

bên đài tháo đường thai kỳ ở thai phụ đến khám thai tại khoa sản, Bệnh Viện Đại Học Y Hải Phòng năm 2021, Tạp Chí Y Học Dự Phòng, Tập 32, số 5 2022.

8. **Dhyani V.** Awareness of gestational diabetes mellitus among pregnant women attending a tertiary health center. *Indian Journal of Health Sciences and Biomedical Research KLEU.* 2018; 11:51–55.

9. **Plows JF, Stanley JL, Baker PN et al.** The pathophysiology of gestational diabetes mellitus. *Int J Mol Sci.* 2018;19(11):3342

10. **Jie Tan, Lumeng Chen, Yingying Wu et al** (2023), Knowledge, Attitude and Practice of Patients with Gestational Diabetes Mellitus Regarding Gestational Diabetes Mellitus: A Cross-Sectional Study, *Int J Gen Med.* 2023; 16: 4365–4376.

THỰC TRẠNG KÉM KHOÁNG HÓA MEN RĂNG HÀM LỚN – RĂNG CỬA Ở HỌC SINH 7 – 10 TUỔI TẠI MỘT SỐ TRƯỜNG TIỂU HỌC THÀNH PHỐ LÀO CAI

Vũ Hoàng¹, Đào Thị Dung¹, Phạm Dương Hiếu¹,
Luu Văn Tường¹, Phạm Thị Ngọc Ánh², Vũ Mạnh Dân³

TÓM TẮT

Tổng quan: Kém khoáng hóa men răng hàm lớn vĩnh viễn thứ nhất – răng cửa (MIH) là một vấn đề ngày càng được quan tâm. Trẻ bị ảnh hưởng bởi MIH có thể phải đối mặt với nhiều nguy cơ cả về chức năng và thẩm mỹ nếu không được chẩn đoán và điều trị kịp thời. **Mục tiêu:** Xác định tỉ lệ hiện mắc và phân bố MIH ở học sinh 7 – 10 tuổi tại thành phố Lào Cai. **Phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang tiến hành trên 1808 học sinh, tiêu chuẩn chẩn đoán MIH theo Học viện nha khoa Châu Âu (EAPD). **Kết quả:** có 173 học sinh mắc MIH, chiếm tỉ lệ 9,6%, mức độ nặng chiếm 57,8% tổng số đối tượng nghiên cứu. **Kết luận:** tỉ lệ hiện mắc MIH ở thành phố Lào Cai là 9,6% với mức độ nặng chiếm tỉ lệ cao. **Từ khoá:** kém khoáng hoá men răng, MIH, học sinh

SUMMARY

CURRENT STATUS OF MOLAR INCISOR HYPOMINERALISATION IN 7-10-YEAR-OLD PUPILS AT SOME PRIMARY SCHOOLS IN LAO CAI CITY

Background: Molar Incisor Hypomineralization (MIH), a permanent first molars and incisors mineralization deficiency, is an increasingly concerning issue. Children affected by MIH may face numerous risks both functionally and aesthetically if not diagnosed and treated promptly. **Objective:** To determine the prevalence and distribution of MIH among 7-10-year-old pupils in Lao Cai city. **Method:** A cross-sectional descriptive study conducted on 1808 students, diagnosing MIH according to European Academy of Paediatric Dentistry (EAPD) criteria.

¹Trường Đại học Y Dược, Đại học Quốc gia Hà Nội

²Trường Đại học Y Hà Nội

³Bệnh viện Đa khoa tỉnh Thái Bình

Chịu trách nhiệm chính: Vũ Hoàng

Email: mr1001000@gmail.com

Ngày nhận bài: 12.3.2024

Ngày phản biện khoa học: 24.4.2024

Ngày duyệt bài: 29.5.2024

Results: 173 students were diagnosed with MIH, accounting for 9.6% prevalence, with severe cases comprising 57.8% of the total study population.

Conclusion: The prevalence of MIH in Lao Cai city is 9.6%, with a high proportion of severe cases.

Keywords: molar incisor hypomineralisation, enamel hypomerisation, pupils

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Kém khoáng men răng hàm lớn – răng cửa (MIH) được định nghĩa là tình trạng kém khoáng hóa có nguồn gốc toàn thân, ảnh hưởng đến một hay nhiều răng hàm lớn vĩnh viễn thứ nhất (FPM), và đôi khi là các răng cửa vĩnh viễn [3]. Tỉ lệ hiện mắc MIH thay đổi trong một khoảng tương đối rộng, từ 2,9 – 44%, tùy thuộc vào từng nghiên cứu [4]. Trẻ bị ảnh hưởng bởi MIH dễ phát triển sâu răng không điển hình, những răng này cũng đặt ra những thách thức về phục hình và dễ dẫn đến mất răng sớm. Cuộc sống hàng ngày của trẻ cũng bị ảnh hưởng khi răng bị ê buốt, thậm chí đau khi ăn nhai hay chải răng. Ngoài ra, khi răng cửa bị ảnh hưởng, các tổn thương gây ra vấn đề về thẩm mỹ, chúng không chỉ gây lo lắng cho phụ huynh, mà thậm chí khiến trẻ không dám cười một cách thoải mái [5]. Là một thành phố biên giới phía bắc Việt Nam, với 24 trường tiểu học và gần 16000 học sinh, Lào Cai đang dần đẩy mạnh các chương trình y tế chăm sóc sức khỏe nhân dân nói chung và trẻ em nói riêng. Xác định tỉ lệ hiện mắc MIH ở địa phương là cần thiết cho việc xây dựng một chương trình phòng ngừa và kiểm soát bệnh hiệu quả.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Học sinh từ 7 – 10 tuổi đang học tại hai trường tiểu học Lê Văn Tám và Lê Ngọc Hân trên địa bàn thành phố Lào Cai, tỉnh Lào Cai trong thời gian từ 04/2023 –

11/2023.

Tiêu chuẩn lựa chọn: Đối tượng tự nguyện tham gia nghiên cứu, không có vấn đề về tâm thần, dị tật bẩm sinh, đã mọc răng hàm lớn vĩnh viễn thứ nhất.

Tiêu chuẩn loại trừ: Đối tượng không có khả năng hợp tác tham gia nghiên cứu hoặc đang trong quá trình chỉnh nha.

2.2. Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang

2.2.1. Cỡ mẫu và chọn mẫu

Cỡ mẫu: tính theo công thức cho xác định một tỉ lệ:

$$n = Z^2 \frac{pq}{(1-\alpha)^2 d^2}$$

n: Cỡ mẫu nghiên cứu; $Z(1-\alpha/2) = 1,96$; p: Tỉ lệ kém khoáng hóa men răng hàm lớn vĩnh viễn thứ nhất – răng cửa; q = 1 – p; d: Độ sai lệch mong muốn 2%.

Tỉ lệ hiện mắc MIH ước tính là 8,35%, theo nghiên cứu của Nguyễn Duy Khương và cộng sự [1]. Theo công thức trên, ta có cỡ mẫu tối thiểu là 735 đối tượng nghiên cứu. Thực tế nghiên cứu được thực hiện trên 1808 học sinh.

Chọn mẫu: Chọn mẫu toàn bộ:

- Lập danh sách các trường tiểu học tại thành phố Lào Cai, chọn ngẫu nhiên 2 trường tiểu học từ danh sách.

- Lập danh sách toàn bộ học sinh lớp 2 đến lớp 5 của hai trường đã chọn.

- Chọn toàn bộ các học sinh có mặt tại thời điểm nghiên cứu theo danh sách trên theo tiêu chuẩn lựa chọn và loại trừ.

2.2.2. Các tiêu chuẩn chẩn đoán

Tiêu chuẩn chẩn đoán MIH. Theo tiêu chuẩn chẩn đoán của Học viện Nha khoa Trẻ em Châu Âu (EAPD) [4], đánh giá trên răng hàm lớn vĩnh viễn thứ nhất, răng cửa vĩnh viễn. Trẻ được chẩn đoán MIH khi có ít nhất một FPM có đặc điểm tổn thương MIH: Vết đục men với ranh giới rõ ràng, Vỡ men răng sau mọc, Phục hồi không điển hình, Tổn thương sâu răng không điển hình, Mất răng do MIH.

Mức độ tổn thương MIH

- Nhẹ: Răng bị ảnh hưởng chỉ có vết đục men ranh giới rõ.

- Nặng: Răng bị ảnh hưởng có phục hồi không điển hình, sâu răng không điển hình, PEB hoặc mất răng do MIH.

Các bước tiến hành nghiên cứu:

- Tập huấn nhóm nghiên cứu bằng bộ ảnh chuẩn hoá theo chỉ số Kappa trước khi tiến hành thu thập số liệu theo tiêu chuẩn chẩn đoán như đã nêu trên. Các nghiên cứu viên được tập

huấn cách khám, tiêu chuẩn chẩn đoán cũng như cách ghi phiếu khám.

- Liên lạc với địa phương, ban giám hiệu các trường và lập danh sách đối tượng nghiên cứu. Nhà trường hỗ trợ gửi thông báo cho các gia đình để xin ý kiến đồng ý của gia đình.

- Tiến hành thu thập dữ liệu.

- Vào số liệu, phân tích số liệu và viết báo cáo.

Quy trình khám lâm sàng: Điều tra viên khám tuần tự từ cung phần tư thứ nhất đến cung phần tư thứ tư. Răng được khám khi ướt, dưới ánh sáng tự nhiên hoặc đèn điện, nếu cần làm sạch thì sử dụng viên bông khô đã hấp sấy. Có 10% số học sinh được khám lại ngẫu nhiên bởi nghiên cứu viên chính để đánh giá chỉ số Cohen's Kappa.

2.3. Đạo đức nghiên cứu: Nghiên cứu được thực hiện tuân thủ theo các qui định của đạo đức nghiên cứu y sinh học. Học sinh được tư vấn và thông báo cho gia đình tình trạng sức khoẻ răng miệng. Mọi thông tin thu thập đều được bảo mật và nhằm mục đích nghiên cứu.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung của nhóm đối tượng nghiên cứu

Bảng 3.1. Đặc điểm đối tượng nghiên cứu

	Số lượng (học sinh)	Tỉ lệ (%)
Nam	925	51,2
Nữ	883	48,8
7 tuổi	486	26,9
8 tuổi	553	30,6
9 tuổi	515	28,5
10 tuổi	254	14,0
Tổng	1808	100,0

Nhận xét: Tỉ lệ nam và nữ tương đương nhau, tất cả học sinh đều từ 7 đến 10 tuổi, trong đó số học sinh 8 tuổi là lớn nhất và số học sinh 10 tuổi là nhỏ nhất.

3.2. Đặc điểm kém khoáng hoá men răng hàm lớn - răng cửa

Bảng 3.2. Tỉ lệ kém khoáng hoá men răng hàm lớn – răng cửa

	Không mắc MIH		Mắc MIH		p-value
	Số lượng (học sinh)	Tỉ lệ (%)	Số lượng (học sinh)	Tỉ lệ (%)	
Nam	837	90,5	88	9,5	0,935
Nữ	798	90,4	85	9,6	
7 tuổi	449	92,4	37	7,6	0,183
8 tuổi	503	91,0	50	9,0	
9 tuổi	459	88,9	56	10,9	
10 tuổi	224	87,4	30	11,8	
Tổng	1635	90,4	173	9,6	

Nhận xét: Tỷ lệ mắc MIH là 9,6%. Theo giới tính, tỷ lệ học sinh nam mắc MIH và học sinh nữ mắc MIH là tương đương, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p>0,05$). Theo độ tuổi, học

sinh 7 tuổi có tỷ lệ mắc MIH thấp nhất, học sinh 10 tuổi có tỷ lệ mắc MIH cao nhất, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p>0,05$).

Bảng 3.3. Mức độ tổn thương MIH theo vị trí FPM và răng cửa vĩnh viễn

Vị trí	Nhẹ		Nặng		Tổng	
	Số lượng (Răng)	Tỉ lệ (%)	Số lượng (Răng)	Tỉ lệ (%)	Số lượng (Răng)	Tỉ lệ (%)
FPM	137	45,7	163	54,3	300	74,6
Răng cửa vĩnh viễn	92	90,2	10	9,8	102	25,4
Tổng	229	57,0	274	43,0	402	100

$p\text{-value} < 0,001$

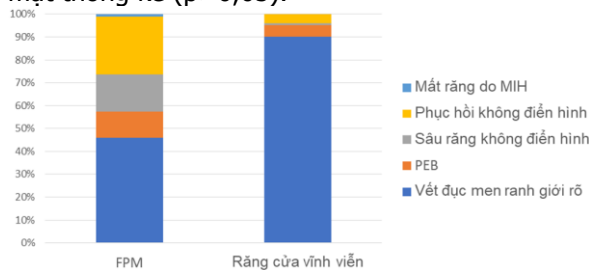
Nhận xét: Tỷ lệ răng hàm lớn vĩnh viễn thứ nhất bị ảnh hưởng bởi MIH mức độ nặng cao hơn tỷ lệ răng cửa vĩnh viễn bị MIH mức độ nặng, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p<0,05$). Đối với răng hàm lớn vĩnh viễn thứ nhất bị ảnh hưởng bởi MIH, tỷ lệ MIH mức độ nặng lớn hơn MIH mức độ nhẹ. Đối với răng cửa vĩnh viễn bị ảnh hưởng bởi MIH, tỷ lệ MIH mức độ nhẹ lớn hơn MIH mức độ nặng.

Bảng 3.4. Mức độ tổn thương MIH theo vị trí hàm trên và hàm dưới

Vị trí	Nhẹ		Nặng		Tổng		p-value
	Số lượng (Răng)	Tỉ lệ (%)	Số lượng (Răng)	Tỉ lệ (%)	Số lượng (Răng)	Tỉ lệ (%)	
FPM hàm trên	66	55,5	53	44,5	115	39,7	0,006
FPM hàm dưới	71	39,2	110	60,8	181	60,3	
Răng cửa hàm trên	57	87,7	8	12,3	65	63,7	0,321
Răng cửa hàm dưới	35	94,6	2	5,4	37	36,3	
Tổng	137	45,7	163	54,3	300	100	

Nhận xét: Tỷ lệ răng hàm lớn vĩnh viễn thứ nhất hàm dưới bị ảnh hưởng bởi MIH cao hơn răng hàm trên. Tỷ lệ răng cửa vĩnh viễn hàm trên bị ảnh hưởng bởi MIH cao hơn răng hàm dưới.

Tỷ lệ răng hàm lớn vĩnh viễn hàm dưới bị ảnh hưởng bởi MIH mức độ nặng cao hơn tỷ lệ răng hàm lớn vĩnh viễn hàm trên, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p<0,05$). Tỷ lệ răng cửa vĩnh viễn hàm trên bị MIH mức độ nặng cao hơn răng cửa hàm dưới, sự khác biệt không có ý nghĩa về mặt thống kê ($p>0,05$).



Hình 6. Biểu đồ phân bố loại tổn thương MIH

Nhận xét: Ở răng hàm lớn vĩnh viễn thứ nhất: Tổn thương "Vết đục men rõ ranh giới" chiếm tỷ lệ cao nhất (46,0%), sau đó lần lượt là "Phục hồi không điển hình" (25,3%), "Sâu răng không điển hình" (16,3%), "Vỡ men răng sau mọc" (11,3%), thấp nhất là "Mất răng do MIH" (1,0%).

Ở răng cửa vĩnh viễn: Tổn thương "Vết đục men rõ ranh giới" chiếm tỷ lệ cao nhất (90,2%),

sau đó lần lượt là "Vỡ men răng sau mọc" (4,9%), "Phục hồi không điển hình" (3,9%), "Sâu răng không điển hình" (1,0%). Không có "Mất răng do MIH".

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung của nhóm đối tượng nghiên cứu. Nghiên cứu có tỷ lệ học sinh nam và nữ là gần tương đương. Các học sinh tham gia nghiên cứu có độ tuổi từ 7 đến 10 tuổi, đây là độ tuổi răng hàm lớn vĩnh viễn thứ nhất đã xuất hiện trên cung hàm và răng cửa vĩnh viễn bắt đầu mọc. Khi răng bị ảnh hưởng bởi MIH mức độ nặng, các tổn thương sâu răng thông thường có thể khó phân biệt với sâu răng không điển hình. Một số tổn thương MIH có thể bị che lấp bởi phục hình. Với những trường hợp mất răng, nhất là khi không có hồ sơ y tế để hồi cứu, rất khó xác định nguyên nhân có phải MIH hay không. Do đó, đây là lứa tuổi phù hợp để đánh giá sớm các tổn thương MIH, đồng thời cũng giúp khảo sát được nhiều hình thái tổn thương khác nhau.

4.2. Tỷ lệ hiện mắc tình trạng kém khoáng hoá men răng hàm lớn – răng cửa. Nghiên cứu sử dụng tiêu chuẩn chẩn đoán MIH theo EAPD, phù hợp với khuyến nghị chuẩn hoá các nghiên cứu MIH, với mục đích phục vụ cho các nghiên cứu tổng quan và phân tích gộp sau

này [7]. Tỷ lệ hiện mắc MIH trong nghiên cứu của chúng tôi là 9,6%. So sánh với nghiên cứu tại Việt Nam cùng độ tuổi, tỷ lệ này cao hơn tỷ lệ ở nghiên cứu của Nguyễn Duy Khương và cộng sự thực hiện trên 755 học sinh 8 – 10 tuổi là 8,35% [1]. Sự khác biệt này có thể do số lượng đối tượng tham gia nghiên cứu, cũng như khác biệt về địa lý và quần thể. Đáng chú ý, so với nghiên cứu của Võ Trương Như Ngọc và Hoàng Bảo Duy thực hiện trên 5294 học sinh 12 – 15 tuổi với tỷ lệ 20,1% [2], nghiên cứu của chúng tôi báo cáo tỷ lệ hiện mắc thấp hơn nhiều. Điều này có thể được giải thích do khác biệt về độ tuổi nghiên cứu và tiêu chuẩn chẩn đoán. Nghiên cứu của chúng tôi chỉ ghi nhận chẩn đoán MIH khi có ít nhất một răng hàm lớn vĩnh viễn thứ nhất có tổn thương. Trong khi đó, nghiên cứu của Võ Trương Như Ngọc và Hoàng Bảo Duy lại có cả chẩn đoán khi tổn thương chỉ có trên răng cửa vĩnh viễn [2]. So sánh với các nghiên cứu trên thế giới, tỷ lệ hiện mắc MIH trong nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn tỷ lệ mắc MIH ước tính trên toàn thế giới theo nghiên cứu tổng quan và phân tích gộp của Lopes và cộng sự năm 2021 là 13,5% [6].

4.3. Phân bố tỷ lệ mắc tình trạng kém khoáng hoá men răng hàm lớn – răng cửa.

Theo giới tính, tỷ lệ học sinh nam mắc MIH và tỷ lệ học sinh nữ mắc MIH là gần tương đương (Bảng 3.2). Kết quả này tương đồng với các nghiên cứu tổng quan gần đây của Lopes và cộng sự [6]. Theo mức độ, tỷ lệ MIH mức độ nặng được báo cáo là 57,8%, tỷ lệ này cao hơn nghiên cứu của Lopes và cộng sự (36,3%) [6] và nghiên cứu của Võ Trương Như Ngọc và Hoàng Bảo Duy (37,5%) [2]. Một trong các nguyên nhân có thể do Lào Cai là một thành phố biên giới của Việt Nam, điều kiện chăm sóc sức khỏe răng miệng còn nhiều hạn chế, khi các tổn thương MIH mức độ nhẹ không được kiểm soát đúng cách sẽ có xu hướng tiến triển nặng hơn như vỡ men răng và sâu răng.

Khi đánh giá trên những răng riêng lẻ bị ảnh hưởng bởi MIH, tỷ lệ răng có tổn thương MIH mức độ nhẹ lại cao hơn tỷ lệ răng có tổn thương mức độ nặng (Bảng 3.3). Do nghiên cứu được thực hiện trên độ tuổi 7 đến 10 tuổi, răng cửa vĩnh viễn và thậm chí răng hàm lớn vĩnh viễn vẫn còn đang mọc ở độ tuổi này, những răng này mới xuất hiện trên cung hàm nên khả năng tiến triển thành tổn thương nặng sẽ ít hơn, từ đó làm tăng tỷ lệ răng có tổn thương mức độ nhẹ. Tuy nhiên vẫn cần lưu ý tỷ lệ mức độ nặng xét theo từng răng vẫn rất cao, lên đến 43%.

Ở răng hàm lớn vĩnh viễn thứ nhất có tổn

thương MIH, tỷ lệ răng có tổn thương mức độ nhẹ cao hơn tỷ lệ răng có tổn thương mức độ nặng. Trong khi đó khi tổn thương MIH ở răng cửa, tỷ lệ răng có tổn thương mức độ nhẹ cao hơn rất nhiều so với tỷ lệ răng có tổn thương mức độ nặng (Bảng 3.4). Điều này có thể giải thích do răng hàm chịu lực ăn nhai và xuất hiện trên cung hàm trước răng cửa, do đó các tổn thương trên răng hàm sẽ chủ yếu là các tổn thương mức độ nặng, trong khi đó ở các răng cửa, tổn thương mức độ nhẹ sẽ chiếm đa số. Như vậy, bên cạnh yêu cầu về thẩm mỹ và chức năng riêng biệt, đặc điểm tổn thương đặt ra những thách thức và hướng tiếp cận khác nhau giữa răng trước và răng sau, yêu cầu các bác sĩ lâm sàng phải có kế hoạch điều trị chi tiết cho từng răng trên mỗi bệnh nhân.

Nghiên cứu của chúng tôi cũng quan sát thấy tổn thương MIH ở răng hàm lớn vĩnh viễn hàm dưới có tỷ lệ cao hơn và mức độ ở răng hàm dưới cũng nặng hơn răng hàm lớn vĩnh viễn hàm trên, khác biệt có ý nghĩa thống kê (Bảng 3.4). Kết quả này là hợp lý khi mà răng hàm lớn vĩnh viễn thứ nhất hàm dưới mọc trước hàm trên, thời gian xuất hiện trên cung hàm dài hơn, kết hợp với vị trí thuận lợi cho việc tích tụ mảng bám hơn răng hàm trên, các tổn thương vỡ men răng sau mọc và sâu răng không điển hình sẽ dễ tiến triển hơn trên các răng này.

Khi quan sát phân bố các loại tổn thương MIH, tổn thương “Vết đục men rõ ranh giới” chiếm tỷ lệ cao nhất ở cả răng hàm lớn vĩnh viễn thứ nhất và răng cửa, sau đó là “Phục hồi không điển hình” đối với răng hàm lớn vĩnh viễn thứ nhất và “Vỡ men răng sau mọc” với răng cửa (Hình 3.1). Tổn thương “Vết đục men ranh giới rõ” là tổn thương tiên phát do đó có tỷ lệ cao nhất, kết quả này tương đồng với các nghiên cứu của Abdalla và cộng sự. Tuy nhiên đối với tổn thương hay gặp thứ hai, tác giả báo cáo kết quả là “Vỡ men răng sau mọc” ở răng hàm lớn vĩnh viễn thứ nhất [8]. Trái ngược với kết quả này, chúng tôi quan sát thấy tổn thương “Phục hồi không điển hình” hay gặp thứ hai ở răng hàm lớn vĩnh viễn thứ nhất với 25,3%. Quan sát này cho thấy sự tiến triển nặng tương đối nhanh của tổn thương MIH ở nhóm đối tượng nghiên cứu, bởi ở răng hàm, “Phục hồi không điển hình” được định nghĩa là phục hồi lớn, mở rộng tới mặt ngoài và trong [2], cấu trúc răng ở loại tổn thương này thường đã bị tổn hại tương đối lớn.

V. KẾT LUẬN

Tỷ lệ hiện mắc MIH ở thành phố Lào Cai là

9,6% với tỉ lệ mức độ nặng cao. Tổn thương MIH ở răng cửa chủ yếu là mức độ nhẹ trong khi ở răng hàm là mức độ nặng. Răng hàm dưới bị ảnh hưởng bởi MIH mức độ nặng hơn răng hàm trên.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Nguyễn Duy Khương, Trần Hải Đăng, và Trần Thu Thủy**, Tình trạng kém khoáng răng MIH (Molar Incisor Hypomineralization) tại thành phố Trà Vinh, Tạp chí y học Việt Nam, 495(1), 2020, 4-8.
2. **Võ Trương Như Ngọc và Hoàng Bảo Duy**, Mối liên quan giữa thực trạng kém khoáng hoa men răng (MIH) và chấn thương răng sữa răng sữa mất sớm ở học sinh 12-15 tuổi tại một số tỉnh thành ở Việt Nam, Tạp chí y học Việt Nam, 502(1), 2021, 13-17.
3. **K. L. Weerheijm, et al**, Judgement criteria for molar incisor hypomineralisation (MIH) in epidemiologic studies: a summary of the European meeting on MIH held in Athens, 2003, Eur J Paediatr Dent, 4(3), 2003, 110-3.
4. **N. A. Lygidakis, et al**, Best clinical practice guidance for clinicians dealing with children presenting with molar-incisor-hypomineralisation (MIH): an updated European Academy of Paediatric Dentistry policy document, Eur Arch Paediatr Dent, 23(1), 2022, 3-21.
5. **Soraya C Leal, Tereza Raquel Mourão Oliveira, và Ana Paula Dias Ribeiro**, Do parents and children perceive molar-incisor hypomineralization as an oral health problem?, International journal of paediatric dentistry, 27(5), 2017, 372-379.
6. **Luísa Bandeira Lopes, et al**, The prevalence of molar-incisor hypomineralization: a systematic review and meta-analysis, Scientific reports, 11(1), 2021, 1-20.
7. **MEC Elfrink, et al**, Standardised studies on molar incisor hypomineralisation (MIH) and hypomineralised second primary molars (HSPM): a need, European Archives of Paediatric Dentistry, 16(3), 2015, 247-255.
8. **Hanna E Abdalla, Amal H Abuaffan, và Arthur Musakulu Kemoli**, Molar incisor hypomineralization, prevalence, pattern and distribution in Sudanese children, BMC Oral Health, 21, 2021, 1-8.

XU HƯỚNG TÌM KIẾM SỰ GIÚP ĐỠ NHẪM GIẢI QUYẾT CÁC VẤN ĐỀ SỨC KHỎE TÂM THẦN VÀ NHỮNG RÀO CẢN TRONG TIẾP CẬN CÁC DỊCH VỤ CHĂM SÓC SỨC KHỎE TÂM THẦN Ở SINH VIÊN TRƯỜNG ĐẠI HỌC Y DƯỢC THÁI NGUYÊN

Phạm Thị Phương Thảo¹, Đàm Thị Bảo Hoa¹, Nguyễn Thị Tô Uyên¹, Nguyễn Diệp Trọng Đức¹

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Các vấn đề sức khỏe tâm thần (SKTT) đang ngày càng gia tăng, đặc biệt ở người trẻ tuổi. Tìm đến sự giúp đỡ, tiếp cận đến các dịch vụ chăm sóc SKTT phù hợp sẽ giúp sinh viên (SV) vượt qua các vấn đề SKTT sớm. Tuy nhiên, hiện tại tỉ lệ người có các vấn đề SKTT nhận được sự hỗ trợ về y tế còn thấp. Đồng thời, chưa có nhiều nghiên cứu về vấn đề này trên SV Việt Nam, đặc biệt là SV khối ngành sức khỏe. **Mục tiêu:** Mô tả xu hướng tìm kiếm sự giúp đỡ của SV nhằm giải quyết các vấn đề SKTT và khảo sát những rào cản trong tiếp cận các dịch vụ chăm sóc SKTT ở SV trường Đại học (ĐH) Y – Dược, ĐH Thái Nguyên. **Phương pháp nghiên cứu:** Mô tả cắt ngang. Nghiên cứu thực hiện phỏng vấn trực tiếp 1209 SV trường ĐH Y – Dược, ĐH Thái Nguyên thông qua bộ câu hỏi được thiết kế phù hợp với nghiên cứu. Các chỉ số nghiên cứu gồm tuổi, giới, dân tộc, tỉ lệ SV

có rối nhiễu tâm trí theo thang đo SRQ-20. **Kết quả:** Độ tuổi trung bình của SV tham gia nghiên cứu là 20,6 ± 1,7. Tỉ lệ SV có rối nhiễu tâm trí (RNTT) là 50,0%. Có 49,2% SV đã từng cảm thấy có vấn đề về SKTT và tự mình vượt qua mà không tìm kiếm sự giúp đỡ. Các nguồn hỗ trợ SV thường tìm đến nhằm giải quyết vấn đề SKTT là bạn bè (36,3%); gia đình (24,0%); chuyên gia chăm sóc SKTT (2,6%). Muốn tự mình giải quyết vấn đề (64,3%); thầy nói chuyện với bạn bè, người thân sẽ tốt hơn (40,1%); nghĩ rằng vấn đề sẽ tự hết và không cần sự giúp đỡ (32,7%) là ba lý do được nhiều SV lựa chọn nhất nhằm giải thích cho việc không tìm đến các dịch vụ chăm sóc SKTT chuyên nghiệp khi gặp vấn đề về SKTT. **Kết luận:** SV có xu hướng tìm đến người xung quanh không có chuyên môn về chăm sóc SKTT nhằm giải quyết vấn đề SKTT thay vì tìm đến dịch vụ chăm sóc SKTT chuyên nghiệp. Những rào cản lớn nhất trong tiếp cận các dịch vụ chăm sóc SKTT trên SV là rào cản về nhận thức, thái độ.

Từ khóa: tìm kiếm sự trợ giúp, sức khỏe tâm thần, sinh viên khối ngành sức khỏe

SUMMARY

TRENDS IN SEEKING HELP TO SOLVE MENTAL HEALTH PROBLEMS AND BARRIERS TO ACCESSING MENTAL HEALTH CARE SERVICES

¹Trường Đại học Y - Dược, Đại học Thái Nguyên

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Thị Phương Thảo

Email: thao.laven@gmail.com

Ngày nhận bài: 14.3.2024

Ngày phản biện khoa học: 24.4.2024

Ngày duyệt bài: 29.5.2024