

KHẢO SÁT ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VÀ HÌNH ẢNH DÂY THANH QUA NỘI SOI ỚNG MỀM TRÊN BỆNH NHÂN KHÀN TIẾNG TẠI BỆNH VIỆN 30-4

Phạm Thanh Hương*, Nguyễn Đình Chinh, Chu Thị Phương Thảo, Lê Duy Thanh

Bệnh viện 30-4

<https://doi.org/10.60137/tmhvn.v69i65.146>

TÓM TẮT

Khàn tiếng là một triệu chứng phổ biến, chiếm từ 3% đến 9% dân số trưởng thành [6]. Nội soi thanh quản ống mềm có thể phát hiện sớm các bất thường ở dây thanh. **Mục tiêu:** khảo sát đặc điểm lâm sàng và hình ảnh dây thanh qua nội soi ống mềm trên bệnh nhân khàn tiếng. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** mô tả cắt ngang, thực hiện tại Bệnh viện 30-4 từ 1/2024 đến 9/2024 trên 126 bệnh nhân khàn tiếng. **Kết quả:** Nam: 54%, nữ: 46%. Nhóm trong độ tuổi lao động, thời gian khàn tiếng < 1 tháng, khàn tiếng mức độ nhẹ chiếm đa số. Lý do vào viện phổ biến nhất là khàn tiếng: 46%. Sung huyết là tổn thương hay gặp nhất (82,5%). Liên quan giữa mức độ khàn tiếng và thời gian mắc bệnh, giữa mức độ khàn tiếng và tổn thương dây thanh, giữa lý do vào viện và hình ảnh nội soi dây thanh có ý nghĩa thống kê. **Kết luận:** Mức độ khàn tiếng, thời gian mắc bệnh, lý do vào viện giúp gợi ý hình ảnh tổn thương dây thanh, từ đó có chẩn đoán phù hợp.

Từ khóa: khàn tiếng, sung huyết dây thanh, nội soi thanh quản ống mềm

ASSESSMENT OF CLINICAL FEATURES AND VOCAL CORD IMAGES USING FLEXIBLE LARYNGOSCOPY IN HOARSE PATIENTS AT 30-4 HOSPITAL

ABSTRACT

Hoarseness is a common symptom, affecting 3% to 9% of the adult population [6]. Flexible laryngoscopy can facilitate the early detection of vocal cord abnormalities. Objective: To assess the clinical characteristics and vocal cord images through flexible laryngoscopy in patients with hoarseness. Subjects and methods: A cross-sectional descriptive study was carried out at 30-4 Hospital from January 2024 to September 2024 on 126 patients with hoarseness. Results: Males accounted for 54%, females for 46%. The majority of patients were of working age, with a duration of hoarseness of less than 1 month, and mild hoarseness

* Tác giả liên hệ: Ths.BS. Phạm Thanh Hương; SĐT: 0985269054; Email: huongpham.medicine@gmail.com

Nhận bài: 24/09/2024

Ngày nhận phản biện: 29/09/2024

Ngày nhận phản hồi: 30/09/2024

Ngày duyệt đăng: 30/09/2024

being most prevalent. The most common reason for hospital admission was hoarseness (46%). Congestion was the most frequently observed lesion (82.5%). Statistically significant relationships were found between the degree of hoarseness and the duration of illness, between the degree of hoarseness and vocal cord lesions, and between the reason for hospital admission and laryngoscopic findings. Conclusion: The degree of hoarseness, duration of illness, and reason for admission can provide indications of vocal cord lesions, aiding in appropriate diagnosis.

Keywords: *hoarseness, vocal cord congestion, flexible laryngoscopy*

1. ĐẶT VẤN ĐỀ:

Ngày nay, khàn tiếng càng ngày càng xuất hiện nhiều hơn, tỉ lệ ngày càng gia tăng chiếm từ 3% đến 9% dân số trưởng thành [6]. Đây là một triệu chứng thể hiện bằng chất lượng giọng nói bị thay đổi, gây nhiều ảnh hưởng trong sinh hoạt hàng ngày của người bệnh, việc chẩn đoán chính xác nguyên nhân để đưa ra hướng điều trị phù hợp là vô cùng cần thiết.

Hiện nay, trên thế giới cũng như tại Việt Nam, có nhiều nghiên cứu khảo sát tổn thương của dây thanh ở bệnh nhân khàn tiếng. Tuy nhiên, việc sử dụng nội soi thanh quản ống mềm trong các nghiên cứu này vẫn còn hạn chế.

Theo Raitiola và Juhani Pukander (2000) [11] nghiên cứu trên triệu chứng của 301 bệnh nhân ung thư thanh quản. Vị trí khối u ảnh hưởng đáng kể đến đặc điểm triệu chứng. Khàn giọng phổ biến ở những bệnh nhân có khối u tại thanh môn và hạ thanh môn, nhưng cũng là triệu chứng chính ở bệnh nhân có khối u thượng thanh môn. Cụ thể, tỉ lệ khàn tiếng của bệnh nhân có khối u tại thượng thanh môn là 69,8%; khối u tại thanh môn có tỉ lệ khàn tiếng là 99,4%, hạ

thanh môn là 100%. Kiakojoury K., Dehghan M., Hajizade F và cộng sự (2014) [8] đã có nghiên cứu trên 197 bệnh nhân khàn tiếng và chỉ ra rằng khàn tiếng trên 3 tuần nên được nội soi thanh quản để phát hiện ra những tổn thương thực thể tại dây thanh, ngăn ngừa sự phát triển của bệnh lý ác tính và giảm tỉ lệ cắt bỏ thanh quản. Deevadas (2017) [7] khi tiến hành nghiên cứu trên 1082 giáo viên ở Ấn Độ đã kết luận rằng môi trường lớp học ồn, tiền sử nhiễm trùng đường hô hấp trên là những yếu tố nguy cơ đáng kể liên quan đến tỉ lệ tái phát cao các vấn đề giọng nói ở nhóm giáo viên trong nghiên cứu.

Tại Việt Nam, Hoàng Long (2018) [4] đã tiến hành nghiên cứu đánh giá hình ảnh dây thanh trước và sau phẫu thuật trên những bệnh nhân khàn tiếng có tổn thương lành tính tại dây thanh. Hoàng Vân Anh và cộng sự (2022) [1] tiến hành nghiên cứu đặc điểm lâm sàng và hình ảnh dây thanh qua nội soi hoạt nghiệm thanh quản ở bệnh nhân khàn tiếng tại Bệnh viện trường Đại học Y Dược Cần Thơ đã kết luận trong tất cả nguyên nhân quan sát được là tổn thương thực thể, hạt dây thanh được ghi nhận nhiều nhất với

36,5%. Ngoài ra, một số trường hợp ghi nhận ít gồm 1 trường hợp u nhú (1,4%), 2 trường hợp khuyết lõm dây thanh (2,7%) và 3 trường hợp liệt dây thanh một bên (4,1%). Cùng với sự phát triển của Y học, sự ra đời của nội soi nói chung và nội soi thanh quản ống mềm đánh dấu cho bước tiến của chuyên ngành Tai Mũi Họng. Nội soi thanh quản ống mềm không chỉ là công cụ chẩn đoán bệnh lý thanh quản mà còn giúp ích trong việc phát hiện sớm ung thư thanh quản.

Hơn thế nữa, đặc thù bệnh nhân khàn tiếng thường đến khám với chuyên khoa Tai Mũi Họng nên việc tiến hành nghiên cứu này cho các bác sĩ Tai Mũi Họng là rất phù hợp và cần thiết.

Do đó, chúng tôi tiến hành nghiên cứu “*Khảo sát đặc điểm lâm sàng và hình ảnh dây thanh qua nội soi ống mềm trên bệnh nhân khàn tiếng tại Bệnh viện 30-4*”.

MỤC TIÊU NGHIÊN CỨU

- Khảo sát đặc điểm lâm sàng ở bệnh nhân khàn tiếng tại Bệnh viện 30-4.
- Khảo sát hình ảnh nội soi dây thanh bằng ống mềm ở bệnh nhân khàn tiếng.
- Khảo sát mối liên quan giữa đặc điểm lâm sàng và hình ảnh nội soi dây thanh bằng ống mềm ở bệnh nhân khàn tiếng tại Bệnh viện 30-4.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng:

Đối tượng nghiên cứu là những bệnh nhân đến khám và điều trị tại Bệnh viện 30-4

trong khoảng thời gian từ 1/2024 đến 9/2024.

2.1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn:

Các bệnh nhân có khàn tiếng đến khám tại Bệnh viện 30-4 trong khoảng thời gian từ 1/2024 – 9/2024. Được nội soi thanh quản bằng ống mềm và bệnh nhân đồng ý hợp tác trong nghiên cứu.

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ:

Các bệnh lý nội khoa có chống chỉ định nội soi ống mềm. Bệnh nhân không bị khàn tiếng. Bệnh nhân không đồng ý phối hợp nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu:

➤ Thiết kế nghiên cứu: Mô tả cắt ngang.

➤ Cỡ mẫu: được tính theo công thức

$$n = \frac{(Z_{1-\alpha/2})^2 \cdot p(1-p)}{d^2}$$

Trong đó: n: cỡ mẫu nghiên cứu tối thiểu phải có. $Z_{1-\alpha/2}$: hệ số tin cậy, nếu độ tin cậy của nghiên cứu là 95% tương đương $\alpha = 5\%$ thì $Z_{1-\alpha/2} = 1,96$. p: tỉ lệ bệnh nhân có khàn tiếng từ một nghiên cứu trước. d: khoảng sai lệch mong muốn ($d = 0,05$). Áp dụng công thức này vào nghiên cứu, lựa chọn tỉ lệ bệnh nhân có khàn tiếng trong nghiên cứu “Etiologies of Dysphonia in Patients Referred to ENT Clinics Based on Videolaryngoscopy” (2014) là 0,09 [4]. Thay vào công thức được $n = 126$ do vậy, số lượng bệnh nhân đủ tiêu chuẩn tham gia nghiên cứu tối thiểu phải là 126 bệnh nhân.

➤ Quy trình tiến hành nghiên cứu: bệnh nhân đến khám và điều trị tại Bệnh viện 30-

4 có khàn tiếng được nội soi thanh quản bằng ống mềm, sau đó thu thập kết quả đánh giá hình ảnh nội soi thanh quản và triệu chứng lâm sàng của bệnh nhân vào phiếu nghiên cứu để từ đó đánh giá mối liên quan giữa đặc điểm lâm sàng và hình ảnh nội soi dây thanh bằng ống mềm ở bệnh nhân khàn tiếng.

➤ Phương pháp xử lý số liệu: Số liệu được xử lý bằng phần mềm SPSS 20.0, dùng phép toán thống kê mô tả cho các biến định tính và định lượng, kiểm định giả thuyết bằng test Chi-squared.

2.3. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu này không vi phạm y đức vì những lý do sau:

- Các bước thực hiện tuân thủ theo các tiêu chí về y đức.
- Nghiên cứu này không gây bất cứ nguy hại nào cho người tham gia nghiên cứu vì việc nội soi thanh quản ống mềm do bác sĩ điều trị của bệnh nhân ra chỉ định, nghiên cứu chỉ dựa vào kết quả nội soi thanh quản, không can thiệp vào quá trình điều trị, chăm sóc.
- Thông tin cá nhân của bệnh nhân được giữ bí mật.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

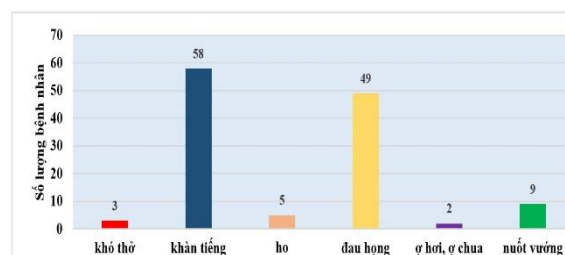
3.1. Đặc điểm chung của nhóm nghiên cứu

Giới tính		Nhóm tuổi	
Nữ	Nam	Độ tuổi lao động	Ngoài độ tuổi lao động
46%	54%	61,9%	38,1%

Bảng 1: Đặc điểm dân số nghiên cứu

Nhận xét: Giới Nam: 54% (68/126), cao hơn giới Nữ: 46% (58/126). Tỷ lệ trong độ tuổi lao động là 61,9%, trong khi ngoài độ tuổi lao động là 38,1%

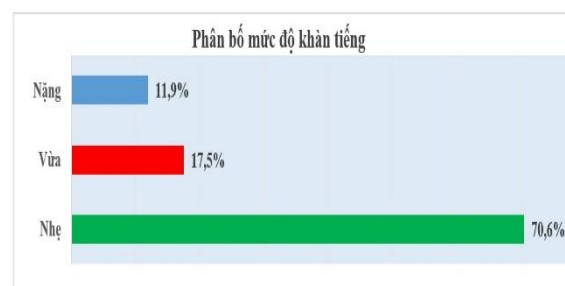
3.2. Lí do vào viện



Biểu đồ 1: Phân bố lí do vào viện

Nhận xét: Lí do bệnh nhân đến khám bệnh nhiều nhất là khàn tiếng (46%), kế tiếp là đau họng (38,9%). Nuốt vướng: 7,1%, ho: 4%. Ít nhất là khó thở và ợ hơi, ợ chua: 2,4% và 1,6%. Trong đó, khàn tiếng và đau họng là lí do chiếm đa số (84,9%).

3.3. Mức độ khàn tiếng

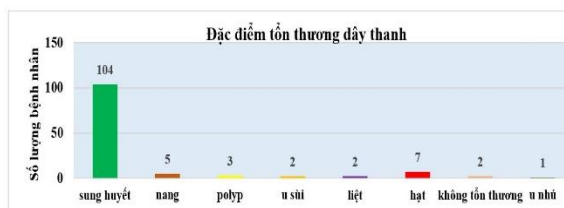


Biểu đồ 2: Phân bố mức độ khàn tiếng

Nhận xét: Khàn tiếng mức độ nhẹ chiếm tỉ lệ cao nhất (70,6%), kể đến là mức độ vừa:

17,5%, thấp nhất là khàn tiếng mức độ nặng (11,9%).

3.4. Đặc điểm tổn thương dây thanh trên nội soi



Biểu đồ 3: Số lượng tổn thương dây thanh trên bệnh nhân khàn tiếng

Nhận xét: Cao nhất là sung huyết dây thanh có 104 trường hợp (82,5%). Hạt dây thanh có 7 ca (5,6%). Nang dây thanh ghi nhận 5 trường hợp với 3,9%. Polyp dây thanh có 3 trường hợp với 2,4%. U sùi dây thanh và liệt dây thanh cùng ghi nhận 2 trường hợp (1,6%). U nhú dây thanh ghi nhận 1 trường hợp (0,8%). Có 2 trường hợp khàn tiếng không ghi nhận tổn thương dây thanh qua nội soi với 1,6%.

3.5. Mối liên quan giữa lí do vào viện và hình ảnh nội soi dây thanh

Lí do vào viện là nguyên nhân khiến bệnh nhân khó chịu nhất để đi khám.

Bảng 2: Mối liên quan giữa lí do vào viện và hình ảnh nội soi dây thanh

p: Kiểm định Chi – squared, $p=0,0001$

Nhận xét: Mối liên quan giữa lí do vào viện và hình ảnh nội soi dây thanh có ý nghĩa thống kê với $p= 0,0001$.

3.6. Mối liên quan giữa mức độ khàn tiếng và tổn thương dây thanh.

Bảng 3: Mối liên quan giữa mức độ khàn tiếng và tổn thương dây thanh

Hình ảnh tổn thương	Mức độ khàn tiếng			Tổng
	Nhẹ	Vừa	Nặng	
Sung huyết	87 (84%)	17 (16%)	0	104
Nang	0	2 (40%)	3 (60%)	5
Polyp	0	0	3 (100%)	3
U sùi	0	0	2 (100%)	2
Liệt dây thanh	0	0	2 (100%)	2
Hạt dây thanh	0	3 (43%)	4 (57%)	7
Không có tổn thương	2 (100%)	0	0	2
U nhú	0	0	1(100%)	1
Tổng	89	22	15	126

p: Kiểm định Chi – squared, $p=0,0001$

Nhận xét: Mối tương quan này có ý nghĩa thống kê với $p=0,0001 < 0,05$

3.7. Mối liên quan giữa mức độ khàn tiếng và thời gian khàn tiếng

Bảng 4: Mối liên quan giữa mức độ khàn tiếng và thời gian mắc bệnh

Mức độ	Thời gian khàn tiếng			Tổng
	< 1 tháng	1 tháng - 1 năm	> 1 năm	
Nhẹ	80	7	2	89
Vừa	14	5	3	22
Nặng	0	3	12	15
Tổng	94	15	17	126

p: Kiểm định Chi – squared, $p=0,0001$

Nhận xét: Mối tương quan này có ý nghĩa thống kê với $p=0,0001 < 0,05$

3.8. Mối liên quan giữa nhóm tuổi và mức độ khàn tiếng

Nhóm tuổi	Mức độ khàn tiếng			TỔ
	Nhẹ	Vừa	Nặng	
Độ tuổi lao động	55 (70,5%)	15 (19,2%)	8 (10,3%)	7
Ngoài độ tuổi lao động	34 (70,8%)	7 (14,6%)	7 (14,6%)	4
Tổng	89	22	15	1

Bảng 5: Liên quan giữa mức độ khàn tiếng và nhóm tuổi

p: Kiểm định Chi – squared, p=0,659

Nhận xét: Không có mối tương quan giữa mức độ khàn tiếng và nhóm tuổi với $p=0,659$.

3.9. Mối liên quan giữa giới tính và mức độ khàn tiếng

Giới	Mức độ khàn tiếng			TỔ
	Nhẹ	Vừa	Nặng	
Nữ	42 (72,4%)	10 (17,3%)	6 (10,3%)	58
Nam	47 (69,1%)	12 (17,7%)	9 (13,2%)	68
Tổng	89	22	15	12

Bảng 6: Liên quan giữa mức độ khàn tiếng và giới tính

p: Kiểm định Chi – squared, p=0,873

Nhận xét: Sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê với $p=0,873 > 0,05$.

4. BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu chúng tôi thấy rằng: Giới nam: 68/126 trường hợp (54%), cao hơn giới nữ là 58/126 trường hợp (46%). Tỷ lệ nam/nữ = 1,17/1. Nghiên cứu của chúng tôi tương đồng với nghiên cứu của tác giả Banjara (2012) [5], nam nhiều hơn nữ với tỷ lệ 1,5/1. Preciado-López J và cộng sự (2008) [10]

cũng chỉ ra rằng tỷ lệ mắc viêm thanh quản mạn tính ở nam giới cao gấp 3 lần nữ giới và rối loạn giọng nói chức năng của nam cao gấp 2 lần.

Tỷ lệ bệnh nhân khàn tiếng có xu hướng giảm dần theo nhóm tuổi. Tỷ lệ mắc nhiều nhất gặp ở nhóm trong độ tuổi lao động: 61,9%, nhóm ngoài độ tuổi lao động thấp hơn với 38,1%. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của tác giả Banjara (2012) [5] khi nghiên cứu 112 trường hợp khàn tiếng. Nguyên nhân là do nhóm người trong độ tuổi lao động phải thường xuyên sử dụng giọng nói với cường độ cao và kéo dài hơn, đặc biệt trong môi trường làm việc căng thẳng, nhiều tiếng ồn, tiếp xúc với chất kích thích, khói bụi.

Lí do bệnh nhân đến khám bệnh nhiều nhất là khàn tiếng, có 58 người (46%), kế tiếp là đau họng, có 49 người (38,9%). Nuốt vướng: 7,1%, ho: 4%. Ít nhất là khó thở và ợ hơi, ợ chua: 2,4% và 1,6%. Trong đó, khàn tiếng và đau họng là lí do chiếm đa số (84,9%). Đa số bệnh nhân đến khám vì lí do khàn tiếng nhẹ và vừa, thời gian khàn tiếng nhỏ hơn 1 tháng, có kèm theo các triệu chứng viêm đường hô hấp trên. Ở những ca khàn tiếng nặng và thời gian khàn tiếng kéo dài thường là u sùi dây thanh, liệt hoặc u nhú. Lí do cho điều này là nhờ sự nâng cao trong nhận thức về sức khỏe, ngày càng nhiều bệnh nhân không chờ đợi đến khi bệnh chuyển nặng mới đi khám, mà thay vào đó, họ chủ động tìm kiếm sự chăm sóc y tế khi xuất hiện triệu chứng khó chịu. Bệnh nhân không tự ý sử dụng thuốc mà thay vào đó, chủ động đến khám để phát hiện bệnh sớm.

Nghiên cứu của chúng tôi có sự khác biệt so với nghiên cứu trên trẻ em của Martins R.H và cộng sự (2012) [9], Hồ Minh Duyên (2014) [2] hay Phạm Thanh Hương (2020) [3]. Trong các nghiên cứu trên trẻ em, tỉ lệ hạt dây thanh chiếm đa số. Nguyên nhân cho sự khác biệt này là do các yếu tố về sinh lý, thói quen sử dụng giọng nói và khả năng điều hoà giọng nói ở người lớn khác so với trẻ em. Ngược lại, trong nghiên cứu của chúng tôi, tỉ lệ sung huyết, phù nề dây thanh ở người lớn lại cao hơn. Kết quả này có sự tương đồng với kết quả nghiên cứu của tác giả Hoàng Vân Anh (2020) [1] trên đối tượng người lớn. Nguyên nhân cho sự khác biệt này là do các yếu tố liên quan đến sinh lý, thói quen sinh hoạt, tác động từ môi trường và các bệnh lý mạn tính như trào ngược dạ dày thực quản.

Trong nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận tỉ lệ khàn tiếng > 1 năm chiếm tỉ lệ nhỏ nhất. Kết quả của chúng tôi phù hợp với nghiên cứu của tác giả Hoàng Vân Anh (2022) [1] khi nghiên cứu 74 trường hợp khàn tiếng trên người lớn tại Bệnh viện trường đại học Y dược Cần Thơ.

Đồng thời, chúng tôi nhận thấy có mối liên quan giữa mức độ khàn tiếng và thời gian mắc bệnh, giữa mức độ khàn tiếng và tổn thương dây thanh, giữa lí do vào viện và hình ảnh nội soi dây thanh. Không có sự liên quan giữa nhóm tuổi, giới tính và mức độ khàn tiếng. Thời gian khàn tiếng càng ngắn thì mức độ khàn tiếng càng nhẹ và ngược lại, thời gian khàn tiếng càng dài thì mức độ khàn tiếng càng nặng.

Tổn thương dây thanh ghi nhận được là polyp, u sùi dây thanh, u nhú, liệt dây thanh có 100% bệnh nhân khàn tiếng nặng. Đối với tổn thương dây thanh là sung huyết, có 84% bệnh nhân khàn tiếng nhẹ; 16% bệnh nhân khàn tiếng mức độ vừa; không ghi nhận bệnh nhân khàn tiếng mức độ nặng. Trường hợp có dây thanh bình thường, ghi nhận 100% bệnh nhân khàn tiếng mức độ nhẹ. Theo tác giả Hoàng Vân Anh (2022) [1] nghiên cứu về 74 trường hợp khàn tiếng, hạt dây thanh chiếm tỉ lệ cao nhất 56,8%, các tổn thương như polyp, nang, viêm dày dây thanh có tỉ lệ xấp xỉ nhau (13,5% đến 16,2%). Kết quả của nghiên cứu này có sự khác biệt so với nghiên cứu của chúng tôi do cách thức chọn mẫu và số lượng mẫu.

Trong số 126 bệnh nhân khàn tiếng vào viện, hình ảnh nội soi dây thanh ghi nhận có 124 trường hợp có tổn thương dây thanh, 2 trường hợp không ghi nhận tổn thương dây thanh là hậu phẫu cắt polyp dây thanh phải và nang hố lưỡi thanh thiệt bên phải/Trào ngược dạ dày thực quản. Hai ca khàn tiếng không ghi nhận tổn thương ở dây thanh có thể do bệnh lý rung động niêm mạc, thường chỉ được phát hiện qua nội soi hoạt nghiệm thanh quản.

Trong nhóm lí do vào viện là khó thở, hình ảnh nội soi là u sùi dây thanh: 66,7%; liệt dây thanh: 33,3%. Nhóm lí do vào viện là khàn tiếng, hình ảnh nội soi là dây thanh sung huyết chiếm tỉ lệ cao nhất (69%); kế đến là hạt dây thanh: 12,1%; nang dây thanh: 8,6%; polyp dây thanh: 5,2%, u nhú, liệt dây thanh: 1,7%, không ghi nhận tổn thương:

1,7%. Trong nhóm bệnh nhân có lí do vào viện là đau họng, ho, hình ảnh dây thanh sung huyết: 100%. Trong nhóm bệnh đến khám vì lí do ợ hơi, ợ chua, hình ảnh nội soi ghi được là dây thanh sung huyết, có kèm theo phù nề sụn phễu. Trong nhóm bệnh đến khám vì nuốt vướng, hình ảnh nội soi chiếm tỉ lệ cao nhất là sung huyết với 88,9%; còn lại là dây thanh bình thường.

KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu 126 trường hợp bệnh nhân khàn tiếng đến khám tại Bệnh viện 30-4 từ 1/2024 đến 9/2024. Chúng tôi rút ra một số kết luận sau: Trường hợp có bất thường dây thanh trên nội soi: 98,4%, dây thanh bình thường: 2,6%. Những bất thường dây thanh ghi nhận được; sung huyết dây thanh: 82,5%; hạt dây thanh: 5,6%; nang: 4%; polyp: 2,4%; liệt dây thanh: 1,6%; u sùi: 1,6%. Có sự liên quan giữa mức độ khàn tiếng và thời gian mắc bệnh, giữa mức độ khàn tiếng và tổn thương dây thanh, giữa lí do vào viện và hình ảnh nội soi dây thanh. Không có sự liên quan giữa nhóm tuổi, giới tính và mức độ khàn tiếng.

LỜI CẢM ƠN

Tôi xin bày tỏ lòng biết ơn sâu sắc đến Cục V04 - Bộ Công An, đơn vị tài trợ cho nghiên cứu này, cùng Bệnh viện 30-4 đã hỗ trợ và tạo điều kiện thuận lợi cho quá trình thực hiện nghiên cứu. Tôi xin cam kết không có bất kỳ xung đột lợi ích nào liên quan đến kết quả của nghiên cứu này.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] Hoàng Vân Anh (2022). Khảo sát đặc điểm lâm sàng và hình ảnh dây thanh qua nội soi hoạt nghiệm thanh quản ở bệnh nhân khàn tiếng tại bệnh viện trường Đại học Y Dược Cần Thơ từ tháng 09/2020 đến tháng 06/2021, tạp chí Tai Mũi Họng Việt Nam số 65-58, tr 57- 64.
- [2] Hồ Minh Duyên (2014). Khảo sát các bất thường qua nội soi thanh quản ở bệnh nhi khàn tiếng. Luận văn Thạc sĩ y học, Đại học Y dược Thành phố Hồ Chí Minh, TP Hồ Chí Minh.
- [3] Phạm Thanh Hương (2020). Khảo sát hình ảnh bất thường dây thanh trên trẻ em khàn tiếng tại Bệnh viện Nhi đồng 2. Luận văn Thạc sĩ Y học, Đại học Y dược Thành phố Hồ Chí Minh, TP. Hồ Chí Minh.
- [4] Hoàng Long (2018). So sánh kết quả hoạt nghiệm thanh quản của những bệnh lý lành tính dây thanh trước và sau phẫu thuật tại Bệnh viện Tai Mũi Họng Sài Gòn năm 2016 -2018. Luận văn Thạc sĩ Y học, Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh, TP. Hồ Chí Minh.
- [5] Banjara H., et al. (2012). Demographic and videostroboscopic assessment of vocal pathologies. *Indian J Otolaryngol Head Neck Surg*, 64 (2), pp. 150-157. <https://doi.org/10.1007/s12070-011-0451-z> - DOI

- [6] Carding P. (2003). Voice pathology in the United Kingdom. *Bmj*, 327 (7414), pp. 514-515. <https://doi.org/10.1136/bmj.327.7414.514> - DOI
- [7] Devadas U., et al. (2017). Prevalence and Risk Factors of Voice Problems Among Primary School Teachers in India. *J Voice*, 31(1), pp.117.e111-117.e110. <https://doi.org/10.1016/j.jvoice.2016.03.006> - DOI
- [8] Kiakojoury K., et al. (2014). Etiologies of Dysphonia in Patients Referred to ENT Clinics Based on Videolaryngoscopy. *Iran J Otorhinolaryngol*, 26 (76), pp. 169-174. PMID: 25009807; PMCID: PMC4087856.
- [9] Martins R. H., et al. (2012). Dysphonia in children. *J Voice*, 26(5), pp. 674.e617-620. <https://doi.org/10.1016/j.jvoice.2012.03.004>
- [10] Preciado-López J., et al. (2008). Epidemiological study of voice disorders among teaching professionals of La Rioja, Spain. *J Voice*, 22 (4), pp. 489-508. <https://doi.org/10.1016/j.jvoice.2006.11.008> - DOI
- [11] Raitiola H., et al. (2000). Symptoms of Laryngeal Carcinoma and their Prognostic Significance. *Acta oncologica (Stockholm, Sweden)*, 39, pp. 213-216. <https://doi.org/10.1080/028418600430798> - DOI