

# KẾT QUẢ PHẪU THUẬT NỘI SOI TREO THANH QUẢN CẮT BÁN PHẦN SAU DÂY THANH MỘT BÊN BẰNG ĐAO SIÊU ÂM ĐIỀU TRỊ LIỆT KHÉP HAI DÂY THANH

Trần Việt Hồng\*, Trần Lê Thiên Phúc\*,  
Nguyễn Hồng Hải\*, Huỳnh Tấn Lộc\*

## TÓM TẮT

**Đặt vấn đề:** Liệt đồng thời hai dây thanh xảy ra do liệt các cơ mở thanh môn, làm hai dây thanh bất động ở vị trí khép, gây hẹp thanh môn khít hoàn toàn hay một phần. Khi bệnh nhân bị liệt khớp đồng thời hai dây thanh biểu hiện khó thở thanh quản cấp hay mạn, ngủ ngáy, giảm chất lượng cuộc sống. Phẫu thuật nội soi cắt bán phần sau dây thanh một bên bằng dao điện đơn cực, lưỡng cực, Laser CO<sub>2</sub> đã được thế giới ứng dụng từ nhiều năm qua. Ở Việt Nam, khoa Tai Mũi Họng Bệnh viện Nhân Dân Gia Định đã sử dụng dao siêu âm vào phẫu thuật này từ 2015 đến nay giúp cải thiện chất lượng sống cho bệnh nhân.

**Mục tiêu nghiên cứu:** Đánh giá kết quả phương pháp phẫu thuật nội soi treo thanh quản cắt bán phần sau dây thanh một bên bằng dao siêu âm điều trị liệt khớp hai dây thanh.

**Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Với 30 bệnh nhân liệt khớp dây thanh hai bên. Một nghiên cứu tiến cứu mô tả có can thiệp thực hiện từ 1/2019- 6/2023 tại BVND Gia Định.

**Kết quả và bàn luận:** Từ 1/2019 đến 6/2023, với 30 bệnh nhân liệt khớp dây thanh hai bên tham gia nghiên cứu, theo dõi sau phẫu thuật 1 tháng, 3 tháng, 6 tháng. Kết quả đánh giá theo các tiêu chuẩn chủ quan và khách quan: 100% bệnh nhân cải thiện đường thở, không trường hợp nào tái phát khó thở, sau phẫu thuật bệnh nhân có khàn tiếng nhẹ, rối loạn giọng nói ít.

**Kết luận:** Phương pháp phẫu thuật nội soi cắt bán phần sau dây thanh một bên bằng dao siêu âm điều trị liệt khớp dây thanh hai bên cho kết quả cải thiện đường thở 100%, an toàn, thời gian nằm viện tương đối ngắn, vừa giúp giải quyết khó thở nhưng vẫn bảo tồn được chức năng nói và nuốt, bệnh nhân hài lòng với kết quả phẫu thuật.

**Từ khóa:** Cắt dây thanh.

\* Khoa Tai Mũi Họng- Bệnh viện Nhân Dân Gia Định

Chịu trách nhiệm chính: Trần Việt Hồng; ĐT: 091390473; Email: drhongentbvgd@gmail.com

Nhận bài: 20/7/2023

Ngày nhận phản biện: 3/8/2023

Ngày nhận phản hồi: 15/8/2023

Ngày duyệt đăng: 20/8/2023

## SUMMARY

### **RESULT OF ENDOSCOPIC SURGICAL EXCISION POSTERIOR PART OF UNILATERAL VOCAL CORDS WITH ULTRASONIC SURGICAL KNIVES TREATING BILATERAL VOCAL CORD PARALYSIS**

*from paralysis of the opening muscles of the glottis immobilizing the two vocal cords in the closed position, causing partly or completely glottis narrowing. Patients suffering from bilateral vocal cord paralysis express acute or chronic laryngeal dyspnea, snoring, and reduced quality of life. Endoscopic surgical excision posterior part of unilateral vocal cords with monopolar, bipolar, CO2 laser was applied for many years in the world. In Vietnam, the Department of Otolaryngology of Gia Dinh People's Hospital, has used ultrasonic surgical knives in this surgery since 2015 to help improve the quality of life for patients. **Objectives:** Evaluation of result of endoscopic surgical excision posterior part of unilateral vocal cords with ultrasonic surgical knives treating bilateral vocal cord paralysis. **Method:** With 30 patients of bilateral vocal cord paralysis. a clinical interventional study was carried out from 2019-2023 in Gia Dinh people's Hospital. **Result- Discussion:** From 1/2019 to 6/2023, with the 30 patients bilateral vocal cord paralysis study, We had a follow-up after surgery at 1 month, 3 months, 6 months. Evaluation results according to subjective and objective criteria: 100% cases improve airway, no cases of recurrent dyspnea, patients with mild hoarseness and little voice disorders after surgery. **Conclusion:** Results of Surgical excision posterior part of unilateral vocal cords using ultrasound knife via endoscopy improved airway for patients of bilateral vocal cord paralysis with safety, shorten hospital stays, helped to solve dyspnea but still preserved speech and swallowing function. Patients satisfy with the surgical results.*

**Key word:** the surgical excision of unilateral vocal cords

## ĐẶT VẤN ĐỀ

Liệt đồng thời hai dây thanh ở vị trí khớp là do tổn thương hai dây thần kinh quặt ngược chi phối hoạt động đóng mở của hai dây thanh, làm hai dây thanh bất động ở vị trí khớp, gây hẹp thanh môn khí hoàn toàn hay một phần. Khi bệnh nhân bị liệt khớp đồng thời hai dây thanh, tùy theo vị trí đường giữa hay cạnh đường giữa mà gây cho bệnh nhân khó thở thanh quản cấp

hay mạn khi gắng sức[1].

Có nhiều nguyên nhân gây liệt hai dây thanh đồng thời vị trí khớp. Nguyên nhân hay gặp nhất là sau phẫu thuật như phẫu thuật tuyến giáp (chiếm 40-60%), các phẫu thuật cổ ngực, vết thương hay chấn thương cổ gây tổn thương dây thần kinh quặt ngược, chấn thương sọ não); do chèn ép (khối u tuyến giáp, ung thư thực quản...); do các bệnh nhiễm khuẩn nhiễm độc nặng

(cúm, bạch hầu, thương hàn, lao, nhiễm độc chì). Trong đó nhóm chấn thương do phẫu thuật thì phẫu thuật bướu giáp gây biến chứng liệt khớp dây thanh hai bên chiếm tỉ lệ cao nhất [1],[2],[3],[4].

Bệnh nhân bị liệt khớp đồng thời hai dây thanh gây ra triệu chứng chính là khó thở thanh quản độ II, III, nếu liệt ở tư thế trung gian thì khó thở khi hoạt động gắng sức và kèm theo triệu chứng ngủ ngáy to liên tục khi ngủ hoặc nằm. Bệnh nhân liệt khớp dây thanh hai bên nếu không được điều trị kịp thời sẽ có thể dẫn đến tử vong trong vài phút. Dù bệnh nhân được mở khí quản cấp cứu kịp thời thì vẫn gây nhiều ảnh hưởng đến sức khỏe và chất lượng cuộc sống sau này nếu không có phương pháp điều trị phù hợp [3],[5],[6].

Có nhiều phương pháp điều trị liệt khớp dây thanh hai bên được đưa ra: Mở khí quản giải quyết điều trị khó thở cấp; Phẫu thuật vén một dây thanh sang một bên như treo sụn phễu giải quyết khó thở nhưng gây rối loạn phát âm; Cắt sụn phễu hoặc cắt sụn phễu kết hợp cắt phần sau dây thanh cùng bên, ưu điểm cải thiện tốt đường thở nhưng có thể gây rối loạn nuốt. Phương pháp phẫu thuật cắt dây thanh bán phần sau một bên qua nội soi tạo ra một đường thở đủ rộng và ít gây rối loạn giọng nói. Ở Việt Nam, một số đơn vị đã tiến hành cắt 1/3 sau dây thanh một bên bằng dao điện đơn cực, bằng laser CO<sub>2</sub> nhưng chưa có cơ sở nào phẫu thuật bằng dao siêu âm [2],[3],[5],[6]. Dao siêu âm là một phương tiện cắt và cầm máu chính xác, sử

dụng nguồn năng lượng là sóng âm thanh với tần số cao (55.000 Hz), nhiệt độ tỏa ra thấp dẫn đến hạn chế tổn thương do nhiệt. Nên việc sử dụng dao siêu âm trong phẫu thuật mang lại nhiều lợi ích cho bệnh nhân như: thời gian nằm viện ngắn, ít tổn thương mô lân cận, rất ít chảy máu, hồi phục nhanh, sau phẫu thuật bệnh nhân ít đau hơn [7].

Từ năm 2015 đến nay, chúng tôi đưa ra một phương pháp điều trị phẫu thuật nội soi qua hệ thống soi treo thanh quản cắt bán phần sau dây thanh một bên bằng dao siêu âm để điều trị liệt hai dây thanh đồng thời ở tư thế khép và trung gian. Ưu điểm của phương pháp này là tạo một lỗ hở ở bán phần sau thanh môn cho bệnh nhân thở, đồng thời giữ được 1/2 dây thanh một bên phía trước giúp cho bệnh nhân vừa đảm bảo được chức năng hô hấp vừa bảo tồn được chức năng phát âm giúp cải thiện chất lượng cuộc sống, thể chất và tinh thần.

## MỤC TIÊU NGHIÊN CỨU

Đánh giá kết quả điều trị của phương pháp phẫu thuật nội soi treo thanh quản cắt bán phần sau dây thanh một bên bằng dao siêu âm điều trị liệt khớp đồng thời hai dây thanh tại Bệnh viện Nhân dân Gia Định từ tháng 1/2019 đến tháng 6/2023.

## ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

**Thiết kế nghiên cứu:** Mô tả hàng loạt ca

**Đối tượng:** Những bệnh nhân đến khám và chẩn đoán xác định liệt khớp dây thanh hai bên, được điều trị phẫu thuật nội soi cắt bán

phần sau dây thanh một bên bằng dao siêu âm tại Bệnh viện Nhân dân Gia Định từ tháng 01/2019 đến tháng 6/2023

### **Tiêu chuẩn chọn bệnh:**

Tất cả bệnh nhân thỏa mãn các tiêu chuẩn sau:

- Bệnh nhân bị liệt khớp dây thanh hai bên gây khó thở đã mở khí quản hoặc chưa.
- Đồng ý điều trị phẫu thuật bằng dao siêu âm

Tiêu chuẩn loại trừ:

- Tình trạng sức khỏe có bệnh lý nội khoa chống chỉ định phẫu thuật
- Bệnh nhân liệt khớp dây thanh hai bên do ung thư thanh quản

### **Phương tiện nghiên cứu**

- Máy nội soi phẫu thuật Karlstozt, ống soi cứng 5.0 (0o)
- Bộ dụng cụ soi treo thanh quản cải tiến
- Dụng cụ vi phẫu thanh quản
- Máy phát năng lượng và dao siêu âm (Harmonic)

### **Phương pháp tiến hành**

- Quy trình chuẩn bị bệnh nhân: gồm các bước thăm khám lâm sàng và cận lâm sàng như nội soi thanh quản, đo chức năng hô hấp, các xét nghiệm tiền phẫu và làm hồ sơ bệnh án xác định bệnh nhân bị liệt dây thanh hai bên tư thế khớp đường giữa hay trung gian.

- Quy trình phẫu thuật nội soi treo thanh quản cắt bán phần sau một bên dây

thanh bằng dao siêu âm, gồm các bước:

Bước 1: Chuẩn bị dụng cụ, trang thiết bị

Bước 2: Mở khí quản và gây mê qua ống mở khí quản.

Bước 3: Soi treo thanh quản.

Bước 4: Tiến hành phẫu thuật cắt dây thanh bằng dao siêu âm qua quan sát dưới hệ thống nội soi.

Bước 5: Chăm sóc điều trị, theo dõi bệnh nhân sau phẫu thuật.

- Thời gian nằm viện theo dõi từ 3-5 ngày. Nếu bệnh nhân thở được qua đường tự nhiên sẽ rút ống mở khí quản, khâu lỗ mở khí quản

- Đánh giá kết quả phẫu thuật cắt dây thanh bằng dao siêu âm, theo dõi tái khám sau 1-3 tháng, 6 tháng đánh giá mức độ khó thở thanh quản trước và sau khi phẫu thuật cắt dây thanh qua khám lâm sàng, cảm nhận của bệnh nhân và đo chức năng hô hấp.

- Đánh giá độ hở thanh môn và mức độ tái phát, trước sau phẫu thuật bằng nội soi thanh quản.

- Đánh giá tình trạng rối loạn giọng nói trước và sau phẫu thuật bằng chỉ số khuyết tật giọng nói VHI (Voice Handicap Index).

### **KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU**

#### **Kết quả phẫu thuật:**

\* Từ 1/2019- 6/2023 chúng tôi có tất cả 30 bệnh nhân (BN) liệt khớp dây thanh

hai bên được điều trị phẫu thuật cắt bán phần sau dây thanh một bên bằng dao siêu âm. Trong đó có 24 nữ, 6 nam; Tuổi trung bình là 40, nhỏ nhất 31 tuổi, lớn nhất 68 tuổi.

\* Nguyên nhân gây liệt khếp dây thanh hai bên: sau mổ bướu giáp có 29 bệnh nhân, chấn thương cổ gây liệt dây thanh 2 bên (không chấn thương thanh quản) có 1 bệnh nhân.

\* Dây thanh được phẫu thuật: Trái: 29 BN, Phải: 1BN

\* Ước lượng máu mất trong phẫu thuật là không đáng kể, chỉ thấm vài giọt vào bông gòn ở 3 BN, toàn bộ mặt cắt dây thanh khô, cắt đốt cầm máu, được coi là phẫu thuật khô, không chảy máu.

\* Thời gian phẫu thuật: trung bình 20 phút, nhanh nhất là 10 phút, lâu nhất là 35 phút, chưa kể thời gian mở khí quản, gây mê trung bình 25 phút.

\* Không có hiện tượng chảy máu trong, sau mổ và không có tổn thương bỏng dây thanh bên đối diện.

\* Thời điểm rút canule sau phẫu thuật: ngắn nhất là 2 ngày, dài nhất là 7 ngày, trung bình là 3,5 ngày.

\* Khàn tiếng sau phẫu thuật: Chúng tôi sử dụng thang điểm VHI (Voice Handicap Index) của Jacobson (1997) để đánh giá mức độ thay đổi giọng nói sau phẫu thuật.

- Trước khi phẫu thuật, BN ít có rối loạn giọng nói vì hai dây thanh ở tư thế khép, chỉ số VHI <20

- Sau phẫu thuật 1 tháng: 19 BN khàn tiếng mức độ nhẹ chiếm 63,33%, có 8 BN khàn tiếng mức độ trung bình (26,67%), có 3 BN khàn tiếng nhiều chiếm 10%.

- Sau phẫu thuật 3 tháng: 4 BN khàn tiếng trung bình (13,33%) và 26 BN khàn tiếng mức độ nhẹ chiếm 86,67%.

\* Thời gian nằm viện nhiều nhất là 7 ngày, ngắn nhất là 5 ngày và thời gian nằm viện trung bình là 5,5 ngày.

\* Không có trường hợp khó thở tái phát sau phẫu thuật.

### Kết quả phẫu thuật:

#### • Triệu chứng lâm sàng

#### *Cải thiện Triệu chứng khó thở*

**Bảng 1:** Đánh giá trước và sau phẫu thuật về mức độ khó thở

	Độ 0	Độ I	Độ II	Độ III	P
Trước phẫu thuật	0	0	20	10	
Sau phẫu thuật 1 tháng	30	0	0	0	< 0,01
Sau phẫu thuật 3 tháng	30	0	0	0	< 0,01

*Nhân xét:* Trước phẫu thuật có 20 BN khó thở mức độ II, 10 BN khó thở mức độ III, sau phẫu thuật 1-3 tháng: 100% BN không còn khó thở.

#### *Cải thiện triệu chứng ngủ ngáy*

**Bảng 2:** Đánh giá mức độ cải thiện ngủ ngáy sau phẫu thuật

	Không	ít	Trung Bình	Nhiều	Rất nhiều	P
Trước phẫu thuật	0	0	12	8	10	
Sau phẫu thuật 1 tháng	16	14	0	0	0	<0,01
Sau phẫu thuật 3 tháng	20	10	0	0	0	<0,01

**Nhận xét:** Trước phẫu thuật có 10 BN ngủ ngáy rất nhiều, 8 BN ngủ ngáy nhiều; Sau phẫu thuật 1 tháng: 14BN ngủ ngáy ít, 16BN không còn ngủ ngáy; Sau 3 tháng: 10 BN ngủ ngáy ít, 20BN không ngủ ngáy. Kết quả 100% cải thiện ngủ ngáy.

• **Nội soi thanh quản:** Đánh giá độ rộng của khe thanh môn khi hít vào và thở ra qua nội soi trước và sau phẫu thuật:

\* Đặc điểm nội soi thanh quản sau phẫu thuật

- Sau 1 tháng: Có 1 trường hợp có mô hạt viêm phát triển thành u hạt viêm (3,33%).

- Sau 3 tháng: Toàn bộ bệnh nhân không còn phù nề dây thanh hay hình thành mô hạt viêm.

**Bảng 3.** Đánh giá theo bề rộng ước lượng của khe thanh môn ở 1/2 sau khi hít vào qua nội soi sau phẫu thuật 1 tháng và 3 tháng

Bề rộng ước lượng 1/2 sau thanh môn	Trước PT	Sau PT 1 tháng	Sau PT 3 tháng
Hẹp (< 2mm)	30		
Vừa (2-6mm)		25 (83,33%)	27 (90%)
Rộng (>6 mm)		5 (16,67%)	3 (10%)

**Nhận xét:** Theo dõi nội soi thanh quản sau phẫu thuật 1 và 3 tháng cho thấy khe thanh môn mở mức độ vừa chiếm tỉ lệ cao, thanh môn thông thoáng, cung cấp 1 đường thở an toàn cho bệnh nhân.

• Đo chức năng hô hấp trước và sau phẫu thuật:

Để đánh giá mức độ tắc nghẽn đường hô hấp dựa vào chỉ số Tiffeneau (%). Chỉ số Tiffeneau > 75%, bệnh nhân không có

tắc nghẽn đường hô hấp.

**Bảng 4.** Phân bố theo chỉ số Tiffeneau trước và sau phẫu thuật 3 tháng

	Chỉ số Tiffeneau (%)			
	Nhỏ nhất	Lớn nhất	Trung bình	Độ lệch chuẩn
Trước PT	45	70	54,78	6,30
Sau PT 3 tháng	76	96	86,21	7,50

**Nhận xét:** Chỉ số Tiffeneau sau phẫu thuật đạt được từ 75 - 96%, trung bình là 86,21%. Sau 3 tháng 100% bệnh nhân không còn tắc nghẽn đường thở

## BÀN LUẬN

Mục đích điều trị phẫu thuật trong liệt khớp dây thanh hai bên tạo ra một đường thở thông thoáng đủ để an toàn cho bệnh nhân là chính, và vẫn cố gắng bảo tồn được chức năng nói. Có nhiều phương pháp phẫu thuật điều trị liệt khớp dây thanh hai bên: Phẫu thuật mở khí quản giải quyết khó thở cấp, phẫu thuật treo sụn phễu và cắt dây thanh - sụn phễu cùng bên, hai phương pháp này tạo ra một đường thở hoàn hảo nhưng giọng khàn trầm trọng. Phương pháp cắt bán phần sau dây thanh một bên qua nội soi bằng dao siêu âm kết quả cải thiện đường thở tốt và ít làm rối loạn giọng nói, do dao siêu âm cắt dây thanh bằng năng lượng cơ học nên nhiệt độ tỏa ra thấp từ 50-100°C, tương đương với laser CO<sub>2</sub>, là phương tiện cắt và cầm máu chính xác nên ít làm tổn thương mô xung quanh [2],[8],[9]

Trong nghiên cứu của chúng tôi, sau phẫu thuật 1 tuần có 26BN (86,67%) cải thiện triệu chứng khó thở (85,71%), theo dõi sau 1 tháng và 3 tháng toàn bộ các BN

đều cải thiện triệu chứng khó thở (100%). Chúng tôi ghi nhận đa số BN đều cải thiện khó thở 1 tuần sau phẫu thuật, đó là thời gian lành thương của vết mổ, dây thanh hết phù nề, một số cải thiện khó thở chậm do phù nề kéo dài. Cũng tương đồng với kết quả nghiên cứu của Vũ Hải Bằng (2012) với 30BN cắt dây thanh 1/3 sau một bên bằng Laser CO<sub>2</sub>, John Segas (2001) với 20 BN cắt dây thanh 1/3 sau một bên bằng laser CO<sub>2</sub> hay laser KTP-532, 100% BN hết khó thở sau 1 tháng [2],[8],[9],[10].

Trong nghiên cứu chúng tôi về cải thiện ngủ ngáy, trước phẫu thuật có 10 BN ngáy rất nhiều và 8 BN ngáy nhiều, 12 bệnh nhân ngáy mức độ trung bình, sau phẫu thuật 1 tháng 14BN ngáy ít, 16BN hết ngáy hoàn toàn; sau 3 tháng có 20BN hoàn toàn không ngáy (66,67%), cho thấy ngủ ngáy cải thiện theo thời gian sau phẫu thuật. Như vậy, sau phẫu thuật 100% BN bớt ngủ ngáy cả về tần số lẫn mức độ.

Chúng tôi dùng thang điểm VHI của Jacobson để đánh giá mức độ khàn tiếng và ảnh hưởng của khàn tiếng đến cuộc sống hàng ngày của bệnh nhân. Tuy là công cụ đánh giá giọng nói mang tính chất chủ quan, nhưng được xem là một công cụ đánh giá giọng nói có độ tin cậy cao. Với nghiên cứu của chúng tôi, Sau phẫu thuật 1 tháng: VHI từ 25 - 82 điểm, khàn tiếng mức độ nhẹ VHI từ 30-60 điểm (63,33%). Sau phẫu thuật 3 tháng: điểm VHI từ 20 - 78 điểm, khàn tiếng mức độ nhẹ có VHI từ 30-60 điểm (chiếm 86,67%). Cũng tương đồng với kết quả nghiên cứu của tác giả Vũ Hải Bằng và một số tác giả nước ngoài khác về

phẫu thuật cắt 1/3 sau dây thanh một bên bằng laser CO<sub>2</sub> trên 30 bệnh nhân, có 25 trường hợp (83,3%) khàn tiếng mức độ nhẹ chiếm tỉ lệ cao nhất.

Như vậy cho thấy với phương pháp cắt dây thanh một bên dù là dùng loại dao phẫu thuật nào kết quả đều gây rối loạn giọng nói. Vì vậy phẫu thuật viên phải giải thích cho bệnh nhân hiểu rõ trước khi phẫu thuật là rất cần thiết. Sự thay đổi giọng nói này ở mức độ nhẹ đến trung bình chiếm đa số, ít ảnh hưởng đến sinh hoạt hàng ngày, hầu hết bệnh nhân hài lòng với giọng nói có cải thiện theo thời gian.

Kết quả nội soi thanh quản, sau phẫu thuật 1 tuần có 14 trường hợp còn phù nề dây thanh (46,67%), có 5 trường hợp hình thành mô hạt viêm (16,67%). Sau 1 tháng có 1 trường hợp mô hạt viêm phát triển hình thành u hạt (3,33%). Sau 3 tháng, chưa phát hiện thêm trường hợp phù nề dây thanh hay hình thành mô hạt viêm hay sẹo trên dây thanh trong số các bệnh nhân tái khám. Điều này phù hợp với sự diễn tiến của sự lành thương sau phẫu thuật.

Về đánh giá khe thanh môn khi hít vào, chúng tôi ghi nhận có sự cải thiện bề rộng của khe thanh môn sau phẫu thuật so với trước phẫu thuật. Khi BN hít thở, khe thanh môn thông thoáng hơn, sau phẫu thuật 3 tháng thanh môn mở mức độ vừa chiếm 90%, mức độ rộng chiếm 10%. Đảm bảo đường thở an toàn cho bệnh nhân.

Kết quả chức năng hô hấp 3 tháng sau phẫu thuật cho thấy có sự cải thiện đáng kể chỉ số Tiffeneau so với trước phẫu thuật, cụ

thể là chỉ số Tiffeneau trung bình trước phẫu thuật là 54,78%, sau phẫu thuật là 86,21%, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ( $P < 0,01$ ). Sau 3 tháng, toàn bộ bệnh nhân đạt chỉ số Tiffeneau  $>75\%$  (chiếm tỉ lệ 100%). Điều này phù hợp với lâm sàng, bệnh nhân hết khó thở, giảm ngủ ngáy.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, có 1 trường hợp (3,33%) khó thở tái phát sau 1 tháng cần phải nhập viện điều trị. Nội soi thanh quản cho thấy nguyên nhân tái phát là do tạo u hạt viêm. Trường hợp này sau đó được phẫu thuật cắt bỏ u hạt viêm bằng dao siêu âm sau đó. Theo y văn, sự hình thành u hạt viêm là nguyên nhân gây khó thở tái phát thường gặp nhất của phẫu thuật cắt 1/3 sau đơn thuần. Cũng theo kết quả nghiên cứu của tác giả John Segas (2001), có 2 trong số 20 trường hợp phẫu thuật hình thành u hạt viêm gây khó thở tái phát (10%)[10]

## KẾT LUẬN

Qua 30 trường hợp liệt khấp dây thanh hai bên do nhiều nguyên nhân được điều trị phẫu thuật cắt bán phần sau dây thanh bằng dao siêu âm tại BV ND Gia Định, trong thời gian từ tháng 1/2019- 6/2023 chúng tôi rút ra kết luận sau: Kết quả 100% cải thiện đường thở cho bệnh nhân, an toàn, thời gian nằm viện tương đối ngắn, vừa giúp giải quyết khó thở nhưng vẫn bảo tồn được chức năng nói và nuốt, bệnh nhân hài lòng với kết quả phẫu thuật.

Tại cơ sở y tế có máy, dao siêu âm và phẫu thuật viên có kinh nghiệm có thể thực hiện được kỹ thuật này.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Thị Ngọc Dung (2011), "Liệt thanh quản", Tai Mũi Họng, Nhà xuất bản Y học, Quyển 2, tr.349-358.
2. Vũ Hải Bằng (2012), "Cắt 1/3 sau dây thanh bằng laser CO2 trong điều trị liệt khấp thanh quản sau phẫu thuật bướu giáp", Luận án chuyên khoa cấp 2, Đại học Y Dược TP. HCM
3. Trần Việt Hồng (2007), "Cắt 1/3 sau dây thanh (T) bằng dao điện đơn cực và lưỡng cực", Tạp chí y học TP. HCM.
4. Nguyễn Thành Lợi (2001), "Cắt dây thanh sụn phễu trong điều trị liệt cơ mở thanh quản hai bên sau mổ bướu giáp", luận án chuyên khoa 2, Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh.
5. Adriana H. and Luciana M (2007), "Cordotomy and partial arytenoidectomy for the treatment of bilateral vocal cord paralysis in adduction", Arch Otolaryngol, vol 11 (3), p. 445-448.
6. Alexander T.H. and Michael M.J. (2012), "Endoscopic carbon dioxide laser cordotomy and partial arytenoidectomy for the treatment of bilateral vocal cord paralysis", ORL H&N surg., 23 (2), p. 124-127.
7. Nguyễn Văn Việt Thành (2010), "Phẫu thuật cắt tuyến giáp qua nội soi ngã nách - quãng vú bằng dao cắt siêu âm tại Bệnh viện Bình Dân", Y Học TP.



Hồ Chí Minh, (14), tr. 174 – 178.

8. Dennis DP and Kashima H (1989), "Carbon dioxide laser posterior cordectomy for treatment of bilateral vocal cord paralysis", Ann Otol Rhinol laryngol., vol. 98 (12), p. 930-934.
9. Laccourreye O, Paz Escovar MI, Gerhardt J and et al. (1999), "CO2 lasers endoscopic posterior partial transverse cordotomy for bilateral paralysis of the vocal fold", Laryngoscope, vol.109 (3), p. 415-418.
10. Sagas J, Stavroulakis P (2001) " Management of bilateral vocal fold paralysis: experience at the University of Athens", Otolaryngol Head Neck Surg,124(1),p.61.