

hành và một số yếu tố liên quan đến tuân thủ điều trị tăng huyết áp của người bệnh điều trị ngoại trú tại phòng khám Nội tim mạch Bệnh viện Trung ương Quân đội 108 năm 2020, Luận văn Thạc sĩ Điều dưỡng, Trường Đại học Thăng Long, 2020.

7. **Abegaz TM, Shehab A, Gebreyohannes EA et al.**, Nonadherence to antihypertensive drugs. *Medicine (Baltimore)*, 2017, 96(4), e5641.

8. **Degli Esposti E., Di Martino M., Sturani A. et al.**, Risk factors for uncontrolled hypertension in Italy, *Journal of Human Hypertension*. (2004) 18, no. 3, 207–213, 2-s2.0-1842590454.

9. **Hu G., Pekkarinen H., Hänninen O., Yu Z., Guo Z., and Tian H.**, Commuting, leisure-time physical activity, and cardiovascular risk factors in China, *Medicine and Science in Sports and Exercise*. (2002) 34, no. 2, 234–238

QUY TRÌNH PHẪU THUẬT NỘI SOI ĐIỀU TRỊ RÁCH RỘNG CHỚP XOAY TĂNG CƯỜNG FIBRIN GIÀU TIỂU CẦU

Nguyễn Mạnh Khánh¹, Đỗ Văn Hải², Nguyễn Văn Học¹, Cao Đình Bằng², Trần Quốc Tuấn¹, Phạm Ngọc Đình², Nguyễn Huy Thiệp², Nguyễn Hoàng Quân², Lê Xuân Hoàng¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Trình bày quy trình nội soi khâu điều trị rách rộng chóp xoay với tăng cường Fibrin giàu tiểu cầu (PRF) nhằm tối ưu hóa môi trường sinh học tại diện bám gân-xương và nâng cao khả năng liền gân-xương cao. PRF tự thân cung cấp mạng lưới fibrin bền vững kèm theo các yếu tố tăng trưởng (TGF-β1, PDGF, VEGF, FGF, IGF, EGF) giúp đẩy nhanh quá trình tân sinh mạch, biệt hóa nguyên bào sợi và tăng cường liền gân-xương sau phẫu thuật. **Kỹ thuật:** Bài báo mô tả chi tiết theo từng bước phẫu thuật bao gồm: chiết tách PRF cầu tự thân, đánh giá tổn thương trong khớp, chuẩn bị diện bám gân xương, vị trí đặt neo, bơm PRF tại vị trí diện bám gân-xương, kĩ thuật khâu gân chóp xoay. **Ý nghĩa lâm sàng:** Việc bổ sung PRF trong phẫu thuật điều trị rách rộng chóp xoay kỳ vọng tạo điều kiện mô sinh học thuận lợi, tăng sinh mạch sớm, giảm tỷ lệ đứt lại và nâng cao kết quả chức năng so với kỹ thuật thông thường. **Kết luận:** Kỹ thuật nội soi khâu rách rộng chóp xoay tăng cường PRF là phương pháp khả thi, an toàn và tiềm năng cải thiện kết quả liền gân-xương. Quy trình chuẩn hóa kỹ thuật trong bài báo giúp phẫu thuật viên dễ dàng ứng dụng vào thực hành lâm sàng. **Từ khoá:** rách rộng chóp xoay, Fibrin giàu tiểu cầu

SUMMARY

ARTHROSCOPIC REPAIR PROTOCOL FOR MASSIVE ROTATOR CUFF TEARS AUGMENTED WITH PLATELET - RICH FIBRIN

Objective: To present the arthroscopic repair protocol for massive rotator cuff tears augmented with

platelet-rich fibrin (PRF), aiming to optimize the biological environment at the tendon–bone interface and enhance healing potential. **Background:** Massive rotator cuff tears have a high retear rate due to poor tendon quality and limited intrinsic healing capacity at the tendon–bone junction. Autologous PRF provides a stable fibrin matrix enriched with growth factors (TGF-β1, PDGF, VEGF, FGF, IGF, EGF), promoting angiogenesis, fibroblast differentiation, and improved tendon–bone healing after repair.

Methods/Technique: This article describes the step-by-step surgical workflow including autologous PRF preparation, intra-articular assessment of the tear, footprint preparation, anchor placement, PRF application at the tendon–bone interface, and arthroscopic rotator cuff repair technique. **Clinical significance:** PRF augmentation during repair of massive rotator cuff tears is expected to enhance the local biological microenvironment, promote early neovascularization, reduce retear rates, and improve postoperative functional outcomes compared with conventional techniques. **Conclusion:** Arthroscopic repair of massive rotator cuff tears with PRF augmentation is a feasible, safe, and biologically promising technique. The standardized protocol provided in this article facilitates practical adoption by orthopedic surgeons. **Keywords:** massive rotator cuff tear, platelet-rich fibrin.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Rách chóp xoay là một trong những nguyên nhân thường gặp nhất gây đau và mất chức năng khớp vai. Các nghiên cứu cho thấy tỷ lệ đứt lại sau khâu chóp xoay còn cao, đặc biệt ở trường hợp rách rộng, kèm thoái hóa mỡ, teo cơ. Một số báo cáo ghi nhận tỷ lệ đứt lại lên tới 60–90% ở nhóm rách rộng¹. Do vậy, ngoài kỹ thuật khâu, môi trường sinh học tại diện bám gân-xương đóng vai trò quan trọng thúc đẩy quá trình liền gân-xương. Trong phẫu thuật nội soi điều trị rách rộng chóp xoay ngoài cố định gân về giải phẫu mà còn phải tạo điều kiện để gân

¹Trường Đại học Y Dược - Đại học Quốc gia Hà Nội

²Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Mạnh Khánh

Email: ngmanhkhánh@hotmail.com

Ngày nhận bài: 24.10.2025

Ngày phản biện khoa học: 28.11.2025

Ngày duyệt bài: 6.01.2026

liền chắc với xương. Tuy nhiên, ở bệnh nhân rách rộng, chất lượng mô gân kém, tổ chức bám gân bị xơ hóa, tưới máu kém và vi môi trường viêm mạn tính làm giảm đáng kể khả năng liền gân-xương, dẫn tới tỷ lệ thất bại cơ học và sinh học cao hơn so với rách nhỏ-trung bình¹.

Fibrin giàu tiểu cầu là lựa nhờ khả năng cung cấp mạng Fibrin 3 chiều cùng nồng độ cao yếu tố tăng trưởng như TGF- β , PDGF, VEGF... giúp thúc đẩy tân mạch, tăng sinh nguyên bào sợi và biệt hóa tế bào gân-xương. Các nghiên cứu của Yang (2020), Li (2022), Ryan (2021), Villarreal-Villarreal (2021), Shen (2024) đều cho thấy PRP giúp giảm đáng kể tỷ lệ đứt lại và cải thiện thang điểm chức năng (Constant, ASES, VAS) khi tăng cường trong phẫu thuật nội soi khâu chóp xoay, đặc biệt ở nhóm tổn thương hoàn toàn và kích thước lớn². Trong khi đó PRF với cấu trúc mạng fibrin bền vững hơn chưa được chuẩn hóa cách chuẩn bị và kỹ thuật đặt tại diện bám gân-xương. Nghiên cứu của Weber và cộng sự (2013) và Rodeo về PRFM (Fibrin rich platelet matrix) cho thấy không cải thiện rõ rệt tỷ lệ liền gân và kết quả lâm sàng ở nhóm rách nhỏ-trung bình³. Mao và cộng sự (2018) trong một phân tích tổng hợp về PRF cũng ghi nhận PRF không vượt trội so với nhóm chứng về tỷ lệ liền gân và kết quả chức năng nói chung⁴. Ngược lại, một số nghiên cứu khác lại cho thấy xu hướng cải thiện lành gân trên hình ảnh và điểm chức năng. Sự khác biệt về loại chế phẩm (PRP và PRF), nồng độ tiểu cầu, thành phần bạch cầu, quy trình quay ly tâm, cũng như thời điểm và vị trí đặt có thể là nguyên nhân dẫn đến kết quả không đồng nhất giữa các nghiên cứu. Hơn nữa, hiện chưa có nhiều báo cáo chi tiết dưới dạng "quy trình kỹ thuật" mô tả một cách chuẩn hóa từng bước của phẫu thuật nội soi khâu rách rộng chóp xoay kết hợp tăng cường PRF: từ chỉ định, chuẩn bị bệnh nhân, chuẩn bị chế phẩm PRF, các công cụ phẫu thuật, kỹ thuật khâu (2 hàng, bắc cầu), đến cách đặt PRF tại diện bám.

Tại Việt Nam, kỹ thuật nội soi điều trị rách rộng chóp xoay đã được triển khai ở một số trung tâm lớn, tuy nhiên ứng dụng tăng cường PRF trong mổ còn mới, chưa có quy trình chuẩn hóa. Việc xây dựng quy trình phẫu thuật nội soi điều trị rách rộng chóp xoay tăng cường PRF góp phần hệ thống hóa kinh nghiệm thực hành, tạo cơ sở khoa học để đánh giá kết quả, từ đó định hướng cho các nghiên cứu lâm sàng tiếp theo về hiệu quả sinh học và chức năng lâu dài.

II. CHỈ ĐỊNH VÀ CHỐNG CHỈ ĐỊNH

+ Chỉ định:

- Tổn thương rách rộng chóp xoay (kích thước vết rách >5 cm hoặc tổn thương ít nhất 2 gân hoặc kích thước tổn thương >2 cm trên đồng thời 2 lát Sagittal và Coronal)

- Tiểu cầu trong giới hạn bình thường (150-450 G/L)

+ Chống chỉ định:

- Thoái hoá bề mặt khớp vai nặng

- Teo cơ, thoái hoá mỡ độ 3 trở lên

- Trong mổ không di động được chóp xoay đến mép ngoài củ lớn xương cánh tay.

III. CHUẨN BỊ BỆNH NHÂN

Bệnh nhân được chẩn đoán rách rộng chóp xoay được đánh giá khám lâm sàng trước mổ, đánh giá tình trạng đau, biên độ vận động, khám các test lâm sàng (Jobe test, Gerber test, Patte test, Drop arm test) đầy đủ. Bệnh nhân được chụp X-quang vai tiêu chuẩn đánh giá phân độ thoái hoá theo Hamada. Đánh giá tổn thương trên phim MRI: đánh giá kích thước tổn thương, mức độ co rút, độ thoái hoá mỡ, teo cơ. Thực hiện các xét nghiệm cận lâm sàng phẫu thuật, giải thích kỹ quy trình trước mổ cho bệnh nhân

IV. QUY TRÌNH KỸ THUẬT

Bước 1: Chiết tách Fibrin giàu tiểu cầu từ máu tự thân được thực hiện bởi kỹ thuật viên huyết học, sử dụng hệ thống máy chiết tách PRF Vivostat

- Người bệnh nằm ngửa, lấy ven tĩnh mạch lấp vào dây dẫn nối với bộ kit chứa dung dịch Citrate/TA Obsidian ASG. Khoảng cách chiều cao điểm lấy máu và bộ kit 70 cm nhằm tạo áp lực dòng chảy và không tạo áp lực quá cao gây bong bóng khí. Lấy 120 ml máu

- Lắp ống chứa Fibrin giàu tiểu cầu ghi đủ thông tin người bệnh vào bộ kit chiết tách.

- Đưa bộ kit chiết tách vào buồng quay ly tâm trên hệ thống máy Vivostat. Tốc độ quay 9000 vòng/phút

- Sau 26 phút quá trình quay ly tâm kết thúc lấy bộ kit ra, dốc ngược bộ kit và hút Fibrin loại I giàu tiểu cầu dạng dung dịch vào trong ống chứa keo Fibrin giàu tiểu cầu.

- Lắp ống chứa Fibrin loại I giàu tiểu cầu và dung dịch pH 10 vào hệ thống phun trộn. Test thử phun trộn keo lên giấy quỳ khi nào giấy quỳ chuyển sang màu xanh lá thì Fibrin đã sẵn sàng phun lên vị trí phẫu thuật.



Hình 1: Hệ thống máy chiết tách fibrin giàu tiểu cầu

tiểu cầu

Bước 2: Phẫu thuật nội soi điều trị rách rộng chóp xoay khớp vai tăng cường Fibrin giàu tiểu cầu

+ Tư thế bệnh nhân:

Có thể thực hiện phẫu thuật nội soi khâu chóp xoay khớp vai ở tư thế nằm nghiêng hoặc tư thế Beach-chair. Khi nằm nghiêng, bệnh nhân được cố định với tư thế gối gấp khoảng 90 độ và tư thế trung gian. Lực kéo nên được giới hạn ở mức 7-10 kg để giảm thiểu nguy cơ tổn thương thần kinh.

Ở tư thế Beach-chair bệnh nhân được đặt nằm ngửa trên một bàn phẫu thuật chuyên dụng và sau đó bàn được điều chỉnh vào tư thế nửa nằm nửa ngồi theo mong muốn.



Hình 2: Tư thế bệnh nhân: A: tư thế beach chair, B: tư thế nằm nghiêng

+ Xác định các mốc xương đặt các cổng trong phẫu thuật nội soi khớp vai:

- Cổng tiêu chuẩn phía sau điểm 2cm xuống dưới và 1 cm vào trong so với góc ngoài móm cùng vai.
- Cổng bên vị trí cách bờ ngoài móm cùng vai 3-5 cm và phía sau bờ trước móm cùng vai 1-3 cm.
- Các cổng phụ khác được xác định dựa vào kích thước và vị trí tổn thương chóp xoay sử dụng kỹ thuật outside-in.

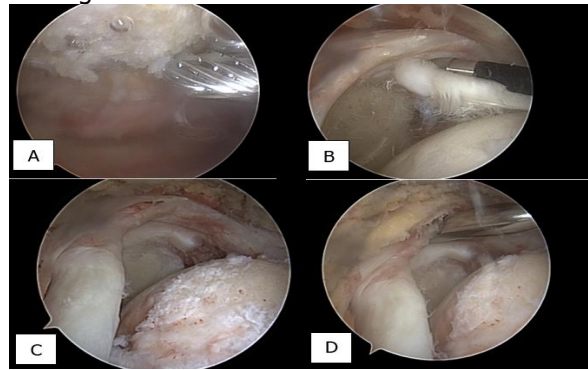


Hình 3: Các cổng tiếp cận khớp vai + Nội soi khớp chẩn đoán:

- Tiếp cận vào trong khớp vai bằng cổng tiêu chuẩn phía sau đánh giá toàn diện các cấu trúc khớp ổ chảo- cánh tay như điểm đầu vùng không sụn, tổn thương đầu dài gân nhị đầu, mặt khớp gân dưới vai, trên gai, dưới gai.

- Vào khoang dưới móm cùng vai bằng cổng tiêu chuẩn phía sau. Quan sát đánh giá các tổn thương: Biến dạng móm cùng vai, tình trạng viêm của túi hoạt dịch khoang dưới móm cùng vai, khoang dưới cơ Delta, mức độ tổn thương rách chóp xoay (độ rộng, co rút, kích thước).

- Mở thêm cổng phụ phụ thuộc vào vị trí tổn thương.



Hình 4: A: Mài tạo hình móm cùng vai, B: Tenotomy đầu dài gân nhị đầu, C-D: Giải phóng gân chóp xoay

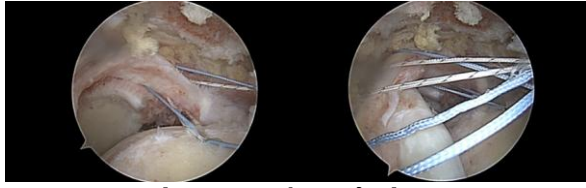
+ Xử lý các thương tổn:

- Làm sạch và đốt các tổ chức viêm
- Mài tạo hình móm cùng vai
- Xử lý tổn thương đầu dài gân nhị đầu: Tenotomy hoặc tenodesis
- Xác định kích thước rách và mức độ co rút của gân chóp xoay.
- Di động gân chóp xoay: Di động trượt khoảng trước liên quan đến việc giải phóng mô (dây chằng quạ cánh tay) giữa cơ trên gai và khoảng trống chóp xoay qua cổng bên hướng về phía nền của móm quạ. Đánh trượt khoảng phía sau, giải phóng khoảng giữa cơ trên gai và cơ dưới gai và có thể được thực hiện riêng lẻ hoặc kết hợp với đánh trượt khoảng trước. Đánh trượt khoảng phía sau bao gồm làm sạch phần mô mềm xơ dính vào gai vai đặc biệt chú ý đến điểm nối của nó với ổ chảo sau vị trí đi ra của dây thần kinh trên vai.



Hình 5: Di động gân chóp xoay

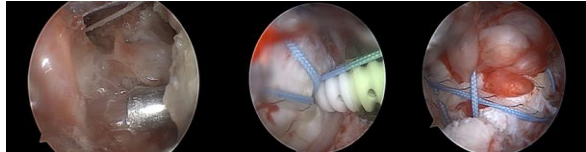
- Làm sạch diện bám gân chóp xoay tại chỏm xương cánh tay, mài diện bám của gân chóp xoay tại mẫu động lớn xương cánh tay trong quá trình mài hoặc bào sạch xơ tại diện bám tránh bào quá mức dẫn đến nguy cơ bong chỉ neo. Microfracture diện bám sử dụng dùi nhỏ đặt sao cho trục của dùi tạo góc 70-90 độ so với bề mặt diện bám, dùng búa gỗ nhẹ khoảng 3-4 mm, mỗi lỗ cách nhau khoảng 5mm tránh làm vỡ mẫu động lớn. Sử dụng kim gấp mô di động mép chóp xoay để xác định vị trí thích hợp để đóng chôn chỉ.



Hình 6: Khâu chỉ hàng 1

- Sử dụng kỹ thuật khâu chóp xoay bắc cầu: Hàng 1 cách mép sụn khoảng 2 mm sử dụng 2 neo đôi, vị trí đặt neo cách nhau khoảng 1,5-2cm. Sử dụng dụng cụ khâu chóp xoay khâu chóp xoay với khoảng cách các mũi khâu được chia đều trên gân chóp xoay. Trước khi đóng chôn chỉ hàng 2 tiến hành hút sạch nước trong khớp vai, sử dụng dụng cụ đưa Fibrin loại I giàu tiểu cầu và dung dịch đệm vào diện bám gân xương chóp xoay. Sau khi Fibrin loại I giàu tiểu cầu Polymer hoá thành Fibrin giàu tiểu cầu tại diện bám gân xương tiến hành chôn chỉ hàng 2 tại vị trí bờ ngoài mẫu động lớn xương cánh tay khoảng cách giữa 2 vị trí đặt chôn chỉ thường rộng hơn so với khoảng cách 2 neo hàng 1 để lực kéo được trải đều. Tiến hành siết đều các sợi chỉ để tạo lực ép đều trên diện bám trước khi cố định chôn chỉ

- Khâu vết mổ



Hình 7: Bơm PRF tại diện bám gân-xương và chôn chỉ hàng 2

V. BÀN LUẬN

Điều trị rách rộng chóp xoay là thách thức hàng đầu của phẫu thuật nội soi khớp vai do tỷ lệ đứt lại cao, bất kể cải tiến kỹ thuật trong nhiều năm qua. Nghiên cứu lớn của Zumstein và cộng sự cho thấy nhóm rách rộng tỷ lệ đứt lại sau khâu lên đến 57%, cao hơn so với rách nhỏ-trung bình⁶. Điều này phản ánh không chỉ vấn đề cơ học của đường khâu mà còn sự hạn chế của môi trường sinh học tại diện bám gân xương, nơi gân chóp xoay phải liên kết với xương trong điều kiện mô kém chất lượng.

Tăng cường bằng huyết tương giàu tiểu cầu ngày càng được quan tâm. Các nghiên cứu PRP cho thấy hiệu quả đáng kể trong cải thiện liên gân-xương tại diện bám gân-xương nhờ tăng sinh mạch, tăng sản nguyên bào sợi và giải phóng yếu tố tăng trưởng kéo dài. Yang (2020) nghiên cứu trên 7 thử nghiệm ngẫu nhiên, PRP giúp giảm đáng kể tỷ lệ đứt lại (RR = 0.38) và cải thiện rõ điểm Constant, UCLA và VAS ở bệnh

nhân khâu chóp xoay². Ryan (2021) quan sát thấy PRP giúp cải thiện độ dày gân trên MRI và giảm đau nhanh hơn trong 3 tháng đầu⁸. PRF - một chế phẩm giàu fibrin hơn đang thu hút sự vì cấu trúc mạng fibrin 3D bền vững, giữ yếu tố tăng trưởng lâu hơn và dễ thao tác trong nội soi. Tuy nhiên, bằng chứng về PRF vẫn còn hạn chế và chưa đồng nhất. Weber (2013) và Rodeo (2012) đánh giá PRF đặt tại diện bám nhưng không tìm thấy sự khác biệt rõ về tỷ lệ liền gân trên MRI ở nhóm rách nhỏ và trung bình^{9,10}. Ngược lại, Villarreal-Villarreal (2021) ghi nhận PRF giúp giảm đau sớm và cải thiện chức năng mặc dù không đạt ý nghĩa thống kê về tỷ lệ liền gân. Shen (2024) cho thấy PRF có thể cải thiện giai đoạn liền mô sớm nhưng cần thêm dữ liệu dài hạn. Sự không đồng nhất này có thể đến từ nhiều yếu tố: loại PRF, tốc độ ly tâm, thành phần bạch cầu, cách đặt PRF và kỹ thuật khâu.

Kỹ thuật trong báo cáo sử dụng PRF-Vivostat được bơm từ dạng lỏng lên bề mặt diện bám-xương, tại vị trí bơm PRF dưới xúc tác môi trường mô polymer hoá và bám dính vào diện bám-xương. Sau đó PRF được ép cố định giữa gân và xương bởi chôn chỉ, tạo môi trường vi sinh thuận lợi kéo dài. Barber (2011) mô tả rằng 2 hàng và bắc cầu tạo ra áp lực tiếp xúc đều và cao hơn tại diện bám, cải thiện liên gân-xương¹³. Kết hợp PRF vào giữa lớp mô này, lý thuyết sinh học cho thấy khả năng tăng tân mạch và cải thiện tổ chức lại mô sẹo.

Một yếu tố quan trọng khác là di động gân trước khi khâu, đặc biệt trong rách rộng. Nếu gân không được giải phóng sẽ dẫn đến căng quá mức khi cố định vào diện bám đây là yếu tố nguy cơ cao của thất bại dù có tăng cường PRF. Điều này phù hợp với quan điểm "cố định cơ học tối ưu là điều kiện tiên quyết của hiệu quả sinh học". PRF không thể bù đắp cho một đường khâu căng hoặc neo đặt sai vị trí. Về mặt thao tác nội soi, kỹ thuật đưa PRF qua trợ cụ vào diện bám cần phải hút sạch nước tại phẫu trường vì khi bơm nước trong khi thao tác bơm PRF sẽ dẫn đến bị trôi trước khi PRF Polymer hoá. Trước khi bơm cần làm sạch diện bám kèm theo Microfactory diện bám để đảm bảo khi bơm PRF len lõi và tiếp xúc tối đa và diện bám-xương.

Tuy vậy, trong bối cảnh rách rộng có nguy cơ đứt lại cao nhất là nhóm có tiên lượng kém nhất, việc kết hợp tăng cường sinh học bằng PRF là một tiếp cận hợp lý, có cơ sở sinh học rõ ràng và ít rủi ro. Các kết quả hứa hẹn của PRP và PRF trong nhiều nghiên cứu gần đây mở ra xu hướng mới chú trọng vào mô học và vi môi trường liên gân xương thay vì chỉ tối ưu cơ học. Kỹ thuật

này dễ ứng dụng, chi phí thấp, sử dụng vật liệu tự thân và phù hợp để triển khai rộng trong thực hành nội soi hiện đại. Cần thêm các nghiên cứu quy mô lớn, thời gian theo dõi dài và tập trung vào nhóm rách rộng để xác định giá trị thật sự của PRF trong cải thiện kết quả phẫu thuật.

VI. KẾT LUẬN

Kỹ thuật nội soi điều trị rách rộng chóp xoay tăng cường Fibrin giàu tiểu cầu giúp cải thiện môi trường sinh học tại diện bám, thúc đẩy liền gân-xương và giảm nguy cơ đứt lại. Phương pháp sử dụng chế phẩm tự thân nền an toàn, khả thi và chi phí hợp lý. Kỹ thuật phù hợp triển khai tại các cơ sở có phẫu thuật nội soi khớp vai. Việc áp dụng sẽ góp phần nâng cao chất lượng điều trị và phục hồi chức năng cho người bệnh.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Trasolini, N. A. & Waterman, B. R.** Editorial Commentary: Rotator Cuff Repairs Fail at an Alarming High Rate During Long-Term Follow-Up: Graft Augmentation and Biologics May Improve Future Outcomes. *Arthroscopy* 38, 2413–2416 (2022).
2. **Yang, F.-A. et al.** Effects of applying platelet-rich plasma during arthroscopic rotator cuff repair: a systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. *Sci Rep* 10, 17171 (2020).
3. **Platelet-Rich Fibrin Matrix in the**

Management of Arthroscopic Repair of the Rotator Cuff - Stephen C. Weber, Jeffrey I. Kauffman, Carol Parise, Sophia J. Weber, Stephen D. Katz, 2013. https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/0363546512467621?utm_source=chatgpt.com.

4. **Mao, X. & Zhan, Y.** The efficacy and safety of platelet-rich fibrin for rotator cuff tears: a meta-analysis. *J Orthop Surg Res* 13, 202 (2018).
5. **Zumstein, M. A., Jost, B., Hempel, J., Hodler, J. & Gerber, C.** The clinical and structural long-term results of open repair of massive tears of the rotator cuff. *J Bone Joint Surg Am* 90, 2423–2431 (2008).
6. **Kiely, L., Touyz, S., Conti, J. & Hay, P.** Conceptualising specialist supportive clinical management (SSCM): current evidence and future directions. *J Eat Disord* 10, 32 (2022).
7. **Belk, J. W. et al.** Biceps tenodesis versus tenotomy: a systematic review and meta-analysis of level I randomized controlled trials. *J Shoulder Elbow Surg* 30, 951–960 (2021).
8. **Kim, Y.-S. et al.** Is early passive motion exercise necessary after arthroscopic rotator cuff repair? *Am J Sports Med* 40, 815–821 (2012).
9. **Batchelder, A. J., Williams, R., Sutton, C. & Khanna, A.** The evolution of minimally invasive bariatric surgery. *J Surg Res* 183, 559–566 (2013).
10. **Kuhn, J. E., Helmer, T. T., Dunn, W. R. & Throckmorton V, T. W.** Development and reliability testing of the frequency, etiology, direction, and severity (FEDS) system for classifying glenohumeral instability. *J Shoulder Elbow Surg* 20, 548–556 (2011).

THỰC TRẠNG TUÂN THỦ ĐIỀU TRỊ METHADONE VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN Ở NGƯỜI BỆNH ĐIỀU TRỊ METHADONE TẠI THÀNH PHỐ HỒ CHÍ MINH

Nguyễn Thị Thu Vân¹, Lương Quốc Bình¹, Văn Hùng¹,
Nguyễn Văn Thành Nhân¹, Phạm Thu Quê Hương¹,
Lê Hòa Hiệp¹, Nguyễn Ngọc Thế²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Xác định tỉ lệ tuân thủ điều trị methadone và một số yếu tố liên quan đến tuân thủ điều trị ở người bệnh điều trị methadone tại Thành phố Hồ Chí Minh năm 2024. **Đôi tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu cắt ngang mô tả trên 392 người bệnh đang điều trị Methadone liều duy trì tại Thành phố Hồ Chí Minh (Quận 3, Quận Tân Bình, Huyện Bình Chánh) từ tháng 01/2024 đến tháng

12/2024. **Kết quả:** Tuổi trung bình của người bệnh là 43,54 ± 7,43 tuổi (nhỏ nhất là 29 tuổi và lớn nhất là 72 tuổi), trong đó số lượng nam giới gấp 12 lần so với nữ giới. Tỉ lệ tuân thủ điều trị methadone của người bệnh ở giai đoạn duy trì đạt mức tốt là 82,91%, trung bình 15,31%, và kém 1,79%. Tình hình tuân thủ điều trị methadone của người bệnh ở giai đoạn duy trì có liên quan đến giới tính, trình độ học vấn, sử dụng heroin, ma túy đá trong 1 tháng gần nhất, liều methadone và tiền sử bỏ trị có mối liên quan với tình trạng tuân thủ điều trị của người bệnh. **Kết luận:** Nghiên cứu xác định được mức độ tuân thủ điều trị qua việc uống thuốc methadone của người bệnh trong 12 tháng giúp cung cấp dữ liệu khách quan và độ tin cậy cao về tình trạng tuân thủ điều trị methadone của người bệnh. Kết quả vẫn còn ghi nhận 17,11% người bệnh chưa tuân thủ điều trị và có nhiều yếu tố ảnh hưởng đến kết quả tuân thủ điều trị của người bệnh.

Từ khóa: methadone, tuân thủ điều trị methadone

¹Trung tâm Kiểm soát bệnh tật Tp. Hồ Chí Minh

²Trường Y Dược, Trường Đại học Trà Vinh

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Ngọc Thế

Email: nguyenngocthe@tvu.edu.vn

Ngày nhận bài: 30.10.2025

Ngày phản biện khoa học: 2.12.2025

Ngày duyệt bài: 8.01.2026