



Original Article

# Clinical Symptoms, Endoscopic Imaging and Stroboscopic Imaging in Patients with Vocal Fold Polyp at National ENT Hospital from August 2020 to May 2021

Phung Manh Duc<sup>1</sup>, Dao Dinh Thi<sup>2</sup>, Nguyen Tuan Son<sup>1,2,\*</sup>

<sup>1</sup>VNU University of Medicine and Pharmacy, 144 Xuan Thuy, Cau Giay, Hanoi, Vietnam

<sup>2</sup>National Hospital of Otolaryngology, 78 Giai Phong, Dong Da, Hanoi, Vietnam

Received 24 May 2021

Revised 28 May 2021; Accepted 29 May 2021

**Abstract:** Vocal fold polyps are one of the most frequent benign laryngeal lesions, impacting the quality of voice of patients. This study aims to describe clinical characteristics, endoscopic and stroboscopic imaging in patients with vocal fold. The study used clinical images and histopathology to describe case series of 32 patients diagnosed with vocal fold polyps from August 2020 to May 2021. The study results show that the average age of the subjects was  $42.1 \pm 12.3$ ; the most common risk factor was laryngopharyngeal reflux (71.8%); the most common symptoms were hoarseness (100%), of which moderate hoarseness was 59.4%), sore throat - 50%, vocal fatigue - 43.7%; total vhi-30 score was mostly at mild significant affect (71.9%); polyps were usually found in the mid-third of the free margin (65.6%) and vocal fold incompletely closed (100%). The results of stroboscopy show that the presence of mucosal waves was 96.9% and wave amplitude decreased by 68.8%. Taken together, hoarseness is the main symptom and the reason why patients seek medical attention and the position of the vocal fold polyps is usually in the mid-third of the free margin, affecting the anatomy and voice function of the vocal folds.

**Keywords:** Vocal fold polyp, clinical characteristics, endoscopic imaging, stroboscopic imaging, LPR.

\* Corresponding author.

E-mail address: [tuansonent@gmail.com](mailto:tuansonent@gmail.com)

<https://doi.org/10.25073/2588-1132/vnumps.4336>

# Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, hình ảnh nội soi và hình ảnh soi hoạt nghiệm thanh quản trên bệnh nhân Polyp dây thanh tại Bệnh viện Tai Mũi Họng Trung ương từ tháng 8/2020 đến tháng 5/2021

Phùng Mạnh Đức<sup>1</sup>, Đào Đình Thi<sup>2</sup>, Nguyễn Tuấn Sơn<sup>1,2,\*</sup>

<sup>1</sup>Trường Đại học Y Dược, Đại học Quốc gia Hà Nội, 144 Xuân Thủy, Cầu Giấy, Hà Nội, Việt Nam

<sup>2</sup>Bệnh viện Tai Mũi Họng Trung ương, 78 Giải Phóng, Đống Đa, Hà Nội, Việt Nam.

Nhận ngày 24 tháng 5 năm 2021

Chỉnh sửa ngày 28 tháng 5 năm 2021; Chấp nhận đăng ngày 28 tháng 5 năm 2021

**Tóm tắt:** Polyp dây thanh (PLDT) là một trong những khối u lành tính dây thanh thường gặp nhất (22,9%) và ảnh hưởng không nhỏ đến chất lượng giọng nói của người bệnh mục tiêu: mô tả triệu chứng lâm sàng, hình ảnh nội soi và hình ảnh soi hoạt nghiệm thanh quản trên bệnh nhân PLDT. Đối tượng và phương pháp: nghiên cứu mô tả từng trường hợp trên 32 bệnh nhân được chẩn đoán PLDT bằng hình ảnh nội soi gián tiếp, nội soi hoạt nghiệm thanh quản và mô bệnh học trong thời gian từ tháng 08/2020 đến tháng 05/2021. Kết quả: độ tuổi trung bình của đối tượng nghiên cứu:  $42,1 \pm 12,3$  tuổi trong đó nghề nghiệp sử dụng giọng nói thường xuyên (28,1%). Yếu tố nguy cơ phổ biến nhất là hội chứng trào ngược họng-thanh quản (71,8%). Triệu chứng thường gặp nhất là khàn tiếng (100%) trong đó khàn tiếng vừa (59,4%), ngoài ra đau họng (50%) và nói mệt (43,7%). tổng điểm VHI-30 phần lớn ở mức ảnh hưởng nhẹ (71,9%). Polyp thường gặp ở vị trí 1/3 giữa bờ tự do (65,6%), dây thanh hờ khi phát âm (100%). Kết quả đo hoạt nghiệm thanh quản nhận thấy sự có mặt của sóng niêm mạc (96,9%), biên độ sóng giảm (68,8%), bình diện khép chênh lệch (62%). Kết luận: khàn tiếng là triệu chứng chính, là lý do bệnh nhân đi khám. Vị trí PLDT thường ở vị trí 1/3 giữa bờ tự do, ảnh hưởng đến cả giải phẫu và chức năng nói của dây thanh.

**Từ khoá:** PLDT, triệu chứng lâm sàng, hình ảnh nội soi, hình ảnh soi hoạt nghiệm thanh quản, LPR.

## 1. Mở đầu

PLDT là khối u lành tính của dây thanh. Theo một số nghiên cứu, PLDT chiếm 22,9% các tổn thương lành tính của dây thanh, với tỷ lệ ngày càng tăng [1]. Bệnh có thể gặp ở cả 2 giới, người lớn và trẻ nhỏ đều có thể mắc bệnh [2].

Nguyên nhân gây bệnh PLDT rất đa dạng gồm có: viêm nhiễm mũi xoang, họng mạn tính,

do trào ngược thanh quản,... Tỷ lệ mắc bệnh cao hơn ở những nhóm bệnh nhân có các yếu tố nguy cơ như là: lạm dụng giọng, nói nhiều, nói quá to,... [3, 4].

PLDT là nguyên nhân gây khàn tiếng; chỉ gây khó thở thanh quản khi khối polyp quá to làm hẹp khe thanh môn, gây cản trở hô hấp. Tuy nhiên, PLDT gây ảnh hưởng khá nhiều đến chất lượng cuộc sống và công việc hàng

\* Tác giả liên hệ.

Địa chỉ email: tuansonent@gmail.com

<https://doi.org/10.25073/2588-1132/vnumps.4336>

ngày, nhất là những người sử dụng giọng nhiều như ca sĩ, giáo viên, bán hàng,... [1].

Hiện nay có rất nhiều phương pháp để chẩn đoán PLDT như: soi thanh quản gián tiếp bằng gương, bằng ống nội soi cứng (optic 70 hoặc 90 độ), bằng ống soi mềm; soi thanh quản trực tiếp và nội soi hoạt nghiệm thanh quản. Trong đó, phương pháp nội soi hoạt nghiệm thanh quản có giá trị chẩn đoán cao, phát hiện được tổn thương dây thanh về cả hình thái và chức năng phát âm.

Hiện nay, tại Việt Nam có một số công trình nghiên cứu về chẩn đoán và điều trị polyp thanh quản, tuy nhiên đa số dựa vào hình ảnh nội soi gián tiếp hoặc nội soi hoạt nghiệm hoặc mô bệnh học để chẩn đoán. Chưa nhiều tác giả nghiên cứu theo hướng tổng hợp triệu chứng lâm sàng, hình ảnh nội soi gián tiếp và nội soi hoạt nghiệm thanh quản để gia tăng mức độ chính xác của chẩn đoán. Đặc biệt, trong nghiên cứu này, tổn thương lấy ra khi phẫu thuật được gửi giải phẫu bệnh để đánh giá bản chất và độ chính xác của chẩn đoán trước mổ. Vì vậy, chúng tôi thực hiện đề tài với mục tiêu sau: “Mô tả triệu chứng lâm sàng, hình ảnh nội soi và hình ảnh soi hoạt nghiệm thanh quản trên bệnh nhân PLDT tại Bệnh viện Tai Mũi Họng Trung ương từ tháng 8/2020 đến tháng 5/2021”.

## 2. Đối tượng và phương pháp nghiên cứu

### 2.1. Phương pháp nghiên cứu

Nghiên cứu được tiến hành từ tháng 8/2020 đến tháng 5/2021 tại Bệnh viện Tai Mũi Họng Trung ương. Thiết kế nghiên cứu: mô tả từng trường hợp. Phương pháp chọn mẫu: thuận tiện. Thực thể chúng tôi đã thu thập số liệu của 2 bệnh nhân với tiêu chuẩn lựa chọn bao gồm: i) Được chẩn đoán lâm sàng qua nội soi thanh quản gián tiếp bằng optic có hình ảnh nghi đến polyp, được đánh giá bằng nội soi hoạt nghiệm thanh quản có kết quả polyp thanh quản; và ii) Có kết quả xét nghiệm mô bệnh học sau phẫu thuật là polyp. Tiêu chuẩn loại trừ là bệnh nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu hoặc giải phẫu bệnh sau phẫu thuật không phải là polyp.

### 2.2. Biến số nghiên cứu

Số liệu nghiên cứu được thu thập bởi các thành viên trong nhóm nghiên cứu. Thu thập viên đã được tập huấn tập huấn trước về cách phỏng vấn bệnh nhân và ghi chép thông tin trong hồ sơ án bởi giáo viên hướng dẫn. Cụ thể, các thông tin chung và triệu chứng năng bao gồm: họ và tên, tuổi, giới tính, nghề nghiệp, địa dư, mức độ khàn tiếng, thời gian khởi phát khàn tiếng và triệu chứng cơ năng khác được thu thập viên phỏng vấn trực tiếp người bệnh; tổng điểm VHI-30 (thang điểm khiếm khuyết giọng nói, đánh giá ảnh hưởng của các rối loạn giọng nói đến chất lượng cuộc sống người bệnh) được bệnh tự điền vào phiếu khảo sát dưới hướng dẫn của thu thập viên; kết quả nội soi và soi hoạt nghiệm thanh quản được ghi chép lại từ hồ sơ bệnh án vào phiếu bệnh án nghiên cứu. Sau khi thu thập, số liệu được làm sạch và nhập bằng phần mềm Epidata 3.1, sau đó được phân tích bằng phần mềm STATA 14.0. Xử lý số liệu theo các thuật toán thống kê y sinh học: so sánh 2 giá trị trung bình sử dụng T test, so sánh 2 tỷ lệ phần trăm sử dụng  $\chi^2$  bình phương, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê khi  $p < 0,05$ .

### 2.3. Đạo đức nghiên cứu

Đạo đức nghiên cứu: đề cương nghiên cứu được sự đồng ý của hội đồng đạo đức nghiên cứu Trường Đại học Y Dược, Đại học Quốc gia Hà Nội. Trước khi tiến hành thu thập thông tin cho nghiên cứu, các đối tượng nghiên cứu được thông báo về mục đích, quy trình nghiên cứu và ký bản chấp nhận tham gia nghiên cứu, và chỉ tiến hành nghiên cứu đối với những người tự nguyện tham gia nghiên cứu. Nghiên cứu không ảnh hưởng gì đến quyền lợi của người bệnh trong quá trình khám và chữa bệnh. Người bệnh có thể ngừng tham gia nghiên cứu vào bất cứ thời điểm nào. Các thông tin về bệnh và cá nhân đối tượng nghiên cứu được giữ bí mật. Các khía cạnh đạo đức khác trong nghiên cứu đều được tuân thủ theo tuyên ngôn Helsinki năm 1966 và những điểm trọng tâm trong hội nghị về đạo đức trong nghiên cứu khoa học tại Tokyo năm 2000.

### 3. Kết quả nghiên cứu

#### 3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Bảng 1. Đặc điểm chung

Đặc điểm chung	n	Tỷ lệ (%)
Tuổi		
<20	1	3,1
20-35	6	18,7
36-45	14	43,8
46-55	6	18,7
> 55	5	15,6
Giới tính		
Nam	16	50
Nữ	16	50
Nghề nghiệp		
Nghề nghiệp sử dụng giọng nói thường xuyên	9	28,1
Khác	23	65,6
Thu nhập		
<8 triệu	12	37,5
8-15 triệu	15	46,9
>15 triệu	5	15,6
Địa dư		
Thành thị	7	21,9
Nông thôn	25	78,1

Bảng 1 mô tả đặc điểm chung của 32 bệnh nhân được chẩn đoán PLDT. Theo đó, không thấy sự khác biệt về giới tính, nam và nữ đều chiếm 50%. Độ tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu là  $42,15 \pm 12,3$  tuổi, tuổi thấp nhất là 9 và cao nhất là 67. Trong đó độ tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất là 36-45 tuổi (43,8%). Nghề nghiệp sử dụng giọng nói nhiều xuyên như: giáo viên, ca sĩ, bán hàng,... chiếm 28,1%. Hầu hết bệnh nhân sống tại nông thôn, tỷ lệ sống ở nông thôn chia cho sống ở thành thị sấp xỉ 4/1. Thu nhập đa số ở mức 8-15 triệu/1tháng (46,9%).

#### 3.2. Tiền sử và yếu tố nguy cơ

Tỷ lệ bệnh nhân mắc hội chứng trào ngược họng-thực quản (LPR) I cao nhất (71,8%). Tiếp theo đến các bệnh viêm mũi xoang mạn tính,

viêm họng mạn tính, viêm amydal mạn tính chiếm 65,6%. Gần một nửa số bệnh nhân có sử dụng rượu bia (40,6%).

Bảng 2. Tiền sử

Tiền sử	n	Tỷ lệ (%)
Viêm mũi xoang mạn tính, viêm họng mạn tính, viêm amydal mạn tính	21	65,6
Hen phế quản	2	6,2
Hội chứng trào ngược họng – thực quản	23	71,8
Dị ứng	2	6,2
Hút thuốc	9	18,1
Uống rượu	13	40,6

#### 3.3. Triệu chứng lâm sàng

Bảng 3. Triệu chứng lâm sàng

Đặc điểm lâm sàng	n	Tỷ lệ (%)	
Triệu chứng lâm sàng			
Khàn tiếng	Nhẹ	6	18,7
	Vừa	19	59,4
	Nặng	7	21,9
	Không khàn	0	0
Khó thở	0	0	
Nói mệt	14	43,7	
Nuốt vướng	12	37,5	
Đau họng, vướng họng	16	50	
Thời gian khàn tiếng			
<6 tháng	19	59,4	
6 tháng – 1 năm	3	9,4	
>1 năm	10	31,2	
Tổng điểm VHI-30			
Không ảnh hưởng (Z-score <1)	0	0	
Ảnh hưởng nhẹ (Z-score từ 1,01-1,99)	23	71,9	
Ảnh hưởng vừa (Z-score từ 2,00-2,99)	5	15,6	
Ảnh hưởng nghiêm trọng (Z-score >3)	4	12,5	

Dữ liệu được lấy từ 32 bệnh nhân, trong đó cả 32 bệnh nhân đều có triệu chứng khàn tiếng, bao gồm 6 bệnh nhân khàn tiếng nhẹ (18,7%), 17

bệnh nhân khàn tiếng vừa (59,4%) và 9 bệnh nhân khàn tiếng nặng (21,9%). Đa số các bệnh nhân đến khám khi triệu chứng khàn tiếng khởi phát trong vòng 6 tháng. Ngoài ra trong 32 bệnh nhân có 14 bệnh nhân có triệu chứng nói mệt (43,7%) và 16 bệnh nhân đau họng (50%). Theo thang điểm VHI-30, những rối loạn giọng nói do PLDT gây ra ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống của 32/32 bệnh nhân (100%), phần lớn là ảnh hưởng ở mức độ nhẹ (71,9%).

### 3.4. Hình ảnh nội soi

Bảng 4. Hình ảnh nội soi

Kích thước polyp (mm)		
Trung bình	1,78	
Lớn nhất	5	
Nhỏ nhất	1	
Sd	0,83	
	number of patients (n=32)	percentage (%)
Đặc điểm chân bám và cuống polyp		
Có cuống, chân bám gọn	16	50
Không có cuống, chân bám rộng	16	50
Vị trí polyp		
1/3 giữa bờ tự do dây thanh	21	
1/3 trên bờ tự do dây thanh	2	
1/3 dưới bờ tự do dây thanh	1	
1/3 giữa mặt trên dây thanh	8	
Tình trạng dây thanh		
Dây thanh đóng không kín	32	100
Phù nề, xung huyết dây thanh	19	59,3
Bờ tự do dây thanh không đều	31	96,9

Kích thước polyp nằm trong khoảng từ 1-5 mm, trung bình là  $1,78 \pm 0,83$  mm. Tỷ lệ chân rộng có cuống và chân hẹp không có cuốn

bằng nhau. Vị trí hay gặp nhất là 1/3 giữa bờ tự do dây thanh. 100 % trường hợp dây thanh hở khi phát âm, phù nề sung huyết dây thanh (56,3%), bờ tự do dây thanh không đều (96,9%).

### 3.5. Hình ảnh soi hoạt nghiệm thanh quản

Bảng 5. Hình ảnh soi hoạt nghiệm thanh quản

Đặc điểm	n	Tỷ lệ (%)
Vận động mở - khép dây thanh	0	0
Sóng niêm mạc	31	96,9
Giảm biên độ sóng	22	68,8
Mất cân xứng sóng	22	68,8
Bình diện khép chênh lệch	20	62,5
Chu kỳ không đều	28	87,5
Co thắt	3	9,4
Thanh môn pha đóng không kín	31	96,9

Tất cả trường hợp đều có vận động mở khép dây thanh bình thường. Và thông tin về sóng niêm mạc được tìm thấy ở hầu hết bệnh nhân (96,9%). Tuy nhiên, phần lớn thanh môn pha đóng không kín (87,5%). Biên độ sóng giảm ở 22/32 trường hợp (68,8%). Hình ảnh soi hoạt nghiệm thanh quản còn ghi nhận tình trạng mất cân xứng sóng (68,8%), bình diện khép chênh lệch (62,5%) và co thắt (9,4%).

## 4. Bàn luận

Trong 32 mẫu nghiên cứu, tuổi thấp nhất là 9 tuổi, cao nhất là 67 tuổi, trung bình 42,2 tuổi. Lứa tuổi hay gặp nhất là từ 36 đến 45 tuổi chiếm 43,75%. Số trường hợp nam và nữ là bằng nhau (50%). Theo Nguyễn Khắc Hòa, Trần Công Hòa và cộng sự độ tuổi hay gặp nhất trong 315 trường hợp tổn thương lành tính ở dây thanh là 20-50 tuổi chiếm 82,5% [1]. Nghiên cứu SaKae trên 68 trường hợp PLDT cũng cho kết quả tương tự, tuổi trung bình là 39,5; nam chiếm 41,5% [5]. Điều này giải thích bởi 36-45 là độ tuổi lao động chính, nhất là những nghề phải sử dụng giọng nói ở cường độ cao, dẫn đến những tổn thương dây thanh như: phù nề, sung huyết. Trong 1 nghiên cứu gồm 227 trường hợp PLDT của N. Kawase

và cộng sự chỉ ra có 31% bệnh nhân lạm dụng giọng nói trong công việc [6]. Kết quả này có sự tương đồng với nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ bệnh nhân sử dụng giọng nói thường xuyên là 28,1%. Mặt khác, chúng tôi nhận thấy trào ngược họng - thanh quản nổi lên là yếu tố nguy cơ hàng đầu của PLDT. Theo một nghiên cứu của Akdogan khảo sát trên 32 bệnh nhân cho thấy sự hiện diện của men dạ dày pepsin cao hơn đáng kể (75%) trong các bệnh nhân PLDT so với nhóm chứng (25%) [7].

Triệu chứng cơ năng thường gặp nhất trong nghiên cứu của chúng tôi là khàn tiếng và cũng là lý do bệnh nhân đi khám bệnh, chủ yếu là khàn tiếng mức độ vừa (59,3%). Thời gian khàn tiếng của bệnh nhân thường trong vòng 6 tháng (59,4%). Ngoài ra PLDT còn gây nên các triệu chứng khác như: đau họng (59,4%), nói mệt (43,6%) và không có khó thở (0%). Kết quả này, phù hợp với nghiên cứu của Tăng Xuân Hải trong 41 trường hợp PLDT có 56,1% khàn vừa, khàn nặng 17,1%, khàn nhẹ 17,1% [8]. Dấu hiệu khàn tiếng được Sakaé giải thích là do khối u lành tính của dây thanh làm giảm sự rung động của dây thanh và làm dây thanh khép không kín khi phát âm [5]. Điều này dẫn đến bệnh nhân nói khàn và không rõ âm sắc. Trong nghiên cứu của Zhang và đồng nghiệp cũng chỉ ra khàn tiếng và nói mệt là triệu chứng chính của PLDT, mức độ khàn tiếng phụ thuộc vào kích thước polyp [9]. Trong 32 bệnh nhân được khảo sát bằng thang điểm VHI-30, có 23 bệnh nhân ảnh hưởng nhẹ (71,9%), 5 bệnh nhân ảnh hưởng vừa (15,6%) và 4 bệnh nhân ảnh hưởng nghiêm trọng (12,5%). Điều này có thể giải thích bởi PLDT làm cho hai dây thanh khép không kín, sự đóng mở dây thanh khó khăn. Các xung thanh môn không ổn định, lượng không khí qua thanh môn không điều hòa, tạo ra có nhiều tiếng ồn, tiếng thở. Khiến người đối diện khó có thể nghe rõ lời nói của bệnh nhân. Mặt khác, PLDT còn ảnh hưởng đến tần số rung của dây thanh, ảnh hưởng đến tần số thanh cơ bản (Fo) và ảnh hưởng đến cách thức rung của dây thanh làm cho đặc trưng của chất giọng bị thay đổi [10].

Hình ảnh nội soi thanh quản cho thấy: không có sự khác biệt về hình thái cuống và chân bám

của khối polyp, kích thước polyp trung bình là 1,78 mm, nhỏ nhất là 1 mm và lớn nhất là 5 mm. Vị trí thường gặp là 1/3 giữa dây thanh chiếm 75,0% và không gặp ở 1/3 sau dây thanh. Tình trạng mũi, vòm, VA phù nề, có dịch gặp ở 4/32 trường hợp chiếm (12,5%). Kết quả đo hoạt nghiệm thanh quản: chuyển động mở-khép dây thanh bình thường ở tất cả trường hợp nghiên cứu (100%), có sự xuất hiện của sóng niêm mạc ở 31/32 trường hợp, biên độ sóng giảm (68,8%), mất cân xứng sóng (68,8%), co thắt (9,4%). Nghiên cứu của Cielo và cộng sự đã mô tả đặc điểm hình ảnh soi hoạt nghiệm thanh quản như sau: biên độ sóng niêm mạc giảm hoặc mất tại vị trí tổn thương, bất đối xứng sóng 2 bên dây thanh, bình diện khép không đều và thanh môn đóng không kín [11]. Tác giả giải thích rằng sự thay đổi độ rung của dây thanh phụ thuộc vào kích thước của polyp. Tương tự, Yamauchi cũng xác nhận sự khác biệt giữa những bệnh nhân có và không có PLDT: giảm biên độ và tần số sóng, thanh môn đóng không kín [12]. Như vậy, các tác giả đều không ghi nhận giảm hoặc mất vận động mở khép dây thanh.

Dựa trên những kết quả thu được, PLDT có tỷ lệ mắc cao hơn ở những đối tượng trong độ tuổi lao động, đặc biệt với những công việc sử dụng giọng nói như một công cụ lao động. Vì vậy nhiệm vụ của chúng ta là giúp cho người bệnh thấy được hậu quả của việc lạm dụng giọng nói như: nói to, nói nhiều, nói sai tư thế và cần kịp thời tư vấn giúp họ cách phát âm để phòng mắc bệnh. Cần điều trị sớm và triệt để các bệnh mạn tính như là: viêm tai-mũi-họng mạn tính, trào ngược họng - thanh quản,... để làm giảm nguy cơ hình thành PLDT. Bệnh nhân nên đi khám sớm khi phát hiện các triệu chứng như khàn tiếng, nói mệt, đau họng và tốt nhất là nên đi khám tai mũi họng định kỳ 6 tháng 1 lần để phát hiện sớm các bệnh, giúp điều trị hiệu quả hơn và cải thiện chất lượng cuộc sống. Đối với các bác sĩ, khi thấy bệnh nhân có triệu chứng khàn tiếng kéo dài và hình ảnh nội soi nghi ngờ PLDT thì nên chỉ định soi hoạt nghiệm thanh quản để có chẩn đoán chính xác hơn cũng như xác định được những rối loạn rung của dây thanh.

Tuy vậy, nghiên cứu của chúng tôi còn một số hạn chế nhất định. Do thời gian nghiên cứu chưa đủ dài nên cỡ mẫu còn nhỏ.

## 5. Kết luận

- PLDT gặp chủ yếu ở độ tuổi 35 - 45 tuổi.
- Không có sự khác biệt về tỷ lệ mắc ở 2 giới.
- Nghề nghiệp sử dụng giọng nói như công cụ lao động (28,1%).

- Viêm mũi xoang, viêm họng, viêm amydan mạn tính, trào ngược họng-thực quản là yếu tố nguy cơ thường gặp.

- Về lâm sàng, khàn tiếng là triệu chứng chính có khi là duy nhất ở 100% bệnh nhân, mức độ khàn vừa chiếm tỷ lệ cao nhất (59,4%). Ngoài ra còn một số triệu chứng hay gặp khác là nói mệt, đau họng.

- Hình ảnh nội soi: vị trí thường gặp ở 1/3 giữa hoặc 1/3 trước bờ tự do dây thanh một bên hiếm khi ở 1/3 sau, chân bám có thể có cuống hoặc không có cuống. Kích thước trung bình của polyp là 1,78 mm.

- Hình ảnh soi hoạt nghiệm thanh quản: biên độ sóng giảm, sóng mất cân xứng, bình diện khép không đều, thanh môn đóng không kín, vận động mở khép dây thanh bình thường và hiếm gặp co thắt.

## Tài liệu tham khảo

- [1] N. K. Hoa, T. C. Hoa, Benign Vocal Cord Lesions, Review of 315 Cases of Surgery at the Laryngeal Surgery Department - National Hospital of Otolaryngology, Journal of Practical Medicine, 2006, pp. 2-6 (in Vietnamese).
- [2] A. Zhukhovitskaya, D. Battaglia, S. M. Khosla et al., Gender and Age in Benign Vocal Fold Lesions, the Laryngoscope, 2014, pp. 193.
- [3] N. N. Lien, P. T. Canh, The Basic Ear Nose Throat, Medical Publishing, Hanoi, 1997.
- [4] N. P. Mai, Clinical Features and Treatment outcomes Benign Laryngeal Tumors at the ENT Center in Ho Chi Minh City, Thesis of a Specialist Doctor 2, Ho Chi Minh Medical University, 1999, 55-67 (in Vietnamese).
- [5] F. A. Sakaé et al., Vocal Fold Polyps and Cover Minimum Structural Alterations, Associated Injuries, Otorinolaryngol, Vol. 70, 2004, pp. 1-6.
- [6] N. A. Kawase, H. Hirose et al., A Statistical Study of Vocal Cord Nodule, Vocal Cord Polyp and Polypoid Vocal Cord, with Special Reference to the Physical and Social Histories of Patients, Ann Bull RilpHo, Vol. 16, 1982, pp. 235-245.
- [7] M. V. Akdogan, O. Topal, S. S. Erbek, Expression of a Disintegrin and Metalloproteinase -33 Protein in Vocal Fold Polyps, J Laryngol Otol, 2015, pp. 688-692.
- [8] T. X. Hai, Clinical Features Pathology of Vocal Cort Polysand Affect of Voice Quality, Thesis of a Specialist Doctor 2, Hanoi Medical University, Vol. 18, 2006, pp. 76-77 (in Vietnamese).
- [9] Y. Zhang, Chaotic vibrations of a Vocal Fold Model with a Unilateral Polyp, J Acoust Soc Am, 2004, pp. 115.
- [10] N. Q. Hung, Clinical Features Pathology, of Vocal cort Cys and Affect of Voice Quality, Thesis of Master, Hanoi Medical University, Vol, 21-13, 2006, pp. 59 - 70 (in Vietnamese)
- [11] C. A. Cielo, L. S. Finger, J. C. Rosa, A. R. Brancalioni, Organic and functional Lesions: Nodules, Polyps and Reinke's Edema, Rev CEFAC, 2011, pp. 735-748.
- [12] A. Yamauchi, H. Imagawa et al., Quantification of Vocal Fold Vibration in Various Laryngeal Disorders Using High-Speed Digital Imaging, J Voice, Vol. 30, pp. 2016, pp. 205-214.