

trường trung học phổ thông.
9. Richters J, Smith AMA, de Visser RO, Grulich AE, Rissel CE. Circumcision in Australia: prevalence and effects on sexual health. *Int J STD AIDS*. 2006 Aug;17(8):547–54.

10. Asa GA, Faulk NK, Ward PR. Traditional male circumcision and the risk for HIV transmission among men: a systematic review. *BMJ Open*. 2023 May 18;13(5):e072118.

NHÃN CẦU SA VÀO XOANG HÀM SAU CHẤN THƯƠNG

Nguyễn Thanh Nam¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Chẩn đoán, xử trí trường hợp nhãn cầu sa vào xoang hàm và tiên lượng khả năng phục hồi thị lực, tính thẩm mỹ trong tương lai. Hiện tượng nhãn cầu bị di lệch khỏi hốc mắt xảy ra do cơ chế chấn thương làm gãy sụn hốc mắt, gây nên những tổn thương cơ học vĩnh viễn cho thần kinh thị. Chúng tôi báo cáo ca lâm sàng nhãn cầu sa vào xoang hàm xảy ra sau chấn thương do vật tù cây gỗ gây gãy sụn hốc mắt khiến nhãn cầu sa hoàn toàn vào xoang hàm.

Phương pháp nghiên cứu: Báo cáo ca lâm sàng.

Kết quả: Bệnh nhân nam, 38 tuổi, nhập viện vì nhãn cầu mắt phải sa hoàn toàn vào xoang hàm, xảy ra sau chấn thương do té ngã, khiến đầu tù cây gỗ đập vào mắt phải. Thị lực mắt phải trước phẫu thuật là sáng tối âm tính. Bệnh nhân được tiến hành phẫu thuật giải phóng nhãn cầu khỏi xoang hàm và phẫu thuật lót sàn hốc mắt. Thị lực mắt phải ngay sau phẫu thuật là bóng bàn tay. Sau 4 tuần, thị lực mắt phải không cải thiện, dù vận nhãn có hồi phục dần theo thời gian. Chúng tôi đánh giá đây là một trong những ca lâm sàng hiếm gặp trong y văn thế giới, thị lực sau phẫu thuật có cải thiện dù không nhiều so với trước phẫu thuật. **Kết luận:** Nhãn cầu sa vào xoang hàm là một bệnh cảnh lâm sàng nặng nề, tuy vậy khả năng hồi phục được thị lực vẫn có thể xảy ra, dù thị lực ban đầu có thể rất thấp do sự sa hoàn toàn nhãn cầu vào xoang hàm. Phẫu thuật xử trí sớm, đúng cách sẽ giúp hồi phục được thị lực và thẩm mỹ cho bệnh nhân.

Từ khóa: Nhãn cầu sa, gãy xương hốc mắt, xoang hàm, tổn thương thần kinh thị.

SUMMARY

CASE REPORT OF TRAUMATIC GLOBE DISLOCATION INTO MAXILLARY SINUS

Purpose: Diagnosis and management of dislocated globe into maxillary sinus following trauma, prognosis visual acuity recovery and cosmetic results in the future. The globe dislocation occurs due to the traumatic mechanism causing the orbital floor fractures, lead to the permanent mechanical optic nerve damage. We report a case which is the globe dislocated into maxillary sinus caused by a blunt wood, it made the orbital floor ruptured and the globe

dislocated completely into maxillary sinus. **Method:** A case report. **Results:** Male patient, 38 years old, hospitalized due to the dislocated right globe into the maxillary sinus following “fall down” trauma that made a blunt wood hit into the right eye. Visual acuity of the right eye pre-op was no light perception. The patient was undergone surgery to remove the globe from maxillary sinus and repair of orbital floor fractures. Visual acuity post-op is hand movement. After 4 weeks, visual acuity of the right eye did not improve, even though the ocular mobility recovered following time. We evaluate this case is one of the rarest cases in the world literature review, the visual acuity post-op improved, even though not much compare to pre-op.

Conclusion: Traumatic globe dislocation into the maxillary sinus is a severe kind of trauma, but the recovering ability still can happen, even though the initial visual acuity may be extremely poor due to the completely traumatic dislocation of the globe into the maxillary sinus. Early surgical intervention, right management will be helpful in restore the visual acuity and cosmetic for the patient.

Keywords: Globe dislocation, orbital bone fractures, maxillary sinus, optic nerve damage.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Gãy sụn hốc mắt do chấn thương với sự di lệch hoàn toàn của nhãn cầu vào trong xoang hàm là bệnh cảnh lâm sàng hiếm gặp và thường dẫn đến kết cục là thị lực sáng tối âm tính. Chúng tôi báo cáo ca lâm sàng với sự hồi phục thị lực lên bóng bàn tay dù thị lực ban đầu trước khi can thiệp điều trị là sáng tối âm tính. Sự di lệch của nhãn cầu vào trong các xoang cạnh mũi có thể được lý giải do cơ chế gãy xương hốc mắt “blow out – fracture”. Gãy xương hốc mắt có cơ chế tương tự như một van áp lực, lực tác động đẩy vào trong hốc mắt sẽ được hấp thụ bởi các cấu trúc lân cận nhãn cầu và những mảnh xương của thành trong, sàn hốc mắt và sự nén khí vào bên trong các xoang cạnh mũi [1].

Có hai cơ chế lý giải cho hiện tượng gãy xương hốc mắt. Cơ chế đầu tiên là sự tác động gây biến dạng “buckling effect”: lực tác động lên viền xương hốc mắt tạo nên những sự biến dạng và truyền lực tới sàn hốc mắt gây nên hiện tượng gãy xương hốc mắt. Cơ chế thứ hai là sự tác động giống sức nước “hydraulic effect”. Theo lý thuyết này, lực tác động do chấn thương sẽ

¹Bệnh viện Mắt TP Hồ Chí Minh

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thanh Nam

Email: drnam49@yahoo.com

Ngày nhận bài: 26.6.2024

Ngày phản biện khoa học: 22.8.2024

Ngày duyệt bài: 6.9.2024

làm tăng áp lực bên trong hốc mắt gây gãy sàn hốc mắt, vốn là một điểm yếu của bờ xương hốc mắt [2]. Các mô trong hốc mắt đóng vai trò như mô mềm đệm và có khả năng làm phân tán bớt lực chấn thương đáng kể. Chính vì vậy, các chấn thương do vật tụt vào nhãn cầu có thể gây tổn thương do đung dập và làm gãy xương hốc mắt, đặc biệt là gãy sàn hốc mắt, trong khi đó nhãn cầu có thể không hoặc tổn thương ít [1,3].

Theo tác giả Amaral và cộng sự đã phân loại chấn thương lệch nhãn cầu thành hai nhóm: (1) Nhãn cầu di lệch ra trước hốc mắt và (2) nhãn cầu di lệch vào trong các xoang cạnh mũi hoặc sàn sọ trước. Những giả thuyết được cho là nguyên nhân gây lệch nhãn cầu ra trước đã được tác giả Morris và cộng sự đề cập tới [5]: (1) vật có kích thước dài đi vào thành trong hốc mắt theo đường cạnh mũi như đòn bẩy, làm trượt đẩy nhãn cầu ra phía trước và (2) vật có hình dạng hình chêm vào trong hốc mắt làm nhãn cầu lệch ra trước.

Sự di lệch nhãn cầu vào các xoang cạnh mũi có thể được lý giải là do cơ chế gãy xương hốc mắt. Khi lực tác động do vật tụt mạnh vào nhãn cầu gây gãy xương, những thành hốc mắt mỏng sẽ làm di lệch nhãn cầu. Chấn thương hốc mắt trực tiếp với sự gãy của thành trong và sàn hốc mắt gây di lệch nhãn cầu vào bên trong xoang là nguyên nhân thường gặp nhất của sự di lệch nhãn cầu [6]. Chúng tôi báo cáo ca lâm sàng hiếm gặp do sự sa hoàn toàn nhãn cầu vào trong xoang hàm, được điều trị tích cực để đưa nhãn cầu về lại đúng vị trí giải phẫu trong hốc mắt. Báo cáo ca lâm sàng của chúng tôi đã giúp nhấn mạnh tầm quan trọng của việc thực hiện phẫu thuật sớm nâng giải phóng nhãn cầu di lệch và phẫu thuật lót sàn hốc mắt, nhằm tối đa hóa khả năng hồi phục lại chức năng thị lực và thẩm mỹ cho bệnh nhân.

Mục tiêu: Chẩn đoán, xử trí đúng trường hợp nhãn cầu sa vào xoang hàm.

II. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Báo cáo ca lâm sàng

+ **Ca lâm sàng**

o **Hành chính**

Họ và tên bệnh nhân: V.V.C Tuổi : 38

Ngày khám: 12/05/2022

o **Lý do đến khám:** Mắt phải: Mờ đột ngột sau chấn thương

o **Bệnh sử.** Cách nhập viện 3 tiếng, bệnh nhân đang làm việc tại công trường xây dựng thì trượt chân té ngã, đập đầu tụt cây sắt vào mắt phải, sau đó mắt phải của bệnh nhân mờ đột ngột và đau nhiều. Bệnh nhân đến khám và sơ

cứu tại bệnh viện tư, sau đó bệnh nhân được chuyển đến bệnh viện Mắt.

o **Tiền sử.** Bản thân: Không có bệnh nội khoa toàn thân.

Mắt: Không ghi nhận bệnh lý nào khác trước đây tại mắt.

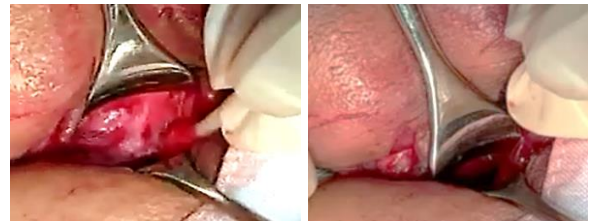
o **Khám**

Toàn thân: Bệnh nhân tỉnh, tiếp xúc tốt, sinh hiệu bình thường.

Khám mắt:

Ngày 1 (12/05/2022)

	Mắt phải	Mắt trái
Thị lực không kính	Không đo được	10/10
Nhãn áp	Không đo được	17 mmHg
Mi mắt	Rách bờ mi trên 0.5 cm, phù mi	Bình thường
Kết mạc	Cương tụ, phù kết mạc	Bình thường
Giác mạc	Không quan sát được	Trong
Củng mạc		Bình thường
Tiền phòng		Sạch
Thủy tinh thể		Trong
Đồng tử		2mm, RAPD (-)
Vận nhãn		Bình thường
Đáy mắt		Gai thị hồng, C/D=0.3 Hoàng điểm không phủ



Hình 1: Bộc lộ mi mắt bằng tay với dụng cụ phẫu thuật, nhưng không quan sát thấy nhãn cầu trong hốc mắt phải



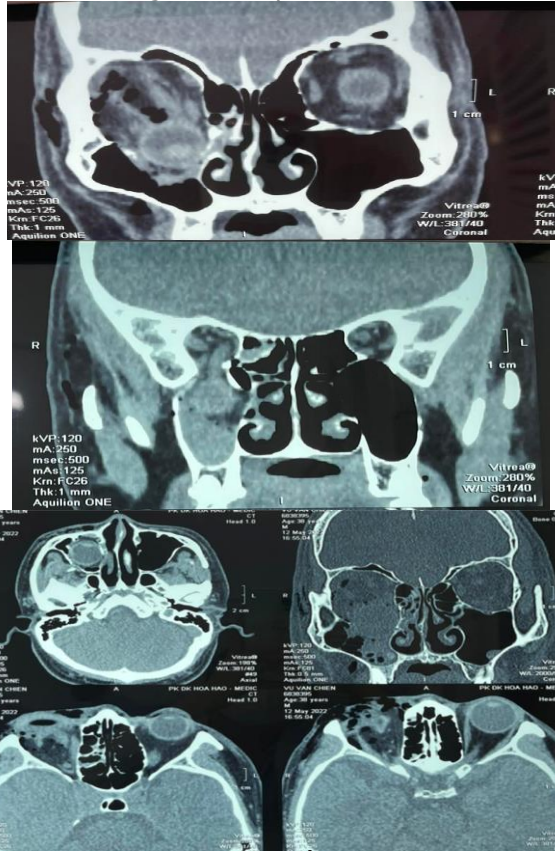
Hình 2: Siêu âm: không quan sát thấy nhãn cầu trong hốc mắt bên phải

Xét nghiệm máu: Bạch cầu tăng 17,4 G/L (bạch cầu đa nhân trung tính chiếm ưu thế)

Siêu âm bụng, XQ phổi, siêu âm tim: Bình thường

CT Scan: Nhãn cầu phải sa vào xoang hàm

phải, nhãn cầu phải còn nguyên hình dạng, thần kinh thị và các cơ trực phải còn liên tục. Gãy sàn và thành trong hốc mắt phải.



Hình 3: CT Scan 3 lát cắt ngang, trán, đứng dọc trước phẫu thuật cho thấy hình ảnh nhãn cầu sa hoàn toàn vào xoang hàm phải

Chẩn đoán xác định: Mắt phải: Nhãn cầu sa vào xoang hàm phải / Gãy sàn – thành trong hốc mắt/ Chấn thương ngày thứ 1 do té vào cây sắt

Điều trị: Toàn thân:

- Tiêm ngừa uốn ván.
- Kháng sinh và kháng viêm đường tĩnh mạch.
- Giảm đau đường uống.

Mắt: -Thuốc nhỏ mắt kháng sinh, kháng viêm, thuốc mỡ kháng sinh

- Phẫu thuật giải phóng nhãn cầu khỏi xoang hàm trước và phẫu thuật lót sàn hốc mắt phải bằng vật liệu Titanium.



Hình 4: Rạch da mi dưới bộc lộ bờ trước sàn hốc mắt



Hình 5: Nhãn cầu được nâng lên, giải phóng khỏi xoang hàm trước và đặt lại đúng vị trí giải phẫu trong hốc mắt bên phải, quan sát thấy có rách lớp củng mạc vị trí 5 giờ.



Hình 6: Phẫu thuật lót sàn hốc mắt bên phải bằng vật liệu Titanium

Khâu củng mạc-kết mạc và da mi trên-dưới

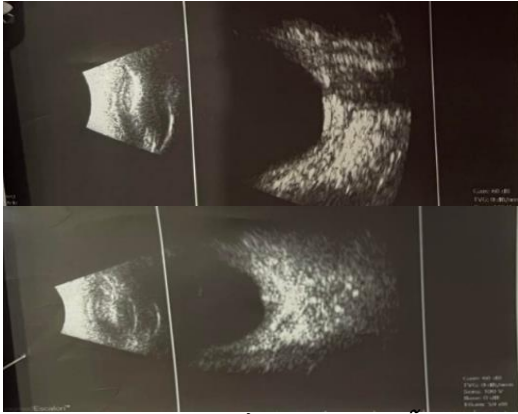
Theo dõi

Sau phẫu thuật 1 ngày

Thị lực không kính: Mắt phải: Bóng bàn tay
Mắt trái : 10/10

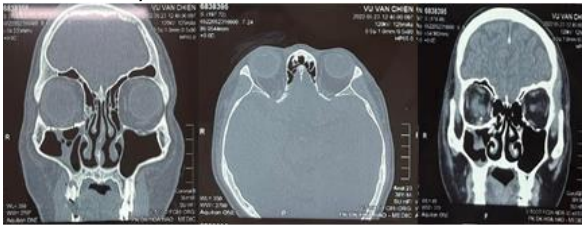


Hình 7: Sau phẫu thuật 1 ngày, bệnh nhân liếc bên phải bình thường và hạn chế vận nhãn ở toàn bộ các hướng còn lại



Hình 8: Siêu âm mắt phải sau phẫu thuật 1 ngày ghi nhận hình ảnh tụ dịch trong hắc mạc
Sau phẫu thuật 7 ngày

Thị lực không kính: Mắt phải: Bóng bàn tay;
Mắt trái: 10/10



Hình 9: CT Scan lát cắt ngang và trán sau phẫu thuật 7 ngày cho thấy hình ảnh Titanium và nhãn cầu được đặt về đúng vị trí giải phẫu trong hốc mắt bên phải



Hình 10: Sau phẫu thuật 7 ngày, bệnh nhân liếc bên phải bình thường, vận nhãn các hướng còn lại cải thiện hơn so với thời điểm 1 ngày sau phẫu thuật

IV. BÀN LUẬN

Sự di lệch của nhãn cầu là một tình trạng hiếm gặp, được phân loại thành ba nhóm: lệch, sa và nhỏ giọt. Sa nhãn cầu được định nghĩa là tình trạng nhãn cầu nằm trong xoang cạnh mũi,

khoang mũi hoặc sàn sọ trước.

Cho tới nay đã có 21 ca lâm sàng nhãn cầu sa vào xoang hàm được báo cáo trên y văn thế giới, trong đó có 1 ca cắt bỏ nhãn cầu 2 tháng sau chấn thương do bị chấn đoán nhầm là mất nhãn cầu do chấn thương, 7 ca thị lực sáng tối âm tính, 3 ca không ghi nhận thị lực và 10 ca có ghi nhận thị lực cải thiện sau phẫu thuật. Ca lâm sàng mà chúng tôi báo cáo là ca thứ 22, và là ca thứ 11 ghi nhận thị lực có cải thiện phục hồi sau phẫu thuật.

Thần kinh thị đoạn nằm bên trong hốc mắt có chiều dài lớn hơn 8mm, giúp bảo vệ thần kinh thị khi có tình trạng đẩy lùi mắt hoặc nhãn cầu sa lệch xảy ra. Cơ chế có khả năng gây nên chấn thương thần kinh thị được cho là do sự kéo dẫn, xoay và xoắn sợi thần kinh, gây nên những tổn thương về cơ học và thiếu máu thần kinh do sự biến dạng mạch máu và đè ép các mao mạch. Thần kinh thị thuộc hệ cảm giác, không được bao bọc bởi lớp bao thần kinh, chính vì vậy không có khả năng phục hồi khi bị tổn thương nặng và bất kỳ sự giảm thị lực nào cũng sẽ là vĩnh viễn. [7]

Điều trị phẫu thuật trong trường hợp này chứa đựng rất nhiều thử thách. Tiên lượng thị lực thường xấu do võng mạc và thần kinh thị rất nhạy cảm với chấn thương và thiếu máu, mặc dù sự hồi phục cải thiện thị lực về mức bình thường đã được báo cáo ở một số ca lâm sàng. [2,4,6,7,8]

Thời gian là một yếu tố tác động lớn trong xử trí chấn thương sa lệch nhãn cầu. Nhãn cầu khi bị sa khỏi khoang hốc mắt sẽ dễ bị tổn thương mạch máu trầm trọng và chịu những tổn thương cơ học kéo dài nặng nề. Do đó, phẫu thuật can thiệp sớm sẽ làm giảm có ý nghĩa thống kê những tổn hại với nhãn cầu. [7]

Mặc dù còn nhiều tranh cãi về phương pháp phẫu thuật và xử trí ở những trường hợp nhãn cầu di lệch nhiều, hầu hết các tác giả đều đồng thuận rằng mọi nỗ lực cố gắng đều nên hướng đến việc đưa nhãn cầu về lại đúng vị trí khoang hốc mắt càng sớm càng tốt [9, 10]. Trì hoãn việc điều trị sẽ làm tăng nguy cơ xuất hiện các biến chứng như phù, kéo dẫn thần kinh thị và động mạch trung tâm võng mạc, làm tăng mức độ trầm trọng. Khoảng thời gian động mạch trung tâm võng mạc bị xoắn vặn hoặc kéo dẫn sẽ làm nặng thêm những tổn thương mạch máu cung cấp máu nuôi cho thần kinh thị, làm tăng khả năng mất thị lực vĩnh viễn không thể phục hồi được. [6]

Với ca lâm sàng của chúng tôi, bệnh nhân

nam 38 tuổi, nhập viện vì nhãn cầu mắt phải sa hoàn toàn vào xoang hàm, xảy ra sau chấn thương do té ngã, khiến đầu tù cây gỗ đập vào mắt phải. Thị lực mắt phải trước phẫu thuật là sáng tối âm tính. Bệnh nhân được tiến hành phẫu thuật giải phóng nhãn cầu khỏi xoang hàm và phẫu thuật lột sàn hốc mắt. Thị lực mắt phải ngay sau phẫu thuật là bóng bàn tay. Sau 4 tuần, thị lực mắt phải không cải thiện, dù vận nhãn có hồi phục dần theo thời gian. Chúng tôi đánh giá đây là một trong những ca lâm sàng hiếm gặp trong y văn thế giới, thị lực sau phẫu thuật có cải thiện dù không nhiều so với trước phẫu thuật.

Phẫu thuật sớm làm giảm có ý nghĩa thống kê độ nặng tổn thương nhãn cầu. Bảo tồn khả năng vận nhãn của mắt và thể tích hốc mắt có thể mang lại chức năng thẩm mỹ và cảm xúc cho bệnh nhân, dù chức năng thị lực có thể không bảo tồn được dù đã can thiệp tối đa.

V. KẾT LUẬN

Bệnh cảnh lâm sàng trên đã cho thấy được khả năng phục hồi thị lực vẫn có thể xảy ra, dù thị lực ban đầu rất thấp do sự di lệch hoàn toàn của nhãn cầu vào xoang hàm. Chúng tôi khuyến cáo nên thực hiện điều trị phẫu thuật sớm, kết hợp phẫu thuật nâng giải phóng nhãn cầu và lột sàn hốc mắt ở những ca lâm sàng tương tự, nhằm giúp bảo tồn được chức năng thẩm mỹ và thị lực lâu dài cho bệnh nhân.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Ahmad F, Kirkpatrick WN, Lyne J, Urdang M, Garey LJ, Waterhouse N.** Strain gauge biomechanical evaluation of forces in orbital floor fractures. *Br J Plast Surg* 2003;56(1):3–9
2. **Arkin MS, Rubin PA, Bilyk JR, Buchbinder B.** Anterior chiasmal optic nerve avulsion. *AJNR Am J Neuroradiol* 1996;17(9):1777–1781
3. **Kiratli H, Tümer B, Bilgiç S.** Management of traumatic luxation of the globe. A case report. *Acta Ophthalmol Scand* 1999;77(3): 340–342
4. **Bajaj MS, Pushker N, Nainiwal SK, Balasubramanya R.** Traumatic luxation of the globe with optic nerve avulsion. *Clin Experiment Ophthalmol* 2003;31(4):362–363
5. **Lelli GJ Jr, Demirci H, Frueh BR.** Avulsion of the optic nerve with luxation of the eye after motor vehicle accident. *Ophthalm Plast Reconstr Surg* 2007;23(2):158–160
6. **Okabe H, Kimura K, Sonoda S, Sakamoto T.** Displacement of globe into ethmoid sinus by orbital medial wall fracture with good recovery of vision. *Jpn J Ophthalmol* 2005;49(5):426–428
7. **Saleh T, Leatherbarrow B.** Traumatic prolapse of the globe into the maxillary sinus diagnosed as traumatic enucleation of the globe. *Eye (Lond)* 1999;13(Pt 5):678–680
8. **Zhang-Nunes SX, Jarullazada I, Mancini R.** Late central visual recovery after traumatic globe displacement into the maxillary sinus. *Ophthalm Plast Reconstr Surg* 2012;28(1): e17–e19
9. **Xu B, Xu XL, Yan J.** Treatment of traumatic globe dislocated completely into the maxillary sinus. *Int J Ophthalmol* 2013;6(1):106–107
10. **Roth J, Hingst V, Lenz JH.** Blindness following severe midfacial trauma—case report and review. *J Craniomaxillofac Surg* 2012; 40(7):608–613

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG BỆNH NHÂN TRƯỢT ĐỐT SỐNG BÀN LỀ THẮT LƯNG CÙNG ĐƯỢC ĐIỀU TRỊ PHẪU THUẬT

Đỗ Mạnh Hùng¹, Vũ Văn Cường¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng bệnh nhân trượt đốt sống bàn lè thắt lưng cùng được điều trị phẫu thuật tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu của chúng tôi tiến hành theo phương pháp nghiên cứu mô tả hồi cứu. Hồ sơ bệnh án bệnh nhân được phẫu thuật tháng 6/2021 tới hết tháng 6/2022. Về lâm sàng tất cả triệu chứng cơ năng, triệu chứng thực thể đều được chúng tôi thu thập đánh giá. Về chẩn đoán hình ảnh

chúng tôi nghiên cứu đánh giá các chỉ số trên phim chụp Xquang và chụp cộng hưởng từ. **Kết quả:** Có 73 bệnh nhân trong nhóm nghiên cứu của chúng tôi, tỉ lệ nam/ nữ là 1/2 (nam: 32,9%, nữ 67,1%). Bệnh nhân độ tuổi 50-59 tuổi chiếm tỉ lệ cao nhất 27,4%. Triệu chứng lâm sàng nổi bật đau lưng lan chân kiểu rết 95,9%. Đau cách hồi chiếm 71,2%. Mức độ đau điểm VAS lưng 6,11±0,74, VAS chân 4,55±1,5. Điểm ODI có 60,3% bệnh nhân bị giảm chức năng cột sống nhiều, 32,9% bệnh nhân bị giảm chức năng cột sống rất nhiều. Triệu chứng thực thể 97,3% có cơ cứng cơ cạnh sống, chỉ có 8/73 bệnh nhân có rối loạn vận động, dị cảm, giảm cảm giác là rối loạn cảm giác hay gặp nhất 57,5%. Xquang phần lớn bệnh nhân trượt khuyết eo 65,8%. Phim cộng hưởng từ thoái hóa đĩa độ V chiếm tỉ lệ cao nhất 69,9%. **Kết luận:** Triệu chứng lâm sàng nổi bật của trượt đốt sống là đau thắt lưng và lan chân kiểu rết và đau kiểu cách hồi thần kinh. Xquang đánh giá chính xác tình trạng trượt đốt

¹Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức

Chịu trách nhiệm chính: Đỗ Mạnh Hùng

Email: manhhungdhy@yahoo.com

Ngày nhận bài: 25.6.2024

Ngày phản biện khoa học: 20.8.2024

Ngày duyệt bài: 11.9.2024