

HIỆU QUẢ CỦA PHÒNG VẤN TẠO ĐỘNG LỰC VỚI TUÂN THỦ ĐIỀU TRỊ ARV Ở NGƯỜI BỆNH HIV/AIDS

Đinh Thị Thu Hằng¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá hiệu quả của phỏng vấn tạo động lực với tuân thủ điều trị ARV ở người bệnh HIV/AIDS tại bệnh viện Đa khoa huyện Vũ Thư tỉnh Thái Bình năm 2023. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu can thiệp trên 32 người bệnh không tuân thủ điều trị ARV bằng phương pháp phỏng vấn tạo động lực (MI) tại phòng khám ngoại trú HIV/AIDS – Bệnh viện Đa khoa huyện Vũ Thư. **Kết quả:** Phỏng vấn tạo động lực thay đổi đáng kể tình trạng tuân thủ điều trị ARV ở 32 NB HIV/AIDS không tuân thủ điều trị cao. **Kết luận:** Cần mở rộng mô hình MI, đánh giá hiệu quả của can thiệp MI tăng cường tuân thủ điều trị đối với NB thuộc nhóm có nguy cơ cao không tuân thủ điều trị tại các phòng khám trên các địa bàn tỉnh để việc đánh giá hiệu quả được toàn diện hơn. **Từ khóa:** tuân thủ điều trị, ARV, HIV/AIDS.

SUMMARY

THE EFFECTIVENESS OF MOTIVATIONAL INTERVIEWING ON HIV/AIDS PATIENTS TREATED ARV

Objective: Evaluate the effectiveness of motivational interviewing on HIV/AIDS patients treatment ED ARV at Vu Thu District General Hospital, Thai Binh Province in 2023. **Subjects and methods:** Research intervention study conducted on 32 patients non-adherent to ARV treatment using motivational interviewing (MI) at the HIV/AIDS outpatient clinic - Vu Thu District General Hospital. **Results:** Motivational interviewing significantly changed ARV treatment adherence in 32 HIV/AIDS patients with high non-adherence. **Conclusion:** It is necessary to expand the MI model and evaluate the effectiveness of MI intervention to increase treatment adherence for patients in the high-risk group of non-adherence to treatment at clinics in the provinces to evaluate Effective pricing is more comprehensive. **Keywords:** treatment adherence, ARV, HIV/AIDS.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Điều trị HIV/AIDS bằng thuốc kháng vi rút HIV (ARV) là một trong những giải pháp quan trọng và hiệu quả nhất để phòng, chống HIV/AIDS. Việc chăm sóc, hỗ trợ và điều trị bằng các thuốc kháng retro virus đóng vai trò hết sức quan trọng. Tuy nhiên, đây là quá trình điều trị liên tục, kéo dài suốt cuộc đời và đòi hỏi sự tuân

thủ điều trị tuyệt đối của người bệnh. Tuân thủ điều trị là uống đúng thuốc, đúng giờ, đúng liều lượng và đều đặn suốt đời để có thể duy trì nồng độ ARV trong máu, tránh làm xuất hiện các đột biến của HIV kháng thuốc và thất bại điều trị [1].

Trong bối cảnh các nguồn tài trợ bị cắt giảm, nguồn thuốc và các dịch vụ chăm sóc điều trị HIV/AIDS chủ yếu thông qua nguồn BHYT nhu cầu của người dân và xã hội ngày càng tăng, đòi hỏi các bệnh viện cần nỗ lực cải tiến chất lượng khám chữa bệnh. Để đáp ứng nhu cầu xã hội, ngành y tế đã có những đổi mới, chuyển biến tích cực để cải thiện chất lượng khám chữa bệnh. Đổi mới về kiến thức, quan điểm lấy người bệnh làm trung tâm chăm sóc và điều trị; cải tiến các quy trình khám bệnh, giảm thủ tục hành chính, trọng tâm lấy NB làm trung tâm khuyến khích NB khám phá các ưu tiên, động lực và nguồn lực của họ cũng như tham gia giải quyết vấn đề và đặt mục tiêu cho kết quả sức khỏe chất lượng.

Bên cạnh việc thực hiện các hoạt động chăm sóc thường quy thì phỏng vấn tạo động lực đang là một biện pháp mang lại hiệu quả được đánh giá cao. Phỏng vấn tạo động lực là một trong những kỹ thuật được sử dụng trong tư vấn nhằm tăng cường tuân thủ điều trị ARV. Đây là một cách trao đổi tự nhiên và hữu hiệu giữa tham vấn viên và NB về vấn đề NB muốn thay đổi. Phỏng vấn tạo động lực tập trung hỗ trợ NB tăng cường động lực và cam kết thay đổi [2], khơi gợi lên động cơ hay cái mong muốn sâu thẳm bên trong của NB muốn thay đổi hành vi của mình để tăng cường tuân thủ điều trị vẫn còn hạn chế tại PKNT điều trị HIV/AIDS, chủ yếu cán bộ y tế vẫn sử dụng phương pháp tư vấn giáo dục sức khỏe thông thường khi tư vấn cho những người bệnh chưa tuân thủ điều trị tốt.

Với phỏng vấn tạo động lực, điều dưỡng có thể khám phá sự hiểu biết, động lực, sự tự tin và rào cản của NB để thay đổi bằng cách đặt những câu hỏi gợi mở, thừa nhận quyền tự chủ và trách nhiệm cá nhân của NB trong việc thay đổi hành vi nhằm nâng cao sức khỏe [3]. Do đó chúng tôi tiến hành nghiên cứu nhằm đánh giá hiệu quả của phỏng vấn tạo động lực với tuân thủ điều trị ARV ở người bệnh HIV/AIDS tại Bệnh viện đa khoa huyện Vũ Thư tỉnh Thái Bình năm 2023.

¹Trường Đại học Điều dưỡng Nam Định

Chịu trách nhiệm chính: Đinh Thị Thu Hằng

Email: hangndun73@gmail.com

Ngày nhận bài: 5.7.2024

Ngày phản biện khoa học: 21.8.2024

Ngày duyệt bài: 26.9.2024

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng, địa điểm và thời gian nghiên cứu

❖ *Đối tượng nghiên cứu:*

+ NB HIV/AIDS đang điều trị thuốc ARV tại PKNT HIV/AIDS – Bv Đa khoa huyện Vũ Thư.

+ Hồ sơ quản lý, theo dõi NB HIV/AIDS đang điều trị ARV ngoại trú, sổ sách lưu, bệnh án điều trị ngoại trú, phiếu tư vấn và hẹn tái khám tại PKNT.

❖ *Địa điểm và thời gian nghiên cứu:*

- Địa điểm: Tại PKNT HIV/AIDS Bệnh viện Đa khoa huyện Vũ Thư – tỉnh Thái Bình.

- Thời gian nghiên cứu: Từ tháng 4/2022 đến tháng 9/2023

2.2 Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu. Thiết kế sử dụng phương pháp nghiên cứu can thiệp phỏng vấn tạo động lực có so sánh trước sau trên một nhóm đối tượng nhằm đánh giá hiệu quả của phỏng vấn tạo động lực với tuân thủ điều trị ARV ở người bệnh HIV/AIDS tại bệnh viện Đa khoa huyện Vũ Thư.

2.2.2. Mẫu và phương pháp chọn mẫu

- Cỡ mẫu: Lấy mẫu toàn bộ NB không đạt tuân thủ điều trị cao sau khi sàng lọc theo thang đo đa chiều trong thời gian từ tháng 05 đến tháng 8 năm 2023, đáp ứng tiêu chuẩn chọn mẫu, có 32 NB đạt tiêu chuẩn tham gia can thiệp MI.

- Phương pháp chọn mẫu: Sử dụng phương pháp chọn mẫu thuận tiện.

2.2.3. Bộ công cụ. Bộ công cụ đánh giá tuân thủ điều trị kết hợp đa chiều được chúng tôi sử dụng trong nghiên cứu đã được kiểm nghiệm trong nghiên cứu tại Hà Nội của tác giả Đào Đức Giang [4] [5], bao gồm 04 phần:

+Phần 1: đánh giá tuân thủ điều trị dành cho NB bao gồm 4 câu hỏi với câu trả lời là "Có" hoặc "Không".

+Phần 2: đánh giá tuân thủ điều trị bằng thang điểm trực quan (VAS). Nội dung phần này tư vấn viên sẽ hỏi NB về mức độ tuân thủ điều trị của NB ở mức nào trong 4 ngày qua theo thang điểm VAS.

+Phần 3: đánh giá tuân thủ điều trị qua kiểm tra kiến thức về thuốc ARV NB đang sử dụng. Trong phần này NB sẽ được hỏi về các thông tin về thuốc để kiểm tra kiến thức về cách dùng, liều dùng, thời điểm dùng và các lưu ý khi dùng thuốc khác.

+Phần 4: đánh giá tuân thủ điều trị qua kiểm đếm số viên trong kỳ với hai câu hỏi dành cho NB

2.2.4. Nội dung hoạt động can thiệp

Giai đoạn 1: Giai đoạn tiếp cận: Sử dụng các kỹ năng lắng nghe tích cực, kỹ năng phản hồi đơn giản, phản hồi cảm xúc, kỹ năng khẳng định và kỹ năng tóm tắt.

Giai đoạn 2: Giai đoạn tập trung: giai đoạn tập trung, CBYT giúp NB xác định những vấn đề họ đang gặp phải. Đồng thời sắp xếp tính liên quan giữa các vấn đề và cho NB cơ hội xác định đâu là vấn đề ưu tiên cần giải quyết hay nói cách khác hành vi sức khỏe nào mà NB cần thay đổi để tăng cường tuân thủ điều trị. Nhiệm vụ quan trọng trong giai đoạn này là CBYT hỗ trợ NB nhận diện ra vấn đề của bản thân một cách rõ ràng nhất. Đặc biệt là họ hiểu được bản chất vấn đề họ đang gặp phải là gì và lý giải được sự tồn tại của vấn đề đó. Vì điều này sẽ thuận lợi cho NB hướng đến sự thay đổi. CBYT cần sử dụng câu hỏi mở, phản hồi phóng đại, phản hồi hai chiều và tóm tắt một cách phù hợp với từng câu nói hay biểu hiện của NB trong buổi vấn đàm.

Giai đoạn 3: Giai đoạn khơi gợi: Đặt câu hỏi mở, phản hồi hai chiều, phản hồi cảm xúc, khẳng định, tóm tắt, nhận biết và đáp ứng với câu nói về sự thay đổi, truy vấn cụ thể và cung cấp thông tin cần thiết với NB.

Giai đoạn 4: Giai đoạn lập kế hoạch: NB sẽ tự tin và có cơ hội phác thảo các hoạt động chi tiết nhằm thực hiện kế hoạch. Sử dụng thước đo tầm quan trọng, tính khả thi và mức độ tự tin kể cả sự cam kết sẽ thực hiện kế hoạch thay đổi.

2.2.5. Xử lý số liệu. Số liệu được nhập và xử lý bằng phần mềm Spss 20.0.

2.2.6. Đạo đức nghiên cứu. Nghiên cứu được sự thông qua và cho phép của Hội đồng trường Đại học Điều dưỡng Nam Định, được sự chấp thuận và cho phép của Lãnh đạo CDC Thái Bình và bệnh viện đa khoa huyện Vũ Thư tỉnh Thái Bình.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đánh giá kết hợp đa chiều

Bảng 3.1: Mức độ tuân thủ điều trị ARV so sánh trước và sau can thiệp theo đánh giá kết hợp đa chiều

Mức độ tuân thủ điều trị	Thời điểm can thiệp				p
	T1		T2		
	n=32	Tỷ lệ	n=32	Tỷ lệ	
Mức độ cao	0	0	21	65,6	p>0,05
Mức độ Trung bình	4	12,5	2	6,3	p>0,05
Mức độ thấp	28	87,5	9	28,1	p>0,05

Kết quả nghiên cứu cho thấy tỷ lệ tuân thủ điều trị ARV mức độ cao sau khi can thiệp trên nhóm đối tượng không tuân thủ điều trị cao đã tăng lên một cách có ý nghĩa thống kê và ý

ngĩa lâm sàng sau can thiệp là 65,6%.

3.2. Tuân thủ điều trị dựa trên phỏng vấn NB so sánh trước và sau can thiệp

Bảng 3.2: Tuân thủ điều trị dựa trên phỏng vấn NB so sánh trước và sau can thiệp

Biến số nghiên cứu	Trước can thiệp (n)		Sau can thiệp (n)	
	n=32	Tỷ lệ %	n=32	Tỷ lệ %
NB có thấy khó nhớ việc dùng thuốc	18	56,3	7	21,9
NB có tạm dừng thuốc khi thấy khỏe lên	5	15,6	0	0
NB có quên liều nào 4 ngày trước đó	15	46,9	2	6,3
NB có tạm dừng thuốc khi thấy mệt hơn	6	18,8	1	3,1

Kết quả khảo sát trước và sau nghiên cứu cho thấy: Tỷ lệ NB thấy khó nhớ việc cần phải dùng thuốc đã giảm từ mức 56,3% trước nghiên cứu xuống 21,9% sau nghiên cứu.

Không còn NB nào tạm dừng thuốc khi thấy khỏe lên sau khi can thiệp so với lúc chưa can thiệp là 15,6%.

Chỉ có 3,1% NB có tạm dừng thuốc khi thấy mệt hơn, giảm đáng kể so với khi chưa can thiệp là 18,8%.

3.3. Tuân thủ điều trị đánh giá bằng công cụ trực quan (VAS) so sánh trước và sau can thiệp

Bảng 3.3: Tuân thủ điều trị dựa trên thang điểm trực quan VAS so sánh trước và sau can thiệp

Mức độ tuân thủ điều trị theo thang điểm VAS (0-10)	Trước can thiệp (n=32)	Sau can thiệp (n=32)
Trung bình	8,09	9,69
Trung vị	8,00	10
Độ lệch chuẩn (SD)	0,641	0,47
Tối thiểu-Tối đa	7 - 9	9 - 10
Tỷ lệ có VAS \geq 9,5	0	68,8%

NB được phỏng vấn sau can thiệp báo cáo tỷ lệ tuân thủ điều trị trung bình là 9,69 với độ lệch chuẩn là 0,47. Tỷ lệ NB có điểm VAS từ 9,5 trở lên (NB xếp loại tuân thủ điều trị mức độ cao) trong khảo sát sau can thiệp đạt mức 68,8%, cao hơn một cách có ý nghĩa thống kê so với thời điểm trước can thiệp.

3.4. Tuân thủ điều trị qua kiểm tra kiến thức sử dụng ARV so sánh trước và sau can thiệp

Bảng 3.4: Tuân thủ điều trị dựa trên thang điểm kiểm tra kiến thức về thuốc so sánh trước và sau can thiệp

Tần suất và tỷ lệ NB	Trước can thiệp (tần suất/ tỷ lệ) (n=32)	Sau can thiệp (tần suất/ tỷ lệ) (n=32)	Giá trị p
Trả lời đúng tất cả các câu hỏi về kiến thức sử dụng ARV	2 (6,25%)	26 (81,25%)	p > 0,05
Sự khác biệt tỷ lệ (sau can thiệp - trước can thiệp)	75%		p > 0,05

Nghiên cứu cho thấy 6,25% NB trả lời đúng tất cả các câu hỏi kiểm tra kiến thức về thuốc trước can thiệp và tỷ lệ này tăng lên đáng kể (81,25%) sau can thiệp. Các câu hỏi này là các câu hỏi về tên thuốc, cách dùng, hoặc liều dùng, thời điểm dùng thuốc cũng như các lưu ý khi sử dụng.

3.5. Tuân thủ điều trị qua kiểm đếm số viên dùng trong kỳ so sánh trước và sau can thiệp

Bảng 3.5: Tuân thủ điều trị qua kiểm đếm số viên dùng trong kỳ so sánh trước và sau can thiệp

Nội dung	Trước can thiệp	Sau can thiệp
	Số lượng/ Tỷ lệ % (n = 32)	Số lượng/ Tỷ lệ % (n=32)
Thừa thuốc 0-1 viên	4 (12,5%)	29 (90,6%)
Thuốc thừa từ 2 viên trở lên	28 (87,5%)	3 (9,3%)

Khảo sát trước can thiệp cho thấy có tới 87,5% NB không tuân thủ điều trị cao còn thừa từ 2 viên thuốc trở lên, tỷ lệ này thay đổi rõ rệt sau can thiệp chỉ còn 9,3% báo cáo còn thừa 2 viên thuốc trở lên.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Tuân thủ điều trị theo phương pháp đánh giá kết hợp sử dụng thang đánh giá đa chiều so sánh trước và sau can thiệp. Kết quả đánh giá theo thang đa chiều là kết quả tổng hợp giữa phỏng vấn trực tiếp NB; theo thang điểm trực quan (Visual Analog Scale-VAS), kiến thức dùng thuốc, và kiểm đếm số thuốc còn thừa được trình bày trong bảng 3.10. Kết quả nghiên cứu cho thấy tỷ lệ tuân thủ điều trị ARV mức độ cao đã tăng lên một cách có ý nghĩa thống kê sau can thiệp là 65,6% sau khi can thiệp nhóm đối tượng không tuân thủ điều trị cao. Tương tự như vậy tỷ lệ tuân thủ điều trị ARV mức độ trung bình và thấp trước can thiệp 12,2% và 87,5% đã giảm một cách có ý nghĩa thống kê xuống 6,3% và 28,1%.

Việc cải thiện làm tăng 65,6% NB tuân thủ

điều trị mức độ cao là một kết quả bước đầu rất đáng khích lệ trong khi việc can thiệp không tạo ra gánh nặng công việc quá lớn cho các cán bộ tư vấn của phòng khám ngoại trú. Mặc dù vậy, điểm rất quan trọng cần phải lưu ý khi phân giải kết quả này là việc tăng tuân thủ điều trị có thể không hoàn toàn là do kết quả của can thiệp. Việc phỏng vấn lặp lại NB sau can thiệp sử dụng cùng một bộ câu hỏi có thể là một trong những yếu tố gây sai lệch trong việc đo lường kết quả do NB có thể nhớ lại các câu hỏi của vòng phỏng vấn trước và câu trả lời do vậy sẽ chính xác hơn.

Việc đánh giá hiệu quả can thiệp MI được thực hiện ngay sau khi kết thúc can thiệp do vậy hiệu quả của can thiệp trong nghiên cứu này là hiệu quả ngắn hạn. Hiệu quả dài hạn của can thiệp chưa được xác định, tức là không rõ tác dụng của can thiệp này sẽ kéo dài được bao lâu.

4.2. Tuân thủ điều trị dựa trên phỏng vấn NB so sánh trước và sau can thiệp. Kết quả đánh giá tuân thủ điều trị dựa trên việc phỏng vấn NB trước và sau can thiệp được trình bày trong bảng 3.11. Phần lớn các câu hỏi phỏng vấn NB đã được NB trả lời và kết quả cho thấy NB có quên liều nào 4 ngày trước đó đã giảm đáng kể từ 46,9% xuống còn 6,3%. Nội dung đánh giá này không có khó khăn gì đối với NB cả trong vòng phỏng vấn trước và sau can thiệp, hay nói cách khác, tính phân biệt của nội dung đánh giá của các câu hỏi trong phần này chưa cao.

4.3. Tuân thủ điều trị đánh giá bằng công cụ trực quan (VAS) so sánh trước và sau can thiệp. Kết quả đánh giá tuân thủ điều trị dựa trên việc phỏng vấn NB trước và sau can thiệp được trình bày trong bảng 3.12. Theo thang điểm trực quan (VAS 0-10 cm), nghiên cứu ghi nhận các NB được phỏng vấn sau can thiệp báo cáo tỷ lệ tuân thủ điều trị trung bình là 9,69 với độ lệch chuẩn là 0,47 cao hơn một cách có ý nghĩa thống kê so với thời điểm trước can thiệp với điểm trung bình là 8,09 điểm và độ lệch chuẩn là 0,641 điểm.

Tương tự như việc phân giải kết quả đánh giá tuân thủ điều trị sử dụng đánh giá kết hợp, việc đánh giá hiệu quả của can thiệp sử dụng VAS cũng có những hạn chế nhất định do thang đánh giá VAS có tính chất chủ quan và hiệu quả của can thiệp dựa trên thang đánh giá này cũng là các hiệu quả trước mắt, không phải là hiệu quả lâu dài của can thiệp.

4.4. Tuân thủ điều trị qua kiểm tra kiến thức sử dụng ARV. Đánh giá sau can thiệp liên quan đến việc kiểm tra kiến thức sử dụng ARV ghi nhận một tỷ lệ 81,25% NB trả lời chính xác

tất cả các câu hỏi so với 6,25% NB trả lời đúng trước nghiên cứu. Việc tăng tỷ lệ NB trả lời đúng các câu hỏi kiểm tra kiến thức có thể lý giải được là do tất cả các NB trả lời chưa đúng trong lần khảo sát trước can thiệp đều đã được tư vấn, hướng dẫn để có được các kiến thức chính xác liên quan đến việc sử dụng thuốc. Kết quả các NB trả lời chính xác các câu hỏi liên quan đến kiến thức sử dụng ARV cũng là kết quả rất đáng khích lệ và đã thể hiện được việc các kiến thức truyền tải cho NB đã được ghi nhớ tốt.

4.5. Tuân thủ điều trị qua kiểm đếm số viên dùng trong kỳ. Khảo sát trước can thiệp cho thấy có tới 87,5% NB không tuân thủ điều trị cao còn thừa từ 2 viên thuốc trở lên, tỷ lệ này thay đổi rõ rệt sau can thiệp chỉ còn 9,3% báo cáo còn thừa 2 viên thuốc trở lên. Tuy nhiên có thể thấy sau can thiệp tỷ lệ NB tuân thủ điều trị thấp chiếm 28,1% trong đánh giá kết hợp là cao hơn nhiều so với 9,3% BN báo cáo còn thừa 2 viên thuốc trở lên. Kết quả khảo sát này một lần nữa cho thấy việc đánh giá tuân thủ điều trị của NB nếu chỉ dựa vào việc kiểm đếm hoặc hỏi số thuốc thừa thì sẽ dễ ước tính không chính xác tuân thủ điều trị của NB. Các phát hiện trong nghiên cứu này phù hợp với kết luận của các nghiên cứu khác cho thấy việc đếm số viên thuốc được chứng minh là không có ý nghĩa và nó làm cho NB có những hành động không trung thực khi nói về việc sử dụng thuốc [6].

V. KẾT LUẬN

Phòng vấn tạo động lực thay đổi đáng kể tình trạng tuân thủ điều trị ARV ở 32 NB HIV/AIDS không tuân thủ điều trị cao cụ thể:

- Tỷ lệ NB tuân thủ điều trị mức độ cao tăng đáng kể (từ 0% lên 65,6%).
- Tỷ lệ NB có tham gia các nhóm hỗ trợ đồng đẳng trước nghiên cứu từ 15,6% tăng lên 50% sau nghiên cứu.
- Tỷ lệ NB không sử dụng rượu trong 30 ngày qua tăng từ 43,8% lên 75%
- Tỷ lệ NB không sử dụng Heroin tăng lên sau can thiệp từ 50% lên 78,1%

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Hà Hải Long (2020), Thực trạng tuân thủ điều trị ARV và một số yếu tố liên quan tại phòng khám ngoại trú HIV/AIDS, Trung tâm bệnh nhiệt đới bệnh viện Bạch Mai năm 2019 Đại học Y Hà Nội.
2. Trung tâm chuyển giao công nghệ điều trị nghiện chất và HIV, Đại học Y được thành phố Hồ Chí Minh (2020). Phòng vấn tạo động lực.
3. Droppa, Mandy and Lee, Heeyoung (2014). Motivational interviewing: a journey to improve health. *Nursing* 2022. 44(3). pp. 40-45
4. Bộ Y tế (2019). Báo cáo Hội nghị 20 năm điều trị

HIV/AIDS tại Việt Nam
 5. **Bộ Y tế** (2021). Quyết định 5968/QĐ-BYT ngày 31/12/2021 ban hành Hướng dẫn Điều trị và chăm sóc HIV/AIDS.

6. **Đào Đức Giang** (2019). Thực trạng tuân thủ điều trị ARV, một số yếu tố liên quan và hiệu quả can thiệp tại một số phòng khám ngoại trú tại Hà Nội Luận án Tiến sỹ Y học, Đại học y tế Công cộng.

CÁC YẾU TỐ VỀ RĂNG, XƯƠNG HÀM, SỌ MẶT TRONG QUÁ TRÌNH PHÁT TRIỂN CỦA BỘ RĂNG ẢNH HƯỞNG ĐẾN SỰ HÌNH THÀNH TƯƠNG QUAN R6 HẠNG II Ở BỘ RĂNG VĨNH VIỄN

Trần Thị Bích Vân¹

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Theo phân loại của Angle, tương quan răng cối lớn thứ nhất ở bộ răng vĩnh viễn được chia thành 3 dạng là hạng I, hạng II và hạng III. Trong đó, tương quan R6 hạng I được xem là bình thường và 2 dạng còn lại được xem là bất thường. Theo nhiều nghiên cứu, tương quan R6 hạng II (sai khớp cắn hạng II) là dạng chiếm tỷ lệ khá cao trong dân số. Sự hình thành dạng tương quan này trong quá trình phát triển của bộ răng từ bộ răng sữa (T1) đến hỗn hợp (T2) và vĩnh viễn (T3) là khá phức tạp và liên quan đến nhiều yếu tố bao gồm răng, cung răng, xương hàm, sọ mặt và sự tăng trưởng. Trên thế giới, không có nhiều nghiên cứu dọc đánh giá sự ảnh hưởng các yếu tố trên đến sự thành lập tương quan R6 hạng II ở bộ răng vĩnh viễn và tại Việt Nam, chưa có nghiên cứu nào trên người Việt về vấn đề này. Chính vì thế, chúng tôi thực hiện đề tài "Các yếu tố về răng, xương hàm, sọ mặt trong quá trình phát triển của bộ răng ảnh hưởng đến sự hình thành tương quan R6 hạng II ở bộ răng vĩnh viễn". **Mục tiêu:** Mô tả các đặc điểm về răng, xương hàm, sọ mặt ở từng giai đoạn T1, T2, T3 và sự tăng trưởng của các yếu tố này từ T1, T2 đến T3 ở nhóm có tương quan R6 hạng II so với nhóm có tương quan R6 hạng I ở bộ răng vĩnh viễn. Xác định các yếu tố ảnh hưởng đến tương quan R6 hạng II ở bộ răng vĩnh viễn qua phân tích hồi quy logistic. **Đối tượng và phương pháp:** Đối tượng nghiên cứu gồm 25 trẻ (50 phần hàm), mỗi trẻ có 3 cặp mẫu hàm ở giai đoạn bộ răng sữa (T1), bộ răng hỗn hợp (T2) và bộ răng vĩnh viễn (T3) và 3 phim sọ nghiêng cùng giai đoạn với mẫu hàm. Trẻ được theo dõi dọc từ giai đoạn bộ răng sữa (T1) đến bộ răng hỗn hợp (T2) và đến bộ răng vĩnh viễn (T3). Nghiên cứu đánh giá 162 biến số về răng, xương hàm và sọ mặt trên phim sọ nghiêng ở từng giai đoạn T1, T2 và T3 cũng như sự thay đổi các yếu tố này từ T1 đến T2 và từ T2 đến T3 ảnh hưởng đến tương quan R6 hạng II ở bộ răng vĩnh viễn. **Kết quả:** So với nhóm có tương quan khớp cắn hạng I bình thường, nhóm sai khớp cắn hạng II có những đặc điểm trên phim cụ thể là RE hàm trên ở phía trước nhiều hơn ở T1; Tỷ lệ

chiều dài xương hàm dưới so với xương hàm trên nhỏ hơn; Có tầng mặt giữa lớn hơn, tầng mặt dưới nhỏ hơn làm cho tỉ lệ giữa chiều cao tầng mặt giữa và tầng mặt dưới lớn hơn ở T2 và T3 và tỉ lệ này tăng nhiều từ T2-T3. Kết quả phân tích hồi quy logistic theo bảng cho thấy có ba yếu tố trên phim sọ nghiêng ảnh hưởng đến tương quan R6 hạng II so với nhóm R6 hạng I bình thường ở bộ răng vĩnh viễn. Trong đó, có 2 yếu tố nguy cơ với OR lớn hơn "1" lần lượt là: (a) Vị trí RE hàm trên theo chiều trước sau ở T1 (OR = 1,8) và (b) Tỷ lệ giữa chiều dài xương hàm dưới và chiều dài xương hàm trên ở T2 (OR = 1,29). Một yếu tố bảo vệ với OR < "1" là (c) Sự thay đổi tỉ lệ chiều cao tầng mặt giữa và chiều cao tầng mặt dưới phía trước từ T1 đến T2 (OR = 0,75). Từ phân tích hồi quy logistic đa yếu tố trên PSN, kết quả đã xây dựng được phương trình hồi quy về tương quan R6 hạng II ở T3 như sau: $R6(T3) = 13,2 + 0,6a - 0,3b - 0,3c$. **Kết luận:** Tình trạng sai khớp cắn hạng II có những dấu hiệu có thể phát hiện sớm trên phim sọ nghiêng và đây là một hội chứng phức tạp có tính chất đa yếu tố và đa chiều. Kết quả nghiên cứu giúp cho việc phát hiện sớm, chẩn đoán và can thiệp kịp thời sai khớp cắn hạng II và không chỉ can thiệp trên răng mà còn phải can thiệp trên cả sự tăng trưởng của xương hàm và sọ mặt.

Từ khóa: sai khớp cắn hạng II, hồi quy logistic đa yếu tố

SUMMARY

TEETH, JAW AND CRANIAL-FACIAL SYSTEM FACTORS DURING DENTITION DEVELOPMENT AFFECTING THE FORMATION OF CLASS II MOLAR RELATIONSHIP IN PERMANENT DENTITION

Background: The first molar relationship in permanent dentition, according to Angle, is divided into three classifications: class I, class II, and class III. Class I constitutes a normal molar relationship, while class II and class III are considered abnormal. Studies have indicated that class II molar relationship (class II malocclusion) is fairly common in the population. Its development, from primary (T1) to mixed (T2) and permanent (T3) dentition, is complex and influenced by various factors, including teeth, arches, jaw structures, craniofacial morphology, and their growth patterns. Longitudinal studies exploring these dental and arch factors affecting the establishment of class II malocclusion are scarce globally. And in Vietnam, the scientific evidence on this issue has not yet been studied. Therefore, we conducted this research titled "Teeth, jaw and cranial-facial system factors during

¹Đại Học Y Dược TP.HCM

Chịu trách nhiệm chính: Trần Thị Bích Vân

Email: ttbvan@ump.edu.vn

Ngày nhận bài: 9.7.2024

Ngày phản biện khoa học: 22.8.2024

Ngày duyệt bài: 24.9.2024