

KẾT QUẢ PHẪU THUẬT NẮN CHỈNH KẾT XƯƠNG GÒ MÁ - CUNG TIẾP CÓ SỬ DỤNG ĐƯỜNG MỔ CHÂN TÓC MAI

Lê Đức Tuấn*

TÓM TẮT

Nghiên cứu 80 bệnh nhân (BN) điều trị nội trú tại Bệnh viện 103, được chẩn đoán gãy xương gò má cung tiếp (GMCT), đã nắn chỉnh kết xương. Kết quả cho thấy: BN nam nhiều hơn nữ, nguyên nhân chủ yếu do tai nạn giao thông. Kết quả gần: tốt: 83,3%, khá: 16,7%. Kết quả xa: tốt: 98,2%, trung bình: 1,25%.

Đường mổ chân tóc mai là một trong những đường mổ hiệu quả để tiếp cận cung tiếp bị gãy trong điều trị gãy xương GMCT.

- Đường mổ ngắn, nhưng đủ rộng để trực tiếp tới giải quyết các tổn thương của xương thành ngoài ổ mắt và cung tiếp. Trong nhiều trường hợp tổn thương phức tạp, cần kết hợp với các đường mổ khác để xử trí một cách đầy đủ tổn thương.

- Đường mổ mang tính thẩm mỹ cao, ít để lại di chứng.

- Kỹ thuật làm đơn giản, ít tổn thương mô mềm, quá trình hồi phục nhanh hơn, rút ngắn thời gian điều trị sau phẫu thuật.

* Từ khóa: Gãy xương gò má cung tiếp; Đường chân tóc mai.

SURGICAL RESULTS OF TREATING ZYGOMATIC COMPLEX FRACTURES USING TEMPORAL HAIRLINE INCISION

SUMMARY

The study was carried out on 80 patients who were treated at 103 Hospital and diagnosed with zygomatic complex fractures. The results showed that male outnumbered female. The main cause was due to traffic accidents. The short-term outcome: excellency reached 83.3%; goodness accounted for 16.7%; no cases were fair. The long-term outcome: excellent result was 98.2; fair: 1.25%.

Temporal hairline incision is one of the most effective technique in treatment of zygomatic fractures.

The incision was short, but large enough to directly address the vulnerability of the external skeletal eye. In cases of complex lesions, there needed to combine with other incisions to treat them better.

This technique had some advantages: simple, highly aesthetic incision, little sequelae, quick recovery and short duration of postoperative treatment.

** Key words: Zygomatic fracture; Temporal hairline incision.*

* Bệnh viện 103

Chịu trách nhiệm nội dung khoa học: GS. TS. Lê Trung Hải

PGS. TS. Trần Đình Chiến

ĐẶT VẤN ĐỀ

Chấn thương gãy xương vùng hàm mặt ngày càng tăng cả về số lượng, mức độ nặng và tính chất phức tạp. Gãy xương tầng giữa mặt, trong đó, gãy xương GMCT, chiếm khoảng 60 - 70% gãy xương hàm mặt. Điều trị gãy xương GMCT là nhu cầu thực tế và thiết yếu nhằm trả lại chức năng và thẩm mỹ cho người bệnh.

Việc lựa chọn các đường mổ vào cung tiếp rất quan trọng trong tiếp cận ổ gãy, bộc lộ, nắn chỉnh và kết hợp xương tốt, đồng thời đảm bảo tính thẩm mỹ và chức năng. Một trong các đường mổ đó là đường chân tóc mai, được Bộ môn Khoa Phẫu thuật Hàm mặt và Tạo hình, Bệnh viện 103 (Học viện Quân y) đề xuất, áp dụng mang lại kết quả tốt. Chúng tôi lựa chọn đề tài này nhằm: *Đánh giá hiệu quả sử dụng đường mổ chân tóc mai trong phẫu thuật nắn chỉnh kết xương GMCT.*

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu.

80 BN tuổi từ 15 - 70 (73 nam, 7 nữ) được chẩn đoán gãy xương GMCT, can thiệp lần đầu, có chỉ định phẫu thuật nắn chỉnh kết xương và sử dụng đường mổ chân tóc mai, điều trị nội trú tại Khoa Phẫu thuật Hàm mặt và Tạo hình, Bệnh viện 103 từ 01 - 2011 đến 04 - 2012.

2. Phương pháp nghiên cứu.

Nghiên cứu trên lâm sàng theo phương pháp mô tả cắt ngang, hồi cứu: 50 BN và tiền cứu: 30 BN.

* *Chỉ định đường mổ*: dựa vào chỉ định điều trị của Zingg. M và CS [9]:

- Đường chân tóc mai đơn thuần khi gãy khu trú cung tiếp di lệch (A1), gãy khu trú thành bên ổ mắt di lệch (A2).

- Đường mổ kết hợp với đường bờ mi dưới hoặc đường Cadwell Luc khi gãy toàn bộ xương gò má (B), gãy xương gò má nhiều mảnh (C).

* *Qui trình kỹ thuật*:

- Vô cảm trong phẫu thuật: áp dụng 2 phương pháp tê vùng (dây thần kinh hàm trên) kết hợp tê tại chỗ và gây mê nội khí quản.

- Đường mổ chân tóc mai: được cải biên từ đường rạch trán - thái dương một bên (hemicoronal). Vị trí: đường này nằm ở phía trong đường viền chân tóc mai (trong tóc), cách mép trước chân tóc khoảng 0,5 cm. Đường rạch da dọc theo mép trước chân tóc mai (lấn vào chân tóc), dài khoảng 6 - 8 cm, đầu trên ngang hoặc cao hơn đỉnh cung mày, đầu dưới đến hết chân tóc mai.

* *Kỹ thuật đường mổ*:

- Thì 1: rạch da, bóc tách bộc lộ ổ gãy. Rạch da, bóc tách lớp dưới da, xuống dưới đến bờ trên xương GMCT và sát thành ngoài ổ mắt (tùy vị trí ổ gãy). Cầm máu toàn bộ vùng phẫu tích bằng đốt điện, vén da và tổ chức dưới da về phía trước, rạch lớp cân thái dương nông theo hướng lên trên và ra trước, tạo với cung tiếp một góc 45° (để tránh tổn thương nhánh thái dương thần kinh mặt), trên ổ gãy đến bờ xương, dùng dao rạch màng xương rồi bóc tách màng xương hai đầu bộc lộ ổ gãy.

Bộc lộ thành ngoài ổ mắt bờ trên xương GMCT, cần chú ý bảo tồn tối đa dây chằng góc mắt ngoài.

- Thì 2: nắn chỉnh xương. Dùng các cây nâng màng xương, cây tách lợi và kim nâng xương; nâng chỉnh các mảnh xương gãy về vị trí giải phẫu bình thường.

- Thì 3: kết xương.
 + Uốn chỉnh nẹp, tạo hình thể phù hợp với vị trí gãy xương.
 + Đặt nẹp vào vị trí, khoan, bắt vít cố định nẹp và liên kết xương.
 - Thì 4: khâu đóng vết mổ 2 lớp, lớp cân bằng chỉ safin hoặc vicryl 3 - 4/0, lớp da bằng chỉ nilon 5/0 với các mũi khâu rời hoặc khâu vắt, đặt dẫn lưu.
 - Theo dõi điều trị sau phẫu thuật như phẫu thuật thông thường, chụp X quang Blondeau, Hirtz, kiểm tra trước khi ra viện.
 - Đánh giá kết quả điều trị theo 3 mức độ: tốt, khá, trung bình dựa trên kết quả lâm sàng (giải phẫu, chức năng, thẩm mỹ) và X quang.
 + Đánh giá kết quả gần: 7 - 10 ngày sau phẫu thuật.
 + Đánh giá kết quả xa: sau 3 - 6 tháng kể từ khi ra viện và kiểm tra trực tiếp khi tháo phương tiện kết xương (bao gồm BN hồi cứu và tiến cứu).
 Các số liệu được mã hoá và xử lý trên máy tính, theo thuật toán thống kê y học bằng phần mềm Epi.info 6.04.

KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU VÀ BÀN LUẬN

1. Đặc điểm chung của BN.

Tỷ lệ chấn thương, gãy xương GMCT gặp ở nam nhiều hơn nữ.
 Lứa tuổi gặp nhiều nhất từ 20 - 39 (64 BN = 80%), đây là độ tuổi tham gia giao thông và hoạt động xã hội nhiều nhất, kết quả này phù hợp với nghiên cứu của nhiều tác giả trong và ngoài nước: Phan Văn Minh [2]; Nguyễn Đình Tuấn [4]; Trần Văn Việt [5]; Fasola AO và CS [6]; Obuekwe O và CS [7].

- Nguyên nhân gãy xương GMCT chủ yếu do tai nạn giao thông (69 BN = 86,2%), tai nạn sinh hoạt (11 BN = 13,8%). Theo nhiều tác giả, gãy xương GMCT là do ý thức của người tham gia giao thông kém, cơ sở hạ tầng giao thông của chúng ta còn quá bất cập (Vũ Thị Bắc Hải [1]).

- Những chấn thương, vết thương kết hợp: 23,8% vết thương vùng hàm mặt; 13,8% gãy xương hàm dưới và chấn thương sọ não; 10% gãy xương hàm trên; tổn thương xoang hàm cùng bên chiếm 51,25%.

- Vị trí gãy: gãy cung tiếp là chủ yếu, tiếp đến bờ dưới ổ mắt (45%), cuối cùng bờ ngoài ổ mắt (26,3%).

Theo phân loại gãy GMCT của Zingg.M và CS, tỷ lệ gãy như sau: gãy cung tiếp đơn thuần (A₁; A₂; A₃): 26,25%; gãy toàn bộ xương gò má (B): 61,25%; thể gãy xương nhiều mảnh (C): 12,5%.

Mức độ tổn thương GMCT phức tạp và đa dạng. Phân loại và chỉ định của Zingg.M và CS cũng rất chi tiết, đơn giản và dễ hiểu, phù hợp với chỉ định mổ trong gãy xương GMCT của chúng tôi theo đường mổ chân tóc mai.

2. Đường mổ.

* Đường mổ trong phẫu thuật kết xương GMCT:

Đường chân tóc mai đơn thuần: 29 BN (36,25%); đường chân tóc mai - đường bờ mi dưới: 29 BN (36,25%); đường chân tóc mai - đường nách tiền đình lợi: 2 BN (2,5%); đường chân tóc mai - đường qua vết thương: 5 BN (6,25%); phối hợp cả 3 đường: 13 BN (16,25%); phối hợp cả 4 đường trên: 1 BN (1,25%).

Tỷ lệ sử dụng một đường mổ trong phẫu thuật nắn chỉnh GMCT rất ít, đa phần là kết hợp. Do vậy, cần hiểu rằng đường chân tóc mai là một trong rất nhiều đường vào tổn thương để có thể nắn chỉnh gãy GMCT.

Bảng 1: Đánh giá đường mổ chân tóc mai.

ĐƯỜNG MỔ CÁC YẾU TỐ	CHÂN TÓC MAI	THÁI DƯƠNG	NGANG CUNG TIẾP	ĐƯỜNG KHỚP TRÁN ĐỈNH	NỬA ĐƯỜNG KHỚP TRÁN ĐỈNH
Trường phẫu thuật	Vừa đủ	Vừa đủ	Vừa đủ	Rộng	Rộng
Tiếp cận ổ gãy	Gần	Gần	Trực tiếp	Xa	Xa
Kỹ thuật	Đơn giản	Đơn giản	Đơn giản	Khó	Khó
Tổn thương mô mềm	Ít	Ít	Ít	Nhiều	Nhiều
Thẩm mỹ	Sẹo không rõ	Sẹo rõ	Sẹo rõ	Sẹo rõ (hói đầu)	Sẹo rõ (hói đầu)

- Đường mổ này nằm hoàn toàn trong chân tóc mai, giấu được sẹo, tâm lý BN thoải mái an tâm về đường mổ, kể cả BN bị hói đầu, bảo đảm tính thẩm mỹ hơn so với các đường mổ khác.

- Đường này vừa để nắn chỉnh đơn thuần, vừa có thể mở rộng để nắn chỉnh và kết xương. Ban đầu, chúng ta có thể rạch một đường nhỏ xấp xỉ 1 cm dọc phía trong chân tóc mai, bóc tách và nắn chỉnh xương, nếu thấy không vững, tiến hành mở rộng đường rạch về phía dưới đến hết chân tóc mai, sau đó thực hiện kỹ thuật như đã mô tả ở trên.

- Di chứng và biến chứng ít hơn. Giống như các đường mổ đi qua phần có tóc, nếu đường mổ cắt ngang các nang chân tóc sẽ dẫn đến mất tóc (tóc mai). Trong nghiên cứu của chúng tôi, không có trường hợp nào xảy ra biến chứng, nhất là tổn thương nhánh thái dương. So sánh với kết quả của các tác giả sử dụng đường mổ khác: Trần Ngọc Quảng Phi [3] gặp tỷ lệ liệt nhánh thái dương sau phẫu thuật 18,53% và sau

3. Kết quả điều trị.

* *Kết quả gần*: tốt: 25 BN (83,3%); khá: 5 BN (16,7%); $p < 0,05$.

* *Kết quả xa*: tốt: 54 BN (98,2%); trung bình: 1 BN (1,8%); $p < 0,05$.

6 tháng là 0%, của Phan Văn Minh: 100% và 3,4% [2]. Zhang Q.B và CS [8] ghi nhận 6 trường hợp bị liệt sau 1 - 3 tháng, sau 5 năm còn 2 trường hợp. Nguyên nhân là do quá trình banh kéo vật làm cho nhánh thái dương thần kinh VII bị kéo căng hoặc do phẫu thuật làm tổn thương.

- Để tránh tổn thương nhánh thái dương thần kinh VII, khi bóc lộ ổ gãy cung tiếp, nên rạch lớp cân cơ thái dương nông theo hướng lên trên và ra trước, tạo với cung tiếp một góc 45°.

KẾT LUẬN

Đường mổ chân tóc mai là một trong những đường mổ hiệu quả để vào tiếp cận cung tiếp bị gãy trong điều trị gãy xương GMCT:

- Về kết quả gần: tốt: 83,3%, khá: 16,7%, không có trung bình.

- Về kết quả xa: tốt: 98,2%, trung bình: 1,25%.

Đường mổ chân tóc mai có những ưu điểm:

- Đường mổ ngắn, nhưng đủ rộng để trực tiếp tới giải quyết các tổn thương của xương thành ngoài ổ mắt và cung tiếp. Trong trường hợp tổn thương phức tạp, cần kết hợp với các đường mổ khác để xử trí một cách đầy đủ tổn thương.

- Đường mổ có tính thẩm mỹ cao, ít để lại di chứng.

- Kỹ thuật làm đơn giản, ít tổn thương các mô mềm, quá trình hồi phục nhanh, rút ngắn thời gian điều trị sau phẫu thuật.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. *Vũ Thị Bắc Hải*. Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị gãy xương GMCT tại Bệnh viện Trung ương Huế. Luận văn Thạc sỹ Y học. Trường Đại học Y Dược Huế. 2002.

2. *Phan Văn Minh*. Nhận xét đặc điểm lâm sàng, X quang và đánh giá kết quả phẫu thuật kết hợp xương GMCT có sử dụng đường rạch trán - thái dương, Luận văn Chuyên khoa Cấp II. Trường Đại học Y Hà Nội. 2009.

3. *Trần Ngọc Quảng Phi*. Nghiên cứu phân loại, lâm sàng X quang và điều trị gãy phức hợp GMCT. Luận án Tiến sỹ Y học. Viện Nghiên cứu Y Dược Lâm sàng 108. 2011.

4. *Nguyễn Đình Tuấn*. Nghiên cứu lâm sàng, điều trị gãy phức tạp xương gò má và cung tiếp tại Viện Răng Hàm Mặt Quốc gia. Luận văn Bác sỹ Chuyên khoa Cấp II. Trường Đại học Y Hà Nội. 2009.

5. *Trần Văn Việt*. Nghiên cứu phẫu thuật kết hợp gãy xương hàm trên xương GMCT bằng chỉ thép. Luận văn Tốt nghiệp Bác sỹ Chuyên khoa Cấp II. Trường Đại Học Y Hà Nội. 2000.

6. *Fasola A.O, Obiechina A.E, et al*. Zygomatic complex fractures at the University College Hospital, Ibadan, Nigeria. East African Medical Journal. 2002, 79 (3), pp.137-139.

7. *Obuekwe O, Owotade F, et al*. Etiology and pattern of zygomatic complex fractures. Journal of the National Medical Association. 2005, 97 (7), pp.992-996.

8. *Zhang Q.B, Dong J.Y, et al*. Coronal incision for treating zygomatic complex fractures. Journal of Cranial-Maxillofacial Surgery. 2006, 34, pp.182-185.

9. *Zingg M, Laedrach K, Chen J, et al*. Classification and treatment of zygomatic fractures. J Oral Maxillofac Surg. 1992, 50, p.778.

Ngày nhận bài: 17/8/2012

Ngày giao phản biện: 10/10/2012

Ngày giao bản thảo in: 16/11/2012

