

KẾT QUẢ BƯỚC ĐẦU NHẬN DẠNG CÁC VẾT THƯƠNG PHẦN MỀM PHỨC TẠP HÀM MẶT THEO MOXAIC

NGUYỄN HỒNG HÀ, NGUYỄN BẮC HÙNG

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Hiện nay trong y văn đã có một vài phân loại cho gãy xương hàm mặt nhưng phân loại về vết thương phần mềm phức tạp (VTPMPT) hàm mặt thì hầu như còn rất ít. Chúng tôi trình bày kết quả bước đầu nhận dạng các loại VTPMPT hàm mặt theo MOXAIC.

Đối tượng và phương pháp: Nghiên cứu tiến cứu, mô tả cắt ngang trên 118 bệnh nhân có VTPMPT hàm mặt được điều trị cấp cứu tại Bệnh viện Việt Đức từ 11/2004 đến 12/2008. Trong đó VTPMPT hàm mặt là: vết thương (VT) vừa có tổn thương phần mềm lớn (dài ≥ 10 cm) vừa có tổn thương các thành phần quan trọng ở sâu như TK VII, ống, tuyến nước bọt hoặc vỡ xương sọ mặt, nhãn cầu.

Kết quả bàn luận: Dựa vào hình dạng, hướng, số lượng vùng giải phẫu trên mặt mà VT đi qua, tính chất nguy hiểm, cấp cứu của từng VT, hướng điều trị, kết quả điều trị và tiên lượng, có thể xếp các VTPMPT vào 5 dạng sau đây:

+ VT chu vi, dạng O: VT không quá nặng, kết quả tốt 83,4%.

+ VT chéo dọc trán mắt, dạng X: điều trị cần phối hợp nhiều chuyên khoa, nhưng kết quả vẫn không cao, chỉ 55,9% đạt tốt.

+ VT ngang má mũi, môi, má, dạng A: cấp cứu đường thở đặc biệt quan trọng, trong điều trị không cần phối hợp chuyên khoa, kết quả tốt 81,2%.

+ VT trực tiếp, dạng I: chú ý cấp cứu đường thở, chảy máu, kết quả điều trị thường không cao, chỉ có 57,1% đạt tốt.

+ VT do bị Chém, dạng C: chú ý sơ cứu, khâu cầm máu, băng ép. Điều trị sớm, triệt để, đúng thì kết quả tốt đạt 87,5%.

Cách nhận dạng VT phần Mềm phức tạp trên đây có thể đặt tên là MOXAIC.

Kết luận: Đây là một cách nhận dạng có tính ứng dụng cao, dễ sử dụng, cho phép chẩn đoán, đánh giá tiên lượng được các VTPMPT. Tuy nhiên cần có sự đóng góp ý kiến, sửa chữa của các chuyên gia đầu ngành và nhiều nghiên cứu với số lượng BN lớn hơn để phát triển nhận dạng này thành một phân loại các vết thương phần mềm phức tạp hàm mặt.

Từ khóa: vết thương phần mềm phức tạp, hàm mặt.

ĐẶT VẤN ĐỀ

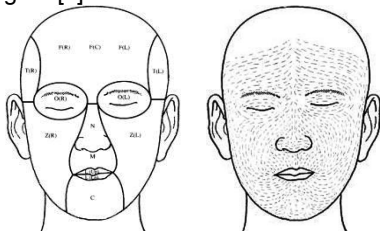
Cùng với sự phát triển của kinh tế xã hội tình hình chấn thương hàm mặt (CTHM) do tai nạn giao thông, tai nạn sinh hoạt, lao động ngày càng tăng. CTHM bao gồm các chấn thương phần cứng và các chấn thương phần mềm. Trong các chấn thương phần mềm, các vết thương (VT) hàm mặt lớn có tổn thương các thành phần quan trọng ở sâu như thân kinh VII (TK), ống, tuyến nước bọt mang tai hoặc vỡ xương sọ mặt, nhãn cầu là những tổn thương rất nặng. Nó được coi như là các vết thương phần mềm phức tạp (VTPMPT).

Trong y học, nhiều thang điểm và cách phân loại đã được sử dụng rất hiệu quả như thang điểm Glasgow, thang điểm chấn thương, phân loại gãy xương hàm trên theo Le Fort.... Việc đánh giá mức độ nặng nhẹ của CTHM, VTPMPT theo thang điểm, theo phân loại cũng là công việc cần thiết.

Thang điểm chấn thương đầu tiên được áp dụng là AIS (Abbreviated Injury Scale) năm 1971 do hiệp hội Y học an toàn giao thông Hoa kỳ (American Association Automotive Medicine) đề nghị, nó là tổng các giá trị của từ 1 - 9 cơ quan hoặc bộ phận bị tổn thương. Hiện nay sau một số lần chỉnh sửa AIS lưu hành phổ biến trên thế giới là phiên bản 1990 (Revision AIS-90). Mức độ nặng của VT hàm mặt được chia 2 mức. Mức 1: VT < 10cm, lóc da < 25cm², tổn thương nhánh động mạch cảnh ngoài. Mức 2: VT ≥ 10cm, lóc da ≥ 25cm² hoặc có tổn thương TK VII...[3], [4], [8]. Đây là cơ sở căn bản cho mọi sửa đổi bổ xung sau này.

Tác giả Husain đưa ra phân loại VT phần mềm dựa trên độ dài ngắn của VT và vị trí 43 vùng giải phẫu trên mặt, việc phân loại này có thể chính xác nhưng khi áp dụng thấy rất khó khăn cho cho người thực hiện vì phải làm việc với 43 vùng giải phẫu [5].

Tác giả Lee ở Baltimore (1999) đưa ra phân loại đơn giản hơn gọi là MCFONTZL dựa vào 11 vùng giải phẫu trên mặt, và cho điểm cho từng mức độ: nông sâu, hướng VT so với đường căng da, kích thước, tính chất của VT. Về các vùng giải phẫu: M : Maxilla, C: Chin, F: Forehead, O: Orbit, N: nose, T: temple, Z: zygoma, L: lip... nên phân loại có tên là MCFONTZL. Mặc dù đã đơn giản hơn, cách tính này vẫn phải dựa vào vẽ sơ đồ, nhân hệ số nên cũng chưa được áp dụng rộng rãi [7].



Hình 1. Phân vùng giải phẫu MCFONTZL và sơ đồ đường căng da [7]

Qua tìm hiểu y văn chúng tôi nhận thấy đã có một vài phân loại cho gãy xương hàm mặt nhưng phân loại về vết thương phần mềm hàm mặt thì hầu như còn rất ít [4],[7]. Các tác giả trên thế giới cũng đang trên con đường đi tìm, thống nhất một phân loại VTPMPT hàm mặt để có thể đánh giá phân loại, tiên lượng các VTPMPT hàm mặt một cách có hệ thống và đồng nhất. Với hy vọng có được một phân loại VTPMPT cho phép tiên lượng độ nặng của các VT phần mềm phức tạp đầu mặt theo xu hướng trên thế giới, cũng như tìm được tiếng nói chung, hạn chế sai số giữa những nhóm người sử dụng, chúng tôi mạnh dạn đưa ra *nhận xét về một số dạng VTPMPT thường gặp dựa trên nguyên tắc của các phân loại VT hàm mặt*

của Husain, Lee,.. sao cho đơn giản và áp dụng thử trong một số nghiên cứu tiến hành tại BV Việt Đức.

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Thiết kế nghiên cứu: theo phương pháp tiến cứu mô tả cắt ngang.

Tiêu chuẩn chọn bệnh nhân: Các bệnh nhân CTHM có VTPMPT được điều trị cấp cứu tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức từ 11/2004 đến 12/2008. Trong đó VTPMPT hàm mặt là: VT vừa có tổn thương phần mềm lớn (dài ≥10 cm) vừa có tổn thương các thành phần quan trọng ở sâu như TK VII, tuyến, ống tuyến nước bọt, động mạch lớn... hoặc vỡ xương sọ mặt, nhãn cầu.

Phương pháp

- Khám bệnh nhân trước mổ, ghi chép lại kích thước, hướng đi, các vùng vết thương đi qua, các cơ quan liên quan có tổn thương kèm theo.

- Chụp ảnh các vết thương trước mổ, sau mổ ít nhất 6 tháng để so sánh.

- Thống kê các phương pháp sơ cứu, cấp cứu, phương pháp mổ, các chuyên khoa cần thiết phối hợp, các điểm cần chú ý.

- Theo dõi kết quả sớm sau mổ, kết quả xa sau mổ, tỉ lệ biến chứng, di chứng của từng dạng vết thương.

Nhận dạng vết thương: Dựa vào hình dạng, hướng đi của các VT, số lượng vùng giải phẫu trên mặt mà nó đi qua, tính chất nguy hiểm, cấp cứu của từng VT đối với bệnh nhân, hướng điều trị nói chung, các điểm quan trọng cần chú ý, kết quả điều trị, tiên lượng chúng tôi thấy các VTPMPT hàm mặt thường rơi vào 5 dạng chính sau đây:

Dạng thứ 1: VTPMPT chu vi, tức là ở rìa ngoài của mặt, VT đi theo đường vòng qua trước tai, bờ ngoài ổ mắt, đỉnh cằm. Khi xếp nhiều VT nối tiếp nhau tạo thành hình chữ O nên còn gọi là VT dạng O (Hình 2).



Hình 2. VTPMPT chu vi hay VT dạng O

Dạng thứ 2: VTPMPT chéo dọc. VT đi chéo qua trán, dọc góc mắt trong, chéo ra gò má. Do VT có thể ở bên phải hoặc trái, nên khi tợp hợp nhiều VT sẽ xếp thành hình chữ X, VT dạng này được gọi là VT dạng X (Hình 3).



Hình 3. VT chéo dọc, dạng X. (BN Dương Văn H.)

Dạng thứ 3: VTPMPT ngang mặt, VT thường đi qua má-môi-má hoặc má-mũi-má, nên khi xếp nhiều VT với nhau sẽ có dạng hình chữ A (Hình 4).



Hình 4. VT ngang mặt, dạng A. (BN Đào Ngọc Q.)

Dạng thứ 4: VTPMPT do chấn thương trực tiếp, thường là một VT thẳng có hình chữ I (Hình 5) nên còn gọi là VT dạng I. Nếu nguyên nhân là vật sắc nhọn, thì VT sẽ cắt thẳng trực tiếp qua da và xương, giống như bổ đôi mặt. Nếu nguyên nhân là vật tày thì gây dập nát vùng tổn thương, ví dụ vỡ nát mũi, má.



Hình 5. VTPMPT trực tiếp hay VT dạng I

Dạng thứ 5: VTPMPT do chém, thường sắc nhọn, vạt theo đường cong nên gọi là VT dạng C.



Hình 6. VTPMPT do Chém hay VT dạng C

Để đặt tên cho các dạng VTPMPT xin lấy hình dạng chữ O,X,A,I,C của các nhóm VTPMPT như đã mô tả ở trên để đặt tên. Và vì đây là dạng của VT phần Mềm phức tạp ta sẽ có chữ cái đầu tiên là M. Do đó tên gọi tắt của các dạng VTPMPT hàm mặt trong nghiên cứu này là M.O.X.A.I.C. (xin tạm đọc là Mô xa ích).

Tất cả số liệu thống kê thu thập được về 5 dạng VT này sẽ được kiểm định bằng các thuật toán thông kê để xác định liệu nhận dạng này có phản ánh được đầy đủ các VTPMPT hay không, có giá trị trong tiên lượng, hướng điều trị, kết quả xấu đẹp của mỗi BN hay không.

Phương pháp thu thập xử lý số liệu

Thu thập số liệu được thực hiện theo các biểu mẫu thống nhất. Số liệu được nhập liệu và xử lý thống kê bằng phần mềm SPSS 17.0 (Statistical Products for the Social Service). Test χ^2 , test T- Student được dùng để so sánh sự khác biệt giữa các biến số, Sự khác nhau có ý nghĩa thống kê khi $p < 0,05$.

KẾT QUẢ

Từ tháng 11/2004 đến hết tháng 12/2008 có 703 BN CTHM vào điều trị nội trú tại BV Việt Đức. Số BN có VTPMPT hàm mặt là 118 BN chiếm tỷ lệ 16,8% tổng số CTHM.

Độ tuổi nhiều nhất từ 18- 39 tuổi: 68,7%, sau đó từ 40- 60 tuổi (27,4%). Nam 83,9% và nữ chiếm 16,1%. Nguyên nhân chủ yếu VTPMPT là do TNGT (86,4%), tiếp sau đó là TNSH (15,6%), tất cả đều do bị chém bằng dao hoặc mã tấu. So sánh với các nghiên cứu về tình hình CTHM tại Việt Nam thì nhóm BN này cũng có đặc điểm dịch tễ học tương tự, chấn thương hay gặp ở người trẻ tuổi, nam nhiều hơn nữ và chủ yếu do TNGT [1], [2].

Trong số 118 VT, nhiều nhất là nhóm VT chéo dọc dạng X (30,5%), sau đó là nhóm VTPMPT dạng chu vi O (28%), nhóm VT ngang dạng A (14,4%), nhóm trực tiếp dạng I (13,6%) và nhóm do chém dạng C (13,6%).

Bảng 1: Liên quan của nhận dạng MOXAIC với các phương pháp sơ cấp cứu đường thở, mức độ CTSN, tỉ lệ % vỡ nhãn cầu và vỡ xương trán (n=118)

VTPMPT MOXAIC	CC đường thở		Điểm Glasgow		Vỡ nhãn cầu		Vỡ xg trán	
	Có	Không	3-8đ	9-15đ	Có	Không	Có	Không
O chu vi	9,1	90,9	18,2	81,8	9,1	90,9	24,2	75,8
X chéo dọc	5,6	94,4	8,3	91,7	25,0	75,0	61,1	38,9
A ngang	29,4	70,6	47,1	52,9	11,8	88,2	17,6	82,4
I trực tiếp	37,5	62,5	6,3	93,8	12,5	87,5	31,3	68,7
C chém	0	100	0,0	100,0	12,5	87,5	18,8	81,2

Tỷ lệ BN cần can thiệp đặt cấp cứu đường thở, đặt nội khí quản (NKQ), mở khí quản để chống suy hô hấp cao nhất ở nhóm VT dạng I và A chiếm 37,5% và 29,4% trong khi đó với nhóm O, X, C chỉ chiếm 9,1%, 5,6% và 0%.

Có tới 47,1% số BN ở nhóm A có Glasgow 3-8 đ tức là mức CTSN nặng. Tỷ lệ này cao hơn hẳn các nhóm còn lại chỉ từ 0-18%. ($p < 0,05$).

Nhóm X có tỷ lệ vỡ nhãn cầu nhiều nhất 25%. So với các nhóm khác thì tỷ lệ này cao hơn rõ rệt.

Tương tự như vậy 61,1% BN nhóm VT dạng X có vỡ xương trán, cao hơn nhiều so với tỷ lệ của các nhóm khác. Như vậy các VT dạng X có thể gây các tổn thương nặng nề, di chứng nhiều cho mắt và cho xương trán, tổ chức não và màng não.

Trong số 118 bệnh nhân VTPMPT được phẫu thuật, có 3 BN tử vong, 11 BN mất tin, chúng tôi chỉ theo dõi được 104 BN sau mổ ít nhất 6 tháng đến 56 tháng. Do đó các kết quả xa sau mổ chỉ được tính trên 104 BN.

Có 30 BN có các di chứng tại chỗ bao gồm sẹo xấu phần mềm, xương cal lệch, mặt không cân đối, khuyết xương sọ vùng trán, thẩm mỹ vùng mắt không tốt bao gồm mắt giả không đẹp, lõm ổ mắt, trề mí, sụp mí, góc mắt trong lệch. Tỷ lệ số BN có di chứng ở nhóm X và I từ 43-44% cao hơn nhiều so với các nhóm khác trong nghiên cứu (12-18%). ($p < 0,05$).

Bảng 2: Liên quan nhận dạng MOXAIC với kết quả xa sau mổ (n=104)

Dạng VTPMPT theo MOXAIC	Tốt		Khá		Xấu		Số lượng
	n	%	n	%	n	%	
O chu vi	20	83.4	2	8.3	2	8.3	24
X chéo dọc	19	55.9	11	32.4	4	11.7	34
A ngang	13	81.2	2	12.5	1	6.3	16
I trực tiếp	8	57.1	4	28.6	2	14.3	14
C chém	14	87.5	2	12.5	0	0.0	16
Tổng số	74	71.2	21	20.1	9	8.7	104

Nhóm VT dạng O, A, C có tỷ lệ kết quả tốt từ 81-88% cao hơn so với nhóm X, I (chỉ khoảng 56-57%). Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê $p = 0,03$. Điều này phù hợp với giả thiết phân loại MOXAIC cho phép tiên lượng được kết quả của điều trị.

BÀN LUẬN

Cho đến nay nhiều tác giả đã và đang cố gắng đưa ra một phân loại chung cho vết thương phần mềm hàm mặt để thống nhất được hướng điều trị cũng như tiên lượng về mức độ nặng, di chứng biến chứng. Còn phân loại hoặc nhận dạng của các VTPMPT hàm mặt thì rất ít được nhắc tới [2], [4], [8].

Hussain nghiên cứu tiến cứu trên 950 BN CTHM đã đề nghị một hệ thống phân loại đánh giá. Ông chia vùng đầu mặt cổ ra 43 vùng riêng biệt dựa theo các vùng giải phẫu khác nhau. Mức độ nặng của tổn thương chia thành các mức dựa vào kích thước: nhỏ VT < 2cm, trung bình VT 2 – 4 cm, rộng VT > 4cm. Dựa theo nông sâu: một phần da, hay toàn bộ chiều dày, đến lớp cơ hay đến tận xương. Cách phân loại này cho phép người sử dụng xác định rõ, chính xác mức độ trầm trọng của từng tổn thương và giảm được sự sai số giữa từng nhóm người sử dụng. Tuy nhiên việc sử dụng vẫn còn rất hạn chế do rất khó khăn để làm quen với 43 vùng giải phẫu [5], [8].

Tác giả Manson, Lee ở Maryland, nghiên cứu thực nghiệm về các kiểu, dạng của VT phần mềm hàm mặt do chấn thương bởi các vật tù, tày gây ra. Ông dùng 1 dụng cụ nặng 10kg cho rơi vào các vùng trên mặt của các xác tươi, tốc độ 3,6m/s (8mi/h), ghi nhận các VT trên da. Với 19 xác tươi ông thu được 106 VT để nghiên cứu, phân loại. Kết luận là các VT phần mềm do va đập thường liên quan chặt với hướng của đường căng da. Nguyên nhân do cấu trúc của tổ chức liên kết, các bó collagen, vi mạch nằm song song với đường căng da và khi bị chấn thương da sẽ rách theo đường này để làm giảm thiểu tối đa các sang chấn cho cấu trúc mạch ở dưới [6].

Tác giả Lee sau đó đã đề xuất một thang điểm phân loại đơn giản hơn so với Hussain gọi là MCFONTZL dựa vào 11 vùng giải phẫu trên mặt, và cho điểm theo mức độ: nông sâu, hướng VT so với đường căng da, kích thước, tính chất VT. Về các vùng giải phẫu: M: Maxilla, C: Chin, F: Forehead, O: Orbit, N: nose, T: temple, Z: zygom, L: lip.... Độ nông sâu: xây sát da: 0 điểm, da 1đ, lớp mỡ dưới da 2đ, cơ 3đ, xương 4đ. Hướng VT trùng với đường căng da 0đ, ngược lại 1đ. Chiều dài VT tính theo cm. Tính chất VT, mức độ mất tổ chức: không mất 0đ, 1cm 1đ, 2cm

2đ, 3cm 3đ. Ngoài việc cho phép đánh giá được mức độ nặng nhẹ của từng tổn thương nó còn giảm được sai số giữa các nhóm sử dụng. Mặc dù đã đơn giản hơn tuy nhiên cách tính này vẫn phải dựa vào việc vẽ sơ đồ, nhân hệ số nên cũng chưa được áp dụng rộng rãi [7]. Các tác giả đề nghị cần có những nghiên cứu trên lâm sàng, chụp ảnh tất cả các VT để tiếp tục cải tiến hoàn thiện thang điểm và cách phân loại này.

Ở Việt Nam chúng tôi thấy có rất ít nghiên cứu về phân loại cho vết thương phần mềm hàm mặt, còn nghiên cứu về phân loại cho các VTPMPT hàm mặt thì hầu như không có. Trong nghiên cứu này chúng tôi có tới 104 VTPMPT (≥ 10 cm), được chụp ảnh đầy đủ trước mổ và sau mổ, theo dõi ít nhất 6 tháng, đây cũng là một lý do khiến chúng tôi mạnh dạn đưa ra một vài nhận xét về các dạng vết thương phần mềm phức tạp hàm mặt thường gặp [2].

Về số dạng: bao gồm 5 dạng: VT chu vi dạng O, VT chéo mặt dạng X, VT ngang mặt dạng A, VT trực tiếp dạng I, VT chém dạng C. Với 5 dạng VT là đã đủ bao quát hết tất cả các dạng tổn thương trên mặt. Số dạng VT ít (5 dạng) cũng sẽ tiện lợi cho việc ghi nhớ, áp dụng.

Về khả năng cho biết về mức độ nặng nhẹ, thái độ xử trí và tiên lượng khi áp dụng nhận dạng này:

VT chu vi dạng O có thể coi là ít phức tạp nhất, mức độ nặng tùy thuộc vào vị trí tổn thương. Vùng cổ có thể nguy hiểm đến tính mạng khi VT cắt vào các mạch lớn, vùng má chú ý TK VII ống Stenon. Còn các vùng khác thì VT cũng không quá nặng. VT dạng O có kết quả tốt lên đến 83,4%, cao hơn nhiều nhóm X, I (Hình 1) (Bảng 2).

Với VT chéo mặt dạng X: VT thường đi qua nhiều vùng giải phẫu như trán, mắt, mũi hoặc má. Các VT dạng này không nguy hiểm ngay đến tính mạng, khi điều trị cần có sự phối hợp nhiều chuyên khoa và ngay cả khi được phối hợp tốt thì tỷ lệ kết quả khá và xấu vẫn rất nhiều, lên đến 44,1% (Bảng 3.2). Nguyên nhân do xương trán hay bị vỡ vụn phải bỏ đi khi phẫu thuật, do nhãn cầu hay bị mức bỏ nên kết quả giải phẫu và thẩm mỹ không bao giờ cao (Bảng 3.1). (Hình 2).

VT ngang dạng A: VT đi qua má-mũi-má hoặc má-môi-má nên có khả năng gây nguy hiểm tính mạng rất nhanh do chảy máu, di lệch chèn ép đường thở. Khi điều trị VT dạng A không cần phối hợp nhiều chuyên khoa như trong điều trị VT dạng X, nhưng nó đòi hỏi cấp cứu hô hấp nhanh chóng khẩn trương hơn nhiều. Có tới 47,1% số BN có VT dạng A mê sâu (G 3-8 đ) và 29,4% cần đặt NKQ, MKQ cấp cứu, cao hơn nhiều các dạng O, X, C. (Bảng 3.1.). Tuy nhiên kết quả sau mổ lại rất tốt, lên đến 81,2%, (Bảng 2) vì hầu như các VT đều nằm trên đường căng da (Hình 2.3).

VT trực tiếp dạng I: gây ra do chấn thương mạnh, trực diện thường rất nguy hiểm, nếu là vật tày sẽ gây dập nát da và tổ chức dưới da như cơ, xương thành nhiều mảnh. Nếu do cạnh sắc như đũa trực tiếp vào giải phẫu cách hoặc thành xe ô tô, công nông thì sẽ cắt qua toàn bộ các lớp da, xương giống như bở đôi mặt. VT dạng này thường chảy máu nhiều, chèn ép hô

hấp nhanh nên cũng yêu cầu cấp cứu khẩn cấp và kết quả chức năng, thẩm mỹ cũng chỉ ở mức trung bình, khá (Hình 4). Tỷ lệ đặt NKQ hay mở KQ trong sơ cấp cứu của nhóm I lên đến 37,5% cao hơn hẳn 3 nhóm X, O, C (Bảng 1). Có tới 43% BN có biến chứng, di chứng cho thấy tính chất nặng nề của nhóm này.

VT bị chêm dạng C: VT thường ở bên trái, chảy máu rất nhiều kể cả khi đã được băng ép. Cần chú ý tổn thương TK VII, ống tuyến nước bọt. Nếu xử trí sớm, triệt để thì kết quả giải phẫu, chức năng, thẩm mỹ rất tốt, lên đến 87,5% (Bảng 2) (Hình 5). Lee R., Manson P. Ở Baltimore, Maryland cho rằng do cấu trúc của da, các tổ chức liên kết, các bó collagen, các cấu trúc mạch thường song song với đường căng da và khi bị chấn thương da sẽ rách theo đường này để làm giảm thiểu tối đa các sang chấn cho cấu trúc mạch ở dưới [6]. Đây có thể là lý do tại sao khi các VTPMPT do va đập thường ít chảy máu. Còn các VTPMPT do chêm gây đứt ngang qua toàn bộ các cấu trúc mạch nên khả năng tự cầm máu kém hơn, gây nên hiện tượng chảy máu ồ ạt khó cầm, cần sơ cứu nhanh, phẫu thuật sớm.

Nhận dạng VTPMPT theo MOXAIC có liên quan mật thiết tới kết quả sau phẫu thuật (Bảng 3.2). Các VT dạng X có kết quả khá và xấu cao hơn các nhóm khác. Và đây cũng là nhóm có tỷ lệ di chứng khuyết xương trán, sụp mí, lõm mắt cao nhất. Các VT dạng I do chấn thương trực tiếp hoặc đập nát hoặc cắt đứt nhiều cơ quan bộ phận nên kết quả sau mổ cũng không cao. Tỷ lệ số BN có di chứng ở nhóm X và I từ 43-44% cao hơn nhiều so với các nhóm khác trong NC. ($p < 0,05$). Nhận dạng MOXAIC có giá trị tiên lượng đến di chứng sau mổ.

Về mức độ tin cậy chúng tôi đã thử tiến hành nhận dạng 104 VTPMPT bởi các nhóm đối tượng khác nhau, bao gồm nhóm phẫu thuật viên, bác sỹ nội trú, sinh viên dựa vào xem ảnh BN và các tiêu chuẩn nhận dạng thì tỷ lệ số lượng các VTPMPT trong các dạng gần như phù hợp nhau, rất ít sai số.

Hiện nay tại khoa Tạo hình – Hàm mặt BV Việt Đức, chúng tôi đang thử áp dụng phương thức nhận dạng này trong thực tế lâm sàng. Khi cấp cứu một VTPMPT, phẫu thuật viên sẽ xác định ngay đây là VTPMPT dạng nào. Nếu VT dạng A, dạng I, cần chỉ định ngay việc đặt ống NKQ hoặc mở KQ, VT dạng X cần mời thêm chuyên khoa mắt, phẫu thuật TK. Báo cho nhân viên phòng mổ chuẩn bị các loại dụng cụ chuyên khoa. Giải thích cho gia đình biết về kế hoạch phẫu thuật và khả năng các kết quả sau này cũng như các biến chứng di chứng có thể xảy ra tùy theo dạng VTPMPT của bệnh nhân.

Trong quá trình nghiên cứu, nhận dạng các VTPMPT theo MOXAIC cũng còn một số nhược điểm như: nhóm VT dạng I đã phải gộp cả VT va đập trực tiếp do vật sắc và vật tày vào 1 nhóm mới có số lượng đủ lớn để so sánh, các VT dạng I thường nặng và nguy cấp đến tính mạng nhưng nếu VT lên cao đến tận trán hoặc chéo sang mắt có thể bị nhầm với dạng X, nếu người định dạng không khai thác tốt bệnh sử, cơ chế tai nạn và thăm khám đầy đủ.

KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu bước đầu nhận dạng cho 118 VTPMPT hàm mặt tại BV Việt Đức từ tháng 11/2004 đến 12/2008 chúng tôi xin rút ra một số kết luận như sau: Dựa vào hình dạng, hướng VT, số lượng vùng giải phẫu trên mặt mà VT đi qua, tính chất nguy hiểm, cấp cứu của từng VT, hướng điều trị, kết quả điều trị và tiên lượng, có thể xếp các VTPMPT vào 5 dạng sau đây:

+ VT chu vi, dạng O: VT không quá nặng, kết quả tốt 83,4%.

+ VT chéo dọc, dạng X: điều trị cần phối hợp nhiều chuyên khoa, nhưng kết quả vẫn không cao, chỉ 55,9% đạt kết quả tốt.

+ VT ngang, dạng A: cấp cứu đường thở đặc biệt quan trọng, trong điều trị không cần phối hợp chuyên khoa, kết quả xa tốt 81,2%.

+ VT trực tiếp, dạng I: chú ý cấp cứu đường thở, chảy máu, kết quả điều trị thường không cao, chỉ có 57,1% đạt tốt.

+ VT do bị Chêm, dạng C: chú ý sơ cứu, khâu cầm máu, băng ép. Điều trị sớm, triệt để, đúng thì kết quả rất tốt (Tốt đạt 87,5%).

Cách nhận dạng VT phần Mềm phức tạp trên đây có thể đặt tên là MOXAIC.

Đây là một cách nhận dạng có tính ứng dụng cao, dễ sử dụng, cho phép chẩn đoán, đánh giá tiên lượng được các VTPMPT. Tuy nhiên cần có sự đóng góp ý kiến, sửa chữa của các chuyên gia đầu ngành và nhiều nghiên cứu với số lượng BN lớn hơn để phát triển nhận dạng này thành một phân loại các vết thương phần mềm phức tạp hàm mặt.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Hồng Hà, Nguyễn Bắc Hùng (2009), "Kết quả điều trị sớm các tổn thương thần kinh VII và ống tuyến mang tai bằng kỹ thuật vi phẫu", *Y học thực hành*, 9(2): tr. 16-20.
2. Nguyễn Văn Long (2000), "Nhận xét hình ảnh lâm sàng phương pháp điều trị chấn thương phần mềm vùng hàm mặt", *Luận văn Thạc sỹ Y học*, Đại học Y khoa Hà Nội.
3. Nguyễn Hữu Tú (2003), "Bảng điểm Glasgow, bảng điểm chấn thương, bảng điểm chấn thương sửa đổi trong phân loại và tiên lượng chấn thương sọ não đơn thuần và chấn thương sọ não có tổn thương phối hợp", *Ngoại khoa*, 6(53): tr. 7-11.
4. Bagheri, S.C., et al. (2006), "Application of a facial injury severity scale in craniomaxillofacial trauma", *J Oral Maxillofac Surg*, 64(3): p. 408-14.
5. Hussain, K., et al. (1994), "A comprehensive analysis of craniofacial trauma". *J Trauma*, 36(1): p. 34-47.
6. Lee, R.H., et al. (1997), "Patterns of facial laceration from blunt trauma". *Plast Reconstr Surg*, 99(6): p. 1544-54.
7. Lee, R.H., et al. (1999), "The MCFONTZL classification system for soft-tissue injuries to the face". *Plast Reconstr Surg*, 103(4): p. 1150-7.
8. Zhang, J., et al. (2006), "Maxillofacial Injury Severity Score: proposal of a new scoring system". *Int J Oral Maxillofac Surg*, 35(2): p. 109-14.