

NGHIÊN CỨU ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VÀ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ VI PHẪU THANH QUẢN QUA 172 CA TẠI HẢI PHÒNG

ĐOÀN THỊ HỒNG HOA, VŨ VĂN SẢ
ĐOÀN THỊ NGUYỆT ÁNH

SUMMARY

172 cases with laryngeal lesions were studied at Hai phong from 1/2006- 12/2009 to identify clinical and pathological features of vocal cords, so that can do laryngeal microsurgery and then to evaluate the results from it

Materials and methods: A prospective study performed on patients were diagnosed and treated with laryngeal microsurgery at ENT departments of Viet Tiep hospital, Hai phong Medical University Hospital, VINIMAM

Results: Laryngeal lesions are usually seen in professional voice users. Women were predominance (81,98%). Most of the patients seen in 20 – 40 of age. Of the lesions were studied, Vocal cord nodules and vocal cysts were predominance (68,02%). Surgery time were short with local anesthesy. Hospitalized time reduced and treatment results were good (9128%).

TÓM TẮT

172 trường hợp tổn thương dây thanh được nghiên cứu tại Hải phòng từ tháng 1/2006 đến tháng 12/2009 nhằm xác định những đặc điểm lâm sàng và tổn thương giải phẫu bệnh lý của dây thanh âm. Đồng thời tiến hành phẫu thuật và sau đó đánh giá kết quả phẫu thuật.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu tiền cứu những bệnh nhân được chẩn đoán và điều trị bằng vi phẫu thuật thanh quản tại các khoa Tai Mũi Họng của các bệnh viện Việt Tiệp, Viện Y học biển Việt nam, Bệnh viện Đại học Y Hải phòng

Kết quả: Các tổn thương thanh quản là bệnh thường gặp ở các đối tượng có nghề nghiệp phải nói nhiều (giáo viên, bán hàng, ca sỹ...). Nữ giới chiếm đa số (81,98%). Phần lớn bệnh nhân gặp ở độ tuổi 20-40. Trong số các tổn thương thì dạng hạt xơ và u nang dây thanh chiếm ưu thế (68,02%).

Thời gian tiến hành phẫu thuật ngắn với phương pháp gây tê tại chỗ là chính. Thời gian nằm viện giảm, các kết quả điều trị tốt đạt 9128%

ĐẶT VẤN ĐỀ

Nhu cầu giao tiếp bằng tiếng nói là nhu cầu tối quan trọng trong cuộc sống xã hội. Xã hội càng phát triển thì việc sử dụng ngôn ngữ giao tiếp càng tăng cao. Trong tình trạng ô nhiễm môi trường và thay đổi khí hậu theo chiều hướng bất lợi như hiện nay, tỷ lệ mắc các bệnh viêm nhiễm thanh quản ngày càng gia tăng, ảnh hưởng tới sức khỏe nói chung và đặc biệt làm hạn chế quá trình giao tiếp, gây tâm lý ức chế và mặc cảm tự ti trong cuộc sống con người.

Dây thanh là cơ quan phát âm chính, lại nằm ngang giữa đường hô hấp trên và dưới nên nguy cơ mắc các bệnh đường hô hấp rất cao. Đặc biệt đối với những người có nghề nghiệp phải sử dụng giọng nói nhiều, dây thanh bị hoạt động quá tải dễ bị vi chấn thương. Các tổn thương cấp tính ở đây nếu không được điều trị kịp thời sẽ dễ dàng chuyển thành các tổn thương cố định như u nang, políp, hạt xơ dây thanh... Lúc này, cách điều trị duy nhất mang lại kết quả mong muốn là tiến hành vi phẫu thuật nội soi cho người bệnh.

Dây thanh có cấu trúc giải phẫu và chức năng khá đặc biệt, lại rất nhỏ nhắn mảnh mai nên động tác phẫu thuật phải hết sức tinh tế, giải quyết được triệt để bệnh tích nhưng tránh được tổn thương cho dây thanh.

Vi phẫu thuật dây thanh được tiến hành ở các nước tiên tiến trên thế giới từ những năm 50 của thế kỷ 19. Ở Việt nam, phẫu thuật này đã được tiến hành tại Viện TMH trung ương từ 50 năm nay. Hiện nay nhiều tỉnh thành trong cả nước đã tiến hành được phẫu thuật này.

Tại Hải phòng, vi phẫu thuật thanh quản được tiến hành từ khá sớm, song cho tới nay vẫn chưa có nghiên cứu nào tổng kết đánh giá về kết quả điều trị bệnh này. Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu tổng kết các ca đã điều trị trong những năm gần đây này nhằm mục đích

1. Khảo sát đặc điểm lâm sàng, mô bệnh học các tổn thương lành tính dây thanh

2. Đánh giá kết quả vi phẫu thuật dây thanh tại Hải phòng trong 4 năm (2006-2009)

ĐỐI TƯỢNG & PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Tiêu chuẩn chọn bệnh

172 BN được điều trị vi phẫu TQ tại các khoa TMH BV Việt Tiệp, BV ĐHY Hải phòng, Viện Y học biển VN từ đầu năm 2006 – cuối năm 2009 :

- Từ 16 tuổi trở lên.
- Khàn giọng ≥ 2 tháng hoặc đã điều trị nhiều lần
- Soi thanh quản có in hình (trước và sau PT)
- Có kết quả xét nghiệm mô bệnh học.
- Được vi phẫu thuật thanh quản.
- Có đầy đủ hồ sơ BA theo mẫu

2. Tiêu chuẩn loại trừ

- Những bệnh nhân có tổn thương đặc hiệu ở DT kèm theo như u lao, K, giang mai...
- Có các bệnh kèm khác của DT như liệt DT, chấn thương TQ...
- Những bệnh nhân có khuyết tật về môi, lưỡi, màn hầu...

3. Phương pháp nghiên cứu

Nghiên cứu tiến cứu, mô tả từng ca.

Thông tin thu thập được ghi chép đầy đủ vào bệnh án mẫu.

Các số liệu được xử lý theo các thuật toán thống kê y học

KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN

1. Đặc điểm dịch tễ học

Bảng 1: Tuổi bệnh nhân

Tuổi	Số trường hợp	Tỷ lệ (%)	p
< 20	19	11,04	< 0,05
21 - 30	29	16,86	
31 - 40	57	33,14	
41 - 50	46	26,74	
> 50	21	12,21	
Tổng số	172	100,0	

Nhận xét: Tuổi trung bình: $35,5 \pm 10,5$. Trong đó chiếm tỷ lệ cao nhất là tuổi 31 – 50 (59,88%). Kết quả n/c tương đương với báo cáo của các t/g Nguyễn Khắc Hòa, Nguyễn Tuyết xương, Trần Công Hòa

Bảng 2: Giới

Giới	N	Tỷ lệ (%)	p
Nam	31	18,02	< 0,001
Nữ	141	81,98	
Tổng số	172	100,0	

Nhận xét: Nữ chiếm đa số 81,98%. Cao gấp 4 lần nam giới. Khác biệt có ý nghĩa thống kê ($P < 0,001$)

N/c của Ng. K. Hòa, Ng. H. Khôi, Hsiung, Preciado đều thấy tỷ lệ mắc ở nữ giới cao hơn hẳn nam. Các tác giả đều có chung nhận định rằng trong sinh hoạt hàng ngày cũng như trong công việc, phụ nữ thường nói nhiều hơn nam giới. Điều này đặc biệt bất lợi trong những trường hợp đang có viêm nhiễm đường hô hấp trên

Bảng 3: Bệnh liên quan đến giọng nói:

Nghề nghiệp	N	Tỷ lệ %
Nghề phải nói nhiều	135	78,49
Nghề ít phải nói nhiều	37	21,51
Tổng số	172	100,0

Nhận xét: Nhóm có nghề nghiệp phải nói nhiều bị bệnh cao gần gấp 4 lần nhóm nói ít

2. Đặc điểm lâm sàng

Bảng 4: Tuổi bệnh

Thời gian mắc	N	%	P
< 2 tháng	12	6,97	<0,001
2 th – 6 th	86	50,00	
7 th – 12 th	58	33,72	
> 12 th	16	9,30	
Tổng	172	100,0	

Nhận xét: Chúng tôi gặp phần lớn b/n mắc bệnh từ 2 tháng đến 12 tháng (chiếm đến 83,72%). Về lý thuyết khi niêm mạc dây thanh bị viêm nhiễm phù nề liên tục từ 2 tháng trở lên, sẽ bị thoái hoá trở thành những tổn thương cố định mà các thuốc chống viêm mất tác dụng. Có lẽ những b/n mới bị bệnh <2 tháng được điều trị thuốc kịp thời sẽ không phải can thiệp ngoại khoa nên chiếm tỷ lệ rất ít ở nghiên cứu này.

Bảng 5: Bệnh liên quan đến nói nhanh mệt, tổn hơi

Đặc điểm	N	%
Nói tổn hơi	148	86,04
Nói không tổn hơi	24	13,96
Tổng	172	100,0

Nhận xét: Đại đa số các bệnh nhân đều có tình trạng nói tổn hơi, nhanh mệt (86,04%)

Bảng 6: Đặc điểm khàn giọng

Đặc điểm khàn giọng	Số trường hợp	Tỷ lệ (%)
Liên tục	118	68,60
Từng đợt	54	31,40
Tổng số	172	100,0

Nhận xét: Bệnh nhân khàn tiếng liên tục, tức là không thấy có lúc nào tiếng trở lại trong, chiếm 68,60%. Số còn lại chỉ khàn từng đợt xen kẽ với những lúc thấy tiếng trong trở lại

Bảng 7: Hình thái tổn thương

Loại GPB	Số trường hợp	Tỷ lệ (%)	P
Hạt xơ DT	53	30,81	<0,05
Polyp DT	24	13,95	
Nang DT	64	37,21	
Nẹp thừa DT (Phù Reinke)	31	18,02	
Tổng số	172	100,0	

Nhận xét: Chiếm tỷ lệ lớn các trường hợp là hạt xơ và u nang dây thanh (68,02%). Tổn thương dạng polyp ít gặp hơn. Các tác giả Nguyễn Hữu Khôi, Huỳnh Khắc Cường cũng đưa ra nhận xét tương tự

Bảng 8: Vị trí tổn thương

Vị trí tổn thương	N	%
1/3 trước dây thanh	92	53,49
1/3 giữa dây thanh	54	31,40
1/3 sau dây thanh	26	15,12
Tổng	172	100,0

Nhận xét: Vị trí tổn thương nhiều nhất là ở 1/3 trước dây thanh (53,49%). Rất nhiều tác giả trong và ngoài nước khi nghiên cứu bệnh này đều thấy vị trí tổn thương ở 1/3 trước dây thanh chiếm ưu thế. Có lẽ liên quan đến điểm tiếp xúc nhiều nhất của 2 dây thanh ở vị trí này. Khi dây thanh đã bị phù viêm, vị trí

nào thường bị cọ sát nhất sẽ nhanh chóng phù nề hơn và dễ thanh tổn thương

Bảng 9: Phương pháp vô cảm

Vô cảm	N	%
Tiền mê & tê tại chỗ	160	93,02
Gây mê + giãn cơ	12	6,98
Tổng	172	100,0

Nhận xét: Hầu hết các ca vì phẫu đều được tiến hành với tiền mê và tê tại chỗ. Chỉ có 1 số ít b/n không chịu được quá trình nội soi này hoặc khám thấy thể trạng không cho phép mới phải chuyển sang gây mê toàn thân(6,98%)

Bảng 10: So sánh kết quả trước và sau phẫu thuật

Mức khàn tiếng	Trước phẫu thuật		Sau phẫu thuật	
	N	%	N	%
Không khàn	0	0,0	157	91,28
Khàn nhẹ, nói không mệt	24	13,95	15	8,72
Khàn nặng nói nhanh mệt	148	86,05	0	0,0
Tổng	172	100,0	172	100,0
P	<0,001			

Nhận xét: Trước phẫu thuật, 100% bị khàn giọng, chủ yếu là khàn nặng, nói nhanh mệt (86,05%).

Sau phẫu thuật, 91,28% bệnh nhân hết khàn tiếng.

KẾT LUẬN

1. Đặc điểm dịch tễ và lâm sàng:

Qua nghiên cứu những b/n được vì phẫu dây thanh ở Hải phòng trong 4 năm (2006-2009), chúng tôi có một số kết luận sau:

- Gặp nhiều ở nữ, chiếm tỷ lệ 81,98%
- Tuổi thường gặp nhất là từ 31 - 50: (59,88%)
- Liên quan đến nghề nghiệp sử dụng giọng nói nhiều: chiếm 78,49%
- Thời gian mắc bệnh chủ yếu từ: 2 đến 12 tháng:

83,72%

- Tổn thương GPB thường gặp nhiều nhất là hạt xơ và u nang dây thanh: 68,02%. Polyp và phù Reinke ít gặp hơn

- Về vị trí tổn thương: Gặp nhiều nhất ở 1/3 trước của dây thanh (53,49%), tiếp sau là ở 1/3 giữa (31,40%)

2. Đánh giá kết quả điều trị

Vi phẫu thuật dây thanh đạt kết quả tốt chiếm tỷ lệ 91,28%, Vô cảm chủ yếu bằng phương pháp tiền mê và tê tại chỗ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO:

1. Trần Việt Hồng, Nguyễn Hữu Khôi, Huỳnh Khắc Cường(2000), "Đánh giá kết quả điều trị 180 ca bệnh lý dây thanh tại khoa Tai Mũi Họng, Bệnh viện nhân dân Gia Định", Tạp chí Tai Mũi Họng, số 1, tr. 54 – 58.
2. Nguyễn Văn Lý, Đặng Hiếu Trưng, Dương Văn Thiệu(1996), " Nhận xét 72 trường hợp u nhỏ lành tính ở dây thanh được cắt bỏ dưới soi thanh quân treo", Tạp chí y học thực hành, số 4, tr.15 – 16.
3. Võ Tấn(1993), " Bệnh học thanh quản", Tai mũi họng thực hành, tập 3, Nhà xuất bản Y học, Tr. 7 – 158.
4. Abitbol J., Abitbol P.(2000), *Surgical management of nonneoplastic vocal fold lesions: laser versus cold knife excision*, Current Opinion in Otolaryngology & Head and Neck Surgery, Vol. 8, pp. 514 – 523.
5. Corvo M.A.A., Inacio A., Mello M.B.C et al (2007), *Extra-laryngeal complications of suspension laryngoscopy*, Brazillian Journal of Oto-Rhinolaryngology, Vol. 73(6), pp. 727 – 732.
6. Courey M.S., Garrett C.G., Ossoff R.S. (1997), *Medial Microflap for Excision of Benign Vocal Fold Lesions*, Laryngoscope, Vol. 107(3), pp. 907 – 911.
7. Robinson P.M. (1989), *Complications of microlaryngeal surgery*, Clinical Oto-laryngology, Vol. 14, pp. 545 – 549.