

cứu của mình đã ghi nhận tỉ lệ tổn thương tăng dần theo tuổi và khi đến 60 tuổi thì không còn thấy một đĩa khớp nào bình thường⁵. Điều này cảnh báo rằng tổn thương TFCC ở người lớn tuổi thường là một quá trình diễn tiến âm thầm, cần phân biệt rõ với các rách cấp tính do chấn thương để có hướng điều trị phù hợp.

Nghiên cứu ghi nhận sụn chêm chủ yếu ở dạng mở hẹp (86,7%), tỷ lệ cao hơn so Ishii³ (74%) nhưng tỉ lệ phân bố 3 dạng giữa chúng tôi và tác giả này không khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p > 0.05$). Đặc biệt là nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận có 1 trường hợp (3,3%) hiện diện xương vừng trong sụn chêm, tỷ lệ tương đồng với báo cáo của Lewis⁴ (2,0%). Trên hình ảnh X-quang, sự tồn tại của xương vừng sẽ có bờ viền tròn đều và trơn láng, cần được chẩn đoán phân biệt cẩn thận với tổn thương gãy mỏm trâm trụ có bờ viền nhám nhỡ.

Nghiên cứu chúng tôi đã xác định diện bám phần sâu RUL vào hố chỏm xương trụ có chiều dài là $8,1 \pm 0,5$ mm và chiều rộng là $2,9 \pm 0,3$ mm, nhỏ hơn các nghiên cứu của các tác giả nước ngoài ($p < 0,03$). Nghiên cứu của Phương không đề cập đến diện bám này. Vì thế nên có thể xem đây là một thông số quan trọng trong việc lựa chọn kích thước đường hầm và gân trong tái tạo RUL ở người Việt Nam.

Nghiên cứu của chúng tôi có một số giới hạn nhất định do thực hiện trên cỡ mẫu tương đối nhỏ (30 mẫu cổ tay) và độ tuổi trung bình của các xác phẫu tích khá cao ($60,37 \pm 15,2$), dẫn đến tỷ lệ tổn thương thoái hóa đĩa khớp chiếm ưu thế.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu cho thấy 100% trường hợp hiện diện đầy đủ các thành phần của TFCC, đặc biệt là sự hằng định của DC trụ-cả và DC bên trụ. Đĩa khớp có đến 50% bị thủng ở trung tâm, chủ yếu do thoái hóa. Sụn chêm đa số thuộc dạng mở hẹp (86,7%). Đặc biệt, diện bám phần sâu RUL vào hố chỏm xương trụ dài 8,1mm, rộng 2,9mm là một thông số quan trọng trong việc lựa chọn kích thước đường hầm và gân trong tái tạo RUL ở người Việt Nam.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Tran Nguyen P, Dao XT, Khanh BHT, Le Duc D, Minh Duc N.** Morphology of the triangular fibrocartilage complex of the Vietnamese adult: a cadaveric study. Clin Ter. 2023;174(5):420-5.
2. **Berger RA.** The anatomy of the ligaments of the wrist and distal radioulnar joints. Clin Orthop Relat Res. 2001(383):32-40.
3. **Ishii S, Palmer AK, Werner FW, Short WH, Fortino MD.** An anatomic study of the ligamentous structure of the triangular fibrocartilage complex. J Hand Surg Am. 1998;23(6):977-85.
4. **Lewis OJ, Hamshere RJ, Bucknill TM.** The anatomy of the wrist joint. J Anat. 1970;106(Pt 3):539-52.
5. **Mikic ZD.** Age changes in the triangular fibrocartilage of the wrist joint. J Anat. 1978;126(Pt 2):367-84.
6. **Palmer AK.** Triangular fibrocartilage complex lesions: a classification. J Hand Surg Am. 1989;14(4):594-606.
7. **Taleisnik J.** The ligaments of the wrist. J Hand Surg Am. 1976;1(2):110-8.
8. **Tiburzi H, Machado CAG, D'Antoni MS, Tubbs RS.** Triangular Fibrocartilage Complex: An Anatomical and Medical Illustration Study. Clin Anat. 2025;38(3):362-9.

CÁC NHÓM THUỐC CÓ NGUY CƠ CAO GÂY DỊ ỨNG VÀ ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG CỦA BỆNH NHÂN DỊ ỨNG THUỐC TẠI VIỆT NAM

Trần Ngọc Ánh¹, Nguyễn Hữu Hà², Phạm Đình Cao Minh³

¹Trường Đại học Nguyễn Tất Thành

²Bệnh viện Da Liễu thành phố Hồ Chí Minh

³Phòng khám Alma Clinic

Tác giả chịu trách nhiệm chính: Trần Ngọc Ánh

Email: dr.anhngoctran@gmail.com

Mã bài: N417

Ngày nhận bài: 11/3/2026

Ngày phản biện khoa học: 10/3/2026

Ngày duyệt bài: 11/5/2026

TÓM TẮT

Mục tiêu: Xác định các nhóm thuốc có nguy cơ cao gây dị ứng và mô tả đặc điểm lâm sàng của phản ứng dị ứng thuốc tại Việt Nam.

Phương pháp: Nghiên cứu mô tả cắt ngang được thực hiện trên 80 bệnh nhân dị ứng thuốc tại Bệnh viện Da Liễu TP. Hồ Chí Minh từ 8/2015 đến 7/2016. Các thông tin thu thập gồm: nhóm thuốc nghi ngờ gây dị ứng, thể lâm sàng, mức độ nặng, tổn thương niêm mạc, tiền sử dị ứng, lý do dùng thuốc và đường dùng.

Kết quả: Kháng sinh là nhóm thuốc gây dị ứng phổ biến nhất (72,5%), tiếp theo là thuốc giảm đau hạ sốt (21,25%). Trong nhóm kháng sinh, β -lactam và quinolon chiếm tỷ lệ cao. Biểu hiện dị ứng chủ yếu là hồng ban đa dạng (26,25%) và mày đay (22,5%). Phản ứng mức độ nặng (SJS/TEN) chiếm 26,25%, toàn bộ đều liên quan đến thuốc đường uống và có tổn thương niêm mạc. Có 62,5% bệnh nhân có tiền sử dị ứng thuốc. Đa số bệnh nhân tự ý sử dụng thuốc không theo đơn (75%).

Kết luận: Kháng sinh và thuốc giảm đau hạ sốt là hai nhóm thuốc nguy cơ cao gây dị ứng tại Việt Nam, với tỷ lệ đáng kể các phản ứng nặng. Cần tăng cường cảnh giác được, kiểm soát việc kê đơn và giáo dục cộng đồng nhằm phòng tránh các phản ứng dị ứng thuốc nghiêm trọng.

Từ khóa: Dị ứng thuốc, kháng sinh, SJS, TEN, phản ứng da do thuốc, thuốc không kê đơn.

SUMMARY

HIGH-RISK DRUG CLASSES FOR ALLERGIC REACTIONS AND CLINICAL FEATURES OF DRUG ALLERGY IN VIETNAM

Objective: To identify high-risk drug classes for allergic reactions and describe the clinical characteristics of drug allergies in Vietnam.

Methods: A cross-sectional descriptive study was conducted on 80 patients with drug allergies at Ho Chi Minh City Dermatology Hospital from August 2015 to July 2016. Data collected included suspected drug classes, clinical manifestations, severity, mucosal involvement, history of drug allergy, reasons for drug use, and route of administration.

Results: Antibiotics were the most common cause of drug allergy (72.5%), followed by antipyretic and analgesic drugs (21.25%). Among antibiotics, β -lactams and quinolones accounted for the highest proportions. The most common clinical manifestations were erythema multiforme (26.25%) and urticaria (22.5%). Severe reactions (SJS/TEN) accounted for 26.25%, all associated with oral medications and mucosal involvement. A history of drug allergy was present in 62.5% of patients. Most patients (75%) self-medicated without a prescription.

Conclusion: Antibiotics and antipyretic-analgesic drugs are the two drug classes with the highest risk of allergic reactions in Vietnam, with a notable proportion of severe cases. Strengthening pharmacovigilance, controlling prescriptions, and educating the public are necessary to prevent serious drug-induced allergic reactions.

Keywords: Drug allergy, antibiotics, SJS, TEN, drug-induced skin reactions, non-prescription drugs.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Dị ứng thuốc là một phản ứng bất lợi có cơ chế miễn dịch, xảy ra khi hệ miễn dịch nhận diện thuốc hoặc chất chuyển hóa của thuốc như kháng nguyên lạ và kích hoạt quá mức đáp ứng miễn dịch. Đây là nguyên nhân quan trọng gây nhập viện, kéo dài thời gian điều trị và thậm chí tử vong nếu không được xử trí kịp thời [1,2].

Tại Việt Nam, tình hình dị ứng thuốc khá đáng lo ngại: từ thập niên 1990–2000, nhiều nghiên cứu đã cho thấy tỷ lệ dị ứng thuốc trong cộng đồng gia tăng, trong đó kháng sinh β -lactam và thuốc chống viêm không steroid (NSAIDs) là nhóm hàng đầu gây dị ứng thuốc [3-5]. Tuy nhiên, phần lớn dữ liệu trước đây tập trung ở miền Bắc. Đặc điểm dị ứng thuốc tại các tỉnh phía Nam, đặc biệt ở Bệnh viện Da Liễu TP. Hồ Chí Minh – tuyến cuối về điều trị bệnh da và dị ứng, chưa được nghiên cứu đầy đủ. Thực tế lâm sàng ghi nhận nhiều bệnh nhân nhập viện vì dị ứng thuốc có tiền sử tự ý dùng thuốc (không theo đơn), chủ yếu là kháng sinh và thuốc giảm đau hạ sốt. Bên cạnh đó, các phản ứng nặng như hội chứng Stevens–Johnson (SJS) và hoại tử thượng bì nhiễm độc (TEN) vẫn xuất hiện với tần suất đáng kể, gây khó khăn cho điều trị.

Trước tình hình đó, việc nghiên cứu xác định những nhóm thuốc có nguy cơ cao gây dị ứng và đặc điểm phản ứng là cần thiết. Nghiên cứu này được thực hiện nhằm làm rõ nhóm thuốc thường gây dị ứng thuốc tại Việt Nam và các biểu hiện lâm sàng, mức độ nặng kèm theo. Kết quả nghiên cứu không chỉ giúp lấp đầy khoảng trống dữ liệu tại địa phương mà còn góp phần cảnh báo trong thực hành lâm sàng, nâng cao cảnh giác được và định hướng sử dụng thuốc an toàn trong cộng đồng.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Thời gian và địa điểm

Nghiên cứu được tiến hành từ tháng 8/2015 đến tháng 7/2016 tại Bệnh viện Da Liễu TP. Hồ Chí Minh, một bệnh viện chuyên khoa đầu ngành về da liễu và dị ứng thuốc ở phía Nam.

2.2. Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu mô tả cắt ngang (báo cáo hàng loạt ca) trên các bệnh nhân được chẩn đoán xác định dị ứng thuốc trong thời gian nghiên cứu.

2.3. Đối tượng nghiên cứu

Bao gồm toàn bộ bệnh nhân từ 15 tuổi trở lên đến khám ngoại trú hoặc điều trị nội trú tại Bệnh viện Da Liễu TP.HCM, được chẩn đoán dị ứng thuốc. Tiêu chuẩn chọn mẫu gồm: (1) Có biểu hiện lâm sàng đặc trưng của dị ứng thuốc như mày đay, phù Quincke (phù mạch), hồng ban đa dạng, đỏ da toàn thân, hội chứng Stevens–Johnson hoặc TEN; (2) Có tiền sử sử dụng ít nhất một loại thuốc trong vòng 4 tuần trước khi khởi phát triệu chứng và xác định được loại thuốc nghi ngờ gây phản ứng; (3) Bệnh nhân đồng ý tham gia nghiên cứu. Tiêu chuẩn loại trừ gồm: không xác định được thuốc nghi ngờ hoặc thời điểm sử dụng; sử dụng đồng thời nhiều thuốc (kể cả thuốc

Đồng ý, thực phẩm chức năng) khiến không thể xác định nguyên nhân; tổn thương da không phù hợp với phản ứng dị ứng thuốc (như ngộ độc, kích ứng, tác dụng dược lý quá mức); bệnh nhân không đồng ý hoặc không hợp tác thu thập thông tin. Tổng cộng có 80 bệnh nhân thỏa tiêu chuẩn được đưa vào nghiên cứu (chọn mẫu toàn bộ).

2.4. Các biến số và thu thập số liệu

Nghiên cứu thu thập các thông tin về: nhóm thuốc nghi ngờ gây dị ứng, thể lâm sàng của phản ứng dị ứng, mức độ nặng của phản ứng, và các đặc điểm liên quan.

Nhóm thuốc được phân thành 3 nhóm chính: kháng sinh, thuốc giảm đau hạ sốt (bao gồm thuốc giảm đau, chống viêm, hạ nhiệt), và nhóm thuốc khác (các thuốc không thuộc hai nhóm trên).

Thể lâm sàng được ghi nhận theo biểu hiện da liễu: hồng ban đa dạng, đỏ da toàn thân, mày đay, hồng ban sẩn tổ cố định (dấu hiệu thuốc cố định), phù Quincke, hội chứng Stevens–Johnson và hội chứng hoại tử thượng bì nhiễm độc (TEN).

Mức độ dị ứng thuốc được phân loại thành nhẹ hoặc nặng dựa trên mức độ tổn thương da và niêm mạc: nhóm nhẹ bao gồm các thể mày đay, phù Quincke, hồng ban đa dạng, đỏ da toàn thân, hồng ban sẩn tổ cố định; nhóm nặng bao gồm SJS và TEN.

Ngoài ra, chúng tôi ghi nhận tổn thương niêm mạc (có/không) – định nghĩa khi có phỏng nước, loét hoặc viêm ở niêm mạc miệng, mắt, sinh dục. Các yếu tố liên quan khác gồm lý do dùng thuốc (bệnh lý khiến bệnh nhân sử dụng thuốc, ví dụ: đau họng, cảm cúm, mụn trứng cá, đau khớp...), tiền sử dị ứng thuốc trước đó (có/không), và đường dùng thuốc (uống, bôi ngoài da, nhỏ niêm mạc hoặc tiêm).

2.5. Phân tích thống kê

Dữ liệu được nhập và phân tích bằng phần mềm SPSS 22.0. Các biến định tính được trình bày dưới dạng tần số và tỷ lệ phần trăm; các biến định lượng trình bày bằng trung bình $\pm$ độ lệch chuẩn (hoặc trung vị và khoảng tứ phân vị nếu phân phối không chuẩn).

2.6. Ý thức

Nghiên cứu được thực hiện tuân thủ các nguyên tắc đạo đức trong nghiên cứu y sinh học theo Tuyên

ngôn Helsinki. Hồ sơ nghiên cứu đã được Hội đồng Đạo đức trong nghiên cứu y sinh học – Bệnh viện Da Liễu TP. Hồ Chí Minh thẩm định và chấp thuận. Mọi bệnh nhân tham gia đều được giải thích rõ ràng về mục tiêu, nội dung, quyền lợi và nghĩa vụ khi tham gia nghiên cứu, đồng thời đồng ý ký văn bản chấp thuận tham gia. Thông tin cá nhân của bệnh nhân được bảo mật tuyệt đối và chỉ sử dụng cho mục đích nghiên cứu.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm dịch tễ

Tổng cộng 80 bệnh nhân dị ứng thuốc được nghiên cứu, với tuổi trung bình khoảng $33,7 \pm 14,6$ (nhỏ nhất 15, lớn nhất 68 tuổi). Nam giới chiếm đa số (63,8%), tỷ lệ nữ là 36,2%. Đa phần bệnh nhân trong độ tuổi lao động (nhóm 20–39 tuổi chiếm ~52%) (Bảng 1).

Bảng 1. Đặc điểm dịch tễ của đối tượng nghiên cứu (n = 80)

Đặc điểm	Phân nhóm	Giá trị	Tỷ lệ (%)
Tuổi (năm, trung bình $\pm$ ĐLC)		$33,7 \pm 14,6$	—
Nhóm tuổi (n)	<20	12	15,0
	20–39	42	52,5
	40–59	21	26,25
	≥ 60	5	6,25
Giới tính (n)	Nam	51	63,75
	Nữ	29	36,25

3.2. Đặc điểm lâm sàng của bệnh nhân

Trong các bệnh nhân, hồng ban đa dạng (26,25%) và mày đay (22,5%) là các thể lâm sàng thường gặp. Phản ứng mức độ nhẹ chiếm đa số (73,75%), trong khi nhóm nặng (SJS/TEN) chiếm 26,25%. Phần lớn bệnh nhân sử dụng thuốc do các bệnh lý thông thường như bệnh lý đường hô hấp, mụn trứng cá, đau khớp. Hầu hết các phản ứng xảy ra ở bệnh nhân có tiền sử dị ứng thuốc (62,5%), kể cả dị ứng nhẹ (59,32%) và dị ứng nặng (71,43%) (Bảng 2).

Bảng 2. Đặc điểm lâm sàng, y lệnh sử dụng thuốc, và tiền căn dị ứng thuốc của các bệnh nhân

Đặc điểm	Phân nhóm	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Thể lâm sàng	Đỏ da toàn thân	7	8,75
	TEN	6	7,50
	Hội chứng Stevens–Johnson	15	18,75

Đặc điểm	Phân nhóm		Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Thể lâm sàng	Hồng ban đa dạng		21	26,25
	Hồng ban sẩn tổ cố định		6	7,5
	Mày đay		18	22,50
	Phù Quincke		7	8,75
Mức độ dị ứng	Nhẹ (mày đay, hồng ban đa dạng, đỏ da, phù Quincke...)		59	73,75
	Nặng (SJS, TEN)		21	26,25
Lý do dùng thuốc	Đau họng		17	21.25
	Mụn trứng cá		13	16.25
	Cảm cúm		10	12.50
	Đau lưng		11	13.75
	Đau khớp		6	7.50
	Đau bụng		1	1.25
	Đau răng		2	2.50
	Bệnh mắt		4	5.00
	Tiểu buốt		4	5.00
	Viêm niệu		2	2.50
	Viêm phế quản		1	1.25
	Ho		2	2.50
	Vết thương da		1	1.25
Người ra y lệnh	Y, bác sĩ		20	25.00
	Tự ý dùng thuốc		60	75.00
Tiền sử dị ứng thuốc	Tất cả bệnh nhân	Có	50	62.50
		Không	30	37.50
	Dị ứng nhẹ	Có	35	59.32
		Không	24	40.68
	Dị ứng nặng	Có	15	71.43
		Không	6	28.57

3.3. Các thuốc nghi ngờ gây dị ứng thuốc

Đa số bệnh nhân dị ứng thuốc sử dụng thuốc kháng sinh (72,5%), tiếp theo là thuốc giảm đau – hạ sốt (21,25%). Phần lớn bệnh nhân dị ứng thuốc sử dụng kháng sinh (72,5%), đặc biệt là nhóm β -lactam (43,1%) và quinolone (32,76%), cho thấy đây là hai họ kháng sinh có nguy cơ dị ứng cao nhất (Bảng 3).

Đường dùng phổ biến nhất là đường uống (95%), và toàn bộ các trường hợp dị ứng thuốc mức độ nặng đều sử dụng thuốc qua đường uống (100%). Trong nhóm dị ứng mức độ nhẹ, tuy cũng chủ yếu dùng đường uống (93,22%), vẫn ghi nhận một tỷ lệ nhỏ sử dụng thuốc bôi và nhỏ niêm mạc (3,39% mỗi loại) (Bảng 3).

Bảng 3. Phân bố bệnh nhân dị ứng thuốc theo nhóm thuốc, đường dùng và mức độ nặng

Đặc điểm	Phân nhóm	n	Tỉ lệ (%)
Nhóm thuốc sử dụng	Giảm đau, hạ sốt	17	21,25
	Kháng sinh	58	72,50
	Thuốc khác	5	6,25

Đặc điểm		Phân nhóm	n	Tỉ lệ (%)
Kháng sinh sử dụng		β -lactam	25	43,10
		Tetracycline	1	1,72
		Macrolide	3	5,17
		Lincosamide	7	12,07
		Quinolone	19	32,76
		5- nitro- imidazole	3	5,17
Đường dùng thuốc	Tất cả bệnh nhân	Uống	76	95,00
		Bôi	2	2,50
		Nhỏ niêm mạc	2	2,50
	Dị ứng nhẹ	Uống	55	93,22
		Bôi	2	3,39
		Nhỏ niêm mạc	2	3,39
	Dị ứng nặng	Uống	21	100,00

IV. BÀN LUẬN

Kết quả nghiên cứu cho thấy kháng sinh là nhóm thuốc gây dị ứng hàng đầu (chiếm ~72,5% trường hợp), phù hợp với nhiều nghiên cứu trong nước trước đây. Chẳng hạn, các nghiên cứu của Nguyễn Năng An, Phạm Công Chính, Lê Văn Khang tại miền Bắc đều ghi nhận tỷ lệ dị ứng do kháng sinh tương tự, khoảng 58-80% [3,4,6]. Đặc biệt, kháng sinh β -lactam được xác định là họ kháng sinh gây dị ứng nhiều nhất ở nghiên cứu này. Điều này tương đồng với dữ liệu trong các báo cáo tại Việt Nam và trên thế giới trước đây [3,4,6-8]. Nguyên nhân khiến kháng sinh chiếm ưu thế có thể do đây là nhóm thuốc được sử dụng rộng rãi, dễ bị lạm dụng (mua không cần đơn), đặc biệt trong điều trị các bệnh nhiễm trùng đường hô hấp thường gặp ở nước ta. Việc tiếp xúc phổ biến với kháng sinh làm tăng nguy cơ mẫn cảm và phản ứng dị ứng ở người dùng.

Kết quả nghiên cứu cho thấy hầu như bệnh nhân dị ứng thuốc sử dụng thuốc bằng đường uống 76/80 bệnh nhân, chiếm 95%, số bệnh nhân sử dụng thuốc bằng đường bôi hay nhỏ chiếm tỉ lệ rất thấp. Điều này có thể được lý giải như sau: vì tỉ lệ bệnh nhân trong nhóm nghiên cứu dùng thuốc phần lớn vì lý do bệnh đường hô hấp, mà các bệnh đường hô hấp đa phần được điều trị với các thuốc bằng đường uống và các thuốc qua đường uống cũng là các thuốc dễ mua, các nhà thuốc bán mà thường không đòi xem y lệnh của y, bác sĩ. Kết quả nghiên cứu này phù hợp với nhận xét của một số tác giả khác trong nước, theo nghiên cứu của Nguyễn Năng An, tỉ lệ bệnh nhân dị ứng thuốc sử dụng thuốc bằng đường uống là 58,63% [4], theo Nguyễn Văn Đoàn

là 71,10% [5], theo Phạm Công Chính là 67,62% [6] và Lê Văn Khang là 56,70% [3]. Trong khi đó, đường nhỏ mắt và đường thoa chiếm tỷ lệ không cao. Kết quả nghiên cứu này phù hợp với nghiên cứu của Phạm Công Chính lần lượt là 4,77% và 2,85% [6]. Lý giải điều này là do khi thuốc thấm qua đường nhỏ mắt hoặc đường bôi thì nồng độ còn rất thấp, khiến giảm tác dụng toàn thân.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu đã xác định được những nhóm thuốc nguy cơ cao gây dị ứng thuốc tại Việt Nam bao gồm: kháng sinh (đặc biệt nhóm β -lactam và quinolone) và thuốc giảm đau, hạ sốt. Đa số phản ứng dị ứng thuốc biểu hiện ở mức độ nhẹ trên da (như hồng ban đa dạng, mề đay), tuy nhiên vẫn có một tỷ lệ đáng kể trường hợp nặng (SJS/TEN ~26%) xảy ra, đặc biệt liên quan đến các thuốc uống thông dụng. Để hạn chế dị ứng thuốc, cần hạn chế việc tự ý sử dụng thuốc của người dân, tăng cường quản lý bán thuốc không kê đơn – nhất là kháng sinh và thuốc giảm đau. Bác sĩ khi kê đơn cần khai thác kỹ tiền sử dị ứng của bệnh nhân và tránh dùng các thuốc có nguy cơ cao cho người có cơ địa dị ứng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. WHO (2013), Glossary of terms used in Pharmacovigilance.
2. Czelej D, Chodorowska G, Lecewicz-Torun B (2002), Activity of interleukin-6 and some acute phase proteins in severe drug-induced skin adverse reactions, Ann. Univ. Mariae Curie Skłodowska, 57(2), 62–67.
3. Lê Văn Khang (1994), Góp phần nghiên cứu đặc điểm

lâm sàng và chẩn đoán đặc hiệu dị ứng do kháng sinh tại khoa Dị ứng - Miễn dịch lâm sàng Bệnh viện Bạch Mai Hà Nội những năm 1981-1990, Luận án Phó Tiến sĩ Y-Dược, Trường Đại học Y Hà Nội.

4. **Nguyễn Năng An, Lê Văn Khang, Nguyễn Văn Cường và cộng sự** (2003), Tình hình dị ứng do thuốc ở nước ta, đề xuất những biện pháp can thiệp, Đề tài cấp Bộ Y tế.
5. **Nguyễn Văn Đoàn, Hồ Kim Thanh** (2005), "Nghiên cứu dị ứng thuốc ở nhân viên Bệnh viện Bạch Mai", Tạp chí Nghiên cứu Y học, 6, 28–33.

6. **Phạm Công Chính** (2010), Nghiên cứu tổn thương da, test phát hiện thuốc gây dị ứng và một số xét nghiệm trước, sau điều trị bệnh nhân dị ứng thuốc, Luận án tiến sĩ y khoa, Trường đại học Y Hà Nội.
7. **Caubet J.C, Eigenmann A.P** (2008), "Allergy to betalactam antibiotics in children", Rev Med Suisse, pp. 17-1014.
8. **Viola M, Quarantino D, Gaeta F, Valluzzi R.L, Caruso C et al** (2005), "Allergic reaction to antibiotics, mainly betalactams: facts and contronversies", Eur Ann Allergy Clin Immunol, pp. 9-223.

CẮT THANH QUẢN BÁN PHẦN ĐỨNG TÁI TẠO BẰNG VẬT DA CƠ BẮM DA CỔ TẠI BỆNH VIỆN CHỢ RẪY

Trần Anh Bích¹, Hoàng Văn Anh²

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Tái tạo thanh quản sau cắt thanh quản bán phần có vai trò quan trọng trong việc phục hồi hình thái và chức năng sinh lý của thanh quản. Vật da cơ bám da cổ là phương pháp tái tạo tại chỗ, thuận lợi về mặt kỹ thuật và có khả năng ứng dụng rộng rãi trong thực hành lâm sàng.

Mục tiêu: Đánh giá hiệu quả của vật da cơ bám da cổ trong tái tạo thanh quản sau cắt thanh quản bán phần.

Đối tượng và phương pháp: Nghiên cứu tiền cứu mô tả hàng loạt ca trên bệnh nhân ung thư thanh quản giai đoạn T1–T3 được phẫu thuật cắt thanh quản bán phần có tái tạo bằng vật da cơ bám da cổ tại Bệnh viện Chợ Rẫy giai đoạn 2021 – 2025. Các chỉ số đánh giá gồm biến chứng chu phẫu và kết quả chức năng sau mổ, bao gồm hô hấp, nuốt và phát âm.

Kết quả: Nghiên cứu gồm 33 bệnh nhân. Tất cả bệnh nhân đều rút canuyn thành công với thời gian trung vị 12 ngày và rút ống nuôi ăn mũi-dạ dày sau trung vị 7 ngày. Vật sống ở tất cả các trường hợp, không ghi nhận hoại tử toàn bộ. Biến chứng sau mổ gồm tràn khí vùng cổ-ngực (3 trường hợp) và rò thanh quản-da (2 trường hợp), đều được xử trí hiệu quả. Trong thời gian theo dõi ghi nhận 2 trường hợp tái phát tại chỗ.

Kết luận: Vật da cơ bám da cổ là một phương pháp tái tạo thanh quản khả thi và an toàn sau cắt thanh quản bán phần, cho phép phục hồi chức năng thanh quản chấp nhận được ở bệnh nhân ung thư thanh quản được lựa chọn phù hợp.

Từ khóa: cắt thanh quản bán phần; vật da cơ bám da cổ; tái tạo thanh quản; ung thư thanh quản.

SUMMARY

VERTICAL PARTIAL LARYNGECTOMY WITH PLATYSMA MYOCUTANEOUS FLAP RECONSTRUCTION AT CHO RAY HOSPITAL

Background: Laryngeal reconstruction following partial laryngectomy plays an important role in restoring laryngeal anatomy and physiological function. The platysma myocutaneous flap is a local reconstructive technique that is technically feasible and suitable for routine clinical practice.

Objective: To evaluate the effectiveness of platysma skin flap for laryngeal reconstruction following partial laryngectomy.

Materials and Methods: A prospective descriptive case series was conducted on patients with T1–T3 laryngeal cancer who underwent partial laryngectomy with reconstruction using a platysma myocutaneous flap at Cho Ray Hospital between 2021 and 2025. Postoperative complications and functional outcomes, including airway, swallowing, and voice function, were assessed during follow-up.

Results: Thirty-three patients were included. All patients were successfully decannulated with a median time of 12 days, and oral feeding was resumed after a median of 7 days. Flap survival was achieved in all cases without total necrosis. Postoperative complications included cervicothoracic emphysema (n=3) and laryngocutaneous fistula (n=2), both managed successfully. During follow-up, two patients developed local recurrence and underwent salvage total laryngectomy. Swallowing function recovered well in most patients, and voice quality gradually improved during follow-up.

Conclusions: Platysma skin flap reconstruction is a safe and effective method in partial laryngectomy for early-stage laryngeal cancer, providing favorable reconstructive outcomes with a low complication rate.

Keywords: partial laryngectomy; platysma myocutaneous flap; laryngeal reconstruction; laryngeal cancer.

¹Bệnh viện Chợ Rẫy

²Trường Đại học Nguyễn Tất Thành

Tác giả chịu trách nhiệm chính: Trần Anh Bích

Email: trananhbich2015@gmail.com

Mã bài: N448

Ngày nhận bài: 22/3/2026

Ngày phản biện khoa học: 21/3/2026

Ngày duyệt bài: 10/5/2026