

- ophthalmology. 2023;8(1).
6. Lee JR, Choi JY, Kim YD, et al. Laser peripheral iridotomy with iridoplasty in primary angle closure suspect: anterior chamber analysis by pentacam. Korean journal of ophthalmology: KJO. 2011;25(4):252-6.
7. Baskaran M, Yang E, Trikha S, et al. Residual Angle Closure One Year After Laser Peripheral Iridotomy in Primary Angle Closure Suspects. American journal of ophthalmology. 2017; 183:111-117.

KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ NỘI NHA MỘT LẦN HẸN NHÓM RĂNG HÀM LỚN HÀM DƯỚI TẠI VIỆN ĐÀO TẠO RĂNG HÀM MẶT VÀ BỆNH VIỆN 19-8 NĂM 2024-2025

Trịnh Thị Thái Hà¹, Lê Hồng Vân², Nguyễn Văn Phương³

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả điều trị nội nha một lần hẹn (Single-visit Endodontic – SVE) nhóm răng hàm lớn hàm dưới (RHLHD) tại Viện Đào tạo Răng – Hàm – Mặt và Bệnh viện 19-8, Bộ Công an năm 2024-2025. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang chùm ca bệnh trên 42 RHLHD được điều trị nội nha một lần hẹn. Các ca bệnh được chụp CT ConeBeam (CTCB) và xác định độ khó theo thang điểm của Hiệp hội Nội nha Hoa Kỳ - AAE. Đánh giá kết quả sau khi hàn ống tuý, đánh giá mức độ đau sau điều trị 1 ngày, 3 ngày, 1 tuần và kết quả X-quang và lâm sàng sau 6 tháng điều trị. **Kết quả:** Kết quả Xquang sau hàn ống tuý: 97,6% đạt mức tốt; thời gian tạo hình ống tuý trung bình là $32,38 \pm 5,717$ phút có sự khác biệt giữa nhóm có độ khó <30 và nhóm ≥ 30 có ý nghĩa thống kê; đánh giá mức độ đau VAS cho thấy 78,6% bệnh nhân không đau sau 24h; sau 1 tuần, mức độ đau giảm rõ rệt với 90,5% không đau chỉ còn 4 ca đau nhẹ; kết quả điều trị sau 6 tháng tốt đạt tỷ lệ 92,9%. **Kết luận:** Điều trị nội nha một lần hẹn hiện nay với các hỗ trợ chẩn đoán tốt như CTCB và các thiết bị, vật liệu mới đạt đạt kết quả tốt giảm thiểu thời gian và chi phí.

Từ khóa: Điều trị nội nha một lần hẹn, Răng hàm lớn hàm dưới, Hiệp hội nội nha mỹ.

SUMMARY

TREATMENT OUTCOME OF SINGLE-VISIT ENDODONTICS FOR MANDIBULAR MOLARS AT THE SCHOOL OF DENTISTRY AND 19-8 HOSPITAL IN 2024-2025

Objective: To evaluate the outcomes of single-visit endodontic treatment (SVE) in mandibular molars at the School of Dentistry and the 19-8 Hospital, during 2024–2025. **Materials and Methods:** A cross-sectional case series study was conducted on 42 mandibular molars treated with SVE. All cases were

examined with cone-beam computed tomography (CBCT) and assessed for difficulty level using the American Association of Endodontists (AAE) case difficulty assessment form. Treatment outcomes were evaluated immediately after root canal obturation, postoperative pain was recorded at 1 day, 3 days, and 1 week, and clinical as well as radiographic follow-up was performed at 6 months. **Results:** Radiographic evaluation immediately after obturation showed 97.6% of cases achieved good quality. The mean instrumentation time was 32.38 ± 5.717 minutes, with a statistically significant difference between cases with difficulty scores <30 and those ≥ 30 . VAS pain assessment showed that 78.6% of patients reported no pain after 24 hours; by 1 week, pain had markedly decreased, with 90.5% reporting no pain and only 4 cases reporting mild pain. At 6 months, successful treatment outcomes were achieved in 92.9% of cases. **Conclusion:** Single-visit endodontic treatment, when supported by advanced diagnostic tools such as CBCT and modern equipment and materials, provides favorable outcomes while minimizing treatment time and cost. **Keywords:** Single-visit endodontic treatment, mandibular molars, American Association of Endodontists (AAE).

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Điều trị nội nha là phương pháp điều trị bảo tồn lại răng cho bệnh nhân. Trải qua lịch sử phát triển hơn 250 năm, điều trị nội nha đã không ngừng thay đổi. Cùng với xu thế của nha khoa hiện nay “Làm được tối đa trong tối thiểu số lần điều trị”, điều trị nội nha cũng hướng tới mục tiêu giảm số lần hẹn điều trị mà vẫn đảm bảo kết quả cuối cùng. Những cái tiến về phương tiện, dụng cụ và vật liệu như dụng cụ trầm xoay NiTi, những máy đo chiều dài tiên tiến hơn, dụng cụ siêu âm, kính hiển vi nội nha, Xquang kỹ thuật số, những thế hệ máy trám tuý mới và những vật liệu sinh học,... đã giúp trình điều trị nội nha nhanh chóng, an toàn và hiệu quả hơn [1],[2]. Vì vậy mà điều trị nội nha một lần hẹn (Single Visit Endodontic treatment – SVE) ngày càng được chỉ định và thực hành rộng rãi trên lâm sàng.

Trên thế giới, đã có nhiều nghiên cứu cho thấy SVE có rất nhiều ưu điểm với bệnh nhân

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Răng hàm mặt Trung ương Hà Nội

³Bệnh viện 19-8

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Văn Phương

Email: phuong5688@gmail.com

Ngày nhận bài: 7.7.2025

Ngày phản biện khoa học: 20.8.2025

Ngày duyệt bài: 18.9.2025

cũng như với nha sĩ, giảm thời gian điều trị cũng như chi phí. Có nhiều nghiên cứu lâm sàng đã cho thấy kết quả thành công khi SVE tương đương điều trị nội nha nhiều lần hẹn (Multi-Visit Endodontic treatment – MVE), nhưng cũng có những nghiên cứu dựa trên bằng chứng cho rằng thiếu bằng chứng lâm sàng để củng cố nhận định trên. Ở Việt Nam vẫn chưa có nhiều các nghiên cứu về điều trị nội nha một lần hẹn. Đặc biệt, nhóm răng hàm lớn hàm dưới (RHLHD) là nhóm răng có tỷ lệ chỉ định điều trị nội nha cao. Hơn nữa, nhóm RHLHD là nhóm răng có hình thái ống tuỷ tương đối phức tạp, theo phân loại độ khó ca lâm sàng của Hiệp hội nội nha Mỹ (AAE) [3] đều ở mức độ khó trung bình và khó cao, khuyến cáo cần phải chụp phim CT conebeam (CBCT) khảo sát trước khi điều trị. Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu với mục tiêu: Đánh giá kết quả điều trị nội nha một lần hẹn trên nhóm RHLHD tại Viện đào tạo Răng – Hàm – Mặt, Đại học Y Hà Nội và Bệnh viện 19-8, Bộ Công an năm 2024-2025.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng, địa điểm và thời gian nghiên cứu:

Nghiên cứu được thực hiện trên 40 bệnh nhân với 42 RHLHD với chẩn đoán: viêm tuỷ không hồi phục, tuỷ hoại tử hoặc viêm quanh chóp mạn tính được điều trị nội nha một lần hẹn trong thời gian từ tháng 6/2024 – 6/2025 tại Trung tâm khám chữa bệnh kỹ thuật cao Răng – Hàm – Mặt, Viện đào tạo Răng – Hàm – Mặt và Khoa Răng – Hàm – Mặt, Bệnh viện 19-8.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu cắt ngang mô tả chùm ca bệnh.

- **Tiêu chuẩn lựa chọn:** Răng có chỉ định điều trị nội nha toàn bộ thuộc các nhóm bệnh lý (viêm tuỷ không hồi phục, tuỷ hoại tử, viêm quanh chóp mạn tính). Răng đã đóng chóp và chân răng không dị dạng. Răng được điều trị nội nha lần đầu và bệnh nhân đồng ý tham gia nghiên cứu.

- **Tiêu chuẩn loại trừ:** Răng đang có nhiễm trùng cấp tính vùng chóp răng (viêm quanh chóp cấp hoặc bán cấp, áp xe quanh chóp cấp hoặc bán cấp). Răng có bệnh lý nha chu lung lay độ 3,4. Răng có chỉ định điều trị nội nha kết hợp với phẫu thuật. Răng không có khả năng phục hồi thân răng. Các răng có bất thường về giải phẫu. Bệnh nhân có bệnh lý toàn thân hoặc tại chỗ chưa được điều trị ổn định.

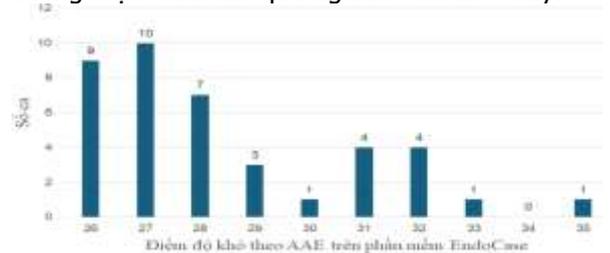
- **Phương pháp chọn mẫu:** Chọn mẫu thuận tiện theo tiêu chuẩn lựa chọn. Tiến hành lấy mẫu liên tiếp cho đủ cỡ mẫu nghiên cứu ≥ 40.

- **Phương pháp điều trị:** Bệnh nhân được chụp phim CTCB nội nha và khám lâm sàng đánh giá độ khó theo thang điểm của AAE. Thực hiện quy trình điều trị nội nha một lần hẹn với hệ thống trám Protaper Ultimate, làm sạch bơm rửa ống tuỷ bằng dung dịch NaOCl 2,5%, EDTA 17%. Hàn kín hệ thống ống tuỷ bằng bioceramic sealer (AH Plus Bioceramic – Dentsply).

- **Biến số, chỉ số nghiên cứu:** Điểm độ khó theo AAE. Kết quả sau hàn ống tuỷ. Mức độ đau theo thang điểm VAS sau 1 ngày, 3 ngày và 1 tuần điều trị. Kết quả lâm sàng và Xquang sau 6 tháng điều trị.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu ghi nhận trên 40 bệnh nhân với độ tuổi từ 18 đến 74 tuổi (23 nam (chiếm 57,5%), 17 nữ (chiếm 42,5%)), với 42 RHLHD (16 răng hàm lớn thứ nhất hàm dưới và 26 răng hàm lớn thứ 2 hàm dưới). Trong đó có 31 răng được chẩn đoán viêm tuỷ không hồi phục, 8 răng tuỷ hoại tử và 3 răng chẩn đoán là viêm quanh chóp mạn tính. Kết quả nghiên cứu cho thấy.



Biểu đồ 3.1. Đánh giá độ khó theo phân loại AAE

Nhận xét: Điểm độ khó dao động từ 26 đến 35, phần lớn tập trung ở mức 26-28 điểm (chiếm trên 60%). Điểm 27 có nhiều ca nhất (10 ca), tiếp theo là 26 (9 ca) và 28 (7ca). Số ca có điểm ≥ 30 ít hơn, chỉ chiếm dưới 30% tổng số ca.

Bảng 3.1. Thời gian sửa soạn ống tuỷ theo độ khó AAE

Răng	Độ khó dưới 30 (X±SD) Min-max	Độ khó từ 30 trở lên (X±SD) Min-max	Tổng (X±SD) Min-max
Thời gian tạo hình ống tuỷ	31,32 ± 5,564 23-45	35,36 ± 4,319 28-42	32,38 ± 5,517 23-45
p-value	0,035		

Nhận xét: Thời gian tạo hình ống tuỷ trung bình ở nhóm có độ khó dưới 30 điểm là 31,32 ± 5,564 phút (dao động 23-45 phút). Nhóm có độ khó 30 trở lên có thời gian trung bình 35,36 ± 4,319 phút (dao động 28-42 phút). Sự khác biệt về thời gian tạo hình ống giữa 2 nhóm có ý nghĩa thống kê (p=0.035 < 0,05).

Bảng 3.2. Kết quả hàn ống tuý trên phim Xquang

Kết quả	Tốt		Trung bình		Tổng	
	n	%	n	%	n	%
RHL1HD	16	100	0	0	17	100
RHL2HD	25	96,2	1	3,8	28	100
Tổng	41	97,6	1	2,4	42	100
p-value	1.000 (Fisher's Exact test)					

Nhận xét: Kết quả đánh giá XQ ngay sau khi hàn ống tuý cho thấy: Tỷ lệ hàn tốt đạt kết quả 97,6%, có 1 trường hợp đánh giá là trung bình chiếm tỷ lệ 2,4% (do chất hàn ra ngoài lỗ chóp. Sự khác biệt về kết quả điều trị giữa 2 nhóm răng là không có ý nghĩa thống kê ($p>0,05$).

**Biểu đồ 3.2. Mức độ đau sau điều trị theo thời gian**

Nhận xét: Sau 24h đánh giá mức độ đau theo thang điểm VAS, phần lớn bệnh nhân không đau (78,6%), vẫn còn 16,7% đau nhẹ và 4,7% đau vừa. Sau 3 ngày, tỷ lệ không đau tăng lên 83,3%, chỉ còn 16,7% đau nhẹ, không ghi nhận trường hợp nào đau vừa hay đau nhiều. Sau 1 tuần, gần như tất cả bệnh nhân đều không đau (90,5%), chỉ còn 4 ca đau nhẹ (9,5%), không còn đau vừa và đau nhiều.

Bảng 3.3. Kết quả điều trị sau 6 tháng

Kết quả	RHL1HD	RHL2HD	Tổng
Thành công	16	23	39
Nghi ngờ	0	3	3
Thất bại	0	0	0
Tổng	16	26	42
p-value	0,275		

Nhận xét: Toàn bộ mẫu nghiên cứu, $n=42$ có tỷ lệ thành công đạt 92,9%; tỷ lệ nghi ngờ chiếm 7,1%; không có trường hợp thất bại nào. Ở nhóm RHL1HD, tất cả các ca đạt kết quả thành công. Ở nhóm RHL2HD, tỷ lệ thành công là 88,5%, có 3 trường hợp nghi ngờ (11,5%).

IV. BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu này, toàn bộ các RHLHD được chỉ định điều trị nội nha một lần hẹn đều được đánh giá mức độ khó theo tiêu chuẩn của Hiệp hội Nội nha Hoa Kỳ (AAE) kết hợp với chụp CBCT (Cone Beam Computed Tomography). Việc

áp dụng đồng thời hai yếu tố này có ý nghĩa quan trọng. Trước hết, điểm độ khó AAE giúp lượng hoá thách thức lâm sàng dựa trên các yếu tố như số lượng chân răng, độ cong, vị trí răng trên cung hàm, tình trạng mô nha chu hay bệnh lý kết hợp. Đây là một công cụ khách quan, giúp chuẩn hoá đánh giá giữa các ca lâm sàng và tạo cơ sở so sánh kết quả điều trị. Bên cạnh đó, CBCT được sử dụng để phân tích hình thái hệ thống ống tuý theo không gian ba chiều, từ đó khắc phục hạn chế của phim X-quang hai chiều trong việc phát hiện các biến thể giải phẫu phức tạp. Nhờ vậy, bác sĩ có thể lập kế hoạch điều trị chính xác hơn, đồng thời dự báo được những khó khăn tiềm ẩn trong quá trình điều trị. Kết quả các ca nằm trong nhóm điểm độ khó 26–28, tức mức độ khó trung bình, trong khi vẫn có một số ít trường hợp đạt điểm ≥ 30 phản ánh độ khó khá cao [3]. Việc xử lý thành công các ca có độ khó cao bằng điều trị nội nha một lần hẹn góp phần khẳng định tính khả thi và hiệu quả của phương pháp trong điều kiện lâm sàng có hỗ trợ CBCT và hệ thống trạm máy hiện đại.

Kết quả nghiên cứu cho thấy thời gian sửa soạn ống tuý có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa hai nhóm răng được phân loại theo thang điểm độ khó của AAE. Ở nhóm răng có độ khó dưới 30 điểm, thời gian sửa soạn trung bình là $31,32 \pm 5,564$ phút (dao động từ 23–45 phút). Trong khi đó, nhóm có độ khó từ 30 điểm trở lên có thời gian trung bình cao hơn, đạt $35,36 \pm 4,319$ phút (dao động từ 28–42 phút). Điều này phản ánh tính hợp lý của thang điểm đánh giá độ khó AAE khi áp dụng trong điều kiện lâm sàng. Những răng được xếp vào nhóm có độ khó cao thường có điểm độ khó khác biệt ở giải phẫu phức tạp hơn, chẳng hạn như độ cong lớn, hay các biến thể giải phẫu không điển hình (ống tuý chữ C, ống tuý hẹp,...). Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng phù hợp với các báo cáo trước đây, trong đó thời gian điều trị nội nha có mối liên hệ trực tiếp với mức độ phức tạp về hình thái và vị trí răng [3].

Kết quả đánh giá trên phim X-quang ngay sau khi hàn ống tuý cho thấy tỷ lệ hàn tốt đạt 97,6%, trong đó nhóm răng hàm lớn thứ nhất hàm dưới đạt 100% và nhóm răng hàm lớn thứ hai hàm dưới đạt 96,2%. Chỉ có duy nhất 1 trường hợp (chiếm 2,4%) được đánh giá ở mức trung bình do tình trạng chất hàn vượt ra ngoài lỗ chóp. Sự khác biệt về kết quả giữa hai nhóm răng không có ý nghĩa thống kê ($p=1,000$). Tỷ lệ hàn tốt cao phản ánh quy trình tạo hình – làm sạch và hàn ống tuý đã được thực hiện chuẩn xác, đảm bảo chiều dài làm việc và sự kín khít

của khối vật liệu hàn trong hệ thống ống tủy. Điều này phù hợp với nhiều nghiên cứu trước đây khi áp dụng các hệ thống trám máy hiện đại và vật liệu hàn sinh học, cho thấy khả năng kiểm soát tốt chiều dài và hạn chế tối đa các biến chứng như thiếu chiều dài hàn hay hàn quá lỗ chóp [4]. So sánh giữa RHL1HD và RHL2HD, mặc dù có sự khác biệt nhỏ về tỷ lệ hàn tốt (100% so với 96,2%), nhưng không có ý nghĩa thống kê ($p>0,05$). Điều này cho thấy kỹ thuật hàn áp dụng có tính ổn định, hiệu quả tương tự nhau đối với cả hai nhóm răng, bất chấp sự phức tạp hơn về giải phẫu ở RHL2HD. Như vậy, kết quả nghiên cứu khẳng định hiệu quả của SVE, đạt tỷ lệ hàn tốt cao trên X-quang sau điều trị.

Kết quả theo dõi đau sau điều trị nội nha bằng thang điểm VAS cho thấy, tình trạng khó chịu của bệnh nhân giảm rõ rệt theo thời gian. Sau 24 giờ, đa số bệnh nhân không đau (78,6%), song vẫn ghi nhận 16,7% đau nhẹ và 4,7% đau vừa. Đây là giai đoạn sớm sau khi can thiệp, tình trạng đau chủ yếu liên quan đến đáp ứng viêm do quá trình cơ học và hoá học trong khi tạo hình – làm sạch ống tủy. Tuy nhiên, tỷ lệ đau vừa ở mức thấp so với một số nghiên cứu [5],[6] cho thấy kỹ thuật điều trị và kiểm soát chiều dài làm việc được thực hiện tốt, hạn chế hiện tượng đẩy mủn ngà hoặc chất hoá học ra ngoài lỗ chóp. Sau 3 ngày, tỷ lệ bệnh nhân không đau đã tăng lên 83,3%, chỉ còn 16,7% đau nhẹ, không ghi nhận trường hợp đau vừa hay đau nhiều. Sự cải thiện này chứng tỏ tình trạng viêm tạm thời đã được kiểm soát, phản ánh quá trình lành thương diễn ra thuận lợi. Đây cũng là thời điểm quan trọng, vì theo các nghiên cứu, đau sau điều trị nội nha thường đạt đỉnh trong 24–48 giờ đầu, sau đó giảm dần [5]. Sau 1 tuần, gần như toàn bộ bệnh nhân đã hết đau (90,5%), chỉ còn 9,5% còn cảm cảm giác đau nhẹ thoáng qua. Không có trường hợp đau vừa hoặc đau nhiều, chứng tỏ hiệu quả giảm đau rất tốt. Như vậy, kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy mức độ đau sau điều trị nội nha ở bệnh nhân hầu hết ở mức không đáng kể và giảm nhanh theo thời gian so với nhiều nghiên cứu khác [5].

* Kết quả sau 6 tháng cho thấy toàn bộ mẫu nghiên cứu ($n=42$) đạt tỷ lệ thành công khá cao, 92,9%. Tỷ lệ nghi ngờ chỉ chiếm 7,1% và không ghi nhận trường hợp thất bại nào. Điều này khẳng định hiệu quả của quy trình điều trị nội nha được áp dụng trong nghiên cứu. Ở nhóm RHL1HD, tất cả các ca (100%) đều thành công, không có trường hợp nghi ngờ hoặc thất bại, đây là kết quả rất cao [6]. Trong khi đó, ở nhóm

RHL2HD, tỷ lệ thành công đạt 88,5%, vẫn còn 3 trường hợp (11,5%) được xếp vào nhóm nghi ngờ. Một nguyên nhân quan trọng có thể giải thích cho tỷ lệ ca nghi ngờ cao hơn ở nhóm RHL2HD sau 6 tháng, mặc dù các răng này đã được tạo hình và trám bít ống tủy tốt, là đặc điểm tổn thương ban đầu. Cụ thể, nhiều răng RHL2HD trong nhóm nghiên cứu có lỗ sâu mặt xa do răng khôn gây ra. Dù răng khôn đã được nhổ bỏ, nhưng việc phục hồi lại ở một số trường hợp gặp khó khăn, đặc biệt là vùng lỗ sâu nằm dưới lợi. Điều này khiến cho việc kiểm soát chất lượng trám lỗ sâu mặt xa không được tối ưu, có thể là nguyên nhân gây ra triệu chứng lâm sàng tồn tại, dẫn đến xếp loại “nghi ngờ”. Đối với các trường hợp này, chúng tôi đã tiến hành kiểm soát lại trám mặt xa sau điều trị và tiếp tục theo dõi diễn tiến ở những lần tái khám tiếp theo.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu khẳng định rằng với kỹ thuật và phương tiện hiện đại, việc điều trị nội nha một lần hẹn ở nhóm răng hàm lớn hàm dưới có thể đạt tỷ lệ thành công rất cao. Kết quả đạt được (92,9% sau 6 tháng) phù hợp với nhiều báo cáo trên thế giới, nơi tỷ lệ thành công dao động trong khoảng 85–95% [5],[6]. Điều này cho thấy, khi được hỗ trợ bởi hệ thống chẩn đoán hình ảnh tiên tiến như CTGB, các thiết bị tạo hình hiện đại và vật liệu hàn tủy sinh học, điều trị nội nha một lần hẹn không những đảm bảo hiệu quả lâm sàng và X-quang tốt mà còn góp phần giảm thời gian điều trị, nâng cao sự hài lòng của bệnh nhân. Ngoài ra, việc đánh giá trước điều trị bằng thang điểm khó của AAE, cho phép bác sĩ dự đoán thời gian, mức độ phức tạp và lập kế hoạch hợp lý hơn.

Với xu hướng phát triển của các phương tiện kỹ thuật mới, điều trị nội nha một lần hẹn hoàn toàn có thể trở thành lựa chọn tốt, đặc biệt trong bối cảnh bệnh nhân ngày càng mong muốn giảm số lần đến điều trị nhưng vẫn duy trì hiệu quả và độ an toàn cao.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Rajurkar K, Shingane S, Mohkar S, Adwani C, Patil S** (2023). Single-Visit Root Canal Treatment: A Systematic Review and Meta-Analysis. *J Journal of Dental Research Review*;10(4):213-220.
2. **Figini L, Lodi G, Gorni F, Gagliani M** (2007). Single versus multiple visits for endodontic treatment of permanent teeth. *J Cochrane Database of Systematic Review*; (4)
3. **Pesonen, R., Tanner, T., Käkilehto, T., Oikarinen-Juusola, K., Laitala, M. L., & Anttonen, V.** (2021). Usefulness of an endodontic case difficulty assessment form of root

- canal treatments in dental education in Finland. *Dentistry Journal*, 9(10), 118.
4. Nguyễn Thị Hoa, Trịnh Thị Thái Hà, Phạm Thị Thu Hiền, Nguyễn Đức Hoàng (2024). Hiệu quả điều trị nội nha một lần hẹn răng có tổn thương quanh chóp: tổng quan hệ thống và phân tích gộp. *Tạp chí Y học Việt Nam*;533(2):224-228.
 5. Rao, V., Shah, A. G. et al. (2025). Outcomes of Single-Visit Versus Multi-Visit Root Canal Therapy: A Meta-Analysis of Success Rates. *European Journal of Cardiovascular Medicine*, 15, 62-67.
 6. Lê Thị Hoà, Nguyễn Văn Ninh, Đỗ Minh Hương (2023). Đánh giá kết quả điều trị tủy răng một thì trên răng hàm lớn thứ nhất hàm dưới tại Bệnh viện Trường đại học Y dược Thái Nguyên. *Tạp chí Y học Việt Nam*;529:5.

THỰC TRẠNG SỬ DỤNG KHÁNG SINH TRƯỚC KHI NHẬP VIỆN Ở TRẺ EM MẮC VIÊM PHỔI CỘNG ĐỒNG

Vũ Bá Dương¹, Lê Ngọc Hà^{1,2}, Ninh Quốc Đạt^{1,3}

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả thực trạng sử dụng kháng sinh trước khi nhập viện ở trẻ em mắc viêm phổi cộng đồng và các yếu tố liên quan đến sử dụng kháng sinh không kê đơn tại Bệnh viện Đa khoa Xanh Pôn. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang, thực hiện trên 428 trẻ từ 2 đến dưới 60 tháng tuổi được chẩn đoán viêm phổi cộng đồng nhập viện điều trị nội trú tại Bệnh viện Đa khoa Xanh Pôn từ tháng 8/2023 đến tháng 8/2024. Dữ liệu được thu thập bằng phỏng vấn trực tiếp người chăm sóc tại thời điểm nhập viện, xử lý bằng phần mềm SPSS 26.0. **Kết quả:** Tỷ lệ trẻ đã dùng kháng sinh trước nhập viện là 49,1%, trong đó, 30% trẻ được dùng kháng sinh không có kê đơn. Trong nhóm trẻ sử dụng kháng sinh không có kê đơn, có tới 79,4% trường hợp không hợp lý (sai loại, liều lượng hoặc phối hợp thuốc). Các yếu tố: sống ở nông thôn, nhóm tuổi từ 12 đến dưới 60 tháng, và người chăm sóc có học vấn từ trung học phổ thông trở xuống đều làm tăng nguy cơ sử dụng kháng sinh không kê đơn ở nhóm trẻ. **Kết luận:** Sử dụng kháng sinh không hợp lý, đặc biệt ở nhóm không có kê đơn vẫn còn khá phổ biến. Để giảm tình trạng tự ý dùng kháng sinh cho trẻ, cần đẩy mạnh công tác truyền thông giáo dục và tăng cường quản lý về kê đơn kháng sinh trong cộng đồng.

Từ khóa: viêm phổi cộng đồng, trẻ em, kháng sinh không kê đơn, kháng sinh không hợp lý.

SUMMARY

PRE-HOSPITAL ANTIBIOTIC USE AMONG CHILDREN WITH COMMUNITY-ACQUIRED PNEUMONIA

Objective: To describe the current status of pre-hospital antibiotic use in children with community-acquired pneumonia and the factors associated with non-prescription antibiotic use at Saint Paul General

Hospital. **Methods:** A cross-sectional descriptive study was conducted on 428 children aged 2 to under 60 months who were diagnosed with community-acquired pneumonia and admitted for inpatient treatment at Saint Paul General Hospital from August 2023 to August 2024. Data were collected through face-to-face interviews with caregivers at hospital admission and analyzed using SPSS version 26.0. **Results:** The proportion of children who had received antibiotics prior to hospital admission was 49.1%, of whom 30% had taken antibiotics without a prescription. Among children who used non-prescription antibiotics, 79.4% were inappropriate (wrong drug, incorrect dosage, or irrational drug combinations). Factors associated with increased risk of non-prescription antibiotic use included living in rural areas, being age group from 12 to under 60 months and having a caregiver with an education level of high school or below. **Conclusion:** Inappropriate antibiotic use, particularly non-prescription use, remains relatively common. To reduce self-medication with antibiotics in children, it is essential to strengthen public health education and enhance regulatory control over antibiotic prescribing in the community. **Keywords:** community-acquired pneumonia, children, non-prescription antibiotics, inappropriate antibiotic use.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Sử dụng kháng sinh trước khi nhập viện ở trẻ em mắc viêm phổi cộng đồng (VPCĐ) là một thực trạng khá phổ biến tại Việt Nam và trên thế giới. Trong đó, việc tự ý sử dụng kháng sinh mà không có kê đơn của bác sĩ chiếm tỷ lệ đáng kể.^{1,2} Một tổng quan hệ thống và phân tích gộp trên trẻ em dưới 5 tuổi tại các quốc gia thu nhập thấp và trung bình cho thấy tỷ lệ sử dụng kháng sinh không kê đơn là khá cao (33,27%).³ Hành vi sử dụng kháng sinh không kê đơn và không hợp lý (sai loại, sai liều hoặc phối hợp không phù hợp) đã được chứng minh làm tăng nguy cơ thất bại điều trị, diễn biến nặng và góp phần thúc đẩy tình trạng kháng kháng sinh.^{3,4} Các nghiên cứu quốc tế cho thấy, nhiều yếu tố liên quan đến hành vi này như nơi cư trú, độ tuổi trẻ, trình độ học vấn của người chăm sóc.^{4,5} Tuy nhiên, tại

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Đại học Y Hà Nội

³Bệnh viện Nhi Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Ninh Quốc Đạt

Email: ninhquocdat@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 7.7.2025

Ngày phản biện khoa học: 19.8.2025

Ngày duyệt bài: 17.9.2025