

# KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ TỔN THƯƠNG TUYẾN VÀ ỐNG TUYẾN MANG TAI TRONG VẾT THƯƠNG PHẦN MỀM PHỨC TẠP ĐẦU MẶT CỔ

NGUYỄN HỒNG HÀ - *Bệnh viện Việt Đức Hà Nội*  
NGUYỄN BẮC HÙNG - *Viện nghiên cứu khoa học Y Dược lâm sàng 108*

## TÓM TẮT

**Giới thiệu:** Tổn thương ống Stenon và tuyến mang tai nếu không được chẩn đoán và điều trị kịp thời có thể để lại các biến chứng và di chứng nặng nề cho người bệnh. Tác giả muốn thông báo kết quả điều trị các tổn thương trên tại bệnh viện Việt Đức cũng như xem xét y văn nhằm hệ thống lại các phương pháp chẩn đoán điều trị loại tổn thương phức tạp này.

**Đối tượng và phương pháp:** 23 Vết thương phần mềm phức tạp (VTPMPT) được phẫu thuật tổn thương tuyến, ống tuyến mang tai từ tháng 11/2004 đến 11/2008. Tất cả các bệnh nhân (BN) được thăm khám lâm sàng, chẩn đoán hình ảnh đầy đủ toàn diện trước mổ. Phẫu thuật và theo dõi kết quả cũng như các biến chứng ít nhất 6 tháng sau mổ.

**Kết quả:** Có 21 nam, 2 nữ, tuổi từ 19 đến 62. Về nguyên nhân: 43,5% do TNGT và 56,5% do tai nạn sinh hoạt chủ yếu là do chém bằng dao hoặc kiếm. Gãy xương: 56,5% số BN có gãy xương mặt. Có 52,2% có chấn thương phối hợp, từ gãy nhiều xương đến CTSN, CT ngược... 52,2% có VT một hoặc nhiều nhánh của thần kinh VII. Số BN được mổ sớm trong 48h đầu là 95,6%. Về kết quả 91,3% kết quả tốt, 4,35% khá, 4,35% kém.

**Kết luận:** Các VTPMPT kèm theo tổn thương ống, tuyến, TK VII có thể chỉ được phát hiện và xử lý ở giai đoạn muộn. Việc bỏ sót các tổn thương này gây ra các biến chứng, di chứng nặng nề về chức năng, thẩm mỹ. Dựa vào kết quả điều trị 23 BN và tham khảo y văn, chúng tôi nhận thấy phục hồi lại sự toàn vẹn của ống tuyến bằng kỹ thuật vi phẫu là phương pháp tối ưu trong điều trị. Sự cảnh giác cao trước các VT vùng mang tai, sự kết hợp chặt chẽ giữa các chuyên khoa cho phép chẩn đoán xử trí các tổn thương ống, tuyến mang tai trong thời gian sớm nhất để có được kết quả tốt nhất.

Từ khoá: ống Stenon, tuyến mang tai

## ĐẶT VẤN ĐỀ

### 1. Tìm hiểu y văn.

Với nhiều báo cáo, nhiều phương pháp chứng tỏ rằng các chấn thương tuyến, ống Stenon thường hay bị bỏ sót. Để có được sự phục hồi chức năng tối đa của tuyến và tránh các biến chứng nêu trên điều quan trọng là phải phát hiện chẩn đoán sớm để có thể sửa chữa khâu nối tổn thương ngay thì đầu.

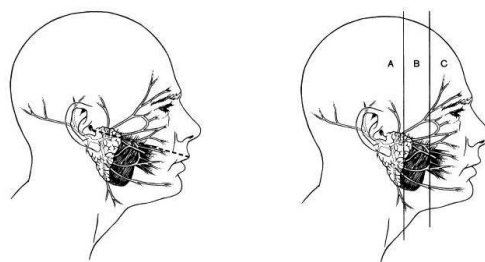
Tại Việt Nam chúng tôi đã tìm thấy những báo cáo chung về tình hình VT hàm mặt nhưng chưa thấy có báo cáo chi tiết nào về xử trí các VTPMPT vùng đầu mặt cổ, nhất là xử trí sớm các thương tổn TK VII, tuyến nước bọt, ống Stenon. Vì vậy các tác giả muốn

viết bài báo này nhằm thông báo kết quả điều trị các tổn thương ống và tuyến mang tai tại BV Việt Đức cũng như xem xét y văn nhằm hệ thống lại các phương pháp chẩn đoán điều trị loại tổn thương phức tạp này. [1]

## 2. Nhắc lại giải phẫu.

Tuyến nước bọt mang tai nằm trong khu mang tai. gồm thùy nông và thùy sâu, toàn bộ tuyến được bao phủ bởi cân mang tai- căn chính là phần kéo dài của cân cổ sâu. ống tuyến mang tai hay còn gọi là ống Stenon dài 5-7 cm. Nó liên quan mật thiết với đm ngang mặt và nhánh miệng của dây Tk VII. Tới bờ trước của cơ cắn nó đi xuyên vào trong qua cục mỡ Bichat, qua cơ nút vào niêm mạc miệng ngang mức cổ răng hàm trên 6,7. Đường đi của ống gần như trùng với đường nối từ gờ bình tai đến điểm giữa môi trên. Van Sickels phân loại chất thương ống tuyến theo ba đoạn A,B, C. Đoạn A bao gồm những chấn thương phần trung tâm đến bờ sau cơ cắn. Đoạn B phần ống chạy trên cơ cắn. Đoạn C là những chấn thương ở trước cơ cắn.

Việc phân chia này có ứng dụng trong chẩn đoán xử trí trên lâm sàng. Ví dụ: những tổn thương vùng tuyến có thể điều trị bằng cách khâu kín vỏ bao, những tổn thương trên cơ cắn cần được khâu nối, những tổn thương đoạn C có thể xử trí bằng khâu nối hoặc tạo đường dò vào khoang miệng. [5-7]



H1. Đường chuẩn đích ống Stenon và sự phân chia 3 đoạn ABC theo Van Sickels

## ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

### 1. Đối tượng.

Các BN được chẩn đoán tổn thương ống tuyến và tuyến mang tai, được phẫu thuật và điều trị từ 11/2004 đến 11/2008. Bệnh nhân được theo dõi kết quả sau mổ ít nhất 6 tháng. Tổng số 23 đã được lấy vào nghiên cứu. Trong đó 22 bệnh nhân được mổ cấp

cứu sớm trong vòng 48h đầu ngay sau tai nạn. 1 bệnh nhân đến muộn 10 ngày sau tai nạn khi mà vết thương đã hình thành ổ áp xe do mủ, dịch nước bọt ra ngoài.

Tất cả các bn đều được thăm khám toàn diện làm các xét nghiệm cần thiết trước mổ..

## 2. Phương pháp.

### 2.1 Thăm khám tại phòng mổ.

Tất cả những bệnh nhân có vết thương vùng má đều được kiểm tra phát hiện các tổn thương ống Stenon, tuyến mang tai, các nhánh của thần kinh mặt và đm ngang mặt.

Cần thăm khám phát hiện các tổn thương dây thần kinh số VII vì nó thường xuyên đi kèm với chấn thương ống tuyến

### 2.2. Khâu nối ống tuyến.

\* *Khâu nối thì đầu:*

Sau khi đã xác định được đầu trung tâm và ngoại vi, 2 phần đầu ống sẽ được phẫu tích rời khỏi tổ chức xung quanh sao cho khi ráp nối 2 đầu không bị căng.

\* *Chuyển hướng dẫn lưu vào khoang miệng:*

Trong trường hợp tổn thương dập nát nhiều hoặc tổn thương xa ở phần ngoại vi của ống đôi khi việc khâu nối là không thể, phần trung tâm của ống sẽ được chuyển hướng dẫn lưu vào khoang miệng qua một lỗ mới.

\* *Thắt đầu trung tâm của ống tuyến*

Cho trường hợp tổn thương dập nát nhiều mất đoạn tổ chức dài sẽ không dẫn lưu và miệng được.

\* *Điều trị tổn thương tuyến:*

Các vết thương vỏ bao tuyến được phát hiện, làm sạch rồi khâu lại. sau đó cần băng ép trên mặt 48h để làm giảm nguy cơ tạo nang nước bọt.

\* *Điều trị muộn*

1 BN đến muộn đã tạo thành ổ áp xe, chúng tôi tiến hành mổ lại, không thể tìm thấy ống tuyến trong tổ chức viêm hoại tử do đó phải dẫn lưu toàn bộ ổ áp xe vào khoang miệng. Băng ép đỉnh cằm, đặt sonde da dày cho ăn qua sonde 1 tuần.

### 3. Theo dõi đánh giá sau mổ.

Sau mổ tất cả được hẹn khám lại sau 3 tuần, 6 tuần, 3 tháng, 6 tháng theo dõi sự lành thương và các biến chứng di chứng muộn

Kết quả về điều trị tổn thương ống tuyến được đánh giá là Tốt: VT liền sẹo thì đầu, không biến chứng. Khá: có hiện tượng dò nước bọt nhưng liên VT không để lại di chứng. Kém: dò nước bọt kéo dài, sẹo co kéo, ảnh hưởng đến thẩm mỹ.

Chụp ống tuyến mang tai (Scialographie): Chụp kiểm tra sau mổ xác định sự thông suốt của ống tuyến.

### KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN

Trong thời gian 4 năm 1/2004-11/2008 chúng tôi đã tiến hành phẫu thuật và điều trị cho 23 bệnh nhân VTPMPT có tổn thương ống tuyến và tuyến mang tai.

Bảng sau cho thấy tóm tắt số liệu các nguyên nhân cơ chế tổn thương, tuổi, vị trí giải phẫu, vỡ hở xương sọ mặt cùng VT và các CTPH khác nếu có.

STT	Nhân TN	Tuổi	Tổn thương	Xương Sọ Mặt			CT Phổi Hợp
				T	G	D	
1	GT	49	MTT, StT		1	1	CTSN 12đ
2	GT	31	StT			1	XG, CTSN 13đ
3	SH	56	MTT				
4	GT	35	MTT			1	
5	GT	25	MTT				XG, Đám rối cổ
6	SH	23	MTT				
7	GT	45	MTT				
8	SH	37	MTT			1	
9	SH	45	StT			1	
10	GT	42	StT		1	1	CTSN 10đ
11	GT	47	StT		1		
12	SH	46	MTT				
13	GT	38	MTT			1	CTCS, CTSN 9đ
14	GT	20	MTP		1	1	CTSN 6đ, CTNK
15	SH	40	MTT, StT				
16	SH	26	MTT				CTNK
17	SH	24	MTT				Đm cảnh Trong T
18	SH	43	MTP	1	1		Mắt
19	GT	33	StP		1		CTNK, XG
20	SH	58	MTT				XG
21	SH	62	MTT, StT			1	
22	SH	19	MTT	1		1	CTSN 12đ
23	SH	39	MTT, StT				

Chú thích: Nhân TN: Nguyên nhân tai nạn, GT: giao thông, SH: sinh hoạt

Tổn thương: MT: Mang tai, St: Stenon, T: Trái, P: Phải

Xương sọ mặt: T: tầng trên, G: tầng giữa, D: tầng dưới

CT phổi hợp: Chấn thương phổi hợp: CTSN, CTNK, XG: gãy xương chi

Tuổi của các bệnh nhân từ 19 đến 62 tuổi, trung bình là 38. Có 21 bệnh nhân nam, 2 bệnh nhân nữ. Các tỉ lệ về giới tính, tuổi tác phù hợp với các thống kê về tình hình chấn thương hàm mặt.[1]

Về nguyên nhân: 43,5% do TNGT và 56,5% do TNSH chủ yếu là do chém bằng dao hoặc kiếm. Đây đều là các chấn thương rất mạnh. Việc tăng cường đội mũ bảo hiểm trong giao thông cũng như giáo dục đạo đức trong thanh thiếu niên có thể góp phần làm giảm tỉ lệ các thương tật nặng nề này.

87% số BN có VT ở bên T, 13% P điều này phù hợp với cơ chế tổn thương, hầu hết các hung thủ thuận tay phải do đó đó khi chém sẽ gây VT phía T nạn nhân.

56,5% số BN có gãy xương mặt, tỉ lệ này gần như tương đương giữa nhóm TNGT và nhóm bị chém. Các vết chém một khi đứt đôi qua xương là những nhất chém có tính sát thương cao. Việc sơ cứu, cầm máu các vết thương đóng vai trò quan trọng và có thể cứu sống nhiều BN. Việc thăm khám đầy đủ toàn diện trong và ngoài mồm sẽ tránh bỏ sót tổn thương.

Chấn thương phối hợp: 52,2% có CTPH, từ gãy nhiều xương đến CTSN, CT ngực... Theo kinh điển nhiều khi người ta ưu tiên giải quyết các CTPH trước khi giải quyết đến các CTHM. Do đó không ít VTPMPT chỉ được khâu da định hướng, cầm máu thì đầu. Các tổn thương ống tuyến, TK thường bị bỏ sót hoặc để lại sửa chữa thì hai. Kết quả rất nhiều biến chứng và di chứng cũng như kéo dài thời gian điều trị và số lần phẫu thuật. Trong số BN của chúng tôi mặc dù quá nửa có CTPH nhưng có tới 95,6% mổ trước 48h, và chỉ có 4,4% tức là 1 BN do đến muộn sau 10 ngày ở giai đoạn đã có biến chứng apxe hóa. Với kết quả tốt (sẽ trình bày ở phần sau) trong nhóm nghiên cứu này, càng khẳng định hơn nữa quan điểm: Nếu trong điều kiện con người, trang thiết bị cho phép, có sự phối hợp tốt giữa các chuyên khoa như: PT thần kinh, lồng ngực, chấn thương, chẩn đoán hình ảnh, gây mê hồi sức với PT tạo hình, hàm mặt, chúng ta có thể tiến hành mổ sớm, toàn diện, triệt để các CTHM nặng, kể cả trên bệnh nhân đa chấn thương.

5 VT đứt ống Stenon đơn thuần và 4 VT đứt cả ống và tuyến, 14 VT tuyến đơn thuần. Việc sửa chữa các VT ống tuyến sẽ khó khăn hơn nhiều so với VT tuyến. Do đó việc có đến hơn 40% số BN có tổn thương ống Stenon cho thấy kỹ năng của phẫu thuật viên trong thăm khám, phẫu thuật có vai trò quan trọng. [5-7]

Tổn thương ống cần được nghi ngờ khi có VT cắt ngang qua đường chuẩn đích bình tai – môi trên. Nếu việc tìm kiếm đầu xa khó khăn ta có thể luồn catheter nhỏ vào lỗ ống trong miệng đi ngược dòng về phía tuyến để xác định đầu xa. (Steinberg 7 Sickels). Một khi đầu xa đã tìm thấy việc tìm đầu gần hay đầu trung tâm trong các vết thương sắc gọn là khá dễ dàng, bằng cách kéo hai mép vết thương vào nhau và tìm theo hướng đầu dò đã đưa vào từ đầu xa. Khi VT dập nát có thể tiêm ngược dòng xanh metylen để chẩn đoán tổn thương ống tuyến. [5-7]

Khâu nối thì đầu khi có thể là sự lựa chọn tối ưu. Nó thích hợp nhất trong trường hợp tổn thương vùng B, VT sắc gọn ít hoặc không gây mất đoạn tổ chức Cần hết sức cẩn thận tránh nhánh miệng của dây TK VII và đm ngang mặt. Có thể khâu nối trên ống catheter silicone với chỉ nylon 8-0, 9-0. Lưu sonde khoảng 10-14 ngày tránh hẹp miệng nối. [5]

Đường kính ngoài ống khoảng 2-3 mm nhưng thực chất đường kính trong nhỏ hơn nhiều. Khâu nối trên ống sonde tránh được khâu vào thành sau. Việc sử dụng kính phóng đại tăng độ chính xác, các dụng cụ tinh tế, kim chỉ nhỏ làm giảm chấn thương lớp nội mạc đã làm tăng tỉ lệ thành công. [3] Gần đây hầu hết các phẫu thuật viên đồng ý rằng khâu nối bằng kỹ thuật vi phẫu thuật là phương pháp tối ưu. Mới đây một số tác

giả đã sử dụng ghép tĩnh mạch trong những trường hợp mất đoạn ống trên người cho thấy kết quả rất khả quan. [5, 7]

Chuyển hướng dẫn lưu vào khoang miệng: khi dập nát nhiều hoặc tổn thương ở phần ngoại vi của ống (đoạn C) việc khâu nối là không thể, phần trung tâm của ống sẽ được chuyển hướng đưa qua cơ mút vào miệng, biểu mô lòng ống sau đó được khâu vào niêm mạc bằng chỉ nylon 8-0.

Thắt đầu trung tâm ống: tổn thương đung dập nhiều mất đoạn tổ chức dài sẽ không dẫn lưu và miệng được. Băng ép, các thuốc ức chế tiết nước bọt cũng có thể được sử dụng thêm vào làm giảm chức năng tiết nước bọt của tuyến. [6]

Điều trị tổn thương tuyến:

Các VT tuyến thường dễ điều trị hơn VT ống tuyến. Vỏ bao tuyến cần làm sạch rồi khâu lại. sau đó cần băng ép trên mặt 48h để làm giảm nguy cơ tạo nang nước bọt. Nếu nước bọt bị ứ lại cần chỉ định chọc hút. Các VT rộng có thể gây phù nề tuyến nhiều gây hẹp tắc ống Stenon. Trong trường hợp này nên đưa 1 ống thông vào lòng ống rồi lưu lại một tuần [5].

1 BN VT chéo má T, đến muộn sau 10 ngày do đã được khâu tại BV huyện, sau mổ xuất hiện sưng tấy vùng má và sau 1 tuần chảy mủ qua VT. BN được chuyển đến BV Việt Đức cùng với phim CT Scanner hàm mặt với hình ảnh khối apxe lớn vùng má. Khi kiểm tra chúng tôi chỉ tìm thấy đầu ngoại vi nhờ kim luồn ngược dòng từ trong miệng vào. Đầu trung tâm không thể tìm được do tổ chức viêm, hoại tử. Chúng tôi đành phải tạo một đường dẫn lưu ở apxe vào trong miệng sau khi đã bơm rửa và nạo sạch. Khâu kỹ VT da và băng ép sau mổ. Tuy apxe không xuất hiện lần nữa nhưng sau mổ BN vẫn xuất hiện dò nước bọt qua vết mổ. Băng ép vết thương kéo dài 4 tuần, cuối cùng hiện tượng dò cũng kết thúc để lại vết sẹo co kéo sơ hóa trên mặt.

Nang kyst nước bọt được điều trị bằng chọc hút qua da nhiều lần sau đó băng ép bên ngoài làm cho tuyến teo nhỏ. Trong thời gian này cần phối hợp các thuốc ức chế tiết nước bọt. Một số tác giả còn khuyên nên áp dụng chế độ ăn qua đường tĩnh mạch làm giảm kích thích tiết nước bọt của tuyến. [6-9] Trong trường hợp điều trị bảo tồn không hiệu quả cần chỉ định mổ. Nếu có thể cố gắng khâu nối lại ống tuyến, nếu không thể được thì bước tiếp theo là tìm và thắt đầu trung tâm của ống tuyến. Những biện pháp can thiệp mạnh hơn bao gồm phẫu thuật cắt bỏ thùy nông hay toàn bộ tuyến hoặc chiếu tia xạ làm nhu mô tuyến sơ hóa ngừng chế tiết nước bọt. Tuy nhiên do có sự hiểu biết về các tác dụng phụ tại chỗ của tia xạ, nguy cơ ung thư hóa nên hiện có rất ít bệnh nhân được điều trị theo phương pháp này.

Phương pháp cắt dây thần kinh nhĩ (tympenic neurectomy) là phương pháp phẫu thuật ít nặng nề so với cắt bỏ tuyến mang tai được Leriche mô tả đầu tiên trong điều trị dò nước bọt mãn tính. Sự tái hoạt động của các bó sợi hay do cắt không hết là lý do thất bại điều trị hay kết quả điều trị không được lâu. [5]

## KẾT LUẬN

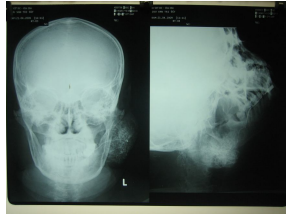
Các VTPMPT vùng má thường kèm theo tổn thương ống, tuyến mang tai, TK VII. Việc bỏ sót các tổn thương này gây ra các biến chứng, di chứng nặng nề chức năng, thẩm mỹ.

Dựa vào kết quả điều trị 23 BN và tham khảo y văn, chúng tôi nhận thấy phục hồi lại sự toàn vẹn của ống tuyến là điều cần bản để có được thành công trong điều trị. Việc tạo đường dò trực tiếp vào khoang miệng của những ống tuyến không khâu nối được có thể là cửa vào cho các vi khuẩn xâm nhập vào các tổ chức sâu trên mặt. Những tiến bộ trong vi phẫu thuật đã cho phép khâu nối ống tuyến, dưới kính phóng đại bằng các dụng cụ kim chỉ tinh tế, không chấn thương nặng tỉ lệ thành công của phẫu thuật lên rất cao.

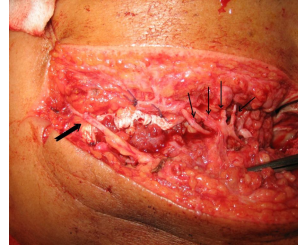
Việc kết hợp chặt chẽ giữa các chuyên khoa ngoại với chẩn đoán hình ảnh, gây mê hồi sức, phẫu thuật Tạo hình, Hàm mặt trong cấp cứu BN VTPMPT cho phép xử trí sửa chữa các tổn thương ống tuyến mang tai trong thời gian sớm nhất để có được kết quả tốt nhất.



H1: Bn nam, 62t, VTPMPT tổn thương ống tuyến, Tk VII T



H3: Kết quả chụp ống tuyến sau 6<sup>th</sup>, ống Stenon thông tốt



H2: Khâu nối ống Stenon (mũi tên to đậm), nối 4 nhánh Tk VII (mũi tên nhỏ)



H4: Kết quả VT liên sọ thì đầu ko biến chứng. Sau 4 năm, phục hồi các nhánh TK VII gần như bình thường.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Văn Long, *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, 2000.
2. Arnaud, S., et al., *Nonsurgical management of traumatic injuries of the parotid gland and duct using type a botulinum toxin*. *Plast Reconstr Surg*, 2006. **117**(7): p. 2426-30.
3. Hallock, G.G., *Microsurgical repair of the parotid duct*. *Microsurgery*, 1992. **13**(5): p. 243-6.
4. Lewis, G. and J.D. Knottenbelt, *Parotid duct injury: is immediate surgical repair necessary?* *Injury*, 1991. **22**(5): p. 407-9.
5. Lewkowicz, A.A., O. Hasson, and O. Nahlieli, *Traumatic injuries to the parotid gland and duct*. *J Oral Maxillofac Surg*, 2002. **60**(6): p. 676-80.
6. Revis, D., *Parotid duct injuries*. Emedecine, 2006.