

(2,59) – (6,97). Thời gian càng dài, sự thay đổi điểm CLCS trước và sau can thiệp càng có sự thay đổi rõ rệt, sau 8 tuần sự thay đổi sau can thiệp cao gấp 7,99 lần so với trước can thiệp. Tương tự, một nghiên cứu thí điểm ngẫu nhiên trên bệnh nhân ung thư vú giữa 2 nhóm đi bộ trong chánh niệm và đi bộ vừa phải, đều cho thấy có những thay đổi tích cực trước và sau nghiên cứu (16 tuần) trong các kết quả liên quan đến sức khỏe mà không có sự khác biệt giữa các nhóm (7). Shiaz và cộng sự đã chỉ ra những can thiệp liên quan đến sức khỏe ở 3964 người bệnh ung thư, được chia thành 2 nhóm tập thể dục và nhóm so sánh, cho thấy tập thể dục có kết quả có lợi đối với người bệnh có chất lượng cuộc sống kém (8). Có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa nghề nghiệp hiện tại và sự thay đổi trước – sau can thiệp, cụ thể những người bệnh nghỉ việc có sự thay đổi điểm CLCS giảm 4,47 lần so với những người bệnh đang đi làm. Tuy vậy, nhìn chung nghiên cứu đã cho thấy sự thay đổi đáng kể sau thời gian can thiệp tối đa là 8 tuần.

## V. KẾT LUẬN

Tóm lại, Kết quả của nghiên cứu ở 5 lần đánh giá cho thấy điểm số CLCS có xu hướng tăng. Điểm số trung bình sau 8 tuần can thiệp so với điểm số CLCS trước can thiệp tăng từ 55,4 lên 65,4. Cụ thể ở từng khía cạnh về tâm lý (55,6; 65,5), thể chất (48,8; 50,1), xã hội (58,3; 73,3), môi trường (58,8; 65,6).

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **American Cancer Society.** Global Cancer Facts & Figures 3rd Edition. American Cancer Society; 2015.
2. **Ferlay J, Colombet M, Soerjomataram, Mathers C, Parkin DM, al. e.** Estimating the global cancer incidence and mortality in 2018: GLOBOCAN sources and methods. *Int J Cancer*. 2019;144(8):pg1941-53.
3. **Worldwide Palliative Care Alliance.** Global Atlas of Palliative Care at the End of Life. 2014.
4. **The UPMC Palliative and Supportive Institute.** Palliative care, yesterday and today 2014 [Available from: <https://www.upmc.com/-/media/upmc/services/palliative-and-supportive-institute/resources/documents/psi-history-palliative-care.pdf?la=en&hash=D274963350CAD0BCAF51FA18139184D84F569A9E>. Accessed on 20 April 2019.
5. **Kimberly Green, Ly Ngoc Kinh, Luong Ngoc Khue.** Palliative care in Viet Nam: Findings from a Rapid Situation Analysis in Five Provinces. 2006.
6. **Krakauer E. L, Eric L, et al.** Vietnam's Palliative Care Initiative: Successes and Challenges in the First Five Years. *Journal of Pain and Symptom Management*. 2010;40(1):pg27-30.
7. **Schröder M. L, Stöckigt B, Binting S, Tissen-Diabaté T, Bangemann N, Goerling U, et al.** Feasibility and Possible Effects of Mindful Walking and Moderate Walking in Breast Cancer Survivors: A Randomized Controlled Pilot Study With a Nested Qualitative Study Part. *Integrative cancer therapies*. 2022;21:15347354211066067.
8. **Mishra S. I, Scherer R. W, Geigle P. M, Berlanstein D. R, Topaloglu O, Gotay C. C, et al.** Exercise interventions on health-related quality of life for cancer survivors. *The Cochrane database of systematic reviews*. 2012; 2012(8):Cd007566.

## ĐÓNG VỊ TRÍ CHO VẬT DA XƯƠNG MÁC TỰ DO BẰNG MẢNH GHÉP DA DÀY TOÀN BỘ TẠI CHỖ: BÁO CÁO 110 TRƯỜNG HỢP

Lại Bình Nguyên\*, Nguyễn Quang Rực\*, Lê Ngọc Tuyền\*

### TÓM TẮT

**Tổng quan:** Vị trí cho vật xương mác sau khi bóc một đảo da lớn thường được che phủ bằng da ghép hoặc các vật tại chỗ. Mục tiêu của bài báo này là công bố kết quả của chúng tôi sau một thời gian dài sử dụng ghép da dày toàn bộ tại chỗ để đóng vị trí cho vật xương mác. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu này được thực hiện trên 110 bệnh nhân được tạo hình khuyết hổng vùng hàm mặt bằng vật da xương mác tự do với khuyết hổng nơi cho vật được

che phủ bằng mảnh da ghép dày toàn bộ lấy từ vùng liên kề. Tuổi của bệnh nhân thay đổi từ 19 đến 84 tuổi. Vị trí lấy da ghép được đóng trực tiếp. Sức sống của mảnh da ghép được đánh giá vào ngày thứ 7 sau mổ. **Kết quả:** Phần lớn bệnh nhân bị ung thư tế bào vảy của khoang miệng (chiếm 80%). Vị trí cho da ghép đều được đóng trực tiếp và liền thương tốt ở tất cả trường hợp. Chín mươi mảnh ghép (chiếm 81.8%) sống toàn bộ, trong khi 18 mảnh ghép (chiếm 16.4%) hoại tử một phần và 2 mảnh ghép (chiếm 1.8%) hoại tử toàn bộ. Phần lớn các vật da xương mác (chiếm 97.27%) được cấp máu tốt. **Kết luận:** Nghiên cứu này cho thấy ghép da dày toàn bộ tại chỗ làm một kỹ thuật đơn giản và đáng tin cậy để đóng vị trí cho vật da xương mác tự do. Ưu điểm chính của kỹ thuật này là tránh được một vị trí mổ nữa.

**Từ khóa:** vật da xương mác, ghép da dày toàn bộ tại chỗ

\*Bệnh viện Răng hàm mặt TW Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Quang Rực

Email: rucnguyen@yahoo.com

Ngày nhận bài: 20.3.2023

Ngày phản biện khoa học: 12.5.2023

Ngày duyệt bài: 26.5.2023

## SUMMARY

# CLOSURE OF A FREE OSTEOCUTANEOUS FIBULA FLAP DONOR SITE USING LOCAL FULL-THICKNESS SKIN GRAFTS: A REPORT OF 110 CASES

**Backgrounds:** The fibular flap donor site after a large skin paddle harvest is usually covered with skin grafts or local flaps. The aim of this report was to present our result after a long time applying local full-thickness skin graft for closure of fibular flap donor site. **Patients and methods:** This study was conducted on 110 patients who had maxillofacial defect reconstruction with free fibular osteocutaneous flaps and the fibular donor-site defects were covered with full-thickness skin grafts from the adjacent area. The age of patients ranged from 19 to 84 years old. The skin harvesting sites were closed primarily. The viality of skin grafts were assessed on the 7<sup>th</sup> postoperative day. **Results:** Most of patients were suffered from squamous cell carcinoma of the oral cavity (about 80%). The skin donor sites were primarily closed without dehiscence in all cases. Ninety (81.8%) full-thickness skin grafts survived completely, whereas 18 grafts (16.4%) were partial failures and 2 grafts (1.8%) were complete losses. Most of fibular osteocutaneous flaps (97.27%) were well-perfused. **Conclusion:** This study shows that local full-thickness skin grafts provide a simple and reliable technique for closure of the free fibular osteocutaneous flap donor site. The primary advantage of this technique is the avoidance of a third surgical site.

**Key Words:** osteocutaneous fibula flap, local full-thickness skin graft

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

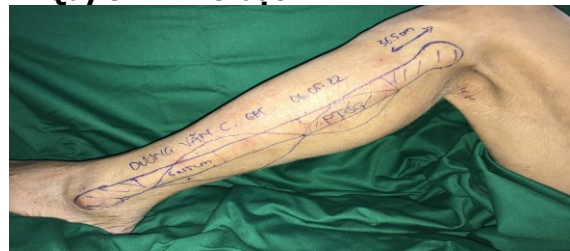
Hiện nay, vật xương mác tự do thường xuyên được lựa chọn cho tạo hình vùng hàm mặt do tổn thương nơi cho vật tối thiểu, chất lượng xương tốt, chiều dài khả dụng của xương lớn, cuống mạch tương đối dài với các mạch có khẩu kính lớn, có thể cắt xương nhiều đường để tái tạo đường viền cho đoạn xương hàm dưới (XHD) khuyết hổng, và có thể lấy kèm một đảo da hoặc cơ đáng tin cậy khi cần thiết<sup>1</sup>. Khi lấy kèm một đảo da nhỏ cùng xương mác thì có thể đóng trực tiếp nơi cho vật, nhưng khi cần một đảo da lớn để che phủ bề mặt niêm mạc hoặc da thì cần đóng khuyết hổng nơi cho vật bằng cách ghép da dày toàn bộ, ghép da xẻ đôi, hoặc sử dụng các vật tại chỗ<sup>2</sup>. Da ghép được lấy từ một vị trí khác chắc chắn sẽ để lại thêm tổn thương, trong khi các vật tại chỗ không phải lúc nào cũng đủ tin cậy vì phần lớn các nhánh bên của bó mạch mác đã bị cắt. Vì vậy, chúng tôi thường đóng khuyết hổng lớn ở nơi cho vật da xương mác bằng cách ghép da dày toàn bộ lấy từ phần trên của đường rạch bóc vật. Trong báo cáo này, chúng tôi trình bày kết quả thu được sau một

thời gian dài áp dụng kỹ thuật này tại bệnh viện của chúng tôi.

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

**Đối tượng.** Nghiên cứu được thực hiện trên 110 bệnh nhân được tạo hình vùng hàm mặt bằng vật da xương mác tự do với vị trí cho vật được che phủ bằng ghép da dày toàn bộ tại chỗ. Tất cả bệnh nhân đều được điều trị tại Khoa Phẫu thuật Tạo hình - Thẩm mỹ (trước đây là Khoa Phẫu thuật Tạo hình Hàm mặt), Bệnh viện Răng hàm mặt Trung ương Hà Nội từ năm 2012 đến năm 2022. Tỷ lệ nam/nữ là 2.06, tuổi trung bình là  $53.55 \pm 12.47$  (thay đổi từ 19 đến 84 tuổi). Phần lớn bệnh nhân được phẫu thuật cắt ung thư vùng hàm mặt bao gồm cắt đoạn XHD và phần mềm lân cận, nên cần tạo hình bằng vật da xương mác với kích thước đảo da tương đối lớn để che phủ khuyết hổng. Chỉ có một trường hợp ngoại lệ là bệnh nhân u nguyên bào men xương hàm trên phải cắt rộng niêm mạc vòm miệng nên cần được tái che phủ bằng đảo da có kích thước lớn.

### Quy trình kỹ thuật



**Hình 1. Thiết kế vị trí lấy mảnh da ghép tại chỗ (FTSG)**

Ghép da dày toàn bộ tại chỗ được chỉ định nếu vật xương mác được bóc với một đảo da lớn và không thể đóng trực tiếp nơi cho vật. Vị trí lấy mảnh da ghép của chúng tôi được thiết kế như Hình 1. Sau khi cắt cuống vật xương mác và đặt ống dẫn lưu, chúng tôi chuẩn bị nền nhận mảnh ghép qua một số bước như sau. Đầu tiên, cơ gấp ngón chân cái dài được khâu vào màng gian cốt để tái tạo lại điểm bám tận mới cho cơ này và duy trì được cơ lực cho ngón chân cái. Thứ hai, các cơ mác và cơ dẻp được dính với nhau bằng các mũi chỉ tiêu khâu vùi (Hình 2A), nếu có lộ gân cơ mác dài thì chúng tôi kéo khâu các bó cơ ở hai bên gân lại (kể cả khi vẫn còn màng gân) để che kín gân và tạo nền ghép được cấp máu tối đa. Và cuối cùng, chúng tôi xẻ dịch mép da hai bên khuyết hổng vào phía trong, và cố định vào nền cơ bởi các mũi khâu vùi, với mục đích thu nhỏ kích thước khuyết hổng và hạn chế sự xê dịch giữa mảnh da ghép với nền cơ trong giai

đoạn sau mổ (Hình 2B). Nhờ các mũi khâu này, chúng tôi không cần cố định cẳng chân sau mổ bằng nẹp. Tiếp theo, đo kích thước khuyết hổng được còn lại, và vị trí lấy da ghép được thiết ở ngay phía trên khuyết hổng, với chiều dài bằng chiều dài khuyết hổng nhưng chiều rộng nhỏ hơn khoảng 20% (Hình 2C). Mảnh da dày toàn bộ được lấy theo tiêu chuẩn (gồm lớp thượng bì và trung bì), vị trí cho mảnh da ghép được đóng trực tiếp vì phần mềm phía trên cẳng chân lòng lẻo hơn so với phía dưới là nơi thường được lựa chọn cho đảo da của vật. Mảnh da ghép được khâu cố định vào nền khuyết hổng bằng các mũi khâu rời (Hình 2D), sau đó chúng tôi khâu gờ gác mỡ để ngăn ngừa tụ máu hoặc tụ dịch dưới mảnh da ghép làm ảnh hưởng tới sức sống của nó.



**Hình 2.** (A) Khâu phục hồi các cơ cẳng chân. (B) Tạo nền nhận mảnh ghép tối ưu và ước lượng kích thước mảnh da ghép cần lấy. (C) Lấy mảnh da ghép dày toàn bộ. (D) Cố định da ghép và đóng trực tiếp nơi cho da ghép. (E) Hình ảnh da ghép sống tốt sau mổ 7 ngày

Gờ gác được tháo sau mổ 7 ngày (Hình 2E), sức sống của da ghép sẽ được đánh giá tại thời điểm này, bao gồm sống toàn bộ, hoại tử một phần, hoặc hoại tử toàn bộ.

**Xử lý số liệu.** Số liệu được nhập, mã hóa, phân tích bằng phần mềm SPSS 22.0. Kiểm định sự khác biệt giữa hai trung bình bằng thuật toán t-student, và kiểm định sự khác biệt giữa các tỉ lệ bằng thuật toán  $\chi^2$ . Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với  $p < 0.05$ .

### III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Kết quả mô bệnh học của tổn thương trên các bệnh nhân trong nghiên cứu được thống kê

trong Bảng 1. Có 3/110 trường hợp (chiếm 2.73%) bị hoại tử toàn bộ vật do tắc mạch, các trường hợp còn lại vật da xương mác đều được cấp máu tốt, không bị thiếu dưỡng hay hoại tử một phần (tỉ lệ thành công là 97.27%).

Mô bệnh học	Số lượng (n)	Tỉ lệ (%)
Ung thư biểu mô: Ung thư biểu mô tế bào vảy Ung thư biểu mô không biệt hoá	88 1	80.0 0.9
Ung thư tuyến nước bọt: Ung thư biểu mô dạng tuyến nang Ung thư biểu mô ống tuyến Ung thư biểu mô dạng bì nhầy	6 1 4	5.5 0.9 3.6
Ung thư xương: Sarcoma xương Sarcoma sụn Sarcoma Ewing	4 1 1	3.6 0.9 0.9
Ung thư nguồn gốc răng: Ung thư biểu mô nguyên bào men	1	0.9
Ung thư khác: U hắc tố	2	1.8
U lành tính: U nguyên bào men	1	0.9
<b>Tổng</b>	<b>110</b>	<b>100</b>

Mỗi vật xương mác của các bệnh nhân trong nghiên cứu chỉ được lấy kèm một đảo da duy nhất. Chiều rộng của các đảo da thay đổi từ 5 đến 8 cm, trung bình là  $5.76 \pm 0.65$  cm. Còn chiều dài của các đảo da thay đổi từ 12 đến 17 cm, trung bình là  $13.98 \pm 1.45$  cm. Khi tháo gờ gác, có 90 trường hợp da ghép sống toàn bộ (chiếm 81.8%), 18 trường hợp hoại tử một phần (chiếm 16.4%), và 2 trường hợp hoại tử toàn bộ (chiếm 1.8%). Tất cả trường hợp hoại tử một phần mảnh da ghép đều được điều trị thành công bằng cách chăm sóc tại chỗ. Hai trường hợp hoại tử toàn bộ mảnh da ghép đều cần ghép da bổ sung để đẩy nhanh quá trình liền thương. Các vị trí lấy mảnh da ghép đều liền thương tốt, được cắt chỉ sau mổ 10 ngày và không xảy ra hiện tượng bục hay nhiễm trùng vết mổ.



**Hình 3.** Hình ảnh hoại tử da ghép và 1 phần cơ khoang ngoài cẳng chân nơi cho vật

## V. BÀN LUẬN

**Phương pháp đóng vị trí cho vật da xương mác tự do.** Shpitzer và cộng sự khuyết cáo rằng chỉ nên đóng trực tiếp vị trí cho vật xương mác cho những trường hợp có chiều rộng đảo da nhỏ hơn 4 cm để đảm bảo vết mổ không có sức căng<sup>3</sup>. Tuy nhiên, khả năng đóng trực tiếp vết mổ sẽ phụ thuộc vào độ chun giãn da tại vị trí cho vật, theo kinh nghiệm của chúng tôi thì không nên áp dụng phương pháp này cho những trường hợp có chiều rộng đảo da lớn hơn 3 cm. Nguyên nhân có thể là do bệnh nhân của chúng tôi có chu vi cẳng chân nhỏ hơn và da kém chun giãn hơn người phương Tây.

Do da ghép lấy từ một vị trí khác chắc chắn sẽ để lại thêm các vết sẹo mới và có thể dẫn tới các biến chứng khác, nên Shimbo và cộng sự đã đề xuất một vài phương pháp đóng vết mổ nhờ huy động tổ chức tại chỗ, bao gồm ghép da dày toàn bộ, ghép da xẻ đôi, và sử dụng vật tại chỗ<sup>2</sup>. Năm 2008, van der Lei và cộng sự đã công bố báo cáo đầu tiên về ghép da dày toàn bộ lấy ở một phần ba trên vết mổ để đóng vị trí cho vật da xương mác tự do<sup>4</sup>, đồng thời Kim và cộng sự cũng sử dụng da ghép xẻ đôi lấy từ đảo da của vật để che phủ khuyết hổng nơi cho vật<sup>5</sup>. Sau đó, vật da cẳng chong chóng đã được mô tả để đóng vị trí cho vật xương mác, chúng được nuôi dưỡng dựa trên các mạch xuyên da cơ hoặc da vách của động mạch mác hoặc động mạch chày sau<sup>6</sup>. Mỗi phương pháp này đều có những ưu và nhược điểm riêng. Phương pháp ghép da dày toàn bộ có thể đơn giản về mặt kỹ thuật hơn so với hai phương pháp còn lại, nhưng khó dự đoán sức sống và dễ bị nhiễm trùng, tụ máu, hoặc tụ dịch. Phương pháp ghép da xẻ đôi thường có tỉ lệ sống cao hơn và thời gian liền thương ngắn hơn so với ghép da dày toàn bộ, nhưng có thể khó sử dụng vì yêu cầu phải có dao lấy da chuyên dụng và nhiều phẫu thuật viên có thể không quen với cách làm này<sup>2</sup>. Gần đây, phương pháp sử dụng vật chong chóng ngày càng được áp dụng rộng rãi để che phủ khuyết hổng nơi lấy vật xương mác do hạn chế được các biến chứng liên quan đến mảnh ghép và kết quả thẩm mỹ tốt hơn so với da ghép<sup>6</sup>. Tuy nhiên, phương pháp này khó hơn về mặt kỹ thuật và không phải bệnh nhân nào cũng có thể áp dụng được, do vị trí các mạch xuyên không phù hợp<sup>6</sup> hoặc khi cần một đảo da rất lớn.

Theo nghiên cứu hệ thống của Shimbo và cộng sự, phương pháp ghép da dày toàn bộ tại chỗ được sử dụng trong phần lớn các trường hợp (n = 79, chiếm 52.3%), trong khi ghép da xẻ đôi

và sử dụng vật tại chỗ có số lượng bằng nhau (n = 36, chiếm 23.8%). Ba phương pháp khác nhau được sử dụng trong nhóm ghép da dày toàn bộ bao gồm ghép da hình thuyền (n = 43, chiếm 54.4%), ghép da kèm theo đóng V-Y kép đối đầu (n = 31, chiếm 39.2%), và ghép da hai nửa bán nguyệt (n = 5, chiếm 6.3%)<sup>2</sup>.

**Kết quả.** Kết quả đóng vị trí cho vật da xương mác bằng ghép da dày toàn bộ tại chỗ của chúng tôi khá tương đồng với một số báo cáo khác. Wang và cộng sự<sup>7</sup>, khẳng định rằng mảnh da dày toàn bộ liền kề là một kỹ thuật dễ thực hiện và đáng tin cậy khi đóng vị trí cho vật da xương mác tự do. Trong 17 bệnh nhân liên tiếp của báo cáo này, 15 trường hợp da ghép sống hoàn toàn, còn 2 trường hợp còn lại hoại tử một phần nhưng đều liền thương tốt sau thời gian chăm sóc lần lượt là 12 ngày và 15 ngày. Klaus D. Wolff và cộng sự<sup>8</sup> báo cáo kết quả ghép da 66 trường hợp, trong đó có 7.5% hoại tử một phần da ghép, và 1.6% hoại tử toàn bộ da ghép. Không có biến chứng nào khác được ghi nhận trong các báo cáo này.

## V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu này cho thấy ghép da dày toàn bộ tại chỗ làm một kỹ thuật đơn giản và đáng tin cậy để đóng vị trí cho vật da xương mác tự do. Ưu điểm chính của kỹ thuật này là tránh được một vị trí mổ nữa.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Schrag C, Chang YM, Tsai CY, Wei FC. Complete rehabilitation of the mandible following segmental resection. *J Surg Oncol*. 2006;94(6):538-545.
2. Shimbo K, Okuhara Y, Yokota K. Closure of a free osteofasciocutaneous fibula flap donor site using local skin grafts or flaps: A systematic review and meta-analysis. *Microsurgery*. 2022;42(2):192-198.
3. Shpitzer T, Neligan P, Boyd B, Gullane P, Gur E, Freeman J. Leg morbidity and function following fibular free flap harvest. *Ann Plast Surg*. 1997;38(5):460-464.
4. van der Lei B, van Nieuwenhoven CA, de Visscher JGAM, Hofer SOP. Closure of osteoseptocutaneous fibula free flap donor sites with local full-thickness skin grafts. *J Oral Maxillofac Surg Off J Am Assoc Oral Maxillofac Surg*. 2008;66(6):1294-1298.
5. Kim PD, Fleck T, Heffelfinger R, Blackwell KE. Avoiding secondary skin graft donor site morbidity in the fibula free flap harvest. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg*. 2008;134(12):1324-1327.
6. Kaleem A, Patel N, Schubert E, Tursun R. Use of soleus musculocutaneous perforator-based propeller flap for lower extremity wound coverage after osteocutaneous fibula free flap harvest. *Microsurgery*. 2021;41(3):233-239.

7. Wang YY, Fan S, Zhang DM, Lin ZY, Chen WL, Li JS. Novel Local Full-Thickness Skin Grafts for Closure of Free Fibular Osteocutaneous Flap Donor Sites. J Oral Maxillofac Surg Off J Am Assoc Oral Maxillofac Surg. 2016;74(1):200-203.

8. Wolff KD, Hölzle F, Kolk A, Hohlweg-Majert B, Steiner T, Kesting MR. Raising the osteocutaneous fibular flap for oral reconstruction with reduced tissue alteration. J Oral Maxillofac Surg Off J Am Assoc Oral Maxillofac Surg. 2011;69(6):e260-267.

## MẠNG LƯỚI CHĂM SÓC RĂNG MIỆNG TẠI THÀNH PHỐ HỒ CHÍ MINH TRƯỚC ĐẠI DỊCH COVID-19

Trần Thị Xuân Phượng\*, Hoàng Trọng Hùng\*

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Khảo sát mạng lưới chăm sóc sức khỏe răng miệng tại Thành phố Hồ Chí Minh (TP.HCM) trước đại dịch COVID-19. **Phương pháp:** Nghiên cứu cắt ngang mô tả tại TP.HCM năm 2016-2017. Các đơn vị Răng Hàm Mặt (RHM) được thu thập thông tin: 13 Bệnh viện bộ ngành, 15 Bệnh viện trực thuộc Thành phố, 24 Bệnh viện quận/huyện, 83 Trạm y tế phường/xã, 20 Bệnh viện tư nhân, 93 Phòng khám đa khoa có chuyên khoa RHM, 1.242 Phòng khám chuyên khoa RHM và 147 Cơ sở Nha học đường. Sử dụng địa chỉ cụ thể của cơ sở cần thu thập, định vị chính xác vị trí tọa độ (kinh tuyến và vĩ tuyến) trên Google Maps, sao chép tọa độ và vẽ bản đồ mạng lưới chăm sóc sức khỏe răng miệng của thành phố bằng phần mềm QGIS. Tỷ lệ Bác sĩ RHM/10.000 dân và tỷ lệ cơ sở RHM/10.000 dân được ghi nhận. **Kết quả:** TP.HCM có tổng cộng 1.490 cơ sở RHM, sự phân bố hệ thống cơ sở RHM ở các khu vực địa lý của thành phố: trung tâm: 804 cơ sở (53,96%); cận trung tâm: 501 cơ sở (33,62%); ngoại thành: 185 cơ sở (12,42%). Trong đó, 135 cơ sở RHM nhà nước và 1.355 cơ sở RHM tư nhân, phân bố theo 3 khu vực thành phố lần lượt là 3,47 cơ sở/10.000 dân ở trung tâm, 1,50 cơ sở/10.000 dân ở cận trung tâm; 0,80 cơ sở/10.000 dân ở ngoại thành. **Kết luận:** Bản đồ mạng lưới chăm sóc sức khỏe răng miệng dày đặc ở khu vực trung tâm thành phố, cận trung tâm thưa thớt và ngoại thành gần như không có cơ sở chăm sóc sức khỏe răng miệng.

**Từ khóa:** Mạng lưới chăm sóc sức khỏe răng miệng, thành phố Hồ Chí Minh, nha khoa công cộng

### SUMMARY

#### ORAL HEALTH CARE NETWORK IN HO CHI MINH CITY BEFORE COVID-19 PANDEMIC

**Objective:** To survey the oral health care network in Ho Chi Minh City (HCMC) prior to the COVID-19 pandemic. **Methods:** This cross-sectional study described the oral health care network in HCMC between 2016 and 2017. Data on oral or maxillofacial facilities, including 13 ministry hospitals, 15 city or

state hospitals, 24 district hospitals, 83 ward/commune medical stations, 20 private hospitals, 93 polyclinics specializing in dentistry, 1,242 dental clinics, and 147 school oral care settings were collected. The data were obtained including the real addresses of facilities and their exact location coordinates (longitude and latitude) on Google Maps. QGIS software was used to map the city's oral health care network and recorded the ratio of odonto-stomatological doctors per 10,000 population and dental facilities per 10,000 population. **Results:** A total of 1,490 oral or maxillofacial establishments in HCMC were identified. The distribution of these facilities was as follows: 804 (53.96%) in the city center, 501 (33.62%) in the subcenter, and 185 (12.42%) in suburban areas. This included 135 state oral or maxillofacial facilities and 1,355 private establishments, which were distributed across the three regions. The ratio of oral or maxillofacial establishments per 10,000 people was 3.47 in the center, 1.50 in the subcenter, and 0.80 in the suburbs. **Conclusion:** This mapping survey revealed a dense oral health care network in the downtown area but a sparse network in the subcenter, while there were almost no oral health care facilities in suburban areas.

**Keywords:** dental public health, Ho Chi Minh City, oral health care network, Ho Chi Minh City

### I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Thành phố Hồ Chí Minh là một đô thị lớn, diện tích rộng, dân số đông và đặc biệt có mật độ dân số rất cao so với các địa phương khác trong cả nước. Những năm gần đây tình hình đô thị hóa và công nghiệp hóa tiếp tục vươn xa đến các huyện ngoại thành, mạng lưới cư dân ngày càng được mở rộng đến các vùng ven của các quận/huyện ngoại thành của thành phố. Song song với sự phát triển đô thị hoá này, các công trình giáo dục và y tế cũng như các tiện ích sống dành cho dân cư cũng được hình thành để đáp ứng nhu cầu ngày càng cao và đa dạng của nhân dân [1].

Hoạt động quản lý ngành Răng Hàm Mặt (về mặt chuyên môn) ở tuyến Trung ương do Cục Quản lý Khám chữa bệnh - Bộ Y tế phụ trách. Ở tuyến tỉnh thành có các Sở Y tế tỉnh thành quản lý, trong đó Phòng Nghiệp vụ Y tham mưu về

\*Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh

Chịu trách nhiệm chính: Hoàng Trọng Hùng

Email: htrhung@ump.edu.vn

Ngày nhận bài: 20.3.2023

Ngày phản biện khoa học: 12.5.2023

Ngày duyệt bài: 26.5.2023