

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ PHẪU THUẬT CẮT PHẦN SAU DÂY THANH BẰNG DỤNG CỤ CẮT HÚT TRONG ĐIỀU TRỊ LIỆT DÂY THANH HAI BÊN TƯ THẾ KHÉP

Trần Hữu Thắng¹, Trần Quốc Tuấn², Mai Ý Thơ³, Vũ Mạnh Cường⁴,
Nguyễn Xuân Hòa⁵, Nguyễn Hoàng Linh Chi⁶, Nguyễn Thị Hồng Nhung⁷

1.2.3.4: Bệnh viện Tai Mũi Họng Trung Ương

5.6: Bộ môn Tai Mũi Họng học viện Y Dược học Cổ Truyền

7- Đại học Y Hà Nội

<https://doi.org/10.60137/tmhvn.v70i68.191>

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả phẫu thuật cắt phần sau dây thanh bằng dụng cụ cắt hút trong điều trị liệt dây thanh 2 bên tư thế khép. **Đối tượng:** 21 bệnh nhân được chẩn đoán xác định liệt dây thanh hai bên tư thế khép được điều trị cắt phần sau dây thanh bằng dụng cụ cắt hút tại khoa Cấp Cứu bệnh viện Tai Mũi Họng Trung Ương từ tháng 9/2023 cho đến tháng 8/2024. **Phương pháp:** Nghiên cứu tiền cứu, mô tả từng trường hợp có can thiệp lâm sàng. **Kết quả:** 43% bệnh nhân không cần mở khí quản; các bệnh nhân có mở khí quản trước đó đều rút được canuyn ngay sau mổ vài ngày. Sau phẫu thuật: 85,72% bệnh nhân hết khó thở, 90,48% bệnh nhân có độ rộng thanh môn >5mm, hầu hết bệnh nhân có rối loạn giọng nhẹ, trung bình. **Kết luận:** Phẫu thuật cắt phần sau dây thanh bằng dụng cụ cắt hút cho kết quả tốt, vừa giải quyết khó thở vừa bảo tồn chức năng nói, cải thiện chất lượng cuộc sống cho bệnh nhân. Dụng cụ cắt hút là phương tiện phẫu thuật hiệu quả, lần đầu tiên được sử dụng trong phẫu thuật cắt phần sau dây thanh tại bệnh viện chúng tôi nhưng đã chứng minh được nhiều ưu điểm như thời gian phẫu thuật ngắn, ít gây biến chứng và dễ dàng triển khai tại các cơ sở y tế.

Từ khóa: Liệt dây thanh 2 bên, cắt dây thanh dụng cụ cắt hút.

TO EVALUATE THE RESULTS OF POSTERIOR CORDOTOMY SURGERY WITH MICRODEBRIDER IN THE TREATMENT OF BILATERAL VOCAL CORD PARALYSIS IN MIDLINE POSITION

ABSTRACT

Objectives: To evaluate the results of posterior cordotomy surgery with microdebrider in the treatment of bilateral vocal cord paralysis in midline position.

* Tác giả liên hệ: Trần Quốc Tuấn ĐT: 0912354050 Email: tranquoctuan74@gmail.com

Nhận bài: 20/1/2025

Ngày nhận phản biện: 10/02/2025

Ngày nhận phản hồi: 17/02/2025

Ngày duyệt đăng: 25/02/2025

Subjects: 21 patients diagnosed with bilateral vocal cord paralysis in midline position had posterior cordotomy surgery with microdebrider at Emergency department of the National Otolaryngology Hospital from March 2023 to September 2024. **Methods:** Prospective study, case clinical interventional study. **Results:** 43% patient did not need tracheotomy before corpectomy and tracheal cannula could remove after a few days in tracheotomy group. After surgery, 85,72% of patients had no dyspnea, 90,48% of patients had glottis width over 5mm and most patients had mild to moderate voice disorders, **Conclusion:** Posterior cordotomy surgery with microdebrider has good results, improving the quality of life for patients. It is the first time microdebrider has been use in posterior cordotomy surgery with many advantages.

Keywords: Bilateral vocal cord paralysis, posterior cordotomy with microdebrider

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Liệt dây thanh hai bên tư thế khép là một cấp cứu thường gặp trong Tai Mũi Họng. Nếu không được xử trí kịp thời sẽ đe dọa đến tính mạng của bệnh nhân (BN).

Liệt dây thanh hai bên tư thế khép là bệnh lý do tổn thương trung ương hay ngoại vi của hai dây thần kinh thanh quản quặt ngược nhánh chi phổi cho cơ mở thanh quản là cơ nhắt phế sau. Nếu cố định dây thanh 2 bên ở tư thế khép thì thanh quản luôn luôn đóng và sẽ làm BN khó thở thanh quản, với các mức độ từ nhẹ đến nặng, thậm chí nguy hiểm đến tính mạng.

Có nhiều nguyên nhân gây liệt dây thanh hai bên tư thế khép: hay gặp nhất là sau phẫu thuật tuyến giáp, do chèn ép (Khối u tuyến giáp, u thực quản...), các phẫu thuật cổ ngực, vết thương hay chấn thương cổ gây tổn thương dây thần kinh quặt ngược, chấn thương sọ não, do các bệnh nhiễm khuẩn (cúm, bạch hầu...), nhiễm độc nặng (nhiễm độc chì...)

- Có nhiều phương pháp điều trị liệt dây thanh hai bên tư thế khép được đưa ra:

+ Mở khí quản: Là một phẫu thuật cấp cứu để giải quyết tình trạng khó thở, được xem là lựa chọn ban đầu trong thời gian ngắn, trước khi lựa chọn phương pháp điều trị tiếp theo.

+ Phẫu thuật qua đường nội thanh quản:

* Phẫu thuật vén dây thanh sang một bên như khâu treo sụn phế: ưu điểm: giải quyết khó thở, nhược điểm: gây rối loạn phát âm

* Phẫu thuật cắt sụn phế hoặc cắt sụn phế kết hợp cắt phần sau dây thanh cùng bên: ưu điểm: cải thiện tốt chức năng đường thở, nhược điểm: có thể gây rối loạn nuốt

* Phương pháp phẫu thuật cắt phần sau dây thanh một bên qua nội soi tạo ra một đường thở đủ rộng và ít gây rối loạn giọng nói.

+ Theo đường ngoài thanh quản: đây là

kỹ thuật khó, phức tạp và thời gian phẫu thuật kéo dài vì vậy ít được áp dụng.

+ Ngoài ra còn có nhiều phương pháp khác: liệu pháp gene (Gene therapy), liệu pháp tế bào gốc (Stem cell therapy) những nghiên cứu về liệu pháp tế bào gốc mới chỉ được thực hiện trên động vật.

Ở Việt Nam một số Bệnh viện đã tiến hành cắt 1/3 sau dây thanh một bên bằng soi treo vi phẫu thanh quản, dao điện đơn cực, bằng Laser CO₂, dao siêu âm nhưng chưa có cơ sở y tế nào phẫu thuật bằng dụng cụ cắt hút. Đây là kỹ thuật lần đầu được thực hiện tại Bệnh viện Tai Mũi Họng Trung Ương, phương pháp này có nhiều ưu điểm như can thiệp không nhiều nhưng cải thiện đáng kể chức năng hô hấp, đơn giản, ít xâm lấn và không cần thiết bị đặc biệt nào. Ngoài ra dụng cụ cắt hút là dụng cụ kết hợp giữa hút và cắt nên loại bỏ hoàn toàn phương thức sinh nhiệt do đó không gây bỏng và thường rút ngắn thời gian phẫu thuật.

2. MỤC TIÊU NGHIÊN CỨU:

Đánh giá kết quả phẫu thuật cắt phần sau dây thanh bằng dụng cụ cắt hút trong điều trị liệt dây thanh 2 bên tư thế khép

3. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

3.1. Đối tượng: 21 bệnh nhân được chẩn đoán xác định liệt dây thanh hai bên tư thế khép được điều trị cắt phần sau dây thanh bằng dụng cụ cắt hút tại khoa Cấp Cứu bệnh viện Tai Mũi Họng Trung Ương từ tháng 9/2023 cho đến tháng 8/2024.

3.2. Phương pháp: nghiên cứu tiền cứu, mô tả từng trường hợp có can thiệp lâm sàng.

3.3. Tiêu chuẩn lựa chọn: tất cả bệnh nhân được chẩn đoán xác định liệt dây thanh 2 bên tư thế khép trên 6 tháng và được phẫu thuật bằng phương pháp cắt phần sau dây thanh bằng dụng cụ cắt hút.

3.4. Tiêu chuẩn loại trừ: không đủ điều kiện trên.

3.5. Thông số nghiên cứu

3.5.1. Đặc điểm chung: tuổi, giới tính.

3.5.2. Đặc điểm lâm sàng trước phẫu thuật

- Triệu chứng cơ năng: khó thở, khàn tiếng, ngủ ngáy.

- Triệu chứng thực thể: độ rộng thanh môn.

3.5.3. Đặc điểm lâm sàng sau phẫu thuật

- Triệu chứng cơ năng: khó thở, khàn tiếng, ngủ ngáy, ho.

- Triệu chứng thực thể:

+ Độ rộng thanh môn: được ước lượng bằng mắt thường.

+ Thời gian rút canuyn sau phẫu thuật.

+ Tai biến sau phẫu thuật: u hạt, viêm phù nề thanh quản, chảy máu, sặc dính....

- Nguyên nhân gây liệt khớp dây thanh 2 bên

- Thời gian phẫu thuật

- Thời gian nằm viện sau phẫu thuật

- Điểm VHI sau phẫu thuật theo tác giả Huỳnh Quang Trí¹.

- Chức năng hô hấp sau phẫu thuật.

3.6. Các bước tiến hành

3.6.1. Phương tiện nghiên cứu:

- Bộ nội soi phẫu thuật

- Bộ dụng cụ soi treo thanh quản

- Dụng cụ vi phẫu thanh quản

- Máy cắt hút (Hummer) Là một thiết bị y tế gồm 3 thành phần: lưỡi cắt hút, tay cắt hút, bảng điều khiển tay cầm thông qua bàn đạp chân và cho phép người vận hành chọn tốc độ và hướng quay của lưỡi dao (quay phải, trái, quả lắc).

3.6.2. Phương pháp tiến hành:

Quy trình phẫu thuật cắt phần sau dây thanh bằng dụng cụ cắt hút trong điều trị liệt dây thanh 2 bên tư thế khép gồm các bước:

- Bước 1: Vô cảm + tư thế người bệnh

+ Người bệnh nằm ngửa

+ Gây mê toàn thân: qua canuyn với người bệnh đã mở khí quản hoặc qua nội khí quản, qua đường tĩnh mạch đối với BN chưa mở khí quản

- Bước 2: bộc lộ phẫu trường

+ Đặt và cố định càng soi treo thanh quản

+ Chỉnh kính hiển vi hoặc bộ nội soi sao cho bộc lộ rõ nhất bình diện 2 dây thanh.

- Bước 3: đặt tê hoặc tiêm tê tại chỗ.

+ Đặt bông co bằng Adrenalin 3 lần vào thanh môn

+ Hoặc tiêm tê dây thanh bằng Medicain 2%

- Bước 4: cắt dây thanh

+ Xác định vị trí cần cắt: dùng kéo cắt ngang 2/3 trước và 1/3 sau dây thanh cần cắt.

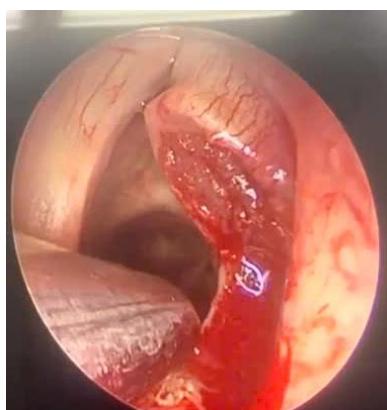
+ Dùng dụng cụ cắt hút (để chế độ 2000- 4000 vòng/ phút): lắp mũi cắt hút thanh quản để đầu cắt (lưỡi) áp sát phần mép sau của dây thanh và ấn bàn đạp chân từ từ. Bắt đầu lấy từ bờ tự do qua các lớp: niêm mạc, dây chằng và cơ đến sát đáy của buồng Morgani, phía sau đến sát máu thanh và có thể lấy một phần của sụn phễu¹².

- Bước 5: kiểm tra lại diện cắt

+ Nếu sau khi cắt một bên không đủ rộng có thể thực hiện quy trình cắt 1/3 sau dây thanh bên đối diện.

+ Nếu chảy máu: cầm máu bằng bông tẩm adrenalin (thường sẽ đặt 2 lần vừa cầm máu vừa chống phù nề).

- Bước 6: kết thúc quy trình: đánh giá tình trạng và các tai biến của người bệnh có thể xảy ra sau khi thực hiện kỹ thuật.



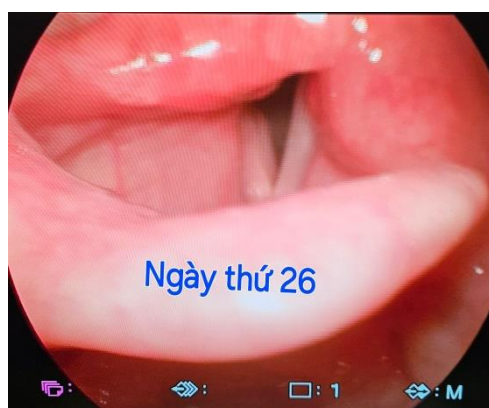
BN Đinh Thị L. - 53 tuổi



BN Dương Ngọc Th. - 68 tuổi



BN Dương Ngọc Th. - 68 tuổi



BN Đinh Thị U. - 44 tuổi

Hình 2.2. Hình ảnh sau phẫu thuật

4. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

4.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu theo tuổi và giới

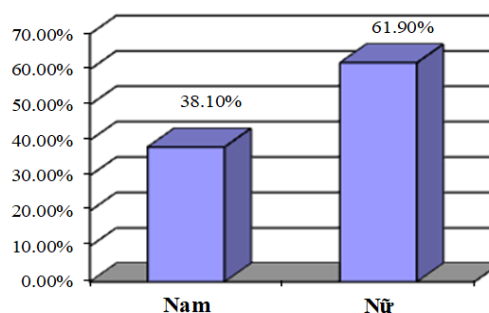
4.1.1. Phân bố đối tượng nghiên cứu theo nhóm tuổi

Bảng 3.1. Phân bố đối tượng nghiên cứu theo nhóm tuổi

Nhóm tuổi	Số lượng	Tỉ lệ (%)
<30	1	5%
31-50	5	23%
51 - 70	13	62%
≥ 70	2	10%
Min - Max	15-81	

Nhận xét: Lứa tuổi hay gặp nhất là từ 51-70 tuổi; tuổi trung bình 54,7 tuổi, nhỏ nhất 15 tuổi, lớn nhất 81 tuổi.

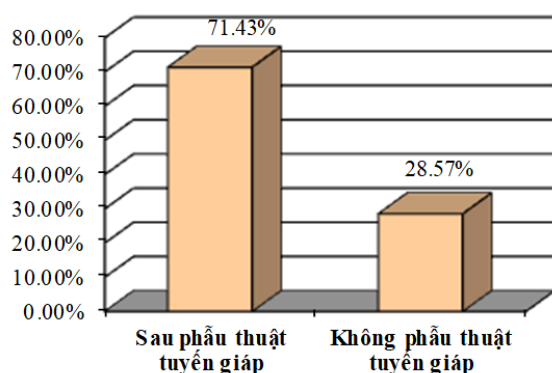
4.1.2. Phân bố đối tượng nghiên cứu theo nhóm giới



Biểu đồ 3.1. Phân bố đối tượng nghiên cứu theo giới

Nhận xét: Chúng tôi có tất cả 21 BN liệt dây thanh 2 bên tư thể khép được điều trị phẫu thuật cắt phần sau dây thanh bằng dụng cụ cắt hút. Trong đó có 13 BN là nữ chiếm 61.9%.

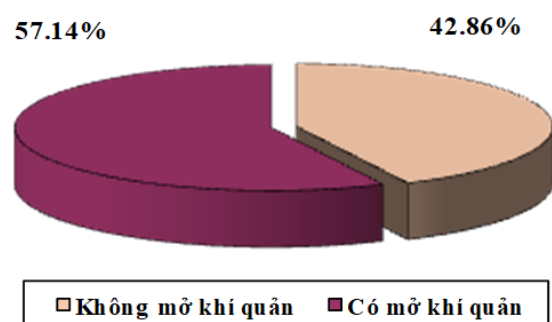
4.1.3. Phân bố theo nguyên nhân



Biểu đồ 3.2. Phân bố nguyên nhân

Nhận xét: Trong 21 BN liệt dây thanh 2 bên tư thể khép được điều trị phẫu thuật cắt phần sau dây thanh bằng dụng cụ cắt hút: nguyên nhân hay gặp là sau phẫu thuật tuyến giáp có 15 BN chiếm 71.43%.

4.1.4. Tiền sử mở khí quản trước phẫu thuật



Biểu đồ 3.3: Tiền sử mở khí quản trước phẫu thuật

Nhận xét: Tỷ lệ BN mở khí quản trước khi can thiệp cắt dây thanh là 57.14%.

4.2. Đánh giá kết quả sau phẫu thuật cắt phần sau dây thanh bằng dụng cụ cắt hút

4.2.1. Triệu chứng khó thở sau phẫu thuật

Bảng 3.2. Đánh giá cải thiện khó thở sau phẫu thuật

	Độ 0	Độ I	Độ II	Độ III
Trước PT		18	3	
Sau PT 01 tháng	21 (100%)			
Sau PT 03 tháng	19 (90.48%)	2 (9.52%)		

Nhận xét: Trước phẫu thuật 100% BN khó thở TQ độ I và II. Sau phẫu thuật 01 tháng BN hết khó thở 100%. Sau PT 03 tháng BN hết khó thở chiếm tỉ lệ cao 90.48%. Chỉ còn 9.52% BN khó thở độ I do tình trạng viêm phù nề TQ.

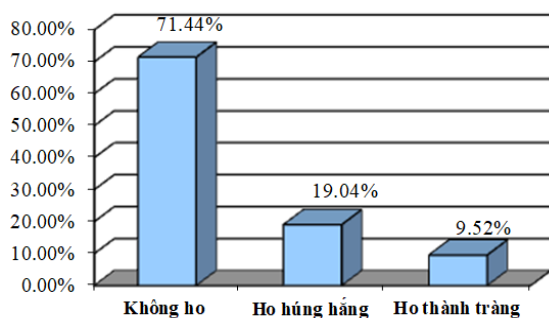
4.2.2. Triệu chứng ngủ ngáy sau phẫu thuật

Bảng 3.3. Đánh giá cải thiện ngủ ngáy sau phẫu thuật

	Không ngủ ngáy	Ngáy lúc mệt	Ngáy thường xuyên
Trước PT			21
Sau PT 01 tháng	18 (85.72%)	3 (14.28%)	
Sau PT 03 tháng	12 (57.14%)	9 (42.86%)	

Nhận xét: Trước phẫu thuật 100% ngủ ngáy thường xuyên. Sau phẫu thuật 01 tháng BN hết ngủ ngáy 85.72% và chỉ còn 14.28% ngủ ngáy khi mệt. Sau phẫu thuật 03 tháng BN hết ngủ ngáy 57.14% và 42.86% ngủ ngáy khi mệt. Như vậy kết quả 100% cải thiện ngủ ngáy.

4.2.3. Triệu chứng ho sau phẫu thuật.



Biểu đồ 3.4. Tình trạng ho sau phẫu thuật

Nhận xét: Trong 21 BN liệt dây thanh 2 bên tư thể khớp được điều trị phẫu thuật cắt phần sau liệt dây thanh bằng dụng cụ cắt hút, sau phẫu thuật: 15 (71.44%) BN không ho, 4 (19.04%) ho húng hắng và 2 (9.52%) BN ho thành tràng.

4.2.4. Độ rộng thanh môn sau phẫu thuật

Bảng 3.4. Đánh giá độ rộng thanh môn sau phẫu thuật

Độ rộng thanh môn	Trước PT	Sau PT 1 tháng	Sau PT 3 tháng
< 3mm	21 (100%)		
3 - 5mm			2 (9.52%)
>5mm		21 (100%)	19 (90.48%)

Nhận xét: Trước phẫu thuật 100% BN có độ rộng thanh môn < 3mm. Sau phẫu thuật 01 tháng 100% BN có độ rộng thanh môn > 5mm. Sau PT 03 tháng có 19 BN (chiếm 90.48%) có độ rộng thanh môn lớn hơn 5mm và không có BN nào độ rộng thanh môn < 3mm.

4.2.5. Đánh giá chức năng phát âm sau phẫu thuật qua thang điểm VHI

Bảng 3.5. VHI sau mổ

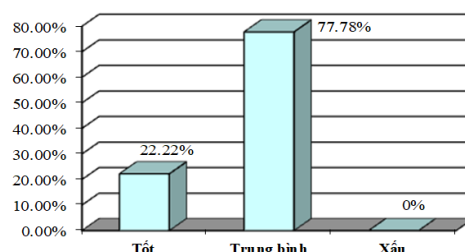
	Sau PT 1 tháng	Sau PT 3 tháng
Bình thường (0)	0 (0%)	0 (0%)
Nhẹ (0-30)	0 (0%)	3 (14.28%)
Trung bình (31-60)	5 (23.81%)	11 (52.4%)
Nặng (61-90)	13 (61.91%)	6 (28.56%)
Rất nặng (91-120)	3 (14.28%)	1 (4.76%)

Nhận xét: Sau phẫu thuật 100% BN bị khàn tiếng, theo thời gian mức độ khàn tiếng của BN sẽ giảm dần.

VHI tại thời điểm sau phẫu thuật 1 tháng: 23.81% có rối loạn giọng mức độ trung bình, 61.91% rối loạn giọng mức độ nặng, 14.28% rối loạn giọng mức độ rất nặng.

VHI tại thời điểm sau phẫu thuật 3 tháng: 14.28% rối loạn giọng mức độ nhẹ, 52.4% rối loạn giọng mức độ trung bình, 28.56% rối loạn giọng mức độ nặng, 4.76% rối loạn giọng mức độ rất nặng.

4.2.6. Đánh giá tình trạng đường thở sau phẫu thuật qua đo CNHH



Biểu đồ 3.5. Đánh giá tình trạng đường thở qua đo CNHH

Nhận xét: Kết quả đo chức năng hô hấp sau 4 tuần - 3 tháng sau phẫu thuật, có 9 BN đồng ý đo. Trong đó có 2 BN (22.22%) đạt kết quả tốt (không còn rối loạn thông khí), 7 BN (77.78%) đạt kết quả trung bình, không có BN nào đạt kết quả xấu.

4.2.7. Một số biến chứng sau phẫu thuật:

Sau phẫu thuật, có 3 (14.28%) BN có biến chứng. Trong đó viêm phù nề thanh quản sau phẫu thuật là biến chứng hay gặp nhất 2 BN (9.52%). 1 (4.76%) BN có u hạt. Tại thời điểm đánh giá của đề tài không có BN nào tràn khí, chảy máu, rối loạn nuốt hay dính dây thanh.

4.2.8. Thời gian rút canuyn:

100% BN rút được canuyn trong vòng 30 ngày sau phẫu thuật cho đến thời điểm kết thúc đề tài nghiên cứu này không có BN nào là không rút được canuyn.

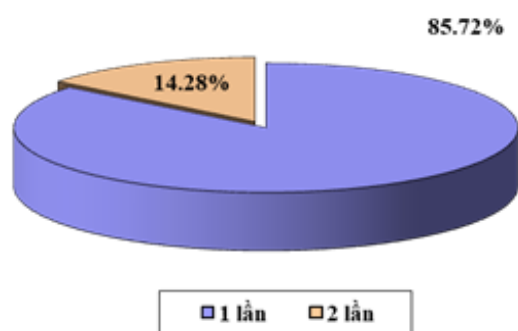
4.2.9. Sự tạo thành giả mạc và dây thanh giả:

100% tạo thành giả mạc và dây thanh giả ở BN sau khi được phẫu thuật cắt phần sau dây thanh. Vì vậy sau phẫu thuật 5-7 ngày chúng ta nên bóc giả mạc cho BN giúp BN dễ thở và hạn chế hình thành u hạt.

4.2.10. Thời gian nằm viện sau phẫu thuật

Thời gian nằm viện sau phẫu thuật trong nghiên cứu của chúng tôi trung bình là 9.38 ngày, thấp nhất là 5 ngày, nhiều nhất là 17 ngày.

4.2.11. Số lần can thiệp phẫu thuật:



Biểu đồ 3.6. Số lần can thiệp phẫu thuật

85.72% số BN trải qua 1 lần phẫu thuật cắt phần sau dây thanh, 14.28% số BN trải qua 2 lần phẫu thuật, cho đến thời điểm hiện tại tổng kết đề tài không có BN nào trải qua 3 lần phẫu thuật trở lên.

5. BÀN LUẬN:

5.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

- Lứa tuổi hay gặp nhất là từ 51-70 tuổi; tuổi trung bình 54,7 tuổi, nhỏ nhất 15 tuổi, lớn nhất 81 tuổi. Kết quả này cũng gần tương đồng với nghiên cứu của tác giả Phạm Thị Hiền⁴ (tuổi trung bình 59), Lê Hoàng Anh³ (tuổi trung bình 57.1), Filauro và cộng sự² (tuổi trung bình 56.2)

- So sánh mở khí quản: với một số nghiên cứu đã được tiến hành tại BV TMH TW, nghiên cứu của tác giả Trần Văn Oai⁶ và tác giả Lê Văn Chính⁵ khi đánh giá kết quả điều trị cố định dây thanh 2 bên ở tư thế khép bằng phương pháp cắt 2/3 sau dây thanh một bên, ở những BN chưa được mở khí quản, BN phải trải qua 2 thì phẫu thuật⁵. Thì 1: mở khí quản, sau đó gây mê qua lỗ mở khí quản. Thì 2: tiến hành cắt 2/3 sau dây thanh. Như vậy trong nghiên cứu của chúng tôi cũng giống như của tác giả Phạm Thị Hiền⁴, nếu BN chưa từng mở khí quản, việc cắt dây thanh chỉ cần 1 thì duy nhất, tránh được việc phải mở khí quản cho BN.

2.2. Đánh giá kết quả sau phẫu thuật cắt phần sau dây thanh bằng dụng cụ cắt hút

- Đánh giá mức độ khó thở: Trước phẫu thuật 100% BN khó thở thanh quản độ I và II. Sau phẫu thuật BN hết khó thở chiếm tỉ lệ cao 90.48%. Chỉ còn 9.52% BN

khó thở độ I do tình trạng viêm phù nề thanh quản. Nghiên cứu của chúng tôi gần tương đồng với nghiên cứu của tác giả Phạm Thị Hiền, BN hết khó thở chiếm tỉ lệ cao 84.375%⁴. Chỉ 15.625% BN khó thở khi gắng sức, không có BN nào khó thở khi nghỉ ngơi. Trong Trần Văn Oai⁶ thì sau phẫu thuật, 60% BN hết khó thở hoàn toàn, 16,67% BN cảm thấy khó thở khi lao động gắng sức và 23,33% khó thở thường xuyên⁶. Như vậy hiệu quả điều trị thu được trong phương pháp của chúng tôi là cao hơn.

- Đánh giá mức độ khàn tiếng: Sau phẫu thuật 100% BN bị khàn tiếng, theo thời gian mức độ khàn tiếng của BN sẽ giảm dần. VHI tại thời điểm sau phẫu thuật 1 tháng: 23.81% có rối loạn giọng mức độ trung bình, 61.91% rối loạn giọng mức độ nặng, 14.28% rối loạn giọng mức độ rất nặng. VHI tại thời điểm sau phẫu thuật 3 tháng: 14.28% rối loạn giọng mức độ nhẹ, 52.4% rối loạn giọng mức độ trung bình, 28.56% rối loạn giọng mức độ nặng, 4.76% rối loạn giọng mức độ rất nặng.

Trong khi đó kết quả nghiên cứu của tác giả Phạm Thị Hiền, sau phẫu thuật 100% BN có khàn tiếng, trong đó khàn nhẹ chiếm tỉ lệ cao 68.75%. BN khàn vừa chiếm 31.25%⁴. Nghiên cứu của Lê Văn Chính tỉ lệ khàn tiếng nặng là 6.67%⁵.

Tất cả những BN sau phẫu thuật đều có triệu chứng khàn với mức độ khác nhau. Qua số liệu trên cho thấy chỉ số VHI có sự cải thiện rõ rệt sau 2 lần đánh giá, thời gian theo dõi sau phẫu thuật càng dài mức độ rối loạn giọng càng giảm.

- Đánh giá mức độ ngủ ngáy: Trước phẫu thuật 100% ngủ ngáy thường xuyên. Sau phẫu thuật 01 tháng BN hết ngủ ngáy 85.72% và chỉ còn 14.28% ngủ ngáy khi mệt. Sau phẫu thuật 03 tháng BN hết ngủ ngáy 57.14% và 42.86% ngủ ngáy khi mệt. Như vậy kết quả 100% cải thiện ngủ ngáy.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi gần tương đồng với kết quả nghiên cứu của tác giả Phạm Thị Hiền, có 68.75% BN không ngủ ngáy sau phẫu thuật, 31.25% sau phẫu thuật còn ngủ ngáy nhỏ, khi mệt⁴. Rõ ràng, cùng với triệu chứng khó thở, thì khi độ rộng thanh môn được làm rộng hơn thì đã khắc phục được tương đối tình trạng ngủ ngáy của BN.

- Đánh giá độ rộng thanh môn: Trước PT 100% BN có độ rộng thanh môn < 3mm. Sau phẫu thuật 01 tháng 100% BN có độ rộng thanh môn > 5mm. Sau phẫu thuật 03 tháng có 19 BN (chiếm 90.48%) có độ rộng thanh môn lớn hơn 5mm và không có BN nào độ rộng thanh môn < 3mm.

Nghiên cứu của chúng tôi tương đồng với nghiên cứu của tác giả Phạm Thị Hiền, sau phẫu thuật 78.125 % BN có độ rộng thanh môn lớn hơn 5mm và không có BN nào độ rộng thanh môn < 3mm⁴, tác giả Lê Hoàng Anh³ (79.1%) và tác giả Lê Văn Chính⁵ (86,67%) có độ rộng thanh môn lớn hơn 5mm⁵. Tuy nhiên ở 2 nghiên cứu này vẫn còn BN có độ rộng thanh môn dưới 3mm lần lượt là 11.6% và 6.67%.

- Đánh giá chức năng hô hấp: Kết quả đo chức năng hô hấp sau 4 tuần - 3 tháng sau phẫu thuật, có 9 BN đồng ý đo. Trong

đó có 2 BN (22.22%) đạt kết quả tốt (không còn rối loạn thông khí), 7 BN (77.78%) đạt kết quả trung bình, không có BN nào đạt kết quả xấu.

Trong khi đó tác giả Phạm Thị Hiền⁴, kết quả đo chức năng hô hấp sau 6 tuần - 3 tháng sau phẫu thuật, có 72.73% BN đạt kết quả tốt, 27.27% đạt kết quả trung bình, không có BN nào đạt kết quả xấu⁴.

Trong nghiên cứu của tác giả Lê Văn Chính CNHH của BN sau phẫu thuật bình thường chiếm 90%, chỉ còn 10% là xấu⁵. Tuy nhiên có sự khác biệt trong thời điểm đo CNHH và có lẽ đây cũng chính là nguyên nhân gây ra sự khác biệt về kết quả thu được.

- Đánh giá biến chứng sau phẫu thuật: sau phẫu thuật, có 3/21 (14.28%) BN có biến chứng. Trong đó viêm phù nề thanh quản sau phẫu thuật là biến chứng hay gặp nhất 2 BN (9.52%). 1 (4.76%) BN có u hạt. Tại thời điểm đánh giá không có BN nào tràn khí, chảy máu, rối loạn nuốt hay dính dây thanh.

Kết quả nghiên cứu về biến chứng của chúng tôi tương đồng với tác giả Lê Văn Chính, có 4/30 BN xảy ra biến chứng sau phẫu thuật chiếm 13,33%⁵ và các biến chứng của tác giả Phạm Thị Hiền⁴ cao hơn, tỉ lệ biến chứng sau phẫu thuật 40.625% (25% u hạt, 9,375% viêm phù nề sau phẫu thuật, 6,25% viêm phù nề kèm u hạt)⁹.

- Đánh giá thời gian nằm viện: Thời gian nằm viện sau phẫu thuật trong nghiên cứu của chúng tôi trung bình là 9.38 ngày, thấp nhất là 5 ngày, nhiều nhất là 17 ngày.

- Đánh giá thời gian rút canuyn: 100% BN rút được canuyn trong vòng 30 ngày sau phẫu thuật cho đến thời điểm hiện tại không có BN nào là không rút được canuyn.

Kết quả của chúng tôi tương đồng với kết quả của Phạm Thị Hiền, thời gian rút canuyn sau phẫu thuật của hầu hết BN là trước 2 tháng (chiếm 15/17 BN)⁴. Trong nhóm này trung bình là 2.12 ngày, thấp nhất là 1 ngày, nhiều nhất là 7 ngày. Có 1/17 BN không rút được canuyn do không cai được canuyn. Trong nghiên cứu tác giả Trần Văn Oai, có 8/30 BN chiếm 26,67% rút được dưới 2 tháng sau phẫu thuật, 9/30 BN chiếm 30% rút được trong khoảng 2 – 6 tháng, 6/30 BN rút canuyn sau hơn 6 tháng và có 7/30 BN không rút được canuyn⁶. Như vậy so với nghiên cứu của các tác giả trên, khả năng rút canuyn trong nghiên cứu của chúng tôi cao hơn và thời gian rút được sớm hơn.

- Đánh giá mức độ ho: Trong 21 BN liệt dây thanh 2 bên tư thế khép được điều trị phẫu thuật cắt phần sau dây thanh bằng dụng cụ cắt hút, sau phẫu thuật: 15 (71.44%) BN không ho, 4 (19.04%) ho húng hắng và 2 (9.52%) BN ho thành tràng.

- Đánh giá số lần can thiệp phẫu thuật: 85.72% số BN trải qua 1 lần phẫu thuật cắt phần sau dây thanh, 14.28% số BN trải qua 2 lần phẫu thuật, cho đến thời điểm hiện tại không có BN nào trải qua 3 lần phẫu thuật trở lên.

- Đánh giá sự hình thành giả mạc và tái tạo dây thanh giả: 100% tạo thành giả mạc

và dây thanh giả ở BN sau khi được phẫu thuật cắt phần sau dây thanh. Vì vậy sau phẫu thuật 5-7 ngày chúng ta cần bóc giả mạc cho BN giúp BN dễ thở và hạn chế hình thành u hạt.

6. KẾT LUẬN

Qua 21 trường hợp liệt dây thanh 2 bên tư thế khép do nhiều nguyên nhân khác nhau được điều trị phẫu thuật cắt phần sau dây thanh bằng dụng cụ cắt hút tại BVTMHTW, trong thời gian từ tháng 9/2023 - 8/2023 chúng tôi rút ra kết luận như sau:

- Nguyên nhân hay gặp là sau phẫu thuật tuyến giáp (71,43%).

- Sau phẫu thuật (90,48%) BN hết khó thở và có độ rộng thanh môn > 5mm.

- Sau phẫu thuật kết quả 100% cải thiện ngủ ngáy.

- Hầu hết BN trải qua 1 lần phẫu thuật, thời gian nằm viện trung bình.

- Nếu BN chưa từng MKQ, việc cắt dây thanh chỉ cần 1 thì duy nhất, tránh được việc phải MKQ cho BN.

- Tất cả BN được rút canuyn sau phẫu thuật 1 tháng đối với BN được MKQ trước đó.

- Đánh giá VHI sau 6 tháng đa số BN có rối loạn giọng nhẹ hoặc trung bình, không có BN nào rối loạn giọng rất nặng.

- Sau phẫu thuật vừa giúp giải quyết khó thở nhưng vẫn bảo tồn chức năng nói và nuốt, BN hài lòng với kết quả phẫu thuật.

* Phương pháp phẫu thuật cắt bán phần dây thanh bằng công cụ cắt hút trong điều trị liệt dây thanh hai bên tư thế khép có:

- Ưu điểm: can thiệp không nhiều nhưng cải thiện đáng kể chức năng hô hấp, đơn giản, ít xâm lấn, thời gian phẫu thuật ngắn và không cần thiết bị đặc biệt nào. Có tỉ lệ tai biến và biến chứng thấp.

- Nhược điểm: soi thanh quản bằng ống cứng hoặc ống mềm để đánh giá độ rộng của thanh môn khi thăm khám bệnh nhân bằng mắt thường chỉ mang tính chất chủ quan của thầy thuốc, chưa có một thước đo chính xác khách quan. Đây cũng là hạn chế của đề tài và các nghiên cứu trước đó.

7. KHUYẾN NGHỊ

- Liệt dây thanh hai bên ở tư thế khép là một cấp cứu thường gặp trong TMH ở tất cả các cơ sở y tế. Nếu không được xử trí kịp thời sẽ đe dọa đến tính mạng của BN.

- Hiện nay việc điều trị liệt dây thanh 2 bên tư thế khép ở các tuyến cơ sở vẫn còn nhiều hạn chế, đa số mới dừng lại ở việc đặt nội khí quản hoặc mở khí quản. Trong khi đó dụng cụ cắt hút đơn giản, dễ trang bị, dễ sử dụng có thể triển khai áp dụng phẫu thuật này được ở tất cả các cơ sở y tế kể cả các trường hợp cấp cứu.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Huỳnh Quang Trí. Ứng Dụng Chỉ Số Khuyết Tật Tiếng Nói (VHI) Cho Người Có Rối Loạn Giọng Nói Và Không Rối Loạn Giọng Nói Ở Việt Nam. Luận văn thạc sĩ Y học. Đại học Y dược Thành

- phổ Hồ Chí Minh 2007.
2. Filauro M, Vallin A, Marcenaro E, et al. Quality of life after transoral CO₂ laser posterior cordotomy with or without partial arytenoidectomy for bilateral adductor vocal cord paralysis. 2021;278:4391-4401.
 3. Lê Hoàng Anh. đánh giá kết quả bước đầu điều trị liệt dây thanh 2 bên tư thế khép sau phẫu thuật tuyến giáp bằng phương pháp treo dây thanh một bên. Luận văn thạc sĩ y học Đại học Y Hà Nội 2019.
 4. Phạm Thị Hiền. Đánh giá kết quả PT cắt phần sau DT bằng Laser trong điều trị liệt DT 2 bên tư thế khép. Trường Đại học Y Hà Nội 2022.
 5. Lê Văn Chính. Đánh Giá Kết Quả Điều Trị Cố Định DT 2 Bên ở Tư Thế Khép Bằng Phương Pháp Cắt 2/3 Sau DT Một Bên. Trường Đại học Y Hà Nội 2013.
 6. Trần Văn Oai. Nghiên Cứu Đặc Điểm Lâm Sàng và Đánh Giá Kết Quả Điều Trị Liệt Thần Kinh TQ Quặt Ngược Hai Bên Tư Thế Khép Sau PT Tuyến Giáp. Trường Đại học Y Hà Nội 2017.