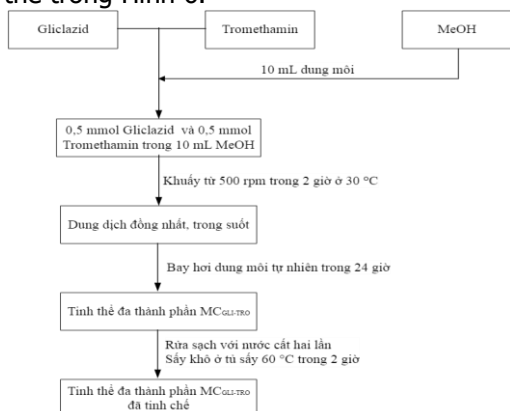


## V. KẾT LUẬN

Quy trình điều chế MC<sub>GLI-TRO</sub> được trình bày cụ thể trong Hình 6.



**Hình 6. Quy trình điều chế tinh thể đa thành phần MC<sub>GLI-TRO</sub>**

Tinh thể MC<sub>GLI-TRO</sub> được điều chế có hình que, không màu, kích thước đồng đều và ổn định trong điều kiện bảo quản. Các thử nghiệm XRD, DSC và IR đã chứng minh có sự hình thành pha tinh thể mới đồng thời vẫn đảm bảo được tính chất dược lý của gliclazid ban đầu. Vấn đề độ

tan được cải thiện gấp 243 lần so với nguyên liệu gliclazid ban đầu.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Palmer KJ, et al. Gliclazid. An update of its pharmacological properties and therapeutic efficacy in non-insulin-dependent diabetes mellitus. *Drugs*. 1993;46(1):92-125.
2. Delrat P, et al. Complete bioavailability and lack of food-effect on pharmacokinetics of gliclazid 30 mg modified release in healthy volunteers. *Biopharmaceutics & drug disposition*. 2002; 23(4):151-157.
3. Putra OD, et al. Drug–drug multicomponent crystals as an effective technique to overcome weaknesses in parent drugs. *Crystal growth & design*. 2016;16(7):3577-3581.
4. Nugrahani I, et al. Zwitterionic cocrystal of diclofenac and L-proline: structure determination, solubility, kinetics of cocrystallization, and stability study. *European Journal of Pharmaceutical Sciences*. 2018;117:168-176.
5. Zaini E, et al. Multicomponent Crystal of mefenamic acid and N-methyl-D-glucamine: crystal structures and dissolution study. *Journal of pharmaceutical sciences*. 2019;108(7):2341-2348.
6. Neurohr Cm. Elaboration de cocristaux pharmaceutiques par procédés assistés au CO<sub>2</sub>. 2015.

## CẬP NHẬT TẠO HÌNH KHUYẾT HỔNG LỚN VÙNG HÀM MẶT

Nguyễn Hồng Nhung\*, Chu Minh Quang\*

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** cập nhật các phương pháp tạo hình khuyết hổng lớn vùng hàm mặt, đánh giá kết quả tạo hình của các phương pháp này. **Đối tượng phương pháp** Hồi cứu, mô tả cắt ngang trên 106 bệnh nhân được điều trị tạo hình tức thì khuyết hổng lớn sau phẫu thuật cắt u vùng hàm mặt trong thời gian từ tháng 1/2020 đến tháng 12/2023. **Kết quả:** Diện khuyết gặp nhiều nhất trong nghiên cứu là khuyết hổng XHD chiếm 50,94% tổng số trường hợp; khuyết hổng lưỡi – sàn miệng chiếm 24,52% và khuyết hổng bán phần xương hàm trên chiếm 19,81%; ngoài ra còn có những khuyết hổng lớn xuyên thấu vùng má chiếm 4,72%. 100% bệnh nhân không hạn chế há miệng sau phẫu thuật. Phương pháp sử dụng nhiều nhất là vạt xương mác tự do trên 65 bệnh nhân tạo hình XHD hoặc XHT chiếm 61,32%; tiếp đến là vạt cánh tay ngoài tự do trên 26 bệnh nhân tạo hình lưỡi – sàn miệng chiếm 24,52%; vạt tại chỗ kết hợp với phục hình tức thì XHT ứng dụng trên 11 bệnh nhân,

chiếm 10,38% và 6 vạt đùi trước ngoài được sử dụng tạo hình khuyết hổng má và tạo hình che phủ lớn vùng hàm dưới chiếm 6,66%. Kết quả xa về chức năng sau 6 tháng không có BN nào phải ăn qua sonde và ăn dạng lỏng, có 8 BN (7,54%) ăn thức ăn dạng sệt và 98 BN(92,45%) có thể ăn uống bình thường. Kết quả theo dõi xa về thẩm mỹ khuôn mặt, không có bệnh nhân nào đạt kết quả thẩm mỹ kém; có 8,49% bệnh nhân đạt kết quả thẩm mỹ khá và 91,51% bệnh nhân đạt được kết quả thẩm mỹ tốt. **Kết luận:** Lựa chọn sử dụng các vạt tạo hình phù hợp nhất với khuyết hổng là điều quan trọng trong phục hồi chức năng. Việc ứng dụng công nghệ kỹ thuật số dựng hình 3D kết hợp với sử dụng linh hoạt các phương pháp tạo hình có thể mang lại cho bệnh nhân kết quả tốt về chức năng cũng như tính thẩm mỹ của khuôn mặt sau phẫu thuật cắt các khối u lớn vùng hàm mặt. **Từ khóa:** xương hàm dưới, lưỡi – sàn miệng, xương hàm trên, kỹ thuật dựng hình 3D, phục hình tức thì.

### SUMMARY

#### UPDATE ON RECONSTRUCTION OF LARGE DEFECTS IN THE MAXILLOFACIAL AREA

**Objective:** to update the methods of reconstructing large defects in the maxillofacial region, to evaluate the results of these methods. **Methods:** Retrospective, cross-sectional description of 106 patients treated for immediate reconstruction of large

\*Trường Đại học Y Dược, Đại học Quốc gia Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Hồng Nhung

Email: dr.rosy245@gmail.com

Ngày nhận bài: 2.7.2024

Ngày phản biện khoa học: 21.8.2024

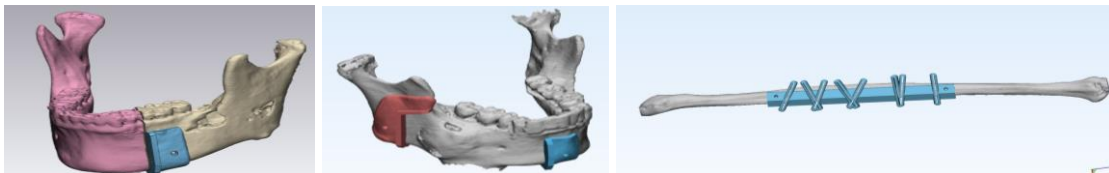
Ngày duyệt bài: 18.9.2024

defects after maxillofacial tumor resection surgery from January 2020 to December 2023. **Results:** The most common defect in the study was the mandibular defect, accounting for 50.94% of the total number of cases; the tongue-floor defect accounted for 24.52% and the partial maxillary defect accounted for 19.81%; in addition, there were large defects penetrating the cheek area, accounting for 4.72%. 100% of patients had no restriction in opening their mouth after surgery. The most commonly used method was the free fibula flap in 65 patients with maxillary or mandibular reconstruction, accounting for 61.32%; followed by the free lateral arm flap in 26 patients with tongue-floor reconstruction, accounting for 24.52%; Local flaps combined with immediate maxillary bone restoration were applied to 11 patients, accounting for 10.38%, and 6 anterior lateral thigh flaps were used to reconstruct cheek defects and create large coverage of the mandible, accounting for 6.66%. Long-term functional results after 6 months, no patient had to eat through a tube and eat liquid food, 8 patients (7.54%) ate solid food and 98 patients (92.45%) could eat and drink normally. Long-term follow-up results on facial aesthetics, no patient had poor aesthetic results; 8.49% of patients had fair aesthetic results and 91.51% of patients had good aesthetic results. **Conclusion:** Choosing the most suitable flaps for the defect is important in rehabilitation. The application of 3D digital imaging technology combined with flexible use of imaging methods can bring patients good results in terms of function as well as facial aesthetics after surgery to remove large tumors in the maxillofacial region.

**Keywords:** mandible, tongue – floor of mouth, maxilla, 3D imaging technique, immediate restoration.

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Các cơ quan tổ chức vùng đầu cổ có những chức năng, nhiệm vụ rất quan trọng. Việc phẫu thuật những khối u lớn vùng hàm mặt, những khối ung thư đầu cổ thường để lại những khuyết hổng lớn gây mất đi những chức năng quan trọng như ăn nhai, nói nuốt, thở và gây biến dạng mất đi tính thẩm mỹ. Vì vậy việc phẫu thuật cần có kế hoạch tốt điều trị triệt để bệnh lý, đồng thời không gây ảnh hưởng tới chất lượng sống của bệnh nhân (1)(2). Do hình thể của các cơ quan bộ phận vùng đầu cổ rất phức tạp, để đạt được kết quả tốt cả chức năng lẫn thẩm mỹ là điều rất khó khăn, đặc biệt trên những bệnh nhân có khuyết hổng quá lớn.



**Hình 1. Thiết kế máng hướng dẫn cắt u**

BN được phẫu thuật dưới mê nội khí quản. Phẫu thuật cắt u theo máng hướng dẫn, bộc lộ ổ nhận. Kíp tạo hình bóc tách vật tự do theo dự kiến hoặc chuẩn bị khung nền cho hàm phục hình.

Chúng tôi đã triển khai sử dụng linh hoạt các vật tự do có nổi mạch vi phẫu tạo hình các khuyết hổng lớn vùng hàm mặt đã đưa lại những kết quả khả quan. Với công nghệ ngày càng phát triển, cho tới nay chúng tôi đã triển khai ứng dụng kỹ thuật dựng hình 3D trong tạo hình khuyết hổng lớn vùng đầu cổ. Kết quả bệnh nhân được điều trị triệt để bệnh lý và nâng cao chất lượng cuộc sống của bệnh nhân.

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

**2.1. Đối tượng nghiên cứu.** Các bệnh nhân (BN) được điều trị tạo hình tức thì khuyết hổng lớn sau phẫu thuật cắt u vùng hàm mặt tại khoa Phẫu thuật Hàm mặt, Bệnh viện RHM TƯ HN trong giai đoạn từ tháng 1/2020 đến tháng 12/2023.

**Tiêu chuẩn lựa chọn:** Bệnh nhân khuyết hổng lớn sau phẫu thuật cắt u vùng hàm mặt. Bệnh nhân không có các bệnh lý hệ thống như tim mạch, hô hấp, nội tiết... ảnh hưởng tới quá trình gây mê. Bệnh nhân có nguyện vọng được phẫu thuật tạo hình tức thì khuyết hổng sau phẫu thuật cắt u.

**2.2. Phương pháp nghiên cứu.** Hồi cứu, mô tả cắt ngang trên 106 bệnh nhân được điều trị tạo hình tức thì khuyết hổng lớn sau phẫu thuật cắt u vùng hàm mặt tại Bệnh viện RHM TƯ HN trong thời gian từ tháng 1/2020 đến tháng 12/2023.

Bệnh nhân được khám xét lâm sàng và cận lâm sàng trước phẫu thuật: các xét nghiệm thường quy, chụp phim CT conebeam hàm mặt. Dự kiến diện cắt u, và kích thước vật tự do sử dụng tạo hình khuyết hổng sau cắt u.

Đối với khối u xương, dựa trên hình ảnh phim chụp CT conebeam, sử dụng phần mềm chuyển hình ảnh sang định dạng 3D DICOM, tính toán thiết kế đường cắt trên xương hàm. Sử dụng phần mềm gương đối chiếu dựng hình ảnh xương hàm hoàn hảo của bệnh nhân. Dựa trên dựng hình ảnh xương hàm hoàn hảo của bệnh nhân, đối chiếu với đoạn khuyết hổng sau cắt xương, thiết kế đường cắt trên xương ghép. In máng hướng dẫn cắt trên xương hàm và máng hướng dẫn cắt trên xương ghép.



**Hình 2. Thiết kế vạt tự do : vạt đùi trước ngoài, vạt cánh tay ngoài, vạt xương mác**

Đánh giá kết quả: xây dựng tiêu chí đánh giá kết quả phẫu thuật dựa trên các tiêu chí của các tác giả trong và ngoài nước đã công bố về chức năng ăn nhai. Kết quả về thẩm mỹ khuôn mặt được đánh giá theo tiêu chí: tốt – bệnh nhân có khuôn mặt cân đối, khá – bệnh nhân có khuôn mặt bị mất cân đối nhẹ, kém – bệnh nhân có khuôn mặt không cân đối sau phẫu thuật.

Các số liệu thu thập được xử lý bằng phần mềm SPSS 20.0.

### III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

#### 3.1. Các dạng khuyết hồng vùng hàm mặt

**Bảng 1. Các dạng khuyết hồng sau cắt khối u.**

Dạng khuyết hồng	Số lượng	Tỷ lệ
Xương hàm trên	21	19,81%
Lưỡi – sàn miệng	26	24,52%
Má	05	4,72%
Xương hàm dưới	54	50,94%
<b>Tổng số</b>	<b>106</b>	<b>100 %</b>

Nhiều nhất là khuyết hồng XHD chiếm 50,94% trong tổng số bệnh nhân nghiên cứu; tiếp đến là khuyết hồng lưỡi – sàn miệng chiếm 24,52% và khuyết hồng bán phần xương hàm trên chiếm 19,81%. Ít gặp hơn trong lô bệnh nhân nghiên cứu là khuyết hồng rộng vùng má chiếm 4,72%.

**Bảng 2. Các dạng vạt được sử dụng.**

Phương pháp tạo hình	Số lượng	Tỷ lệ
Vạt xương mác	65	61,32%
Vạt cánh tay ngoài	26	24,52%
Vạt đùi trước ngoài	06	5,66%
Vạt tại chỗ + phục hình tức thì	11	10,38%
<b>Tổng số</b>	<b>106</b>	<b>100 %</b>

Trong số các vạt tự do được sử dụng nhiều nhất là vạt xương mác chiếm 61,32%; tiếp đến là vạt cánh tay ngoài chiếm 24,52%, vạt đùi trước ngoài sử dụng trên 6 bệnh nhân chiếm 6,66%. Phương pháp sử dụng vạt tại chỗ kết hợp với phục hình tức thì xương hàm trên được ứng dụng trên 11 bệnh nhân, chiếm 10,38% trong lô bệnh nhân nghiên cứu.

#### 3.3. Kết quả phẫu thuật gần

**Bảng 3. Kết quả phẫu thuật gần.**

Phương pháp tạo hình	Số lượng	Thành công	Hoại tử 1 phần vạt
Vạt xương mác	65	65 (100%)	0
Vạt cánh tay ngoài	26	25 (96,15%)	1 (3,75%)
Vạt đùi trước ngoài	06	05	1
Vạt tại chỗ + phục hình tức thì	11	11 (100%)	0
<b>Tổng số</b>	<b>106</b>	<b>104 (98,11%)</b>	<b>2 (1,88%)</b>

Vạt xương mác và vạt tại chỗ có tỷ lệ thành công cao nhất 100%, các vạt cánh tay ngoài và đùi trước ngoài có tỷ lệ thành công là 96,15% và 83,33%. Tổng thành công các loại vạt 98,11% và thất bại 1,88%.

#### 3.5. Kết quả phẫu thuật xa

**Bảng 4. Kết quả chức năng ăn nhai sau phẫu thuật (n=106)**

Dạng thức ăn	BN sau PT 3 tháng (n = 106)	BN sau PT 6 tháng (n = 106)
An qua sonde	02 (1,88%)	00
Thức ăn dạng lỏng	07 (6,60%)	00
Thức ăn dạng sệt	28 (26,41%)	08 (7,54%)
Thức ăn bình thường	69 (65,09%)	98 (92,45%)

Kết quả xa sau 6 tháng cho thấy 92,45% BN ăn uống bình thường, 7,54% BN phải ăn thức ăn dạng sệt.

**Bảng 5. Kết quả thẩm mỹ (n=106)**

Kết quả thẩm mỹ	Số lượng	Tỷ lệ
Kém	00	00
Khá	09	8,49%
Tốt	97	91,51%
<b>Tổng số</b>	<b>106</b>	<b>100%</b>

Về kết quả thẩm mỹ 91,51% đạt kết quả tốt, 8,49% đạt kết quả khá, không có trường hợp nào đạt kết quả kém.

### IV. BÀN LUẬN

Việc điều trị các khối u lớn hay khối u ác tính vùng hàm mặt luôn là vấn đề nan giải đặt ra cho các phẫu thuật viên. Để điều trị được triệt để bệnh lý, chỉ định đưa ra là cắt bỏ rộng rãi vùng mang u. Vùng hàm mặt là nơi chứa đựng các cơ quan bộ phận mang những chức năng sống vô cùng quan trọng như ăn uống, hô hấp, nói và

thẩm mỹ. Chính vì vậy những khuyết hồng sau cắt u thường để lại ảnh hưởng nặng nề tới chất lượng cuộc sống của người bệnh sau phẫu thuật. Bài toán đặt ra luôn là tìm kiếm những phương pháp tạo hình phù hợp nhất để tái tạo lại được các cơ quan bộ phận bị cắt bỏ, phục hồi lại những năng của cơ quan bộ phận đó và còn tái tạo lại thẩm mỹ khuôn mặt cho người bệnh (1)(2). Trong nghiên cứu của chúng tôi những khuyết hồng hay gặp sau phẫu thuật cắt khối u là khuyết hồng XHD chiếm 50,94% trong tổng số bệnh nhân nghiên cứu; tiếp đến là khuyết hồng lưỡi – sàn miệng chiếm 24,52% và khuyết hồng bán phần xương hàm trên chiếm 19,81%; ngoài ra còn có những khuyết hồng lớn xuyên thấu vùng má chiếm 4,72%. Những phương pháp tạo hình kinh điển thường khó có thể đáp ứng được những khuyết hồng phức tạp này (1)(2).

Kỹ thuật vi phẫu đã trở thành lựa chọn đầu tay trong việc tạo hình các khuyết hồng lớn vùng hàm mặt. Nghiên cứu của chúng tôi sử dụng nhiều nhất là vật xương mác tự do trên 65 bệnh nhân tạo hình XHD hoặc XHT chiếm 61,32%; tiếp đến là vật cánh tay ngoài tự do trên 26 bệnh nhân tạo hình lưỡi – sàn miệng chiếm 24,52% và 6 vật đùi trước ngoài được sử dụng tạo hình khuyết hồng má và tạo hình che phủ lớn vùng hàm dưới chiếm 6,66%. Sự lựa chọn các vật tự do tạo hình các khuyết hồng của chúng tôi cũng tương ứng với các nghiên cứu của các tác giả trên thế giới (1)(2). Những nghiên cứu của Brandão (2016), Dholam (2019) cho thấy việc sử dụng hàm phục hình tức thì trên các bệnh nhân cắt bán phần XHT mang lại sự phục hồi tốt sau phẫu thuật tính về thời gian hậu phẫu cũng như phục hồi chức năng (3)(4)(5)(6). Chúng tôi đã phương pháp sử dụng vật tại chỗ kết hợp với phục hình tức thì XHT ứng dụng trên 11 bệnh nhân, chiếm 10,38% trong lô bệnh nhân nghiên cứu.

Lựa chọn sử dụng các vật phù hợp nhất với khuyết hồng là điều quan trọng trong phục hồi chức năng(6)(7). Kết quả theo dõi xa của chúng tôi, chức năng ăn nhai của các bệnh nhân được cải thiện dần sau 3 tháng và 6 tháng. Sau 3 tháng có 2 BN vẫn cần ăn qua sonde dạ dày, 7 BN ăn thức ăn dạng lỏng, 28 BN ăn thức ăn dạng sệt và 69 BN có thể ăn thức ăn bình thường. Sau 6 tháng không có BN nào phải ăn qua sonde và ăn dạng lỏng, có 8 BN (7,54%) ăn thức ăn dạng sệt và 98 BN(92,45%) có thể ăn uống bình thường.

Biến chứng hay gặp nhất của phẫu thuật tạo hình là hoại tử vật (1)(2). Các biến chứng này dễ xảy ra nhiều hơn với những vật tự do cần nối mạch máu. Khi bắt đầu thấy có hiện tượng rời

loạn cấp máu ở vật ghép cần phẫu thuật kiểm tra ngay để phục hồi lưu thông mạch. Trong nghiên cứu của chúng tôi có 2 trường hợp có diễn biến thiếu dưỡng đầu xa vật tự do, phát hiện ở ngày thứ 3 và ngày thứ 5 sau phẫu thuật. Chúng tôi tiến hành triển khai kiểm tra lưu thông mạch máu, cắt lọc đầu xa vật.

Sự phát triển của kỹ thuật số cùng công nghệ dựng hình 3D ngày càng mạnh mẽ trong những năm trở lại đây. Việc sử dụng phần mềm gương đối chiếu thiết kế lại XHT và XHD hoàn hảo của bệnh nhân giúp cho các phẫu thuật viên xây dựng kế hoạch phẫu thuật tỉ mỉ, đưa lại độ chính xác cao hơn. In 3D máng phẫu thuật cắt xương và hàm phục hình, giúp giảm thời gian phẫu thuật cũng như nâng cao về chất lượng tạo hình (8)(9)(10). Trong kết quả theo dõi xa về thẩm mỹ khuôn mặt, chúng tôi không có bệnh nhân nào đạt kết quả thẩm mỹ kém; có 8,49% bệnh nhân đạt kết quả thẩm mỹ khá và 91,51% bệnh nhân đạt được kết quả thẩm mỹ tốt.

## V. KẾT LUẬN

Lựa chọn các phương pháp tạo hình phù hợp rất quan trọng nhất sau phẫu thuật cắt u vùng hàm mặt. Việc ứng dụng công nghệ kỹ thuật số dựng hình 3D kết hợp với sử dụng linh hoạt các phương pháp tạo hình có thể mang lại cho bệnh nhân kết quả tốt về chức năng cũng như tính thẩm mỹ của khuôn mặt sau phẫu thuật cắt các khối u lớn vùng hàm mặt.



**Hình 3. BN Lý A C., Tạo hình XHD bằng vật xương mác**



**Hình 4. BN Lê Cao S., Phục hình tức thì XHT**

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Eckardt A, Meyer A, Laas U et al. "Reconstruction of defects in the head and neck with free flaps: 20 years experience". British Journal of Oral Maxillofacial Surgery. 2007;45(1): 11-15
2. Satoshi Onoda and Kinoshita Masahito. "Microsurgery for Head and Neck Reconstruction", J Craniofac Surg (2020);31: 1441-1444.

3. **John Henry Pang, Sebastian Brooke, Mark W. Kubic, Robert L. Ferris, Matilda Dhima, Matthew M. Hanasono, Eric W. Wang, Mario G. Solari.** "Staged Reconstruction (Delayed-Immediate) of the Maxillectomy Defect Using CAD/CAM Technology", *Journal of Reconstructive Microsurgery* (2017), doi:10.1055/s-0037-1607394.
4. **Kasim Mohamed1, R. Subhiksha, K. Preetha.** "Pre-emptive Designing of Immediate Surgical Obturator", *Indian Journal of Surgical Oncology* (2020), doi:10.1007/s13193-021-01425-2.
5. **Brandão TB, Vechiato Filho AJ, Batista VE, de Oliveira MC, Santos-Silva AR.** "Obturator prostheses versus free tissue transfers: A systematic review of the optimal approach to improving the quality of life for patients with maxillary defects". *J Prosthet Dent.* 2016 Feb;115(2):247-253.e4.
6. **Dholam, K. P., Bachher, G., & Gurav, S. V. (2019).** Changes in the quality of life and acoustic speech parameters of patients in various stages of prosthetic rehabilitation with an obturator after maxillectomy. *The Journal of Prosthetic Dentistry.*
7. **Patrik Pipkorna, Kelsey Rosenquista, and Joseph Zenga.** "Functional considerations in oral cavity reconstruction", *Curr Opin Otolaryngol Head Neck Surg* 2018, 26:326–333 DOI:10.1097
8. **Yu Y, Zhang W-B, Liu X-J, Guo C-B, Yu G-Y, Peng X.** "Three-dimensional accuracy of virtual planning and surgical navigation for mandibular reconstruction with free fibula flap", *Journal of Oral and Maxillofacial Surgery* (2016), doi: 10.1016.
9. **Ren W, L Gao L, Li S, Chen C, Li F, Wang Q, Zhi Y, Song J, Dou Z, Xue L, Zhi K.** "Virtual Planning and 3D printing modeling for mandibular reconstruction with fbula free flap", *Med Oral Patol Oral Cir Bucal.* 2018 May 1;23 (3):e359-66.
10. **Mohammed E A, Omer M J, Mostafa I S.** "Aesthetic Reconstruction of Onco-surgical. Mandibular Defects Using Free Fibular Flap with and without CAD/CAM Customized. Osteotomy Guide: A Randomized Controlled Clinical Trial", *BMC Cancer* (2022) 22:1252

## THỰC TRẠNG BỆNH KHÔNG LÂY NHIỄM VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN Ở NGƯỜI CAO TUỔI ĐẾN KHÁM PHÒNG KHÁM BÁC SĨ GIA ĐÌNH BỆNH VIỆN LÊ VĂN THỊNH NĂM 2022

Lê Thanh Toàn<sup>1,2</sup>, Phan Chung Thùy Lynh<sup>1,2</sup>,  
Trần Văn Khanh<sup>2</sup>, Huỳnh Trung Sơn<sup>1</sup>

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Nghiên cứu nhằm xác định tỉ lệ mắc bệnh không lây nhiễm và các yếu tố liên quan ở người cao tuổi đến khám tại Phòng khám Bác sĩ gia đình Bệnh viện Lê Văn Thịnh năm 2022. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu cắt ngang trên 4731 người cao tuổi. **Kết quả:** Độ tuổi trung bình là 69,2 ± 7,5 tuổi; nữ chiếm 68,9%. Nhóm tuổi từ 65 - 74 chiếm tỉ lệ 44,8%. Mười bệnh mắc bệnh hàng đầu là tăng huyết áp, rối loạn chuyển hóa lipoprotein máu, bệnh tim thiếu máu cục bộ, viêm dạ dày, rối loạn chức năng tiền đình, thoái hóa đa khớp, rối loạn lo âu, loãng xương và trầm cảm. Ba bệnh mạn tính không lây thường gặp nhất ở người cao tuổi là tăng huyết áp (69,7%), bệnh tim thiếu máu cục bộ (43,4%) và đái tháo đường (29,3%). 68,5% người cao tuổi mắc từ 3 bệnh trở lên. Có mối liên quan giữa số bệnh đồng mắc với giới tính và nhóm tuổi ( $p < 0,001$ ). **Kết luận:** Tỉ lệ mắc bệnh mạn tính không lây và đa bệnh cao ở người cao tuổi, cần sàng lọc thường quy để nâng cao chất lượng điều trị. **Từ khóa:** bệnh mạn tính không lây, người cao tuổi, chăm sóc ban đầu, bác sĩ gia đình

### SUMMARY

#### PREVALENCE OF NON-COMMUNICABLE DISEASES AND ASSOCIATED FACTORS AMONG ELDERLY PATIENTS AT LE VAN THINH HOSPITAL'S FAMILY PHYSICIAN CLINIC IN 2022

**Objective:** The study aims to determine the prevalence of non-communicable diseases (NCDs) and related factors among elderly patients visiting the Family Doctor Clinic at Le Van Thinh Hospital in 2022. **Methods:** A cross-sectional study was conducted on 4731 elderly individuals. **Results:** The average age was 69.2 ± 7.5 years, with 68.9% of the participants being female; 44.8% was between the ages of 65 and 74. The ten most prevalent diseases were hypertension, dyslipidemia, ischemic heart disease, gastritis, vestibular dysfunction, osteoarthritis, anxiety disorders, osteoporosis, and depression. Hypertension (69.7%), ischemic heart disease (43.4%), and diabetes mellitus (29.3%) were the three most common NCDs among the elderly. 68.5% of the elderly had three or more diseases. There was an association between the number of comorbidities and gender and age group ( $p < 0.001$ ). **Conclusion:** The prevalence of chronic NCDs and multimorbidity is high among the elderly, highlighting the need for routine screening to improve treatment quality.

**Keywords:** chronic non-communicable diseases, NCDs, elderly, primary care, family physician.

<sup>1</sup>Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh

<sup>2</sup>Bệnh viện Lê Văn Thịnh

Chịu trách nhiệm chính: Huỳnh Trung Sơn

Email: huynhtrungson@ump.edu.vn

Ngày nhận bài: 5.7.2024

Ngày phản biện khoa học: 22.8.2024

Ngày duyệt bài: 17.9.2024