

**BỘ GIÁO DỤC VÀ ĐÀO TẠO**

**BỘ Y TẾ**

**ĐẠI HỌC Y DƯỢC THÀNH PHỐ HỒ CHÍ MINH**

**TRẦN VIỆT HỒNG**

**VI PHẪU THUẬT THANH QUẢN  
NGƯỜI LỚN QUA NỘI SOI ỒNGCỨNG**

**Chuyên ngành: Mũi Họng**

**Mã số : 62.72.53.05**

**TÓM TẮT LUẬN ÁN TIẾN SĨ Y HỌC**

**Thành phố Hồ Chí Minh - Năm 2010**

Công trình được hoàn thành tại:

**ĐẠI HỌC Y DƯỢC THÀNH PHỐ HỒ CHÍ MINH**

Người hướng dẫn khoa học:

1. GS.TS. Nguyễn Hữu Khôi
2. PGS.TS. Võ Hiếu Bình

Phản biện 1: PGS.TS. Nhan Trùng Sơn

Phản biện 2: PGS.TS. Nguyễn Thị Ngọc Dung

Phản biện 3: PGS.TS. Nguyễn Thị Hoài An

Luận án được bảo vệ tại Hội đồng chấm luận án cấp Nhà nước

Họp tại : Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh

Vào hồi : 14 giờ 20 phút, ngày 18 tháng 06 năm 2010

Có thể tìm luận án tại :

Thư viện Quốc gia Việt Nam, Hà Nội.

Thư viện Khoa Học Tổng hợp Tp HCM.

Thư viện Đại học Y Dược Tp HCM

## **DANH MỤC CÁC CÔNG TRÌNH NGHIÊN CỨU CỦA TÁC GIẢ ĐÃ CÔNG BỐ LIÊN QUAN ĐẾN ĐỀ TÀI LUẬN ÁN**

1. Trần Việt Hồng (2009) “Vi phẫu tiêm mỡ, cân tự thân vào dây thanh điều trị bệnh hở thanh môn qua nội soi ống cứng” - *Tạp chí Y học, Đại học Y Dược TP.HCM* tập 13(1), tr 185 -189.
2. Trần Việt Hồng (2009) “Đánh giá hiệu quả nội soi vi phẫu thanh quản hạt dây thanh bằng phân tích âm giọng nói người Nam bộ” - *Tạp chí Y học, Đại học Y Dược TP.HCM* tập 13(3), tr 177 - 182.

## **GIỚI THIỆU LUẬN ÁN**

### **1. Đặt vấn đề :**

Thanh quản là cơ quan vừa có chức năng hô hấp, vừa có chức năng phát âm, trong đó dây thanh có cấu trúc giải phẫu, mô học và chức năng sinh lý rất tinh tế. Dây thanh có kích thước rất nhỏ và mỏng manh được cấu tạo chủ yếu là cơ, dây chằng và niêm mạc, nó thường xuyên di động khép, mở. Dây thanh đóng mở và rung theo chu kỳ phát âm. Bệnh lý u lành tính ở dây thanh và bệnh lý hở thanh môn gây rối loạn giọng nói ngày càng nhiều do giao tiếp trong xã hội của bệnh nhân ngày càng tăng.

### **2. Tính cấp thiết của đề tài:**

- Việc điều trị các bệnh lý ở dây thanh đòi hỏi phải rất chính xác và nhẹ nhàng, vừa giải quyết được bệnh lý vừa phải bảo vệ tối đa tổ chức lành xung quanh, để bảo tồn và cải thiện giọng nói được tốt nhất. Vì phẫu thuật thanh quản điều trị bệnh lý dây thanh từ trước tới nay được quan sát dưới kính hiển vi. Ngày nay với sự ra

đời của máy nội soi đã được áp dụng vào trong phẫu thuật, trong đó có ngành Tai Mũi Họng. Việc ứng dụng vi phẫu thuật thanh quản qua nội soi ống cứng đã được áp dụng trên thế giới từ những năm 1995. Ở Việt Nam tôi đã áp dụng kỹ thuật này điều trị u lành tính dây thanh từ năm 2000 và điều trị hở thanh môn từ 2005. Sau này có một số cơ sở cũng áp dụng kỹ thuật này, nhưng cả tôi và các tác giả ở một số cơ sở áp dụng chưa đi sâu đánh giá một cách hệ thống bằng kết hợp cả hai tiêu chuẩn khách quan và chủ quan trong điều trị bệnh lý u lành tính ở dây thanh. Và đặc biệt là chưa có báo cáo về tiêm mỡ tự thân vào dây thanh điều trị bệnh hở thanh môn.

- Xuất phát từ tình hình trên tôi tiến hành thực hiện đề tài nghiên cứu “vi phẫu thuật thanh quản người lớn qua nội soi ống cứng” để điều trị một số bệnh lý u lành tính dây thanh như hạt dây thanh, pólíp dây thanh, u nang dây thanh, và bệnh hở thanh môn do liệt dây thanh một bên, teo dây thanh và khuyết lõm niêm mạc dây thanh.

**Mục tiêu nghiên cứu:**

*1. Đánh giá kết quả vi phẫu thanh quản u lành tính dây thanh qua nội soi ống cứng 5.0 bằng tự cảm nhận, chỉ số khuyết tật giọng nói, soi hoạt nghiệm và phân tích âm.*

*2. Đánh giá kết quả vi phẫu thanh quản qua nội soi ống cứng 5.0 tiêm mỡ tự thân vào dây thanh điều trị hở dây thanh.*

**3. Những đóng góp mới của luận án**

- Đưa ra hoàn chỉnh kỹ thuật vi phẫu thuật thanh quản qua ống nội soi thanh quản 5.0 điều trị một số bệnh lý u lành tính dây thanh như hạt dây thanh, polyp dây thanh, u nang dây thanh. Đồng thời đánh giá kết quả điều trị của phương pháp này bằng kết hợp cả tiêu chuẩn chủ quan như tự cảm nhận, thang điểm chỉ số khuyết tật giọng nói của bệnh nhân, tiêu

chuẩn khách quan như soi hoạt nghiệm thanh quản và phân tích âm.

- Xây dựng được quy trình về cách lấy, xử lý mỡ tự thân để tiêm vào dây thanh qua ống nội soi thanh quản 5.0 điều trị bệnh lý hở thanh môn do liệt dây thanh một bên, teo dây thanh, khuyết lõm niên mạc dây thanh làm phục hồi giọng nói cho kết quả tốt.
- Đã nghiên cứu tự chế và cải tiến một số dụng cụ soi treo thanh quản và dụng cụ xử lý mỡ tự thân để phục vụ cho nghiên cứu và điều trị .

#### **4. Bố cục của luận án gồm có:**

- Luận án dày 120 trang, phần mở đầu (3 trang), có 4 chương bao gồm : tổng quan tài liệu (33 trang), đối tượng và phương pháp nghiên cứu( 20 trang), kết quả nghiên cứu (27 trang), bàn luận (29 trang), kết luận và kiến nghị (3 trang), có 25 bảng, 49 hình, 15 biểu đồ, có 124 tài liệu tham khảo (Tiếng Việt 32, tiếng Anh 74, tiếng Pháp 18).

## **CHƯƠNG 1 : TỔNG QUAN TÀI LIỆU**

### **1.1 Giải phẫu dây thanh và sinh lý thanh quản.**

Dây thanh quản còn gọi là dây thanh thật, dây thanh đai (nó là 2 cái nẹp 2 bên) gồm có niêm mạc, sợi đàn hồi và cơ đi từ trước ở phía sau góc sụn giáp ra sau đến sụn phễu 2 bên, có kích thước nhỏ tùy theo lứa tuổi và giới. Có hai dây thanh phải và trái nằm ở 2 thành bên của thanh quản. Khe giữa 2 dây thanh gọi là thanh môn. Cấu tạo dây thanh: Gồm niêm mạc, sợi đàn hồi, cơ. Niêm mạc dây thanh là biểu mô lát tầng nằm tựa lên lớp mô đệm rất lỏng lẻo và không dính chặt vào tổ chức phía dưới, lớp đệm dưới niêm mạc có khoảng Reinke lỏng lẻo nên niêm mạc rất dễ dàng trượt lên lớp cơ và dây chằng phía dưới. Niêm mạc có khả năng rung động theo kiểu sóng niêm mạc khi phát âm, dây chằng thanh âm hay các sợi đàn hồi nơi bám của các thớ cơ giáp phễu. Cơ dây thanh gồm các nhóm cơ căng dây thanh,



mở thanh môn và khép thanh môn. Chức năng sinh lý của thanh quản: bao gồm chức năng hô hấp, phát âm, bảo vệ đường thở và tham gia cơ chế nuốt, 2 dây thanh tham gia các chức năng chính của thanh quản là chức năng hô hấp và chức năng phát âm

### **1.2. Tổn thương thanh quản.**

- Nguyên nhân gây ra rối loạn giọng nói hay gặp nhiều ở cơ quan phát âm, đặc biệt ở 2 dây thanh. Các bệnh rối loạn giọng nói ở thanh quản được chia làm 2 loại: Tổn thương thực thể giọng nói (do có tổn thương thực thể ở thanh quản) và rối loạn giọng nói chức năng (không có tổn thương thực thể trên dây thanh). Tổn thương thực thể ở thanh quản gồm các nhóm bệnh lý viêm, u lành tính, u ác tính, do thần kinh và hở thanh môn... Việc chẩn đoán và thăm khám bệnh lý dây thanh có nhiều phương pháp từ đơn giản thông thường đến dùng các phương tiện hiện đại như nội soi thanh quản qua ống mềm, ống cứng đến nội soi hoạt nghiệm thanh quản và phân tích âm ...

### **1.3. Phương pháp điều trị bệnh lý ở thanh quản.**

Các phương pháp điều trị đơn giản là giúp thanh quản nghỉ ngơi, huấn luyện giọng và điều trị nội khoa. Việc điều trị nội khoa và huấn luyện giọng không hiệu quả sẽ điều trị vi phẫu thanh quản.

#### **1.3.1. Soi treo vi phẫu thanh quản**

Từ xa xưa các bác sĩ Tai Mũi Họng đã chế tạo ra dụng cụ soi treo thanh quản để soi trực tiếp và phẫu thuật lấy bệnh lý ở dây thanh. Năm 1958 Salco đã dùng kính hiển vi phẫu thuật của Zeiss để khám và vi phẫu thuật bệnh lý ở dây thanh và từ đó tới nay đã có nhiều tác giả trên thế giới cũng như ở Việt Nam đã ứng dụng kỹ thuật soi treo thanh quản quan sát dưới kính hiển vi. Mario Andria, Osca Dras (1995) lần đầu tiên đã kết hợp cùng hãng Karl-Storz dùng ống nội soi cứng 5.0 (0°) để vi phẫu thuật thanh quản gọi là kỹ thuật REMS (Rigide Endoscopy associated with Microlaryngeal

Surgery) và đã được nhiều tác giả trên thế giới áp dụng kỹ thuật này.

#### **1.4.2 Soi treo vi phẫu thanh quản ở Việt Nam**

Nguyễn Văn Đức(1960) báo cáo nội soi 26 ca Papilloma thanh quản. Phạm Kim (1996) báo cáo với 89 trường hợp hạt thanh đới gấp ở khoa TMH bệnh viện Bạch Mai. Nguyễn Phương Mai (1999) báo cáo nhận xét lâm sàng và kết quả điều trị tổn thương lành tính ở dây thanh tại trung tâm TMH - TP.HCM. Trần Việt Hồng, Nguyễn Hữu Khôi, Huỳnh Khắc Cường ( 2000) báo cáo đánh giá kết quả điều trị 180 ca bệnh lý dây thanh tại khoa TMH BV Nhân Dân Gia Định – TP.HCM. Nguyễn Khắc Hoà, Trần Công Hoà (2004) các tổn thương lành tính dây thanh: nhận xét 315 trường hợp được phẫu thuật tại khoa thanh học BV TMH Trung ương Hà Nội.

#### ***Vi phẫu thuật thanh quản qua nội soi ống cứng( kỹ thuật REMS) ở Việt Nam:***

Trần Việt Hồng, Huỳnh Khắc Cường (2001) báo cáo ứng dụng kỹ thuật nội soi ống cứng vi phẫu thanh quản tại Bệnh viện Nhân Dân Gia

Định –Tp.HCM. Đến 2003 Nguyễn Đức Tùng báo cáo vi phẫu thanh quản kết hợp ống nội soi quang học cứng (mổ xoang 4.0)

tại bệnh viện đại học Y Dược cơ sở II Thành Phố Hồ Chí Minh.

Từ đó tới nay có một vài cơ sở Tai Mũi Họng như Chợ Rẫy, BV Đại học Y Dược, Bệnh viện Tai Mũi Họng TP.HCM... cũng áp dụng kỹ thuật này.

#### **1.4.3 Kỹ thuật tiêm mỡ tự thân vào dây thanh điều trị hở thanh môn.**

Năm 1987 Brandenburg đã báo cáo đầu tiên 1 trường hợp tiêm mỡ tự thân vào dây thanh cho bệnh nhân bị hở thanh môn và đến năm 1991 Mikaelin báo cáo tiêm mỡ cho bệnh nhân bị liệt dây thanh 1 bên. Đến năm 2000 trở đi nhiều tác giả đã áp dụng tiêm mỡ tự thân điều trị các bệnh gây hở thanh môn do liệt dây thanh, sẹo, khuyết và teo dây thanh. Ở Việt Nam có một vài tác giả đã làm tiêm mỡ tự thân vào dây thanh cho một vài bệnh nhân nhưng

chưa có 1 báo cáo nào đánh giá phương pháp này.

## **CHƯƠNG 2 : ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU**

**2.1. Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu tiến cứu mô tả có can thiệp, có nhóm chứng trong đánh giá phân tích âm.

### **Đối tượng nghiên cứu**

- *Nhóm bệnh lý:* Bệnh nhân  $\geq 16$  tuổi có rối loạn giọng nói, chọn 2 nhóm bệnh lý là u lành tính dây thanh và hở thanh môn.
- *Nhóm chứng:* Có cùng lứa tuổi trung bình gần giống như lứa tuổi của nhóm bệnh, giọng nói bình thường.

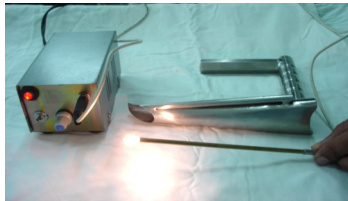
### **2.2 Dụng cụ nghiên cứu**

**2.2.1. Dụng cụ chẩn đoán:** Phòng nội soi Tai Mũi Họng: Máy nội soi chẩn đoán ống mềm Olympus. Máy nội soi ống cứng và máy soi hoạt nghiệm thanh quản (Karl- Storz), có ghi bằng hình, bằng video, máy in Printer Panasonic, máy vi tính lưu hình ảnh. Phòng ghi âm kín có âm nền  $< 50\text{dB}$ , máy vi tính có

chương trình ghi âm Sound Fort 8.0, phần mềm phân tích âm Praat, micro ghi âm.

### ***2.2.2. Dụng cụ soi treo vi phẫu thanh quản.***

- Bộ soi treo thanh quản tự chế theo kiểu dáng của bộ soi treo Chevalier Jackson có cải tiến như: Ở đầu trong, phần vát của ống soi hếch lên trên  $15^\circ$  (giúp vén nắp thanh thiệt quan sát dễ dàng mép trước thanh môn. Ở đầu ngoài rộng làm trường mổ lớn giúp cho phẫu thuật viên đưa dụng cụ thao tác thoải mái hơn .
- Bên cạnh có ống để lắp nguồn sáng và ống nội soi (Optique) thanh quản 5.0, 24 cm, làm cho khoảng cách camera ở xa đầu ống soi treo giúp phẫu thuật viên thao tác 2 tay không bị vướng.



***Hình 2.2. Bộ soi treo thanh quản tự chế, cải tiến***



***Hình 2.3. Nội soi vi phẫu qua bộ soi treo tự chế***

***Bộ dụng cụ banh miệng cắt Amidan, tự chế và có cải tiến như:***

Lưỡi vén nắp thanh thiệt có nhiều cỡ, chiều dài 11cm và độ gập góc  $80^\circ$  có gia cố độ dày chỗ gập góc để tăng độ cứng, lưỡi hếch lên  $15^\circ$ , để soi bệnh nhân khó, răng hô, hạn chế mở miệng do khít hàm, sẹo bông, soi treo thông thường không được.

- Bộ nội soi ống cứng phẫu thuật Karl - Storz: nguồn sáng xeron, camera, monitor dây dẫn ánh sáng và ống nội soi thanh quản 5.0 ( $0^\circ, 30^\circ, 70^\circ, 120^\circ$ ) 24cm.

***- Bộ dụng cụ vi phẫu thanh quản gồm:***

Các loại kìm, kéo thẳng, cong phải, cong trái, cong lên  $45^\circ$ , thìa nạo vi phẫu, thìa bóc tách vi phẫu, bộ dụng cụ lấy và xử lý mỡ, súng bơm và kim tiêm mỡ...

### **2.2.3 Tiến hành nghiên cứu**

#### ***2.2.3.1 Thiết lập mẫu bệnh án nghiên cứu***

- Bệnh án có nội dung đầy đủ, các thông tin cần cho nghiên cứu.
- Lập phiếu cho bệnh nhân tự khai, để đánh giá chỉ số khuyết tật giọng nói trước, sau mổ.
- Ghi âm giọng nói bệnh nhân trước, sau mổ để đánh giá mức độ khàn tiếng và phân tích âm.

#### ***2.2.2.4 Tiến hành soi treo vi phẫu thuật thanh quản***

- Bệnh nhân được soi treo thanh quản bằng ống soi tự chế cải tiến ở tư thế Rose dưới gây mê qua ống nội khí quản số nhỏ 5.5. Lắp ống nội soi thanh quản cứng 5.0, dài 24 cm vào ống đỡ gắn ở thành bên của ống soi treo và hệ thống máy nội soi, phẫu thuật viên nhìn trên màn hình Tivi tiến hành phẫu thuật.
- ***Kỹ thuật vi phẫu qua nội soi ống cứng u lành tính ở dây thanh.***

Hạt dây thanh: Cắt lấy hạt xơ và một phần niêm mạc dây thanh phía trên sau đó vớt nhẹ 2 mép niêm mạc cho dính sát nhau. Pôlyp dây



thanh: Tùy kích thước và vị trí, dùng kìm kéo vi phẫu cắt bỏ pôlyp và chân bám vuốt lại niêm mạc dây thanh cho kín vết cắt. U nang: Xẻ niêm mạc trên u bằng kéo nhọn, kéo bóc tách lấy u nang và vuốt nhẹ niêm mạc khép kín vết mổ.

Sau khi lấy bệnh lý dùng các loại ống soi 5.0 (30°,70°,120°) kiểm tra tổn thương và vết cắt niêm mạc dây thanh

**- Kỹ thuật vi phẫu qua ống nội soi 5.0 với bệnh hở thanh môn.**

***Quy trình kỹ thuật tiêm mỡ vào dây thanh gồm 6 bước:***

***- Bước 1: Kỹ thuật lấy và xử lý mỡ tự thân.***

- Rạch da vùng bụng cạnh rốn 1-2 cm lấy một khối mỡ và tổ chức liên kết dưới da bụng, đường kính khoảng 2 cm sau đó nghiền và cắt nhỏ cho vào máy quay ly tâm trong vòng 3 phút với 3.000 vòng/ phút. Mỡ sau khi qua ly tâm sẽ tạo ra 2 lớp, phần trên là tế bào mỡ, sợi mô liên kết, phần dưới là nước mỡ và máu... Dùng

kim to hút bỏ phần nước mỡ và máu, giữ lại phần tế bào mỡ và sợi mô liên kết.

***Bước 2: Cho tế bào mỡ vào bơm tiêm và súng bơm mỡ.***

Lấy tế bào mỡ, sợi mô liên kết đã qua xử lý cho vào bơm tiêm mỡ 5cc (có đủ độ cứng, đầu ống tiêm có khóa) lắp bơm tiêm vào kim tiêm mỡ (đuôi kim tiêm có khóa), lắp bơm tiêm có mỡ vào lòng súng bơm mỡ.

***- Bước 3: Kỹ thuật soi treo và nội soi.***

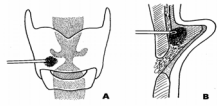
Bệnh nhân được soi treo và sau đó đưa ống nội soi nhìn rõ dây thanh trên màn hình Tivi, đưa kim vào vị trí dây thanh cần tiêm.

***- Bước 4: Kỹ thuật xử lý bệnh lý và tiêm mỡ vào dây thanh.***

Tùy bệnh lý gây hở thanh môn mà xử lý và tiêm mỡ vào dây thanh có khác nhau.

***Liệt dây thanh:*** Vị trí đâm kim vào 2 nơi 1/3 giữa và 1/3 sau dây thanh bên liệt, đâm kim vào khối cơ giáp phễu, bóp cò súng bơm mỡ theo

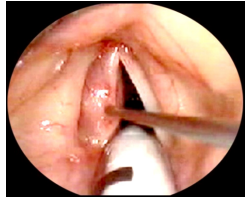
từng nấc cho mỡ, được vào trong dây thanh cho phồng to qua đường giữa thanh môn.



Hình 2.13. Vị trí và độ sâu tiêm mỡ vào dây thanh[84]



Hình 2.14. Vị trí tiêm mỡ, làm phồng dây thanh [84]



Hình 2.15. Tiêm mỡ vào DT bên liệt



Hình 2.17. Bơm mỡ vào DT bên (S.V.E.R)

Lượng mỡ tiêm trung bình vào khoảng 0.5-0.6 ml

***Sulcus Vergerturs (Khuyết lõm niêm mạc dây thanh):*** Dùng kim, kéo vi phẫu bóc tách nơi dính giữa niêm mạc và dây chằng, cơ phía dưới sau đó đâm kim ở 1/3 giữa dây thanh tiêm mỡ cho phồng dây thanh qua đường giữa.

***Teo dây thanh gây hở thanh môn:***

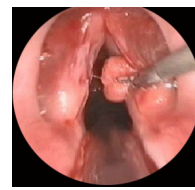
Đâm kim vào vị trí 1/3 giữa dây thanh, tiêm mỡ



*Hình 2.18 Vị trí tiêm mỡ vào DT bị teo*



*Hình 2.19 Tiêm mỡ phòng DT bị teo*



*Hình 2.20 Xoa mỡ lan dọc DT sau khi tiêm*

cho dây thanh phồng to gần đường giữa, lượng mỡ khoảng 0.6 ml mỗi bên.

***- Bước 5: Xoa mỡ lan dọc dây thanh:***

Dùng bông có tẩm Adrenalin 1<sup>0</sup>/<sub>00</sub> vừa chấm cầm máu vừa xoa dây thanh cho mỡ lan dọc dây thanh làm cho phẳng và đồng đều.

***- Bước 6: Kiểm tra dây thanh, thanh môn bằng ống soi 5.0 (0<sup>0</sup>,30<sup>0</sup>,70<sup>0</sup>,120<sup>0</sup>) về độ dày, độ phồng qua đường giữa, mặt trên, dưới dây thanh.***

***2.2.3.4. Ghi âm giọng nói, phân tích ngữ âm,***

***- Ghi âm nhóm bệnh:*** Bệnh nhân được ghi âm trong phòng kín, âm nền < 50dB. Ghi âm qua máy vi tính bằng phần mềm Sound Fort 8.0, có chỉ dẫn thống nhất đếm từ 1-

10, nói nguyên âm A, I, Ê, U, hát một đoạn bài hát “Như có Bác Hồ trong ngày vui đại thắng”. Bệnh nhân được ghi âm trước phẫu thuật 01 ngày và sau phẫu thuật 1, 3, 6 tháng, 1 năm tùy từng nhóm bệnh.

- ***Ghi âm nhóm chứng:*** Ghi âm giọng nói người bình thường, cách thức ghi âm, điều kiện ghi âm, các mẫu câu chữ đều giống như nhóm bệnh và lấy các chỉ số cũng giống như nhóm bệnh.

\****Phương pháp phân tích âm:*** Phân tích âm bằng máy vi tính với phần mềm chương trình Praat, cho các chỉ số Jitter: Độ rối loạn tần số âm, ngưỡng bệnh lý là **0,68%**. Shimmer: Độ rối loạn về biên độ âm, ngưỡng bệnh lý là **3,8**. HNR (Harmonics to noise Ratio): Tỷ lệ tiếng thanh trên tiếng ồn, chỉ số bình thường là **20 dB**. Các chỉ số này đều phải có nhóm chứng để so sánh.

### CHƯƠNG 3 : KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

150 bệnh nhân được soi treo vi phẫu qua ống nội soi 5.0, trong đó có 110 bệnh nhân u lành

tính dây thanh, 40 bệnh nhân hở thanh môn. 145 bệnh nhân được soi treo bằng bộ soi treo thanh quản tự chế có cải tiến của tôi. Có 5 bệnh nhân không soi được bằng các loại ống soi treo thông thường do sẹo bóng ở miệng, răng hô, khít hàm. Tôi soi bằng dụng cụ mở miệng cắt Amidan cải tiến để bộc lộ thanh quản. Tất cả 150 bệnh nhân được soi không có tai biến trong và sau mổ.

### **3.1. Kết quả kỹ thuật vi phẫu u lành tính dây thanh**

110 bệnh nhân bị u lành tính dây thanh trong đó tuổi trung bình 37,5, nữ chiếm 84,5%, nghề sử dụng giọng nói nhiều và gắng sức chiếm 83,6%, trong đó 70 bệnh nhân bị hạt dây thanh, 22 bệnh nhân bị pólíp dây thanh, 18 bệnh nhân bị u nang dây thanh. Tất cả số bệnh nhân trên đều được lấy hết tổn thương không bị phạm vào tổ chức lành xung quanh.

#### **3.1.1. Kết quả điều trị trước, sau phẫu thuật.**

**3.2.1.1. Đánh giá mức độ bệnh bằng tiêu chuẩn chủ quản.**

**\* Đánh giá bằng tự cảm nhận mức độ khàn tiếng**

**Bảng 3.1 : Phân bố mức độ khàn tiếng trước phẫu thuật**

Loại bệnh	Số BN khàn tiếng nhẹ	Số BN khàn tiếng vừa	Số BN khàn tiếng nặng	Tổng số
Hạt xơ dây thanh	30(42.9%)	16(22.9%)	24(34.2%)	70
Pôlyp dây thanh	4(18.2%)	7(31.8%)	11(50%)	22
U nang dây thanh	6(33.3%)	5(27.8%)	7(38.9%)	18
Tổng số	40(36.4%)	28(25.4%)	42(38.2%)	110

Bảng 3.2 : Mức độ khàn tiếng sau phẫu thuật.

Mức độ khàn tiếng	Số bệnh nhân	Tỉ lệ %
Hết khàn tiếng	94	84.6%
Giảm khàn tiếng	10	9%
Còn khàn tiếng	6	6.4%
Tổng cộng	110	100%

*\*Kết quả đánh giá theo chỉ số khuyết tật giọng nói.*

Bảng 3.3: Mức độ bệnh theo thang điểm chỉ số VHI trước, sau PT.

Mức độ VHI	Số BN trước PT	Tỉ lệ %	Số BN sau PT	Tỉ lệ %
Bình thường	0	0%	18	16,4%
Nhẹ	41	37,3%	80	72,7%
Vừa	56	51%	9	8,2%



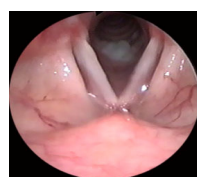
				%
Nặng	13	11,7 %	3	2.7 %
Tổng số	110	100 %	110	100 %

**3.1.2.1. Đánh giá mức độ bệnh theo tiêu chuẩn khách quan.**

**\* Đánh giá kết quả qua soi hoát nghiệm thanh quản.**



**Hình 3.1.**  
**Hạt dây thanh trước PT**



**Hình 3.2**  
**Hạt dây thanh sau PT**

**Bảng 3.4 : Kết quả quan sát dây thanh sau khi được phẫu thuật.**

Mức độ	Số BN hạt DT	Số BN Pôlyp DT	Số BN u nang DT	Tổng số	Tỉ lệ %
--------	--------------	----------------	-----------------	---------	---------

Rất tốt	64	15	16	95	86.4 %
Tốt	4	4	1	9	8.2 %
Không tốt	2	3	1	6	5.4 %
Tổng số	70	22	18	110	100 %



Hình 3.5. Pôlyp DT trước PT

Hình 3.6. Pôlyp DT sau PT

**\* Đánh giá kết quả qua phân tích các chỉ số Jitter, Shimmer, HNR.**

Bảng 3.5: Kết quả phân tích âm trước, sau phẫu thuật và nhóm chứng.

Các chỉ số	Hạt dây thanh		Pôlyp + U nang DT		Nhóm chứ
	Trước	Sau	Trước	Sau	

	mổ	mổ	mổ	mổ	ng
Jitter %	0.809	0.400	1.180	0.523	0.48 4
Shimmer %	6.184	3.403	5.868	4.117	3.43 9
HNR (dB)	20.21 5	24.02 7	19.61 3	23.11 0	24.9 36

### 3.1.3. Đánh giá tổng hợp hiệu quả điều trị .

Bảng 3.10: Đánh giá tổng hợp hiệu quả điều trị.

Hiệu quả điều trị	Số bệnh nhân	Tỉ lệ %
Tốt	95	86.3%
Cải thiện	9	8.2%
Thất bại	6	5.5%

Kết quả vi phẫu u lành tính thành công là **94.5%** thất bại là **5.5%**.

### 3.2. Kết quả nghiên cứu nhóm bệnh hở thanh môn

Số bệnh nhân bị hở thanh môn là 40, trong đó bệnh nhân có tuổi trung bình 37.7, nam 47,5%, nữ 52,5%.

### **3.2.1. Kết quả kỹ thuật tiêm mỡ tự thân vào dây thanh.**

40 bệnh nhân được tiêm mỡ vào dây thanh, trong đó 29 bệnh nhân bị liệt dây thanh 1 bên tư thế đường ngoài. Có 6 bệnh nhân bị teo dây thanh, 5 bệnh nhân bị khuyết lõm niêm mạc dọc dây thanh(S.VER), lượng mỡ tiêm 0.5 – 0.6 ml mỗi bên.

### **3.2.2. Đánh giá kết quả trước, sau phẫu thuật**

#### ***3.2.2.1.Đánh giá kết quả trước, sau phẫu thuật (từ > 1 – 3 tháng).***

***\*Đánh giá bằng tự cảm nhận của bệnh nhân.***

Bảng 3.11: Mức độ khàn tiếng và hụt hơi trước phẫu thuật

Mức độ bệnh	Số bệnh nhân	Tỉ lệ %
(Khàn tiếng và nói hụt hơi) nhẹ	17	42.5%

(Khàn tiếng và nói hụt hơi) vừa	8	20%
(Khàn tiếng và nói hụt hơi) nặng	15	37.5%
Tổng số	40	100%

Bảng 3.12: Đánh giá mức độ hài lòng sau phẫu thuật

Mức độ hài lòng giọng nói	Số bệnh nhân	Tỉ lệ %
Cao	28	70%
Vừa	8	20%
Không hài lòng	4	10%
Tổng số	40	100%

*\*Đánh giá theo thang điểm chỉ số khuyết tật giọng nói.*

Bảng 3.13: Đánh giá theo thang điểm chỉ số khuyết tật giọng nói

Mức độ theo VHI	Số BN trước phẫu PT	Tỉ lệ %	Số BN sau PT	Tỉ lệ %
Bình thường	0	0%	0	0%

Nhẹ	15	37.5%	30	75.6%
Vừa	9	22.5%	7	17.5%
Nặng	16	40%	3	7.5%
Tổng số	40	100%	40	100%

**\*Đánh giá kết quả bằng nội soi Stroboscopy.**

**- Trước phẫu thuật:**

Bảng 3.14: Kết quả nội soi có tổn thương thực thể ở dây thanh.

Bệnh tổn thương thực thể	Số bệnh nhân	Tỉ lệ %
Liệt dây thanh 1 bên	29(T: 19; P: 10)	72.5%
Teo dây thanh	5(2 bên) + 1(1 bên)	15%
SVER	2(2 bên) + 3(1 bên)	12.5%
Tổng số	40	100%

**Sau phẫu thuật:**

Bảng 3.15: Đánh giá kết quả qua nội soi, soi hoạt nghiệm thanh quản (Stroboscopy)

Mức độ	Số bệnh nhân	Tỉ lệ %
Rất tốt	26	65%
Tốt	10	25%

Không tốt	4	10%
Tổng số	40	100%



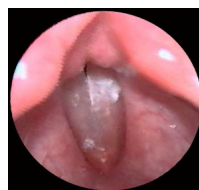
**Hình 3.45**  
*Liệt DT sau PT tư thế mở*



**Hình 3.46**  
*Liệt DT sau PT tư thế khép*



**Hình 3.49** *Teo DT*  
*sau PT tư thế mở*



**Hình 3.50** *Teo DT*  
*sau PT tư thế khép*

***\*Đánh giá kết quả qua phân tích âm trước, sau phẫu thuật so với nhóm chứng.***

**Bảng 3.16 : Đánh giá kết quả qua phân tích âm.**

Các chỉ số	Trước phẫu thuật	Sau phẫu thuật	Nhóm chứng
Jitter %	1.295	0.872	0.484
Shimmer %	5.922	4.102	3.439

HNR (dB)	19.852	23.034	24.938
----------	--------	--------	--------

**3.2.2.2. Kết quả tổng hợp các tiêu chuẩn xác định hiệu quả sau phẫu thuật (từ >1 tháng – 3 tháng).**

Bảng 3.18: Kết quả sau phẫu thuật.

Chẩn đoán	Số BN tốt	Số BN cải thiện	Số BN thất bại
Liệt dây thanh	21(52.5%)	6(15%)	2(5%)
Teo dây thanh	3(7.5%)	2(5%)	1(2.5%)
S.VER	3(7.5%)	1(2.5%)	1(2.5%)
Tổng số	27(67.5%)	9(22.5%)	4(10%)

Tính số bệnh được “tốt” và “cải thiện” là “thành công” đạt **90%**

**3.2.2.3. Đánh giá kết quả sau phẫu thuật (từ >3 – 6 tháng).**

Bảng 3.19: Mức độ bệnh nhân hài lòng sau phẫu thuật (>3 – 6 tháng).

Mức độ hài lòng về	Số bệnh	Tỉ lệ %
--------------------	---------	---------



giọng nói	nhân	
Hài lòng cao	26	72.2%
Hài lòng vừa	6	16.7%
Không hài lòng	4	11.1%
Tổng số	36	100%

Bảng 3.20: Kết quả qua nội soi và soi hoạt nghiệm thanh quản.

Mức độ hình ảnh DT	Số bệnh nhân	Tỉ lệ
Rất tốt	27	75%
Tốt	5	13.9%
Không tốt	4	11.1%
Tổng số	36	100%

Bảng 3. 21: Kết quả qua phân tích âm.

Các chỉ số âm	Trước phẫu thuật	Sau phẫu thuật	Nhóm chứng
Jitter %	1.232	0.534	0.484
Shimmer %	5.786	2.785	3.439
HNR (dB)	20.078	24.151	24.936

Bảng 3.23: Kết quả tổng hợp hiệu quả sau phẫu thuật (>3- 6 tháng)

Chẩn đoán	Số BN tốt	Số BN cải thiện	Số BN thất bại
Liệt dây thanh	19(52.8%)	5(13.9%)	1(2.8%)
Teo dây thanh	3(8.3%)	1(2.8%)	2(5.6%)
SVER	3(8.3%)	1(2.8%)	1(2.8%)
Tổng số	25(69.4%)	7(19.4%)	4(11.2%)

Số bệnh nhân “thành công” sau phẫu thuật theo dõi thời gian dài hơn vẫn ổn định với tỉ lệ 89,8%.

#### 3.2.2.4. *Đánh giá kết quả sau phẫu thuật (từ > 6 tháng đến 1- 2 năm).*

Bảng 3.24: Kết quả phân tích âm.

Các chỉ số	Trước phẫu thuật	Sau phẫu thuật	Nhóm chứng
Jitter %	1.238	0.434	0.484
Shimmer	5.543	2.542	3.439

%			
HNR (dB)	19.949	24.503	24.936

Bảng 3.25 Kết quả tổng hợp sau phẫu thuật >6 tháng đến 1-2 năm.

Chẩn đoán	Số BN tốt	Số BN cải thiện	Số BN thất bại
Liệt DT	22(66.67%)	1(3.03%)	0
Teo DT	5(15.15%)	1(3.03%)	0
SVER	3(9.09%)	1(3.03%)	0
Tổng số	30(90.91%)	3(9.09%)	0

Theo dõi thời gian dài hơn thành công từ 90% đến 100%.

## **CHƯƠNG 4: BÀN LUẬN**

### **4.1 Bàn luận về kỹ thuật nội soi vi phẫu thuật u lành tính dây thanh**

- Từ năm 1958, Salco đã dùng kính hiển vi Zeiss để quan sát vi phẫu thuật ở thanh quản. Năm 1995 Mario Andreo đã đưa kỹ thuật nội soi vào vi phẫu thanh quản gọi là kỹ thuật REMS.

- Tôi đã áp dụng đầu tiên kỹ thuật REMS để điều trị cho bệnh nhân có các bệnh lý dây thanh. Nghiên cứu của tôi là dùng ống nội soi thanh quản 5.0 (0°, 30°, 70°, 120°) dài 24cm để vi phẫu thanh quản, ưu điểm của nó là khi lắp vào Camera sẽ ở xa đầu ngoài của ống soi treo do đó không gây ảnh hưởng cản trở thao tác của phẫu thuật viên khi đưa dụng cụ vào ống soi treo hẹp. Đường kính ống soi thanh quản 5.0 lớn hơn ống nội soi 4.0. Do có nhiều sợi quang học nên có độ nét cao, hình ảnh, bệnh lý được phóng to rõ hơn. Mặt khác với ống nội soi

30°, 70°, 120° tôi có thể quan sát mọi tổn thương ở các ngách sâu, bờ tự do dây thanh, mặt trên, mặt dưới dây thanh, những ưu điểm này kính hiển vi và ống nội soi xoang 4.0 không có được.

- Với ưu điểm của hệ thống máy nội soi phẫu thuật viên nhìn trên màn hình tivi để phẫu thuật rất thuận tiện không mỏi mắt và làm trong tư thế thoải mái. So sánh kỹ thuật REMS và kỹ thuật vi phẫu qua kính hiển vi của chính bản thân tôi cho 180 bệnh nhân bệnh lý dây thanh năm 2000, tôi thấy kỹ thuật qua nội soi làm thuận lợi, thao tác thoải mái hơn và giải quyết được những bệnh nhân soi treo khó. Báo cáo của Nguyễn Đức Tùng vi phẫu thuật thanh quản qua ống nội soi xoang 4.0 năm 2003 cho kết quả tốt tương đương của tôi. Còn trên thế giới nhiều tác giả cũng báo cáo kỹ thuật này rất thuận lợi trong thao tác và vi phẫu chính xác điều trị hầu hết các bệnh lý ở dây thanh kể cả ung thư dây thanh ở giai đoạn sớm. Với bộ dụng cụ soi treo thanh quản tự chế và có cải tiến của tôi, nó đã đáp ứng

phù hợp với kỹ thuật vi phẫu thanh quản qua nội soi ống cứng 5.0 có tác dụng sử dụng hữu ích trong điều trị.

## **4.2. Bàn luận về đánh giá kết quả vi phẫu thuật u lành tính dây thanh**

Giáo sư Phillipe Dejonckene, hội đồng ngữ âm của châu Âu về thanh học đã đưa ra quá trình khảo sát chức năng giọng nói bằng tiêu chuẩn chủ quan và khách quan.

### **4.2.1. Bàn luận về kết quả điều trị bằng tiêu chuẩn chủ quan**

*Đánh giá bằng bệnh nhân tự cảm nhận và thang điểm chỉ số khuyết tật giọng nói.*

Kết quả trước phẫu thuật 100% bệnh nhân khàn tiếng, sau phẫu thuật hết và giảm khàn tiếng 93,6%. So sánh với một số tác giả trong nước như: Nguyễn Đức Tùng theo dõi sau phẫu thuật

1 tháng tỉ lệ hết khàn tiếng và giảm 90%. Nguyễn Phương Mai: Tỉ lệ hết bệnh 85,7%. Theo M.Bauchager: kết quả cải thiện giọng nói pólýp dây thanh 97%, u nang dây thanh

95%. Như vậy so với các tác giả trên tỉ lệ thành công của tôi cũng tương đương. Chỉ số khuyết tật giọng nói được thừa nhận năm 2002 bởi tổ chức nghiên cứu y tế về chất lượng, nó được xem là một công cụ chẩn đoán và đánh giá hiệu quả của một phương pháp điều trị. Nghiên cứu của tôi đánh giá khảo sát trước sau phẫu thuật thấy cải thiện giọng nói và từ nặng xuống vừa, trung bình và bình thường là 97,3%. Điều này chứng tỏ kết quả điều trị tạo cho chất lượng cuộc sống của bệnh nhân được tốt hơn.

#### **4.2.2. Bàn luận về kết quả điều trị bằng tiêu chuẩn khách quan**

##### ***Đánh giá kết quả bằng soi hoạt nghiệm và phân tích âm***

Soi hoạt nghiệm thanh quản là một phương pháp mới hiện đại để chẩn đoán và đánh giá tổn thương bằng hình ảnh tĩnh và động của dây thanh. Tôi tiến hành soi 110 bệnh nhân u lành tính dây thanh trước và sau phẫu thuật. Kết quả đánh giá sau phẫu thuật rất tốt, tốt là 94,6%, không tốt và tái phát là 5,4%. Tác giả

Nguyễn Phương Mai trong 83 bệnh nhân được vi phẫu qua kính hiển vi có 13 bệnh nhân hạt dây thanh, 1 u nang, 5 bệnh nhân pólíp bị tái phát hoặc không lấy hết tổn thương. Ở Việt Nam chỉ có một vài cơ sở để đánh giá tổn thương dây thanh bằng hình ảnh động trước phẫu thuật nhưng chưa có các báo cáo nào dùng

soi hoạt nghiệm thanh quản để so sánh với nội soi thông thường hay để đánh giá so sánh trước, sau phẫu thuật. Qua nghiên cứu của tôi trên 110 bệnh nhân u lành tính dây thanh được nội soi thanh quản thông thường trước, sau phẫu thuật và ngay sau đó được soi lại bằng soi hoạt nghiệm thanh quản thì thấy 10% số bệnh nhân phải đánh giá lại về tổn thương và sự liền sẹo. Do đó tôi thấy rằng soi hoạt nghiệm thanh quản chính xác hơn. Phân tích âm là phương pháp khách quan định lượng được rối loạn chất giọng khi phát âm. Tôi tiến hành nghiên cứu ghi âm giọng nói cho 110 bệnh nhân u lành tính dây thanh trước, sau phẫu thuật và phân



tích âm so sánh với nhóm chứng. Kết quả cho thấy trước phẫu thuật chỉ số jitter, shimmer, HNR rối loạn nhiều, sau phẫu thuật giảm rối loạn nhiều và về gần sát với nhóm chứng. So sánh với tác giả Trần Tuyết Xương nghiên cứu phân tích âm 50 bệnh nhân u lành tính dây thanh được vi phẫu qua kính hiển vi thấy cả 3 chỉ số sau phẫu thuật đều giảm. Như vậy cả 2 nghiên cứu đều thấy sau phẫu thuật 3 chỉ số đều giảm so với trước phẫu thuật và tiến gần sát nhóm chứng. Điều này chứng tỏ có hiệu quả điều trị về chất lượng giọng nói.

So sánh giữa tiêu chuẩn chủ quan và khách quan tôi thấy có sự tương đồng về hiệu quả điều trị và tương đồng về chẩn đoán y khoa với chẩn đoán âm thanh học.

#### **4.3 Bàn luận về phương pháp tiêm mỡ tự thân vào dây thanh điều trị hở thanh môn**

Hở thanh môn có nhiều phương pháp điều trị từ đơn giản nhất như luyện âm đến chỉnh hình sụn giáp (thyroplasty typ I), tiêm vật liệu vào dây thanh hay nối tái phân bố dây thần kinh. Tiêm vật liệu như Teflon, Collagen nhân tạo,

Silactic, các loại keo sinh học... có thể gây ra phản ứng miễn dịch, nhiễm trùng, thải ghép và sự sai lầm khi tiêm vào dây thanh không thể sửa chữa được nếu như tiêm quá liều, giá thành của các vật liệu này rất cao. Tiêm mỡ tự thân vào dây thanh là phương pháp thích hợp an toàn, sinh lý, rẻ tiền và có hiệu quả cao, có sự ổn định theo thời gian, bệnh nhân dễ chấp nhận.

#### **4.3.1. Bàn luận về kỹ thuật lấy, xử lý mỡ tự thân tiêm vào dây thanh.**

- Hsiung cho rằng: Kỹ thuật lấy mỡ, xử lý mỡ và tiêm mỡ vào dây thanh ảnh hưởng rất nhiều đến hiệu quả điều trị. Xử lý mỡ không đúng, kỹ thuật tiêm không thành thạo sẽ không cho kết quả tốt. Ngoài ra muốn thực hiện kỹ thuật tốt phải có dụng cụ xử lý mỡ, kim tiêm, bơm tiêm và súng bơm mỡ thích hợp. Tác giả Hsiung lấy mỡ từ vùng dưới da bụng sau đó cắt nghiền nhỏ thành từng mẫu dưới 1mm cho vào ống tiêm mỡ Bruning tiêm từng đơn vị nhỏ

vào dây thanh. Tiêm ở 1/3 giữa dây thanh ngang mức cơ giáp phễu sâu 1 - 2 mm, bơm 2 - 3 nấc đủ để cải thiện 50% khiếm khuyết dây thanh. Tác giả Giorgio Peretti chọc hút mỡ vùng bụng sau đó ly tâm lấy tế bào mỡ nguyên vẹn tiêm vào 1/3 sau vào cơ giáp phễu còn lại sau khi cắt khoảng 0,5 - 0,8ml mỡ

- Kỹ thuật lấy và xử lý mỡ của tôi là lấy khối mỡ và mô liên kết dưới da bụng cạnh rốn đem cắt, nghiền nhỏ khối mỡ và mô liên kết cho vào ống đem ly tâm 3000 vòng/1phút, trong 3 phút. Sau khi ly tâm trong ống có 2 lớp dung dịch sệt ở phía trên là tế bào mỡ nguyên vẹn và sợi mô liên kết, ở dưới là nước mỡ, máu và các chất dịch khác được loại bỏ. Tế bào mỡ có sợi mô liên kết được tiêm khoảng 0,5 – 0,6 ml vào dây thanh. Theo tác giả trên thế giới cũng như kinh nghiệm của tôi khi tiêm mỡ vào cơ giáp phễu cần tiêm nhiều hơn một chút để bù lại lượng mỡ có thể bị hấp thu.

#### **4.4 Bàn luận về kết quả tiêm mỡ vào dây thanh điều trị hở thanh môn sau phẫu thuật.**

Theo Hsiung tiêm mỡ vào dây thanh cho bệnh nhân hở thanh môn là thủ thuật thành công mang tính chủ quản và khách quan. Kết quả sau mổ được theo dõi sau một tuần và sau 1, 3, 6, 12 tháng.

#### **4.4.1. Bàn luận đánh giá kết quả sau phẫu thuật 1 đến 3 tháng.**

Nghiên cứu của tôi có 40 bệnh nhân bị hở thanh môn, trước phẫu thuật 100% bệnh nhân bị nói khàn tiếng và hụt hơi, sau phẫu thuật 90% bệnh nhân được cải thiện hết và giảm khàn tiếng. Theo tác giả Laccourrye Q, Hsiung bệnh nhân không hài lòng tức là thất bại và được xem như mỡ tiêm vào không đủ hay bị hấp thu không làm khép kín thanh môn. Về chỉ số khuyết tật giọng nói sau phẫu thuật bệnh nhân được cải thiện từ nặng xuống vừa và nhẹ là 92,5%. Tác giả Giorgio Peretti MD đã dùng chỉ số khuyết tật giọng nói so sánh giữa hai nhóm được tiêm mỡ và nhóm không tiêm mỡ cho 31 bệnh nhân sau cắt ung thư dây thanh cho thấy nhóm được tiêm mỡ chỉ số khuyết tật giảm hơn. Qua soi hoạt nghiệm thanh quản, trước phẫu thuật 100% bệnh nhân bị hở thanh môn, không có sóng niêm mạc, sau phẫu thuật đánh giá thanh môn khép kín, có sóng niêm mạc dây thanh kết quả rất tốt và tốt là 90%.

Đánh giá kết quả qua phân tích âm sau phẫu thuật các chỉ số jitter, Shimmer đều giảm mạnh so với trước phẫu thuật và chỉ số HNR tăng hơn so với trước phẫu thuật và tất cả đều gần sát với chỉ số bình thường của nhóm chứng. Tổng hợp các tiêu chuẩn chủ quan và khách quan theo dõi 1 đến 3 tháng số bệnh nhân thành công là 90%. Tác giả Hsiung theo dõi sau một tháng điều trị thành công 95%.

#### **4.4.2 Bàn luận về đánh giá kết quả sau phẫu thuật từ 3 - 6 tháng**

Mục đích nghiên cứu là theo dõi thời gian ở mức dài hơn từ trên 3 tháng đến 6 tháng để xem hiệu quả điều trị lâu dài tức là sự tồn tại của mổ theo thời gian. Kết quả có 36 bệnh nhân tái khám đầy đủ theo dõi bằng tiêu chuẩn chủ quan và khách quan cho thấy mức độ hài lòng của bệnh nhân vẫn giữ ổn định 89,9%, qua soi hoạt nghiệm thanh quản vẫn ở mức rất tốt và tốt 88,9%. Riêng phân tích âm học có sự tiến triển tốt hơn lên rõ rệt. Các chỉ số jitter, shimmer, HNR sát gần nhóm chứng hơn nữa và cải thiện hơn lần khám từ 1-3 tháng. Điều

này chứng minh mỡ còn tồn tại và giúp dây thanh mềm mại hơn, trong thời gian dài hơn.

#### **4.4.3 Bàn luận đánh giá kết quả điều trị sau phẫu thuật trên 6 tháng đến 1-2 năm.**

Kết quả số bệnh nhân được phục hồi giọng nói là 100%. Không có bệnh nhân không hài lòng như ở mốc thời gian trước. Có 3 bệnh nhân không hài lòng ở thời gian trước thì trong thời gian này thấy giọng nói được cải thiện rõ rệt, về phân tích âm các chỉ số giảm rõ. Điều này có thể giải thích mỡ còn tồn tại trong dây thanh không chỉ làm tăng thể tích dây thanh mà còn làm mềm mại tổ chức dưới niêm mạc, cơ giáp phễu. Như vậy theo thời gian dài hơn từ 1 đến 2 năm, thấy hiệu quả tiêm mỡ vào dây thanh điều trị hở thanh môn về cả lâm sàng và âm thanh học đến thành công, ổn định tốt là 90,91% và cải thiện 9,09%, trong đó liệt dây thanh là hiệu quả nhất 96,36%. Shaw đã điều trị được 22 bệnh nhân theo dõi trung bình 12 tháng, bệnh nhân cải thiện là 100%. Hsiung

tiêm cho 101 bệnh nhân, theo dõi sau 1 tháng thành công 95% và sau một năm là 85,7%. Vì vậy theo một số tác giả tiêm mỡ vào dây thanh là phương pháp được lựa chọn để điều trị hở thanh môn. Vấn đề còn lại là không thể tiên lượng được bao nhiêu phần trăm mỡ bị hấp thu sau đó và loại hở thanh môn nào có tỉ lệ thất bại sau khi tiêm. Theo Hsiung tiêm mỡ vào dây thanh cho kết quả lý tưởng là bệnh nhân rất hài lòng với giọng nói của mình sau phẫu thuật bằng đánh giá chủ quan. Có nhiều bằng chứng ghi nhận là mỡ được tiêm tồn tại lâu dài trên cơ giáp phễu ở vật thí nghiệm và trên người. Theo một số tác giả Hsiung, Shaw...nếu mỡ tiêm vào dây thanh đã có tác dụng phục hồi giọng nói ngay từ đầu thì nó cũng sẽ tiếp tục được duy trì tối thiểu trên 3 tháng - 3 năm và do đó bệnh nhân cũng đã quen với sự phục hồi giọng nói và chấp nhận nó. Tóm lại rằng dù nếu có mỡ bị hấp thu một ít nhưng tế bào mỡ, mô liên kết sợi sẽ vẫn còn duy trì thể tích, hình thể dây thanh tồn tại được lâu dài. Tuy nhiên tôi còn phải theo dõi trong



thời gian dài hơn nữa để có thể chứng minh và áp dụng phổ biến phương pháp này ở Việt Nam.

## **KẾT LUẬN**

Thực hiện mục tiêu nghiên cứu đã đề ra, tôi rút ra kết luận.

1. Vi phẫu thuật thanh quản qua ống nội soi thanh quản cứng 5.0 điều trị một số bệnh lý ở dây thanh là phương pháp hiện đại, mới, an toàn, tiện lợi và có hiệu quả cao. Dụng cụ soi treo thanh quản cải tiến của tôi có tác dụng hữu ích, đáp ứng phù hợp với kỹ thuật vi phẫu thanh quản qua nội soi ống cứng 5.0. Đánh giá kết quả vi phẫu u lành tính dây thanh qua nội soi ống cứng 5.0 bằng cả hai tiêu chuẩn chủ quan và khách quan thành công là 94,5%. Bệnh nhân tự

cảm nhận hết, giảm khàn tiếng là 93,6%.Chỉ số khuyết tật giọng nói cải thiện 97,3%. Nội soi và soi hoạt nghiệm thanh quản hình ảnh dây thanh và thanh môn, số bệnh nhân đạt rất tốt và tốt là 94,5%.Phân tích âm các chỉ số Jitter, Shimmer, HNR hết rối loạn ,có chỉ số trung bình gần bình thường với nhóm chứng và số bệnh được cải thiện là 94,5%.

2. Phương pháp tiêm mỡ tự thân vào dây thanh điều trị hở thanh môn là hiệu quả, sinh lý, an toàn và chi phí thấp. Đánh giá kết quả điều trị hở thanh môn do liệt dây thanh một bên, teo dây thanh và khuyết lõm niêm mạc dây thanh thấy ổn định lâu dài sau phẫu thuật từ 1 tháng đến hơn 1-2 năm. Soi hoạt nghiệm thanh quản hình ảnh thanh môn khép kín, dây thanh rất tốt và tốt đạt 90%. Các chỉ số phân tích âm gần sát bình thường với nhóm chứng, số bệnh nhân thành công đạt kết quả từ 90% đến 100% theo các mốc thời gian. Bệnh nhân cảm thấy rất hài lòng sau điều trị, trong đó liệt dây thanh là hiệu quả nhất.

## KIẾN NGHỊ

Qua thực hiện đề tài nghiên cứu tôi có một số kiến nghị.

1. Vi phẫu thuật thanh quản qua ống nội soi thanh quản 5.0 với bộ dụng cụ soi treo cải tiến có thể triển khai được ở các cơ sở có dụng cụ vi phẫu và máy nội soi.
2. Đưa kỹ thuật tiêm mỡ tự thân vào dây thanh quản điều trị hở thanh môn, đặc biệt là bệnh liệt dây thanh quản một bên, ứng dụng vào điều trị tại các cơ sở Tai Mũi Họng.
3. Để chẩn đoán và đánh giá hiệu quả điều trị bệnh lý dây thanh khách quan cần triển khai soi hoạt nghiệm thanh quản (Stroboscopy) và phân tích âm ở cơ sở chuyên sâu về thanh học.