

Biến chứng của phẫu thuật nội soi chức năng mũi xoang trong 10 năm tại khoa mũi xoang Bệnh viện Tai mũi họng Trung Ương

Võ Thanh Quang*; Nguyễn Hoàng Huy*

TÓM TẮT

Nghiên cứu thống kê mô tả, tiến cứu kết hợp với thực hành lâm sàng trên 1.008 bệnh nhân (BN) viêm xoang (VX) mạn tính được phẫu thuật nội soi (PTNS) chức năng xoang theo phương pháp mở khe giữa, mở xoang hàm tối thiểu, mở sàng - hàm, mở sàng - hàm - trán - bướm từ 1 - 2000 đến 1 - 2009 tại Bệnh viện Tai Mũi Họng TW.

Kết quả: tỷ lệ biến chứng chung 19,64%, bao gồm: dính hốc mỡ 8,53%, chảy máu vừa 3,17%, chảy máu nặng 0,6%, tràn khí dưới da 0,79%, phù nề mi mắt 1,19%, thoát vị mỡ ổ mắt 1,39%, tổn thương đường lệ 0,99%, tụ máu hốc mắt 1,49%, nhìn đôi tạm thời 0,49%, rò dịch não tủy 0,79%. Biến chứng gặp nhiều hơn ở nhóm VX có polyp mũi (72,22%) so với nhóm VX không có polyp mũi (27,78%). Tỷ lệ biến chứng trong nhóm phẫu thuật lại 31,72%, cao hơn nhóm phẫu thuật lần đầu (14,76%).

* Từ khóa: Viêm mũi xoang mạn tính; Biến chứng; Phẫu thuật nội soi chức năng xoang.

Complications of function endoscopic sinus surgery in 10 years in rhinology department, National ENT Hospital

SUMMARY

A prospective statistic, descriptive study was carried out on 1,008 chronic rhinosinusitis patients undergone function endoscopic sinus surgery (FESS), including: meatotomy, ethmoidectomy, maxillo-ethmoidectomy, maxillo-ethmoido-fronto-sphenoidectomy from 1 - 2000 to 1 - 2009 in National ENT Hospital. All complications were classified as minor and major complications and compared polyp group versus non polyp, primary surgery versus revision surgery.

Result: complication rate was 19.64%, including: synechia 8.53%, minimal bleeding 3.17%, severe bleeding 0.6%, subcutaneous emphysema 0.79%, palpebral edema 1.19%, orbital fat hernia 1.39%, orbital hematoma 1.49%, double vision 0.49%, CSF leak 0.79%. Complication rate was higher in polyp group (72.22%) compared to non polyp group (27.78%) and revision surgery (31.72%) compared to primary surgery (14.76%).

** Key word: Chronic rhinosinusitis; Complication; Function endoscopic sinus surgery.*

* Bệnh viện Tai Mũi Họng Trung Ương

Phản biện khoa học: TS. Nghiêm Đức Thuận

ĐẶT VẤN ĐỀ

Phẫu thuật nội soi chức năng mũi xoang (NSCNMX) ngày càng được áp dụng rộng rãi trong điều trị VX mạn tính trên thế giới cũng nh- ở Việt Nam, đã làm thay đổi hoàn toàn triết lý, nguyên tắc trong điều trị ngoại khoa VX và đem lại kết quả rất khả quan với tỷ lệ tốt và khá lên đến > 80%. Tuy nhiên, nh- các nhà phẫu thuật tiên phong trong lĩnh vực này đã từng nhận xét, đây là một trong những phẫu thuật nguy hiểm nhất của chuyên khoa tai mũi họng, luôn tiềm ẩn nguy cơ tai biến cao, với những biến chứng nặng nề, tổn hại nghiêm trọng đến sức khỏe ng- òi bệnh, thậm chí gây tử vong [2, 4, 7, 10]. Ở n- ớc ta, cùng với sự phát triển mạnh mẽ của phẫu thuật NSCNMX, tỷ lệ biến chứng của phẫu thuật cũng có xu hướng tăng lên trong những năm qua, trong đó có nhiều biến chứng nặng nh- rò dịch não tủy, nhìn đôi, mù mắt, thậm chí tử vong. Tr- ớc tình hình đó, chúng tôi tiến hành đề tài này với mục tiêu: *Nghiên cứu biến chứng của phẫu thuật NSCNMX trong 10 năm tại Khoa Mũi Xoang, Bệnh viện Tai Mũi Họng TW nhằm đóng góp một số kinh nghiệm cho các thầy thuốc khi tiến hành phẫu thuật.*

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu.

1008 BN VX mạn tính đ- ợc phẫu thuật NSCNMX tại Khoa Mũi Xoang, Bệnh viện Tai Mũi Họng TW từ tháng 01 - 2000 đến 01 - 2009.

2. Phương pháp nghiên cứu.

Sử dụng ph- ơng pháp nghiên cứu thống kê mô tả. BN đ- ợc khám nội soi đánh giá dị hình giải phẫu, tình trạng niêm mạc, tình trạng xuất tiết và độ polyp mũi; sau đó chụp cắt lớp vi tính xoang tr- ớc phẫu thuật theo các bình diện trán và ngang, không tiêm thuốc cản quang, với chiều dày lát cắt 3 - 5 mm. Phân loại mức độ VX dựa vào phim cắt lớp vi tính do Hội Tai Mũi Họng & Phẫu thuật Đầu cổ Hoa Kỳ (AAO-HNS) ban hành năm 1998.

Tiêu chuẩn chỉ định phẫu thuật: chỉ định cho những tr- ờng hợp: 1) VX mạn tính kéo dài > 6 tháng, điều trị nội khoa không kết quả; 2) có cản trở dẫn l- u phức hợp lỗ ngách do dị hình giải phẫu; 3) viêm phù nề niêm mạc xoang hoặc polyp xoang; 4) VX mạn tính có polyp mũi; 5) VX do răng.

Ph- ơng pháp phẫu thuật: tùy theo tình hình bệnh tích của mũi và xoang bị bệnh, mức độ VX và polyp mũi mà phẫu thuật theo những ph- ơng pháp khác nhau, gồm: phẫu thuật mở khe giữa đơn thuần, mở xoang hàm tối thiểu, mở sàng-hàm, mở sàng-hàm-trán-b- ớm và mở xoang b- ớm. Tất cả phẫu thuật đều thực hiện d- ới gây mê toàn thân.

Thống kê tất cả biến chứng trong và sau mổ theo mức độ từ nhẹ đến nặng:

Biến chứng nhẹ và vừa: chảy máu mức độ trung bình (chảy máu trong mổ > 400 ml hoặc phải dùng phẫu thuật vì chảy máu), thoát vị mỡ ổ mắt, phù nề mi mắt, tràn khí d- ới da, tổn th- ơng đ- ờng dẫn lệ, dính hốc mổ.

Biến chứng nặng: có tụ máu ổ mắt, rò dịch não tủy, nhìn đôi, chảy máu nặng (phải truyền máu). Sốt bệnh tích hoặc tái phát không đ- ợc coi là biến chứng.

Sắp xếp biến chứng theo loại, sau đó tìm hiểu tỷ lệ biến chứng theo từng loại PTNS và theo bệnh tích polyp mũi kèm theo.

Xử lý số liệu theo ph- ơng pháp thống kê y học, sử dụng ch- ơng trình SPSS 9.0.

KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

VÀ BÀN LUẬN

1. Loại PTNS đ- ợc sử dụng.

PTNS tối thiểu: 71 BN (7,05%); mở xoang sàng: 71 BN (7,05%); mở hàm-sàng: 779 BN (77,28%); mở hàm-sàng-b- óm: 54 BN (5,35%); mở hàm-sàng-trán-b- óm: 16 BN (1,59%); mở xoang b- óm đơn thuần: 10 BN (0,99%); mở xoang trán đơn thuần: 7 BN (0,7%).

Lựa chọn phẫu thuật NSCNMX trong điều trị VX mạn tính tùy theo chẩn đoán xác định bệnh tr- ớc mổ và mức độ bệnh tích xoang cũng nh- tình trạng polyp mũi kèm theo. Nhiều nhất là phẫu thuật mở hàm-sàng, sử dụng chủ yếu đối với tr- ờng hợp viêm đa xoang mạn tính có hoặc không có polyp mũi. Phần lớn BN của chúng tôi đều đã bị VX lâu ngày, viêm nhiều xoang, thậm chí có polyp mũi xoang, vì thế, việc chỉ định PTNS mở hàm sàng là cần thiết để có thể làm sạch bệnh tích và tạo đ- ờng dẫn l- u rộng rãi. Tuy nhiên, cũng chính vì mục đích làm sạch bệnh tích tối đa nên đôi khi dẫn đến tình trạng làm tổn th- ơng cấu trúc giải phẫu lân cận (mạch máu, x- ơng thành hốc mắt, nền sọ) gây nên biến chứng [1, 10]. Kennedy nghiên cứu về biến chứng của phẫu thuật xoang sàng cho thấy: đây là phẫu thuật ngày càng đ- ợc thực hiện nhiều hơn và cũng là phẫu thuật có nguy cơ gây biến chứng cao nhất trong số phẫu thuật xoang [4]. Kinsella dùng PTNS mũi xoang điều trị cho 193 BN thì 67% mở xoang sàng hàm 2 bên [6].

Tiếp đến là PTNS tối thiểu và phẫu thuật mở xoang sàng trong tr- ờng hợp VX hàm xuất tiết nhày khu trú, VX sàng đơn thuần hoặc để điều trị tr- ờng hợp viêm thị thần kinh hậu nhãn cầu do VX, tr- ờng hợp chảy mũi sau mạn tính. Những phẫu thuật loại này đ- ợc chỉ định cho BN bị VX nhẹ hơn, bệnh tích chỉ khu trú tại xoang sàng hoặc VX sàng, xoang hàm xuất tiết nên phẫu thuật th- ờng gọn, tầm nhìn ít bị ảnh h- ưởng do nguy cơ chảy máu xảy ra biến chứng cũng ít hơn.

Các PTNS khác thực hiện với số l- ợng ít hơn.

2. Biến chứng.

Trong 1.008 BN đ- ợc PTNS chức năng xoang, 198 BN (19,64%) có biến chứng, bao gồm: tràn khí d- ới da mặt: 8 BN (0,79%); phù nề mi mắt: 12 BN (1,19%); tổn th- ơng đ- ờng lệ: 10 BN (0,99%); chảy máu vừa: 32 BN (3,17%); thoát vị mỡ ổ mắt: 14 BN (1,39%); dính hốc mắt: 86 BN (8,53%); nhìn đôi tạm thời: 7 BN (0,69%); tụ máu hốc mắt: 15 BN (1,49%); chảy máu nặng: 6 BN (0,60%); rò dịch não tủy: 8 BN (0,79%).

Tỷ lệ này trong nghiên cứu của Kinsella [6] là 22%, tuy nhiên, phẫu thuật viên trong nghiên cứu này đều là bác sỹ nội trú ch- a tốt nghiệp, nên tỷ lệ biến chứng cao hơn các nghiên cứu khác. Gross [2] trong 106 BN do các bác sỹ nội trú thực hiện thấy: tỷ lệ biến chứng chung 16,6%, trong đó 15,9% là biến chứng nhẹ, chỉ có 0,7% biến chứng nặng.

Dính hốc mắt sau phẫu thuật là biến chứng hay gặp nhất (86 BN = 8,53%). Theo May [8], các biến chứng nhẹ th- ờng gặp nhất là dính cuốn giữa vào hốc mắt và tổn th- ơng thành ổ mắt (6,9%). Đây là loại biến chứng nhẹ, hay gặp, không nguy hiểm, nh- ng lại ảnh h- ưởng rất lớn đến kết quả phẫu thuật [4, 8, 10]. Phần lớn những tr- ờng hợp thất bại đều do tái phát polyp mũi hoặc dính hốc mắt gây nên. Dính hốc mắt gặp nhiều mức độ khác nhau, xuất hiện chủ yếu sau mổ 1 - 2 tuần, các tr- ờng hợp đ- ợc phát hiện và tách dính kịp thời, đặt lại

merocel hoặc mét dầu chống dính sẽ không để lại di chứng. Những tr- ờng hợp muộn, dính nhiều, làm tắc nghẽn hoàn toàn đ- ờng dẫn l- u qua phức hợp lỗ-ngách, phải mổ lại, tách dính và mở dẫn l- u các xoang.

Trong những biến chứng chảy máu, chảy máu vừa có ảnh h- ưởng đến phẫu thuật (32 BN = 3,17%), thông th- ờng khi chảy máu ít, chúng tôi tiến hành rửa hốc mổ bằng n- ớc muối sinh lý, tìm điểm chảy máu và cầm máu bằng đông điện l- ớng cực nếu là niêm mạc lành hoặc lấy bỏ toàn bộ niêm mạc nếu là phần niêm mạc bị viêm thoái hóa trong các xoang. Tuy vậy, nhiều tr- ờng hợp chảy máu vừa, nh- ng phải dùng phẫu thuật do chảy máu từ động mạch sàng tr- ớc trong x- ơng hoặc chảy máu do lấy bỏ khối polyp mũi xoang viêm nặng, chân bám rộng... Chảy máu nặng 6 BN, phải truyền máu nhiều lần trong và cả quá trình điều trị sau mổ. Gross [2] phát hiện l- ợng máu mất nhiều hơn ở những BN đ- ợc mổ d- ới gây mê so với mổ gây tê.

14 BN (1,39%) có biến chứng thoát vị mỡ ổ mắt nh- ng đều đ- ợc phát hiện sớm trong lúc phẫu thuật và dừng lại kịp thời, đây là loại biến chứng nhẹ, th- ờng không để lại di chứng nặng ở mắt [8].

8 BN tràn khí d- ới da vùng mặt, đều là tràn khí nhẹ, tuy có làm cho ng- ời bệnh lo lắng lúc đầu nh- ng đều tự khỏi, không phải can thiệp gì đặc biệt và không để lại di chứng.

12 BN (1,19%) phù nề mi mắt, chúng tôi tiến hành rút mét sớm ngay trong ngày đầu và cho sử dụng corticoid, tất cả đều khỏi trong 4 - 5 ngày sau mổ.

Tổn th- ơng đ- ờng lệ là biến chứng rất khó phát hiện và hầu nh- không đ- ợc biết đến trong phẫu thuật. Tất cả 10 BN của chúng tôi bị biến chứng này đều phát hiện muộn, khi có triệu chứng chảy n- ớc mắt do tắc ống lệ mũi, do đó phải gửi đến chuyên khoa mắt để phối hợp điều trị bằng thông lệ đạo. 3 BN phải mổ tạo hình lệ đạo bằng nội soi do tắc tái phát sau khi thông.

Tụ máu hốc mắt là biến chứng gặp t- ơng đối nhiều (1,49%). Sau mổ, BN bị quầng máu tụ đỏ sẫm, chuyển tím đen xung quanh hốc mắt, có tr- ờng hợp dự đoán tr- ớc đ- ợc trong mổ khi có nghi ngờ tổn th- ơng x- ơng giầy, nh- ng cũng có khi hoàn toàn không có dấu hiệu báo tr- ớc nào. Điều đầu tiên cần làm ngay sau khi phát hiện có tụ máu ổ mắt là kiểm tra thị lực, vận nhãn để chắc chắn không có hiện t- ợng chèn ép nhãn cầu hay tổn th- ơng thần kinh thị giác [3]. Sau đó, rút mét sớm, điều trị corticoid, ch- ờm nóng quanh hốc mắt, bôi thuốc mỡ hemoclase hoặc niflurin vào chỗ có máu tụ. Thông th- ờng, tụ máu sẽ hết sau 10 - 15 ngày điều trị mà không để lại di chứng gì.

Nhìn đôi là một biến chứng hiếm gặp nhất và rất may mắn cho chúng tôi là chỉ tạm thời, sau khi rút mét và điều trị chống phù nề, BN trở lại thị lực nh- tr- ớc mổ. Chúng tôi không gặp tr- ờng hợp nào biến chứng nhìn đôi vĩnh viễn, một biến chứng nặng do tổn th- ơng cơ vận nhãn, rất khó xử lý. Huang trong một nghiên cứu đa trung tâm (10 trung tâm) gặp tất cả 30 tr- ờng hợp [3].

Rò dịch não tủy 8 BN (0,79%), đều đ- ợc phát hiện kịp thời trong khi mổ. Sử dụng tổ chức niêm mạc và x- ơng cuốn d- ới hoặc niêm mạc vách ngăn để bịt lấp chỗ rò, bơn keo sinh học và đặt gelaspon, ngoài cùng chèn bằng merocel, rút muện sau 72 giờ. Tất cả đều khỏi và không có tr- ờng hợp nào bị di chứng rò dịch não tủy kéo dài. May [8] nghiên cứu trên 2.108 BN mổ nội soi mũi xoang, biến chứng nặng hay gặp nhất là rò dịch não tủy (0,85%).

* Tỷ lệ biến chứng giữa 2 nhóm VX có và không có polyp mũi:

VX mạn tính có polyp mũi trong nghiên cứu này là 37,5% (378 BN). Tuy nhiên, tỷ lệ biến chứng trong nhóm viêm mũi xoang mạn tính có polyp mũi là 143 BN (72,22%), cao hơn biến chứng ở nhóm viêm mũi xoang không có polyp (55 BN = 27,78%). Phần lớn những biến chứng đều có thể gặp ở cả 2 nhóm, tuy nhiên biến chứng gặp nhiều ở nhóm có polyp mũi hơn là nhóm không có polyp mũi.

Bảng 1: Biến chứng ở nhóm VX có polyp so với nhóm không có polyp.

BIẾN CHỨNG	CÓ POLYP MŨI	KHÔNG CÓ POLYP
Tràn khí d- ới da mặt	6	2
Phù nề mi mắt	8	4
Tổn th- ơng đ- ờng lệ	9	1
Chảy máu vừa	23	9
Thoát vị mỡ ổ mắt	9	5
Dính hốc mắt	61	25
Nhìn đôi tạm thời	7	0
Tụ máu hốc mắt	9	6
Chảy máu nặng	5	1
Rò dịch não tủy	6	2
Tổng số	143 (72,22%)	55 (27,78%)

* Tỷ lệ biến chứng trong nhóm phẫu thuật lại (bảng 2):

	PHẪU THUẬT LẦN 1		PHẪU THUẬT LẠI		TỔNG SỐ
	n	%	n	%	
Không biến chứng	612	85,24	198	68,28	810
Biến chứng	106	14,76	92	31,72	198
Tổng số	718	100	290	100	1008

Trong nghiên cứu này, 290 BN (28,76%) phải mổ lại do viêm mũi xoang tái phát sau phẫu thuật. Tỷ lệ biến chứng trong nhóm phẫu thuật lại (31,72%) cao hơn nhóm phẫu thuật lần đầu (14,76%). Nguyên nhân gây biến chứng nhiều hơn do khó xác định mốc giải phẫu trong quá trình phẫu thuật, đặc biệt nhiều BN đã bị cắt một phần hoặc gần toàn bộ cuốn giữa, lấy bỏ mỏm móc, bóng sàng, rất khó xác định các mốc và những vùng nguy hiểm.

KẾT LUẬN

Tỷ lệ biến chứng của PTNS chức năng xoang trong điều trị viêm mũi xoang mạn tính tại Khoa Mũi Xoang, Bệnh viện Tai Mũi Họng TW là 19,64%, bao gồm cả biến chứng từ rất nhẹ như tràn khí dưới da, phù nề mí mắt đến những biến chứng nặng như rò dịch não tủy.

Biến chứng hay gặp nhất dính hốc mỡ (8,53%) và chảy máu (3,77%). Các biến chứng phần lớn đều được phát hiện kịp thời, trừ tổn thương đường lệ.

Tỷ lệ biến chứng trong nhóm VX có polyp cao hơn gấp 3 lần so với nhóm VX không polyp và trong nhóm phẫu thuật lại cao gấp hơn 2 lần so với nhóm phẫu thuật lần đầu. Hầu hết các biến chứng đều được xử trí kịp thời và không để lại di chứng hay hậu quả gì nặng nề.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Castillo L, Verschuur H, Poissonnet G, Vaille G, Santini J. Complications of endoscopically guided sinus surgery. *Rhinology*. 1996, 34, pp.215-218.
2. Gross RD, Sheridan MF, Burgess LP. Endoscopic sinus surgery complications in residency. *The Laryngoscope*. 1997, 107, pp.1080-1085.
3. Huang CM, Meyer DR. Medial rectus muscle injuries associated with functional endoscopic sinus surgery, Characterization and management. *Ophthalmic Plastic and Reconstructive Surgery*. 2003, 19, pp.25-37.
4. Kennedy D, Shaman P, Han W, et al. Complications of ethmoidectomy: a survey of fellows of the American Academy of Otolaryngology-Head Neck Surgery. *Otolaryngol Head Neck Surg*. 1994, 111, pp.589-599.
5. Kimmelman C. The risk to olfaction from nasal surgery. *Laryngoscope*. 1994, 104, pp.981-988.
6. Kinsella JB, Calhoun KH, Bradfield JJ, et al. Complications of endoscopic surgery in a residency training program. *Laryngoscope*. 1995, 105, pp.1030-1032.
7. Levine SB, Gill AJ, Levinson SR, et al. Diagnostic nasal endoscopy and functional sinus surgery: an update and review of complications. *Conn Med*. 1991, 55, pp.574-576.
8. May M, Levine HL, Mester SJ, et al. Complications of endoscopic sinus surgery: analysis of 2108 patients-incidence and prevention. *Laryngoscope*. 1994, 104, pp.1080-1083.
9. Smith LF, Brindley PC. Indications, evaluation, complications, and results of functional endoscopic sinus surgery. *Otolaryngol Head Neck Surg*. 1993, 108, pp.688-696.
10. Vleming M, Middelweerd RJ, deVries N. Complications of endoscopic sinus surgery. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg*. 1992, 118, pp.617-623.