ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ PHẪU THUẬT TIÊM MỠ VÀ MÔ LIÊN KẾT TỰ THÂN VÀO DÂY THANH ĐIỀU TRỊ HỞ THANH MÔN DO LIỆT DÂY THANH MỘT BÊN VÀ LIỆT CƠ GIÁP PHỄU

Trần Lê Thiên Phúc[1], Trần Viết Luân[1], Trần Việt Hồng[2], Huỳnh Tấn Lộc[2]*

Tóm tắt

Mục tiêu: Khảo sát triệu chứng lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh liệt dây thanh (LDT) một bên, liệt cơ giáp phễu (LCGP) và đánh giá kết quả phẫu thuật tiêm mỡ và mô liên kết tự thân vào dây thanh điều trị hở thanh môn do các bệnh trên. ***Phương pháp nghiên cứu:*** Nghiên cứu mô tả, theo dõi dọc trên 55 bệnh nhân (BN) hở thanh môn do LDT một bên và LCGP, được thực hiện tiêm mỡ và mô liên kết tự thân vào dây thanh tại Bệnh viện Nhân dân Gia Định từ tháng 6/2023 - 12/2025. ***Kết quả:*** 49 BN LDT một bên, 6 BN LCGP được phẫu thuật điều trị cho thấy có sự cải thiện giọng nói ở thang điểm chỉ số khiếm khuyết giọng nói (voice handicap index - VHI), phân tích âm, nội soi thanh quản, tỷ lệ giọng nói cải thiện tốt đạt 94,6%. ***Kết luận:*** Kỹ thuật tiêm mỡ và mô liên kết tự thân vào dây thanh là phương pháp điều trị an toàn, có hiệu quả, ổn định. Hở thanh môn do LCGP là bệnh lý hiếm gặp và dễ bị bỏ sót, do đó, phát hiện và chẩn đoán đúng bệnh lý này đóng vai trò quan trọng.

Từ khóa: Liệt dây thanh một bên; Liệt cơ giáp phễu; Tiêm mỡ và mô liên kết tự thân vào dây thanh.

OUTCOMES OF AUTOLOGOUS FAT AND CONNECTIVE TISSUE INJECTION SURGERY INTO THE VOCAL FOLD FOR THE TREATMENT OF THE GLOTTIC INSUFFICIENCY CAUSED BY UNILATERAL VOCAL FOLD PARALYSIS AND THYROARYTENOID MUSCLE PALSY

Abstract

Objectives: To investigate the clinical and paraclinical symptoms of unilateral vocal fold paralysis and thyroarytenoid muscle palsy, and to evaluate the results of

[1]Trường Đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch

[2]Bệnh viện Nhân dân Gia Định

[*]Tác giả liên hệ: Trần Lê Thiên Phúc (phuctlt@pnt.edu.vn)

Ngày nhận bài: 31/7/2026

Ngày được chấp nhận đăng: 03/9/2026

http://doi.org/10.56535/jmpm.v51i10.2306

surgical injection of autologous fat and connective tissue into the vocal folds to treat glottic insufficiency caused by these conditions. ***Methods:*** A longitudinal, descriptive study was conducted on 55 patients with glottic insufficiency caused by unilateral vocal fold paralysis and thyroarytenoid muscle paralysis, who underwent autologous fat and connective tissue injection into the vocal folds at Gia Dinh People's Hospital from June 2023 to December 2025. ***Results:*** The procedure was performed in 49 patients with unilateral vocal fold paralysis and 6 patients with thyroarytenoid muscle paralysis. Postoperative outcomes demonstrated significant improvements in voice quality, as assessed by the Voice Handicap Index, acoustic voice analysis, and laryngoscopy. The rate of voice improvement was 94.6%. ***Conclusion:*** Autologous fat and connective tissue injection into the vocal fold is a safe, effective, and stable treatment for glottic insufficiency. Glottic insufficiency due to thyroarytenoid muscle paralysis is a rare condition that is easily overlooked; therefore, accurate recognition and diagnosis are essential for appropriate management.

Keywords: Unilateral vocal fold paralysis; Thyroarytenoid muscle paralysis; Autologous fat and connective tissue injection into the vocal folds.

ĐẶT VẤN ĐỀ

Liệt dây thanh một bên gây hở thanh môn là một tình trạng bệnh lý rối loạn giọng nói ngày càng thường gặp, đặc trưng bởi khàn tiếng, hụt hơi, với nhiều nguyên nhân gây bệnh khác nhau. Bất cứ nguyên nhân nào gây chèn ép hay tổn thương dây thần kinh quặt ngược thanh quản chi phối các cơ thanh quản đều có thể dẫn đến LDT, chẳng hạn như chấn thương, vết thương, sau phẫu thuật, các khối u chèn ép vùng sọ não, cổ, ngực, trung thất… [1]. LCGP là trường hợp đặc biệt của liệt một nhóm cơ dây thanh, do liệt nhánh nhỏ của dây thần kinh quặt ngược thanh quản chi phối cơ giáp phễu dẫn đến dây thanh bị chùng, mất trương lực cơ, thanh môn hở khi phát âm, tuy nhiên sụn phễu vẫn di động bình thường [1].

Trên thế giới hiện nay, đã ghi nhận nhiều phương pháp điều trị hở thanh môn như luyện âm, phẫu thuật tái phân bố thần kinh, chỉnh hình thanh quản, tiêm chất làm đầy dây thanh. Tuy nhiên, mỗi phương pháp có ưu nhược điểm riêng, chưa có phương pháp điều trị tối ưu. Tại Việt Nam, luyện âm và tiêm mỡ tự thân là hai phương pháp được dùng điều trị LDT một bên. Tuy mỡ cho thấy hiệu quả trong điều trị hở thanh môn do LDT một bên, một số tác giả cho rằng khi theo dõi trong thời gian dài, một số BN có hiện tượng tiêu giảm mỡ đã tiêm, dẫn đến hở lại thanh môn. Trong khi đó, các chất liệu nhân tạo khác hiện chưa được

cấp phép sử dụng ở Việt Nam để tiêm vào dây thanh. Do đó, chúng tôi đã tiến hành nghiên cứu phương pháp tiêm mỡ và mô liên kết tự thân vào dây thanh với hy vọng cung cấp chất liệu mới, an toàn và hiệu quả trong điều trị hở thanh môn. Vì vậy, nghiên cứu được thực hiện nhằm: *Khảo sát triệu chứng lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh hở thanh môn do LDT một bên, LCGP và đánh giá kết quả phẫu thuật tiêm mỡ và mô liên kết vào dây thanh điều trị các bệnh trên*.

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu

Gồm 55 BN được chẩn đoán và điều trị hở thanh môn do LDT một bên, LCGP bằng cách tiêm mỡ và mô liên kết tự thân vào dây thanh tại Bệnh viện Nhân dân Gia Định từ tháng 6/2023 - 12/2025.

** Tiêu chuẩn lựa chọn:* BN ≥ 16 tuổi, được chẩn đoán xác định hở thanh môn do LDT một bên, LCGP một bên hoặc hai bên (dựa trên nội soi thanh quản) và có triệu chứng khàn tiếng tối thiểu 6 tháng; BN đồng ý tham gia nghiên cứu.

** Tiêu chuẩn loại trừ:* BN có bệnh lý nội khoa chống chỉ định phẫu thuật; BN bị trật khớp sụn phễu, hạt, u, nang dây thanh; BN tự phục hồi vận động của dây thanh.

2. Phương pháp nghiên cứu

** Thiết kế nghiên cứu:* Nghiên cứu mô tả, theo dõi dọc.

** Phương pháp chọn mẫu:* Chọn mẫu thuận tiện.

** Phương pháp tiến hành:*

BN được khảo sát các triệu chứng cơ năng, thực thể, tiền căn, đánh giá mức độ rối loạn giọng qua thang điểm VHI, nội soi thanh quản đánh giá bệnh lý, mức độ hở thanh môn, ghi âm, phân tích âm theo các chỉ số Jitter, Shimmer, HNR. Sau đó, BN được phẫu thuật tiêm mỡ và mô liên kết tự thân qua nội soi treo thanh quản ống cứng dưới gây mê toàn thân tại phòng mổ.

Quy trình phẫu thuật: Mô mỡ và mô liên kết tự thân được lấy từ vùng bụng cạnh rốn của BN rồi đem xử lý (các mô mỡ và mô liên kết được cắt và giập nhỏ thành hỗn hợp sệt) và cho vào súng tiêm mỡ. Qua nội soi treo thanh quản và nội soi thanh quản ống cứng, phẫu thuật viên sử dụng súng tiêm mỡ tiêm vào lớp cơ dây thanh bị liệt ở vị trí 1/3 giữa và 1/3 sau (nếu cần) cho đến khi dây thanh tăng thể tích và phồng vào đường giữa thanh môn. Lượng mỡ tiêm tùy thuộc vào đánh giá trước và trong khi mổ với từng BN. BN được theo dõi sau mổ các dấu hiệu khó thở, chảy máu, nhiễm trùng và có thể xuất viện vào ngày hôm sau nếu tình trạng ổn định. BN được hẹn tái khám để nội soi thanh quản, ghi âm phân tích âm, tự đánh giá bằng thang điểm VHI ở các mốc thời gian 1 - 3 tháng, 3 - 6 tháng và > 6 tháng.

Các phương pháp đánh giá giọng nói trước và sau mổ:

Thang điểm VHI: BN được đánh giá mức độ rối loạn giọng theo bộ câu hỏi với tổng điểm tối đa 120 điểm (0 điểm: Bình thường, 1 - 30 điểm: Mức độ nhẹ, 31 - 60 điểm: Mức độ vừa, 61 - 90 điểm: Mức độ nặng, 91 - 120 điểm: Mức độ rất nặng) [2].

Nội soi thanh quản: BN được nội soi thanh quản để chẩn đoán bệnh, đánh giá mức độ hở thanh môn khi phát âm trước và sau mổ dựa vào khoảng hở thanh môn: Khép kín (< 1mm), hở ít (1 - 3mm), hở nhiều (> 3mm). Khoảng hở thanh môn sẽ được đo qua phần mềm phân tích hình ảnh trước mổ và thước đo chuyên dụng trong lúc mổ.

Phân tích âm: BN được ghi âm, phân tích âm theo các chỉ số Jitter, Shimmer, HNR bằng phần mềm Praat (trong phòng kín, ít tiếng ồn) để đánh giá mức độ rối loạn giọng trước mổ và mức độ phục hồi sau mổ. Chúng tôi sử dụng giá trị Jitter, Shimmer, HNR trung bình từ mẫu ghi âm so sánh với các giá trị tương ứng của nhóm chứng ở người bình thường được thực hiện trong nghiên cứu của PGS.TS.BS Trần Việt Hồng [3] và quy đổi thành các mức độ rối loạn giọng theo điểm số (*Bảng 1*). Từ các điểm số quy đổi, BN được đánh giá tổng hợp mức độ rối loạn giọng bằng cách cộng các điểm số của 3 giá trị lại và phân nhóm: Bình thường (≤ 3 điểm), nhẹ (4 - 9 điểm), vừa (10 - 12 điểm), nặng (13 - 15 điểm).

Bảng 1. Bảng đánh giá mức độ rối loạn giọng của chỉ số Jitter, Shimmer, HNR.

Mức độ rối loạn	Chỉ số phân tích âm
Bình thường (1đ)	Jitter đo được ≤ 0,484% (nhóm chứng) Shimmer đo được ≤ 3,439% (nhóm chứng) HNR đo được ≥ 24,936 (nhóm chứng)
Thấp (3đ)	0,484% < Jitter đo được < Jitter trung bình nhóm bệnh 3,439% < Shimmer đo được < Shimmer trung bình nhóm bệnh HNR trung bình nhóm bệnh < HNR đo được < 24,936
Cao (5đ)	Jitter đo được ≥ Jitter trung bình nhóm bệnh Shimmer đo được ≥ Shimmer trung bình nhóm bệnh HNR đo được ≤ HNR trung bình của nhóm bệnh

Tổng hợp đánh giá hiệu quả sau điều trị từ các thang điểm trên gồm: Cải thiện tốt: VHI bình thường hoặc rối loạn mức độ nhẹ, thanh môn khép kín hoặc hở nhẹ (< 1mm), chỉ số phân tích âm bình thường hoặc rối loạn mức độ nhẹ; có cải thiện: VHI rối loạn mức độ vừa, thanh môn hở ít, chỉ số phân tích âm rối loạn mức độ vừa; không cải thiện: VHI rối loạn mức độ nặng, rất nặng, thanh môn hở nhiều, chỉ số phân tích âm rối loạn ở mức độ nặng.

** Xử lý số liệu:* Bằng phần mềm SPSS 26.0. Trình bày số liệu với số trung bình và độ lệch chuẩn ($\overline{X}$ ± SD), sử dụng phép kiểm định Wilcoxon signed-rank để so sánh kết quả trước và sau điều trị.

3. Đạo đức nghiên cứu

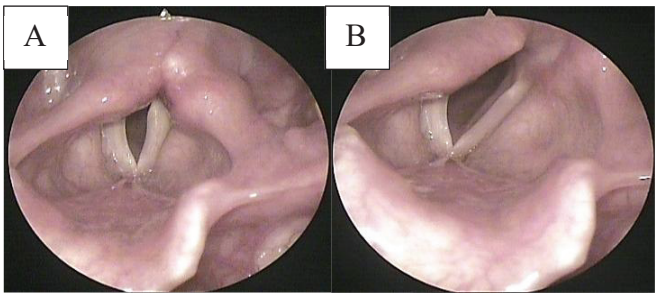
Nghiên cứu được Hội Đồng Đạo đức, Trường Đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch và Bệnh viện Nhân dân Gia Định chấp thuận theo Quyết định số 57/NDGĐ-HĐĐĐ ngày 11/4/2023. Số liệu nghiên cứu được Trường Đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch và Bệnh viện Nhân dân Gia Định cho phép sử dụng và công bố. Nhóm tác giả cam kết không có xung đột lợi ích trong nghiên cứu.

KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu được thực hiện trên 55 BN (tất cả đều được theo dõi đủ 3 mốc thời gian từ 1 - 3 tháng, 3 - 6 tháng và > 6 tháng, không có ai bị mất mẫu). Trong đó, nam giới chiếm 40%, nữ giới chiếm 60%, BN có độ tuổi từ 20 - 72, tuổi trung bình của BN là 47,04 ± 12,43. 54,5% BN đến từ các tỉnh ngoài Thành phố Hồ Chí Minh. BN bị LDT một bên chiếm 89,1% (60% BN bên trái, 29,1% BN bên phải), LCGP chiếm 10,9% (bên trái: 5,5%, bên phải: 3,6%, hai bên: 1,8%). Thời gian khàn tiếng trung bình là 27,65 tháng (ngắn nhất là 6 tháng, dài nhất là 28 năm). Nguyên nhân gây liệt bao gồm sau phẫu thuật vùng cổ, trung thất (60%, trong đó phẫu thuật tuyến giáp chiếm đa số), không rõ nguyên nhân (20%), do chấn thương vùng đầu, cổ (3,6%), do các bệnh lý nội khoa khác (16,4%). Xét nhóm LCGP, phần lớn trường hợp cũng không rõ nguyên nhân (5 BN), 1 BN ghi nhận sau mổ bướu giáp.

1. Đánh giá BN trước mổ

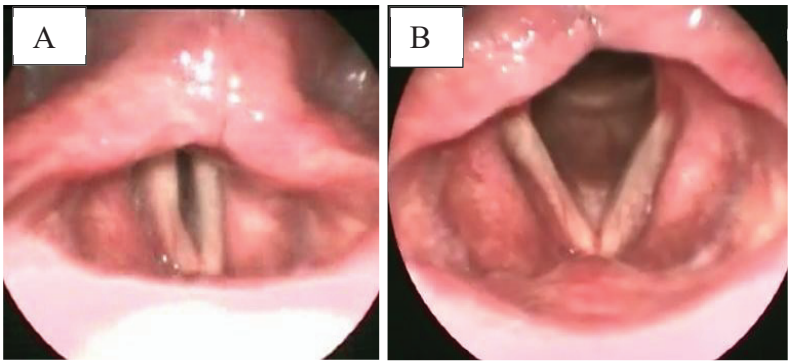
Tất cả BN đều bị khàn tiếng, hụt hơi. Theo thang điểm VHI, 100% BN rối loạn giọng nói từ mức độ nặng trở lên (16,4% BN mức độ nặng, 83,6% BN mức độ rất nặng), giá trị VHI trung bình trước mổ của mẫu nghiên cứu là 103,75 ± 12,397. Ở nhóm LCGP, có 5 BN có thang điểm VHI mức độ nặng, 1 BN mức độ rất nặng.



Hình 1. Nội soi thanh quản LDT bên phải thì đóng (A), thì mở (B).

Đánh giá trên nội soi thanh quản, chúng tôi ghi nhận 40% BN hở thanh môn ít, 60% BN hở thanh môn nhiều. Ở nhóm LDT một bên, các dây thanh bên liệt đều có sụn phễu và dây thanh bất động, dây thanh teo nhỏ, 19 BN có thanh môn hở ít,

30 BN hở nhiều. Ở nhóm BN LCGP, tất cả BN đều cho thấy sụn phễu hai bên còn di động, dây thanh bị liệt đều mất trương lực cơ, teo nhỏ, cong chùng khi phát âm, có 3 BN hở thanh môn nhiều, 3 BN hở ít.



Hình 2. Nội soi thanh quản LCGP phải thì đóng (A), thì mở (B).

Đánh giá qua phân tích âm, nghiên cứu ghi nhận 100% BN có rối loạn giọng nói với nhiều mức độ khác nhau với các chỉ số Jitter trung bình là 2,903 ± 1,808, Shimmer trung bình là 13,897 ± 5,42, HNR trung bình là 9,418 ± 4,59. Nghiên cứu ghi nhận 45,5% BN rối loạn mức độ nặng, 54,5% BN rối loạn mức độ vừa. Ở nhóm LCGP, có 3 BN rối loạn mức độ nặng, 3 BN rối loạn mức độ vừa.

2. Đánh giá quá trình phẫu thuật

Thời gian phẫu thuật trung bình là 46 phút, lượng máu mất trung bình khoảng 10mL khi thu thập mỡ tại vết mổ ở bụng, 100% BN không có biến chứng trong và sau phẫu thuật, thời gian nằm viện trung bình sau mổ là 1 ngày, 100% BN được cắt chỉ vết mổ ở bụng sau 7 ngày, vết mổ lành, không bị nhiễm trùng.

3. Đánh giá sau phẫu thuật

Giá trị VHI trung bình sau mổ ở 3 mốc thời gian đều có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với VHI trung bình trước mổ ($p < 0,001$). Sau mổ 1 - 3 tháng, 40% BN có giọng nói bình thường, 56,4% BN rối loạn mức độ nhẹ, 3,6% BN rối loạn mức độ vừa. Sau mổ 3 - 6 tháng, 74,6% BN có giọng nói bình thường, 20% BN rối loạn mức độ nhẹ, 5,4% rối loạn mức độ vừa. Sau mổ > 6 tháng, 80% BN có giọng nói bình thường, 14,6% rối loạn mức độ nhẹ, 3,6% rối loạn mức độ vừa, 1,8% rối loạn mức độ nặng. Ở nhóm LCGP, sau 1 - 3 tháng, có 5 BN có rối loạn mức độ nhẹ, 1 BN rối loạn mức độ vừa. Sau 1 - 3 tháng và > 6 tháng, ghi nhận 4 BN có giọng nói bình thường, 1 BN rối loạn mức độ vừa, 1 BN rối loạn mức độ nặng.

Bảng 2. So sánh VHI trung bình trước mổ và 3 mốc thời gian sau mổ.

Chỉ số	Trước mổ	Sau mổ		
		1 - 3 tháng	3 - 6 tháng	> 6 tháng
VHI TB	103,75 ± 12,397	10,85 ± 10,575	5,75 ± 11,475	5,29 ± 14,366
p		p < 0,001	p < 0,001	p < 0,001

(TB: Trung bình)

Đánh giá độ cải thiện khoảng hở thanh môn trên nội soi ở cả 3 mốc thời gian sau mổ, 96,4% BN có thanh môn khép kín hoặc hở thanh môn rất nhỏ (< 1mm), chỉ có 2 BN hở thanh môn mức độ ít từ 1 - 3mm (3,6%). Ở nhóm LCGP, sau 1 - 3 tháng, có 6 BN đều đạt khoảng hở thanh môn khép. Tuy nhiên, ở mốc thời gian 3 - 6 tháng và > 6 tháng ghi nhận 1 BN có khoảng hở thanh môn nhẹ (1 - 3mm).

Bảng 3. So sánh giá trị trung bình của các chỉ số phân tích âm trước và sau mổ.

Chỉ số	Trước mổ	Sau mổ			
		1 - 3 tháng	3 - 6 tháng	> 6 tháng	p
Jitter	2,903 ± 1,808	0,348 ± 0,153	0,321 ± 0,143	0,328 ± 0,345	< 0,001
Shimmer	13,897 ± 5,42	2,767 ± 0,959	2,39 ± 0,945	1,995 ± 0,781	< 0,001
HNR	9,418 ± 4,59	25,066 ± 2,755	26,964 ± 2,911	28,852 ± 3,289	< 0,001

Về phân tích âm, các chỉ số Jitter, Shimmer, HNR trung bình sau mổ đều có sự cải thiện có ý nghĩa thống kê so với trước mổ (p < 0,001) (*Bảng 3*). Ở mốc thời gian 1 - 3 tháng, 85,5% BN có giọng nói bình thường hoặc rối loạn mức độ nhẹ, 9,1% rối loạn mức độ vừa, 5,4% rối loạn mức độ nặng. Ở mốc thời gian 3 - 6 tháng và > 6 tháng, ghi nhận 96,4% BN có giọng nói bình thường hoặc rối loạn mức độ nhẹ, chỉ 3,6% BN còn rối loạn mức độ nặng. Xét trong nhóm LCGP, cả 3 mốc thời gian theo dõi đều ghi nhận 5 BN có giọng nói bình thường hoặc rối loạn nhẹ, 1 BN có rối loạn giọng nói nặng.

Sau khi tổng hợp đánh giá các thang điểm, chúng tôi ghi nhận hiệu quả điều trị sau mổ 1 - 3 tháng đạt 85,5% BN cải thiện tốt, 9,1% BN có cải thiện, 5,4% BN không cải thiện. Ở mốc thời gian 3 - 6 tháng và > 6 tháng, 94,6% BN duy trì cải thiện tốt, 1,8% BN có cải thiện và 3,6% BN không cải thiện.

BÀN LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận chủ yếu là các BN LDT một bên (89,1%), chỉ có 10,9% BN có LCGP. Tỷ lệ hiếm gặp này cũng phù hợp với nghiên cứu của Konomi và CS (2016) mô tả về LCGP [4], có thể do sự khó phân biệt về hình ảnh nội soi thanh quản với các bệnh lý như teo dây thanh hay viêm thanh quản có hở thanh môn dẫn đến bỏ sót bệnh. Về nguyên nhân gây bệnh, ở nhóm LDT một bên, sau phẫu thuật vùng cổ, ngực, sọ não chiếm đa số; trong đó, sau phẫu thuật bướu giáp là phổ biến nhất, điều này cũng tương tự với các nghiên cứu trước đó về LDT một bên ở Việt Nam [5], có thể do tỷ lệ phẫu thuật bướu giáp ở Việt Nam cao dẫn đến tỷ lệ biến chứng LDT cao. Trong khi đó, nguyên nhân gây bệnh của LCGP phần lớn không rõ ràng, kết quả cũng tương đồng với nghiên cứu của Konomi và CS [4].

Về đặc điểm triệu chứng, 100% BN bị khàn tiếng, hụt hơi mức độ rối loạn nặng trở lên ở thang điểm VHI trong thời gian dài dù đã được điều trị nội khoa, luyện âm nhưng giọng nói chưa cải thiện rõ. Hiện nay, trên thế giới đã có nhiều phương pháp điều trị hở thanh môn, nhiều chất liệu mới tiêm vào dây thanh như acid hyaluronic [6], calcium hydroxylapatite [7]… Tuy nhiên, các chất liệu này vẫn có ưu nhược điểm, đối tượng sử dụng riêng, chưa có loại nào tỏ ra ưu thế hơn. Do đó, trong nhiều năm qua, mỡ vẫn là loại chất liệu làm đầy dây thanh hiệu quả và an toàn. Chúng tôi cũng thực hiện nghiên cứu cải tiến và ứng dụng tiêm mỡ kết hợp với mô liên kết tự thân vào dây thanh với mục đích tìm ra chất liệu mới, an toàn, có thể tồn tại lâu dài. Kết quả nghiên cứu sau quá trình điều trị cho thấy có sự cải thiện rõ về giọng nói của BN ở các thang điểm VHI, nội soi thanh quản, phân tích âm với tỷ lệ phục hồi giọng nói tốt (94,6%). So sánh với các nghiên cứu về tiêm mỡ trong nhiều năm gần đây của Yonatan Lahav và CS (2021) [8], Umeno và CS (2025) [9], Trần Việt Hồng (2013) [5], nghiên cứu tổng quan của Haddad và CS (2022) [10], chúng tôi cũng thấy các kết quả phục hồi giọng nói tương đồng. Từ đó, có thể thấy, mỡ và mô liên kết tự thân là chất liệu an toàn (không gây biến chứng), tăng thể tích dây thanh có hiệu quả (giảm khoảng hở thanh môn), có khả năng tồn tại lâu dài (giọng nói vẫn duy trì tốt sau 6 tháng theo dõi). Tuy nhiên, để đánh giá chính xác mỡ và mô liên kết có là chất liệu bền vững hay tồn tại lâu dài thì cần thêm nghiên cứu có thời gian theo dõi dài hơn.

Ngoài ra, kết quả sau mổ 1 - 3 tháng ghi nhận 40% BN có VHI bình thường, 56,4% rối loạn mức độ nhẹ nhưng sau 6 tháng thì 80% mức bình thường, rối loạn

mức độ nhẹ chỉ còn 14,6%, trong khi nội soi thanh quản ghi nhận đa số BN đều đạt được độ cải thiện khoảng hở thanh môn tốt. Điều đó chứng tỏ lượng mỡ và mô liên kết còn tồn tại lâu dài và mức độ viêm phù nề dây thanh sau mổ 6 tháng đã giảm và ổn định nên mức độ phục hồi giọng nói tốt hơn, ngày càng cải thiện hơn.

Nghiên cứu của chúng tôi còn tồn tại một số hạn chế như chẩn đoán dựa vào nội soi thanh quản là chủ yếu, do giới hạn về cơ sở vật chất nên BN không được thực hiện soi hoạt nghiệm thanh quản hay điện cơ thanh quản. Ngoài ra, thiết kế không nhóm chứng, chọn mẫu thuận tiện tại một bệnh viện, không làm mù người đánh giá, thời gian theo dõi còn ngắn so với mục tiêu chứng minh độ bền, cỡ mẫu nhóm LCGP còn nhỏ.

KẾT LUẬN

Mặc dù y văn thế giới đã ghi nhận nhiều phương pháp điều trị hở thanh môn do LDT một bên, tiêm mỡ và mô liên kết tự thân vào dây thanh qua nội soi thanh quản ống cứng vẫn là phương pháp điều trị an toàn, sinh lý, có hiệu quả. Ngoài ra, việc phát hiện và chẩn đoán các trường hợp liệt một phần thanh quản như LCGP đóng vai trò quan trọng trong việc quyết định điều trị cho BN, tránh việc bỏ sót bệnh và điều trị không phù hợp.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Trần Việt Hồng. Liệt thanh quản, bệnh lý và điều trị. Nhà xuất bản Y học. 2015;1-160.

2. Rosen CA, Murry T, Zinn A, Zullo T, Sonbolian M. Voice handicap index change following treatment of voice disorders. Journal of Voice. 2000;14(4):619-23.

3. Trần Việt Hồng. Vi phẫu thuật thanh quản người lớn qua nội soi ống cứng. Luận án Tiến sĩ Y học. Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh. 2010:21-2.

4. Konomi U, Tokashiki R, Hiramatsu H, Kumada M. Diagnosis and management of unilateral thyroarytenoid muscle palsy. European Archives of Oto-Rhino-Laryngology. 2016;273:3803-11.

5. Trần Việt Hồng. Tiêm mỡ tự thân qua phẫu thuật nội soi, phối hợp luyện âm sau phẫu thuật điều trị phục hồi giọng nói do LDT một bên. Tạp chí Y học, Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh. 2013;17(6):262-6.

6. Švejdová A, Držata J, Mejzlík J, et al. Injection laryngoplasty with hyaluronic acid for glottal insufficiency in unilateral vocal fold paralysis: a systematic review of the literature. European Archives of Oto-Rhino-Laryngology. 2022;279(11):5071-9.

7. Miaśkiewicz B, Panasiewicz A, Nikiel K, Włodarczyk E, Gos E, Szkiełkowska A. Comparison of 24-month voice outcomes hydroxylapatite or hyaluronic acid in after injection laryngoplasty with calcium

patients with unilateral vocal fold paralysis. American Journal of Otolaryngology. 2022;43(1):103207.

8. Lahav Y, Malka-Yosef L, Shapira-Galitz Y, Cohen O, Halperin D, Shoffel-Havakuk H. Vocal fold fat augmentation for atrophy, scarring, and unilateral paralysis: long-term functional outcomes. Otolaryngology-Head and Neck Surgery. 2021;164(3):631-8.

9. Umeno H, Tanaka H-i, Kurita T, Mihashi R, Chitose S-i, Sato K. Long-term effects of fat injection laryngoplasty in relation to the injected fat volume in patients with unilateral vocal fold paralysis. Journal of Voice. 2025;39(2):512-9.

10. Haddad R, Ismail S, Khalaf MG, Matar N. Lipoinjection for unilateral vocal fold paralysis treatment: a systematic review and meta-analysis. The Laryngoscope. 2022;132(8):1630-40.