

# TRÀO NGƯỢC HỌNG - THANH QUẢN

[*Laryngo Pharyngeal Reflux Disease (LPRD)*]

(ICD: T17.31)



PGS. TS. Đặng Xuân Hùng

Giảng viên cao cấp

Bộ môn Tai Mũi Họng

Trường Đại Học Y Khoa Phạm Ngọc Thạch

18/8/2020

GER: Gastroesophageal reflux

– 50 lần/ngày (pH<4)

GERD: Gastroesophageal reflux disease

LPR: Laryngopharyngeal reflux

NPR: Nasopharyngeal reflux

OPR: Otopharyngeal reflux

BPR: Bronchiopharyngeal reflux

**EER: extraesophageal reflux**

# Trào ngược họng - thanh quản

- Chất dịch trào vào họng – thanh quản

- Trẻ con – người lớn

- 10-20 % phòng khám

Trẻ em: 20%

- 100% khàn tiếng

Béo phì

- Viêm hô hấp trên

- Viêm thanh quản mạn

- 2-3 lần/tuần: LPR

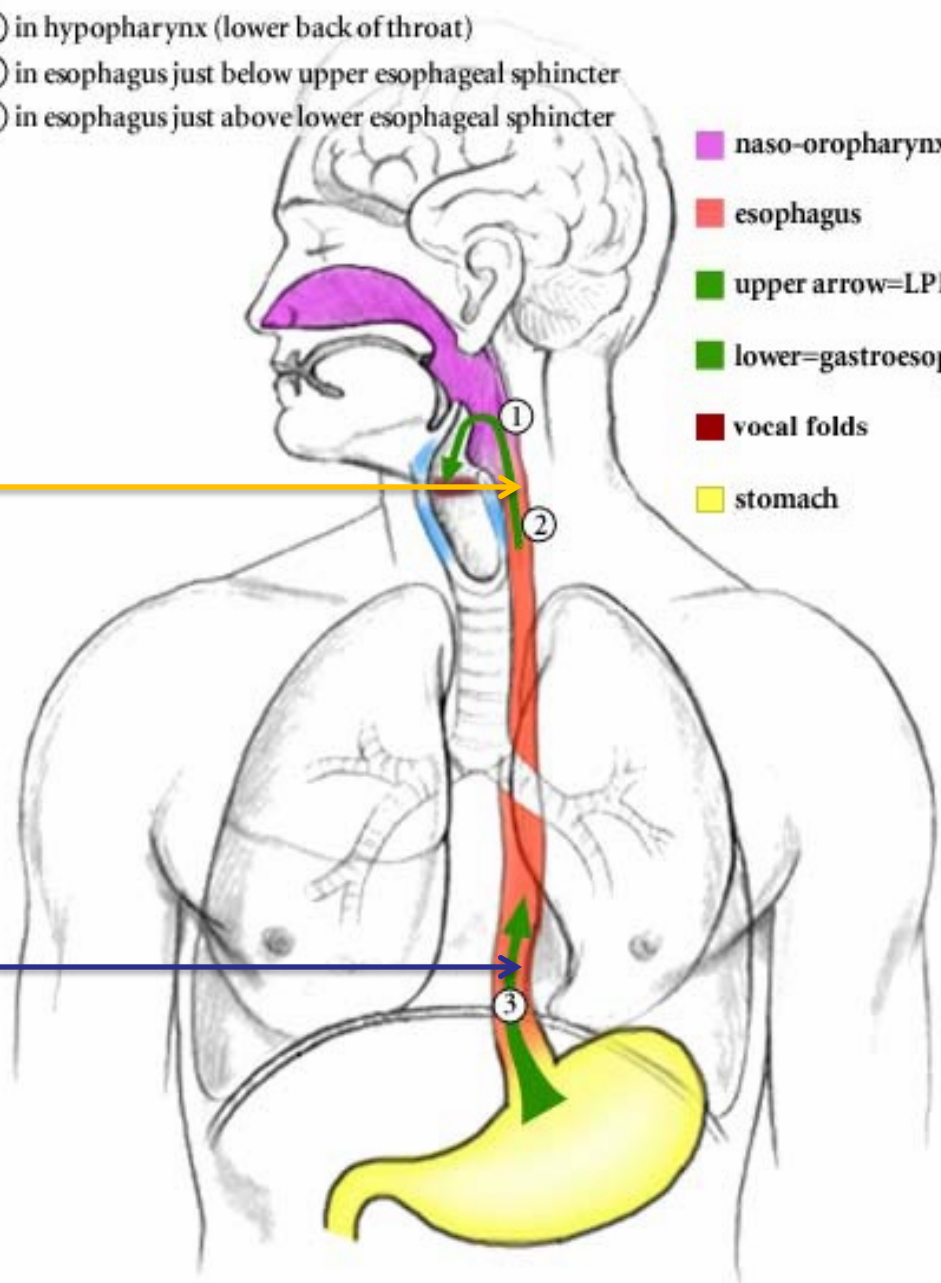
- ① in hypopharynx (lower back of throat)
- ② in esophagus just below upper esophageal sphincter
- ③ in esophagus just above lower esophageal sphincter

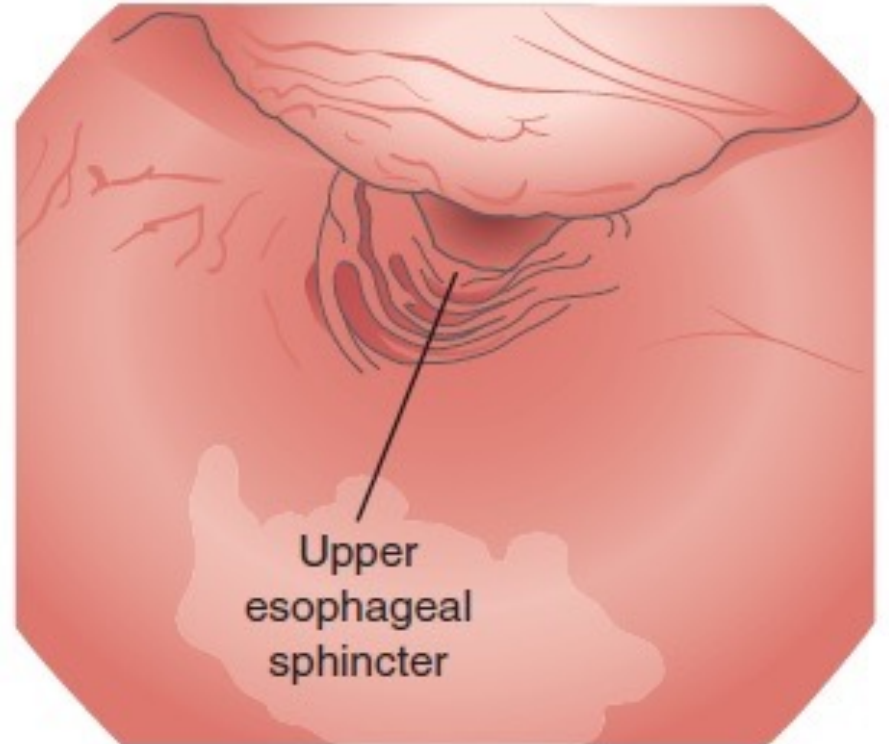
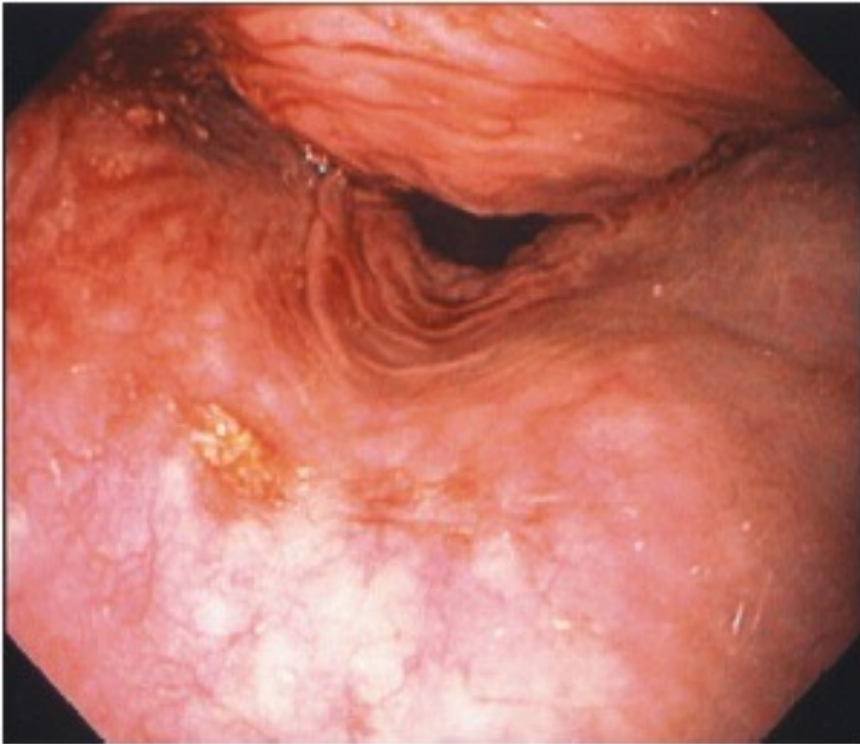
-  naso-oropharynx
-  esophagus
-  upper arrow=LPR
-  lower=gastroesophageal reflux
-  vocal folds
-  stomach

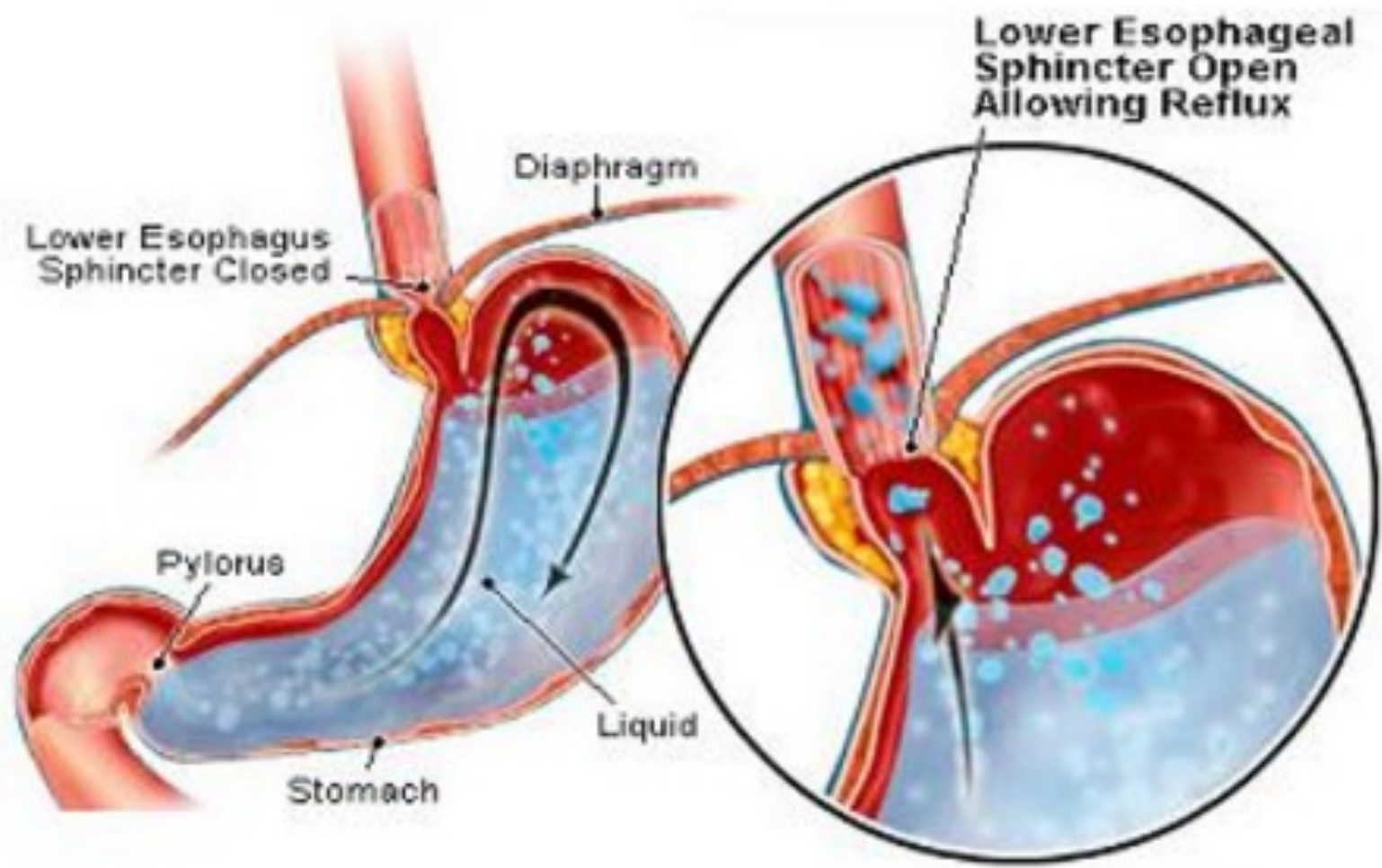
LPR



GERD



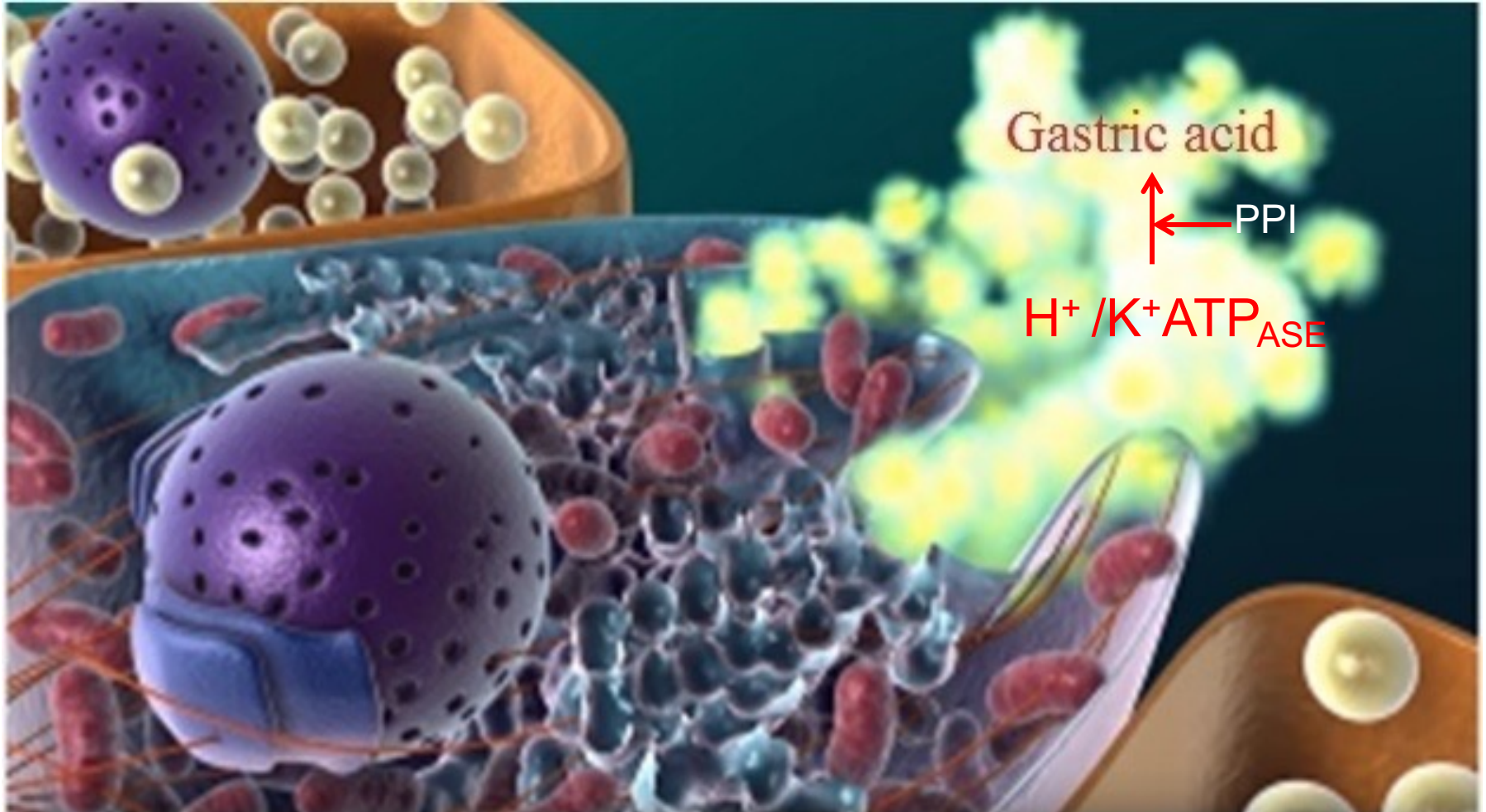






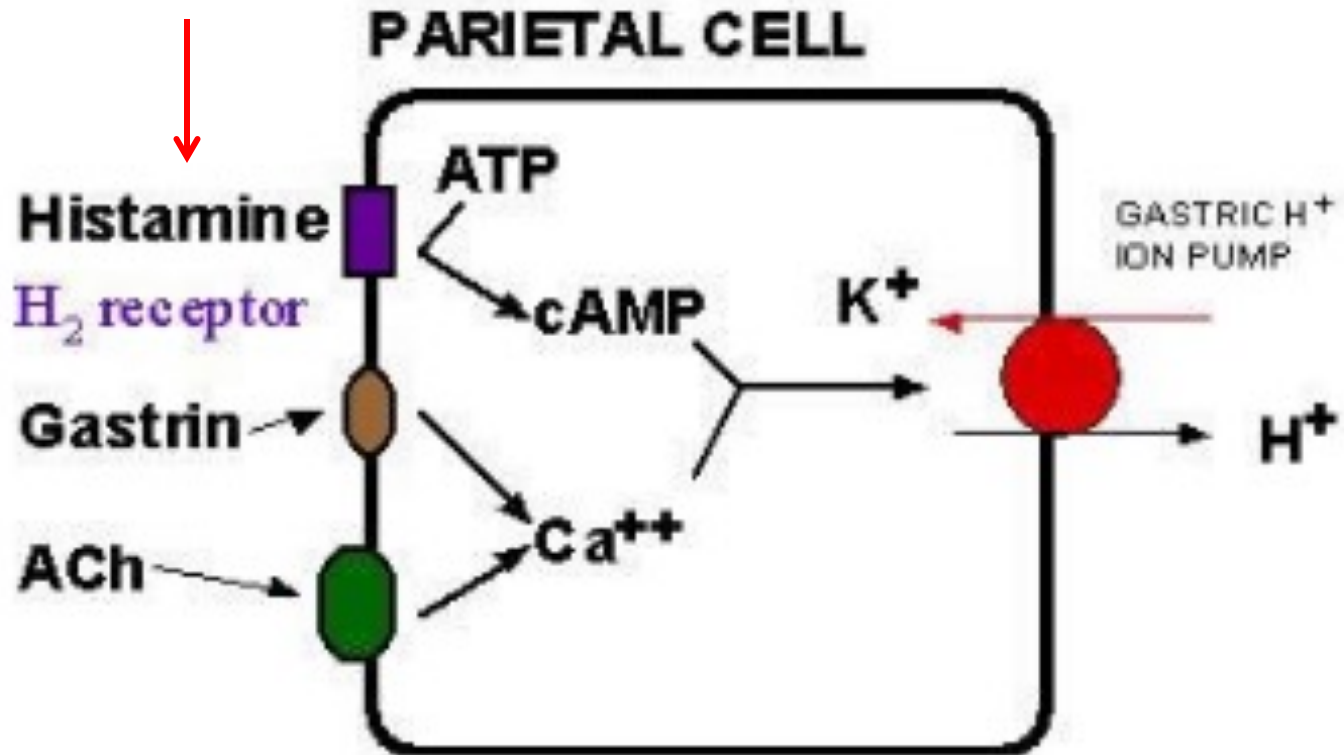


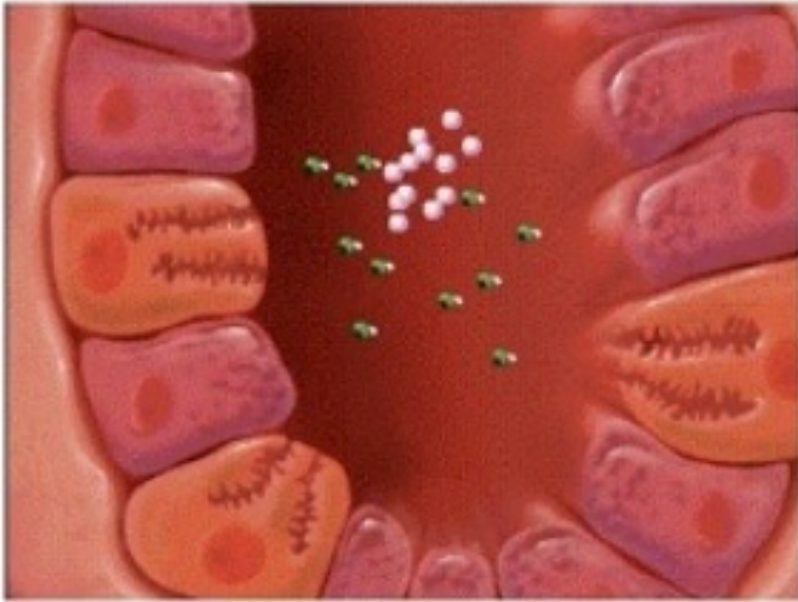
# Chất dịch trào ngược



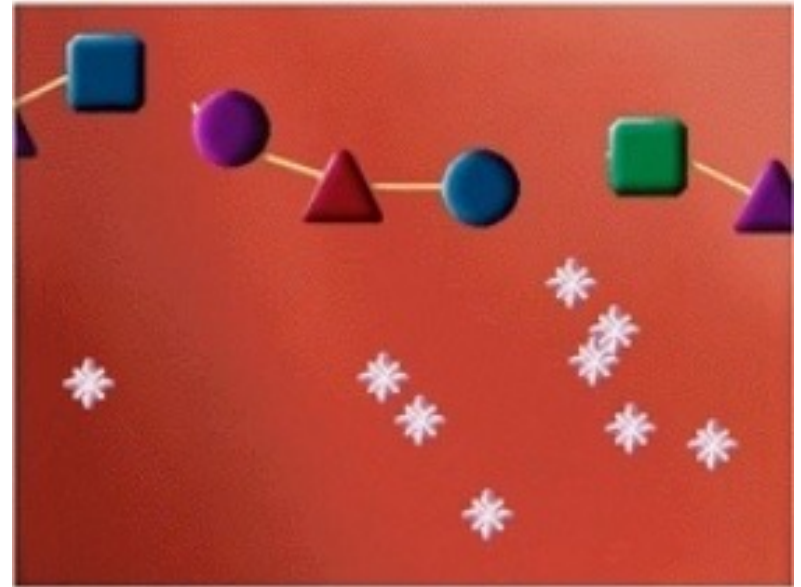


Cimetidine





Pepsine



Trypsine



# Cơ chế tổn thương trào ngược

- **Cơ chế vi hít**

Biểu mô tiếp xúc trực tiếp acid - pepsin

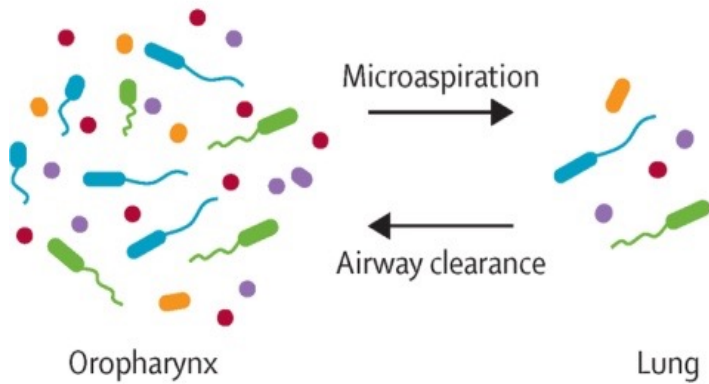
- **Cơ chế chấn thương**

Tiếp xúc trực tiếp + lạm dụng giọng + nhẽm siêu vi

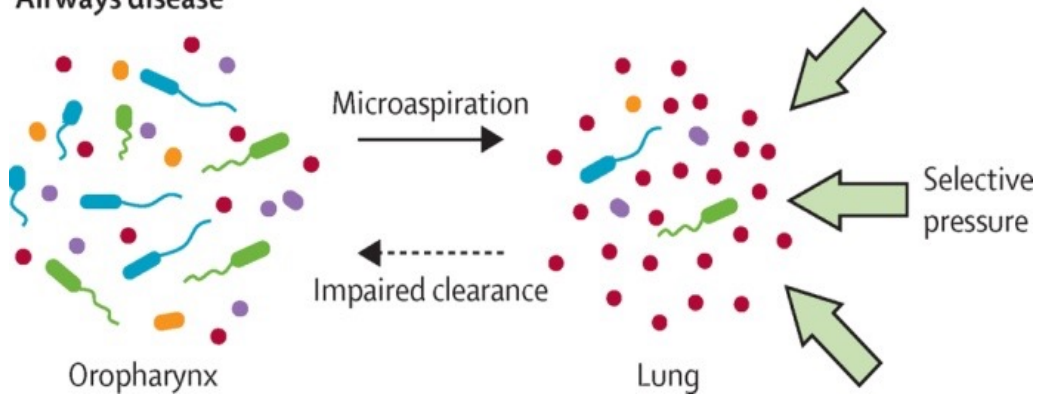
- **Cơ chế phản xạ**

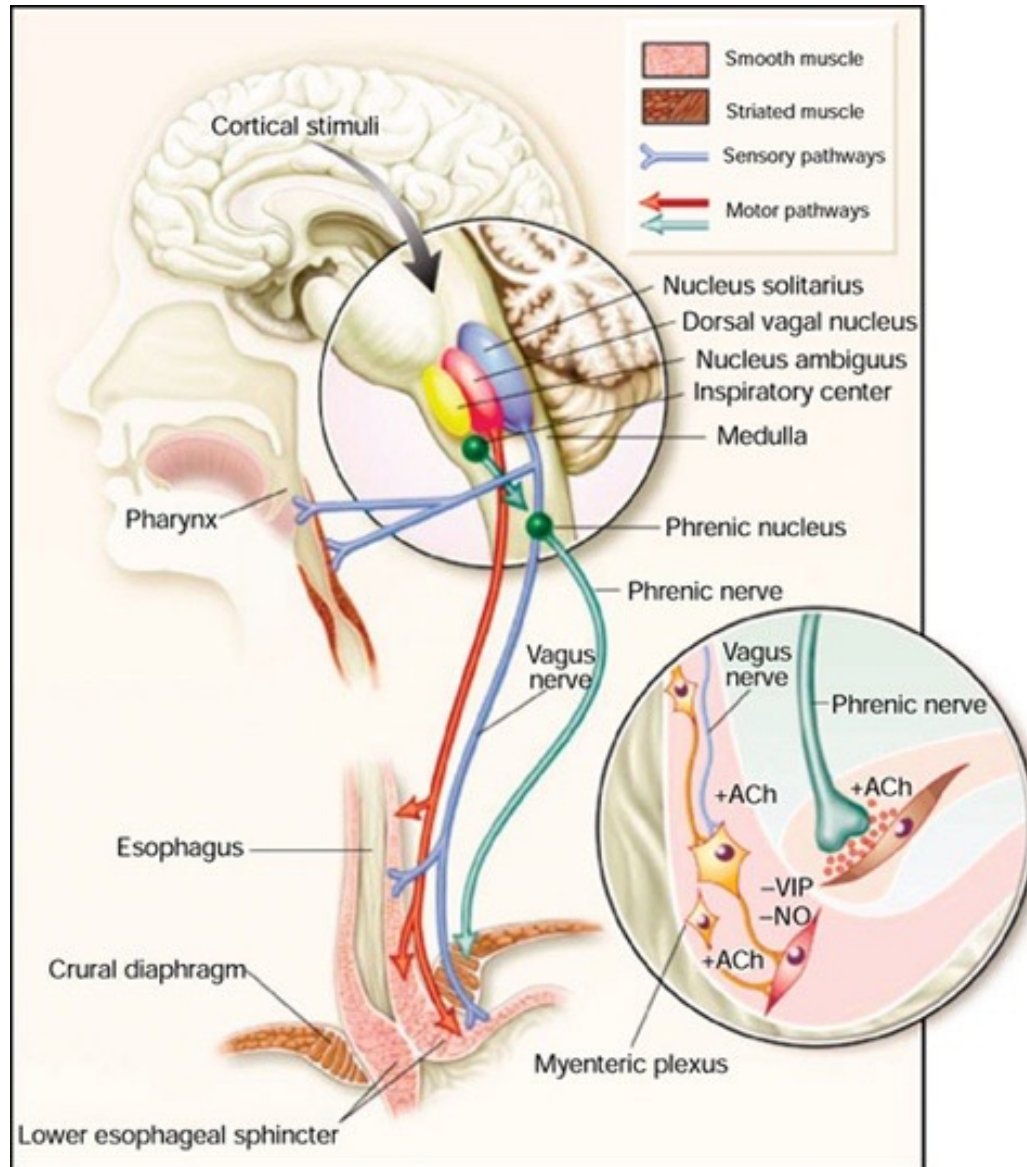
Phản xạ thực quản – khí quản

### Healthy airways



### Airways disease









# Triệu chứng chính

- Khó nuốt vùng cổ
- Globus
- Triệu chứng hô hấp
  - Đau họng
  - Ho kéo dài
  - Vướng họng
- Khó phát âm
- **Khàn tiếng**
- Trào ngược về bên trái
- Nóng rát trước ngực: hiếm khi





# Triệu chứng thanh quản

- Viêm thanh quản
  - Xung huyết, phù nề dây thanh
  - Xung huyết, phù nề lan tỏa
  - Dây thanh giả
  - Xóa băng thanh thất
  - Niêm dịch dày, nhầy
  - U hạt

# LPR

- Khó nuốt vùng cổ
- Globus
- Triệu chứng hô hấp
  - Đau họng
  - Ho kéo dài
  - Vướng họng
- Khó phát âm:
- **Khàn tiếng**
- Trào ngược bên (T)i (**ban ngày**)
- Cảm giác nóng rát trước ngực: (-)
- Làm sạch acid: bình thường

# GERD

- Khó nuốt: (+/-)
- Globus (-)
- TC hô hấp trên: (+/-)
- Khó phát âm: (+/-)
- Khàn tiếng (+/-)
- Trào ngược bên (T) (**về đêm**)
- **Nóng rát trước ngực:**
- Làm sạch acid: chậm
- Ợ chua
- Viêm thực quản

# Triệu chứng trẻ em

## Trẻ nhỏ

Kém tăng trọng

Khò khè

Ho kéo dài khó thở

Ăn uống kém

Ợ chua

## Trẻ lớn

Ho

Khàn tiếng

Khò khè

Đau họng

Buồn nôn

Vướng họng

Viêm phổi tái diễn

Suyễn tái diễn



# Bệnh lý ảnh hưởng trào ngược

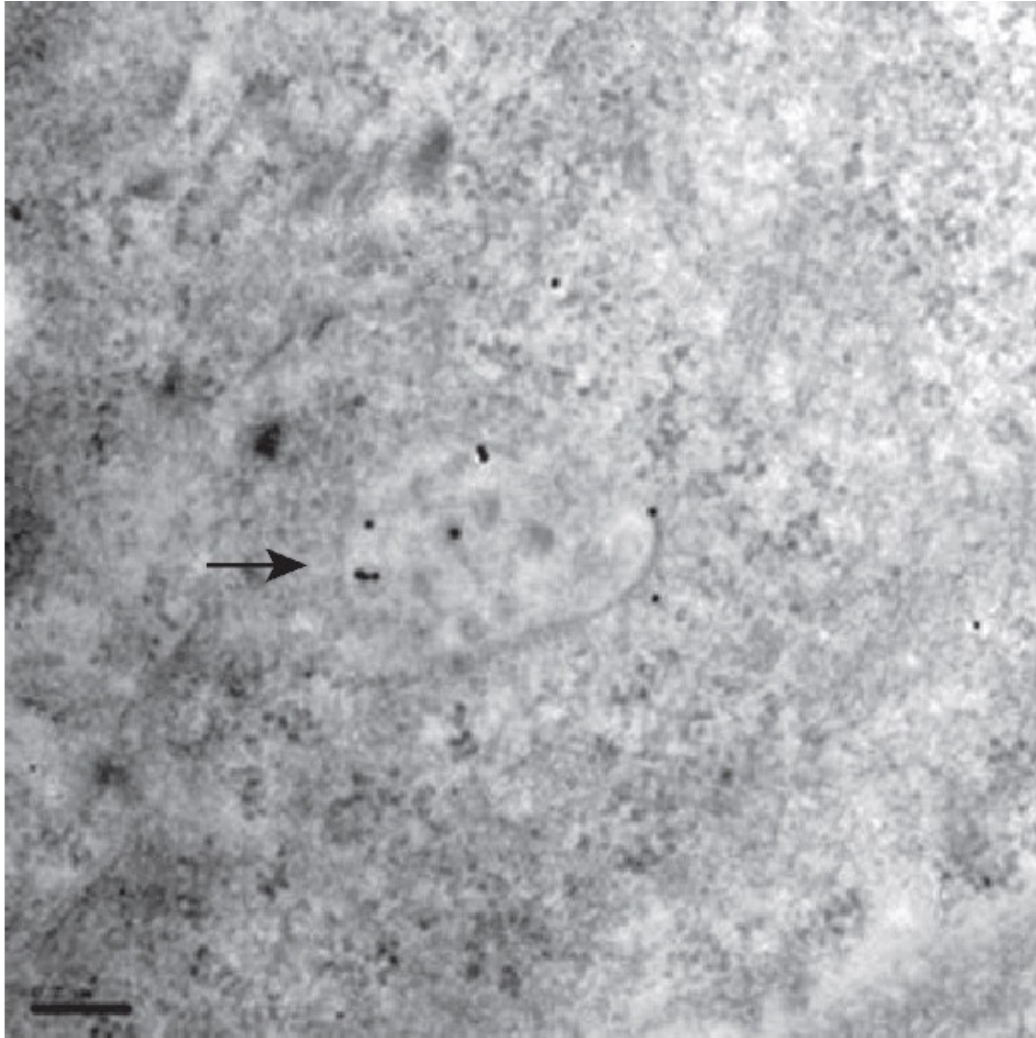
- Hẹp hạ thanh môn
- Mềm sụn thanh quản
- Suyễn
- Viêm tai giữa tái diễn
- Hạt dây thanh
- Viêm mũi dị ứng
- U nhú thanh quản

# Vai trò pepsin/LPR

- pH họng mũi: 5.8 – 6.5
- Hoạt động tối đa: pH = 2 – 6.5
- Khó trị với PPI

**Viêm họng – thanh quản**

# Nang Pepsin



# Peptest



**Thang điểm nội  
soi**  
*Reflux Finding  
Score (RFS) > 7*

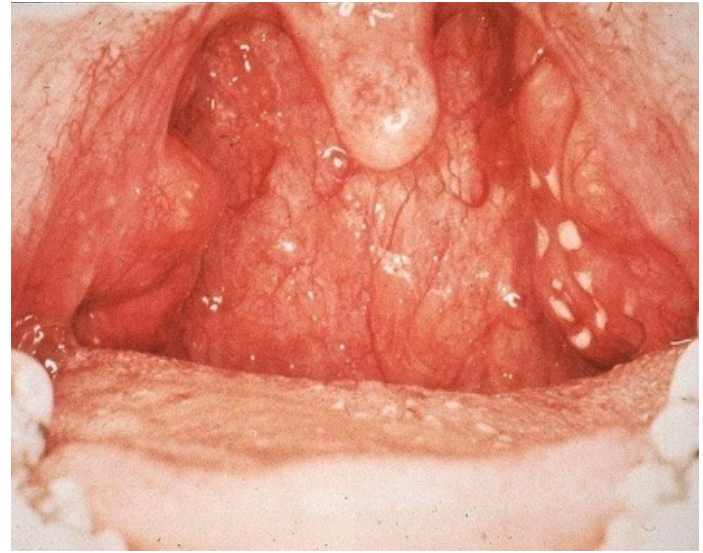
Triệu chứng	Chỉ số điểm
Phù nề hạ thanh môn	2 = present 0 = absent
Xóa thanh thất	2 = partial 4 = complete
Sung huyết	2 = arytenoids only 4 = diffuse
Phù nề dây thanh	1 = mild 2 = moderate 3 = severe 4 = polypoid
Phù nề thanh quản lan tỏa	1 = mild 2 = moderate 3 = severe 4 = obstructing
Quá phát mép sau	1 = mild 2 = moderate 3 = severe 4 = obstructing
U hạt	2 = present 0 = absent

# 9 câu hỏi chuẩn (chất lượng cuộc sống)

Trong tháng vừa qua, triệu chứng nào sau đây có ảnh hưởng	0 = 0 TC 5 = TC nặng					
1. Khàn giọng hoặc thay đổi giọng	0	1	2	3	4	5
2. Tăng hắng	0	1	2	3	4	5
3. Dịch nhầy quá nhiều ở họng hoặc thành sau họng	0	1	2	3	4	5
4. Khó nuốt	0	1	2	3	4	5
5. Ho sau ăn hoặc sau khi nằm	0	1	2	3	4	5
6. Khó thở hoặc các cơn ngạt thở	0	1	2	3	4	5
7. Cơn ho rũ rượi	0	1	2	3	4	5
8. Cảm giác vướng họng, lợm giọng	0	1	2	3	4	5
9. Nóng rát trước ngực, đau trước ngực	0	1	2	3	4	5
<i>Reflux Symptom Index (RSI &gt; 13)</i>	Tổng điểm					

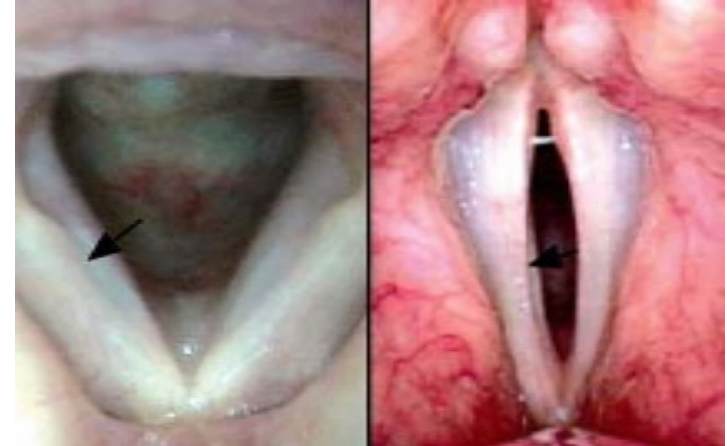


# Nội soi họng: hình sỏi cuội



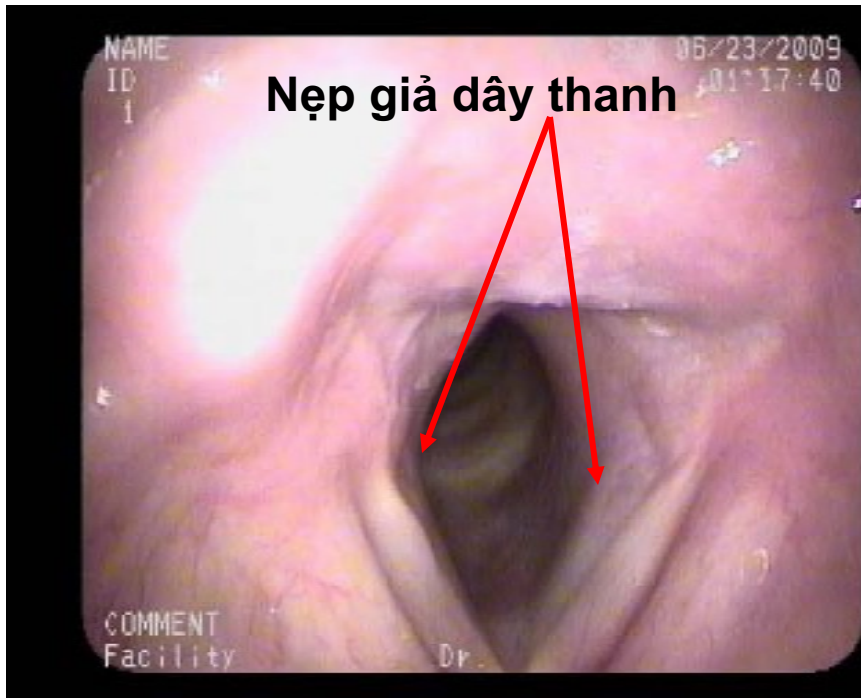
# Nội soi thanh quản

- Viêm thanh quản sau
  - Phù nề
    - Dây thanh giả ở hạ thanh môn
    - Lan toả
  - Khe sau và sụn nhẫn
    - Gia tăng mạch máu
    - Đỏ, xung huyết
- Xoá thanh thất
- Quá phát niêm mạc
- Loét, u hạt, sẹo, hẹp thanh quản



# Nếp giả dây thanh

*Pseudosulcus Vocalis*



**Xung huyết đỏ**

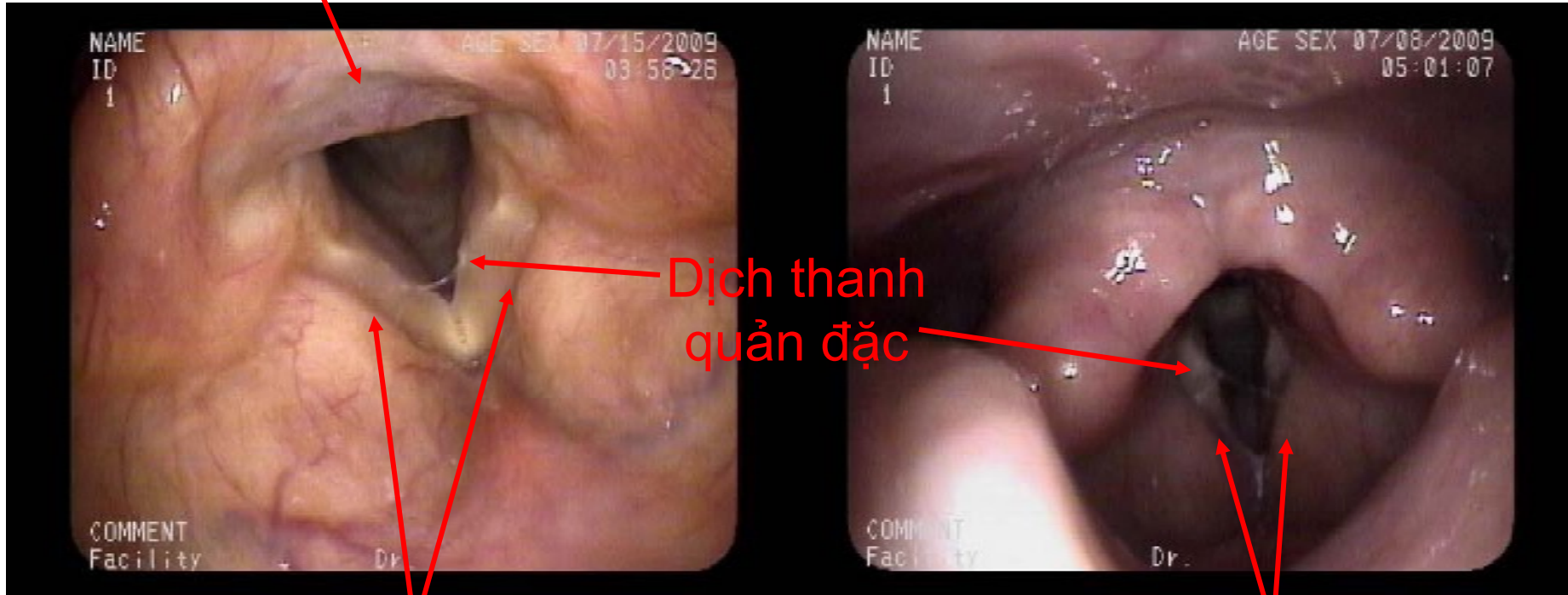
**Thanh thất bị xoá**



# Xoá thanh thất

(*Ventricular Obliteration*)

Quá phát khe sau

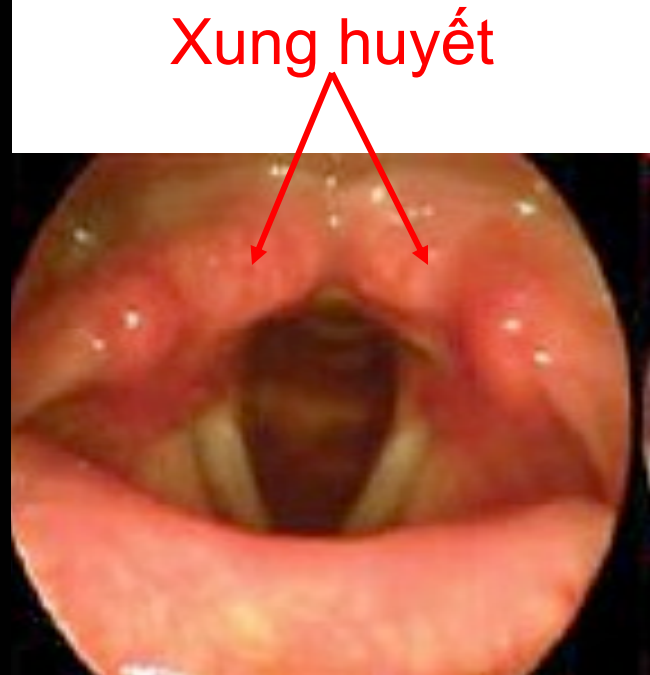
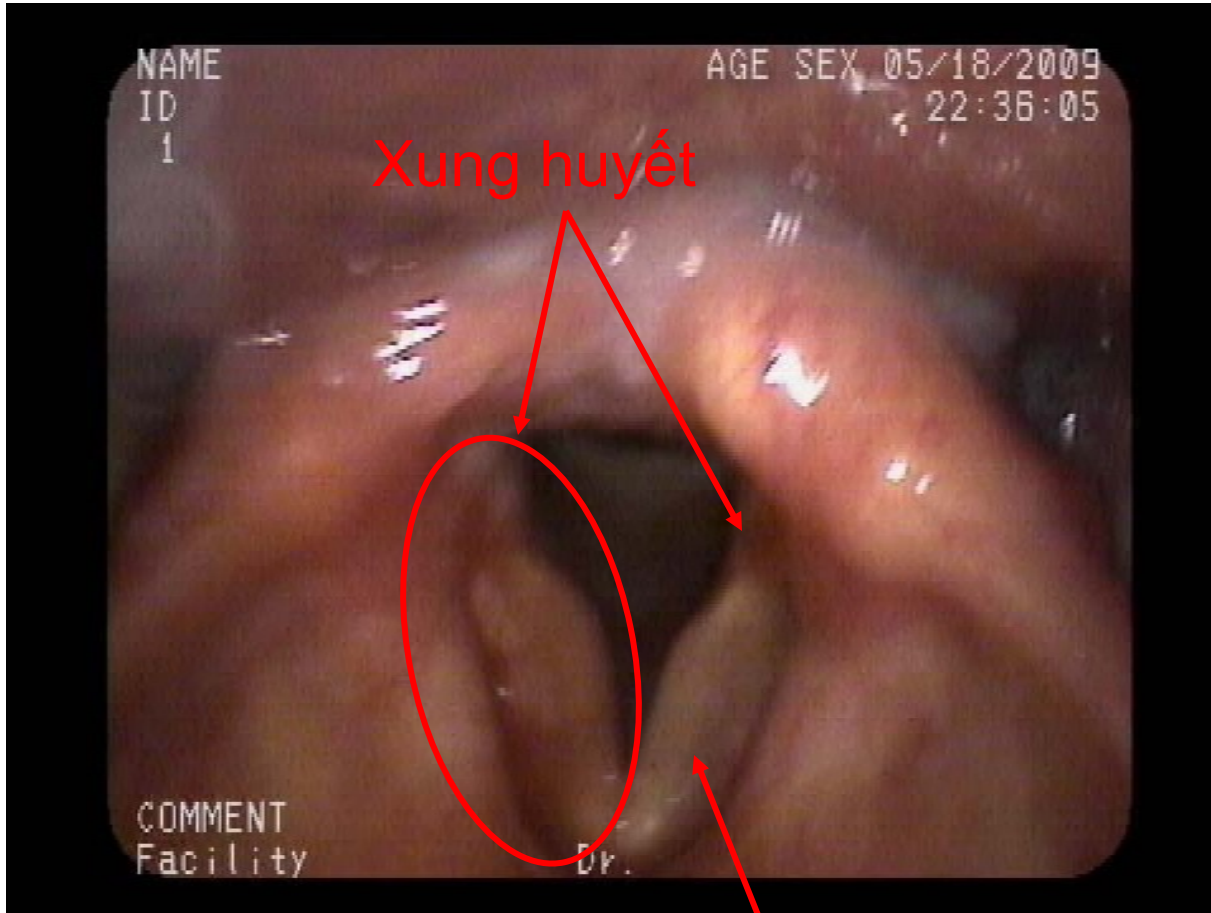


Xoá thanh thất

Xoá thanh thất

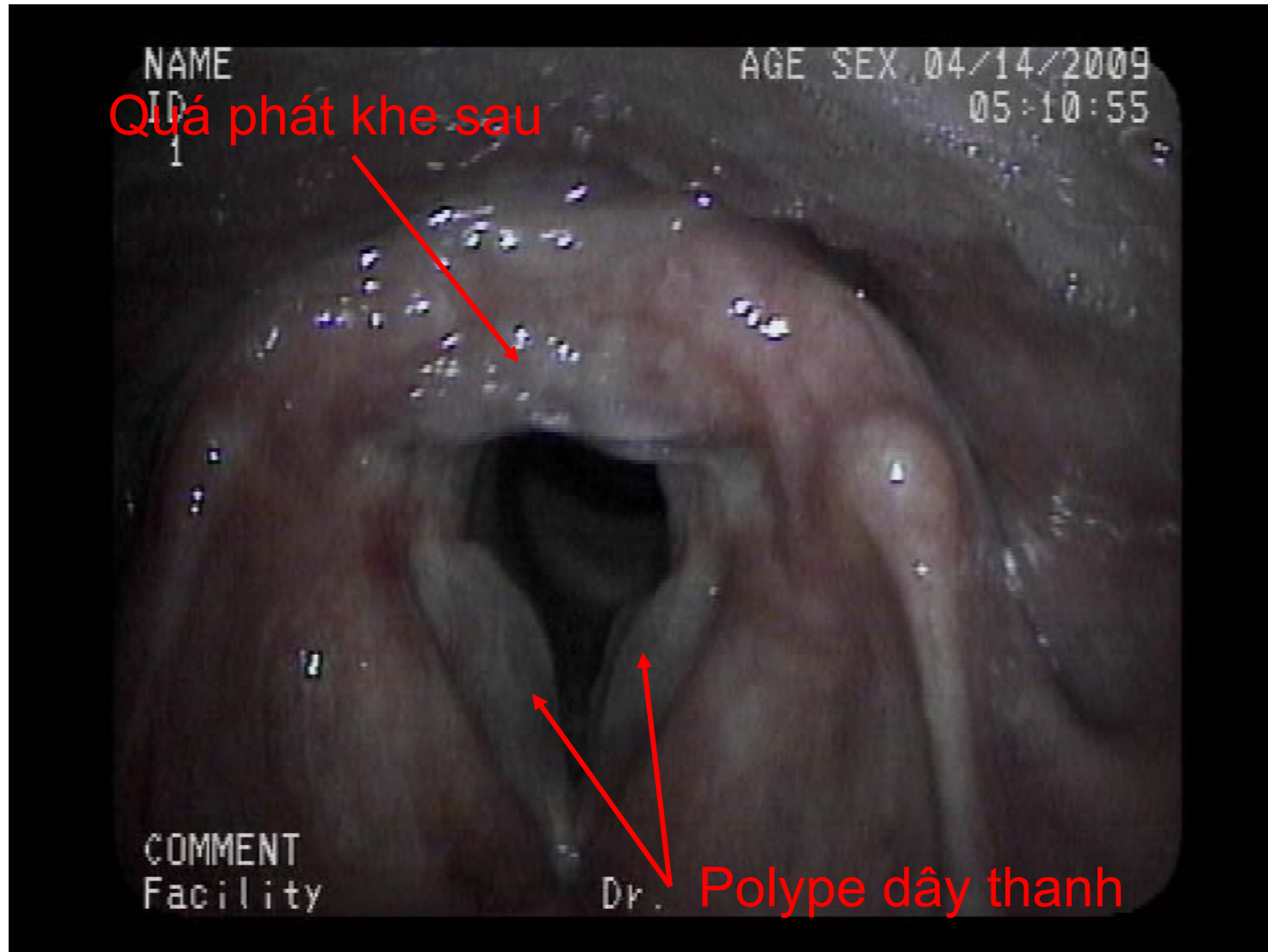
# Xung huyết

(*Erythema/Hyperemia*)

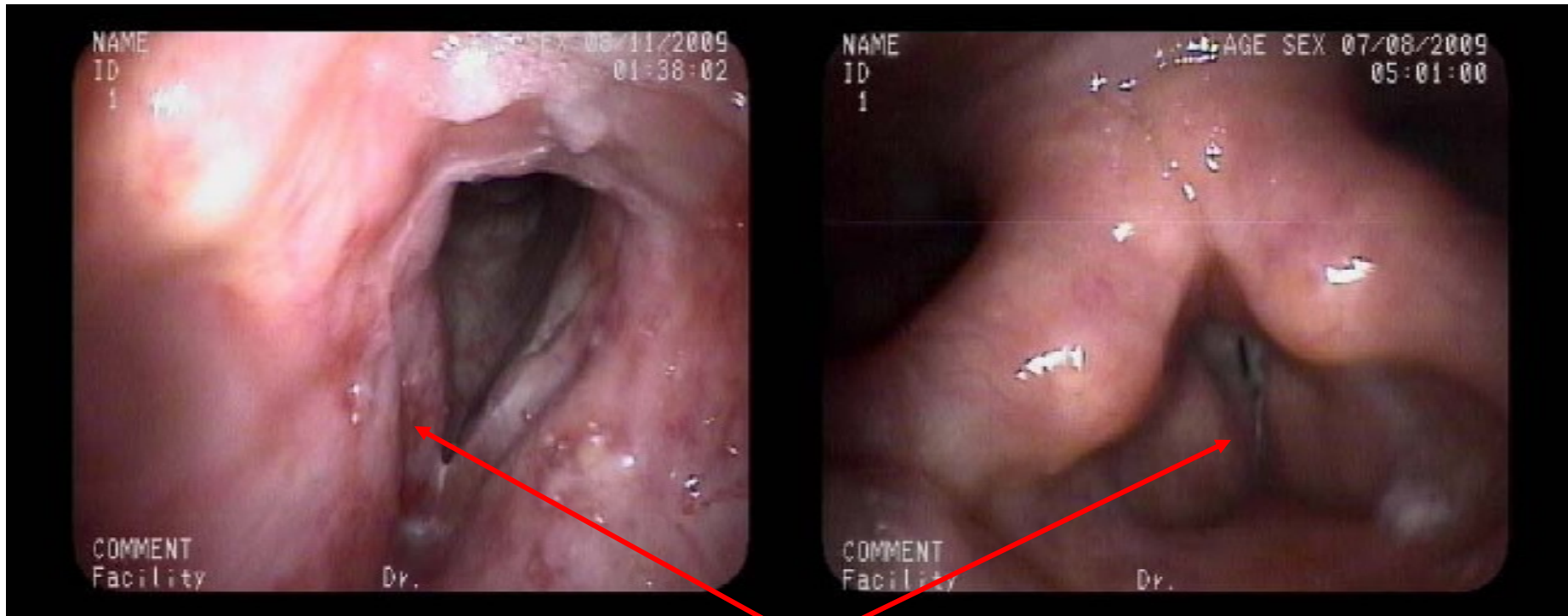


Phù nề dây thanh

# Phù nề dây thanh



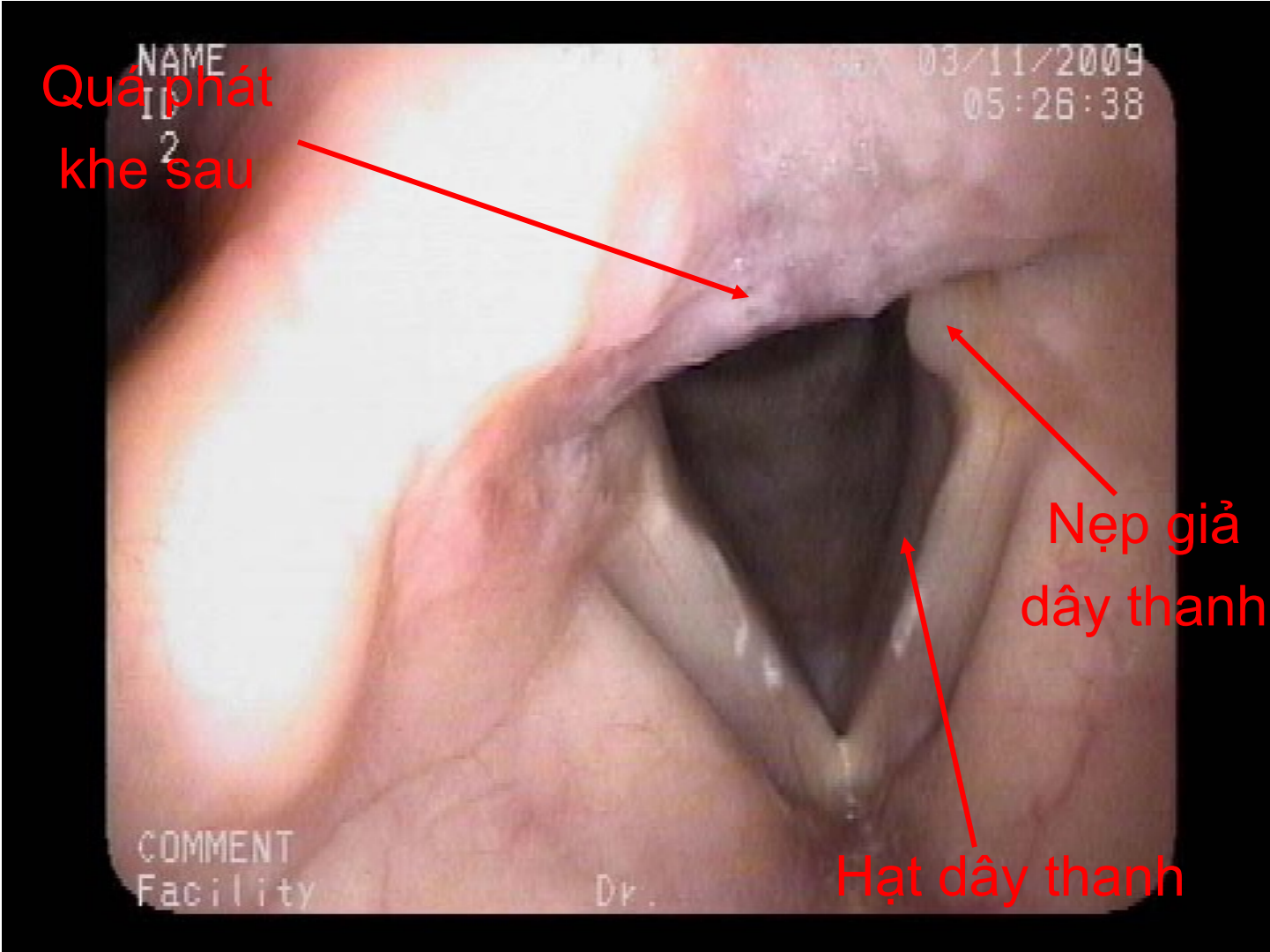
# Phù nề thanh quản (*Laryngeal Edema*)



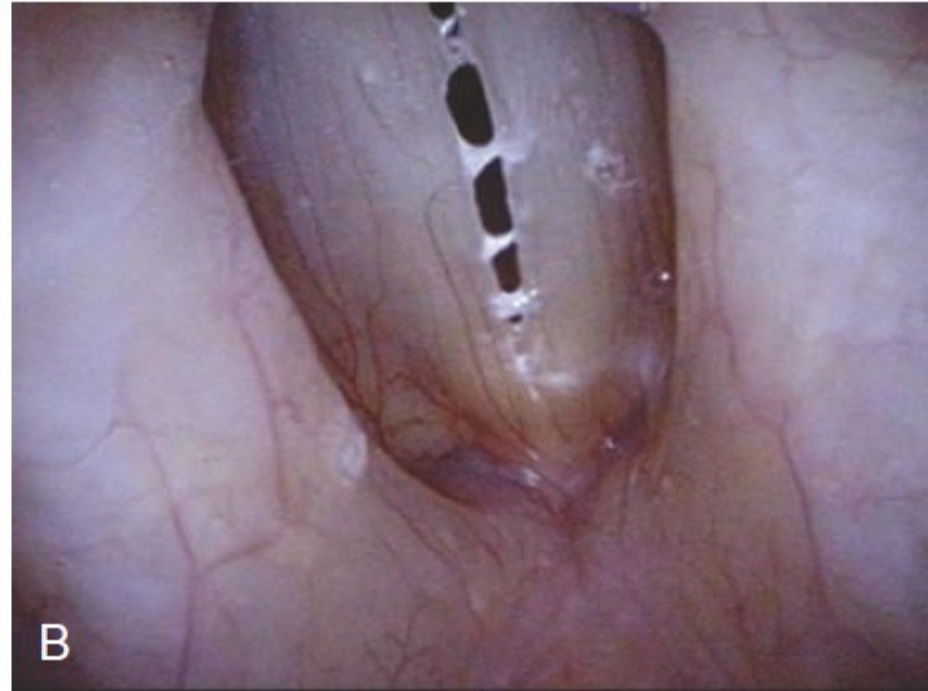
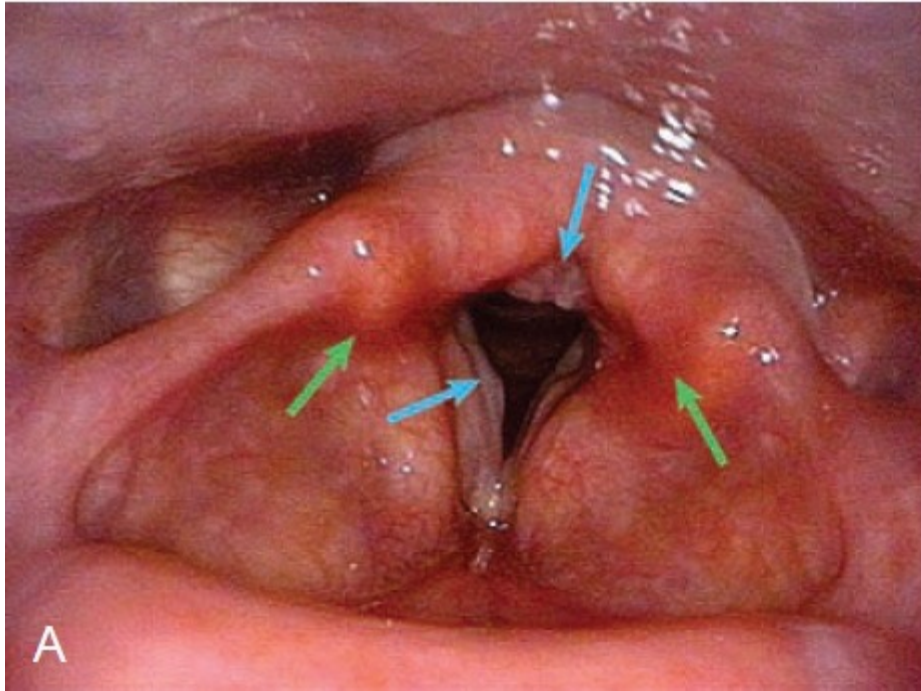
Mạch máu lộ rõ



# Quá phát khe sau



# Pechyderma





A

A. Phù nề dây thanh nhẹ



B

B. Nếp giả dây thanh



C

C. Quá phát khe sau



D

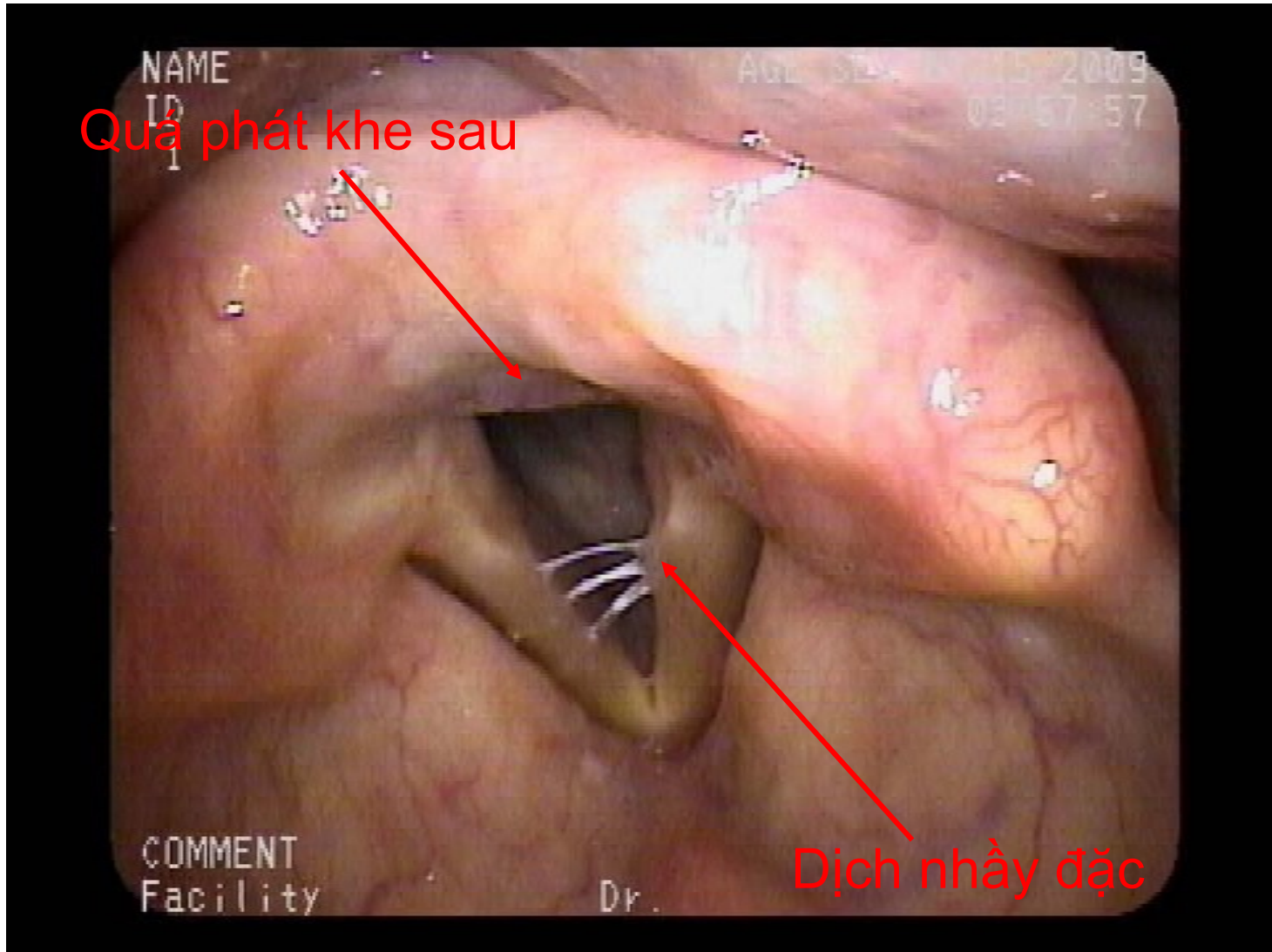
D. Polyp dây thanh

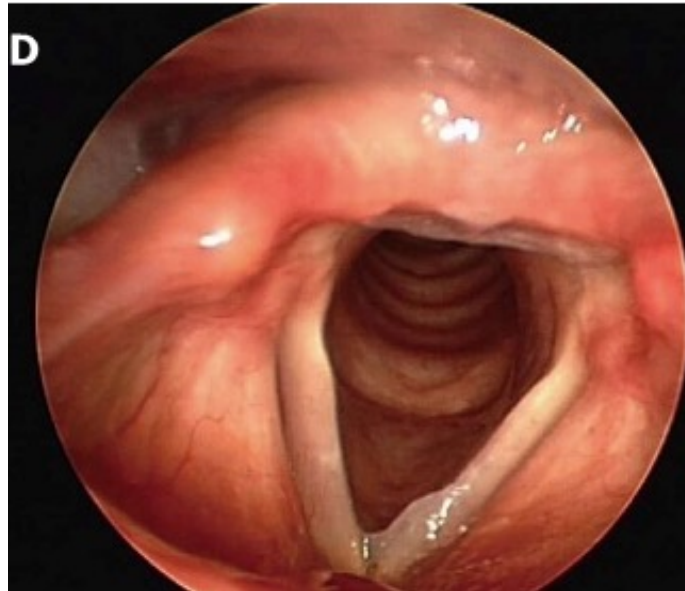
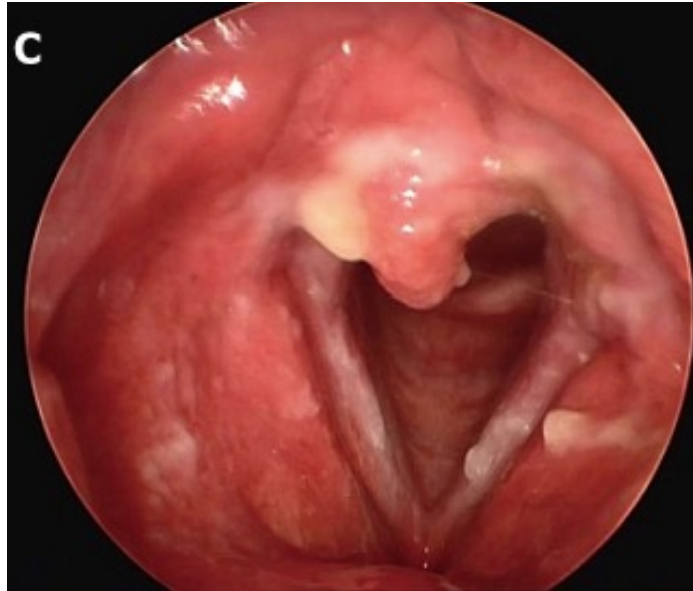
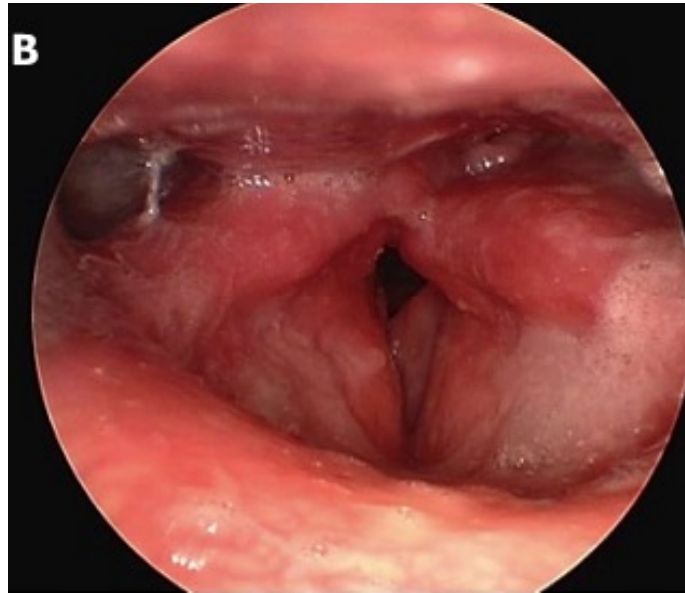
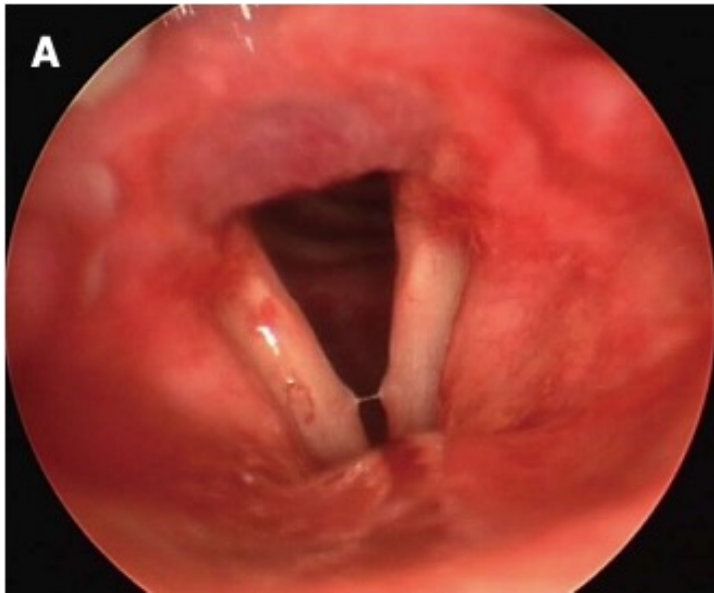


# U hạt



# Quá phát khe sau – dịch nhầy





**A:** viêm thanh quản sau và phù nề sụn phễu

**B:** phù nề thanh quản thứ phát sau LPR

**C:** viêm thanh quản sau nặng, niêm dịch nhầy vùng liên phễu và dây thanh

**D:** thanh quản bình thường với viêm thanh quản sau nhẹ đã được điều trị với PPI.



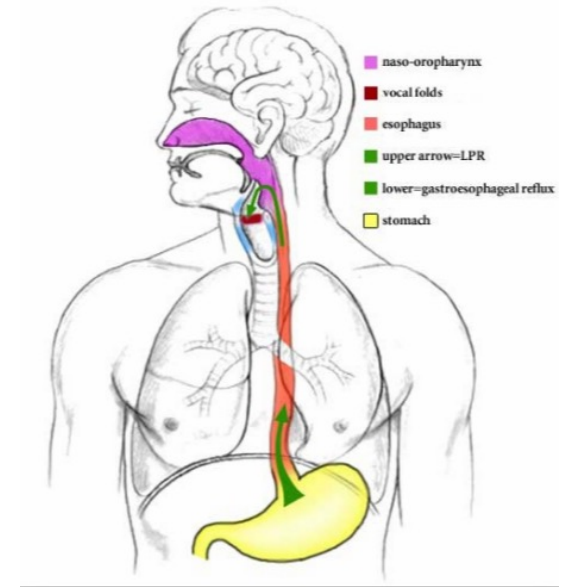
# ĐIỀU TRỊ

## Mục tiêu:

Loại bỏ triệu chứng

Làm lành tổn thương niêm mạc

Điều trị biến chứng



Kiểm soát sự tiết acid trong dạ dày  
Giảm tiếp xúc acid họng - thanh quản

# Điều trị

- Giảm cân
- Chế độ ăn uống
- Thay đổi lối sống
- Thuốc
- Hỗ trợ: kiềm hóa pH (xypenat)
- Phẫu thuật (fundoplication)
- Triệu chứng cải thiện sau 3-6 tháng

# Thay đổi lối sống

- Tránh ăn uống 2-3 giờ trước khi nằm
- Nằm nghiêng về bên (T)
- Tránh các yếu tố gây hại như:
  - Chất cồn
  - Cà phê
  - Sô cô la
  - Chất chua
  - Thức ăn chiên
  - Thuốc lá
  - Chất cay
- Nâng cao đầu giường
- Giảm cân

**Cải thiện 50%**

# ANGLE YOUR BED

TREATMENT FOR ACID REFLUX & GERD  
#1 Doctor Recommended Lifestyle Change!

Buy Online ::  
[www.Gravity1st.com](http://www.Gravity1st.com)

gravity1st  
elevated sleep systems

# SOOTHE ACID REFLUX





**XẸP CHỒNG NHIỀU GỖ LÊN NHAU**

*Hình 1. Nâng cao đầu.*



Hình 2. Gối nâng cao đầu giường Hi-sleep



Hình 3. Gối nâng cao đầu giường Hi-sleep





Hình 4. *Gối nâng cao đầu giường Hi-sleep*

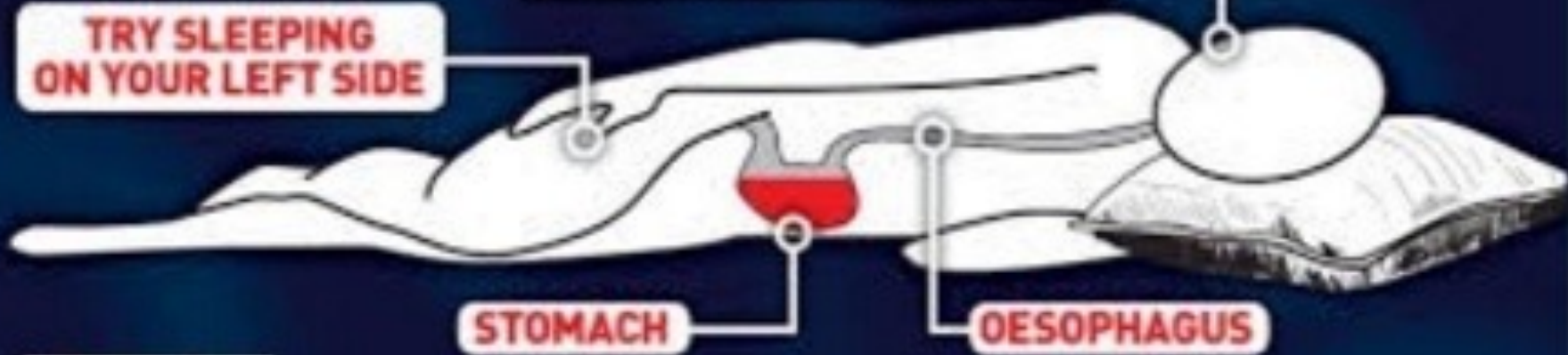


Hình 5. Gối nâng cao đầu giường Hi-sleep

# REFLUX: HOW TO SLEEP BETTER


ELEVATE YOUR UPPER BODY

TRY SLEEPING ON YOUR LEFT SIDE



STOMACH

OESOPHAGUS

 PEPTEST

The world's first non-invasive test for reflux disease [www.peptest.co.uk](http://www.peptest.co.uk)

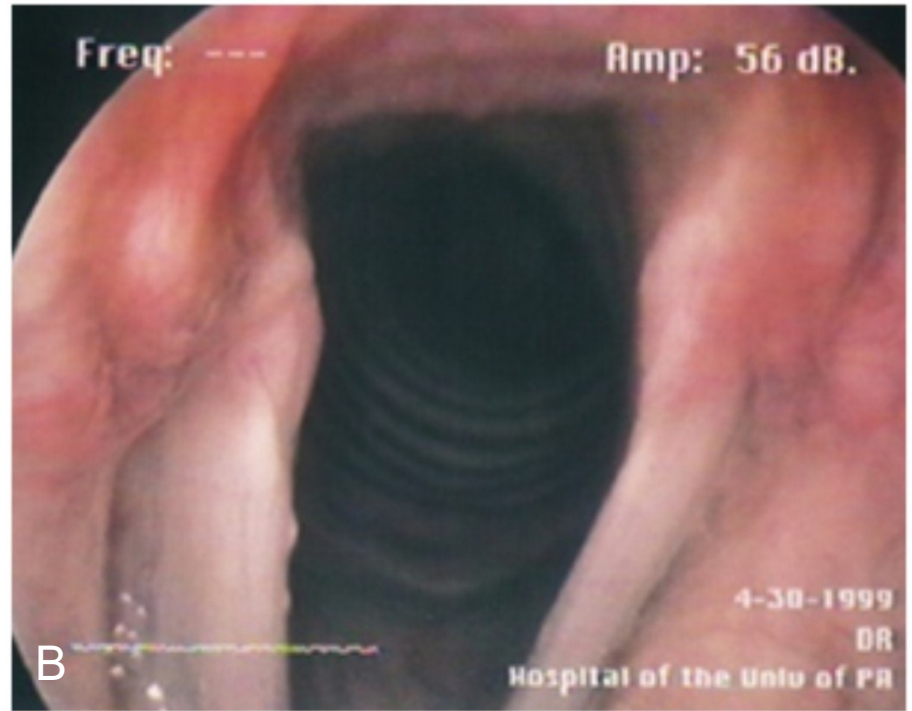
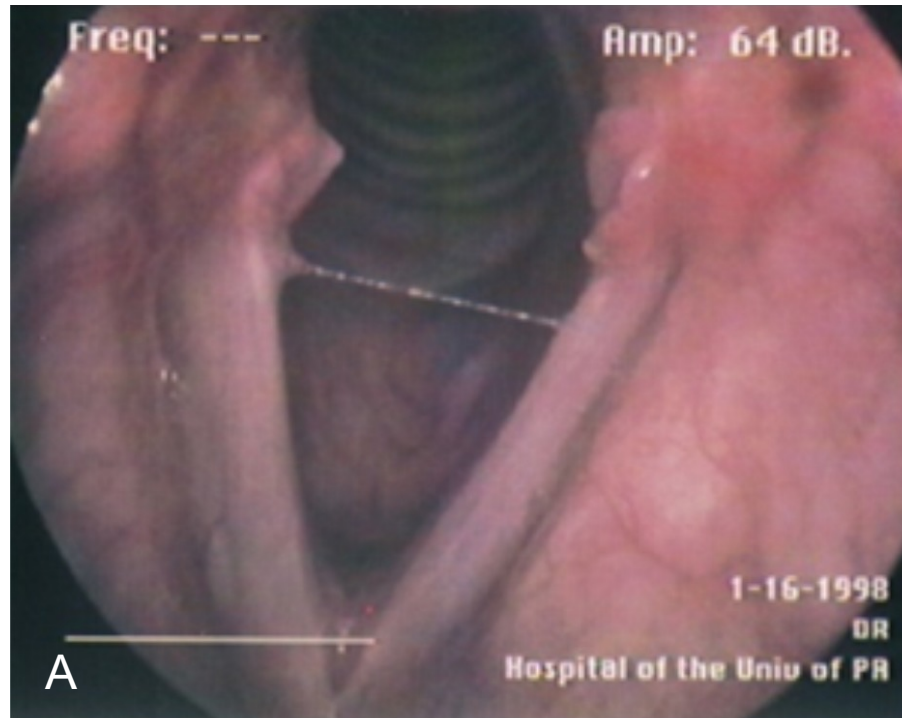






# Điều trị nội khoa

- Kiểm soát pH chất trào ngược  
Anti H<sub>2</sub>: cimetidine, ranitidine
- Trung hòa acid dạ dày: antacid
- Ức chế acid: kháng H<sub>2</sub>, PPI
- Prokinetic Agents: primperane
- Sucralfate: bề mặt
- Alginate: Gaviscon Advance (pepsin)
- Tăng cơ cơ hoành: GABAB Baclofen



## Hoạt soi

- A: U hạt máu thanh hai bên.
- B: Sau điều trị với omeprazole.





## Thanh môn mở - khép

- A: Gờ dưới thanh môn hai bên song song dây thanh làm dây thanh đóng không kín (B). Hình sỏi cuội thanh quản sau, sung huyết, phù nề sụn phễu.

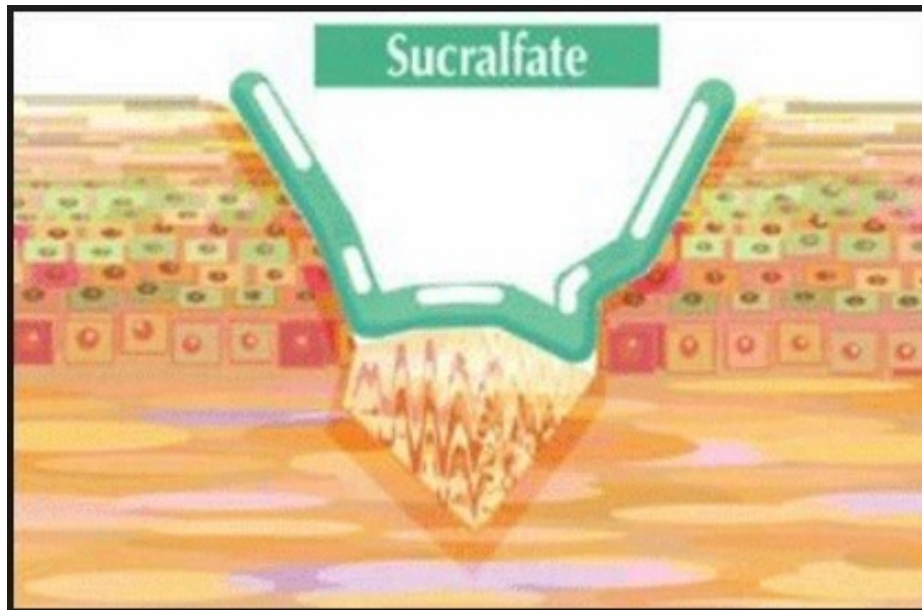








# SUCRAFATE 1g







# Ức chế Pump Proton (PPI)

- Một số PPI
  - Esomeprazole (Reichelet *al*, 2008)
  - Lansoprazole (El-Seraget *al*, 2001)
  - Omeprazole (Noordzijet *al*, 2001)
  - Pantoprazole (Ehereret *al*, 2003)
  - Rabeprazole (Pariet, 2014)
  - Esomeprazole (Vaeziet *al*, 2006)
  - Pantoprazole (Woet *al*, 2006)
- PPI 2 lần/ngày: hiệu quả nhất
- < 50% vẫn còn triệu chứng/PPI



# Alginate: Gaviscon Advance



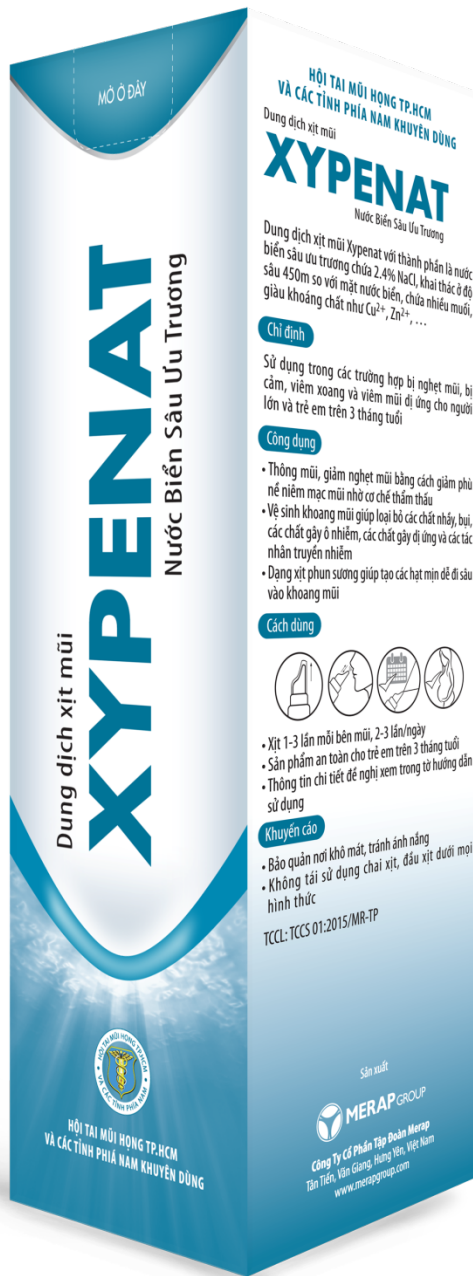
R<sub>x</sub> only

NDC 16714-071-01

**BACLOFEN TABLETS  
USP, 10 mg**

30 Tablets

pH = 7.6  
2.4% Na, Ca



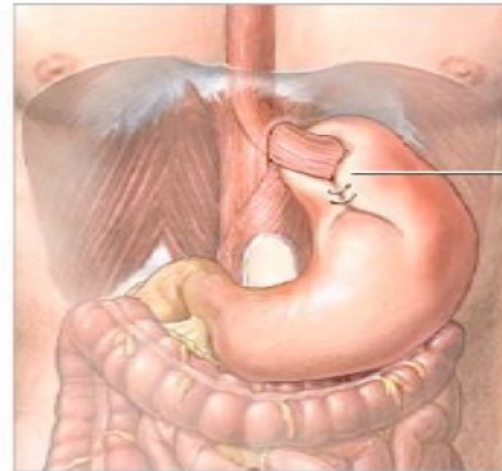
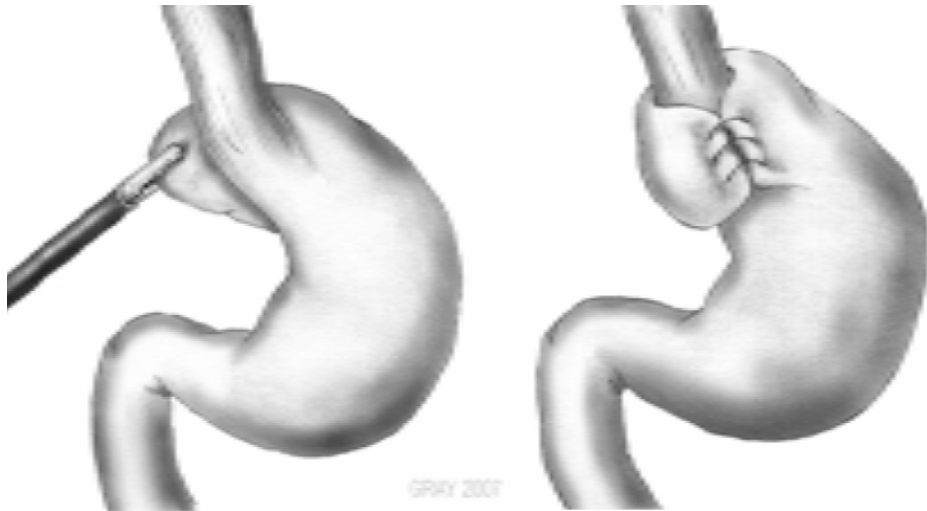


# Tự thể xịt họng



# Thắt đáy dạ dày theo PP Nissen

- Đáy dạ dày bao quanh thực quản
- Điều trị GERD: tỉ lệ thành công  $\approx 90\%$
- Cải thiện triệu chứng và dấu hiệu lâm sàng của LPR: 73-86%
- Đáp ứng kém hơn khi điều trị 4 tháng thất bại



Thắt đáy dạ dày



# KẾT LUẬN

- LPR khác với GERD
- Tương quan LPR - thanh quản: chặt chẽ
- Điều trị theo kinh nghiệm:
  - Thay đổi lối sống
  - PPI 2 lần/ngày x 3-6 tháng.
  - Alginate: Gaviscon Advance
  - Điều trị hỗ trợ: trung hòa pH (xypenat)



# Tài liệu tham khảo

- Bailey BJ, Johnson, JT, Newlands SD. Head and Neck Surgery –Otolaryngology, Fourth Edition. Philadelphia: *Lippincott*, 2006. pp. 759-60, 833-4, 909
- Bauman NM, *et al.* Value of pH probe testing in pediatric patients with extraesophageal manifestations of gastroesophageal reflux disease: a retrospective review. *Ann OtolRhinolLaryngol*2000;109:S18.
- Bauman NM, *et al.* Reflex laryngospasms induced by stimulation of distal esophageal afferents. *Laryngoscope*1994;104:209.
- Beaver ME, *et al.* Diagnosis of laryngopharyngeal reflux disease with digital imaging. *OtolaryngolHead Neck Surg*2003;128:103.
- BelafskyP, *et al.* Comparison of data obtained from sedated versus unsedated wireless telemetry capsule placement. *Laryngoscope* 2005; 115:1109-13.
- BelafskyPC, PostmaGN, KoufmanJA. Laryngopharyngeal reflux symptoms improve before changes in physical findings. *Laryngoscope*2001;111:979.
- BelafskyPC, PostmaGN, KoufmanJA. The validity and reliability of the reflux finding score (RFS). *Laryngoscope*2001;111:1313.
- BelafskyPC, PostmaGN, KoufmanKA. Validity and reliability of the reflux symptom index (RSI). *J Voice* 2002; 16:274–277.
- BelafskyPC, *et al.* Symptoms and findings of laryngopharyngeal reflux. *Ear Nose ThroatJ*2002;81(suppl 2):10.
- BoveMJ, Rosen C. Diagnosis and management of laryngopharyngeal reflux disease. *Cur Opin OtolaryngolHead Neck Surg*2006; 14:116-23.r
- BranskyRC, Bhattacharyya N, Shapiro J. The reliability of the assessment of endoscopic laryngeal findings associated with laryngopharyngeal reflux disease. *Laryngoscope* 2002; 112:1019-24.
- de CaesteckerJ. Medical therapy for supraesophageal complications of gastroesophageal reflux. *Am J Med*1997;103:138S.
- CelikM, ErcanI. Diagnosis and management of laryngopharyngeal reflux disease. *Cur Opin OtolaryngolHead Neck Surg*2006; 14:150-5.r
- Cool M, *et al.* Characteristics and clinical relevance of proximal esophageal pH monitoring. *Am J Gastroenterol*2004; 99:2317-23.
- Copper MP, *et al.* High incidence of laryngopharyngeal reflux in patients with head and neck cancer. *Laryngoscope*2000;110:1007.
- DeveneyCW, Brenner K, Cohen J. Gastroesophageal reflux and laryngeal disease. *Arch Surg*1993;128:1021.
- DiviV, BenningerMS. Diagnosis and management of laryngopharyngeal reflux disease. *Cur Opin OtolaryngolHead Neck Surg*2006; 14:124-7.r
- EhererAJ, *et al.* Effect of pantoprazole on the course of reflux-associated laryngitis: a placebo-controlled double-blind crossover study. *Scand J Gastroenterol*2003; 38:462-7.
- El-SeragHB, *et al.* Lansoprazole treatment of patients with chronic idiopathic laryngitis: a placebo-controlled trial. *Am J Gastroenterol*2001; 96:979-83.
- FacklerWK, *et al.* Long-term effect of H2RA therapy on nocturnal gastric acid breakthrough. *Gastroenterology* 2002; 122:625-32.
- Fraser AG, Morton RP, GillibrandJ. Presumed laryngopharyngeal reflux: investigate or treat?. *J LaryngolOtol*2000;114:441.
- GalliJ, *et al.* The role of acid and alkaline reflux in laryngeal squamous cell carcinoma. *Laryngoscope*2002;112:1861.
- Hanson DG, Jiang JJ. Diagnosis and management of chronic laryngitis associated with reflux. *Am J Med*2000;108:112S.

chân thành cảm ơn

