

KHẢO SÁT TÌNH HÌNH ĐIỀU TRỊ SẸO HẸP THANH KHÍ QUẢN TẠI BV TAI MŨI HỌNG TP.HCM

Nguyễn Thị Thanh Thúy*,
Trần Phan Chung Thủy*, Lương Nguyễn Thanh Thảo*

TÓM TẮT

Giới thiệu: Hẹp thanh khí quản ở người trưởng thành có rất nhiều nguyên nhân. Những nguyên nhân phổ biến nhất là do chấn thương, đặt ống nội khí quản kéo dài, hậu quả của mở khí quản, phẫu thuật, xạ trị, bỏng đường thở, lao,... Các phương pháp điều trị: bao gồm kiểm soát trào ngược và phẫu thuật để mở rộng đường thở cho bệnh nhân. **Mục tiêu:** Khảo sát đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và đánh giá kết quả điều trị bệnh nhân sẹp hẹp thanh khí quản tại BV Tai Mũi Họng TPHCM từ 2018 - 2022. **Phương pháp:** mô tả cắt ngang. **Đối tượng:** 33 bệnh nhân. **Kết quả:** Nguyên nhân do đặt nội khí quản là cao nhất: 42.4%. Tỷ lệ nam cao hơn nữ 72.73% so với 27.27%. Nhóm tuổi gặp nhiều nhất là 18 - 60 tuổi (51.51%). Sẹp hẹp khí quản đơn thuần là 57.6%. Tổn thương thực thể dạng xơ sẹp chiếm tỷ lệ nhiều nhất 81.9%, chủ yếu gặp ở bệnh nhân đặt nội khí quản. Mức độ sẹp hẹp chủ yếu là Cotton II (36.4%), Cotton III (27.2%). Chiều dài của tổn thương < 1 cm chiếm tỷ lệ 57.6%. Phương pháp cắt mô hạt viêm, cắt màng được chỉ định phẫu thuật nhiều nhất (72.7%), tiếp đến là soi nong bằng bóng nong (42.4%), đặt ống T (21.2%), phẫu thuật ghép sụn (6.1 %), cắt nối khí quản tận tận 3 trường hợp (9.1%). Theo dõi sau 1 năm: 71.4 % bệnh nhân đặt ống T và 76.9 % bệnh nhân soi nong sẹp hẹp bằng bóng nong rút ống thành công. Có 2 trong 3 trường hợp cắt nội khí quản tận tận duy trì được hiệu quả điều trị. Không có bệnh nhân nào ghép sụn bị tái hẹp **Kết luận:** Có nhiều phương pháp chỉnh hình thanh khí quản nhưng chọn lựa tùy vào độ nặng của sẹp hẹp, bệnh nền kèm theo của bệnh nhân và khả năng chăm sóc sau phẫu thuật.

Từ khóa: Hẹp đường thở, trào ngược dạ dày thanh quản, nội soi nong sẹp hẹp bằng bóng nong.

FIVE-YEAR REVIEW OF TREATMENT FOR AIRWAY STENOSIS

ABSTRACT

Background: There are many causes of airway stenosis in adults. Most common causes are trauma, prolonged intubation, tracheostomy, surgery, radiation therapy, airway burn, tuberculosis,.. Treatment methods including medication to control LPR and surgery to ensure the functioning of the airway. **Objectives:** to describe clinical characteristics of

* Bệnh viện Tai Mũi Họng TPHCM.

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Thanh Thúy;

ĐT: 0903999442, Email: drthuynguyen@yahoo.com

Nhận bài: 9/3/2023. Ngày nhận phản biện: 19/3/2023

Ngày nhận phản hồi: 29/3/2023. Ngày duyệt đăng: 1/4/2023.

*airways stenosis (laryngotracheal stenosis) and evaluate the effectiveness of surgery treatment at ENT Hospital of HCMC from 2018 to 2022. **Subjects:** 33 patients. **Method:** Descriptive cross-sectional study. **Results:** Cause due to intubation is the highest: 42.4%. The proportion of men is higher than that of women (72.73% compared with 27.27%). The most common age group is 18-60 years old (51.51%). Tracheal stenosis is 57.6%. The most common fibrous scar lesions are: 81.9%, mainly in intubated patients. The degree of narrow scar is mainly Cotton II (36.4%), Cotton III (27.2%). The length of the lesion is < 1 cm, accounting for 57.6%. The method of cutting inflammatory granulomatous tissue, cutting the membrane is the most indicated surgery (72.7%), followed by endoscopic balloon dilatation (EBD) (42.4%), Montgomery T-tube stenting (21.2%), cartilage grafting surgery (6.1%), 3 cases underwent tracheal resection and end-to-end anastomosis (9.1%). Follow-up after 6 months: 71.4% of the T-tube stenting and 76.9% EBD patients were successfully decannulated. There are 2 of 3 cases of tracheal resection and end-to-end anastomosis cases still maintain the therapeutic effect. No patient cartilage grafting showed evidence of restenosis. **Conclusion:** There are many methods of laryngotracheal correction, but the choice depends on the severity of the stenosis, the patient's comorbidities, and the ability to provide postoperative care.*

Keywords: Airway stenosis, Laryngopharyngeal reflux (LPR), Endoscopic balloon dilatation (EBD).

1. TỔNG QUAN

Sẹo hẹp thanh khí quản (SHTKQ) là tổn thương thanh quản (TQ) hoặc khí quản (KQ) do nguyên nhân bẩm sinh hoặc mắc phải gây bí tắc một phần hoặc toàn bộ thanh khí quản. Khi khẩu kính đường thở giảm trên 60% thì thường bắt đầu xuất hiện triệu chứng khó thở. Nguyên nhân phổ biến nhất của hẹp thanh khí quản là do đặt nội khí quản kéo dài. Nguyên nhân khác là do chấn thương, do nhiễm trùng nhất là vi trùng lao, viêm hoặc kích ứng hóa học, xạ trị,... Trào ngược dạ dày thanh quản cũng được xem như một yếu tố ảnh hưởng đến bệnh sinh sẹo hẹp thanh khí quản.

Phân độ sẹo hẹp khí quản theo Cotton-Myer (1994): 4 độ gồm độ 1 hẹp 0-50% đường kính, độ 2 hẹp 51- 70% đường kính,

độ 3 hẹp 71- 99% đường kính, độ 4 hẹp kín không còn lỗ.

Biểu hiện lâm sàng của hẹp thanh khí quản thường không đặc hiệu có thể diễn ra cấp tính hoặc từ từ, phụ thuộc vào mức độ tắc nghẽn, vị trí, thời gian, độ dài của chỗ hẹp, bệnh lý nền của bệnh nhân. Các triệu chứng: khó thở (khi gắng sức hoặc nghỉ ngơi), khò khè, khàn tiếng, ho tái đi tái lại, viêm phổi tái đi tái lại, tím tái.

Các phương tiện hình ảnh học giúp chẩn đoán, tiên lượng và đưa ra hướng xử trí phù hợp bao gồm: CT scan, nội soi thanh khí quản bằng ống soi cứng hay mềm.

Điều trị gồm có nội hay ngoại khoa. Điều trị nội khoa bao gồm kiểm soát trào

ngược, thuốc giảm phù nề giảm viêm là các dạng steroid dùng xông hoặc chích tại chỗ,... Điều trị ngoại khoa gồm các phương pháp: nội soi (nong sẹ hẹp bằng bóng nong hay ống nong, cắt sẹ hẹp bằng dụng cụ hay laser, ghép sụn, chích thuốc chống sẹ hẹp) hay mổ hở (cắt nội khí quản tận tận, ghép sụn). Tại bệnh viện Tai Mũi Họng, bệnh nhân hẹp thanh khí quản gia tăng, nguyên nhân ngày càng đa dạng và hình thái sẹ hẹp phức tạp. Chúng tôi thực hiện đề tài “**Khảo sát tình hình điều trị sẹ hẹp thanh khí quản tại bệnh viện Tai Mũi Họng Tp.HCM**” nhằm mục đích:

1. *Khảo sát đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của bệnh nhân sẹ hẹp thanh khí quản điều trị tại BV Tai Mũi Họng TPHCM.*

2. *Đánh giá kết quả điều trị bệnh nhân sẹ hẹp thanh khí quản tại BV Tai Mũi Họng TPHCM.*

2. THIẾT KẾ NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu được thực hiện từ tháng 2/2020 đến tháng 2/2022 với 33 bệnh nhân. Bệnh nhân được khám lâm sàng, nội soi tai mũi họng, CT scan, làm xét nghiệm tiền phẫu. Nếu có chỉ định, bệnh nhân được tiến hành phẫu thuật, theo dõi sau mổ, tái khám, làm các xét nghiệm đánh giá hiệu quả phẫu thuật, đánh giá biến chứng, tái phát. Các chỉ định phẫu thuật: phẫu thuật nội soi nong sẹ hẹp khí quản khi sẹ hẹp mức độ Cotton I, II + chiều dài tổn thương < 1 cm; đặt ống Montgomery T khi có sẹ hẹp thanh khí quản, phải nong sẹ hẹp thời gian kéo dài, đường thở ngoại vi và phổi còn

nguyên vẹn, vị trí tổn thương phù hợp (ống nong đi qua và nong được hiệu quả đoạn hẹp); tiêu chuẩn mổ hở khi bệnh nhân có sẹ hẹp phân loại Cotton độ III hoặc IV, mất sụn hoặc đoạn sẹ hẹp dài hơn 1cm.

3. KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN

3.1. Đặc điểm nhóm nghiên cứu

Tổng kết nghiên cứu: 33 bệnh nhân, tỷ lệ nam (72,73%) cao hơn nữ (27,27%).

Tuổi trung bình của bệnh nhân là $29,12 \pm 19,23$ tuổi; nhỏ nhất 3 tuổi và lớn nhất 67 tuổi. Nhóm 18-60 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất (51,51%); <18 tuổi (36,36%), > 60 tuổi (12,12%).

Bệnh nhân sống ở khu vực thành phố (33,3 %) thấp hơn ở các tỉnh (66,7%).

Nguyên nhân gây SHTKQ hay gặp nhất là đặt NKQ (42,4 %), MKQ (21,2 %), viêm nhiễm (15,2 %), chấn thương (15,2 %) và do phẫu thuật (6,1 %).

3.2. Đặc điểm lâm sàng

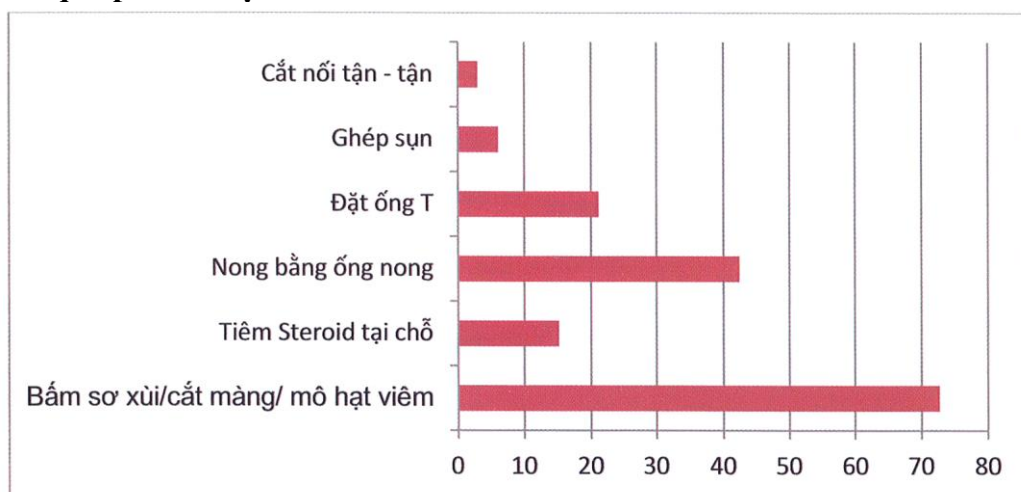
Tỷ lệ bệnh nhân vào viện với triệu chứng khó thở chiếm tỷ lệ cao nhất (69,7%), tiếp đến là khàn tiếng và khó rút canule sau MKQ (30,3%)

Vị trí tổn thương tại khí quản đơn thuần hay gặp nhất (57,6%), thanh quản (30,3%), thanh khí quản ít gặp nhất (12,1%) và đây cũng là những trường hợp nặng.

Độ dài đoạn hẹp từ 1 cm trở xuống chiếm tỷ lệ cao nhất (57,6%), 1-2cm (24,2%), 2 - 3cm (15,02%) và thấp nhất là trên 3 cm (3,03%).

Mức độ SHTKQ theo Cotton Myer ở (27,4%), mức độ I và IV bằng nhau mức II là cao nhất (36,3%), mức độ III (18,2%).

4.4. Kết quả phẫu thuật



Biểu đồ 1. Các phương pháp phẫu thuật

Nhận xét: Phương pháp phẫu thuật Cắt mô hạt viêm, cắt màng được thực hiện nhiều nhất (72.7%), nong bằng bóng nong và ống nong (42.4%), ghép sụn (6.1%), cắt nối khí quản tận - tận (9.1%).

Phương pháp phẫu thuật	Nguyên nhân: n(%)					Tổng
	Chấn thương	MKQ	NKQ	Sau phẫu thuật	Viêm	
Phẫu thuật nội soi						
Cắt mô hạt viêm, cắt màng	1	2	3	2	2	10
Nong bóng (EBD)	0	0	1	0	1	2
Cắt mô + EBD	1	2	5	0		9
EBD + steroid	0	2	0	0	1	
Đặt ống T	0	1	4	0	0	5
Mổ hở						
Cắt nối khí quản tận tận	2	0	0	0	0	2
Ghép sụn + Đặt ống T	1	0	0	0	0	1
Cắt nối khí quản tận - tận + Ghép sụn + Đặt ống T	0	0	1	0	0	1
Tổng	5 (15.2%)	7(21.2%)	14(42.4%)	2(6.1%)	5(15.2%)	33

Nhận xét: Những ca sẹo hẹp do nguyên nhân chấn thương và đặt nội khí quản kéo dài là những trường hợp nặng nhất, điều trị có thể phải phối hợp nhiều phương pháp, kể cả mổ hở.

Bảng 2. Phương pháp phẫu thuật điều trị SHTKQ theo vị trí tổn thương (n=33)

Phương pháp phẫu thuật	Vị trí tổn thương : n(%)			Tổng
	Khí quản	Thanh Khí Quản	Thanh quản	
Phẫu thuật nội soi				
Cắt mô hạt viêm, cắt màng	3(9.1)	0	7 (21.2)	10(30.3)
Nong bóng (EBD)	0	2(6.1)	0	2(6.1)
Cắt mô + EBD	5 (15.2)	2(6.1)	2(6.1)	9 (27.3)
EBD + steroid	2(6.1)	0	1 (3)	3(9.1)
Đặt ống T	5 (15.2)	0	0	5 (15.2)
Mổ hở				
Cắt nối khí quản tận tận	2(6.1)	0	0	2(6.1)
Ghép sụn + Đặt ống T	1 (3)	0	0	1 (3)
Cắt nối khí quản tận-tận + Ghép sụn + Đặt ống T	1 (3)	0	0	1 (3)
Tổng	19 (57.6)	4(12.1)	10 (30.3)	33 (100)

Nhận xét: Tất cả các ca phải can thiệp mổ hở tổn thương sụn hẹp đều ở khí quản ($p = 0.009 < 0,05$).

Bảng 3. Liên quan giữa phương pháp phẫu thuật điều trị SHTKQ theo độ dài đoạn hẹp (n=33)

Phương pháp phẫu thuật	Độ dài tổn thương				Tổng
	< 1 cm	1-2 cm	2-3 cm	> 3cm	
Phẫu thuật nội soi					
Cắt mô hạt viêm , cắt màng	8 (24.2)	2(6.1)	0	0	10 (30.3)
Nong bóng (EBD)	2(6.1)	0	0	0	2(6.1)
Cắt mô + EBD	5(15.2)	2(6.1)	1 (3)	1 (3)	9 (27.3)
EBD + steroid	2(6.1)	1 (3)	0	0	3(9.1)
Đặt ống T	2(6.1)	2(6.1)	1 (3)	0	5 (15.2)
Mổ hở					
Cắt nối khí quản tận tận	0	0	2(6.1)	0	2(6.1)
Ghép sụn + Đặt ống T	0	1 (3)	0	0	1 (3)
Cắt nối khí quản tận - tận + Ghép sụn + Đặt ống T	0	0	1 (3)	0	1 (3)
Tổng	19 (57.6)	8 (24.2)	5(15.2)	1 (3)	33

Nhận xét: Phương pháp phẫu thuật điều trị SHTKQ theo độ dài đoạn hẹp không có ý nghĩa thống kê ($p = 0.166 > 0,05$).

Bảng 4. Liên quan giữa phương pháp phẫu thuật điều trị SHTKQ và hình thái tổn thương trong SHTKQ (n=33)

Phương pháp phẫu thuật	Hình thái tổn thương				Tổng
	Màng	Sập sụn	Sùi/ Polyp	Xơ sẹo	
Phẫu thuật nội soi					
Cắt mô hạt viêm, cắt màng	3(9.1)	0	1 (3)	6 (18.2)	10 (30.3)
Nong bóng (EBD)	0	0	0	2(6.1)	2(6.1)
Cắt mô + EBD	1 (3)	0	0	8 (24.2)	9 (27.3)
EBD + steroid	0	0	0	3(9.1)	3(9.1)
Đặt ống T	0	1 (3)	0	4 (12.1)	5 (15.2)
Mổ hở					
Cắt nối khí quản tận tận	0	0	0	2(6.1)	2(6.1)
Ghép sụn + Đặt ống T	0	0	0	1 (3)	1 (3)
Cắt nối khí quản tận - tận + Ghép sụn + Đặt ống T	0	0	0	1 (3)	1 (3)
Tổng	4 (12.1)	1 (3)	1 (3)	27(81.8)	33

Nhận xét: Hình thái tổn thương dạng sập sụn và xơ sẹo nhiều là các hình thái khó, đòi hỏi phương pháp nong kéo dài bằng ống T hoặc mổ hở (cắt nối khí quản tận tận, ghép sụn).

Bảng 5. Liên quan giữa phương pháp phẫu thuật điều trị SHTKQ và phân độ Cotton trong SHTKQ (n=33)

Phương pháp phẫu thuật	Phân độ Cotton				Tổng
	1	2	3	4	
Phẫu thuật nội soi					
Cắt mô hạt viêm, cắt màng	5 (15.2)	4 (12.1)	1 (3)	0	10 (30.3)
Nong bóng (EBD)	0	2(6.1)	0	0	2(6.1)
Cắt mô + EBD	0	3(9.1)	3(9.1)	3(9.1)	9 (27.3)
EBD + steroid	0	3(9.1)	0	0	3(9.1)
Đặt ống T	1 (3)	1 (3)	2(6.1)	1 (3)	5 (15.2)
Mổ hở					
Cắt nối khí quản tận tận	0	0	0	2(6.1)	2(6.1)
Ghép sụn + Đặt ống T	0	0	1 (3)	0	1 (3)
Cắt nối khí quản tận - tận + Ghép sụn + Đặt ống T	0	0	1 (3)	0	1 (3)
Tổng	6 (18.2)	12(36.4)	9 (27.3)	6 (18.2)	33

Nhận xét: Phương pháp phẫu thuật điều trị SHTKQ liên quan phân độ Cotton có ý nghĩa thống kê ($p = 0.045 < 0,05$).

Các ca can thiệp mổ hở đều có phân độ cotton 3 và 4.

54% ca có phân độ Cotton 1-2, bệnh nhân can thiệp chỉnh hình sẹo hẹp bằng các phương pháp phẫu thuật nội soi.

Bảng 6. Liên quan giữa phương pháp phẫu thuật điều trị SHTKQ và biến chứng sau mổ (n=33)

Phương pháp phẫu thuật	Không biến chứng	BIẾN CHỨNG			Tổng
		Nhiễm trùng + MHV	Mô hạt viêm	Mô hạt viêm Tắc ống	
Phẫu thuật nội soi					
Cắt mô hạt viêm, cắt màng	8	0	2(6.1)	0	10 (30.3)
Nong bóng (EBD)	2(6.1)	0	0	0	2(6.1)
Cắt mô + EBD	4 (12.1)	0	3(9.1)	2(6.1)	10 (30.3)
EBD + steroid	3(9.1)	0	0	0	2(6.1)
Đặt ống T	3(9.1)	0	0	2(6.1)	5 (15.2)
Tổng	20	0	5	3	29
Mổ hở					
Cắt nối khí quản tận tận	2(6.1)	0	0	0	2(6.1)
Ghép sụn + Đặt ống T	0	1 (3)	0	0	1 (3)
Cắt nối khí quản tận - tận + Ghép sụn + Đặt ống T	1 (3)	0	0	0	1 (3)
Tổng	3	1	0	0	4
Tổng	23 (69.7)	1 (3)	5(15.2)	4(12.1)	33

Nhân xét: Trong 33 ca được can thiệp phẫu thuật không ca nào bị biến chứng chảy máu sau mổ

Nhóm bệnh nhân chỉ can thiệp phẫu thuật nội soi: 20/29 (69 %) ca không xảy ra biến chứng, biến chứng gặp nhiều nhất là hình thành mô hạt viêm và tắc ống.

2 trong 7 trường hợp có đặt ống T gặp biến chứng mô hạt viêm và tắc ống.

Nhóm 4 bệnh nhân mổ hở, 1 trường hợp bị nhiễm trùng sau mổ

Bảng 7. Liên quan giữa phương pháp phẫu thuật điều trị SHTKQ và tình trạng bệnh nhân theo dõi sau 1 năm (n=33)

Phương pháp phẫu thuật	Theo dõi sau 1 năm n(%)		Tổng
	Rút được canule	Còn mang canule	
Phẫu thuật nội soi			
Cắt mô hạt viêm, cắt màng	8 (24.2)	2(6.1)	10 (30.3)
Nong bóng (EBD)	1 (3)	1 (3)	2(6.1)
Cắt mô sụn + EBD	7 (21.2)	2(6.1)	9 (27.3)
EBD + steroid	3(9.1)	0	2(6.1)
Đặt ống T	4 (12.1)	1 (3)	5 (15.2)
Mổ hở			
Cắt nối khí quản tận tận	2(6.1)	0	2(6.1)
Ghép sụn + Đặt ống T	1 (3)	0	1 (3)
Cắt nối khí quản tận tận + Ghép sụn + Đặt ống T	1 (3)	0	1 (3)
Tổng	27 (81.8)	6 (18.2)	33

Nhân xét: Sự khác biệt về phương pháp phẫu thuật điều trị SHTKQ và bệnh nhân theo dõi sau 1 năm là không có ý nghĩa thống kê ($p = 0,963 > 0,05$).

27/33 bệnh nhân (72.7%) sau 1 năm rút được canule.

6/7 bệnh nhân (85.7%) có đặt ống T rút được ống và không có dấu hiệu tái hẹp sau 1 năm, 1 ca vẫn mang ống T.

Nhóm bệnh nhân được phẫu thuật nội soi cắt mô hạ viêm, cắt màng, tiêm steroid có: 9/11 bệnh nhân (81.8%) rút được canule sau 1 năm.

Nhóm bệnh nhân được nội soi nong sẹ hẹp bằng bóng nong có: 10/13 bệnh nhân (76.9%) rút được canule sau 1 năm.

Các bệnh nhân mổ hở (4 ca) đều thành công, rút được canula.

Phẫu thuật nong bằng bóng nong (EBD) được chỉ định một cách rộng rãi vì tính an toàn của nó. Các tổn thương được chỉ định là các dạng xơ sẹ, màng dính mép trước, mép sau của dây thanh, sẹ hẹp thanh quản hoặc khí quản. Chúng tôi tiến hành cắt các tổ chức xơ sùi, cố gắng bảo tồn niêm mạc tối đa và nong bằng bóng nong chuyên dụng. Những trường hợp cần nong dài hạn được chỉ định đặt ống nong phù hợp, thường là ống chữ T.

Có 2/33 bệnh nhân (3.2%) được phẫu thuật ghép sụn. Trường hợp 1: Bệnh nhân Cao Lâm Gia L. MLT: 19.01483 bị TNGT gây chấn thương vùng cổ, dập phổi và đã được MKQ tại 1 bệnh viện khác khoảng 7 tháng và đã trải qua 02 lần PT nong thất bại. Bệnh nhân có tổn thương khung sụn thanh khí quản nặng với vỡ phức tạp và di lệch sụn nhẫn, sụn phễu, sẹ hẹp khí quản

với Cotton IV, độ dài tổn thương 20mm, cách dây thanh khoảng 20mm. BN được mổ hở, mở khí quản, lấy sụn sườn tạo hình mảnh ghép hình chêm. Bóc tách lấy phần lớn xơ sẹ trong lòng KQ và đặt mảnh ghép vào thành sau và thành trước tại vị trí sẹ hẹp KQ. Bệnh nhân gặp biến chứng nhiễm trùng và hở sụn ghép sau 1 tuần, được phẫu thuật lại, làm sạch mô viêm, đặt ống T trong 6 tháng. Sau rút ống T, theo dõi trong 1 năm vẫn chưa thấy tình trạng tái hẹp. Trường hợp 2: bệnh nhân Lê Xuân Tr bị sẹ hẹp TKQ sau ngộ độc rượu phải điều trị thờ máy đặt nội khí quản kéo dài và mở khí quản, tổn thương dài 3cm ở khí quản phần cao, Cotton III, được thực hiện phẫu thuật cắt mô xơ sẹ, đặt ống T trong 10 tháng nhưng không hiệu quả. Sau đó bệnh nhân được phẫu thuật cắt nội khí quản tận tận, 1 năm sau bệnh nhân bị tái hẹp và được thực hiện ghép sụn. Sau lần phẫu thuật ghép sụn đến nay là 1.5 năm bệnh nhân vẫn chưa có dấu hiệu tái hẹp.

Ghép sụn là một kỹ thuật tiên tiến được áp dụng tại Bệnh viện Tai mũi họng TP HCM trên bệnh nhân có mức độ tổn thương nặng, độ dài tổn thương lớn, khung sụn bị ảnh hưởng nhiều và đủ điều kiện sức khỏe chịu đựng được cuộc phẫu thuật. Thành công của phương pháp ghép sụn phụ thuộc vào các yếu tố: chỉ định phẫu thuật, kỹ năng của phẫu thuật viên, đội ngũ gây mê hồi sức, và chăm sóc sau phẫu thuật.

4. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu 33 bệnh nhân, chúng tôi rút ra được các kết luận sau:

4.1. Nguyên nhân, đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của SHTKQ

- Nguyên nhân gây SHTKQ: đặt nội khí quản là cao nhất: 42,4%, mở khí quản:

21,2%, viêm nhiễm: 15,2%, chấn thương: 9,1%.

- Đặc điểm mẫu nghiên cứu: Tỷ lệ nam (72,73%) cao hơn nữ (27,27%); nhóm tuổi gặp nhiều nhất 18-60 tuổi (51,51%) dưới 18 tuổi (36,36%) và > 60 tuổi (12,12%).

- Đặc điểm hình thái học của SHTKQ:

+ Sẹo hẹp khí quản đơn thuần là 57,6%, sẹo hẹp thanh quản là 30,3%, sẹo hẹp thanh - khí quản kết hợp là 12,1%.

+ Tổn thương thực thể dạng xơ sẹo chiếm tỷ lệ nhiều nhất: 81,8%, chủ yếu gặp ở bệnh nhân đặt nội khí quản. Mức độ hẹp chủ yếu là Cotton II (36,4%), Cotton III (27,2%). Chiều dài của tổn thương < 1cm chiếm 57,6%.

4.2. Các phương pháp phẫu thuật hiện nay tại Bệnh viện Tai mũi họng TP HCM

Phương pháp bấm xơ sùi, cắt màng (72,7%), nong bằng bóng nong qua nội soi (EBD) (42.4 %), đặt ống T (21,2%), cắt nối khí quản tận tận (9,1%) và ghép sụn (6,1%).

Trong 33 ca được can thiệp phẫu thuật không ca nào bị biến chứng chảy máu sau mổ.

Biến chứng gặp nhiều nhất là hình thành mô hạt viêm và tắc ống. Các ca ghép sụn không xảy ra hiện tượng hoại tử sụn hay thải ghép.

Theo dõi sau 1 năm: 85,7% ca đặt ống T rút được ống; 81.8% ca cắt mô hạt viêm, cắt màng, tiêm steroid và 76.9% ca nong sẹo hẹp bằng bóng nong rút được canule; 4 ca mổ hở đều thành công rút được canula.

Có nhiều phương pháp chỉnh hình thanh khí quản và kết quả thu được ở từng phương pháp điều trị là khác nhau. Chọn

lựa phương pháp tối ưu cho từng bệnh nhân cụ thể vẫn còn là thử thách tùy vào độ nặng của sẹo hẹp, kỹ năng thực hiện phẫu thuật của phẫu thuật viên, khả năng đáp ứng, bệnh mãn tính kèm theo của bệnh nhân và chăm sóc sau phẫu thuật.

5. KIẾN NGHỊ

Qua đề tài nghiên cứu này chúng tôi xin đưa ra một số kiến nghị như sau:

1. Cần thăm khám các dấu chứng lâm sàng kết hợp làm các cận lâm sàng như nội soi và chụp CT cắt lớp, giúp chẩn đoán sớm, phân loại sẹo hẹp và đưa ra hướng điều trị phù hợp. Quan trọng nhất là đề phòng biến chứng SHTKQ khi thực hiện các thủ thuật đặt NKQ và MKQ cho bệnh nhân.

2. Chỉ định phẫu thuật SHTKQ tùy thuộc vào từng loại tổn thương cụ thể, điều kiện gây mê hồi sức của từng đơn vị, kinh nghiệm của thầy thuốc và tình trạng các bệnh lý nền của bệnh nhân. Nên ưu tiên sử dụng các kỹ thuật đơn giản an toàn trước, nếu thất bại sẽ lựa chọn kỹ thuật phức tạp sau.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Lê Quang Trung, Trần Minh Trường, Lâm Huyền Trân (2010). “Điều trị sẹo hẹp khí quản bằng phương pháp đặt stent kim loại”, Tạp chí Y học Tp. Hồ Chí Minh, Tập 14(2), tr.341-347.
2. Phạm Thanh Sơn (2000), “Phẫu thuật cắt nối sụn nhân - khí quản và khí quản - khí quản trong điều trị SHHTM, khí quản”, Luận án tốt nghiệp Bác sỹ chuyên khoa cấp II, Trường ĐH Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh.
3. Phạm Khánh Hoà (2003), “Tình hình sẹo hẹp thanh khí quản, ứng dụng và đánh giá các phương pháp điều trị”, Đề

tài NCKH cấp Bộ.

4. Quách Thị Cần (2001), “Tìm hiểu nguyên nhân và đánh giá kết quả điều trị sẹo hẹp TKQ gặp tại Bệnh viện Tai Mũi Họng Trung ương”, Luận văn tốt nghiệp Bác sĩ chuyên khoa cấp II, Trường ĐHY Hà Nội.
5. Trần Phan Chung Thủy, Nguyễn Thanh Tùng (2013), “Phẫu thuật chỉnh hình sụn nhân trong điều trị sẹo hẹp thanh môn và hạ thanh môn”, Y học Tp. Hồ Chí Minh, 17(1), tr. 416 - 422.
6. Cotton R.T. (1984), “Pediatric laryngotracheal stenosis”, J. pediatric surg., 19: 699-704.
7. Cotton R.T. et al (1995), “Pediatric laryngotracheal reconstruction with cartilage grafts and endotracheal tube stenting: the single-stage approach”, The Laryngoscope, 105(8): 818-21.
8. Hood Laboratory (2016), “Mongtgomery T-tubes”. Interventional Radiology.
9. Lusk R.P., Woolley A.L., Holinger L.D. (1997), “Laryngotracheal stenosis in pediatric laryngology and broncho esophagology”, pp. 165- 184.
10. Myer C.M., Cotton R.T. (2001), “Laryngotracheoplasty for subglottic stenosis in Down syndrome children”, International journal of pediatric otorhinolaryngology, 57:11-16.
11. Wiatrak B. J et al. (1992), “Laryngotracheal reconstruction”, American academy of otolaryngology - Head and Neck surgery.