

BVXA Long An: 77,82% → 78,34%, tỷ lệ tuân thủ VST đúng quy trình giảm 92,77% còn 80,74%

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bộ Y tế** (2017). Hướng dẫn thực hành VST trong các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh theo Quyết định số 3916/QĐ-BYT, ngày 28 tháng 08 năm 2017, Về việc phê duyệt các hướng dẫn kiểm soát nhiễm khuẩn trong các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh.
2. **Đặng Thị Vân Trang, Lê Thị Anh Thư** (2010), "Tỷ lệ tuân thủ rửa tay của nhân viên y tế theo năm thời điểm của Tổ chức Y tế Thế giới", Tạp chí Y học thành phố Hồ Chí Minh, Hội nghị Khoa học Bệnh viện Chợ Rẫy-năm 2010,14(2),tr,436-439
3. **Nguyễn Thị Thanh Hà, Lê Bích Liên, Phan Thị Hồng Lan** (2012), "Đánh giá sự tuân thủ về sinh NVYT tại các khoa lâm sàng bệnh viện Nhi Đồng 1", tạp chí Y Học TP, HCM, tập 16, phụ bản của số 2, 2012, Tr 128-131,
4. **Nguyễn Thị Bông và cộng sự** (2019), "Thực trạng VST và mối liên quan giữa VST với dung dịch sát khuẩn chứa cồn – xà phòng tại BVXA năm 2019", Tạp chí Y học thực hành (1122) - công trình NCKH hội Kiểm Soát Nhiễm Khuẩn TP, HCM, tr15-19.
5. **Nguyễn Thị Vân Anh** (2020), "Thực trạng tuân thủ về sinh tay thường quy trong chăm sóc người bệnh của NVYT ở các khoa lâm sàng tại bệnh viện E năm 2020", luận văn tốt nghiệp đại học ngành y khoa,
6. **Nguyễn Hoàng Tân, Nguyễn Thúy Quỳnh** (2023), "Tuân thủ VST thường quy của NVYT và một số yếu tố ảnh hưởng tại bệnh viện đa khoa thành phố Đồng Hới năm 2023", Tạp chí y học Việt Nam, tập 532 – tháng 11, số 1B-2023, tr 334-338.
7. **Nguyễn Thị Nghiên và Cộng sự** 2022, "Đánh giá hiệu quả một số biện pháp can thiệp giám sát VST tại các đơn vị điều trị tích cực, Bệnh viện Trung ương Quân đội 108 năm 2021-2022", Tạp chí Y Dược lâm sàng 108 – Hội nghị Khoa học Điều dưỡng bệnh viện năm 2022, tr 121-128.
8. **Ignaz Semmelwe.** 1818-1865

MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN ĐẾN TÌNH TRẠNG PHỤC HÌNH RĂNG Ở NGƯỜI CAO TUỔI TẠI PHƯỜNG PHƯƠNG LIÊN, QUẬN ĐỐNG ĐA, HÀ NỘI

Chu Thị Quỳnh Hương^{1,2}, Đào Thị Dung², Nguyễn Thị Thu Hiền²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nhận xét một số yếu tố liên quan đến tình trạng phục hình răng (loại hình, nơi thực hiện, mức độ, chất lượng và một số chỉ báo chất lượng) ở người cao tuổi (NCT) phường Phương Liên, Hà Nội năm 2022. **Phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 180 người ≥60 tuổi (03–09/2022). Thu thập phỏng vấn chuẩn hóa và khám trong miệng ghi nhận: loại phục hình (cố định/tháo lắp/kết hợp), nơi làm (bệnh viện/phòng khám tư nhân/phòng khám đa khoa), mức độ (toàn bộ/chưa toàn bộ), thời gian sử dụng và chỉ báo kỹ thuật (ví dụ ứ đọng thức ăn). Phân tích Chi-square, ngưỡng ý nghĩa $p < 0,05$. **Kết quả:** Loại hình phục hình khác biệt theo tuổi ($p < 0,05$): nhóm 60–69 dùng cố định nhiều nhất (52,8%); nhóm 70–79 dùng tháo lắp chủ yếu (55,2%); kết hợp cao nhất ở 70–79 (66,7%) và thấp nhất ở ≥80 (11,1%). Không có khác biệt theo giới ($p = 0,206$) hay theo kinh tế hộ với loại hình ($p = 0,299$). Nơi làm phục hình liên quan kinh tế hộ ($p < 0,05$): cận nghèo thường đến phòng khám đa khoa (63,3%), trong khi khá giả dùng bệnh viện (75,0%) và phòng khám tư (48,5%). Mức độ hoàn tất liên quan kinh tế hộ ($p < 0,05$): cận nghèo chủ yếu "chưa toàn bộ" (89,3%), khá giả phần lớn

"toàn bộ" (76,2%). Ở phục hình cố định, đa số không ứ đọng thức ăn (67,5%); gặm kiểu yên ngựa chiếm 82,8%. Thời gian sử dụng càng dài ghi nhận tăng ứ đọng thức ăn, mẻ sứ, lung lay và dấu hiệu viêm ($p < 0,05$). **Kết luận:** Tuổi và tình trạng kinh tế hộ là các yếu tố liên quan chính đến loại hình, nơi làm và mức độ hoàn tất phục hình ở NCT; cần tăng truyền thông theo dõi-bảo dưỡng định kỳ và hỗ trợ tài chính cho nhóm cận nghèo.

Từ khóa: người cao tuổi; phục hình tháo lắp; phục hình cố định; yếu tố liên quan; Việt Nam.

SUMMARY

CORRELATES OF PROSTHETIC STATUS AMONG OLDER ADULTS IN PHUONG LIEN WARD, DONG DA DISTRICT, HANOI

Objective: To examine factors associated with prosthetic status—type, provider setting, completeness, quality, and selected quality indicators—among older adults in Phuong Lien Ward, Hanoi, 2022. **Methods:** Cross-sectional study of 180 persons aged ≥60 years (March–September 2022). Standardized interviews and intra-oral examinations recorded prosthesis type (fixed/removable/combined), provider setting (hospital/private clinic/polyclinic), completeness (complete/incomplete), duration of use, and technical indicators (e.g., food impaction). Chi-square tests were used with a significance level of $p < 0.05$. **Results:** Prosthesis type differed by age ($p < 0.05$): ages 60–69 most commonly used fixed prostheses (52.8%); ages 70–79 predominantly used removable prostheses (55.2%); combined prostheses peaked in ages 70–79 (66.7%) and were least

¹Bệnh viện Răng Hàm Mặt Trung ương Hà Nội

²Trường Đại học Y dược, Đại học Quốc Gia

Chịu trách nhiệm chính: Chu Thị Quỳnh Hương

Email: quynhhuong1234@gmail.com

Ngày nhận bài: 17.9.2025

Ngày phản biện khoa học: 21.10.2025

Ngày duyệt bài: 27.11.2025

frequent in ≥80 (11.1%). No differences were observed by sex (p=0.206) or by household economy for type (p=0.299). Provider setting was associated with household economy (p<0.05): near-poor individuals more often used polyclinics (63.3%), whereas better-off individuals used hospitals (75.0%) and private clinics (48.5%). Completeness was associated with household economy (p<0.05): the near-poor were mainly "incomplete" (89.3%), while the better-off were mostly "complete" (76.2%). In fixed prostheses, most cases had no food impaction (67.5%); saddle-type pontics accounted for 82.8%. Longer duration of use was linked to higher frequencies of food impaction, porcelain chipping, mobility, and inflammatory signs (all p<0.05).

Conclusions: Age and household economic status are key correlates of prosthesis type, provider choice, and completeness among older adults. Strengthened counseling with periodic recall/maintenance and financial support for the near-poor are recommended.

Keywords: older adults; removable prosthesis; fixed prosthesis; associated factors; Viet Nam

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Già hóa dân số tại Việt Nam diễn ra nhanh, kéo theo nhu cầu phục hình và duy trì chức năng ăn nhai ở người cao tuổi ngày càng tăng. Bằng chứng địa phương giúp định hướng can thiệp cộng đồng là cần thiết. Bài báo này tập trung vào nhận xét các yếu tố liên quan đến tình trạng phục hình ở người cao tuổi phường Phương Liên, Hà Nội (2022).

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

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

Cỡ mẫu: Cỡ mẫu cho nghiên cứu được tính theo công thức ước lượng tỷ lệ cho một quần thể:

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

Trong đó: n: Cỡ mẫu (Tổng số người cao tuổi cần nghiên cứu). α = 0,05 ứng với độ tin cậy 95%. $Z_{1-\alpha/2} = 1,96$ tương ứng với α = 0,05. p: Tỷ lệ người cao tuổi mất răng có phục hình trong cộng đồng là 88,13%. d: sai số tuyệt đối (d = 0,05).

Cỡ mẫu tính được n = 161 chúng tôi lấy thêm 10% nên cỡ mẫu nghiên cứu là 180 (180 NCT ≥60 tuổi cư trú tại phường Phương Liên (03–09/2022).)

Kỹ thuật thu thập số liệu: Phòng vấn chuẩn hóa (nhân khẩu-xã hội, nơi làm phục hình, tự đánh giá chức năng/thẩm mỹ) và khám trong miệng (mất răng, loại hình phục hình, đặc điểm kỹ thuật, thời gian sử dụng, dấu hiệu ứ đọng thức ăn).

Biến số: Nhóm tuổi (60–69; 70–79; ≥80), giới, kinh tế hộ (cận nghèo/khá giả), nơi làm

(bệnh viện/phòng khám tư/phòng khám đa khoa), phương pháp (cố định/tháo lắp/kết hợp), mức độ (toàn bộ/chưa toàn bộ), thời gian sử dụng, ứ đọng thức ăn.

Phân tích số liệu: Thống kê mô tả và kiểm định Chi-square, ngưỡng ý nghĩa p<0,05.

Đạo đức trong nghiên cứu: Nghiên cứu được thông qua bởi Hội đồng chăm đề cương của Trường Đại học Y Dược, Đại học Quốc Gia phê duyệt.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 3.1: Sự liên quan giữa phương pháp phục hình với tuổi, giới tính và tình trạng kinh tế

Nhóm tuổi	Cố định		Tháo lắp		Kết hợp		p*
	SL	%	SL	%	SL	%	
60-69	75	52,8	4	13,8	2	22,2	0,001
70-79	51	35,9	16	55,2	6	66,7	
≥80	16	11,3	9	31,0	1	11,1	
Tổng	142	100,0	29	100,0	9	100,0	
Giới tính							p*
Nam	36	25,4	12	41,4	3	33,3	
Nữ	106	74,6	17	58,6	6	66,7	
Kinh tế							p*
Cận nghèo	76	53,5	11	37,9	5	55,6	
Khá giả	66	46,5	18	62,1	4	44,4	
Tổng	142	100,0	29	100,0	9	100,0	

Bảng 1 cho thấy tỉ lệ phục hình cố định được NCT ở nhóm 60-69 tuổi sử dụng nhiều nhất với 52,8%. nhóm NCT từ 80 trở lên chỉ chiếm 11,3%. Phục hình tháo lắp chủ yếu ở nhóm tuổi 70-79 tuổi với 55,2%. Loại PH này có tỷ lệ thấp ở NCT nhóm 60-69 tuổi với 13,8%. PH kết hợp ở nhóm 70-79 tuổi là 66,7% cao hơn nhóm 60-69 tuổi (22,2%); thấp nhất ở nhóm ≥80 tuổi (11,1%). Sự khác biệt về phương pháp phục hình theo nhóm tuổi ở NCT là có ý nghĩa thống kê với p < 0,05.

Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa phương pháp phục hình với giới tính và tình trạng kinh tế của NCT trong nghiên cứu, p > 0,05.

Bảng 3.2: Sự liên quan giữa nơi làm phục hình với nhóm tuổi, giới tính và tình trạng kinh tế

Nhóm tuổi	Bệnh viện		PK tư nhân		PK đa khoa		p*
	SL	%	SL	%	SL	%	
60-69	9	56,2	59	44,0	13	43,3	0,409
70-79	6	37,5	52	38,8	15	50,0	
≥80	1	6,2	23	17,2	2	6,7	
Tổng	16	100,0	134	100,0	30	100,0	
Giới tính							p*
Nam	3	18,8	41	30,6	7	23,3	

Nữ	13	81,2	93	69,4	23	76,7	
Tổng	16	100,0	134	100,0	30	100,0	
Kinh tế							p*
Cận nghèo	4	25,0	69	51,5	19	63,3	
Khá giả	12	75,0	65	48,5	11	36,7	
Tổng	16	100,0	134	100,0	30	100,0	

Bảng 3.2 cho thấy bệnh viện là nơi được NCT nhóm 60-69 lựa chọn nhiều nhất với 56,2%. PK tư nhân là 44%; sau đó là 38,8% NCT nhóm 70-79 tuổi; thấp nhất là nhóm ≥80 tuổi với 17,2%. PK đa khoa có 50% NCT độ tuổi 70-79 sử dụng; sau đó là 60-69 tuổi có 43,3%; thấp nhất là 6,7% nhóm ≥80 tuổi.

Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa nơi làm phục hình với nhóm tuổi và giới tính của NCT trong nghiên cứu, $p > 0,05$.

PK đa khoa là địa chỉ người cao tuổi có kinh tế cận nghèo làm phục hình nhiều nhất với 63,3%; trong khi đó bệnh viện và phòng khám tư nhân là nơi NCT khá giả sử dụng với tỷ lệ cao là 75% và 48,5%. Sự khác biệt giữa nơi làm phục hình với kinh tế gia đình của NCT có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Bảng 3.3. Sự liên quan giữa mức độ phục hình và nhóm tuổi của NCT

Nhóm tuổi	PH toàn bộ	PH chưa toàn bộ	p*
-----------	------------	-----------------	----

	SL	%	SL	%	0,936
60-69	47	44,8	34	45,4	
70-79	42	40,0	31	41,3	
≥80	16	15,2	10	13,3	
Tổng	105	100,0	75	100,0	
Giới tính					p*
Nam	32	30,5	19	25,3	
Nữ	73	69,5	56	74,7	
Tổng	105	100,0	75	100,0	0,45
Kinh tế					p*
Cận nghèo	25	23,8	67	89,3	
Khá giả	80	76,2	8	10,7	
Tổng	105	100,0	75	100,0	

Bảng 3.3 cho thấy tỷ lệ phân bố mức độ phục hình toàn bộ và chưa phục hình toàn bộ theo các nhóm tuổi của NCT trong nghiên cứu khá tương đồng nhau, $p > 0,05$.

NCT là nữ có tỷ lệ phục hình toàn bộ và chưa toàn bộ đều cao hơn tỷ lệ này ở NCT là nam giới. Sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê, $p > 0,05$.

Đối với tình trạng kinh tế phục hình chưa toàn bộ tập trung phần lớn ở NCT có kinh tế gia đình cận nghèo với 89,3%. Trong khi NCT có kinh tế gia đình khá giả có tỷ lệ phục hình toàn bộ chiếm khoảng hơn 2/3 với 76,2%. Sự khác biệt giữa mức độ phục hình với kinh tế gia đình của NCT có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Bảng 3.4: Tỷ lệ NCT sử dụng hàm tháo lắp từng phần theo tuổi

Nhóm tuổi	Hàm nhựa thường		Hàm nhựa dẻo		Hàm khung		Hàm liên kết		p*
	SL	%	SL	%	SL	%	SL	%	
60-69	4	16,0	2	28,6	0	0,0	0	0,0	0,8
70-79	15	60,0	3	42,9	1	50,0	3	75,0	
≥80	6	24,0	2	28,6	1	50,0	1	25,0	
Tổng	25	100,0	7	100,0	2	100,0	4	100,0	
Giới tính									p*
Nam	9	36,0	3	42,9	0	0,0	3	75,0	
Nữ	16	64,0	4	57,1	2	100,0	1	25,0	
Tổng	25	100,0	7	100,0	2	100,0	4	100,0	
Kinh tế									p*
Cận nghèo	11	44,0	2	28,6	2	100,0	1	25,0	
Khá giả	14	56,0	5	71,4	0	0,0	3	75,0	
Tổng	25	100,0	7	100,0	2	100,0	4	100,0	

Bảng 3.4 cho thấy tỷ lệ NCT ở nhóm tuổi 70-79 đều cao nhất trong việc sử dụng chất liệu phục hình ở cả 4 nhóm chất liệu là nhựa thường (60%), nhựa dẻo (42,9%), hàm khung (50%) và hàm liên kết (75%).

Liên quan đến giới tính NCT là nữ sử dụng các loại hàm tháo lắp có tỷ lệ cao hơn NCT nam giới, hàm liên kết tỷ lệ NCT nam giới sử dụng là 75%.

Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa sử dụng chất liệu hàm tháo lắp với kinh tế gia đình của nhóm NCT nghiên cứu, $p > 0,05$.

Bảng 3.5: Sự liên quan giữa thời gian làm phục hình và ứ đọng thức ăn

	Không ứ đọng		Ứ đọng thức ăn vừa		Ứ đọng thức ăn nhiều		p*
	SL	%	SL	%	SL	%	
1 năm	24	23,5	6	14,3	0	0,0	0,00
>1-3 năm	46	45,1	14	33,3	0	0,0	
>3-5 năm	15	14,7	7	16,7	0	0,0	
>5 năm	17	16,7	15	35,7	7	100,0	
Tổng	102	100,0	42	100,0	7	100,0	

Bảng trên cho thấy thời gian làm PH càng dài thì mức độ ứ đọng thức ăn càng cao. Sự liên quan giữa thời gian phục hình và ứ đọng thức ăn ở gầm PH cố định có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Bảng 3.6: Sự liên quan giữa thời gian làm phục hình và độ ổn định

	PH còn nguyên vẹn		PH bị mẻ sứ mặt nhai		Mất tiếp xúc bên		Mê cả tiếp xúc bên và mặt nhai		p*
	SL	%	SL	%	SL	%	SL	%	
1 năm	25	24,0	5	11,6	0	0,0	0	0,0	0,002
>1-3 năm	47	45,2	10	23,3	3	100,0	0	0,0	
>3-5 năm	15	14,4	7	16,3	0	0,0	0	0,0	
>5 năm	17	16,3	21	48,8	0	0,0	1	100,0	
Tổng	104	100,0	43	100,0	3	100,0	1	100,0	

Có sự liên quan có ý nghĩa thống kê giữa thời gian phục hình và độ ổn định của PH, $p < 0,05$.

Bảng 3.7: Sự liên quan giữa thời gian làm phục hình và độ lung lay của PH

	Không lung lay		Lung lay độ 1		Lung lay độ 2		p*
	SL	%	SL	%	SL	%	
1 năm	7	14,9	23	22,8	0	0,0	0,03
>1-3 năm	25	53,2	35	34,7	0	0,0	
>3-5 năm	5	10,6	17	16,8	0	0,0	
>5 năm	10	21,3	26	25,7	3	100,0	
Tổng	47	100,0	101	100,0	3	100,0	

Có sự liên quan có ý nghĩa thống kê giữa thời gian phục hình và độ lung lay của PH, $p < 0,05$.

Bảng 3.8: Sự liên quan giữa thời gian làm phục hình và tình trạng viêm

	Không viêm		Viêm viền lợi		Viêm nhú lợi		Viêm cả nhú và viền		p*
	SL	%	SL	%	SL	%	SL	%	
1 năm	23	25,8	7	14,9	0	0,0	0	0,0	0,036
>1-3 năm	40	44,9	15	31,9	2	33,3	3	33,3	
>3-5 năm	11	12,4	9	19,1	0	0,0	2	22,2	
>5 năm	15	16,9	16	34,0	4	66,7	4	44,4	
Tổng	89	100,0	47	100,0	6	100,0	9	100,0	

Có sự liên quan có ý nghĩa thống kê giữa thời gian phục hình và tình trạng viêm của nhú lợi và viền lợi của PH, $p < 0,05$.

Bảng 3.9: Sự liên quan giữa thời gian làm phục hình và độ mòn mặt nhai răng mang PH

	Không mòn		Mòn men		Mòn lộ ngà <1/3		Mòn lộ ngà >1/3		p*
	SL	%	SL	%	SL	%	SL	%	
1 năm	28	26,4	2	5,6	0	0,0	0	0,0	0,036
>1-3 năm	42	39,6	15	41,7	3	42,9	0	0,0	
>3-5 năm	10	9,4	10	27,8	1	14,3	1	50,0	
>5 năm	26	24,5	9	25,0	3	42,9	1	50,0	
Tổng	106	100,0	36	100,0	7	100,0	2	100,0	

Có sự liên quan có ý nghĩa thống kê giữa thời gian phục hình và độ mòn mặt nhai răng mang PH, $p < 0,05$.

Bảng 3.10: Sự liên quan giữa thời gian làm phục hình và tiếp xúc bên của PH

	Tiếp xúc vừa		Tiếp xúc hở		Tiếp xúc chặt		p*
	SL	%	SL	%	SL	%	
1 năm	28	22,2	1	4,8	1	25,0	0,031
>1-3 năm	53	42,1	6	28,6	1	25,0	
>3-5 năm	19	15,1	2	9,5	1	25,0	
>5 năm	26	20,6	12	57,1	1	25,0	
Tổng	126	100,0	21	100,0	4	100,0	

Có sự liên quan có ý nghĩa thống kê giữa thời gian phục hình và mức độ tiếp xúc bên của PH, $p < 0,05$.

Bảng 3.11: Sự liên quan giữa cách thức PH và tình trạng ứ đọng thức ăn ở gầm PH

	Không ứ đọng		Ứ đọng vừa		Ứ đọng nhiều		p*
	SL	%	SL	%	SL	%	
Chụp	65	63,7	14	33,3	0	0,0	0,001
Cầu	36	35,3	27	64,3	7	100,0	
Implant	1	1,0	1	2,4	0	0,0	
Tổng	102	100,0	42	100,0	7	100,0	

Có sự liên quan có ý nghĩa thống kê giữa cách thức PH và tình trạng ứ đọng thức ăn ở gầm PH, $p < 0,05$.

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu cho thấy mô hình lựa chọn phục hình ở người cao tuổi (NCT) nghiêng rõ về phục hình cố định (78,9%), kể đến là tháo lắp (16,1%) và phối hợp (5%). Sự khác biệt theo nhóm tuổi có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$): nhóm 60–69 tuổi dùng phục hình cố định nhiều nhất, trong khi nhóm 70–79 tuổi thiên về tháo lắp và phối hợp. Kết quả này nhất quán với báo cáo của Đào Thị Dung và cs. (2016) tại Cầu Giấy, nơi phục hình cố định cũng chiếm ưu thế, dù tỷ lệ tuyệt đối có khác biệt. Điều này phản ánh khả năng bảo tồn răng trụ tốt hơn ở nhóm 60–69

tuổi, trong khi các nhóm lớn tuổi hơn có mất răng lan rộng nên phù hợp hơn với giải pháp tháo lắp. Về nơi thực hiện phục hình, đa số NCT chọn phòng khám tư nhân (74,4%); phòng khám đa khoa (16,7%); bệnh viện (8,9%). Lựa chọn này liên quan chặt chẽ đến điều kiện kinh tế ($p < 0,05$): nhóm cận nghèo ưu tiên phòng khám đa khoa, trong khi nhóm khá giả thiên về bệnh viện và phòng khám tư. So sánh với các tác giả Đào Thị Dung, xu hướng chọn cơ sở tư nhân vẫn nổi trội do thuận tiện di chuyển, linh hoạt thời gian, thủ tục đơn giản; tuy nhiên nghiên cứu hiện tại ghi nhận mức hài lòng ở khu vực tư nhân và phòng khám đa khoa cao (70–100%), cho thấy chất lượng dịch vụ tư đã cải thiện sau 5–7 năm. Mức độ phục hình cũng chịu ảnh hưởng của kinh tế gia đình ($p < 0,05$). Nhóm cận nghèo chủ yếu “chưa toàn bộ”, còn nhóm khá giả đạt “toàn bộ” nhiều hơn ($\approx 3/4$). Về vật liệu, nhóm 70–79 tuổi sử dụng cao nhất ở cả nhựa thường, nhựa dẻo, hàm khung và hàm liên kết; khác biệt theo tuổi, giới, kinh tế không có ý nghĩa ($p > 0,05$). Tỷ lệ implant rất thấp (2 ca, dạng bắt vít), tương tự nghiên cứu Đào Thị Dung, phản ánh rào cản chi phí, thời gian điều trị dài và tính “mới” của kỹ thuật ở quần thể NCT. Yếu tố thời gian sử dụng là điểm then chốt: càng lâu, chất lượng phục hình càng suy giảm. Sau ≥ 5 năm, ghi nhận tăng rõ rệt ứ đọng thức ăn dưới phục hình cố định (100% ở nhóm > 5 năm), mẻ sứ mặt nhai ($\approx 49\%$), giảm ổn định và tăng lung lay (chỉ 26,1% còn không lung lay), cùng các biểu hiện viêm lợi ($\approx 51\%$), mòn men/ngà. Các liên quan này đều có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Kết quả phù hợp với [42] về xu hướng giảm dần thẩm mỹ và chức năng theo thời gian, đặc biệt ở phục hình nhựa và kim loại phủ nhựa. Về thực hành y tế tầm soát, bảo tồn răng trụ và lập kế hoạch sớm ở nhóm 60–69 tuổi để tối đa hóa khả năng phục hình cố định. (2) Tư vấn tài chính theo bậc thang và lộ trình điều trị theo giai đoạn cho nhóm cận nghèo nhằm tiến tới phục hồi toàn bộ chức năng. (3) Tăng cường chăm sóc duy trì: đánh giá định kỳ 6–12 tháng, chỉnh khí, thêm răng cho hàm tháo lắp khi cần, đánh bóng/ sửa chữa sớm phục hình cố định để hạn chế mẻ sứ, hở găm cầu. (4) Cân nhắc mở rộng chỉ định implant ở NCT phù hợp (đủ xương, kiểm soát bệnh toàn thân tốt), đi kèm hỗ trợ chi phí/ BHYT bổ sung nếu khả thi. (5) Nâng chuẩn chất lượng dịch vụ nhất quán giữa các tuyến để duy trì hài lòng lâu dài, không chỉ ở thời điểm mới phục hình.

Tuy nhiên, nghiên cứu của chúng tôi vẫn còn hạn chế là nghiên cứu cắt ngang, phụ thuộc tự

báo cáo hài lòng; chưa phân tầng chi tiết theo bệnh toàn thân/ thuốc ảnh hưởng mô nha chu—những yếu tố quan trọng ở NCT. Nghiên cứu dọc theo dõi ≥ 5 –10 năm và phân tích chi phí–hiệu quả giữa các phương án (cố định, tháo lắp, implant) sẽ cung cấp bằng chứng mạnh hơn cho hoạch định chính sách và tư vấn cá thể hóa.

V. KẾT LUẬN

Người cao tuổi chủ yếu lựa chọn phục hình cố định; xu hướng thay đổi theo tuổi với tỷ lệ tháo lắp tăng ở nhóm lớn tuổi hơn. Việc lựa chọn cơ sở thực hiện và mức độ phục hình kinh tế ảnh hưởng rõ rệt của điều kiện kinh tế hộ gia đình.

Vật liệu phục hình không khác biệt có ý nghĩa theo tuổi/giới; implant còn hạn chế do chi phí và quy trình. Chất lượng và sự hài lòng suy giảm theo thời gian sử dụng, kèm tăng các biến cố lâm sàng răng – nha chu. Cần lập kế hoạch sớm, bảo tồn răng trụ, tư vấn tài chính theo giai đoạn và duy trì định kỳ để tối ưu chức năng – thẩm mỹ lâu dài.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **World Health Organization.** Global Oral Health Status Report 2022. Geneva: WHO; 2022.
2. **General Statistics Office.** Population ageing and older persons in Viet Nam. Hanoi: GSO; 2020.
3. **Healthy aging in Viet Nam: national representative findings and projections.** Health Promot Int. 2025; doi: (cập nhật khi xuất bản).
4. **Campbell SD, Cooper L, Craddock H, Hyde TP, Nattress B, Pavitt SH.** Removable partial dentures: The clinical need for innovation. J Prosthet Dent. 2017;117(2):248-256.
5. **Al-Angari N, Al-Harbi FA, Abdel Salam M, Al Shahrani FS.** Various classes of removable partial dentures: a study of Kennedy classes. Saudi Dent J. 2020;32(6):300-305.
6. **Bassetti RG, Bassetti MA, Bosshardt DD.** Implant-assisted removable partial denture prostheses: a systematic review. J Prosthodont. 2018;27(2):130-137.
7. **Wigianto AYP, Susilo H, Susanto H.** Treatment outcomes of implant-assisted removable partial dentures. J Korean Assoc Oral Maxillofac Surg. 2021;47(6):469-481.
8. **Jo DW, Kim JE, Shim J-S.** Adjacent tooth displacement and food impaction after implant restorations. J Periodontal Implant Sci. 2019;49(2):81-92.
9. **Nguyen TTH, Gerritsen AE, Witter DJ, Bronkhorst EM, Creugers NH.** Reliability and validity of a Vietnamese version of the Oral Health Impact Profile (OHIP-14VN). Open J Epidemiol. 2012;2(3):36-43.
10. **Nguyen TC, Witter DJ, Bronkhorst EM, Creugers NH.** Oral health status of adults in Southern Viet Nam. BMC Public Health. 2010;10:571.

HIỆU QUẢ CỦA CHIẾN DỊCH TĂNG CƯỜNG VỆ SINH TAY TẠI BỆNH VIỆN TRUNG VƯƠNG GIAI ĐOẠN 2022 – 2025

Nguyễn Thị Quỳnh Nhung¹, Huỳnh Ngọc Hớn¹,
Chu Thị Hải Yến¹, Ngô Phương Trinh¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá hiệu quả của chiến dịch can thiệp tăng cường vệ sinh tay (VST) đối với nhân viên y tế tại Bệnh viện Trưng Vương giai đoạn 2022 – 2025, thông qua các biện pháp can thiệp nhằm nâng cao tỷ lệ tuân thủ VST và đúng kỹ thuật. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu tiến cứu can thiệp mô tả, so sánh trước và sau can thiệp, đối tượng là toàn bộ NVYT tại các khoa lâm sàng được quan sát trong quá trình chăm sóc BN. Nghiên cứu gồm ba giai đoạn: trước can thiệp (quý 3/2022 – quý 2/2023), sau can thiệp lần 1 (quý 3/2023 – quý 2/2024) tập trung tăng tỷ lệ thực hiện VST, và sau can thiệp lần 2 (quý 3/2024 – quý 2/2025) tập trung cải thiện kỹ thuật thực hiện đúng 6 bước VST. **Kết quả:** Tỷ lệ NVYT có thực hiện VST tăng từ 51,9% (quý 3/2022) lên 96,4% (quý 1/2025) ($p < 0,05$). Tỷ lệ thực hành đúng 6 bước VST theo WHO cũng tăng rõ rệt, từ 3,4% lên 67,9% ($p < 0,05$). Hiệu quả cải thiện rõ rệt nhất được ghi nhận sau giai đoạn can thiệp lần 2.

Từ khóa: Vệ sinh tay; nhân viên y tế; tuân thủ; kiểm soát nhiễm khuẩn

SUMMARY

EFFECTIVENESS OF A HAND HYGIENE ENHANCEMENT CAMPAIGN AT TRUNG VUONG HOSPITAL, 2022–2025

Objective: To evaluate the effectiveness of an enhanced hand hygiene (HH) intervention campaign for healthcare workers (HCWs) at Trung Vuong Hospital during 2022–2025, using multi-component strategies to improve HH compliance and the correctness of hand hygiene technique. **Subjects and Methods:** This prospective descriptive interventional study with a pre- and post-intervention comparison involved all healthcare workers (HCWs) in clinical departments who were directly observed during patient care. The study was conducted in three phases: a pre-intervention phase (Q3/2022 – Q2/2023), a first intervention phase (Q3/2023 – Q2/2024) focusing on improving hand hygiene (HH) compliance, and a second intervention phase (Q3/2024 – Q2/2025) aimed at enhancing the accuracy of the WHO-recommended six-step HH technique. **Results:** The rate of HCWs performing HH increased from 51,9% (Q3/2022) to 96,4% (Q1/2025), ($p < 0,05$). The percentage of HCWs correctly performing the WHO recommended 6-step

technique also improved significantly, from 3,4% to 67,9% ($p < 0,05$). The most substantial improvement was observed during the second intervention phase.

Keywords: Hand hygiene; healthcare workers; compliance; infection control.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đã có nhiều nghiên cứu chỉ ra rằng, bàn tay của nhân viên y tế (NVYT) là con đường chính trong lây truyền các tác nhân gây bệnh [1]. VST với vai trò là một trong những biện pháp kiểm soát nhiễm khuẩn (KSNK) cơ bản, hiệu quả và có chi phí thấp, đã được chứng minh làm giảm đáng kể nguy cơ mắc nhiễm khuẩn bệnh viện [2]. Tổ chức Y tế Thế giới (WHO) đã xác định đây là một chiến lược trọng tâm trong chương trình KSNK toàn cầu, đóng vai trò thiết yếu trong việc đảm bảo an toàn người bệnh [3].

Để nâng cao hiệu quả KSNK, WHO đã ban hành Hướng dẫn VST trong chăm sóc y tế vào năm 2009, trong đó xác định rõ 5 thời điểm cần thực hiện VST và chuẩn hoá các kỹ thuật nhằm hạn chế lây truyền tác nhân gây bệnh trong cơ sở y tế. Tuy nhiên, tỷ lệ tuân thủ VST cũng như chất lượng thực hành vẫn còn ở mức thấp, ngay cả khi trong bối cảnh đại dịch COVID – 19. Theo WHO, tỷ lệ tuân thủ VST trung bình của NVYT chỉ đạt 38,7% [4]. Một phân tích gộp sau đại dịch cho thấy tỷ lệ tuân thủ VST chung đạt 77% ($p < 0,0001$; KTC 95%: 74% – 80%) [5]. Thực trạng này phản ánh khoảng cách rõ rệt giữa kiến thức và thực hành VST của NVYT, đặc biệt ở mức độ tuân thủ đúng thời điểm và đúng kỹ thuật, qua đó đặt ra yêu cầu cấp thiết đối với việc triển khai các biện pháp can thiệp phù hợp, hiệu quả và bền vững với đặc điểm bối cảnh cơ sở y tế.

Hiện nay, nhiều cơ sở y tế đã triển khai các biện pháp can thiệp nhằm nâng cao tỷ lệ tuân thủ VST, nhưng hiệu quả phụ thuộc vào nguồn lực, tính liên tục và sự phối hợp của NVYT. Do đó, việc đánh giá hiệu quả các chương trình can thiệp có hệ thống tại bệnh viện là cần thiết. Chúng tôi tiến hành nghiên cứu tại Bệnh viện Trưng Vương giai đoạn 2022–2025 nhằm đánh giá hiệu quả của các biện pháp tăng cường VST thông qua tỷ lệ thực hiện VST và chất lượng thực hành VST đúng kỹ thuật.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Tất cả các

1

Chịu trách nhiệm chính:

Email:

Ngày nhận bài: 22.9.2025

Ngày phản biện khoa học: 24.10.2025

Ngày duyệt bài: 25.11.2025