

DÁNH GIÁ PHẪU THUẬT ĐIỀU TRỊ LIỆT MẶT NGOẠI BIÊN DO CHẤN THƯƠNG XƯƠNG THÁI DƯƠNG TẠI BỆNH VIỆN TAI MŨI HỌNG TRUNG ƯƠNG

NGUYỄN XUÂN HÒA, NGUYỄN THỊ NGỌC DINH
Bệnh viện Tai Mũi Họng Trung ương

TÓM TẮT:

Nghiên cứu tiến hành trên 23 bệnh nhân bị liệt mặt do chấn thương xương thái dương tại BV Tai Mũi Họng Trung ương từ tháng 1/2002 đến 8/2006. Phẫu thuật chủ yếu là giảm áp dây VII qua đường xương chũm. Kết quả: Hồi phục hoàn toàn 86,9% (Độ I và II theo House – Brackmann).

Từ khóa: Liệt mặt, chấn thương xương thái dương.

ĐẶT VẤN ĐỀ:

Liệt mặt được biết đến rất sớm từ thời Hypocrate do nhiều nguyên nhân khác nhau, trong đó liệt mặt ngoại biên do chấn thương xương thái dương là một cấp cứu trong tai mũi họng (TMH). Trong một thời gian nhất định, các cơ bám da mặt không được TK vận động chi phối sẽ diễn ra quá trình xơ hoá, mỡ hoá làm thay đổi cấu trúc của mặt, nếu không được chẩn đoán và xử lý kịp thời sẽ để lại di chứng liệt mặt vĩnh viễn gây ảnh hưởng đến đời sống và sinh hoạt của người bệnh. Trong lịch sử nghiên cứu điều trị liệt mặt ngoại biên có những quan điểm khác nhau. Phẫu thuật (mở giảm áp) dây VII được Charles Balance đề xuất từ năm 1932 nhưng không được quan tâm. Những năm gần đây quan điểm điều trị bằng PT được sáng tỏ hơn, chỉ định can thiệp PT trong trường hợp liệt mặt tức thì và liệt hoàn toàn sau chấn thương. Khuyến khích điều trị PT sớm, sau điều trị nội khoa (trong 4 tuần đầu) không đỡ ngày càng rộng rãi.

Mục tiêu: Đánh giá hiệu quả phẫu thuật điều trị liệt mặt do chấn thương xương thái dương và rút kinh nghiệm cho các phương pháp điều trị này.

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng

Gồm 23 bệnh nhân được khám và chẩn đoán liệt mặt ngoại biên do CT xương thái dương và được phẫu thuật tại khoa Tai và Tai- TK Bệnh viện TMH Trung ương từ tháng 01/2002 đến tháng 08/2006.

2. Phương pháp nghiên cứu

Nghiên cứu theo phương pháp mô tả - can thiệp từng trường hợp

Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân

- Tiền sử: có tiền sử CT xương thái dương.
- Lâm sàng: có liệt mặt ngoại biên xuất hiện sau CT xương thái dương.
- Cận lâm sàng:
 - + XQuang thông thường về tai: Schuller, Stenver, Chaussé III hoặc CTScan để xác định đường vỡ của xương thái dương.
 - + Đo thính lực đồ, phản xạ cơ bàn đạp (nếu được), đo điện cơ (EMG) và phản xạ Blink. Chỉ định điều trị phẫu thuật: Liệt xuất hiện tức thì và hoàn toàn sau

CT, những trường hợp này PT càng sớm càng tốt khi điều kiện cho phép. Liệt xuất hiện muộn nhưng liệt hoàn toàn hoặc liệt nặng và không cải thiện với điều trị nội khoa sau thời gian 1 tháng.

Kĩ thuật: PT giảm áp dây VII mở hòm nhĩ theo lối sau qua đường xương chũm. Bảo tồn thành sau ống tai xương thấy được toàn bộ chuỗi xương con, ụ nhô, cửa sổ tròn, cửa sổ bầu dục và phần cuối đoạn 2 dây VII, mở cống Fallope để bộc lộ toàn bộ đoạn 2, đoạn 3 và khuỷu dây VII. Tùy theo tổn thương của dây VII mà có những kĩ thuật xử lí khác nhau. Tái tạo chuỗi xương con nếu di lệch phẫu thuật giảm áp qua đường mê nhĩ sử dụng khi có bằng chứng mất hoàn toàn chức năng của mê nhĩ. Kĩ thuật tiến hành không khó khăn, bảo tồn được chức năng giải phẫu tai giữa, hòm tai, màng nhĩ còn nguyên vẹn, sẵn sóc hậu phẫu đơn giản. Sau 2 tuần vết mổ khô sạch, thính lực phục hồi và tránh được viêm nhiễm.

Để đánh giá sau điều trị và phát hiện biến chứng, di chứng khám đánh giá lần đầu khi bệnh nhân xuất viện, sau đó tùy từng trường hợp cụ thể mà khám sau 1, 3 hoặc 6 tháng.

KẾT QUẢ

1. Sự phân bố của tuổi: Bảng 1.

Tuổi	<20	21-40	41-60	>60	Tổng
Số lượng BN	2	12	8	1	23
Tỉ lệ	8,7%	52,2%	34,8	4,3%	100%

Tuổi nhỏ nhất chúng tôi gặp là 18 tuổi và lớn nhất là 66 tuổi. Lứa tuổi phổ biến nhất từ 20 đến 40 tuổi chiếm 52,2%. Tuổi trung bình là 35,5

2. Sự phân bố của giới

Tỉ lệ nam/nữ = 16/7. BN nam chiếm 69,5% là do bệnh chủ yếu do tai nạn giao thông.

3. Nguyên nhân gây chấn thương dây TK VII

Nhóm nguyên nhân do tai nạn giao thông gặp nhiều nhất: 17/23 trường hợp chiếm 73,9%, sau đó là các nguyên nhân khác như tự ngã, tai nạn lao động đập đầu vùng vào thái dương hoặc bị chém vào vùng xương chũm: 2/23 trường hợp chiếm 8,7%, tai biến trong phẫu thuật xương chũm: 4/23 chiếm 17,4%.

Bảng 2. Khởi phát của liệt

Khởi phát của liệt mặt	Số lượng	Tỷ lệ
Liệt tức thì	12	52,1%
Liệt muộn	11	47,9%
Tổng	23	100%

Thời gian xuất hiện liệt trong nghiên cứu từ 1-7 ngày, trung bình 2,8 ngày.

Sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê với

P<0,05. Trong 5 năm chúng tôi gặp 4 trường hợp liệt mặt do vỡ xương đá trong khi PT tai xương chũm tất cả đều liệt ngay sau PT, trong đó có 1 trường hợp đứt hoàn toàn TK và 1 trường hợp mất đoạn TK và cả 4 trường hợp có chỉ định điều trị PT.

4. Vị trí và tính chất tổn thương của dây TK lúc phẫu thuật

Tính chất tổn thương Vị trí tổn thương	Phù nề, dây sùi	Mảnh xương chèn ép	Đứt một phần	Đứt hoàn toàn	Mất đoạn TK	Tổng
Đoạn nhĩ	10	4	1	0	0	15 (65,2%)
Đoạn chũm	1	0	0	0	0	1 (4,3%)
Đoạn nhĩ + chũm	3	2	0	1	1	7 (30,4%)
Tổng	14 (60,8%)	6 (26%)	1 (4,3%)	1	1	23 (100%)

Tổn thương phù nề, dây sùi dây TK hay gặp, chiếm 60,9%, mảnh xương chèn ép dây TK gặp 26,1%. Trong đó có 1 trường hợp mảnh xương cắm vào làm đứt không hoàn toàn dây TK(2/3) chiếm 4,3%. Vị trí tổn thương thường gặp nhất là ở đoạn nhĩ 15/23 trường hợp chiếm 65,2% và đoạn nhĩ + chũm 7/23 trường hợp chiếm 30,4% do đường vỡ ngang qua khuỷu, một trường hợp tổn thương ở đoạn chũm chiếm 4,3%.

5. Kết quả sự phục hồi vận động

Tiến triển	Thời gian	Sau mổ 2 tuần	Sau mổ 4 tuần	Sau mổ 3 tháng
Giữ nguyên		10 (43,4%)	7(30,4%)	2 (8,7%)
Tốt lên		7 (30,4%)	7(30,4%)	1(4,3%)
Khỏi		6 (26%)	9 (39,1%)	20 (86,9%)

Trước điều trị chủ yếu là liệt độ VI (liệt hoàn toàn). Sau phẫu thuật 3 tháng tất cả đều hồi phục về bình thường (86,9% Độ I - Độ II theo bảng phân độ House - Brackmann)

KẾT LUẬN VÀ BÀN LUẬN

Trong 23 trường hợp liệt mặt do CT xương thái dương đã được PT từ tháng 01/2002 đến tháng 08/2006 chúng tôi có một số nhận xét sau: Liệt mặt do CT xảy ra chủ yếu là ở nam giới, lứa tuổi thường gặp nhất là 21- 40 tuổi chiếm 52,2%. Nguyên nhân hàng đầu là do tai nạn giao thông chiếm tỷ lệ 73,9%. Tổn thương phối hợp luôn luôn có, đặc biệt là chấn thương sọ não chiếm tỷ lệ khá cao. Các nghiệm pháp định khu ít có giá trị. Chẩn đoán định khu cần phối hợp nhiều triệu chứng như: triệu chứng định khu + triệu chứng tổn thương ở tai ngoài, tai giữa, tai trong + CT Scan + thính lực đồ và nhĩ lượng để chọn đường mổ thích hợp.. Thời gian từ lúc liệt mặt đến khi được PT là từ 5 - 85 ngày trung bình là 25,4 ngày sớm hơn của Ulug từ 14- 75 ngày trung bình 37,9 ngày có lẽ do bệnh nhân đến sớm hơn và chúng tôi mạnh dạn chỉ định điều trị PT sớm hơn. Những TH được PT sớm (4 tuần sau khi liệt mặt) đều có sự hồi phục hoàn toàn

các chức năng của dây VII. Còn PT muộn hơn các CN vận động hồi phục kém.

Vị trí tổn thương của dây thần kinh thường gặp nhất là đoạn nhĩ 65,2%, đoạn chũm đơn thuần 4,3%, đoạn nhĩ + chũm 30,4 %. Vị trí tổn thương của dây TK, loại CT xương thái dương và các triệu chứng tổn thương ở tai luôn có liên quan mật thiết với nhau. Tính chất tổn thương dây thần kinh thường gặp nhất là phù nề chiếm 60,8% sau đó là mảnh xương chèn ép chiếm 26,1%, đứt một phần dây thần kinh ít gặp hơn chiếm 4,3%. Mất đoạn TK 4,3%. Tất cả BN đều có dấu hiệu hồi phục sau 1 tháng và đa số phục hồi hoàn toàn sau 3 tháng chiếm 86,9%. Đặc biệt có 1 TH ghép đoạn dây VII hầu như không cải thiện chức năng sau 2 năm và 1 trường hợp PT muộn(sau liệt 6 tháng) chức năng dây VII hồi phục rất ít.

EMG và phản xạ Blink rất có giá trị trong xác định tổn thương nghẽn dẫn truyền hoàn toàn hoặc không hoàn toàn và giúp theo dõi diễn biến của bệnh. Phim X quang thông thường ít có giá trị trong xác định đường vỡ xương thái dương. Phim CTScan xác định được đường vỡ xương thái dương nhưng chưa xác định chính xác vị trí tổn thương của ống Fallope. Tất cả xương thái dương bị vỡ đều có xương chũm là loại thông bào phát triển. Khởi phát của liệt mặt có liên quan chặt chẽ với chỉ định phương pháp điều trị.

Test điện cơ có giá trị quyết định từ tuần thứ 8 đến tuần thứ 12 giúp cho chỉ định PT giảm áp

Liệt mặt muộn sau CT điều trị kháng sinh và corticoid 2-3 tháng không hồi phục sẽ PT giảm áp.

+ Điều trị liệt VII ngoại biên bằng phẫu thuật mở giảm áp dây VII là phương pháp điều trị rất cần thiết và có hiệu quả rõ rệt khi điều trị nội khoa thất bại: kết quả phục hồi tốt: 86,9%. Thời gian phục hồi hoàn toàn trung bình: 6,5 tháng.

Hiện nay với máy chụp CTScan 64 dãy chúng ta có thể xác định chính xác vị trí tổn thương của dây VII để chọn đường mổ thích hợp. Đặc biệt với sự phát triển của phẫu thuật nội soi tai cho phép chúng ta có thêm một đường mổ qua ống tai không làm tổn thương xương chũm mà vẫn mở giảm áp dây VII với tổn thương rất ít ở tai giữa, bảo tồn được tối đa chức năng nghe.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Lương Sỹ Căn (1992), "Liệt mặt", *Những vấn đề cấp cứu trong tai mũi họng*. Bộ Y tế, Hà Nội, tr.124 - 141.
- Lương Hồng Châu, Nguyễn Thị Tố Uyên. (2004), "Bước đầu đánh giá PT mở giảm áp dây VII trong điều trị liệt mặt ngoại biên ở Bệnh viện TMH Trung ương từ 1/2003- 6/2004". *Kỷ yếu các công trình nghiên cứu khoa học Hội nghị khoa học kỹ thuật - Đại hội TMH toàn quốc lần thứ XI*, tr 9 -13
- Nguyễn Tấn Phong (1997), *Điều trị liệt mặt*, Nhà xuất bản Y học
- Trần Lê Thủy., Đoàn Hồng Hoa. (1999), "Liệt dây thần kinh mặt do vỡ xương thái dương". *Nội san TMH*, số 3, tr.8 - 11

5. Coker NJ., Kendall KA., Jenkins HA., Alford BR. (1987), "Traumatic intratemporal facial nerve injury: management rationale for preservation of function", *Otolaryngol Head and Neck Surg* ; pp: 262 - 269.

6. Ulug T., Arif Ulubil S. (2005), "Management of facial paralysis in temporal bone fractures: a prospective

study analyzing 11 operated fractures". *Am J Otolaryngol.* 26(4): pp 230-238.

7. De Bonfils., Dindart C., Darrouzer V., et al. (1995), "Traitement des paralysies faciales post-traumatiques, à propos de 83 cases", *Rev Laryngol Otol Rhinol (Bord)*, pp.171 - 177.