

Bài 6

CHẤN THƯƠNG TẠI MŨI HỌNG

1. Đại cương

Cơ quan Tai Mũi Họng phần lớn là những hốc rỗng nằm ở vùng đầu mặt cổ, gần sọ não, liên quan với các mạch máu thần kinh, khi chấn thương dễ gây những tổn thương nghiêm trọng, hay phối hợp cùng chấn thương sọ não, gây rối loạn các chức năng sinh lý như: Thở, nói, nuốt, nghe, thăng bằng, ngửi... Đặc biệt chấn thương gây khó thở có thể nguy hiểm tới tính mạng... Với các chấn thương nhẹ ít ra cũng để lại sẹo xấu vùng đầu mặt cổ, ảnh hưởng về thẩm mỹ sau này.

Do đặc điểm vị trí giải phẫu của TMH mà tháp mũi và vành tai là hai bộ phận hay bị chấn thương nhất bởi gò cao trọi giữa vùng đầu mặt cổ. Trong phạm vi bài này chúng tôi chỉ nêu một số chấn thương thường gặp và cần lưu ý một số điểm đặc biệt như: chấn thương xương chính mũi rất mau liền (nên phải chỉnh hình sớm) chấn thương vỡ xương đá lại không bao giờ liền (dễ viêm màng não chỉ một viêm họng thông thường), chấn thương thủng màng nhĩ không xử trí sớm có thể gây viêm tai giữa và màng nhĩ thủng gây nghe kém... Tuy vậy cũng cần biết ưu tiên những chấn thương nặng phối hợp cần xử trí đầu tiên để cứu sống con người. (Chấn thương sọ não, cấp cứu các chức năng sinh lý quan trọng- Thị giác, thính giác...)

2. Chấn thương mũi

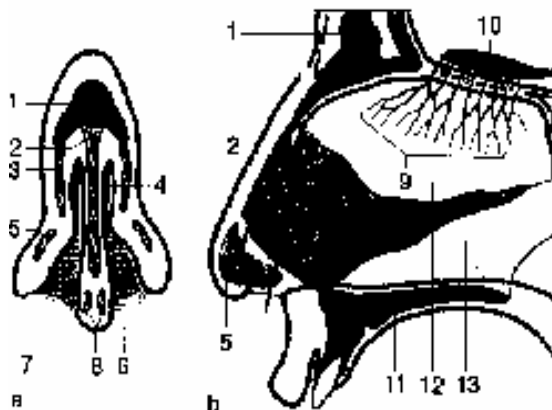
2.1. Nguyên nhân

Các tai nạn gây chấn thương mũi gặp nhiều trong tai nạn giao thông, lao động, thể thao, sinh hoạt, chấn thương do hỏa khí trong chiến tranh... Đặc điểm cần chú ý là các xương mũi liền lại rất nhanh, vì vậy phải điều trị sớm, tránh xương bị can liền trong tư thế xấu, sai lệch, gây khó khăn, phiền phức cho việc điều trị chỉnh hình sau này.

2.2. Giải phẫu bệnh lý

- Sang chấn đập vào chính diện tháp mũi gây vỡ xương chính mũi cả hai bên, sụn vách ngăn vỡ theo gãy sập tháp mũi, sống mũi võng xuống, niêm mạc rách nát...
- Sang chấn đập vào một bên, chỉ gãy xương chính mũi một bên, tháp mũi sẽ lệch bên đối diện, nhìn sống mũi vẹo...
- Sang chấn phần mềm, sụn tứ giác vỡ, hẹp hốc mũi, sung nề, tụ máu...
- Chấn thương hở: Sụn và xương có thể bị bóc trần, xương vỡ có thể bị lòi ra ngoài.

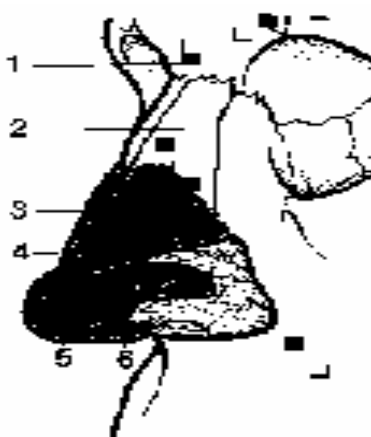
Ngoài tổn thương xương, sụn, niêm mạc còn tổn thương hệ thống mạch máu nuôi dưỡng hốc mũi gây chảy máu: - Có thể chỉ tụ máu vách ngăn do tổn thương tiểu động mạch, nhưng khi đứt những mạch máu lớn, sẽ chảy máu rất dữ dội nếu không cầm máu kịp thời sẽ mất máu nhiều có khi ảnh hưởng tới tính mạng (ĐM sàng, ĐM bướm khâu cái). Cần lưu ý rằng khi có tổn thương mũi kèm tổn thương sọ não và các cơ quan khác phối hợp; phải xác định tổn thương nào trầm trọng hơn có nguy cơ tới tính mạng hơn thì xử trí trước.



Hình 15: Sơ đồ hốc mũi

- a. Thiết đồ đi qua tiền đình hốc mũi; b. Thiết đồ đứng dọc qua giữa vách ngăn mũi.
1. Xương sống mũi; 2. Vách ngăn (sụn tứ giác); 3. Sụn bên thấp mũi; 4. Hốc mũi; 5. Sụn cánh mũi;
 6. Tiền đình mũi; 7. Cánh mũi; 8. Sụn tiêu trụ (1bộ phận cánh mũi); 9. Các sợi TK khứu giác;
 10. Hành khứu; 11. X. Khẩu cái; 12. Mảnh đứng x. sàng; 13. X. lá mía

Theo Walter Becker Hans Heinz Naumnn Carl Rudolf Pfaltz



Hình 16: Sơ đồ xương vùng thấp mũi

1. x. trán; 2. x. chính mũi; 3. sụn bên thấp mũi (sụn tam giác); 4. gờ trên của sụn vách ngăn;
5. sụn cánh mũi; 6. một bộ phận sụn cánh mũi tạo tiểu trụ mũi

Theo Walter Becker Hans Heinz Naumnn Carl Rudolf Pfaltz

2.3. Triệu chứng

Sau khi bị tai nạn bệnh nhân sẽ có những triệu chứng sau:

Chảy máu mũi trước và mũi sau chỉ vài giọt hoặc rất ồ ạt, đôi khi không chảy máu ra ngoài, chỉ chảy dưới niêm mạc, làm tụ máu ở vách ngăn (gây biến chứng áp xe vách ngăn mũi sau đó)..

- Biến dạng thấp mũi: Sập sống mũi, vẹo lệch sang một bên, sau chấn thương bị nhanh chóng sưng nề, bầm tím... che đậy dấu hiệu biến dạng thấp mũi nên rất khó đánh giá tình trạng thấp mũi...

- Đôi khi có tràn khí dưới da, do áp lực hô hấp trong hốc mũi tăng (ngạt mũi), niêm mạc mũi lại bị tổn thương nên không khí thoát qua vết thương tràn ra dưới da...

- Khám ấn dọc sống mũi, vào đúng chỗ gãy sẽ có điểm đau nhói, sau khi đã lấy hết máu đông, soi mũi trước thấy hốc mũi hẹp do vách ngăn phồng tụ máu hoặc bị vỡ đẩy dòn sang một bên, có khi niêm mạc bị rách để lộ một phần sụn vách ngăn...

- Đau nhức vùng sống mũi, đau đầu, ngạt mũi, giảm hoặc mất khứu giác.
- X quang: Tư thế bán diện, tia mềm, sẽ thấy rõ tổn thương của xương chính mũi, tư thế mặt thẳng (Blondeau) thấy vỡ, vẹo vách ngăn hoặc tổn thương phối hợp với xoang, hốc mắt, xương gò má...

3.4. Hướng xử trí

Nếu có gãy, sập xương phải dùng dụng cụ nâng xương từ trong hốc mũi ra ngoài và chỉnh hình phục hồi sống mũi, nhét mèche hốc mũi cố định và cầm máu, nếu có rách da phải khâu phục hồi. Điều trị kháng sinh.

Phương pháp vô cảm có thể gây mê hoặc gây tê, ở nước ngoài hầu như chỉ định gây mê bắt buộc, vì thủ thuật gây ra rất đau đớn, chảy máu dư dội, vì vậy lại cần yên tĩnh để xử trí nhanh hạn chế chảy máu... Dùng một cái bay (Spatule) luồn vào hốc mũi mặt lưng ngang tầm chỗ mũi bị sập lõm, dùng sức nâng xương gãy lên cho phẳng đồng thời dùng ngón cái tay trái ấn mạnh vào chỗ xương bị biến dạng lồi lên phía đối diện. Khi làm thao tác này cần lắng nghe tiếng kêu “rắc” được đẩy về vị trí cũ, đồng thời quan sát hình dạng bên ngoài tháp mũi, thấy thẳng dễ coi là được, sau đó nhét mèche cố định và cầm máu như đã nói ở trên.

Cần biết rằng xương chính mũi hàn lại rất nhanh, nên càng làm sớm càng tốt, (tốt nhất là trong 24 - 48 giờ đầu, thực ra chỉnh hình trong tuần đầu còn tốt, tuần thứ 2 tức ngày thứ 8-14 là giới hạn tối đa còn có thể chỉnh hình được mà không phải đập phá làm vỡ xương lại). Chỉnh hình trễ xương sống mũi liền lại trong tư thế xấu. Các biến chứng chấn thương mũi như: viêm, loét hoại tử phần mềm có thể xảy ra nên lúc này chỉnh hình phải được Bác sỹ chuyên khoa cân nhắc phương pháp xử trí. Chú ý đừng bao giờ quên kiểm tra lại hiệu lực của tiêm phòng uốn ván ở những trường hợp gãy hờ.

3. Chấn thương xoang

Thường gặp nhất là xoang hàm và xoang trán. Đây là 2 hốc rỗng nằm trong xương hàm và xương trán. Các xoang này có thành xương mỏng nằm ngay dưới da, hơi gồ cao ở vùng mặt, nên khi chấn thương dễ bị đụng dập, gãy vỡ thành xoang.

3.1. Vỡ xoang hàm

- Do dị vật đâm thủng hàm ếch, do nhổ răng, do hỏa khí...
- Do tai nạn giao thông, lao động, thể thao... từ vỡ xương gây vỡ vào xoang, có 2 loại vỡ xoang hàm: Vỡ đơn thuần và vỡ phối hợp, cách xử trí mỗi loại có khác nhau...

3.1.1. Vỡ xoang hàm đơn thuần

- Do các vật nhọn sắc gây thủng thành xoang, có thể từ thành trước xoang qua vùng hố nanh hoặc thành dưới xoang qua hàm ếch. Da hay niêm mạc xung quanh lỗ thủng sưng nề. Bệnh nhân xì mũi có máu, đau trong xoang hàm...

- Nếu do ngã đụng dập mạnh, thành xoang có thể bị vỡ ra nhiều mảnh nửa bên mặt bị sưng, da bầm tím hoặc bị rách, có thể có tràn khí dưới da, xuất huyết màng tiếp hợp, nề tím mi mắt dưới, chảy máu từ vết thương hoặc chảy qua mũi, đau nửa mặt.

X quang: Chụp film Blondeau và sọ nghiêng thấy xoang hàm bên chấn thương mờ đục, có máu đọng, thành xoang rạn vỡ, có thể có dị vật hoặc mảnh xương bị đẩy lồi vào trong xoang.

Xử trí: - Thủng nhỏ, sạch: nhỏ mũi và cho kháng sinh, lỗ thủng sẽ lấp hẳn được.

- Lỗ thủng rộng, thành xương bị vỡ có dị vật trong xoang, phải phẫu thuật xoang hàm, làm lỗ dẫn lưu mũi xoang, loại bỏ dị vật... Với những mảnh xương vỡ rời nếu quá bé thì có thể vớt bỏ, giữ lại những mảnh xương bị nứt rạn, lệch, nhét mèche trong xoang cố định, dẫn lưu, khâu phục hồi phần mềm, tiêm phòng uốn ván...

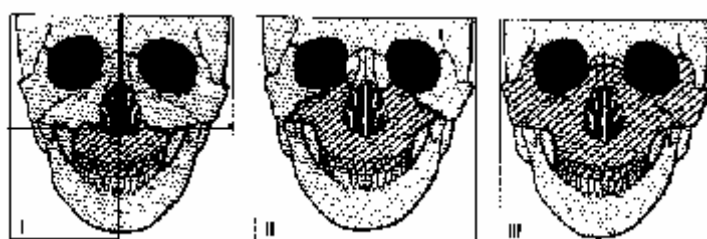
3.1.2. Vỡ xoang hàm phối hợp

Theo Lefort có 3 kiểu:

- Lefort I: Gãy thấp ngang qua xương hàm trên; đường gãy bắt đầu từ bờ dưới của hố Lê, chạy về phía sau đến hố chân bướm hàm, song song với gờ lợi và cách gờ lợi độ 1,5cm, cả 2 bên mặt đều vỡ giống nhau, người ta còn gọi đây là đường vỡ Gerin (Guérin) mảnh vỡ gồm gờ lợi và sàn mũi.

- Lefort II: Gãy hình tháp xương hàm, tổn thương xương hàm trên, phía dưới xương chính mũi, ngành trán của xương hàm qua trung tâm trần ổ mắt và xương gò má. Đường vỡ đi từ xương chính của mũi ra hố nanh, vòng xuống phía dưới xương gò má, chạy về phía sau và dưới của củ xương hàm. Đường vỡ 2 bên cũng đều giống nhau. Luôn luôn kèm tổn thương xoang hàm.

- Lefort III: Đường vỡ chạy theo trán gò má, trán xương hàm và trán mũi, tổn thương vào xoang sàng, bướm, sâu vào sau hốc mắt. Thường đó là những chấn thương rất nặng, như tai nạn ô tô, ngã từ trên cao xuống... Đường vỡ đi từ trán mũi qua ổ mắt ra bờ ngoài ổ mắt, chạy về phía sau đến chân bướm, cả 2 bên đều vỡ như vậy, thương tổn này sẽ làm cho khối xương mặt tách ra với nền sọ- phân ly sọ mặt...



Hình 17: Chấn thương gãy giữa mặt theo Lefort (I,II,III)

Theo Walter Becker Hans Heinz Naumnn Carl Rudolf Pfaltz

- Triệu chứng: Thường chảy máu nhiều, ra mũi xuống miệng, gây shock. Biến dạng vùng mặt, có thể có những tổn thương ở mắt, nhìn đôi, màng tiếp hợp bầm tím, khớp cắn bị lệch ngậm miệng, khi nhai có cảm giác di chuyển cả hàm trên.

- Hướng xử trí: Cần loại trừ chấn thương sọ não (CTSN), nếu có CTSN phải ưu tiên xử lý trước.

- Chống choáng, chống khó thở, hút máu trong họng, kéo lưỡi ra ngoài, cầm máu bằng nhét mèche mũi trước hoặc sau.

Phối hợp chuyên khoa Mắt và Răng Hàm Mặt cùng phẫu thuật giải quyết tổn thương và phục hồi chức năng...

3.2. Vỡ xoang trán

Sang chấn đập do tai nạn giao thông, lao động, thể thao, do hỏa khí chiến tranh... Có hai loại chấn thương vỡ xoang trán kín và vỡ xoang trán hở.

3.2.1. Vỡ xoang trán kín

Sau chấn thương vài giờ vùng xoang trán sưng nề, bầm tím, có thể có tụ máu nên khó xác định biến dạng, cũng có thể có tràn khí dưới da, ấn góc trong trên hốc mắt đau nhói, hay kèm chảy máu mũi, đôi khi còn có nước não tủy chảy ra khi có rách màng não.

3.2.2. Vỡ xoang trán hở

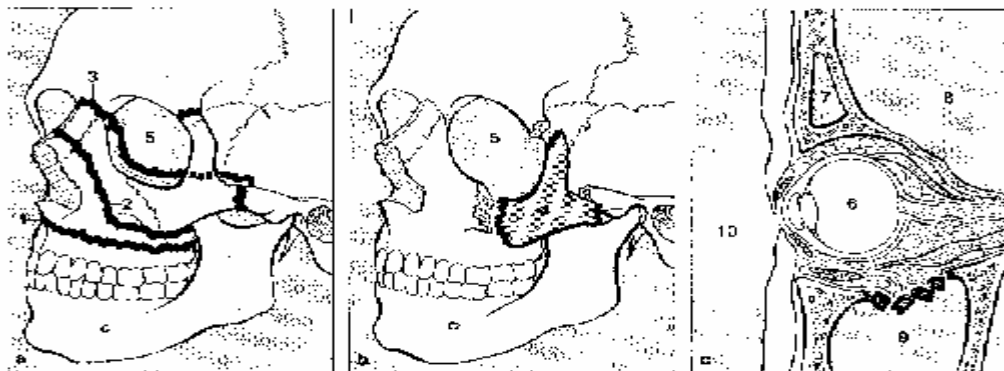
Da vùng xoang trán bị rách, qua vết thương phần mềm có thể thấy tổn thương thành xoang, cần hút máu để kiểm tra kỹ các thành của xoang, có thể có chảy máu mũi và tràn khí dưới da.

- X quang: Film sọ thẳng nghiêng, Blondeau, Hirtz...: Xoang mờ, tổn thương thành trước hoặc thành sau xoang.

- Xử trí: Trước hết phải loại trừ chấn thương sọ não, xác định có rách màng não hay không? Chọc dò nước não tủy. Không được súc rửa xoang, ngừa viêm màng não...

- Phẫu thuật xoang trán: Loại bỏ niêm mạc xoang, mảnh xương vỡ, dẫn lưu trán - mũi tốt.. Nếu có rách màng não phải vá bằng mảnh cân cơ đùi hoặc thái dương, rách da vào xoang có thể khâu kín màng não rách, theo dõi viêm màng não, nhất là khi tổn thương thành trong xoang (20-40%)

- Tiên lượng lâu dài, thường có biến chứng u nhầy xoang trán sau chấn thương.



Hình 18: Các đường gãy kinh điển vùng sọ mặt

a. Gãy giữa mặt Lefort I,II,III;

b. Gãy thành bên mặt hoặc lồi cầu cằm tiếp. 4. Gãy rời X. Gò má; 5. Hốc mắt;

c. Vỡ sàn hốc mắt; 6. Nhãn cầu; 7. Xoang trán; 8. Não trước, 9. Xoang hàm;

10. Hướng chấn thương cơ học

Theo Walter Becker Hans Heinz Naumann Carl Rudolf Pfaltz

4. Chấn thương tai

Chấn thương tai bao gồm cả tai ngoài, tai giữa, và tai trong. Nguyên nhân thường do chấn thương đung đập, hỏa khí, áp lực... đó là những chấn thương cấp. Cũng có thể là những chấn thương kéo dài gây tổn thương vì thể gây điếc như tiếng ồn (chấn thương mạn tính). Sau đây chúng tôi chỉ nêu vấn đề quan trọng: Chấn thương vỡ xương đá và chấn thương thủng màng nhĩ.

4.1. Vỡ xương đá

Đó là những chấn thương vùng chẩm thái dương có thể vỡ hộp sọ. Nói chung là những chấn thương rất mạnh vì xương đá nằm sâu trong hộp sọ, nên vỡ xương đá là loại vỡ kín. Xương đá có một đặc điểm cần nhớ là không bao giờ liền lại dù có điều trị tích cực vì vậy dễ đưa tới di chứng và có biến chứng viêm màng não ngược dòng từ tai hoặc mũi họng sau này.

4.1.1. Tổn thương giải phẫu bệnh

Vỡ xương đá thường theo 3 đường chính: - Đường vỡ dọc; - Đường vỡ ngang và Đường vỡ chéo. (Có tác giả xếp vỡ ngang và vỡ chéo là một.)

4.1.1.1 Đường vỡ dọc:

Rất hay gặp, đi song song với trục xương đá do sang chấn đập vào vùng Thái dương-Đỉnh. Nét vỡ chạy từ trãi thái dương tới trần hòm nhĩ theo bờ trước xương đá tới lỗ rách trước. Tai giữa luôn luôn bị tổn thương. Tai trong nguyên vẹn, thần kinh VII ít bị thương tổn (20%), ít khi chảy nước não tủy.

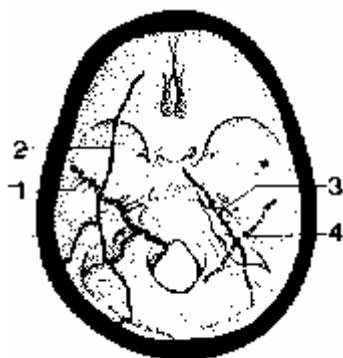
4.1.1.2. Đường vỡ ngang:

Do chấn thương vùng Thái dương - Chẩm. Đường vỡ thẳng góc từ lỗ rách sau ra bờ trước xương đá. Nếu đường vỡ phía trong sẽ cắt qua ống tai hoặc ốc tai.

Nếu ở phía ngoài sẽ làm vỡ tiền đình, ống Fallope. Như vậy tai trong tổn thương cùng dây VII và VIII, tai giữa không ảnh hưởng. (liệt dây VII khoảng 50%)

4.1.1.3. Đường vỡ chéo:

Chấn thương vùng chẩm từ xương chũm qua hòm nhĩ vào mê nhĩ, tổn thương cả tai ngoài, tai giữa và tai trong cũng như cả dây thần kinh VII.



Hình 19: Vỡ xương đá

1 và 4: Đường vỡ chéo và ngang, 3. Vỡ dọc ; 2. Đường vỡ phối hợp (từ xương trán vào dọc xương đá)

Theo Walter Becker Hans Heinz Naumnn Carl Rudolf Pfaltz

4.1.2. Triệu chứng lâm sàng

Thường kèm chấn thương sọ não (hôn mê có khoảng tỉnh). Tủy đường vỡ, triệu chứng chính là:

- Chảy máu tai, thường kéo dài từ vài giờ tới vài ngày;
- Nước não tủy chảy khi có rách màng não, khi máu đã chảy ít đi (ngày thứ 2) có thể chảy nhiều hay nhỏ giọt trong 5-7 ngày;
- Các triệu chứng tai trong, nghe kém kiểu tiếp âm, ù tai, chóng mặt, rung giật nhãn cầu, tự phát, mất thăng bằng, liệt mặt ngoại biên.

Khám tai: Vành tai, ống tai có thể tổn thương (Loại vỡ dọc, vỡ chéo); có thể thấy màng nhĩ màu tím xanh, hơi phồng do chảy máu.

- Chọc dò tủy sống: Nước não tủy màu hồng, xét nghiệm có hồng cầu. Nếu áp lực tăng có thể có sự tắc nghẽn lưu thông nước não tủy.
- X quang: CT Scan, Film Stenvers hay Chaussé III có thể thấy được đường vỡ xương đá
- Chẩn đoán xác định: Dựa tiền sử lâm sàng: chảy máu tai, chảy nước não tủy, liệt mặt, chóng mặt, nghe kém, dựa vào X quang...

4.1.3. Hướng xử trí

- Trước hết xử trí chấn thương sọ não nếu có,
- Lau tai, nhét mèche kháng sinh, tuyệt đối không được rửa tai hay làm thuốc tai ướt.
- Cho kháng sinh tới khi tai khô,
- Điều trị các biến chứng (như viêm màng não) nếu có viêm tai giữa phải chủ động phẫu thuật tai tiết căn,
- Điều trị di chứng: liệt mặt (50%), nghe kém,... theo dõi sát biến chứng viêm màng não.

4.2. Chấn thương thủng màng nhĩ

Ngoài thủng màng nhĩ còn có thể trật khớp tiểu cốt, chấn thương tai trong, chảy máu, chảy ngoại dịch, tổn thương các màng, tổn thương các thần kinh loa đạo...

4.2.1. Nguyên nhân

Có thể do chấn thương trực tiếp hoặc gián tiếp

- Trực tiếp: Bồi ngoáy tai bằng que bông, móc tai... quá đà hoặc đang ngoáy tai có người khác đụng vào (cả chấn thương ống tai). Chấn thương áp lực do tát tai, sức ép bom mìn, lặn sâu dưới nước,... Thực tế lâm sàng còn hay gặp thủng màng nhĩ do thợ cắt tóc cạo lông lấy ráy tai, bệnh nhân biết mình bị tai nạn với dấu hiệu: Đau tai, ù tai nghe kém, có thể có chảy máu.

- Gián tiếp: Thủng màng nhĩ do chấn thương vỡ xương đá...

4.2.2. Triệu chứng lâm sàng

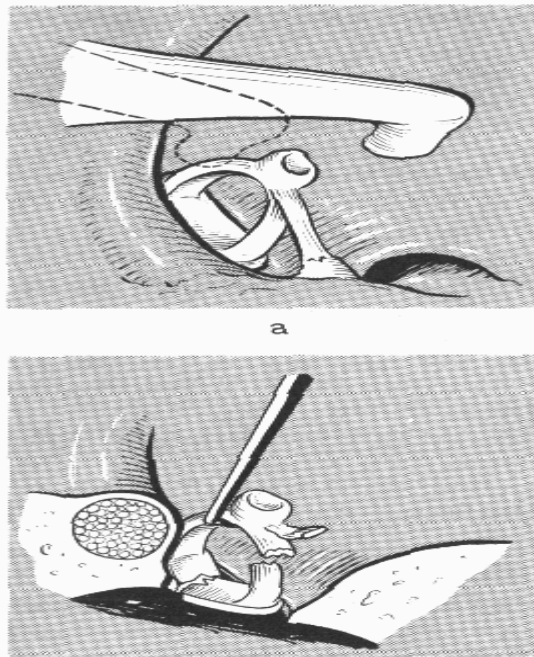
Sau khi bị tai nạn bệnh nhân đau nhói trong tai, ù tai tiếng trầm và nghe kém kiểu truyền âm. Chảy máu tai tùy mức độ chấn thương; có thể chảy rất nhiều trong chấn thương vỡ xương đá, nhưng cũng có thể không chảy hoặc chảy rất ít trong các chấn thương trực tiếp khác

- Khám màng nhĩ có một lỗ thủng mới rớm máu bờ gọn hoặc nham nhở, các mép lỗ thủng có thể bị quần lại làm lỗ thủng càng rộng thêm. Vị trí lỗ thủng có thể trung tâm hoặc rìa nhưng không bao giờ thủng toàn bộ màng nhĩ.

- Thính lực đồ biểu hiện điếc dẫn truyền, nhưng nếu chấn thương nặng tổn thương cả tai trong thì không chỉ đơn thuần điếc tai giữa mất 60 dB với tổn thương hệ xương con; 80-90dB với tổn thương tai trong.

4.2.3. Xử trí

Tùy mức độ tổn thương phối hợp mà xử trí cái gì mà trước, cái gì sau. Nếu có chấn thương sọ não thì bao giờ cũng phải cứu sống bệnh nhân trước. Nếu chảy máu nhiều phải nhét mèche cầm máu, hết chảy máu mới khám lại cẩn thận để đánh giá mức độ thương tổn. Hướng xử trí:



Hình 20: Chấn thương trật khớp hoặc gãy xương con

- a. Trật khớp giữa cánh dài xương đe và thân x. bàn đạp
b. Gãy quai xương bàn đạp và trật khớp để xương bàn đạp

Theo Walter Becker Hans Heinz Naumnn Carl Rudolf Pfaltz

- Nếu thủng nhỏ, bờ gọn sạch... Chỉ cần lau sạch máu và các chất bẩn trong ống tai làm thuốc tai khô với bột kháng sinh hoặc mỡ kháng sinh, nhét mèche, băng kín, thay băng làm thuốc hàng ngày. Tuyệt đối không được dùng thuốc nước. Theo dõi hạn còn tác dụng của tiêm phòng uốn ván khi tổn thương màng nhĩ do vật nhọn đâm vào tai.

- Nếu thủng lớn phải đưa bệnh nhân vào phòng mổ, đặt cố định lại màng nhĩ, kháng sinh theo dõi điều trị như vá màng nhĩ.

Ngày nay dưới kính hiển vi có thể đặt lại màng nhĩ bị rách, vá lại màng nhĩ...

Nếu đến chậm, khi đã chảy mủ tai, phải làm thuốc tai tích cực, theo dõi tốt viêm tai xương chũm cấp tính. Nếu tổn thương tai trong, cho Vitamine A kéo dài có thể giúp sự phục hồi thần kinh nghe.

4.2.4. Tiến triển và tiên lượng

- Vết thương nhẹ, thủng nhỏ không có tổn thương phối hợp, điều trị đúng quy cách thì vết thủng sẽ liền nhanh, nghe rõ dần và có thể nghe bình thường trở lại.

- Trường hợp tổn thương nặng, chấn thương phối hợp, hoặc điều trị không đúng quy cách, sẽ bội nhiễm (50%), VTG dẫn tới viêm tai xương chũm, nguy hiểm sau này.