

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, Quaratino 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

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư thanh quản là một trong những ung thư ác tính thường gặp của vùng đầu cổ, với tỷ lệ mắc và tử vong toàn cầu theo tuổi lần lượt khoảng 2,0 và 1,0 trên 100.000 dân [1]. Chiến lược điều trị phụ thuộc vào giai đoạn bệnh. Đối với các trường hợp tiến triển hơn, phẫu thuật mở bảo tồn thanh quản có thể giúp duy trì các chức năng hô hấp, nuốt và phát âm, đồng thời tránh cắt thanh quản toàn phần. Tuy nhiên, các phẫu thuật này thường tạo ra khuyết hổng mô đáng kể và đòi hỏi kỹ thuật tái tạo phù hợp.

Vạt cơ da cơ bám da cổ (platysma myocutaneous flap), được Futrell mô tả lần đầu năm 1978 trong tái tạo hầu miệng, sau đó đã được ứng dụng trong tái tạo thanh quản [1]. Đây là một vạt tại chỗ với kỹ thuật bóc tách tương đối đơn giản, mô mỏng và linh hoạt, phù hợp cho tái tạo các khuyết hổng thanh quản và ít gây ảnh hưởng chức năng tại vùng cho vạt. Tuy nhiên, các nghiên cứu về ứng dụng vạt này trong tái tạo thanh quản tại Việt Nam còn hạn chế. Vì vậy, chúng tôi thực hiện nghiên cứu này nhằm mô tả kỹ thuật và đánh giá kết quả chức năng của tái tạo thanh quản bằng vạt cơ da cơ bám da cổ sau cắt thanh quản bán phần.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1 Đối tượng nghiên cứu

Nghiên cứu bao gồm 33 bệnh nhân từ 18 tuổi trở lên được chẩn đoán ung thư thanh quản và được chỉ định phẫu thuật cắt thanh quản bán phần có tái tạo bằng vạt da cổ tại bệnh viện Chợ Rẫy từ năm 2021 đến năm 2025

Tiêu chuẩn chọn bệnh nhân

- Bệnh nhân ≥ 18 tuổi.
- Bệnh nhân được chẩn đoán ung thư thanh quản giai đoạn T1-T3 có chỉ định phẫu thuật cắt thanh quản bán phần có tái tạo thanh quản bằng vạt da cổ
- Hồ sơ bệnh án đầy đủ và được theo dõi sau mổ theo đúng lịch hẹn

- Bệnh nhân đồng ý tham gia nghiên cứu

Tiêu chuẩn loại trừ: bệnh nhân có 1 trong những tiêu chuẩn sau:

- Bệnh nhân ung thư thanh quản giai đoạn muộn (T4) hoặc đã có di căn xa.
- Bệnh nhân già yếu, suy kiệt, có phẫu thuật vùng cổ tại vị trí lấy vạt trước đó
- Bệnh nhân có bệnh lý nội khoa không thể gây mê.

2.2 Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu tiến cứu, mô tả

hàng loạt ca, có can thiệp lâm sàng, không nhóm chứng.

Tất cả đối tượng được đánh giá tiền phẫu bao gồm: khám lâm sàng, nội soi thanh quản, chụp cắt lớp vi tính vùng đầu – cổ có tiêm thuốc cản quang và các xét nghiệm cận lâm sàng thường quy. Các thông tin về lâm sàng, phẫu thuật và biến chứng chu phẫu được ghi nhận đầy đủ và hệ thống.

Sau phẫu thuật, bệnh nhân được theo dõi định kỳ bằng khám lâm sàng và nội soi thanh quản tại các mốc 1 tháng và 3 tháng. Các kết cục chính được đánh giá bao gồm thời gian rút canuyn khí quản, thời gian rút ống nuôi ăn mũi–dạ dày, chức năng nuốt và chức năng phát âm.

2.3 Kỹ thuật mổ

Tất cả bệnh nhân được gây mê toàn thân. Người bệnh được đặt ở tư thế nằm ngửa, cổ uốn để bộc lộ tối đa vùng cổ. Sát khuẩn và trải khăn vô khuẩn vùng phẫu thuật theo quy trình thường quy.

Tiến hành mở khí quản và đặt ống nội khí quản có bóng chèn với kích thước phù hợp.

Rạch da ngang cổ tương ứng vùng màng nhĩn – giáp và nạo vét hạch cổ (1 hoặc 2 bên)

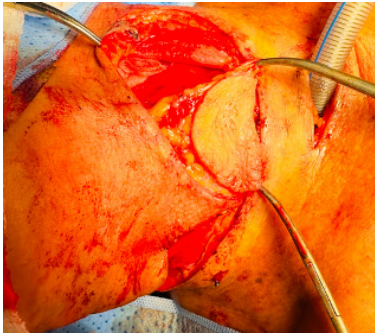
Bộc lộ sụn giáp và mở vào thanh quản. Khối u được cắt bỏ cùng 2/3 trước cánh sụn giáp tương ứng với vị trí khối u, diện cắt sang bên đối diện khoảng 3 mm trên sụn giáp lành. Rìa diện cắt được gửi sinh thiết tức thì để đảm bảo diện cắt âm tính.

Sau khi xác định khuyết hổng, thiết kế vạt PMF 2–4 cm $\times$ 3–4 cm bao gồm da, mô mỡ dưới da và lớp cơ bám da cổ, được bóc tách bảo tồn cuống mạch dưới da; được xoay che phủ khuyết hổng thanh quản và khâu cố định để tái tạo thành thanh quản.

Kiểm tra cầm máu kỹ, rửa sạch trường mổ. Đóng thanh quản theo từng lớp giải phẫu, đặt dẫn lưu penrose hố mổ, khâu da từng lớp, đặt canuyn khí quản 2 nòng có bóng và đặt ống nuôi ăn mũi – dạ dày.



Hình 1. Xoay vạt lấp khuyết hổng thanh quản bên phải



Hình 2. Vạt PMF được bảo tồn cuống mạch

2.4 Chăm sóc sau mổ

Nuôi dưỡng qua sonde dạ dày được bắt đầu từ ngày hậu phẫu thứ nhất. Ăn uống đường miệng được tập dần sau khoảng 1 tuần khi bệnh nhân dung nạp tốt và không xuất hiện sặc.

Bệnh nhân được tập bật ống thở khí quản để phục hồi phát âm và hô hấp. Rút canuyn khí quản được thực hiện khi bệnh nhân dung nạp tốt thử nghiệm bật ống, đường thở thông thoáng và không có dấu hiệu suy hô hấp.

2.5 Các biến số đánh giá

Các biến số chính khi đánh giá sau mổ với mức độ được trình bày ở bảng 1

Bảng 1. Các biến số đánh giá chính

Đánh giá ban đầu	Thời gian rút canuyn	
	Thời gian rút ống nuôi ăn mũi – dạ dày	
Đánh giá sau mổ	Chức năng giọng nói	1. Bình thường 2. Bất thường nhẹ 3. Bất thường vừa 4. Bất thường nặng
	Chức năng nuốt	1. Không triệu chứng 2. Thỉnh thoảng ho khi uống chất lỏng 3. Thường xuyên ho khi uống chất lỏng, thỉnh thoảng ho khi ăn thức ăn đặc 4. Thường xuyên ho với cả chất lỏng và thức ăn đặc 5. Ho dai dẳng ngay cả khi không ăn, không đạt được lượng ăn uống đường miệng đầy đủ 6. Viêm phổi hít tái diễn

2.6 Phân tích và xử lý số liệu

Số liệu được nhập liệu và xử lý bằng phần mềm SPSS phiên bản 20.0.

Các biến định tính được trình bày dưới dạng tần số và tỷ lệ phần trăm, các biến định lượng được trình bày dưới dạng trung bình $\pm$ độ lệch chuẩn với biến số có phân phối chuẩn; hoặc trung vị và khoảng tứ phân vị nếu biến số có phân phối không chuẩn.

2.7 Đạo đức nghiên cứu

Tất cả bệnh nhân được giải thích rõ và đầy đủ mục tiêu, quy trình, lợi ích và nguy cơ của nghiên cứu trước khi ký văn bản đồng ý tham gia. Thông tin cá nhân của người bệnh được bảo mật tuyệt đối và chỉ sử dụng cho mục đích nghiên cứu khoa học.

III. KẾT QUẢ

3.1 Đặc điểm lâm sàng của đối tượng nghiên cứu

Nghiên cứu bao gồm 33 bệnh nhân, với 32 bệnh nhân nam và 1 bệnh nhân nữ, được chẩn đoán xác định ung thư thanh quản bằng mô bệnh học. Tuổi trung bình là $65,19 \pm 7,70$ (52 – 76 tuổi). Khối u ở giai đoạn T1 (7/33 chiếm 21,2%), T2 (24/33 chiếm 72,7%) và T3 (2/33 chiếm 18,2%). Có 2/33 bệnh nhân hoá trị trước mổ do u tiên triển, tất cả bệnh nhân (33/33) được chỉ định cắt thanh quản bán phần.

Bệnh lý kèm theo gồm đái tháo đường ở 7/33 bệnh nhân và tăng huyết áp ở 6/33 bệnh nhân.

Bảng 2. Đặc điểm lâm sàng đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm		Tần số (%) (n = 33)
Tuổi tại thời điểm chẩn đoán ung thư thanh quản		$65,19 \pm 7,70$
Giới	Nam	32 (97,0)
	Nữ	1 (3,0)
Đái tháo đường	Có	7 (21,2)
	Không	26 (78,8)
Tăng huyết áp	Có	6 (18,2)
	Không	27 (81,8)
Phân loại T	T1	7 (21,2)
	T2	24 (72,7)
	T3	2 (18,2)
Phân loại AJCC	I	7 (21,2)
	II	24 (72,7)
	III	2 (18,2)

Đặc điểm		Tần số (%) (n = 33)
Xạ trị sau mổ	Có	6 (18,2)
	Không	27 (81,8)
Biến chứng chu phẫu	Có	5 (15,2)
	Không	28 (84,8)

3.2 Đánh giá kết quả phẫu thuật cắt thanh quản bán phần có tái tạo bằng vật da cổ

Chúng tôi tiến hành đánh giá sau mổ ở các bệnh nhân được tái tạo thanh quản. Tất cả bệnh nhân trong mẫu nghiên cứu (33/33) được rút canuyn thành công với thời gian trung vị là 12 ngày (IQR

10–14). Thời gian rút ống nuôi ăn mũi - dạ dày trung vị là 7 ngày (IQR 6–8).

Thời gian nằm viện trung vị của toàn bộ mẫu nghiên cứu là 14 ngày (IQR 10–15). Biến chứng chu phẫu xảy ra ở 5/33 bệnh nhân (15,2%), bao gồm 2 trường hợp rò thanh quản ra da và 3 trường hợp tràn khí vùng cổ - ngực. Ngoài ra, trong quá trình theo dõi dài hạn ghi nhận 2 trường hợp tái phát tại chỗ và 1 trường hợp lông mọc trên bề mặt vật gây kích thích thanh quản. Chi tiết các biến chứng và phương pháp xử trí được trình bày trong bảng 3.

Sau phẫu thuật, 6/33 bệnh nhân (18,2%) được điều trị bổ trợ bằng xạ trị.

Bảng 3. Biến chứng và phương pháp xử trí trong nghiên cứu

Biến chứng	Số bệnh nhân (%)	Thời điểm xuất hiện	Xử trí	Kết quả
Rò thanh quản ra da	2 (6,2)	Hậu phẫu sớm	Làm tươi bờ lỗ rò và đóng 2 lớp	Không tái phát
Tràn khí vùng cổ - ngực	3 (9,0)	Hậu phẫu sớm	Điều trị bảo tồn	Tự ổn định
Tái phát tại chỗ	2 (6,2)	1 năm và 3 năm sau mổ	Cắt thanh quản toàn phần, tái tạo vật thượng đòn, xạ trị	Ổn định
Lông mọc trên vật trong thanh quản	1 (3,0)	1 năm sau mổ	Triệt lông bằng dao điện qua soi treo	Hết triệu chứng

Bảng 4. Kết quả sau phẫu thuật cắt thanh quản bán phần có tái tạo vật da

Kết quả		Trung vị [IQR]
Thời gian rút canuyn (ngày)		12 [10–15]
Thời gian rút ống nuôi ăn (ngày)		7 [6–10]
Điểm chức năng nuốt		2 [1–2]
Điểm giọng nói		1 [1–2]
Thời gian nằm viện (ngày)		14 [10–15]
VHI-10	Trước mổ	19 [16–23]
	Sau mổ 1 tháng	25 [21–30]
	Sau mổ 3 tháng	17 [14–21]

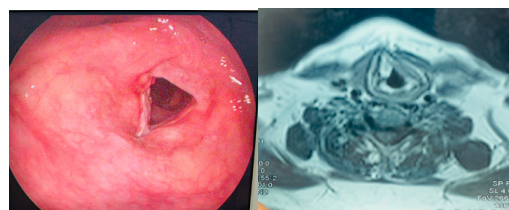
Kết quả chức năng sau mổ được đánh giá trên toàn bộ nhóm nghiên cứu. Điểm nuốt trung vị là 2 (IQR 1–2), trong khi điểm giọng nói trung vị là 1 (IQR 1–2) (Bảng 3).

Điểm VHI-10 trung vị trước mổ là 19 (IQR 16–23). Điểm này tăng lên 25 (IQR 21–30) tại thời điểm 1 tháng sau phẫu thuật, phản ánh suy giảm chức năng giọng nói giai đoạn sớm sau mổ. Tuy nhiên,

điểm VHI-10 giảm dần theo thời gian theo dõi, đạt 17 (IQR 14–21) sau 3 tháng.

Kết quả cho thấy, trong phạm vi nghiên cứu này, mức độ cắt thanh quản bán phần không ảnh hưởng đáng kể đến chức năng nuốt sau mổ, và phục hồi chức năng phát âm khá tốt.

Nội soi thanh quản định kỳ cho thấy quá trình biểu mô hóa tiến triển của thanh quản tái tạo. Sau 1 tháng, vật có biểu mô che phủ một phần, còn tồn tại mô fibrin và mô hạt sớm. Sau 6 tháng, gần như đạt biểu mô hóa hoàn toàn với biểu mô trưởng thành. Sau đó, vật hòa nhập hoàn toàn với niêm mạc xung quanh, tân mạch ổn định và duy trì sự thông thoáng thanh quản đầy đủ.



Hình 3. Hình ảnh nội soi và cộng hưởng từ bệnh nhân sau mổ tái tạo bằng vật PMF

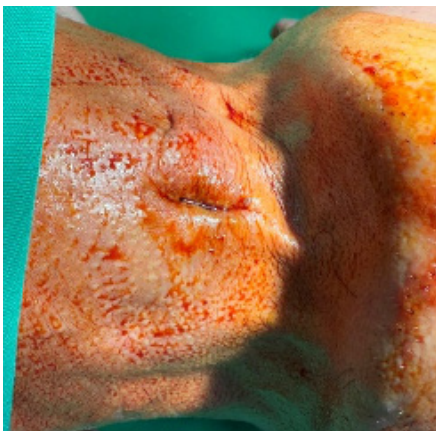
IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu này đánh giá tái tạo thanh quản bằng vật cơ da cơ bầm da cổ (PMF) sau cắt thanh quản bán phần ở 33 bệnh nhân ung thư thanh quản giai đoạn I–III, cho thấy khả năng phục hồi chức năng ở mức chấp nhận được trong giai đoạn sớm. Tất cả bệnh nhân rút canuyn thành công với thời gian trung vị 12 ngày, phục hồi ăn uống đường miệng tương đối sớm (khoảng ngày thứ 7), và chức năng giọng nói cải thiện dần theo thời gian theo dõi.

Về kỹ thuật, việc đánh giá chính xác mức độ lan rộng của khối u và phẫu tích bảo tồn các nhánh mạch xuyên khi nâng vật là yếu tố then chốt đảm bảo tưới máu và hiệu quả tái tạo. PMF có ưu điểm là vật cuống tại chỗ, kỹ thuật đơn giản, không yêu cầu vi phẫu, giúp rút ngắn thời gian phẫu thuật và giảm phụ thuộc vào trang thiết bị chuyên sâu. Đặc tính mỏng, linh hoạt cùng cấu trúc gồm da, mô dưới da và cơ cho phép vật thích ứng tốt với khuyết hổng thanh quản, tạo điều kiện tiếp xúc và rung với dây thanh đối diện, từ đó hỗ trợ phục hồi chức năng phát âm.

Kết quả chức năng cho thấy phục hồi đường thở tốt với tỷ lệ rút canuyn 100%. Chức năng nuốt được bảo tồn tương đối, với thời gian rút ống nuôi ăn trung vị 7 ngày và mức độ sặc nhẹ ở đa số bệnh nhân. Chức năng giọng nói giảm trong giai đoạn sớm sau mổ nhưng cải thiện sau 3 tháng, phản ánh quá trình thích nghi của các cấu trúc thanh quản còn lại.

Kết quả này phù hợp với các báo cáo trước đây, đồng thời cho thấy khả năng mở rộng chỉ định của PMF sang các trường hợp ung thư thanh quản tiến triển hơn, bao gồm cả u xuyên thanh môn. Hạn chế chính gồm cỡ mẫu nhỏ và đánh giá giọng nói chủ yếu dựa trên công cụ chủ quan.



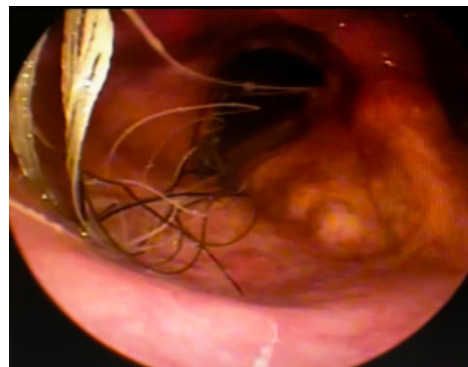
Hình 4. Rò thanh quản ra da trước cổ sau cắt bán phần đúng có tái tạo bằng vật PMF

Trong theo dõi hậu phẫu, ghi nhận 2 trường hợp rò thanh quản–da sớm. Cả hai bệnh nhân có thể trạng gầy, mô dưới da mỏng, vật tái tạo mỏng và ho nhiều sau mổ, làm tăng áp lực nội thanh quản và nguy cơ bục đường khâu. Lâm sàng có thoát khí và đàm qua lỗ rò khi phát âm. Các trường hợp được xử trí bằng làm tươi bờ và đóng kín hai lớp, diễn tiến ổn định (Hình 4). Biểu chứng này đã được ghi nhận trong y văn và liên quan đến chất lượng mô mềm và áp lực nội thanh quản sau mổ [7].



Hình 5. Ung thư thanh quản tái phát xâm lấn ra da trước cổ

Hai bệnh nhân khác xuất hiện tái phát tại chỗ ở vùng mép trước thanh quản kèm xâm lấn da cổ trước sau 1 năm và 3 năm. Các trường hợp này được xử trí bằng cắt thanh quản toàn phần kết hợp cắt bỏ da tổn thương và tái tạo bằng vật da trên đòn, sau đó xạ trị bổ trợ. Hiện tại, bệnh nhân ổn định (Hình 5). Tái phát tại chỗ sau phẫu thuật bảo tồn thanh quản đã được báo cáo trong các nghiên cứu trước đây [3].



Hình 6. Lông mọc trên vật PMF quan sát qua nội soi thanh quản

Một trường hợp ghi nhận ho khan kéo dài sau phẫu thuật. Nội soi thanh quản phát hiện lông mọc trên bề mặt vật tái tạo gây kích thích thanh quản (Hình 6). Bệnh nhân được điều trị bằng triệt lông qua

nội soi thanh quản treo bằng dao điện đơn cực, với cải thiện hoàn toàn triệu chứng sau hai tuần. Hiện tượng mọc lông trên vật da tái tạo đường thờ trên cũng đã được mô tả trong y văn [8].

V. KẾT LUẬN

Tái tạo thanh quản bằng vật cơ bám da cổ là một lựa chọn khả thi trong phẫu thuật bảo tồn thanh quản. Phương pháp này có ưu điểm về tính đơn giản, thời gian phẫu thuật ngắn và khả năng phục hồi chức năng thanh quản ở mức chấp nhận được trong giai đoạn theo dõi sớm, qua đó góp phần cải thiện chất lượng sống cho bệnh nhân sau điều trị ung thư thanh quản.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Jiang Z, Zhao P, Jiang Z, Liu J, Pan X. Modified platysma myocutaneous flap reconstruction for advanced laryngeal carcinoma: a multicenter retrospective cohort study. Head Neck. 2025 Nov 30. doi:10.1002/hed.70120.
2. Dursun G, Ozgursoy OB. Laryngeal reconstruction by platysma myofascial flap after vertical partial laryngectomy. Head Neck. 2005;27(9):762–70. doi:10.1002/hed.20241
3. Zhu W, Liang H, Liang F, et al. Application of platysma myocutaneous flap in surgical repair after T2–3 glottic carcinoma resection. Laryngoscope. 2024;134:3181–6.
4. Rosen CA, Lee AS, Osborne J, Zullo T, Murry T. Development and validation of the Voice Handicap Index-10. Laryngoscope. 2004;114(9):1549–56
5. Cai Q, Liang F, Huang X, Han P, Pan Y, Zheng Y. Hypopharynx and larynx defect repair after resection for pyriform fossa cancer with a platysma skin flap. Otolaryngol Head Neck Surg. 2015;152(2):374–6. doi:10.1177/0194599814559508
6. Chen L, Chen R, Guan Z, et al. Platysma skin flap: Laryngeal repair material to produce phonatory flap vibrational wave. Head Neck. 2020;42(10):2757–63. doi:10.1002/hed.26294
7. Sun ZF, Wang GL, Liu YY, Ding J, Luo D, Dong P. Platysma myocutaneous flaps in reconstruction of defects caused by hypopharyngeal cancer resection. Lin Chuang Er Bi Yan Hou Tou Jing Wai Ke Za Zhi. 2017;31(23):1800–2. doi:10.13201/j.issn.1001-1781.2017.23.005
8. Sei H, Hato N, Tozawa A, et al. Treatment of intractable hair growth after partial laryngectomy. Clin Image Case Rep J. 2021;3(3):149.

NHẬN XÉT TỶ LỆ MỔ LẤY THAI THEO PHÂN LOẠI ROBSON TẠI BỆNH VIỆN HỮU NGHỊ ĐA KHOA NGHỆ AN

Trịnh Lê Thủy Nhi^{1*}, Mạnh Trọng Bằng¹, Đinh Văn Sinh¹, Tạ Thị Thuý¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nhận xét chỉ định mổ lấy thai (MLT) dựa trên hệ thống phân loại Robson tại Bệnh viện Hữu nghị đa khoa Nghệ An năm 2024–2025.

Đối tượng và phương pháp: Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 201 sản phụ có tuổi thai từ 28 tuần đến sinh tại bệnh viện từ 01/06/2024 đến 01/06/2025. Các biến số được thu thập và phân loại theo 10 nhóm của Robson.

Kết quả: Tỷ lệ MLT chung là 41,8%. Trong 10 nhóm Robson, nhóm 5 (con ọc, có vết mổ cũ) đóng góp cao nhất vào tỷ lệ MLT chung (38,1%), tiếp theo là nhóm 1 (con so, chuyển dạ tự nhiên) đóng góp 21,4% và nhóm 2 đóng góp 11,9%.

Kết luận: Tỷ lệ MLT tại bệnh viện còn cao, chủ yếu do sự đóng góp của nhóm sản phụ có vết mổ cũ và nhóm con so. Cần có chiến lược can thiệp tập trung vào nhóm sản phụ sinh con lần đầu để giảm tỷ lệ MLT trong tương lai.

Từ khóa: Mổ lấy thai, phân loại Robson, Bệnh viện Hữu nghị đa khoa Nghệ An.

SUMMARY

ASSESSMENT OF CESAREAN SECTION RATES ACCORDING TO THE ROBSON CLASSIFICATION AT NGHE AN GENERAL FRIENDSHIP HOSPITAL

Objective: To evaluate the indications for cesarean section based on the Robson classification system at Nghe An General Friendship Hospital during the 2024–2025 period.

Methods: A cross-sectional descriptive study was conducted on 201 pregnant women with a gestational age of 28 weeks or more who gave birth at the hospital from June 1, 2024 to June 1, 2025. Variables were collected and categorized according to the Robson ten-group

¹Bệnh viện Hữu nghị đa khoa Nghệ An
Chịu trách nhiệm chính: Trịnh Lê Thủy Nhi,
Email: thuyhnitninhle244@gmail.com
Mã bài: N498

Ngày nhận bài: 3/4/2026

Ngày phản biện khoa học: 2/4/2026

Ngày duyệt bài: 15/5/2026