

U NHÚ THANH QUẢN

1. ĐỊNH NGHĨA

U nhú thanh quản, còn gọi là bướu gai thanh quản hay papilloma thanh quản là một trong những khối u lành tính thường gặp ở thanh quản. Bệnh có thể gặp ở người lớn và trẻ em với tỉ lệ 2/3 là trẻ em.

2. NGUYÊN NHÂN

Nguyên nhân sinh bệnh u nhú là loại siêu vi HPV (Humanpapilomavirus), chủ yếu là týp 6 và 11.

3. CHẨN ĐOÁN

- Tiêu chuẩn chẩn đoán
 - + Lâm sàng:
 - Khàn tiếng.
 - Khó thở.
 - Triệu chứng khác: ho kéo dài, viêm phổi tái phát.
 - + Tiền căn: có thể đã phẫu thuật cắt u nhú thanh quản nhiều lần.
 - + Cận lâm sàng
 - Nội soi thanh quản: cho hình ảnh u nhú thanh quản, giúp thấy vị trí và mức độ của u nhú (mô sùi, nhiều múi như bông cải hoặc quả dâu tây).
 - CT scan vùng ngực: rất cần thiết khi xác định u nhú lan khí phế quản và phổi.
- Thể lâm sàng
 - + Thể lành tính: tái phát chậm và ít sùi hơn, lành sau một vài lần soi cắt.
 - + Thể xâm lấn: phát triển nhanh, tạo thành nhiều khối sùi, tái phát nhanh và khối lượng lớn, dễ gây khó thở, đôi khi

phải mở khí quản cấp cứu. Do đó, ở thể này, thường u nhú ở khí quản, phế quản và nhu mô phổi.

- Chẩn đoán phân biệt:
 - + Polyp thanh quản, nang thanh quản, lao thanh quản, ung thư thanh quản...

4. ĐIỀU TRỊ

4.1. Điều trị nội khoa

- Điều trị tại chỗ: thường điều trị nội khoa toàn thân hỗ trợ.
- Điều trị toàn thân hỗ trợ nhằm tác động trên hệ thống miễn dịch của cơ thể hoặc tác động trên siêu vi HPV để làm biến mất u nhú, ngăn chặn sự tái phát hoặc ít nhất kéo dài thời gian giữa hai lần tái phát: sử dụng kháng virus đường toàn thân hoặc tiêm trực tiếp lên mô u nhú, liệu pháp gene...
 - + Interferon.
 - + Indol-3-Carbinol, Ribavirin, Acyclovir, Methotrexate, Isotretinoin, Cidofovir.
 - + Miễn dịch liệu pháp: miễn dịch tự thân, vaccin HPV.
- Thông thường, để bảo đảm đạt kết quả cao nhất, người ta thường phối hợp một phương pháp điều trị phẫu thuật với một phương pháp điều trị hỗ trợ hoặc phối hợp cùng lúc nhiều phương pháp điều trị.

4.2. Điều trị ngoại khoa

4.2.1. Chỉ định

Bệnh nhân bị u nhú thanh quản ảnh hưởng đến giọng nói (khàn tiếng) và gây khó thở thanh quản.

4.2.2. Chống chỉ định

Trương đối: bệnh lý nhiễm trùng cấp tính, bệnh lý về máu khó đông, bệnh lý nội khoa (đái tháo đường, cao huyết áp, lao, giang mai, bệnh tim mạch, đang sử dụng thuốc kháng đông...) chưa điều trị ổn định.

4.2.3. Trước mổ

- Cận lâm sàng:
 - + Chẩn đoán: nội soi thanh quản xác định vị trí có u nhú và tình trạng gây hẹp thanh môn.
 - + Giải phẫu bệnh: xác định u nhú thanh quản.
 - + Tiền phẫu: công thức máu, đường huyết, ure máu, creatinine máu, AST, ALT, bilan mỡ máu, bilan đông máu, nhóm máu, Rh, ECG, X quang phổi.
- Chuẩn bị bệnh nhân trước mổ: thống nhất với bệnh nhân về phương pháp mổ và những điều cần lưu ý sau phẫu thuật.

4.2.4. Ngày phẫu thuật

- Tại khoa lâm sàng: dặn dò bệnh nhân nhịn ăn uống đủ 8 tiếng trước phẫu thuật, hướng dẫn bệnh nhân ký giấy cam kết đồng ý phẫu thuật, kiểm tra sinh hiệu trước khi đưa xuống phòng mổ.
- Tại khoa phẫu thuật: kiểm tra bệnh nhân đúng tên, tuổi.
 - ❖ **Dụng cụ phẫu thuật:** nội soi thanh quản – optic O độ hoặc kính hiển vi, dụng cụ soi treo thanh quản, dụng cụ vi phẫu thanh quản, dụng cụ cắt hút Microdebrider, cầm máu bằng Naphtazoline hoặc Adrenalin 1/1000.
 - ❖ **Phương pháp vô cảm:** gây mê nội khí quản/canula MKQ (nếu bệnh nhân đã được mở khí quản).
 - ❖ **Quy trình kỹ thuật:**
 - Soi treo thanh quản, bộc lộ rõ dây thanh, băng thanh thất hai bên.
 - Lấy mô papilloma thử giải phẫu bệnh và PCR.
 - Quan sát dưới nội soi – optic O độ, dùng dụng cụ cắt hút microdebrider cắt papilloma ở thượng thanh môn, thanh môn và hạ thanh môn tới bóng của ống nội khí quản.
 - Phối hợp gây mê, rút ống nội khí quản/canula MKQ, kiểm soát khí quản tới tận carina, cắt bỏ những khối papilloma còn lại phía dưới.

- Phôi hợp gây mê đặt lại ống nội khí quản/Canula MKQ.
- Cầm máu bằng Naphtazoline, trường hợp chảy máu nhiều có thể dùng Adrenalin 1/1000.
- Kiểm tra họng sạch.
- Ngưng phẫu thuật ->rút ống nội khí quản/canula MKQ.

❖ **Hậu phẫu:**

- Chăm sóc:
 - ✓ Ngày 1 – 2: nằm viện, dùng kháng sinh (TM), corticoid, giảm đau, long đàm. Chế độ ăn của bệnh nhân: sữa, soup, cháo.
 - ✓ Ngày 3: xuất viện.
- Tái khám:
 - ✓ Tuần 1 (sau xuất viện): đánh giá vết mổ, cấp toa.
 - ✓ Tái khám phòng soi định kỳ mỗi 2 tuần trong 2 tháng, 1 lần/tháng trong 6 tháng và sau đó tái khám mỗi 3 tháng hay ngay khi có tình trạng khàn tiếng, khó thở nhiều hơn.

❖ **Thuốc:**

❖ **Nhóm Cephalosporine**

Cefuroxime 0,75g

+ Trẻ em: 30 – 100mg/kg/ngày (TMC).

+ Người lớn: 0,75g x 2 - 3 lần/ngày (TMC).

Cefotaxime 1g

+ Trẻ em: 50 - 150mg/kg/ngày (TMC).

+ Người lớn: 1 g x 2 - 3 lần/ngày (TMC).

Ceftazidime 1g hoặc Ceftriaxone 1g

+ Trẻ em: 25 - 150mg/kg/ngày (TMC).

+ Người lớn: 1g - 2g x 2 - 3 lần/ngày (TMC).

Cefepime:

+ Người lớn và trẻ >12 tuổi: 1 - 2g/lần x 2 lần/ngày (TM).

+ Trẻ em 50mg/kg/lần x 2 lần/ngày (TM).

❖ Nhóm Macrolid

Clarithromycin:

+ Người lớn 250 - 500mg x 2 lần/ngày (uống),
hoặc 500mg x 2 lần/ngày (TTM).

+ Trẻ em: liều 7,5mg/kg x 2 lần/ngày (uống),
không khuyến cáo dùng đường tiêm truyền.

Spiramycin:

+ Người lớn: 1,5 - 3 triệu UI x 3 lần/ngày (uống)
hoặc 1,5 triệu UI x 3 lần/ngày (TTM).

+ Trẻ em: 50000 UI/lần x 3 lần/ngày, không dùng
dạng tiêm truyền.

Azithromycin

+ Người lớn: 500mg/lần/ngày (uống).

+ Trẻ em: 10mg/kg/lần/ngày (uống).

❖ Nhóm Lincomycin:

Clindamycine (Dalacin C):

+ Người lớn: 300mg/1viên x 3 lần/ngày (uống).

+ Trẻ em liều 8 - 16mg/kg/ngày chia 3 lần/ngày
(uống).

❖ Kháng viêm:

+ Steroid: có thể sử dụng dạng tiêm
Methylprednisolone (Solumedrol 40mg) liều 0,5 -
1mg/Kg/ngày trong 3 - 5 ngày đầu sau đó chuyển
sang dạng uống và giảm liều dần.

+ Hoặc kháng viêm NSAIDs: Etodolac 200mg liều 1
viên x 3 lần/ngày,...

+ Hoặc kháng viêm dạng men: Alphachymotripsine
4,2mg (Alpha Choay) 2 viên x 3 - 4 lần/ngày.

❖ Giảm đau: khi bệnh nhân đau, hoặc nhức đầu, hoặc
sốt.

Người lớn: tùy mức độ đau

+ Paracetamol 1g/100ml TTM C g/p 1chai* 2 - 3

- lần/ngày.
- + Hoặc uống paracetamol 0,5g hoặc 0,65g 1v* 2 - 4 lần/ngày.
- Trẻ em: paracetamol 10 - 15mg/kg * 3 - 4 lần/ngày
- Trường hợp dị ứng paracetamol, hoặc đau nhiều sau mổ, có thể dùng một trong các loại kháng viêm sau:
- + Diclofenac: TB 75mg/2ml * 2 lần/ngày
Hoặc 50mg 1v* 2 - 3 lần/ngày
 - + Ibuprofen 200mg: 1v* 2 - 3 lần/ngày
(TE >6 tháng, và > 7kg dùng dạng siro liều: 5 - 10mg/kg * 2 - 3 lần/ngày).
- ❖ Long đàm: 5 - 7 ngày
- + Bromhexin 4mg - 8mg: 1 x 2 - 3 lần/ngày.
 - + Acetylcystein 100mg - 200mg: 1 x 2 - 3 lần/ngày.
 - + Ambroxol 30mg: 1 x 3 lần/ngày.
 - + Erdosteine: 1 x 2 lần/ngày.

5. BIẾN CHỨNG VÀ XỬ TRÍ

- Khó thở do phù nề sau mổ: chích Steroid (TM), theo dõi tình trạng khó thở.
- Chảy máu: cầm máu (trong phòng mổ).

6. PHÒNG NGỪA

- Chưa có phương pháp phòng bệnh hiệu quả.
- Vaccin HPV: đang được nghiên cứu.
- Phát hiện sớm, điều trị đúng cách, hạn chế biến chứng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Niv A, Sion-Vardi N, Gatot A, Fliss DM. Identification and typing of human papillomavirus (HPV) in squamous cell carcinoma of the oral cavity and oropharynx. *J Laryngol Otol* 2000;114:41-6.

2. Martins RHG. Papilomatose da Laringe. Em: *A Voz e seus Distúrbios*. São Paulo: Cultura Acadêmica Editora; 2005. p.86-9.
3. Soldatski IL, Onufrieva EK, Steklov AM, Schepin NV. Tracheal, bronchial, and pulmonary papillomatosis in children. *Laryngoscope* 2005;115:1848-54.
4. Wiatrak BJ. Overview of recurrent respiratory papillomatosis. *Curr Opin Otolaryngol Head Neck Surg* 2003;11:433 - 41.
5. Rabah R, Lancaster WD, Thomas R, Gregoire L. Human papillomavirus-11-associated recurrent respiratory papillomatosis is more aggressive than human papillomavirus-6-associated disease. *Pediatr Dev Pathol* 2001;4:68-72.
6. Wiatrak BJ, Wiatrak DW, Broker TR, Lewis L. Recurrent respiratory papillomatosis: a longitudinal study comparing severity associated with human papilloma viral types 6 and 11 and other risk factors in a large pediatric population. *Laryngoscope* 2004;114 (Suppl 104):1-23.

