

- Mental Disorders (DSM-5). Psychiatr News. 2016;51(13):1-1. doi:10.1176/appi.pn.2016.7a7
5. **GRNBOOK.pdf, Carpenter CR, Bassett ER, Fischer GM, Shirshakan J, Galvin JE, Morris JC.** Four sensitive screening tools to detect cognitive dysfunction in geriatric emergency department patients: brief Alzheimer's Screen, Short Blessed Test, Ottawa 3DY, and the caregiver-completed AD8. Acad Emerg Med Off J Soc Acad Emerg Med. 2011;18(4):374-384. doi:10.1111/j.1553-2712.2011.01040.x
 6. **Han JH, Vasilevskis EE, Chandrasekhar R, et al.** Delirium in the Emergency Department and Its Extension into Hospitalization (DELINEATE) Study: Effect on 6-month Function and Cognition. J Am Geriatr Soc. 2017; 65(6):1333-1338. doi:10.1111/jgs.14824
 7. **McCusker J, Cole M, Abrahamowicz M, Primeau F, Belzile E.** Delirium Predicts 12-Month Mortality. Arch Intern Med. 2002;162(4):457. doi:10.1001/archinte.162.4.457
 8. **Corsinovi L, Bo M, Riccauda Aimonino N, et al.** Predictors of falls and hospitalization outcomes in elderly patients admitted to an acute geriatric unit. Arch Gerontol Geriatr. 2009;49(1):142-145. doi:10.1016/j.archger.2008.06.004

PHẪU THUẬT PHỤC HỒI THẦN KINH VII NGOẠI BIÊN Ở BỆNH NHÂN CHẤN THƯƠNG VÙNG MẶT

Lâm Quang An*, Trần Phan Chung Thủy**, Trần Viết Luân**,
Trần Văn Dương*, Trần Xuân Hiệp***

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Tổn thương thần kinh VII sau chấn thương vùng mặt nếu không được điều trị kịp thời sẽ ảnh hưởng đến chức năng, thẩm mỹ xấu, tác động đến tâm lý, sinh hoạt và chất lượng cuộc sống của người bệnh. **Mục tiêu nghiên cứu:** đánh giá kết quả phục hồi tình trạng liệt mặt sau phẫu thuật phục hồi thần kinh VII ngoại biên sau chấn thương vùng mặt. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** mô tả loạt ca lâm sàng bệnh nhân bị liệt mặt sau chấn thương vùng mặt được phẫu thuật nối hoặc ghép đoạn thần kinh mặt ngoại biên từ 01/2019 đến 12/2020 tại Bệnh viện Răng Hàm Mặt Trung Ương Thành phố Hồ Chí Minh. **Kết quả:** tất cả 21 trường hợp chấn thương trong vòng 8 tuần được phẫu thuật phục hồi thần kinh VII ngoại biên. 8/21 trường hợp được nối tận - tận thần kinh bị đứt, 9/21 trường hợp được ghép đoạn thần kinh bị đứt bằng thần kinh bị đứt chân ngoài (thần kinh Sural) và 4/21 trường hợp kết hợp nối tận - tận và ghép đoạn thần kinh bị đứt. 06 tháng sau phẫu thuật, tình trạng liệt mặt của bệnh nhân được cải thiện trên 20/21 bệnh nhân. Tuy nhiên có 3/21 trường hợp có xuất hiện tình trạng đồng vận sau phẫu thuật. **Kết luận:** Phẫu thuật nối - ghép đoạn thần kinh cho các trường hợp tổn thương thần kinh VII sau chấn thương sẽ giúp phục hồi dẫn truyền thần kinh và cải thiện tình trạng liệt mặt của bệnh nhân.

Từ khóa: liệt mặt, khâu nối thần kinh, ghép đoạn thần kinh, thần kinh sural

SUMMARY

SURGICAL REPAIR FOR PERIPHERAL

*Bệnh viện Chợ Rẫy

**Trường Đại học Y Khoa Phạm Ngọc Thạch

***Bệnh viện Răng Hàm Mặt Trung Ương

Chịu trách nhiệm chính: Lâm Quang An

Email: lamanbvcr@gmail.com

Ngày nhận bài: 15.2.2022

Ngày phản biện khoa học: 1.4.2022

Ngày duyệt bài: 14.4.2022

FACIAL NERVE INJURY IN PATIENT WITH FACIAL TRAUMA

Background: Damage to the facial nerve after facial trauma, if not treated in time, will affect function, bad aesthetics, affect psychology, daily life, and quality of life of patients. **Objectives:** To evaluate the outcome of surgical repair of the facial nerve injury in the patients with facial trauma. **Methods:** cases study of patients suffering facial paralysis with facial trauma underwent end to end neurorrhaphy or using nerve graft from January 1, 2019, to December 12, 2020, at the Central Hospital of Odonto-Stomatology Hochiminh City. **Results:** 21 patients with traumatic facial nerve injury were included in our study. All cases underwent peripheral facial nerve repair within 8 weeks after the facial trauma. End to end neurorrhaphy were performed in 8 patients (38%); Sural nerve graft primary were used in 9 patients (42.8%); using the Sural nerve as the nerve graft, combination of end to end anastomosis and nerve grafting were performed in 4 patients (19.2%). Facial nerve function was improved in 20 patients (95%) including complete restoration in 5 patients and partial in 15 patients. There were 3 patients (14,2%) had synectics facial nerve after the surgery. **Conclusions:** End-to-end anastomosis and nerve grafting of the injured nerve VII after trauma will help restore facial nerve conduction and improve the patient's facial paralysis.

Keywords: facial paralysis, end-to-end anastomosis, nerve graft, Sural nerve

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ở những nước đang phát triển, chấn thương do tai nạn giao thông, tai nạn lao động và đã thương luôn là mối quan tâm của xã hội. Trong các trường hợp nhập viện do chấn thương, tỉ lệ chấn thương vùng mặt chiếm 16%[1]. Chấn thương mặt có biểu hiện lâm sàng đa dạng gồm có vết thương phần mềm, vết thương mạch máu,

gãy xương và liệt mặt do tổn thương dây thần kinh VII.

Hằng năm, có khoảng 20 trên 100000 bệnh nhân bị liệt mặt mới[2]. Nguyên nhân do chấn thương chiếm 16%. Tuy chỉ chiếm 6,3% - 6,83%[3, 4], bệnh nhân liệt mặt do chấn thương vùng mặt cần được chẩn đoán và điều trị sớm tránh để lại di chứng sau này. Tổn thương thần kinh VII nếu không được phát hiện và điều trị sớm sẽ để lại di chứng gây ảnh hưởng nghiêm trọng về mặt chức năng, thẩm mỹ và chất lượng cuộc sống đối với bệnh nhân.

Liệt thần kinh VII có thể gây nhắm mắt không kín, giảm tiết nước mắt lâu ngày dẫn đến khô mắt, tổn thương giác mạc và có thể bị mù; ảnh hưởng cơ vòng miệng làm hạn chế khả năng phát âm và nuốt. Bên cạnh đó, liệt mặt gây mất đối xứng 2 bên mặt sẽ ảnh hưởng nghiêm trọng về mặt thẩm mỹ đối với bệnh nhân. Những tác động trên sẽ làm cho bệnh nhân mặc cảm, tự ti, có khuynh hướng né tránh giao tiếp xã hội và lâu ngày sẽ làm giảm chất lượng cuộc sống của bệnh nhân[5].

Thần kinh VII bị tổn thương do chấn thương phải được phục hồi với mục đích thiết lập lại dẫn truyền thần kinh qua đoạn thần kinh bị tổn thương, qua đó tái kích thích lại các đầu mút thần kinh cơ vùng mặt, cải thiện đối xứng vùng mặt lúc nghỉ, lúc cử động và ngừa các di chứng do liệt mặt. Có nhiều phương pháp thiết lập lại dẫn truyền thần kinh, trong đó phẫu thuật nối tận - tận hoặc ghép đoạn thần kinh được sử dụng cho các tổn thương thần kinh mới được thực hiện trong nghiên cứu của chúng tôi.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Thiết kế nghiên cứu: mô tả các trường hợp bệnh.

Y đức trong nghiên cứu: nghiên cứu đã được Hội đồng Đạo đức trong Nghiên cứu Y Sinh Học trường Đại học Y Khoa Phạm Ngọc Thạch chấp thuận theo quyết định số 299/HĐĐĐ-TĐHYKPNT

Đối tượng nghiên cứu: các trường hợp bệnh nhân bị liệt mặt sau chấn thương vùng mặt được phẫu thuật phục hồi thần kinh mặt ngoại biên từ 01/2019 đến 12/2020 tại Bệnh viện Răng Hàm Mặt Trung Ương Thành phố Hồ Chí Minh

Tiêu chuẩn chọn mẫu

Tiêu chuẩn chọn bệnh: bệnh nhân thỏa cả 04 đặc điểm sau: Có chấn thương vùng mặt

Có biểu hiện lâm sàng của liệt mặt

Phân độ liên mặt theo House Brackman từ độ IV trở lên[6, 7]

Có tổn thương thể sợi trục nặng và không có

hiện tượng tái phân bố thần kinh trên điện cơ

Tiêu chuẩn loại trừ: Bệnh nhân có tình trạng liệt mặt trước khi bị chấn thương

Bệnh nhân không đồng ý phẫu thuật với phương pháp nối, ghép đoạn thần kinh

Chỉ định phẫu thuật:

Chỉ định nối tận - tận: phần còn lại 2 đầu của thần kinh có thể khâu nối mà không bị căng

Chỉ định ghép đoạn thần kinh: phần còn lại 2 đầu của thần kinh ngắn với khoảng cách 2 đầu trên 2cm, không thể khâu nối tận - tận, sử dụng thần kinh ghép là thần kinh bì bắp chân ngoài (thần kinh Sural).

Bảng 2 Thang điểm liệt mặt theo House Brackman[6, 7]

Độ	Đặc điểm
HB I	chức năng khuôn mặt bình thường
HB II	liệt nhẹ
HB III	rối loạn chức năng vừa phải
HB IV	rối loạn mức nghiêm trọng
HB V	Rối loạn nặng
HB VI	Liệt hoàn toàn

Phương pháp phẫu thuật: Bệnh nhân thỏa tiêu chuẩn chọn mẫu sẽ được đánh giá mức độ liệt mặt theo phân độ của House Brackman

Sau đó, được giải thích về phương pháp phẫu thuật và được diễn hành phẫu thuật

Tiến hành chích tê bên mặt bị liệt sau khi gây mê nội khí quản

Tiến hành rạch qua qua vết thương có sẵn hoặc kết hợp thêm đường rạch da trước tai nếu cần bộc lộ thần chính của thần kinh bị tổn thương

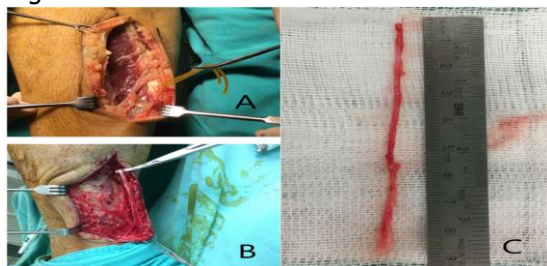
Khâu nối thần kinh: Sau khi phẫu tích được các đầu tận của thần kinh tổn thương, dựa trên hướng đi và các mốc giải phẫu của các nhánh thần kinh thử ghép nối các đầu tận - tận thần kinh theo từng cặp. Khi đã phỏng đoán được các nhánh thần kinh bị tổn thương, tiến hành đánh giá vùng thần kinh bị dập ở mỗi đầu để cắt bỏ phần bị dập này. Nếu các đầu thần kinh bị cắt gọn thì không phải cắt lại hai đầu thần kinh. Ngược lại, khi hai đầu dây thần kinh bị bầm dập, sử dụng kỹ thuật "cắt lát bánh mì" (bread loafing) cắt bằng dao có thót kê phía dưới để cho tới chỗ thần kinh lành. Lúc này các sợi trục thường nhô ra ngoài so với vỏ ngoài sợi thần kinh.

Sau khi đã cắt bỏ đoạn thần kinh bị tổn thương, đo khoảng cách giữa 2 đầu mút thần kinh xem mức độ thiếu hụt nhiều hay ít. Nếu khoảng cách giữa 2 đầu thần kinh đứt xa nhau, cần bóc tách, giải phóng dây thần kinh dài hơn về hai phía. Đôi khi phải dùng các mũi chỉ khâu tổ chức xung quanh để đưa hai đầu thần kinh gần nhau hơn.

Việc khâu nối thần kinh được tiến hành dưới kính hiển vi phẫu thuật hoặc kính lúp có độ phóng đại từ 4,5 lần trở lên để nhìn rõ các thành phần của dây thần kinh. Thần kinh mặt hoặc các nhánh thường có 1-3 bó sợi, mỗi bó sợi chỉ cần khâu một đến hai mũi chỉ không tan 9/0 là vừa đủ.

Tiếp theo, tiến hành khâu thêm bao ngoài thần kinh để bảo vệ cũng như giảm căng cho các bó sợi thần kinh vừa khâu. Trong một số trường hợp để giảm căng, nên khâu bao ngoài trước sau đó mới tiến hành khâu bao bó sợi. Sau đó, đóng vết mổ theo các lớp và đảm bảo các mối khâu thần kinh không bị căng và không gây chèn ép các sợi thần kinh.

Ghép đoạn thần kinh: Lấy đoạn thần kinh Sural làm mảnh ghép: sử dụng một đường rạch dài dọc theo thần kinh từ mắt cá ngoài đến hố khoeo là đường tiếp cận trực tiếp nhất và ít gây sang chấn cho thần kinh



Hình 1: Bóc tách lấy thần kinh Sural. Rạch da mặt sau ngoài cẳng chân (A), bóc tách bộc lộ thần kinh Sural (B), đoạn thần kinh được lấy ra (C)

Dựa vào cấu trúc giải phẫu của các nhánh đi của thần kinh VII vùng mặt như cung gò má, tuyến mang tai, ống tuyến mang tai để phỏng đoán và ráp nối hai đầu tận – tận của nhánh thần kinh mặt bị mất đoạn và đánh dấu các đoạn này chung với nhau.



Hình 2: Ráp nối hai đầu của các nhánh thần kinh bị tổn thương

Sau khi lấy thần kinh ghép, đặt mảnh ghép giữa hai đầu nhánh thần kinh bị đứt, sử dụng kỹ thuật khâu bao bó sợi (perineural nerve repair) để nối thần kinh với chỉ không tan 9/0. Tiếp đến khâu vết mổ theo lớp, đảm bảo không căng, không gây chèn ép.

Đánh giá sau phẫu thuật: Bệnh nhân sẽ được đo điện cơ để đánh giá mức độ phục hồi dẫn truyền thần kinh 06 tháng sau phẫu thuật và khảo sát dấu hiệu lâm sàng của liệt mặt và so sánh với trước phẫu thuật. Đặc điểm điện cơ cho thấy sự hồi phục bao như có hiện tượng tái phân bố thần kinh qua các nhánh thần kinh bị tổn thương và không thấy sự hồi phục như không có hiện tượng tái phân bố thần kinh

Bên cạnh đó, bệnh nhân được đánh giá điểm liệt mặt House Brackman và so sánh với điểm House Brackman trước phẫu thuật.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong thời gian từ 01/2019 đến 12/2021 có tất cả 21 trường hợp chấn thương vùng mặt có kèm theo liệt thần kinh mặt có kết quả như sau:

Đặc điểm chung. Tuổi trung bình của bệnh nhân là $33,4 \pm 9,39$ tuổi trong đó nhỏ nhất là 17 tuổi và lớn nhất là 51 tuổi.

Tất cả các trường hợp bệnh có tổn thương trong vòng 8 tuần trước khi được phẫu thuật phục.

Bảng 3: Đặc điểm giới

Đặc điểm giới	Số trường hợp (%)
Nam	18 (85,7%)
Nữ	3 (14,3%)

Phần lớn bệnh nhân là nam giới 18/21 trường hợp và chiếm 85,7%.

Bảng 2: Đặc điểm vết thương

Đặc điểm giới	Số trường hợp (%)
Bên trái	8 (38,1%)
Bên phải	13 (61,9%)
Cả hai bên	0 (0%)

Tỉ lệ vết thương bên trái so với bên phải là 8:13 và không có trường hợp nào bị tổn thương cả hai bên.

Bảng 3: Phương pháp phẫu thuật

Phương pháp phẫu thuật	Số trường hợp (%)
Nối thần kinh tận – tận	8/21 (38%)
Ghép đoạn thần kinh	9/21 (42,8%)

Đánh giá kết quả sau phẫu thuật



Hình 3: Bệnh nhân Trần Hoàng T. được ghép đoạn nhánh gò má, nhánh má và nối ống nước bọt

Bảng 4. So sánh điểm liệt mặt theo House Brackman trước và sau phẫu thuật 06 tháng

Điểm House Brackman	Trước phẫu thuật (TB±ĐLC)	Sau phẫu thuật (TB±ĐLC)	Độ giảm thang điểm House Brackman (TB±ĐLC)
	4,85±0,7	2,66±0,89	2,19±0,58

06 tháng sau phẫu thuật, tình trạng liệt mặt của các bệnh nhân theo thang điểm House Brackman giảm trung bình là 2,19 điểm, trong đó giảm ít nhất là 1 điểm và nhiều nhất là 4 điểm. Trường hợp giảm 1 điểm xảy ra ở bệnh nhân được thực hiện ghép đoạn 3 nhánh thần kinh bị tổn thương là nhánh trán, nhánh gò má và nhánh má.

Bảng 5. Đặc điểm điện cơ trước và sau phẫu thuật 06 tháng

Đặc điểm điện cơ	Tổn thương sợi trục nặng và mất dẫn truyền hoàn toàn	Có hiện tượng tái phân bố sợi trục qua vị trí tổn thương	Chưa được đo điện cơ
Trước phẫu thuật (số ca)	21	0	0
Sau phẫu thuật (số ca)	13	2	6

Có 15 bệnh nhân được đo điện cơ sau mổ 6 tháng cho thấy có 13/15 (86,6%) trường hợp có hiện tượng tái phân bố sợi trục qua vị trí tổn thương. 2/15 (13,4%) trường hợp không có dấu hiệu phục hồi thần kinh trên điện cơ tại thời điểm sau phẫu thuật 6 tháng xảy ra ở bệnh nhân bị tổn thương hai nhánh thần kinh cần phải ghép đoạn.

Tuy nhiên có 3/21 (14,2%) trường hợp có xuất hiện tình trạng đồng vận sau phẫu thuật, trong đó 2 trường hợp có tổn thương 03 nhánh thần kinh VII và 01 trường hợp tổn thương 02 nhánh thần kinh VII



Hình 4. Bệnh nhân Trần Hoàng T. được ghép đoạn sau 5 tháng



Hình 5. Bệnh nhân sau phẫu thuật nối nhánh má 1 năm

IV. BÀN LUẬN

Khi thần kinh VII bị tổn thương trong chấn thương vùng mặt, nguồn kích thích các cơ vận động vùng mặt bị mất dẫn đến tình trạng giảm dần hoặc mất trương lực cơ vùng mặt. Khi này, các cơ bên lành bình thường sẽ hoạt động độc

lập nên sẽ gây mất đối xứng mặt kể cả lúc nghỉ và lúc hoạt động. Lúc này phẫu thuật phục hồi dẫn truyền thần kinh có thể được thực hiện bằng khâu nối trực tiếp hoặc ghép đoạn thần kinh bị đứt.

Khâu nối thần kinh bị đứt. Kỹ thuật khâu nối thần kinh mặt trực tiếp luôn được lựa chọn khi có thể vì cho kết quả phục hồi dẫn truyền thần kinh tốt nhất[8]. Kỹ thuật thường được sử dụng nhiều nhất là khâu bao ngoài (epineural suture), và khâu bao bó sợi (fascicular suture).

Khâu nối thần kinh tối ưu không để căng vì khi có lực căng chỗ nối sẽ làm giảm khả năng tưới máu đến chỗ nối và tăng mô sẹo dẫn đến ảnh hưởng đến khả năng hồi phục của thần kinh. Có nhiều tranh cãi về phương pháp khâu nối thần kinh bằng bao ngoài hay các bó sợi được ghi nhận trên y văn. Tuy nhiên, đối với các sợi thần kinh nhỏ, việc khâu nối nên được thực hiện bằng khâu bao ngoài thần kinh vì lúc này việc bóc tách các bó sợi của các sợi thần kinh nhỏ để khâu từng bó lại sẽ dễ để lại sẹo gây hạn chế dẫn truyền thần kinh sau phẫu thuật. Những trường hợp dây thần kinh lớn vừa có thành phần cảm giác và vận động, việc khâu nối được thực hiện bằng nối các bó sợi lớn với nhau.

Các nghiên cứu gần đây cho thấy các đầu gần thần kinh bị tổn thương sẽ tìm các bó xa thích hợp theo các cơ chế chưa được biết rõ và nối lại với nhau. Điều này có nghĩa là khi không nắm chắc chính xác vị trí các bó sợi để khâu nối thì nên sử dụng phương pháp khâu bao ngoài thần kinh.

Quá trình hồi phục thần kinh bị tổn thương phụ thuộc vào sự phát triển của các sợi trục tới các bản cực thần kinh cơ đối với dây thần kinh vận động hoặc tới các cơ quan cảm thụ đối với các dây cảm giác. Nếu các tổn thương thần kinh do tác nhân sắc nhọn thường ít bầm dập và thuận lợi để khâu nối trực tiếp. Kết quả lâm sàng của kỹ thuật nối bao bó sợi cho thấy các cơ mặt đã có dấu hiệu co cơ bắt đầu từ tháng thứ ba

đến tháng thứ tư sau phẫu thuật. Quá trình phục hồi chức năng vận động của các cơ đạt hiệu quả tối đa xảy ra vào tháng thứ 9, thứ 10. Hầu hết các cơ mặt liệt đều hoạt động trở lại với biên độ cơ cơ gần như tối đa, nhưng có tới 30% các trường hợp có các cử động đồng vận.

Trong các trường hợp có tổn thương ống nước bọt (ống Stenon) đi kèm, nếu không xử lý ống nước bọt cùng lúc với khâu nối thần kinh sẽ làm ứ nước bọt trong vết thương, ảnh hưởng đến quá trình phục hồi dây thần kinh và về lâu dài sẽ gây rò vết mổ. Để xử lý đứt ống nước bọt có thể khâu trực tiếp hai đầu ống hoặc đặt dẫn lưu vào miệng. Việc khâu nối ống nước bọt là sinh lý nhất, phục hồi sự liên tục của ống. Trước khi phẫu thuật có thể cho bệnh nhân chụp phim Xquang có cản quang để đánh giá sự liên tục của ống nước bọt. Trong quá trình phẫu thuật, dùng que nong lệ đạo để thám sát từ vị trí lỗ đổ của ống nước bọt ở trong miệng, dựa vào các mốc giải phẫu để bộc lộ hai đầu ống bị cắt đứt. Khi đã tìm thấy 2 đầu bị đứt của ống tuyến, luôn một ống nhựa có đường kính tương đương (có thể sử dụng ống bơm của ống nội khí quản số 5) từ lỗ đổ của ống tuyến trong miệng và đi qua vị trí ống tuyến bị đứt. Ống nhựa này có tác dụng làm đường dẫn để khâu nối ống nước bọt và làm dẫn lưu nước bọt sau khi nối và được cố định trong miệng 7-10 ngày. Sử dụng kỹ thuật khâu liên tục với chỉ nylon 7/0 để nối hai đầu ống nước bọt.



Hình 1. Bệnh nhân Đào Văn V. đứt ống Stenon

Ghép đoạn thần kinh. Trong các nguồn thần kinh tự thân có thể làm mảnh ghép, thần kinh sural có đường kính gần giống nhất với thần kinh VII, dễ lấy, có thể lấy với chiều dài đến 40 cm và ít để lại di chứng nơi cho nên được sử dụng rất nhiều trong các phẫu thuật phục hồi thần kinh VII [9, 10].

Trong tổn thương mất đoạn của các nhánh thần kinh mặt, khi khoảng cách giữa hai đầu tận của thần kinh bị tổn thương từ 1-2 cm trở lên thì phải ghép thần kinh. Năm 1927, Bunnell là phẫu thuật viên đầu tiên đã thực hiện thành công ghép thần kinh mặt trong những trường hợp mất rộng do cắt u tuyến mang tai và chấn thương vùng hàm mặt.

Ghép thần kinh nên thực hiện ngay nếu tổ chức xung quanh không nhiễm trùng, được tưới máu tốt. Để ghép thần kinh, trước hết cần bộc lộ các đầu dây thần kinh bị đứt qua vết thương cũ hoặc sẹo mổ cũ, bóc tách theo cân SMAS, tìm các nhánh thần kinh bị đứt. Theo Mackinnon, trong thời gian 7 ngày đầu sau chấn thương, quá trình thoái hóa sợi trục chưa hoàn toàn, có thể dùng kích thích thần kinh để dò tìm đầu ngoại vi. Sau khi tìm được hai đầu thần kinh đứt, bắt buộc phải cắt bỏ hai đầu thần kinh bị bầm dập hoặc xơ sẹo hoặc có u xơ thần kinh bằng dao sắc có kê thớt phía dưới theo kỹ thuật "cắt lát bánh mì".

Nghiên cứu trên 170 bệnh nhân với thời gian dài từ 1 đến 5 năm sau khi ghép thần kinh, Baker và cộng sự nhận thấy thời gian hồi phục hoạt động của các cơ bám da mặt từ 6 đến 24 tháng. Dấu hiệu đầu tiên nhận biết được là xuất hiện trương lực cơ và người bệnh cảm thấy có sự chuyển động ở phần giữa má, sau đó là các chuyển động nâng góc mép, môi. Sau phẫu thuật nối thần kinh chỉ có 5% các trường hợp sau ghép thần kinh phục hồi chuyển động các cơ mặt đạt từ 80 đến 90% so với lúc chưa liệt, còn lại đa số các trường hợp còn lại đạt từ 50 đến 70% chức năng.

V. KẾT LUẬN

Phẫu thuật nối - ghép đoạn thần kinh cho các trường hợp tổn thương thần kinh VII sau chấn thương nếu được thực hiện kịp thời sẽ giúp phục hồi dẫn truyền thần kinh và cải thiện tình trạng liệt mặt của bệnh nhân hạn chế các di chứng liệt mặt về sau.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Shahim, F.N., P. Cameron, and J.J. McNeil**, Maxillofacial trauma in major trauma patients. *Aust Dent J*, 2006. **51**(3): p. 225-30.
2. **Brown, S., et al.**, Facial Nerve Trauma: Clinical Evaluation and Management Strategies. *Plastic and Reconstructive Surgery*, 2019. **143**(5): p. 1498-1512.
3. **Booth, P.W., B. Eppley, and R. Schmelzeisen**, Maxillofacial Trauma and Esthetic Facial Reconstruction. 2 ed. 2011: Elsevier.
4. **Tahirullah Khan, S.A.S.**, Peripheral nerve injury in maxillofacial trauma. *Journal of Head and Neck Physicians and Surgeons*.
5. **Lee, M.C., et al.**, Functional Outcomes of Multiple Sural Nerve Grafts for Facial Nerve Defects after Tumor-Ablative Surgery. *Arch Plast Surg*, 2015. **42**(4): p. 461-8.
6. **Beech, T.J., L.C. Smith, and C.G. Hobbs**, Graphic visual adaptation of House-Brackmann facial nerve grading for peripheral facial palsy: an alternative analysis of reliability. *Clin Otolaryngol*, 2006. **31**(5): p. 461-2; author reply 462.
7. **Kang, T.S., et al.**, Facial nerve grading systems (1985-2002): beyond the House-Brackmann scale.

Otol Neurotol, 2002. **23**(5): p. 767-71.

8. Rodríguez-Lorenzo, A. and C.-H.J. Tzou, Principles of Facial Nerve Reconstruction, in Facial Palsy: Techniques for Reanimation of the Paralyzed Face, C.-H.J. Tzou and A. Rodríguez-Lorenzo, Editors. 2021, Springer International Publishing: Cham. p. 55-69.

9. Hadlock, T.A. and M.L. Cheney, Single-incision endoscopic sural nerve harvest for cross face nerve grafting. J Reconstr Microsurg, 2008. **24**(7): p. 519-23.

10. Scaramella, L.F., Cross-face facial nerve anastomosis: historical notes. Ear Nose Throat J, 1996. **75**(6): p. 343, 347-52, 354.

NHẬN XÉT MỘT SỐ ĐẶC ĐIỂM MẠCH MÁU CỦA THẬN GHÉP TỪ NGƯỜI CHO SỐNG TẠI BỆNH VIỆN QUÂN Y 103

Vũ Ngọc Thắng², Lê Anh Tuấn¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả một số đặc điểm mạch máu thận ghép từ người cho sống tại Bệnh viện Quân y 103. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Gồm 127 trường hợp suy thận giai đoạn cuối được ghép thận lần đầu từ người cho sống tại Bệnh viện Quân y 103 trong thời gian từ tháng 12/2019 đến tháng 12/2020, phương pháp nghiên cứu: tiền cứu, mô tả cắt ngang. **Kết quả:** 127 bệnh nhân, nam: 88 trường hợp (69.3%), nữ: 39 trường hợp (30.7%), tuổi thấp nhất là 18 và cao nhất là 66 tuổi. Kích thước trung bình thận: bên phải là 99.18x49.15x44.6 (mm), thận bên trái là 99.64x47.65x44.47 (mm). Đặc điểm động mạch thận ghép: Có 1 động mạch: 102 (80.3%). Có 2 động mạch: 22 (17.3%), 3 động mạch: 3 (2.4%). Chiều dài động mạch trung bình: 13.45 ± 3.09 mm. Đường kính của động mạch trung bình: 5.73±0.84 mm. Đặc điểm tĩnh mạch thận ghép: Có 1 tĩnh mạch: 117 (91.3%), có 2 tĩnh mạch: 10 (7.9%), chiều dài tĩnh mạch trung bình là: 11.37 ± 3.33 mm. **Kết luận:** Bất thường số lượng ĐM thận (19.7%) là biến đổi thường gặp, bất thường tĩnh mạch thận (8.77%) gặp ít hơn. Năm vững được những biến đổi mạch máu thận ghép giúp phẫu thuật viên lựa chọn được các phương pháp khâu nối mạch máu thích hợp trong phẫu thuật ghép thận.

Từ khóa: ghép thận, khâu nối mạch máu.

SUMMARY

COMMENT ON SOME ANATOMICAL CHARACTERISTICS OF RENAL VESSELS IN LIVING DONOR KIDNEY TRANSPLANTATION AT 103 MILITARY HOSPITAL

Objective: To describe the anatomy of renal vessels in living kidney donor at 103 Military Hospital. **Materials and methods:** 127 kidney transplants patients from living donors at 103 Military Hospital from December 2019 to December 2020. Rescue, cross-sectional descriptions. **Results:** There were 127

patients, including 88/127 cases males (69.3%), and 39/127 cases females (30.7%). Patients aged from 18 to 66. Right renal and left renal were 99.18x49.15x44.6 mm and 99.64x47.65x44.47 mm in size. Arterial characteristics of graft: 1 artery: 102 grafts (80.3%), 2 arteries: 22 grafts (17.3%), 3 arteries: 3 grafts (2.4%); mean length: 13.45 ± 3.09 mm, and mean diameter: 5.73±0.84 mm. Venous characteristics of graft: 1 vein: 117 grafts (91.3%), 2 veins: 10 grafts (7.9%), mean length: 11.37 ± 3.33 mm. **Conclusions:** Anomalie of renal arteries in number (19.7%) was a common change, and anomalie of renal vein in number (8.77%) was less common. Comprehending the changes in blood vessels of the transplanted kidney helps surgeons choose the appropriate vascular anastomosis methods in kidney transplant surgery.

Key word: kidney transplant, vascular suture techniques

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Kỹ thuật ghép thận đã được chuẩn hóa nhiều năm nay nhưng kết quả và kỹ thuật ghép thận còn phụ thuộc vào đặc điểm mạch máu của thận ghép. Mạch máu thận ghép có sự thay đổi và khác nhau ở từng trường hợp do đó cần phải lựa chọn kỹ thuật khâu nối mạch máu khác nhau để đảm bảo chức năng thận ghép tốt nhất. Mỗi phẫu thuật viên có thể có cách lựa chọn khâu nối mạch máu khác nhau tùy thuộc kinh nghiệm và sự biến đổi mạch máu thận ghép. Để góp phần nâng cao chất lượng trong ghép thận chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm mục tiêu: *mô tả một số đặc điểm mạch máu thận ghép ở người cho sống tại Bệnh viện Quân y 103.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu: Gồm 127 trường hợp suy thận giai đoạn cuối được ghép thận từ người cho sống tại Bệnh viện Quân y 103 trong thời gian từ tháng 12/2019 đến tháng 12/2020.

2. Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân

2.1. Tiêu chuẩn lựa chọn: Những bệnh nhân bị suy thận mạn tính, giai đoạn cuối, có chỉ định ghép lần đầu và đủ yêu cầu ghép thận.

¹Bệnh viện quân Y 103

²Nghiên cứu sinh của bộ môn khoa B7

Chịu trách nhiệm chính: Vũ Ngọc Thắng

Email: bsthangxp@gmail.com

Ngày nhận bài: 16.2.2022

Ngày phản biện khoa học: 1.4.2022

Ngày duyệt bài: 14.4.2022