

dưỡng chỉ chiếm tỉ lệ thấp (12,8%). Phần lớn các bệnh nhân đến khám có tình trạng đa thuốc. Sự khác biệt giữa nhóm thiếu cơ và nhóm không thiếu cơ trong các đặc điểm lão hoá trên có ý nghĩa thống kê.

Bảng 3. Phân tích hồi quy logistic đa biến khảo sát các yếu tố liên quan đến thiếu cơ ở người cao tuổi có loãng xương điều trị ngoại trú (n = 422)

	OR	KTC 95%	p
Nhóm BMI			
Thiếu cân	3,43	1,07-11	0,038
Bình thường	1		
Thừa cân	0,8	0,32-2,03	0,646
Béo phì	0,29	0,09-0,95	0,041
Suy yếu			
Không suy yếu	1		
Tiền suy yếu	5,71	2,34-13,94	<0,001
Suy yếu	26,47	4,13-169,76	0,001
Tiền căn té ngã	26,39	10,07-69,02	<0,001
Dinh dưỡng			
Không suy dinh dưỡng	1		
Nguy cơ suy dinh dưỡng	6,03	2,73-13,3	<0,001
Suy dinh dưỡng	14,34	3,54-58,16	<0,001

OR (odds ratio): tỉ số chênh; KTC 95%: khoảng tin cậy 95%

Các biến số có ý nghĩa trong phân tích hồi quy logistic đơn biến được đưa vào phân tích hồi quy logistic đa biến, chỉ các biến số có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$) sau khi phân tích được ghi nhận trong bảng 3.

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận trong 422 bệnh nhân cao tuổi loãng xương điều trị ngoại trú có 160 (37,91%) bệnh nhân có tình trạng thiếu cơ theo SARC-CalF và 262 (62,09%) bệnh nhân không thiếu cơ. Sự khác biệt trong các đặc điểm dân số nghiên cứu cũng phù hợp với các dữ liệu trong các y văn và nghiên cứu liên quan.

4.1. Tình trạng thiếu cơ ở bệnh nhân cao tuổi có loãng xương điều trị ngoại trú. Trong nghiên cứu này chúng tôi đã sử dụng bộ câu hỏi SARC-CalF gồm 6 tiêu chí để đánh giá tình trạng thiếu cơ. Đây là một bộ câu hỏi tầm soát thiếu cơ, giúp đánh giá cả về hoạt động chức năng, sức mạnh cơ và khối lượng cơ. Khoảng hơn một phần ba dân số nghiên cứu của chúng tôi được ghi nhận có tình trạng thiếu cơ theo SARC-CalF. Kết quả này khá tương đồng với nghiên cứu của tác giả Genest¹ năm 2021 khi sử dụng bộ câu hỏi SARC-F khảo sát thiếu cơ trên đối tượng bệnh nhân nữ loãng xương cao tuổi với tỉ lệ là 30,8%. Trong khi đó, tác giả Okamura² tại Nhật Bản (năm 2020) và tác giả

Nguyễn Thế Hoàng³ tại Việt Nam (2022) báo cáo tỉ lệ thiếu cơ khi xác định theo tiêu chuẩn của Nhóm các chuyên gia về thiếu cơ châu Á (AWGS) trên bệnh nhân cao tuổi có loãng xương lần lượt là 19,6% và 57,3%. Điều làm nên sự khác biệt này có thể là do sự khác nhau trong độ tuổi chọn vào nghiên cứu, dân số chọn mẫu, chủng tộc, cũng như các đặc điểm của đối tượng tham gia (như tình trạng phụ thuộc ADL, IADL, suy yếu, dinh dưỡng,...) và cả tiêu chuẩn dùng để xác định thiếu cơ. Tuy nhiên chúng ta vẫn thấy được rằng bệnh nhân loãng xương cao tuổi có tỉ lệ thiếu cơ khá cao. Qua đây đã góp phần nhấn mạnh tầm quan trọng của việc phát hiện thiếu cơ sớm để có biện pháp can thiệp và chăm sóc thích hợp, từ đó giảm được chi phí điều trị, gánh nặng kinh tế cho bản thân người bệnh, cho gia đình và xã hội, hơn hết là mang lại chất lượng cuộc sống tốt hơn cho người bệnh.

4.2. Các yếu tố có liên quan thiếu cơ trên bệnh nhân cao tuổi có loãng xương điều trị ngoại trú. Sau khi phân tích hồi quy logistic đa biến, chúng tôi ghi nhận ở bệnh nhân loãng xương cao tuổi điều trị ngoại trú có mối liên quan giữa thiếu cơ và các yếu tố như chỉ số khối cơ thể BMI (OR = 3,43; $p = 0,038$ đối với nhóm gầy và OR = 0,29; $p = 0,041$ đối với nhóm béo phì), tình trạng suy yếu (OR = 5,71; $p < 0,001$ đối với nhóm tiền suy yếu và OR = 26,47; $p = 0,001$ đối với nhóm suy yếu), tiền căn té ngã (OR = 26,39; $p < 0,001$) và tình trạng dinh dưỡng (OR = 6,03; $p < 0,001$ đối với nhóm có nguy cơ suy dinh dưỡng và OR = 14,34; $p < 0,001$ đối với nhóm suy dinh dưỡng).

Chỉ số khối cơ thể: kết quả của chúng tôi tương đồng với kết quả nghiên cứu của tác giả Okamura và cộng sự² tại Nhật Bản cũng ghi nhận khi giảm chỉ số BMI mỗi 1 kg/m² thì nguy cơ thiếu cơ tăng 1,7 lần và không có bệnh nhân béo phì nào bị thiếu cơ. BMI vẫn không thay đổi sau khi phân tích hồi quy đa biến trong tất cả các nhóm tuổi và dường như là yếu tố mạnh nhất liên quan đến sự hình thành thiếu cơ. Do đó, đến thời điểm hiện tại thì chỉ số khối cơ thể vẫn là một yếu tố liên quan độc lập của thiếu cơ với BMI thấp là yếu tố nguy cơ của thiếu cơ còn BMI cao là yếu tố bảo vệ của thiếu cơ.

Tình trạng suy yếu: tương tự với nghiên cứu của chúng tôi thì trong nghiên cứu gồm 273 phụ nữ lớn tuổi sống trong cộng đồng tại Nhật Bản đã chứng minh rằng cả tiền suy yếu và suy yếu đều liên quan đến tình trạng thiếu cơ với OR lần lượt là 2,77 (KTC 95% 1,05 – 9,26) và 19,1 (KTC 95% 3,73 – 98).⁴ Nguyên nhân một phần có thể là do giữa hai yếu tố này có nhiều tương tác qua lại với

nhau trong cơ chế bệnh sinh dẫn đến sự trùng lặp giữa các tiêu chí chẩn đoán thiếu cơ và suy yếu như sức mạnh nắm tay và thời gian đi bộ. Ngoài ra, các tiêu chí suy yếu khác (ví dụ: ít hoạt động và sụt cân) có thể liên quan đến thiếu cơ.

Tiền căn té ngã: không chỉ trong nghiên cứu của chúng tôi mà qua hai nghiên cứu của tác giả Matsumoto⁵ năm 2020 với thời gian theo dõi 2,92 năm và nghiên cứu của tác giả Wen⁶ tại Trung Quốc đều cho thấy người có tiền căn té ngã trước đó làm tăng nguy cơ thiếu cơ. Điều này có thể là do tiền căn té ngã có thể dẫn đến nỗi sợ té ngã. Nỗi sợ té ngã đã được chứng minh là có liên quan đến việc giảm các hoạt động thể chất và xã hội và tác động tiêu cực đến chất lượng cuộc sống. Từ đó có xu hướng làm giảm khối lượng cơ và hoạt động thể chất, kết quả là dẫn đến tình trạng thiếu cơ.

Tình trạng dinh dưỡng: mối liên quan giữa tình trạng dinh dưỡng và thiếu cơ cũng đã được tác giả Kurose⁷ tại Nhật Bản chứng minh trong nghiên cứu của ông. Cơ chế để giải thích cho mối liên quan này là suy dinh dưỡng có thể kích hoạt hệ thống miễn dịch và làm tăng tổng hợp các cytokine tiền viêm, từ đó kích thích dị hóa cơ, dẫn đến rối loạn chức năng cơ thể và tăng nguy cơ mắc thiếu cơ.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu ghi nhận người bệnh cao tuổi loãng xương điều trị ngoại trú có tỉ lệ thiếu cơ là 37,91%. Chỉ số khối cơ thể (BMI), tình trạng suy

yếu, tiền căn té ngã và tình trạng dinh dưỡng là những yếu tố có liên quan đến thiếu cơ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Genest F, Rak D, Bätz E, et al. Sarcopenia and Malnutrition Screening in Female Osteoporosis Patients—A Cross-Sectional Study. *Journal of Clinical Medicine*. 2021;10(11):2344.
2. Okamura H, Ishikawa K, Kudo Y, et al. Risk factors predicting osteosarcopenia in postmenopausal women with osteoporosis: A retrospective study. *PLoS One*. 2020;15(8): e0237454. doi:10.1371/journal.pone.0237454
3. Nguyen The Hoang. Prevalence of sarcopenia in osteoporosis patients. *Tạp chí Sinh lý học Việt Nam*. 2022;25(3): 51-55. doi:10.54928/vjop.v25i3.56.
4. Nishiguchi S, Yamada M, Fukutani N, et al. Differential association of frailty with cognitive decline and sarcopenia in community-dwelling older adults. *J Am Med Dir Assoc*. 2015;16(2): 120-4. doi:10.1016/j.jamda.2014. 07.010
5. Matsumoto H, Tanimura C, Kushida D, et al. FRAX score and recent fall history predict the incidence for sarcopenia in community-dwelling older adults: a prospective cohort study. *Osteoporos Int*. 2020;31(10):1985-1994.
6. Wen Q, Chen X, Luo S, et al. Association between sarcopenia grade and fall history among older adults in West China: A retrospective study. *BMJ Open*. 2024;14(2): e080426. doi:10.1136/bmjopen-2023-080426
7. Kurose, S., Nishikawa, S., Nagaoka, T. et al. Prevalence and risk factors of sarcopenia in community-dwelling older adults visiting regional medical institutions from the Kadoma Sarcopenia Study. *Sci Rep* 10, 19129 (2020). doi.org/10.1038/s41598-020-76185-0

THỰC TRẠNG PHÒNG NGỪA BIẾN CHỨNG CỦA NGƯỜI BỆNH SAU PHẪU THUẬT NHỔ RĂNG HÀM LỚN THỨ BA TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TỈNH PHÚ THỌ

Phạm Hồng Vân¹, Trần Thị Hoa Mai²,
Nguyễn Xuân Thực³, Dương Thị Hòa⁴

TÓM TẮT

Nghiên cứu được thực hiện nhằm đánh giá kiến thức và thực hành tự chăm sóc vệ sinh răng miệng của người bệnh sau phẫu thuật nhổ răng hàm lớn thứ

ba tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Phú Thọ, đồng thời xác định một số yếu tố liên quan. Thiết kế nghiên cứu mô tả cắt ngang được tiến hành trên 94 người bệnh ngoại trú, sử dụng bảng hỏi thu thập thông tin về đặc điểm cá nhân, kiến thức và thực hành sau phẫu thuật, đánh giá kiến thức dựa trên 13 câu (đúng $\geq 9/13$, tương đương $\geq 70\%$ là đạt) và thực hành tự chăm sóc dựa trên 3 câu (trả lời đúng cả 3 là đạt). Phân tích sử dụng thống kê mô tả, phép kiểm Chi-square và hồi quy logistic nhị phân để xác định các yếu tố liên quan độc lập với kiến thức và thực hành, với ngưỡng ý nghĩa thống kê $p < 0,05$. Kết quả cho thấy 76,6% người bệnh có kiến thức đạt và 63,8% có thực hành tự chăm sóc đúng. Trình độ học vấn có liên quan đáng kể đến kiến thức, với tỷ lệ đạt kiến thức thấp hơn ở nhóm chỉ học hết trung học cơ sở so với nhóm có trình độ cao hơn

¹Bệnh viện Đa khoa tỉnh Phú Thọ

²Đại học Y tế Công cộng

³Bệnh viện Bạch Mai

⁴Đại học Thăng Long

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Hồng Vân

Email: hoamai.tran257@gmail.com

Ngày nhận bài: 20.6.2025

Ngày phản biện khoa học: 22.7.2025

Ngày duyệt bài: 25.8.2025

(50% so với khoảng 80%, $p=0.036$). Các yếu tố liên quan đến thực hành đạt bao gồm thói quen vệ sinh răng miệng ≥ 2 lần/ngày ($p=0.04$), thời gian lành thương nhanh ($p=0.038$) và kiến thức đạt ($p=0.011$). Phân tích hồi quy logistic đa biến cho thấy hai yếu tố ảnh hưởng độc lập đến thực hành đúng là kiến thức đạt ($OR=4.045$; CI 95%: 1.38–11.89) và chải răng ≥ 2 lần/ngày ($OR=4.684$; CI 95%: 1.21–18.20). Nghiên cứu cho thấy mặc dù phần lớn người bệnh có kiến thức tốt, nhưng vẫn còn khoảng một phần ba chưa thực hành đúng, gợi ý cần tăng cường hoạt động tư vấn và giáo dục sức khỏe răng miệng sau nhổ răng.

Từ khóa: Nhổ răng hàm lớn thứ ba; Kiến thức tự chăm sóc; Thực hành tự chăm sóc; Vệ sinh răng miệng; Chăm sóc hậu phẫu; Yếu tố liên quan.

SUMMARY

SELF-CARE KNOWLEDGE AND PRACTICES OF ORAL HYGIENE AMONG PATIENTS AFTER THIRD MOLAR EXTRACTION AT PHU THO PROVINCIAL GENERAL HOSPITAL AND ASSOCIATED FACTORS

This study aimed to assess the knowledge and self-care practices regarding oral hygiene among patients after third molar extraction at Phu Tho Provincial General Hospital and to identify associated factors. A cross-sectional descriptive design was conducted on 94 outpatients using a structured self-administered questionnaire to collect data on demographics, knowledge, and postoperative practices. Knowledge was evaluated using 13 items (≥ 9 correct responses or $\geq 70\%$ considered adequate), while practice was assessed based on 3 items (all correct considered adequate). Descriptive statistics, Chi-square tests, and binary logistic regression were applied to identify factors independently associated with knowledge and practice, with statistical significance set at $p < 0.05$. Results showed that 76.6% of participants demonstrated adequate knowledge, and 63.8% reported appropriate self-care practices. The educational level was significantly associated with knowledge, with lower proportions of adequate knowledge observed among those with only lower secondary education compared to those with higher education (50% vs. approximately 80%, $p=0.036$). Factors positively associated with adequate practice included brushing teeth ≥ 2 times/day ($p=0.04$), faster wound healing (within 5–7 days) ($p=0.038$), and adequate knowledge ($p=0.011$). Multivariate logistic regression revealed that adequate knowledge ($OR=4.045$; 95% CI: 1.38–11.89) and brushing frequency of ≥ 2 times/day ($OR=4.684$; 95% CI: 1.21–18.20) were independently associated with good practice. Despite most patients having adequate knowledge, approximately one-third did not adhere to proper postoperative oral hygiene practices, indicating the need to strengthen counseling and oral health education following tooth extraction.

Keywords: Third molar extraction; Self-care knowledge; Self-care practices; Oral hygiene; Postoperative care; Associated factors.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Nhổ răng hàm lớn thứ ba là một thủ thuật

ngoại khoa thường gặp trong nha khoa, nhưng có thể dẫn đến nhiều biến chứng hậu phẫu nếu việc chăm sóc tại chỗ không được thực hiện đúng cách. Một trong những biến chứng hay gặp nhất là viêm ổ răng khô – tình trạng viêm huyết ổ răng do cục máu đông bị tan rã hoặc bong sớm. Tỷ lệ viêm ổ răng khô được ghi nhận trong y văn khoảng 0,5–5,6% các trường hợp nhổ răng nói chung, nhưng có thể lên tới 30% đối với nhổ răng khôn hàm dưới mọc ngầm hoặc phải phẫu thuật phức tạp [1]. Nhiều yếu tố nguy cơ gây viêm ổ răng khô đã được xác định, bao gồm nhổ răng khó, nhiễm trùng, hút thuốc lá, sử dụng thuốc tránh thai và đặc biệt là người bệnh không tuân thủ đúng các hướng dẫn chăm sóc sau nhổ răng [1]. Vệ sinh răng miệng kém sau phẫu thuật cũng làm tăng rõ rệt nguy cơ viêm ổ răng khô [1]. Do đó, việc hướng dẫn người bệnh cách tự chăm sóc vệ sinh răng miệng đúng cách sau khi nhổ răng là hết sức quan trọng nhằm ngăn ngừa nhiễm trùng và các biến chứng khác [2].

Tuy nhiên, trong thực tế không phải tất cả người bệnh đều nắm được và thực hiện đúng các hướng dẫn vệ sinh sau nhổ răng. Nhiều nghiên cứu cho thấy người bệnh có thể quên tới 40–80% thông tin được nhân viên y tế truyền đạt nếu không được nhắc nhở hoặc cung cấp bằng hình thức phù hợp [3]. Khả năng hiểu và ghi nhớ hướng dẫn chăm sóc phụ thuộc vào nhiều yếu tố như trình độ học vấn, tuổi tác, nền tảng văn hóa xã hội và mức độ lo lắng của người bệnh [3]. Nếu người bệnh hiểu rõ lý do “tại sao” cần tuân thủ các chỉ dẫn (như tầm quan trọng của việc giữ cục máu đông tại chỗ, vệ sinh nhẹ nhàng tránh nhiễm trùng), họ sẽ có xu hướng hợp tác và tuân thủ tốt hơn, nhờ đó quá trình hồi phục cũng thuận lợi hơn [3]. Thật vậy, sự hướng dẫn rõ ràng và phù hợp cho người bệnh đã được chứng minh là giúp giảm đáng kể nguy cơ viêm ổ răng khô và biến chứng sau nhổ răng [2].

Tại Việt Nam, hiểu biết của người dân về chăm sóc sức khỏe răng miệng nhìn chung còn hạn chế. Chẳng hạn, một nghiên cứu về kiến thức và thực hành tự chăm sóc của người bệnh sau phẫu thuật răng tại khoa ngoại Bệnh viện Y học cổ truyền Trung Ương năm 2023 cho thấy có 45.7% người bệnh có kiến thức tốt về tự chăm sóc răng sau phẫu thuật và 42.2% có thực hành vệ sinh răng miệng đúng [4]. Nghiên cứu tương tự ở Bệnh viện Trung ương quân đội 108 năm 2019 tỉ lệ kiến thức đạt trên 60% và thực hành đạt chiếm 47.3% [5]. Những số liệu này gợi ý rằng người bệnh còn thiếu kiến thức và kỹ năng tự chăm sóc răng miệng cần thiết. Đối với người bệnh sau nhổ răng khôn, việc đánh giá mức độ

kiến thức và thực hành tự chăm sóc của họ, đồng thời xác định những yếu tố ảnh hưởng, sẽ giúp định hướng các can thiệp giáo dục sức khỏe phù hợp nhằm nâng cao hiệu quả chăm sóc tại nhà, giảm biến chứng và thúc đẩy lành thương.

Vì vậy, nghiên cứu này được tiến hành với mục tiêu khảo sát thực trạng kiến thức và thực hành tự chăm sóc vệ sinh răng miệng của người bệnh sau phẫu thuật nhổ răng hàm thứ ba tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Phú Thọ, đồng thời phân tích mối liên quan giữa kiến thức, thực hành với các đặc điểm nhân khẩu và hành vi của người bệnh, nhằm cung cấp bằng chứng cho các hoạt động truyền thông giáo dục sức khỏe răng miệng trong tương lai.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng tham gia nghiên cứu.

Người bệnh phẫu thuật răng hàm lớn thứ ba điều trị ngoại trú tại khoa Răng Hàm Mặt, Bệnh viện Đa khoa tỉnh Phú Thọ.

Tiêu chí tuyển chọn: Người bệnh trên 16 tuổi và tự nguyện tham gia nghiên cứu

Tiêu chuẩn loại trừ: Người bệnh có bệnh lý đi kèm như rối loạn đông máu, rối loạn trí nhớ, rối loạn thần kinh.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: nghiên cứu mô tả cắt ngang

Cỡ mẫu: Chọn tất cả các người bệnh sau phẫu thuật răng hàm thứ ba đủ điều kiện tham gia nghiên cứu. Trong thời gian thu thập số liệu (từ tháng 1 đến tháng 6 năm 2025), tổng số có 94 người bệnh đáp ứng tiêu chí.

2.3. Thời gian và địa điểm: Nghiên cứu được thực hiện từ tháng 1 đến tháng 6 năm 2025 tại khoa Răng Hàm Mặt, Bệnh viện Đa khoa tỉnh Phú Thọ.

2.4. Công cụ và thu thập số liệu. Bộ công cụ được sử dụng để đánh giá kiến thức và thực hành của người bệnh về tự chăm sóc răng miệng sau phẫu thuật nhổ răng hàm lớn thứ ba. Bộ câu hỏi tham khảo bộ công cụ của Wang và cộng sự (2024) được xây dựng dựa trên các hướng dẫn chăm sóc và tài liệu chuyên môn gồm các phần về nhân khẩu, kiến thức, thái độ và thực hành [6] và thang đo của Demyati AK (2024) về kiến thức/thực hành dựa trên hướng dẫn chăm sóc hậu phẫu theo các chỉ dẫn sau nhổ răng (vệ sinh miệng, chế độ ăn, dùng thuốc) [3].

Bảng câu hỏi gồm các phần: thông tin nhân khẩu học; kiến thức về chăm sóc vệ sinh răng miệng sau phẫu thuật (13 câu hỏi dạng đúng/sai); và thực hành tự chăm sóc (3 câu hỏi về thói quen vệ sinh và chăm sóc sau phẫu thuật).

Tiêu chí đánh giá: Mức độ kiến thức tự chăm sóc được tính bằng tổng điểm 13 câu (trả lời đúng mỗi câu được 1 điểm, sai hoặc không trả lời 0 điểm). Kiến thức đạt được định nghĩa khi người bệnh trả lời đúng $\geq 9/13$ câu hỏi ($\geq 70\%$), ngược lại $< 70\%$ được xem là chưa đạt. Mức độ thực hành tự chăm sóc được đánh giá qua 3 câu hỏi về các hành vi chăm sóc sau phẫu thuật; người bệnh trả lời đúng cả 3 câu được xếp loại thực hành đạt, nếu thiếu bất kỳ nội dung nào được coi là thực hành chưa đạt.

2.5. Phân tích dữ liệu. Dữ liệu được nhập và phân tích bằng phần mềm SPSS 27.0. Sử dụng các thống kê mô tả (tần suất, tỷ lệ phần trăm) để mô tả đặc điểm đối tượng và tỷ lệ kiến thức, thực hành đạt. Sử dụng phép kiểm Chi-square cho các biến định tính nhằm so sánh tỷ lệ kiến thức đạt và thực hành đạt giữa các nhóm đối tượng (theo tuổi, giới, trình độ, thu nhập, thói quen hút thuốc, uống rượu, tần suất vệ sinh răng miệng). Sử dụng mô hình hồi quy logistic nhị phân đa biến (method = Enter) để xác định yếu tố liên quan độc lập đến kiến thức đạt (so với chưa đạt) và thực hành đạt (so với chưa đạt), mức ý nghĩa thống kê được xác định tại $p < 0,05$.

2.6. Đạo đức nghiên cứu. Nghiên cứu đã được Hội đồng đạo đức nghiên cứu khoa học của Trường đại học Thăng Long chấp thuận; tất cả người bệnh tham gia đều tự nguyện và ký văn bản đồng ý tham gia sau khi được giải thích về nghiên cứu.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong 94 người bệnh tham gia nghiên cứu. Độ tuổi trung bình của mẫu nghiên cứu là $32.4 \pm 8,5$, trong đó 33.0% thuộc nhóm dưới 30 tuổi và 67.0% từ 30 tuổi trở lên. Tỷ lệ nữ giới hơi cao hơn nam giới (54.3% so với 45.7%). Về trình độ học vấn, phần lớn người bệnh học hết trung học phổ thông (58.5%) hoặc có trình độ cao đẳng/đại học (26.6%), chỉ 14.9% có trình độ trung học cơ sở. Đa số người bệnh có thu nhập trung bình đến khá (64.9% thu nhập ≥ 10 triệu đồng/tháng; 23.4% từ 5–9 triệu; chỉ 11.7% dưới 5 triệu). Tỷ lệ người bệnh có thói quen hút thuốc lá hiện tại là 30.9%, đã từng hút 9.6%, và không hút 59.6%. Tương tự, 26.6% người bệnh có uống rượu bia thường xuyên, 13.8% đã từng uống và 59.6% không uống (bảng 1).

Bảng 1. Đặc điểm của đối tượng tham gia nghiên cứu

Đặc điểm		Tần số (N)	%
Giới	Nam	43	45.7%
	Nữ	51	54.3%

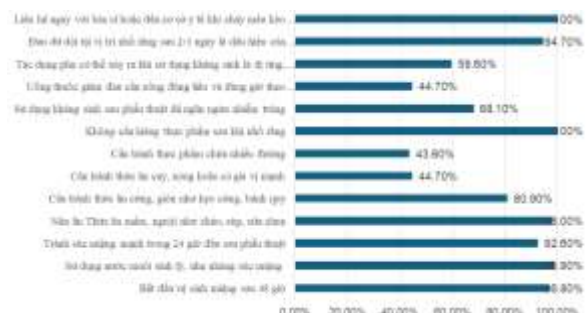
Nhóm tuổi	Dưới 30 tuổi	31	33.0%
	Trên 30 tuổi	63	67.0%
Thu nhập	Dưới 5 triệu đồng/tháng	11	11.7%
	6-9 triệu đồng/tháng	22	23.4%
	Từ 10 triệu trở lên	61	64.9%
Trình độ học vấn	Trung học cơ sở	14	14.9%
	Trung học Phổ thông	55	58.5%
	Đại học/cao đẳng	25	26.6%
Thói quen hút thuốc lá	Không hút thuốc	56	59.6%
	Đã từng hút	9	9.6%
	Hiện tại đang hút	29	30.9%
Thói quen uống rượu	Không uống	56	59.6%
	Đã từng uống	13	13.8%
	Hiện tại đang uống	25	26.6%

Biểu đồ 1 cho thấy tỷ lệ người tham gia có kiến thức đúng về chăm sóc sau phẫu thuật nhổ răng khá cao ở một số nội dung, như 100% biết cần liên hệ cơ sở y tế khi chảy máu kéo dài và tránh thực phẩm sau nhổ răng để ngừa nhiễm trùng; 96,8% biết bắt đầu vệ sinh miệng sau 48 giờ. Tuy nhiên, một số nội dung có tỷ lệ nhận biết thấp như tác dụng phụ có thể xảy ra khi sử dụng kháng sinh là đi tả, nôn, buồn (44,7%) và cần tránh thực phẩm chứa nhiều đường (43,6%). Nhìn chung, tỷ lệ trả lời đúng các nội dung dao động từ 43,6% đến 100%, cho thấy mức độ kiến thức chưa đồng đều giữa các nội dung, đặc biệt là các vấn đề liên quan đến tác dụng phụ và dinh dưỡng.

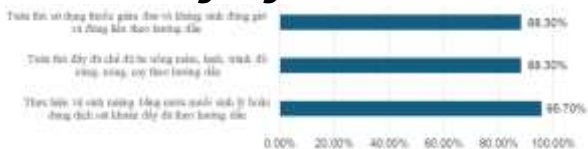
Biểu đồ 2 thể hiện tỷ lệ thực hành tự chăm sóc vệ sinh miệng sau phẫu thuật của người tham gia. Trong đó, 95,7% người bệnh thực hiện súc miệng bằng nước muối sinh lý hoặc dung dịch sát khuẩn theo hướng dẫn. 88,3% tuân thủ đúng hướng dẫn sử dụng thuốc giảm đau và kháng sinh, và tỷ lệ tương tự (88,3%) áp dụng chế độ ăn uống phù hợp gồm thức ăn mềm, nguội, tránh thực phẩm cứng, nóng, cay.

Bảng 2. Mối quan hệ giữa kiến thức tự chăm sóc và đặc điểm của người tham gia

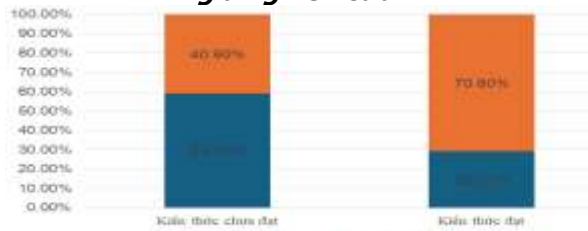
Yếu tố		Kiến thức chưa đạt N (%)	Kiến thức đạt N (%)	p
Giới	Nam	11 (25.6%)	32 (74.4%)	0.647
	Nữ	11 (21.6%)	40 (78.4%)	
Trình độ học vấn	THCS	7 (50.0%)	7 (50.0%)	0.036
	THPT	11 (20.0%)	44 (80.0%)	
	Đại học/cao đẳng	4 (16.0%)	21 (84.0%)	
Thu nhập	Dưới 5 triệu/tháng	3 (27.3%)	8 (72.7%)	0.488
	5-10 triệu/tháng	7 (31.8%)	15 (68.2%)	
	Trên 10 triệu/tháng	12 (19.7%)	49 (80.3%)	
Thói quen hút thuốc	Không hút thuốc/đã từng hút	16 (24.6%)	49 (75.4%)	0.678
	Đang hút thuốc	6 (20.7%)	23 (79.3%)	
Thói quen uống đồ uống có cồn	Không uống/đã uống	17 (24.6%)	52 (75.4%)	0.639
	Đang uống	5 (20.0%)	20 (80.0%)	



Biểu đồ 1. Tỷ lệ kiến thức tự chăm sóc vệ sinh miệng sau phẫu thuật của người tham gia nghiên cứu



Biểu đồ 2. Tỷ lệ thực hành tự chăm sóc vệ sinh miệng sau phẫu thuật của người tham gia nghiên cứu



Biểu đồ 3. Phân loại kiến thức và thực hành tự chăm sóc vệ sinh miệng sau phẫu thuật của người tham gia nghiên cứu

Trong nhóm bệnh nhân có kiến thức đạt, phần lớn thực hành tốt: 70,8% bệnh nhân trong nhóm này có thực hành đúng theo hướng dẫn, chỉ 29,2% là thực hành chưa đạt. Ngược lại, ở nhóm bệnh nhân kiến thức chưa đạt, tỷ lệ thực hành đúng chỉ đạt 40,9%, trong khi có đến 59,1% không tuân thủ đầy đủ việc tự chăm sóc.

Theo Bảng 2, chỉ có trình độ học vấn cho thấy sự khác biệt có ý nghĩa về tỷ lệ kiến thức đạt: người bệnh có trình độ trung học cơ sở có tỷ lệ kiến thức đạt thấp nhất (50%), so với 80% ở nhóm trung học phổ thông và 84% ở nhóm cao đẳng/đại học ($p=0.036$). Tuổi, giới tính, thu nhập, thói quen hút thuốc và uống rượu không có mối liên quan ý nghĩa với kiến thức tự chăm sóc ($p>0.05$)

Bảng 3. Mối quan hệ giữa thực hành tự chăm sóc và đặc điểm của người tham gia

Yếu tố		Thực hành chưa đạt N (%)	Thực hành đạt N (%)	p
Tần suất vệ sinh răng miệng	1 lần/ngày	8 (61.5%)	5 (38.5%)	0.04
	2 lần/ngày	26 (32.1%)	55 (67.9%)	
Sử dụng nước súc miệng	Không	25 (36.2%)	44 (63.8%)	0.877
	Có	8 (38.1%)	13 (61.9%)	
Thời gian lành vết thương	5 - 7 ngày	7 (21.9%)	25 (78.1%)	0.038
	Trên 7 ngày	27 (43.5%)	35 (56.5%)	
Kiến thức đạt	Kiến thức chưa đạt	13 (59.1%)	9 (40.9%)	0.011
	Kiến thức đạt	21 (29.2%)	51 (70.8%)	
Thói quen hút thuốc	Không hút thuốc/đã từng hút	24 (36.9%)	41 (63.1%)	0.820
	Đang hút thuốc	10 (34.5%)	19 (65.5%)	
Thói quen uống đồ uống có cồn	Không uống/đã uống	26 (37.7%)	43 (62.3%)	0.613
	Đang uống	8 (32%)	17 (68%)	

Theo Bảng 3, các yếu tố liên quan có ý nghĩa đến thực hành tự chăm sóc bao gồm: tần suất vệ sinh răng miệng, thời gian lành thương và kiến thức. Cụ thể, nhóm người bệnh chỉ chải răng 1 lần/ngày có tỷ lệ thực hành đạt thấp hơn (38.5%) so với nhóm chải răng 2 lần/ngày (67.9%, $p=0.040$). Những người bệnh có vết thương lành trong 5-7 ngày đầu sau phẫu thuật có tỷ lệ thực hành đúng cao hơn (78.1%) so với nhóm vết thương lành trên 1 tuần (56.5%, $p=0.038$). Đặc biệt, có sự khác biệt lớn về thực

hành giữa nhóm kiến thức đạt và chưa đạt như đã đề cập ở trên (70.8% so với 40.9%, $p=0.011$). Mặt khác, việc sử dụng nước súc miệng dường như không ảnh hưởng đáng kể đến thực hành ($p=0.877$); tỷ lệ thực hành đạt ở nhóm có dùng và không dùng nước súc miệng gần tương đương (~62-64%). Các yếu tố như giới tính, thu nhập, hút thuốc, uống rượu không cho thấy mối liên quan có ý nghĩa thống kê với thực hành ($p>0.05$).

Bảng 4. Mô hình hồi quy logistic đa biến dự đoán những yếu tố ảnh hưởng đến thực hành tự chăm sóc của người bệnh

Yếu tố	Beta (SE)	OR Hiệu chỉnh	p
Kiến thức tự chăm sóc	Chưa đạt *	1	0.011
	Đạt	1.398 (0.550)	
Giới	Nữ *	1	0.529
	Nam	0.359 (0.570)	
Tần suất vệ sinh răng miệng	1 lần/ngày *	1	0.026
	2 lần/ngày	1.544 (0.692)	
Thời gian lành vết thương	10 - 14 ngày *	1	0.264
	5 - 7 ngày	1.167 (1.045)	
	7 - 10 ngày	1.462 (1.005)	
Thói quen hút thuốc	Đang hút thuốc*	1	0.396
	Không hút thuốc/đã từng hút	0.562 (0.662)	
Thói quen uống đồ uống có cồn	Đang uống *	1	0.415
	Không uống/đã uống	0.569 (0.698)	

*Nhóm tham chiếu

Mô hình hồi quy logistic đa biến với biến phụ thuộc là thực hành tự chăm sóc đạt (so với chưa đạt). Các biến được đưa vào mô hình bao gồm: giới, kiến thức, tần suất vệ sinh răng, thời gian lành thương, hút thuốc và uống rượu. Kết quả mô hình (Bảng 4) cho thấy chỉ còn kiến thức tự chăm sóc và tần suất vệ sinh răng miệng là có ý

nghĩa thống kê độc lập. Cụ thể, người bệnh có kiến thức đạt có khả năng thực hành đúng cao gấp 4.045 lần so với nhóm kiến thức chưa đạt (OR hiệu chỉnh = 4.045; KTC 95%: 1.377-11.885; $p=0.011$). Tương tự, thói quen chải răng 2 lần mỗi ngày làm tăng khả năng thực hành đạt gấp 4.684 lần so với chải răng 1 lần/ngày (OR =

4.684; KTC 95%: 1.206–18.199; $p=0.026$). Các yếu tố khác như giới tính, thời gian lành thương, hút thuốc, uống rượu không chứng minh được vai trò tiên lượng đáng kể trong mô hình ($p>0.1$).

IV. BÀN LUẬN

Mức độ kiến thức và thực hành của người bệnh: Nghiên cứu này cho thấy đa số người bệnh sau nhổ răng khôn tại Bệnh viện Đa khoa Phú Thọ có kiến thức tương đối tốt về tự chăm sóc vệ sinh miệng: 76,6% đạt yêu cầu về kiến thức (trả lời đúng $\geq 70\%$ câu hỏi). Tỷ lệ này cao hơn nhiều so với mức kiến thức chung về chăm sóc răng miệng so với nghiên cứu của Phạm Hồng Phúc (2019) với tỷ lệ kiến thức đạt là 60% [5]. Kết quả của chúng tôi cũng tương đồng với một nghiên cứu gần đây thực hiện trên 3.467 người bệnh có răng khôn mọc ngầm tại Trung Quốc, trong đó điểm kiến thức trung bình của người bệnh đạt $9,1 \pm 1,4$ trên thang 0–11 (tương đương $\sim 83\%$ điểm tối đa) [6] và nghiên cứu của Nguyễn Thị Thu Thủy (2023) với tỷ lệ kiến thức đạt là 80.3% [7]. Điều này cho thấy nhóm người bệnh tham gia trong nghiên cứu đã được điều dưỡng viên tư vấn về các thông tin để tự chăm sóc trước phẫu thuật và có thể giải thích được là người bệnh đã nhận được các thông tin cần thiết về chăm sóc sau phẫu thuật và có hiểu biết cao hơn đáng kể so với mặt bằng chung. Tuy nhiên, kết quả cũng cho thấy vẫn còn khoảng một phần tư số người bệnh trong nghiên cứu của chúng tôi chưa đạt kiến thức yêu cầu, thể hiện qua việc trả lời sai hoặc không biết ở trên 30% số câu hỏi. Những kiến thức còn thiếu như có thể người bệnh chưa nắm vững về dấu hiệu viêm nhiễm, các loại thức ăn cần tránh, sử dụng kháng sinh cần được tập trung phân tích kỹ hơn, từ đó giúp cán bộ y tế bổ sung hướng dẫn trong tương lai.

Về thực hành, mặc dù tỷ lệ người bệnh thực sự tuân thủ đầy đủ các hướng dẫn tự chăm sóc sau phẫu thuật đạt 63.8%, nghĩa là vẫn có tới 36.2% chưa thực hiện đúng tất cả các khuyến cáo. Những sai sót trong thực hành có thể bao gồm: chải răng chưa đủ số lần quy định, súc miệng quá sớm hoặc quá mạnh, hút thuốc lá sớm sau phẫu thuật, không tái khám khi có dấu hiệu bất thường. tỷ lệ 36.2% người bệnh chưa tuân thủ tốt cho thấy khoảng trống giữa kiến thức và hành vi thực tế – một vấn đề thường gặp trong lĩnh vực y tế dự phòng. Nhiều nghiên cứu đã chỉ ra rằng hiểu biết không đầy đủ hoặc không đúng có thể dẫn đến thực hành sai, làm tăng nguy cơ biến chứng. Ngay cả trong nhóm

người bệnh có kiến thức tốt, vẫn có khoảng 29% thực hành chưa đạt, chứng tỏ ngoài kiến thức, còn những yếu tố khác ảnh hưởng đến hành vi (như thái độ, thói quen cá nhân, sự hỗ trợ từ gia đình). Do đó, can thiệp giáo dục sức khỏe không chỉ cần trang bị kiến thức mà còn phải tác động đến thái độ và tạo điều kiện để người bệnh duy trì các hành vi có lợi. Khả năng tuân thủ khuyến cáo của người bệnh hoàn toàn có thể cải thiện nếu được hỗ trợ phù hợp: nghiên cứu can thiệp của Bùi Thị Mai Lan (2023) cho thấy tỷ lệ người bệnh thực hành đúng vệ sinh vết thương sau mổ đã tăng từ 42,2% lên 82,0% sau khi được tư vấn và theo dõi thêm [4].

Về các yếu tố ảnh hưởng đến kiến thức: Kết quả phân tích cho thấy trình độ học vấn có mối liên hệ chặt chẽ với kiến thức của người bệnh. Cụ thể, những người chỉ học đến trung học cơ sở có tỷ lệ kiến thức đạt thấp nhất (50%), trong khi nhóm có trình độ cao hơn (phổ thông và đại học) có tỷ lệ kiến thức đạt trên 80%. Điều này phù hợp với hiểu biết chung trong y văn: những người có trình độ giáo dục thấp thường có kiến thức sức khỏe kém hơn, đặc biệt trong lĩnh vực sức khỏe răng miệng [8]. Theo một báo cáo của Hiệp hội Nha khoa Hoa Kỳ, hạn chế về khả năng hiểu thông tin y tế (do trình độ học vấn thấp) có thể dẫn đến việc người bệnh không tuân thủ hướng dẫn điều trị và bỏ lỡ các cuộc hẹn tái khám [8]. Nghiên cứu của chúng tôi củng cố nhận định rằng nhóm người bệnh trình độ thấp cần được quan tâm đặc biệt trong công tác tư vấn – giải thích, cần sử dụng ngôn ngữ đơn giản, cách trình bày dễ hiểu và có thể nhấn mạnh bằng hình ảnh trực quan để đảm bảo họ nắm bắt đúng các bước tự chăm sóc sau nhổ răng. Ngoài ra, không tìm thấy mối liên quan ý nghĩa giữa tuổi, giới, thu nhập với kiến thức cho thấy kiến thức về chăm sóc răng miệng hậu phẫu không khác biệt nhiều giữa các nhóm tuổi hay giới tính trong mẫu nghiên cứu này. Điều này có thể do phần lớn người bệnh đều được bác sĩ cung cấp thông tin tương tự nhau trước khi ra về, và họ có khả năng tiếp thu tương đương khi đã trải qua ít nhất giáo dục phổ thông. Dù vậy, nhóm người cao tuổi hoặc những người có hoàn cảnh kinh tế khó khăn có thể gặp trở ngại trong việc tiếp cận thông tin (hạn chế về nguồn tài liệu, hoặc ít được tư vấn kỹ do rào cản thời gian, chi phí). Vì vậy, nhóm này cũng cần được hỗ trợ phù hợp, bằng việc cung cấp tài liệu in đơn giản hoặc dành thêm thời gian tư vấn riêng.

Các yếu tố ảnh hưởng đến thực hành: Nghiên cứu của chúng tôi chỉ ra kiến thức là yếu tố quan trọng hàng đầu quyết định đến thực

hành tự chăm sóc của người bệnh. Phân tích hồi quy cho thấy nếu người bệnh có đủ kiến thức thì khả năng họ thực hiện đúng hướng dẫn cao gấp 4.045 lần so với người thiếu kiến thức ($OR = 4.045$, $95\%CI: 1.377 - 11.885$, $p < 0.05$). Kết quả này tương đồng với nhiều nghiên cứu trong và ngoài nước khẳng định mối liên hệ tích cực giữa hiểu biết và hành vi chăm sóc sức khỏe [6]. Wang và cộng sự (2024) ghi nhận rằng ở người bệnh phẫu thuật nhỏ răng khôn, điểm kiến thức càng cao thì điểm thực hành càng cao, hai biến số này có tương quan thuận có ý nghĩa ($r = 0.348$, $p < 0,001$) [6]. Do đó, để cải thiện thực hành của người bệnh, nhân viên y tế cần cung cấp thông tin để đảm bảo người bệnh hiểu đúng và đủ về những việc cần làm sau phẫu thuật. Bên cạnh đó, nghiên cứu này cũng tìm thấy tần suất vệ sinh răng miệng hàng ngày có ảnh hưởng độc lập đến thực hành đạt. Những người bệnh có thói quen chải răng ít nhất 2 lần/ngày thì khả năng thực hành đạt để tuân thủ các hướng dẫn vệ sinh hơn cao gấp 4.684 lần so với những người bệnh có tần suất vệ sinh răng miệng 1 lần/ngày ($OR = 4.684$, $95\%CI: 1.206 - 18.199$, $p < 0.05$) (vì việc chải răng đúng cách đã là một phần trong thói quen sinh hoạt của họ). Ngược lại, nhóm chỉ chải răng 1 lần/ngày có thể bao gồm những người chưa hình thành thói quen vệ sinh miệng thường xuyên, nên sau phẫu thuật họ cũng khó thích ứng với yêu cầu vệ sinh nghiêm ngặt hơn. Phát hiện này gợi ý rằng việc giáo dục thói quen vệ sinh răng miệng cần được thực hiện trước cả khi phẫu thuật – nói cách khác, nâng cao ý thức giữ vệ sinh răng miệng hàng ngày cho cộng đồng sẽ góp phần giúp người bệnh hậu phẫu chăm sóc tốt hơn.

Trong nghiên cứu của chúng tôi phát hiện thấy thời gian lành thương ngắn (5–7 ngày) có liên quan với thực hành tốt ở phân tích đơn biến, nhưng lại không giữ được ý nghĩa khi phân tích đa biến. Điều này có thể phản ánh mối quan hệ hai chiều: thực hành vệ sinh tốt có thể thúc đẩy vết thương lành nhanh hơn đồng thời những người bệnh thấy vết thương hồi phục thuận lợi sớm có thể duy trì tinh thần và động lực để tiếp tục chăm sóc tốt. Nói cách khác, mối quan hệ giữa chăm sóc hậu phẫu và quá trình lành thương khá phức tạp và có thể chịu ảnh hưởng bởi nhiều yếu tố khác (cơ địa, mức độ sang chấn phẫu thuật, tình trạng dinh dưỡng, v.v.). Mặc dù vậy, xu hướng cho thấy nhóm thực hành tốt ít gặp vấn đề kéo dài thời gian lành thương phù hợp với các nghiên cứu trước đây: người bệnh tuân thủ hướng dẫn sẽ giảm biến chứng và hồi phục nhanh hơn [3]. Chúng tôi không nhận thấy

ảnh hưởng đáng kể của việc hút thuốc lá hay sử dụng rượu bia đến thực hành tự chăm sóc. Điều này có thể do cỡ mẫu nghiên cứu chưa đủ lớn để thấy rõ tác động, hoặc cũng có thể do hành vi vệ sinh răng miệng (như chải răng, súc miệng) không trực tiếp liên quan đến thói quen hút thuốc/uống rượu trong thời gian ngắn hậu phẫu. Tuy nhiên, về mặt lâm sàng, vẫn cần nhấn mạnh rằng hút thuốc lá là yếu tố nguy cơ cao đối với viêm ổ răng khô và biến chứng sau nhổ răng do thuốc lá làm chậm lành thương và làm biến vết thương [1]. Do đó, dù nghiên cứu này chưa tìm được mối liên hệ thống kê giữa hút thuốc và mức độ thực hành, chúng tôi khuyến cáo các người bệnh nghiện thuốc lá nên tạm ngưng hút trong ít nhất 1–2 tuần sau phẫu thuật để giảm nguy cơ biến chứng. Tương tự, người bệnh nên hạn chế rượu bia vì đồ uống có cồn có thể ảnh hưởng đến quá trình đông máu và tái tạo mô.

V. KẾT LUẬN VÀ KHUYẾN NGHỊ

Phần lớn người bệnh sau phẫu thuật nhổ răng hàm lớn thứ ba tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Phú Thọ có kiến thức đúng về cách tự chăm sóc vệ sinh răng miệng, tuy nhiên vẫn còn khoảng 1/3 chưa thực hành đầy đủ theo hướng dẫn. Trình độ học vấn là yếu tố ảnh hưởng đáng kể đến kiến thức – người bệnh có học vấn thấp dễ thiếu kiến thức hơn. Đồng thời, kiến thức không vững cũng dẫn đến việc chăm sóc hậu phẫu chưa đúng, làm tăng nguy cơ biến chứng. Nghiên cứu cũng cho thấy thói quen vệ sinh răng miệng tốt (chải răng ≥ 2 lần/ngày) giúp người bệnh thực hiện hiệu quả hơn các khuyến cáo sau phẫu thuật. Để nâng cao chất lượng chăm sóc răng miệng hậu phẫu, cần chú trọng công tác giáo dục sức khỏe răng miệng cho người bệnh, đặc biệt ở nhóm trình độ văn hóa thấp.

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

Đối với đội ngũ nhân viên y tế: công tác truyền thông – giáo dục sức khỏe cho người bệnh nhổ răng cần được thực hiện một cách có hệ thống và phù hợp trình độ người bệnh. Bác sĩ và nhân viên y tế nên cung cấp hướng dẫn rõ ràng, dễ hiểu và đa dạng hình thức (kết hợp lời dặn, tờ rơi, video minh họa), các tài liệu này nên được viết với ngôn từ đơn giản, có hình ảnh minh họa “nên và không nên làm” để người bệnh dễ thực hành theo, đồng thời kiểm tra lại sự hiểu biết của người bệnh trước khi ra viện [9]. Việc theo dõi, nhắc nhở người bệnh thông qua cuộc gọi hoặc tin nhắn nhắc nhở trong những ngày đầu sau phẫu thuật cũng rất cần thiết. Những nỗ lực này sẽ giúp tăng tỷ lệ tuân