

# ĐIỀU TRỊ DÍNH MÉP TRƯỚC DÂY THANH BẰNG PHƯƠNG PHÁP PHẪU THUẬT TÁCH DÍNH ĐẶT KEEL THANH QUẢN: BÁO CÁO MÔ TẢ LOẠT CA

Lý Xuân Quang\*\*, Nguyễn Thị Mỹ Dung\*,  
Trần Ngọc Tường Linh\*

## TÓM TẮT

**Đặt vấn đề:** Dính mép trước dây thanh là sự dính bất thường của phần trước dây thanh hai bên, có thể bẩm sinh hoặc mắc phải. Điều trị dính mép trước chủ yếu là phẫu thuật và có thể thực hiện qua nội soi hoặc mổ hở. Nghiên cứu này được thực hiện nhằm mô tả đặc điểm lâm sàng và kết quả điều trị dính mép trước dây thanh bằng phương pháp phẫu thuật tách dính kết hợp đặt keel thanh quản qua đường mổ hở. **Đối tượng và phương pháp:** Mô tả loạt ca những bệnh nhân được phẫu thuật tách dính mép trước và đặt keel thanh quản tại bệnh viện Đại học Y dược TP. Hồ Chí Minh từ tháng 10/2018 đến tháng 12/2022. **Kết quả nghiên cứu:** 6 bệnh nhân được chẩn đoán dính mép trước thanh quản, gồm 1 nam và 5 nữ, với tuổi trung bình là 48,83 tuổi. 5/6 người bệnh xuất hiện tình trạng dính mép trước sau nội soi vì phẫu thuật cắt hạt dây thanh, 1 trường hợp dính mép trước sau phẫu thuật cắt sùi loạn sản dây thanh 2 bên. Theo phân loại Cohen, 4 trường hợp dính mép trước độ II và 2 trường hợp dính mép trước độ III. Phẫu thuật tách dính kết hợp đặt keel diễn ra thuận lợi, không ghi nhận biến chứng chu phẫu như chảy máu, nhiễm trùng, tràn khí dưới da, đứt mối chỉ cố định keel. 216 bệnh nhân xuất hiện mô hạt tại vị trí đặt keel. Chỉ số khuyết tật giọng nói (Voice Handicap Index - VHI) được sử dụng để đánh giá kết quả sau mổ, với điểm số trung bình 24 (thấp nhất là 5 và cao nhất là 71 điểm) và cải thiện một cách có ý nghĩa so với trước phẫu thuật. Đa phần bệnh nhân tự đánh giá chất lượng giọng nói cải thiện đáng kể sau phẫu thuật. Chưa ghi nhận trường hợp dính tái phát sau rút keel. **Kết luận:** Phẫu thuật tách dính mép trước kết hợp đặt keel thanh quản là phương pháp khả thi, an toàn và hiệu quả.

**Từ khóa:** dính mép trước, phẫu thuật tách dính, keel thanh quản.

\* Khoa Tai Mũi Họng Bệnh viện Đại học Y dược TPHCM.

\*\* Bộ môn Tai Mũi Họng Bệnh viện Đại học Y dược TPHCM.

Chịu trách nhiệm chính: Trần Ngọc Tường Linh; ĐT: 0989047099;

Email: [linh.tnt@umc.edu.vn](mailto:linh.tnt@umc.edu.vn)

Nhận bài: 7/3/2023. Ngày nhận phản biện: 17/3/2023

Ngày nhận phản hồi: 28/3/2023. Ngày duyệt đăng: 30/3/2023.

**TREATMENT OF ANTERIOR GLOTTIC STENOSIS BY WEB DIVISION SURGERY AND LARYNGEAL KEEL PLACEMENT: A CASE SERIES REPORT**

**ABSTRACT**

**Introduction:** Anterior glottic stenosis is an abnormal fusion of the anterior bilateral vocal folds that may be congenital or acquired. Treatment is primarily surgical and can be performed by endoscopic or open approach. This study was performed to describe clinical characteristics and outcomes of patients with anterior glottic stenosis treated by web division surgery combined with laryngeal keel placement.

**Methods:** a case series described 6 patients with anterior glottic stenosis that were treated by web division surgery combined with laryngeal keel placement at Ho Chi Minh City University Medical Center from October 2018 to December 2022.

**Results:** There were 1 male and 5 females with the mean age of 48.83. 5/6 patients developed anterior glottic stenosis after endolaryngeal microsurgery for benign vocal lesions. The other patient acquired anterior glottic stenosis following vocal fold dysplasia mucosal excision. According to Cohens classification, 4 and 2 cases suffered from type II and type III, respectively. Web division surgeries combined with laryngeal keel placements were successful without any perioperative complications such as bleeding, infection, subcutaneous emphysema and rupture of keel fixation suture. 2 patients had granuloma formation at keel site. Voice Handicap Index was used to assess outcome, with the resulting mean score of 24 (5 - 71). Self-reported voice quality improved significantly after surgery. There was no recurrent stenosis after keel removal.

**Conclusion:** Web division surgery combined with laryngeal keel placement is a feasible, safe and effective technique in treatment of anterior glottic stenosis.

**Keywords:** anterior glottic stenosis, web division surgery, laryngeal keel.

**ĐẶT VẤN ĐỀ**

Dính mép trước dây thanh là sự dính bất thường phần trước dây thanh hai bên, có thể bẩm sinh hoặc mắc phải. Dính mép trước bẩm sinh hiếm khi xảy ra. Trong khi đó, dính mép trước dây thanh mắc phải phổ biến hơn và thường là hậu quả của chấn thương, phẫu thuật hoặc viêm nhiễm vùng thanh quản<sup>1</sup>.

Điều trị dính mép trước chủ yếu là phẫu thuật và có thể thực hiện qua nội soi hoặc mổ hở. Nội soi tách dính là cách tiếp cận đơn giản nhất. Tuy nhiên, phương pháp này có nguy cơ tái dính cao nếu chỉ thực

hiện đơn độc. Do đó, keel thanh quản ra đời nhằm mục đích hạn chế đến mức tối thiểu nguy cơ hình thành sẹo dạng màng và mô hạt sau tách dính<sup>2</sup>. Vật liệu keel có thể được cố định bằng cách khâu vào sụn giáp, qua da bằng phẫu thuật mở sụn giáp hoặc tiếp cận qua nội soi.

Báo cáo này nhằm mục đích mô tả những trường hợp lâm sàng dính mép trước dây thanh mắc phải và kết quả điều trị sau phẫu thuật tách dính đặt keel thanh quản qua đường mở sụn giáp tại Bệnh viện Đại học Y Dược (ĐHYD) Thành phố Hồ Chí Minh.

## ĐỐI TƯỢNG - PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

**Đối tượng nghiên cứu:** Bệnh nhân dính mép trước thanh quản được điều trị tại bệnh viện ĐHYD TP. Hồ Chí Minh từ tháng 10/2018 đến tháng 12/2022.

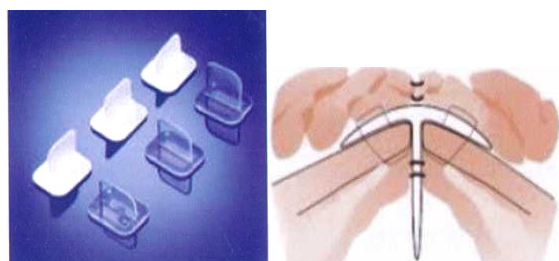
**Thiết kế nghiên cứu:** mô tả loạt ca.

### Phương pháp tiến hành

Chúng tôi sử dụng Laryngeal keel của hãng Boston.

Quá trình tách dính kết hợp đặt keel thanh quản

- Bệnh nhân nằm ngửa, mê nội khí quản đường miệng, đặt gối dưới vai.
- Rạch đường ngang trên sụn nhẫn theo nếp da cổ khoảng 10cm. Bóc tách bộc lộ phức hợp sụn giáp.
- Chẻ sụn giáp, quan sát vị trí dính mép trước. Tiến hành tách dính.
- Đặt keel thanh quản vào khoảng giữa 2 dây thanh, khâu cố định keel thanh quản vào sụn giáp.



**Hình 1.** Đặt và cố định keel vào cánh sụn giáp

Người bệnh được tái khám theo dõi mỗi tuần sau phẫu thuật, và được rút keel vào khoảng 4-5 tuần hậu phẫu.

### KẾT QUẢ





Sau quá trình nghiên cứu, chúng tôi ghi nhận 6 trường hợp (gồm 1 nam và 5 nữ) dính mép trước dây thanh, được chỉ định

phẫu thuật tách dính kết hợp đặt keel thanh quản. Tuổi trung bình của mẫu nghiên cứu là 48,83. Không ghi nhận trường hợp nào dính mép trước bẩm sinh. 5/6 bệnh nhân xuất hiện tình trạng dính mép trước sau phẫu thuật nội soi vi phẫu thanh quản cắt hạt dây thanh, 1 trường hợp dính mép trước sau phẫu thuật cắt trọn niêm mạc loạn sản dây thanh 2 bên.

Biểu hiện lâm sàng chính của người bệnh là khàn tiếng kéo dài sau phẫu thuật. Đặc biệt, một bệnh nhân khàn tiếng kèm khó thở khi gắng sức. Sau phẫu thuật nội soi vi phẫu cắt hạt dây thanh, người bệnh này đã được phẫu thuật tách dính tại cơ sở y tế địa phương 5 lần, với hình ảnh nội soi trước mổ cho thấy dính mép trước độ III theo Cohen. Thời gian trung bình từ lúc phẫu thuật đến khi được chẩn đoán dính mép trước là 4,4 tháng (sớm nhất là 1 tháng, muộn nhất là 7 tháng). Hình ảnh nội soi trước mổ ghi nhận 4 bệnh nhân dính mép trước độ III theo phân loại Cohen, 2 trường hợp có vị trí dính gây hẹp > 50% thanh môn, tương ứng độ III.

Quá trình phẫu thuật tách dính được thực hiện qua đường mổ ngang cổ, bóc tách bộc lộ sụn giáp, mở sụn giáp và tách dính mép trước. Keel được đặt sau khi đã tách dính thành công. Tất cả trường hợp trong nghiên cứu đều được phẫu thuật một cách thuận lợi, không ghi nhận các biến chứng chu phẫu như chảy máu, nhiễm trùng, tràn khí dưới da hay đứt mối chỉ cố định keel.

Năm người bệnh được phẫu thuật thì hai để rút keel sau mổ 4 tuần, một trường hợp rút keel sau 3 tháng do bệnh nhân không tái khám theo hẹn. Ở 2/6 bệnh nhân ghi nhận có mô hạt tại vị trí đặt keel, những trường hợp này được phẫu thuật cắt mô hạt qua nội soi vi phẫu thanh quản cùng thời điểm rút keel.

| Classification | From           | To              | Endoscopic appearance  |
|----------------|----------------|-----------------|--|
| Grade I        | No Obstruction | 35% Obstruction |   |
| Grade II       | 35%            | 50%             |   |
| Grade III      | 51%            | 75%             |   |
| Grade IV       | 76%            | 100%            |  |

**Hình 2.** Phân loại Cohen trong dính mép trước thanh quản  
(Nguồn: Monnier P và cộng sự, 20153)



**Hình 3.** Hình ảnh nội soi trước và sau phẫu thuật tách dính kết hợp đặt keel thanh quản.  
(1) Dính mép trước độ III theo Cohen sau phẫu thuật lấy niêm mạc dây thanh 2 bên.  
(2) Hình ảnh sau tách dính kết hợp đặt keel. (3) Hình ảnh nội soi sau rút keel 3 tháng.

Chỉ số khuyết tật giọng nói (VHI), gồm 30 câu hỏi do người bệnh tự đánh giá, được sử dụng để đánh giá kết quả điều trị sau mổ. Điểm số trung bình ghi nhận được là 24 (thấp nhất là 5, cao nhất là 71 điểm). Khảo sát 5/6 bệnh nhân trong nghiên cứu cho thấy có sự cải thiện đáng kể về chất

lượng giọng so với trước phẫu thuật. Một trường hợp báo cáo cải thiện về giọng chỉ ở mức trung bình, tuy nhiên triệu chứng khó thở giảm đáng kể, người bệnh có thể quay trở lại sinh hoạt bình thường. Chưa ghi nhận trường hợp nào dính tái phát sau rút keel.

**Bảng 1.** Đặc điểm lâm sàng mẫu nghiên cứu

| STT | Bệnh sử   | Triệu chứng                      | Phân loại Cohen | VHI      |        | Biến chứng |
|-----|---|----------------------------------|-----------------|----------|--------|------------|
|     |   |                                  |                 | Trước mổ | Sau mổ |            |
| 1   | Sau phẫu thuật nội soi vi phẫu thanh quản cắt hạt dây thanh 2 bên cách 5 tháng                                | Khàn tiếng kéo dài               | II              | 67       | 5      | Không      |
| 2   | Sau phẫu thuật nội soi vi phẫu thanh quản cắt hạt dây thanh 2 bên cách 2 tháng                                | Khàn tiếng kéo dài               | II              | 70       | 15     | Không      |
| 3   | Sau phẫu thuật nội soi vi phẫu thanh quản cắt hạt dây thanh 2 bên, đã phẫu thuật tách dính 5 lần              | Khàn tiếng, khó thở khi gắng sức | III             | 80       | 71     | Mô hạt     |
| 4   | Sau 1 tháng phẫu thuật nội soi thanh quản cắt trọn niêm mạc loạn sản dây thanh 2 bên                          | Khàn tiếng kéo dài               | III             | 76       | 23     | Mô hạt     |
| 5   | Sau phẫu thuật nội soi vi phẫu thanh quản cắt hạt dây thanh 2 bên cách 3 tháng, đã phẫu thuật tách dính 1 lần | Khàn tiếng kéo dài               | II              | 68       | 12     | Không      |
| 6   | Sau phẫu thuật nội soi vi phẫu thanh quản cắt hạt dây thanh 2 bên cách 1 tháng                                | Khàn tiếng kéo dài               | II              | 61       | 18     | Không      |

## BÀN LUẬN

Dính mép trước có thể do dính dạng màng bẩm sinh hoặc mắc phải (chấn thương vùng cổ trước đó; quá trình viêm của thanh quản hoặc phổ biến nhất là biến chứng sau phẫu thuật thanh quản)<sup>1</sup>. Vị trí dính nhỏ hơn 3mm có thể không có triệu chứng, trong khi kích thước lớn hơn dẫn đến bất thường về giọng và thậm chí tắc nghẽn đường thở, phụ thuộc vào độ dài của sẹo.

Việc điều trị dính mép trước thanh quản là phức tạp và cần được cá thể hóa đối với từng người bệnh. Sự kết hợp giữa bác sĩ Tai Mũi Họng, Gây mê hồi sức và Ngôn ngữ trị liệu là cần thiết<sup>4</sup>. Tiếp cận qua nội soi và mổ hở kinh điển đã được mô tả để điều trị sẹo dính mép trước, trong đó, mức độ lan rộng và độ dài của sẹo là yếu tố chính trong việc lựa chọn phương pháp tiếp cận<sup>5</sup>.

Trong bối cảnh hiện nay, khi việc ứng dụng laser trong phẫu thuật đầu cổ nói chung và phẫu thuật thanh quản nói riêng ngày càng rộng rãi, việc sử dụng dao lạnh trong điều trị tách dính mép trước vẫn được nhiều phẫu thuật viên ưa chuộng. Sử dụng dao lạnh được cho là ưu thế trong việc hạn chế hình thành tổn thương do nhiệt. Trong một nghiên cứu tổng quan hệ thống, J M Fussey (2019)<sup>1</sup> đã cho thấy không có sự khác biệt đáng kể về kết quả sau phẫu thuật ở những bệnh nhân được tách dính bằng laser so với dao lạnh. Tác giả cũng giải thích rằng việc cho phủ bề mặt niêm mạc sau tách dính bằng vật niêm mạc hoặc keel quan trọng hơn là kỹ thuật và dụng cụ tách dính. Trong báo cáo của chúng tôi, 3 trường hợp được tách bằng dao lạnh, 3 trường hợp còn lại được tách bằng dao điện, sau khoảng thời gian theo dõi hậu phẫu, chưa ghi nhận trường hợp sẹo tái phát nào.

Cơ sở cho việc sử dụng keel hạn chế tiếp xúc niêm mạc tại vị trí vừa được tách dính, do đó ngăn ngừa hình thành sẹo và mô hạt tái phát. Thuật ngữ “keel” mô tả một cấu trúc có dạng vây, được đặt tại đường giữa, ngăn cách dây thanh hai bên. Nhìn chung, các nghiên cứu cho thấy đặt keel sau phẫu thuật tách dính mép trước đem lại kết quả khả quan, với tỷ lệ thành công được báo cáo lên đến 84%<sup>1</sup>. Tuy nhiên, những biến chứng liên quan đến kỹ thuật này đã được báo cáo bao gồm tụt keel do đứt mối chỉ cố định, nhiễm trùng da và hình thành mô hạt. Trong 6 trường hợp đặt keel thanh quản tại bệnh viện Đại học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh, chưa ghi nhận các biến chứng chu phẫu như nhiễm trùng, chảy máu, tràn khí dưới da, tụt keel, người bệnh hậu phẫu ổn định và được xuất viện sau 2 ngày. Trong thời gian theo dõi, 2/6 người bệnh có mô hạt tại vị trí đặt keel sau 4 tuần. Phẫu thuật thì hai được tiến hành nhằm rút keel và đồng thời cắt mô hạt tại vị trí mép trước. Theo dõi sau rút keel 2 tháng, chưa ghi nhận mô hạt hoặc dính tái phát. Chỉ số khuyết tật giọng nói (VHI) được sử dụng để đánh giá kết quả trước và sau phẫu thuật. Đa phần bệnh nhân đều cho thấy có sự cải thiện đáng kể về giọng nói và chất lượng cuộc sống.

## KẾT LUẬN

Điều trị dính mép trước thanh quản bằng phẫu thuật tách dính kết hợp đặt keel

thanh quản là một phương pháp khả thi, an toàn với tỷ lệ biến chứng tương đối thấp. Sự hồi phục giọng nói đáng kể được ghi nhận ở phần lớn người bệnh và chưa ghi nhận trường hợp nào tái phát trong thời gian theo dõi.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Fussey JM, Borsetto D, Pelucchi s, et al. Surgical management of acquired anterior glottic web: a systematic review. *J Laryngol Otol.* 2019; 133(10): 867- 874.
2. Sweed AH, Mobashir M, Mohamed AES, et al. Simple Endoscopic Application of Laryngeal Keel Stent *Otolaryngol Head Neck Surg.* 2022; 166(2): 399- 402.
3. Monnier p, Dikkers FG, Eckel H, et al. Preoperative assessment and classification of benign laryngotracheal stenosis: a consensus paper of the European Laryngological Society. *Eur Arch Otorhi- nolaryngol.* 2015; 272(10): 2885-96.
4. Cao Y, Sun G. Surgical Treatment Modalities for Iatrogenic Anterior Glottic Stenosis. *Ann Otol Rhi- nol Laryngol.* 2018;127(12): 946-952
5. Kuo IC, Rutter M. Surgical Management of Anterior Glottic Webs. *Front Pediatr.* 2020; 8: 555040.