

- D. (2013). Sitagliptin pretreatment in diabetes patients presenting with acute coronary syndrome: results from the Acute Coronary Syndrome Israeli Survey (ACSIS), Cardiovascular Diabetology, 12-53
3. **Poznyak, A. V., Sadykhov, N. K., Kartuesov, A. G., Borisov, E. E., Melnichenko, A. A., Grechko, A. V., & Orekhov, A. N.** (2022). Hypertension as a risk factor for atherosclerosis: Cardiovascular risk assessment. Published online 2022 Aug 22
 4. **Li, K., Yao, F., Xue, Q., Fan, H., Yang, L., Li, X., ... & Liu, Y.** (2018). Inhibitory effects against α -glucosidase and α -amylase of the flavonoids-rich extract from *Scutellaria baicalensis* shoots and interpretation of structure-activity relationship of its eight flavonoids by a refined assign-score method. Chemistry Central Journal, 12(1), 1 – 11.
 5. **The Han Nguyen, Thi Huyen Nguyen, Van Minh Nguyen, Thi Lan Phuong Nguyen, Thi Van Anh Tran, Anh Duy Do, Sang Moo Kim** (2019). Antidiabetic and antioxidant activities of red seaweed *Laurencia dendroidea*. Asian Pacific Journal of Tropical Biomedicine, 9(12), 501 – 509.
 6. **Lacroix, I. M., & Li-Chan, E. C.** (2013). Inhibition of dipeptidyl peptidase (DPP)-IV and α -glucosidase activities by pepsin-treated whey proteins. Journal of agricultural and food chemistry, 61(31), 7500-7506.
 7. **Dai-Hung Ngo, BoMi Ryu, Se-Kwon Kim** (2014). Active peptides from skate (*Okamejei kenojei*) skin gelatin diminish angiotensin-I converting enzyme activity and intracellular free radical-mediated oxidation. Food Chemistry, 143, 246-255.
 8. **Andi Suhendi, Agus Salim Maulana.** (2021). Inhibition Activity of Leaves, Flower and Root Extracts of *Ruellia tuberosa* L on α -glucosidase Enzymes. Journal of Nutraceuticals and Herbal Medicine, 3(2), 21-28.

KHẢO SÁT NGUYÊN NHÂN, ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG SẸO HẸP THANH - KHÍ QUẢN TẠI BỆNH VIỆN TAI MŨI HỌNG TP. HỒ CHÍ MINH

Trần Hoàng Anh¹, Trần Tuấn Anh²,
Nguyễn Thị Ngọc Dung³, Lê Hữu Lễ⁴

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả nguyên nhân, đặc điểm lâm sàng của sẹo hẹp thanh – khí quản tại bệnh viện Tai mũi họng Thành phố Hồ Chí Minh. **Phương pháp:** nghiên cứu mô tả cắt ngang. **Đối tượng nghiên cứu:** 29 trường hợp sẹo hẹp thanh – khí quản điều trị tại Bệnh viện Tai mũi họng Thành phố Hồ Chí Minh từ tháng 01/2019 đến tháng 2/2022. **Kết quả:** Trong 29 trường hợp sẹo hẹp thanh – khí quản, hai nhóm nguyên nhân: do đặt nội khí quản chiếm 41,4% và mở khí quản chiếm 27,6% gặp ở bệnh viện Tai mũi họng thành phố Hồ Chí Minh là nhiều nhất. Các nguyên nhân khác gồm chấn thương kín vùng thanh quản chiếm 10,3%, nhóm nguyên nhân do viêm nhiễm chiếm 13,8% và nhóm nguyên nhân sau nội soi thanh quản chiếm 10,3%. Tỷ lệ sẹo hẹp thanh – khí quản hay gặp nhiều ở nam chiếm 69% so với nữ chiếm 31%. Tỷ lệ bệnh nhân vào viện với triệu chứng khó thở chiếm tỷ lệ cao nhất (41,4%), tiếp đến là khó rút ống thở sau mở khí quản hoặc đặt ống nội khí quản (20,7%), khàn tiếng chiếm tỉ lệ thấp nhất (3,4%). **Kết luận:** Nguyên nhân sẹo hẹp thanh – khí quản chủ yếu thường gặp do đặt nội khí quản và mở khí quản, thường gặp ở nam. Bệnh cảnh lâm sàng chủ yếu là

khó thở và khó rút ống thở sau mở khí quản hoặc đặt ống nội khí quản. **Từ khóa:** Nội khí quản, Mở khí quản, Sẹo hẹp thanh khí quản, Sẹo hẹp khí quản, Sẹo hẹp thanh quản.

SUMMARY

SURVEY OF CAUSES, CLINICAL OF LARYNGOTRACHEAL STENOSIS IN HCMC EAR NOSE THROAT HOSPITAL

Objective: Describe causes, clinical characteristics of laryngotracheal stenosis at HCM ENT Hospital. **Method:** A cross-sectional description study. **Study subject:** 29 cases of laryngotracheal stenosis treated at HCM ENT from January 2019 to February 2022. **Results:** Among 29 cases, the most common causes for laryngotracheal stenosis were endotracheal intubation and tracheostomy, which were relevant to 41.4% and 27.6%, respectively. Other reasons including closed tracheal trauma (10.3%), infection diseases (13.8%) and tracheal endoscopy (10.3%). The proportion of laryngotracheal stenosis was higher in men than that in women, which were 69% (20/29 cases) and 31% (9/29 cases), respectively. In regard to admission symptoms, apnea was the most common accounting for 41.4 of all the cases; followed by difficult withdrawal of tracheal tube after endotracheal intubation or tracheostomy (20.7%); and finally, hoarseness accounted for the least proportion, which was 3.4%. **Conclusion:** Laryngotracheal stenosis were mostly caused by endotracheal intubation and tracheostomy, and was mostly occurred in men. Common clinical symptoms were apnea and difficult withdrawal of tracheal tube after endotracheal intubation or Tracheostomy.

¹Bệnh viện Đa khoa tỉnh Bình Dương

²Bệnh viện Quốc tế Becamex

³Đại học Y Khoa Phạm Ngọc Thạch

⁴Bệnh viện Nguyễn Trãi

Chịu trách nhiệm nội dung: Trần Hoàng Anh

Email: bsanh.ent@ecovnn.com

Ngày nhận bài: 8.6.2023

Ngày phản biện khoa học: 21.7.2023

Ngày duyệt bài: 11.8.2023

Keywords: Endotracheal intubation, Tracheostomy, Laryngotracheal stenosis, Tracheal stenosis, Laryngeal stenosis.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Sẹo hẹp thanh – khí quản (SHTKQ) là hậu quả và di chứng của rất nhiều nguyên nhân khác nhau gây ra, đặt ra nhiều vấn đề thách thức trong công tác điều trị.

SHTKQ ảnh hưởng nặng nề đến tâm lý của người bệnh, giảm khả năng giao tiếp, hạn chế khả năng lao động thông thường và mức độ tham gia vào các hoạt động xã hội, cộng đồng.

Do vậy, việc tiến hành tiếp tục nghiên cứu nguyên nhân, đặc điểm lâm sàng, nội soi và hình ảnh chụp cắt lớp vi tính của sẹo hẹp thanh – khí quản góp phần hạn chế đến mức thấp nhất biến chứng SHTKQ là một điều cần thiết.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Tất cả bệnh nhân sẹo hẹp thanh khí quản (SHTKQ) được thăm khám, chẩn đoán và điều trị tại Bệnh viện Tai Mũi Họng Thành phố Hồ Chí Minh. Bệnh nhân gồm 2 nhóm:

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Các nguyên nhân gây sẹo hẹp thanh khí quản theo giới (n=29)

Đặc điểm	Nguyên nhân					p*
	NKQ n (%)	MKQ n (%)	Viêm n (%)	Chấn thương n (%)	Sau PT n (%)	
Giới						
- Nam	10 (50)	4 (20,0)	1 (5,0)	3 (15,0)	2 (10,0)	0,087
- Nữ	2 (22,2)	4 (44,4)	3 (33,3)	0 (0,0)	0 (0,0)	
Tổng số	12 (41,4)	8(27,6)	4 (13,8)	3 (10,3)	3 (10,3)	-

Nhận xét: Theo giới tính, tỷ lệ gây SHTKQ do NKQ, chấn thương và vi phẫu thanh quản ở nam hay gặp hơn nữ (ở nam 20/29 trường hợp chiếm 69% so với nữ 9/29 trường hợp chiếm 31%). Tuy nhiên, sự khác biệt về nhóm nguyên nhân SHTKQ giữa nam và nữ là không có ý nghĩa thống kê (với $p > 0,05$).

Bảng 2. Một số nguyên nhân của bệnh nhân lúc vào viện (n=29)

Nguyên nhân	Số BN	Tỉ lệ
Nội khí quản	12	41,4
Mở khí quản	8	27,6
Viêm nhiễm	4	13,8
Chấn thương	3	10,3
Phẫu thuật	2	6,8

Nhận xét: Tỷ lệ nguyên nhân gây SHTKQ hay gặp nhất là đặt nội khí quản (NKQ) (12 trường hợp chiếm 41,4%), tiếp đến là mở khí quản (MKQ) (8 trường hợp chiếm 27,6%) và viêm nhiễm (4 trường hợp chiếm 13,8%). Chấn

- Nhóm bệnh nhân hồi cứu: gồm các BN được chẩn đoán SHTKQ từ tháng 01 năm 2019 đến tháng 02 năm 2021 (27 bệnh nhân).

Nhóm bệnh nhân tiền cứu: gồm BN SHTKQ được chẩn đoán từ tháng 03 năm 2021 đến tháng 02 năm 2022 (02 bệnh nhân).

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu: sử dụng phương pháp hồi cứu và tiền cứu mô tả cắt ngang.

2.2.2. Phương pháp chọn mẫu nghiên cứu: vì phương pháp của chúng tôi là mô tả loạt ca, tính chất bệnh hiếm gặp, sử dụng chọn mẫu mục đích nên không tính cỡ mẫu.

2.2.3. Xử lý và phân tích số liệu. Số liệu thu thập được trên bệnh án mẫu sẽ được kiểm tra làm sạch và sau đó được xử lý bằng phần mềm thống kê SPSS 20.0. Tỷ lệ % và số lượng được sử dụng trong thống kê mô tả. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

2.2.4. Đạo đức nghiên cứu: Nghiên cứu được sự đồng ý của bệnh viện, người bệnh và kết quả chỉ phục vụ cho mục đích nghiên cứu, thông tin cá nhân của người bệnh được bảo mật.

thương do khách quan hoặc do phẫu thuật gây SHTKQ đều chiếm 10,3%. Không có đối tượng nào do nguyên nhân phối hợp.

Bảng 3. Triệu chứng lâm sàng sẹo hẹp thanh – khí quản (n=29)

Triệu chứng	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Khó thở	12	41,4
Khàn tiếng	1	3,4
Khó rút ống	6	20,7
Tổng số	29	100,0

*Fisher's exact test

Nhận xét: Tỷ lệ bệnh nhân vào viện với triệu chứng khó thở chiếm tỷ lệ cao nhất (41,4%), tiếp đến là khó rút ống thở sau MKQ hoặc đặt ống NKQ (20,7%), khàn tiếng chiếm tỉ lệ thấp nhất (3,4%).

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm lâm sàng của sẹo hẹp thanh- khí quản

4.1.1. Về giới. Theo kết quả nghiên cứu, tỉ lệ SHTKQ ở nam gấp 69%, nữ 31%, do nam giới thường đảm nhận những công việc nặng nhọc trong gia đình và xã hội, thường sử dụng rượu bia, có thể vì những lý do này mà nam giới có nguy cơ bị SHTKQ cao hơn so với nữ giới. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương tự với lại kết quả nghiên cứu của Grillo [4] và Phạm Thanh Sơn[2].

4.1.2. Nguyên nhân gây sẹ hẹp thanh - khí quản. Theo nghiên cứu của chúng tôi, nguyên nhân gây sẹ hẹp thanh - khí quản thường gặp nhất là đặt NKQ: 41,4%, kết quả này tương đồng với Quách Thị Cần là 48,2%[1].

Những yếu tố dẫn đến sẹ hẹp đã được nhiều tác giả nghiên cứu. Tác giả Cotton[3] cho rằng sự thiếu kinh nghiệm của người đặt ống nội khí quản (phải đặt ống nhiều lần) làm sẹ chặn đường thở gây tổn thương sẹ hẹp. Áp lực do bóng (cuff) của ống NKQ lớn hơn 25 cmH₂O gây nên thiếu máu cục bộ niêm mạc. Nếu vị trí bóng ở cao như vùng hạ thanh môn thì có thể sẽ gây sẹ hẹp vùng hạ thanh môn, nếu ống khí quản dài, vị trí bóng ở sâu hơn sẽ gây sẹ hẹp ở tại khí quản.

Thời gian lưu ống nội khí quản không nên quá 7 ngày đối với người lớn, với bệnh Nhi thì khả năng thích nghi ống nội khí quản tốt hơn nên thời gian lưu ống có thể từ 7 đến 14 ngày.

Nguyên nhân gây SHTKQ do MKQ chúng tôi gặp 8/29 bệnh nhân chiếm 27.6%

Như vậy hai nhóm nguyên nhân SHTKQ do đặt NKQ và MKQ gặp ở bệnh viện Tai mũi họng thành phố Hồ Chí Minh là nhiều nhất.

Chấn thương kín vùng thanh khí quản không được điều trị hoặc điều trị không đúng để lại di chứng sẹ hẹp thanh - khí quản chiếm 10,3%, số liệu của chúng tôi tương đương với Quách Thị Cần là 15,1%[1].

Nhóm nguyên nhân viêm nhiễm gặp 4/29 bệnh nhân (13,8%), trong đó di chứng của tổn thương lao cũ là 02 bệnh nhân các viêm nhiễm.

Nhóm nguyên nhân chấn thương sau phẫu thuật nội soi chiếm 10.3%.

4.1.3. Triệu chứng lâm sàng của bệnh nhân shtkq. Có 41,4% bệnh nhân vào viện vì khó thở, 3,4% bệnh nhân khàn tiếng, và 20,7% bệnh nhân có triệu chứng khó rút ống thở hoặc rút một vài ngày rồi phải đặt lại. Đa số bệnh nhân có tiền sử can thiệp vào đường thở và đã được rút ống thở để trở về gia đình, sau đó xuất hiện khó thở kiểu thanh quản và phải vào bệnh viện chuyên khoa để điều trị. Do vậy việc rút ống

thở tại các cơ sở cấp cứu phải tuân theo một quy trình chặt chẽ, đặc biệt là trên nhóm bệnh nhân có bệnh lý toàn thân nặng. So sánh với kết quả nghiên cứu của Nikola Nikovolski và cộng sự, kết quả nghiên cứu của chúng tôi có sự tương đồng. Triệu chứng nhập viện trong nghiên cứu của họ là 41% cao thứ nhì, sau triệu chứng khó chịu tại lồng ngực mỗi khi thở 50%. Trong khi đó, tỷ lệ nguyên nhân khó thở trong nghiên cứu của chúng tôi là 41,4%[6].

V. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu 29 đối tượng, chúng tôi rút ra được các kết luận sau:

Nguyên nhân SHTKQ chủ yếu thường gặp do đặt NKQ và MKQ, thường gặp ở nam. Bệnh cảnh lâm sàng chủ yếu là khó thở và khó rút ống thở sau MKQ hoặc đặt ống NKQ.

Thời gian lưu ống nội khí quản không nên quá 7 ngày đối với người lớn; 7 đến 14 ngày đối với bệnh nhi[5], [7].

SHTKQ ở Việt Nam có thể xảy ra ở mọi đối tượng, ở mọi nơi. Nguyên nhân gây ra SHTKQ rất đa dạng, trong đó biến chứng chấn thương thanh - khí quản do quá trình mở khí quản hoặc đặt nội khí quản không đúng kĩ thuật gây ra sẹ hẹp nặng nề.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Quách Thị Cần**, (2001), Tìm hiểu nguyên nhân và đánh giá kết quả điều trị sẹ hẹp TKQ gặp tại Bệnh viện Tai Mũi Họng Trung ương, Luận văn tốt nghiệp Bác sĩ chuyên khoa cấp II, Trường ĐH Y Hà Nội.
2. **Phạm Thanh Sơn và CS**, (1997), Những vấn đề được đặt ra trong sẹ hẹp thanh khí quản, Kỷ yếu Hội nghị khoa học kỹ thuật tuổi trẻ Đại học Y Dược Tp Hồ Chí Minh lần thứ XV, tr. 161 - 163.
3. **Cotton R.T**, (1997), "Management of subglottic stenosis in infancy and childhood", *Pediatric subglottic stenosis*, pp. 649-657.
4. **Grillo H C, Wright C D, Vlahakes G J, MacGillivray T E**, (2002), "Management of congenital tracheal stenosis by means of slide tracheoplasty or resection and reconstruction, with long-term follow-up of growth after slide tracheoplasty", *The Journal of Thoracic and Cardiovascular Surgery*, 123 (1), pp. 145-152.
5. **Lusk R.P, Woolley A L, Holinger L.D**, (1997), "Laryngotracheal stenosis in pediatric laryngology and broncho esophagology", pp. 165- 184.
6. **Nikolovski N, Kopacheva-Barsova G, Pejkovska A**, (2019), "Laryngotracheal Stenosis: A Retrospective Analysis of Their Aetiology, Diagnose and Treatment", *Open Access Maced J Med Sci*, 7 (10), pp. 1649-1656.
7. **Wiatrak B. J et al**, (1992), "Laryngotracheal reconstruction", *American academy of otolaryngology – Head and Neck surgery*, pp. 58-62.