

tôi, sau 1 tháng điều trị, điểm ACT từ $18,5 \pm 3,3$ tăng lên $23,1 \pm 2,6$, tương ứng với tình trạng hen không kiểm soát chuyển thành hen có kiểm soát, điểm CARATkids từ $9,4 \pm 3,3$ giảm xuống $3 \pm 4,9$, ($p < 0,05$). Điểm CARATkids giảm thể hiện hiệu quả kiểm soát hen và viêm mũi dị ứng đã bắt đầu đạt được sau 1 tháng điều trị, điều này cũng phù hợp với thời gian kiểm soát viêm mũi dị ứng theo khuyến cáo của ARIA [1] và thời gian đánh giá hiệu quả điều trị thử trong chẩn đoán hen phế quản theo GINA 2019 [7]. Do đó, chúng tôi tính điểm cut-off của thang điểm CARATkids để đánh giá kiểm soát hen phế quản có viêm mũi dị ứng sau 1 tháng điều trị. Kết quả cho thấy, để chẩn đoán hen có kiểm soát ở trẻ hen phế quản có viêm mũi dị ứng, diện tích dưới đường cong ROC của CARATkids là 0,953, với điểm cắt CARATkids = 4,5 điểm thì độ nhạy là 100%, độ đặc hiệu là 78,6%. Như vậy, điểm CARATkids < 5 xác định hen phế quản và viêm mũi dị ứng được kiểm soát tốt và điểm CARATkids ≥ 5 xác định hen phế quản và viêm mũi dị ứng kiểm soát kém. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi phù hợp với Batmaz và cộng sự, khi áp dụng bảng câu hỏi CARAKids ở Thổ Nhĩ Kỳ thì điểm giới hạn ≤ 5 của CARATkids có độ nhạy 100% và độ đặc hiệu là 91,1% để xác định kiểm soát được đồng thời cả hen phế quản và viêm mũi dị ứng theo GINA và ARIA [5].

V. KẾT LUẬN

Cần có bộ công cụ riêng để đánh giá tình trạng kiểm soát hen phế quản kèm viêm mũi dị ứng ở trẻ em. CARATkids là bộ công cụ có giá trị giúp đánh giá hiệu quả kiểm soát tình trạng hen

phế quản kèm viêm mũi dị ứng ở trẻ em

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bousquet, J. and et. al.**, Allergic rhinitis and its impact on asthma (ARIA) 2008. Allergy 2008. 63: p. 8-160.
2. **Thomas, M. and et. al.**, Asthma-related health care resource use among asthmatic children with and without concomitant allergic rhinitis. Pediatrics 2005. 115(1): p. 129-134.
3. **Schatz, M., et al.**, Asthma Control Test: reliability, validity, and responsiveness in patients not previously followed by asthma specialists. J Allergy Clin Immunol, 2006. 117(3): p. 549-56.
4. **Linhares, D.V., et al.**, Validation of control of allergic rhinitis and asthma test for children (CARATKids)-a prospective multicenter study. Pediatric Allergy and Immunology, 2014. 25(2): p. 173-179.
5. **Batmaz, S.B., S.A. Tokgöz, and J.A. Fonseca.**, Validity and the reliability of the Turkish version of the control of allergic rhinitis and asthma test for children (CARATKids). Journal of Asthma, 2019. 56(11): p. 1231-1238.
6. **Ngô Quý Châu, V.T.Q.**, Khuyến cáo chẩn đoán và điều trị hen kèm viêm mũi dị ứng. Nhà Xuất Bản Y Học, 2016.
7. **(GINA), G.I.f.A.**, Global strategy for asthma management and prevention. 2019.
8. **Emons, J., et al.**, Use of the Control of Allergic Rhinitis and Asthma Test (CARAT kids) in children and adolescents: Validation in Dutch. Pediatric Allergy and Immunology, 2017. 28(2): p. 185-190.
9. **Lê Thị Minh Hương, L.T.H.**, Một số đặc điểm dịch tễ học lâm sàng hen phế quản trẻ em tại Bệnh viện Nhi Trung ương, năm 2011. Y Học Thực Hành, 2013. 870(5): p. 119-21.
10. **Togias, A., et al.**, Rhinitis in children and adolescents with asthma: Ubiquitous, difficult to control, and associated with asthma outcomes. Journal of Allergy and Clinical Immunology, 2019. 143(3): p. 1003-1011. e10.

KIẾN THỨC - THỰC HÀNH CHĂM SÓC RĂNG MIỆNG VÀ BỆNH NHA CHU Ở BỆNH NHÂN ĐÁI THÁO ĐƯỜNG TÍP 2 TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TỈNH KIÊN GIANG

Huỳnh Kim Minh Tâm¹, Trầm Trung Hiếu², Tăng Kim Hồng²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá hiệu quả của can thiệp giáo dục sức khỏe tăng cường kiến thức và thực hành về chăm sóc sức khỏe răng miệng và bệnh nha chu ở

bệnh nhân đái tháo đường tại Bệnh viện Đa khoa Tỉnh Kiên Giang. **Phương pháp:** Nghiên cứu can thiệp ngẫu nhiên có đối chứng từ tháng 01/2022 đến tháng 03/2022, với nhóm can thiệp là bệnh nhân đái tháo đường được giáo dục sức khỏe răng miệng tăng cường và nhóm chứng được giáo dục sức khỏe răng miệng thường quy. **Kết quả:** Sau can thiệp, điểm kiến thức ở nhóm can thiệp tăng từ 3 điểm lên 6 điểm ($p < 0,001$) và nhóm chứng tăng từ 3 điểm lên 5 điểm ($p < 0,001$). Điểm kiến thức ở nhóm can thiệp cao hơn nhóm chứng tại thời điểm sau can thiệp với $p=0,002$. Về thực hành, nhóm can thiệp cải thiện điểm thực hành từ 4 điểm lên 7 điểm ($p < 0,001$). Nhóm chứng

¹Bệnh viện Đa khoa tỉnh Kiên Giang

²Trường Đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch

Chịu trách nhiệm chính: Huỳnh Kim Minh Tâm

Email: huynhkimminhtam8285@gmail.com

Ngày nhận bài: 26.9.2024

Ngày phản biện khoa học: 5.11.2024

Ngày duyệt bài: 2.12.2024

cải thiện điểm thực hành từ 3,5 điểm lên 6 điểm ($p < 0,001$). Nhóm can thiệp cải thiện điểm thực hành cao hơn nhóm chứng với $p < 0,001$. **Kết luận:** Việc can thiệp giáo dục sức khỏe tăng cường có hiệu quả cải thiện kiến thức và thực hành của bệnh nhân ĐTD về bệnh nha chu và chăm sóc răng miệng so với quy trình điều trị thường quy tại bệnh viện.

Từ khóa: đái tháo đường, giáo dục sức khỏe, chăm sóc sức khỏe răng miệng, kiến thức, thực hành

SUMMARY

KNOWLEDGE AND PRACTICE OF ORAL CARE AND PERIODONTAL DISEASE IN TYPE 2 DIABETES PATIENTS AT KIEN GIANG PROVINCIAL HOSPITAL

Objective: To evaluate the effectiveness of an enhanced health education intervention on knowledge and practice of oral health care and periodontal disease in diabetic patients at Kien Giang Provincial General Hospital. **Methods:** A randomized controlled trial from January 2022 to March 2022, with the intervention group being diabetic patients receiving enhanced oral health education and the control group receiving routine health education. **Results:** After intervention, knowledge scores in the intervention group increased from 3 points to 6 points ($p < 0.001$) and in the control group increased from 3 points to 5 points ($p < 0.001$). The knowledge score in the intervention group was statistically significantly higher than the control group at post-intervention time with $p = 0.002$. Regarding practice, the intervention group improved practice scores from a median of 4 to 7 points ($p < 0.001$). The control group improved its practice score from a median of 3.5 to 6 points ($p < 0.001$). The intervention group's improvement in practice scores was statistically significantly higher than the control group with $p < 0.001$. **Conclusion:** Enhanced health education intervention effectively improves the knowledge and practice of diabetic patients about periodontal disease and oral care compared to routine hospital health education.

Keywords: diabetes, health education, oral health care, knowledge, practice

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh nha chu cùng với đái tháo đường (ĐTD) là hai yếu tố song hành làm cho tình trạng sức khỏe của bệnh nhân ngày càng xấu đi. Ở những bệnh nhân ĐTD, bệnh nha chu nặng có liên quan đến tăng nguy cơ tử vong.

Một nghiên cứu tại Bangladesh đã chỉ ra liên quan giữa thực hành vệ sinh răng miệng và việc tự chăm sóc trong bệnh ĐTD với tình trạng nha chu.⁴ Tại Việt Nam, nghiên cứu của tác giả Phạm TAV cũng ghi nhận mối liên quan giữa thực hành vệ sinh răng miệng với bệnh nha chu.⁵ Can thiệp giáo dục sức khỏe về kiến thức và thực hành trên bệnh nhân sau điều trị nha chu cũng cho thấy hiệu quả cải thiện sức khỏe răng miệng trong nghiên cứu của Jonsson B.³

Hiện nay, tại bệnh viện đa khoa tỉnh Kiên

Giang, việc giáo dục sức khỏe trên bệnh nhân điều trị nha chu mặc dù được áp dụng nhưng chưa thực hiện theo quy trình cụ thể. Vì vậy, chúng tôi thực hiện nghiên cứu với mục tiêu đánh giá kiến thức và thực hành về chăm sóc sức khỏe răng miệng và bệnh nha chu ở bệnh nhân ĐTD típ 2 tại Bệnh viện Đa khoa Tỉnh Kiên Giang.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Thiết kế nghiên cứu: nghiên cứu can thiệp ngẫu nhiên có đối chứng.

- Thời gian nghiên cứu: từ tháng 01/2022 đến tháng 03/2022.

- Địa điểm nghiên cứu: bệnh viện đa khoa tỉnh Kiên Giang.

2.2. Đối tượng nghiên cứu

Nhóm can thiệp: Bệnh nhân ĐTD típ 2 được giáo dục sức khỏe răng miệng theo chương trình tăng cường.

Nhóm chứng: Bệnh nhân ĐTD típ 2 được giáo dục sức khỏe răng miệng theo chương trình thường quy tại bệnh viện.

Tiêu chí chọn mẫu

- **Tiêu chí chọn vào:** Bệnh nhân đã được chẩn đoán ĐTD típ 2, đến khám Bệnh viện Đa khoa tỉnh Kiên Giang từ tháng 1 đến tháng 3/2022, từ 30 tuổi trở lên, không có chỉ định phẫu thuật điều trị nha chu và đồng ý tham gia nghiên cứu.

- **Tiêu chí loại ra:** Bệnh nhân hiện đang bị nhiễm trùng răng miệng cấp tính, có răng lung lay độ 3 hoặc viêm nha chu tiêu xương nặng từ 2 vách trở lên.

2.3. Cỡ mẫu: Sử dụng công thức tính cỡ mẫu để so sánh 2 trung bình, với $\alpha = 0,05$; $\beta = 0,2$; $\mu_1 = 1,28$; $\sigma_1 = 0,33$; $\mu_2 = 1,48$; $\sigma_2 = 0,31$, dự trừ mất mẫu 10%, ta tính được cỡ mẫu cần chọn vào là 92 bệnh nhân ĐTD típ 2 với mỗi nhóm 46 bệnh nhân.

2.4. Chọn mẫu: chọn mẫu ngẫu nhiên đơn bằng bốc thăm để phân bổ vào hai nhóm nghiên cứu. Kết quả bốc thăm được bảo mật và chỉ có người thực hiện can thiệp giáo dục sức khỏe mới biết về việc phân nhóm nghiên cứu. Bác sĩ khám, điều trị, đánh giá và người phân tích dữ liệu không biết được bệnh nhân thuộc nhóm nào để tránh việc thiên lệch trong khám, điều trị, ghi nhận kết quả và phân tích dữ liệu.

2.5. Can thiệp trong nghiên cứu

- Chương trình thường quy: áp dụng với nhóm chứng, tập trung vào thực hành phòng bệnh gồm vệ sinh răng miệng và lối sống có lợi cho sức khỏe răng miệng. Nội dung không chuyên biệt đối với bệnh nhân ĐTD mà áp dụng cho nhiều đối tượng khác nhau.

- Chương trình tăng cường: áp dụng với nhóm can thiệp, gồm các nội dung cơ bản của giáo dục sức khỏe thường quy, bổ sung thêm các nội dung chuyên biệt dành cho bệnh nhân ĐTD. Can thiệp bằng hình thức trực tiếp từng cá nhân ngay sau khi khảo sát.

2.6. Liệt kê và định nghĩa biến số

- Kiến thức về bệnh nha chu và chăm sóc răng miệng: xác định qua 6 câu hỏi về kiến thức, mỗi câu trả lời đúng sẽ được 1 điểm. Điểm kiến thức chung là tổng điểm của 6 câu hỏi kiến thức.

- Thực hành chăm sóc răng miệng: xác định qua 6 câu hỏi về thực hành, mỗi câu trả lời đúng sẽ được 1 điểm. Điểm thực hành chung là tổng điểm của 6 câu hỏi thực hành.

2.7. Thu thập số liệu. Số liệu được thu thập tại hai thời điểm: trước can thiệp và 3 tháng sau can thiệp bằng bộ câu hỏi tự điền. Bộ câu hỏi gồm có 3 phần:

- Các thông tin cá nhân: tuổi, giới, dân tộc, học vấn, tình trạng gia đình, nơi sống, điều kiện kinh tế xã hội.

- Kiến thức về bệnh nha chu và chăm sóc răng miệng: tham khảo từ nghiên cứu của Mahmudul Hasan SM năm 2021⁴ và nghiên cứu của Abu- Gharbieh Eman năm 2019.¹

- Thực hành chăm sóc răng miệng: tham khảo từ nghiên cứu của Phạm TAV năm 2017,⁵ Trần Thảo Quyên năm 2018 và Mahmudul Hasan SM năm 2021.⁴

2.8. Xử lý và phân tích số liệu

- Nhập liệu bằng phần mềm Epidata 3.1 và phân tích số liệu bằng phần mềm Stata 14.0.

- So sánh trước – sau can thiệp trong từng nhóm: kiến thức và thực hành của bệnh nhân ở từng nội dung được so sánh bằng kiểm định Chi bình phương McNemar, điểm kiến thức và thực hành chung được so sánh bằng kiểm định Wilcoxon, mức ý nghĩa được xác định khi $p < 0,05$.

- So sánh giữa nhóm can thiệp và nhóm chứng sau can thiệp: kiến thức và thực hành của bệnh nhân ở từng nội dung được so sánh bằng kiểm định chính xác Fisher, điểm kiến thức và thực hành chung được so sánh bằng kiểm định Mann-Whitney, mức ý nghĩa được xác định khi $p < 0,05$.

2.9 Đạo đức nghiên cứu

- Nghiên cứu được tiến hành với sự đồng ý và tự nguyện của các đối tượng tham gia.

- Quá trình can thiệp không gây ảnh hưởng đến bệnh nhân, việc điều trị được thực hiện theo quy trình thông thường tại bệnh viện.

- Nghiên cứu đã thông qua Hội đồng đạo đức trong nghiên cứu y sinh học Trường Đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch theo quyết định số

655/TĐHYKPNT-HĐĐĐ ngày 29/03/2022.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu khảo sát được 100 bệnh nhân, phân phối ngẫu nhiên 50 bệnh nhân ở nhóm can thiệp và 50 bệnh nhân ở nhóm chứng. Độ tuổi của bệnh nhân từ 49 – 58 tuổi. Nữ giới có tỉ lệ cao hơn nam giới. Dân tộc Kinh chiếm hầu hết và chỉ 13% thuộc các nhóm dân tộc khác. Học vấn trên THCS chiếm tỉ lệ 70%. Phần lớn hiện sống chung với gia đình và có điều kiện kinh tế đủ sống.

Không ghi nhận sự khác biệt về tuổi, giới, dân tộc, học vấn, gia đình, nơi sống, kinh tế giữa nhóm can thiệp và nhóm chứng.

Bảng 1. Kiến thức về bệnh nha chu và chăm sóc răng miệng của bệnh nhân trước – sau can thiệp

Kiến thức đúng	Can thiệp	Chứng
	Tần số (%)	Tần số (%)
Bệnh nha chu có thể phá hủy răng		
Trước can thiệp	37 (74)	37 (74)
Sau can thiệp	50 (100)	50 (100)
p (trước – sau)	<0,001 ^{&}	<0,001 ^{&}
Bệnh nha chu có thể ảnh hưởng đến sức khỏe tổng thể		
Trước can thiệp	15 (30)	17 (34)
Sau can thiệp	48 (96)	39 (78)
p (trước – sau)	<0,001 ^{&}	<0,001 ^{&}
Chải răng thường xuyên có thể làm giảm sự khởi phát của bệnh nha chu		
Trước can thiệp	50 (100)	50 (100)
Sau can thiệp	50 (100)	50 (100)
p (trước – sau)	.	.
Tiêu thụ đồ uống có ga có thể làm tăng nguy cơ mắc bệnh nha chu		
Trước can thiệp	24 (48)	27 (54)
Sau can thiệp	48 (96)	42 (84)
p (trước – sau)	<0,001 ^{&}	<0,001 ^{&}
Tiêu thụ trái cây và rau quả có thể ngăn ngừa bệnh nha chu		
Trước can thiệp	8 (16)	10 (20)
Sau can thiệp	35 (70)	25 (50)
p (trước – sau)	<0,001 ^{&}	<0,001 ^{&}
Người bị bệnh tiểu đường có nhiều khả năng bị bệnh nha chu hơn		
Trước can thiệp	23 (46)	25 (50)
Sau can thiệp	50 (100)	50 (100)
p (trước – sau)	<0,001 ^{&}	<0,001 ^{&}
Điểm kiến thức, TV (TPV) [Tối thiểu – Tối đa]		
Trước can thiệp	3 (2 – 4) [2 – 6]	3 (2 – 4) [2 – 6]
Sau can thiệp	6 (5 – 6)	5 (4 – 6)

	[4 – 6]	[3 – 6]
p (trước – sau)	<0,001 [§]	<0,001 [§]

& Kiểm định Chi bình phương McNemar,
§ Kiểm định Wilcoxon

Sau can thiệp, điểm kiến thức đều tăng đáng kể ở hai nhóm. Nhóm can thiệp tăng từ trung vị bằng 3 điểm lên 6 điểm (p < 0,001) và nhóm chứng tăng từ trung vị 3 điểm lên 5 điểm (p < 0,001).

Bảng 2. So sánh kiến thức sau can thiệp giữa nhóm can thiệp với nhóm chứng

Kiến thức đúng	Can thiệp	Chứng	p
	Tần số (%)	Tần số (%)	
Bệnh nha chu có thể phá hủy răng	50(100)	50(100)	1,000 [#]
Bệnh nha chu có thể ảnh hưởng đến sức khỏe tổng thể	48(96)	39(78)	0,015 [#]
Chải răng thường xuyên có thể làm giảm sự khởi phát của bệnh nha chu	50(100)	50(100)	1,000 [#]
Tiêu thụ đồ uống có ga có thể làm tăng nguy cơ mắc bệnh nha chu	48(96)	42(84)	0,092 [#]
Tiêu thụ trái cây và rau quả có thể ngăn ngừa bệnh nha chu	35(70)	25(50)	0,066 [#]
Người bị bệnh tiểu đường có nhiều khả năng bị bệnh nha chu hơn	50 (100)	50 (100)	1,000 [#]
Điểm kiến thức, TV (TPV) [Tối thiểu – Tối đa]	6 (5-6) [4-6]	5 (4-6) [3-6]	0,002 [*]

* Kiểm định Mann-Whitney,
Kiểm định Fisher's exact

Sau can thiệp, tỉ lệ kiến thức đúng về "bệnh nha chu có thể ảnh hưởng đến sức khỏe tổng thể" ở nhóm can thiệp cao hơn đáng kể so với nhóm chứng (p=0,015). Các kiến thức khác không có sự khác biệt giữa nhóm can thiệp và nhóm chứng.

Điểm kiến thức ở nhóm can thiệp đạt trung vị là 6, cao hơn có ý nghĩa thống kê so với 5 ở nhóm chứng tại thời điểm sau can thiệp với p=0,002.

Bảng 3. Thực hành chăm sóc răng miệng của bệnh nhân trước – sau can thiệp

Thực hành đúng	Can thiệp	Chứng
	Tần số (%)	Tần số (%)
Không hút thuốc lá		
Trước can thiệp	47 (94%)	49 (98%)
Sau can thiệp	47 (94%)	49 (98%)

p (trước – sau)	1,000 ^{&}	1,000 ^{&}
-----------------	------------------------	------------------------

Chải răng ≥2 lần mỗi ngày

Trước can thiệp	47 (94%)	43 (86%)
Sau can thiệp	50 (100%)	49 (98%)
p (trước – sau)	0,250 ^{&}	0,031 ^{&}

Chải răng ≥2 phút mỗi lần

Trước can thiệp	29 (58%)	30 (60%)
Sau can thiệp	50 (100%)	43 (86%)
p (trước – sau)	<0,001 ^{&}	<0,001 ^{&}

Khám răng miệng trong vòng 6 tháng gần đây

Trước can thiệp	0 (0%)	0 (0%)
Sau can thiệp	50 (100%)	50 (100%)
p (trước – sau)	<0,001 ^{&}	<0,001 ^{&}

Sử dụng nước súc miệng

Trước can thiệp		
Hàng ngày	15 (30%)	14 (28%)
Thỉnh thoảng	17 (34%)	14 (28%)
Không bao giờ	18 (36%)	22 (44%)
Sau can thiệp		
Hàng ngày	26 (52%)	17 (34%)
Thỉnh thoảng	21 (42%)	22 (44%)
Không bao giờ	3 (6%)	11 (22%)
p (trước – sau)	<0,001 ^{&}	<0,001 ^{&}

Sử dụng chỉ nha khoa

Trước can thiệp		
Hàng ngày	3 (6%)	1 (2%)
Thỉnh thoảng	11 (22%)	17 (34%)
Không bao giờ	36 (72%)	32 (64%)
Sau can thiệp		
Hàng ngày	29 (58%)	8 (16%)
Thỉnh thoảng	19 (38%)	27 (54%)
Không bao giờ	2 (4%)	15 (30%)
p (trước – sau)	<0,001 ^{&}	<0,001 ^{&}

Điểm thực hành, TV (TPV) [Tối thiểu – Tối đa]

Trước can thiệp	4 (3-5) [1-6]	3,5 (3-5) [1 – 6]
Sau can thiệp	7 (7-8) [4-8]	6 (5-7) [3-8]
p (trước – sau)	<0,001 [§]	<0,001 [§]

& Kiểm định Chi bình phương McNemar,
§ Kiểm định Wilcoxon

Sau can thiệp, tổng điểm thực hành có sự cải thiện ở cả hai nhóm. Nhóm can thiệp cải thiện từ trung vị 4 lên 7 điểm (p<0,001). Nhóm chứng cải thiện từ trung vị 3,5 lên 6 điểm (p<0,001).

Bảng 4. So sánh thực hành sau can thiệp giữa nhóm can thiệp với nhóm chứng

Thực hành	Can thiệp	Chứng	p
	Tần số (%)	Tần số (%)	
Không hút thuốc lá	47(94%)	49(98%)	0,617 [#]

Chải răng ≥ 2 lần mỗi ngày	50(100%)	49(98%)	1,000 [#]
Chải răng ≥ 2 phút mỗi lần	50(100%)	43(86%)	0,012 [#]
Khám răng miệng trong vòng 6 tháng	50(100%)	50(100%)	1,000 [#]
Sử dụng nước súc miệng			
Hàng ngày	26(52%)	17(34%)	
Thỉnh thoảng	21(42%)	22(44%)	0,042 [#]
Không bao giờ	3(6%)	11(22%)	
Sử dụng chỉ nha khoa			
Hàng ngày	29(58%)	8 (16%)	
Thỉnh thoảng	19(38%)	27(54%)	<0,001 [#]
Không bao giờ	2(4%)	15(30%)	
Điểm thực hành, TV (TPV) [Tối thiểu – Tối đa]	7 (7-8) [4-8]	6 (5-7) [3-8]	<0,001 [*]

^{*} Kiểm định Mann-Whitney,

[#] Kiểm định Fisher's exact

Sau can thiệp, tổng điểm thực hành có sự khác biệt giữa hai nhóm. Nhóm can thiệp đạt trung vị 7 điểm, cao hơn 6 điểm ở nhóm chứng với $p < 0,001$.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Sự thay đổi kiến thức trước – sau can thiệp. Kết quả cho thấy trước can thiệp bệnh nhân có kiến thức chưa đầy đủ về mối liên hệ giữa bệnh ĐTĐ và bệnh nha chu. Tỷ lệ có kiến thức đúng về nội dung “người bị bệnh tiểu đường có nhiều khả năng bị bệnh nha chu hơn” chỉ khoảng 50% ở cả hai nhóm. Tỷ lệ này tương đồng với nghiên cứu của tác giả Yuen H.K (2009) là 66,4%.⁹ Nghiên cứu tổng quan hệ thống của tác giả Poudel P và cộng sự (2018) cũng cho thấy hơn 1/2 người mắc ĐTĐ không biết về mối liên hệ giữa ĐTĐ và sức khỏe răng miệng.⁶

Sau can thiệp, nhóm can thiệp có kiến thức tốt hơn nhóm chứng ($p=0,002$), điều này cho thấy việc áp dụng chương trình sức khỏe với từng cá nhân có hiệu quả trong việc nâng cao kiến thức của bệnh nhân.

4.2. Sự thay đổi thực hành trước – sau can thiệp. Kết quả cho thấy có đến 40% bệnh nhân có thực hành chưa đạt về thời gian chải răng từ 2 phút trở lên mỗi lần. Sau can thiệp, tỷ lệ có thực hành đúng là 100% ở nhóm can thiệp và 86% ở nhóm chứng.

Ngoài việc chải răng, sử dụng thêm các dụng cụ hỗ trợ làm sạch kẽ răng cũng rất cần thiết. Tuy nhiên, trước can thiệp, tỷ lệ sử dụng chỉ nha khoa hàng ngày rất thấp, chỉ có 6% ở nhóm can thiệp và 2% ở nhóm chứng. Kết quả nghiên cứu

của tác giả Poudel P và cộng sự cho thấy tỷ lệ bệnh nhân sử dụng các dụng cụ hỗ trợ làm sạch kẽ răng dao động từ 0-19%.⁶ Sau can thiệp, tần suất sử dụng chỉ nha khoa hàng ngày ở nhóm can thiệp cải thiện nhiều hơn so với ban đầu cũng như so với nhóm chứng (58% so với 16%). Kết quả này khá tương đồng với nghiên cứu của tác giả Jonsson B.³

Ở giai đoạn đầu vào, tỷ lệ bệnh nhân khám răng miệng trong vòng 6 tháng gần đây là 0%. Kết quả này cũng tương đồng với một số nghiên cứu khác trên thế giới, trong nghiên cứu của tác giả Silva T. và cộng sự tại Sri Lanka (2016) là 0,2%,² nghiên cứu của Shammukappa S.M và cộng sự (2017) tại Ấn Độ là 19%.⁸

Sau can thiệp, điểm số thực hành và mức độ cải thiện điểm thực hành ở nhóm can thiệp cao hơn nhóm chứng ($p < 0,001$). Một số nghiên cứu trên thế giới cũng cho thấy kết quả tương đồng về việc giáo dục sức khỏe răng miệng tăng cường có hiệu quả trong việc cải thiện thực hành của bệnh nhân ĐTĐ. Nghiên cứu của tác giả Saengtibovorn S. và cộng sự (2015) cho thấy nhóm can thiệp có xu hướng tập thể dục, thay đổi chế độ ăn uống, thực hiện tự kiểm tra bàn chân, sử dụng chỉ nha khoa và sử dụng bàn chải giữa các kẽ răng nhiều hơn so với nhóm chứng.⁷ Nghiên cứu của tác giả Jonsson B cũng chứng minh rằng giáo dục sức khỏe răng miệng phù hợp với từng cá nhân có hiệu quả trong việc cải thiện hành vi vệ sinh răng miệng trong điều trị nha chu.³

V. KẾT LUẬN

Việc can thiệp giáo dục sức khỏe tăng cường có hiệu quả cải thiện kiến thức và thực hành của bệnh nhân ĐTĐ về bệnh nha chu và chăm sóc răng miệng so với quy trình điều trị thường quy tại bệnh viện. Bệnh viện có thể xem xét phối hợp điều trị bệnh với tư vấn và giáo dục sức khỏe nhằm mang lại tác động tích cực về mặt sức khỏe, đồng thời tăng hiệu quả chất lượng khám chữa bệnh tại bệnh viện.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Abu-Gharbieh E, Saddik B, El-Faramawi M, Hamidi S, Basheti M.** Oral Health Knowledge and Behavior among Adults in the United Arab Emirates. *BioMed Research International*. 2019; 2019:7568679.
2. **De Silva T, Weerasekera M, Edirisinghe D, et al.** Patients with Diabetes; Their Perception and Practices towards Oral Health. *World Journal of Pharmaceutical Research*. 2016; 5(3):149-158.
3. **Jonsson B, Ohrn K, Oscarson N, Lindberg P.** The Effectiveness Of An Individually Tailored Oral Health Educational Programme On Oral Hygiene

- Behaviour In Patients With Periodontal Disease: A Blinded Randomized-controlled Clinical Trial (one-year Follow-up). *Journal of clinical periodontology*. 2009; 36(12):1025-34.
4. **Hasan SMM, Rahman M, Nakamura K, Tashiro Y, Miyashita A, Seino K.** Relationship between diabetes self-care practices and control of periodontal disease among type 2 diabetes patients in Bangladesh. *PLoS One*. 2021;16(4):e0249011.
 5. **Pham TAV, Tran TTP.** The interaction among obesity, Type 2 diabetes mellitus, and periodontitis in Vietnamese patients. *Clin Exp Dent Res*. Jun 2018;4(3):63- 71.
 6. **Poudel P, Griffiths R, Wong VW, et al.** Oral health knowledge, attitudes and care practices of people with diabetes: a systematic review. *BMC Public Health*. 2018; 18:577.
 7. **Saengtibovorn S, Taneepanichskul S.** Effectiveness of lifestyle change plus dental care program in improving glycemic and periodontal status in aging patients with diabetes: a cluster, randomized, controlled trial. *J Periodontol*. 2015; 86(4):507-15.
 8. **Shanmukappa SM, Nadig P, Puttannavar R, Ambareen Z, Gowda TM, Mehta DS.** Knowledge, Attitude, and Awareness among Diabetic Patients in Davangere about the Association between Diabetes and Periodontal Disease. *J Int Soc Prev Community Dent*. 2017; 7(6):381–388.
 9. **Yuen HK, Wolf BJ, Bandyopadhyay D, Magruder KM, Salinas CF, London SD.** Oral Health Knowledge and Behavior among Adults with Diabetes. *Diabetes Res Clin Pract*. 2009; 86(3):239-246.

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ CHỈNH LOẠN THỊ GIÁC MẠC BẰNG CÁC ĐƯỜNG RẠCH GIÁC MẠC HÌNH CUNG TRONG PHẪU THUẬT THỦY TINH THỂ SỬ DỤNG LASER FEMTOSECOND

Trần Ngọc Thành¹, Cung Hồng Sơn¹, Hồ Xuân Hải¹,
Nguyễn Đỗ Thị Ngọc Hiền¹, Trần Thị Hương Lan¹

TÓM TẮT

Mục đích: Đánh giá hiệu quả và an toàn của các đường rạch giác mạc hình cung điều trị loạn thị giác mạc trong phẫu thuật thủy tinh thể sử dụng laser Femtosecond và nhận xét một số yếu tố liên quan đến kết quả. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu can thiệp lâm sàng tiến cứu không đối chứng trên 47 mắt của 43 bệnh nhân đục thủy tinh thể có loạn thị giác mạc từ 0.75D đến 3D được phẫu thuật chỉnh loạn thị giác mạc bằng các đường rạch giác mạc hình cung sử dụng laser Femtosecond kết hợp phẫu thuật thủy tinh thể tại Bệnh Viện Mắt Hồng Sơn từ tháng 08/2023 đến tháng 09/2024. Biến số thị lực chưa chỉnh kính (UCVA), thị lực có chỉnh kính (CDVA), trục và công suất của các kính tuyến giác mạc được đo trước phẫu thuật, sau phẫu thuật 1 tuần, 1 tháng và 3 tháng. Sự biến đổi loạn thị được phân tích vectơ theo phương pháp Alpin. **Kết quả:** Độ loạn thị giác mạc sau phẫu thuật 3 tháng giảm có ý nghĩa thống kê so với trước phẫu thuật từ $1.52 \pm 0.40D$ còn $0.66 \pm 0.44D$ ($p < 0.001$). UDVA cải thiện sau phẫu thuật từ $1,28 \pm 0,41$ logMAR đến $0,21 \pm 0,18$ logMAR ($p < 0,001$). Phân tích vectơ loạn thị có vectơ sai biệt (DV), góc sai (AE) trị tuyệt đối cải thiện đến thời điểm 3 tháng, chỉ số hiệu chỉnh (CI) >0 cho thấy đã xảy ra thẳng chỉnh. 89% trường hợp có góc sai trong vòng 15 độ. Không

có biến chứng nào được ghi nhận trong và sau phẫu thuật. **Kết luận:** Sử dụng đường rạch giác mạc hình cung trong phẫu thuật thủy tinh thể sử dụng laser femtosecond hiệu quả và an toàn với độ loạn thị giác mạc thấp đến trung bình. Tuy nhiên, cần thêm các nghiên cứu lâu dài để đánh giá sự ổn định và điều chỉnh toàn đồ phù hợp.

Từ khóa: Đường rạch giác mạc hình cung, laser femtosecond, loạn thị giác mạc.

SUMMARY

EVALUATION OUTCOMES OF FEMTOSECOND LASER-ASSISTED ARCUATE KERATOTOMY DURING CATARACT SURGERY FOR MANAGING PREEXISTING ASTIGMATISM

Purpose: To assess the results of using femtosecond laser-assisted arcuate keratotomy alongside cataract surgery in eyes with low to moderate corneal astigmatism. **Method:** This uncontrolled prospective interventional study involved 47 eyes of 43 patients with preexisting corneal astigmatism ranging from 0.75D to 3D. The patients underwent femtosecond laser-assisted arcuate keratotomy combined with cataract surgery at Hong Son Eye Hospital. The study recorded parameters such as the magnitude and axis of corneal astigmatism, uncorrected (UDVA) and corrected (CDVA) distance visual acuities before the surgery and at 1 week, 1 month, and 3 months after the surgery. Astigmatic analyses were performed using the Alpins method. **Results:** The corneal astigmatism was significantly reduced from $1.52 \pm 0.40D$ before the operation to $0.66 \pm 0.44D$ three months after the operation ($p < 0.001$). The uncorrected distance visual acuity (UDVA)

¹Bệnh viện Mắt Trung Ương

Chịu trách nhiệm chính: Trần Ngọc Thành

Email: dr.thanhntran@gmail.com

Ngày nhận bài: 23.9.2024

Ngày phản biện khoa học: 4.11.2024

Ngày duyệt bài: 5.12.2024