

Tình trạng sâu răng và một số yếu tố ảnh hưởng ở trẻ 1-5 tuổi dị tật khe hở môi – vòm miệng

Nguyễn Thị Minh Hiền¹, Ngô Đồng Khanh², Điền Hòa Anh Vũ^{3,*}



Use your smartphone to scan this QR code and download this article

TÓM TẮT

Mở đầu: Sâu răng là một trong những bệnh lí phổ biến nhất ở vùng răng miệng, đặc biệt nghiêm trọng hơn ở những đối tượng có nguy cơ như trẻ có khe hở môi – vòm miệng. Hiểu rõ được tình trạng răng miệng và các yếu tố liên quan sẽ giúp phòng ngừa sâu răng và cải thiện sức khỏe răng miệng. **Mục tiêu:** Xác định tỉ lệ sâu răng và một số yếu tố ảnh hưởng ở trẻ 1-5 tuổi dị tật khe hở môi – vòm miệng. **Đối tượng - phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu cắt ngang gồm 174 trẻ từ 1 đến 5 tuổi dị tật khe hở môi – vòm miệng điều trị tại các bệnh viện có liên kết đào tạo với Khoa Răng Hàm Mặt, Đại học Y Dược TP.HCM. Mỗi bệnh nhân sau khi được khám sâu răng thì ba/mẹ của trẻ được phỏng vấn trực tiếp bằng bảng câu hỏi nhằm khảo sát các yếu tố ảnh hưởng đến tình trạng sâu răng. Thống kê mô tả và phân tích bằng hồi quy logistic được sử dụng để xử lý số liệu.

Kết quả: Tỉ lệ sâu răng là 47,1%. Tỉ lệ sâu răng ở nhóm trẻ 3-5 tuổi cao gấp 3 lần tỉ lệ sâu răng ở nhóm trẻ 1-5 tuổi (lần lượt là 87,3% và 28,6%). Tỉ lệ sâu răng khác nhau có ý nghĩa thống kê theo vùng địa dư: cao nhất ở vùng Đồng Bằng Sông Cửu Long (64,2%) và thấp nhất ở vùng Duyên Hải Nam Trung Bộ (43,5%). Thời gian bú bình, phương pháp vệ sinh răng miệng bằng gạc sau khi bú bình, tần suất sử dụng đường là những yếu tố ảnh hưởng đến tỉ lệ sâu răng. Các yếu tố khác như dạng khe hở, trình độ văn hoá của phụ huynh và yếu tố kinh tế - xã hội của gia đình không có ảnh hưởng đến tình trạng sâu răng ở trẻ. **Kết luận:** Trẻ 1-5 tuổi dị tật khe hở môi – vòm miệng có tỉ lệ sâu răng cao. Cần chú ý đến thời gian bú bình, phương pháp vệ sinh răng miệng và tần suất sử dụng đường để cải thiện tình trạng sâu răng.

Từ khoá: tình trạng sâu răng, khe hở môi – vòm miệng, các yếu tố ảnh hưởng

¹Nha khoa thẩm mỹ Adora Sài Gòn, 236 đường Đồng Khởi, phường Tân Hiệp, Biên Hoà, Đồng Nai

²Hội Răng Hàm Mặt Việt Nam, Khoa Y Răng Hàm Mặt, Đại học Y Dược TP HCM

³Bộ môn Nha khoa công cộng, Khoa Răng Hàm Mặt, Đại học Y Dược TP HCM

Liên hệ

Điền Hòa Anh Vũ, Bộ môn Nha khoa công cộng, Khoa Răng Hàm Mặt, Đại học Y Dược TP HCM

Email: dienhoanhvu@ump.edu.vn

Lịch sử

- Ngày nhận: 02-6-2021
- Ngày chấp nhận: 02-7-2021
- Ngày đăng: 24-7-2021

DOI: 10.32508/stdjhs.v2i2.470



Bản quyền

© ĐHQG Tp.HCM. Đây là bài báo công bố mở được phát hành theo các điều khoản của the Creative Commons Attribution 4.0 International license.



ĐẶT VẤN ĐỀ

Dị tật khe hở môi – vòm miệng (KHMVM) thuộc nhóm dị tật vùng hàm mặt là một loại dị tật bẩm sinh phổ biến so với các dị tật khác của cơ thể¹. Đây là một loại dị tật bẩm sinh phức tạp, đa dạng và ảnh hưởng nghiêm trọng đến hình thái vùng hàm mặt. Dị tật này gây khó khăn cho hoạt động ăn uống, làm xáo trộn sự mọc răng, quá trình tạo lập khớp cắn, ảnh hưởng nặng nề đến thẩm mỹ, phát âm, tạo áp lực tâm lý, thiếu tự tin trong giao tiếp và hòa nhập cộng đồng ở trẻ^{1,2}. Vì vậy, dị tật KHMVM không chỉ gây trở ngại cho bản thân người mang dị tật mà còn ít nhiều ảnh hưởng đến gia đình, tăng gánh nặng cho xã hội.

Chính vì những lý do đó, trẻ có dị tật KHMVM nên được phẫu thuật ở giai đoạn sớm nhằm bước đầu cải thiện thẩm mỹ và chức năng cũng như tạo thuận lợi cho sự mọc răng bình thường. Hiện nay có khá nhiều chương trình phẫu thuật dị tật KHMVM trong nước nhằm mang lại nụ cười cho những trẻ bị dị tật. Thực tế, với nguồn lực hạn chế, những chương trình này chỉ tập trung vào phẫu thuật sửa chữa khiếm khuyết là chính. Trong khi đó, theo chương trình chăm sóc trẻ có dị tật KHMVM của Hội Khe hở vòm miệng-sọ mặt

Hoa Kỳ, điều trị cho nhóm đối tượng này không chỉ là phẫu thuật đơn thuần mà là một kế hoạch điều trị toàn diện, bao gồm hướng dẫn kỹ thuật chăm sóc vùng hàm mặt cho phụ huynh, nhu cầu dinh dưỡng, phẫu thuật tạo hình, kiểm tra khiếm khuyết đi kèm, phục hồi chức năng nghe nói, phát triển tâm sinh lý, chỉnh nha, phục hình răng, chữa răng...bắt đầu từ khi trẻ mới sinh kéo dài đến những năm trưởng thành, mới đảm bảo cho cá nhân có thể đạt được những phục hồi về thể chất, chức năng, thẩm mỹ cũng như khả năng hòa nhập cộng đồng như một đứa trẻ bình thường^{3,4}. Như vậy, cho đến nay vẫn còn nhiều loại hình chăm sóc và điều trị vẫn còn đang bỏ ngỏ đối với trẻ có dị tật KHMVM ở nước ta.

Để góp phần thu thập những thông tin cần thiết về tình trạng và nhu cầu chăm sóc răng miệng của nhóm trẻ có dị tật KHMVM cho việc lập kế hoạch điều trị, triển khai các chương trình phòng ngừa, đưa ra những biện pháp chăm sóc sức khỏe răng miệng ban đầu hợp lý, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với mục tiêu xác định tỉ lệ bệnh sâu răng, tình trạng vệ sinh răng miệng ở nhóm trẻ 1-5 tuổi có dị tật KHMVM và phân tích mối liên quan giữa tình trạng sâu răng và một

Trích dẫn bài báo này: Hiền N T M, Khanh N D, Vũ D H A. **Tình trạng sâu răng và một số yếu tố ảnh hưởng ở trẻ 1-5 tuổi dị tật khe hở môi – vòm miệng.** *Sci. Tech. Dev. J. - Health Sci.*; 2(2):177-184.

số yếu tố ảnh hưởng như trình độ văn hóa của phụ huynh, kinh tế - xã hội của gia đình, thói quen ăn uống và thói quen vệ sinh răng miệng ở trẻ.

ĐỐI TƯỢNG – PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

THIẾT KẾ NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu cắt ngang định hướng phân tích có sử dụng bảng câu hỏi.

ĐỐI TƯỢNG NGHIÊN CỨU

Dân số mục tiêu

Tất cả trẻ em từ 1-5 tuổi có dị tật KHMVM.

Dân số chọn mẫu

Đối với phần khảo sát các yếu tố ảnh hưởng đến tình trạng răng miệng ở trẻ: đối tượng nghiên cứu là cha/mẹ/người nuôi dưỡng có con em bị dị tật KHMVM đến khám và điều trị tại các bệnh viện có liên kết đào tạo với Khoa Răng Hàm Mặt, Đại học Y Dược TP.HCM.

Đối với phần khám tình trạng răng miệng: đối tượng nghiên cứu là trẻ em từ 1-5 tuổi có dị tật KHMVM tại các cơ sở y tế trên.

Tiêu chuẩn chọn mẫu

- Trẻ từ 1 – 5 tuổi
- Trẻ có KHM hoặc khe hở vòm miệng (KHMV) (có/không có KHM)
- Cha mẹ trẻ đồng ý tham gia nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ

- Bệnh nhân có khe hở miệng mặt có kèm các dị tật hoặc hội chứng khác.
- Bệnh nhân chưa có răng trên cung hàm.

Địa điểm nghiên cứu

- Bệnh viện Răng Hàm Mặt Trung Ương TP.HCM
- Bệnh viện Đại học Y Dược TP.HCM
- Bệnh viện Nhi Đồng 1 TP.HCM
- Bệnh viện Răng Hàm Mặt TP.HCM

Thời gian nghiên cứu

Từ tháng 11 năm 2014 đến tháng 05 năm 2015

PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Cỡ mẫu

Cỡ mẫu được tính theo công thức

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

Trong đó $Z_{1-\alpha/2}$ là trị số từ phân phối chuẩn với xác suất sai lầm loại I = 1,96; p là tỉ lệ % sâu răng = 0,87 (do trọng tâm đề tài chủ yếu là sâu răng)⁵; d là khoảng sai lệch cho phép 5% = 0,05. Cỡ mẫu trong nghiên cứu được tính toán là 174 trẻ.

Phương pháp chọn mẫu

Chọn mẫu thuận tiện: chọn các trẻ từ 1-5 tuổi dị tật KHMVM đủ điều kiện tham gia nghiên cứu tại 4 bệnh viện chuyên ngành Răng Hàm Mặt tại địa bàn TP.HCM.

Chỉ số đánh giá tình trạng răng miệng

Tình trạng sâu răng: mã số và tiêu chí ghi nhận sâu răng theo WHO (2013)⁶.

Tình trạng và vệ sinh răng miệng: nghiên cứu sử dụng chỉ số vệ sinh răng miệng đơn giản (OHI-S) do Green và Vermillion đề nghị năm 1964 để khám ghi nhận tình trạng mảng bám và vôi răng⁷.

Đội điều tra gồm có một điều tra viên khám lâm sàng và phỏng vấn phụ huynh, một thư ký ghi chép và một trợ thủ chuẩn bị và vô khuẩn dụng cụ. Trong đó, điều tra viên là bác sĩ Răng Hàm Mặt đã được huấn luyện định chuẩn với độ kiên định rất tốt (chỉ số kappa là 0,93), thư ký và trợ thủ cũng đã được huấn luyện thành thạo công việc.

Phương pháp khám, tiêu chí khám và ghi nhận, nhân lực, dụng cụ khám, vô khuẩn dụng cụ và phương tiện sử dụng trong quá trình khám đã được sự cho phép của Khoa Răng Hàm Mặt, Đại học Y Dược TP.HCM và đã được thông qua Hội đồng Y đức của Đại học Y Dược TP.HCM (số 275/DHYD-HD ngày 14/10/2014).

KẾT QUẢ VÀ THẢO LUẬN

Đặc điểm mẫu nghiên cứu

ghiên cứu được thực hiện trên trẻ từ 1-5 tuổi có dị tật KHMVM đến khám và điều trị tại 4 bệnh viện chuyên ngành Răng Hàm Mặt tại TP.HCM. Qua chọn mẫu thuận tiện, có 174 trẻ (119 trẻ từ 1-3 tuổi và 55 trẻ có độ tuổi từ 3-5 tuổi) đủ điều kiện tham gia nghiên cứu. Số lượng bệnh nhân trong mẫu nghiên cứu tại bệnh viện Đại học Y Dược TP.HCM chiếm tỉ lệ cao (36,8%). Lượng bệnh nhân tại các bệnh viện khác: bệnh viện Răng Hàm Mặt (RHM) TP.HCM, bệnh viện Nhi Đồng 1 và bệnh viện RHM Trung Ương

TP.HCM chiếm tỉ lệ tương đương nhau (lần lượt là 17,2%, 20,7% và 25,3%). Tỉ lệ trẻ gái được khảo sát nhiều hơn trẻ trai (55,2% so với 44,8%). Tỉ lệ trẻ trong nhóm 1-3 tuổi gấp 2 lần nhóm trẻ 3-5 tuổi (68,4% so với 31,6%). Chủ yếu bệnh nhân phân bố ở khu vực Đông Nam Bộ (ĐNB) và Đồng bằng sông Cửu Long (ĐBSCL).

Tỉ lệ sâu răng

Bảng 1: Tỉ lệ sâu, mất, trám răng ở trẻ có KHMVM

Đặc điểm	n	%
Sâu răng		
Có (ít nhất 1 răng sâu)	82	47,1
Không	92	52,9
Mất răng		
Có (mất ít nhất 1 răng)	2	1,2
Không	172	98,8
Trám răng		
Có (có ít nhất 1 răng trám tốt)	4	2,3
Không	170	97,7
Tổng cộng	174	100,0

Bảng 1 cho thấy tỉ lệ trẻ có ít nhất 1 răng sâu chiếm tương đối cao (47,1%). Số trẻ có răng mất chiếm tỉ lệ 1,2% và số trẻ có trám tốt là 2,3%. Số trẻ được trám răng rất thấp, điều này cho thấy việc sâu răng ở nhóm trẻ này chưa thực sự được quan tâm.

Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$) về tỉ lệ sâu răng theo giới. Tuy nhiên, phân bố trẻ bị sâu răng theo nhóm tuổi có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,001$). Cụ thể là tỉ lệ sâu răng ở nhóm tuổi 3-5 tuổi cao gấp 3 lần tỉ lệ sâu răng ở nhóm tuổi 1-3 tuổi (87,3% so với 28,6%).

Ở Việt Nam có hai nghiên cứu về tình trạng sức khỏe răng miệng của trẻ có dị tật KHMVM đều được tiến hành tại tỉnh Thừa Thiên Huế. Trần Thanh Phước (1999) nghiên cứu 98 trẻ có dị tật KHMVM từ 1-15 tuổi (trong đó có 28 trẻ 1-5 tuổi) ghi nhận tỉ lệ sâu răng ở nhóm trẻ này là 74,5% (1). Nguyễn Hồng Lợi nghiên cứu 185 trẻ có dị tật KHMVM ở độ tuổi từ 6-12 cho thấy tỉ lệ sâu răng là 87,6%⁵. Cả hai nghiên cứu đều nhận thấy rằng tỉ lệ sâu răng ở đối tượng này cao hơn trẻ bình thường. Tuy nhiên, kết quả nghiên cứu của chúng tôi là thấp khi so sánh với kết quả của hai tác giả Trần Thanh Phước (tỉ lệ sâu răng là 74,5%) và Nguyễn Hồng Lợi (87,6%). Điều này được giải thích là do sự khác nhau về độ tuổi trong nghiên cứu này so với 2

nghiên cứu trên, độ tuổi trong nghiên cứu của chúng tôi nhỏ hơn hai nghiên cứu trên rất nhiều. Mặt khác sau nhiều năm, với nhiều chương trình phẫu thuật miễn phí trên khắp cả nước thì trẻ có dị tật KHMVM đã và đang được quan tâm nhiều hơn, điều này có thể góp phần giảm tỉ lệ sâu răng.

Tỉ lệ trẻ sâu răng đến từ ĐBSCL là cao nhất (64,2%), kế đến là vùng Tây Nguyên (43,5%), vùng Duyên Hải Nam Trung Bộ (DHNTB) và ĐNB có tỉ lệ sâu răng gần như xấp xỉ nhau, chiếm tỉ lệ lần lượt là 37,9% và 38,2%. Dù tỉ lệ mẫu phân bố ở vùng ĐNB cao nhất nhưng tỉ lệ sâu răng gần như thấp nhất. Điều này có thể được giải thích do vùng ĐNB là vùng có cơ cấu kinh tế công nghiệp, nông nghiệp và dịch vụ phát triển hơn so với các vùng khác trong cả nước, là địa bàn thu hút mạnh lực lượng lao động có chuyên môn cao, từ công nhân lành nghề đến các kĩ sư, bác sĩ, các nhà khoa học, các nhà kinh doanh⁸, nên trẻ trong khu vực này có điều kiện chăm sóc răng miệng cũng như tiếp cận với các kiến thức về răng miệng tốt hơn, cũng như hưởng lợi ích từ các chương trình flour hoá nước máy.

Nghiên cứu của tác giả Moura (2013) về tỉ lệ sâu răng của 143 trẻ KHMVM từ 6-36 tháng tuổi tại Brazil là 18,9%, trung bình sâu mất trám là 0,47 thấp hơn rất nhiều so với nghiên cứu của chúng tôi là 3,4⁹. Điều này có thể được giải thích là do nhóm trẻ tham gia nghiên cứu của tác giả trên nằm trong chương trình phòng ngừa và được bổ sung fluor nên tỉ lệ sâu răng thấp hơn trẻ em bình thường mặc dù trẻ có KHMVM có nguy cơ sâu răng cao hơn. Qua đây cho thấy tầm quan trọng của các biện pháp dự phòng sâu răng ở trẻ em nói chung, nhất là ở trẻ có dị tật KHMVM².

Tình trạng vệ sinh răng miệng của trẻ 1-5 tuổi dị tật KHMVM

Bảng 2 cho thấy không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về tỉ lệ mảng bám theo giới, các dạng khe hở, hay giữa răng vùng trước và răng vùng sau. Tuy nhiên, nghiên cứu cho thấy tỉ lệ có mảng bám răng ở trẻ 3-5 tuổi cao hơn trẻ 1-3 tuổi ($p < 0,01$) điều này có thể do trẻ từ 1-3 tuổi có sự hỗ trợ chăm sóc nhiều hơn từ phụ huynh và ở độ tuổi này trẻ còn ăn những thức ăn tương đối lỏng. So sánh tỉ lệ mảng bám ở vùng răng trước và sau với một nghiên cứu khác trên thế giới cho thấy trên nhóm trẻ có khe hở, chỉ số mảng bám cao hơn có ý nghĩa ở vùng khe hở so với vùng răng sau ($p < 0,05$). Phân tích vi sinh cho thấy *Prevotella nigrescens* hiện diện 16,67% ở nhóm trẻ dị tật KHMVM và 11,11% ở nhóm không có khe hở, trong khi *Porphyromonas gingivalis* và *Treponema denticola* không phát hiện được ở cả hai nhóm. Tác giả này kết luận trẻ dị tật KHMVM có tình trạng viêm nướu nhiều hơn,

Bảng 2: Tỷ lệ mảng bám phân loại theo giới, vùng răng và dạng lâm sàng

Đặc điểm	Có mảng bám		Không mảng bám		Giá trị p
	n	%	n	%	
Giới					
Nam	66	84,6	12	15,4	0,277*
Nữ	75	78,1	21	21,9	
Nhóm tuổi					
1-3 tuổi	89	74,8	30	25,2	0,002*
3-5 tuổi	52	94,6	3	5,5	
Vùng địa lý					
Bắc Trung Bộ	1	100	0	0	0,227*
Duyên hải Nam Trung Bộ	21	72,4	8	27,6	
Tây Nguyên	17	73,9	6	26,1	
Đông Nam Bộ	54	79,4	14	20,6	
Đồng bằng Sông Cửu Long	48	90,6	5	9,4	
Hàm răng					
Trên	140	80,5	34	19,5	0,019**
Dưới	121	69,5	53	30,5	
Vùng răng					
Trước	114	65,5	60	34,5	0,423**
Sau	121	69,5	53	30,5	
Dạng khe hở					
KHM	8	61,5	5	38,5	0,084*
KHVM	45	77,6	13	22,4	
KHM-VM	88	85,4	15	14,6	

*: Kiểm định Chi bình phương

** : Kiểm định z so sánh sự khác biệt giữa 2 tỷ lệ

mặc dù có cùng mức độ mảng bám và tần suất các loại vi khuẩn¹⁰.

Một điều đáng chú ý tỷ lệ mảng bám răng hàm trên cao hơn răng hàm dưới có ý nghĩa thống kê. Lý do có thể là vì những ảnh hưởng của dị tật như cơ vòng môi không được kín, các vết sẹo sau nhiều lần phẫu thuật, sự gián đoạn cung răng, tình trạng răng mọc lệch lạc của cung răng hàm trên so với hàm dưới, đặc biệt là việc khó tiếp cận vùng khe hở để làm sạch gây khó khăn nhiều cho việc giữ gìn vệ sinh răng miệng^{5,11}.

Các yếu tố ảnh hưởng đến tình trạng sâu răng ở nhóm trẻ 1-5 tuổi dị tật KHMVM

Trong nghiên cứu này, chúng tôi chưa tìm thấy sự liên quan có ý nghĩa thống kê giữa sâu răng với các yếu tố

trình độ văn hóa của phụ huynh cũng như kinh tế - xã hội của gia đình trên nhóm trẻ có dị tật KHMVM. Theo ghi nhận của nhóm nghiên cứu, đa số các gia đình trong nghiên cứu có thu nhập dưới 5 triệu/ tháng (79,8%) và trình độ văn hóa thấp (72,5%), kết quả này tương tự với một nghiên cứu bệnh-chứng của Điển Hòa Anh Vũ¹². Hơn nữa, ảnh hưởng về mặt tâm lý khi trả lời bảng câu hỏi liên quan đến thu nhập cũng cần được xem xét đến. Mặt khác, theo y văn các yếu tố này chỉ được xem là chỉ báo sơ khởi và có khi không hiệu quả một khi không có sự hiện diện của các yếu tố nguy cơ khác¹³.

Kết quả phân tích hồi qui logistic đơn biến và đa biến ở Bảng 3 cho thấy các yếu tố ngậm bình ngủ ban đêm không ảnh hưởng đến tỷ lệ sâu răng, ổ lẩn chải răng mỗi ngày cũng không có mối liên quan đến tỷ lệ sâu

Bảng 3: Mô hình hồi qui logistic có hiệu chỉnh xét tương quan đa biến các yếu tố ảnh hưởng đến tình trạng sâu răng của trẻ

Đặc điểm	Mô hình thô			Mô hình hiệu chỉnh		
	OR	KTC 95%	Giá trị p	OR	KTC 95%	Giá trị p
(1) Nhóm tuổi	11,3	3,6-35,6	<0,001	11,6	3,7-36,2	<0,001
(2) Vùng địa lý						
Bắc Trung Bộ	1	-	-	1	-	-
Duyên hải Nam Trung Bộ	0,3	0,1-1,1	0,068	0,3	0,1-1,1	0,065
Tây Nguyên	0,3	0,1-1,1	0,060	0,3	0,1-1,2	0,078
Đông Nam Bộ	0,3	0,1-1,0	0,055	0,3	0,1-1,2	0,059
(3) Loại khe hở	1,9	0,8-4,9	0,164	2,0	0,8-5,0	0,148
(4) Trình độ học vấn của mẹ	1,2	0,7-2,1	0,525		N/A	
(5) Thu nhập gia đình	0,8	0,4-1,4	0,402	0,8	0,5-1,5	0,535
(6) Thời gian bú bình	2,1	0,9-5,0	0,110	2,0	0,8-4,7	0,132
(7) Bú bình ban đêm	3,2	0,8-12,3	0,095	3,5	1,0-12,5	0,059
(8) Ngậm bình ngủ đêm	1,2	0,5-2,8	0,751		N/A	
(9) Ngậm thức ăn	1,5	0,7-3,4	0,324	1,6	0,7-3,4	0,273
(10) Tần suất ăn ngọt	3,6	1,4-9,5	0,010	3,8	1,5-9,9	0,007
(11) VSRM sau khi bú bình	0,3	0,1-1,0	0,048	0,3	0,1-1,0	0,052
(12) Ba mẹ giúp bé chải răng	0,7	0,4-1,3	0,299	0,8	0,4-1,4	0,365
Giá trị p (χ^2) của mô hình		< 0,001			< 0,001	

Các yếu tố được chọn vào mô hình là các yếu tố liên quan đến tỉ lệ sâu răng với mức ý nghĩa thống kê từ 80% trở lên ($p \leq 0,2$) hoặc mức ý nghĩa thống kê dưới 80% ($p > 0,2$) nhưng đã được chứng minh qua y văn. Các yếu tố đó bao gồm:

- (1) Nhóm tuổi ("3-5 tuổi" so với "1-3 tuổi")
- (2) Vùng địa lý (so với "Đồng bằng Sông Cửu Long")
- (3) Loại khe hở ("KHMVM" so với "KHM/KHVM")
- (4) Trình độ học vấn của mẹ (tăng dần)
- (5) Thu nhập gia đình (tăng dần)
- (6) Thời gian bú bình (tăng dần)
- (7) Bú bình ban đêm (" > 2 bình/đêm" so với " ≤ 2 bình/đêm")
- (8) Ngậm bình ngủ đêm ("có" so với "không")
- (9) Ngậm thức ăn ("có" so với "không")
- (10) Tần suất ăn ngọt (tăng dần)
- (11) VSRM sau bú bình ("Lau bằng gạc" so với "Khác")
- (12) Ba mẹ giúp bé chải răng tại nhà (tần suất tăng dần)

răng. Kết quả này tương tự với nghiên cứu của Mutarai (2007), tác giả cho rằng thời điểm bắt đầu chải răng và cách thức chải không giảm được tác hại của việc tiêu thụ đường trong chế độ ăn¹⁴.

Xét tác động trực tiếp của tần suất ăn ngọt lên tỉ lệ sâu răng, nguy cơ sâu răng tăng 3,8 lần khi tần suất uống nước ngọt tăng dần. Trong nghiên cứu của tác giả Trần Thị Phương Đan cũng kết luận rằng có mối liên hệ giữa sâu răng và thức ăn ngọt, uống nước ngọt hoặc thêm đường vào thức uống trên trẻ em ở vùng ĐBSCL¹¹. Kết quả này cho thấy vai trò quan trọng của việc tiêu thụ đường trên tỉ lệ sâu răng. Vì vậy, cần có biện pháp tuyên truyền cho phụ huynh trong

các chương trình chăm sóc sức khỏe răng miệng nói chung và cho các trẻ có dị tật KHMVM nói riêng. Ngoài ra kết quả nghiên cứu còn cho thấy thời gian bú bình càng dài thì nguy cơ sâu răng tăng gấp 2 lần. Phương pháp VSRM bằng gạc sau khi bú bình phòng ngừa sâu răng gấp 3,3 lần so với các phương pháp khác như uống hoặc súc nước, ngậm bình sạch, hoặc không làm gì. Nuôi trẻ bằng bình sữa liên quan đến việc lượng nước bọt giảm, điều đó làm giảm khả năng trung hoà nước bọt và có thể gây ra việc thức ăn còn đọng lại trên răng và kéo dài dẫn đến sự lên men của cacbonhydrate gây sâu răng. Kết quả này tương tự với kết quả nghiên cứu của Mutarai, nghiên cứu này

kết luận rằng việc thời gian bú bình và tần suất tiêu thụ các sản phẩm có đường thì có liên quan chặt chẽ với sâu răng, sự chăm sóc răng miệng từ người nuôi dưỡng quan trọng hơn là tình trạng bệnh tật¹⁴. Qua đây cho thấy vai trò kiến thức và kĩ năng chăm sóc trẻ của cha mẹ là vô cùng quan trọng.

Ngoài ra, xét tác động trực tiếp của độ tuổi lên tỉ lệ sâu răng, trẻ thuộc nhóm tuổi 3-5 tuổi có nguy cơ sâu răng gấp 11,6 lần nhóm 1-3 tuổi. Điều này có thể được giải thích là do sự tác động của yếu tố thời gian trong việc tích lũy các yếu tố nguy cơ sâu răng. Kết quả này phù hợp với hầu hết các nghiên cứu trên nhóm trẻ bình thường cũng như có dị tật KHMVM³.

Xét tác động của yếu tố địa dư lên tỉ lệ sâu răng, trẻ tại các vùng ĐBSCL có nguy cơ sâu răng cao hơn trẻ em các vùng khác gấp 3,3 lần. Kết quả này phù hợp với điều kiện kinh tế và hoàn cảnh xã hội của khu vực. Vùng ĐBSCL chủ yếu phát triển về nông nghiệp, các ngành dịch vụ còn phát triển kém, cơ sở hạ tầng về y tế và giáo dục còn chưa đầy đủ. So với các vùng trong cả nước, điều kiện kinh tế - xã hội còn nhiều khó khăn, thiếu lao động lành nghề, cán bộ khoa học - kĩ thuật, mức sống người dân còn thấp, tỉ lệ người chưa biết đọc, biết viết còn cao⁸. Như vậy khi tiến hành các chương trình chăm sóc răng miệng cho nhóm trẻ dị tật KHMVM cần đặc biệt quan tâm và chú ý hơn tới nhóm trẻ ở vùng ĐBSCL.

Tuy nghiên cứu này thực hiện quy trình lấy mẫu thuận tiện và giới hạn trong phạm vi của 4 bệnh viện lớn tại TPHCM nhưng kết quả của nghiên cứu có thể phản ánh phần nào những đặc điểm riêng biệt và các yếu tố liên quan đến sức khỏe răng miệng của nhóm trẻ dị tật KHMVM. Từ đó, những thông tin này có thể là thông tin tham khảo có giá trị cho việc lập kế hoạch điều trị, triển khai các chương trình phòng ngừa, đưa ra những biện pháp chăm sóc sức khỏe răng miệng hợp lý cho nhóm trẻ này trong cộng đồng.

Nghiên cứu của chúng tôi cũng có thể mở ra những hướng nghiên cứu sâu rộng hơn trong tương lai để giải quyết những vấn đề sức khỏe răng miệng còn tồn tại ở trẻ dị tật KHMVM như mối liên hệ giữa tình trạng răng miệng và mức độ trầm trọng của dị tật.

Đề tài cũng thể hiện giá trị nhân văn sâu sắc khi đề cập đến vấn đề sức khỏe ở nhóm đối tượng đặc biệt – trẻ dị tật KHMVM – vốn ít được quan tâm và đề cập trong các nghiên cứu trong nước hiện nay. Chúng tôi hy vọng rằng, qua việc thực hiện nghiên cứu này, sẽ góp phần giúp các nhà nghiên cứu, các nhà hoạt động xã hội, các nhà hoạch định chính sách, các nhà lâm sàng và cộng đồng... có sự chú trọng hơn đối với nhóm trẻ

dị tật KHMVM nói riêng và những người khuyết tật nói chung, giúp họ có một cuộc sống chất lượng hơn, tốt đẹp hơn.

KẾT LUẬN

Tỉ lệ sâu răng là 47,1%, nhóm trẻ 3-5 tuổi cao gấp 3 lần nhóm trẻ 1-5 tuổi. Tỉ lệ trẻ sâu răng theo vùng địa dư có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê, cao nhất ở vùng ĐBSCL và thấp nhất ở vùng DHNTB. Trung bình sâu mất trám là 3,4, trong đó chỉ số sâu chiếm phần lớn. Trẻ thuộc nhóm tuổi 3-5 tuổi có nguy cơ sâu răng gấp 11,6 lần nhóm 1-3 tuổi. Trẻ tại các vùng ĐBSCL nguy cơ sâu răng gấp 3,3 lần trẻ ở các vùng khác.

Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về tỉ lệ mảng bám giữa trẻ trai và gái, các dạng khe hở, hay giữa răng vùng trước và răng vùng sau. Tuy nhiên, tỉ lệ này khác nhau có ý nghĩa thống kê giữa 2 nhóm tuổi và giữa hàm trên và hàm dưới.

Thời gian bú bình càng dài thì nguy cơ sâu răng tăng gấp 2 lần. Phương pháp VSRM bằng gạc sau khi bú bình phòng ngừa sâu răng tốt hơn gấp 3,3 lần so với các phương pháp khác như uống hoặc súc nước, ngâm bình sạch, hoặc không làm gì. Nguy cơ sâu răng tăng 3,8 lần khi tần suất sử dụng đường tăng dần. Các yếu tố như dạng khe hở, trình độ văn hoá của phụ huynh và yếu tố kinh tế - xã hội của gia đình không có ảnh hưởng đến tình trạng sâu răng ở trẻ trong nghiên cứu này.

DANH MỤC TỪ VIẾT TẮT

DHNTB: Duyên Hải Nam Trung Bộ

ĐBSCL: Đồng bằng sông Cửu Long

ĐNB: Đông Nam Bộ

KHM: Khe hở môi

KHMVM: Khe hở môi và vòm miệng

KHVM: Khe hở vòm miệng

RHM: Răng Hàm Mặt

TPHCM: Thành phố Hồ Chí Minh

VSRM: Vệ sinh răng miệng

WHO: Tổ chức sức khỏe thế giới

XUNG ĐỘT LỢI ÍCH

Nhóm tác giả cam kết rằng không có xung đột lợi ích trong nghiên cứu này.

ĐÓNG GÓP CỦA CÁC TÁC GIẢ

Nguyễn Thị Minh Hiền thiết kế nghiên cứu, thu thập và xử lý số liệu. Ngô Đồng Khanh lên ý tưởng, thiết kế nghiên cứu, thu thập và xử lý số liệu. Diên Hòa Anh Vũ viết bài, chỉnh sửa và hoàn thiện bản thảo.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Phước TT. Tình hình sức khỏe răng miệng của trẻ khe hở môi-hàm ếch tại tỉnh Thừa Thiên- Huế [Luận văn thạc sỹ Y học]: Đại học Y Dược TPHCM. 2003;.
2. Sơn LV. Bệnh lý và phẫu thuật hàm mặt. 1 ed: Nhà xuất bản Giáo dục Việt Nam. 2013;.
3. King NM, Wong WL, Wong HM. Caries experience of chinese children with cleft lip and palate. *Cleft Palate Craniofac J.* 2013;50(4):448-55;PMID: 22376053. Available from: <https://doi.org/10.1597/11-133>.
4. Mossey P, Little J. Addressing the challenges of cleft lip and palate research in India. *Indian J Plast Surg.* 2009;42 Suppl:S9-S18;Available from: <https://doi.org/10.1055/s-0039-1699372>.
5. Lợi NH. Tình hình sâu răng và hiệu quả dự phòng sâu răng bằng trám bít hố rãnh trên trẻ bị khe hở môi vòm miệng tại tỉnh Thừa Thiên Huế [Luận án Tiến sỹ Y học]: Đại học Răng Hàm Mặt. 2007;.
6. World Health Organization. Oral health surveys: basic methods. 2013;.
7. Greene JC, Vermillion JR. The Simplified Oral Hygiene Index. *J Am Dent Assoc.* 1964;68:7-13;PMID: 14076341. Available from: <https://doi.org/10.14219/jada.archive.1964.0034>.
8. Bộ Giáo dục và Đào tạo. Địa lý 12. 7 ed: Nhà xuất bản Giáo dục Việt Nam; 2014;.
9. Moura AM, Andre M, Lopez MT, Dias RB. Prevalence of caries in Brazilian children with cleft lip and/or palate, aged 6 to 36 months. *Braz Oral Res.* 2013;27(4):336-41;PMID: 23568267. Available from: <https://doi.org/10.1590/S1806-83242013005000009>.
10. Costa B, Lima JE, Gomide MR, Rosa OP. Clinical and microbiological evaluation of the periodontal status of children with unilateral complete cleft lip and palate. *Cleft Palate Craniofac J.* 2003;40(6):585-9;PMID: 14577819. Available from: <https://doi.org/10.1597/01-083>.
11. Đan TTP. Tình trạng sức khỏe răng miệng của người dân Đồng Bằng Sông Cửu Long và các yếu tố liên quan [Luận án Tiến sỹ Y học]: Đại học Y Dược TPHCM. 2012;.
12. Dien VHA, McKinney CM, Pisek A, Pitiphat W. Maternal exposures and risk of oral clefts in South Vietnam. *Birth Defects Res.* 2018;110(6):527-37;PMID: 29322637. Available from: <https://doi.org/10.1002/bdr2.1192>.
13. Dahllof G, Ussisoo-Joandi R, Ideberg M, Modeer T. Caries, gingivitis, and dental abnormalities in preschool children with cleft lip and/or palate. *Cleft Palate J.* 1989;26(3):233-7; discussion 7-8;.
14. Mutarai T, Ritthagol W, Hunsrisakhun J. Factors influencing early childhood caries of cleft lip and/or palate children aged 18 to 36 months in southern Thailand. *Cleft Palate Craniofac J.* 2008;45(5):468-72;PMID: 18788870. Available from: <https://doi.org/10.1597/07-017.1>.

Dental caries status and risk factors among 1–5-year-old children with cleft lip and palate

Nguyen Thi Minh Hien¹, Ngo Dong Khanh², Dien Hoa Anh Vu^{3,*}



Use your smartphone to scan this QR code and download this article

¹Adora Sai Gon Dental clinic, Bien Hoa, Dong Nai.

²Vietnam Odonto Stomatological Association, Faculty of Public health, University of Medicine and Pharmacy at Ho Chi Minh City.

³Department of Dental Public Health, Faculty of Odonto-Stomatology, University of Medicine and Pharmacy at Ho Chi Minh City.

Correspondence

Dien Hoa Anh Vu, Department of Dental Public Health, Faculty of Odonto-Stomatology, University of Medicine and Pharmacy at Ho Chi Minh City.

Email: dienhoaanhv@ump.edu.vn

History

- Received: 02-6-2021
- Accepted: 02-7-2021
- Published: 24-7-2021

DOI : 10.32508/stdjhs.v2i2.470



Copyright

© VNU-HCM Press. This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution 4.0 International license.



ABSTRACT

Background: Dental caries is one of the most prevalent oral diseases, and especially more serious in people at risk such as children with cleft lip – palate. Understanding their oral status and the influencing factors will help in preventing tooth decay and improving dental health. **Objective:** To determine the prevalence of dental caries and risk factors in children from 1 to 5 years old with cleft lip and palate. **Method:** A cross-sectional study was conducted on 174 children from 1 to 5 years old with cleft lip and palate at the hospitals affiliated with Odonto-Stomatology faculty, University of Medicine and Pharmacy at Ho Chi Minh City. After a child had been examined for dental caries, his or her father/mother was directly interviewed with a questionnaire to investigate factors affecting the condition of dental caries. Descriptive and inferential statistics were performed using logistic regression. **Results:** The prevalence of dental caries is 47.1%. The rate of caries in children aged 3-5 years is 3 times higher than that in children aged 1-5 (87.3% and 28.6%, respectively). The percentage of children with caries by geographic region has a statistically significant difference ($p < 0.05$). The highest proportion of dental caries was found in children from the Mekong River Delta (Mekong Delta) (64.2%), the lowest one was those from the South Central Coast (43.5%). The oral hygiene method with gauze after bottle-feeding prevents dental caries 3.3 times better than other methods. Other factors such as cleft form, parents' educational level and socioeconomic status of the family have no effect on children's dental caries. **Conclusion:** Children from 1 to 5 years old with cleft lip – palate had high prevalence of dental caries. Attention should be paid to bottle feeding time, oral hygiene method and frequency of sugar consumption to prevent dental caries. **Key words:** dental caries, cleft lip and palate, risk factors

Cite this article : Hien N T M, Khanh N D, Vu D H A. Dental caries status and risk factors among 1–5-year-old children with cleft lip and palate . *Sci. Tech. Dev. J. - Health Sci.*; 2(2):177-184.