	Thành phố Yên Bái	02/6/2015
2	Phường Đồng Tâm	Thành phố Yên Bái	02/6/2015
3	Phường Minh Tân	Thành phố Yên Bái	02/6/2015
4	Xã Giới Phiên	Thành phố Yên Bái	02/6/2015
5	Xã Văn Phú	Thành phố Yên Bái	02/6/2015
6	P. Nguyễn Thái Học	Thành phố Yên Bái	02/6/2015
7	Phường Hồng Hà	Thành phố Yên Bái	02/6/2015
8	P. Nguyễn Phúc	Thành phố Yên Bái	02/6/2015
9	Xã Nam Cường	Thành phố Yên Bái	02/6/2015
10	Xã Tuy Lộc	Thành phố Yên Bái	02/6/2015
11	TT. Yên Bình	Huyện Yên Bình	03/6/2015
12	Xã Tân Hương	Huyện Yên Bình	03/6/2015
13	Xã Đại Đồng	Huyện Yên Bình	03/6/2015
14	Xã Phú Thịnh	Huyện Yên Bình	03/6/2015
15	Xã Văn Lãng	Huyện Yên Bình	03/6/2015
16	Xã Thịnh Hưng	Huyện Yên Bình	03/6/2015
17	Xã Đại Minh	Huyện Yên Bình	03/6/2015
18	Xã Hán Đà	Huyện Yên Bình	03/6/2015

19	TT. Thác Bà	Huyện Yên Bình	03/6/2015
20	Xã Vĩnh Kiên	Huyện Yên Bình	03/6/2015
21	TT. Mậu A	Huyện Văn Yên	04/6/2015
22	Xã Yên Hưng	Huyện Văn Yên	04/6/2015
23	Xã Yên Thái	Huyện Văn Yên	04/6/2015
24	Xã Ngòi A	Huyện Văn Yên	04/6/2015
25	Xã Mậu Đông	Huyện Văn Yên	04/6/2015
26	Xã Yên Hợp	Huyện Văn Yên	04/6/2015
27	Xã An Thịnh	Huyện Văn Yên	04/6/2015
28	Xã Đại Phác	Huyện Văn Yên	04/6/2015
29	Xã Yên Phú	Huyện Văn Yên	04/6/2015
30	Xã Xuân Ái	Huyện Văn Yên	04/6/2015

TRƯỜNG ĐẠI HỌC Y HÀ NỘI
VIỆN ĐÀO TẠO RĂNG HÀM MẶT

BẢN HƯỚNG DẪN
PHỎNG VẤN SÂU/THẢO LUẬN NHÓM CÁN BỘ Y TẾ
(Tuyến tỉnh, huyện, xã)

Thời gian:

Địa điểm:

Người phỏng vấn:

Người ghi chép:

Họ và tên người được phỏng vấn:

Địa chỉ:.....

Chức vụ:.....

NỘI DUNG

1. Nhận xét chung của ông/bà về tình hình bệnh răng miệng của người cao tuổi khám chữa bệnh tại cơ sở của mình?

- Có nhiều người cao tuổi đến khám, chữa bệnh răng miệng hay không?

.....

.....

.....

- Các bệnh răng miệng hay mắc ở người cao tuổi là những bệnh gì?

.....

.....

.....

- Nguyên nhân chính gây mắc các bệnh răng miệng ở người cao tuổi là gì?

.....

.....

.....

.....
.....
- Bệnh răng miệng hay mắc thuộc nhóm tuổi nào của người cao tuổi?
.....
.....
.....

.....
.....
- Nhóm đối tượng người cao tuổi thuộc nghề nghiệp nào trước đây mắc nhiều bệnh răng miệng (nông dân, CBVC, công nhân, nghề tự do...)
.....
.....
.....

.....
.....
- Giới nào (nam hay nữ) ở người cao tuổi hay mắc bệnh răng miệng?
.....
.....
.....

.....
.....
- Người cao tuổi sống ở khu vực nào thì hay mắc bệnh răng miệng (miền núi, đồng bằng, ven biển, thành thị, nông thôn...)
.....
.....
.....

.....
.....
2. Nhận xét của ông/bà về ảnh hưởng của bệnh răng miệng đến sức khỏe của người cao tuổi tại địa phương ta như thế nào?

- Những ảnh hưởng bệnh răng miệng đến sức khỏe người cao tuổi nói chung?
.....
.....
.....
.....
.....

- Những ảnh hưởng bệnh răng miệng đến sức khỏe trước mắt, lâu dài của người cao tuổi như thế nào?
.....
.....
.....
.....

- Các biến chứng thường gặp của bệnh răng miệng ở người cao tuổi?

.....
.....
.....
.....
.....

3. Nhận xét của ông/bà về khả năng đáp ứng nhu cầu khám chữa bệnh răng miệng tại địa phương ta hiện nay như thế nào?

- Về nhân lực: Số lượng cán bộ chuyên ngành, năng lực chuyên môn?

.....
.....
.....
.....
.....

- Về cơ sở vật chất, trang thiết bị (ở trạm y tế xã/phường đã có ghế máy nha chữa), thuốc chuyên ngành... ?

.....
.....
.....
.....

- Mức độ thuận tiện để người cao tuổi tiếp cận khám/chữa bệnh răng miệng? (hệ thống tổ chức dịch vụ theo chuyên ngành, thời gian cung cấp dịch vụ, địa điểm cung cấp dịch vụ, thủ tục hành chính, khoảng cách tới cơ sở khám chữa RHM...).

.....
.....
.....
.....
.....

- Về giá cả dịch vụ có phù hợp với người cao tuổi không/khả năng chi trả của người cao tuổi?

.....
.....
.....
.....
.....

- Cơ sở của Ông/bà có tiếp nhận khám, chữa được hết các bệnh răng miệng cho người cao tuổi trong khu vực phục vụ không? Nếu không là vì sao?

.....
.....
.....
.....
.....

4. Nhận xét của ông/bà về nhu cầu khám chữa bệnh răng miệng của người cao tuổi tại địa phương ta như thế nào?

- Thực tế tại địa phương người cao tuổi có đi khám, chữa bệnh răng miệng không? những người nào hay đi khám, những người nào không đi khám?

.....
.....
.....
.....
.....
.....

- Những người có đi khám là vì sao? Những người không đi khám là vì sao?

.....
.....
.....
.....
.....
.....

- Những bệnh răng miệng nào người cao tuổi có nhu cầu khám, chữa tại cơ sở của ông/bà?

.....
.....
.....
.....
.....

5. Ý kiến của ông/bà về kiến thức, thực hành phòng chống bệnh răng miệng của người cao tuổi tại địa phương ta như thế nào?

- Theo ông/bà hiện nay người cao tuổi ở địa phương ta có biết cần phải chăm sóc răng miệng không, có biết những việc cần làm để phòng bệnh răng miệng không?

.....
.....

.....

.....

.....

- Những việc làm nào người cao tuổi đã biết/đã thực hiện để phòng bệnh răng miệng? Những việc làm nào người cao tuổi chưa biết/chưa thực hiện để phòng bệnh răng miệng?

.....

.....

.....

.....

- Hiện nay người cao tuổi đã được cung cấp kiến thức, hướng dẫn phòng bệnh răng miệng chưa, bằng hình thức nào? Tổ chức như thế nào? Ai thực hiện?

.....

.....

.....

.....

6. Những ý kiến đề xuất của ông/bà để phòng chống bệnh răng miệng cho người cao tuổi tại địa phương ta là gì?

- Về hệ thống tổ chức chuyên ngành khám chữa RHM ở địa phương, cơ sở nên như thế nào?

.....

.....

.....

.....

.....

- Về chế độ chính sách khám chữa bệnh/phòng bệnh răng miệng cho người cao tuổi?

.....

.....

.....

.....

.....

- Những điều kiện cần thiết để tổ chức thực hiện chăm sóc bệnh răng miệng tốt hơn cho người cao tuổi hiện nay là gì?

.....
.....
.....
.....
.....

- Về nhân lực: cán bộ chuyên môn (BS RHM, điều dưỡng nha khoa) cho các tuyến (tỉnh, huyện, xã) nên như thế nào? số lượng, nhu cầu đào tạo/tập huấn, chế độ chính sách với cán bộ

.....
.....
.....
.....
.....

- Nhu cầu trang bị cơ sở vật chất (ghế máy nha), trang thiết bị, thuốc cho các tuyến như thế nào...?

.....
.....
.....
.....
.....

- Loại dịch vụ khám/chữa bệnh răng miệng cho người cao tuổi ở các tuyến (loại dịch vụ gì (nhổ răng, chữa răng, làm răng giả)? Tuyến nào thực hiện?

.....
.....
.....
.....
.....

- Về giá cả dịch vụ nên như thế nào?

.....
.....
.....
.....
.....

- Các hoạt động phòng bệnh bệnh răng miệng cần tổ chức thực hiện cho người cao tuổi để có thể giảm tỷ lệ mắc bệnh răng miệng ở người cao tuổi? ai chịu trách nhiệm tổ chức thực hiện, nên thực hiện ở đâu, khi nào...?

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

- Thực tế hiện nay có cần cung cấp kiến thức, hướng dẫn phòng bệnh răng miệng cho người cao tuổi không? Nội dung, phương pháp, tài liệu, đơn vị/người thực hiện)?

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

- Những ý kiến đề xuất khác để phòng bệnh răng miệng cho người cao tuổi nói chung và tại địa phương của ông/bà?

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Trân trọng cảm ơn Ông/Bà đã đóng góp các ý kiến quý báu!

TRƯỜNG ĐẠI HỌC Y HÀ NỘI
VIỆN ĐÀO TẠO RĂNG HÀM MẶT

BẢN HƯỚNG DẪN
PHÒNG VẤN SÂU/THẢO LUẬN NHÓM NGƯỜI CAO TUỔI

Thời gian:

Địa điểm:

Người phỏng vấn:

Người ghi chép:

Họ và tên người được phỏng vấn:

Địa chỉ:

Chức vụ:

NỘI DUNG

1. Nhận xét của ông/bà về tình hình bệnh răng miệng của người cao tuổi tại địa phương như thế nào

- Có nhiều người cao tuổi mắc bệnh răng miệng hay không?.....

.....

.....

- Các bệnh răng miệng hay mắc ở người cao tuổi là những bệnh gì?

.....

.....

.....

- Nguyên nhân mắc các bệnh răng miệng ở người cao tuổi?

.....

.....

- Người cao tuổi thuộc nhóm tuổi nào hay mắc bệnh răng miệng hơn?

.....

.....

.....

.....

- Người cao tuổi thuộc nghề nghiệp nào trước đây hay mắc nhiều bệnh răng miệng?
(nông dân, CBVC, công nhân, nghề tự do...)

.....

.....

.....

- Người cao tuổi khi mắc bệnh răng miệng có đi khám chữa bệnh không? Vì sao?

.....

.....

2. Nhận xét của ông/bà về ảnh hưởng của bệnh răng miệng đến sức khỏe của người cao tuổi tại địa phương ta như thế nào?

- Những ảnh hưởng bệnh răng miệng đến sức khỏe người cao tuổi nói chung?

.....

.....

- Những ảnh hưởng bệnh răng miệng đến sức khỏe trước mắt của người cao tuổi?

.....

.....

- Những ảnh hưởng bệnh răng miệng đến sức khỏe lâu dài của người cao tuổi?

.....

.....

- Các biến chứng thường gặp của bệnh răng miệng ở người cao tuổi?

.....
.....

3. Nhận xét của ông/bà về dịch vụ khám chữa bệnh răng miệng tại địa phương ta như thế nào?

- Khi người cao tuổi bị bệnh răng miệng thì đi khám/chữa bệnh có gì thuận tiện? có gì khó khăn gặp phải (thời gian, địa điểm, thủ tục giấy tờ...)?

.....
.....
.....
.....

- Khả năng chuyên môn về khám, chữa bệnh răng miệng của cán bộ y tế tại địa phương có đáp ứng được yêu cầu của người cao tuổi không?

.....
.....

- Về giá cả có phù hợp với người cao tuổi không (cao/thấp/vừa phải?)

.....
.....

- Những điểm mà ông/bà thấy hài lòng hoặc chưa hài lòng khi đi khám/chữa bệnh về răng miệng?

.....
.....

- Cần làm gì để người cao tuổi khi đi khám/chữa bệnh răng miệng hài lòng hơn?

.....

.....

4. Nhận xét của ông/bà về nhu cầu khám chữa bệnh răng miệng của người cao tuổi tại địa phương ta như thế nào?

- Hiện nay người cao tuổi có cần đi khám, chữa bệnh răng miệng không?

.....

.....

- Thực tế tại địa phương ta người cao tuổi có đi khám, chữa bệnh răng miệng không, những người nào hay đi khám/chữa bệnh răng miệng?

.....

.....

- Địa phương ta có nhiều người cao tuổi mắc bệnh răng miệng nhưng lại không đi khám/chữa không? lý do vì sao không đi khám/chữa...?

.....

.....

- Những bệnh răng miệng nào người cao tuổi thường đi khám/chữa?

.....

5. Nhận xét của ông/bà về kiến thức, thực hành phòng chống bệnh răng miệng của người cao tuổi tại địa phương ta như thế nào?

- Người cao tuổi có biết cần phải chăm sóc răng miệng không, có biết những bệnh răng miệng mà người cao tuổi hay mắc không, biết các lý do mắc bệnh răng miệng ở người cao tuổi không? Biết các việc cần làm để phòng bệnh răng miệng không?

.....
.....
.....

- Người cao tuổi ở đây thường làm gì để phòng bệnh răng miệng?

.....
.....

- Người cao tuổi có mong muốn được cung cấp kiến thức, hướng dẫn phòng bệnh răng miệng không?

.....
.....

- Hiện nay người cao tuổi đã được cung cấp kiến thức, hướng dẫn phòng bệnh răng miệng chưa, bằng hình thức nào? Tổ chức như thế nào? Ai thực hiện?

.....
.....

6. Những ý kiến đề xuất của ông/bà để thực hiện phòng chống bệnh răng miệng của người cao tuổi tại địa phương ta tốt hơn là gì?

- Ông bà có mong muốn gì để được chăm sóc răng miệng cho người cao tuổi hiện nay tốt hơn?

.....
.....

- Cần có chính sách gì về khám chữa bệnh/phòng bệnh răng miệng cho người cao tuổi ở địa phương ta?

.....
.....

- Cần tổ chức cung cấp dịch vụ khám/chữa bệnh răng miệng cho người cao tuổi ở địa phương ta như thế nào cho tốt hơn?

.....
.....

- Về giá cả dịch vụ khám chữa bệnh, phòng bệnh răng miệng cho người cao tuổi nên như thế nào? (hỗ trợ, bảo hiểm y tế, người sử dụng dịch vụ trả...?)

.....
.....

- Các hoạt động dự phòng nào về bệnh răng miệng cần tổ chức thực hiện cho người cao tuổi để có thể giảm tỷ lệ mắc bệnh răng miệng ở người cao tuổi tại địa phương ta? ai chịu trách nhiệm tổ chức thực hiện, nên thực hiện ở đâu, khi nào...?

.....
.....

- Về truyền thông giáo dục sức khỏe phòng chống bệnh răng miệng, người cao tuổi muốn được cung cấp kiến thức, hướng dẫn phòng những bệnh răng miệng nào? bằng phương pháp nào? Do ai thực hiện, thực hiện ở đâu là phù hợp?

.....
.....

- Những ý kiến khác của ông/bà để phòng bệnh răng miệng cho người cao tuổi tại địa phương của ta hiện nay?

.....
.....
.....

Trân trọng cảm ơn Ông/Bà đã đóng góp các ý kiến quý báu!

MỘT SỐ HÌNH ẢNH KHÁM LẤY SỐ LIỆU CAN THIỆP





Hướng dẫn cho người cao tuổi cách phòng chống bệnh răng miệng



Nước súc miệng Fluor 2% cung cấp cho đối tượng cần thiết