

VI PHẪU NỐI ỐNG LỆ ĐỨT RỜI TRÊN BỆNH NHÂN ĐA CHẤN THƯƠNG HÀM MẶT: NHÂN 2 TRƯỜNG HỢP VÀ NHÌN LẠI Y VĂN

Thịnh Thái¹, Nguyễn Thị Thu Hằng¹, Nguyễn Hồng Hà¹

TÓM TẮT

Tổn thương ống dẫn lệ không phải quá hiếm trong cấp cứu đầu mặt cổ. Nếu không được khâu nối sớm trong những ngày đầu sẽ để lại nhiều biến chứng khó sửa chữa cho bệnh nhân. Chính vì vậy việc triển khai khâu nối lệ quản dưới kính hiển vi phẫu thuật đóng vai trò quan trọng trong cấp cứu vết thương mi mắt. Tuy nhiên, bệnh nhân có tổn thương hệ thống ống lệ thường hay đi kèm trong đa chấn thương vùng hàm mặt. Bài báo này chúng tôi đánh giá kết quả bước đầu nhân hai trường hợp có tổn thương đứt ống lệ đạo được khâu nối đồng thời khi điều trị đa chấn thương vùng hàm mặt.

Từ khóa: hệ thống dẫn lệ, vi phẫu, đa chấn thương hàm mặt

SUMMARY

THE MICROSURGICAL REPAIRING OF LACRIMAL DUCT INJURY IN PATIENTS WITH MULTIPLE MAXILOFACIAL TRAUMA: TWO CASES AND LITERATURE REVIEW

Lacrimal duct damage is not uncommon in head and neck emergency. If not treated early, it will leave many complications that are difficult to repair for patients. Therefore, the deployment of lacrimal sutures under a surgical microscope plays an important role in the emergency treatment of eyelash wounds. However, patients with lacrimal duct lesions are often accompanied by multiple maxillofacial injuries. In this article, we evaluate the initial results of two cases of concomitant lacrimal duct lesions when operating multiple maxillofacial injuries.

Keywords: lacrimal drainage system, microsurgery, multiple maxillofacial injuries

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Nước mắt chảy ra qua hệ thống dẫn lệ bao gồm điểm lệ trên và dưới, ống dẫn lệ trên và dưới, túi lệ và ống lệ mũi qua ngách mũi dưới để xuống mũi.

Tổn thương hệ thống dẫn lệ xảy ra khoảng 16% trong tất cả các tổn thương của mắt. Nguyên nhân chính do tai nạn chó cắn, bạo lực, và tai nạn giao thông. Đứt các ống lệ thường gặp nhất do vị trí nằm tại mi mắt trên và dưới. Trong đó ống lệ dưới thường tổn thương nhiều

hơn. Các tổn thương rách túi lệ và ống lệ mũi thường liên quan tới các chấn thương nặng vùng đầu và tăng mặt giữa đặc biệt là gãy phức hợp mũi sàng ổ mắt [1], [2], [3]

Ở nước ta hiện nay, các tổn thương ống lệ thường không được phát hiện hoặc chỉ được xử trí sau khi đã xử lý tình trạng chấn thương hàm mặt ổn định. Việc này khiến cho bệnh nhân gặp nhiều các biến chứng như chảy nước mắt, nhiễm trùng chảy dịch mủ qua ống lệ...Điều trị xử lý các biến chứng thì gặp nhiều khó khăn và kết quả thường không được như mong muốn. Vi phẫu nối ống lệ đứt rời trong cùng một thì phẫu thuật khi điều trị bệnh nhân đa chấn thương hàm mặt là một giải pháp tốt để phòng tránh các biến chứng trên, tiết kiệm thời gian cũng như chi phí điều trị cho bệnh nhân. Do vậy, bài báo này nhằm muốn đánh giá kết quả bước đầu của kỹ thuật vi phẫu nối ống lệ đứt rời trên bệnh nhân đa chấn thương hàm mặt.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu mô tả cắt ngang không đối chứng trên 02 người bệnh từ 2020-2022

2.1. Quy trình điều trị:

BN nằm ngửa gây mê nội khí quản.

Sát khuẩn, đánh rửa vết thương

Gây tê tại chỗ bằng Lidocain 2%, có Adrenaline 1/200000.

Bước 1: Xử trí tổn thương xương, nắn chỉnh kết hợp xương vùng hàm mặt bằng nẹp vít.

Bước 2: Cắt lọc, làm sạch, khâu tạo hình các vết thương vùng hàm mặt.

Bước 3: Nối lệ quản bằng kỹ thuật vi phẫu:

- Vi phẫu kiểm tra, tìm hai đầu đứt của ống lệ quản.

- Sử dụng ống Silicon luồn từ điểm lệ qua đầu gần, và đầu xa của lệ quản đứt, đẩy ống qua túi lệ xuống ngách mũi. Cố định hai đầu ống lại với nhau.

- Nối lệ quản dưới kính hiển vi ở 4 vị trí bằng các mũi chỉ 8/0

- Khâu phục hồi vết thương mi: khâu lớp cơ vòng mi chỉ tự tiêu 5/0, khâu da bằng chỉ không tiêu 6/0.

2.2. Theo dõi sau mổ:

- Bệnh nhân có đa chấn thương vùng hàm mặt vì vậy được điều trị nội trú phụ thuộc vào tình trạng các tổn thương phối hợp. Thời gian theo dõi

¹Bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức

Chịu trách nhiệm chính: Thịnh Thái

Email: tinhthai1908@gmail.com

Ngày nhận bài: 7.3.2023

Ngày phản biện khoa học: 24.4.2023

Ngày duyệt bài: 9.5.2023

kéo dài 6 tháng và chia làm hai giai đoạn:

+ Tuần đầu sau mổ: phát hiện sớm các biến chứng nếu có và xử trí. Cắt chỉ khâu da. Sử dụng kháng sinh toàn thân, chống viêm, giảm phù nề, giảm đau.

+ 3-6 tháng sau mổ: cắt chỉ cố định, tháo ống silicon, đánh giá tình trạng giải phẫu, chức năng lệ đạo, thẩm mỹ sẹo mi.

- Các biến chứng: tuột ống, nhiễm khuẩn hay áp xe, chảy nước mắt, mù.

III. CASE LÂM SÀNG

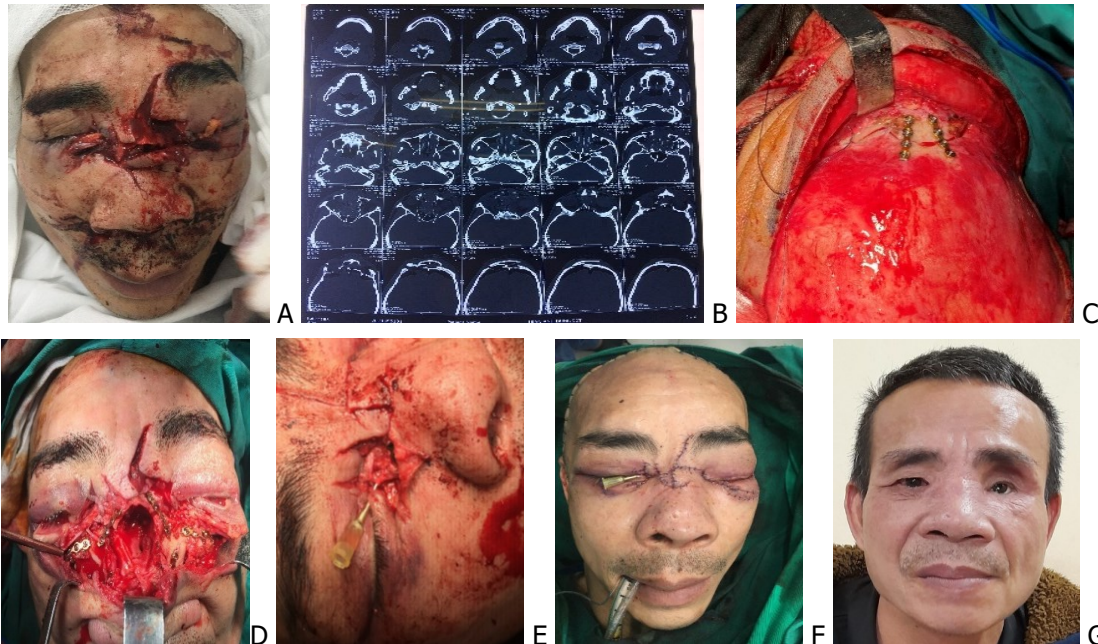
3.1. Trường hợp 1: Bệnh nhân nam 60 tuổi, tiền sử tăng huyết áp, tai nạn xe máy tự ngã. Sau tai nạn, người bệnh bị đứt lệ quản trái, gãy cung tiếp gò má trái, kèm theo nhiều vết thương phần mềm phức tạp vùng trán- gò má. Bệnh nhân được kết hợp xương cung tiếp gò má, khâu tạo hình vết thương phần mềm và vi phẫu nối ống lệ đạo dưới. Sau 1 năm phẫu thuật sẹo mổ liền tốt, ống lệ thông, bệnh nhân không bị chảy nước mắt.



Hình 1: Bệnh nhân nam 60 tuổi, tai nạn giao thông

A: Vết thương phần mềm hàm mặt phức tạp. B: Đặt ống silicon qua ống lệ. C: Tái khám sau 3 tháng. D: Sau một năm, sẹo mờ và không bị chảy nước mắt.

3.2. Trường hợp 2: Bệnh nhân nam 50 tuổi, tai nạn xe máy -ô tô. Sau tai nạn bệnh nhân vào viện với tình trạng lơ mơ, G13 điểm. Chấn thương sọ não vỡ xương trán, gãy phức tạp phức hợp mũi-sàng-ổ mắt. Chấn thương vỡ nhãn cầu trái. Vết thương phức tạp vùng hàm mặt kèm đứt ống lệ phải. Người bệnh được mổ cấp cứu phối hợp đa chuyên khoa: Kết hợp xương trán, khối mũi sàng ổ mắt bằng nẹp vít. Vi phẫu nối ống lệ quản và khâu tạo hình vết thương hàm mặt. Kết quả sau 2 năm bệnh nhân có sẹo mổ đẹp, mặt cân đối, không bị chảy nước mắt.



Hình 2: Bệnh nhân nam 50 tuổi, tai nạn xe máy-ô tô

A,B Chấn thương hàm mặt phức tạp. C,D: Kết hợp xương nẹp vít xương trán, phức hợp NOE. E,F: tìm nối hai đầu ống lệ. G: Kết quả sau 2 năm.

IV. BÀN LUẬN

Vết thương dẫn ống lệ không phải quá hiếm trong cấp cứu đầu mặt cổ. Nếu không được khâu nối sớm trong những ngày đầu sẽ để lại nhiều biến chứng di chứng khó sửa chữa cho bệnh nhân. Chính vì vậy việc triển khai nối ống lệ quản dưới kính hiển vi phẫu thuật đóng vai trò quan trọng trong cấp cứu vết thương mi mắt.

Nguyên nhân thường do tai nạn giao thông. Tỷ lệ đứt cả hai lệ quản rất ít chỉ 5%, còn lại là đứt một lệ quản. Đứt lệ quản dưới thường cao hơn so với lệ quản trên. Trong đó 2/3 số bệnh nhân có vị trí đứt ở 1/3 trong và 1/3 giữa của lệ quản. Nguyên nhân là do lệ quản được bảo vệ bởi bờ trên xương hốc mắt, khi bờ mi bị kéo căng về phía dưới ngoài lực căng thường tác động vào 1/3 giữa và 1/3 trong gây đứt lệ quản tại đây. Các vết thương lệ quản có thể phối hợp với vết thương mi mắt, nhãn cầu, vỡ xương ổ mắt, trán, vết thương sọ não...Như các trường hợp lâm sàng trên của chúng tôi bệnh nhân đều có vết thương mi mắt dưới đứt lệ quản trên bệnh nhân chấn thương hàm mặt và sọ não nặng.[4]

Gãy phức hợp mũi sàng ổ mắt (NOE) có liên quan nhiều nhất tới tổn thương hệ thống lệ đạo. Các tác giả khi nghiên cứu các bệnh nhân gãy NOE thì 18,2% bệnh nhân bị chảy nước mắt. Thời gian điều trị chấn thương hàm mặt ảnh hưởng nhiều tới sự tắc nghẽn ống lệ. Các nghiên cứu trước kia cho rằng nên nắn chỉnh các xương mặt trong vòng 2 tuần, nếu để muộn có thể gây hỏng chức năng vĩnh viễn của hệ thống dẫn lệ [5]. Việc nắn chỉnh xương gãy sớm sẽ giúp phòng tránh được tình trạng rách hệ thống dẫn lệ hoặc chèn ép. Từ đó các tác giả đưa ra khuyến cáo phẫu thuật nắn chỉnh nên tiến hành trong vòng 5 ngày sau chấn thương [6]. Bệnh nhân của chúng tôi được phẫu thuật cấp cứu ngay trong ngày đầu phối hợp đồng thời giữa các chuyên khoa do đó có được các ưu điểm trên.

Phẫu thuật đặt ống silicon một lệ quản khâu nối dưới kính hiển vi bằng dụng cụ vi phẫu đứt lệ quản cho kết quả khả quan. So với phương pháp đặt ống silicon hai lệ quản thì phương pháp này không tác động đến lệ quản lành cùng bên nên bảo vệ được khả năng dẫn lưu nước mắt trong điều kiện tiết nước mắt cơ bản. Trong hai trường hợp của chúng tôi thì chỉ đặt ống silicon để nối lệ

quản dưới và cho kết quả tốt. Trong trường hợp gãy xương phức tạp gây mất cấu trúc của túi lệ và ống lệ mũi thì việc đưa ống silicon gấp khó khăn. Khi đó cần chủ động tạo đường dẫn qua xương đi vào hốc mũi.

Tại Bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức, các chấn thương hàm mặt nặng nề thường đi kèm bệnh cảnh đa chấn thương. Nghiên cứu của Nguyễn Hồng Hà và cộng sự từ 11/2004 đến 12/2008 có 127 bệnh nhân vết thương hàm mặt phức tạp được mổ cấp cứu, có 38 bệnh nhân (30%) có vết thương quanh ổ mắt gây tổn thương nhãn cầu và lệ quản. Việc triển khai khâu nối lệ quản trong cấp cứu phối hợp đồng thời với xử trí chấn thương hàm mặt, sọ não...sẽ giúp nâng cao chất lượng điều trị, giảm số lần phẫu thuật, giảm chi phí tổn kém cho gia đình và xã hội. Điều này cần có sự phối hợp liên chuyên khoa Mắt, Hàm mặt, Tạo hình vi phẫu, Ngoại Thần kinh...[1]

V. KẾT LUẬN

Tổn thương đứt ống lệ trong đa chấn thương hàm mặt thường là những tổn thương nhỏ, dễ bị bỏ sót nhưng để lại những di chứng nặng nề cho người bệnh. Điều trị muộn khiến kết quả khó đạt được như mong muốn. Vì vậy, vi phẫu nối ống lệ đạo đứt rời ngay trong thì xử trí với đa chấn thương vùng hàm mặt đem lại kết quả khả quan, giảm thiểu mức độ nặng, thời gian cũng như chi phí điều trị cho bệnh nhân.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Nguyễn Hồng Hà** (2017). Nối ghép các bộ phận đứt rời cơ thể bằng vi phẫu thuật, Nhà xuất bản y học, 106-112.
2. **Woo Sub Shim, Min Jai Cho, Jisung Kim** (2019). Epiphora after nasolacrimal duct fracture in patients with midfacial trauma A retrospective study, *Medicine* (2019), 98:48
3. **J. S. Gruss, J.J. Hurwitz, N. A. Nik** (1985). The pattern and incidence of nasolacrimal injury in naso-orbital-ethmoid fractures: the role of delayed assessment and dacryocystorhinostomy, *British Journal of Plastic Surgery* (1985) 38. 116-12.
4. **Roberto Becelli, Giancarlo Renzi, Giuseppe Mannino** (2004). Posttraumatic Obstruction of Lacrimal Pathways: A Retrospective Analysis of 58 Consecutive Naso-Orbitoethmoid Fractures, *The journal of craniofacial surgery / volume 15, number 1*.
5. **Brigita D.O, Matej Beltram** (2004). Trauma of the Lacrimal Drainage System: Retrospective Study of 32 Patients. *Croat Med J* 2004;45:292-294
6. **Adenis JP, Mathon C, Franco JL, Lebraudo P** (1987). Dacryocysto rhinostomy for post-traumatic lacrimal stenosis: a study of 25 cases. *Orbit* 1987;6:135-7.