

KINH NGHIỆM ĐIỀU TRỊ 5 TRƯỜNG HỢP VỠ XOANG TRÁN DO CHẤN THƯƠNG KIỂU SỤP KHỐI MŨI TRÁN BẰNG PHẪU THUẬT CHỈNH HÌNH TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TT AN GIANG

BS. Nguyễn Lâm Đạt Nhân, BS. Lý Thị Xinh, BS. Lê Văn Đức
Khoa Tai Mũi Họng- Bệnh viện đa khoa An Giang

TÓM TẮT :

Chấn thương làm vỡ sụn xoang trán, khối mũi trán theo cơ chế chấn thương trực tiếp vùng giữa mặt, gây tổn thương mũi, xoang trán và cấu trúc lân cận trên bộ xương mặt. Mục tiêu của điều trị là phục hồi về thẩm mỹ và dự phòng các biến chứng sớm, các biến chứng muộn bao gồm: viêm xoang cấp, viêm xoang mạn sau chấn thương, u nhầy xoang trán, áp-xe não, viêm xương tủy, nghẹt tắc mũi, mất mùi. Chọn lựa phương pháp phẫu thuật điều trị vỡ xoang trán sao cho đảm bảo đủ rộng để thám sát, nâng chỉnh có hiệu quả, đảm bảo tính thẩm mỹ và chức năng xoang trán.

Từ tháng 2/ 2006 đến nay, tại Bệnh viện đa khoa trung tâm An Giang, cùng với sự tiến bộ của các khoa Chấn thương ngoại thần kinh và Gây mê hồi sức. Khoa Tai Mũi Họng đã tiến hành phối hợp để phẫu thuật điều trị các trường hợp chấn thương vỡ xoang trán, khối mũi trán theo phương pháp của BV Chợ Rẫy, nhưng không kết hợp nội soi và rút ngắn thời gian lưu ống thông mũi trán còn 3 tháng (so với 6 tháng). Bước đầu đã thực hiện được 5 ca, đạt được yêu cầu về thẩm mỹ và tái tạo thông khí xoang trán.

ĐẶT VẤN ĐỀ:

Chấn thương gây vỡ sụn khối mũi trán là loại chấn thương phối hợp đáng ngại vì xương trán là một trong những xương hình thành nên hộp sọ bảo vệ não bộ, xương trán có vị trí và cấu tạo rất chắc chắn nên chỉ bị vỡ khi chịu một lực va đập rất mạnh. Do đó chấn thương gây vỡ xoang trán thường kèm theo chấn thương các cơ quan khác, nhất là tổn thương nội sọ, cột sống cổ...

Điều trị phẫu thuật vỡ sụn khối mũi trán, ngoài việc điều trị bảo tồn chức năng xoang trán và phục hồi thẩm mỹ, phải điều trị ngăn ngừa các biến chứng sớm và muộn có thể xảy ra: Nghẹt tắc mũi, mất khứu, viêm xoang trán, viêm màng não, áp xe não, rối loạn cảm giác vùng trán, u nhầy xoang trán ...^[1]

Từ thực tiễn lâm sàng, vấn đề đặt ra là nghiên cứu và điều trị phẫu thuật các trường hợp vỡ sụn khối mũi trán là một yêu cầu, là ưu thế của chuyên khoa Tai Mũi Họng trong một bệnh viện đa khoa.

Dùng đường vào liên trán thái dương và lật vạt da cơ- cốt mạc cho phép tiếp cận trực tiếp thành trước xoang trán, kết hợp với đường mũi tự nhiên. Đường vào này rộng rãi có thể bộc lộ cả 2 xoang trán, sửa chữa các thương tổn ở thành trước và che dấu sẹo ở trong đường chân tóc. Hơn nữa, chỉnh hình xoang trán còn đòi hỏi sự tái tạo dẫn lưu cho xoang.

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU :

Đối tượng :

Chọn những bệnh nhân bị chấn thương vỡ xoang trán, khối mũi trán đã ổn định về các chấn thương phối hợp khác (Sọ não, lồng ngực, bụng, chân tay, mắt, răng hàm ...)

Phương pháp :

Bệnh nhân nhập viện, làm hồ sơ bệnh án, xét nghiệm tiền phẫu

Chụp CT. Scan vùng sọ mắt

Đánh giá tổn thương phối hợp để hội chẩn liên khoa.

Chụp hình bệnh nhân trước mổ

Kỹ thuật mổ nâng chỉnh khối mũi trán :

Chúng tôi chọn phương thức phẫu thuật: bóc lộ rộng vùng trán qua đường liên trán thái dương, nâng chỉnh thành trước xoang trán, xương chính mũi, đặt ống thông mũi- xoang trán và rút ống sau 3 tháng.

Gây mê qua nội khí quản,

- Đường vào: rạch da theo đường liên trán thái dương, cách rìa chân tóc 1cm [2]
- Bóc tách lật toàn bộ vạt da cơ sát cốt mạc xuống đến khớp mũi trán và bờ trên cung mày hai bên. Bảo tồn thần kinh, động mạch trên ổ mắt và thần kinh, động mạch trên rờng rọc.
- Rạch cốt mạc cách bờ trên đường gãy 1cm.
- Dùng spatule nâng đỡ mảnh vỡ thành trước xoang trán (giữ cho cốt mạc còn dính mảnh xương rời).
- Hút dịch máu, thám sát trong xoang trán, xem thành sau xoang trán có nứt, sụp; màng não có rách hay nguyẹn vẹn.
- Hút kiểm tra phễu trán, lỗ thông xoang trán, đánh giá bên nào hẹp thì nong (1 hoặc 2 bên). Kết hợp dùng kèm Martin nâng chỉnh xương chính mũi qua lỗ tự nhiên.
- Đặt ống nong ước lượng từ bờ trên phễu trán trong xoang, xuống qua lỗ cửa mũi 1 cm(ống thông trực tràng số 24). Khâu cố định ống nong vào tiền đình vách ngăn mũi bằng chỉ Nylon 2.0
- Đặt lại mảnh xương vỡ thành trước xoang trán, khâu cốt mạc bằng Vicril 3.0
- Đặt penrose dẫn lưu dưới da, khâu lại vạt da bằng Nylon 2.0
- Nhét mèche (bắc) tẩm Tetra- pommade 1% vào trong hốc mũi 2 bên .

Săm sóc sau mổ:

- Theo dõi dấu hiệu sinh tồn, dùng kháng sinh, kháng viêm, giảm đau, kháng dị ứng.
- Rút mèche mũi sau 5 ngày, giữ lại ống nong.(Tránh chạm mạnh vùng mũi trán).
- Chăm sóc vết thương, rửa ống nong mũi trán mỗi ngày, cắt chỉ sau 7 ngày. Xuất viện.
- Bệnh nhân được theo dõi mỗi tuần trong tháng đầu để rửa ống nong. Theo dõi mỗi 1 tháng 1 lần trong 2 tháng tiếp theo. Rút ống nong sau mổ 3 tháng.
- Chụp ảnh sau mổ.

Các dấu hiệu cần theo dõi: sau xuất viện.

- Tâm thần kinh: nhức đầu, buồn nôn, rối loạn tri giác; cảm giác vùng trên cung mày.
- Viêm nhiễm: viêm nhiễm tại vết thương (dò từ xoang ra da), viêm xoang trán do tắc nghẽn, viêm màng não.
- Sự thông thoáng của hốc mũi, khứu giác.
- Dò dịch não tủy xuống mũi

- U nhầy xoang trán.
- Mắt: thụt nhãn cầu, nhìn đôi
- Chụp X.quang sọ nghiêng để kiểm tra (hoặc CT Scan nếu được) sau 3 tháng.

KẾT QUẢ:

Từ tháng 02/2006 đến tháng 5 / 2007, chúng tôi đã thực hiện được 5 trường hợp, tất cả là nam, tuổi từ 20 đến 26, nguyên nhân do tai nạn giao thông (xe gắn máy).

Trong đó có 3 ca vỡ kín sụn khối mũi trán, 2 ca vỡ xoang trán đơn thuần: 1 ca vỡ hờ được mổ qua vết thương tại chỗ. Tất cả đều đã ổn định về các chuyên khoa khác.

Triệu chứng chính của 5 bệnh nhân:

- + Lõm trán : tất cả
- + Nghẹt mũi, mất mùi, biến dạng lõm sống mũi: 3 ca

Bảng tóm tắt bệnh nhân đã thực hiện

Beñh Nhân	Chẩn đoán (theo kết quả CT Scan)	Phương thức PT	Đường rạch da	Dẫn lưu mũi trán
P V M	Khí tụ nội sọ, vỡ lún thành trước, nứt thành sau xoang trán, gãy xương mũi.	Nâng khối mũi trán	Bi-coronal (Unter-berger)	ống thông mũi trán
N T T	Vỡ hờ sụn thành trước xoang trán	Nâng thành trước xoang trán	Qua vết thương trán	Đặt sonde Foley 26
L B P	Vỡ kín lún thành trước xoang trán	Nâng thành trước xoang trán	Bi- coronal	không
B P L	Khí tụ nội sọ, gãy Lefort II, sụn mũi trán	Mở khí quản, nâng mũi trán	Bi- coronal	ống thông mũi trán
B H T	Khí tụ nội sọ, sụn mũi trán	Nâng mũi trán	Bi- coronal	ống thông mũi trán

Thời gian mổ trung bình: 1giờ 30 phút, thời gian nằm viện trung bình sau mổ: 8,6 ngày. Không có trường hợp nào phải bù truyền máu.

Kết quả sau mổ :

- Vết mổ liền tốt, không có nhiễm trùng trong các trường hợp.
- Tái tạo được vòm trán tròn cân đối trong tất cả các trường hợp, sống mũi thẳng như cũ (dựa vào mức độ hài lòng của bệnh nhân).
- Hầu hết cảm nhận được mùi sau 3 tuần, không dấu tê bì vùng trán.
- Không dò dịch não tủy.
- Các trường hợp đặt ống thông xoang: có 1 ca bị bít tắc sớm do dịch nhầy khô đọng. Điều được rút ống ngưng sau 3 tháng, mũi thông, không dò dịch xuống mũi. Mắt nhìn rõ, cân đối 2 bên. Một trường hợp đặt sonde Foley bơm bóng nâng đỡ thành trước xoang trán (ngách trán không bị tổn thương), rút sonde sau 7 ngày.

BÀN LUẬN

- Tất cả các trường hợp chấn thương mũi- xoang trán kể trên đều do tai nạn giao thông, nguyên nhân mà có thể phòng tránh được. Từ sau khi triển khai đội mũ bảo hiểm khi

tham gia giao thông (tháng 9/ 2007) đến nay, chúng tôi chưa nhận thêm ca nào vỡ xoang trán.

- Đối với các trường hợp không có vết thương tại chỗ (vỡ kín), thì dùng đường vào liên trán thái dương có nhiều ưu điểm :

- + Bọc lộ đủ rộng vùng xoang và khớp mũi trán để thám sát rõ tổn thương, thao tác phẫu thuật dễ dàng.

- + Không làm tổn thương động mạch, thần kinh trên ổ mắt: sẽ giảm di chứng gây tê bì như một số phẫu thuật dùng đường vào tại chỗ.

- + Không để lại sẹo trên mặt.

- Khi đặt ống thông dẫn lưu mũi trán, để tránh tổn thương lân cận vùng ngách trán, cần luôn trước bằng ống Nelaton nhỏ dẫn đường từ phễu trán xuống hốc mũi.

- Rút ngắn thời gian lưu ống dẫn thông xoang trán (3 tháng) so với 6 tháng như 1 số nghiên cứu ở các bệnh viện khác ^{[3], [4]}. Vì thời gian 3 tháng đủ để xương ngách trán lành cứng, tránh sẹo dính trong hốc mũi; Thời gian quá dài để theo dõi chăm sóc ống thông, hạn chế trong sinh hoạt của bệnh nhân. Và là bước thử nghiệm mới trong điều trị. Theo Marcus Miranda Lessa và cộng sự ^[6] đã nghiên cứu đặt đầu thoát dẫn lưu nằm trong hốc mũi (không ló ra cửa mũi) để không làm hạn chế sinh hoạt cho bệnh nhân, nhưng phải có chế độ theo dõi tốt hơn nhằm tránh bị tắc ống và tạo mô sẹo trong hốc mũi.

- Mặt hạn chế của chúng tôi là không theo dõi được bệnh nhân lâu hơn (2 năm) vì bệnh nhân đi làm ăn xa, hoặc không có điều kiện để trở lại kiểm tra định kỳ.

KẾT LUẬN

- Đây là phương pháp điều trị bước đầu đáp ứng được 2 yêu cầu : thẩm mỹ và làm thông xoang trán, cải thiện tình trạng thông thoáng hốc mũi, cảm nhận mùi.

- Cần có sự phối hợp của các chuyên khoa liên quan: Ngoại thần kinh, Mắt, Răng hàm mặt, Ngoại chấn thương, Gây mê hồi sức...

- Tuy nhiên, đây chỉ là bước đầu thực hiện. Cần có cỡ mẫu lớn hơn, và nhiều thời gian hơn để đánh giá những biến chứng muộn như: u nhầy xoang trán.

TÀI LIỆU THAM KHẢO:

1. Võ Tấn, 1994, Tai Mũi Họng thực hành, tập 1, tr 153.
2. Nguyễn Tấn Phong, Phẫu thuật mũi xoang, Nhà xuất bản Y học Hà Nội, 1995, tr 206- 209
3. Lâm Huyền Trân, Bước đầu điều trị phẫu thuật chỉnh hình vỡ sụp khối mũi trán kết hợp phẫu thuật nội soi (BV Chợ Rẫy), Nghiên cứu Y học Y Học TP. Hồ Chí Minh, tập 7, 2003.
4. Phạm Văn Toàn, Nghiên cứu lâm sàng và điều trị vỡ xoang trán tại Bệnh viện Nhân Dân 115, Nghiên cứu Y học Y Học TP. Hồ Chí Minh, tập 7, 2004.
5. Hassan H. Ramadan. The Frontal Sinus, Chapter 1 History of Frontal Sinus Surgery, Springer Berlin Heidelberg Publisher, 2005, pages 1-6
6. Marcus Miranda Lessa; Richards Louis Voegels; Bernardo Cunha Filho; Flavio Sakae; Ossamu Butugan; Gerald Wolf. Estudo da anatomia do recesso frontal por meio de dissecação endoscópica em cadáveres. Rev. Bras. Otorrinolaringol. vol. 73 no.2 São Paulo Mar./Apr. 2007