

BỘ GIÁO DỤC VÀ ĐÀO TẠO BỘ QUỐC PHÒNG
VIỆN NGHIÊN CỨU KHOA HỌC Y DƯỢC LÂM SÀNG 108

NGUYỄN HÙNG THẮNG

NGHIÊN CỨU ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, XQUANG VÀ
ĐIỀU TRỊ GÂY PHỨC HỢP MŨI- SÀNG- Ổ MẮT

Chuyên ngành : Răng Hàm Mặt

Mã số : 62.72.06.01

TÓM TẮT LUẬN ÁN TIẾN SĨ Y HỌC

HÀ NỘI-2017

CÔNG TRÌNH ĐƯỢC HOÀN THÀNH
TẠI VIỆN NGHIÊN CỨU KHOA HỌC Y DƯỢC LÂM SÀNG 108

Người hướng dẫn khoa học :

1. PGS. TS. Vũ Ngọc Lâm
2. TS. Lê Đức Tuấn

Phản biện 1 : GS.TS.Trịnh Đình Hải

Phản biện 2 : GS. TS.. Lê Gia Vinh

Phản biện 3 : PGS.TS. Lê Ngọc Tuyền

Luận án sẽ được bảo vệ trước Hội đồng chấm luận án cấp trường
vào hồi: giờ ngày tháng năm

Có thể tìm hiểu luận án tại :

1. Thư viện Quốc Gia
2. Thư viện Viện NCKH Y Dược lâm sàng 108

ĐẶT VẤN ĐỀ

Chấn thương hàm mặt trong giai đoạn hiện nay ngày càng tăng lên bao gồm những chấn thương phần mềm và gãy xương.

Gãy phức hợp mũi-sàng-ổ mắt (MSOM) hay gãy NOE (Nasoorbitoethmoido complex fracture) là thể gãy trung tâm cao của gãy xương tầng giữa mặt (TGM). Do cấu trúc giải phẫu phức tạp của vùng này làm cho gãy MSOM là một trong những loại hình gãy khó chẩn đoán và điều trị nhất trong gãy xương hàm mặt, dễ bỏ sót tổn thương và cần phải có sự kết hợp của nhiều chuyên khoa. Nếu xử trí không thích đáng gãy MSOM sẽ để lại nhiều di chứng, biến chứng mà sau này rất khó sửa chữa như: rò dịch não tủy, di xa góc mắt trong, biến dạng thấp sống mũi, lõm mắt, song thị...

Trên thế giới, đã có nhiều nghiên cứu về chẩn đoán và điều trị gãy phức hợp MSOM. Ở Việt nam, mặc dù gãy xương tầng giữa mặt đã được nhiều tác giả nghiên cứu, tuy nhiên các công trình này mới chỉ nghiên cứu riêng lẻ các tổn thương vùng mũi- sàng - ổ mắt như nghiên cứu về gãy xương mũi, nền sọ trước hoặc nghiên cứu các xương xung quanh vùng MSOM như xương trán, xương gò má, sàn ổ mắt nhưng chưa có công trình nghiên cứu đi sâu về loại hình gãy này.

Xuất phát từ cơ sở trên, chúng tôi tiến hành “*Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, Xquang và điều trị gãy phức hợp mũi-sàng-ổ mắt*” với các mục tiêu:

1. Mô tả đặc điểm lâm sàng, Xquang gãy phức hợp mũi-sàng-ổ mắt.

2. Đánh giá kết quả điều trị, đề xuất chỉ định và chiến thuật xử trí gãy phức hợp mũi-sàng-ổ mắt.

Ý NGHĨA THỰC TIỄN VÀ ĐÓNG GÓP MỚI

Đây là luận án có lẽ là đầu tiên ở Việt Nam về gãy MSOM được nghiên cứu một cách có hệ thống về triệu chứng lâm sàng, Xquang và kết quả điều trị. Thông qua kết quả nghiên cứu tác giả đã có những đóng góp sau:

- Mô tả tương đối đầy đủ các dấu hiệu lâm sàng, X quang của gãy phức hợp MSOM. Đánh giá được hiệu quả của Xquang quy ước và cắt lớp vi tính đối với tổn thương phức tạp này.

- Nêu lên được chỉ định và thái độ xử trí tổn thương gãy phức hợp MSOM.

- Đánh giá được kết quả gần và xa trong điều trị phẫu thuật gãy phức hợp MSOM. Nêu lên được các tai biến, biến chứng và di chứng gặp phải trong quá trình điều trị.

CẤU TRÚC LUẬN ÁN

- Luận án được trình bày 133 trang bao gồm: đặt vấn đề 2 trang, tổng quan 37 trang, đối tượng và phương pháp nghiên cứu 23 trang, kết quả nghiên cứu 28 trang, bàn luận 40 trang, kết luận 2 trang, kiến nghị 1 trang.

- Luận án có 31 bảng, 56 hình, 129 tài liệu tham khảo trong đó có 34 tài liệu tiếng Việt và 85 tài liệu tiếng Anh.

Chương I

TỔNG QUAN

1.1. Giải phẫu vùng MSOM

Vùng MSOM là chỗ gặp nhau của các xương trán, xương mũi, xương lệ, xương hàm trên, xương sàng và xương bướm. Cấu trúc giải phẫu quan trọng nhất của vùng này là mảnh trung tâm (MTT) - mảnh xương có dây chằng góc mắt trong (DCGMT) bám vào.

Dây chằng góc mắt trong (DCGMT) là cấu trúc phần mềm rất quan trọng của vùng MSOM. DCGMT gồm hai chân bám vào mào lệ trước và mào lệ sau. DCGMT giữ vai trò quan trọng trong duy trì hình dạng, vị trí góc mắt trong và vẻ ngoài của tầng giữa mắt. Khoảng cách góc mắt trong ở người châu Âu trung bình là 30-35mm, bằng một nửa khoảng cách đồng tử và độ rộng mũi. Ở người Việt, chiều rộng mũi bao giờ cũng khác khoảng cách góc mắt trong và khác với chiều dài mắt. Theo Võ Trương Như Ngọc: khoảng cách góc mắt trong ở người Việt là $37,61 \pm 2,99$ mm ở nam và $36,82 \pm 2,95$ mm ở nữ.

1.2. Cơ chế chấn thương gãy MSOM

Gãy MSOM thường xảy ra sau một chấn thương trực tiếp vào phần trên tầng TGM hoặc vào mũi gây ra, gãy mỏm trán XHT (gãy MSOM *một bên*), có thể kèm theo di lệch DCGMT. Lực chấn thương mạnh hơn có thể làm gãy thành trong ổ mắt, nền sọ trước hoặc gây ra những đường gãy phức tạp hơn, dẫn đến gãy MSOM *2 bên* kèm theo gãy các xương xung quanh vùng MSOM như xương trán, xương gò má, xương hàm trên...

1.3. Phân loại gãy MSOM

Có nhiều cách phân loại gãy MSOM như phân loại của Mathog (1992), Gruss J.S. (1985) nhưng phân loại của Markowitz B.L.

(1991) là cách phân loại được đa số tác giả ủng hộ. Cách phân loại này dựa trên mức độ tổn thương của “mảnh trung tâm” (MTT) - mảnh xương mà DCGMT bám vào.

* *Loại I*: gãy MTT thành một khối và không có tổn thương DCGMT.

* *Loại II*: gãy vụn MTT ở phía ngoài điểm bám của DCGMT nhưng DCGMT vẫn bám chặt vào một mảnh xương đủ lớn để phẫu thuật nắn chỉnh, kết xương.

* *Loại III*: Gãy vụn MTT như loại II nhưng đường gãy đi vào điểm bám của DCGMT, có thể đứt DCGMT.

1.4. Triệu chứng lâm sàng gãy mũi-sàng-ổ mắt

- *Sung nề, bầm tím*

- *Điểm đau chói cố định*

- *Biến dạng, mất liên tục xương*

- *Di động bất thường MTT*: là dấu hiệu giúp chẩn đoán xác định gãy MSOM và cũng là dấu hiệu rất quan trọng để quyết định kế hoạch điều trị. Có thể khám dấu hiệu này bằng một tay (đặt ngón tay vào góc mắt trong và ấn ra sau để tìm cảm giác di động của MTT dưới ngón tay) hoặc hai tay (một ngón tay đặt ở góc mắt trong, tay kia dùng dụng cụ đưa qua lỗ mũi đến vị trí MTT, đẩy MTT ra phía ngoài để tìm cảm giác di động MTT dưới ngón tay bên ngoài)

- *Biến dạng góc mắt trong*: có thể gặp các hình ảnh biến dạng góc mắt: góc mắt di xa (thường gặp và là dấu hiệu quan trọng nhất), góc mắt tròn, góc mắt đảo ngược và biến dạng nếp quạt.

- *Các triệu chứng gãy xương mũi*: Sung nề, bầm tím vùng mũi, có thể có vết thương mũi, hình ảnh gốc mũi bẹt, lún ra sau hoặc sổng mũi vẹo. Sờ có điểm đau chói, có thể thấy dấu hiệu lạo xạo xương.

- *Triệu chứng tổn thương lệ đạo*: vết thương trực tiếp vào lệ đạo, dấu hiện tràn nước mắt, nghiệm pháp Jones (+).

1.5. Chẩn đoán hình ảnh gãy phức hợp mũi-sàng-ổ mắt

1.5.1. Chụp phim Xquang quy ước

Các phim panorama, thẳng mặt, Blondeau, Hirtz có rất ít giá trị trong chẩn đoán gãy MSOM, chủ yếu có giá trị trong chẩn đoán gãy các xương mặt khác kèm theo như gãy xương gò má cung tiếp, gãy xương hàm trên, hàm dưới.

1.5.2. Chụp cắt lớp vi tính

Chụp CLVT đa dãy với các lát cắt 1,5mm ở cả 2 tư thế cắt ngang và cắt đứng ngang phát hiện và đánh giá chính xác nhất các đường gãy MSOM (đường gãy sườn mũi; đường gãy khớp xương trán - xương hàm trên; đường gãy thành trong ổ mắt; đường gãy bờ dưới ổ mắt chạy qua bờ khuyết lệ). Chụp CLVT đa dãy được coi là tiêu chuẩn vàng trong chẩn đoán gãy MSOM. Ngoài ra CLVT còn phát hiện được các đường gãy xương mặt khác, các tổn thương sọ não...

1.6. Phương pháp điều trị gãy MSOM

1.6.1. Thời điểm phẫu thuật: khi các tổn thương đe dọa chức năng sống đã điều trị ổn định, khi các mô tại chỗ giảm nề và sức khỏe toàn thân của bệnh nhân đã khá.

1.6.2. Phẫu thuật điều trị gãy MSOM

Gồm bốn loại: Phục hình xương vùng MSOM (bao gồm cả xương mũi); tạo hình góc mắt trong; tạo hình lệ đạo; sửa chữa biến dạng nếp quạt.

*** Phẫu thuật phục hình xương vùng MSOM**

- *PT phục hình mảnh trung tâm*: tùy theo mức độ tổn thương của MTT có thể phục hình MTT bằng các phương pháp:

+ PT kết xương MTT: Vị trí đặt nẹp cố định xương ở bờ dưới ổ mắt, khớp trán-XHT và bờ trên trong ổ mắt.

+ Néo ép MTT qua mũi: thực hiện bằng cách khoan 2 lỗ ở vị trí sau và trên mào lệ trước. Luồn dây thép qua các lỗ đã khoan qua mũi sang ổ mắt bên đối diện. Sau đó cố định dây thép vào vít hoặc nẹp vít ở vùng trán.

+ Tạo hình lại MTT: Nếu MTT gãy vụn thì tạo hình MTT bằng xương hoặc lưới titan.

- Điều trị gãy xương mũi: có thể sử dụng các phương pháp:

+ Điều trị bảo tồn: nếu gãy xương mũi không di lệch.

+ Nắn chỉnh kín: nếu xương mũi di lệch ít. Sử dụng dụng cụ bẫy đầu tù nắn chỉnh ngược chiều di lệch.

+ Nắn chỉnh mở: nếu gãy xương mũi di lệch lớn. Sau khi nắn chỉnh xương mũi, kết xương bằng microplate hoặc miniplate. Nếu tổn thương nặng xương mũi và vách ngăn có thể ghép xương sống mũi bằng xương sọ, xương mào chấu...

***Phẫu thuật tạo hình góc mắt trong**

Có 2 kỹ thuật tạo hình góc mắt:

- “*Tạo hình góc mắt gián tiếp*”: khi DCGMT còn dính vào MTT và MTT còn đủ lớn để kết xương. Tạo hình góc mắt bằng cách nắn chỉnh, cố định MTT.

- “*Tạo hình góc mắt trực tiếp*”: khi DCGMT đứt, bong điểm bám hoặc MTT quá nhỏ để kết xương. Có 2 kỹ thuật:

+ Kỹ thuật kéo ép DCGMT qua mũi: Ưu điểm là đảm bảo đúng hướng DCGMT nhưng kỹ thuật khó, sợi dây thép nằm trong hốc mũi nên có thể bị viêm nhiễm.

+ Kỹ thuật neo dính DCGMT vào thành trong ổ mắt cùng bên: kỹ thuật đơn giản hơn néo ép qua mũi, tránh nguy cơ viêm nhiễm do dây thép nằm trong hốc mũi.

* **Phẫu thuật tạo hình lệ đạo**

+ Nối lệ quản đứt bằng đặt ống silicon.

+ Mở thông hồ lệ mũi điều trị tắc lệ đạo theo phương pháp Jones, Dupuy-Dutemps

* **PT sửa chữa biến dạng nếp quạt**: thường biến dạng nếp quạt thường tự mất đi khi nâng mũi. Nếu còn biến dạng ở giai đoạn di chúng có thể sửa chữa bằng kỹ thuật tạo hình chữ Z của Convers.

Chương 2

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. ĐỐI TƯỢNG NGHIÊN CỨU

Gồm 46 BN được chẩn đoán xác định gãy MSOM và điều trị tại Khoa phẫu thuật Hàm mặt và Tạo hình - Bệnh viện Quân Y 103 (9/2011 – 11/2015).

2.1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn: Những chấn thương mới (trong vòng 4-6 tuần). Có hình ảnh gãy MSOM trên CLVT đa dãy. Không có bệnh lí, dị dạng góc mắt và mũi trước chấn thương.

2.2. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu

Đề tài được thực hiện với hình thức tiến cứu can thiệp lâm sàng theo dõi dọc không đối chứng.

2.2.2. Cỡ mẫu nghiên cứu

Cỡ mẫu nghiên cứu: Áp dụng công thức tính cỡ mẫu:

$$n = Z_{(1-\alpha/2)}^2 \frac{p \cdot (1-p)}{d^2}$$

- n = cỡ mẫu tối thiểu cần cho nghiên cứu
- $Z_{(1-\alpha/2)}$: hệ số tin cậy (ứng với mức tin cậy 95%, $Z_{(1-\alpha/2)}=1,96$)
- p: tỷ lệ ước đoán tỷ lệ điều trị thành công là 88%. Sai số mong muốn $d = 0,1$. Áp dụng công thức trên, thay số vào ta có $n = 40,56$. Như vậy cỡ mẫu tối thiểu cần nghiên cứu là 41 BN.

2.2.3. Các bước tiến hành nghiên cứu

Lập bệnh án nghiên cứu

Khám lâm sàng làm xét nghiệm - chụp X quang: Thông tin được thu thập theo mẫu bệnh án nghiên cứu gồm:

* **Đặc điểm dịch tễ học:** tuổi, giới tính, nguyên nhân, các biện pháp xử trí cấp cứu ở tuyến trước, các tổn thương kết hợp.

* **Đặc điểm lâm sàng:** Khám các triệu chứng gãy MSOM:

- Các triệu chứng gãy xương nói chung: Vết thương vùng trán góc mũi, bầm tím mi mắt, xuất huyết dưới kết mạc, sưng nề, điểm đau chói, biến dạng và mất liên tục xương, di động bất thường của MTT.

- Các triệu chứng lâm sàng quan trọng như: Biến dạng góc mắt, biến dạng mũi.

- Các triệu chứng của tổn thương lệ đạo: Dấu hiệu tràn nước mắt, Test Jones, vết thương trực tiếp lệ đạo.

- Các triệu chứng về mắt: thị lực, vận nhãn, lồi mắt.

2.2.2.3. Phân loại tổn thương: theo phân loại của Markowitz B.L..

2.2.2.3. Phương pháp chẩn đoán hình ảnh gãy MSOM

* **Chụp X quang quy ước:** Tất cả 46 BN trong mẫu nghiên cứu được chụp các phim: thẳng mặt, Panorama, Blondeau, Hirtz.

* **Chụp cắt lớp vi tính đa dãy (CLVT đa dãy)**

Chụp CLVT 64 dãy các lát cắt ngang, cắt đứng ngang với các lát cắt cách nhau tối thiểu 1,5mm và tái tạo hình ảnh 3D. Trên CLVT tiến hành khảo sát, đánh giá đường gãy MSOM:

- + Đường gãy khớp xương trán-XHT.
- + Đường gãy khớp mũi-hàm trên.
- + Đường gãy khớp bờ khuyết lê-bờ dưới ổ mắt.
- + Đường gãy thành trong ổ mắt.
- + Các đường gãy xương mũi.

2.2.2.4. Phương pháp điều trị gãy MSOM

a/ Phương tiện phẫu thuật

- Máy khoan xương, mũi khoan các loại và bộ dụng cụ phẫu thuật hàm mắt.

- Nẹp vít và lưới titanium hãng Biomet (Mỹ), chỉ thép 0,3mm. Thước đo điện tử ghi lại khoảng cách góc mắt.

b/ Phương pháp điều trị

- Điều trị bảo tồn: chỉ định cho những trường hợp:

+ Gãy MSOM không di lệch hoặc di lệch ít.

+ Những BN có thể trạng yếu, không thể chịu được những PT kéo dài, phức tạp.

- Điều trị phẫu thuật: chỉ định cho những trường hợp:

+ Gãy MSOM có di động bất thường MTT.

+ Gãy MSOM có di lệch MTT trên phim CLVT đa dây.

+ Gãy MSOM có biến dạng góc mắt trong.

+ Gãy MSOM có biến dạng lệch vẹo-sập sống mũi.

c/ Vô cảm trong phẫu thuật: gây mê NKQ + tê tại chỗ.

d/ Các bước phẫu thuật điều trị gãy MSOM

Theo trình tự xử trí tổn thương sọ mặt, xử trí các tổn thương sọ mặt kèm theo gãy MSOM trước khi xử trí tổn thương vùng MSOM. Xử trí gãy MSOM theo trình tự:

- **Thì 1: Bộc lộ tổn thương**: qua các đường mổ:

+ Đường liên thái dương đỉnh: Sử dụng trong gãy MSOM loại II, III hoặc loại I có vỡ xương trán, xoang trán.

+ Đường đầu trong cung mày: sử dụng trong gãy MSOM loại I hoặc loại II nhưng MTT còn đủ lớn để kết xương.

+ Đường dưới bờ mi dưới: để kết xương bờ dưới ổ mắt.

+ Đường kết mạc mi dưới: để kết xương bờ dưới ổ mắt và tổn thương thành trong ổ mắt.

+ Đường Caldwell-Luc hoặc đường lột găng: để kết xương bờ khuyết lê.

- Đường qua vết thương.

- **Thì 2:** *Nấn chỉnh xương*

- **Thì 3:** *Kết xương/ghép xương/phục hình mảnh trung tâm*

+ Phẫu thuật kết xương: Vị trí kết xương: tùy theo loại gãy có thể kết xương các vị trí khớp trán-XHT, bờ dưới ổ mắt, bờ khuyết lê.

+ Phẫu thuật néo ép MTT: nếu MTT nhỏ, không đủ kích thước để kết xương.

- Phẫu thuật tạo hình MTT: nếu MTT gãy vụn. Tạo hình bằng xương mào chấu hoặc lưới titan.

- **Thì 4:** *Phẫu thuật tạo hình góc mắt*

+ Tạo hình góc mắt gián tiếp: bằng cách nấn chỉnh, kết xương MTT hoặc néo ép MTT.

+ Tạo hình góc mắt trực tiếp: sử dụng 1 trong 2 kỹ thuật

* Phương pháp neo dính DCGMT vào thành trong ổ mắt: Đặt nẹp hoặc vít ở thành trong ổ mắt cùng bên. Bộc lộ DCGMT qua đường rạch nhỏ góc mắt. Khâu chỉ không tiêu qua DCGMT rồi cố định chỉ vào nẹp hoặc vít thành trong ổ mắt.

* Phương pháp néo ép qua mũi: Khoan 1 lỗ ở sau trên hồ lệ xuyên qua mũi sang ổ mắt bên kia. Bộc lộ DCGMT, khâu chỉ thép qua DCGMT rồi luồn dây thép qua lỗ khoan sang ổ mắt đối diện. Cố định dây thép vào vít (nẹp vít) ở trán.

- **Thì 5:** *Phẫu thuật điều trị gãy xương mũi*

+ Nấn chỉnh kín: nếu xương mũi di lệch ít.

+ Nấn chỉnh mở: nếu di lệch nhiều. Sau khi nấn chỉnh tiến hành kết xương Nhét Merocell hoặc méche mũi.

+ Tạo hình sống mũi bằng xương mào chấu tự thân: nếu gãy mũi phức tạp, không thể thực hiện 2 phương pháp trên.

- *Thì 6: Đóng vết mổ*

Khâu đóng các vết mổ theo các lớp giải phẫu.

2.2.2.5. Theo dõi điều trị sau phẫu thuật

Theo dõi chảy máu và sưng nề vết mổ, nhiễm trùng vết mổ. Quan sát đánh giá thẩm mỹ vùng mũi, góc mắt, gò má, mắt.

2.2.3. Đánh giá kết quả điều trị

2.2.3.1. Đánh giá kết quả gần (7-10 ngày sau mổ): Dựa vào 6 tiêu chí: vết mổ, góc mắt, mũi, đường lệ, hô hấp, khúu giác. Mỗi tiêu chí được chia thành 3 mức: tốt (tương ứng 2 điểm) khá (1 điểm) và kém (0 điểm).

Kết quả điều trị chung: dựa vào tổng kết quả (tổng điểm) của 6 tiêu chí trên, chia thành các mức: *Tốt* (11 - 12 điểm), *Khá* (9 - 10 điểm), *Trung bình* (6 - 8 điểm) và *Kém* (<6 điểm).

2.2.3.2. Đánh giá kết quả xa (sau 6 tháng): Đánh giá 7 tiêu chí: góc mắt, mũi, sẹo mổ, khúu giác, đường lệ, hô hấp và xquang. Mỗi tiêu chí được chia thành 3 mức: tốt (tương ứng 2 điểm) khá (1 điểm) và kém (0 điểm)

Kết quả chung điều trị chung: dựa vào tổng điểm của 7 tiêu chí trên, chia thành các mức: *Tốt* (12 - 14 điểm, không có tiêu chí nào 0 điểm), *Khá* (10 - 11 điểm), *Trung bình* (7 - 9 điểm), *Kém* (<7 điểm).

2.2.4. Xử lý số liệu: Sử dụng phần mềm SPSS 20.0, Epicalc 2000 và các thuật toán thống kê.

Chương 3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Dịch tễ học của mẫu nghiên cứu

* Tuổi và giới tính

- + Nhóm tuổi từ 21-40 có tỉ lệ cao nhất (63,1 %).
- + Nhóm ≤ 20 tuổi có 11/46 BN = 23,9%.
- + Nhóm tuổi từ 41-50 ít nhất (13%).
- + BN nhỏ tuổi nhất là 17, cao nhất là 48 tuổi,
- + Tuổi trung bình là $27,46 \pm 8,84$.
- + Tỷ lệ nam/nữ là = 6,7/1.

* **Nguyên nhân** : Nguyên nhân chính là do TNGT (82,6%).

3.2. Triệu chứng lâm sàng:

+ Hay gặp nhất là *điểm đau chói* và *chảy máu mũi* chiếm tỷ lệ cao nhất là 97,8%, tiếp theo là *xuất huyết kết mạc bầm tím mi mắt* (93,5%).

+ Các triệu chứng quan trọng: *di động bất thường MTT* 67,4 % và *biến dạng góc mắt* 73,9%.

+ *Các triệu chứng gãy xương mũi*: đau chói cố định ở mũi 93,5%, biến dạng mũi 80,4%, lẹo xạ xương 23,9%.

+ *Các triệu chứng của tổn thương lệ đạo*: dấu hiệu tràn nước mắt 65,2%, Test Jones dương tính 13%, Vết thương trực tiếp vào lệ đạo 10,9%.

+ Không có BN nào rò dịch não tủy.

3.3. Đặc điểm chẩn đoán hình ảnh trong gãy MSOM

* *So sánh khả năng phát hiện vết gãy trên Xquang thường quy và CLVT đa dãy*: tổng số vết gãy vùng MSOM trên phim chụp CLVT (278 vết gãy) cao hơn trên Xquang thường quy (90 vết gãy). Đặc biệt, CLVT phát hiện 63 đường gãy thành trong ổ mắt mà phim thường quy không phát hiện được.

* Bảng 3.10. So sánh khả năng phát hiện các đường gãy MSOM trên các lát cắt CLVT đa dãy

Vị trí gãy	Số đường gãy		
	Cắt ngang	Cắt đứng ngang	Tái tạo 3D
Khớp trán - XHT	6	68	79
Khớp mũi - XHT	58	59	59
Bờ dưới ổ mắt - khuyết lê	35	48	78
Thành trong ổ mắt	63	3	0
Tổng số	162	178	216

3.4. Phân loại gãy MSOM

+ Gãy MSOM gấp chủ yếu một bên (71,7%), gãy 2 bên chiếm tỉ lệ 28,3%.

+ Gãy loại I là chủ yếu (63,1%), loại II 30,4%, loại III chiếm tỉ lệ thấp nhất (6,5%).

3.5. Điều trị gãy MSOM

* **Phương pháp điều trị gãy MSOM:** đa số bằng phương pháp phẫu thuật (95,7%). Điều trị bảo tồn 4,3%.

* **Các phẫu thuật điều trị gãy MSOM:**

+ Phẫu thuật phục hình xương và tạo hình góc mắt là chủ yếu (77,3%).

+ Phẫu thuật phục hình xương đơn thuần 22,7%. Không có BN nào được tạo hình lệ đạo, không có BN nào sửa chữa biến dạng nếp quạt.

* **Phương pháp phẫu thuật phục hình xương:** được sử dụng phần lớn là kết xương (86,4%). Phương pháp nẹp ép MTT, phục hình MTT chỉ chiếm tỉ lệ lần lượt là 4,5% và 6,8%.

Điều trị gãy xương mũi: bằng phương pháp phẫu thuật là chủ yếu (88,6%). Điều trị bảo tồn 11,4%.

+ Điều trị gãy xương mũi đa số bằng phẫu thuật nắn chỉnh, kết xương (33/46BN = 75%). Phục hình mũi bằng mảnh xương mào chậu tự thân có 3 BN (6,8 %). Phẫu thuật nắn chỉnh, nhét méche mũi chỉ chiếm tỷ lệ nhỏ (6,8%).

*** Phẫu thuật tạo hình góc mắt:**

+ Phẫu thuật tạo hình góc mắt gián tiếp (24/34 BN = 70,6%) được thực hiện nhiều hơn phẫu thuật tạo hình góc mắt trực tiếp.

+ Phương pháp tạo hình góc mắt được sử dụng nhiều nhất là kỹ thuật nắn chỉnh, kết xương MTT (22/34 BN = 64,7%).

+ Kỹ thuật hay sử dụng trong tạo hình góc mắt trực tiếp là neo DCGMT vào thành trong ổ mắt cùng bên (7/10 BN).

3.6, Kết quả điều trị

*** Kết quả điều trị gần**

- Kết quả điều trị theo các tiêu chí thẩm mỹ, chức năng

Bảng 3.25. Kết quả gần theo các tiêu chí thẩm mỹ và chức năng

Kết quả	Kết quả			Tổng số n (%)
	Tốt n (%)	Khá n (%)	Kém n (%)	
Góc mắt	28 (82,4)	6 (17,6)	0 (0)	34 (100)
Mũi	36 (81,8)	7 (15,9)	1 (2,3)	44 (100)
Vết mổ	38 (86,4)	5 (11,4)	1 (2,3)	44 (100)
Đường lệ	21 (70)	2 (6,7)	7 (23,3)	30 (100)
Hô hấp	10 (58,8)	6 (35,3)	1 (5,9)	17 (100)
Khứu giác	2 (11,8)	7 (41,1)	8 (47,1)	17 (100)

- **Kết quả chung** điều trị gần: đạt tốt (63%), khá 19,6%, trung bình (15,2%), kém chiếm tỉ lệ 2,2%.

*** Kết quả điều trị xa**

- **Kết quả điều trị theo các tiêu chí thẩm mỹ, chức năng**

Bảng 3.29. Kết quả xa theo các tiêu chí thẩm mỹ và chức năng

Kết quả xa	Kết quả			Tổng số n (%)
	Tốt n (%)	Khá n (%)	Kém n (%)	
Góc mắt	28 (82,4)	5 (14,7)	1 (2,9)	34 (100)
Mũi	35 (79,5)	7 (15,9)	2 (4,6)	44 (100)
Sẹo mô	40 (90,9)	2 (4,6)	2 (4,5)	44 (100)
Hô hấp	15 (88,2)	2 (11,8)	0	17 (100)
Khứu giác	8 (47,1)	3 (17,6)	6 (35,3)	17 (100)
Đường lệ	24 (80)	1 (3,3)	5 (16,7)	30 (100)
Tình trạng liền xương	36 (78,3)	8 (17,4)	2 (4,3)	46 (100)

Kết quả chung sau 6 tháng: đa số đạt tốt (78,3%), khá có 6 BN (13%), trung bình có 3 BN (6,5%), 1 BN có kết quả kém 2,2%.

Chương 4. BÀN LUẬN

4.1. Dịch tễ học

- *Giới tính*: nam giới nhiều hơn nữ giới theo tỷ lệ $\approx 6,7/1$. Do nam giới tham gia nhiều hoạt động có nguy cơ chấn thương cao, tốc độ lưu thông phương tiện giao thông cao hơn nữ giới.

- *Độ tuổi* nhóm tuổi 21- 40 gặp nhiều nhất (63,1%). Đây là lứa tuổi thanh niên nên tham gia nhiều hoạt động xã hội, lao động, thi đấu thể thao, được sử dụng xe máy, ô tô tham gia giao thông do vậy tỷ lệ gặp chấn thương cao.

- *Nguyên nhân*: nhiều nhất là do tai nạn giao thông (82,6%). Tỷ lệ này tương đương kết quả nghiên cứu của Đỗ Thành Trí, cao hơn Brasileiro B.F. (45%). Kostakis G. (50,8%).

4.2. Triệu chứng lâm sàng

- Chảy máu mũi chiếm tỷ lệ 97,8% . Kết quả cao hơn so với Trần Thị Phương với tỷ lệ 80,5%.

- Bầm tím mi mắt, xuất huyết dưới kết mạc: chiếm tỷ lệ 93,5%. Sở dĩ tỷ lệ cao do có tổn thương kết hợp (xương gò má, hàm trên, ổ mắt..).

- Đau đầu chói 45/46BN (97,8%). Gặp nhiều do có nhiều tổn thương kết hợp, rất nhiều xương gãy kết hợp ở quanh khu vực này (hàm trên, gãy xương gò má, gãy xương ổ mắt..)

- Biến dạng, mất liên tục xương chiếm tỷ lệ 45,7%. Tỷ lệ thấp do triệu chứng này chỉ rõ trong những trường hợp gãy MSOM có di lệch lớn hoặc khi có vết thương ở vùng góc mũi trán.

- Dấu hiệu di động bất thường MTT: khám bằng một tay có tỷ lệ gặp là 67,4%, khám bằng hai tay là 93,5%. 3 BN (6,5%) không có di

động bất thường MTT ở những BN đến muộn và gãy không có di lệch MTT.

- Biến dạng góc mắt: có các biến dạng:

+ Góc mắt di xa: là biến dạng gặp nhất (67,4%). Trong đó, nhóm gãy MSOM 2 bên gặp tỉ lệ nhiều hơn (11/13 BN = 84,6%) so với nhóm gãy 1 bên (20/33 BN = 60,6%). Do lực chấn thương làm gãy 2 bên mạnh hơn so với gãy 1 bên.

+ Góc mắt di xuống: chiếm tỉ lệ 23,9%. Gặp nhiều ở nhóm gãy một bên (72,7%). Do nhóm gãy 1 bên thường do lực tác động trực tiếp vào mặt từ phía trước bên làm MTT gãy di lệch xuống dưới gây ra biến dạng di xuống góc mắt.

+ Biến dạng nếp quạt: không gặp trường hợp nào. Theo Mc Carthy biến dạng này chỉ gặp ở giai đoạn di chứng gãy MSOM.

- Triệu chứng gãy xương mũi: *Đau chói* 93,5%. Dấu hiệu lạo xạo xương 23,9%. Kết quả của chúng tôi cao hơn kết quả của Trần Thị Phương. *Biến dạng mũi* là 80,4%. Tỉ lệ này trong nghiên cứu của Trần Thị Phương là 72,22%. Biến dạng sống mũi vẹo (24BN = 52,2%). Sống mũi thấp lõm gặp trong 18 BN (39,1%). So với các tác giả khác như Rohdrich R.J, Trần Thị Phương (47,22%) thì tỉ lệ gặp biến dạng này của chúng tôi thấp hơn.

- Triệu chứng tổn thương đường lệ: gặp chủ yếu là dấu hiệu tràn nước mắt (65,2%). Tỉ lệ cao khả năng do phù nề tại chỗ, do di lệch MTT và rối loạn bài tiết nước mắt. Có 6 BN (13%) có tắc lệ đạo khi làm test Jones, phù hợp với nghiên cứu của Vương Văn Quý.

- Rò dịch não tủy không gặp BN nào vì nếu có BN sẽ được điều trị trước ở khoa Phẫu thuật sọ não nên chúng tôi không gặp ở giai đoạn chấn thương sớm tại khoa PT Hàm Mặt.

4.3. ĐIỀU TRỊ GẮY MŨI-SÀNG-Ổ MẮT

4.3.1. Phương pháp điều trị

Đa số các BN gãy MSOM đều được điều trị bằng phương pháp phẫu thuật (95,7%). Số BN điều trị bằng phương pháp bảo tồn rất ít (2/46 BN = 4,3%). Tỷ lệ điều trị bảo tồn của chúng tôi cũng phù hợp với nghiên cứu của Cruse C.W. là 6,1%.

4.3.2. Điều trị phẫu thuật

* **Thời gian xử trí PT sau chấn thương:** trung bình là 15 ngày. Do BN có nhiều tổn thương kết hợp nên cần phải hồi sức tích cực, cần điều trị sọ não hoặc các chấn thương kết hợp khác (gãy cột sống, gãy xương đùi, chấn thương bụng, ngực...) nên thời gian này là hợp lí.

* **Trình tự phẫu thuật:** Theo nguyên tắc xử trí sọ mặt. Xử trí các tổn thương sọ não trước. Khi có gãy xương mặt khác kết hợp: trước tiên cần tách rời các đường gãy, nắn chỉnh và sắp xếp lại các mảnh gãy dựa theo các mốc giải phẫu không bị tổn thương hoặc theo sự cân đối hai bên. Cố định xương gãy theo trình tự mảnh lớn, gãy vững, còn mốc giải phẫu kết xương trước, mảnh nhỏ ít vững kết xương sau. Vùng MSOM nên xử trí cuối cùng.

4.4. KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ

Thời gian nằm viện trung bình sau mổ là 7,66 ngày. Trong đó 24 BN ra viện trong vòng 7 ngày (54,5 %), 9 BN (20,5%) ra viện sau PT 8 - 10 ngày và 11 BN (25%) ra viện sau 10 ngày.

4.4.1. Đường mổ và sẹo mổ:

Chúng tôi đã thực hiện tổng số 148 đường mổ, bao gồm các đường mổ sau:

- + 7 đường mổ liên thái dương đỉnh chiếm tỉ lệ 4,7%.
- + 25 đường mổ đầu trong cung mày, chiếm tỉ lệ 16,9%.
- + 41 đường mổ dưới bờ mi dưới, chiếm tỷ lệ 27,7%.

- + 10 đường mổ kết mạc mi dưới, chiếm tỷ lệ 6,8%.
- + 48 đường mổ Caldwell - Luc, chiếm tỉ lệ 32,4 %.
- + 2 đường mổ lột găng, chiếm tỉ lệ 1,4%.
- + 15 vết thương vùng được sử dụng làm vết mổ, chiếm tỷ lệ 10,1%.

Khi ra viện, vết mổ khô liền da kỳ đầu đạt kết quả tốt 38/44 BN (86,4%), 5 BN (11,4%) đạt kết quả khá, có 1 BN (2,3%) vết mổ nhiễm trùng nên có kết quả kém.

Sau PT 6 tháng 40/44 BN (90,9%) sẹo mổ mờ đẹp đạt kết quả tốt, 2/44 BN (4,6%) sẹo mổ thô rõ và có 2/44 BN có kết quả kém. 2 BN có kết quả kém do biến chứng hở mi lộn mi và rò dịch mủ tại vết mổ.

4.4.2. Kết quả tạo hình góc mắt

Đạt kết quả tốt khi ra viện là 28/34 BN = 82,4%, kết quả khá sau khi ra viện là 6 BN (17,6%), là những BN gãy MSOM loại III và loại II phức tạp, sau mổ còn di xa góc mắt nhẹ. Kết quả kém: không có BN nào.

Kết quả sau 6 tháng đạt tốt 82,4%, khá 14,7% và kém 2,9%. BN đạt kết quả kém do viêm tấy vùng góc mắt trong khả năng do tắc lệ đạo gây viêm mù túi lệ, cuối cùng dẫn đến di xa góc mắt tái phát > 3mm. Trong nghiên cứu của Herford A. S, có 20% di xa góc mắt nhưng là BN gãy MSOM loại III.

4.4.3. Kết quả điều trị mũi

Kết quả phục hình mũi khi ra viện đạt kết quả tốt là chủ yếu (81,8%), kết quả khá 15,9% và kém 2,3%. Những BN có kết quả khá do BN không có nguyện vọng nâng sống mũi. 1 BN có kết quả kém do bệnh nhân có thể trạng yếu nên không tiến hành ghép xương sống mũi.

Kết quả điều trị mũi sau 6 tháng đạt tốt 79,5%, khá 15,9% và kết quả kém 4,6%. So với Cruse C.W. (đạt kết quả tốt là 65% và kém 35%) thì kết quả của chúng tôi tốt hơn.

4.4.4. Phục hồi chức năng đường lệ

Kết quả điều trị khi ra viện đạt tốt 21 trường hợp chiếm tỉ lệ 70%, khá (6,7%) và kết quả kém 23,3%. Những BN kết quả kém là những BN tắc đường lệ do vết thương nhưng không được xử trí tồn thương.

Kết quả sau 6 tháng đạt tốt 80%, khá 3,3%, kém 16,7%, là những BN tắc đường lệ do vết thương trực tiếp lệ đạo.. Đây là 5 BN tắc lệ đạo do VT trực tiếp vào lệ đạo chưa được xử trí. Tỉ lệ này của chúng tôi cao hơn so với y văn (5%).

4.4.5. Phục hồi chức năng hô hấp của mũi

Trong 17 BN có biểu hiện tắc ngạt mũi một phần hoặc hoàn toàn trước mổ, sau khi điều trị kết quả gần đạt tốt 10 BN (58,8%), khá có 6 BN (35,3%) và chỉ có 1 BN có kết quả kém (5,9%). BN kết quả khá khi ra viện chủ yếu do còn phù nề nhiều nên gây tắc ngạt mũi một phần. 1 BN (5,9%) kết quả kém do gãy phức tạp xương mũi và vách ngăn, sau mổ BN còn di lệch xương mũi và vách ngăn, phù nề tại chỗ nhiều.

Kết quả điều trị sau 6 tháng tốt ở 15 BN (88,2%), khá có 2 BN (11,8%), không có BN nào có kết quả kém. Kết quả của chúng tôi tốt hơn nghiên cứu của Đặng Hanh Biên.

4.4.6. Phục hồi thần kinh khứu giác

- Kết quả điều trị sau khi ra viện còn 8 BN (47,1%) mất khứu giác, 7 BN (41,1%) giảm khứu giác và 2 BN khứu giác hồi phục hoàn toàn (11,8%).

Kết quả sau 6 tháng tốt 47,1%, khá 17,6%) và kém 35,3%. Như vậy chỉ có 1 BN phục hồi dần khúu giác sau PT 6 tháng. Các trường hợp giảm khúu giác đã cải thiện đáng kể sau 6 tháng chỉ còn 4 BN. Chúng tôi cho rằng đây là những BN do phù nề, do tổn thương thần kinh khúu giác mức độ nhẹ, tế bào thần kinh có khả năng tự sửa chữa nên khúu giác hồi phục tốt sau mổ. Kết quả của chúng tôi phù hợp với kết quả nghiên cứu của Đặng Hạnh Biên với tỉ lệ mất khúu giác là 8,9%

4.4.7. Kết quả liền xương

Xương liền tốt: 78,3%, 8 BN xương liền tốt nhưng còn di lệch ít xương mũi (17,4%) và 2 BN (4,3%) có kết quả kém là những BN gãy MSOM loại III, trong đó 1 BN chúng tôi đã phục hình MTT bằng lưới titan nhưng do cố định không tốt nên lưới titan còn di lệch ra ngoài. BN còn lại được ghép xương tạo hình MTT nhưng mảnh ghép xương bị phản ứng dẫn đến tiêu xương. Kết quả nghiên cứu của Cabalag M. S có tỉ lệ 1,6 %, Salentijn E.G gặp 0,3% không liền xương.

KẾT LUẬN

1. Đặc điểm lâm sàng, Xquang gãy MSOM

1.1. Đặc điểm lâm sàng

- Gãy MSOM gặp nhiều nhất từ 21 đến 40 tuổi (69,6%). Tỷ lệ nam/nữ là 6,7/1. Nguyên nhân chủ yếu do tai nạn giao thông (82,6%).

- Phân loại: Gãy MSOM gặp chủ yếu 1 bên (71,7%). Tỷ lệ gãy bên phải và trái tương đương nhau. Gãy 2 bên gặp ít hơn (28,3%). Đa số là gãy MSOM loại I (63,1%). Gãy loại III rất ít gặp (6,5%).

- Triệu chứng gãy MSOM: Xuất huyết kết mạc mắt, điểm đau chói bờ khuyết lê, bờ dưới và bờ trong ổ mắt chiếm tỷ lệ cao 93,5%, 97,8%. Di động bất thường MTT (67,4%), biến dạng góc mắt (73,9%) là những triệu chứng có giá trị chẩn đoán xác định.

- Tất cả các trường hợp gãy MSOM đều có tổn thương kết hợp, trong đó gặp cả tổn thương kết hợp vùng mắt (100%) và tổn thương không thuộc vùng mắt (73,9%).

1.2. Đặc điểm Xquang

- Xquang qui ước ít có giá trị chẩn đoán gãy MSOM.

- Chụp cắt lớp vi tính đa dãy theo 2 bình diện (axial, coronal) và dựng hình 3D có khả năng phát hiện nhiều đường gãy vùng MSOM hơn phim quy ước và có giá trị chẩn đoán xác định cũng như phân loại gãy MSOM.

2. Đánh giá kết quả điều trị, đề xuất chỉ định và thái độ xử trí gãy MSOM

2.1. Kết quả điều trị

- Điều trị gãy MSOM chủ yếu bằng phương pháp phẫu thuật (95,7%). Trong đó phẫu thuật chủ yếu là phục hình xương và tạo hình góc mắt (77,3%)

- Kết quả điều trị:

▪ Kết quả gần: tốt 63%, khá 19,6%, trung bình 15,2% và kém 2,2%.

▪ Kết quả xa: tốt 78,3%, khá 13%, trung bình 6,5% và kém 2,2%.

2.2. Đề xuất chỉ định và thái độ xử trí gãy MSOM.

- Đề xuất chỉ định:

+ Điều trị bảo tồn: chỉ định cho những trường hợp:

* Gãy MSOM không di lệch hoặc di lệch ít.

* Tình trạng BN không thể chịu được phẫu thuật kéo dài, phức tạp.

+ Điều trị phẫu thuật: chỉ định cho những trường hợp:

* Gãy MSOM có di động bất thường MTT khi khám lâm sàng

* Gãy MSOM có di lệch MTT trên phim CLVT đa dây.

* Gãy MSOM có biến dạng góc mắt trong.

* Gãy MSOM có biến dạng lệch vẹo-sập sống mũi.

- Đề xuất thái độ xử trí

Điều trị gãy MSOM cần tuân theo nguyên tắc xử trí gãy xương sọ mặt. Khi xử trí tổn thương xương mặt cần thực hiện trình tự: Đánh giá tổng thể tình trạng gãy xương, tránh bỏ sót tổn thương. Trước tiên cần tách rời các đường gãy, nắn chỉnh và sắp xếp lại các mảnh gãy dựa theo các mốc giải phẫu không bị tổn thương hoặc theo sự cân đối hai bên. Cố định xương gãy theo trình tự mảnh lớn, gãy vững, còn mốc giải phẫu kết xương trước, mảnh nhỏ ít vững kết xương sau. Vùng MSOM nên xử trí cuối cùng.

KIẾN NGHỊ

1. Tổ chức phổ biến kiến thức về lâm sàng, chẩn đoán hình ảnh gãy MSOM. Cần chỉ định chụp CLVT đa dây khi có nghi ngờ gãy MSOM.

2. Có thể ứng dụng đường mổ đầu trong cung mày điều trị cho những trường hợp gãy MSOM loại I, II. Trong các trường hợp gãy MSOM có tổn thương kết hợp, có thể áp dụng trình tự nắn chỉnh “từ trong ra ngoài” và □ cố định từ ngoài vào trong”, vùng MSOM được xử trí sau cùng.

3. Cần phối hợp tốt với chuyên khoa phẫu thuật sọ não và thần kinh để đưa ra thời điểm mổ phù hợp. Những trường hợp có tổn thương lệ đạo nên xử trí chuyên khoa Mắt trước hoặc phối hợp xử trí cùng khoa Mắt, tránh để di chứng về lệ đạo sau này.

**DANH MỤC CÁC CÔNG TRÌNH NGHIÊN CỨU
ĐÃ CÔNG BỐ CÓ LIÊN QUAN ĐẾN ĐỀ TÀI LUẬN ÁN**

1. Nguyễn Hùng Thắng, Vũ Ngọc Lâm, Lê Đức Tuấn (2014), “Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng gây phức hợp mũi-sàng-ổ mắt một bên”, Tạp chí Y Dược lâm sàng 108, (6), tr. 102-106.
2. Nguyễn Hùng Thắng, Vũ Ngọc Lâm, Lê Đức Tuấn (2015), “Đánh giá kết quả điều trị gãy phức hợp mũi-sàng-ổ mắt”, Tạp chí Y Dược lâm sàng 108, (5), tr. 45-48.
3. Nguyễn Hùng Thắng, Vũ Ngọc Lâm (2015), “Đánh giá đường mổ đầu trong cung mày trong điều trị phẫu thuật gãy phức hợp mũi-sàng-ổ mắt”, Tạp chí Y học thực hành, (8), tr. 37-39.