

nhiên chúng tôi gặp trường hợp hỏng máy Laser Holmium hay ống soi mềm iúc đang thao tác. Đây cũng là vấn đề khó khăn gặp phải trong điều kiện chúng ta. Đặc biệt trong những trường hợp sỏi có kích thước lớn rất dễ hỏng ống soi và hỏng Laser.

V. KẾT LUẬN

Nội soi mềm tán sỏi bằng Laser là phương pháp cho thấy an toàn và hiệu quả cho điều trị sỏi thận. Mặc dù lấy sỏi thận qua da với cùng kích thước sỏi cho tỷ lệ sạch sỏi cao nhưng cũng có không ít những tai biến, biến chứng. Điều này cũng giúp cho phẫu thuật viên và bệnh nhân có thêm một chọn lựa điều trị nhằm đạt hiệu quả cao và giảm tai biến biến chứng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Phan Trường Bào (2016), "Đánh giá vai trò nội soi mềm trong điều trị sỏi thận", Luận văn tiến sĩ y học, Đại học Y Dược TP HCM.

2. Trần Văn Hình (2010), "Những vấn đề cơ bản về điều trị sỏi đường tiết niệu", NXB Khoa học kỹ thuật.
3. Bozkurt O. F., Resorlu B., Yildiz Y., et al (2011), "Retrograde Intrarenal Surgery Versus Percutaneous Nephrolithotomy in the Management of Lower-Pole Renal Stones with a Diameter of 15 to 20 mm", *Journal of Endourology*, 25(7), 1131-1135.
4. Grasso M., Bagley D. (1998), "Small diameter, actively deflectable, flexible ureteropyeloscopes", *The Journal of Urology*, 160, 1648-1654.
5. Hyams E. S., Munver R., Bird V. G., et al (2010), "Flexible Ureterorenoscopy and Holmium Laser Lithotripsy for the Management of Renal Stone Burdens That Measure 2 to 3 cm A Multi-Institutional Experience", *Journal of Endourology*, 24(10), 1583-1588.
6. Miernik A., Wilhelm K., Ardelt P. U., et al (2012), "Standardized Flexible Ureteroscopic Technique to Improve Stone", *Urology* 80(6), 1198-1202.
7. Resorlu B., Oguz U., Resorlu E. B., et al (2012), "The Impact of Pelvicceal Anatomy on the Success of Retrograde Intrarenal Surgery in Patients With Lower Pole Renal Stones", *Urology Journal*, 79(1), 61-66.

NGHIÊN CỨU QUY TRÌNH CHẨN ĐOÁN RỐI LOẠN GIỌNG DO CƠ THẦN KINH

Phạm Thị Bích Đào¹, Phạm Thị Bích Thủy²

TÓM TẮT

Giọng nói bị thay đổi do rất nhiều nguyên nhân, một trong những nguyên nhân là do rối loạn thần kinh cơ của thanh quản. Loại bệnh lý này nên được chẩn đoán sớm và được điều trị bởi bác sĩ chuyên khoa thần kinh. Nghiên cứu được thực hiện nhằm mục đích phát hiện sớm nguyên nhân gây thay đổi giọng do nguyên nhân do cơ thần kinh thanh quản. Với 95 bệnh nhân đến khám vì thay đổi giọng nói. Kết quả: nguyên nhân do thần kinh cơ 21,3%. Nữ/ nam = 5/1. Tuổi trung bình 41(±12). 76% trong số này có biểu hiện rối loạn thần kinh cơ. Tăng kích thích của cơ thanh quản 10% nặng, 22% trung bình và 68% kích thích nhẹ.

Từ khóa: Chức năng thần kinh, chuyên khoa thần kinh, điện thần kinh, điện cơ, kích thích thần kinh.

SUMMARY

NEUROMUSCULAR JUNCTION VOICE DISORDERS PROPOSAL OF A DIAGNOSTIC PROTOCOL

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Tai Mũi Họng TƯ

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Thị Bích Đào

Email: daont@yahoo.com

Ngày nhận bài: 14/12/2016

Ngày phản biện khoa học: 5/1/2017

Ngày duyệt bài: 20/1/2017

Voice altered due to many reasons, one of the reasons is due to neuromuscular disorders of the larynx. Pathologies should be diagnosed early and treated by a doctor specializing in neurology. The study was carried out for the purpose of early detection of causes of changes caused by voice neuromuscular larynx. With 95 patients visit for voice disorder. **Results:** The causes of neuromuscular by 21.3%. Female/male = 5/1. The average age of 41 (± 12). 76% of these are manifestations of neuromuscular disorders. Increased stimulation of laryngeal muscle serious 10%, 22% average and 68% mild irritation

Keywords: Myasthenia; Neurolaryngology; Electromyography; Repetitive nerve stimulation; Neuromuscular junction; Electroneurography

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Rối loạn giọng là nguyên nhân hay gặp trong chuyên ngành tai mũi họng tuy nhiên điều trị một số rối loạn giọng phải phối hợp với bác sĩ chuyên khoa thần kinh để điều trị [1]. Việc cân bằng giữa thanh quản và hệ thống thần kinh cơ của họng để điều hòa chức năng nuốt - nói - thở của bệnh nhân [2]. Bệnh nhân có rối loạn giọng do thần kinh cơ sẽ đến với thầy thuốc tai mũi họng để phân nân triệu chứng thay đổi giọng nói và thầy thuốc tai mũi họng sẽ là người xác định

chẩn đoán nguyên nhân nào gây ra tình trạng này [3]. Một số nguyên nhân gây rối loạn giọng như tổn thương dây thần kinh thanh quản trên, dây thần kinh thanh quản dưới, bệnh của vỏ dây thần kinh, bệnh học cơ và rối loạn chức năng cơ thần kinh thanh quản [4]. Bệnh rối loạn cơ thần kinh thanh quản là bệnh hiếm gặp thường biểu hiện ban đầu là thay đổi giọng nói [5]. Giai đoạn sau có thể có thêm triệu chứng nói mệt, nuốt khó, nuốt đau [6]. Theo các nghiên cứu về thần kinh vận động thanh quản, người ta nhận thấy để chẩn đoán được bệnh, người ta phải sử dụng các phương pháp như điện thần kinh (ENG – electroneurogram), điện cơ (EMG – electromyogram), kích thích thần kinh (RNS: repetitive nerve stimulation) [7].

Mục tiêu nghiên cứu đặt ra là xác định quy trình để chẩn đoán bệnh do nguyên nhân cơ thần kinh thanh quản.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng được chọn ra từ những bệnh nhân đến khám vì rối loạn giọng tại khoa khám bệnh Bệnh viện tai mũi họng trung ương và Khoa khám bệnh Bệnh viện Đại học Y Hà Nội. Bệnh nhân sẽ được khai thác những đặc trưng của đối tượng nghiên cứu (tuổi, giới, nghề nghiệp), thăm khám lâm sàng nghi ngờ tổn thương thần kinh cơ (giọng yếu, nói chóng mệt, dây thanh chùng và teo một hoặc hai bên). Thực hiện các phương pháp thăm dò chức năng như ENG, EMG, RNS.

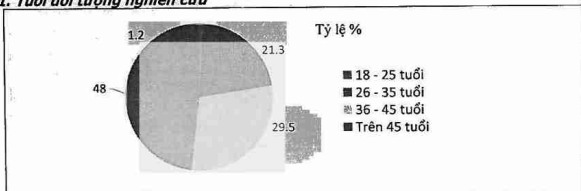
Đối tượng nghiên cứu được ghi chép bệnh án mẫu, có đủ các thông số nghiên cứu được đặt ra.

Phương pháp xử lý số liệu: Xử lý số liệu bằng phần mềm SPSS 16.0.

Đạo đức nghiên cứu: Nghiên cứu được sự đồng ý của các đối tượng tham gia. Không vi phạm các quy định về đạo đức trong nghiên cứu y học. Nghiên cứu chỉ mang lại kết quả tốt cho người bệnh giúp người bệnh giảm bớt lượng kháng sinh phải sử dụng tránh tác dụng phụ của kháng sinh lên cơ thể và tiết kiệm chi phí điều trị.

III. KẾT QUẢ

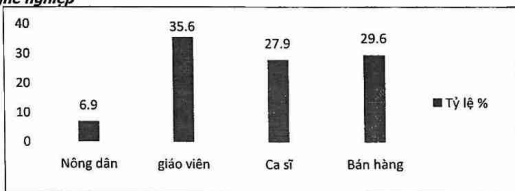
1.1. Tuổi đối tượng nghiên cứu



Biểu đồ 1: Tuổi của nhóm đối tượng nghiên cứu

Nhận xét: Tuổi độ tuổi nghiên cứu trên 46 tuổi là 48%, 36 – 45 tuổi là 29,5%, tuổi từ 25 – 35 là 21,3%.

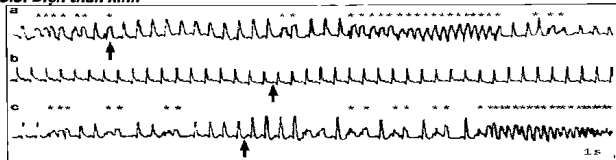
1.2. Nghề nghiệp



Biểu đồ 2: Nghề nghiệp đối tượng nghiên cứu

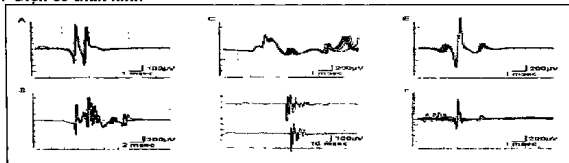
Nhận xét: Số người bị rối loạn giọng do cơ thần kinh ở giáo viên là 35,6%, bán hàng 29,6%, sĩ 27,9%, nông dân 6,9%.

3.3. Điện thần kinh



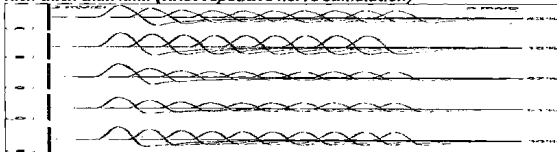
Hình ảnh 1: Biểu hiện bất thường của điện thần kinh ở bệnh nhân rối loạn giọng do cơ thần kinh Nguyễn Thị H [16448676]

3.4. Điện cơ thần kinh



Hình ảnh 2: Biểu hiện bất thường của điện cơ thần kinh ở bệnh nhân rối loạn giọng do cơ thần kinh Nguyễn Thị H [16448676]

3.5. Kích thích thần kinh (RNS: repetitive nerve stimulation)



Hình ảnh 3: Biểu hiện bất thường của kích thích thần kinh ở bệnh nhân rối loạn giọng do cơ thần kinh. Nguyễn Thị H [16448676]

IV. BÀN LUẬN

Bệnh rối loạn thần kinh cơ thể hiện đầu tiên là thay đổi giọng, người phát hiện bệnh thường là bác sĩ tai mũi họng [1]. Trong giai đoạn khởi phát những rối loạn do thần kinh cơ thường không phát hiện được bất cứ tổn thương nào trừ thanh quản tuy nhiên hơn 60% trong số này được chẩn đoán là viêm thanh quản [2]. Các nghiên cứu nhận thấy rằng bệnh rối loạn thần kinh cơ thường có yếu tố gia đình [3] tuy nhiên trong nghiên cứu của chúng tôi chưa thấy có bệnh nhân nào có người trong gia đình bị bệnh. Với 95 bệnh nhân đến khám vì thay đổi giọng nói. Kết quả: nguyên nhân do thần kinh cơ 21,3%. Kết quả này ít hơn của các tác giả Leite MI [6] là 38,2%, Jacob S [7] là 48,1%. Nữ/ nam

= 5/1. Rubin AD [1] và Woodson G [2] tỷ lệ nam/nữ = 3/1, họ cũng đưa ra lý do một số bệnh thần kinh cơ có gen trội nằm trên nhiễm sắc thể Y của nam nên thể hiện ở nam nhiều hơn nữ. Có thể tại Việt Nam, việc thay đổi giọng ở nam ít được chú ý hơn nên chủ yếu nữ đi khám bệnh khi giọng nói thay đổi. Tuổi trung bình 41(±12). Tác giả Liu WB [4] Naeije G [5] trong nghiên cứu đưa ra kết quả tuổi trung bình 19 ((±15). 76% trong số bệnh nhân đến khám vì rối loạn giọng có biểu hiện rối loạn thần kinh cơ ở những cơ khác trên lâm sàng. Biểu hiện bất thường của kích thích thần kinh ở bệnh nhân rối loạn giọng do cơ thần kinh nhận thấy tăng kích thích của cơ thanh quản 10% nặng, 22% trung bình và 68% kích thích nhẹ. Theo thời gian suy

giảm hô hấp của những bệnh nhân rối loạn thần kinh cơ sẽ làm cho chất lượng giọng ngày càng kém đi và không có khả năng phục hồi [7].

V. KẾT LUẬN

Rối loạn giọng do nguyên nhân cơ thần kinh cần phải phối hợp giữa bác sĩ tai mũi họng và các bác sĩ thần kinh để điều trị. Các thăm dò chức năng cần làm để xác định bệnh là Điện thần kinh, điện cơ, kích thích thần kinh.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Rubin AD (2007)** Neurology evaluation of the performer. *Otolaryngol Clin North Am* 40(5): 971-989.
2. **Woodson G (2008)** Management of neurologic disorders of the larynx. *Ann Otol Rhinol Laryngol* 117(5): 317-326.

3. **Merati AL (2013)** In-office evaluation of swallowing: FEES, pharyngeal squeeze maneuver, and FEESST. *Otolaryngol Clin North Am* 46(1): 31-39.
4. **Liu WB, Xia Q, Men LN, Wu ZK, Huang RX (2007)** Dysphonia as a primary manifestation in myasthenia gravis (MG): a retrospective review of 7 cases among 1520 MG patients. *J Neurol Sci* 260(1-2): 16-22.
5. **Naeije G, Legros B, de Beyer DZ (2010)** Neuromuscular junction border conflict. *Journal of Neurology* 257(8): 1402-1403.
6. **Leite MI, Jacob S, Viegas S, Cossins J, Clover L, et al. (2008)** IgG1 antibodies to acetylcholine receptors in "seronegative" myasthenia gravis. *Brain* 131(Pt 7): 1940-1952.
7. **Jacob S, Viegas S, Leite MI, Webster R, Cossins J, et al. (2012)** Presence and pathogenic relevance of antibodies to clustered acetylcholine receptor in ocular and generalized myasthenia gravis. *Arch Neuro* 69(8): 994-1001.

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ CỦA PHƯƠNG PHÁP GÂY MÊ TỈNH MẠCH BẰNG PROPOFOL CÓ VÀ KHÔNG CÓ KIỂM SOÁT NỒNG ĐỘ ĐÍCH TRONG PHẪU THUẬT NỘI SOI Ổ BỤNG TẠI BỆNH VIỆN ĐKTƯ THÁI NGUYÊN

Lê Sáu Nguyên*, Đặng Quang Dũng**, Trần Đắc Tiệp***

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả của phương pháp gây mê tĩnh mạch bằng propofol có và không có kiểm soát nồng độ đích trên bệnh nhân phẫu thuật nội soi ổ bụng, các tác dụng không mong muốn gặp phải. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả tiến cứu, 60 bệnh nhân có ASA 1-2, tuổi từ 18-60, có chỉ định phẫu thuật nội soi ổ bụng, được tiến hành gây mê bằng propofol có và không có kiểm soát nồng độ đích tại bệnh viện ĐKTƯ Thái Nguyên. **Kết quả:** Thời gian khởi mê nhóm TCI là 92,9 ± 8,3 giây, dài hơn nhóm TIVA 78,0 ± 5,9 giây, thời gian thoát mê nhóm TCI 9,3 ± 1,4 phút, ngắn hơn nhóm TIVA 12,2 ± 2,1 phút. Liều propofol ở hai nhóm khi khởi mê và tổng liều (lần lượt là 117,3/382,6mg nhóm TCI và 124,4/437,0 mg nhóm TIVA. Cả hai nhóm đều ít tác động lên tuần hoàn và hô hấp. Ở nhóm TIVA có 01 bệnh nhân buồn nôn, 01 bệnh nhân có cử động bất thường, nhóm TCI có 01 bệnh nhân bị run sau thoát mê. **Kết luận:** Gây mê tĩnh mạch bằng propofol có tác dụng tốt trong vô cảm cho phẫu thuật nội soi ổ bụng. Phương pháp TCI giúp giảm liều propofol, ổn định độ mê và rút ngắn thời gian hồi tỉnh hơn so với TIVA.

Từ khóa: Propofol, TCI propofol, phẫu thuật nội soi ổ bụng.

SUMMARY

RESULTS OF TARGET CONTROLLED INFUSION AND TOTAL INTRAVENOUS ANESTHESIA OF PROPOFOL IN LAPAROSCOPIC SURGERY AT THAI NGUYEN NATIONAL GENERAL HOSPITAL

Objective: To evaluate the results of target controlled infusion (TCI) and total intravenous anesthesia (TIVA) of propofol in laparoscopic surgery. **Subjects and methods:** Prospective observational study, analyzing on 60 patients with ASA 1-2, aged 18-60, had laparoscopic surgery, indicated TCI or TIVA of propofol at Thai Nguyen National General Hospital. **Results:** The induction phase time at TCI group was 92,9 ± 8,3 minutes, longer than 78,0 ± 5,9 minutes at TIVA group. Times to recovery of TCI group was 9,3 ± 1,4 mins, less than 12,2 ± 2,1 mins at TIVA group. Induction dose and total dose of propofol at TCI and TIVA group was 117,3/382,6mg and 124,4/437,0 mg, respectively. There was no side effect to circulatory and respiratory system at two groups. At TIVA group, one patient had nausea; one had abnormal motion. At TCI group, one patient had shivering. **Conclusion:** Intravenous Anesthesia with propofol has a good for laparoscopic surgery. TCI propofol reduces the dose, stability and shorten recovery time than TIVA.

Keywords: Propofol, TCI propofol, laparoscopic surgery.

*Trường Đại học Y Dược Thái Nguyên

**Bệnh viện Đa khoa TƯ Thái Nguyên

***Học viện Quân Y

Chịu trách nhiệm chính: Lê Sáu Nguyên

Email: lesaunguyen@gmail.com

Ngày nhận bài: 25/11/2016

Ngày phản biện khoa học: 16/12/2016

Ngày duyệt bài: 12/1/2017