

KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ SẸO HẸP THANH – KHÍ QUẢN TẠI BỆNH VIỆN ĐẠI HỌC Y DƯỢC TP. HỒ CHÍ MINH

Lý Xuân Quang^{1,2}, Nguyễn Thị Như Trang¹

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Hẹp thanh – khí quản (laryngotracheal stenosis – LTS) ở người trưởng thành là một bệnh lý phức tạp do nhiều nguyên nhân khác nhau và thường gặp nhất là do đặt ống nội khí quản kéo dài hoặc sau mở khí quản. Ngoài ra, bệnh còn có thể xuất hiện sau phẫu thuật vùng thanh – khí quản, chấn thương đầu cổ, hoặc nhiễm trùng. Tại Việt Nam, hẹp thanh – khí quản ngày càng được ghi nhận nhiều hơn do sự gia tăng các trường hợp đặt nội khí quản kéo dài trong hồi sức. Tuy nhiên, báo cáo hệ thống về đặc điểm bệnh và kết quả điều trị còn hạn chế. Nghiên cứu này nhằm phân tích đặc điểm lâm sàng và kết quả điều trị sẹp hẹp thanh – khí quản tại Bệnh viện Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh giai đoạn 2019–2024. **Mục tiêu:** Khảo sát đặc điểm sẹp hẹp trên lâm sàng, nội soi, CT-scan và mô tả kết quả điều trị sẹp hẹp thanh – khí quản tại Bệnh viện Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh trong giai đoạn 2019–2025. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu hồi cứu được thực hiện trên bệnh nhân được chẩn đoán LTS và điều trị tại Bệnh viện Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh từ tháng 01/2019 đến tháng 03/2025. Bệnh nhân được đánh giá lâm sàng thông qua khai thác bệnh sử chi tiết và phân tích hồ sơ bệnh án trước đó. Đặc điểm tổn thương sẹp hẹp được xác định dựa trên nội soi thanh – khí quản và chụp cắt lớp vi tính (CT-scan), đồng thời so sánh với quan sát trực tiếp trong phẫu thuật. Kết quả được đánh giá sau can thiệp phẫu thuật trên lâm sàng qua khả năng thông khí và chất lượng giọng nói của bệnh nhân trong giai đoạn theo dõi sau điều trị 3 tháng. **Kết quả:** Có tổng cộng 47 bệnh nhân được đưa vào nghiên cứu, trong đó có 12 trường hợp hẹp thanh môn (glottic stenosis – GS) và 35 trường hợp hẹp hạ thanh môn – khí quản (subglottic tracheal stenosis – SGTS). Tỷ lệ nam và nữ tương đương nhau (51,1% và 48,9%). Nguyên nhân thường gặp nhất là chấn thương sau đặt nội khí quản kéo dài hoặc mở khí quản, ghi nhận ở 29 trường hợp (61,7%). Về đặc điểm tính chất sẹp, sẹp xơ cứng chiếm tỷ lệ cao nhất (61,7%). Theo phân loại Cohen, GS chủ yếu là độ II (50%), trong khi theo Myer - Cotton, SGTS độ III chiếm đa số (51,4%). Đa số hai dây thanh di động bình thường (80,9%). Đánh giá mức độ hẹp bằng nội soi cho kết quả tương ứng với phẫu thuật trong nhóm GS là 100%, và trong nhóm SGTS là 88,6%. Các thông số đo lường trên CT-scan (đường kính và chiều dài đoạn hẹp) có tương quan chặt chẽ với kết quả trong phẫu thuật ($r =$

0,932 và $r = 0,967$, $p < 0,01$). Bệnh nhân được điều trị bằng các phương pháp phẫu thuật cắt nối khí quản, đặt stent hoặc can thiệp nội soi. Kết quả sau điều trị cho thấy tỷ lệ rút ống hoặc rút mở khí quản thành công đạt 76,6%. Tỷ lệ bệnh nhân không rối loạn giọng sau điều trị là 70,2%, trong khi rối loạn giọng còn lại chiếm 29,8%. **Kết luận:** Nội soi, CT-scan là những phương tiện chẩn đoán và đánh giá có độ chính xác cao trong xác định đặc điểm LTS, hỗ trợ hiệu quả cho lập kế hoạch điều trị. Kết quả điều trị không chỉ thể hiện ở khả năng tái lập lưu thông đường thở, mà còn ở việc bảo tồn và phục hồi chức năng giọng nói cho bệnh nhân. **Từ khóa:** sẹp hẹp thanh – khí quản, hẹp thanh môn, hẹp hạ thanh môn – khí quản, rối loạn giọng, nội khí quản.

SUMMARY

OUTCOMES OF LARYNGOTRACHEAL STENOSIS TREATMENT: A RETROSPECTIVE STUDY AT THE UNIVERSITY MEDICAL CENTER HO CHI MINH CITY

Background: Laryngotracheal stenosis (LTS) in adults is a complex condition with multiple etiologies, most commonly resulting from prolonged endotracheal intubation or tracheostomy. Other causes include laryngeal or tracheal surgery, head and neck trauma, and infection. In Vietnam, the incidence of LTS has been increasing due to the growing number of patients requiring prolonged mechanical ventilation in intensive care units. However, systematic reports on clinical characteristics and treatment outcomes remain limited. **Objectives:** To evaluate the clinical, endoscopic, and CT-scan characteristics of laryngotracheal stenosis and to describe treatment outcomes at the University Medical Center Ho Chi Minh City from 2019 to 2025. **Methods:** A retrospective study was conducted on patients diagnosed with LTS and treated at the University Medical Center Ho Chi Minh City between January 2019 and March 2025. Clinical assessment was performed through detailed medical history review and medical record analysis. The characteristics of the stenotic lesions were identified by laryngotracheal endoscopy and computed tomography (CT) scans, and compared with intraoperative findings. Postoperative outcomes were evaluated clinically based on airway patency and voice quality during the 3-month follow-up period. **Results:** A total of 47 patients were included in the study, comprising 12 cases of glottic stenosis (GS) and 35 cases of subglottic-tracheal stenosis (SGTS). The male-to-female ratio was nearly equal (51.1% vs. 48.9%). The most common cause was trauma following prolonged endotracheal intubation or tracheostomy (61.7%). Rigid fibrotic stenosis accounted for the majority of cases (61.7%). According to Cohen's classification, GS was predominantly grade II (50%), while SGTS was mainly grade III (51.4%) based on the Myer-Cotton system.

¹Trường Y, Đại học Y dược Thành phố Hồ Chí Minh

²Bệnh viện Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh

Chịu trách nhiệm chính: Lý Xuân Quang

Email: quang.lx@umc.edu.vn

Ngày nhận bài: 24.10.2025

Ngày phản biện khoa học: 27.11.2025

Ngày duyệt bài: 9.01.2026

Normal bilateral vocal cord mobility was observed in 80.9% of patients. Endoscopic grading correlated completely with intraoperative findings in GS (100%) and in 88.6% of SGTS cases. CT-scan measurements (stenosis diameter and length) showed a strong correlation with intraoperative findings ($r = 0.932$ and $r = 0.967$, $p < 0.01$). Treatment methods included tracheal resection with end-to-end anastomosis, stent placement, and endoscopic interventions. The overall successful decannulation rate was 76.6%. Postoperative normal voice quality was preserved in 70.2% of patients, while 29.8% had varying degrees of dysphonia. **Conclusions:** Endoscopy and CT scanning are highly accurate diagnostic tools for assessing LTS characteristics and for preoperative planning. Treatment outcomes are determined not only by the restoration of airway patency but also by the preservation and recovery of vocal function.

Keywords: Laryngotracheal stenosis, glottic stenosis, subglottic tracheal stenosis, Dysphonia, Endotracheal intubation.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Hẹp thanh – khí quản (LTS) ở người trưởng thành là một bệnh lý phức tạp, do nhiều nguyên nhân khác nhau gây ra, phổ biến nhất là do đặt NKQ kéo dài hoặc MKQ. Ngoài ra, các yếu tố khác như phẫu thuật thanh – khí quản, chấn thương vùng đầu cổ và nhiễm trùng cũng có thể dẫn đến LTS. Điều trị LTS là một quá trình khó khăn, đòi hỏi đánh giá chính xác đặc điểm tổn thương hẹp và lựa chọn phương pháp điều trị phù hợp. Các phương tiện chẩn đoán hình ảnh, bao gồm CT-scan và nội soi thanh – khí quản bằng ống soi cứng hoặc mềm đóng vai trò quan trọng trong việc xác định vị trí, mức độ hẹp và lập kế hoạch điều trị. Mục tiêu của điều trị là tái lập đường thở thông thoáng và bảo tồn chức năng giọng nói, cả hai yếu tố đều có ý nghĩa quan trọng đối với chất lượng cuộc sống.

Nhiều nghiên cứu trên thế giới đã báo cáo kết quả điều trị LTS, ban đầu chủ yếu tập trung vào tỷ lệ rút ống hoặc rút canuyn mở khí quản [1]. Gần đây, các nghiên cứu ngày càng chú trọng hơn đến việc bảo tồn và phục hồi các chức năng khác, đặc biệt là giọng nói [4, 5]. Tại Bệnh viện Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh, nhiều trường hợp LTS đã được tiếp nhận và điều trị trong những năm gần đây. Do đó, chúng tôi thực hiện nghiên cứu này nhằm khảo sát tình hình điều trị hẹp thanh – khí quản trong giai đoạn 2019 đến 2025, qua đó góp phần đánh giá kết quả và định hướng cải thiện hiệu quả điều trị trong tương lai.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu hồi cứu về 47 trường hợp hẹp thanh – khí quản được điều trị từ 01/2019

đến 03/2025 tại Khoa Tai Mũi Họng, Bệnh viện Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh.

Tiêu chuẩn chọn bệnh: Tất cả bệnh nhân hẹp thanh – khí quản từ 18 tuổi trở lên có đầy đủ hồ sơ bệnh án tại bệnh viện, được nội soi thanh quản và CT-scan cổ ngực (GSTS) trước can thiệp điều trị. Bệnh nhân tái khám và theo dõi trong 3 tháng sau điều trị tại Khoa Tai Mũi Họng, Bệnh viện Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh từ 01/2019 đến 03/2025.

Tiêu chuẩn loại trừ: Hẹp thanh – khí quản do u hoặc chèn ép từ bên ngoài.

Các bước tiến hành: Lập danh sách người bệnh thỏa tiêu chuẩn chọn mẫu. Thu thập các biến số về lâm sàng (giới, nguyên nhân, triệu chứng khó thở và khàn tiếng, tình trạng mang canuyn mở khí quản), đặc điểm nội soi (di động dây thanh, mức độ hẹp GS – Cohen [2], SGTS – Myer Cotton [6]), CT-scan (mức độ hẹp SGTS – Myer Cotton [3], đường kính hẹp, chiều dài đoạn hẹp), phẫu thuật (tính chất sẹo, mức độ hẹp, chiều dài đoạn hẹp), điều trị (phương pháp, số lần can thiệp, thời gian đặt stent nếu có, biến chứng), kết quả điều trị sau 3 tháng (mức độ thông khí, tình trạng rối loạn giọng).

Số liệu được nhập và xử lý bằng phần mềm Microsoft Excel Professional 2019 và STATA 15.1. Kết quả được trình bày dưới dạng bảng và biểu đồ.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Dựa trên tiêu chuẩn chọn mẫu 47 trường hợp hẹp thanh – khí quản được đưa vào báo cáo. Trong đó có 35 trường hợp SGTS, 12 trường hợp GS.

3.1. Đặc điểm mẫu nghiên cứu

Bảng 3.1: Đặc điểm lâm sàng của mẫu nghiên cứu

Đặc điểm		n (%)
Giới	Nam	24 (51,1)
	Nữ	23 (48,9)
Nguyên nhân	NKQ/MKQ	29 (61,7)
	Phẫu thuật	7 (14,9)
	Nhiễm trùng	5 (10,6)
	Khác (chấn thương, tự miễn,...)	6 (12,8)
Lí do nhập viện	Rút canuyn mở khí quản	20 (42,5)
	Khó thở	17 (36,2)
	Khàn tiếng	10 (21,3)
	Không hoặc mang canule	29 (61,7)
Mức độ khó thở	I	10 (21,3)
	II	5 (10,6)
	III	3 (6,4)

Đa số BN di động 2 dây thanh bình thường (38/47), di động 1 dây thanh (3/47) và (6/47) cố định 2 dây thanh.



Hình 3.1: Đánh giá di động dây thanh trên nội soi thanh quản ống mềm

(A) Di động 2 dây thanh tốt; (B) Di động 1 dây thanh; (C) Cố định 2 dây thanh

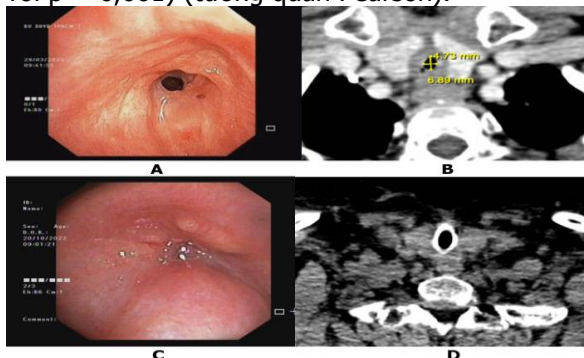
3.2. Giá trị của nội soi và CT-scan đánh giá sẹo hẹp so với trong phẫu thuật

Bảng 3.2: Giá trị của nội soi và CT-scan trong đánh giá mức độ hẹp và các số đo so với phẫu thuật

Đặc điểm	Cận lâm sàng	Nhóm sẹo hẹp	Đánh giá chính xác	P
Mức độ hẹp	Nội soi	GS	100 %	-
		SGTS	88,6%	-
Đường kính hẹp	CT-scan	SGTS	4,71±2,71 mm	0,55**
	Phẫu thuật	SGTS	4,85±2,85 mm	
Chiều dài đoạn hẹp	CT-scan	SGTS	18,61±9,96 mm	0,619**
	Phẫu thuật	SGTS	18,49±9,92 mm	

**Giá trị p của kiểm định paired T-test

Đường kính hẹp và chiều dài đoạn hẹp được đánh giá trên CT-scan và trong phẫu thuật có mối tương quan đáng kể (r = 0,932 và r = 0,967 với p < 0,001) (tương quan Pearson).



Hình 3.2: Đánh giá mức độ hẹp thanh - khí quản theo Myer - Cotton

A - Độ III (nội soi); B - Độ III (CT-scan); C - Độ IV (nội soi); D - Độ IV (CT-scan)

3.3. Đặc điểm điều trị sẹo hẹp thanh - khí quản

Bảng 3.3: Đặc điểm chung các phương pháp điều trị

	GS	SGTS	Tổng
Số trường hợp	12	35	47

Phương pháp	Đặt keel	Đặt stent	Nội soi	Cắt nôi	Đặt stent	Nội soi	Tổng
Số lần can thiệp	10	1	3	11	34	5	64

Sẹo hẹp thanh môn: Có 12 bệnh nhân GS được thực hiện tổng 13 lần can thiệp cụ thể bằng ba phương pháp: đặt keel, nội soi và đặt stent thanh quản. Thời gian đặt keel có trung vị là 33,5 ngày, thời gian ngắn nhất là 21 ngày và dài nhất là 96 ngày. Tỷ lệ rút được canule trong nhóm GS là 91,7%.

Tỷ lệ xảy ra biến chứng chung sau can thiệp điều trị sẹo hẹp thanh môn là 15,4%. Không ghi nhận biến chứng của phương pháp đặt keel. Biến chứng tạo mô hạt sau phẫu thuật nội soi là 66,7% và đều cần phải có can thiệp tiếp theo.



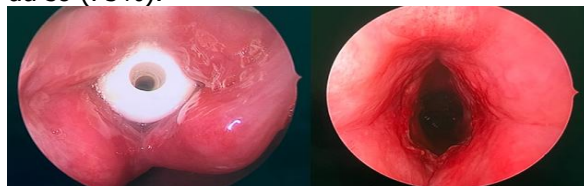
Hình 3.3: Keel được đặt đúng vị trí Sẹo hẹp hạ thanh môn - khí quản:

Có 11 trường hợp SGTS được can thiệp bằng phương pháp cắt nôi khí quản tận - tận, không ghi nhận trường hợp tái hẹp sau phẫu thuật. Tỷ lệ rút được canule đạt 90,9%. Trong đó 1 trường hợp thất bại do bung vị trí nôi và phải can thiệp lần 2 bằng phương pháp đặt Montgomery T-tube.

Trong nhóm SGTS có 27 trường hợp đã trải qua tổng cộng 34 lần can thiệp bằng phương pháp đặt stent. Tỷ lệ xảy ra biến chứng của phương pháp đặt stent ghi nhận là 44,1% và 35,3% trường hợp cần can thiệp tiếp theo. Tỷ lệ rút được canule đạt 48,1%.

Trong nghiên cứu, 4 bệnh nhân SGTS với tổng 5 lần can thiệp qua nội soi gồm nong sẹo hẹp và cắt mô sẹo/hạt. Tỷ lệ rút canule thành công sau phẫu thuật nội soi là 50%. Tỷ lệ biến chứng chung sau phẫu thuật là 60%.

Tính chất sẹo hẹp [1] chiếm tỷ lệ cao nhất là sẹo cứng với biểu hiện xơ, sụn hoá và cốt hoá chiếm 61,7%, kế tiếp là sẹo mềm với tỷ lệ 34% và 4,3% nhuyễn sụn. Trong nhóm SGTS sẹo cứng chiếm đa số (74,3%), GS sẹo mềm chiếm đa số (75%).



Hình 3.4: Hình ảnh trước và sau rút stent rutter thanh quản trong phẫu thuật

Bảng 3.4: Phương pháp phẫu thuật điều trị LTS và biến chứng sau can thiệp

Phương pháp phẫu thuật	Biến chứng							
	Tái hẹp	Liệt dây thanh	Mô hạt	Nhiễm trùng	Tắc đờm	Bung vị trí nội	Tràn khí dưới da	Chảy máu
Đặt Keel	0	0	0	0	0	-	0	0
Phẫu thuật nội soi	20%	0	66,7%	0	0	-	0	0
Đặt stent	26,9%	0	7,7%	3,8%	3,8%	-	0	0
Cắt nối	0	8,3 %	0	8,3%	8,3%	8,3%	16,7%	8,3%

Biến chứng mà nhà lâm sàng quan tâm nhất trong điều trị sẹo hẹp là nguy cơ tái hẹp với phẫu thuật nội soi (20%), đặt stent (26,9%), cắt nối và đặt keel chưa ghi nhận tái hẹp trong nghiên cứu của chúng tôi.

3.4. Kết quả điều trị trên lâm sàng sau 3 tháng

Bảng 3.5: Kết quả thông khí sau điều trị của mẫu NC

	Thông khí			Tổng n (%)
	Kém n (%)	Trung bình n (%)	Tốt n (%)	
Sẹo hẹp thanh môn	1 (8,3)	0 (0)	11 (91,7)	12 (100)
Sẹo hẹp HTM – KQ	10 (28,6)	1 (2,8)	24 (68,6)	35 (100)
Tổng	11 (23,4)	1 (2,1)	35 (74,5)	47 (100)

Tình trạng thông khí sau khi điều trị có 76,6% BN rút được ống/canule MKQ trong đó: Khả năng thông khí đạt mức tốt (74,5%), trung bình (2,1% còn khó thở khi gắng sức sau tái khám 3 tháng) và kém (23,4% cần đặt lại canule hoặc stent).

Bảng 3.6: Kết quả giọng nói sau điều trị của mẫu NC

Giọng nói	Có rối loạn giọng	Không rối loạn giọng	Tổng
Sẹo hẹp thanh môn	4	8	12
Sẹo hẹp HTM – KQ	10	25	35
Tổng	14(29,8%)	33(70,2%)	47(100%)

Bảng 3.7: Các rối loạn giọng sau điều trị

	Giọng nói khàn	Giọng nói có hơi thở	Câu ngắn, đứt quãng	Giọng nói yếu
Sẹo hẹp thanh môn	4	1	2	2
Sẹo hẹp HTM – KQ	10	3	3	3
Tổng n (%)	14 (100%)	4 (28,6%)	5 (35,7%)	5 (35,7%)

Tỉ lệ rối loạn giọng sau can thiệp là 29,8%, trong đó có 100% BN khàn tiếng; 28,6% nói hụt hơi và 35,7% nói câu ngắn, đứt quãng và giọng nói yếu.

**Hình 3.5: Hình ảnh nội soi đường thở sau khi điều trị bằng phương pháp cắt nối khí quản tận - tận (tái khám sau 6 tháng phẫu thuật)**

IV. BÀN LUẬN

Tỷ lệ nam và nữ trong nghiên cứu tương đương nhau, cho thấy giới tính không ảnh hưởng đến tần suất mắc bệnh, tương tự kết luận của Rangachari [8]. Nguyên nhân thường gặp nhất là sau đặt nội khí quản hoặc mở khí quản, với cơ chế hình thành sẹo hẹp tại vị trí khí quản đã được làm rõ. Trong đó, áp lực bóng chèn và thời gian đặt nội khí quản là hai yếu tố quan trọng quyết định mức độ tổn thương. Áp lực bóng chèn từ 20–30 mmHg được nhiều tác giả khuyến cáo nhằm giảm nguy cơ biến chứng [3].

Nội soi thanh – khí quản cho phép đánh giá trực tiếp vị trí và mức độ hẹp, với độ chính xác 100% ở nhóm GS và 88,6% ở nhóm SGTS. Đây là phương tiện chẩn đoán ban đầu có giá trị, tuy nhiên trong một số trường hợp, phù nề, viêm nhiễm hoặc hạn chế góc nhìn có thể làm sai lệch mức độ hẹp so với quan sát trong phẫu thuật. Ngược lại, CT-scan cung cấp thông tin định lượng có giá trị, với mối tương quan chặt chẽ giữa các thông số đo (đường kính, chiều dài đoạn hẹp) và kết quả trong phẫu thuật, cho thấy CT-scan là công cụ hỗ trợ hữu ích trong đánh giá tổn thương sẹo hẹp.

Về phương pháp điều trị, nhóm GS được can thiệp chủ yếu bằng đặt keel thanh quản và phẫu thuật nội soi, trong khi nhóm SGTS được điều trị bằng cắt nối khí quản, đặt stent đường thở và phẫu thuật nội soi. Biến chứng tái hẹp, là mối quan tâm hàng đầu của các nhà lâm sàng, được ghi nhận với tỷ lệ 26,9% ở nhóm đặt stent và 20% ở nhóm phẫu thuật nội soi, trong khi cắt nối khí quản và đặt keel thanh quản chưa ghi nhận biến chứng tái hẹp.

Phẫu thuật cắt nối khí quản được xem là phương pháp triệt để nhất, trong khi keel thanh quản được chứng minh là an toàn và hiệu quả đối với GS. Tuy nhiên, phẫu thuật cắt nối đòi hỏi kỹ thuật cao và theo dõi hậu phẫu chặt chẽ, do có nguy cơ bung vị trí nối khoảng 10%, mặc dù các yếu tố nguy cơ đã được kiểm soát tối đa [7].

Sau 3 tháng điều trị, tỷ lệ bệnh nhân không còn mang canule tăng từ 42,6% lên 76,6%, chủ yếu ở nhóm SGTS (từ 28,6% lên 71,4%). Rối loạn giọng sau can thiệp chủ yếu là khàn tiếng, trong khi các dạng rối loạn khác như nói hụt hơi, nói câu ngắn, giọng yếu hoặc đứt quãng vẫn gặp ở một số trường hợp và khó hồi phục hoàn toàn sau điều trị.

V. KẾT LUẬN

Việc kết hợp nội soi thanh – khí quản và chụp CT-scan trong chẩn đoán có vai trò quan trọng, giúp đánh giá chính xác mức độ hẹp và xác định đầy đủ các thông số hình thái của sẹ hẹp.

Các phương pháp can thiệp như cắt nối khí quản, đặt stent đường thở và keel thanh quản cho thấy tính an toàn và hiệu quả cao, không chỉ cải thiện tình trạng thông khí (tỷ lệ bệnh nhân không còn mang canule tăng từ 42,6% lên 76,6%) mà còn duy trì và bảo tồn chức năng giọng nói (tỷ lệ bệnh nhân không rối loạn giọng đạt 70,2%).

Đánh giá chính xác chức năng và đặc điểm tổn thương trước phẫu thuật đóng vai trò quyết định trong việc lựa chọn kỹ thuật phù hợp, hướng đến bảo tồn và cải thiện chức năng hô hấp, phát âm của người bệnh sau điều trị, đồng thời tạo nền tảng cho theo dõi dài hạn nhằm

giảm thiểu nguy cơ tái hẹp và biến chứng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Nguyễn Thị Thanh Thủy, Trần Phan Chung Thủy, Lương Nguyễn Thanh Thảo.** Khảo sát tình hình điều trị sẹ hẹp thanh khí quản tại Bệnh viện Tai Mũi Họng TP.HCM. Tạp chí Tai Mũi Họng Việt Nam. 2019 Jul;68(60):60–69. doi:10.60137/tmhvn.v68i60.30
2. **Cohen SR.** Congenital glottic webs in children: A retrospective review of 51 patients. Ann Otol Rhinol Laryngol Suppl. 1985 Nov-Dec;121:2–16.
3. **Crimlisk JT, Horn MH, Wilson DJ, Marino B.** Artificial airways: a survey of cuff management practices. Heart Lung.1996 May-Jun;25(3):225–235. doi:10.1016/s0147-9563(96)80033-1
4. **Evermann M, Roesner I, Denk-Linnert DM, Klepetko W, Schweiger T, Hoetzenecker K.** In-depth analysis of pre- and postoperative functional outcome parameters in patients receiving laryngotracheal surgery. Eur J Cardiothorac Surg.2024 May 3;65(5):ezae171. doi:10.1093/ejcts/ezae171
5. **Miles ER, Krishna PD, Dehom S, et al.** Voice and Airway Outcomes of Montgomery T-tube Placement in Laryngotracheal Stenosis. J Voice. 2022 Jul 17; doi:10.1016/j.jvoice.2022. 06.009
6. **Myer CM III, O'Connor DM, Cotton RT.** Proposed grading system for subglottic stenosis based on endotracheal tube sizes. Ann Otol Rhinol Laryngol. 1994 Apr;103(4 Pt 1):319–323. doi:10.1177/000348949410300410
7. **Puri HV, Asaf BB, Mundale VV, et al.** Predictors of Anastomotic Complications After Resection and Anastomosis for Tracheal Stenosis. Indian J Otolaryngol Head Neck Surg. 2021 Dec;73(4): 447–454. doi:10.1007/s12070-020-02238-5
8. **Rangachari V, Sundararajan I, Sumathi V, Kumar KK.** Laryngeal sequelae following prolonged intubation: a prospective study. Indian J Crit Care Med. 2006;10(3):171–175.

KẾT QUẢ THỤ TINH TRONG ỒNG NGHIỆM CỦA NHÓM BỆNH NHÂN POSEIDON 3, 4 ĐƯỢC KÍCH THÍCH BUỒNG TRỨNG BẰNG PHÁC ĐỒ CÓ MÔI PROGESTIN

Trần Minh Thắng¹, Đỗ Ngọc Lan²,
Trần Văn Tuấn², Nguyễn Thanh Tùng²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Khảo sát số lượng, chất lượng noãn, phôi và tỷ lệ có thai của nhóm bệnh nhân POSEIDON

¹Bệnh viện Đa khoa Phương Đông

²Học viện Quân Y

Chịu trách nhiệm: Nguyễn Thanh Tùng

Email: bstungvmp@gmail.com

Ngày nhận bài: 21.10.2025

Ngày phản biện khoa học: 26.11.2025

Ngày duyệt bài: 5.01.2026

3, 4 được kích thích buồng trứng bằng phác đồ PPOS. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang hồi cứu và tiền cứu trên 86 bệnh nhân thuộc nhóm POSEIDON 3, 4 được chỉ định thực hiện làm thụ tinh trong ống nghiệm tại Trung tâm Hiếm muộn và Nam học công nghệ cao Phương Đông, Bệnh viện Đa khoa Phương Đông và được chia 2 nhóm < 35 tuổi và ≥ 35 tuổi, được kích thích buồng trứng bằng phác đồ PPOS. Đánh giá số lượng noãn MII, tỷ lệ thụ tinh, tỷ lệ phôi ngày 3, tỷ lệ phôi ngày 5, và tỉ lệ có thai lâm sàng, thai diễn tiến và tỉ lệ thai sinh hóa. **Kết quả:** số noãn MII ở nhóm Poseidon 3 nhiều hơn so với nhóm