

**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**

*Hoàng Vân Anh *, Lâm Huyền Trân *, Nguyễn Triệu Việt***

TÓM TẮT

Khàn tiếng là biểu hiện của nhiều bệnh lý thanh quản. Nội soi hoạt nghiệm thanh quản giúp phát hiện được các tổn thương nhỏ của dây thanh mà nội soi thông thường có thể bỏ sót. **Mục tiêu:** Khảo sát đặc điểm lâm sàng và hình ảnh dây thanh qua soi hoạt nghiệm thanh quản ở bệnh nhân khàn tiếng. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu tiến cứu, mô tả cắt ngang có phân tích trên bệnh nhân khàn tiếng đến khám tại phòng khám Tai Mũi Họng, Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Cần Thơ. **Kết quả và bàn luận:** Từ tháng 09/2020 đến 06/2021, chúng tôi thực hiện nghiên cứu trên 74 bệnh nhân, gồm 46 nữ và 28 nam, với độ tuổi trung bình là $48,2 \pm 13,03$ tuổi. Hạt dây thanh là tổn thương thường gặp nhất (36,5%). Các kiểu đóng thanh môn thường gặp là kín hoàn toàn (27%), hở sau (26%) và hở dạng đồng hồ cát (16%). Các tổn thương phần lớn giảm biên độ dao động (72%) và sóng niêm mạc (63,5%), sự thay đổi có ý nghĩa thống kê ($p < 0,001$). Bờ dây thanh mất trơn láng chiếm tỉ lệ cao (72%). **Kết luận:** Biên độ dao động, sóng niêm mạc và kiểu đóng thanh môn giúp đánh giá tổn thương khách quan, từ đó có chẩn đoán phù hợp.

Từ khóa: khàn tiếng, nội soi hoạt nghiệm thanh quản.

SUMMARY

THE CLINICAL CHARACTERISTICS AND STROBOSCOPY ASSESSMENT OF VOCAL FOLDS IN HOARSE PATIENTS AT CAN THO UNIVERSITY OF MEDICINE AND PHARMACY FROM 09/2020 TO 06/2021

Background: Hoarseness is one of common symptoms of vocal pathologies. Videostroboscopy is most useful in identifying laryngeal pathologies of the vocal fold cover. **Objectives:** To assess clinical pictures and videolaryngostroboscopy findings in dysphonic patients. **Study design and setting:** A cross-sectional descriptive and prospective study on

* Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh

** Đại học Y Dược Cần Thơ

Chịu trách nhiệm chính: TS. Nguyễn Triệu Việt, Email: vietctho@gmail.com.

Ngày nhận bài: 8/8/2022. Ngày nhận phản biện: 20/8/2022

Ngày nhận phản hồi: 1/9/2022. Ngày duyệt đăng: 3/9/2022

adult patients who had complained of dysphonia and received treatment at Otolaryngology Clinic of Hospital of Can Tho University of Medicine and Pharmacy. **Results:** From 9/2020 to 6/2021, A total of 74 patients were enrolled in this study with a mean age of $48,2 \pm 13,03$ years. There were 46 males and 28 females. Vocal nodule is the lesion with highest percentage (36.5%). Complete (27%), posterior gap (26%) and hourglass shape (16%) were observed with highest ratio. Most of vocal lesions had diminished amplitude (72%) and mucosal wave (63.5%) and these parameter had significant relationship ($p < 0,001$). The free edge of vocal fold were rough in 72% patients. **Conclusion:** Stroboscopic parameters like glottic closure, amplitude, and mucosal wave pattern were studied and statistically significant relationship with different vocal pathologies were obtained.

Keywords: hoarseness, dysphonia, stroboscopy.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Cùng với sự phát triển của xã hội ngày nay, vấn đề khàn tiếng lại xuất hiện nhiều hơn, tỉ lệ ngày một gia tăng chiếm từ 3% đến 9% dân số trưởng thành [5]. Đây là triệu chứng liên quan đến trải nghiệm của người bệnh về chất lượng giọng nói bị thay đổi, gây nhiều cản trở trong sinh hoạt thường ngày, việc chẩn đoán chính xác nguyên nhân để đưa ra phương hướng điều trị phù hợp là vô cùng cần thiết. Nội soi thanh quản thông thường là công cụ hỗ trợ cho việc chẩn đoán các bệnh lý thanh quản nói chung cũng như các tổn thương ở dây thanh (DT) nói riêng. Dù vậy, một số thương tổn nhỏ, xuất hiện trong giai đoạn sớm vẫn có thể bị bỏ sót nếu chỉ đơn thuần dựa vào nội soi. Chính vì vậy, trong bối cảnh y học cá thể hóa, nội soi hoạt nghiệm thanh quản (NSHNTQ) ra đời, là một bước tiến trong chẩn đoán cũng như theo dõi quá trình điều trị.

Hiện nay, tại Cần Thơ, chưa có nhiều nghiên cứu về khảo sát các tổn thương của dây thanh dựa vào NSHNTQ. Vì vậy, nghiên cứu này được thực hiện với mục

tiêu: khảo sát đặc điểm lâm sàng và đặc điểm của dây thanh qua NSHNTQ ở bệnh nhân khàn tiếng.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Tất cả bệnh nhân đến khám tại phòng khám Tai Mũi Họng, Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Cần Thơ trong thời gian từ 09/2020 đến 06/2021.

2.1.1. Tiêu chuẩn chọn mẫu

Bệnh nhân từ 18 tuổi trở lên, có triệu chứng khàn tiếng kéo dài trên 3 tuần.

Bệnh nhân được chỉ định nội soi hoạt nghiệm thanh quản.

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ

Bệnh nhân hợp tác kém trong quá trình nội soi (không thực hiện theo y lệnh, có phản xạ nôn quá mức trong khi nội soi thanh quản bằng ống quang học cứng).

Bệnh nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu tiền cứu, mô tả cắt ngang có phân tích.

2.2.2. Cơ mẫu - Phương pháp chọn mẫu

Chọn mẫu thuận tiện theo tiêu chuẩn chọn mẫu và tiêu chuẩn loại trừ, thu thập được 74 trường hợp trong thời gian nghiên cứu.

2.2.3. Phương pháp thu thập số liệu

Phỏng vấn bệnh nhân theo bảng câu hỏi khảo sát được lập trước, ghi nhận thông tin chung, triệu chứng lâm sàng của bệnh nhân.

Khám NSHNTQ, thu thập hình ảnh soi hoạt nghiệm từ phần mềm Daisy tại phòng khám Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Cần Thơ.

Xử lý hình ảnh NSHNTQ: tất cả bản thu hình soi hoạt nghiệm thanh quản được thực hiện với cùng một hệ thống soi hoạt nghiệm thanh quản của Karl Storz và máy ghi bằng video VHS. Bản ghi hình được chuyển sang kỹ thuật số theo định dạng *.avi. Sử dụng phần mềm Video Snapshot Wizard cắt đoạn phim thu được ở giai đoạn bệnh nhân đang phát âm thành hàng loạt hình liên tục theo định dạng *.JPEG. Xem lại đoạn băng trên máy tính và dựa vào loạt hình liên tục này, chọn hình khi thanh môn khép kín nhất trong chu kỳ dao động khi

phát âm để tìm ra kiểu đóng thanh môn và chọn hình khi thanh môn mở rộng nhất khi phát âm để đánh giá độ thô ráp của bờ dây thanh và cùng với hình thanh môn khép kín nhất được đưa vào phần mềm phân tích hình Digimizer để đánh giá biên độ.

2.2.4. Phương pháp xử lý số liệu

Số liệu được xử lý và phân tích bằng phần mềm SPSS 20.0.

3. KẾT QUẢ

Trong thời gian từ tháng 09/2020 đến tháng 06/2021, chúng tôi ghi nhận được 74 trường hợp đáp ứng tiêu chuẩn chọn mẫu:

Tuổi và giới tính bệnh nhân: trung bình $48,2 \pm 13,03$ tuổi, thấp nhất là 20 tuổi, cao nhất là 75 tuổi. Nam chiếm 37,8%, nữ chiếm 62,2%. Tỷ lệ nữ/nam $\approx 1,64$

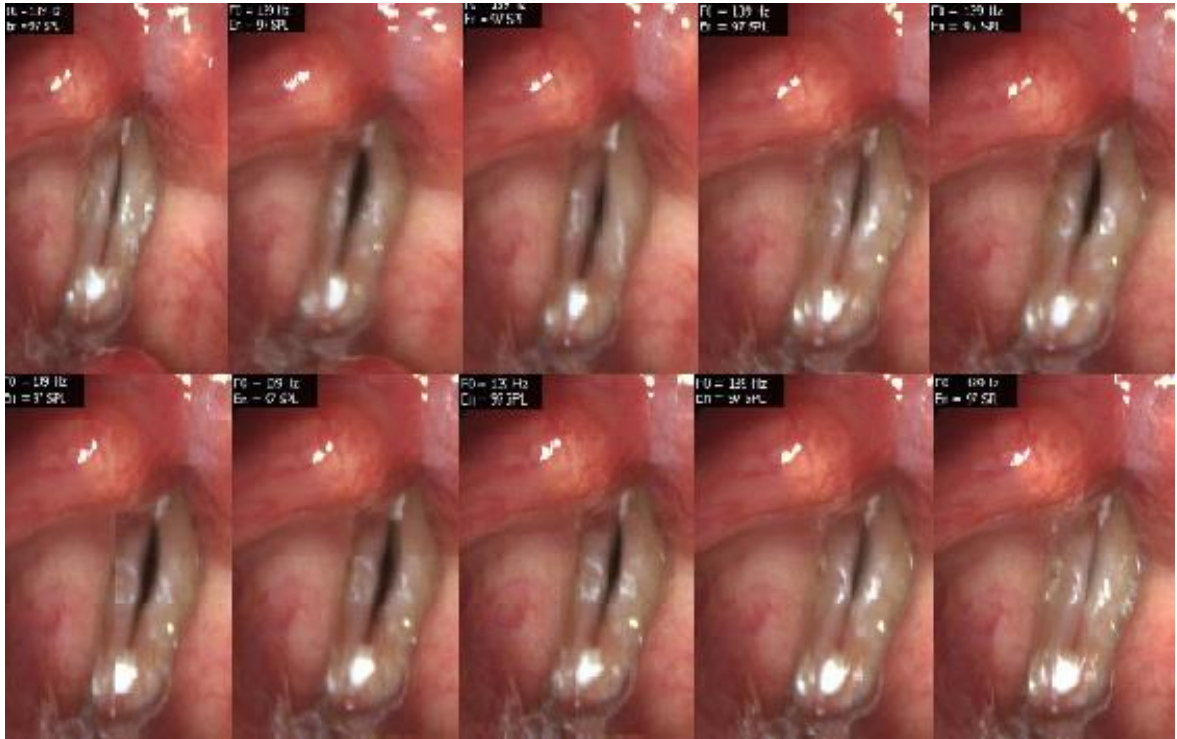
3.1. Đặc điểm lâm sàng

3.1.1. Tình trạng khàn tiếng

Có 42 trường hợp có thời gian mắc bệnh từ 6 tháng đến 1 năm chiếm tỷ lệ cao nhất 56,8% và chỉ có 5 trường hợp mắc bệnh kéo dài trên 1 năm với 6,8%.

Phần lớn bệnh nhân khàn tiếng ở mức độ vừa (55,4%).

Tiền căn trào ngược họng – thanh quản (TNH-TQ), viêm mũi xoang và môi trường nhiều tiếng ồn là những yếu tố nguy cơ thúc đẩy sự hình thành bệnh ($p < 0,001$).



Hình 1. Liệt dây thanh trong một chu kỳ

3.1.2. Nguyên nhân

Bảng 1. Nguyên nhân khàn tiếng

Chẩn đoán	Số bệnh nhân	Tỉ lệ (%)
Hạt DT	27	36,5
Polyp DT	10	13,5
Nang DT	11	14,9
Viêm dày DT	12	16,2
Phù Reinke	8	10,8
Khuyết lõm	2	2,7
Liệt DT	3	4,1
Papilloma	1	1,4
Tổng	74	100,0

Hạt dây thanh chiếm tỉ lệ cao nhất với 27 trường hợp (36,5%). Các tổn thương như polyp, nang và viêm dày dây thanh có tỉ lệ xấp xỉ nhau (13,5% đến 16,2%).

3.1.3. Vị trí tổn thương

Thương tổn nằm ở cả hai dây thanh chiếm hơn phân nửa (52,7%) với 39/74 trường hợp. Trên tổn thương ở một dây thanh, tỉ lệ bên trái (31,1%) xảy ra nhiều hơn bên phải (16,2%).

3.2. Đặc điểm dây thanh qua nội soi hoạt nghiệm thanh quản

3.2.1. Các dạng đóng thanh môn

Bảng 2. Các dạng đóng thanh môn

Chẩn đoán	Kín hoàn toàn	Kín không hoàn toàn	Hở trước	Hở sau	Hở hình thoi	Hở dạng đồng hồ cát	Bất thường	Tổng
Hạt DT	3 11,1%	–	2 7,4%	10 37,1%	4 14,8%	8 29,6%	–	27 100%
Polyp DT	2 20%	1 10%	1 10%	1 10%	1 10%	1 10%	3 30%	10 100%
Nang DT	4 36,3%	1 9,1%	1 9,1%	2 18,2%	–	2 18,2%	1 9,1%	11 100%
Viêm dày DT	6 50%	–	2 16,7%	2 16,7%	–	1 8,3%	1 8,3%	12 100%
Khuyết lõm	–	1 50%	–	–	1 50%	–	–	2 100%
Phù Reinke	4 50%	–	–	4 50%	–	–	–	8 100%
Liệt DT	–	3 100%	–	–	–	–	–	3 100%
Papil-loma	1 100%	–	–	–	–	–	–	1 100%
Tổng	20 27%	6 8,1%	6 8,1%	19 25,7%	6 8,1%	12 16,2%	5 6,8%	74 100%

Kín hoàn toàn và hở sau là hai dạng đóng thanh môn thường gặp nhất với tỉ lệ lần lượt là 27% và 25,7%. Ngược lại, dạng bất thường chiếm tỉ lệ thấp nhất trong nghiên cứu với 6,8%. Kiểu đóng hoàn toàn quan sát thấy hầu hết ở các bệnh nhân, nhiều nhất ở bệnh nhân nhóm viêm dày (50%).

3.2.2. Biên độ dao động của dây thanh

Bảng 3. Biên độ dao động và sóng niêm mạc của dây thanh

Chẩn đoán	Biên độ dao động			Sóng niêm mạc			
	Giảm	Bình thường	Tăng	Bất thường	Giảm	Bình thường	Tăng
Hạt DT	74,1	25,9	–	–	74,1	25,9	–
Polyp DT	80,0	20,0	–	30,0	60,0	10,0	–
Nang DT	81,8	18,2	–	9,1	63,6	27,3	–
Viêm dày	83,3	16,7	–	8,3	83,4	8,3	–
Phù Reinke	–	–	100,0	–	–	–	100,0
Khuyết lõm	100,0	–	–	100,0	–	–	–
Liệt DT	100,0	–	–	33,3	66,7	–	–
Papilloma	100,0	–	–	–	100,0	–	–
Tổng	71,6	17,6	10,8	10,8	62,2	16,2	10,8

Tỉ lệ biên độ dây thanh dao động trong giới hạn chỉ khoảng 17,6% trường hợp. Biên độ dao động giảm chiếm tỉ lệ cao nhất với 71,6% và thấp nhất là 10,8% trường hợp biên độ tăng. Sự khác nhau về biên độ dao động giữa các nhóm bệnh lý trên có ý nghĩa thống kê ($p < 0,001$).

Sóng niêm mạc giảm trong 62,2% trường hợp, chiếm tỉ lệ cao nhất. Kiểu bất thường và tăng hoạt động sóng cùng có tỉ lệ thấp nhất với 10,8%. Sự khác nhau về sự di chuyển của sóng niêm mạc của các bệnh lý được khảo sát có ý nghĩa thống kê ($p < 0,001$).

3.2.3. Bờ tự do dây thanh

Bảng 4. Bờ tự do dây thanh

Chẩn đoán	Tron lóng		Thô ráp	
	n	%	n	%
Hạt DT	6	22,2	21	77,8
Polyp DT	2	20,0	8	80,0
Nang DT	3	27,3	8	72,7
Viêm dây DT	5	41,7	7	58,3
Phù Reinke	3	37,5	5	62,5
Papilloma	-	-	1	100,0
Khuyết lõm	-	-	2	100,0
Liệt DT	2	66,7	1	33,3
Tổng	21	28,4	53	71,6

Bờ dây thanh thô ráp chiếm tỉ lệ cao (71,6%), gấp 2,5 lần tỉ lệ dây thanh có bờ tron lóng. Sự khác biệt về tỉ lệ không có ý nghĩa thống kê ($p=0,632$).

4. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm lâm sàng bệnh nhân khàn tiếng

Số bệnh nhân nữ khàn tiếng chiếm 62,2% và nhiều hơn so với bệnh nhân nam 37,8%. Kết quả này có tỉ lệ gần tương

đương so với nghiên cứu của Hoàng Long [1] 73,1% và 26,9%, và Printza [6] 55,6% và 44,4%. Tỉ lệ giữa nữ và nam khác nhau lớn (1,64/1) và có ý nghĩa thống kê ($p = 0,036$). Tuy nhiên, với nghiên cứu của Banjara [3], nam lại nhiều hơn với tỉ lệ xấp xỉ là 1,5/1.

Chúng tôi nhận thấy tiền căn viêm mũi xoang, tiền căn TNH-TQ và môi trường nhiều tiếng ồn có liên quan đến các tổn thương trên dây thanh. Một nghiên cứu trên 1082 giáo viên ở Ấn Độ năm 2016, Deevadas [4] kết luận môi trường lớp học ồn, tiền sử nhiễm trùng đường hô hấp trên và tiền căn TNH-TQ 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.

Thương tổn nằm ở cả hai dây thanh chiếm hơn phân nửa (52,7%); cao hơn hẳn của Đỗ Mai Trang [2] (12,5%), có thể do tỉ lệ hạt dây thanh ở hai bên và tỉ lệ phù Reinke của chúng tôi cao hơn. Trên tổn thương ở một dây thanh, tỉ lệ bên trái (31,1%) xảy ra nhiều hơn bên phải (16,2%). Dữ liệu tương đồng khi so sánh với Đỗ Mai Trang. Sự chênh lệch về tỉ lệ giữa hai vị trí trái - phải này có thể do tác động của trào ngược.

4.2. Đặc điểm dây thanh qua nội soi hoạt nghiệm thanh quản

Kiểu đóng kín hoàn toàn chiếm tỉ lệ cao nhất (27%) trong nghiên cứu của chúng tôi và được gặp nhiều trong các dạng tổn thương viêm dây, nang dây thanh, polyp dây thanh và phù Reinke. Kiểu đóng thanh môn hở mép sau chiếm tỉ lệ cao thứ hai

(25,7%) trong nghiên cứu của chúng tôi, vì đa phần bệnh nhân đến khám là phụ nữ. Dạng đồng hồ cát là kiểu đóng thanh môn thường gặp trong hạt dây thanh, và đây cũng là nguyên nhân chính gây ra sự suy giảm chất lượng giọng nói. Nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận dạng này chiếm 16,2%, dạng thường gặp ngay sau dạng hở sau. Có thể hở sau là dạng đóng thanh môn bình thường quan sát được ở nữ, mà trong nhóm này, tỉ lệ bệnh nhân nữ cao nên đây có thể là nguyên nhân dạng hở sau chiếm tỉ lệ cao hơn.

Hạt, nang và polyp dây thanh trong nghiên cứu này quan sát thấy giảm về biên độ dao cũng như sóng niêm mạc. Hạt có khoảng 74% giảm biên độ và 74% giảm sóng niêm mạc, polyp có 80% giảm biên độ và 60% giảm sóng niêm mạc và nang có 81,8% giảm biên độ và 63,6% giảm sóng niêm mạc. Khi so sánh với Banjara và Sachdeva [7], hạt dây thanh hầu hết có dạng sóng niêm mạc bình thường; trong khi tổn thương dạng nang và dạng polyp ghi nhận được giảm hoặc không có sóng niêm mạc, đặc biệt là ở vị trí của khối u. Banjara lý giải rằng sự giảm sóng niêm mạc trong bệnh lý polyp và nang dây thanh là do sự hình thành khối u phát triển từ phần sâu hơn, từ lớp dưới biểu mô và phần bề mặt lớp màng đệm của dây thanh, trong khi tổn thương hạt lại được cho là ở lớp nông của dây thanh nên không làm giảm đáng kể sóng niêm mạc.

Liệt dây thanh một bên, viêm dày và phù Reinke ở hai dây thanh đều ghi nhận bờ tự do dây thanh trơn láng chiếm tỉ lệ cao, lần lượt theo thứ tự là 66,7%; 41,7%

và 37,5%. Kết quả của chúng tôi có phần thấp hơn so với Banjara (100% liệt dây thanh và 71,5% viêm dày dây thanh có bờ tự do trơn láng) và Sachdeva (100% phù Reinke và 100% liệt dây thanh). Polyp dây thanh và nang dây thanh, xét trên dây thanh có thương tổn hoặc dây thanh bị tác động nhiều hơn nếu cả hai bên có tổn thương, có bờ dây thanh bị ảnh hưởng nhiều với mức độ thô ráp nặng chiếm 37,5% và 12,5% theo thứ tự bệnh lý đề cập ở trên. Tỉ lệ độ thô ráp bờ dây thanh giữa hai tổn thương chênh lệch cao là do số lượng người bệnh trong mỗi thương tổn ít, độ trơn láng dây thanh lại có nhiều mức độ. Tỉ lệ này thấp hơn nhiều khi so sánh với Banjara (dây thanh mất trơn láng ở 80% trường hợp) và Sachdeva (dây thanh thô ráp trong 66,7% nang dây thanh và 87,5% polyp dây thanh). Hai tác giả trên ghi nhận được mối quan hệ có ý nghĩa giữa bờ dây thanh thô ráp với nang dây thanh ở dây thanh cùng bên khối nang, có thể do chấn thương thanh âm xảy ra ở vị trí bờ tự do của các thương tổn.

5. KẾT LUẬN

Các tổn thương khác nhau ở dây thanh có sự khác biệt về tỉ lệ giới tính với nữ:nam là 1,64:1. Tiền căn trào ngược họng thanh quản và viêm mũi xoang là những yếu tố nguy cơ thúc đẩy sự hình thành bệnh lý ở thanh quản nói chung và bệnh lý dây thanh nói riêng.

Tất cả nguyên nhân quan sát được là tổn thương thực thể với hạt dây thanh được ghi nhận nhiều nhất với 36,5%. Ngoài ra, có một số tổn thương 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%).

Kín hoàn toàn, hở sau và hở dạng đồng hồ cát là ba dạng đóng thanh môn thường gặp nhất với tỉ lệ lần lượt là 27%, 26% và 16%.

Phần lớn tổn thương có biên độ dao động của dây thanh giảm (72%). Sóng niêm mạc giảm chiếm tỉ lệ cao nhất trong nghiên cứu với 63,5%, quan sát được ở hầu hết các tổn thương, trừ phù Reinke.

Dây thanh mất trơn láng gặp ở phần lớn trường hợp với tỉ lệ 72%, polyp dây thanh có tỉ lệ trơn láng ở bờ dây thanh thấp nhất (20%)

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. 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 án Thạc sĩ Y học, Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh, TP. Hồ Chí Minh.
2. Đỗ Mai Trang (2015). Dùng bảng VHI đánh giá kết quả điều trị vi phẫu thanh quản bệnh lý u lành tính dây thanh tại Bệnh viện Tai Mũi Họng Thành phố Hồ Chí Minh từ tháng 10/2014 đến tháng 08/2015, Luận án Thạc sĩ Y học, Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh, TP. Hồ Chí Minh.
3. Banjara H., Mungutwar V., Singh D., et al. (2012). Demographic and videostroboscopic assessment of vocal pathologies, *Indian J Otolaryngol Head Neck Surg*, 64(2), 150-157.
4. Devadas U., Bellur R., Maruthy S. (2017). Prevalence and Risk Factors of Voice Problems Among Primary School Teachers in India, *J Voice*, 31(1), 111-117.
5. Kiakojoury K., Dehghan M., Hajizade F., et al. (2014). Etiologies of Dysphonia in Patients Referred to ENT Clinics Based on Videolaryngoscopy, *Iran J Otorhinolaryngol*, 26(76), 169-174.
6. Printza A., Triaridis S., Themelis C., et al. (2012). Stroboscopy for benign laryngeal pathology in evidence based health care, *Hippokratia*, 16(4), 324-328.
7. Sachdeva K., Mittal N., Sachdeva N. (2020). Role of Video Laryngostroboscopy in Benign Disease of Larynx, *Indian J Otolaryngol Head Neck Surg*, 72(2), 267-273.