

Mô tả đặc điểm lâm sàng và đánh giá kết quả phẫu thuật nội soi các khối u, nang lành tính vùng hạ họng thanh quản bằng Coblator II

Describing clinical features and evaluating the results of endoscopic surgery in treatment of laryngeal and hypopharyngeal benign tumors, cysts by Coblator II

Nguyễn Việt Hưng, Đào Trọng Tuấn,
Đoàn Hồng Anh, Nguyễn Trung Việt,
Nguyễn Thế Trọng, Hồ Chí Thanh

Bệnh viện Trung ương Quân đội 108

Tóm tắt

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng và đánh giá kết quả phẫu thuật nội soi điều trị các khối u, nang lành tính vùng hạ họng thanh quản bằng Coblator II. **Đối tượng và phương pháp:** 83 bệnh nhân có u, nang hạ họng thanh quản được phẫu thuật nội soi lấy tổn thương bằng Coblator II tại Bệnh viện TƯQĐ 108 từ tháng 01/2019 đến tháng 12/2022. Phương pháp nghiên cứu tiến cứu mô tả từng trường hợp có can thiệp. **Kết quả:** Nam/nữ $\approx 2,0$, tuổi trung bình $49,06 \pm 11,39$, yếu tố nguy cơ hay gặp là viêm họng mạn (86,8%) và hội chứng trào ngược dạ dày họng (75,9%), nuốt vướng là triệu chứng thường gặp nhất với 86,7%, tổn thương hay gặp nhất là nang thanh thiệt chiếm 60,2%, thời gian phẫu thuật dưới 30 phút chiếm 86,7%, lượng máu mất dưới 5ml chiếm 78,3%, chủ yếu đau mức độ nhẹ hoặc không đau (78,3% ở ngày thứ nhất và 98,8% ở ngày thứ 7), thời gian nằm viện trung bình 5,95 ngày, biến chứng sau mổ: 3 trường hợp chảy máu mức độ nhẹ, 3 trường hợp nhiễm trùng hốc mổ, 6 trường hợp tái phát sau 3-6 tháng. **Kết luận:** Coblator là phương pháp an toàn giúp kiểm soát chảy máu, giảm mức độ đau, hồi phục nhanh, ít biến chứng, bệnh nhân ra viện sớm.

Từ khóa: U, nang hạ họng thanh quản, Coblator II, phẫu thuật nội soi thanh quản.

Summary

Objective: To describe clinical characteristics and to evaluate initial the results of endoscopic surgery in treatment of laryngeal and hypopharyngeal benign tumors, cysts by Coblator II. **Subject and method:** A descriptive with intervention study was conducted on 83 patients were treated by Coblator II endoscopic surgery at 108 Military Central Hospital from 1/2019 - 12/2022. **Result:** Male/female ratio ≈ 2.0 , mean age 49.06 ± 11.39 , common risk factors were chronic sore throat (86.8%) and Laryngo Pharyngeal Reflux (75.9%), dysphagia was the most common symptom with 86.7%, vallecular cyst was the main lesion with 60.2%, operation time under 30 minutes: 86.7%, 78.3% had the amount of blood lost during surgery under 5ml, most patients had no pain or pain in low level after surgery (78.3% in day 1 and 98.8% in day 7), hospital stays days mean was 5.95; complications postsurgery: 3 cases infection,

Ngày nhận bài: 28/11/2023, ngày chấp nhận đăng: 30/12/2023

Người phản hồi: Nguyễn Việt Hưng, Email: viethung.nguyen92@gmail.com - Bệnh viện Trung ương Quân đội 108

3 cases hemorrhage, 6 cases recurrence was noted after 3-6 months. *Conclusion:* Coblator is a safety and effect method with bleeding control, less post-operation pain, faster rehabilitation, a few complications, shorten hospital stays.

Keywords: Laryngeal, hypopharyngeal, cysts, tumors, Coblator II.

1. Đặt vấn đề

Vùng hạ họng thanh quản là ngã tư đường ăn đường thở, có nhiều cấu trúc giải phẫu và chức năng sinh lý phức tạp. Các tổn thương lành tính tại vùng này cũng rất đa dạng như: Nang, u mạch máu, u hạt, u nhú,... có thể gây ra những biến chứng từ nhẹ như nuốt vướng, thay đổi phát âm đến nặng như nhiễm trùng, phù nề, áp xe hoá, tắc nghẽn đường thở. Cùng với sự phát triển của nội soi tai mũi họng, các tổn thương ngày càng được phát hiện nhiều và chẩn đoán sớm. Hiện nay, có nhiều phương pháp phẫu thuật đã được áp dụng nhưng còn bộc lộ một số nhược điểm. Ví dụ như đầu dao điện cao tần có nhiệt độ cao, độ xuyên sâu mạnh, gây đau sau mổ nhiều, dễ tổn thương sụn nắp như co kéo, tiêu sụn, ảnh hưởng nặng nề sinh lý ăn nuốt, phát âm; dao cắt - hút (Microdebrider) không có khả năng cầm máu, dễ bỏ sót vỏ nang gây tái phát; dao laser có thể khắc phục các nhược điểm trên nhưng giá thành còn cao.

Coblation là công nghệ với nhiều ưu điểm như nhiệt độ thấp chỉ từ 40-70°C, đầu dao cắt chính xác, tạo trường plasma từ 100-200um, có thể vừa cắt vừa hút giúp trường mổ rõ ràng, khả năng cầm máu tốt. Do đó chúng tôi tiến hành nghiên cứu nhằm mục tiêu: *Mô tả đặc điểm lâm sàng và đánh giá kết quả phẫu thuật nội soi lấy u, nang lành tính hạ họng thanh quản bằng Coblator II.*

2. Đối tượng và phương pháp

2.1. Đối tượng

Bệnh nhân được chẩn đoán u, nang lành tính hạ họng thanh quản và được phẫu thuật nội soi lấy tổn thương bằng Coblator II ở Khoa Tai Mũi Họng, Bệnh viện Trung ương Quân đội 108 từ tháng 01/2019 đến tháng 12/2022.

Tiêu chuẩn lựa chọn

Khối nang gây rối loạn nuốt, phát âm, thở.

Khối u chưa rõ bản chất (nếu sau mổ kết quả sinh thiết ác tính sẽ loại khỏi nhóm nghiên cứu), khối u huyết quản.

Tiêu chuẩn loại trừ

Bệnh nhân có chống chỉ định mổ gây mê nội khí quản.

Tuyến giáp lạc chỗ, nang giáp lưỡi thể gốc lưỡi.

2.2. Phương pháp

Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu tiến cứu mô tả từng ca, có can thiệp.

Phương tiện

Bộ dụng cụ soi treo hạ họng thanh quản Karl Storz có gắn camera nội soi, ống soi thanh quản 4x175mm, 15°.

Máy Coblator II của hãng Arthrocare (Mỹ): Bộ điều khiển; hộp điều khiển lưu lượng nước muối sinh lý; bàn đạp chân hai chế độ cắt, đốt; đầu dao Procise LW có một đầu nối với bộ điều khiển, nguồn nước, máy hút dịch, đầu kia là mũi cắt chuyên dụng cho vùng hạ họng thanh quản.

Bộ dụng cụ vi phẫu thanh quản và hạ họng của Karl Storz.

Các chỉ tiêu đánh giá

Tuổi, giới.

Đặc điểm lâm sàng.

Đặc điểm giải phẫu bệnh.

Đánh giá phẫu thuật: Thời gian, lượng máu mất, mức độ đau sau mổ chấm theo thang điểm VAS *Numerical pain scale* chia (không đau: 0, nhẹ: 1-3, trung bình: 4-6, nặng: 7-10), thời gian nằm viện, kết quả phẫu thuật.

Tình trạng khi ra viện.

Tốt: Về chức năng, bệnh nhân cải thiện các triệu chứng cơ năng nuốt vướng, nuốt đau, thay đổi giọng nói, khàn tiếng, khó thở. Tại chỗ giả mạc đều,

mỏng, phủ trên toàn bộ diện cắt, không có rỉ máu, không có dịch nhày, không đọng mủ ở hốc mổ.

Không tốt: Về chức năng, bệnh nhân đau mức độ nặng, có các biến chứng sớm như phù nề gây khó thở, chảy máu, nhiễm trùng. Tại chỗ hốc mổ giả mạc không đều, bong ít, có sẹo co kéo.

Tình trạng khi tái khám: 3 tháng, 6 tháng.

Tốt: Cải thiện các triệu chứng cơ năng trước mổ. Tại chỗ không có các biến chứng co kéo hốc mổ, liệt dây thanh, tiêu sụn nắp, không tái phát.

Không tốt: Không cải thiện các triệu chứng cơ năng trước mổ. Tại chỗ có biến chứng co kéo hốc mổ, liệt dây thanh, tiêu sụn nắp, có tổn thương tái phát.

2.3. Xử lý số liệu

Các số liệu được xử lý bằng chương trình SPSS 27.0.

2.4. Đạo đức trong nghiên cứu y sinh học

Nghiên cứu tuân thủ đạo đức trong nghiên cứu y sinh học, và được Hội đồng Đạo đức trong nghiên cứu Y sinh học Bệnh viện Trung ương Quân đội 108 thông qua.

3. Kết quả

Có 83 bệnh nhân được lấy vào nghiên cứu. Chúng tôi thu được kết quả:

Đặc điểm chung

Tuổi và giới: Trong số 83 BN có tuổi trung bình $49,06 \pm 11,39$, nhỏ tuổi nhất là 22, cao nhất là 78. Số BN nam 55/83, chiếm 66,3%, tỷ lệ nam/ nữ ~ 2,0.

Bảng 1. Yếu tố nguy cơ (n = 83)

Yếu tố nguy cơ	LPR	Viêm họng mạn	Rượu, bia	Thuốc lá
Tần số	63	72	39	32
Tỷ lệ %	75,9	86,8	47,0	38,6

Nhận xét: Tỷ lệ BN có trào ngược dạ dày họng thanh quản (LPR) và viêm họng mạn tính đi kèm khá cao chiếm 75,9% và 86,8%, BN có sử dụng rượu bia, hút thuốc lá, thuốc lá chiếm tỷ lệ đáng kể (47,0% và 38,6%).

Đặc điểm lâm sàng

Bảng 2. Triệu chứng cơ năng (n = 83)

Triệu chứng	Nuốt vướng	Nuốt đau	Thay đổi giọng nói	Ho	Khó thở
Tần số	72	9	34	10	7
Tỷ lệ %	86,7	10,8	40,9	12,0	8,4

Nhận xét: Triệu chứng nuốt vướng thường gặp nhất chiếm 86,7%, triệu chứng khó thở ít gặp nhất chiếm 8,4%.

Bảng 3. Vị trí trên nội soi và hình thái tổn thương (n = 83)

Vị trí	Hố lưỡi thanh thiệt	Xoang lê	Sụn nắp	Thanh quản
Tần số	36	4	17	26
Tỷ lệ %	43,4	4,8	20,5	31,3
Hình thái	Dạng nang	Dạng thùy múi		Dạng khối
Tần số	50	14		19
Tỷ lệ %	60,2	16,9		22,9

Nhận xét: Vị trí tổn thương hay gặp nhất ở hố lưỡi thanh thiệt có 36/83 BN chiếm 43,4%, ít gặp nhất ở xoang lê chiếm 4,8%. Có 50/83 trường hợp tổn thương dạng nang chiếm tỷ lệ 60,2%, có 14/83 dạng thùy múi chiếm 16,9% và 19/83 có dạng khối đặc chiếm 22,9%.

*Kết quả giải phẫu bệnh sau mổ***Bảng 4. Mô bệnh học tổn thương (n = 83)**

Kết quả mô bệnh học	Tần số	Tỷ lệ %
Nang lympho	33	39,8
Nang biểu bì	17	20,5
Quá sản biểu mô vảy	9	10,8
Viêm mạn tính	8	9,6
U nhú biểu mô vảy	9	10,8
U mạch lành tính	4	4,8
U đa hình tuyến nước bọt	1	1,2
Mô mỡ lành tính	1	1,2
Amyloid	1	1,2

Nhận xét: Có 33/83 trường hợp là nang lympho chiếm tỷ lệ 39,8%, có 17/83 nang biểu bì chiếm 20,5%, 8/83 trường hợp cho kết quả viêm mạn tính chiếm 9,6%, 9 trường hợp là u nhú biểu mô vảy, có 4 trường hợp là u mạch máu, còn lại là u đa hình, mô mỡ lành tính, amyloid mỗi loại có 1 trường hợp.

*Chẩn đoán xác định***Bảng 5. Chẩn đoán xác định (n = 83)**

Mô bệnh học	Nang thanh thiệt	U hạt dây thanh	U nhú thanh quản	U mạch máu	Khác
Tần số	50	16	10	4	3
Tỷ lệ %	60,2	19,3	12,0	4,8	3,6

Nhận xét: Có 50/83 BN là nang thanh thiệt chiếm tỷ lệ nhiều nhất 60,2%, có 4/83 BN chiếm 4,8% được chẩn đoán u mạch máu.

*Đánh giá kết quả phẫu thuật***Bảng 6. Phân bố thời gian phẫu thuật (n = 83)**

Thời gian	< 15 phút	15-30 phút	30-60 phút	> 60 phút
Tần số	31	41	8	3
Tỷ lệ %	37,3	49,4	9,6	3,6
Lượng máu mất	0ml	< 5ml	5-10ml	> 10ml
Tần số	20	45	14	4
Tỷ lệ %	24,0	54,2	16,9	4,8

Nhận xét: Thời gian phẫu thuật dưới 30 phút chiếm phần lớn trong đó 31/83 dưới 15 phút chiếm 37,3% và 41/83 trường hợp từ 15 đến 30 phút, có 3 trường hợp kéo dài trên 1 tiếng chiếm 3,6%. Lượng máu mất trong mổ được hút chảy vào bình, có thể hút thêm nước trong quá trình phẫu thuật để tránh tắc ống. Lượng máu mất là lượng dịch máu trong bình trừ lượng nước đã hút. Đa số trường hợp đều mất máu dưới 5ml, trong đó 20/83 trường hợp chiếm 24,0% không chảy máu và 45/83 trường hợp chiếm 54,2% chảy máu dưới 5ml, có 18/46 trường hợp mất máu trên 5ml, trong đó 4 trường hợp mất máu trên 10ml.

Mức độ đau sau mổ theo thời gian

Dựa vào *Thang điểm đau Numerical pain scale* và mức độ đau tương ứng với số điểm chúng tôi thấy:

Bảng 7. Mức độ đau sau mổ (n = 83)

Mức độ đau	Không đau		Đau nhẹ		Đau vừa		Đau nặng	
	n	Tỷ lệ %	n	Tỷ lệ %	n	Tỷ lệ %	n	Tỷ lệ %
Ngày thứ 1	2	2,4	63	75,9	18	21,7	0	0
Ngày thứ 2	10	12,4	64	77,1	9	10,8	0	0
Ngày thứ 7	73	88,0	9	10,8	1	1,2	0	0

Nhận xét: Không có BN đau nặng, ngày thứ nhất có 75,9% đau nhẹ và 21,7% đau vừa, 2,4% không đau. Sau mổ ngày thứ 2 chủ yếu là đau nhẹ với 64/83 trường hợp chiếm 77,1%, đau vừa có 9/83 chiếm 10,8%, có 10 trường hợp không đau chiếm 12,4%. Sau mổ ngày thứ 7 có 73/83 bệnh nhân chiếm 88,0% trở về bình thường, 9/83 trường hợp chiếm 10,8% còn đau nhẹ, 1 trường hợp còn đau vừa chiếm 1,2%.

Bảng 8. Số ngày dùng thuốc giảm đau sau mổ (n = 83)

Mức độ đau	Không dùng	Dùng 1 ngày	Dùng 2 ngày	Dùng 3 ngày
Tần số	18	51	8	6
Tỷ lệ %	21,7	61,4	9,6	7,2

Nhận xét: Số bệnh nhân phải dùng thuốc paracetamol uống để giảm đau sau mổ trong 1 ngày là nhiều nhất chiếm 61,4%. Số trường hợp dùng thuốc trong 3 ngày chiếm 7,2%. Có 18 bệnh nhân chiếm 21,7% sau mổ không phải dùng thuốc giảm đau.

Thời gian nằm viện: Số ngày nằm viện trung bình là $5,95 \pm 3,12$ ngày.

Tình trạng hốc mổ khi ra viện: Có 77/83 (92,8%) bệnh nhân đạt kết quả tốt, 6/83 (7,2%) bệnh nhân kết quả không tốt.

Kết quả phẫu thuật khi tái khám: Đánh giá kết quả điều trị sau phẫu thuật 3 tháng có 80/83 (96,4%) bệnh nhân đạt kết quả tốt, có 3/83 (3,6%) bệnh nhân có kết quả không tốt. Sau phẫu thuật 6 tháng có 77/83 (92,8%) bệnh nhân đạt kết quả tốt, 6/83 (7,2%) bệnh nhân kết quả không tốt.

4. Bàn luận

Đặc điểm chung

Nghiên cứu của chúng tôi gồm có 83 bệnh nhân có độ tuổi trung bình mắc bệnh là: 49,06 tuổi, phù hợp với NC của Lương Thị Minh Hương là 46 tuổi [1], của Tống Xuân Thắng là 47,5 tuổi [2], của Berger là 50,8 tuổi [5]. Nhìn chung các bệnh lý u, nang vùng hạ họng thanh quản hay gặp ở lứa tuổi trung niên.

Tỷ lệ BN có yếu tố viêm họng mạn tính và trào ngược họng thanh quản khá cao là 86,8% và 75,9% (Bảng 1). Số bệnh nhân hút thuốc lá và uống rượu đều là nam giới. Tỷ lệ nam/nữ là ~2,0 lần, tương tự với NC của Berger tỷ lệ nam/nữ là 2,17 [5], thấp hơn so với NC của Lương T. Minh Hương là 3,6 [1] và của Tống Xuân Thắng là 6/1 [2].

Đặc điểm lâm sàng

Tùy theo vị trí của tổn thương sẽ gây ra các triệu chứng cơ năng như: Nuốt vướng, cảm giác khó thở đặc biệt khó thở khi nằm, giọng nói thay đổi do tổn thương ngay ở vị trí dây thanh hoặc ở hạ họng nhưng gây ảnh hưởng trong quá trình cộng hưởng âm từ phổi lên khí quản, thanh quản. Bảng 2 cho thấy triệu chứng nuốt vướng thường gặp nhất chiếm 86,7%, phù hợp với NC của Berger có tỷ lệ là 87,5% [5].

Về mặt bệnh học, bản chất khối u, nang liên quan trực tiếp đến vị trí trên nội soi (Bảng 3), các nang thanh thiệt (gồm nang biểu bì và nang lympho) chiếm 50/83 nằm tại hố lưỡi thanh thiệt (43,4%) và sụn nắp thanh quản (20,5%). Các tổn thương dạng u hạt nằm ở mép sau dây thanh một bên, còn tổn thương u nhú thường có vị trí tại dây thanh hoặc băng thanh thất, 4 trường hợp u mạch máu xuất hiện ở xoang lê. Về hình thái, các nang

thanh thiệt thường có hình tròn, nhẵn [5], tổ chức u nhú, u mạch máu thường thì có dạng thủy múi, màu hồng hoặc tím sẫm [1], đối với u hạt, tổn thương có dạng khối đặc [2]. Do đó khi soi thanh quản gián tiếp có thể dựa vào vị trí, hình thái tổn thương để giúp chẩn đoán sơ bộ, tuy nhiên tiêu chuẩn vàng vẫn là lấy bệnh tích làm giải phẫu bệnh.

Bảng 5 cho biết chẩn đoán xác định của bệnh nhân khi có kết quả giải phẫu bệnh (Bảng 4), đa số tổn thương chúng tôi gặp phải là nang thanh thiệt với 50/83 trường hợp chiếm 60,2%, tiếp đến là u hạt dây thanh chiếm 19,3%, có 10 trường hợp là u nhú thanh quản và 4 trường hợp là u mạch máu. Đặc biệt có 3 trường hợp hiếm gặp được chẩn đoán là u đa hình tuyến nước bọt lạc chỗ, u mỡ lành tính và amyloid. Nhìn chung có thể thấy các u, nang vùng hạ họng thanh quản rất đa dạng về hình thái, vị trí tùy thuộc vào bản chất từng tổn thương, đòi hỏi cách tiếp cận khác nhau từ chẩn đoán, điều trị và theo dõi sau mổ.

Đánh giá kết quả phẫu thuật

Thời gian phẫu thuật trong nghiên cứu ngắn nhất là 10 phút, dài nhất là 90 phút, đa phần là dưới 30 phút (Bảng 6), tương tự với NC của Sun cũng sử dụng Coblator trong phẫu thuật cắt nang thanh thiệt [4]. Sở dĩ có sự khác biệt như vậy là bởi chúng tôi không chỉ ứng dụng Coblator để phẫu thuật các nang thanh thiệt mà còn sử dụng để lấy các tổn thương khác như u nhú (papiloma), u hạt dây thanh là những tổn thương nhiều thủy múi, nhiều vị trí và khó xác định ranh giới, u mạch máu có nguy cơ chảy máu cao, cần thận trọng và tỉ mỉ trong từng thao tác. Trong NC, khi phẫu thuật có 20/83 BN (24,0%) không chảy máu, còn lại 45/83 (54,2%) có chảy máu nhưng ước lượng dưới 5ml (Bảng 6), phù hợp với NC của Sun đối với nhóm BN dùng Coblator có lượng máu mất trung bình là 8ml [4]. Lợi điểm của Coblator là có hai chế độ cắt - đốt chuyên biệt, chế độ đốt cầm máu ở nhiệt độ thấp có ưu điểm hơn so với dụng cụ phẫu thuật điện kinh điển nhờ tác dụng co mạch kết hợp với đông vón protein trong huyết tương. Lưỡi dao có thể vừa đốt vừa hút giúp tiết kiệm thời gian và thao tác thuận tiện, nhất là đối với những tổn thương dễ chảy máu như u mao mạch.

Do đó phẫu thuật viên có thể quan sát được trường mổ rõ, kiểm soát đầu dao dễ dàng, ôm sát rìa tổn thương mà không lấn sâu vào tổ chức lành [3].

Để đánh giá mức độ đau chúng tôi dựa vào Thang điểm đau Numerical pain scale và mức độ đau tương ứng với số điểm. Bảng 7 cho thấy đa số bệnh nhân sau mổ đều chỉ đau ở mức độ nhẹ hoặc không đau với 65/83 BN (78,3%) ở ngày thứ nhất và 74/83 (89,5%) bệnh nhân ở ngày thứ hai. Đến ngày thứ 7 sau mổ có 73/83 (88,0%) số BN trở về bình thường, chỉ còn 9 BN đau nhẹ và 1 BN đau vừa, kết quả này tương tự với nghiên cứu của Sun BC với 100% BN đau ở mức độ nhẹ và vừa [4].

Thời gian nằm viện trung bình là 5,95 ngày. Do phương pháp tương đối an toàn, ít mất máu trong mổ, ít biến chứng, mức độ đau ít, nên ngoại trừ những trường hợp nhiễm trùng, bệnh nhân có thể ra viện sớm và tái khám theo hẹn.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, khi đánh giá kết quả phẫu thuật sớm có 6 trường hợp diễn biến không tốt, gồm 3 trường hợp chảy máu mức độ nhẹ. Một trường hợp chảy máu sớm, được dùng đầu đốt cầm máu tại chỗ và 2 trường hợp chảy máu muộn ở giai đoạn bong giả mạc, tự cầm máu không cần can thiệp. Ngoài ra có 3 trường hợp nhiễm trùng hốc mổ ngày thứ 5 với biểu hiện sốt, nuốt vướng, nuốt đau tăng, hốc mổ phù nề, sung huyết nhiều, giả mạc lâu bong. BN đã được chuyển kháng sinh điều trị, chống viêm, giảm phù nề, kết hợp vệ sinh chăm sóc hốc mổ, sau đó diễn biến ổn định. Chúng tôi không gặp các tai biến nặng như: Phù nề thanh quản gây khó thở, tiêu sụn nắp, co kéo hốc mổ, liệt dây thanh. Thực tế lâm sàng chúng tôi từng gặp BN bị tiêu sụn nắp sau phẫu thuật lấy nang bằng dao điện, đây là tai biến rất nặng nề làm rối loạn chức năng nuốt, phát âm của BN, ảnh hưởng đến chất lượng sống lâu dài [6]. Đầu dao Coblator dễ quan sát, dễ thao tác, nhiệt độ thấp, độ xuyên sâu ít, tổn thương mô đồng đều. Sự đông vón tổ chức trên bề mặt hố mổ giúp bảo tồn tối đa mô lành, thương tổn được kiểm soát về chiều sâu và chiều rộng. Từ đó giúp phục hồi nhanh chóng và tránh được biến chứng [3].

Các triệu chứng cơ năng của u, nang hạ họng thanh quản vốn nghèo nàn, không đặc hiệu, tuy nhiên ở nghiên cứu chúng tôi thấy rằng sau 3-6

tháng, tất cả các triệu chứng cơ năng đều được cải thiện ở 100% số bệnh nhân.

Tại thời điểm 3 tháng sau mổ, có 3 bệnh nhân u hạt dây thanh xuất hiện tổn thương tái phát. Tại thời điểm 6 tháng sau mổ, có thêm 3 trường hợp tái phát, 2 trường hợp là u hạt dây thanh và 1 trường hợp là u nhú thanh quản. Các trường hợp u hạt dây thanh tái phát được điều trị thuốc chống trào ngược, corticoid tại chỗ đã đáp ứng tốt. Tỷ lệ tái phát trong nhóm u hạt là 31,25%, cao hơn so với nhóm BN được điều trị bằng laser CO₂ kết hợp tiêm botilium của Martins là 20% [8]. Một trường hợp u nhú thanh quản phải phẫu thuật lại lấy bỏ tổn thương. Tỷ lệ tái phát trong nhóm u nhú là 10%, trong khi NC của Rehab Awad sử dụng Coblator trong phẫu thuật tỷ lệ tái phát là 21,4% [9], nghiên cứu của Lương Thị Minh Hương phẫu thuật bằng dụng cụ vi phẫu thông thường là 30,4% [1]. Không có tổn thương nang thanh thiệt tái phát sau mổ, khác với NC của Lee DH sử dụng dao điện có tỷ lệ tái phát 22,2% [6] và NC của Singhal sử dụng laser có tỷ lệ tái phát là 8,3% [7].

5. Kết luận

Qua nghiên cứu 83 bệnh nhân có khối u, nang lành tính vùng hạ họng thanh quản được phẫu thuật nội soi bằng Coblator II, chúng tôi nhận thấy:

Đặc điểm lâm sàng: Tuổi trung bình 49,06, nam gặp nhiều hơn nữ với tỷ lệ ~2,0. Yếu tố nguy cơ viêm họng mạn tính, trào ngược dạ dày họng thanh quản hay gặp. Triệu chứng cơ năng chủ yếu là nuốt vướng gặp ở 86,7% bệnh nhân. Các tổn thương đa dạng về bản chất, hình thái, vị trí, trong đó nang thanh thiệt chiếm tỷ lệ cao với 60,2%, tiếp đến là u hạt dây thanh chiếm 19,3%.

Phẫu thuật nội soi bằng Coblator là phương pháp có nhiều ưu điểm: Không gây tổn thương sâu và rộng ở hố mổ, thời gian phẫu thuật ngắn kiểm soát chảy máu tốt, mức độ đau ít, hồi phục trong thời gian ngắn, ít gây ra biến chứng. Bệnh nhân có thể ra viện sớm, triệu chứng cải thiện rõ rệt so với trước mổ. U hạt dây thanh, u nhú thanh quản là

những tổn thương dễ tái phát. Theo dõi định kỳ và điều trị nội khoa kết hợp có vai trò quan trọng đối với hiệu quả điều trị.

Tài liệu tham khảo

1. Lương Thị Minh Hương (2012) *Đánh giá kết quả u nhú thanh quản người lớn bằng phương pháp nội soi vi phẫu tại Bệnh viện Tai Mũi Họng TW*. Tạp chí Tai Mũi Họng (57-12), tr. 50-54
2. Tống Xuân Thắng, Nguyễn Thanh Bình (2015) *Một số đặc điểm dịch tễ học lâm sàng và hình thái tổn thương trên nội soi của u hạt thanh quản*. Tạp chí Tai Mũi Họng (60-26), tr. 17-22.
3. Balasubramanian Thiagarajan (2016) *Use of Coblation Technology In Otolaryngology*. Otolaryngology Online.
4. Sun BC, Dai ZY, Han ZL, Wang F, Yang SZ, Han JH, Chen MM, Ye BZ, Yan QH, Zhou CY (2014) *Clinical effect analysis of microscopic surgery for epiglottitis cysts with coblation*. Indian Journal of Otolaryngology and Head & Neck Surgery 66(3): 267-271.
5. Berger G, Averbuch E, Zilka K, Berger R, Ophir D (2008) *Adult vallecular cyst: Thirteen-year experience*. Otolaryngol Head Neck Surg 138(3): 321-327.
6. Lee DH, Yoon TM, Lee JK, Lim SC (2015) *Clinical characteristics and surgical treatment outcomes of vallecular cysts in adults*. Acta Otolaryngol: 1-4.
7. Singhal SK, Verma H, Dass A, & Punia R (2014) *Vallecular cysts in adult population: Ten year experience*. Nepalese Journal of ENT Head and Neck Surgery 3(2): 5-7.
8. Martins RHG, Dias NH, Soares CSP, Gramuglia ACJ (2019) *Treatment of Laryngeal Granulomas*. Int Arch Otorhinolaryngol: 322-324.
9. Awad R, Shamil E, Aymat-Torrente A, Gibbins N, Harris S (2019) *Management of laryngeal papillomatosis using coblation: another option of surgical intervention*. Eur Arch Otorhinolaryngol 276(3): 793-800.