Vietnam Journal of Community Medicine, Vol. 67, No.11, 140-145

REVIEW OF TREATMENT OUTCOMES FOR VOCAL FOLD REINKE'S EDEMA

Pham Thi Lan Phuong[1], Pham Thi Bich Dao[1,2], Luong Thi Nham[1], Dang Quang Quyen[1], Pham Anh Duc[1], Nguyen Van Toan[1,3]

[1]Hanoi Medical University - No. 1 Ton That Tung, Kim Lien Ward, Hanoi, Vietnam
[2]Hanoi Medical University Hospital - No. 1 Ton That Tung, Kim Lien Ward, Hanoi, Vietnam
[3]Hanoi Children's Hospital - Nguyen Trac Street, Duong Noi Ward, Hanoi, Vietnam

Received: 06/07/2026
Reviced: 21/09/2026; Accepted: 18/11/2026

ABSTRACT

Objectives: To describe the characteristics and outcomes of the treatment modalities currently used for vocal fold Reinke's edema.

Methods: A scoping review of original articles published between 2015 and 2025.

Results: Conventional phonomicrosurgery (cold steel instruments, CO_2 laser, and microdebrider) remains the best-supported group of treatments, including for grade II–III lesions. Office-based photoangiolytic laser treatment (blue, thulium, and KTP lasers) has shown a substantial improvement in voice, with no serious complications reported and no need for general anesthesia, although the data are limited (mostly retrospective, small samples). Intralesional injection (hyaluronidase) has so far been reported in only one small study.

Conclusion: All current treatment modalities achieve a certain degree of clinical efficacy, and minimally invasive office-based interventions are a promising direction that requires further controlled studies.

Keywords: Reinke's edema; phonomicrosurgery; laser

*Corresponding author
Email: phamlanphuongbn@gmail.com **Phone**: (+84) 987 711 734 **DOI:** 10.52163/yhc.v67i11.7144

TỔNG QUAN KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ PHÙ REINKE DÂY THANH

Phạm Thị Lan Phương[1], Phạm Thị Bích Đào[1,2], Lương Thị Nhâm[1], Đặng Quang Quyền[1], Phạm Anh Đức[1], Nguyễn Văn Toàn[1,3]

[1]Trường Đại học Y Hà Nội - Số 1 Tôn Thất Tùng, phường Kim Liên, TP Hà Nội, Việt Nam
[2]Bệnh viện Đại học Y Hà Nội - Số 1 Tôn Thất Tùng, phường Kim Liên, TP Hà Nội, Việt Nam
[3]Bệnh viện Nhi Hà Nội - Đường Nguyễn Trác, phường Dương Nội, TP. Hà Nội, Việt Nam

Ngày nhận bài: 06/07/2026
Ngày chỉnh sửa: 21/09/2026; Ngày duyệt đăng: 18/11/2026

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm và kết quả các phương pháp điều trị phù Reinke dây thanh đang được ứng dụng hiện nay.

Đối tượng và phương pháp: Nghiên cứu tổng quan luận điểm, phân tích các bài báo nguyên gốc xuất bản trong giai đoạn từ 2015-2025.

Kết quả: Vi phẫu thanh quản truyền thống (Dao lạnh, Laser CO_2, Microdebrider) vẫn là nhóm phương pháp có nhiều bằng chứng nhất, kể cả ở tổn thương mức độ II – III. Tuy nhiên, can thiệp bằng Laser quang mạch (Blue, Thulium, KTP) tại phòng khám đang chứng minh khả năng cải thiện giọng nói đáng kể, chưa ghi nhận biến chứng nghiêm trọng và không đòi hỏi gây mê toàn thân, nhưng dữ liệu còn hạn chế (chủ yếu hồi cứu, cỡ mẫu nhỏ). Tiêm nội tổn thương (Hyaluronidase) mới chỉ có một nghiên cứu nhỏ.

Kết luận: Các phương pháp điều trị hiện nay đều đạt hiệu quả lâm sàng nhất định, trong đó can thiệp ít xâm lấn tại phòng khám là hướng đi đáng quan tâm nhưng cần thêm nghiên cứu đối chứng.

Từ khóa: Phù Reinke; vi phẫu thanh quản; laser

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Phù Reinke dây thanh (Reinke's edema) là một bệnh lý lành tính của thanh quản, đặc trưng bởi sự tích tụ dịch trong khoảng Reinke – khoang tiềm ẩn nằm giữa lớp biểu mô và dây chằng của dây thanh. Cơ chế bệnh sinh chủ yếu liên quan đến sự gia tăng tính thấm của vi mạch dưới tác động kéo dài của các yếu tố gây kích thích (như hút thuốc, trào ngược họng–thanh quản, lạm dụng giọng), kết hợp với việc khoảng Reinke rất nghèo mạch bạch huyết khiến dịch viêm bị ứ đọng, gây phù nề dây thanh và ảnh hưởng đến chức năng phát âm[1].

Trong một nghiên cứu trên 100 bệnh nhân khàn tiếng ít nhất 6 tháng do tổn thương lành tính dây thanh, phù Reinke chiếm 4%; một nghiên cứu khác trên 2019 bệnh nhân rối loạn giọng ghi nhận phù Reinke chiếm 9,2% và 14% ở nhóm trên 60 tuổi[2,3]. Bệnh thường gặp ở người hút thuốc lâu năm trên 40 tuổi[3]. Ngoài ra, trào ngược họng-thanh quản[2,5], hít phải bụi và hóa chất kích thích[11], tiếp xúc nghề nghiệp[2] và thay đổi nội tiết sau mãn kinh[4,5], cũng được đề cập là các yếu tố liên quan, dù cơ chế nội tiết còn chưa rõ[4,11].

Phù Reinke thanh quản không gây nguy hiểm tính mạng, nhưng ảnh hưởng sâu sắc đến chất lượng cuộc sống, đặc biệt là khả năng giao tiếp và hiệu suất lao động. Khàn tiếng, hụt hơi, hắng giọng kéo dài làm suy giảm giao tiếp và công việc[1]. Trong một số trường hợp phù nề nặng, bệnh còn có thể gây hẹp thanh môn và khó thở, cần can thiệp kịp thời[14].

Hiện nay, các phương pháp điều trị phù Reinke rất đa dạng, bao gồm: điều chỉnh yếu tố nguy cơ (ngừng hút thuốc, kiểm soát tình trạng trào ngược,...), trị liệu giọng nói, điều trị thuốc, vi phẫu thanh quản dưới gây mê (Dao lạnh, Laser CO_2, Microdebrider), và những xu hướng mới ít xâm lấn như can thiệp Laser tại phòng khám (Blue, Thulium, KTP) hay tiêm nội tổn thương (Steroid, Hyaluronidase). Tuy nhiên, các bác sĩ lâm sàng vẫn đối mặt với nhiều thách thức trong việc lựa chọn phương pháp tối ưu cho từng cá thể.

Tại Việt Nam, các nghiên cứu chuyên sâu về điều trị phù Reinke dây thanh còn khá hạn chế. Trong khi đó, y văn thế giới giai đoạn 2015-2025 đã ghi nhận nhiều can thiệp mới nhưng chưa có tổng quan hệ thống hóa bằng chứng. Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu: *"Tổng quan kết quả điều trị phù Reinke dây thanh"* nhằm hai mục tiêu: *1. Mô tả đặc điểm các nghiên cứu về hiệu quả điều trị phù Reinke dây thanh. 2. Mô tả kết quả của các phương pháp điều trị bệnh lý này.*

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Đối tượng của nghiên cứu là các bài báo khoa học có nội dung liên quan đến các phương pháp điều trị phù Reinke dây thanh và kết quả điều trị, được công bố trên các tạp chí y học quốc tế có bình duyệt.

2.1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn

Các nghiên cứu nguyên gốc (original articles) về điều trị phù Reinke dây thanh.

Ngôn ngữ: tiếng Việt, tiếng Anh.

Được đăng trên các tạp chí y học có chỉ số trích dẫn (ISI/Scopus).

Có toàn văn đầy đủ.

*Tác giả liên hệ
Email: phamlanphuongbn@gmail.com **Điện thoại**: (+84) 987 711 734 **DOI:** 10.52163/yhc.v67i11.7144

Thời gian công bố từ năm 2015 đến năm 2025.

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ

Các báo cáo ca bệnh đơn lẻ (case report), thư trao đổi (letters) hoặc bình luận.

Các phân tích gộp (meta-analysis) và tổng quan hệ thống (systematic review).

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu tổng quan luận điểm (Scoping Review)

2.2.2. Chiến lược tìm kiếm

- Giai đoạn 1. Thiết lập câu hỏi nghiên cứu:

Hiện nay, những phương pháp điều trị nào đang được áp dụng và báo cáo trong y văn giai đoạn 2015-2025 đối với bệnh lý phù Reinke dây thanh?

Kết quả của các phương pháp điều trị phù Reinke dây thanh được ghi nhận như thế nào trong các nghiên cứu?

- Giai đoạn 2. Tìm kiếm tài liệu có liên quan

Cơ sở dữ liệu: PubMed, Science Direct, Google Scholar, Thư viện Đại học Y Hà Nội

Xác định từ khóa: Bộ từ khóa tiếng Anh được thiết lập kết hợp với các toán tử Boolean như sau: *("Reinke's edema" OR "Polypoid corditis") AND ("Treatment" OR "Voice Therapy" OR "Microsurgery" OR "Surgical treatment" OR "Laser") AND ("Treatment Outcome" OR "Voice Quality")*. Các từ khóa tiếng Việt bao gồm *"phù Reinke", "vi phẫu thanh quản"* và *"trị liệu giọng"*.

- Giai đoạn 3. Quản lý và lựa chọn tài liệu

Quản lý tài liệu: phần mềm Zotero 6.0.

Lựa chọn tài liệu: quá trình tìm kiếm và sàng lọc tài liệu được thể hiện trên lưu đồ PRISMA-ScR

- Giai đoạn 4. Trích xuất và lập biểu đồ dữ liệu.

- Giai đoạn 5. Phân tích số liệu vào báo cáo kết quả

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Kết quả tìm kiếm và chọn lọc

Quá trình tìm kiếm đã ghi nhận tổng cộng 638 bài báo. Sau khi rà soát và loại bỏ các tài liệu trùng lặp, còn lại 327 bài báo tiếp tục được sàng lọc. Qua bước đánh giá tiêu đề và tóm tắt, nhóm nghiên cứu giữ lại 82 bài báo để tiến hành đọc toàn văn chi tiết. Kết thúc quy trình, có 13 nghiên cứu đáp ứng đầy đủ các tiêu chí và được chọn lọc để đưa vào phân tích chính thức.

3.2. Một số đặc điểm cơ bản của các nghiên cứu

Bảng 1. Một số đặc điểm cơ bản của các nghiên cứu

Tác giả & năm	Quốc gia	Thiết kế nghiên cứu	Cỡ mẫu (N tổng / N phù Reinke)	Mức độ phù Reinke
Burduk PK (2015)[5]	Ba Lan	Tiến cứu, ngẫu nhiên	26/26	Yonekawa II – III
Koszewski IJ (2015)[6]	Mỹ	Hồi cứu	19/19	18/19 ca 2 bên
Young VN (2015)[7]	Mỹ	Hồi cứu	9/9	Yonekawa I – III
Schyberg YM (2018)[4]	Đan Mạch	Hồi cứu	37/37	Phù độ 0 – 3 trên nội soi; 33/37 ca 2 bên
Woo P (2018)[8]	Mỹ	Hồi cứu	13/5	2 bên
Jang JY (2021)[9]	Hàn Quốc	Hồi cứu	40/40	Độ 1 – 2: 13 ca; Độ 3 – 4: 27 ca (Tan)
Hamdan AL (2022)[10]	Lebanon	Hồi cứu	11/11	Yonekawa I – III
Grigaliute E (2022)[11]	Ý	Tiến cứu, ngẫu nhiên	30/30	Độ 3 – 4 (Tan); 2 bên
Bentsianov B (2023)[12]	Mỹ	Hồi cứu	115/115	Yonekawa II – III
Filauro M (2023)[13]	Ý	Hồi cứu	143/55	Độ 1 – 4 (Tan)
Hamdan AL (2023)[14]	Lebanon	Hồi cứu	10/10	Yonekawa III
Hamdan AL (2024)[15]	Lebanon	Hồi cứu	22/22	-
Ghanem A (2025)[16]	Lebanon	Hồi cứu	8/8	Yonekawa I – III

Ghi chú: N phù Reinke: Số lượng bệnh nhân phù Reinke phân tích; N tổng: Tổng cỡ mẫu nghiên cứu.

Nhận xét: Tổng hợp 13 nghiên cứu (2015 – 2025) cho thấy Châu Á (Hàn Quốc, Lebanon) có nhiều nghiên cứu nhất (5/13; 38,5%), tiếp đến Mỹ và Châu Âu (4/13 mỗi khu vực). Thiết kế nghiên cứu chủ đạo là hồi cứu (84,6%); chỉ có 2 nghiên cứu phân nhóm ngẫu nhiên (Burduk 2015, Grigaliute 2022), đều đơn trung tâm. Tổng quy mô nghiên cứu đạt 483 bệnh nhân, trong đó có 387 bệnh nhân phù Reinke được phân tích trực tiếp. Về mức độ bệnh, các nghiên cứu dùng hệ phân độ không thống nhất (Yonekawa, Tan, thang 0-3 trên nội soi), nên chưa tổng hợp được phân bố mức độ bệnh chung; 6/13 nghiên cứu báo cáo theo phân độ Yonekawa.

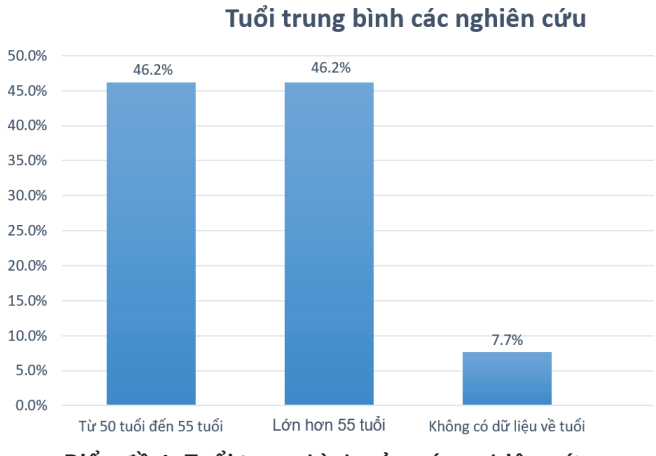
Bảng 2. Phương pháp điều trị và tiêu chí đánh giá kết quả của các nghiên cứu

Tác giả & năm	Phương pháp điều trị	Nhóm đối chứng	Thời gian theo dõi	Tiêu chí đánh giá kết quả
Burduk PK (2015)[5]	Vi phẫu bằng Microdebrider	Vi phẫu bằng Laser CO_2	1 tháng và 3 tháng	Nội soi, GRBAS, F0, Jitter, Shimmer, NHR, MPT
Koszewski IJ (2015)[6]	KTP /PDL Laser (phòng khám)	-	-	VHI, F0, Jitter, MPT, tính an toàn
Young VN (2015)[7]	KTP Laser (phòng khám/ phòng mổ)	-	TB 95,6 ngày (10 – 312 ngày)	VHI-10, phân loại hiệu ứng mô tức thì, các thông số cài đặt KTP Laser
Schyberg YM (2018)[4]	Vi phẫu bằng dao lạnh	-	3 tháng	Nội soi, F0, Jitter, Shimmer, SPI, VOS
Woo P (2018)[8]	Tiêm Hyaluronidase nội tổn thương	-	TB 10,5 ± 6 tháng	Nội soi, VHI-10
Jang JY (2021)[9]	Vi phẫu + tiêm Steroid bổ trợ	-	3 tháng	Nội soi, F0, Jitter, Shimmer, NHR, MPT, GRBAS (G,R)
Hamdan AL (2022)[10]	Thulium Laser phòng khám	-	6 – 12 tuần	Nội soi, VHI-10, F0, Jitter, Shimmer, GRBAS, MPT
Grigaliute E (2022)[11]	Vi phẫu bằng Microdebrider	Vi phẫu bằng dao lạnh	~ 7 tuần	Nội soi, F0, Jitter, Shimmer, NHR, MPT VHI-10

Tác giả & năm	Phương pháp điều trị	Nhóm đối chứng	Thời gian theo dõi	Tiêu chí đánh giá kết quả
Bentsianov B (2023)[12]	Vi phẫu bằng Microdebrider	Vi phẫu bằng dao lạnh	1 – 6 tháng	VHI-30, V-RQOL, MPT
Filauro M (2023)[13]	Blue Laser 445nm không gây mê	Vi phẫu có gây mê toàn thân	2 – 4 tháng	Nội soi, thời gian thủ thuật, VHI-10, tính an toàn
Hamdan AL (2023)[14]	Blue Laser phòng khám	-	6 – 12 tuần	Nội soi, DSI, STOP-BANG, VHI-10
Hamdan AL (2024)[15]	Blue Laser phòng khám	Thulium Laser phòng khám	-	Nội soi, VHI-10
Ghanem A (2025)[16]	Blue Laser (445nm) phòng khám	-	3 – 6 tuần	Nội soi, VHI-10, GRBAS, HP, Jitter, Shimmer, MPT

Nhận xét: Về phương pháp đánh giá kết quả, 100% nghiên cứu sử dụng ít nhất một thang điểm chủ quan/ cảm âm (VHI, VHI-10, VHI-30, V-RQOL, GRBAS, VOS), chỉ 10/13 nghiên cứu (76,9%) có kết cục nội soi (Koszewski, Young, Bentsianov không báo cáo); trong khi đó, các công cụ lượng hóa khách quan (F0, Jitter, Shimmer, MPT) được áp dụng với tỷ lệ thấp hơn (8/13 nghiên cứu; 61,5%), và các chỉ số đánh giá về hô hấp/giấc ngủ vẫn còn rất hạn chế (1/13 nghiên cứu; 7,7%).

3.3. Một số đặc điểm lâm sàng của đối tượng nghiên cứu



Biểu đồ 1. Tuổi trung bình của các nghiên cứu

Ghi chú: Đơn vị quan sát là Nghiên cứu (k=13) phân loại theo Tuổi trung bình được ghi nhận trong văn bản gốc. Có 1/13 nghiên cứu không báo cáo chỉ số tuổi riêng cho phân nhóm phù Reinke nên được tách thành nhóm "Không có dữ liệu về tuổi" để bảo đảm tính chuẩn xác của mẫu số.

Nhận xét: Phù Reinke là bệnh lý đặc trưng của lứa tuổi trung niên (tuổi trung bình ≥ 50 tuổi ở tất cả 12 nghiên cứu có dữ liệu). Độ tuổi trung bình cao phản ánh bản chất bệnh sinh tích lũy do phơi nhiễm kéo dài với khói thuốc lá và chấn thương phát âm mạn tính theo thời gian.

Bảng 3. Một số đặc điểm lâm sàng của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm	Phân loại	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Giới tính[(a)]	Nữ	285	85,6
	Nam	48	14,4
Yếu tố nguy cơ [(b)]	Hút thuốc lá	329	98,8
	Lạm dụng giọng	69	50,7
Triệu chứng lâm sàng chính	Khàn tiếng/ Rối loạn giọng	387	100
	Tắc nghẽn đường thở [(c)]	30	15,6

Ghi chú: Đơn vị quan sát là Ca bệnh (N=387); (a) Tính trên bệnh nhân được các tác giả phân định rõ giới tính nam, nữ (n=333 ca); (b) Tính trên tập mẫu có đánh giá yếu tố này, cụ thể: Hút thuốc lá (n=333 ca), Lạm dụng giọng (n=136 ca); (c) Triệu chứng tắc nghẽn đường thở được tính trên 192 ca có đánh giá chi tiết về tình trạng hô hấp, ngủ ngáy.

Nhận xét: Về giới tính, bệnh nhân nữ chiếm đa số với 85,6% (tỷ lệ này có thể bị đẩy cao vì Burduk, Schyberg và Ghanem chỉ thu nhận bệnh nhân nữ). Về yếu tố nguy cơ, hút thuốc lá là yếu tố nguy cơ hàng đầu, xuất hiện ở 98,8% bệnh nhân; lạm dụng giọng ghi nhận ở 50,7% trường hợp. Về triệu chứng lâm sàng, 100% bệnh nhân có triệu chứng khàn tiếng/ rối loạn giọng khi đến khám; triệu chứng tắc nghẽn đường thở ghi nhận ở 15,6% bệnh nhân, chủ yếu tập trung ở nhóm phù Reinke mức độ nặng (Độ III theo Yonekawa).

3.4. Các phương pháp điều trị phù Reinke dây thanh

Bảng 4. Các phương pháp điều trị phù Reinke dây thanh

Phương pháp điều trị	Số lượng nghiên cứu (k=13)	Tỷ lệ (%)	Số lượng bệnh nhân (N=387)	Tỷ lệ (%)
Vi phẫu thanh quản dưới gây mê (Dao lạnh, Laser CO_2, Microdebrider)	6	46,2	288	74,4
Laser tại phòng khám (KTP/PDL, Blue, Thulium)	7	53,8	94	24,3
Tiêm nội tổn thương (Hyaluronidase)	1	7,7	5	1,3

Ghi chú: Nghiên cứu của Filauro (2023) so sánh cả hai phương pháp nên được tính ở cả hai hàng (vi phẫu và Laser tại phòng khám); vì vậy tổng số nghiên cứu là 14 (tỷ lệ tính trên k=13); 55 bệnh nhân phù Reinke của Filauro chia thành 15 laser và 40 vi phẫu.

Nhận xét: Vi phẫu dưới gây mê là nhóm có nhiều bệnh nhân nhất (74,4%). Trong khi đó, laser tại phòng khám đang chiếm nhiều nghiên cứu nhất (7/13 nghiên cứu; 53,8%) nhưng ít bệnh nhân hơn (24,3%). Nhóm tiêm nội tổn thương chiếm tỷ lệ rất nhỏ (1,3%). Cả 13 nghiên cứu đều là can thiệp phẫu thuật hoặc thủ thuật; không có nghiên cứu nào về trị liệu giọng nói hoặc điều trị bằng thuốc đáp ứng tiêu chuẩn lựa chọn.

3.5. Kết quả điều trị

Bảng 5. Tổng hợp hiệu quả phục hồi sau điều trị phù Reinke dây thanh

Nhóm phương pháp	Mức độ thoái lui bệnh tích	Cải thiện giọng nói	Thời gian can thiệp và nằm viện	Biến chứng & Tái phát
Vi phẫu thanh quản dưới gây mê (Dao lạnh, Laser CO_2, Microdebrider)	Phần lớn giảm phù rõ trên nội soi; Filauro ghi nhận ở nhóm vi phẫu, 80% đạt phù độ 0 sau mổ và 76,5% khỏi sau 2 tháng Microdebrider cho kết quả tương đương hoặc nhỉnh hơn dao lạnh/Laser CO_2 (Burduk, Bentsianov); Grigaliute không thấy khác biệt.	Điểm VHI giảm mạnh. Khôi phục sóng niêm mạc, tăng F0, giảm Jitter, Shimmer, NHR (Burduk, Jang); Schyberg chỉ ghi nhận F0 và Jitter cải thiện có ý nghĩa.	Kéo dài (trung bình 37,0 phút theo Filauro). Cần nhịn ăn, gây mê toàn thân và theo dõi nội trú khoảng 24 giờ.	Không có báo cáo về biến chứng cơ học do ống soi cứng trong các nghiên cứu được chọn. Tái phát/mổ lại: 0% (Burduk) đến 18,9% (Schyberg).
Laser tại phòng khám (Blue, Thulium, KTP)	Thoái lui hoàn toàn ở khoảng 27-86% (Hamdan 2022; Hamdan 2024; Filauro), còn lại chỉ thoái lui một phần. Chỉ Filauro so sánh trực tiếp với vi phẫu (khác biệt không có ý nghĩa nhưng mẫu nhỏ, không ngẫu nhiên).	Điểm VHI/VHI-10 giảm có ý nghĩa (VHI-10 giảm khoảng 8-18 điểm). F0/HP có xu hướng tăng, nhưng chỉ có ý nghĩa thống kê ở Koszewski. Cải thiện khó thở ở phù Reinke độ III (Hamdan 2023).	Rất ngắn (trung bình 3,7 phút ở phù Reinke theo Filauro; 10,1 phút ở độ III theo Hamdan 2023). Gây tê tại chỗ, bệnh nhân ra về ngay, không làm gián đoạn sinh hoạt.	Chưa ghi nhận biến chứng nghiêm trọng; tuy nhiên 5/25 thủ thuật (20%) phải dừng do bệnh nhân không dung nạp (Koszewski). Chưa đủ dữ liệu về tái phát do theo dõi ngắn (vài tuần đến vài tháng); một số bệnh nhân cần điều trị lần 2.
Tiêm nội tổn thương (Hyaluronidase)	Tiêm HAase (Woo) giúp giảm thể tích khối phù sau 1 tuần, không cần phẫu thuật bổ sung (không có nhóm chứng).	VHI-10 giảm ở Woo (gộp 14 ca, nhiều chỉ định).	Thủ thuật nội khoa nhanh gọn, thực hiện được tại phòng khám.	Dữ liệu còn rất ít.

Nhận xét: Cả vi phẫu dưới gây mê và Laser tại phòng khám đều mang lại hiệu quả cao trong việc thoái lui bệnh tích và cải thiện điểm số khuyết tật giọng nói (VHI). Nhóm can thiệp Laser tại phòng khám có thời gian thủ thuật ngắn hơn (3,7 phút so với 37,0 phút của vi phẫu ở nhóm phù Reinke trong nghiên cứu của Filauro), không cần nằm viện và chưa ghi nhận biến chứng nghiêm trọng, nhưng khoảng 20% thủ thuật phải dừng do bệnh nhân không dung nạp (Koszewski). Tiêm nội tổn thương chỉ có 1 nghiên cứu (Woo: 5 bệnh nhân phù Reinke, không có nhóm chứng); khối phù giảm nhưng chưa hết hoàn toàn, chưa đủ dữ liệu để kết luận hiệu quả.

4. BÀN LUẬN

Tổng quan từ 13 nghiên cứu cho thấy các phương pháp điều trị hiện nay đều giúp thoái lui khối phù và phục hồi chức năng phát âm đáng kể[4–16]. Trong nhóm vi phẫu thanh quản dưới gây mê, Microdebrider cho kết quả phục hồi giọng nói tương đương hoặc nhỉnh hơn dao lạnh/laser CO_2[5,11,12]. Bên cạnh đó, kỹ thuật tiêm nội tổn thương (Hyaluronidase) mới chỉ có một nghiên cứu nhỏ (Woo, 5 bệnh nhân)[8] cho thấy giảm phù một phần, chưa đủ để kết luận.

Điểm đáng chú ý là các nghiên cứu về can thiệp bằng Laser tại phòng khám (KTP/PDL, Blue, Thulium). Laser KTP/PDL và Blue được cho là hấp thụ chọn lọc oxyhemoglobin[6,10,16], gây tổn thương vi mạch và thúc đẩy tái cấu trúc mô, làm khối phù thoái lui dần (cơ chế còn là giả thuyết); laser Thulium (2,013 nm) tác động chủ yếu qua hấp thụ nước, gây tác động nhiệt và carbon hóa mô[10,15]. Ưu điểm tiềm năng là thời gian thủ thuật ngắn, tránh được gây mê toàn thân và bệnh nhân ra về ngay[6,13]; chưa ghi nhận biến chứng nghiêm trọng dù có tỷ lệ không dung nạp[6]; lợi ích về chi phí mới chỉ được bàn luận[6,13], chưa được đánh giá trong các nghiên cứu được chọn. So sánh trực tiếp với vi phẫu chỉ có ở Filauro[13] (không ngẫu nhiên, nguy cơ chọn lọc bệnh nhân).

Dù đạt nhiều tiến bộ, y văn hiện tại về điều trị phù Reinke vẫn còn một số điểm thiếu hụt. Phần lớn dữ liệu xuất phát từ các nghiên cứu hồi cứu với cỡ mẫu nhỏ, thiếu vắng các thử nghiệm lâm sàng đối chứng ngẫu nhiên đa trung tâm. Việc đo lường kết quả vẫn chủ yếu phụ thuộc vào cảm nhận chủ quan (thang điểm VHI, GRBAS) trong khi các chỉ số khách quan về âm học hay khí động học chưa được áp dụng đồng bộ. Cuối cùng, thời gian theo dõi hậu phẫu ở nhiều báo cáo còn ngắn[4,6], chưa phản ánh được tỷ lệ tái phát thực tế. Ngoài ra, tỷ lệ tiếp tục hút thuốc sau điều trị cao (Schyberg: chỉ 9/37 bệnh nhân thay đổi thói quen hút thuốc)[4]; các thang điểm và hệ thống phân độ không đồng nhất nên không thể gộp số liệu. Bên cạnh đó, các biện pháp điều trị bằng thuốc, trị liệu giọng nói, ngừng hút thuốc và kiểm soát yếu tố nguy cơ không có nghiên cứu nào đáp ứng tiêu chuẩn lựa chọn; đây là khoảng trống bằng chứng, cần bổ sung bằng nghiên cứu riêng. Tổng quan này giới hạn ở các bài toàn văn tiếng Anh/tiếng Việt trên tạp chí ISI/Scopus và chỉ tổng hợp mô tả, nên có thể bỏ sót nghiên cứu và chưa cho phép so sánh hiệu quả giữa các phương pháp.

5. KẾT LUẬN

Điều trị bệnh lý phù Reinke dây thanh đòi hỏi một hướng tiếp cận toàn diện và cá thể hóa. Ngừng hút thuốc và kiểm soát yếu tố nguy cơ được y văn khuyến cao nhưng chưa được đánh giá trực tiếp trong các nghiên cứu được chọn. Về mặt ngoại khoa, vi phẫu thanh quản dưới gây mê toàn thân vẫn là phương pháp có nhiều bằng chứng nhất, kể cả ở tổn thương độ II – III. Tuy nhiên, các can thiệp tối thiểu tại phòng khám như Laser (KTP/PDL, Blue, Thulium) và tiêm nội tổn thương đang được quan tâm nhiều hơn. Laser tại phòng khám cho thấy cải thiện giọng nói đáng kể và tránh được rủi ro gây mê; tiêm nội tổn thương mới có rất ít dữ liệu, cần thêm bằng chứng. Tại Việt Nam, cần tiến

hành thêm các thử nghiệm lâm sàng tiến cứu với cỡ mẫu lớn nhằm đánh giá sâu hơn hiệu quả của các kỹ thuật mới này, từ đó xây dựng phác đồ điều trị đa mô thức tối ưu cho người bệnh.

6. TÀI LIỆU THAM KHẢO

[1] Tavaluc R, Tan-Geller M. Reinke's edema. Otolaryngol Clin North Am. 2019;52(4):627-35. doi:10.1016/j.otc.2019.03.006

[2] Wani AA, Rehman A, Hamid S, Akhter M, Baseena S. Benign mucosal fold lesion as a cause of hoarseness of voice: a clinical study. Otolaryngology. 2012;2(3):120. doi:10.4172/2161-119X.1000120

[3] Martins RHG, do Amaral HA, Tavares ELM, Martins MG, Gonçalves TM, Dias NH. Voice disorders: etiology and diagnosis. J Voice. 2016;30(6):761.e1-9. doi:10.1016/j.jvoice.2015.09.017

[4] Schyberg YM, Bork KH, Sørensen MK, Rasmussen N. "Cold-steel" phonosurgery of Reinke edema evaluated by the Multidimensional Voice Program. J Voice. 2018;32(2):244-8. doi:10.1016/j.jvoice.2017.04.020

[5] Burduk PK, Wierzchowska M, Orzechowska M, Kaźmierczak W, Pawlak-Osińska K. Assessment of voice quality after carbon dioxide laser and microdebrider surgery for Reinke edema. J Voice. 2015;29(2):256-9. doi:10.1016/j.jvoice.2014.07.016

[6] Koszewski IJ, Hoffman MR, Young WG, Lai YT, Dailey SH. Office-based photoangiolytic laser treatment of Reinke's edema: safety and voice outcomes. Otolaryngol Head Neck Surg. 2015;152(6):1075-81. doi:10.1177/0194599815577104

[7] Young VN, Mallur PS, Wong AW, Mandal R, Staltari GV, Gartner-Schmidt J, et al. Analysis of potassium titanyl phosphate laser settings and voice outcomes in the treatment of Reinke's edema. Ann Otol Rhinol Laryngol. 2015;124(3):216-20. doi:10.1177/0003489414549155

[8] Woo P. Hyaluronidase injection in the vocal folds for vocal hemorrhage, Reinke edema, and hyaluronic acid overinjection: a novel application in the larynx. J Voice. 2018;32(4):492-8. doi:10.1016/j.jvoice.2017.07.004

[9] Jang JY, Kim DY, Lee GY, Park SH, Lee H, Shin YS, et al. Voice outcomes after laryngeal microsurgery with adjunctive steroid injection for Reinke edema. Clin Exp Otorhinolaryngol. 2021;14(3):362-4. doi:10.21053/ceo.2020.01746

[10] Hamdan AL, Ghanem A, Abi Akl PR, El Hage A. Unsedated office-based thulium laser therapy in patients with Reinke's edema. J Voice. 2022;36(1):134-9. doi:10.1016/j.jvoice.2020.03.017

[11] Grigaliute E, Fiamingo MN, Albanese PG, La Mantia I. Phonosurgery of Reinke's edema with microdebrider. Eur Arch Otorhinolaryngol. 2022;279(8):4053-9. doi:10.1007/s00405-022-07377-9

[12] Bentsianov B, Liang JJ, Bentsianov E. Voice outcomes in high-grade Reinke's edema: comparing microflap excision and microdebrider surgery. Laryngoscope Investig Otolaryngol. 2023;8(5):1279-87. doi:10.1002/lio2.1129

[13] Filauro M, Ioppi A, Vallin A, Sampieri C, De Vecchi M, Gabella G, et al. Office-based treatment of vocal fold polyps and Reinke's edema: a rational comparison with suspension laryngoscopy. Laryngoscope. 2023;133(10):2665-72. doi:10.1002/lary.30576

[14] Hamdan AL, Feghali PAR, Hosri J, Abi Zeid Daou C, Ghanem A. Office-based blue laser therapy for dyspnea in patients with type 3 Reinke's edema. Eur Arch Otorhinolaryngol. 2023;280(12):5421-6. doi:10.1007/s00405-023-07964-4

[15] Hamdan AL, Hosri J, Abi Zeid Daou C, Yammine Y, Ghzayel L, Nawfal N, et al. Office-based blue laser therapy vs thulium laser therapy for Reinke's edema. J Voice. 2024 Aug 9:S0892-1997(24)00215-7. doi:10.1016/j.jvoice.2024.07.005. Online ahead of print.

[16] Ghanem A, Hamdan AL. Unsedated office-based blue laser therapy in female patients with Reinke's edema: a retrospective review of 8 cases. J Voice. 2025;39(2):525-30. doi:10.1016/j.jvoice.2022.08.025