

kết trên thế giới

Biểu hiện	RA	SSC	SS	SLE	IIM	MC TD
ILD	++	+++	++	+	+++	++
NSIP	++	+++	++	++	+++	++
UIP	+++	+	+	+	+	+
OP	++	+	+	+	+++	+
LIP	+	-	++	+	-	-
Hình thái phổ biến	UIP > NSIP = OP	NSIP >> UIP	NSIP >> UIP	NSIP > UIP = OP	NSIP = OP > UIP	NSIP > OP = UIP

*Nguồn: Theo Ahuja và cộng sự (2016) [8]

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu 26 bệnh nhân xơ cứng bì toàn thể (SSc) và 21 bệnh nhân viêm cơ vô căn (IIM) có tổn thương phổi kẽ điều trị tại Bệnh viện Phổi Trung ương và Bệnh viện Quân y 103 từ tháng 1/2022 đến tháng 4/2024, chúng tôi rút ra một số kết luận như sau: Bệnh nhân thường là nữ, tuổi trung niên, có khó thở và ran nổ, rối loạn thông khí hạn chế, tổn thương lưới và hình thái NSIP trên HRCT ngực. Bệnh nhân IIM hay gặp

suy hô hấp và đông đặc phổi, tiên lượng xấu hơn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Kaul B., Cottin V., Collard H.R., et al. (2021), "Variability in Global Prevalence of Interstitial Lung Disease", *Front Med (Lausanne)*, 8:751181.
2. Meyer K.C. (2014), "Diagnosis and management of interstitial lung disease", *Transl Respir Med*, 2:4.
3. Alhamad E.H. (2013), "Interstitial lung diseases in Saudi Arabia: A single-center study", *Ann Thorac Med*, 8(1):33-7.
4. Đào Phương Thủy, Phan Thu Phương (2023), "Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của bệnh phổi mô kẽ liên quan đến một số bệnh của tổ chức liên kết", *Tạp chí Y học Việt Nam*, 522(2):102-107.
5. Nguyễn Minh Anh, Hoàng Thị Lâm (2020), "Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của bệnh nhân viêm da cơ vô căn có viêm phổi kẽ tại bệnh viện Bạch Mai, 2019-2020", *Tạp chí Y học dự phòng*, 30(6):170-176.
6. Hu Y., Wang L.S., Wei Y.R., et al (2016), "Clinical Characteristics of Connective Tissue Disease-Associated Interstitial Lung Disease in 1,044 Chinese Patients", *Chest*, 149(1):201-208.
7. Vũ Thị Thủy (2022), "Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và giá trị của Krebs von den lungen-6 (KL-6) trong chẩn đoán viêm phổi kẽ tại Bệnh viện Phổi Trung ương từ năm 2020-2022", *Luận văn thạc sĩ y học*, Trường Đại học Y Hà Nội.
8. Ahuja J., Arora D., Kanne J.P., et al (2016), "Imaging of Pulmonary Manifestations of Connective Tissue Diseases", *Radiol Clin North Am*, 54(6):1015-1031.

KẾT QUẢ CẤY GHÉP IMPLANT MUỘN BÁN PHẦN TRÊN BỆNH NHÂN THIẾU XƯƠNG CÓ SỬ DỤNG BỘ SANTA

Nguyễn Phú Thắng¹, Đàm Văn Việt², Nguyễn Thị Việt Thành^{1,3}, Nguyễn Thị Hạnh⁴

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả cấy ghép implant muộn với kỹ thuật tái tạo xương có hướng dẫn, sử dụng bộ SANTA trên bệnh nhân mất răng bán phần. **Đối tượng và phương pháp:** 23 người bệnh với 28 vị trí cấy ghép implant muộn đồng thời với kỹ thuật GBR và sử dụng bộ SANTA. Kích thước xương che phủ implant được đo trên phim Cone beam CT (CBCT) chụp tại hai thời điểm: ngay sau cấy ghép và sau 06 tháng lành thương. **Kết quả:** Sau ghép xương, kích

thước xương che phủ implant trên phim CBCT tăng, cụ thể theo chiều cao $4,43 \pm 1,57$ mm, theo chiều ngoài trong tại mặt phẳng platform của implant là $2,83 \pm 0,87$ mm và cách mặt platform 2,0 mm về phía chóp của implant là $3,53 \pm 1,13$ mm. **Kết luận:** Kết quả của nghiên cứu đã cho thấy kết quả về mặt lâm sàng sau cấy ghép xương đã được phục hồi tối ưu vùng thiếu xương để che phủ toàn bộ implant, chứng tỏ việc kết hợp giữa kỹ thuật GBR và SANTA là có hiệu quả. **Từ khóa:** Tái tạo xương có hướng dẫn, bộ SANTA.

SUMMARY

RESULTS OF LATE IMPLANTATION IN PATIENTS WITH ALVEOLAR DEFECT USING GUIDE REGENERATION BONE TECHNIQUE AND SANTA

Objective: To evaluate the effect of guided bone regeneration (GBR) combined with SANTA on patients with late implantation. **Subjects and methods:** 23 patients with 28 implant sites with GBR technique and

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Răng Hàm Mặt Trung ương Hà Nội

³Nha khoa Jet Dentist

⁴Trường Đại học Y Dược - Đại học Quốc gia Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Việt Thành

Email: drvietthanh303@gmail.com

Ngày nhận bài: 18.11.2024

Ngày phản biện khoa học: 20.12.2024

Ngày duyệt bài: 22.01.2025

SANTA usage. The size of bone covering implant was measured on Cone beam CT (CBCT) taken immediately after implantation and after six months of healing. **Results:** After the bone grafting, the size of the bone covering the implants on CBCT films was increased, the height dimension was 4.43 ± 1.57 mm, in the buccolingual dimension at the implant platform was 2.83 ± 0.87 mm and the distance from the implant platform 2.0 mm towards the apex was 3.53 ± 1.13 mm. **Conclusion:** The study results found that bone defect were optimally restored to cover the implant, proving that the combination of GBR technique and SANTA was effective.

Keywords: Guided bone regeneration, SANTA.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Sau mất răng, kích thước xương ổ răng sẽ bị thay đổi, tình trạng giảm kích thước xương theo cả ba chiều là một thách thức trong cấy ghép implant nha khoa, có thể cần thực hiện phẫu thuật nhiều lần gây đau và sự khó chịu cho người bệnh. Để khắc phục tình trạng thiếu kích thước xương có ích tại vùng dự kiến cấy ghép implant, phương pháp tái tạo xương có hướng dẫn (GBR) thường được sử dụng với nhiều phương pháp, kỹ thuật khác nhau như ghép xương khối tự thân, chẻ xương hoặc sử dụng cọc lều với vật liệu ghép xương có màng ngăn tự tiêu hoặc màng không tiêu để tăng kích thước xương theo cả ba chiều¹⁻⁶. Phương pháp GBR sử dụng cọc lều và cấy implant đồng thời được chấp nhận rộng rãi do đã giảm được số lần thực hiện phẫu thuật, tuy nhiên vẫn cần có thêm một lần can thiệp để tháo minivis sử dụng để nâng đỡ và duy trì khoảng cho vật liệu ghép chờ quá trình lành xương. Sohn và cộng sự⁷⁻⁹ đã báo cáo loạt ca lâm sàng sử dụng bộ dụng cụ trụ lều SANTA cho thấy nhiều ưu điểm hơn so với kỹ thuật cọc lều trước đây. SANTA được sử dụng như một trụ lều duy trì khoảng cho vật liệu ghép, kỹ thuật đơn giản và giảm tối đa số lần can thiệp phẫu thuật trên người bệnh. Trên thế giới đã có một số nghiên cứu chứng minh hiệu quả của việc cấy ghép implant có GBR với SANTA nhưng mới chỉ dừng lại ở báo cáo loạt ca lâm sàng. Vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với mục tiêu: đánh giá kết quả cấy ghép implant muộn với kỹ thuật tái tạo xương có hướng dẫn, sử dụng bộ SANTA trên bệnh nhân mất răng bán phần.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu được thực hiện tại Viện Đào tạo Răng Hàm Mặt – Đại học Y Hà Nội và Khoa Cấy ghép implant – Bệnh viện Răng Hàm Mặt Trung ương Hà Nội từ tháng 07/2023 đến tháng 08/2024. Người bệnh được giải thích rõ về nghiên cứu và đồng ý ký giấy xác nhận tham gia

nghiên cứu.

Đối tượng nghiên cứu. Người bệnh trên 18 tuổi, có nhu cầu phục hồi răng mất bằng điều trị cấy ghép implant nha khoa.

Tiêu chuẩn lựa chọn: người bệnh có mất răng bán phần ở hàm trên hoặc hàm dưới trên 06 tháng, Người bệnh có vùng sống hàm mất răng thiếu xương theo chiều ngoài trong bán ngoài, chiều rộng vùng xương có ích < 6 mm, chiều cao xương có ích ≥ 5 mm theo phân loại Misch- Judy(1985), khoảng mất răng đủ để cấy implant và làm phục hình. Người bệnh đủ sức khỏe tham gia nghiên cứu, có khả năng hợp tác trong quá trình điều trị.

Tiêu chuẩn loại trừ: người bệnh hút thuốc lá trên 10 điếu/ ngày, phụ nữ đang mang thai hoặc dự định mang thai, tình trạng tại chỗ hoặc toàn thân ảnh hưởng đến quá trình phẫu thuật và lành thương.

Phương pháp chọn mẫu. Chọn mẫu thuận tiện có chủ đích. Những người bệnh đến khám và điều trị trong khoảng thời gian từ tháng 07/2023 đến tháng 08/2024 tại Viện Đào tạo Răng Hàm Mặt – Đại học Y Hà Nội hoặc Khoa Cấy ghép Implant – Bệnh viện Răng Hàm Mặt Trung ương Hà Nội, nếu đủ tiêu chuẩn lựa chọn đều được chọn vào mẫu nghiên cứu.

Tiến hành nghiên cứu

- **Khám và lập kế hoạch điều trị:** Khám lâm sàng tổng thể và khám vùng mất răng. Chụp ảnh trong miệng và chụp phim Conbeam CT (CBCT). Đo kích thước xương có ích tại vùng dự kiến cấy ghép implant: xác định chiều cao xương (từ mào xương đến các điểm giải phẫu như nền mũi, đáy xoang hàm trên, bờ dưới xương hàm dưới, bờ trên ống thần kinh răng dưới), kích thước ngoài trong xương hàm. Mô phỏng vị trí implant tương lai, từ đó xác định kích thước xương cần tăng thêm theo chiều đứng và chiều ngoài trong.

- **Giai đoạn phẫu thuật:** Lấy máu tĩnh mạch bằng xilanh tiệt trùng dung một lần, loại 5,0 ml.

Quy trình phẫu thuật: Sát trùng trong và ngoài miệng bằng dung dịch Povidine 10%. Gây tê tại chỗ vùng phẫu thuật bằng Lidocaine 2%. Tạo vạt toàn bộ để bộc lộ xương vùng cấy ghép với đường rạch giảm căng dạng hình thang. Sử dụng bộ mũi khoan tạo lỗ hình trụ trong xương tại vùng cấy ghép có vị trí và hướng phù hợp với yêu cầu phục hình và giải phẫu, luôn tưới mát trong quá trình khoan xương với nước muối sinh lý. Đặt implant vào lỗ khoan xương với độ ổn định sơ khởi 25 Ncm bằng tay khoan điện, sử dụng cây đo lực siết lực với mô men xoắn trung bình là từ 25 - 40 Ncm. Chọn SANTA (chiều cao

có ba loại: 1,0 mm, 2,0 mm và 3,0 mm; đường kính có hai loại là 5,0 mm và 6,0 mm) phù hợp đập lên mặt platform của implant với lực xiết 10 Ncm. Xương dị loại Bone XB (hãng Medpark, Hàn Quốc) được trộn với máu toàn phần để tạo thành xương kết dính được đưa vào vị trí thiếu xương và tối thiểu ngang mức với bề mặt SANTA. Che phủ vùng phẫu thuật bằng màng collagen Aescular (hãng B.Braun, Đức). Khâu đóng vết tại chỗ bằng chỉ nylon 5.0. Người bệnh được kê đơn thuốc hậu phẫu: Augmentin 1g, uống trong 5 ngày, mỗi ngày 2 viên, chia 2 lần; Alphchymotripsin 4,2mg, uống trong 5 ngày, mỗi ngày 4 viên, chia 2 lần; Efferalgan 500mg x 4 viên, uống khi đau trong ngày đầu sau phẫu thuật. Hẹn tái khám sau 7 ngày để cắt chỉ và tái khám sau 6 tháng.

- Đánh giá kết quả ghép xương: Phim CBCT ngay sau phẫu thuật và sau phẫu thuật 6 tháng. Xác định trục trung tâm của implant trên các mặt phẳng theo ba chiều trên phim CBCT. Trên lát cắt theo chiều ngoài trong, đi qua trục trung tâm của implant xác định mặt phẳng H0 (mặt phẳng đi qua platform của implant vuông góc với trục trung tâm của implant); mặt phẳng H2 (song song với mặt phẳng H0 cách mặt phẳng H0 2,0 mm về phía chóp implant). Phim CBCT ngay sau cấy ghép: đo chiều dày vật liệu xương ghép trên mặt phẳng H0 và H2; đo chiều cao implant không có xương hàm che phủ (từ mặt platform tới điểm cao nhất của mào xương che phủ implant). Phim CBCT sau phẫu thuật 6 tháng: đo độ dày xương mới hình thành che phủ implant trên H0 và H2; đo chiều cao mới hình thành che phủ implant (từ ranh giới giữa xương hàm và xương mới tới viền xương mới về phía cổ implant).

- Xử lý số liệu: Số liệu được nhập và xử lý phân tích bằng phần mềm SPSS 20.0.

III. KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN

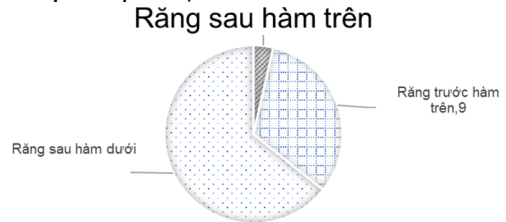
Nghiên cứu thực hiện trên 23 người bệnh (16 nữ, 7 nam) ở độ tuổi trung bình là 46,87 ± 15,66 tuổi. Bảng 1 thể hiện đặc điểm phân bố tuổi và giới của mẫu nghiên cứu.

Bảng 1: Phân bố tuổi và giới của mẫu nghiên cứu

	18-39 tuổi	40-59 tuổi	≥60 tuổi	Tổng
Nam	4(57,1%)	2(28,6%)	1(14,3%)	7(100%)
Nữ	5(31,2%)	7(43,8%)	4(25,0%)	16(100%)
Tổng	9(39,1%)	9(39,1%)	5(21,8%)	23(100%)

Đối tượng tham gia nghiên cứu chủ yếu là dưới 60 tuổi. Sự phân bố độ tuổi của đối tượng nghiên cứu giữa giới nam và giới nữ không có sự

khác biệt với p > 0,05.



Hình 1: Phân bố vị trí nghiên cứu: vị trí mất răng được cấy ghép implant

Tỷ lệ mất răng tương ứng với vị trí cấy ghép implant ở vùng răng sau hàm dưới chiếm đa số (64,3%), vùng răng sau hàm trên chiếm tỷ lệ thấp nhất (3,6%). Tỷ lệ implant cấy ở vùng răng trước chiếm 32,1% chỉ gặp ở răng hàm trên, không có trường hợp nào ở vùng răng trước hàm dưới.

Bảng 1: Kích thước xương có ích tại vùng dự kiến cấy ghép implant nha khoa

Giá trị	Chiều ngoài trong (mm)	Chiều cao (mm)
X±SD	3,19 ± 1,43	14,09 ± 2,53
Min	1,27	9,70
Max	6,50	19,60

Kích thước ngoài trong xương có ích trung bình là 3,19 ± 1,43 mm; giá trị nhỏ nhất là 1,27 mm; lớn nhất là 6,50 mm. Với đường kính implant ≥ 3,5 mm, để đảm bảo có tối thiểu 1,0 mm xương ở phía trong và 1,0 mm xương phủ phía ngoài implant thì kích thước chiều ngoài trong tối thiểu cần có là 5,5 mm. Như vậy 100% các đối tượng trong nghiên cứu của chúng tôi thiếu kích thước xương che phủ implant theo chiều ngoài trong. Chiều cao xương có ích trung bình là 14,09 ± 2,53 mm; giá trị nhỏ nhất là 9,70 mm và lớn nhất là 19,6 mm. Với chiều cao này, theo lý thuyết chúng tôi có thể đặt implant ngắn nhất là 8,5 mm mà vẫn đảm bảo khoảng cách an toàn với các mốc giải phẫu quan trọng và không cần ghép xương để che phủ implant theo chiều cao. Tuy nhiên, vì tất cả các vị trí cấy ghép implant đều thiếu xương che phủ implant theo chiều ngoài trong nên tất cả các trường hợp đều có sự thiếu che phủ implant theo chiều cao tối đa là 3 thành, có 28/28 vị trí đều có thiếu xương che phủ ở thành ngoài.

Bảng 2: Sự che phủ implant theo chiều cao

Kích thước (mm)	X±SD	Min	Max
Chiều cao implant không có xương phủ	3,37 ± 1,51	2,0	7,0
Chiều cao xương mới che phủ implant	4,43 ± 1,57	2,10	8,04

Kỹ thuật GBR được cải tiến với bộ SANTA của Sohn⁷⁻⁹, chúng tôi phủ vật liệu xương dị loại cao hơn mặt phẳng platform của implant. Sau 6

tháng lành thương, chúng tôi nhận thấy có sự gia tăng kích thước xương theo cả chiều ngoài trong và chiều cao. Cụ thể, chiều cao implant không có xương che phủ tại thời điểm ngay sau cấy ghép implant trung bình là $3,37 \pm 1,51$ mm, trong khi chiều cao xương mới đo được trên phim CBCT sau phẫu thuật 6 tháng là $4,43 \pm 1,57$ mm. Điều này cho thấy xương mới được tái tạo và che phủ toàn bộ implant theo chiều cao. Khác với chúng tôi, Cucchi và cộng sự¹¹ thực hiện nghiên cứu trên 40 trường hợp mất răng bán phần thiếu kích thước xương theo chiều cao với kích thước tối thiểu là 2,0 mm có GBR với vật liệu xương ghép hỗn hợp 50% xương tự than và 50% xương đồng loại có sử dụng màng d-PTFE (nhóm A) và màng titan (nhóm B). Cucchi kết luận rằng chiều cao xương được hình thành ở hai nhóm là như nhau, che phủ được tối đa chiều cao implant nhưng vẫn có một phần implant không có xương che phủ với kích thước từ $0,2 \pm 0,7$ mm tới $0,6 \pm 0,6$ mm.

Bảng 3: Sự che phủ implant theo chiều ngoài trong

Kích thước (mm)	X \pm SD	Min	Max
Độ dày vật liệu xương che phủ implant tại H0	$3,87 \pm 1,00$	2,24	5,46
Độ dày vật liệu xương che phủ implant tại H2	$4,45 \pm 1,19$	2,60	7,00
Độ dày xương mới che phủ implant tại H0	$2,83 \pm 0,87$	1,47	4,66
Độ dày xương mới che phủ implant tại H2	$3,53 \pm 1,13$	1,70	5,90

Độ dày xương che phủ implant ở thành ngoài cũng có sự thay đổi rõ rệt. Tại thời điểm cấy ghép implant, tại mặt phẳng H0 và H2 đều không có xương có ích che phủ implant, chúng tôi ghép vật liệu xương dị loại che phủ toàn bộ implant. Sau phẫu thuật 6 tháng, độ dày xương che phủ implant đo trên phim tại H0 và H2 lần lượt là $2,83 \pm 0,87$ mm và $3,53 \pm 1,13$ mm. Levine và cộng sự (2022)¹² có báo cáo hiệu quả của việc ghép xương bản ngoài ở vùng răng cửa hàm trên với những trường hợp có GBR và cấy implant đồng thời sau 4 – 5 năm theo dõi sau quá trình thực hiện chức năng ăn nhai cũng cho thấy kết quả hình thành xương tại các vị trí ghép ổn định ở các mặt phẳng đánh giá tương tự của chúng tôi tại vị trí H0, H2. Tuy nhiên, xương phủ phía ngoài implant của chúng tôi có giá trị lớn hơn của Levine tại tất cả các vị trí H0, H2. Điều này có thể giải thích được do vị trí lựa chọn cấy ghép của hai nghiên cứu là khác nhau: chúng tôi chọn mẫu thuận tiện nên vị trí cấy ghép implant của chúng tôi có cả ở vùng răng trước và vùng răng sau trong khi Levine chỉ lựa chọn ở vùng

răng cửa hàm trên, kích thước ngoài trong xương có ích đã nhỏ hơn nhiều so với nghiên cứu của chúng tôi. Ngoài ra, vật liệu ghép xương trong nghiên cứu của Levine cũng bị giới hạn trong vùng xương vô ban đầu do tác giả thực hiện cấy ghép implant tức thì nên chiều dày xương cũng bị giới hạn ngay từ đầu. Tuy nhiên, trong cả hai trường hợp chúng tôi đều nhận thấy vật liệu xương ghép không chuyển hóa được toàn bộ thành xương mới sau khi lành thương.

Tương tự, Naini và cộng sự (2024)¹³ công bố kết quả thực nghiệm trên thỏ về khả năng hình thành xương mới từ hai nhóm vật liệu xương dị loại Bone +B và Inter Oss. Kết quả cho thấy vật liệu xương ghép không chuyển hóa toàn bộ thành xương mới sau quá trình lành thương bằng xét nghiệm giải phẫu bệnh. Cụ thể, xương Bone +B có sự hình thành xương mới với tỷ lệ từ 32 – 45%, giá trị trung bình là 37,8% ($\pm 5,64$); Inter Oss có tỷ lệ hình thành xương mới từ 61 – 75%, giá trị trung bình là 65,83% ($\pm 4,75$).

IV. KẾT LUẬN

Kết quả của nghiên cứu đã cho thấy kết quả về mặt lâm sàng sau cấy ghép xương đã được phục hồi tối ưu che phủ được toàn bộ vùng thiếu xương để che phủ toàn bộ implant được cấy ghép, chứng tỏ việc kết hợp giữa kỹ thuật GBR và SANTA là có hiệu quả.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Kim YK, Ku JK. Guided bone regeneration. J Korean Assoc Oral Maxillofac Surg. 2020;46(5): 361-366. doi:10.5125/jkaoms.2020.46.5.361
- Kim O, Choi J, Kim B, Seo D. Long-term success rates of implants with guided bone regeneration or bone grafting. Clin Oral Implants Res. 2020; 31(S20):230-230. doi:10.1111/clr.171_13644
- Wang X, Wang G, Zhao X, Feng Y, Liu H, Li F. Short-Term Evaluation of Guided Bone Reconstruction with Titanium Mesh Membranes and CGF Membranes in Immediate Implantation of Anterior Maxillary Tooth. BioMed Res Int. 2021;2021:4754078. doi:10.1155/2021/4754078
- Iglesias-Velázquez Ó, Zamora RS, López-Pintor RM, et al. Periosteal Pocket Flap technique for lateral ridge augmentation. A comparative pilot study versus guide bone regeneration. Ann Anat - Anat Anz. 2022;243: 151950. doi:10.1016/j.aanat.2022.151950
- Abdullrahman F, Assad M, Albash Z. Tent-pole technique for alveolar ridge width preservation with a compromised buccal plate: a prospective cohort study. Ann Med Surg. 2023; 85(11): 5344. doi:10.1097/MS9.0000000000001312
- Doan TL, Le LD. Efficacy of the Tent-Pole Technique in Horizontal Ridge Augmentation. Pesqui Bras Em Odontopediatria E Clínica Integrada. 2020;20: e5643. doi:10.1590/pboci.2020.109
- Woo RH, Kim HG, Kim G, Park WE, Sohn DS.

Simplified 3-Dimensional Ridge Augmentation Using A Tenting Abutment. *Adv Dent Oral Health*. 2020;12(1): 0185-0205. doi:10.19080/ADOH.2019.22.55830

8. **Utilization of Tenting Pole Abutments for the Reconstruction of Severely Resorbed Alveolar Bone:** Technical Considerations and Case Series Reports. Accessed October 2, 2024. <https://www.mdpi.com/2077-0383/13/4/1156>

9. **Tenting pole abutment technique for the easy reconstruction of severely resorbed alveolar ridges.** Accessed October 2, 2024. <http://ouci.dntb.gov.ua/en/works/7q3PQ0J/>

10. **guidelines_Konsensus-Leitfaden-2013_engl.pdf.** Accessed October 4, 2024. https://bdizedi.org/wp-content/uploads/pdf/GuidelinesEuropeanConsensusConference/guidelines_Konsensus-Leitfaden-2013_engl.pdf

ĐÁNH GIÁ NHU CẦU CHĂM SÓC GIẢM NHẸ CỦA NGƯỜI BỆNH UNG THƯ PHỔI ĐƯỢC ĐIỀU TRỊ TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TỈNH NAM ĐỊNH NĂM 2024

Nguyễn Minh An¹, Nguyễn Phương Linh²

TÓM TẮT

Mục tiêu nghiên cứu: Đánh giá nhu cầu chăm sóc giảm nhẹ của 204 bệnh nhân ung thư phổi được điều trị tại bệnh viện Đa khoa Tỉnh Nam Định năm 2024. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang 204 bệnh nhân ung thư phổi được điều trị tại bệnh viện đa khoa tỉnh Nam Định. **Kết quả nghiên cứu:** Tỷ lệ nhu cầu chăm sóc giảm nhẹ của người bệnh ung thư phổi về tài chính phúc lợi xã hội chiếm 94,1%; Nhu cầu về thông tin y tế chiếm 85,3%; Nhu cầu về thể chất chiếm 76%; Nhu cầu về tự làm chủ các hoạt động bản thân chiếm 90,2%; Nhu cầu về các hoạt động hàng ngày chiếm 87,3%; Nhu cầu về giao tiếp quan hệ xã hội chiếm 86,8%; Nhu cầu về tâm lý chiếm 74,5%; Nhu cầu về tâm linh chiếm 66,2%. **Kết luận:** Bệnh nhân ung thư phổi có nhu cầu chăm sóc giảm nhẹ cao, trong đó cao nhất là nhu cầu chăm sóc về tài chính và phúc lợi xã hội và thấp nhất là nhu cầu về tâm linh.

SUMMARY

ASSESSMENT THE PALLIATIVE CARE NEEDS OF LUNG CANCER PATIENTS AT NAM DINH PROVINCIAL GENERAL HOSPITAL IN 2024

Objective: To assess the palliative care needs of 204 lung cancer patients at Nam Dinh Provincial General Hospital in 2024. **Method:** Cross-sectional descriptive study of 204 lung cancer patients at Nam Dinh Provincial General Hospital. **Results:** The rate of lung cancer patient's palliative care needs: Financial and social welfare need was 94.1%; Medical information need was 85.3; Physical need was 76%; Self-management need was 90.2%; Daily activity need was 87.3%; Social communication need was 86.8%; Psychological need was 74.5%; Spiritual need was 66.2%. **Conclusion:** Lung cancer patients had high palliative care needs, the highest need was financial

and social welfare care and the lowest need was spiritual care.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư phổi là loại ung thư phổ biến nhất trên thế giới trong nhiều thập kỷ qua. Số ca mới mắc và số ca tử vong không ngừng tăng lên qua các năm. Nó là nguyên nhân gây tử vong hàng đầu ở nam giới và thứ 2 ở nữ giới sau ung thư vú [1], [2].

Người bệnh ung thư phổi thường gặp nhiều khó khăn trong quá trình điều trị. Một số nghiên cứu đã ghi nhận nhiều người bệnh ung thư phổi phải trải qua các vấn đề tâm lý như căng thẳng, lo lắng, trầm cảm và cô đơn, những phản ứng phụ do điều trị như mệt mỏi, buồn nôn, sụt cân làm suy nhược cơ thể, công việc bị gián đoạn, hạn chế các hoạt động xã hội và mối quan hệ trong gia đình bị ảnh hưởng [1], [2]. Vì vậy, việc phòng ngừa, chăm sóc giảm nhẹ những triệu chứng và tác dụng phụ của thuốc là một phần quan trọng trong quá trình điều trị ung thư phổi.

Tại Trung tâm Ung bướu - Bệnh viện Đa khoa tỉnh Nam Định hàng ngày có khoảng 80 - 100 người bệnh tới khám và điều trị. Trong đó người bệnh ung thư phổi chiếm tỷ lệ khoảng nhất 21,7% [1]. Hiện tại Trung tâm đang quản lý và điều trị cho khoảng 400 người bệnh ung thư phổi. Để đáp ứng nhu cầu chăm sóc sức khỏe toàn diện cả về thể chất, tinh thần và xã hội, việc xác định các nhu cầu về chăm sóc giảm nhẹ của người bệnh ung thư phổi là thực sự cần thiết. Qua đó, giúp nhà cung cấp dịch vụ đưa ra can thiệp chăm sóc một cách hiệu quả và phù hợp nhằm nâng cao chất lượng cuộc sống và đáp ứng sự hài lòng của người bệnh. Từ thực tế đó, chúng tôi thực hiện đề tài "*Đánh giá nhu cầu chăm sóc giảm nhẹ của người bệnh ung thư phổi tại bệnh viện đa khoa tỉnh Nam Định năm 2024*".

¹Trường Cao đẳng Y tế Hà Nội

²Trường Đại học Điều dưỡng Nam Định

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Minh An
Email: dr_minhan413@yahoo.com

Ngày nhận bài: 15.11.2024

Ngày phản biện khoa học: 19.12.2024

Ngày duyệt bài: 23.01.2025