

MỨC ĐỘ HỢP TÁC Ở TRẺ EM CÓ CHỈ ĐỊNH ĐIỀU TRỊ NHA KHOA DƯỚI GÂY MÊ TẠI VIỆN ĐÀO TẠO RĂNG HÀM MẶT, ĐẠI HỌC Y HÀ NỘI VÀ BỆNH VIỆN RĂNG HÀM MẶT TRUNG ƯƠNG HÀ NỘI TỪ NĂM 2023 - 2024

*Trương Hoàng Lệ Thủy¹, Nguyễn Thu Thủy², Nguyễn Quang Bình³
Nguyễn Vũ Anh⁴, Võ Trương Như Ngọc⁴, Nguyễn Văn Anh^{5*}*

Tóm tắt

Mục tiêu: Nghiên cứu mức độ hợp tác của trẻ em điều trị nha khoa có chỉ định gây mê. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 50 trẻ em < 16 tuổi, đánh giá hành vi theo Thang điểm Phân độ Hành vi của Frankl (rất tiêu cực, tiêu cực, tích cực và rất tích cực) trước và khi được khám tại Viện Đào tạo Răng Hàm Mặt, Đại học Y Hà Nội và Bệnh viện Răng Hàm Mặt Trung ương Hà Nội từ tháng 7/2023 - 5/2024. **Kết quả:** Tuổi trung bình của trẻ là $4,9 \pm 1,45$; trẻ em có hàm răng sữa chiếm 76%, chỉ số DMFT (Decayed, Missing, Filled Teeth) trung bình là $16,74 \pm 4,78$. Lý do chính gây mê là đa sâu răng (80%) và không hợp tác (94%). Trước khám, tỷ lệ trẻ em có thái độ tích cực là 64% nhưng khi khám giảm còn 6%; tỷ lệ rất tiêu cực và tiêu cực tăng lên lần lượt là 32% và 62%. Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về mức độ hợp tác theo tuổi ($p = 0,85$) hoặc giới tính ($p = 0,603$). **Kết luận:** Tỷ lệ trẻ em có hành vi tiêu cực cao khi khám nên bác sĩ cần chú trọng kỹ năng quản lý hành vi để giảm chỉ định điều trị nha khoa dưới gây mê.

Từ khóa: Gây mê toàn thân; Nha khoa trẻ em; Kiểm soát hành vi.

¹Khoa Răng Hàm Mặt, Trường Đại học Quốc tế Hồng Bàng

²Bệnh viện Đa khoa Xanh Pôn

³Bệnh viện Răng Hàm Mặt Trung ương Hà Nội

⁴Viện Đào tạo Răng Hàm Mặt, Đại học Y Hà Nội

⁵Khoa Răng Hàm Mặt, Trường Đại học Kinh doanh và Công nghệ

*Tác giả liên hệ: Nguyễn Văn Anh (nguyenvananhdds@gmail.com)

Ngày nhận bài: 27/12/2025

Ngày được chấp nhận đăng: 20/3/2026

<http://doi.org/10.56535/jmpm.v5i1i5.1819>

LEVELS OF COOPERATION IN CHILDREN INDICATED FOR DENTAL TREATMENT UNDER GENERAL ANESTHESIA AT THE SCHOOL OF DENTISTRY, HANOI MEDICAL UNIVERSITY, AND THE NATIONAL HOSPITAL OF ODONTO-STOMATOLOGY OF HANOI FROM 2023 - 2024

Abstract

Objectives: To describe the levels of cooperation in children indicated for dental treatment under general anesthesia. **Methods:** A cross-sectional descriptive study was conducted on 50 children ≤ 16 years of age, with their behavior assessed using the Frankl Behavior Rating Scale (definitely negative, negative, positive, and definitely positive) both before and during the clinical dental examination at the School of Dentistry, Hanoi Medical University, and National Hospital of Odonto-Stomatology of Hanoi from July 2023 to May 2024. **Results:** The average age of the participants was 4.9 ± 1.45 years; those with primary dentition accounted for 76% of the group, with the mean DMFT index of 16.74 ± 4.78 . The main reasons for anesthesia were extensive caries (80%) and non-cooperation (94%). Prior to the examination, 64% of children exhibited positive attitudes; however, this figure fell sharply to 6% during the procedure. Conversely, definitely negative and negative attitudes increased significantly to 32% and 62%, respectively. There was no statistically significant difference in cooperation levels by age ($p = 0.85$) or gender ($p = 0.603$). **Conclusion:** The high rate of negative behavior during the examination highlights the critical need to focus on behavior management skills to reduce the requirement for general anesthesia.

Keywords: General anesthesia; Pediatric dentistry; Behavior management.

ĐẶT VẤN ĐỀ

Điều trị nha khoa có thể gây lo lắng và sợ hãi cho trẻ em do đau, âm thanh, dụng cụ và bầu không khí chung của môi trường y tế. Nhiều trường hợp phải gián đoạn quá trình điều trị trên ghế nha khoa vì trẻ em có vấn đề về hành vi, có tình trạng y tế phức tạp và không hợp tác. Nhiều phân loại và đánh giá hành vi của trẻ em trong nha khoa bao gồm Wright (1975), Frankl (1962), Lampshire (1970), Kopel (1959) [1]. Phân loại của Frankl (1962) được sử dụng phổ biến nhất,

trong đó hành vi của trẻ được chia thành 4 mức độ: Rất tiêu cực, tiêu cực, tích cực và rất tích cực [2]. Có nhiều cách tiếp cận để quản lý hành vi của trẻ em, bao gồm các phương pháp tâm lý, an thần bằng thuốc và gây mê toàn thân.

Gây mê toàn thân loại bỏ cảm giác đau và nỗi sợ hãi của trẻ, trẻ không nhận biết được và bất động trong quá trình điều trị, tạo điều kiện cho bác sĩ thực hiện điều trị toàn diện tất cả các vấn đề răng miệng trong một lần điều trị duy nhất. Cách tiếp cận này không những giảm

thiếu nguy cơ căng thẳng tâm lý ở trẻ mà còn thúc đẩy mối quan hệ tích cực lâu dài giữa bác sĩ lâm sàng và bệnh nhi. Do đó, gây mê toàn thân trong điều trị nha khoa ở trẻ em ngày càng được áp dụng rộng rãi. Nghiên cứu hồi cứu của Shayegan A và CS kéo dài 24 năm (2000 - 2024) cho thấy tỷ lệ trẻ em cần gây mê toàn thân để điều trị nha khoa đang có xu hướng gia tăng [3]. Trẻ em bị đa sâu răng, tâm lý sợ hãi, thiếu hợp tác là lý do chính được chỉ định gây mê [4]. Độ tuổi trung bình của trẻ được gây mê khoảng $7,2 \pm 2,2$, với các can thiệp chủ yếu mang tính bảo tồn như trám răng, bọc mào thép tiền chế hoặc lấy tủy buồng [5]. Kết quả là chất lượng cuộc sống liên quan đến sức khỏe răng miệng của trẻ được cải thiện sau điều trị dưới gây mê toàn thân [6]. Do đó, nhận thức về gây mê toàn thân của cộng đồng và ngành Y tế đã thay đổi tích cực khi đối diện những thách thức trong việc quản lý hành vi ở trẻ, đặc biệt là kiểm soát đau [4]. Việc kiểm soát đau kém sẽ ảnh hưởng đến hiệu quả điều trị [7]. Vì vậy, nghiên cứu này được thực hiện nhằm: *Mô tả mức độ hợp tác ở trẻ em có chỉ định điều trị nha khoa dưới gây mê tại Viện Đào tạo Răng Hàm Mặt, Đại học Y Hà Nội và Bệnh viện Răng Hàm Mặt Trung ương Hà Nội từ năm 2023 - 2024.*

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu

Gồm 50 trẻ em có chỉ định điều trị can thiệp nha khoa dưới gây mê.

** Tiêu chuẩn lựa chọn:* Trẻ < 16 tuổi có nhu cầu điều trị đa sâu răng, bọc mào thép tiền chế hoặc lấy tủy buồng, tủy chân; trẻ được đánh giá phân loại tình trạng thể chất bởi các bác sĩ trước khi gây mê và phải đáp ứng đủ điều kiện gây mê; bố mẹ hoặc người giám hộ của trẻ và/hoặc trẻ đồng ý tham gia nghiên cứu.

** Tiêu chuẩn loại trừ:* Trẻ có tình trạng dị ứng thuốc mê; trẻ có bệnh toàn thân chưa ổn định; trẻ bị chảy máu, có biến chứng bất thường khác.

** Địa điểm và thời gian nghiên cứu:* Tại Viện Đào tạo Răng Hàm Mặt, Đại học Y Hà Nội và Bệnh Viện Răng Hàm Mặt Trung ương Hà Nội từ tháng 7/2023 - 5/2024.

2. Phương pháp nghiên cứu

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

** Phương pháp chọn mẫu:* Chọn mẫu thuận tiện.

** Thu thập dữ liệu:* Nghiên cứu trên 50 trẻ < 16 tuổi, có chỉ định can thiệp nha khoa dưới gây mê. Đánh giá hành vi của trẻ theo Thang điểm Phân độ Hành vi của Frankl (1962) tại hai thời điểm trước khám và khi được khám [5].

** Các biến số nghiên cứu:*

Tuổi: Biến định lượng.

Giới tính: Biến nhị giá.

Hành vi của trẻ trước và khi khám được đánh giá theo Thang điểm Phân độ Hành vi của Frankl (1962) [5]: Mức độ 1 - Rất tiêu cực (- -): Trẻ khóc lóc la hét

thảm thiết, kháng cự mạnh, sợ hãi cực độ, từ chối điều trị, hành vi tiêu cực khác; mức độ 2 - Tiêu cực (-): Trẻ miễn cưỡng chấp nhận điều trị, kháng cự nhẹ, không hợp tác, một số thái độ tiêu cực như ủ rũ, than vãn; mức độ 3 - Tích cực (+): Trẻ chấp nhận điều trị, hơi e ngại nhưng hợp tác, nghe lời bác sĩ nhưng đôi lúc có chút căng thẳng, than vãn, rụt rè; mức độ 4 - Rất tích cực (+ +): Trẻ thoải mái, hào hứng, hợp tác tốt với bác sĩ.

* *Xử lý số liệu:* Số liệu thu thập và quản lý trên Excel, xử lý bằng phần mềm thống

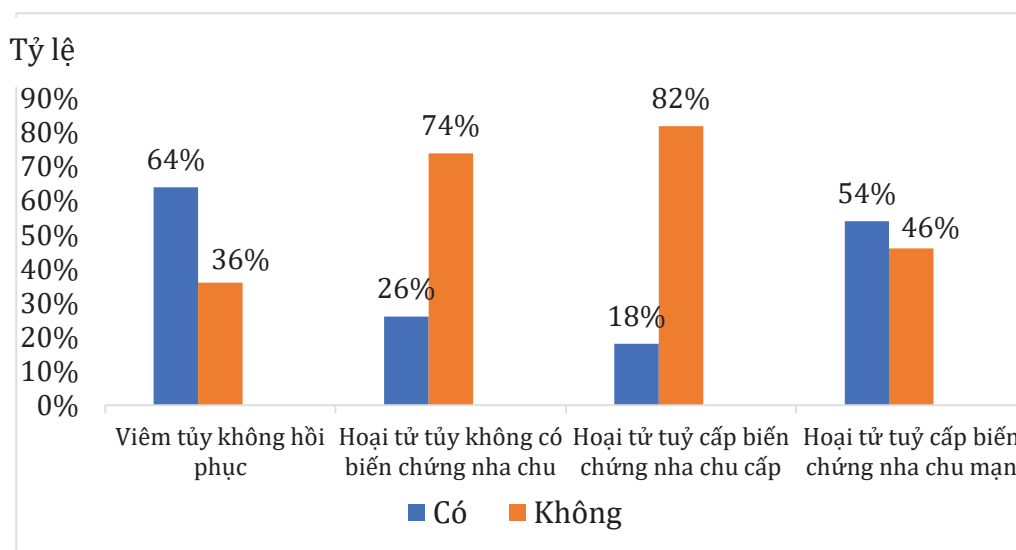
kê SPSS 27.0. Ngưỡng có ý nghĩa thống kê được xác định với $p < 0,05$, 95%CI.

3. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu được thực hiện theo đúng quy định của Viện Đào tạo Răng Hàm Mặt, Đại học Y Hà Nội và Bệnh viện Răng Hàm Mặt Trung ương Hà Nội. Số liệu nghiên cứu được Viện Đào tạo Răng Hàm Mặt, Đại học Y Hà Nội và Bệnh viện Răng Hàm Mặt Trung ương Hà Nội cho phép sử dụng và công bố. Nhóm tác giả cam kết không có xung đột lợi ích trong nghiên cứu.

KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

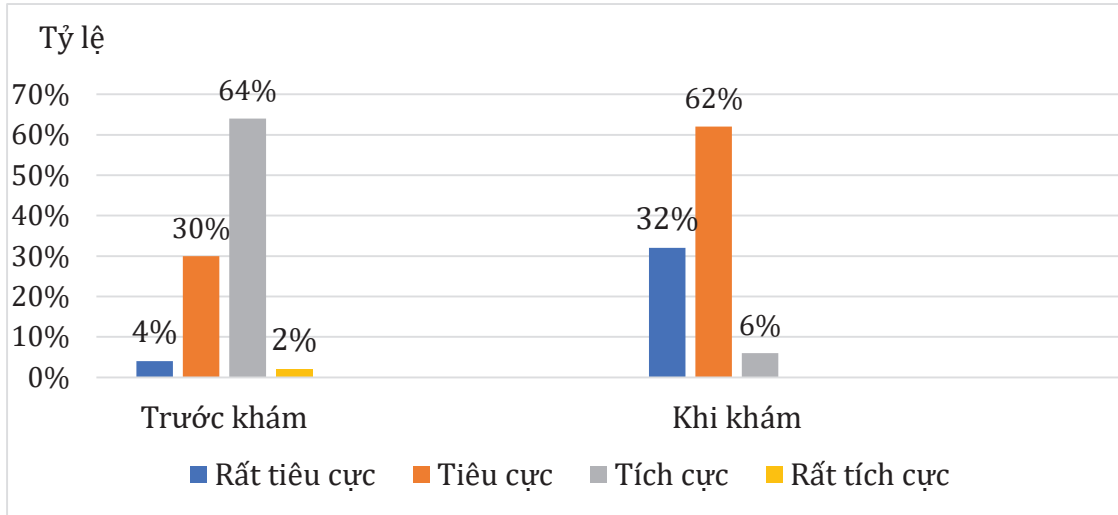
Nghiên cứu trên 50 bệnh nhi gồm 38 trẻ trai và 12 trẻ gái; tuổi trung bình là $4,9 \pm 1,45$; tỷ lệ hàm răng sữa (76%) cao hơn hàm răng hỗn hợp (24%). Bệnh nhi đến điều trị nha khoa có một hoặc nhiều lý do chỉ định gây mê nhưng lý do chính là đa sâu răng (80%) và không hợp tác (94%). Chỉ số dmft rất cao ($16,74 \pm 4,78$). Số răng sâu mức độ nặng là $14,78 \pm 4,49$, cao hơn số răng sâu giai đoạn sớm và sâu mức độ vừa.



Biểu đồ 1. Tỷ lệ bệnh nhi có bệnh lý tủy răng (n = 50).

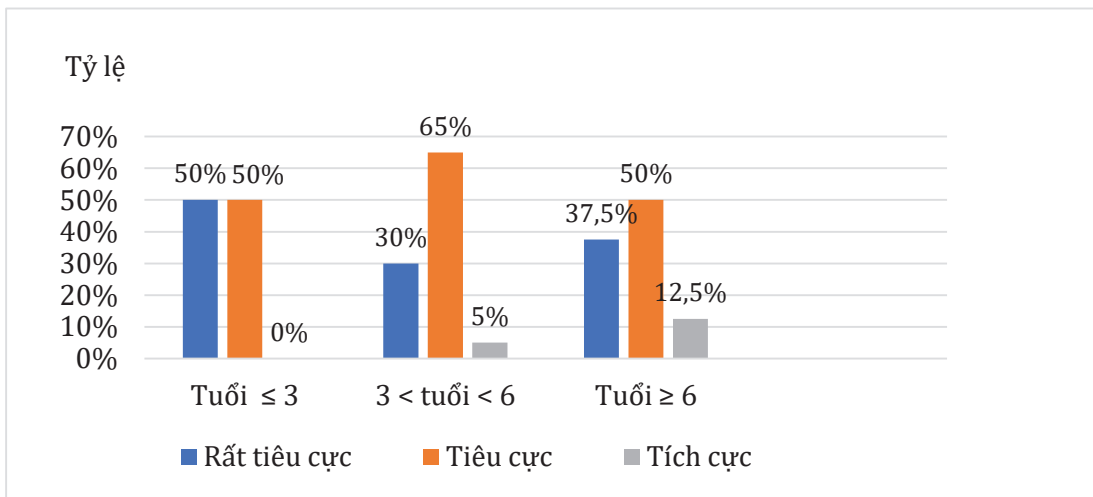
Trong số 50 bệnh nhi có bệnh lý tủy răng, 64% trẻ có răng viêm tủy không hồi phục, tỷ lệ trẻ có răng hoại tử tủy biến chứng nha chu mạn tính, răng hoại tử tủy

không biến chứng nha chu và có biến chứng nha chu cấp lần lượt là 54%, 26% và 18%.



Biểu đồ 2. Mức độ hợp tác của trẻ được khám có chỉ định gây mê ($n = 50$).

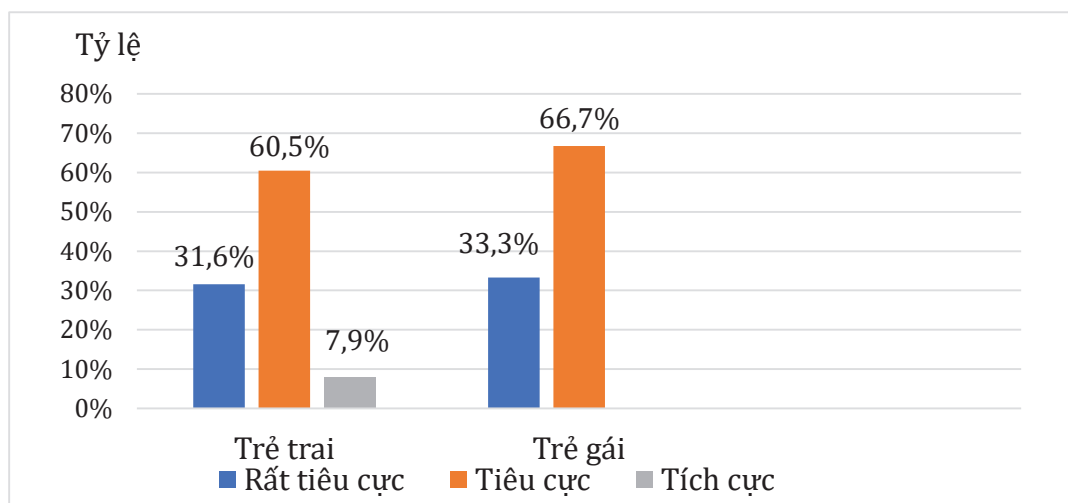
Trẻ có thái độ rất tiêu cực và tiêu cực trước khi khám là 4% và 30%, lần lượt tăng lên 32% và 62% khi được khám. 64% trẻ có thái độ tích cực trước khi khám, giảm còn 6% khi được khám. Không trẻ nào có thái độ rất tích cực khi khám.



Biểu đồ 3. Mức độ hợp tác của trẻ khi được khám có chỉ định gây mê theo tuổi. ($n = 50$; Kiểm định Phi & Cramer's V).

Thái độ tiêu cực chiếm tỷ lệ cao ở cả nhóm trẻ ≤ 3 tuổi (50%) là nhóm trẻ > 3 đến < 6 tuổi (65%) và nhóm trẻ ≥ 6 tuổi (50%). So với các nhóm tuổi khác, thái độ rất

tiêu cực cao nhất là ở trẻ ≤ 3 tuổi (50%), tuy nhiên sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p = 0,85$).



Biểu đồ 4. Mức độ hợp tác của trẻ khi được khám có chỉ định gây mê theo giới tính. ($n = 50$; Kiểm định Phi & Cramer's V).

Ở trẻ trai, hành vi tiêu cực chiếm ưu thế (60,5%) và tương tự ở trẻ gái (66,7%). Tỷ lệ thái độ tích cực rất thấp ở trẻ trai (7,9%) và không có thái độ tích cực nào ở trẻ gái được ghi nhận. Sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p = 0,603$).

BÀN LUẬN

Đánh giá và kiểm soát hành vi là bước khởi đầu trong quá trình khám lâm sàng, đóng vai trò quan trọng để điều trị an toàn, hiệu quả cho trẻ [8]. Tâm sinh lý của trẻ em không chỉ phát triển theo lứa tuổi mà còn thay đổi linh hoạt, trẻ có thể thay đổi tâm trạng giữa các buổi khám, thậm chí ngay trong buổi khám. Những trẻ hợp tác trong lần khám răng trước đó có xu hướng cư xử tích cực và rất tích cực trong những lần điều trị tiếp theo [9].

Trong nghiên cứu của chúng tôi, 98% trẻ đến khám (tại thời điểm nghiên cứu) không phải lần đầu. Các trẻ trước đó đã

được khám tại các bệnh viện hay phòng khám tư khác. Trong các lần khám đó, hầu hết trẻ chỉ được điều trị ở mức tối thiểu như trám răng, mở lỗ vào buồng tủy, nhổ răng sữa... và trẻ không hợp tác để tiếp tục điều trị. Có những trẻ trong lần khám trước không can thiệp được, thậm chí không hợp tác để quá trình khám có thể diễn ra.

Trẻ không hợp tác là một trong những lý do chính để chỉ định điều trị nha khoa dưới gây mê. Đánh giá mức độ hợp tác theo thang điểm trên đối tượng nghiên cứu là trẻ em được chỉ định gây mê để điều trị nha khoa ít được đề cập đến.

Nghiên cứu của chúng tôi đánh giá hành vi của trẻ theo Thang điểm Phân độ Hành vi của Frankl (1962). Mức độ hợp tác của trẻ được đánh giá trước khi khám bao gồm tỷ lệ trẻ có hành vi rất tiêu cực (4%) và tiêu cực (30%); tỷ lệ này tăng lên 32% và 62% khi được khám. Trước khi khám, 64% trẻ có thái độ tích cực, tuy nhiên khi được khám giảm còn 6% và không trẻ nào có hành vi rất tích cực khi được khám (*Biểu đồ 2*).

Trẻ có thái độ không hợp tác, nhất là khi nhổ răng và điều trị tủy. 60% trẻ có nhổ răng và 45% trẻ được điều trị tủy có hành vi tiêu cực trong quá trình điều trị [5]. Khoan răng và tiêm là một trong những nguyên nhân khiến trẻ sợ nha khoa [10]. Phần lớn lý do đến khám của trẻ trong nghiên cứu của chúng tôi là đau, đa sâu răng và bệnh lý tủy. Nhiều trẻ đến khám vì lý do đau thường có xu hướng bộc lộ hành vi tiêu cực hơn, có thể chuyển từ trạng thái tích cực, rất tích cực sang tiêu cực, rất tiêu cực khi được bắt đầu tiếp xúc với ghế nha khoa [9].

Sự khác biệt về mức độ hợp tác khi khám ở các nhóm tuổi và giới tính không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$) (*Biểu đồ 2, 3*). Phần lớn trẻ có hành vi không hợp tác khi được khám (có thái độ tiêu cực, rất tiêu cực) và đây là lý do chính để chỉ định gây mê khi điều trị nha khoa cho trẻ. Tuy nhiên, cũng cần xem xét đến những lý do khác khiến trẻ thay đổi thái độ khi được khám so với trước khi khám như sợ đau, sợ tiêm mũi tê, sợ khoan răng. Bên cạnh đó, các yếu tố khách quan khác cũng có

thể góp phần tác động đến hành vi của trẻ như môi trường xung quanh, tiếng khóc của trẻ khác hay thái độ của các bệnh nhân xung quanh, thái độ của bố mẹ và khả năng tiếp cận, kỹ năng quản lý hành vi của các bác sĩ hoặc đội ngũ nhân viên y tế.

Với mỗi lần điều trị, bác sĩ chỉ có thể trám, phục hồi được một vài răng, điều trị tủy một răng. Khi trẻ có nhiều răng phải điều trị, cần nhiều lần khám hơn. Nếu trẻ không hợp tác khi điều trị thì quá trình điều trị thường kéo dài, gây căng thẳng mệt mỏi cho trẻ và bố mẹ của trẻ. Trường hợp gia đình trẻ ở xa các bệnh viện, phòng khám nha khoa, việc đi lại để điều trị cũng là một thách thức lớn. Gây mê toàn thân cho phép giải quyết tất cả các vấn đề răng miệng của trẻ trong một lần hẹn. Trong điều kiện hành vi của trẻ được kiểm soát và môi trường làm việc tối ưu, bác sĩ có thể cung cấp các dịch vụ điều trị toàn diện cho trẻ [6].

KẾT LUẬN

Tỷ lệ trẻ em có hành vi rất tiêu cực và tiêu cực cao khi được khám. Không có sự khác biệt về mức độ hợp tác khi khám ở trẻ trai, trẻ gái và ở các nhóm tuổi. Kỹ năng quản lý hành vi đối với trẻ em nên được chú ý, giảm hành vi tiêu cực và rất tiêu cực ở trẻ khi khám sẽ tạo điều kiện thuận lợi cho việc điều trị nha khoa cho trẻ. Trẻ hợp tác điều trị trên ghế nha khoa sẽ giúp hạn chế chỉ định gây mê khi điều trị nha khoa.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Marwah N. Textbook of pediatric dentistry. *JP Medical Ltd.* 2018.
2. Sivakumar P, Gurunathan D. Behavior of children toward various dental procedures. *Int J Clin Pediatr Dent.* 2019; 12(5):379-384. DOI: 10.5005/jp-journals-10005-1670.
3. Shayegan A, Makanz VM, Abergel C. Dental treatment in children under general anesthesia: A 24-year retrospective study. *Int J Clin Pediatr Dent.* 2025 Sep; 18(9):1134-1139. DOI: 10.5005/jp-journals-10005-3263. Epub 2025 Sep 15. PMID: 41113777; PMCID: PMC12532212.
4. Yazhlini P, Govindaraju DL. Need of general anesthesia in children for dental treatment-analysis of the reasons. *J Surv Fish Sci.* 2023; 10(1S):284-290. DOI: 10.17762/sfs.v10i1S.173.
5. Jeong Y, Shin J, Park S, Jeong T & Lee E. Dental treatments under general anesthesia at the Pediatric Dentistry of Pusan National University Dental Hospital from 2014 to 2023. *The Journal of the Korean Academy of Pedatric Dentistry.* 2025; 52:35-45.
6. Yilmaz NA, Arayici ME, Efeoglu C. Impact of dental treatments under general anesthesia on oral health-related quality of life in children: A comprehensive meta-analysis. *BMC Oral Health.* 2025 Jan 17; 25(1):84. DOI: 10.1186/s12903-025-05457-w. PMID: 39825309; PMCID: PMC11740519.
7. Andreeva R. Indications for dental treatment under general anesthesia. *Scr Sci Medica.* 2018; 50(3):15-18. DOI: 10.14748/ssm.v50i3.5327.
8. Wright GZ, Kupietzky A. Behavior management in dentistry for children. *John Wiley & Sons.* 2014.
9. Ag S, Kahabuka F, Mbawalla H. Children's behaviour in the dental setting according to Frankl behaviour rating and their influencing factors. *Open Access J Dent Sci.* 2016; 1. DOI: 10.23880/OAJDS-16000103.
10. Son TM, Nhu Ngoc VT, Tran PT, et al. Prevalence of dental fear and its relationship with primary dental caries in 7-year-old-children. *Pediatr Dent J.* 2019; 29(2):84-89. DOI: 10.1016/j.pdj.2019.04.002.