

ĐÁNH GIÁ KỸ THUẬT SỬ DỤNG VẬT MŨI MÁ TRONG TÁI TẠO KHUYẾT HỔNG KHOANG MIỆNG

Trần Anh Bích¹, Ngô Thúc Luân¹

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Phẫu thuật tái tạo khuyết hồng sau cắt bỏ ung thư xâm lấn vùng khoang miệng luôn luôn là thách thức trong phẫu thuật vùng đầu cổ. Các khuyết hồng cần được tái tạo về giải phẫu cũng như chức năng, để tối ưu hóa về chức năng khoang miệng như phát âm, nhai, nuốt và thẩm mỹ. Vật mũi má là vật da-cân cơ dựa trên cuống mạch mặt, có nhiều ưu điểm về màu sắc, sức sống tốt, linh hoạt và seo nơi cho vật kín đáo. **Mục tiêu:** đánh giá kỹ thuật sử dụng vật mũi má trong tái tạo hình khuyết hồng tại Bệnh viện Chợ Rẫy từ 1/2020 đến 10/2023. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** tiến cứu can thiệp lâm sàng không nhóm chứng. Nghiên cứu 32 trường hợp dùng vật mũi má tái tạo khuyết hồng khoang miệng nhóm I, II. **Kết quả:** kích thước vật mũi má: chiều rộng $2,7 \pm 0,25$ cm, chiều dài $5,8 \pm 0,3$ cm, độ dày $1 \pm 0,1$ cm, cuống mạch: động tĩnh mạch mặt (32/32), chiều dài cuống mạch: $13,5 \pm 0,4$ cm. Các khuyết hồng khoang miệng (theo LIU): nhóm I (13/32), nhóm II (19/32), không mất liên tục xương hàm dưới. Sau mổ, tất cả vật đều sống, vùng cho vật lành tốt. Sau 3 tháng, vùng nhận vật lành, chức năng khoang miệng bình thường, vùng cho vật lành tốt. Biến chứng: 7/32 trường hợp (TH) liệt nhánh thần kinh bờ hàm dưới độ III-IV, hồi phục sau 6 – 8 tháng, 5/32 TH liệt mặt độ III và 2/32 TH liệt mặt độ IV. **Kết luận:** vật mũi má có cuống mạch dài, khá ổn định, tỉ lệ sống cao, là một lựa chọn tốt để tái tạo khuyết hồng kích thước vừa trong khoang miệng. **Từ khóa:** khuyết hồng khoang miệng, vật mũi má.

SUMMARY

RESEARCH ON ORAL CANCER SURGERY WITH RECONSTRUCTIVE DEFECTS BY NASOLABIAL FLAP

Introduction: Reconstructing defects after the surgical removal of invasive oral cavity cancer is always a challenge in head and neck surgery. These defects need to be reconstructed anatomically and functionally to optimize oral cavity functions such as speech, chewing, swallowing, and aesthetics. The nasolabial flap is a skin-muscle flap based on the vascular pedicle of the face, offering advantages in terms of color, robustness, flexibility, and discreet scarring at the donor site. **Objectives:** To evaluate the technique of using nasolabial flaps for reconstructing defects at Cho Ray Hospital from January 2020 to October 2023. **Patients and**

methods: A prospective interventional clinical study without a control group. The study involves 32 cases using nasolabial flaps to reconstruct oral cavity defects in groups I and II. **Results:** The size of the nasolabial flaps: width 2.7 ± 0.25 cm, length 5.8 ± 0.3 cm, thickness 1 ± 0.1 cm, pedicle: **facial artery and vein(32/32)**, pedicle length: 13.5 ± 0.4 cm. Oral cavity defects (according to LIU): Group I (13/32), Group II (19/32), no discontinuity of mandible. Postoperatively, all flaps survived, and the donor sites healed well. After 3 months, the recipient sites healed, oral cavity functions were normal, and the donor sites healed well. Complications: 7/32 cases had grade III-IV mandibular branch nerve paralysis, recovering after 6 – 8 months; 5 cases had grade III facial paralysis and 2 cases had grade IV facial paralysis. **Conclusions:** The nasolabial flap, with its long vascular pedicle, is fairly stable and has a high survival rate, making it a good option for reconstructing medium-sized defects in the oral cavity.

Keywords: oral cavity defect, nasolabial flap

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Phẫu thuật tái tạo các khuyết hồng sau khi cắt bỏ ung thư xâm lấn vùng khoang miệng luôn là một thách thức trong phẫu thuật vùng đầu cổ. Việc tái tạo các khuyết hồng này phải đảm bảo cả về mặt giải phẫu lẫn chức năng, nhằm tối ưu hóa các chức năng của khoang miệng như phát âm, nhai, nuốt và thẩm mỹ. Nhiều chuyên gia phẫu thuật tạo hình đã áp dụng các vật tự do trong tái tạo khoang miệng (như vật trước đùi ngoài, vật cơ xương mác,...) với những ưu điểm: cuống mạch dài, kích thước lớn, và có thể có hoặc không có xương. Tuy nhiên, vì phẫu thuật cần chuyên môn về vi mạch, thời gian mổ kéo dài, tăng chi phí điều trị. Trong nhiều trường hợp, việc sử dụng vật da cân có cuống mạch từ các vùng lân cận được coi là một lựa chọn thay thế hợp lý.

Vật mũi má được Pers sử dụng đầu tiên và sau đó được nhiều tác giả cải tiến với các hình thức khác nhau như vật cuống trên, cuống dưới và vật đảo để tái tạo khuyết hồng vùng hàm mặt. Đây là vật da cân dựa trên cuống mạch mặt, có nhiều ưu điểm về màu sắc, độ sống động, linh hoạt và seo nơi cho vật rất kín đáo. Trong những trường hợp khuyết hồng khoang miệng mức độ vừa phải, việc sử dụng vật này giúp phục hồi chức năng khoang miệng hiệu quả, thời gian phẫu thuật ngắn và rất có lợi cho những bệnh nhân lớn tuổi hoặc có bệnh lý kèm theo.

Như vậy, làm thế nào để sử dụng vật mũi

¹Bệnh viện Chợ Rẫy

Chịu trách nhiệm chính: Trần Anh Bích

Email: trananhbich2015@gmail.com

Ngày nhận bài: 9.9.2024

Ngày phản biện khoa học: 15.10.2024

Ngày duyệt bài: 14.11.2024

má trong tạo hình khuyết hồng vùng khoang miệng một thì? Thông qua nghiên cứu này, chúng tôi tìm hiểu các mục tiêu:

- Mô tả đặc điểm của vạt mũi má có cường độ tĩnh mạch mặt.
- Đánh giá kỹ thuật dùng vạt mũi má tạo hình khuyết hồng khoang miệng một thì.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Bệnh nhân được chẩn đoán ung thư khoang miệng và điều trị khuyết hồng khoang miệng bằng vạt mũi má trong một thì tại khoa Tai Mũi Họng bệnh viện Chợ Rẫy từ 1/2020 đến 10/2023.

2.2. Tiêu chuẩn chọn mẫu

- Bệnh nhân được chẩn đoán khuyết hồng khoang miệng nhóm Ia-b, Iia-b theo LIU.
- Bệnh nhân đồng ý tham gia nghiên cứu.

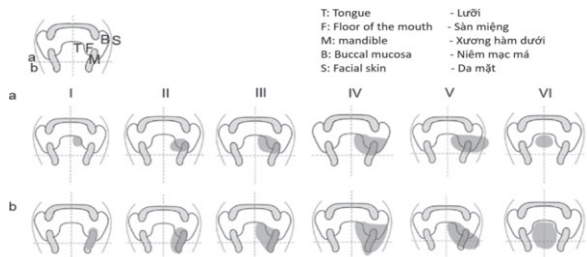
2.3. Tiêu chuẩn loại trừ

- Động mạch mặt (ĐMM) thiếu sản (dựa trên CTA hoặc siêu âm Doppler)
- Bệnh nhân có tiền căn xạ trị, phẫu thuật hoặc chấn thương vùng đầu mặt cổ.
- Có bệnh lý nội ngoại khoa chống chỉ định phẫu thuật.

2.4. Phương pháp nghiên cứu: tiến cứu can thiệp lâm sàng không nhóm chứng. Có 32 trường hợp nghiên cứu. Xử lý số liệu bằng phần mềm SPSS 20.0

Bảng 2.1. Phân loại khuyết hồng xương hàm dưới theo LIU

A. Theo chiều ngang	
Loại	Định nghĩa
I	Khuyết hồng chỉ 1 đơn vị 1 bên
II	Khuyết hồng liên tục 2 đơn vị cùng bên
III	Khuyết hồng liên tục 3 đơn vị cùng bên
IV	Khuyết hồng liên tục 4 đơn vị cùng bên
V	Khuyết hồng liên tục 5 đơn vị cùng bên
VI	Khuyết hồng lan qua đường giữa
B. Theo chiều dọc	
a	Khuyết hồng trên đường ngang nối trung điểm xương hàm dưới 2 bên
b	Khuyết hồng trên đường ngang nối trung điểm xương hàm dưới 2 bên



Hình 2.1. Phân Loại khuyết hồng xương hàm dưới theo LIU

2.5. Tiến hành nghiên cứu

- Bệnh nhân được chẩn đoán khuyết hồng khoang miệng, thỏa tiêu chuẩn chọn mẫu và tiêu chuẩn loại trừ.

- CT-scan cổ mặt có cản quang, dựng hình mạch máu. Siêu âm mạch máu vùng cổ mặt.

- Giải thích và tư vấn trước mổ.

*** Tiến hành phẫu thuật**

- Gây mê qua nội khí quản

- Cắt lọc vùng khuyết hồng khoang miệng, đánh giá vị trí, kích thước khuyết hồng. Phân độ khuyết hồng khoang miệng theo LIU (chia 5 đơn vị: lưỡi 1 bên, sàn miệng, xương hàm, niêm mạc má và da) (Bảng 2.1).

- Dùng siêu âm đầu dò đánh dấu đường đi của động mạch mặt.

- Thiết kế vạt mũi má, đo vẽ kích thước vạt: có dạng hình thoi với động mạch mặt làm trục dọc với:

+ Giới hạn trong là rãnh mũi má, giới hạn ngoài theo nếp da mặt, chiều rộng trung bình là 2,5-3,0cm, cho phép đóng trực tiếp nơi cho vạt.

+ Giới hạn trên nằm dưới góc mắt trong khoảng 1cm, giới hạn dưới nằm trên rãnh mũi má, chiều dài từ 6,0 – 8,0 cm.



Hình 2.2. Thiết kế vạt mũi má

- Bóc tách phần tích vạt và bảo tồn cuống vạt dưới - động tĩnh mạch mặt

+ Rạch da theo hình vẽ thiết kế, bóc tách đến mặt phẳng dưới động tĩnh mạch mặt, vạt da được nâng lên từ trên xuống dưới, cẩn thận bảo tồn ống tuyến mang tai và dây thần kinh mặt. Các nhánh bên của động mạch mặt được thắt, giữ lại động mạch mặt làm động mạch nuôi vạt. Sau khi nâng vạt lên, cuống vạt được kéo dài theo bó mạch mặt.

+ Rạch da cổ dưới xương hàm dưới, bóc lộ bó mạch mặt, chú ý bảo tồn nhánh bờ hàm dưới của dây VII. Bóc tách ngược dòng động mạch mặt đến nguyên ủy, thắt các nhánh bên (nhánh tuyến, nhánh dưới cằm). Tương tự, bóc tách ngược dòng tĩnh mạch mặt đến tĩnh mạch cảnh trong/ ngoài để tăng tối đa chiều dài cuống vạt. Một đường hầm dưới da từ cực dưới của vạt đến vùng cổ giúp chuyển vạt xuống vùng cổ (nếu cần).

- Xoay vạt mũi má tạo hình khuyết hồng trong khoang miệng.

+ Đối với khuyết hồng vùng lưỡi, sàn miệng thì tạo đường hầm từ cổ qua sàn miệng đến

khuyết hồng khoang miệng, từ từ mở rộng từ 2-3 ngón tay, đảm bảo không chèn ép cuống mạch. Tiến hành khâu vạt đóng khuyết hồng một lớp, dùng chỉ Vicry 2.0.

+ Đối với khuyết hồng vùng má, xương hàm trên, thì bóc tách cuống mạch mặt, kéo dài cuống vạt.

- Khâu đóng trực tiếp vùng cho vạt, dùng vạt xoay da má (nếu cần).

- Đặt dẫn lưu. Đặt ống thông da dày.



Hình 2.3. Vạt mũi má có cuống mạch



Hình 2.4. Vạt mũi má che khuyết hồng lưỡi phải

*** Tiêu chuẩn đánh giá**

- Đặc điểm lâm sàng khuyết hồng khoang miệng theo phân nhóm của LIU.

- Đánh giá kết quả phẫu thuật và theo dõi sau 3 tháng, 6 tháng

+ Tình trạng vùng cho vạt: tình trạng lành thương, chức năng tại chỗ, thẩm mỹ.

+ Tình trạng vùng nhận vạt: tình trạng sống của vạt, lành thương, thẩm mỹ.

- Đánh giá chức năng khoang miệng: khả năng nuốt, nói, cách li khoang miệng, thời gian bắt đầu ăn bằng đường miệng.

+ Chức năng nói và nuốt của khoang miệng được đánh giá theo thang điểm chức năng khoang miệng FIGS (Functional Intraoral Glasgow scale).

III. KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN

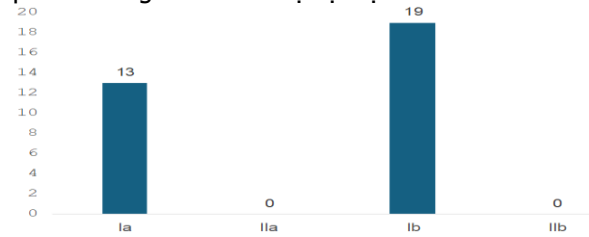
- Ung thư khoang miệng thường gặp trên 45 tuổi. Trong nghiên cứu chúng tôi ghi nhận tuổi trung bình là 50(47-52), nam/ nữ = 25/7. Về yếu tố nguy cơ, chúng tôi ghi nhận hút thuốc lá (65,4%), uống rượu (53,8%), ăn trầu (7,7%). Các tổn thương mạn tính cũng như vệ sinh răng miệng kém đều là yếu tố nguy cơ mắc bệnh.

- Đặc điểm khuyết hồng khoang miệng:

+ Kích thước khuyết hồng: 2,8cm (2,6-3) x 5,5cm (5,4-5,9cm): Kích thước, vị trí và chức năng của phần khuyết hồng cần được đánh giá trước khi tạo hình. Kỹ thuật tạo hình khuyết hồng giúp bảo tồn chức năng của khoang miệng (chức năng nuốt, nói), che phủ cấu trúc còn lại và quá trình lành thương nhanh [5,7]. Trong nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận hơn 50% khuyết hồng thuộc nhóm II, tức là khuyết khuyết lan rộng hai đơn vị của khoang miệng.

• Đối với khuyết hồng thuộc nhóm Ia-IIa, do mất mô mềm và không có sự phá hủy tính liên tục của hàm dưới, tùy theo kích thước và vị trí vùng khuyết hồng thì có thể đóng trực tiếp hoặc dùng vạt da cân để tái tạo khuyết hồng, bảo tồn chức năng khoang miệng. Khuyết hồng trong nghiên cứu chúng tôi có diện tích trung bình 12,5cm² (2,5 x 5cm), kích thước lớn nhất là 3x7cm. Đây là khuyết hồng khá lớn, khó khâu đóng trực tiếp, nguy cơ bục vết mổ cao. Sử dụng vạt mũi má giúp tái tạo khuyết hồng an toàn, bảo tồn chức năng khoang miệng cũng như nâng cao chất lượng cuộc sống của bệnh nhân sau phẫu thuật [7].

• Đối với khuyết hồng nhóm Ib-IIb (+xương hàm dưới) tức là có cắt xương hàm dưới thì cần đánh giá sự liên tục của xương hàm dưới. Nếu cắt đoạn xương hàm dưới thì có thể dùng tấm titan + vạt da cân hoặc vạt tự do kèm xương. Trong nghiên cứu của chúng tôi không có trường hợp cắt đoạn xương hàm dưới. Chúng tôi sử dụng vạt mũi má đủ lấp khuyết hồng và che phủ phần xương hàm dưới bị bục lộ.



Biểu đồ 3.1. Phân loại khuyết hồng theo LIU

- Đặc điểm vạt mũi má

+ Kích thước: 2,7cm (2,5-2.9) x 5,8cm (5,5-6cm). Độ dày: 1cm (0,9-1,2cm)

+ Chiều dài cuống mạch: 13,5 ± 0,4cm

+ Thời gian lấy vạt: 47,4 phút (40-60 phút)

Ở vùng cổ, động mạch mặt xuất phát từ mặt trước động mạch cảnh ngoài, ngay trên sừng lớn xương móng, hướng lên trên vòng qua tuyến nước bọt dưới hàm đến xương hàm dưới, phía trước cơ cắn để lên vùng mặt. Ở mặt, động mạch mặt hướng về bên mũi và cho các nhánh bên: động mạch môi trên, động mạch môi dưới,

động mạch mũi bên và cuối cùng là động mạch góc, thông nối với động mạch mắt ở góc mắt trong. Từ động mạch mặt và các nhánh xuyên lên nuôi vùng da quanh rãnh mũi má, đây là nguồn cấp máu chính của vạt mũi má. Trong nghiên cứu chúng tôi sử dụng vạt mũi má là dạng vạt đảo có cuống vạt dưới là bó mạch mặt.

Chúng tôi tính kích thước vạt dựa trên kích thước khuyết hồng. Các nghiên cứu cho thấy 2/3 dưới của vạt được cấp máu tốt bởi các nhánh xuyên của động mạch mặt. Trong nghiên cứu của chúng tôi, vạt mũi má với chiều rộng trung bình 2,7cm (2,5-2,9) và chiều dài trung bình 5,8cm (5,5-6cm), độ dày: 1cm (0,9-1,2cm). Theo Ohtsuka, vạt mũi má có giới hạn chiều rộng là 1-3cm, chiều dài là 2-10cm; Berrone cho rằng 3x6cm đến 4x7cm [3,6]. Các tác giả nhận thấy vạt mũi má thích hợp cho các tổn thương kích thước vừa. Thông thường, kích thước vạt được lấy sẽ tương đương kích thước khuyết hồng, đặc biệt đối với khuyết hồng xương hàm trên. Tuy vậy, đối với khuyết hồng vùng niêm mạc và cơ (má, môi, lưỡi...) thì kích thước vạt có thể nhỏ hơn nhờ khả năng co giãn của niêm mạc và cơ, nhưng không nên quá 1cm, tránh co kéo ảnh hưởng chức năng và thẩm mỹ.

Việc bảo tồn động mạch mặt làm cuống mạch nuôi là điều tiên quyết. Do đó chúng tôi dùng siêu âm đánh dấu đường đi động mạch mặt và các nhánh bên, thiết kế vạt da mũi má phù hợp với khuyết hồng. Sau khi rạch da, chúng tôi tiến hành bóc tách cẩn thận, xác định động mạch chính, các nhánh bên, nhánh tận, chú ý do ĐMM có 6 biến thể (phân loại theo nhánh tận) theo tác giả CHNT.Trang. Sau khi xác nhận động mạch chính thì mới tiến hành thắt các nhánh bên, nhánh tận, giữ động mạch mặt làm động mạch chính nuôi vạt da. Bên cạnh đó chiều dài cuống vạt phải đủ dài, không căng hoặc xoắn khi khâu vạt tại khuyết hồng. Sau đó, tiếp tục bóc tách theo bó mạch chính đến ngang bờ dưới xương hàm dưới, chú ý bảo tồn dây thần kinh bờ hàm dưới. Nếu khuyết hồng ở vị trí lưỡi-sàn miệng với toàn vẹn xương hàm dưới, cuống vạt được bóc tách đến vùng cổ, sau đó sẽ chuyển vạt phía trong xương hàm dưới vào khoang miệng. Cuống mạch được đo từ nguyên ủy động mạch mặt đến xuất phát của các nhánh xuyên động mạch mặt là 13,5cm. Như vậy, cuống mạch là đủ dài để đưa vạt đến khuyết hồng một bên khoang miệng, với an toàn cao. Với đặc điểm giải phẫu đặc trưng, bóc tách bảo tồn bó mạch mặt vừa đảm bảo cấp máu cho vạt mũi má mà còn giúp kéo dài cuống vạt, đảm bảo chuyển vạt đến khuyết hồng an toàn.

- Hậu phẫu:

+ Tình trạng nơi cho vạt: lành tốt, co rút nhẹ (méo miệng nhẹ).

+ Tình trạng vạt mũi má: vạt sống (32/32), vị trí khâu nối lành tốt.

Theo Creech và Miller, đánh giá tình trạng vạt là vấn đề rất quan trọng, các tiêu chí đánh giá cần không gây hại cho bệnh nhân, nhanh chóng, chính xác, có thể thực hiện nhiều lần, khách quan. Theo dõi lâm sàng tại giường vẫn là tiêu chuẩn hiện hành và được nhiều tác giả chấp nhận. Bao gồm: màu sắc, nhiệt độ, dấu nhấp nháy da, đâm kim vào vạt và kết quả Doppler cầm tay. Nếu vạt trắng hơn, dấu nhấp nháy da không rõ ràng thì chúng tôi sử dụng kim đâm vào vạt, nếu chảy máu đỏ tươi thì tiếp tục theo dõi. Ngoài ra, còn sử dụng siêu âm Doppler đánh giá vận tốc dòng chảy, CT-scan khảo sát tưới máu,... để đánh giá mức độ tưới máu của vạt nhưng khá tốn kém và cần chuyên môn sâu. Chúng tôi theo dõi vạt cẩn thận và thường xuyên trong 3 ngày hậu phẫu đầu tiên. Chúng tôi có 1 trường hợp hoại tử 1 phần ở vị trí đầu xa của vạt, bệnh nhân được tiến hành cắt lọc và chăm sóc tại chỗ. Sau 1 tuần, vạt sống, vết mổ lành tốt.

- Tái khám:

+ Cách li khoang miệng là mục tiêu đầu tiên, giúp bệnh nhân sớm phục hồi chức năng nói và nuốt. Các trường hợp đều đạt cách li khoang miệng tốt, giúp khoang miệng được đóng kín trong pha hốt miệng. Tất cả các trường hợp được ăn bằng đường miệng từ ngày hậu phẫu thứ 5.

+ Các bệnh nhân được ăn uống bằng đường miệng vào ngày thứ 5 và được ghi nhận ăn với thức ăn lỏng khi xuất viện. Chức năng nuốt được cải thiện dần sang thức ăn bán đặc, đặc và cứng sau 3 tháng (6,6/7) và 6 tháng (7/7). Chức năng nói thì cải thiện tốt với đa số trường hợp, những tổn thương vùng lưỡi sàn miệng thì đôi khi cần lặp lại, ảnh hưởng một số âm đầu lưỡi.

- Thẩm mỹ: đánh giá sau 6 tháng. Vạt che phủ đủ khuyết hồng, không co kéo tổ chức xung quanh và không biến dạng. Theo thời gian, vạt mềm mại dần, màu sắc tùy thuộc vào chất liệu da của từng bệnh nhân.

Bảng 3.2. Đánh giá tình trạng nơi nhận vạt sau mổ

	Tốt	Trung bình
Tình trạng nơi nhận vạt (rãnh mũi má)	28/32	04/32
Tình trạng nơi nhận vạt (khoang miệng)	30/32	02/32

IV. KẾT LUẬN

Vạt mũi má là vạt da cân với cuống mạch

lớn, hằng định, linh hoạt. Với cải tiến kỹ thuật lấy vạt mũi má giúp tạo hình các khuyết hồng khoang miệng mức độ vừa trong một thì, giúp bảo tồn chức năng khoang miệng, cải thiện chất lượng sống sớm cho bệnh nhân.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Hồng Lợi (2023), "Ứng dụng các vạt da cơ có cương trong tạo hình khuyết hồng sau phẫu thuật triệt để ung thư biểu mô khoang miệng tại Bệnh viện Trung Ương Huế", Tạp chí Y Dược học Cần Thơ, (58), 202-209.
2. Cái Hữu Ngọc Thảo Trang, Nguyễn Hoàng Vũ, Nguyễn Anh Tuấn (2022), "Các dạng phân nhánh động mạch mặt trên người Việt Nam", Tạp chí Y học Việt Nam 518 tháng 9 số chuyên đề.
3. Amin Rahpeyma, Saeedeh Khajehahmadi (2016), "The place of nasolabial flap in orofacial reconstruction: A review", Ann Med Surg (Lond), 12, pp. 79-87. DOI:10.1016/j.amsu.2016.11.008
4. Joo, Y. H., (2019). Guidelines for the surgical management of oral cancer: Korean Society of Thyroid-Head and Neck Surgery. Clinical and experimental otorhinolaryngology, 12(2),107-144. DOI: 10.21053/ceo.2018.01816
5. Lazaridou, M. (2016). Nasolabial pedicled compared with island flaps for intraoral reconstruction of oncological defects: complications, recovery of sensitivity, and assessment of quality of life. British Journal of Oral and Maxillofacial Surgery, 54(7), 746-750. DOI: 10.1016/j.bjoms.2016.04.017
6. Liu, W. W. (2017), "A novel classification system for the evaluation and reconstruction of oral defects following oncological surgery", Oncology Letters, 14(6), 7049-7054. DOI: 10.3892/ol.2017.7139
7. Stretton, C. (2023). Postoperative considerations in patients following oral cancer resection and surgical reconstruction: a review. Journal of Oral and Maxillofacial Anesthesia, 2. DOI: 10.21037/joma-22-34

THỰC TRẠNG TUÂN THỦ ĐIỀU TRỊ ARV VÀ CÁC YẾU TỐ LIÊN QUAN TẠI TRUNG TÂM Y TẾ QUẬN 6 THÀNH PHỐ HỒ CHÍ MINH NĂM 2024

Nguyễn Hoàng Thanh Tâm¹,
Đỗ Nhật Phương², Phạm Đình Nguyên³

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nghiên cứu này nhằm mô tả thực trạng tuân thủ điều trị ARV của bệnh nhân HIV/AIDS tại Trung tâm Y tế Quận 6, đồng thời phân tích các yếu tố liên quan đến việc tuân thủ điều trị trong năm 2024. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang được thực hiện trên 1958 bệnh nhân HIV/AIDS ngoại trú từ 15 tuổi trở lên đang điều trị ARV tại Trung tâm Y tế Quận 6. Dữ liệu được thu thập từ hồ sơ bệnh án và khảo sát nhân viên y tế, kết hợp phân tích định lượng và định tính. Dữ liệu được phân tích bằng phần mềm SPSS phiên bản 25. **Kết quả:** Tỷ lệ tuân thủ điều trị ARV đạt 87,7%, với 12,3% bệnh nhân không tuân thủ. Các yếu tố ảnh hưởng đến tuân thủ bao gồm tuổi tác, giới tính, sự hỗ trợ từ gia đình và tương tác với nhân viên y tế. Nam giới có tỷ lệ không tuân thủ cao hơn nữ giới, và bệnh nhân lớn tuổi có tỷ lệ tuân thủ cao hơn. Nhân viên y tế nhấn mạnh rằng cơ sở vật chất và chương trình đào tạo hiện tại chưa đủ để đáp ứng nhu cầu của bệnh nhân.

Kết luận: Để cải thiện tỷ lệ tuân thủ điều trị, cần tăng cường đào tạo nhân viên y tế, nâng cấp cơ sở vật chất và cung cấp hỗ trợ tài chính cho bệnh nhân HIV/AIDS

có hoàn cảnh khó khăn. **Từ khóa:** HIV/AIDS, ARV, tuân thủ điều trị, Trung tâm Y tế Quận 6

SUMMARY

ADHERENCE TO ARV TREATMENT AND RELATED FACTORS AT DISTRICT 6 HEALTH CENTER, HCM.CITY IN 2024

Objectives: This study aims to describe the adherence to ARV treatment among HIV/AIDS patients at District 6 Health Center and analyze the factors affecting adherence in 2024. **Methods:** A cross-sectional descriptive study was conducted on 1958 outpatient HIV/AIDS patients aged 15 years and older receiving ARV treatment at District 6 Health Center. Data were collected from medical records and healthcare worker surveys, utilizing both quantitative and qualitative analysis. Data were processed using SPSS version 25. **Results:** The adherence rate was 87.7%, with 12.3% of patients non-adherent. Factors affecting adherence included age, gender, family support, and interactions with healthcare workers. Males had a higher non-adherence rate than females, and older patients adhered better. Healthcare workers emphasized that current infrastructure and training programs were insufficient to meet patient needs. **Conclusions:** To improve adherence rates, it is necessary to enhance healthcare worker training, upgrade infrastructure, and provide financial support for disadvantaged HIV/AIDS patients.

Keywords: HIV/AIDS, ARV, adherence, District 6 Health Center.

¹Đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch

²Đại học Trà Vinh

³Bệnh viện Nhi Đồng 1

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Hoàng Thanh Tâm

Email: hoangtampnt@gmail.com

Ngày nhận bài: 9.9.2024

Ngày phản biện khoa học: 17.10.2024

Ngày duyệt bài: 12.11.2024