

- Escherichia coli và Klebsiella pneumoniae tại bệnh viện Thống Nhất, Tạp chí y học Việt Nam, 522(1): tr 72-78
5. **CLSI, Clinical and Laboratory Standards Institute** (2020). "Performance Standards for Antimicrobial Susceptibility Testing; Thirtieth Informational Supplement, M100- S30".
 6. **Hawser SP, Bouchillon SK, Hoban DJ, et al** (2009), Emergence of high levels of extended-Spectrum- β -Lactamase-producing Gram-negative bacilli in the Asia-Pacific region: Data from the study for monitoring antimicrobial resistance trends (SMART) program, 2007. Antimicrobial Agents and Chemotherapy; 53(8): 3280-3284.
 7. **WHO** (2014). Antimicrobial resistance global report on surveillance 2014. Geneva: World Health Organization.

HIỆU QUẢ CAN THIỆP GIÁO DỤC CẢI THIỆN NHẬN THỨC UNG THƯ VÚ CỦA PHỤ NỮ Ở MỘT SỐ VÙNG NÔNG THÔN HẢI DƯƠNG

Trương Thị Thu Hương¹, Nguyễn Thị Hằng¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá tác động của can thiệp giáo dục dựa trên mô hình niềm tin sức khỏe nhằm nâng cao nhận thức ung thư vú của phụ nữ ở một số vùng nông thôn Hải Dương. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu can thiệp cộng đồng được thực hiện trên 309 phụ nữ trong độ tuổi từ 20-59 tại 03 xã thuộc khu vực nông thôn Hải Dương. Dữ liệu được quản lý và phân tích bằng phần mềm SPSS 20.0. **Kết quả:** điểm trung bình nhận thức ung thư vú trong cả 2 nhóm can thiệp đã tăng lên sau 3 tháng và 6 tháng ($p < 0,05$). **Kết luận:** cần phát triển và thực hiện chương trình giáo dục khỏe dựa trên mô hình niềm tin sức khỏe để cải thiện sức khỏe phụ nữ và giảm tử vong do ung thư vú cho phụ nữ vùng nông thôn.

Từ khóa: Sàng lọc ung thư vú; nhận thức; phụ nữ nông thôn; Hải Dương

SUMMARY

THE EFFECTIVENESS OF EDUCATIONAL INTERVENTION IN IMPROVING BREAST CANCER AWARENESS AMONG WOMEN IN RURAL AREAS OF HAI DUONG

Objective: To evaluate the impact of an educational intervention based on the Health Belief Model (HBM) on improving breast cancer awareness among women in selected rural areas of Hai Duong Province. **Subjects and Methods:** A community-based intervention study was conducted among 309 women aged 20–59 years in three rural communes of Hai Duong. Data were managed and analyzed using SPSS software version 20.0. **Results:** The mean breast cancer awareness scores in both intervention groups increased significantly after 3 months and 6 months ($p < 0.05$). **Conclusion:** Health education programs based on the Health Belief Model should be developed and implemented to enhance women's health and reduce breast cancer mortality among

women in rural areas.

Keywords: Breast cancer screening; awareness; rural women; Hai Duong.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư vú (UTV) là loại ung thư phổ biến nhất và là một trong các nguyên nhân hàng đầu gây tử vong do ung thư ở phụ nữ trên toàn thế giới. Trong năm 2020 ước tính khoảng 4,4 triệu phụ nữ chết vì ung thư, trong đó ung thư vú chiếm gần 25% [1]. Tại Việt Nam, ung thư vú đang là vấn đề sức khỏe cộng đồng vì đây là căn bệnh ung thư phổ biến nhất ở nữ giới, trung bình mỗi năm nước ta có khoảng hơn 15.230 phụ nữ được chẩn đoán mắc mới và hơn 6.100 trường hợp tử vong [2].

Hiện nay, tỷ lệ sống sót sau 5 năm của người bệnh ung thư vú ngày càng được cải thiện, nếu phát hiện và điều trị ở giai đoạn sớm thì tỷ lệ này là 100% và chi phí điều trị chỉ chiếm khoảng 20% so với giai đoạn muộn [3]. Nhưng phần lớn tỷ lệ phụ nữ mắc ung thư vú ở Việt Nam được phát hiện ở giai đoạn muộn của bệnh 49,5% [4]. Vì vậy, phát hiện sớm ung thư vú là vô cùng quan trọng, nó không chỉ mang lại tỷ lệ sống và khỏi bệnh cao mà còn đẩy nhanh quá trình điều trị làm giảm chi phí và nâng cao chất lượng cuộc sống cho người bệnh sau quá trình điều trị [4]. Tổ chức "Sáng kiến ung thư toàn cầu" của Tổ chức y tế Thế giới đã đặt mục tiêu ngăn chặn 2,5 triệu ca tử vong do ung thư vú trong giai đoạn 2020-2040 và một trong ba trụ cột để đạt được mục tiêu này là giáo dục cộng đồng nâng cao nhận thức về ung thư vú [1]. Vì vậy nghiên cứu này được thực hiện nhằm đánh giá đánh giá tác động của can thiệp giáo dục dựa trên mô hình niềm tin sức khỏe nhằm nâng cao nhận thức ung thư vú của phụ nữ vùng nông thôn Hải Dương.

¹Trường Đại học Kỹ thuật Y tế Hải Dương

Chịu trách nhiệm chính: Trương Thị Thu Hương

Email: huongdhktyt@gmail.com

Ngày nhận bài: 26.9.2025

Ngày phản biện khoa học: 21.10.2025

Ngày duyệt bài: 28.11.2025

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu can thiệp cộng đồng

2.2. Địa điểm và thời gian nghiên cứu: Nghiên cứu được thực hiện tại 03 xã vùng nông thôn tỉnh Hải Dương từ 10/2021 đến 12/2022.

2.3. Đối tượng nghiên cứu: phụ nữ ở độ tuổi từ 20-59, đang sinh sống tại tỉnh Hải Dương, không có thai, không cho con bú, không mắc ung thư vú hoặc đang trong giai đoạn bệnh nặng có thể nói, đọc, nghe và hiểu tiếng Việt và tình nguyện tham gia nghiên cứu

2.4. Cỡ mẫu, chọn mẫu nghiên cứu

Cỡ mẫu: Áp dụng công thức tính mẫu cho ước tính một tỷ lệ P quần thể

$$n = Z_{1-\alpha/2}^2 \cdot \frac{p(1-p)}{(p\varepsilon)^2}$$

Trong đó: n: Cỡ mẫu nghiên cứu; p: tỷ lệ p = 0,158 (Quang Tuyến, 2019 [5]); α : Mức ý nghĩa thống kê với $\alpha = 5\%$ thì hệ số $Z_{1-\alpha/2} = 1,96$; ε : sai số tương đối giữa nghiên cứu thử và tỷ lệ quần thể; (ε dao động từ 0,1 - 0,5).

Nếu lấy $\varepsilon = 0,27 \rightarrow$

$$n = 1,96^2 \cdot \frac{0,158(1-0,158)}{0,04266^2} = 281 \text{ (đối tượng)}$$

Từ công thức trên, ta có số đối tượng nghiên cứu là 280, cộng thêm 10% sai số chọn mẫu và làm tròn số. Vậy số đối tượng tham gia nghiên cứu cần có là 315 phụ nữ.

Chọn mẫu: Quá trình chọn mẫu gồm 2 giai đoạn:

Giai đoạn 1: Lựa chọn ngẫu nhiên xã
+ Rút thăm ngẫu nhiên 02 huyện trong 10 huyện thuần nông.

+ Tạo 31 phiếu tương ứng 31 xã thuộc 2 huyện và tiến hành rút thăm ngẫu nhiên lấy 03 xã vào nghiên cứu.

Giai đoạn 2: Lập danh sách toàn bộ phụ nữ đáp ứng tiêu chuẩn lựa chọn của mỗi xã. sau đó mỗi xã lấy ngẫu nhiên đủ 105 phụ nữ/ 1 xã.

2.5. Biện số nghiên cứu. Nhận thức ung thư vú bao gồm 6 thuộc tính theo mô hình niềm tin sức khỏe: Nhận thức tính nhạy cảm, mức độ nghiêm trọng, lợi ích, rào cản, động lực thúc đẩy hành động và sự tự tin.

Thực hành tự khám vú là hành vi mà phụ nữ thực hiện để kiểm tra vú của mình thông qua các động tác sờ nắn tại vú và quan sát những thay đổi.

2.6. Phương pháp thu thập thông tin.

Bảng 3.2. Phân loại nhận thức ung thư vú theo mô hình niềm tin sức khỏe Champion của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm	Số lượng/tỷ lệ	
	n	Tỷ lệ (%)

Thu thập bằng hình thức phát phiếu tự điền thông qua bảng câu hỏi thiết kế sẵn

2.7. Xử lý và phân tích số liệu. Phần mềm SPSS 20.0 được sử dụng để quản lý và phân tích số liệu. Mức ý nghĩa được thiết lập trong nghiên cứu ($p < 0,05$)

Phân tích mô tả bao gồm: tần số (frequency), tỷ lệ phần trăm (percentage), mức trung bình (mean), độ lệch chuẩn (SD) được sử dụng để mô tả dữ liệu nhân khẩu học, thông tin chung về nhận thức UTV và liên quan đến thực hành sàng lọc UTV.

2.8. Đạo đức nghiên cứu. Nội dung nghiên cứu được Hội đồng Khoa học và Đạo đức của Trường Đại học Điều dưỡng Nam Định thông qua tại quyết định số 2765/GCN-HĐĐĐ ngày 22/10/2021.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Đặc điểm chung của đối tượng tham gia

Đặc điểm	n(309)	%
Độ tuổi trung bình ($\bar{X} \pm SD$)	45,2 $\pm$ 8,4	
Tuổi		
≤40	81	26,2
>40	228	73,8
Trình độ học vấn		
≤giáo dục phổ thông	232	75,1
>giáo dục phổ thông	77	24,9
Tình trạng hôn nhân		
Có chồng	292	94,5
Góa chồng/ly hôn/độc thân	17	5,5
Nghề nghiệp		
Nông dân	145	46,9
Viên chức	72	23,3
Công nhân	57	18,4
Tự do	34	11,1
Sinh viên/học sinh	1	0,3
Mức thu nhập hàng tháng		
<2 triệu/ tháng	99	32,0
≥2 triệu	210	68,0
Tiền sử gia đình mắc ung thư vú		
Có	12	3,9
Không	297	96,1

Tổng cộng 309 phụ nữ tham gia. Tuổi trung bình của họ là 45,2 $\pm$ 8,4, hầu hết (94,5%, n = 292) trong đó đã kết hôn. Hơn một nửa số phụ nữ tham gia (68%, n = 210) có thu nhập trên mức thu nhập tối thiểu. 46,9% đối tượng tham gia là nông dân, viên chức 23,3% và công nhân chiếm 18,4%. Về tiền sử gia đình có UTV chỉ có 3,9%.

Nhận thức tính nhạy cảm	<15 điểm (Không)	249	80,6
	≥15 điểm (Có)	60	19,4
Nhận thức mức độ nghiêm trọng	<21 điểm (Không)	115	37,2
	≥21 điểm (Có)	194	62,8
Nhận thức lợi ích TKV	<18 điểm (Không)	230	74,4
	≥18 điểm (Có)	79	25,6
Nhận thức rào cản TKV	<18 điểm (Không)	84	27,2
	≥18 điểm (Có)	255	72,8
Động lực thúc đẩy hành vi TKV	<21 điểm (Không)	44	14,2
	≥21 điểm (Có)	265	85,8
Sự tự tin thực hiện TKV	<33 điểm (Không)	228	73,8
	≥33 điểm (Có)	81	26,2

Bảng 3.2 chỉ ra rằng hầu hết đối tượng tham gia đều không có nhạy cảm với bệnh UTV (80,6%), nhưng họ đều nhận thức được UTV là bệnh nguy hiểm (62,8%), tỷ lệ phụ nữ có sự tự tin chỉ chiếm 26,2%.

Bảng 3.3. So sánh điểm số về nhận thức ung thư vú và niềm tin thực hành tự khám vú theo mô hình niềm tin sức khỏe của Champion với phân loại thực hành (n=309)

Các biến trong HBM	Thực hành TKV được đánh giá bởi CBYT	n	Mean	SD	Mean-Whitney	
					Z	p
Nhận thức tính nhạy cảm	Không đạt	255	11,6	5,6	-1,2	0,238
	Đạt trở lên	54	12,4	5,5		
Nhận thức mức độ nghiêm trọng	Không đạt	255	22,7	6,5	-2,2	0,027
	Đạt trở lên	54	24,7	6,5		
Nhận thức lợi ích	Không đạt	255	15,1	3,8	-5,1	0,000
	Đạt trở lên	54	19,6	5,6		
Nhận thức rào cản	Không đạt	255	21,6	5,5	-2,4	0,015
	Đạt trở lên	54	19,5	5,7		
Động lực thúc đẩy hành vi	Không đạt	255	27,8	6,6	-0,1	0,892
	Đạt trở lên	54	28,3	5,4		
Sự tự tin	Không đạt	255	23,5	11,9	-3,4	,001
	Đạt trở lên	54	2,4	12,3		

(HBM: Mô hình niềm tin sức khỏe; TKV: tự khám vú; CBYT: cán bộ y tế)

Kết quả bảng 3.3 cho thấy nhận thức lợi ích, rào cản và sự tự tin của 2 nhóm thực hành TKV theo bảng kiểm ở mức đạt trở lên và không đạt có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với độ tin cậy 95% ($p < 0,05$).

Bảng 3.4. Thực trạng sàng lọc ung thư vú của đối tượng nghiên cứu

Thông tin sàng lọc UTV của đối tượng nghiên cứu		Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Sàng lọc UTV tại cơ sở y tế	Chưa bao giờ sàng lọc UTV	239	77,6
	Đã từng nghĩ đến nhưng chưa sàng lọc	8	2,3
	Đã từng sàng lọc UTV	62	20,1
Chụp XQ vú	Chưa từng chụp XQ	262	84,8
	Đã chụp và có kết quả bình thường	36	11,7
	Đã chụp và có kết quả không bình thường	11	3,5
Trong 6 tháng tới đi sàng lọc UTV	Không	122	39,5
	Có	57	18,4
	Chỉ đi khi có dấu hiệu bất thường	130	42,1

Kết quả bảng 3.4 cho thấy, tỷ lệ đối tượng nghiên cứu chưa từng khám sàng lọc UTV tại cơ sở y tế chiếm tỷ lệ rất cao 77,6%. Đồng thời số phụ nữ chưa từng chụp XQ vú lên tới 84,8% đối tượng. Tỷ lệ đối tượng nghiên cứu có ý định trong 6 tháng tới đi khám sàng lọc UTV chiếm tỷ lệ rất thấp 18,4%, trong khi hầu hết 42,1% họ chỉ đi khi mình có dấu hiệu bất thường.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Nhận thức ung thư vú theo mô hình niềm tin sức khỏe. Mô hình niềm tin sức khỏe đã chỉ ra rằng khi một ai đó tin là họ rất có khả năng mắc bệnh và nhận thức được tính nghiêm trọng của bệnh tật, đồng thời họ nhận thấy lợi ích của hành vi sức khỏe có khả năng ngăn ngừa bệnh tật, cùng với rào cản thấp và

động lực thúc đẩy hành vi và tính tự tin cao thì họ dễ dàng thực hiện hành vi sức khỏe đó [6]. Chúng tôi đã sử dụng thang đo HBM của Champion với 6 thang đo nhỏ về nhận thức và niềm tin thực hành TKV, kết quả nghiên cứu đã tìm thấy tỷ lệ phụ nữ nhận thức được mức nghiêm trọng của bệnh UTV là khá cao 62,8% đồng thời những phụ nữ trong nghiên cứu này họ nhận thức UTV là bệnh nguy hiểm những chỉ xảy ra với những người khác không phải họ vì họ đang là những người khỏe mạnh có nhận thức tích cực và lạc quan với các hành vi sức khỏe lành mạnh. Điều này phù hợp với tỷ lệ rất thấp 19,4% phụ nữ tham gia có nhận thức về tính nhạy cảm với bệnh UTV hầu hết họ đều cho rằng khả năng mắc UTV của họ là rất thấp. Điều này thật đáng lo ngại khi dự báo của Hiệp hội ung thư Hoa Kỳ (2018) cho rằng cứ 8 phụ nữ bất kì thì sẽ có một người được chẩn đoán mắc bệnh UTV vào thời điểm nào đó trong cuộc đời và Bộ Y tế Việt Nam (2021) cũng đưa UTV vào nhóm bệnh ung thư hay gặp nhất ở phụ nữ [7].

Khi sử dụng thang đo mô hình niềm tin sức khỏe của Champion để so sánh điểm trung bình nhận thức giữa 2 nhóm phụ nữ thực hành TKV đạt và không đạt chúng tôi nhận thấy rằng có sự khác biệt điểm số trung bình nhận thức về mức độ nghiêm trọng, lợi ích, rào cản và sự tự tin ($p < 0,05$). Kết quả này hoàn toàn tương đồng với nghiên cứu của Moey và cộng sự (2020) cũng chỉ ra rằng mức độ nghiêm trọng, lợi ích, nhận thức rào cản và sự tự tin có ảnh hưởng đáng kể đến việc áp dụng hành vi TKV của phụ nữ [8]. Điều này phù hợp với lý thuyết của HBM rằng phụ nữ có mức độ nghiêm trọng của bệnh UTV được nhận thức cao sẽ cảm nhận được TKV là có lợi, do đó khiến họ có những nhận thức rào cản thấp để thực hiện TKV thường xuyên [6]. Mặt khác, trong nghiên cứu của chúng tôi phát hiện rằng không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê nào giữa những người thực hành đạt và không đạt liên quan đến nhận thức tính nhạy cảm và động lực thúc đẩy hành động ($p > 0,05$). Những phát hiện này khá tương đồng với nghiên cứu của Boafu và cộng sự (2020) [9]. Điều này có thể là một dự báo tốt cho việc thực hiện một chương trình giáo dục sức khỏe liên quan đến thực hành TKV, vì phụ nữ trong nghiên cứu này dù có hay không thực hành TKV nhưng họ đều nhận thức rất cao về động lực mạnh mẽ để thúc đẩy thực hiện hành vi sức khỏe tốt 85,8%.

4.2. Thực trạng về sàng lọc ung thư vú của đối tượng tham gia nghiên cứu. Ung thư vú là căn bệnh ung thư thường gặp ở phụ nữ Việt Nam, việc phát hiện ở giai đoạn muộn sẽ

ảnh hưởng rất lớn đến khả năng sống sót của người bệnh [7]. Do đó việc trang bị kiến thức về sàng lọc phát hiện sớm UTV cho phụ nữ tại cộng đồng đặc biệt với những phụ nữ vùng nông thôn, nơi có thu nhập thấp và cơ hội tiếp cận y tế hạn chế có vai trò đặc biệt quan trọng trong việc giúp phụ nữ nâng cao chất lượng cuộc sống, cũng như góp phần làm giảm gánh nặng bệnh tật cho toàn xã hội. Tuy nhiên, trong nghiên cứu này phát hiện một tỷ lệ rất cao 77,6% phụ nữ tham gia chưa bao giờ sàng lọc UTV kết quả này phù hợp thực tế rằng tỷ lệ mắc UTV giữa các nước khu vực Đông Nam Á thì hầu hết phụ nữ Việt Nam đều được phát hiện UTV ở giai đoạn muộn. Theo khuyến cáo của chuyên gia thì phụ nữ từ 40 tuổi trở lên cần định kỳ đi chụp X-quang tuyến vú 1-2 năm một lần để sàng lọc phát hiện sớm UTV [7]. Tuy nhiên, trong nghiên cứu của chúng tôi độ tuổi trung bình của đối tượng tham gia nghiên cứu đều trên 45 tuổi nhưng lại có một tỷ lệ lớn 84,8% chưa từng chụp X-quang tuyến vú. Kết quả này hoàn toàn tương đồng với một số nghiên cứu trong nước như Đỗ Quang Tuyền (2019) thực hiện trên 1036 nữ công nhân dệt may tại Hà Nội và thành phố Hồ Chí Minh với độ tuổi trung bình tương tự là trên 43 tuổi có tới 89,4% chưa từng chụp X-quang tuyến vú [5]. Điều này có thể nói việc áp dụng chụp X-quang tuyến vú chưa thực sự phổ biến đối với phụ nữ Việt Nam trong việc sàng lọc phát hiện sớm UTV, điều này cũng phù hợp với thực tế hiện nay trên địa bàn nghiên cứu tỉnh Hải Dương chỉ có 2 cơ sở y tế tư nhân tại thành phố có dịch vụ chụp dịch vụ X-quang tuyến vú. Đặc biệt, khi chúng tôi đo lường dự kiến của những người tham gia trong 6 tháng tới có đi khám sàng lọc UTV không thì hầu hết 42,1% báo cáo rằng họ chỉ đi khi có dấu hiệu bất thường còn lại tỷ lệ rất thấp 18,4% trả lời có. Kết quả này khá tương đồng khi so sánh với kết quả khảo sát thực tế của Đào Thị Hải Yến (2021) chỉ ra rằng chỉ có 6,5% phụ nữ có đi khám vú lâm sàng định kỳ tại các cơ sở y tế. Điều này chứng tỏ rằng những phụ nữ trong nghiên cứu của chúng tôi rất chủ quan với bệnh tật, hay nói cách khác thì nhận thức cũng như hiểu biết về sàng lọc phát hiện sớm UTV của họ còn rất hạn chế. Do đó, một chương trình giáo dục nâng cao nhận thức về UTV cho phụ nữ trong nghiên cứu này là thực sự cần thiết.

V. KẾT LUẬN

Nhận thức và thực hành sàng lọc ung thư vú của phụ nữ ở một số vùng nông thôn Hải Dương đang ở mức thấp: 80,6% phụ nữ tham gia

không có nhạy cảm với bệnh UTV, 77,6% phụ nữ chưa từng sàng lọc ung thư vú tại cơ sở y tế và 84,8% chưa từng chụp Xquang tuyến vú.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Guida F, Kidman R, Ferlay J, et al. Global and regional estimates of orphans attributed to maternal cancer mortality in 2020. *Nat Med*. 2020; 28(12), 63–72.
2. Bộ Y tế. Chiến lược quốc gia phòng chống bệnh không lây nhiễm giai đoạn 2015 – 2025. Bộ Y tế. 2025.
3. Azage M, Abeje G, Mekonnen A. Assessment of Factors Associated with Breast Self-Examination among Health Extension Workers in West Gojjam Zone, Northwest Ethiopia. *Int Journal Breast Cancer*. 2013;814395.
4. Tran Van Thuan, Anh PT, Tu DV. Cancer Control in Vietnam: Where are we? - Cancer Control, available at: <http://www.cancercontrol.info/cc2016/cancer-control-in-vietnam-where-we-are/>. Accessed 2017 December 21.
5. Do Quang Tuyen, Dung TV, Dong HV, et al. Breast Self-Examination: Knowledge and Practice Among Female Textile Workers in Vietnam. *Cancer Control*. 2019; 26(1): 1073274819862788.
6. Glanz K, Rimer BK, and Viswanath K. The health belief model. *Health behavior and health education: Theory, research, and practice*. San Francisco, CA, US. 2008); 103-741.
7. Bộ Y tế. Quyết định 1639/QĐ-BYT 2021 về việc ban hành Tài liệu bổ sung Hướng dẫn hoạt động dự phòng, sàng lọc, phát hiện sớm ung thư vú, ung thư cổ tử cung tại cộng đồng thuộc đề án 818 đến năm 2030, ban hành ngày 19/3/2021.
8. Moey S.F., Mohamed N.C., & Lim B.C (2020). A path analytic model of health beliefs on the behavioral adoption of breast self-examination. *AIMS Public Health*, 8(1):15–31.
9. Bofo I.M., Tetteh P.M (2020). Self-Efficacy and Perceived Barriers as Determinants of Breast Self-Examination Among Female Nonmedical Students of the University of Ghana. *Int Q Community Health Educ*, 40(4),289–97.
10. Azage M, Abeje G, Mekonnen A. Assessment of Factors Associated with Breast Self-Examination among Health Extension Workers in West Gojjam Zone, Northwest Ethiopia. *Int Journal Breast Cancer*. 2013;814395.

CHUYỂN VẬT DA TẠI CHỖ TRONG ĐIỀU TRỊ TỖN THƯƠNG LỚN VÙNG MÁ: BÁO CÁO 4 TRƯỜNG HỢP

Ngô Đức Hiệp¹, Lê Đức Tín¹, Phạm Phước Tiến¹

TÓM TẮT

Mở đầu: Các khuyết hổng phần mềm lớn vùng má có thể ảnh hưởng nặng nề đến chức năng cũng như thẩm mỹ khuôn mặt. Việc lựa chọn vật da tại chỗ thích hợp giữ vai trò then chốt trong phục hồi đường nét và duy trì sự hài hòa khuôn mặt. **Phương pháp:** Chúng tôi báo cáo một loạt ca mô tả gồm bốn bệnh nhân có khuyết hổng vùng má kích thước từ trung bình đến lớn, được điều trị tại Khoa Bỏng và Tạo hình, Bệnh viện Chợ Rẫy. Các khuyết hổng này có nguyên nhân do chấn thương, cắt rộng sau u ác tính hoặc nhiễm trùng. Kỹ thuật chuyển vật da tại chỗ sử dụng các vật vùng cằm – cổ, vật cổ bên và vật trước tai được áp dụng để che phủ tổn khuyết. Các đặc điểm lâm sàng, kỹ thuật phẫu thuật, tình trạng sống vật, biến chứng và kết quả chức năng – thẩm mỹ được ghi nhận và đánh giá. **Kết quả:** Cả bốn vật đều sống hoàn toàn với quá trình liền thương tốt. Không ghi nhận hoại tử vật, rò nước bọt hay biến chứng nặng nào khác. Khả năng đóng kín miệng, chức năng nhai và biểu cảm khuôn mặt được bảo tồn ở tất cả các trường hợp, không có biến dạng đáng kể ở mép miệng hay mí dưới. Sẹo vùng cho vật được che khuất

tốt theo các nếp da tự nhiên ở cằm, cổ hoặc vùng trước tai. Kết quả thẩm mỹ chung được đánh giá là hài lòng bởi cả phẫu thuật viên và người bệnh. **Kết luận:** Các vật da tại chỗ vùng cằm – cổ, vật cổ bên và vật trước tai là những lựa chọn an toàn, khả thi và rất hiệu quả trong che phủ các khuyết hổng vùng má kích thước trung bình đến lớn. Các vật này cung cấp mô che phủ tin cậy, phù hợp về màu sắc và độ dày, đồng thời đạt được kết quả chức năng và thẩm mỹ thuận lợi. **Từ khóa:** Khuyết hổng vùng má; vật da tại chỗ; vật cằm – cổ; vật cổ bên; tái tạo vùng mặt.

SUMMARY

LOCAL FLAP TRANSFER IN THE TREATMENT OF LARGE CHEEK DEFECTS: A REPORT OF FOUR CASES

Background: Large soft tissue defects of the cheek can severely impair both function and facial aesthetics. Proper selection of local skin flaps plays a crucial role in restoring contour and maintaining facial harmony. **Methods:** We report a descriptive case series of four patients with medium- to large-sized cheek defects treated at the Department of Burns and Plastic Surgery, Cho Ray Hospital. The defects resulted from trauma, post-oncologic resection, or infection. Local flap transfer techniques using chin-neck, lateral cervical, and preauricular skin flaps were employed to cover the defects. Clinical characteristics, surgical technique, flap survival, complications, and functional-aesthetic outcomes were evaluated. **Results:** All four flaps survived completely with good wound healing.

¹Bệnh viện Chợ Rẫy

Chịu trách nhiệm chính: Ngô Đức Hiệp

Email: hiiepngoduc1908@gmail.com

Ngày nhận bài: 6.10.2025

Ngày phản biện khoa học: 18.11.2025

Ngày duyệt bài: 9.12.2025