

TÌNH TRẠNG SỨC KHỎE RĂNG MIỆNG VÀ CHẤT LƯỢNG CUỘC SỐNG CỦA TRẺ KHE HỖ MÔI VÒM MIỆNG TỪ 6 - 12 TUỔI

Đinh Thị Như Thảo^{1,2,✉}, Lê Trung Chánh³, Nguyễn Ngọc Vân Phương²

¹Bệnh viện Nhi Đồng 1

²Trường Đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch

³Bệnh viện Răng Hàm Mặt trung ương

Nghiên cứu cắt ngang trên 140 trẻ khe hở môi - vòm miệng từ 6 đến 12 tuổi tại Bệnh viện Nhi Đồng 1 nhằm mô tả tình trạng sức khỏe răng miệng và chất lượng cuộc sống liên quan đến sức khỏe răng miệng, sử dụng khám lâm sàng (chỉ số SMT/smt, OHI-S, IOTN) và bộ công cụ Child-OIDP. Kết quả cho thấy tình trạng sức khỏe răng miệng của nhóm trẻ này rất kém, với tỷ lệ sâu răng chung lên đến 86,43% (smt-r trung bình 3,72; SMT-R trung bình 2,01), chỉ số vệ sinh răng miệng (OHI-S) ở mức trung bình ($2,08 \pm 0,15$), và gần như toàn bộ trẻ (99,3%) có sai khớp cắn nặng cần điều trị (IOTN-DHC). Tình trạng này kéo theo những ảnh hưởng tiêu cực đáng kể đến chất lượng cuộc sống, với 66,58% trẻ bị ảnh hưởng lên ít nhất một hoạt động sống hàng ngày. Các hoạt động bị tác động nhiều nhất là phát âm (74,29%), cười (72,1%) và ăn nhai (69,3%). Tóm lại, trẻ khe hở môi - vòm miệng 6 - 12 tuổi đối mặt với gánh nặng lớn về sâu răng và viêm nướu gây suy giảm rõ rệt chất lượng cuộc sống. Nghiên cứu kết luận rằng cần có các chương trình can thiệp toàn diện, chuyên biệt nhằm cải thiện SKRM để nâng cao chất lượng sống cho nhóm trẻ dị tật này.

Từ khóa: Khe hở môi vòm miệng, sức khỏe răng miệng, chất lượng cuộc sống, Child-OIDP, trẻ em.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Khe hở môi vòm miệng (KHM-VM) là một trong những dị tật bẩm sinh phổ biến nhất vùng sọ mặt, với tỷ lệ mắc khoảng 1,7/1000 trẻ sơ sinh trên toàn cầu, và tại Việt Nam, tỷ lệ này được ghi nhận là 1/709.¹ Dị tật này không chỉ là một khiếm khuyết về mặt thẩm mỹ đơn thuần mà còn là một vấn đề sức khỏe phức tạp, ảnh hưởng đến chức năng ăn nhai, phát âm, hô hấp và đặc biệt là sức khỏe răng miệng (SKRM).²

Cấu trúc giải phẫu bất thường do KHM-VM gây ra tạo nên những vùng khó tiếp cận để vệ sinh. Điều này dẫn đến sự tích tụ mảng bám dễ dàng, làm tăng đáng kể nguy cơ mắc các bệnh lý như sâu răng và viêm nha chu.³ Nghiên

cứu của Antunes và cộng sự (2014) còn cho thấy mối liên hệ giữa biến đổi gen TGFB3 với khả năng mắc sâu của trẻ dị tật KHM-VM cao hơn trẻ bình thường.⁴ Hơn nữa, gần như tất cả trẻ KHM-VM đều phải đối mặt với tình trạng sai khớp cắn nghiêm trọng, đòi hỏi quá trình điều trị chỉnh nha phức tạp và kéo dài. Bên cạnh đó, trẻ phải trải qua nhiều cuộc phẫu thuật tạo hình từ nhỏ, khiến việc chăm sóc và duy trì SKRM càng trở nên thách thức.

Hậu quả của tình trạng SKRM kém kéo dài không chỉ dừng lại ở các vấn đề thể chất. Nó tác động tiêu cực đến chất lượng cuộc sống (CLCS) của trẻ một cách toàn diện. Các khó khăn về chức năng (ăn nhai, phát âm) và thẩm mỹ (nụ cười) có thể dẫn đến sự tự ti, ngại giao tiếp, bị cô lập xã hội, thậm chí ảnh hưởng đến kết quả học tập.⁵⁻⁷ Nhiều nghiên cứu sử dụng các công cụ như Child-OIDP đã khẳng định trẻ em và thanh thiếu niên mắc KHM-VM có CLCS

Tác giả liên hệ: Đinh Thị Như Thảo

Bệnh viện Nhi Đồng 1

Email: thaodinhthinhnu85@gmail.com

Ngày nhận: 31/10/2025

Ngày được chấp nhận: 25/11/2025

thấp hơn đáng kể so với trẻ bình thường.^{8,9}

Tại Việt Nam, mặc dù đã có một số nghiên cứu về tình hình sâu răng ở trẻ KHM-VM, chẳng hạn như nghiên cứu của Nguyễn Dân Lợi (2007) tại Thừa Thiên Huế hay Nguyễn Thị Minh Hiền (2021) nhưng các nghiên cứu toàn diện kết hợp đánh giá đồng thời SKRM và CLCS liên quan SKRM bằng công cụ Child-OIDP của trẻ KHM-VM còn hạn chế.^{10,11} Điều này gây cản trở việc xây dựng chương trình can thiệp toàn diện và chuyên biệt.

Từ thực trạng trên, chúng tôi thực hiện nghiên cứu “Tình trạng sức khỏe răng miệng và chất lượng cuộc sống của trẻ khe hở môi vòm miệng từ 6 - 12 tuổi”. Nghiên cứu nhằm trả lời câu hỏi “Tình trạng sức khỏe răng miệng có ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống liên quan SKRM của trẻ KHM-VM 6 - 12 tuổi không? Từ đó, cung cấp một cái nhìn tổng quan hệ thống về gánh nặng bệnh tật làm cơ sở đề xuất các giải pháp can thiệp toàn diện, góp phần nâng cao cả sức khỏe thể chất lẫn tinh thần cho nhóm đối tượng dị tật này.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

1. Đối tượng

Chọn tất cả các trẻ được chẩn đoán KHM-VM, từ 6 - 12 tuổi đến khám tại Khoa Răng Hàm Mặt, Bệnh viện Nhi Đồng 1 từ tháng 7/2024 đến tháng 9/2025. Tổng số trẻ được mời tham gia là 150 trẻ, có 140 trẻ đồng ý tham gia (tỷ lệ tham gia thực tế là 93,33%).

Tiêu chuẩn chọn mẫu

Trẻ từ 6 - 12 tuổi được chẩn đoán KHM-VM, phụ huynh hoặc người giám hộ đồng ý cho trẻ tham gia nghiên cứu, đã từng được phẫu thuật, đang trong quá trình điều trị và theo dõi định kỳ tại Bệnh viện Nhi Đồng 1.

Tiêu chuẩn loại trừ bao gồm trẻ có dị tật sọ mặt khác, rối loạn nhận thức hoặc hành vi nghiêm trọng.

2. Phương pháp

Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu cắt ngang.

Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu

Cỡ mẫu tối thiểu được tính toán theo công thức ước lượng cho một tỷ lệ trong quần thể:

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

Trong đó: $Z = 1,96$ (với độ tin cậy 95%), $p = 0,87$ (tỷ lệ sâu răng ước tính từ nghiên cứu của Nguyễn Dân Lợi, (2007), $d = 0,1$.¹⁰ Dự kiến mất mẫu 10%, cỡ mẫu tối thiểu cần thu thập là 106.

Phương pháp chọn mẫu

Theo phương pháp thuận tiện.

Phương pháp thu thập số liệu:

Phiếu điều tra sức khỏe răng miệng theo mẫu WHO 2013.

Bộ câu hỏi thu thập thông tin chung và thông tin về các vấn đề răng miệng đã gặp trong 3 tháng qua theo bộ chỉ số Child-OIDP.

Phiếu ghi nhận chỉ số Child-OIDP phiên bản tiếng việt để đánh giá tác động của các vấn đề răng miệng (mức độ trầm trọng, tần suất, nguyên nhân) lên 8 hoạt động hàng ngày của trẻ bao gồm ăn nhai, phát âm, VSRM, ngủ/ngủ nghỉ ngơi, cười, trạng thái tinh thần, học tập và giao tiếp.

- Chỉ số sâu răng được xác định theo phân loại của WHO 2013.

- Trẻ được coi là bị ảnh hưởng nếu ghi nhận có bất kỳ vấn đề răng miệng nào gây tác động đến một trong 8 hoạt động sống hàng ngày trong 3 tháng qua (Mức độ ảnh hưởng ≥ 1 hoặc Tần suất ≥ 1). Tính điểm Child-OIDP: Điểm tác động được tính bằng cách nhân điểm Mức độ trầm trọng (Severity) với Tần suất (Frequency) của vấn đề răng miệng lên từng hoạt động. Điểm Child-OIDP tổng là tổng điểm tác động của 8 hoạt động.

Dụng cụ khám răng miệng: gương, thám trâm, kẹp gấp, khay, cây thăm dò túi nha chu theo tiêu chuẩn WHO, que đo lưỡi.

Kiểm soát sai lệch thông tin

Nhóm nghiên cứu bao gồm 1 bác sĩ răng hàm mặt, 1 bác sĩ chỉnh nha và 2 điều tra viên. Điều tra viên trực tiếp khám và ghi nhận tình trạng SKRM đã được tập huấn định chuẩn dưới sự hướng dẫn của giảng viên Đại học Y Dược, TP. Hồ Chí Minh. Quy trình phỏng vấn Child-OIDP cũng được chuẩn hóa để đảm bảo sự nhất quán trong cách đặt câu hỏi và ghi nhận câu trả lời. Phỏng vấn được tiến hành trực tiếp với cha/ mẹ hoặc người chăm sóc chính của trẻ. Người phỏng vấn đọc câu hỏi và người được phỏng vấn trả lời. Độ tin cậy giữa các điều tra viên được đánh giá bằng chỉ số Kappa từ 0,73 đến 0,90. Độ kiên định nội tại của mỗi điều tra viên đạt từ 85% - 95%.

Phương pháp xử lý và phân tích số liệu

Số liệu được nhập với phần mềm Microsoft Excel và được xử lý, phân tích thống kê bằng phần mềm SPSS20.0.

Thống kê mô tả: biến định tính (giới tính, loại KHM-VM, nhóm tuổi, sâu răng, viêm nướu, sai khớp cắn) trình bày dưới dạng tần số và tỉ lệ phần trăm. Biến định lượng (S-R, T-R, M-R, SMT-R, điểm Child-OIDP) phân phối không chuẩn trình bày dưới dạng trung vị và khoảng tứ phân vị, trung bình và độ lệch chuẩn để so sánh với các nghiên cứu khác.

Các biến tuổi, giới tính và loại dị tật KHM-VM được xác định là những yếu tố có khả năng gây nhiễu đối với mối liên quan giữa tình trạng SKRM và CLCS liên quan SKRM. Để hạn chế

sai lệch và đảm bảo tính chính xác của kết quả ba biến này được đưa vào tất cả các mô hình hồi quy tuyến tính đa biến. Việc điều chỉnh đồng thời ba yếu tố này giúp tăng độ chính xác và tính khách quan của các ước lượng kết quả, hạn chế sai lệch do phân bố không đồng đều giữa các nhóm trẻ.

Phân tích hồi quy đa biến để khảo sát mối liên quan giữa biến độc lập (nhóm tuổi, giới tính, loại dị tật, nơi sống, sâu răng, viêm nướu, OHI-S, IOTN) và biến phụ thuộc (Child-OIDP). Những biến có kết quả $p < 0,05$ được xem là kết hợp có ý nghĩa thống kê.

3. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu đã được xét duyệt và thông qua Hội đồng Đạo đức trong nghiên cứu Y Sinh - Bệnh viện Nhi Đồng 1 theo giấy chứng nhận số 483/GCN-BVND1 ngày 03 tháng 10 năm 2024.

III. KẾT QUẢ

1. Đặc điểm mẫu nghiên cứu

Tổng số 140 trẻ tham gia, tuổi trung bình là $9,19 \pm 2,15$ tuổi, nhóm 6 - 9 tuổi chiếm tỉ lệ 58,57% cao hơn nhóm 10-12 tuổi chiếm tỉ lệ 41,43%. Tỷ lệ nam (58,6%) cao hơn nữ (41,4%). KHM-VM một bên chiếm tỉ lệ cao nhất (62,9%) trong đó KHM-VM trái chiếm 44,3% cao hơn KHM-VM phải 18,6%, tiếp đến là KHM-VM hai bên (29,3%), khe hở vòm đơn thuần chiếm tỉ lệ thấp nhất là (7,9%). Bệnh nhân chủ yếu ở ngoại thành chiếm tỉ lệ 86,4%, nội thành (Tp. HCM) chiếm tỉ lệ 13,6%. Đa số gia đình có thu nhập trung bình và thấp (82,2%), trình độ học vấn của cha mẹ chủ yếu là trung học phổ thông trở xuống chiếm 75%.

Bảng 1. Đặc điểm chung của mẫu nghiên cứu (n = 140)

Đặc điểm	KHM-VM 1 bên		KHM-VM2 bên Tần số (%)	KHVM Tần số (%)	p
	KHM-VM T	KHM-VM P			
	Tần số (%)	Tần số (%)			
Giới tính	Nam	36 (25,7)	18 (12,9)	25 (17,9)	0,135
	Nữ	26 (1,6)	8 (5,7)	16 (11,4)	
	Chung	62 (44,3)	26 (18,6)	41 (29,3)	
Nhóm tuổi	6 - 9 tuổi	34 (24,3)	16 (11,4)	23 (16,4)	0,408
	10 - 12 tuổi	28 (20)	10 (7,1)	18 (12,1)	
	Chung	62 (44,3)	26 (18,6)	41 (29,3)	

Kiểm định Fisher's Exact

Không có mối liên hệ có ý nghĩa thống kê giữa loại dị tật khe hở môi-vòm miệng với giới tính hay nhóm tuổi trong mẫu nghiên cứu này.

2. Tình trạng sức khỏe răng miệng

- **Sâu răng:** Tỷ lệ sâu răng vĩnh viễn là 38,57%, tỷ lệ sâu răng sữa là 74,86%, tỷ lệ sâu răng chung 86,43%, tỷ lệ thiếu răng bẩm sinh là 40,7%. Chỉ số smt-r (răng sữa) là $3,72 \pm 2,22$, trong đó thành phần sâu (s-r) chiếm chủ yếu ($3,35 \pm 2,10$). Chỉ số SMT-R (răng vĩnh viễn) là

$2,01 \pm 1,68$.

- **Viêm nướu:** 32,1% trẻ có biểu hiện chảy máu nướu khi thăm dò (CPI). Chỉ số vệ sinh răng miệng OHI-S là $2,08 \pm 0,15$, phản ánh tình trạng VSRM ở mức trung bình.

- **Sai khớp cắn:** Theo IOTN-DHC, 99,3% trẻ ở mức 5 (rất cần điều trị). Theo IOTN-AC, điểm thẩm mỹ phân bố chủ yếu ở mức 6 (36,4%) và 7 (17,9%), cho thấy vấn đề thẩm mỹ từ trung bình đến nặng.

Bảng 2. Tình trạng sâu răng và vệ sinh răng miệng của trẻ KHM-VM

Chỉ số	Hệ răng sữa TB $\pm$ ĐLC	Trung vị	Khoảng tứ phân vị (25; 75)	Hệ răng vĩnh viễn TB $\pm$ ĐLC	Trung vị	Khoảng tứ phân vị (25; 75)	p
Chỉ số s-r	$3,35 \pm 2,10$	4,13	1,2; 5,26	$1,99 \pm 1,56$	1,86	1,86; 3,69	< 0,001
Chỉ số m-r	$0,18 \pm 0,03$	0	0; 1	$0,5 \pm 0,69$	0	0; 1	0,15
Chỉ số t-r	$0,19 \pm 0,09$	3,8	0; 2	$0,55 \pm 1,61$	0	0; 0	0,084
Chỉ số smt-r	$3,56 \pm 2,33$	4,2	4,2; 5,3	$2,03 \pm 1,57$	3	0,86; 3,79	< 0,001

Kiểm định Mann-Whitney

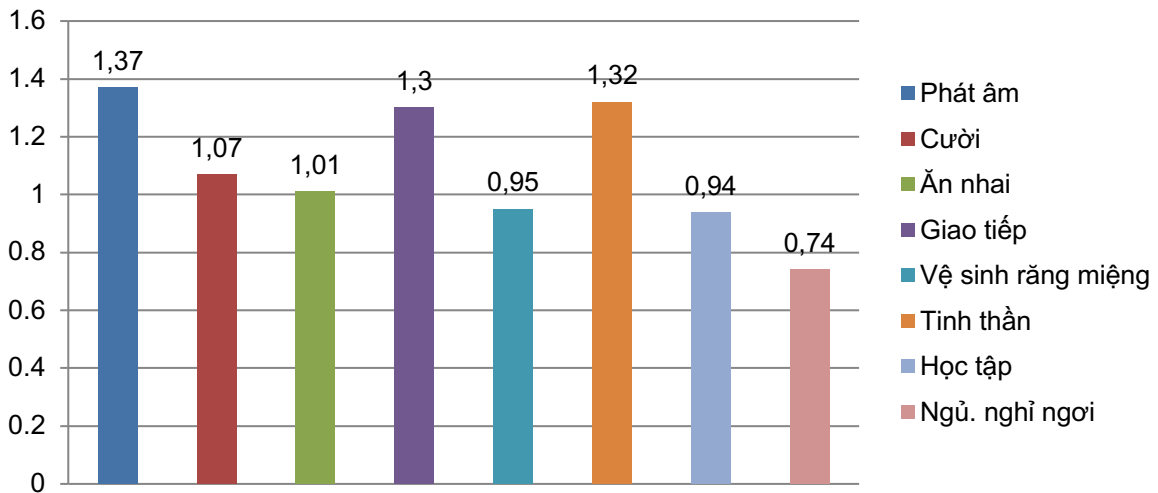
Tỷ lệ sâu răng và sâu mất trám ở hệ răng sữa cao hơn răng vĩnh viễn. Sự khác biệt giữa chỉ số sâu răng và sâu mất trám giữa răng vĩnh viễn và răng sữa có ý nghĩa thống kê $p < 0,001$.

3. Chất lượng cuộc sống liên quan đến sức khỏe răng miệng

Tỷ lệ trẻ bị ảnh hưởng: 66,58% trẻ (93/140) báo cáo có ít nhất một hoạt động sống bị ảnh hưởng bởi vấn đề răng miệng trong 3 tháng qua. Mức độ ảnh hưởng đến các hoạt động:

Các hoạt động bị ảnh hưởng với tỷ lệ cao nhất là: Phát âm (74,29%), Cười (72,1%), Ăn nhai (69,3%) và Giao tiếp (67,9%). Điểm số Child-OIDP: Điểm tác động trung bình chung là $1,04 \pm 1,42$. Trong đó, hoạt động phát âm có điểm trung bình cao nhất ($1,37 \pm 1,62$) (Biểu đồ 1).

Điểm Child-OIDP



Biểu đồ 1. Điểm chất lượng cuộc sống liên quan sức khỏe răng miệng (Child-OIDP)

Bảng 3. Mối liên quan giữa tình trạng SKRM và CLCS liên quan SKRM của trẻ dị tật KHM-VM

Đặc điểm	Biến số	B	SE	KTC 95%	β	p
Dịch tể học	Nhóm tuổi	-0,08	0,09	-0,26 – 0,10	-0,06	0,389
	Giới tính	-0,04	0,09	-0,22 – 0,14	-0,03	0,642
	Loại dị tật	-0,07	0,04	-0,14 – 0,00	-0,14	0,053
	Nơi sống	-0,37	0,13	-0,63 – -0,12	-0,20	0,005
Tình trạng SKRM	Sâu răng	0,30	0,10	0,10 – 0,50	0,22	0,004
	Viêm nướu	0,34	0,10	0,15 – 0,53	0,26	0,001
	OHI-S	-0,01	0,04	-0,09 – 0,07	-0,03	0,759
Sai khớp cắn	IOTN_DHC	0,16	0,27	-0,36 – 0,68	0,04	0,554
	IOTN_AC	-0,04	0,04	-0,11 – 0,04	-0,08	0,345

B: hệ số, SE: sai số chuẩn, β : Hệ số phương trình hồi quy tuyến tính, $R^2=43,6\%$

Sâu răng, viêm nướu và nơi sống là yếu tố dự báo quan trọng cho việc giảm CLCS của trẻ KHM-VM.

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi cung cấp một bức tranh toàn diện về gánh nặng kép mà trẻ KHM-VM từ 6 - 12 tuổi phải đối mặt: vừa là tình trạng SKRM rất kém, vừa là sự suy giảm đáng kể CLCS.

Về tình trạng SKRM

Tỷ lệ sâu răng chung 86,43% và chỉ số smt-r cao (3,72) không chỉ cao hơn tỷ lệ chung ở trẻ em Việt Nam mà còn tương đồng với các báo cáo tại các quốc gia có điều kiện tương tự, khẳng định đây là vấn đề toàn cầu ở nhóm đối tượng này.¹² Sự chênh lệch lớn về chỉ số sâu răng giữa hệ sữa và hệ vĩnh viễn ($p < 0,001$) phản ánh giai đoạn chuyển tiếp răng và có thể do răng sữa nằm trong môi trường miệng lâu hơn, đồng thời chịu ảnh hưởng của chế độ ăn và thói quen vệ sinh từ sớm. Điều đáng chú ý là chỉ số trám răng (t-r/T-R) cực kỳ thấp ở cả hai hệ răng, phản ánh rào cản trong việc tiếp cận dịch vụ chăm sóc nha khoa điều trị. Điều này có thể là do thu nhập thấp và trình độ học vấn của ba mẹ trẻ chủ yếu từ trung học phổ thông trở xuống nên nhận thức về tầm quan trọng của sức khỏe răng miệng không cao.

Chỉ số OHI-S trung bình 2,08 cho thấy tình trạng vệ sinh răng miệng ở mức kém. Kết quả này cũng phù hợp với nghiên cứu của Franco và cộng sự (2018), nơi mà nhóm can thiệp bằng giáo dục sức khỏe và tư vấn động lực đã cải thiện đáng kể chỉ số kiểm soát mảng bám sau 6 tháng.¹³ Tỷ lệ viêm nướu 32,1% là hậu quả tất yếu của việc làm sạch mảng bám không hiệu quả tại các vùng giải phẫu phức tạp quanh khe hở, nơi mà bàn chải thông thường khó có thể tiếp cận để làm sạch triệt để. Phát hiện này nhấn mạnh sự thất bại của các phương pháp vệ sinh thông thường và tính cấp thiết của các hướng dẫn vệ sinh chuyên biệt, cá thể hóa sử dụng các công cụ hỗ trợ như bàn chải kẽ răng, tăm nước cho trẻ KHM-VM.

Về tình trạng sai khớp cắn

Đa số trẻ (99,3%) có sai khớp cắn nặng cần điều trị (IOTN-DHC mức 5) là hoàn toàn phù hợp với sinh bệnh học của dị tật. Sự gián đoạn của cung hàm trên và sự mất cân bằng cơ vùng môi do khe hở dẫn đến sự phát triển bất thường của xương hàm, gây ra khớp cắn ngược (Angle Class III) là phổ biến. Phát hiện này trùng khớp với mô tả trong hầu hết các tài liệu về KHM-VM, như nghiên cứu dọc đa trung tâm của Van der Knaap-Kind và cộng sự (2024).⁹ Tuy nhiên, tỷ lệ điều trị chỉnh nha thực tế ở nhóm đối tượng này tại Việt Nam thường rất thấp do gánh nặng chi phí cao và thời gian điều trị kéo dài, làm sâu sắc thêm những ảnh hưởng tiêu cực đến chức năng và thẩm mỹ.

Về chất lượng cuộc sống

Kết quả nghiên cứu cho thấy các hoạt động chức năng và xã hội cốt lõi như phát âm, cười và giao tiếp bị ảnh hưởng nhiều nhất là hoàn toàn phù hợp với bản chất của dị tật ảnh hưởng trực tiếp đến cấu trúc vòm miệng và môi.^{7,9} Khó khăn trong phát âm (chiếm tỷ lệ cao nhất 74,29%) do hở vòm miệng hoặc rối loạn chức năng vòm hầu, có thể khiến trọng âm của trẻ bị thay đổi, khó phát âm một số âm, có thể dẫn đến việc trẻ bị bạn bè trêu chọc, gây mặc cảm, từ đó giải thích cho tỷ lệ ảnh hưởng cao đến giao tiếp và tinh thần cũng như nụ cười kém thẩm mỹ khiến trẻ ngại ngùng, hạn chế các tương tác xã hội. So sánh với nghiên cứu của Karki A. và cs (2021) chúng tôi cũng nhận thấy phát âm và các khía cạnh cảm xúc/xã hội là những lĩnh vực bị ảnh hưởng nặng nề nhất.⁷ Tuy nhiên, tỷ lệ trẻ bị ảnh hưởng trong nghiên cứu của chúng tôi (66,58%) cao hơn so với một số báo cáo. Sự khác biệt này có thể do sự khác biệt về văn hóa, hệ thống hỗ trợ xã hội và đặc điểm mẫu nghiên cứu.

Tương tự, nụ cười kém thẩm mỹ do sẹo môi, răng lệch lạc khiến trẻ ngại ngùng, hạn chế các tương tác xã hội, ảnh hưởng đến sự hình thành và phát triển nhân cách. Nghiên cứu của Montes và cộng sự (2019) cũng kết luận rằng trẻ KHM-VM bị rối loạn chức năng vùng hàm mặt và bị ảnh hưởng CLCS nhiều hơn so với trẻ bình thường.⁸

Mối liên quan giữa tình trạng SKRM và LCCS liên quan SKRM Child-OIDP

Kết quả nghiên cứu cho thấy các yếu tố ảnh hưởng đến CLCS liên quan SKRM ở trẻ KHM-VM là do các bệnh lí sâu răng và viêm nướu cũng như yếu tố địa lí – xã hội chứ không phải do đặc điểm dị tật hay sai khớp cắn. Sâu răng và viêm nướu là yếu tố dự báo mạnh nhất cho sự suy giảm CLCS. Các bệnh lí này gây đau đớn, khó chịu trực tiếp ảnh hưởng chức năng ăn nhai, phát âm và mất tự tin trong giao tiếp.⁵⁻⁷ Mặt khác, nghiên cứu cho thấy trẻ sống ở ngoại thành có CLCS thấp hơn hẳn, điều này phản ánh rào cản về địa lí và xã hội trong việc tiếp cận các dịch vụ chăm sóc nha khoa chuyên sâu, khiến các vấn đề răng miệng không được can thiệp kịp thời và làm trầm trọng hơn gánh nặng bệnh tật. Một phát hiện đáng chú ý là mức độ sai khớp cắn cần điều trị IOTN lại không liên quan có ý nghĩa với CLCS ($p > 0,05$), có thể ảnh hưởng của nó đã được thể hiện gián tiếp thông qua các khó khăn chức năng mà Child-OIDP đã đo lường hoặc trẻ đã thích nghi với tình trạng này. Như vậy, can thiệp toàn diện cho trẻ KHM-VM cần ưu tiên kiểm soát hiệu quả sâu răng và viêm nướu, đồng thời tăng cường tiếp cận dịch vụ nha khoa cho trẻ em ở vùng ngoại thành. Hạn chế của nghiên cứu là thiết kế cắt ngang không cho phép xác định mối quan hệ nhân quả. Nghiên cứu không có nhóm chứng để so sánh trực tiếp.

V. KẾT LUẬN

Trẻ KHM-VM từ 6 - 12 tuổi có tình trạng sức khỏe răng miệng kém với tỷ lệ sâu răng rất cao,

vệ sinh răng miệng ở mức trung bình và hầu hết có sai khớp cắn nặng. Tình trạng này gây ảnh hưởng nghiêm trọng đến CLCS của trẻ, đặc biệt là các hoạt động chức năng (ăn nhai, phát âm) và các hoạt động xã hội-tâm lý (cười, giao tiếp, tinh thần).

Khuyến nghị: Đề xuất xây dựng chương trình chăm sóc sức khỏe răng miệng chuyên biệt và toàn diện tại các trung tâm điều trị KHM-VM bao gồm GDSKRM chuyên sâu, dự phòng sâu răng, điều trị răng tổng quát... Cần phối hợp chặt chẽ các chuyên khoa (Răng hàm mặt, Tai mũi họng, Tâm lý, âm ngữ trị liệu, Dinh dưỡng... để đảm bảo can thiệp toàn diện nhằm cải thiện cả sức khỏe thể chất và tinh thần cho nhóm trẻ dị tật này.

LỜI CẢM ƠN

Tôi xin chân thành cảm ơn Ban Giám đốc, Khoa Răng Hàm Mặt Bệnh viện Nhi Đồng 1, các thầy cô hướng dẫn và các gia đình bệnh nhi đã hỗ trợ và tham gia vào nghiên cứu này.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Mossey PA, Little J, Munger RG, Dixon MJ, Shaw WC. Cleft lip and palate. *Lancet*. Nov 21 2009; 374(9703): 1773-85. doi:10.1016/S0140-6736(09)60695-4.
2. Phan Quốc Dũng, Hoàng Tử Hùng. Tình hình dị tật bẩm sinh khe hở môi-hàm ếch tại bệnh viện Từ Dũ và Hùng Vương. *Tuyển tập công trình nghiên cứu khoa học Răng Hàm Mặt, Nhà xuất bản Y học*. 2007;
3. Wu Q, Li Z, Zhang Y, Peng X, Zhou X. Dental caries and periodontitis risk factors in cleft lip and palate patients. *Front Pediatr*. 2022; 10:1092809.doi:10.3389/fped.2022.1092809.
4. Antunes LS, Tannure PN, Antunes LA, et al. Genetic association for caries susceptibility among cleft lip and/or palate individuals. *J Contemp Dent Pract*. May 1 2014; 15(3): 288-93. doi:10.5005/jp-journals-10024-1530.

5. Sahoo AR, Singh Dheer S, P CM, Goyal P, Sidhu R, Deepalakshmi S. A Questionnaire Study to Assess Patients With Cleft Lip and Palate for Their Oral Health-Related Quality of Life. *Cureus*. May 2023; 15(5): e38712. doi:10.7759/cureus.38712.
6. Broder HL, Wilson-Genderson M, Sischo L. Oral health-related quality of life in youth receiving cleft-related surgery: self-report and proxy ratings. *Qual Life Res*. Apr 2017; 26(4): 859-867. doi:10.1007/s11136-016-1420-5.
7. Karki S, Horváth J, Laitala ML, et al. Validating and assessing the oral health-related quality of life among Hungarian children with cleft lip and palate using Child-OIDP scale. *Eur Arch Paediatr Dent*. Feb 2021; 22(1): 57-65. doi:10.1007/s40368-020-00525-x.
8. Montero J, Rosel E, Barrios R, López-Valverde A, Albaladejo A, Bravo M. Oral health-related quality of life in 6- to 12-year-old schoolchildren in Spain. *Int J Paediatr Dent*. May 2016; 26(3): 220-30. doi:10.1111/ipd.12193.
9. Van der Knaap-Kind LS, Ombashi S, Van Roey V, et al. Evaluation and recommendations of the oral health, oral function, and orofacial aesthetics-related measures of the ICHOM Standard Set for Cleft Lip and Palate. *Int J Oral Maxillofac Surg*. Jan 15 2024. doi:10.1016/j.ijom.2024.01.001.
10. Nguyễn Văn Minh, Nguyễn Hồng Lợi. Đánh giá tình hình sức khỏe răng miệng của trẻ khe hở môi - vòm miệng phẫu thuật ở khoa Răng hàm mặt Bệnh viện trung ương Huế. *Tạp chí Y dược học*. 2015; 27:6.
11. Nguyen H, Ngo K, Dien V. Dental caries status and risk factors among 1–5-year-old children with cleft lip and palate. *Science & Technology Development Journal - Health Sciences*. 04/18 2021; 2. doi:10.32508/stdjhs.v2i2.470.
12. King NM, Wong WL, Wong HM. Caries experience of chinese children with cleft lip and palate. *Cleft Palate Craniofac J*. Jul 2013; 50(4): 448-55. doi:10.1597/11-133.
13. Franco A, Vitor L, Jorge PK, Valarelli FP, Oliveira TM. Evaluation of a new method of oral health education in children with cleft lip and palate. *Eur Arch Paediatr Dent*. Aug 2018; 19(4): 267-271. doi:10.1007/s40368-018-0355-7.

Summary

ORAL HEALTH STATUS AND QUALITY OF LIFE IN CHILDREN AGED 6 - 12 WITH CLEFT LIP AND PALATE

A cross-sectional study was conducted on 140 children aged 6 to 12 with cleft lip and palate (CLP) at Children's Hospital 1, aiming to describe their Oral Health Status (OHS) and Oral Health-Related Quality of Life (OHRQoL). OHS was assessed via clinical examination (DMFT/dmft index, OHI-S, IOTN), and OHRQoL was measured using the Child-OIDP tool. The results revealed poor OHS in this group, with the overall caries prevalence reaching 86.43% (mean dmft-s 3.72; mean DMFT-R 2.01). The Oral Hygiene Index-Simplified (OHI-S) was average (2.08 ± 0.15), and notably, nearly all children (99.3%) had severe malocclusion requiring treatment according to the IOTN-DHC index. This heavy disease burden led to significant negative impacts on OHRQoL, with 66.58% of children being affected in at least one daily life activity. The most affected activities included speech/pronunciation (74.29%), smiling (72.1%), and eating/chewing (69.3%). In conclusion, children with CLP aged 6 - 12 face a substantial burden of dental caries and gingivitis causing a marked decline in their OHRQoL. The study recommends implementing comprehensive, specialized intervention programs to improve OHS and enhance the quality of life for this specific group.

Keywords: Cleft lip and palate, oral health, quality of life, Child-OIDP, children.