Đánh giá kết quả điều trị liệt cơ mở thanh quản bằng phương pháp cắt dây thanh quản bán phần tại khoa cấp cứu, bệnh viện tai mũi họng

Quách Thị Cần*

TÓM TẮT

Liệt dây thanh 2 bên thường gây tắc đường hô hấp trên nặng. Chúng tôi nghiên cứu 24 trường hợp liệt dây thanh 2 bên. 14 bệnh nhân (BN) được phẫu thuật bằng kỹ thuật I (cắt dây thanh bán phần sau), 10 BN được phẫu thuật bằng kỹ thuật II (cắt dây thanh bán phần kèm theo khâu niêm mạc), 19 BN liệt dây thanh 2 bên sau phẫu thuật tuyến giáp. Kết quả cho thấy: tất cả BN phẫu thuật bằng kỹ thuật II được rút canul ngay lần phẫu thuật đầu tiên với test chức năng hô hấp tốt. Hầu hết BN phẫu thuật bằng kỹ thuật I phải phẫu thuật 2 - 3 lần. Kỹ thuật II tốt hơn kỹ thuật I trong phẫu thuật điều trị liệt dây thanh.

* Từ khoá: Liệt dây thanh 2 bên; Cắt dây thanh bán phần.

Evaluation of the results of treatment of bilatelaRel vocal cord paralysis by removing part of vocal cord at Emergency Department, Central Otorhinolaryngology Hospital

SUMMARY

- Bilateral vocal cord paralysis most frequently assume a midline position, causing severe upper airway obtruction. We rewied 24 cases of bilatelarel vocal cord paralysis.

- 14 patients were operated with technique I (removing part of the vocal cord).

- 10 patients were operated with preserved mucosa of the vocal cord is held in place by suture (technique II- modified Kirchner).

- The etiology in 19 of our patients was iatrogenic from thyroid sugery.

Results:

- All the patients in technique II were decanulated in the first operation with wonderful respiratory functions test.

- Most patients in technique I were operated in 2 - 3 times.

- We prefer to technique II for vocal cord paralysis.

** Key words: Bilatelarel vocal cord paralysis; Removing part of the vocal cord.*

---

* *Bệnh viện Tai Mũi Họng TW*

Phản biện khoa học: PGS. TS. Lê Trung Hải

ĐẶT VẤN ĐỀ

Liệt cơ mở là một bệnh lý tại thanh quản, hai dây thanh có hình dáng bình thường nhưng cố định ở tư thế khép. Tổn thương dây thần kinh quặt ngược chi phối nhóm cơ mở thanh quản, có thể là tổn thương tại chỗ (dọc đường đi của dây quặt ngược ở vùng cổ hoặc vùng ngực) hoặc tổn thương từ thần kinh trung ương (nhân hoặc vỏ não). Ngày nay, phẫu thuật tuyến giáp trạng được tiến hành rộng rãi tại các bệnh viện từ trung ương đến địa phương nên số lượng BN liệt cơ mở gặp ngày càng nhiều. Có nhiều kỹ thuật để xử lý các biến chứng này trên thế giới đã áp dụng như phẫu thuật Woodman (khâu treo sụn phễu), cắt dây thanh và sụn phễu 1 bên qua mở sụn giáp. Ở các nước phát triển, người ta sử dụng laser CO_2 để cắt dây thanh và sụn phễu 1 bên.

Trong phạm vi nghiên cứu này, chúng tôi nghiên cứu kết quả kỹ thuật vi phẫu cắt dây thanh bán phần tại Khoa Cấp cứu, Bệnh viện Tai Mũi Họng TW.

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu.

Các BN được khám, chẩn đoán và điều trị tại Khoa Cấp cứu, Bệnh viện Tai Mũi Họng TW.

- Tiêu chuẩn chọn BN: tất cả BN có hồ sơ rõ ràng.

Tiêu chuẩn chẩn đoán: nội soi thanh quản có hình ảnh màu.

2. Phương pháp nghiên cứu.

Nghiên cứu tiến cứu, mô tả có so sánh.

* *Thủ tục và các bước tiến hành phẫu thuật:*

- Nhóm các BN liệt cơ mở sau phẫu thuật tuyến giáp được khám và thăm dò chức năng tuyến giáp và tuyến cận giáp. Nếu BN bị suy giáp hoặc cận giáp thì phải điều trị liệu pháp hormon thay thế đến khi bình giáp mới phẫu thuật.

- Nhóm BN có tổn thương trung ương hoặc tổn thương khác phải thăm khám kỹ lưỡng để tìm nguyên nhân.

* *Kỹ thuật phẫu thuật mở khí quản:*

BN vào viện trong tình trạng khó thở nặng (KTTQ độ II). Nếu tình trạng dây thanh hẹp khít cần mở khí quản (MKQ) ngay, sau đó mới làm các thăm khám khác.

Nếu tình trạng BN cho phép MKQ trước khi gây mê cắt dây thanh.

Chia BN làm 2 nhóm:

- Nhóm I: cắt dây thanh bán phần 1 bên (kỹ thuật Chevalier Jackson).

- Nhóm II: cắt dây thanh bán phần 1 bên có khâu niêm mạc mép trên và dưới của đường cắt để định hướng che phủ của niêm mạc (kỹ thuật Kirchner cải tiến).

+ Bước 1: gây tê tại chỗ mặt trên của dây thanh định cắt ở 1/3 sau, đặc biệt chỗ bám của cơ thanh quản vào sụn phễu (mấu cơ của sụn phễu) bằng ilodocain 2 - 3ml để đẩy phồng dây thanh vào trong.

+ Bước 2: dùng kéo vi phẫu cắt 1/2 sau dây thanh. Ở phía sau cắt tới sát mấu thanh của sụn phễu (bao gồm một phần niêm mạc và cơ dây thanh).

+ Bước 3: khâu lại mép niêm mạc trên (sát với băng thanh thất) với niêm mạc mép dưới (sát hạ thanh môn) bằng 1 hoặc 2 mũi chỉ tiêu chậm.

+ Hậu phẫu: BN được sử dụng kháng sinh, chống viêm, giảm đau, chăm sóc tại chỗ ống thở và khí dung đường mũi họng trong 1 tuần. Sau 7 -10 ngày, soi thanh khí quản kiểm tra. Nếu tình trạng phù nề ít, khe thanh môn mở rộng, tiến hành rút canul. Nếu phù nề nhiều, khe thanh môn chưa rộng, thay ống thở cho BN về tập nút ống và rút canul theo hẹn.

Hẹn tất cả BN sau rút ống thở 2 - 6 tháng đến để nội soi kiểm tra, đo chức năng hô hấp để đánh giá kết quả.

KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

1. Phân loại liệt cơ mở theo giới.

Nam: 5 BN; nữ: 19 BN, nữ gặp nhiều hơn nam gấp 4 lần.

Số bệnh nhân nữ gặp nhiều hơn nam gấp 4 lần.

2. Phân loại liệt cơ mở theo nguyên nhân.

Cắt tuyến giáp: 20 BN; nguyên nhân khác: 4 BN.

Liệt cơ mở thanh quản gặp chủ yếu do tai biến của phẫu thuật cắt tuyến giáp.

3. Các kỹ thuật sử dụng.

Cắt dây thanh bán phần sau (kỹ thuật I: 14 BN); cắt dây thanh bán phần kèm theo khâu niêm mạc (kỹ thuật II: 10 BN).

Số BN được áp dụng kỹ thuật I và II đều đạt > 5.

Bảng 1: Kết quả phẫu thuật của 2 phương pháp.

	RÚT ỐNG THỞ Ở LẦN PHẪU THUẬT I	RÚT ỐNG THỞ Ở LẦN PHẪU THUẬT II	PHẪU THUẬT KHÁC
Kỹ thuật I	4/14	8/14	2/14
Kỹ thuật II	9/10	1/10	

Với kỹ thuật I, số BN rút ống thở ở lần phẫu thuật I ít hơn so với kỹ thuật II (4/14 BN so với 9/10 BN).

Bảng 2: Kết quả đo chức năng thông khí.

	KỸ THUẬT I	KỸ THUẬT II

	(X ± SD)	(X ± SD)
FEV_1	76,16 ± 12,78	94,18 ± 13,6
VC	78,15 ± 11,20	90,76 ± 10,2
Tiffeneau	82,89 ± 17,53	91,13 ± 11,15

Chỉ số đo chức năng hô hấp của nhóm sử dụng kỹ thuật II cao hơn ở nhóm I.

BÀN LUẬN

Chẩn đoán liệt cơ mở thanh quản không khó khăn, chủ yếu dựa vào hình ảnh lâm sàng và nội soi qua màn hình: 2 dây thanh cố định ở tư thế khép. Ngoài ra, cần phân biệt cơ mở với cố định sụn phễu do sẹo hẹp. Đối với các nước phát triển, người ta dựa vào xét nghiệm điện cơ thần kinh. Tại Bệnh viện Tai Mũi Họng TW, chúng tôi chủ yếu dựa vào việc thăm hỏi tiền sử của BN.

Những BN liệt cơ mở sau cắt tuyến giáp toàn phần, chúng tôi không xử lý ngay mà chờ 6 tháng. Ở giai đoạn này, nhiều BN tổn thương thần kinh do phù nề và có khả năng hồi phục.

Vấn đề đánh giá chức năng tuyến giáp và tuyến cận giáp rất quan trọng đối với bác sỹ gây mê hồi sức. Trong tình trạng suy giáp BN sẽ gặp khó khăn trong ở thì hồi tỉnh, có thể phải kéo dài thời gian hậu phẫu.

Một số trường hợp suy giáp gây phù niêm làm cho tổ chức liên kết lỏng lẻo ở khoang cạnh thanh quản phù nề, ảnh hưởng tới quá trình lành vết thương.

Kỹ thuật cắt dây thanh bán phần 1 bên gây thiếu hụt một phần niêm mạc. Trong quá trình lành bệnh, niêm mạc không lát kịp làm tổ chức hạt từ phía dưới mọc lên nhanh, tạo ra xơ sùi lấp phần dây thanh đã cắt (hình ảnh nội soi như dây thanh giả). Kết quả là sau 3 - 6 tháng, BN xuất hiện khó thở trở lại. 8/14 BN phải cắt lại tới 2 lần, 2 BN phải sử dụng kỹ thuật mở để cắt dây thanh và sụn phễu.

Trong cải tiến kỹ thuật cắt bán phần dây thanh, chúng tôi dùng chỉ tiêu chậm khâu mép trên và dưới chỗ cắt qua nội soi để che phủ phần thiếu hụt niêm mạc. Điều này làm quá trình lành bệnh nhanh, tránh hình thành tổ chức xơ sùi. Với kỹ thuật này, 9/10 BN đều được rút ống thở ở lần phẫu thuật đầu tiên và có chức năng hô hấp trung bình đạt FEV_1 94%, VC 90%, Tiffneau 91%. Kết quả: khe thanh môn mở rộng hơn, rút ngắn thời gian BN phải đeo ống thở và chức năng hô hấp phục hồi tốt hơn.

Đây là một bước cải tiến kỹ thuật rất phù hợp với điều kiện hoàn cảnh ở Bệnh viện Tai Mũi Họng TW khi chưa có laser trong phẫu thuật thanh quản. Kỹ thuật này ít tai biến mà hiệu quả cao.

KẾT LUẬN

Liệt cơ mở thanh quản là bệnh chủ yếu gặp do tai biến khi phẫu thuật tuyến giáp. Nếu không xử trí thì BN suốt đời bị tàn phế về hô hấp. Tại Bệnh viện Tai Mũi Họng TW, chúng tôi

đã sử dụng kỹ thuật soi treo cắt dây thanh bán phần và cải tiến khâu phục hồi lại niêm mạc. Đây là kỹ thuật không tốn kém, an toàn nhưng đòi hỏi phải khéo léo. Việc khâu phục hồi lại niêm mạc dây thanh sẽ làm cho vết mổ lành sẹo nhanh, không gây tổ chức xơ sùi ở phần dây thanh bị cắt, kết quả là BN sẽ được rút ống thở sớm và chức năng thông khí rất khả quan.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. *Andrews M.J., Pearson F.G.* Incidence and pathogenesis of tracheal injury following cuffed tube tracheotomy with assisted ventilation. Ann Surgery. 1971, pp.249-260.

2. *Bean J.K. et al.* Injury and age-linked differences in wound healing and stenosis formation in the subglottis. Acta Otolaryngol. 1995, 115, pp.317-321.

3. *Berke G.S.* Voice disorders and phonosurgery. Head and Neck Surgery Otolaryngology. Bailey B.J. 1993, pp.644-657.

4. *Cumming.* Laryngeal trauma from intubation: endoscopic evaluation and classification. Otolaryngology - Head & Neck Surgery. 1997.