

- Condom use and the risk of recurrent pelvic inflammatory disease, chronic pelvic pain, or infertility following an episode of pelvic inflammatory disease. *Am J Public Health*. 2004; 94(8): 1327-1329. doi:10.2105/ajph.94.8. 1327
7. **Ross J, Guaschino S, Cusini M, Jensen J.** 2017 European guideline for the management of pelvic inflammatory disease. *Int J STD AIDS*. 2018; 29(2): 108-114. doi:10.1177/ 0956462417744099
 8. **Nelson A.** Pelvic inflammatory disease: a review. *O&G Magazine*. December 11, 2019.
 9. **Romosan G, Valentin L.** The sensitivity and specificity of transvaginal ultrasound with regard to acute pelvic inflammatory disease: a review of the literature. *Arch Gynecol Obstet*. 2014; 289(4):705-714. doi:10.1007/s00404-013-3091-6
 10. **Gjelland K, Ekerhovd E, Granberg S.** Transvaginal ultrasound-guided aspiration for treatment of tubo-ovarian abscess: a study of 302 cases. *Am J Obstet Gynecol*. 2005;193(4):1323-1330. doi:10.1016/j.ajog.2005.06.019.

CAN THIỆP NỘI MẠCH Ở NGƯỜI BỆNH PHÌNH ĐỘNG MẠCH CHỦ BỤNG VỠ VÀ DOẠ VỠ TẠI VIỆN TIM MẠCH VIỆT NAM

Phạm Minh Tuấn^{1,2}, Nguyễn Thị Thu Hoài¹

TÓM TẮT

Phình động mạch chủ (ĐMC) bụng được định nghĩa là tình trạng giãn vĩnh viễn của ĐMC bụng, với đường kính lớn hơn 3 cm hoặc lớn hơn 50% so với đường kính động mạch chủ tại vị trí cơ hoành. Tỷ lệ mắc và tần suất phình ĐMC bụng (AAA) đã giảm trong 20 năm qua, cả ở các nước phát triển và đang phát triển. Nguy cơ vỡ tăng theo kích thước phình: nguy cơ vỡ trong 5 năm đối với khối phình dưới 5 cm là 1%–2%, trong khi với khối phình trên 5 cm là 20%–40%. AAA chiếm khoảng 1% số ca tử vong ở nam giới trên 65 tuổi và là nguyên nhân gây tử vong đứng thứ 10 ở nam giới từ 65 tuổi trở lên. Tỷ lệ tử vong do vỡ AAA là hơn 80%. Do đó, chẩn đoán và điều trị sớm trước khi vỡ là rất quan trọng. Đặt stent-graft (EVAR) là can thiệp nội mạch loại bỏ khối phình mà không cần phẫu thuật. Nghiên cứu của chúng tôi trong 2 năm, có 15 trường hợp can thiệp cấp cứu AAA, trong đó, 10 bệnh nhân được chẩn đoán AAA do vỡ (67%) và 5 bệnh nhân được chẩn đoán AAA vỡ (33%). Kết quả can thiệp, có 1 ca tử vong sau can thiệp do nhiễm trùng nhiễm độc ổ bụng (6,7%), 14 ca ổn định và xuất viện (93,3%), thời gian nằm viện trung bình là 5 ngày. Với những cấp cứu này, triển khai nhanh và đồng bộ phương pháp hồi sức, can thiệp nội mạch là rất quan trọng để cứu sống bệnh nhân. *Từ khóa:* phình động mạch chủ bụng vỡ, can thiệp nội mạch động mạch chủ

SUMMARY

URGENT ENDOVASCULAR INTERVENTION IN PATIENTS WITH RUPTURED AND IMPENDING RUPTURED ABDOMINAL AORTIC ANEURYSM AT VNHI

Abdominal aortic aneurysm (AAA) is defined as a permanent dilation of the abdominal aorta, with a

diameter greater than 3 cm or exceeding 50% of the aortic diameter at the diaphragmatic level. The incidence and prevalence of AAA have declined over the past 20 years. The risk of rupture increases with aneurysm size: the 5-year rupture risk for aneurysms under 5 cm is 1%–2%, while for those over 5 cm, it rises to 20%–40%. AAA accounts for approximately 1% of deaths in men over 65 and is the 10th leading cause of death in men aged 65 and older. The mortality rate from ruptured AAA exceeds 80%. Therefore, early diagnosis and treatment before rupture are critical. Endovascular aneurysm repair (EVAR) — a minimally invasive procedure that excludes the aneurysm without open surgery — is a key treatment method. In our two-year study, there were 15 emergency interventions for AAA, including: 10 cases (67%) of impending rupture, 5 cases (33%) of ruptured AAA. Treatment outcomes: 1 post-intervention death (6.7%) due to abdominal sepsis, 14 patients stabilized and discharged (93.3%). For these emergencies, rapid and coordinated intensive care efforts, along with timely endovascular intervention, are crucial in saving patients' lives.

Keywords: abdominal aortic aneurysm rupture, endovascular aortic repair

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Phình động mạch chủ bụng (AAA) là tình trạng giãn khu trú với đường kính lớn hơn 50% so với bình thường. Dạng phình ĐMC phổ biến nhất là phình dưới thận. Phương pháp nội mạch (EVAR) là một lựa chọn hiệu quả cho bệnh nhân bị phình động mạch chủ bụng với giải phẫu phù hợp để ngăn ngừa vỡ. Các trường hợp doạ vỡ hoặc vỡ phình ĐMC bụng là những tối cấp cứu cần được xử trí nhanh cứu sống người bệnh. Các phương pháp có thể tiến hành là mổ mở kinh điển hoặc can thiệp nội mạch trong những trường hợp có giải phẫu thích hợp.

Phương pháp mổ mở thay đoạn ĐMC bụng là phẫu thuật kinh điển được sử dụng trong lâm sàng. Phương pháp này đạt hiệu quả cao, loại bỏ hoàn toàn khối phình và thay bằng đoạn ĐMC

¹Bệnh viện Bạch Mai

²Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Minh Tuấn

Email: phminhtuan6382@gmail.com

Ngày nhận bài: 5.8.2025

Ngày phản biện khoa học: 18.9.2025

Ngày duyệt bài: 15.10.2025

nhân tạo phù hợp. Tuy nhiên, người bệnh phải chịu 1 đường mổ vào ổ bụng và thời gian nằm viện tương đối dài và cần thời gian chuẩn bị cho cuộc phẫu thuật.

Phương án can thiệp nội mạch, ít xâm lấn hơn, có thể triển khai nhanh và thời gian bình phục sớm hơn phẫu thuật kinh điển, đặc biệt ở người bệnh có nhiều bệnh lý đi kèm.

Trong nghiên cứu này, chúng tôi đánh giá kết quả sau can thiệp nội mạch các trường hợp bệnh nhân doạ vỡ hoặc vỡ ĐMC bụng tại Viện Tim mạch, Bệnh viện Bạch Mai.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: tất cả các bệnh nhân được can thiệp nội mạch với chẩn đoán vỡ hoặc doạ vỡ phình động mạch chủ bụng được tiến hành tại Viện Tim mạch – Bệnh viện Bạch Mai trong năm 2023 – 2025.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: mô tả, hồi cứu.

Thời gian nghiên cứu: từ tháng 3/2023 – tháng 3 / 2025.

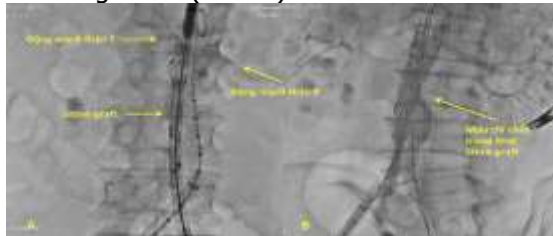
Địa điểm nghiên cứu: Viện Tim mạch Việt Nam.

Phương pháp chọn mẫu: chọn mẫu toàn bộ người bệnh được tiến hành can thiệp nội mạch cấp cứu do doạ vỡ hoặc vỡ ĐMC bụng.

Mô tả phương pháp can thiệp nội mạch cấp cứu với phình ĐMC bụng:

Bước 1: Đánh giá chi tiết tổn thương ĐMC phù hợp, đánh giá cổ túi phình, đường vào trên phim MSCT ĐMC đã có

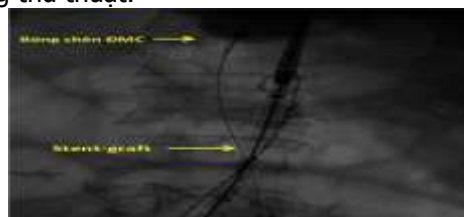
Bước 2: mở đường vào động mạch đùi, đưa Catheter chụp có wire siêu cứng dẫn đường lên ĐMC lên trước vị trí tổn thương, chụp đánh giá tổn thương. Đưa dây dẫn định hướng stent-graft lên vị trí dự kiến can thiệp giúp thả dụng cụ (Hình 1-A). Với một số ca đã vỡ thì 1, trước khi đưa stent-graft lên vị trí dự kiến, chúng tôi đưa 1 quả bóng Reliant chèn vượt qua tổn thương và bơm bóng, giúp giảm chảy máu tiến triển – ballooning EVAR (Hình 2).



Hình 1: Quá trình can thiệp nội mạch

A: Đưa Catheter chụp có wire dẫn đường lên ĐMC lên trước vị trí tổn thương, đánh giá tổn thương. Kiểm tra vị trí stent-graft phù hợp theo dự kiến và thả dụng cụ.

B: Chụp kiểm tra kết quả can thiệp: máu chỉ chảy trong lòng stent-graft, không có endoleak, dùng thủ thuật.



Hình 2: Đưa bóng Reliant chèn vượt quá vị trí ĐMC vỡ, bơm bóng, giảm thiểu chảy máu trong ổ bụng tiến triển

Bước 3: Thả dụng cụ đúng vị trí dự kiến, nối 2 nhánh chân stent-graft với động mạch chậu gốc 2 bên. Chụp kiểm tra kết quả can thiệp nếu không có endoleak thì dùng thủ thuật [Hình 1-B].

2.3. Xử lý số liệu: Được phân tích và xử lý bằng phần mềm SPSS, sử dụng thuật toán thống kê y học: thuật toán trung bình, so sánh trung bình...

2.4. Đạo đức của nghiên cứu: Nghiên cứu được sự đồng ý của ban lãnh đạo Viện Tim mạch và Bệnh viện Bạch Mai nhằm nâng cao chất lượng điều trị của các bác sĩ chuyên ngành đem lại lợi ích cho người bệnh. Mọi thông tin về bệnh nhân được bảo mật tuyệt đối.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Các đặc điểm lâm sàng của bệnh nhân nghiên cứu

Bảng 1: Đặc điểm lâm sàng của bệnh nhân trong nghiên cứu

Đặc điểm		N (15)
Tuổi trung bình		73 ± 13
Nam		6
Nữ		9
Đau bụng		15
Chẩn đoán	Vỡ phình ĐMC bụng thì 1	5
	Doạ vỡ phình ĐMC bụng	10
THA		14
Suy thận		3
Hút thuốc lá		3
Đái tháo đường		3

Có 5 bệnh nhân được chẩn đoán vỡ ĐMC bụng thì 1 chiếm 33%, 10 bệnh nhân được chẩn đoán doạ vỡ phình ĐMC chiếm 67%.

3.2. Phương thức can thiệp

Bảng 2: Các phương thức can thiệp của các bệnh nhân trong nghiên cứu

		n
Phương thức can thiệp	Đặt stent-graft trực tiếp - EVAR	10(67%)
	Đưa bóng Reliant lên trên vị trí vỡ, bơm bóng chèn, đặt stent-graft – ballooning EVAR	5(33%)

Thời gian can thiệp trung bình	57,8 ± 12,6 phút
--------------------------------	------------------

Trong nghiên cứu, có 33% bệnh nhân được tiến hành đặt stent-graft có hỗ trợ của bóng Reliant, và 67% bệnh nhân được đặt stent-graft trực tiếp.

3.3. Kết quả điều trị các bệnh nhân trong nghiên cứu

Bảng 3: Kết cục của các bệnh nhân trong nghiên cứu

		n (%)
Kết cục lâm sàng	Kết quả can thiệp tốt, ra viện	14(93.3%)
	Tử vong	1(6.7%)
Thời gian nằm viện trung bình	5 ngày	

Kết quả điều trị tốt lên, tỷ lệ bệnh nhân ra viện 93.3%. Có 1 ca tử vong do biến chứng nhiễm trùng nhiễm độc, suy đa tạng sau can thiệp (6.7%).

IV. BÀN LUẬN

Can thiệp nội mạch ở những bệnh nhân có phình ĐMC bụng (EVAR) gần đây đã trở thành thường quy đối với các trường hợp có giải phẫu phù hợp. So với phẫu thuật kinh điển, can thiệp nội mạch ít xâm lấn hơn và giúp thời gian hồi phục nhanh hơn, các biến cố liên quan đến phẫu thuật như tai biến mạch não, suy thận, liệt tủy, và xa hơn là các biến chứng dính ruột thấp hơn [1-2]. Với sự tiến bộ của kĩ thuật can thiệp, sự phát triển của các thể hệ dụng cụ, EVAR đã trở thành lựa chọn đầu tay với những bệnh nhân AAA có tổn thương phù hợp.

Tuy nhiên, các trường hợp vỡ hoặc dọa vỡ AAA (hội chứng ĐMC cấp) lại là những tối cấp cứu. Những trường hợp này cần được xử trí khẩn trương, nếu không kịp thời có thể dẫn đến tiến triển xấu đi rất nhanh và tử vong.

Chẩn đoán ban đầu là rất quan trọng ở những bệnh nhân hội chứng ĐMC cấp đặc biệt những bệnh nhân có triệu chứng của dọa vỡ hoặc vỡ. Các xét nghiệm thường quy như sinh hoá máu, điện tâm đồ, XQ ngực, công thức máu cần được làm trong vòng 1h. Phim chụp CT hoặc MSCT cần được chỉ định sớm nhằm rút ngắn thời gian bệnh nhân được điều trị. Với trường hợp có vỡ hoặc dọa vỡ, phim CT còn có thể đem lại đánh giá về tràn dịch ổ bụng, thâm nhiễm các tạng trong ổ bụng, tình trạng hematoma. Hơn nữa, phim CT cũng có thể cho thấy tình trạng của các mạch chậu, mạch đùi là những mạch rất cần thiết cho phẫu thuật mở mở kinh điển hay can thiệp nội mạch [1-4].

Những trường hợp vỡ thành ĐMC tự do, bệnh nhân sẽ đột ngột suy sụp huyết động, hôn mê sâu và tử vong rất nhanh chóng, có thể thấy máu tự do trong khoang ổ bụng hoặc trong ruột nếu vết thương thông với đường tiêu hoá. Có những trường hợp bệnh nhân dọa vỡ hoặc vỡ những được các tổ chức xung quanh bọc lại (vỡ thì 1), tình trạng huyết động có thể tạm ổn định vì máu đã được tổ chức xung quanh cầm lại. Tỷ lệ tử vong ở trường hợp bệnh nhân vỡ ĐMC trong viện rất cao, trong 6h đầu là 54%, và trong 24h là 76% sau khi có triệu chứng ban đầu [5-8].

Với những bệnh nhân hội chứng ĐMC cấp thì việc kiểm soát đau, kiểm soát huyết áp là rất quan trọng. Các thuốc dùng đường tĩnh mạch sẽ giúp việc kiểm soát tốt hơn nhằm duy trì huyết áp tâm thu 100 – 120 mmHg. Thuốc chẹn Beta giao cảm sẽ đóng vai trò trong điều trị duy trì sau này. Với những bệnh nhân vỡ thành ĐMC tự do, việc kiểm soát huyết động rất khó khăn. Vấn đề chính của những bệnh nhân này là máu vẫn tiếp tục chảy dù được truyền dịch, truyền máu và sử dụng các thuốc vận mạch nâng huyết áp. Với những trường hợp vỡ thì 1, do vết nứt vỡ đã được các tạng xung quanh bọc lại nên máu không còn chảy ra ngoài lòng mạch, huyết động của những bệnh nhân này tương đối ổn định. Tuy nhiên, vẫn cần chuẩn bị máu truyền ngay sau khi làm rõ chẩn đoán. Trong điều trị kinh điển, những bệnh nhân này sẽ được phẫu thuật mở bụng, bóc lộ ĐMC bụng, kẹp ĐMC và thay đoạn động mạch chủ. Thì mổ này khá khó khăn vì trong ổ bụng sẽ là máu do vỡ tự do hoặc tổ chức thâm nhiễm xung quanh trong trường hợp dọa vỡ. Nhìn chung, với phẫu thuật kinh điển gặp khá nhiều khó khăn và cần thời gian để bóc lộ được ĐMC, trong khi thời gian là điều cần rút ngắn nhất trong xử trí những bệnh nhân này [9-10].

Trong nghiên cứu của chúng tôi, có 10 bệnh nhân được chẩn đoán dọa vỡ phình ĐMC bụng (67%), và 5 bệnh nhân vỡ phình ĐMC bụng thì 1 (33%). Các bệnh nhân có tổn thương phù hợp (đủ landing zone đầu gần, đường vào thuận lợi, kích thước phù hợp) được làm chẩn đoán khẩn trương và được đưa đến phòng can thiệp ngay sau khi có chẩn đoán và đo đặc kích thước tổn thương, lên kế hoạch can thiệp cẩn thận. Tương tự như các nghiên cứu trên thế giới, với những trường hợp vỡ hoặc dọa vỡ phình ĐMC bụng, việc chẩn đoán và chuẩn bị cho cuộc phẫu thuật, can thiệp luôn được rút ngắn nhưng cũng cần phải chính xác tuyệt đối để đưa ra được quyết định sớm [9-10]. Điểm quan trọng nhất trong thời điểm này là phải đo đạc chính xác giải phẫu của tổn thương xem có phù hợp để tiến hành

can thiệp nội mạch hay không [6,7].

Các bệnh nhân trong nghiên cứu được tiến hành can thiệp nội mạch nhanh chóng sau khi đã có quyết định điều trị. Thời gian can thiệp nội mạch nhanh chóng, rút ngắn còn 57.8 ± 12.6 phút. Một số các thống kê trên thế giới cũng cho thấy thái độ tiếp cận tích cực khẩn trương và rút ngắn thời gian can thiệp so với can thiệp nội mạch thường quy các ca phình ĐMC bụng. Có 10 ca được tiến hành can thiệp nội mạch trực tiếp EVAR (67%) và có 5 ca được tiến hành đưa bóng Reliant lên phía trên tổn thương và bơm bóng chèn vào lòng ĐMC và can thiệp nội mạch ngay sau đó (33%). Với kỹ thuật này, chúng tôi sẽ trình bày trong một nghiên cứu sau.

Về kết cục lâm sàng, có 14 ca (93.3%) bệnh nhân ổn định sau can thiệp và ra viện. Bên cạnh việc can thiệp nội mạch thành công về mặt thủ thuật, điều giúp cho những bệnh nhân này tiến triển tốt cần phải thực hiện bao gồm: kiểm soát huyết áp, kiểm soát đau, truyền máu và các chế phẩm máu trong trường hợp bệnh nhân thiếu máu do mất máu. Các bệnh nhân này không có biến chứng thiếu máu tạng, liệt tuỷ hay thiếu máu chi sau can thiệp. Thời gian điều trị trung bình của các bệnh nhân này là 5 ngày, tương đương với các nghiên cứu của Nugroho NT và cộng sự [8-10]. Có 1 bệnh nhân tử vong sau can thiệp là trường hợp bệnh nhân nữ 78 tuổi, có tiền sử tăng huyết áp, suy thận, đái tháo đường type II, được chẩn đoán vỡ thì 1 phình ĐMC bụng. Bệnh nhân được truyền máu và các chế phẩm máu cấp cứu và tiến hành can thiệp khẩn trương thành công về mặt thủ thuật. Tuy nhiên, sau can thiệp, tình trạng lâm sàng của bệnh nhân tồi đi rất nhanh, tình trạng trướng bụng không cải thiện do đã chảy máu nhiều sau phúc mạc, bệnh nhân đi vào tình trạng nhiễm trùng nhiễm độc sau can thiệp và tử vong sau 4 ngày điều trị.

Như vậy, đối với các trường hợp bệnh nhân vỡ hoặc dọa vỡ AAA, nếu đưa ra quyết định can thiệp nội mạch, điều sống còn phải xác định được là: tổn thương giải phẫu có phù hợp với can thiệp nội mạch hay không, các phương tiện hồi sức như máu và các chế phẩm máu, các thuốc điều trị hồi sức có đầy đủ hay không, các ekip phẫu thuật, can thiệp, hồi sức cần phải nhanh chóng, tích cực phối hợp nhuần nhuyễn mới đem lại kết quả tích cực cho các bệnh nhân trong tình trạng rất nặng và nguy cơ tử vong cao này.

V. KẾT LUẬN

Can thiệp nội mạch ở người bệnh vỡ hoặc dọa vỡ phình động mạch chủ bụng là một thủ thuật cấp cứu, cần được triển khai khẩn trương,

ở những trường hợp có tổn thương giải phẫu phù hợp. Kỹ thuật bơm bóng phía trên vị trí vỡ trước khi đặt stent-graft có thể tiến hành để giảm chảy máu ổ bụng trong quá trình can thiệp cấp cứu.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Golledge J, Thanigaimani S, Powell JT, Tsao PS.** Pathogenesis and management of abdominal aortic aneurysm. *Eur Heart J.* 2023 Aug 1;44(29):2682-2697. doi: 10.1093/eurheartj/ehad386. PMID: 37387260; PMCID: PMC10393073.
2. **Sakalihasan N, Michel JB, Katsargiris A, Kuivaniemi H, Defraigne JO, Nchimi A, Powell JT, Yoshimura K, Hultaren R.** Abdominal aortic aneurysms. *Nat Rev Dis Primers.* 2018 Oct 18;4(1):34. doi: 10.1038/s41572-018-0030-7. PMID: 30337540.
3. **Mansoor SM, Jørgensen JJ, Hisdal J, Rabben T.** Thirty-Nine Percent of Patients with a Ruptured Abdominal Aortic Aneurysm (AAA) Have an Incidentally Detected AAA Prior to Rupture. *Ann Vasc Surg.* 2024 Nov;108:148-156. doi: 10.1016/j.avsc.2024.04.017. Epub 2024 Jun 26. PMID: 38942371.
4. **Schmitz-Rixen T, Böckler D, Voel TJ, Grundmann RT.** Endovascular and Open Repair of Abdominal Aortic Aneurysm. *Dtsch Arztebl Int.* 2020 Oct 20;117(48):813-819. doi: 10.3238/arztebl.2020.0813. PMID: 33568258; PMCID: PMC8005839.
5. **Avishav DM, Reimon JD.** Abdominal Aortic Repair. 2024 Jan 25. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2025 Jan-. PMID: 32119460.
6. **Chaikof EL, Dalman RL, Eskandari MK, Jackson BM, Lee WA, Mansour MA, Mastracci TM, Mell M, Murad MH, Nauven LL, Oderich GS, Patel MS, Schermerhorn ML, Starnes BW.** The Society for Vascular Surgery practice guidelines on the care of patients with an abdominal aortic aneurysm. *J Vasc Surg.* 2018 Jan;67(1): 2-77.e2. doi: 10.1016/j.jvs.2017.10.044. PMID: 29268916.
7. **Baldino G, Gori A.** Dyeless EVAR for Ruptured AAA: From Dream to Reality. *EJVES Vasc Forum.* 2020 Apr 15;47:42. doi: 10.1016/j.eivsvf. 2020.04.002. PMID: 33078152; PMCID: PMC7226920.
8. **Mehta M.** Technical tips for EVAR for ruptured AAA. *Semin Vasc Surg.* 2009 Sep;22(3):181-6. doi: 10.1053/j.semvascsurg.2009.07.010. PMID: 19765529.
9. **Pna CYM, Pendleton AA, Altreuther M, Budtz-Lilly JW, Gunnarsson K, Kan CD, Khashram M, Laine MT, Mani K, Pederson CC, Srivastava SD, Eagleton MJ.** Effect of EVAR on International Ruptured AAA Mortality-Sex and Geographic Disparities. *J Clin Med.* 2024 Apr 23;13(9):2464. doi: 10.3390/jcm13092464. PMID: 38730993; PMCID: PMC11084331.
10. **Mehta M, Paty PS, Roddy SP, Taqart JB, S ternbach Y, Kreienberg PB, Chanq BB, Darlina RC 3rd.** Treatment options for delayed AAA rupture following endovascular repair. *J Vasc Surg.* 2011 Jan;53(1):14-20. doi: 10.1016/j.jvs. 2010.07.052. Epub 2010 Sep 26. PMID: 20875712.

CÁC YẾU TỐ LIÊN QUAN ĐẾN SÂU RĂNG Ở TRẺ 3-5 TUỔI TẠI THÀNH PHỐ YÊN BÁI NĂM 2023

Phạm Thái Thông^{1,2}, Chu Thị Quỳnh Hương^{2,3}, Đào Thị Ngọc Lan²,
Phạm Dương Châu², Nguyễn Linh Chi², Phạm Minh Công²,
Nguyễn Hoàng Hiệp², Vũ Duy Hưng⁴

TÓM TẮT

Nghiên cứu ngẫu nhiên năm 2023 cho 303 trẻ em tại Thành phố Yên Bái, tỉnh Yên Bái có độ tuổi từ 3-5 tuổi tại 6 trường mầm non tại thành phố Yên Bái. Tổng số có 233 trẻ bị sâu răng, nhóm trẻ không có thói quen chải răng hàng ngày có nguy cơ sâu răng sữa tăng gấp gần 29 lần so với nhóm trẻ có thói quen chải răng 3 lần hàng ngày. Tỷ lệ trẻ bị sâu răng sữa không được thăm khám hàng năm là 88,4% trong 233 trẻ bị sâu răng, nhóm trẻ không được thăm khám hàng năm có nguy cơ bị sâu răng gấp gần 9 lần so với nhóm trẻ được thăm khám 3 lần trở lên hàng năm; có 85,6% trẻ không có thói quen súc miệng có Fluoride hàng ngày, có nguy cơ sâu răng sữa gấp hơn 14 lần so với trẻ có thói quen súc miệng có Fluoride hàng ngày. **Từ khóa:** sâu răng, súc miệng Fluor hàng ngày

SUMMARY

FACTORS RELATED TO DENTAL DECAY IN CHILDREN 3-5 YEARS OLD IN YEN BAI CITY IN 2023

Randomized study in 2023 for 303 children in Yen Bai City, Yen Bai Province, aged 3-5 years old at 6 kindergartens in Yen Bai City. A total of 233 children had tooth decay, the group of children who did not have the habit of brushing their teeth every day had a risk of tooth decay nearly 29 times higher than the group of children who had the habit of brushing their teeth 3 times a day. The rate of children with tooth decay who were not examined annually was 88.4% of 233 children with tooth decay, the group of children who were not examined annually had a risk of tooth decay nearly 9 times higher than the group of children who were examined 3 times or more a year; 85.6% of children who did not have the habit of practicing daily Fluoride had a risk of tooth decay more than 14 times higher than children who had the habit of using Fluoride inhalers every day

Keywords: tooth decay; practicing daily Fluoride

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Theo WHO, 60 - 90% trẻ em và hầu hết người trưởng thành bị sâu răng. Sâu răng đứng

thứ 3 trong bảng xếp hạng bệnh tật thế giới. Ngày nay, y học đã tìm được ra căn nguyên của bệnh nên kết quả phòng và chữa bệnh đạt hiệu quả cao. Mặc dù đã có nhiều tiến bộ trong lĩnh vực nghiên cứu và thực hành nha khoa về bệnh sinh cũng như dự phòng sâu răng, nhưng sâu răng ở trẻ em vẫn là một vấn đề nổi cộm và là thách thức lớn với ngành nha toàn thế giới. Trong những năm gần đây tại Việt Nam, khi nền kinh tế phát triển, thói quen ăn uống thay đổi không hợp lý dẫn đến mức độ tăng nhanh chóng của bệnh sâu răng ngay từ hàm răng sữa của trẻ nhỏ. Trong những năm gần đây đã có nhiều nghiên cứu về tình trạng sâu răng về trẻ mẫu giáo và những yếu tố gây ảnh hưởng, nhằm phát hiện trẻ mắc bệnh để điều trị, can thiệp và kiến nghị một số giải pháp can thiệp cộng đồng như các chương trình giáo dục sức khỏe răng miệng, chế độ ăn hợp lý, thăm khám định kỳ nhằm thay đổi hành vi chăm sóc sức khỏe răng miệng cho trẻ, từ đó góp phần hạ thấp tỷ lệ sâu răng.

Kiến thức, thái độ và thực hành chăm sóc răng miệng cho trẻ của bố mẹ: Trình độ học thức của bố mẹ được cho là có liên quan tới sự xuất hiện và mức độ nghiêm trọng của bệnh sâu răng sớm ở trẻ em. Nhiều nghiên cứu cho thấy sâu răng sớm hay gặp hơn trong các gia đình có các ông bố bà mẹ đơn thân, hoặc những gia đình bố mẹ có trình độ học vấn thấp. Một số nghiên cứu trên thế giới cho thấy, trẻ có cha/mẹ có nhận thức và hành vi vệ sinh răng miệng đúng có tỷ lệ mắc sâu răng thấp hơn so với những trẻ có ba mẹ không có hành vi chăm sóc răng miệng đúng cách

Để cung cấp thêm các yếu tố dịch tễ về sâu răng, chúng tôi thực hiện nghiên cứu đề tài với mục tiêu: "*Nghiên cứu các yếu tố liên quan đến sâu răng ở trẻ 3-5 tuổi tại thành phố Yên Bái năm 2023*".

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

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

2.1.1. Đối tượng nghiên cứu: Trẻ từ 3-5 tuổi thuộc thành phố Yên Bái, tỉnh Yên Bái.

- Tiêu chuẩn lựa chọn: Trẻ từ 3-5 tuổi đang theo học ở 6 trường mầm non thuộc thành phố Yên Bái, tỉnh Yên Bái. Trẻ hợp tác tham gia nghiên cứu

¹Bệnh viện Thanh Nhàn

²Trường Đại học Kinh doanh và Công nghệ

³Bệnh Viện Răng hàm mặt Trung ương

⁴Sở Y tế Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Thái Thông

Email: thongpham2010@gmail.com

Ngày nhận bài: 4.8.2025

Ngày phản biện khoa học: 17.9.2025

Ngày duyệt bài: 16.10.2025