

## BƯỚC ĐẦU ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ PHẪU THUẬT THANH QUẢN BÁN PHẦN TRÊN NHẪN KIỂU CHEP CÁI TIẾN TẠI BỆNH VIỆN CHỢ RẪY

Trần Anh Bích<sup>1</sup>, Phùng Nguyễn Minh Tân<sup>2</sup>

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Đánh giá bước đầu hiệu quả của kỹ thuật cắt thanh quản bán phần trên nhẩn kiểu CHEP cải tiến sử dụng vật cơ ức móng trong phục hồi chức năng phát âm và nuốt ở bệnh nhân ung thư thanh quản giai đoạn sớm. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu tiền cứu can thiệp lâm sàng có nhóm chứng hồi cứu. Nhóm can thiệp (A): 14 bệnh nhân phẫu thuật CHEP cải tiến (6/2024-5/2025). Nhóm chứng (B): 17 bệnh nhân phẫu thuật CHEP kinh điển (6/2023-5/2024). **Kết quả và bàn luận:** Nhóm A rút ngắn đáng kể thời gian phục hồi so với nhóm B: thời gian nằm viện lần lượt là  $13,4 \pm 1,6$  và  $16,1 \pm 2,1$  ngày ( $p < 0,001$ ), thời gian rút ống thông dạ dày  $15,4 \pm 1,8$  so với  $27,8 \pm 3,2$  ngày ( $p < 0,001$ ), thời gian rút canuyn mở khí quản  $21,6 \pm 2,4$  so với  $26,4 \pm 2,9$  ngày ( $p < 0,001$ ). Tỷ lệ tràn khí dưới da ở nhóm A thấp hơn (0% so với 11,76%,  $p = 0,037$ ). Điểm VHI-10 tổng: nhóm A  $12,50 \pm 1,45$  so với nhóm B  $21,24 \pm 2,25$  ( $p < 0,001$ ). Các chỉ số ngữ âm học nhóm A cải thiện: F0  $93,67 \pm 4,25$  so với  $71,38 \pm 15,88$  Hz, NHR  $0,27 \pm 0,15$  so với  $0,76 \pm 0,21$  (tất cả  $p < 0,05$ ). MDADI Composite: nhóm A  $86,5 \pm 5,2$  so với nhóm B  $79,2 \pm 8,4$ . **Kết luận:** Phẫu thuật CHEP cải tiến sử dụng vật cơ ức móng an toàn, khả thi, và cải thiện đáng kể chức năng nuốt, giọng nói, giảm biến chứng, nâng cao chất lượng sống toàn diện hơn.

**Từ khóa:** ung thư thanh quản, phẫu thuật CHEP cải tiến, vật cơ ức móng, chất lượng sống.

### SUMMARY

#### PRELIMINARY EVALUATION OF THE OUTCOMES OF MODIFIED SUPRACRICOID PARTIAL LARYNGECTOMY USING THE CHEP TECHNIQUE AT CHO RAY HOSPITAL

**Objectives:** To assess the preliminary effectiveness of modified supracricoid partial laryngectomy (CHEP) with bilateral sternohyoid muscle flaps in restoring phonatory and swallowing functions, and quality of life in early-stage laryngeal carcinoma patients, compared with conventional CHEP technique. **Subjects and methods:** Prospective clinical intervention study with retrospective control group. Intervention group (A): 14 patients undergoing modified CHEP (6/2024-5/2025). Control group (B): 17 patients undergoing conventional CHEP (6/2023-5/2024). **Results:** Group A demonstrated significantly shorter recovery time compared to Group B:

hospitalization times were  $13.4 \pm 1.6$  and  $16.1 \pm 2.1$  days respectively ( $p < 0.001$ ), feeding tube removal  $15.4 \pm 1.8$  compared to  $27.8 \pm 3.2$  days ( $p < 0.001$ ), tracheostomy cannula removal  $21.6 \pm 2.4$  compared to  $26.4 \pm 2.9$  days ( $p < 0.001$ ). Subcutaneous emphysema rate was lower in Group A (0% compared to 11.76%,  $p = 0.037$ ). Total VHI-10 score: Group A  $12.50 \pm 1.45$  compared to Group B  $21.24 \pm 2.25$  ( $p < 0.001$ ). Acoustic parameters in Group A improved: F0  $93.67 \pm 4.25$  compared to  $71.38 \pm 15.88$  Hz, NHR  $0.27 \pm 0.15$  compared to  $0.76 \pm 0.21$  (all  $p < 0.05$ ). Composite MDADI: Group A  $86.5 \pm 5.2$  compared to Group B  $79.2 \pm 8.4$ . **Conclusions:** Modified CHEP with bilateral sternohyoid muscle flaps (Group A) is a safe and feasible procedure, significantly improving swallowing and voice functions, reducing postoperative complications, and enhancing overall quality of life compared with conventional CHEP approach.

**Keywords:** laryngeal tumors, modified SCPL with CHEP, sternohyoid muscle flap, quality of life.

### I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư thanh quản (UTTQ) là một trong những loại ung thư phổ biến trong nhóm ung thư đầu cổ, chiếm khoảng 1–2% tổng số ca ung thư. Phần lớn các trường hợp được chẩn đoán ở giai đoạn có thể can thiệp điều trị triệt để, trong đó phẫu thuật đóng vai trò quan trọng bên cạnh xạ trị và hóa trị.

Phẫu thuật thanh quản bán phần (TQBP) trên nhẩn kiểu nhẩn móng thanh thiệt (Cricohyoidoepiglottopexy - CHEP) là một trong những phương pháp đang được áp dụng tại nhiều trung tâm lớn. Phẫu thuật này cho phép loại bỏ tổn thương vùng thanh môn đồng thời giữ lại được khả năng phát âm của bệnh nhân (BN).

Tuy nhiên, một trong những biến chứng lớn sau phẫu thuật CHEP là triệu chứng nuốt sặc, xảy ra ở tỷ lệ không nhỏ BN, ảnh hưởng đến chất lượng sống, kéo dài thời gian phục hồi và làm tăng nguy cơ viêm phổi hít. Với các nghiên cứu (NC) nước ngoài, các tác giả như Allegra<sup>2</sup> 2011, Yu<sup>6</sup> 2014 và Güneş<sup>3</sup> 2018 cũng đã giới thiệu các kỹ thuật nhằm cải tiến phương pháp CHEP của Piquet 1974. Tại VN vẫn chưa có một nghiên cứu để đánh giá tổng thể về các kỹ thuật này.

Xuất phát từ thực tiễn lâm sàng tại Bệnh viện Chợ Rẫy, chúng tôi thực hiện nghiên cứu này nhằm đánh giá bước đầu kết quả phẫu thuật CHEP cải tiến với mục tiêu theo dõi tình trạng nuốt sặc và đánh giá chất lượng sống của BN so với phương pháp CHEP truyền thống.

<sup>1</sup>Bệnh viện Chợ Rẫy

<sup>2</sup>Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh

Chịu trách nhiệm chính: Trần Anh Bích

Email: trananhbich2015@gmail.com

Ngày nhận bài: 30.10.2025

Ngày phản biện khoa học: 27.11.2025

Ngày duyệt bài: 5.01.2026

**II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU**

**2.1. Đối tượng nghiên cứu.** Các BN được chẩn đoán UTTQ được chỉ định phẫu thuật cắt TQBP trên nhần CHEP tại bệnh viện Chợ Rẫy.

Nhóm can thiệp (A): Tất cả BN được phẫu thuật theo kỹ thuật CHEP cải tiến theo dõi từ 6/2024 đến 5/2025.

Nhóm chứng (B): Tất cả BN được phẫu thuật theo kỹ thuật CHEP kinh điển trong thời gian từ 6/2023 đến 5/2024.

**Tiêu chuẩn chọn mẫu:**

- BN đã phẫu thuật cắt TQBP trên nhần tại bệnh viện Chợ Rẫy và có lịch tái khám trong khoảng thời gian NC

- Hồ sơ bệnh án ghi chép đầy đủ các thông tin.
- BN đồng ý tham gia nghiên cứu.

**Tiêu chuẩn loại trừ:**

- BN đã xạ trị, có tổn thương sẹo xấu vùng cổ
- BN bị UTTQ đã di căn xa
- BN không đồng ý tham gia nghiên cứu

**2.2. Phương pháp nghiên cứu**

**Thiết kế nghiên cứu:** NC tiến cứu can thiệp lâm sàng có nhóm chứng hồi cứu. Số liệu NC được xử lý và phân tích bằng SPSS 26.0.

**Các biến số nghiên cứu:**

- Đặc điểm chung: giới; tuổi

- Giai đoạn TNM, Nạo hạch cổ, Cắt sụn phổi 1 bên

- Thời gian nằm viện, thời gian rút canuyr mở khí quản, thời gian rút ống nuôi ăn dạ dày
- Đánh giá VHI-10, các chỉ số ngữ âm: F0, Jitter, Shimmer, NHR, MPT.
- Đánh giá rối loạn nuốt MD Anderson
- Các biến chứng sau mổ

**2.3. Quy trình kỹ thuật CHEP cải tiến**

- Gây mê qua nội khí quản

- Rạch da cổ hình chữ U, bờ dưới ngang tầm bờ dưới sụn nhần

- Nạo vét hạch cổ chức năng (tuỳ theo đánh giá hạch qua siêu âm và MRI vùng cổ)

- Bóc tách vạt cơ ức móng hai bên. Vạt cơ được tách bảo tồn nguyên vẹn cuống mạch nuôi từ nhánh động mạch giáp trên nhằm duy trì tưới máu tối ưu

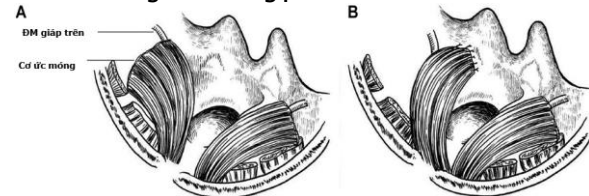
- Cắt thanh quản từ trên xuống (bao gồm sụn giáp, dây thanh, băng thanh thất 2 bên)

- Sinh thiết lạnh biên phẫu thuật, cho đến khi các biên an toàn không tế bào u

- Khâu tái tạo cơ ức móng vào khuyết hổng. Vạt cơ được xoay và chuyển vị lên vùng tân thanh môn; đầu gần của vạt được khâu cố định vào môm thanh âm của sụn phổi bên tương ứng, đảm bảo lực kéo vừa đủ hỗ trợ đóng thanh môn. Vạt tái tạo được trải và phủ thay thế cho 2

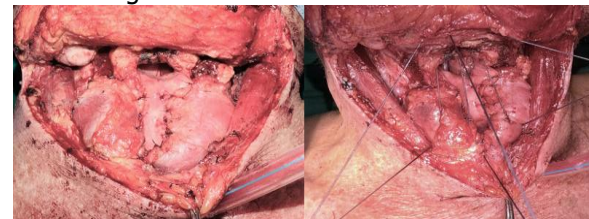
dây thanh vừa bị cắt. Việc này giúp giảm các biến chứng nuốt sặc cũng như phục hồi chất lượng giọng nói BN sau mổ.

- Mở khí quản thấp
- Khâu đóng nhần móng thanh thiệt bằng chỉ Vicryl 1.0
- Cầm máu, đặt dẫn lưu kín, khâu da
- Khâu giữ cầm ngực



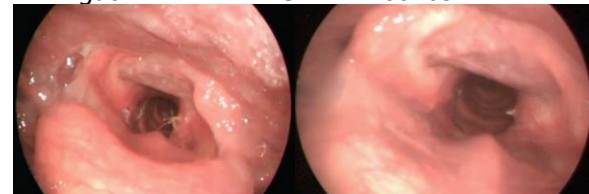
**Hình 1. Tái tạo thanh môn bằng vạt cơ ức móng trong cắt TQBP CHEP cải tiến**

**Nguồn:** Laryngeal reconstruction with a sternohyoid muscle flap after supracricoid laryngectomy: postoperative respiratory and swallowing evaluation<sup>6</sup>



**Hình 2. Tái tạo thanh môn bằng vạt cơ ức móng trong cắt TQBP CHEP cải tiến**

**Nguồn:** BN H.V.H. SNV 2240046344



**Hình 3. Thanh môn tái tạo sau 1 và sau 3 tháng phẫu thuật CHEP cải tiến**

**Nguồn:** BN H.V.H. SNV 2240046344

**III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU**

**3.1. Đặc điểm chung**

**Bảng 3.1. Điểm số VHI-10 trung bình**

Biến số	Nhóm A – CHEP cải tiến (n=14)	Nhóm B – CHEP kinh điển (n=17)	p value
Giới tính	85,7% nam; 14,3% nữ	100% nam	0,142
Tuổi	64,0 ± 7,0	62,3 ± 9,4	0,312
Giai đoạn TNM	T1b 57,2%; T2 35,7%; T3 7,1%	T1b 35,3%; T2 64,7%	0,208
Cắt 1 bên sụn phổi	7,1%	47,1%	0,023
Nạo hạch cổ	100%	82,4%	0,112

**Nhận xét:** Tỷ lệ nam giới chiếm ưu thế tuyệt đối ở cả hai nhóm, nhóm A có 85,7% nam giới và 14,3% nữ giới, trong khi nhóm B có 100% nam giới. Độ tuổi trung bình của hai nhóm gần như tương tự: nhóm A  $64,0 \pm 7,0$  năm so với nhóm B  $62,3 \pm 9,4$  năm. Tỷ lệ cắt sụn phễu một bên thấp hơn đáng kể ở nhóm A với 7,1% so với nhóm B 47,1%. Tỷ lệ nạo hạch cổ ở nhóm A 100% cao hơn nhóm B 82,4%.

3.2. Đặc điểm lâm sàng

**Bảng 3.2. Đặc điểm lâm sàng**

Chỉ số (ngày)	Nhóm A	Nhóm B	t	p value
Thời gian nằm viện	13,4±1,6	16,1±2,1	-4.12	<0,001
Rút ống nuôi ăn dạ dày	15,4±1,8	27,8±3,2	-13.2	<0,001
Rút canuyn mở khí quản	21,6±2,4	26,4±2,9	-4.85	<0,001

**Nhận xét:** Nhóm CHEP cải tiến có phục hồi nhanh hơn đáng kể ở cả ba chỉ số: nằm viện rút ngắn 2,7 ngày ( $p < 0,001$ ), rút ống thông sớm 12,4 ngày ( $p < 0,001$ ), rút canula sớm 4,8 ngày ( $p < 0,001$ ).

3.3. Biến chứng sau mổ

**Bảng 3.3. Biến chứng sau mổ**

Biến chứng	Nhóm A	Nhóm B	p value
Rò họng	0	0	-
Nhiễm trùng hố mổ	14,29%	5,88%	0,412
Tràn khí dưới da	0	11,76%	0,037
Sẹo hẹp	7,14%	11,76%	0,048

**Nhận xét:** Không có rò họng ở cả hai nhóm. Ưu thế chính của nhóm A: không gặp tràn khí dưới da (0% vs 11,76%,  $p = 0,037$ ), cho thấy vật cơ ức móng bảo vệ thanh môn mới tốt hơn. Tỷ lệ nhiễm trùng và sẹo hẹp không khác biệt có ý nghĩa thống kê.

3.4. Đánh giá chức năng phát âm

3.4.1. Điểm số VHI-10 trung bình

**Bảng 3.4. Điểm số VHI-10 trung bình**

VHI-10	Nhóm A	Nhóm B	p value
Chức năng (F)	3,0	6,0	<0,05
Thể chất (P)	6,0	8,0	<0,05
Cảm xúc (E)	4,0	7,0	<0,05
Tổng điểm	12,50±1,45	21,24±2,25	<0,001

**Nhận xét:** Nhóm A có VHI-10 tổng thấp hơn ( $12,50 \pm 1,45$  so với  $21,24 \pm 2,25$ ,  $p < 0,001$ ), vượt ngưỡng MCID ( $\approx 6$  điểm). Tất cả thành phần (F, P, E) đều cải thiện có ý nghĩa ( $p < 0,05$ ), chứng tỏ chất lượng giọng nói và ảnh hưởng đến hoạt động hàng ngày cải thiện rõ rệt.

3.4.2. Đánh giá các chỉ số phân tích ngữ âm bằng phần mềm Praat

**Bảng 3.5. Các chỉ số phân tích ngữ âm**

ở 2 nhóm

Chỉ số	Nhóm A	Nhóm B	Giá trị bình thường
F0	93,67±4,25	71,38±15,88	85-180 Hertz
Jitter	2,13±1,35	3,32±1,77	<1,04%
Shimmer	8,75±2,83	11,64±4,59	<3,81%
NHR	0,27±0,15	0,76±0,21	<0,19
MPT	13,11±1,40	10,47±3,31	15-25 giây

**Nhận xét:** Nhóm A cải thiện rõ ở các chỉ số khách quan so với nhóm B: F0 cao hơn gần vùng sinh lý (93,67 và 71,38 Hz), Jitter thấp hơn (2,13% và 3,32%), NHR giảm đáng kể (0,27 và 0,76). MPT vẫn thấp hơn bình thường ở cả hai nhóm.

3.5. Đánh giá tình trạng rối loạn nuốt MD Anderson

**Bảng 3.6. Đánh giá tình trạng rối loạn nuốt**

MDADI	Nhóm A	Nhóm B
Global	88,0 ± 4,5	82,1 ± 7,2
Cảm xúc (E)	82,4 ± 4,1	76,2 ± 7,2
Chức năng (F)	88,3 ± 3,7	82,1 ± 6,5
Thể chất (P)	78,5 ± 6,0	70,2 ± 9,1
Composite tổng	86,5 ± 5,2	79,2 ± 8,4

**Nhận xét:** Nhóm A có điểm MDADI cao hơn nhóm B ( $86,5 \pm 5,2$  với  $79,2 \pm 8,4$ ), chỉ ra chất lượng nuốt không ảnh hưởng đáng kể sau phẫu thuật ở cả 2 nhóm.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Về đặc điểm chung. Tỷ lệ nam giới chiếm ưu thế tuyệt đối trong NC của chúng tôi với nhóm A 85,7%, nhóm B 100% tương tự các NC quốc tế như Allegra<sup>1</sup> là 94,1%, NC của Yu<sup>6</sup> với 95,5% và NC của Güneş<sup>3</sup> với 100%. Đây là đặc điểm dịch tễ chung của UTQ, gắn liền với yếu tố nguy cơ là thói quen hút thuốc và sử dụng rượu bia ở nam giới.

Trong NC của chúng tôi, độ tuổi trung bình của hai nhóm tương tự với nhóm A  $64,0 \pm 7,0$  năm, nhóm B  $62,3 \pm 9,4$  năm, nhưng cao hơn so với NC của Allegra<sup>1</sup> với tuổi trung bình 59 - 61 tuổi, NC của Yu<sup>6</sup> với 54 - 60 tuổi và NC của Güneş<sup>3</sup> với 58,2 tuổi. Sự khác biệt này phản ánh thực tế lâm sàng tại Việt Nam, nơi BN thường được chẩn đoán muộn hơn, ảnh hưởng đến tiến trình phục hồi hậu phẫu thuật.

4.2. Về đặc điểm lâm sàng. Trong NC của chúng tôi, thời gian nằm viện ở nhóm A rút ngắn 2,7 ngày so với nhóm B từ  $13,4 \pm 1,6$  so với  $16,1 \pm 2,1$  ngày. Thời gian rút canuyn mở khí quản ngắn hơn 4,8 ngày  $21,6 \pm 2,4$  so với  $26,4 \pm 2,9$  ngày, tương đương với NC của Güneş<sup>3</sup> với 23,13 ngày nhưng ngắn hơn đáng kể so với Allegra<sup>1</sup> với 50,8 ngày và Yu<sup>6</sup> với 120,05 ngày.

Sự rút ngắn thời gian lưu canuyn phản ánh hiệu quả của vật cơ ức móng trong cải thiện sự đóng kín thanh môn mới, giảm rò khí qua thanh môn tái tạo và giảm nguy cơ viêm phổi do hít sặc. BN có thể tháo canuyn sớm hơn đồng thời cải thiện chất lượng sống sớm hơn.

Thời gian rút ống thông dạ dày ở nhóm A ngắn hơn đáng kể:  $15,4 \pm 1,8$  so với  $27,8 \pm 3,2$  ngày. Sự khác biệt 12,4 ngày này có ý nghĩa lâm sàng to lớn. Kết quả này tương tự nhóm CHEP cải tiến của Allegra<sup>1</sup> 11,4 ngày và Yu<sup>6</sup> 17,22 ngày, nhưng ngắn hơn nhiều so với nhóm CHEP kinh điển của Yu<sup>6</sup> 37,3 ngày và Güneş<sup>3</sup> 19,8-26,1 ngày. Thời gian phục hồi chức năng nuốt ngắn hơn ở nhóm CHEP cải tiến chứng tỏ vật cơ ức móng góp phần cải thiện khả năng nuốt và giảm đáng kể lo lắng của bệnh nhân về nguy cơ hít sặc.

**4.3. Về biến chứng hậu phẫu.** Trong NC của chúng tôi, Cả hai nhóm đều không ghi nhận trường hợp rò họng, chứng tỏ cả hai kỹ thuật đều an toàn. Tỷ lệ nhiễm trùng hố mổ ở nhóm A cao hơn nhóm B (14,29% so với 5,88%), nhưng không đạt mức ý nghĩa thống kê ( $p = 0,412$ ), có thể do quy mô mẫu nhỏ hoặc do các yếu tố khác như tình trạng bệnh mãn tính của mỗi BN.

Tỷ lệ sẹo hẹp thấp không có sự khác biệt lớn giữa hai nhóm (7,14% ở nhóm A so với 11,76% ở nhóm B,  $p = 0,048$ ). Điều này cho thấy cả hai kỹ thuật đều có khả năng hình thành sẹo hẹp nên BN cần được theo dõi, sớm tập phục hồi chức năng hô hấp và phát âm.

Điểm khác biệt có ý nghĩa thống kê là tỷ lệ tràn khí dưới da: tuy không gặp ở nhóm A nhưng 11,76% ở nhóm B. Ở BN cắt TQBP kiểu CHEP kinh điển, toàn bộ dây thanh bị lấy bỏ, cấu trúc thanh môn thay đổi. Thanh môn mới được tạo bởi một hoặc hai đơn vị nhẵn - phễu, song thường khép không kín, làm rò khí, khiến BN hụt hơi, mệt khi nói và giọng khàn. Các NC của Bron<sup>2</sup>, Zacharek<sup>7</sup>, Saito<sup>5</sup> đều cho thấy rung động từ sụn phễu mang tính không ổn định, góp phần tạo nên giọng khàn thô và giảm thời gian phát âm tối đa. Tác giả Makeieff<sup>4</sup> cũng ghi nhận áp lực hạ thanh môn và lưu lượng khí tăng lên như một cơ chế bù trừ để duy trì phát âm. Qua đó, thêm bằng chứng phẫu thuật CHEP cải tiến giúp giảm bớt các biến chứng, cải thiện quá trình phục hồi của BN.

**4.4. Về đánh giá chức năng giọng phát âm.** Điểm VHI-10 tổng cộng ở nhóm A  $12,50 \pm 1,45$  thấp hơn đáng kể so với nhóm B  $21,24 \pm 2,25$ . Sự khác biệt này là 8,74 điểm, vượt qua ngưỡng thay đổi tối thiểu có ý nghĩa lâm sàng MCID  $\approx 6$  điểm, cho thấy BN trong nhóm A cảm nhận sự cải thiện chất lượng giọng nói rõ rệt từ

góc độ cảm xúc và hoạt động hàng ngày. Kết quả này tương tự các báo cáo của Allegra<sup>1</sup> và Güneş<sup>3</sup>, đều cho thấy cải thiện rõ rệt chất lượng giọng nói sau cắt TQBP kiểu CHEP cải tiến. Ngoài ra, các chỉ số ngữ âm học trên Praat như F0, Jitter, Shimmer, NHR và MPT đều cải thiện có ý nghĩa, mặc dù MPT vẫn thấp. Điều này gợi ý rằng BN cần phải luyện giọng sau phẫu thuật, phục hồi chức năng giọng nói để tối ưu kết quả.

**4.5. Về chức năng nuốt và chất lượng sống.** Đánh giá bằng thang MDADI, Các điểm số MDADI Composite ở nhóm A  $86,5 \pm 5,2$  cao hơn đáng kể so với nhóm B  $79,2 \pm 8,4$ , chỉ ra rằng BN trong nhóm A có chất lượng sống liên quan tới nuốt tốt hơn. Kết quả này phù hợp với các NC quốc tế, nơi vật cơ ức - móng giúp cải thiện đáng kể đóng kín tân thanh môn và giảm nguy cơ hít sặc là nguyên nhân gây ra viêm phổi. Sự cải thiện này góp phần nâng cao chất lượng sống toàn diện, nhất là ở nhóm BN lớn tuổi.

**4.6. Bàn về tái tạo thanh môn mới.** Sau khi cắt sụn giáp, dây thanh và băng thanh thất. thanh môn còn lại sụn nhẵn, 2 sụn phễu và sụn thanh thiệt. Chúng tôi tiến hành tái tạo băng vật cơ ức móng 2 bên thay thế cho 2 dây thanh vừa cắt. Khâu cơ ức móng cùng bên vào sụn phễu (cơ ức móng sẽ vào vị trí của dây thanh) sau đó sẽ khâu phủ 1 phần niêm mạc sụn phễu vào dây thanh mới, điều này tạo điều kiện tái tạo biểu mô sớm cho dây thanh mới

Sự hiện diện của dây thanh mới ở nhóm A (lắp đầy khoảng trống sụn nhẵn và sụn phễu theo hướng trước sau) tạo ra sự đóng thanh môn mới hiệu quả hơn, thông qua chuyển động bên-giữa, thay vì chuyển động trước sau (nhóm B)

Sau phẫu thuật CHEP cải tiến, có 2 cơ chế phát âm:

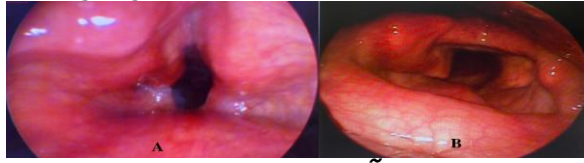
- Theo hướng bên - giữa: sự di chuyển của sụn phễu và dây thanh mới (là hướng di động của thanh quản cũ)

- Theo hướng trước - sau: phần rung của niêm mạc sụn phễu và thanh thiệt (cơ chế phát âm của thanh môn trong phẫu thuật CHEP kinh điển)

Như vậy sự di chuyển của thanh môn mới theo cơ chế bên-giữa hiệu quả hơn sự rung phễu thanh thiệt, do di động bên-giữa là chuyển động sinh lý của thanh quản mang lại kết quả tốt hơn về giọng nói và chất lượng cuộc sống

Tuy nhiên, việc bảo tồn 2 sụn phễu là phần quan trọng của phát âm. NC của chúng tôi có 5 trường hợp cắt sụn phễu 1 bên, có 1 trường hợp bị biến dạng thanh môn, sụn phễu còn lại nằm lẫn sang bên đối diện làm hẹp thanh môn, BN khó thở khi vận động. Chúng tôi tiến hành nội soi cắt 1 phần niêm mạc sụn phễu; sau phẫu

thuật 1 tháng, BN vận động hết khó thở, tuy nhiên giọng nói khàn hơn.



**Hình 4. Thanh môn sau phẫu thuật nhóm A và nhóm B**

Nguồn: (A) BN N.T.R. SNV 2240036440; (B) BN L.V.H. SNV 2230093639

#### V. KẾT LUẬN

Với phẫu thuật cắt TQBP trên nhẩn kiểu CHEP cải tiến, sử dụng cơ ức móng để tái tạo dây thanh là phương pháp khả quan để cải thiện tình trạng nuốt sặc, khả năng phát âm và chất lượng cuộc sống, có ý nghĩa thống kê so với phương pháp CHEP truyền thống.

#### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Allegra E, Lombardo N, La Boria A, et al.** Quality of voice evaluation in patients treated by supracricoid laryngectomy and modified supracricoid laryngectomy. *Otolaryngol Head Neck Surg.* 2011;145(5): 789-795. doi:10.1177/0194599811416438.

2. **Bron L, Pasche P, Brossard E, Monnier P, Schweizer V.** Functional analysis after supracricoid partial laryngectomy with cricothyroidopiglottopexy. *Laryngoscope.* 2002; 112(7 Pt 1):1289-1293. doi:10.1097/00005537-200207000-00027.
3. **Güneş S, Orhan KS, Başaran B, Çelik M, Kiyak E.** Comparison of long-term functional results between standard supracricoid laryngectomy and modified technique with sternohyoid muscle. *Braz J Otorhinolaryngol.* 2019; 85(3): 344-350. doi:10.1016/j.bjorl.2018.02.007.
4. **Makeieff M, Barbotte E, Giovanni A, Guerrier B.** Acoustic and aerodynamic measurement of speech production after supracricoid partial laryngectomy. *Laryngoscope.* 2005;115(3):546-551. doi:10.1097/01.mlg.0000157848.78530.ee
5. **Saito K, Araki K, Ogawa K, Shiotani A.** Laryngeal function after supracricoid laryngectomy. *Otolaryngol Head Neck Surg.* 2009;140(4):487-492. doi:10.1016/j.otohns.2008.12.036
6. **Yu Y, Wang X, Xu Z, Wu Y.** Laryngeal reconstruction with a sternohyoid muscle flap after supracricoid laryngectomy: postoperative respiratory and swallowing evaluation. *Otolaryngol Head Neck Surg.* 2014;151(5):824-829. doi:10.1177/0194599814549002.
7. **Zacharek MA, Pasha R, Meleca RJ, et al.** Functional outcomes after supracricoid laryngectomy. *Laryngoscope.* 2001;111(9):1558-1564. doi:10.1097/00005537-200109000-00012

## THỰC TRẠNG SÂU RĂNG SỮA VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN Ở TRẺ 4-6 TUỔI TẠI TRƯỜNG MẦM NON PHÚC ĐỒNG, LONG BIÊN, HÀ NỘI

Trần Thị Mỹ Hạnh<sup>1</sup>, Võ Trương Như Ngọc<sup>1</sup>, Đào Thị Hằng Nga<sup>1</sup>,  
Lương Minh Hằng<sup>1</sup>, Nguyễn Hà Thu<sup>1</sup>, Lê Thị Thùy Linh<sup>1</sup>,  
Nguyễn Hương Liên<sup>1</sup>, Phùng Thị Thu Hà<sup>2</sup>

#### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Mô tả thực trạng sâu răng sữa và các yếu tố liên quan ở trẻ 4-6 tuổi tại Trường Mầm non Phúc Đồng, quận Long Biên, Hà Nội. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang được tiến hành trên 87 trẻ 4-6 tuổi. Trẻ được khám răng miệng lâm sàng, đánh giá tổn thương sâu răng theo phân loại ICCMS và vệ sinh răng miệng bằng chỉ số DI. Phụ huynh được phỏng vấn về thói quen ăn uống và chăm sóc răng miệng của trẻ. **Kết quả:** Tỷ lệ sâu răng sữa rất cao (90,8%), trong đó 100% trẻ 6 tuổi bị sâu răng. Phần lớn tổn thương nằm ở vùng răng cửa (86,3%), chủ yếu ở mức ICCMS 3 (92,7%) và đang

hoạt động (88,7%). Các bề mặt bị ảnh hưởng nhiều nhất là mặt ngoài/trong (47,6%) và mặt gần/xạ (41,1%). Có 78,2% trẻ ăn vặt thường xuyên và 58,6% trẻ chải răng  $\leq 1$  lần/ngày; 66,7% trẻ có vệ sinh răng miệng kém. **Kết luận:** Sâu răng sữa ở trẻ 4-6 tuổi tại Trường Mầm non Phúc Đồng ở mức cao và liên quan chặt chẽ đến thói quen ăn uống và vệ sinh răng miệng. Cần tăng cường các chương trình nha học đường và hướng dẫn phụ huynh giám sát chải răng nhằm cải thiện sức khỏe răng miệng cho trẻ. **Từ khóa:** Sâu răng sữa, ICCMS, vệ sinh răng miệng

#### SUMMARY

#### PREVALENCE OF PRIMARY TOOTH CARIES AND ASSOCIATED FACTORS AMONG CHILDREN AGED 4-6 YEARS AT PHUC DONG KINDERGARTEN, LONG BIEN DISTRICT, HANOI

**Objectives:** To describe the prevalence of primary tooth caries and associated factors among children aged 4-6 years at Phuc Dong Kindergarten, Long Bien District, Hanoi. **Materials and methods:** A

<sup>1</sup>Viện Đào tạo Răng Hàm Mặt-Trường Đại học Y Hà Nội

<sup>2</sup>Bệnh viện Việt Nam Cu Ba

Chịu trách nhiệm chính: Trần Thị Mỹ Hạnh

Email: tranmyhanh@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 28.10.2025

Ngày phản biện khoa học: 27.11.2025

Ngày duyệt bài: 7.01.2026