XỬ TRÍ SẸO HẸP THANH QUẢN BẰNG PHẪU THUẬT TẠO HÌNH SỬ DỤNG VẠT SỤN THANH THIỆT: CA LÂM SÀNG

Hà Phương Thảo*, Lê Đình Hưng*, Lê Minh Kỳ**

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả xử trí sẹo hẹp thanh quản sử dụng vạt sụn thanh thiệt. **Đối tượng và phương pháp:** Bệnh nhân được chẩn đoán là sẹo hẹp thanh quản và được điều trị phẫu thuật tại bệnh viện E năm 2020. Mô tả ca bệnh. **Kết quả:** Kết quả nội soi trước khi ra viện và 4 tháng khám lại sau mổ thấy thanh môn rộng rãi. **Kết luận:** Đây là lần đầu tiên ekip ứng dụng một kĩ thuật mới trong chỉnh hình sẹo hẹp phần trước thanh quản. Đó là kĩ thuật chỉnh hình sử dụng vạt sụn thanh thiệt. Thành công của ca mổ mở ra triển vọng áp dụng rộng rãi kĩ thuật này đối với những trường hợp sẹo hẹp phần trước thanh quản tương tự.

Từ khóa: Phẫu thuật tạo hình, sẹo hẹp thanh quản, vạt sụn thanh thiệt

SUMMARY

TREATMENT OF LARYNGEAL STENOSIS BY PLASTIC SURGERY USING EPIGLOTTIS FLAP

Objective: Describe the management of laryngeal stenosis using the epiglottis flap. **Subjects and method:** Patient was diagnosed with laryngeal stenosis and received surgery at E hospital in 2020. Case report. **Results**: Endoscopic results before discharge and 4 months after surgery showed a wide glottis. **Conclusion**: This is the first time the team has applied a new technique in stenosis of the anterior larynx. It is a technique using the epiglottis flap. The success of the operation opens up the prospect of widespread application of this technique to similar cases.

Keywords: Plastic surgery, laryngeal stenosis, epiglottis flap

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Sẹo hẹp thanh quản là tình trạng hẹp đường thở ở vị trí thanh quản (thượng thanh môn, dây thanh, hạ thanh môn). Bệnh lý này là hậu quả của nhiều nguyên nhân khác nhau, trong đó tỉ lệ gặp nhiều nhất là do đặt ống nội khí quản kéo dài. Ngoài ra, còn có thể do các nguyên nhân: chấn thương vùng cổ, phẫu thuật thanh quản, viêm nhiễm đặc hiệu, bẩm sinh….

Chẩn đoán sẹo hẹp thanh quản dựa vào khai thác tiền sử, triệu chứng lâm sàng (khàn tiếng, khó thở), nội soi họng thanh quản, kết hợp chẩn đoán hình ảnh (cắt lớp vi tính). Qua đó, cũng giúp xác định được mức độ hẹp, độ dài đoạn hẹp, vị trí hẹp, sẹo hẹp thanh quản đơn thuần hay phối hợp sẹo hẹp khí quản để lựa chọn hướng điều trị phù hợp cho bệnh nhân. Các phương pháp phẫu thuật gồm: nội soi tách dính, nội soi nong sẹo hẹp (nong bằng bóng, nong bằng ống soi cứng), mổ mở cắt sẹo hẹp kết hợp đặt ống nong, phẫu thuật tạo hình thanh khí quản có sử dụng mảnh ghép (sụn sườn), cắt nối...

Xử lý sẹo hẹp thanh quản là một vấn đề khó, đầy thách thức đối với bác sĩ tai mũi họng. Thách thức ở đây không phải nằm ở khâu lấy bỏ sẹo hẹp, mà là hướng xử trí như thế nào để tránh tái hẹp lại sau mổ. Theo nghiên cứu, tỉ lệ tái hẹp sau mổ là khoảng 10%.

Chúng tôi xin báo cáo một trường hợp sẹo hẹp thanh quản được phẫu thuật thành công với sử dụng vạt sụn thanh thiệt.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng. Bệnh nhân nam, 48 tuổi vào viện vì không rút được canuyn mở khí quản sau phẫu thuật thanh quản. Trước đó, bệnh nhân được chẩn đoán là ung thư thanh quản, được phẫu thuật mở sụn giáp cắt u dây thanh và nạo vét hạch cổ phải tại bệnh viện đa khoa tỉnh Phú Thọ (2018). Sau mổ 6 tháng, bệnh nhân xuất hiện khó thở tăng dần. Sau 1 năm, bệnh nhân khó thở nhiều, không nói được. Bệnh nhân đi khám và được chẩn đoán là sẹo hẹp thanh quản sau phẫu thuật ung thư thanh quản.

2.2. Phương pháp. BN được chỉ định mở khí quản, nội soi cắt bỏ sẹo hẹp bằng Laser (2019). Tuy nhiên sau mổ, sẹo hẹp thanh quản hình thành trở lại làm hẹp đường thở. Do vậy, bệnh nhân không rút được canuyn mở khí quản.

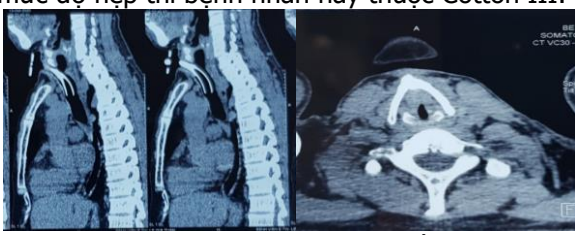
Hình 1. *Hình ảnh sẹo hẹp thanh quản trên nội soi*

Trên cắt lớp vi tính, với các lớp cắt sagital, coronal thấy độ dày đoạn hẹp ở thanh môn là khoảng 5mm. Không thấy có sẹo hẹp vị trí khác ở đường thở.

Về mặt khám lâm sàng khi đến bệnh viện E

**Bệnh viện E Hà Nội*
***Trường ĐH Y Dược, Đại học Quốc gia*
Chịu trách nhiệm chính: Hà Phương Thảo
Email: thaohaphuong88@gmail.com
Ngày nhận bài: 3/4/2022
Ngày phản biện khoa học: 29/4/2022
Ngày duyệt bài: 17/4/2022

(tháng 10/2020), bệnh nhân đang đeo canuyn mở khí quản, không nói được. Đánh giá toàn thân và nội soi tai mũi họng không thấy tình trạng tái phát u. Tuy nhiên, sẹo dính toàn bộ phần trước dây thanh làm hẹp đến 80% khe thanh môn. Theo phân độ Cotton- Myer với 4 mức độ hẹp thì bệnh nhân này thuộc Cotton III.



Hình 2. *Hình ảnh sẹo hẹp trên cắt lớp vi tính*

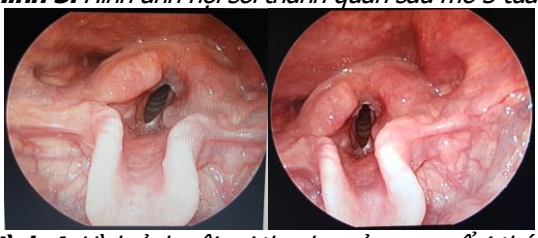
Bệnh nhân đã được phẫu thuật mổ mở, với các bước:

- Rạch da theo sẹo mổ cũ.
- Bộc lộ sụn giáp, cắt 2/3 trước sụn giáp.
- Cắt bỏ sẹo hẹp.
- Cắt chân sụn thanh thiệt, bóc tách niêm mạc mặt lưỡi sụn nắp, giải phóng sụn thanh thiệt.
- Kéo sụn thanh thiệt xuống, phủ qua mép trước, khâu với sụn nhẫn.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Tình trạng sau mổ của bệnh nhân ổn định, không có tai biến trong và sau mổ. Bệnh nhân được rút sonde ăn sau mổ 2 tuần, không ăn sặc, rút canuyn mở khí quản sau 3 tuần. Kết quả nội soi trước khi ra viện và 4 tháng khám lại sau mổ thấy thanh môn rộng rãi, bệnh nhân nói được, thở thông thoáng qua đường tự nhiên.

Hình 3. *Hình ảnh nội soi thanh quản sau mổ 3 tuần*



Hình 4. *Hình ảnh nội soi thanh quản sau mổ 4 tháng*

IV. BÀN LUẬN

Sẹo hẹp thanh quản là tình trạng hẹp 1 phần hay toàn bộ lòng thanh quản do bẩm sinh hoặc mắc phải. Nguyên nhân bẩm sinh là do bất thường trong quá trình tái tạo màng thanh quản. Nguyên nhân mắc phải thường được nhắc đến nhất là đặt ống nội khí quản kéo dài. Theo thống kê, 15% bệnh nhân được đặt ống trên 10 ngày sẽ dẫn đến sẹo hẹp ở các mức độ khác nhau ở hạ thanh môn. 90% sẹo hẹp thanh quản mắc phải ở trẻ em là do đặt ống nội khí quản. Bên cạnh đó phải kể đến các nguyên nhân: phẫu thuật thanh quản không đúng kĩ thuật, chấn thương thanh quản, bỏng hóa chất, bệnh lý viêm đặc hiệu U hạt Wegener…Trong nghiên cứu của chúng tôi, bệnh nhân có tiền sử ung thư thanh quản, đã được mở sụn giáp cắt dây thanh. Việc phẫu thuật can thiệp vào dây thanh trên diện rộng đối với ung thư, đặc biệt những tác động không đúng mức vào mép trước và cả dây thanh bên đối diện là những nguy cơ dẫn đến hình thành sẹo hẹp.

Triệu chứng lâm sàng của sẹo hẹp thanh quản thay đổi tùy thuộc vào tuổi, mức độ hẹp, và mức hoạt động của bệnh nhân. Trong đó, thở rít là biểu hiện phổ biến nhất của sẹo hẹp thanh quản. Đối với sẹo hẹp ở thượng thanh môn, thanh môn, bệnh nhân thở rít thì hít vào, còn với sẹo hẹp giữa vị trí dây thanh và khí quản thì bệnh nhân thở rít cả 2 thì. Các triệu chứng khác gồm: khó thở, co kéo cơ hô hấp, khàn tiếng…. Với ca bệnh của chúng tôi, tình trạng sẹo hẹp khi đến viện là nặng , độ III theo Coton- Myer. Theo phân độ của Coton- Myer về mức độ sẹo hẹp, tác giả phân ra làm 4 độ: độ I sẹo hẹp <50% khẩu kính đường thở, độ II sẹo hẹp từ 51-70%, độ III từ 71-99%, độ IV sẹo hẹp 100% khẩu kính đường thở. Như vậy với mức độ hẹp là 80%, bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi khó thở rất nhiều, và đó là lý do bệnh nhân đã phải mở khí quản trước đó và đeo canuyn mở khí quản.

Chẩn đoán hình ảnh, trong đó quan trọng là cắt lớp vi tính giúp đánh giá khung thanh quản cũng như độ dài đoạn hẹp. Chiều dài đoạn hẹp, được đánh giá trên lớp cắt sagital kết hợp soi thanh quản ống cứng trong lúc mổ, chia làm 4 mức độ khác nhau: <1cm, >1-2cm,>2-3cm, >3cm. Nếu mức độ tổn thương nặng mà quá dài thì đó là yếu tố tiên lượng xấu và ngược lại. Rất may mắn trong nghiên cứu của chúng tôi, độ dài đoạn hẹp <1cm. Tuy nhiên, mức độ hẹp nặng, và đã trải qua 2 lần phẫu thuật: cắt u dây thanh, cắt bỏ sẹo hẹp nên tổ chức xơ dính nhiều, khung thanh quản không còn toàn vẹn. Điều này dẫn tới nguy cơ tái hẹp sau phẫu thuật lần nữa là rất lớn. Chính vì vậy, đòi hỏi chúng tôi phải tính toán đưa ra phương án điều trị hợp lý.

Trong ca lâm sàng của chúng tôi, hướng điều trị chỉnh hình sẹo hẹp thanh quản đặt ra là cân nhắc phẫu thuật nội soi hay mổ mở. Phẫu thuật nội soi có ưu thế là can thiệp ít xâm lấn, ít gây tổn thương, áp dụng được với chiều dài đoạn hẹp ngắn <1cm. Có thể tách dính dưới nội soi (dao vi phẫu, laser) đơn thuần hoặc kết hợp với chấm Mitomycin C, đặt ống nong. Tuy nhiên, dù chiều dài đoạn hẹp ngắn, chỉ định nội soi không phù hợp với bệnh nhân này nữa do qua 2 lần phẫu thuật sẹo xơ dính khá chắc, kèm bệnh nhân đã tách dính dưới nội soi 1 lần thất bại. Chính vì vậy phẫu thuật mổ mở được đặt ra. Đối với phẫu thuật mổ mở, kỹ thuật phổ biến ở nước ta hiện nay là mở sụn giáp, cắt đoạn sẹo hẹp thanh quản, sau đó đặt ống nong nhằm ngăn tái hẹp. Việc đặt vật liệu nhân tạo bộc lộ nhược điểm là có nguy cơ hình thành tổ chức hạt và bị di lệch khỏi vị trí. Chính vì lý do đó, đây là lần đầu tiên chúng tôi đã có cải tiến kỹ thuật chỉnh hình sẹo hẹp thanh quản, dùng vạt thanh thiệt kéo trượt xuống phủ qua mép trước. Vì là vạt tự thân nên khắc phục được những nhược điểm vừa nêu. Cơ sở sử dụng vạt sụn thanh thiệt là kĩ thuật Tucker. Đây là kĩ thuật phẫu thuật cắt thanh quản trán trước, có tạo hình bằng sụn thanh thiệt. Kĩ thuật này chủ yếu được chỉ định trong ung thư thanh quản giai đoạn T2, với ưu điểm là phục hồi chức năng thanh quản, ít nguy cơ sẹo hẹp sau mổ. Trên cơ sở đó, đây là lần đầu tiên ekip ứng dụng trong phẫu thuật chỉnh hình sẹo hẹp thanh quản. Ca mổ được thực hiện bởi phẫu thuật viên đầu cổ kinh nghiệm, đảm bảo tránh gây tổn thương không cần thiết trong quá trình phẫu thuật, cũng như tính toán bóc tách kéo vạt sụn thanh thiệt đúng mức đảm bảo vừa làm rộng thanh môn tránh tái hẹp, cũng như không làm rộng quá mức có thể gây ăn sặc sau mổ. Ca mổ đã đạt kết quả thành công, khi bệnh nhân đã rút được canuyn mở khí quản, thở thông qua đường tự nhiên, và nói được, không ăn sặc. Bệnh nhân đã quay trở lại làm việc, hòa nhập xã hội.

V. KẾT LUẬN

Phẫu thuật chỉnh hình sẹo hẹp thanh quản là một phẫu thuật khó. Đây là lần đầu tiên ekip ứng dụng một kĩ thuật mới trong chỉnh hình sẹo hẹp phần trước thanh quản. Đó là kĩ thuật chỉnh hình sử dụng vạt sụn thanh thiệt. Thành công của ca mổ mở ra triển vọng áp dụng rộng rãi kĩ thuật này đối với những trường hợp sẹo hẹp phần trước thanh quản tương tự.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **David E. Rosow and Eric Barbarite (2016).** Review of adult laryngotracheal stenosis: pathogenesis, management, and outcomes. Curr Opin Otolaryngol Head Neck Surg, 24:489–493.
2. **Matthew M Smith & Robin T Cotton (2018).** Diagnosis and management of laryngotracheal stenosis. Expert Review of Respiratory Medicine
3. **Phạm Khánh Hòa, Quách Thị Cần (2007).** Bước đầu đánh giá các phương pháp chỉnh hình trong sẹo hẹp thanh khí quản tại Bệnh viện tai mũi họng trung ương. Y học thực hành
4. **Satish Nair, Ajith Nilakantan, Amit Sood, Atul Gupta, Abhishek Gupta (2015).** Challenges in the Management of Laryngeal Stenosis. Indian J Otolaryngol Head Neck Surg
5. **Sean Lewis, MD; Marisa Earley, MD; Richard Rosenfeld, MD, MPH**; Joshua Silverman, MD, PhD (2016). Systematic Review for Surgical Treatment of Adult and Adolescent Laryngotracheal Stenosis. The Laryngoscope
6. **Sudarshan Reddy, Sandeep (2018).** Study of Laryngotracheal Stenosis and its Management in 25 Cases. J Head Neck Spine Surg.

LIÊN QUAN GIỮA NỒNG ĐỘ NT-proBNP HUYẾT THANH VỚI MỘT SỐ THÔNG SỐ SIÊU ÂM TIM Ở BỆNH NHÂN BASEDOW NHIỄM ĐỘC HORMON TUYẾN GIÁP

Tôn Thất Kha*, Hoàng Trung Vinh**

TÓM TẮT

Mục tiêu: Khảo sát mối liên quan nồng độ NT-proBNP huyết thanh với một số thông số siêu âm tim ở bệnh nhân (BN) Basedow nhiễm độc hormon tuyến giáp (NĐHMG). **Đối tượng và phương pháp:** 258 BN Basedow giai đoạn NĐHMTG lứa tuổi 37,0 (27,0-52,0), nữ: 213 (83,6%); nam 45 (17,4%) được xét nghiệm nồng độ NT-proBNP huyết thanh bằng phương pháp điện hóa phát quang (ECLIA) và siêu âm Doppler tim trên máy EPIQ 5G xác định một số chỉ số hình thái và chức năng tim. Kết quả: nồng độ NT-proBNP gia

**Bệnh viện Nội tiết Trung ương*
***Học viện Quân y*
Chịu trách nhiệm chính: Tôn Thất Kha
Email: kha1313@yahoo.com
Ngày nhận bài: 4/4/2022
Ngày phản biện khoa học: 27/4/2022
Ngày duyệt bài: 12/5/2022