

viện. Có 26BN (30,2%) nồng độ methanol <50mg/dL, còn 60BN (69,8%) nồng độ methanol ≥50mg/dL. Theo các phác đồ đánh giá và tiên lượng các bệnh nhân ngộ độc cấp methanol, nồng độ methanol máu ≥50mg/dL là ngộ độc mức độ nặng, nhiều biến chứng, nguy cơ tử vong cao. Nhóm bệnh nhân có hình ảnh não bất thường của chúng tôi methanol máu lên tới $152,9 \pm 126,8$ mg/dL. Nghiên cứu của tác giả Banceloux (2002) cũng đã đưa ra nhận định methanol máu ≥ 50mg/dL là yếu tố tiên lượng nặng [2].

Áp lực thẩm thấu máu trung bình lúc vào viện là $364,29 \pm 55,31$ mosmol/kg H₂O. Khoảng trống ALTT máu là $64,4 \pm 52,6$. Khoảng trống anion là 32,4. Tăng ALTT và khoảng trống thẩm thấu gián tiếp phản ánh nồng độ methanol trong máu cao. Đa số các bệnh nhân của chúng tôi vào viện muộn khi mà methanol đã và đang được chuyển hóa, và các sản phẩm chuyển hóa là acid formic gây tình trạng toan chuyển hóa nặng, tăng KT anion, vì vậy pH máu giảm thấp. Thông thường, sản phẩm chuyển hóa cuối cùng của methanol là acid formic, gây toan chuyển hóa và tăng khoảng trống anion, lượng acid formic càng nhiều thì KT anion càng cao, đến viện càng muộn thì methanol chuyển hóa thành acid formic càng nhiều KT anion càng tăng. Bệnh nhân vào có cả ALTT, KT ALTT, KT anion cao, có thể suy đoán nếu bệnh nhân vào sớm hơn thì nồng độ methanol máu đo được sẽ còn cao hơn. Tăng ALTT, KT ALTT, KT anion đều gặp ở các nghiên cứu [2], [5].

4.2.3. Đặc điểm hình ảnh học. Các bệnh nhân có tổn thương não có tỷ lệ tử vong cao hơn các bệnh nhân không có tổn thương. Các tổn thương thường gặp trong nghiên cứu của chúng tôi như tổn thương nhân bào đối xứng hai bên, xuất huyết não, tổn thương chất trắng dưới vỏ, phù não lan tỏa... Nghiên cứu của Sefidbakht chuyên về đánh giá tổn thương não qua phim chụp CLVT/CHT trong ngộ độc methanol thấy ngoài xuất huyết não và hoại tử tại vị trí nhân bào còn gặp thoái hóa chất trắng hai bên và xuất huyết dưới nhện [7]. Nghiên cứu của Saeid Esmaeilian chủ yếu gặp các tổn thương nhân bào, phù não, tổn thương chất trắng, tổn thương tiểu não [6]. Các tổn thương điển hình ở thần kinh trung ương trong ngộ độc cấp methanol là xuất huyết não có tính chất đối xứng hai bên hoặc hoại tử tại vị trí nhân bào sẫm do đây là khu vực hạn chế tưới máu trong khi lại tăng chuyển hóa hơn khu vực khác, do đó nhân bào là vị trí dễ tổn thương nhất. Trong ngộ độc methanol ngoài xuất huyết não và hoại tử tại vị

trí nhân bào còn có thể gặp thoái hóa hoại tử chất trắng hai bên và xuất huyết dưới nhện. Như vậy tổn thương não qua phim chụp CLVT/CHT não trong nghiên cứu này phù hợp với các tổn thương thường gặp trong các nghiên cứu khác và trong y văn [3],[4],[9].

Kết quả điều trị: Tỷ lệ tử vong trong nghiên cứu của chúng tôi là 28/86 BN (32,6%). Ngộ độc cấp methanol là cấp cứu nặng, tỉ lệ tử vong cao vì các biến chứng nặng và các bệnh nhân thường tới muộn. Kết quả của chúng tôi thấp hơn nghiên cứu của Đặng Thị Xuân (2021), tử vong 41,1% [1]; của Lee C.Y. tử vong 34,4% [5]; cao hơn nhiều với kết quả nghiên cứu của Wedge tử vong 8% [8]. Kết quả tử vong của chúng tôi cao hơn tác giả nước ngoài vì nhiều lý do như: nhiều người Việt hay uống rượu trôi nổi không rõ nguồn gốc hơn, tới viện chậm hơn, chưa thể xét nghiệm định lượng rượu ở tuyến trước được nên chẩn đoán chậm hơn, còn thiếu thuốc điều trị đặc hiệu như ethanol truyền tĩnh mạch, fomepizole.

V. KẾT LUẬN

Đặc điểm lâm sàng: các bệnh nhân nghiên cứu rượu chiếm tỷ lệ cao (75,6%), điểm Glasgow thấp, PXAS dương tính (58,1%) các yếu tố này có liên quan đến hình ảnh tổn thương não. Nên đưa bệnh nhân vào viện sớm nhất có thể khi có các triệu chứng sau khi sử dụng methanol. Nồng độ pH, PO₂, toan chuyển hóa nặng, ALTT cao, KT ALTT, KT anion, CK, lactat, đường máu đều cao, các chỉ số của có tổn thương não đều cao hơn. Các chỉ số pH, pO₂, ALTT, KTALTT và Lactat liên quan mật thiết đến hình ảnh tổn thương não của BN. (p<0,05). Nồng độ methanol máu cao $135,99 \pm 120,86$ mg/dL, nhóm có tổn thương não cao hơn p<0,05. Hình ảnh học tổn thương nhu mô não là một yếu tố quan trọng để tiên lượng độ nặng và kết quả điều trị của bệnh nhân (p<0,05)

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Đặng Thị Xuân** (2021). Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng ngộ độc cấp Methanol. Tạp chí Y học Việt Nam, 500(1), 54-59.
2. **Barceloux D.G, et al.** (2002). American Academy of Clinical Toxicology practice guidelines on the treatment of methanol poisoning. J Toxicol Clin Toxicol, 40(4), 415-46.
3. **Eyup C., Ahmet M. H.** (2022) CT and MR Imaging Findings in Methanol Intoxication Manifesting with BI Lateral Severe Basal Ganglia and Cerebral Involvement, Journal of the Belgian Society of Radiology, 106(1): 66
4. **Morteza S. T., Hossein H. M., et al** (2010). The value of brain CT findings in acute methanol toxicity, European Journal of Radiology, 73(2): 211 - 214
5. **Lee C.Y., Chang E.K., Lin J.L., et al** (2014).

- Risk factors for mortality in Asian Taiwanese patients with methanol poisoning. Ther Clin Risk Manag, 10, 61-7.
6. **Saeid E., Arash T., Sedighe Hi., et al** (2023). Methanol poisoning during the COVID-19 pandemic in Iran: A retrospective cross-sectional study of clinical, laboratory, and brain imaging characteristics and outcomes. Health Sci. Rep. 2023;6:e1752.
 7. **Sefidbakht S., Rasekhi A.R., Kamali K., et al** (2007). Methanol poisoning: acute MR and CT findings in nine patients, Neuroradiology. 49(5), 427-35.
 8. **Wedge M.K., Natarajan S., Johanson C., et al** (2012). The safety of ethanol infusions for the treatment of methanol or ethylene glycol intoxication: an observational study. CJEM; 14(5):283-9
 9. **Zakharov S., Nurieva O., Kotikova K., et al** (2017). Positive serum ethanol concentration on admission to hospital as the factor predictive of treatment outcome in acute methanol poisoning. Monatsh Chem, 148(3):409-419.

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ NẤM THANH QUẢN TẠI BỆNH VIỆN TAI MŨI HỌNG TRUNG ƯƠNG NĂM 2023

Trần Thị Thu Hiền¹, Đào Đình Thi¹, Nguyễn Thị Hải Yến¹,
Nguyễn Trần Lâm¹, Lê Xuân Ngọc¹, Nguyễn Trung Hiếu²

TÓM TẮT

Mục tiêu: 1. Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng viêm thanh quản (VTQ) do nấm. 2. Đánh giá kết quả điều trị nấm thanh quản. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Bệnh nhân (BN) được chẩn đoán xác định VTQ do nấm - điều trị tại Khoa Nội soi- Bệnh viện Tai Mũi Họng TW từ tháng 2 đến tháng 7 năm 2023. Nghiên cứu can thiệp không nhóm đối chứng. **Kết quả:** Thường gặp ở lứa tuổi lao động từ 30-60 tuổi (73%). Tỷ lệ nam bị bệnh nhiều hơn nữ (75,7%/24,3%). Nghề nghiệp mắc tương đối đa dạng, tỷ lệ mắc bệnh cao nhất là nông dân (32,4%). Không có BN nào bị suy giảm miễn dịch. Đa số BN đã được điều trị kháng sinh và corticoid trước đó. 100% BN đến viện khám vì lý do khàn tiếng. Giả mạc hay gặp nhất là 1/3 giữa 2 dây thanh (45,9%). Tất cả BN có kết quả soi tươi thấy sợi nấm. Mô bệnh học: có 4 BN có kết quả ung thư biểu mô vảy, 1 BN có kết quả là nấm *Aspergillus*. 96,9% BN chỉ cần bóc giả mạc 1 lần. Thời gian điều trị thuốc kháng nấm trung bình là 7,15 tuần. 69,7 % BN có kết quả điều trị tốt, 27,3 % BN có kết quả điều trị khá. **Kết luận:** Ngày nay, VTQ do nấm không chỉ gặp trên người suy giảm miễn dịch mà còn gặp ở BN có tiền sử khỏe mạnh. Cần làm mô bệnh học dây thanh dưới vị trí giả mạc một cách thường quy, nhất là những trường hợp giả mạc 1 bên dây thanh để loại trừ ung thư thanh quản bội nhiễm nấm. Phẫu thuật bóc giả mạc kết hợp điều trị thuốc kháng nấm đường toàn thân đem lại kết quả tốt.

Từ khóa: VTQ do nấm, giả mạc, *Aspergillus*

SUMMARY

EVALUATION OF TREATMENTS FOR FUNGAL LARYNGITIS AT THE NATIONAL

¹Bệnh viện Tai Mũi Họng Trung Ương

²Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Trần Thị Thu Hiền

Email: drhient1977@gmail.com

Ngày nhận bài: 23.9.2024

Ngày phản biện khoa học: 23.10.2024

Ngày duyệt bài: 9.12.2024

OTORHINOLARYNGOLOGY HOSPITAL IN 2023

Objective: 1. Describe the clinical and paraclinical characteristics of fungal laryngitis. 2. Evaluate the results of treatment for fungal laryngitis. **Methods:** the patients who have diagnosis and treatment at the Endoscopy Department of National Otolaryngology Hospital from February to July 2023. Non-controlled intervention study. **Results:** Common age is 30-60 years old (73,0%). Males have a higher ratio than females (75,7%/24,3%). Patients who are farmers have the highest prevalence 32,4%. Most patients had been treated with antibiotics and corticosteroids, and none of the patients had immunodeficiency. 100% of patients go to hospital due to hoarseness. Pseudomembrane at the middle one-third of the vocal cord is the most common (45,9%). Fungal wet mount finding hyphae in all patients. Histopathology: 4 patients are squamous cell carcinoma, and 1 patient is *Aspergillus*. 96,9% of patients have surgical treatment once. The average treatment duration is 7,15 weeks. 69,7% of patients have good results, and 27,3% have moderate results. **Conclusions:** In recent years, there has been a dramatic increase in laryngitis rates even among individuals with no medical history. A histopathology of the vocal cord under the pseudomembrane is necessary, particularly in cases of unilateral lesions, to exclude fungal surinfection of laryngeal cancer. Surgical treatment combined with anti-fungal medication is effective. **Keywords:** fungal laryngitis, pseudomembrane, *Aspergillus*.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm thanh quản (VTQ) do nấm là một hình thái viêm thanh quản đặc hiệu do căn nguyên là các vi nấm, bệnh có xu hướng ngày càng tăng trên người suy giảm miễn dịch và gần đây là ngày càng có người có sức khỏe bình thường¹.

Việt Nam là một nước nhiệt đới, cùng với sự gia tăng dân số nhanh chóng, kèm theo tình trạng ô nhiễm khói bụi môi trường, đặc biệt là lạm dụng kháng sinh... làm cho tình trạng nhiễm

nấm nói chung và VTQ do nấm nói riêng có xu hướng ngày càng gia tăng. Tuy nhiên, do triệu chứng lâm sàng còn nghèo nàn, đánh giá tổn thương thanh quản còn khó khăn nên nhiều BN được chẩn đoán nhầm với các bệnh lý khác như ung thư, lao thanh quản, bạch sản thanh quản... Vì hình thái lâm sàng cũng như kết quả điều trị nấm thanh quản những năm gần đây có nhiều thay đổi nên chúng tôi tiến hành đề tài nghiên cứu với hai mục tiêu:

1. *Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng viêm thanh quản do nấm.*

2. *Đánh giá kết quả điều trị nấm thanh quản.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: 37 BN được chẩn đoán xác định viêm thanh quản do nấm được điều trị tại Khoa Nội soi- Bệnh viện Tai Mũi Họng TW từ tháng 2 đến tháng 7 năm 2023.

Tiêu chuẩn lựa chọn: - BN được chẩn đoán xác định viêm thanh quản do nấm.

- Được điều trị theo phác đồ thuốc kháng nấm: Itraconazol 100mg x 2 viên/ lần/ ngày; tái khám mỗi 2 tuần để đánh giá kết quả điều trị

Tiêu chuẩn loại trừ: BN đã được phẫu thuật từ trước

2.2. Phương pháp nghiên cứu: nghiên cứu can thiệp không nhóm đối chứng, chọn mẫu thuận tiện. Số liệu được thu thập theo bệnh án mẫu, nhập vào phần mềm epidata, phân tích bằng phần mềm Stata 15.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm nhóm nghiên cứu

3.1.1. Đặc điểm phân bố tuổi và giới:

Độ tuổi trung bình: 51,7 tuổi (lớn nhất: 81 tuổi, nhỏ nhất: 18 tuổi). Tập trung nhiều nhất ở khoảng 30-60 tuổi chiếm 73%. Trong đó, có 28 BN nam và 9 BN nữ; chiếm tỉ lệ lần lượt 75,7% và 24,3%.

3.1.2. Đặc điểm theo nghề nghiệp. Nghề nghiệp có tỉ lệ mắc bệnh cao nhất là làm ruộng (chiếm 32,4%). Tiếp theo là các nghề phải sử dụng giọng nói nhiều như kinh doanh (chiếm 12,2%) và lái xe (chiếm 10,8%), còn lại là các nghề khác

3.1.3. Tiền sử về bệnh tật: Hơn một nửa nhóm nghiên cứu có tiền sử khỏe mạnh (21/37), 8 BN có tăng huyết áp, 01 BN mắc đái tháo đường, không BN nào bị các bệnh suy giảm miễn dịch như HIV/AIDS, ung thư, lao phổi, hen phế quản sử dụng corticoid đường hít dài ngày.

3.1.4. Tiền sử về điều trị:

Bảng 1: Tiền sử về điều trị

Tiền sử	Số BN	Tỷ lệ %
---------	-------	---------

	(n)	(N=37)
Chưa điều trị gì	2	5,4
Dùng thuốc corticoid dạng uống	9	24,3
Dùng thuốc corticoid dạng hít	0	0
Dùng thuốc corticoid dạng khí dung	4	10,8
Sử dụng kháng sinh	34	91,9
Sử dụng thuốc giảm viêm khác	03	8,1

Nhận xét: Tỷ lệ BN điều trị kháng sinh trước khi đến viện là 34/37 (chiếm 91,9%). Có 13/37 BN (chiếm 35,1%) sử dụng corticoid dưới dạng uống và khí dung. Chỉ có 2 BN là chưa điều trị gì.

3.2. Đặc điểm lâm sàng

3.2.1. Triệu chứng cơ năng:

Bảng 2: Triệu chứng cơ năng

Triệu chứng	Số BN (n)	Tỷ lệ (%)
Khàn tiếng	37	100
Ho	33	89,2
Ngứa họng	29	78,3
Khó thở thanh quản	0	0

Nhận xét: Khàn tiếng là triệu chứng cơ năng gặp ở tất cả các BN và là lí do chính khiến BN đến viện. Triệu chứng ho cũng gặp ở 33/37 BN (chiếm 89,2%). Ngứa họng gặp ở 78,3% BN.

3.2.2. Thời gian xuất hiện khàn tiếng:

Bảng 3: Thời gian xuất hiện khàn tiếng

Thời gian xuất hiện khàn tiếng	Số BN (n)	Tỷ lệ (%)
≤ 1 tháng	16	43,2
1-2 tháng	7	19,0
> 2 tháng	14	37,8
Tổng (N)	37	100

Nhận xét: Đa số các BN có thời gian khàn tiếng từ <1 tháng chiếm 43,2%. Có 7/37 BN (chiếm 19,0%) khàn tiếng từ 1-2 tháng, và 14/37 BN khàn tiếng trên 2 tháng.

3.2.3. Triệu chứng thực thể:

Bảng 4: Vị trí giả mạc ở thanh quản

Vị trí giả mạc	Số BN (n)	Tỷ lệ (%)
1/3 giữa 1 bên dây thanh	6	16,2
Toàn bộ 1 bên dây thanh	6	16,2
1/3 giữa 2 bên dây thanh	17	45,9
Toàn bộ 2 dây thanh	8	21,6
Tiền đình thanh quản	5	13,5
Hạ thanh môn	3	8,1

Nhận xét: Tất cả BN đều có giả mạc ở dây thanh: trong đó có gần một nửa (17/37 BN) có giả mạc ở 1/3 giữa 2 dây thanh.

Có 5 BN có thêm giả mạc ở tiền đình thanh quản (bằng thanh thất, buồng Morgani), có 3 BN có thêm giả mạc ở hạ thanh môn.

3.3. Đặc điểm cận lâm sàng

3.3.1. Soi tươi nấm: 100% thấy sợi nấm ở giả mạc.

3.3.2. Mô bệnh học:

Bảng 5: Kết quả mô bệnh học

Kết quả mô bệnh học	Số BN (n)	Tỷ lệ (%)
Quá sản sừng hóa biểu mô vảy	32	86,5
Ung thư biểu mô vảy	4	10,8
Nấm Arspiegillus	1	2,7
Tổng số (N)	37	100

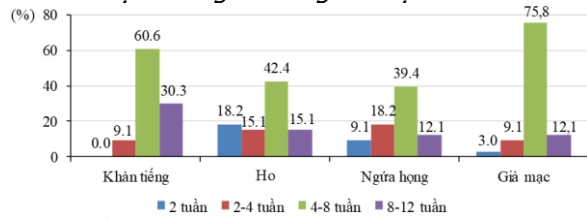
Nhận xét: 100% BN làm mô bệnh học sau phẫu thuật, 32 BN kết quả lành tính chiếm 86,5%; 4 BN có kết quả ung thư biểu mô vảy; 1 BN viêm do nấm Aspergillus chiếm 2,7%.

3.4. Đánh giá kết quả điều trị

3.4.1. Điều trị tại chỗ: BN được phẫu thuật bóc lấy giả mạc tối đa để chẩn đoán bệnh, loại bỏ tác nhân gây bệnh và phục hồi khả năng phát âm. Trong số 33 BN có kết quả mô bệnh học lành tính, có 32 BN chỉ cần bóc giả mạc 1 lần, 1 BN phải bóc lại giả mạc lần 2, không có BN nào phải bóc giả mạc lần 3.

3.4.2. Điều trị toàn thân:

a. Triệu chứng cơ năng và thực thể:



Biểu đồ 1: Thời gian hết triệu chứng

Nhận xét: Triệu chứng cơ năng:

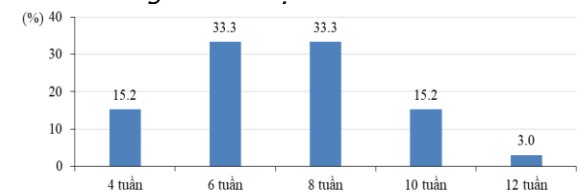
- Hết khàn tiếng: Có 20 BN hết khàn tiếng sau 8 tuần điều trị (chiếm 60,6%), 10 BN hết khàn tiếng sau 8-12 tuần (chiếm 30,3%).

- Hết ho: Có 3 BN không bị ho, 25 BN hết ho sau 8 tuần điều trị (chiếm 75,8%), 5 BN hết ho sau 8-12 tuần (chiếm 15,1%).

- Hết ngứa họng: Có 7 BN không ngứa họng, 22 BN hết ngứa họng sau 8 tuần điều trị (chiếm 66,6%), 4 BN hết ngứa họng sau 8-12 tuần (chiếm 12,1%).

Triệu chứng thực thể: Có 29 BN (chiếm 87,9%) hết giả mạc sau 8 tuần điều trị, 04 BN hết giả mạc sau 8-12 tuần (chiếm 12,1%)

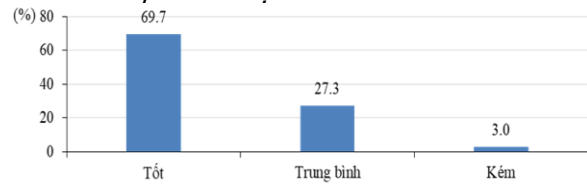
b. Thời gian điều trị:



Biểu đồ 2: Thời gian điều trị

Nhận xét: Thời gian điều trị trung bình của các BN là 7,15 tuần.

c. Kết quả điều trị:



Biểu đồ 3: Kết quả điều trị

Nhận xét: - Có 23 BN có kết quả điều trị tốt (chiếm 69,7%): BN hết khàn, nội soi thấy dây thanh hết giả mạc, dây thanh khép kín khi phát âm.

- Có 9 BN có kết quả điều trị trung bình (chiếm 27,3%): BN còn khàn ít, nội soi thấy dây thanh hết giả mạc, dây thanh khép kín khi phát âm.

- Có 1 BN có kết quả điều trị kém, cần phải bóc giả mạc lần 2.

IV. BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu của chúng tôi, nhóm tuổi tập trung nhiều nhất ở khoảng 30-60 tuổi chiếm 73%, đa số BN thuộc độ tuổi lao động tương tự các nghiên cứu khác: theo Nguyễn Thị Minh Huyền thì tuổi trung bình là 53,6; nhóm tuổi gặp nhiều nhất nhiều nhất ở khoảng 30-60 tuổi chiếm 57,1%². Nguyễn Thị Trang tuổi trung bình là 43,03; nhóm tuổi có tỷ lệ mắc bệnh cao nhất là 31-45 (chiếm 41,9%), tiếp theo là nhóm tuổi 46-60 (chiếm 32,3%)³. Như vậy, VTQ do nấm chủ yếu gặp ở lứa tuổi lao động, tiếp đến là gặp ở người già, ít gặp ở trẻ em, đó là đặc điểm dịch tễ đầu tiên để các thầy thuốc lâm sàng lưu tâm.

Bệnh đa số gặp ở nam giới, Benjamin và cộng sự (năm 2016) cũng báo cáo 32 BN VTQ do Actinomyces thấy tỷ lệ nam là 86,7% và nữ là 13,3%⁵. Nguyễn Thị Trang (2020) trên 31 BN thấy tỷ lệ BN nam chiếm 58,1%, BN nữ chiếm 41,9%³. Tuy nhiên Lương Thị Minh Hương (năm 2004) nữ gặp nhiều hơn nam (62,5% so với 37,5%)⁴. Như vậy nam thanh quản gặp ở cả 2 giới và thường trội hơn ở giới nam.

Trong nhóm nghiên cứu, nghề nghiệp có tỉ lệ mắc bệnh cao nhất là làm ruộng. Theo Nguyễn Thị Minh Huyền, nghề có tỷ lệ mắc bệnh cao nhất là làm ruộng chiếm tới hơn một nửa số BN (51,4%)². Kết quả tương đồng với Lương Thị Minh Hương (năm 2004) thấy tỷ lệ làm ruộng chiếm 48,08%⁴. Giải thích cho điều này là do các BN này tiếp xúc nhiều với đất trồng trọt, phân hóa học làm tăng nguy cơ hít phải các bào tử nấm từ môi trường, từ đó tăng tỷ lệ mắc bệnh.

Đa số BN có tiền sử khỏe mạnh, 8 BN bị tăng huyết áp, 1 BN mắc đái tháo đường, không BN nào bị các bệnh suy giảm miễn dịch. Dupont

(năm 1996) chỉ ra rằng đái tháo đường làm môi trường vùng niêm mạc họng, biểu mô thanh quản bị acid hóa, lớp nhầy bảo vệ niêm mạc cũng như biểu mô dây thanh bị mỏng đi. Môi trường này tạo thuận lợi cho nấm *Candida* phát triển⁶. Như vậy, suy giảm miễn dịch đường như không còn là yếu tố thuận lợi gây bệnh nấm thanh quản như trước.

Về tiền sử điều trị, tỷ lệ BN điều trị kháng sinh trước khi đến viện là rất cao (91,9%), thời gian chủ yếu là từ 1-2 tuần, tiếp đến là 35,1% BN sử dụng corticoid dưới dạng uống và khí dung. Drouhet (năm 1987) điều trị kháng sinh phổ rộng dài ngày làm mất cân bằng hệ vi khuẩn trong cơ thể tạo điều kiện cho các vi nấm phát triển⁷. Ibrahim (năm 2018) báo cáo 93 trường hợp VTQ do nấm trong đó 74,19% BN sử dụng steroid đường hít, 16,13% sử dụng corticoid đường uống, 8,6% sử dụng đường hít⁸. Sử dụng thuốc chống viêm corticoid dù bất kì đường nào cũng làm tăng nguy cơ nhiễm nấm. Vì vậy, trong quá trình điều trị viêm thanh quản do nấm không nên dùng corticoid.

Khàn tiếng là triệu chứng cơ năng dễ nhận biết và quan trọng nhất, gặp ở tất cả các BN và là nguyên nhân chính mà BN đến khám, ngoài ra còn có triệu chứng ho và ngứa họng. Dutta (năm 2015)⁹, Ibrahim (năm 2018)⁸ cũng báo cáo kết quả tương tự thấy khàn tiếng là triệu chứng cơ năng đặc hiệu nhất, lần lượt chiếm 100% và 90,3% các BN đến khám. Theo Nguyễn Thị Trang, ngoài triệu chứng khàn tiếng, BN còn có các triệu chứng cơ năng khác như ho (chiếm 83,9%), ngứa họng (chiếm 48,4%)³. Như vậy, triệu chứng cơ năng hay gặp nhất ở BN VTQ do nấm là khàn tiếng, ho khan và ngứa họng. Vì vậy, khi BN có 3 triệu chứng này không đáp ứng với điều trị nội khoa thông thường, bác sĩ lâm sàng cần thăm khám nội soi thanh quản kĩ càng để phát hiện bệnh sớm.

Đa số các BN có thời gian khàn tiếng dưới 1 tháng (43,2%) và 37,8% BN khàn tiếng trên 2 tháng. Ban đầu BN thường có tâm lý coi thường bệnh tật, vì ngoài khàn tiếng, các triệu chứng khác không cấp diễn, không đau, BN vẫn có khả năng sinh hoạt gần như bình thường. Và đến khi BN đã mất nhiều thời gian tự điều trị hoặc điều trị ở tuyến dưới mà thấy không đỡ lúc đó mới đi khám.

Tất cả BN đều có giả mạc ở dây thanh. Ibrahim và cộng sự (năm 2018)⁸ nghiên cứu 93 trường hợp VTQ do nấm thấy có 92 BN có giả mạc ở dây thanh, 4 BN ở sụn phễu, 1 BN ở sụn nắp, 5 BN giả mạc ở toàn bộ thanh quản. Lương Thị Minh Hương (năm 2004) 100% trường hợp có giả mạc ở dây thanh, buồng Morgani là

17,31%, băng thanh thất là 40,38%, mép trước là 13,46%, hạ thanh môn là 0,96%⁴. Sự lan tràn của giả mạc cũng giải thích sự khác nhau về triệu chứng nặng và mức độ khàn tiếng ở các BN.

Trong nghiên cứu này 100% mẫu bệnh phẩm đều thấy sợi nấm. Tuy nhiên xét nghiệm này không định danh được chủng nấm gây bệnh. Tương đồng với Nguyễn Thị Trang (2020)³ và cao hơn Lương Thị Minh Hương (năm 2004) có tỷ lệ 88,46%⁴ và Lương Thị Xuân Hà (năm 1999) là 80%¹⁰, Nguyễn Thị Minh Huyền (2020) là 85,7%².

Xét nghiệm mô bệnh học có 4 BN có kết quả ung thư và đều có giả mạc ở 1 bên dây thanh. Như vậy trước BN khàn tiếng kéo dài, dây thanh có giả mạc 1 bên thì chúng ta nên thận trọng chẩn đoán, ngoài nhiễm nấm có thể là cả ung thư trên nền bội nhiễm nấm.

Phẫu thuật vi phẫu bóc giả mạc được thực hiện lần 1 ở tất cả các BN giúp giảm liều thuốc, giảm thời gian điều trị, phục hồi khả năng phát âm. Lương Thị Minh Hương (năm 2004)⁴ 100% BN được bóc giả mạc lần 1, 5,77% BN bóc lần 2 và không BN nào phải bóc lần 3. Nguyễn Thị Trang (2020), chỉ có 1 BN phải tiến hành bóc lại giả mạc lần 2 sau 2 tuần do giả mạc vẫn còn dày, không có BN nào phải bóc giả mạc lần ba³. Như vậy trong viêm thanh quản do nấm, bóc giả mạc thường chỉ cần thực hiện 1 lần đã cho kết quả điều trị tốt.

Chúng tôi lựa chọn Itraconazole điều trị toàn thân vì đây là thuốc kháng nấm có phổ tác dụng rộng trên 2 loài nấm thường gặp nhất ở nước ta là *Aspergillus* và *Candida*, tác dụng phụ không đáng kể, hấp thu tốt qua đường uống và chỉ dùng duy nhất 1 lần trong ngày. Dutta (năm 2015) báo cáo 27 trường hợp viêm thanh quản do *Aspergillus* trong đó có 20 BN điều trị bằng Itraconazole cho kết quả tốt và không có trường hợp nào tái phát, có 2 BN được điều trị bằng Amphotericin B đường tĩnh mạch cho kết quả tốt. Tuy nhiên, Amphotericin B có nhiều tác dụng không mong muốn như sốt, tăng ure, độc trên gan thận nên Itraconazole vẫn là lựa chọn đầu tiên để điều trị bệnh⁹.

Triệu chứng cơ năng cải thiện sớm nhất là ho, ngứa họng, sau cùng là khàn tiếng. Sau khi bóc giả mạc (loại bỏ nguyên nhân gây ngứa họng và ho) nên triệu chứng được cải thiện nhanh, tuy nhiên dây thanh còn viêm phù nề trong thời gian dài nên triệu chứng khàn tiếng chưa cải thiện nhanh được. Điều này cũng rất cần thiết trong việc giải thích cho BN trước khi điều trị, để BN không quá kỳ vọng vào sự cải thiện nhanh chóng của giọng nói. Thời gian điều trị trung bình là 7,15 tuần cao hơn các nghiên