

## LIỆT DÂY THẦN KINH VII DO VỠ XƯƠNG THÁI DƯƠNG : KINH NGHIỆM ĐIỀU TRỊ QUA 112 TRƯỜNG HỢP

LƯƠNG HỒNG CHÂU, NGUYỄN XUÂN HÒA  
Bệnh viện Tai Mũi Họng Trung ương

### TÓM TẮT:

**Mục tiêu:** Đánh giá hiệu quả của các phương pháp điều trị liệt mặt do vỡ xương thái dương. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Hồi cứu 112 trường hợp. **Kết quả:** Nhóm điều trị bảo tồn 90,4% hồi phục bình thường (độ I-II) Nhóm phẫu thuật 68,9% hồi phục. **Kết luận:** Điều trị bảo tồn cho trường hợp liệt mặt muộn, liệt mặt cấp độ nhẹ - trung bình PT cho những bệnh nhân liệt mặt nặng, liệt ngay sau chấn thương hoặc điều trị nội khoa 3 tuần, liệt mặt không tiến triển.

**Từ khóa:** Liệt mặt ngoại biên, vỡ xương thái dương.

### SUMMARY

**Objective:** The goal of this study was to review decision factors and overall results regarding surgical and nonsurgical management of post-traumatic facial nerve paralysis (FP) due to temporal bone fracture.

**Subjects and research methods:** retrospective study and literature review were performed. Between 2001 and 2009, 112 cases of post-traumatic FP were handled. Patients were evaluated through clinical, audiologic, radiologic, and electromyogram assessment. Depending on examination results, patients were treated either medically or surgically through total facial nerve decompression. **Results:** a medically treated patients experienced group 90.4% recovered normal (grade I-II), At 1 years after surgery, 68.9% had a grade I to III recovery. None had grade V or VI. **Conclusion:** Treatment guidelines

for conservation of late paralysis of the face, mild paralysis surgery indicated for patients with severe facial paralysis, sudden facial paralysis after an injury or medical therapy for 3 weeks of facial paralysis does not progress.

**Keywords:** Peripheral facial paralysis, temporal bone fracture.

### ĐẶT VẤN ĐỀ

Liệt mặt do vỡ XTD là một cấp cứu trong tai mũi họng(TMH) □ phẫu thuật thần kinh. Vỡ XTD gây liệt mặt thường do chấn thương(CT) kín, không trực tiếp vào XTD, mà trực tiếp đập vào hộp sọ rồi lan xuống đáy sọ và gây vỡ XTD, gặp trong tai nạn giao thông, tai nạn lao động, nên đây là loại vỡ gián tiếp. Trường hợp CT trực tiếp như: đạn bắn hoặc dao chém vào vùng XTD hoặc dây TK bị chấn thương trong phẫu thuật tai - xương chũm. Do vậy, hầu hết các liệt mặt này đều là liệt mặt ngoại biên, có khả năng điều trị được, thuộc phạm vi chuyên khoa TMH. Tùy theo mức độ tổn thương dây TK (phù nề, đứt, mất đoạn) mà có thể gây ra nhiều mức độ liệt mặt khác nhau. Theo Brian F. McCabe trong một thời gian nhất định: khoảng 21 ngày, các cơ bám da mặt không được TK vận động chi phối sẽ bắt đầu diễn ra quá trình xơ hoá, mỡ hoá làm thay đổi cấu trúc của mặt, nếu không được chẩn đoán và xử lý kịp thời sẽ để lại di chứng liệt mặt vĩnh viễn.

Ngày nay với những tiến bộ trong việc chẩn đoán như : chụp cắt lớp vi tính - Computed Tomography Scan (CT Scan) 64 dãy, lát cắt có thể mỏng để

mm giúp cho xác định chính xác vị trí tổn thương dây TK trong ống fallope. Cùng với sự hiểu biết sâu hơn về giải phẫu, siêu cấu trúc, sinh lý và bệnh lý của dây TK mặt và các nghiệm pháp (NP) điện sinh học giúp cho việc chẩn đoán xử trí và tiên lượng tổn thương dây TK mặt ngày càng dễ dàng hơn. Mặc dù vậy, cho đến nay ở Việt Nam chưa có nghiên cứu nào đánh giá kết quả của các phương pháp điều trị bảo tồn hay điều trị phẫu thuật. Vì vậy, chúng tôi nghiên cứu đề tài này nhằm mục tiêu:

*Đánh giá hiệu quả của các phương pháp điều trị liệt mặt ngoại biên do vỡ XTD, từ ảo r-t kinh nghiệm để xuất chỉ định thích hợp cho từng phương pháp.*

## ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

### 1. Đối tượng nghiên cứu

Bao gồm 112 bệnh nhân được khám và chẩn đoán liệt mặt ngoại biên do vỡ XTD điều trị tại Bệnh viện TMH Trung ương từ tháng 01/2002 đến tháng 12/2009.

#### 1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân

- *Tiền sử*: có tiền sử CT XTD hoặc PT tai-xương chũm.

- *Lâm sàng*: có liệt mặt ngoại biên xuất hiện sau CT XTD hoặc sau mổ tai □ xương chũm.

- *Cận lâm sàng*: + XQuang thông thường về tai: Schuller, Stenver, Chaussé III hoặc CTScan để xác định đường vỡ của xương thái dương.

+ Đo thính lực đồ, phản xạ cơ bàn đạp (nếu được).

+ Đo điện cơ(EMG) và phản xạ Blink.

#### 1.2. Tiêu chuẩn loại trừ:

Chúng tôi loại ra tất cả những trường hợp liệt mặt ngoại biên không do chấn thương xương đá(như liệt mặt Bell, liệt mặt do Zona tai, do viêm tai xương chũm) hoặc các trường hợp liệt mặt trung ương.

### 2. Phương pháp nghiên cứu

Nghiên cứu theo phương pháp mô tả - can thiệp từng ca hồi cứu.

## KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN

### 1. Tuổi và giới

Bảng 1. Sự phân bố của tuổi và giới

Nhóm tuổi	Nam		Nữ		Tổng cộng	Tỉ lệ %
	n	Tỉ lệ %	n	Tỉ lệ %		
≤ 15	2	0	4	11,1	6	2,2
16-25	14	18,9	6	44,5	20	23,9
26-35	43	40,6	8	51	51	34,8
36- 45	12	16,2	4	22,2	16	17,4
46-55	13	18,9	2	0	15	15,2
>55	2	5,4	2	11,1	4	6,5
Tổng cộng	76	100	26	100	112	100

Nhận xét: Tuổi gặp từ 15 đến 77, tuổi trung bình là 35,5, lứa tuổi thường gặp nhất là 16 - 45, chiếm 76,1%. Đây là lứa tuổi lao động chính của xã hội. Theo tác giả Goksu: tuổi thường gặp từ: 4 - 55, Ulug: 8 - 43, Nguyễn Tuyết Mai: 3 - 60 tuổi, Trịnh Minh Chánh: 5- 54. Tuổi trung bình của các nghiên cứu này từ: 29,5 - 31 và lứa tuổi thường gặp nhất là 16 □ 45. Như vậy kết quả của chúng tôi cũng tương tự như các tác giả khác.

### 2. Mức độ liệt mặt

Bảng 2. Mức độ liệt mặt theo phân độ của House

□ Brackmann

Mức độ	PT	Điều trị bảo tồn	Tổng	Tỷ lệ%
Độ I	0	0	0	0
Độ II	0	0	0	0
Độ III	0	17	17	15,2
Độ IV	3	18	21	18,8
Độ V	19	16	35	31,2
Độ VI	23	1	24	21,4
Không ghi	12	3	15	13,4
Tổng	57	55	112	100

Việc xác định mức độ của liệt mặt do CT xương thái dương rất quan trọng, vì nó phản ánh mức độ tổn thương và mức độ hồi phục của dây TK. Theo Ulug, Goksu, Brodie và Laubert thì hai yếu tố quan trọng nhất giúp tiên lượng sự phục hồi của dây thần kinh là mức độ liệt và khởi phát của liệt. Tuy nhiên, Adegbite cho rằng mức độ liệt là quan trọng nhất, khởi phát của liệt không có ý nghĩa và kết quả sự phục hồi cuối cùng là tương tự nhau trong cả 2 nhóm. Đối với liệt hoàn toàn dù khởi phát tức thì hay muộn thì cũng có chung một tiên lượng và hướng điều trị như sau. Trong nghiên cứu của chúng tôi ở bảng 3.3 cho thấy liệt độ V chiếm tỷ lệ cao nhất 31,2% sau đó là liệt độ VI 21,4% và liệt độ IV là 18,8%). Như vậy tỷ lệ liệt mức độ VI và V (liệt hoàn toàn) của chúng tôi thấp hơn Trịnh Minh Chánh (28,6%).

### 3. Sơ bộ xác định vị trí tổn thương của dây TK

**VII:** Chúng tôi dựa vào các NP định khu và các triệu chứng có liên quan. Đặc biệt là CT Scans để sơ bộ xác định vị trí tổn thương của dây TK VII

Bảng 3. Vị trí tổn thương của dây TK.

Vị trí tổn thương	Số trường hợp	Tỷ lệ%
Đoạn mê nhĩ	3	2,7
Hạch gối	38	33,9
Đoạn nhĩ	31	27,7
Đoạn chũm	36	32,1
Không xác định	4	3,6
Tổng	112	100

Vị trí tổn thương của dây TK thường gặp nhất ở đoạn hạch gối và đoạn chũm, đoạn mê nhĩ rất ít tổn thương và 3,6% không xác định vị trí tổn thương. Xác định sơ bộ vị trí tổn thương của dây TK không có ý nghĩa đối với điều trị nội khoa nhưng rất quan trọng khi có chỉ định PT, giúp dự đoán trước vị trí can thiệp của dây TK và chọn đường PT hợp lý nhất. Để xác định vị trí tổn thương của dâyTK chúng tôi không đơn thuần dựa vào các NP định khu, vì các NP này có độ tin cậy không cao mà chúng tôi còn dựa vào các triệu chứng liên quan như: tổn thương ở tai ngoài, tổn thương ở tai giữa, tổn thương ở tai trong, triệu chứng X quang và đặc biệt là CT Scans.

### 4. Đánh giá và kết quả điều trị

**4.1. Chỉ định và phương pháp điều trị:** Chỉ định điều trị bảo tồn hay PT tùy thuộc vào triệu chứng của liệt, chủ yếu là khởi phát và mức độ của liệt.

Bảng 4. Sự liên quan giữa chỉ định điều trị với khởi phát của liệt.

Khởi phát của liệt	Tức thì	Muộn	Không xác	Tổng
--------------------	---------	------	-----------	------

Điều trị			định	
Nội khoa	2	48	5	55
Ngoại khoa	32	17	8	57
Tổng	34	65	13	112

Nhận xét:- Điều trị PT chiếm 50,1% bao gồm cả liệt tức thì hoặc muộn hoặc không xác định.

- Điều trị nội khoa chiếm 49,9 % trong đó chủ yếu là liệt khởi phát muộn hoặc không xác định gặp. Như vậy có sự khác biệt giữa các phương pháp điều trị theo khởi phát của liệt với  $P < 0,05$ .

#### 4.2. Vị trí và tính chất tổn thương của dây TK.

Bảng 5. Vị trí và tính chất tổn thương của dây TK lúc phẫu thuật

Tính chất tổn thương	Phù nề, dây sùi	Mảnh xương chèn ép	Đứt một phần	Tổng	Tỉ lệ
Vị trí tổn thương					
Đoạn hạch gối	6	14	0	20	35,1
Đoạn nhĩ + khuỷu	9	11	1	21	36,8
Đoạn chũm	12	4	0	16	28,1
Tổng	27	29	1	57	100
Tỷ lệ	47,4	50,9	1,7	100	

Bảng 5 cho thấy có đến 47,4% trường hợp mổ ra có phù nề dây thần kinh, mảnh xương chèn ép dây thần kinh gặp 50,9%. chủ yếu là ở đoạn hạch gối và đoạn nhĩ + khuỷu. Kết quả của chúng tôi tương tự như kết quả của Ulug 63,7% có xơ hoá, phù nề quanh vùng hạch gối. 36,4% bị mảnh xương chèn ép chủ yếu vùng hạch gối. Thời gian gần đây chúng tôi can thiệp đến hạch gối nhiều hơn do việc chẩn đoán vị trí tổn thương bằng CTScans có độ phân giải cao hơn. xác định chính xác vị trí tổn thương ở hạch gối.

#### 4.3. Kết quả điều trị

Bảng 6. Tiến triển của liệt mặt trong thời gian ở Bệnh viện

Tiến triển	Nhóm điều trị bảo tồn	Tỷ lệ	Nhóm điều trị PT	Tỷ lệ	Tổng	Tỷ lệ
Tốt lên	43	78,2	27	47,4	70	62,5
Giữ nguyên	4	7,2	19	33,3	23	20,5
Xấu đi	2	3,6	0	0	2	1,8
Không nhận xét	6	10,9	11	19,3	17	15,2
Tổng số	55	100	57	100	112	100

Bảng 6 cho thấy, trong nghiên cứu của chúng tôi nhóm bệnh nhân điều trị nội khoa và nhóm bệnh nhân phẫu thuật là gần như nhau và chỉ định điều trị liên quan chặt chẽ với khởi phát của liệt. Phương pháp điều trị nội khoa hay PT khác nhau theo thời gian và tác giả. Ulug 2005 điều trị PT trong 100% trường hợp. Đến Darrouzet (2001) tỷ lệ điều trị nội khoa là: 43,5% và điều trị PT: 56,5%.

Như vậy trong thời gian gần đây, khuynh hướng của các tác giả là điều trị nội khoa và PT là tương đương nhau. Chỉ định PT khi liệt hoàn toàn, liệt ngay tức khắc và PT càng sớm càng tốt, không quá 1 tháng sau khi khởi phát liệt mặt. theo Goksu, Coker, Cazelles, Darrouzet, Bodenez.. trong những trường hợp này thì bắt buộc phải phẫu thuật nối lại hoặc ghép đoạn dây TK và giải quyết mảnh xương chèn ép, nếu không thì dây TK sẽ không bao giờ hồi phục

Bảng 7. Kết quả sự phục hồi vận động sau 12 tháng

Mức độ liệt	Phương pháp	Độ VI	Độ V	Độ IV	Độ III	Độ II	Độ I	Tổng số
Bảo tồn	Trước điều trị	1	16	18	17	0	0	52
	Sau điều trị	1	0	4	7	26	14	52
Phẫu thuật	Trước điều trị	23	19	3	0	0	0	45
	Sau điều trị	1	4	9	7	21	3	45

Kết quả về sự phục hồi sau 12 tháng từ độ I - III theo H- B trong nhóm điều trị bảo tồn là: 47/ 52 trường hợp chiếm 90,4% theo Bodenez là 63%, Darrouzet lên tới 98%. Trong nhóm điều trị PT thì kết quả tốt (Độ I-II) đạt 31/ 45 trường hợp chiếm 68,9 % thấp hơn của Darrouzet 93,8%, theo Darrouzet sau 2 năm, kết quả hồi phục của ông từ độ I - III là 93,8% không có độ V và độ VI[34].

Sở dĩ có sự khác biệt khá cao này giữa các tác giả là do đối tượng bệnh nhân trong các nhóm nghiên cứu này là không đồng nhất. Vậy để có một kết quả điều trị tốt, rõ ràng vấn đề chỉ định điều trị là vô cùng quan trọng. Những trường hợp nào thì điều trị nội khoa, những trường hợp nào thì điều trị PT và khi nào thì can thiệp PT.

- Về thời gian hồi phục cuối cùng: thời gian hồi phục cuối cùng của cả 2 nhóm điều trị nội khoa và PT là không khác nhau từ 2 - 12 tháng, trung bình là 6,5 tháng tương tự kết quả của Brodsky là 6 tháng. Mặc dù thời gian bắt đầu hồi phục trong nhóm điều trị nội khoa thường ngắn hơn nhóm PT nhưng thời gian hồi phục cuối cùng của cả 2 nhóm là như nhau, bởi vì mức độ liệt trong nhóm nội khoa thường là nhẹ hơn nhóm PT

Bảng 8. Thời gian hồi phục vận động.

Thời gian (Tháng)	≤1	2-3	4-6	6-9	>12	Tổng
Phương pháp						
Nội khoa	45	4	1	1	1	52
Phẫu thuật	9	15	9	7	5	45
Tổng cộng	54	19	10	8	6	97
Tỷ lệ	55,6	19,6	10,3	8,2	6,2	100

#### KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu 112 trường hợp liệt mặt do võ XTD điều trị tại Bệnh viện TMH Trung ương từ tháng 01/2002 đến tháng 12/2009. Chúng tôi rút ra một số kết luận sau:

Đánh giá kết quả điều trị tất cả trường hợp liệt mặt do CT xương thái dương đều có phục hồi vận động.

+ Điều trị nội khoa kết quả phục hồi tốt (độ I-II) khá cao: 90,4%, kết quả phục hồi kém (độ IV-V) khá thấp 9,6%.

+ Điều trị phẫu thuật kết quả phục hồi tốt: 68,9%, kết quả phục hồi kém 11,1%. Thời gian phục hồi cuối cùng cho cả 2 phương pháp là như nhau (trung bình: 6,5 tháng).

- Không có trường hợp nào có biến chứng hoặc di chứng nguy hiểm

+ Điều trị nội khoa cho những trường hợp liệt mặt muộn, liệt mức độ nhẹ, trường hợp liệt mặt trung bình (độ IV) điều trị nội khoa sau 3 tuần không đỡ thì PT giảm áp TK.

+ Điều trị PT càng sớm càng tốt cho những trường hợp liệt mặt liệt tức thì, liệt hoàn toàn.

#### **TÀI LIỆU THAM KHẢO**

1. Lương Sỹ Cần (1992). □Liệt mặt□, *Nhệng vốn ấu cốp c u trong TMH*.

Bộ Y tế, Hà Nội, tr.124 - 141.

2. Trĩnh Minh Chánh (2001). *Nghiĩn c u liệt mĩt trong vỡ xương thĩi dương đĩều trị tại viện tai mũi họng trung ương*. Luận văn Thạc sĩ Y học, Trường Đại học Y Hà Nội.

3. Nguyễn Tấn Phong (1997). *Ồũu trị liệt mĩt*, Nhà xuất bản Y học.

4. Brodie HA., Thompson TC(1997). "Management of complications from 820 temporal bone fractures", *Am J Otol Mar*, pp.188-197.

5. Darrouzet V., Duclos JY., Liguoro D., Truilhe Y., De Bonfils C., Bebear JP. (2001). □Management of facial paralysis resulting from temporal bone fractures:

Our experience in 115 cases□. *Otolaryngol Head Neck Surg*. pp77-84

6. House JW., Brackmann De. (1985). □Facial nerve grading system□ *Otolaryngol Head Neck Surg*, pp. 146 - 147.

7. Huang X., Dai C., Wang Z (2001). "Paralysis in temporal bone trauma", *Zhonghua Er Bi Yan Hou Ke Za Zhi*, Feb, pp. 34 - 37.

8. Quaranta A., Campobasso G., Piazza F., Quaranta N., Salonna IF. (2001). □Facial nerve paralysis in temporal bone fractures: outcomes after late decompression surgery□ *Acta Otolaryngol*. 121(5): pp 652-655.

9. Ulug T., Arif Ulubil S. (2005). □Management of facial paralysis in temporal bone fractures: a prospective study analyzing 11 operated fractures□. *Am J Otolaryngol*. 26(4): pp 230-238.

10. Cazelles L., Wang J., Bouccara D., Sterkers O. (1997). □Chirurgie intratemporale du nerf facial A propos de 34□, *Ann Otolaryngol Chir Cervicofac.*;114(1-2):p 23-28.