

KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ SỚM CÁC TỔN THƯƠNG THẦN KINH VII VÀ ỐNG TUYẾN MANG TAI BẰNG KỸ THUẬT VI PHẪU

NGUYỄN HỒNG HÀ - *Bệnh viện Việt Đức Hà Nội*
NGUYỄN BẮC HÙNG - *Viện nghiên cứu khoa học Y Dược lâm sàng 108*

TÓM TẮT

Tổn thương thần kinh VII và ống tuyến mang tai (Stenon) nếu không được chẩn đoán và điều trị kịp thời có thể để lại các biến chứng và di chứng nặng nề. Tác giả muốn thông báo kết quả điều trị sớm các tổn thương trên bằng kỹ thuật vi phẫu tại bệnh viện Việt Đức cũng như xem xét y văn nhằm hệ thống lại các phương pháp chẩn đoán điều trị loại tổn thương phức tạp này.

21 bệnh nhân (BN) có vết thương phần mềm phức tạp (VTPMPT) vùng má được phẫu thuật sớm các tổn thương TK VII và ống Stenon từ 10/2004 đến 12/2008. Tất cả các bệnh nhân đều được thăm khám đầy đủ toàn diện trước mổ. Phẫu thuật và theo dõi kết quả sau mổ ít nhất 6 tháng.

Có 19 nam, 2 nữ, tuổi từ 19 đến 62. Về nguyên nhân: 52,4% do TNGT và 47,6% do TNSH. Có tới 71,4% số BN có gãy xương mặt và 52,4% có chấn thương phối hợp, từ CTSN, CT ngực đến gãy nhiều xương ...

14 BN có VT một hoặc nhiều nhánh của TK VII và 10 BN có VT ống Stenon. Tất cả các BN được mổ sớm trong 48h đầu trong đó 90,5% trước 24h. Theo dõi sau mổ từ 6 đến 42 tháng. Về kết quả 87,5% các nhánh TK được khâu nối vi phẫu phục hồi chức năng gần như bên lành và 100% số ống Stenon khâu nối liền thì đầu không hề có biến chứng và di chứng.

Các VTPMPT kèm theo tổn thương TK VII và ống Stenon thường được phát hiện và xử lý muộn nên hay gây ra các biến chứng, di chứng nặng nề về chức năng, thẩm mỹ.

Dựa vào kết quả phẫu thuật sớm cho 21 BN và tham khảo y văn, chúng tôi nhận thấy phục hồi lại sự toàn vẹn của TK và ống tuyến bằng kỹ thuật vi phẫu là phương pháp tối ưu.

Sự cảnh giác cao trước các VT vùng mang tai, sự kết hợp chặt chẽ giữa các chuyên khoa cho phép chẩn đoán xử trí các tổn thương TK và ống tuyến mang tai trong thời gian sớm nhất để có được kết quả tốt nhất.

Từ khoá: Tổn thương thần kinh VII, ống tuyến mang tai

ĐẶT VẤN ĐỀ

1. Tìm hiểu y văn.

Các vết thương (VT) hàm mặt lớn kèm theo tổn thương các thành phần quan trọng ở sâu như võ xương, động mạch cảnh, thần kinh VII (TK VII), ống tuyến mang tai (ống Stenon) được coi là vết thương phần mềm phức tạp (VTPMPT). Nhưng do cấu trúc đầu mặt cổ phức tạp, nhiều chấn thương phối hợp (CTPH), trang thiết bị thiếu thốn, nên trong nhiều trường hợp các tổn thương mạch máu, TK, ống tuyến

thường bị bỏ sót và chỉ được phát hiện ở giai đoạn muộn khi đã gây ra các biến chứng. [1]

Khâu nối TK đã được nhắc đến từ những năm 200 sau công nguyên, khi Galen đã luận bàn về khả năng tái tạo của dây TK. Kỹ thuật khâu bao ngoài (epineural technique) được Hueter đề xướng năm 1873. Nhưng mãi đến 1972 Millesi, Berker mới đưa ra kỹ thuật khâu bao bó sợi bằng kỹ thuật vi phẫu (microsurgical perineural nerve repair), giúp nối các bó sợi TK chính xác, hạn chế được cử động đồng vận sau phẫu thuật [2, 3]

Tổn thương ống Stenon rất hiếm gặp. Nicoladoni lần đầu tiên thông báo khâu nối ống tuyến vào năm 1896. Nhưng do sự hiếm gặp của nó đến năm 1950 Sparkman mới báo cáo 12 ca khâu nối trực tiếp ống Stenon.

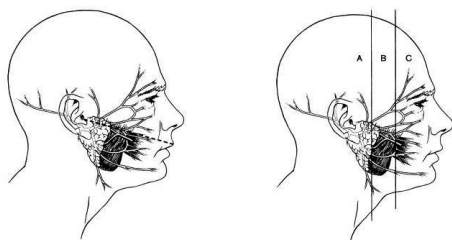
Dây TK VII có liên quan giải phẫu mật thiết với tuyến và ống tuyến mang tai. Trong y văn chúng tôi thấy có rất nhiều báo cáo về các biến chứng và di chứng của VT TK VII và ống Stenon chứng tỏ rằng tổn thương này thường hay bị bỏ sót. Để có được sự phục hồi chức năng tối đa của thần kinh và ống tuyến và tránh các biến chứng nêu trên điều quan trọng là phải phát hiện chẩn đoán sớm để có thể sửa chữa khâu nối tổn thương ngay thì đầu bằng kỹ thuật vi phẫu.

Tại Việt Nam chúng tôi đã tìm thấy những báo cáo chung về tình hình VT hàm mặt nhưng chưa thấy có báo cáo chi tiết nào về xử trí các VTPMPT vùng đầu mặt cổ, nhất là xử trí sớm các thương tổn TK VII, ống Stenon. [1, 2] Vì vậy các tác giả muốn viết bài báo này nhằm thông báo kết quả điều trị các tổn thương TK VII và ống Stenon tại BV Việt Đức cũng như xem xét y văn nhằm hệ thống lại các phương pháp chẩn đoán điều trị loại tổn thương phức tạp này.

2. Nhắc lại giải phẫu.

Tuyến nước bọt mang tai nằm trong khu mang tai . gồm thùy nông và thùy sâu. ống tuyến mang tai hay còn gọi là ống Stenon dài 5-7 cm. Đường đi của ống gần như trùng với đường nối từ gờ bình tai đến điểm giữa môi trên. Van Sickels phân loại chất thương ống tuyến theo ba đoạn A,B, C. Đoạn A bao gồm những chấn thương phần trung tâm đến bờ sau cơ cắn. Đoạn B phần ống chạy trên cơ cắn. Đoạn C là những chấn thương ở trước cơ cắn.

Việc phân chia này có ứng dụng trong chẩn đoán xử trí trên lâm sàng. Ví dụ: những tổn thương vùng tuyến có thể điều trị bằng cách khâu kín vỏ bao, những tổn thương trên cơ cắn cần được khâu nối, những tổn thương đoạn C có thể xử trí bằng khâu nối hoặc tạo đường dò vào khoang miệng.



H1. Đường chuẩn đích ống Stenon, sự phân chia 3 đoạn ABC cùng các nhánh TK VII

Thần kinh mặt

Ngay sau khi chui ra khỏi lỗ trâm chũm, dây TK VII chạy vào trong tuyến mang tai và phân chia thành 2 thân: thái dương mặt và cổ mặt. Từ 2 thân đó thường chia làm 5 nhánh tận: nhánh trán, nhánh ổ mắt, gò má, miệng, bờ hàm dưới và nhánh cổ. [2, 3]

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

1. Đối tượng.

Các BN được chẩn đoán và phẫu thuật sớm các tổn thương toàn bộ hoặc nhánh của thần kinh VII hoặc ống Stenon, từ 10/2004 đến 12/2008. BN được theo dõi kết quả sau mổ ít nhất 6 tháng.

Tất cả các BN đều được thăm khám toàn diện làm các xét nghiệm cần thiết trước mổ... Kỹ thuật vi phẫu được áp dụng cho tất cả các phẫu thuật nối TK và ống Stenon.

2. Phương pháp.

2.1 Thăm khám tại phòng mổ:

Tất cả BN có VT vùng má đều được kiểm tra phát hiện các tổn thương ống Stenon, tuyến mang tai, các nhánh của thần kinh mặt và đm ngang mặt. Đôi khi việc xác định các nhánh TK trong các VTPMPT là rất khó, có thể phải cắt bỏ thùy nông của tuyến mang tai sau đó đi theo các nhánh lớn tìm ra các nhánh thần kinh bị đứt.

2.2. Khâu nối TK trực tiếp:

Khâu nối trực tiếp dưới kính vi phẫu nếu 2 đầu TK sắc gọn, không dập nát mất đoạn, bằng chỉ prolene 8/0, 9/0. Những tổn thương ở phía trước cơ cắn tương ứng với đường kẻ dọc đi qua góc mắt ngoài không cần khâu nối vì theo nhiều tác giả từ đây đi vào trung tâm của mặt, TK sau chấn thương tự tái tạo gần như một cách tự nhiên. [3, 5]

2.3. Khâu nối ống tuyến thì đầu bằng kỹ thuật vi phẫu:

* Khâu nối thì đầu:

Sau khi đã xác định được đầu trung tâm và ngoại vi, 2 phần đầu ống sẽ được phẫu tích rời khỏi tổ chức xung quanh sao cho khi ráp nối 2 đầu không bị căng. Khâu nối dưới kính phóng đại, trên kim luồn hoặc catheter tĩnh mạch bằng chỉ prolene 8/0, 9/0 mũi rời.

3. Theo dõi đánh giá sau mổ.

Tất cả BN được hẹn khám lại sau 3tuần, 6 tuần, 3, 6 tháng, 1 năm, 2 năm... theo dõi sự phục hồi dây TK VII, quá trình lành VT và các biến chứng di chứng.

Kết quả về điều trị tổn thương TK: được đánh giá dựa vào sự phục hồi chức năng của các nhánh TK được khâu nối. Thực hiện qua thăm khám, chụp ảnh, quay phim và so sánh khuôn mặt ở trạng thái tĩnh, trạng thái động, sự đồng vận. Đánh giá trạng thái tĩnh dựa trên sự cân đối của: mắt, rãnh mũi má, góc mép. Trạng thái động dựa trên khả năng thực hiện các động tác: nhần trán, nhắm mắt, há miệng, nhe răng và chum môi. Các chỉ số trên được đánh giá theo thang điểm chức năng TK mặt Sunnybrook. (Sunnybrook Facial Grading System: SFGS). Các xét nghiệm điện chẩn cơ và điện thần kinh cũng được thực hiện để theo dõi quá trình hồi phục của TK sau nối.

Kết quả về điều trị tổn thương ống tuyến được đánh giá là Tốt: VT liền thì đầu, không biến chứng. Khá: có hiện tượng dò nước bọt nhưng liền VT không để lại di chứng. Kém: dò nước bọt kéo dài, sẹo co kéo, ảnh hưởng đến thẩm mỹ.

Chụp ống tuyến mang tai (Sialographie): Chụp kiểm tra sau mổ xác định sự thông suốt của ống tuyến.

KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN

Từ tháng 10/2004-12/2008 chúng tôi đã tiến hành phẫu thuật sớm ngay sau tai nạn, phối hợp đa chuyên khoa nếu cần cho 21 BN VTPMPT có tổn thương TK VII và ống Stenon.

Bảng sau cho thấy tóm tắt số liệu các nguyên nhân cơ chế tổn thương, tuổi, thời gian từ khi bị tai nạn đến khi được mổ, các loại tổn thương, phương pháp phẫu thuật, vỡ hở xương mặt và các chấn thương phối hợp khác nếu có.

TT	Tuổi	ΔT	Tổn thương	Nối Vi Phẫu	Xương			CTPH
					T	G	D	
			TK VII, Stenon					
1	49	38	StBT	nối		1	1	SN12
2	30	28	7mT	ko			1	XG1
3	31	7	StCT	nối			1	XG1, SN14
4	35	23	7m, MTT	ko			1	
5	25	7	7f,z,b, StABT, MTT	nối 7z,ghép 7b, ko7f St				XG1
6	23	10	7f, MTT	ko				
7	45	15	StBT	nối				
8	37	14	7m, MTT	nối			1	
9	45	6	7b,m, StAT, MTT	nối + ghép 7b, St			1	
10	42	17	StCT	nối		1	1	SN10
11	47	15	StBT	nối St		1		

12	38	23	7m,	MTT	ko			1	CS, SN7
13	20	7	7,	MTP	ko		1	1	CTNK, SN6
14	40	18		STAT, MTT	nổi				
15	37	2		7fT	nổi		1		
16	43	8	7z,b,	MTP	nổi	1	1		CTSN14
17	33	20		StBP	nổi		1		XG1
18	58	13	7f,	MTT	ko				XG1
19	62	5	7f,z,b,	SfBT	nổi			1	
20	19	10	7f,z,b,	MTT	nổi 7z,b, ko 7f	1		1	SN12
21	39	16	7f,z,b,	MTT	nổi				

Chú thích: ΔT: thời gian từ lúc tai nạn đến khi phẫu thuật

TK: 7f: frontal: nhánh trán. z: zygoma: gò má, b: buccal: miệng, m: mandibular: hàm dưới.

St: Stenon, A, B, C phân đoạn giải phẫu. T: Trái, P: Phải. MT: Mang tai.

Xương sọ mặt: T: tầng trên, G: tầng giữa, D: tầng dưới

CTPH: Chấn thương phối hợp: CTSN, CTNK, XG: gãy xương chi

Tuổi của các BN từ 19 đến 62 tuổi, trung bình là 39. Có 19 nam, 2 nữ. Các tỉ lệ về giới tính, tuổi tác phù hợp với các thông kê về tình hình chấn thương hàm mặt.[1]

Về nguyên nhân: 52,4% do TNGT và 47,6% TNSH chủ yếu là do chém bằng dao hoặc kiếm. Việc tăng cường đội mũ bảo hiểm trong giao thông có thể góp phần làm giảm tỉ lệ các thương tật nặng nề này.

Trong số 21 BN có 12 BN (57,1%) có tổn thương TK phối hợp với ống Stenon hoặc tuyến mang tai, 7 BN VT ống Stenon và chỉ có 2 BN có VT TK VII đơn thuần. Ta thấy rằng các tổn thương TK VII và ống tuyến rất hay phối hợp trên cùng một BN. Do đó cần thăm khám toàn diện tỉ mỉ các VTPMPT vùng má. Nếu có tổn thương tuyến mang tai hoặc ống thì cần kiểm tra kỹ để phát hiện tổn thương TK VII và ngược lại.

Trong số 14 BN có VT TK, 8 BN được khâu nối vi phẫu toàn bộ các nhánh hoặc một phần. 6 BN không được khâu nối bao gồm: 3 nhánh hàm dưới, 2 nhánh trán, 1 TK VII đứt ở trong tuyến. Tất cả các BN không nối TK đều để lại di chứng liệt ở vùng nhánh đó chi phối. Không có hiện tượng tự tái lập phục hồi lại chức năng vận động. Nguyên nhân không nối chủ yếu là do VT quá dập nát nên không tìm thấy 2 đầu TK.

Trong 8 BN nối TK vi phẫu, tổng số 18 nhánh bị tổn thương bao gồm 5 nhánh trán, 5 gò má, 6 miệng và 2 nhánh hàm dưới. Có 16 nhánh TK đã được khâu nối với kết quả 14 nhánh (87,5%) phục hồi chức năng vận động gần như bên đối diện, mặc dù có hiện tượng đồng vận mức độ nhẹ. Các nhánh không nối là 2 nhánh trán, do không tìm được. 2 nhánh không hồi phục mặc dù có được nối cũng là 2 nhánh trán. Có thể do nhánh trán kích thước nhỏ nhất trong số các nhánh, việc tìm thấy và khâu nối là rất khó khăn nên kết quả điều trị không cao.

Khi bị đứt rời TK việc khâu nối trực tiếp sẽ giúp phục hồi lại sự toàn vẹn của đường dẫn truyền TK, cho kết quả tốt nhất. Đây là sự lựa chọn đầu tiên nếu 2 đầu không bị căng. Trong trường hợp mất đoạn cần phải sử dụng ghép TK. [3-5]

Một nguyên tắc cơ bản nữa là TK bị tổn thương càng được sửa chữa sớm thì kết quả càng tốt nên việc mổ sớm trong 3 ngày đầu rất được khuyến khích. Vì trong thời gian này hiện tượng thoái hóa TK còn chưa xảy ra, có thể dùng bút thử TK để xác định vị trí các nhánh, nếu để sau thời gian này việc tìm ra nhánh TK trong một tổ chức viêm xơ hóa là vô cùng khó khăn. Ngoài ra các phương pháp xác định TK, mức độ đáp ứng của các cơ mặt... như điện chẩn cơ hay điện TK thường khó áp dụng trong các trường hợp cấp cứu, nó thường được áp dụng khi BN đến muộn hoặc để theo dõi sự phục hồi TK sau khâu nối...

Khi đánh giá theo thang điểm Sunnybrook (SFSG) cả 8 BN được khâu nối TK đều có số điểm cao từ 79 đến 98. Có 3 BN được nối hết toàn bộ các nhánh TK bị đứt đạt điểm từ 96 đến 98 trên 100 của thang điểm chứng tỏ sự phục hồi là gần như bình thường. Qua tham khảo y văn chúng tôi nhận thấy về thang điểm đánh giá chức năng TK mặt cho đến nay vẫn còn chưa có sự thống nhất. Thang điểm được dùng phổ biến nhất là House-Brackmann (H-B) (facial grading system FGS), nó phân chia mức độ liệt mặt thành 6 mức từ I đến VI. Tuy nhiên theo nhiều báo cáo cho thấy H-B FGS còn chưa thực sự phản ánh hết tầm quan trọng của những thay đổi lâm sàng và độ nhạy cũng không cao. Chính vì vậy thang điểm Sunnybrook ra đời năm 1996 bởi các tác giả Canada. Nó đánh giá chức năng TK dựa vào quan sát cả trạng thái tĩnh, sự đồng vận, trạng thái động của 5 động tác biểu cảm của khuôn mặt. Nhiều nghiên cứu gần đây cũng cho thấy đây là thang điểm rõ ràng, dễ thực hiện và cho phép đánh giá chính xác chức năng vận động của khuôn mặt. [3, 5].

Trong nhóm 10 BN VT ống Stenon, 9 BN được khâu nối vi phẫu ngay thì đầu cùng với các tổn thương TK hay vỡ xương hoặc CTPH khác. Tất cả các trường hợp khâu nối vi phẫu đều cho kết quả tốt, VT liền sẹo thì đầu, không có hiện tượng dò nước bọt sau mổ. Theo dõi sau 6 tháng, kết hợp chụp ống tuyến ngược dòng cũng không thấy có hiện tượng tắc hay biến chứng gì khác.

Tổn thương ống cần được nghi ngờ khi có VT cắt ngang qua đường chuẩn đích bình tai – môi trên hay

khi có biểu hiện liệt nhánh miệng TK VII vì hai thành phần này có liên quan giải phẫu chặt chẽ. Nếu việc tìm kiếm đầu xa khó khăn ta có thể luồn catheter nhỏ vào lỗ ống trong miệng đi ngược dòng về phía tuyến để xác định đầu xa. Một khi đầu xa đã tìm thấy việc tìm đầu gần hay đầu trung tâm trong các VT sắc gọn là khá dễ dàng, bằng cách kéo hai mép VT vào nhau và tìm theo hướng đầu dò đã đưa vào từ đầu xa. Khi VT đập nát có thể tiêm ngược dòng xanh metylen để chẩn đoán tổn thương ống tuyến.

Chẩn đoán hình ảnh: chụp ống tuyến nước bọt (Sialography) trong cấp cứu thường là khó khăn hoặc không thể. Các CTHM thường kèm CTPH không cho phép làm các thủ thuật chụp chiếu quá lâu. Chụp ống tuyến tốt nhất khi BN đến muộn hoặc bỏ sót tổn thương trong lần mổ đầu. Chụp còn có tác dụng đánh giá kết quả sau mổ.

Khâu nối thì đầu khi có thể là sự lựa chọn tối ưu. Nó thích hợp nhất trong trường hợp tổn thương vùng B, VT sắc gọn ít hoặc không gây mất đoạn tổ chức Cần hết sức cẩn thận tránh nhánh miệng của dây TK VII và đm ngang mặt. Có thể khâu nối trên ống catheter silicone với chỉ nylon 8-0, 9-0. Lưu sonde khoảng 10-14 ngày tránh hẹp miệng nối.

Nếu không được phát hiện và khâu nối ngay thì đầu thì các VT ống tuyến nước bọt thường gây các biến chứng. Trong y văn chúng tôi nhận thấy có rất nhiều các báo cáo về các biến chứng muộn như sialocele, nang, áp xe, dò nước bọt ra da. Và cũng có rất nhiều phương pháp điều trị các biến chứng bằng phẫu thuật: dẫn lưu vào miệng, thắt đầu trung tâm, cắt bỏ tuyến, cắt dây thần kinh nhĩ hay các biện pháp không phẫu thuật như: băng ép, nhịn ăn, nuôi dưỡng bằng tĩnh mạch, thuốc ức chế tiết nước bọt, Botox. [6]

Với nhiều báo cáo, nhiều phương pháp như vậy chúng tôi nghĩ rằng các chấn thương tuyến, ống Stenon thường hay bị bỏ sót. Để có được sự phục hồi chức năng tối đa của tuyến và tránh các biến chứng nêu trên điều quan trọng là phải phát hiện chẩn đoán sớm để có thể sửa chữa khâu nối tổn thương ngay thì đầu.

Về lâm sàng chúng tôi nhận thấy kích thước của các nhánh TK VII vào khoảng 0,7 – 2mm. Còn đường kính ngoài ống Stenon cũng chỉ khoảng 2-3 mm nhưng thực chất đường kính trong nhỏ hơn nhiều. Việc sử dụng kính phóng đại tăng độ chính xác, các dụng cụ tinh tế, kim chỉ nhỏ làm giảm chấn thương đã làm tăng tỉ lệ thành công của khâu nối. Mới đây việc sử dụng ghép tĩnh mạch trong những trường hợp mất đoạn ống Stenon hoặc TK cho các kết quả rất khả quan. Cho đến nay, hầu hết các tác giả đều đồng ý rằng khâu nối bằng kỹ thuật vi phẫu thuật là phương pháp tối ưu. [3]

71,4% số BN có gãy xương mặt chúng tôi các VTPMPT đầu mặt cổ thường rất sâu, rộng có thể gây chảy máu đến sốc mất máu, suy hô hấp do sặc hay do vỡ xương chèn ép... Việc sơ cứu, cầm máu và

phẫu thuật sớm các VT đóng vai trò quan trọng và có thể cứu sống nhiều BN.

Về chấn thương phối hợp: 52,4% có CTPH, từ gãy nhiều xương đến CTSN, CT ngược... Theo kinh điển nhiều khi người ta ưu tiên giải quyết các CTPH trước khi giải quyết đến các CTHM. Do đó không ít VTPMPT chỉ được khâu da định hướng, cầm máu thì đầu. Các tổn thương ống tuyến, TK thường bị bỏ sót hoặc để lại sửa chữa thì hai. Kết quả rất nhiều biến chứng và di chứng cũng như kéo dài thời gian điều trị và số lần phẫu thuật. Trong số BN của chúng tôi mặc dù quá nửa có CTPH nhưng tất cả đều được mổ sớm trước 48h tính từ khi bị tai nạn, trong đó 90,5% được mổ trước 24h.

Có 2 BN đa chấn thương, CTSN Glasgow 6-7đ, kèm CTNK và CTCS, vì tình trạng BN quá nặng nên chúng tôi không chỉ định khâu nối TK vi phẫu tuy nhiên vẫn tiến hành mổ sớm trước 24h, xử lý VTPMPT, kết hợp xương hàm nẹp vis ngay thì đầu. Kết quả cả 2 BN đều hồi phục tốt sau mổ, VT và xương mặt liền tốt, nhưng chịu di chứng nặng nề do liệt TK VII. Còn lại các BN khác cho dù có CTPH nhưng không quá nặng như 2 BN trên chúng tôi vẫn tiến hành khâu nối vi phẫu. (Bảng 1)

Sau mổ không có BN nào tử vong, nặng thêm, nhiễm trùng hay xương cal lệch do phẫu thuật sớm, do mổ vi phẫu kéo dài... Các kết quả xa 87,5% các nhánh TK được nối phục hồi chức năng gần như bình thường và 100% các ống Stenon khâu nối liền tốt. Kết quả này càng khẳng định hơn nữa quan điểm: Nếu trong điều kiện con người, trang thiết bị cho phép, có sự phối hợp tốt giữa các chuyên khoa như: PT sọ não, chấn thương, chẩn đoán hình ảnh, gây mê hồi sức với PT tạo hình, hàm mặt, chúng ta có thể tiến hành mổ sớm, toàn diện, triệt để các CTHM nặng, kể cả trên bệnh nhân đa chấn thương.

KẾT LUẬN

Các VTPMPT vùng má thường kèm theo tổn thương TK VII và ống Stenon. Việc bỏ sót các tổn thương này gây ra các biến chứng, di chứng nặng nề chức năng, thẩm mỹ.

Dựa vào kết quả phẫu thuật sớm các tổn thương trên cho 21 BN và tham khảo y văn, chúng tôi nhận thấy: phục hồi lại sự toàn vẹn của ống Stenon và TK là điều cần bản để có được thành công trong điều trị. Những tiến bộ trong vi phẫu thuật đã cho phép khâu nối TK, ống tuyến, dưới kính phóng đại bằng các dụng cụ kim chỉ tinh tế, không chấn thương nâng tỉ lệ thành công lên rất cao.

Những hiểu biết đầy đủ về giải phẫu đầu mặt cổ và sự cảnh giác cao trước các VT vùng mang tai là những yếu tố quan trọng trong chẩn đoán, điều trị. Việc kết hợp chặt chẽ giữa các chuyên khoa ngoại với chẩn đoán hình ảnh, gây mê hồi sức, phẫu thuật Tạo hình, Hàm mặt trong cấp cứu BN VTPMPT cho phép xử trí sửa chữa các tổn thương TK VII và ống Stenon trong thời gian sớm nhất để có được kết quả tốt nhất.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Văn Long., Nhận xét hình ảnh lâm sàng phương pháp điều trị chấn thương phần mềm vùng hàm mặt. Luận văn Thạc sỹ Y học - Đại học Y khoa Hà Nội, 2000.

2. Nguyễn Tài Sơn., Nghiên cứu điều trị liệt dây thần kinh mặt (VII) bằng ghép cơ thon tự do có nối mạch máu và thần kinh. Luận án tiến sỹ y học - Viện nghiên cứu khoa học Y-Dược lâm sàng 108., 2003.

3. Byrne, P., Facial Nerve Repair. Emedecine,

2003.

4. Ferreira, M.C., J.M. Besteiro, and P. Tuma Junior, Results of reconstruction of the facial nerve. *Microsurgery*, 1994. 15(1): p. 5-8.

5. Frijters, E., S.O. Hofer, and M.A. Mureau, Long-term subjective and objective outcome after primary repair of traumatic facial nerve injuries. *Ann Plast Surg*, 2008. 61(2): p. 181-7.

6. Hallock, G.G., Microsurgical repair of the parotid duct. *Microsurgery*, 1992. 13(5): p. 243-6.