

18,5 đến <23	50(33,56)	99(66,44)				
≥23	24(29,27)	58(70,73)				
Sống với vợ/chồng						
Có	47(25,97)	134(74,03)	0,45	0,004	0,48	0,01
Không	37(43,53)	48(56,47)	(0,25-0,81)		(0,22-0,93)	
Phương pháp điều trị						
Tiêm insulin	58(36,48)	101(63,52)	1,79	0,03	1,66	0,03
Uống thuốc	26(24,30)	81(75,70)	(1,01-3,23)		(1,08-3,84)	
Thời gian mắc bệnh (năm)						
≤ 10	46(25,84)	132(74,16)	2,18	0,004	2,24	0,006
> 10	38(43,18)	50(56,82)	(1,22-3,86)		(1,16-3,98)	
Bệnh đồng mắc						
Có	72(35,12)	133(64,88)	2,21	0,02	2,03	0,02
Không	12(19,67)	49(80,33)	(1,07-4,85)		(1,12-4,97)	

p*: giá trị p sau khi phân tích hồi quy đa biến; OR_{HC}: giá trị tỷ số chênh sau khi phân tích hồi quy đa biến.

Nhận xét: Sau khi phân tích hồi quy đa biến cho thấy các yếu tố làm giảm chênh lệch HbA1c nặng là tuổi dưới 60, sống chung với vợ hoặc chồng; yếu tố làm tăng chênh lệch HbA1c nặng là người bệnh nam giới, tiêm insulin, thời gian mắc bệnh > 10 năm, có bệnh đồng mắc, với p đều <0,05.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung của đối tượng trong nghiên cứu. Qua nghiên cứu 266 người bệnh HbA1c tại BVĐKKV Cái Nước năm 2024 chúng tôi thu được kết quả như sau: đa số bệnh nhân đến từ khu vực nông thôn (71,05%), điều này có thể liên quan đến sự phân bố dân cư. Tỷ lệ nữ giới mắc bệnh (65,04%) cao hơn nam giới (34,96%), phù hợp với xu hướng chung của bệnh đái tháo đường típ 2 [4]. Hơn một nửa số bệnh nhân (54,13%) trên 60 tuổi, phản ánh đây là bệnh lý thường gặp ở người lớn tuổi. Về chỉ số BMI, phần lớn bệnh nhân có BMI từ 18,5 đến dưới 23 (56,01%). Tuy nhiên, tỷ lệ thừa cân, béo phì (BMI ≥ 23) cũng đáng kể (30,83%). Đa số bệnh nhân sống với vợ/chồng (68,04%), yếu tố có thể ảnh hưởng đến sự hỗ trợ trong điều trị [7]. Về phương pháp điều trị, số lượng bệnh nhân điều trị bằng insulin (59,78%) cao hơn so với thuốc uống (40,22%), có thể phản ánh tình trạng bệnh nặng hơn [2]. Người bệnh có thời gian mắc bệnh dưới 10 năm (66,91%), nhưng cũng có một tỷ lệ đáng kể mắc bệnh trên 10 năm (33,09%), nhóm có nguy cơ biến chứng cao hơn. Đáng chú ý, tỷ lệ bệnh nhân có bệnh đồng mắc rất cao (77,06%), cho thấy gánh nặng bệnh tật đáng kể.

4.2. Tỷ lệ người bệnh ĐTĐT2 hạ đường huyết nặng và các yếu tố liên quan

4.2.1. Tỷ lệ người bệnh ĐTĐT2 hạ đường huyết nặng. Nghiên cứu cho thấy tỷ lệ

bệnh nhân có (HbA1c) nặng là 31,58%, điều này cho thấy hạ đường huyết nặng là một vấn đề đáng quan tâm ở bệnh nhân đái tháo đường. Một nghiên cứu khác tại Bệnh viện Thanh Nhàn cho thấy tỷ lệ HbA1c nặng phải nhập viện điều trị là 2,9% [2]. Sự khác biệt về tỷ lệ này có thể do sự khác biệt về đối tượng nghiên cứu, tiêu chuẩn chẩn đoán HbA1c nặng và thời gian theo dõi. Nghiên cứu của Nguyễn Thị Lựu (2020) cho thấy 25,4% bệnh nhân có tiền sử HbA1c nặng [5]. Nghiên cứu của Võ Tuấn Khoa cho thấy 58% bệnh nhân đái tháo đường típ 2 ngoại trú gặp tình trạng hạ đường huyết [4]. Nghiên cứu của Nguyễn Thành An cho thấy tỷ lệ bệnh nhân nhập viện do HbA1c chiếm 8,2% tổng số bệnh nhân đái tháo đường típ 2 nhập viện [1]. Kết quả cho thấy cần có các biện pháp can thiệp phù hợp để giảm thiểu nguy cơ HbA1c nặng ở bệnh nhân đái tháo đường.

4.2.2. Mối liên quan giữa các yếu tố và người bệnh ĐTĐT2 hạ đường huyết nặng

a. Các yếu tố dịch tễ. Nghiên cứu cho thấy HbA1c nặng là một vấn đề đáng quan tâm ở bệnh nhân đái tháo đường, với tỷ lệ 31,58%. Tỷ lệ HbA1c nặng ở nông thôn là 33,86% và ở thành thị là 25,97%, tuy nhiên sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê (p=0,209). Tương tự, tỷ lệ HbA1c nặng ở nam là 40,86% và ở nữ là 26,59%. Với OR=1,91 (KTC 95%: 1,08-3,36; p=0,01), cho thấy nam giới có nguy cơ HbA1c nặng cao hơn so với nữ giới. Điều này trái ngược với nghiên cứu của Nguyễn Thành An cho thấy tỷ lệ nữ giới nhập viện do HbA1c cao hơn nam giới [1]. Tuy nhiên, cần lưu ý rằng nghiên cứu của Nguyễn Thành An tập trung vào bệnh nhân nhập viện do HbA1c, trong khi nghiên cứu này xem xét HbA1c nặng nói chung. Một nghiên cứu khác của Lưu Thúy Quỳnh thực hiện tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108 lại cho thấy tỷ lệ nam giới bị HbA1c cao hơn (56,1%) [6]. Sự khác biệt có thể do dân số khác nhau.

Về nhóm tuổi tỷ lệ HĐH nặng ở nhóm ≤ 60 là 24,59% và ở nhóm > 60 là 37,50%. Với $OR=0,54$ (KTC 95%: 0,31-0,95; $p=0,02$), cho thấy nhóm tuổi ≤ 60 có nguy cơ HĐH nặng thấp hơn so với nhóm > 60 tuổi. Nghiên cứu của Phạm Thị Hồng cũng chỉ ra rằng đối tượng nguy cơ cao bị HĐH là nhóm bệnh nhân mắc ĐTD > 10 năm và lớn tuổi [3]. Bệnh nhân sống với vợ/chồng có Tỷ lệ HĐH nặng là 25,97% và ở nhóm không sống với vợ/chồng là 43,53%. Kết quả cho thấy, những người bệnh không sống chung với vợ hoặc chồng có tỷ lệ HĐH nặng cao hơn so với nhóm còn lại. Với $OR=0,45$ (KTC 95%: 0,25-0,81; $p=0,004$), cho thấy nhóm sống chung với vợ/chồng có nguy cơ HĐH nặng thấp hơn so với nhóm không sống với vợ/chồng.

b. Các yếu tố tiền sử, lâm sàng. Nghiên cứu cho thấy tỷ lệ HĐH nặng ở nhóm BMI $< 18,5$ là 28,57%, ở nhóm 18,5 đến < 23 là 33,56% và ở nhóm ≥ 23 là 29,27% và sự khác biệt giữa các nhóm không có ý nghĩa thống kê, $p=0,73$. Mặt khác, bệnh nhân điều trị bằng insulin có $OR=1,79$ (KTC 95%: 1,01-3,23; $p=0,03$), so với nhóm điều trị bằng thuốc cho thấy nhóm này có nguy cơ HĐH nặng cao hơn so với nhóm uống thuốc. Tỷ lệ HĐH nặng ở nhóm tiêm insulin là 36,48% và ở nhóm uống thuốc là 24,30%. Nghiên cứu của Võ Tuấn Khoa cũng chỉ ra rằng việc sử dụng insulin làm tăng nguy cơ hạ đường huyết ($OR=6,46$) [4].

Về thời gian mắc bệnh tỷ lệ HĐH nặng ở nhóm mắc bệnh ≤ 10 năm là 25,84% và ở nhóm mắc bệnh > 10 năm là 43,18%. Với $OR=2,18$ (KTC 95%: 1,22-3,86; $p=0,004$), cho thấy nhóm này có nguy cơ HĐH nặng cao hơn so với nhóm mắc bệnh ≤ 10 năm. Nghiên cứu của Nguyễn Thị Lưu cũng cho thấy 63,5% bệnh nhân có thời gian mắc bệnh trên 15 năm [5]. Hơn nữa, tỷ lệ HĐH nặng ở nhóm có bệnh đồng mắc là 35,12% và ở nhóm không có bệnh đồng mắc là 19,67%. Bệnh nhân có bệnh đồng mắc so với nhóm còn lại có $OR=2,21$ (KTC 95%: 1,07-4,85; $p=0,02$), cho thấy nhóm này có nguy cơ HĐH nặng cao hơn so với nhóm không có bệnh đồng mắc. Nghiên cứu của Lưu Thúy Quỳnh cho thấy tỷ lệ bệnh nhân tăng huyết áp là 89% và suy thận là 66,3% [6].

4.2.3. Phân tích hồi quy logistic giữa HĐH nặng và các yếu tố liên quan. Sau khi phân tích hồi quy logistic, nam giới tăng nguy cơ HĐH nặng gấp 1,96 lần so với nữ giới ($OR_{HC}=1,96$; KTC 95%: 1,02-4,16; $p=0,01$). Các yếu tố thời gian mắc bệnh > 10 năm ($OR = 2,24$; KTC 95%: 1,16-3,98; $p=0,006$) và có bệnh đồng mắc ($OR_{HC}=2,03$; KTC 95%: 1,07-4,85; $p=0,02$) cũng làm tăng nguy

cơ HĐH nặng, có thể do chức năng các cơ quan suy giảm và tương tác thuốc. Điều trị bằng insulin ($OR_{HC}=1,66$; KTC 95%: 1,08-3,84; $p=0,03$) cũng liên quan đến tăng nguy cơ này, do insulin là thuốc có khả năng gây HĐH cao hơn các thuốc khác.

Ngược lại, nhóm tuổi ≤ 60 ($OR_{HC} = 0,49$; KTC 95%: 0,24-0,87; $p=0,01$) giúp giảm nguy cơ HĐH nặng. Sống với vợ/chồng ($OR_{HC}=0,48$; KTC 95%: 0,22-0,93; $p=0,01$) cũng liên quan đến giảm nguy cơ HĐH nặng, dù cần thêm nghiên cứu để hiểu rõ cơ chế, có thể do có sự hỗ trợ và giám sát trong việc điều trị và ăn uống.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu cho thấy tỷ lệ hạ đường huyết nặng ở người bệnh đái tháo đường típ 2 bị hạ đường huyết là 31,58%. Các yếu tố như nam giới, thời gian mắc bệnh > 10 năm, có bệnh đồng mắc và điều trị bằng insulin có liên quan đến tăng nguy cơ HĐH nặng. Ngược lại, nhóm tuổi ≤ 60 và sống với vợ/chồng có thể liên quan đến giảm nguy cơ này. Cần có các biện pháp can thiệp để nâng cao nhận thức, cải thiện khả năng tiếp cận dịch vụ y tế và tăng cường chẩn đoán sớm cũng như tuân thủ điều trị để giảm thiểu tỷ lệ HĐH nặng và các biến chứng liên quan.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Thành An (2017), "Khảo sát biểu hiện lâm sàng và các yếu tố gây hạ đường huyết ở bệnh nhân đái tháo đường típ 2. Bv. Chợ Rẫy."
2. Nguyễn Trung Anh, và CS (2021), "Nghiên cứu đặc điểm hạ đường huyết và một số yếu tố liên quan ở bệnh nhân cao tuổi có đái tháo đường típ 2 điều trị tại Bệnh viện Thanh Nhàn" Tạp chí y dược lâm sàng 108, 16(2), 25-27.
3. Phạm Thị Hồng, và CS (2021), "Nhận xét nguyên nhân và đặc điểm của hạ đường huyết ở bệnh nhân đái tháo đường điều trị nội trú tại khoa Nội tiết - Bệnh viện Bạch Mai", Tạp chí Nội tiết và Đái tháo đường, 49, 110-112.
4. Võ Tấn Khoa, và CS (2020), "Tỷ lệ hạ đường huyết tự ghi nhận và các yếu tố liên quan ở người bệnh đái tháo đường típ 2 tại Việt Nam", Tạp chí Nội tiết và Đái tháo đường, 41, 542.
5. Nguyễn Thị Lưu, (2024), "Hạ đường huyết ở bệnh nhân đái tháo đường type 2 cao tuổi có mức lọc cầu thận <60 ml/phút/m² tại bệnh viện Nội tiết Trung ương", Tạp chí y học việt nam, 537(1B), 220-224.
6. Lưu Thúy Quỳnh, và CS (2021), "Tìm hiểu đặc điểm và một số yếu tố liên quan đến tình trạng hạ đường huyết ở bệnh nhân đái tháo đường típ 2 điều trị tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108", Tạp chí Y Dược lâm sàng 108, 16(4), 15-22.
7. Nguyễn, Thanh Truyền, và CS (2020), "Nghiên cứu tình hình kiểm soát đường huyết ở bệnh nhân đái tháo đường type 2 điều trị nội trú bằng insulin tại bệnh viện Đa khoa Thành phố Cần Thơ", Tạp chí y dược học Cần Thơ, 28, 64-691.

KHẢO SÁT TÌNH HÌNH BỆNH RĂNG MIỆNG VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN TRÊN NGƯỜI BỆNH CAO TUỔI ĐẾN KHÁM NGOẠI TRÚ TẠI BỆNH VIỆN ĐẠI HỌC Y DƯỢC THÀNH PHỐ HỒ CHÍ MINH NĂM 2025

Lương Thị Thu Hạnh¹, Nguyễn Hoàng Định¹, Vương Ánh Dương²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Xác định tỷ lệ mắc các bệnh lý răng miệng và các yếu tố liên quan ở người cao tuổi khám ngoại trú tại Bệnh viện Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh năm 2025. **Phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 282 người bệnh ≥ 60 tuổi, từ tháng 01 đến 06/2025. Dữ liệu thu thập qua khám lâm sàng răng miệng, ghi nhận sâu răng, mất răng, viêm nướu, cao răng (CIS) và tình trạng nha chu (CPI), cùng các yếu tố nhân khẩu liên quan. **Kết quả:** Cao răng (CIS 1–3) chiếm 87,2%, mất răng 81,2%, sâu răng 67,4%, viêm nướu 58,2%; bệnh nha chu nặng (CPI 3–4) 16,7%. Sâu răng liên quan đến giới nữ và tuổi ≥ 70 ; mất răng liên quan đến giới nam, tuổi cao và học vấn thấp; viêm nướu liên quan đến giới nam, tuổi thấp, học vấn thấp, sống tại TP.HCM và hút thuốc; cao răng liên quan đến giới nam, tuổi cao, sống ở tỉnh và hút thuốc; CPI 3–4 liên quan đến giới nữ và học vấn thấp ($p < 0,05$). **Kết luận:** Bệnh lý răng miệng ở người cao tuổi rất phổ biến, chịu ảnh hưởng bởi nhiều yếu tố nhân khẩu và hành vi. Cần phát hiện sớm và triển khai chương trình dự phòng phù hợp nhằm cải thiện sức khỏe răng miệng cho nhóm đối tượng này.

Từ khóa: người cao tuổi, sức khỏe răng miệng, sâu răng, mất răng, viêm nướu, nha chu.

SUMMARY

ORAL HEALTH STATUS AND RELATED FACTORS AMONG ELDERLY OUTPATIENTS AT UNIVERSITY MEDICAL CENTER HO CHI MINH CITY IN 2025

Objective: To determine the prevalence of oral diseases and related factors among elderly outpatients at University Medical Center Ho Chi Minh City in 2025. **Methods:** A cross-sectional study was conducted on 282 patients aged ≥ 60 years from January to June 2025. Data were collected through clinical oral examinations, assessing dental caries, tooth loss, gingivitis, calculus (CIS), and periodontal status (CPI), along with demographic factors. **Results:** Calculus (CIS 1–3) was present in 87.2%, tooth loss in 81.2%, dental caries in 67.4%, and gingivitis in 58.2%. Severe periodontal disease (CPI 3–4) affected 16.7%. Dental caries was associated with female gender and

age ≥ 70 ; tooth loss with male gender, older age, and lower education; gingivitis with male gender, younger age, lower education, urban residence, and smoking; higher CIS scores with male gender, older age, rural residence, and smoking; and CPI 3–4 with female gender and lower education (all $p < 0.05$). **Conclusion:** Oral diseases are highly prevalent among the elderly, with multiple sociodemographic and behavioral factors influencing their occurrence. Early detection and targeted preventive programs are needed to improve oral health in this population.

Keywords: elderly, oral health, dental caries, tooth loss, gingivitis, community periodontal index.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Sức khỏe răng miệng ở người cao tuổi giữ vai trò quan trọng trong việc duy trì chức năng ăn nhai, đồng thời ảnh hưởng trực tiếp và gián tiếp đến tình trạng dinh dưỡng, thể chất, tâm lý, khả năng giao tiếp, từ đó tác động đến chất lượng cuộc sống [4]. Cùng với các bệnh lý toàn thân thường gặp như đái tháo đường, tim mạch hay viêm khớp, các bệnh vùng miệng như sâu răng, bệnh quanh răng, mất răng và các vấn đề về phục hình răng miệng ngày càng phổ biến ở nhóm tuổi này.

Các nghiên cứu trong và ngoài nước đã cho thấy tình trạng bệnh răng miệng ở người cao tuổi vẫn còn ở mức cao. Tại khu vực Bình Dương và TP. Hồ Chí Minh, Võ Thị Thuý Hồng (2022) ghi nhận 58,1% người cao tuổi cần lấy cao răng và hướng dẫn vệ sinh răng miệng, trong khi 0,7% cần phối hợp phẫu thuật điều trị bệnh quanh răng [1]. Nghiên cứu của Nguyễn Bùi Bảo Tiên và Nguyễn Thùy Trang (2023) tại Đà Nẵng cho thấy tỷ lệ mất răng ở người ≥ 60 tuổi là 93,6%, với số răng mất trung bình ở nhóm ≥ 75 tuổi cao hơn đáng kể so với nhóm 60–74 tuổi ($p < 0,05$) [3]. Trong Dự án Sức khỏe và Lão hóa ở Nam giới tại Úc, Wright F và cs (2018) ghi nhận ở nam giới ≥ 70 tuổi thì 90,9% có độ sâu túi nha chu ≥ 3 mm, 96,6% có cao răng ≥ 5 mm và 79,7% có ít nhất ba vị trí có điểm chỉ số nướu răng ≥ 2 [7]. Tại Việt Nam, nghiên cứu của Lê Nguyễn Bá Thu (2018) cho thấy tỷ lệ mắc bệnh nha chu ở người cao tuổi là 79% [2].

Tại Bệnh viện Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh, số lượng người cao tuổi đến khám ngoại

¹Bệnh viện Đại học Y Dược TP. HCM

²Cục quản lý Khám chữa bệnh, Bộ Y tế

Chịu trách nhiệm chính: Lương Thị Thu Hạnh

Email: hanh.ltt@umc.edu.vn

Ngày nhận bài: 25.6.2025

Ngày phản biện khoa học: 24.7.2025

Ngày duyệt bài: 27.8.2025

trú ngày càng gia tăng, nhiều trường hợp kèm theo bệnh mạn tính và các vấn đề răng miệng chưa được điều trị đầy đủ. Trong bối cảnh đó, việc khảo sát tình hình bệnh răng miệng và phân tích các yếu tố liên quan sẽ là cơ sở quan trọng để xây dựng kế hoạch chăm sóc toàn diện, nâng cao hiệu quả phòng ngừa, điều trị và phục hồi chức năng.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang.

Địa điểm và thời gian: Nghiên cứu được tiến hành tại Khoa Phẫu thuật Hàm Mặt - Răng Hàm Mặt, Bệnh viện Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh từ ngày 01/01/2025 đến ngày 30/06/2025.

Đối tượng nghiên cứu: Người bệnh từ 60 tuổi trở lên đến khám ngoại trú tại Khoa Phẫu thuật Hàm Mặt - Răng Hàm Mặt, Bệnh viện Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh; không mắc bệnh cấp tính, tinh thần tỉnh táo và đồng ý tham gia nghiên cứu.

- Tiêu chí lựa chọn: Tuổi ≥ 60 và đồng ý tham gia nghiên cứu.

- Tiêu chí loại trừ: Người bệnh đang trong tình trạng cấp cứu.

Cỡ mẫu: Cỡ mẫu tối thiểu được tính theo công thức ước

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

- n: Cỡ mẫu cần có.

- p: Tỷ lệ bệnh răng miệng trong một nghiên cứu trước. Chọn một bệnh đại diện là bệnh nha chu ở người cao tuổi. Theo Lê Nguyễn Bá Thụ (2018) thì tỷ lệ này là 79% [2]. Chọn $p = 0,79$.

- d: Mức chính xác tuyệt đối, chọn $d = 0,05$.

- α : Mức ý nghĩa thống kê, chọn $\alpha = 0,05$, do đó $Z_{1-\alpha/2} = 1,96$.

Tính được cỡ mẫu tối thiểu cho nghiên cứu này là 255 người bệnh. Thực tế, nghiên cứu này thu thập được đầy đủ dữ liệu của 282 người bệnh.

Phương pháp chọn mẫu và thu thập số liệu: Áp dụng phương pháp chọn mẫu thuận tiện, lấy toàn bộ người bệnh thỏa tiêu chí lựa chọn trong thời gian nghiên cứu. Dữ liệu được thu thập bằng bảng câu hỏi cấu trúc sẵn kết hợp khám lâm sàng răng miệng, ghi nhận các thông tin hành chính, tình trạng răng miệng, nhu cầu điều trị và các yếu tố liên quan.

Biến số nghiên cứu: Tình trạng bệnh răng miệng được xác định là có khi người tham gia có ít nhất một trong các tình trạng: sâu răng, mất răng, viêm nướu, cao răng.

- Sâu răng được chẩn đoán theo tiêu chuẩn lỗ sâu của WHO (2013), khi có ít nhất một răng

bị sâu với các biểu hiện như: tổn thương ở hố rãnh hoặc mặt lồi có đáy và thành mềm; rãnh đã trám tạm hoặc bít hố rãnh nhưng xuất hiện sâu mới; thân răng bị phá hủy lớn chỉ còn chân răng; hoặc trên các mặt tiếp cận, thám thám lọt vào lỗ sâu rõ ràng.

- Chỉ số cao răng đơn giản (CIS - Calculus Index Simplified) được sử dụng để đánh giá mức độ cao răng, gồm: 0 - không có cao răng; 1 - cao răng nhẹ ($\leq 1/3$ chiều cao thân răng, có thể dưới lợi); 2 - cao răng trung bình ($> 1/3$ nhưng $\leq 2/3$ chiều cao thân răng); và 3 - cao răng nặng ($> 2/3$ chiều cao thân răng).

- Chỉ số quanh răng cộng đồng (CPI - Community Periodontal Index) được dùng để phân loại tình trạng nha chu: CPI 0 - tổ chức quanh răng bình thường; CPI 1 - chảy máu nướu khi thăm khám nhẹ; CPI 2 - có cao răng trên hoặc dưới nướu; CPI 3 - túi nha chu sâu 4-5 mm; và CPI 4 - túi nha chu sâu ≥ 6 mm.

- Các yếu tố nhân khẩu được xác định có liên quan hay không bao gồm: tuổi, giới tính, trình độ học vấn, nơi ở và thói quen hút thuốc lá.

Phân tích số liệu: Dữ liệu được nhập và xử lý bằng phần mềm STATA phiên bản 14. Thực hiện phân tích mô tả để tính tần suất, tỷ lệ phần trăm. Mỗi liên quan giữa tình trạng bệnh răng miệng và các yếu tố liên quan được phân tích bằng phép kiểm Chi-bình phương. Mức ý nghĩa thống kê được xác định là $p < 0,05$.

Đạo đức nghiên cứu: Người tham gia nghiên cứu được giải thích rõ về mục tiêu, nội dung, lợi ích và quyền lợi khi tham gia; đồng thời ký cam kết đồng ý tham gia nghiên cứu. Mọi thông tin cá nhân được bảo mật và chỉ sử dụng cho mục đích nghiên cứu. Người tham gia có quyền rút lui khỏi nghiên cứu bất cứ lúc nào mà không ảnh hưởng đến quyền lợi điều trị.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Đặc điểm của người bệnh trong nghiên cứu (n=282)

Đặc điểm		n	%
Giới tính	Nữ	169	59,9
	Nam	113	40,1
Nhóm tuổi	Từ 60-69	151	53,5
	≥ 70	131	46,5
Học vấn	THPT trở xuống	233	82,6
	Trên THPT	49	17,4
Nơi cư trú	TPHCM	203	72,0
	Khác	79	28,0
Hút thuốc	Không hút	157	55,7
	Có hút	125	44,3

Trong thời gian thu thập số liệu, nghiên cứu ghi nhận 282 người bệnh đáp ứng tiêu chí lựa

chọn. Nữ giới chiếm tỷ lệ cao hơn nam (59,9% so với 40,1%). Nhóm tuổi 60–69 chiếm tỷ lệ lớn nhất (53,5%), tiếp theo là nhóm ≥70 tuổi (46,5%).

Về trình độ học vấn, đa số người bệnh có trình độ từ trung học phổ thông trở xuống (82,6%), chỉ 17,4% có trình độ trên trung học phổ thông. Phần lớn người tham gia cư trú tại TP. Hồ Chí Minh (72,0%), trong khi 28,0% đến từ các tỉnh/thành khác.

Đối với thói quen hút thuốc lá, tỷ lệ người không hút thuốc (55,7%) cao hơn so với nhóm có hút thuốc (44,3%).

Bảng 2. Tỷ mắc các bệnh lý răng miệng ở người cao tuổi (n=282)

Bệnh lý	Có n(%)	Không có n(%)
Sâu răng	190 (67,4)	92 (32,6)
Mất răng	229 (81,2)	53 (18,8)
Viêm nướu	164 (58,2)	118 (41,8)
Cao răng (CIS 1–3)	246 (87,2)	36 (12,8)
Bệnh nha chu (CPI 3–4)	47 (16,7)	235 (83,3)

Bảng 2 cho thấy tỷ lệ mắc các bệnh lý răng miệng ở người cao tuổi khá cao, đặc biệt là mất răng (81,2%) và cao răng (87,2%). Sâu răng cũng chiếm tỷ lệ đáng kể (67,4%), trong khi viêm nướu xuất hiện ở hơn một nửa số người tham gia (58,2%). Ngược lại, tỷ lệ bệnh nha chu giai đoạn nặng (CPI 3–4) thấp hơn rõ rệt, chỉ 16,7%.

Bảng 3. Các yếu tố liên quan đến sâu răng ở người bệnh cao tuổi (n=282)

Đặc điểm	Có sâu răng n(%)	Không sâu răng n(%)	Giá trị p	
Giới tính	Nam	99 (58,6)	70 (41,4)	<0,001
	Nữ	91 (80,5)	22 (19,5)	
Nhóm tuổi	Từ 60-69	73 (48,3)	78 (51,7)	<0,001
	≥70	117 (89,3)	14 (10,7)	
Học vấn	THPT trở xuống	162 (69,5)	71 (30,5)	0,093
	Trên THPT	28 (57,1)	21 (42,9)	
Nơi cư trú	TPHCM	133 (65,5)	70 (34,5)	0,286
	Khác	57 (72,2)	22 (27,8)	
Hút thuốc	Không hút	113 (68,9)	51 (31,1)	0,519
	Có hút	77 (65,3)	41 (34,7)	

Kết quả cho thấy nữ giới có tỷ lệ sâu răng cao hơn nam (80,5% so với 58,6%). Nhóm tuổi ≥70 có tỷ lệ sâu răng cao hơn đáng kể so với nhóm 60–69 (89,3% so với 48,3%). Trình độ học vấn cho thấy xu hướng tỷ lệ sâu răng cao hơn ở nhóm THPT trở xuống so với nhóm trên THPT (69,5% so với 57,1%), nhưng sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê (p=0,093). Không ghi nhận sự khác biệt đáng kể về tỷ lệ sâu răng theo nơi cư trú (p=0,286) và tình trạng hút thuốc lá (p=0,519).

Bảng 4. Các yếu tố liên quan đến mất răng ở người bệnh cao tuổi (n=282)

Đặc điểm	Có mất răng n(%)	Không mất răng n(%)	Giá trị p	
Giới tính	Nam	101 (89,4)	12 (10,6)	0,004
	Nữ	128 (75,7)	41 (24,3)	
Nhóm tuổi	Từ 60-69	111 (73,5)	40 (26,5)	<0,001
	≥70	118 (90,1)	13 (9,9)	
Học vấn	THPT trở xuống	197 (84,5)	36 (15,5)	0,002
	Trên THPT	32 (65,3)	17 (34,7)	
Nơi cư trú	TPHCM	163 (80,3)	40 (19,7)	0,531
	Khác	66 (83,5)	13 (16,5)	
Hút thuốc	Không hút	131 (79,9)	33 (20,1)	0,531
	Có hút	98 (83,1)	20 (16,9)	

Tỷ lệ mất răng ở người cao tuổi có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê theo giới tính, nhóm tuổi và trình độ học vấn. Nam giới có tỷ lệ mất răng cao hơn nữ (89,4% so với 75,7%; p=0,004). Nhóm tuổi 70–79 có tỷ lệ mất răng cao hơn so với nhóm 60–69 (90,1% so với

73,5%; p<0,001). Về trình độ học vấn, nhóm THPT trở xuống có tỷ lệ mất răng cao hơn nhóm trên THPT (84,5% so với 65,3%; p=0,002). Ngược lại, không ghi nhận sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về tỷ lệ mất răng theo nơi cư trú (p=0,531) và tình trạng hút thuốc lá (p=0,501).

Bảng 5. Các yếu tố liên quan đến viêm nướu ở người bệnh cao tuổi (n=282)

Đặc điểm	Có viêm nướu n(%)	Không viêm nướu n(%)	Giá trị p	
Giới tính	Nam	86 (76,1)	27 (23,9)	<0,001
	Nữ	78 (46,2)	91 (53,8)	
Nhóm tuổi	Từ 60-69	102 (67,5)	49 (32,5)	0,001

	≥70	62 (47,3)	69 (52,7)	
Học vấn	THPT trở xuống	142 (60,9)	91 (39,1)	0,038
	Trên THPT	22 (44,9)	27 (55,1)	
Nơi cư trú	TPHCM	127 (62,6)	76 (37,4)	0,016
	Khác	37 (46,8)	42 (53,2)	
Hút thuốc	Không hút	85 (51,8)	79 (48,2)	0,011
	Có hút	79 (66,9)	39 (33,1)	

Nam giới có tỷ lệ viêm nướu cao hơn nữ (76,1% so với 46,2%; $p < 0,001$). Nhóm tuổi 60–69 có tỷ lệ viêm nướu cao hơn nhóm ≥70 (67,5% so với 47,3%; $p = 0,001$). Nhóm có trình độ học vấn THPT trở xuống có tỷ lệ viêm nướu cao hơn nhóm trên THPT (60,9% so với 44,9%;

$p = 0,038$). Người sống tại TP.HCM có tỷ lệ viêm nướu cao hơn so với người sống ở tỉnh khác (62,6% so với 46,8%; $p = 0,016$). Ngoài ra, nhóm hút thuốc lá có tỷ lệ viêm nướu cao hơn nhóm không hút (66,9% so với 51,8%; $p = 0,011$).

Bảng 6. Các yếu tố liên quan đến mức độ cao răng ở người bệnh cao tuổi (n=282)

Đặc điểm		CIS 0 n(%)	CIS 1 n(%)	CIS 2 n(%)	CIS 3 n(%)	Giá trị p
Giới tính	Nam	8 (7,1)	77 (68,1)	10 (8,8)	18 (15,9)	<0,001
	Nữ	49 (29,0)	32 (18,9)	73 (43,2)	15 (8,9)	
Nhóm tuổi	Từ 60-69	34 (22,5)	61 (40,4)	50 (33,1)	6 (4,0)	<0,001
	≥70	23 (17,6)	48 (36,6)	33 (25,2)	27 (20,6)	
Học vấn	THPT trở xuống	50 (21,5)	90 (38,6)	64 (27,5)	29 (12,4)	0,331
	Trên THPT	7 (14,3)	19 (38,8)	19 (38,8)	4 (8,2)	
Nơi cư trú	TPHCM	40 (19,7)	66 (32,5)	76 (37,4)	21 (10,3)	<0,001
	Khác	17 (21,5)	43 (54,4)	7 (8,9)	12 (15,2)	
Hút thuốc	Không hút	39 (23,8)	74 (45,1)	36 (22,0)	15 (9,1)	0,001
	Có hút	18 (15,3)	35 (29,7)	47 (39,8)	18 (15,3)	

Ở nhóm nam giới, tỷ lệ CIS 1 (68,1%) và CIS 3 (15,9%) cao hơn so với nữ, trong khi nữ có tỷ lệ CIS 2 cao nhất (43,2%). Nhóm ≥70 tuổi có tỷ lệ CIS 3 cao hơn đáng kể so với nhóm 60–69 (20,6% so với 4,0%). Người cư trú tại tỉnh khác có tỷ lệ CIS 3 cao hơn TP.HCM (15,2% so

với 10,3%) và CIS 1 cũng cao hơn (54,4% so với 32,5%). Người hút thuốc có tỷ lệ CIS 2 (39,8%) và CIS 3 (15,3%) cao hơn nhóm không hút (22,0% và 9,1% tương ứng). Các khác biệt này đều có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$), ngoại trừ yếu tố học vấn ($p = 0,331$).

Bảng 7. Các yếu tố liên quan đến mức độ nha chu ở người bệnh cao tuổi (n=282)

Đặc điểm		CPI 0–2 n(%)	CPI 3–4 n(%)	Giá trị p
Giới tính	Nam	101 (89,4)	12 (10,6)	0,026
	Nữ	134 (79,3)	35 (20,7)	
Nhóm tuổi	Từ 60-69	123 (81,5)	28 (18,5)	0,364
	≥70	112 (85,5)	19 (14,5)	
Học vấn	THPT trở xuống	186 (79,8)	42 (20,2)	0,001
	Trên THPT	49 (100,0)	0 (0,0)	
Nơi cư trú	TPHCM	169 (83,3)	34 (16,7)	0,953
	Khác	66 (83,5)	13 (16,5)	
Hút thuốc	Không hút	141 (86,0)	23 (14,0)	0,160
	Có hút	94 (79,7)	24 (20,3)	

Kết quả phân tích cho thấy giới tính và trình độ học vấn có mối liên quan có ý nghĩa thống kê đến tình trạng nha chu ở người bệnh cao tuổi, trong khi tuổi, nơi cư trú và tình trạng hút thuốc không cho thấy sự khác biệt rõ rệt. Tỷ lệ CPI 3–4 ở nữ cao hơn nam (20,7% so với 10,6%; $p = 0,026$). Nhóm có trình độ THPT trở xuống có tỷ lệ CPI 3–4 cao hơn rõ rệt so với nhóm trên THPT (20,2% so với 0,0%; $p = 0,001$). Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa các nhóm tuổi

($p = 0,364$), nơi cư trú ($p = 0,953$) và tình trạng hút thuốc ($p = 0,160$).

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu này cho thấy các bệnh lý răng miệng ở người cao tuổi khám ngoại trú tại Bệnh viện Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh năm 2025 có tỷ lệ mắc rất cao, trong đó cao răng (CIS 1–3) chiếm 87,2%, mất răng 81,2%, sâu răng 67,4% và viêm nướu 58,2%. Về chỉ số CPI, kết quả của chúng tôi ghi nhận tỷ lệ CPI 2, 3 và 4