

## VỠ XƯƠNG ĐÁ

### 1. ĐỊNH NGHĨA

Vỡ xương đá là một bệnh thường gặp liên quan đến hoạt động của con người như tai nạn giao thông, tai nạn thể thao... Mức độ trầm trọng của vỡ xương đá bao gồm các biến chứng tai và nguy cơ viêm màng não nặng do thông thương khoang dưới nhện với bên ngoài.

Phân loại đường vỡ: Tên gọi là Temporal bone fracture

- Đường vỡ ngoài: qua xương chũm có ba đường vỡ chéo, vỡ ngang, vỡ dọc.
- Đường vỡ trong: qua xương đá.

Vỡ xương đá thuộc vào các đường vỡ nền sọ nên triệu chứng của vỡ xương đá rất phong phú bao gồm các dấu hiệu não - màng não chung đối với các đường vỡ nền sọ và các dấu hiệu đặc hiệu khác về tổn thương các thành phần giác quan và thần kinh trong xương đá.

Do vậy, trên lâm sàng người ta phân thành hai giai đoạn:

- Giai đoạn đầu hay giai đoạn phẫu thuật thần kinh: thăm khám và đánh giá ban đầu tình trạng thần kinh của bệnh nhân để tìm các biến chứng đòi hỏi phải phẫu thuật cấp cứu như tụ máu màng não. Tuy nhiên cũng phải phát hiện liệt mặt để tiến hành phẫu thuật thăm dò dây thần kinh sau khi bệnh nhân hết hôn mê.
- Giai đoạn sau hay giai đoạn của tai mũi họng: tiến hành thăm khám toàn bộ chức năng về thần kinh tai trước các triệu chứng điếc, chóng mặt, liệt mặt thứ phát, chảy tai hay đau tai.

Đối với các đường vỡ xương đá, các nhà lâm sàng nên lưu ý:

- Các đường vỡ vi thể của mê nhĩ có thể gây viêm màng não mũ, sau tai nạn nhiều năm.

- Đường nứt của thành mê nhĩ hay ở đế bàn đạp có thể gây rò ngoại dịch với các triệu chứng ốc tai tiền đình đôi khi không rõ ràng.
- Không có sự tương xứng giữa mức độ thương tổn và các di chứng tai như đường vỡ xương đá rất lớn có thể không để lại di chứng gì, ngược lại có thể có di chứng tai rất nặng sau chấn thương sọ không có vỡ xương đá.

## 2. NGUYÊN NHÂN

- Tai nạn giao thông, đặc biệt xe máy là nguyên nhân thường gặp nhất, chiếm 2/3 các trường hợp.
- Tai nạn lao động do ngã hay đập đầu vào tường hay máy.
- Tai nạn thể thao.
- Tai nạn của người đi bộ thường gặp ở trẻ em và người già.
- Hiếm gặp hơn, do đánh nhau bằng các vật cứng hay do hỏa khí gây các đường vỡ phức tạp.

Khoảng  $\frac{1}{2}$  các trường hợp vỡ sọ là vỡ nền sọ và trong đó có khoảng 50% có tổn thương xương thái dương (tức là khoảng 22% của vỡ sọ). Vỡ có thể hai bên chiếm 12% các trường hợp.

## 3. CHẨN ĐOÁN

### 3.1. Chẩn đoán xác định

#### 3.1.1. Lâm sàng

Vỡ xương đá là một chấn thương sọ do cú tác động rất mạnh. Trong tình trạng này, trước tiên phải thăm khám phát hiện các chấn thương sọ nào ảnh hưởng đến tiên lượng sống, sau khi bệnh nhân thoát mê, đánh giá những rối loạn chức năng để có hướng xử trí các di chứng.

\* Giai đoạn đầu: phát hiện các dấu hiệu não, màng não, chảy máu ở ạt do tổn thương mạch lớn... để loại trừ các nguy cơ ảnh hưởng đến tính mạng.

\* Giai đoạn sau: với các triệu chứng đa dạng.

- Đau tai biểu hiện tổn thương tai giữa và thủng màng nhĩ phối hợp. Soi tai có thể loại trừ chảy máu tai xuất phát từ ống tai ngoài.
- Chảy máu tai: máu đỏ tươi hay đọng ở ống tai ngoài.
- Chảy dịch não tủy: những ngày đầu chảy dịch lẫn máu, các ngày sau chảy dịch trong. Chảy dịch não tủy không chỉ là dấu hiệu vỡ xương đá mà còn biểu hiện tổn thương màng não. Dịch này thường tự ngừng sau vài ngày, nếu chảy kéo dài đòi hỏi phải phẫu thuật bịt lấp khe hở màng não.
- Chóng mặt: có thể dữ dội kèm theo mắt thẳng bằng, với động mắt tự phát. Nó biểu hiện có tổn thương mê nhĩ hay chấn động mê nhĩ.
- Û tai: chiếm trên 60% các trường hợp vỡ xương đá và có xu hướng giảm dần trong khoảng 45% các trường hợp.
- Liệt mặt: là dấu hiệu vỡ xương đá rõ rệt. Liệt mặt đôi khi khó phát hiện ngay sau khi chấn thương do mặt bệnh nhân thường sưng nề biến dạng, hay bệnh nhân mê chủ yếu phát hiện nhờ nghiệm pháp *Pierre Marie-Foix*. Tuy nhiên phải xác định liệt mặt xuất hiện:
  - + Hoặc ngay tức thì sau chấn thương, nghi ngờ có tổn thương cắt đứt dây mặt hay khối xương vỡ lún ép dây mặt.
  - + Hay muộn (thứ phát), liên quan đến chèn ép dây mặt do tụ máu hay do phù nề.
- Nghe kém: xác định khi tình trạng tri thức của bệnh nhân cho phép. Nó có thể biểu hiện đặc đặc, đặc tiếp nhận, hay đặc dẫn truyền.
  - + Đặc đặc: biểu hiện vỡ mê nhĩ với nguy cơ viêm màng não.
  - + Đặc tiếp nhận: liên quan đến chấn động mê nhĩ. Có thể thấy trong mọi trường hợp chấn thương sọ, thậm chí không có đường vỡ và có thể một hay cả hai bên tai. Đặc này thường cải thiện trong những ngày đầu nhưng sau vài

tuần nó giữ nguyên, không phục hồi. Trong một số trường hợp, sau vài tháng điếc này nặng dần, phải tìm các đường vỡ vi thể hay rò ngoại dịch.

+ Điếc dẫn truyền: do tụ máu trong hòm nhĩ, rách màng nhĩ hay do trật khớp hoặc gãy xương con.

- Khám tai mũi họng:

Khám tai: trong mọi trường hợp phải khám tai sớm nhất có thể. Soi tai phát hiện thấy:

+ Các tổn thương của ống tai ngoài như hẹp ống tai do vỡ xương nhĩ hay lún thành trên.

+ Tụ máu hòm nhĩ, thủng nhĩ hay đường vỡ ở tường thượng nhĩ.

+ Bầm tím vùng xương chũm: thường xảy ra 3-4 ngày sau, có thể do đụng dập trực tiếp vào vùng xương chũm đôi khi kèm theo vỡ xương đá.

### 3.1.2. Cận lâm sàng

- Xquang: chụp phim tư thế Stenvers hay Chaussé III có thể thấy sơ bộ đường vỡ. Tuy nhiên chụp cấp lớp với độ phân giải cao chỉ rõ đường vỡ một cách chính xác. Tùy theo điểm chấn thương trên sọ người ta có thể phân thành các loại đường vỡ sau:

+ Đường vỡ dọc hay vỡ ngoài mê nhĩ (chiếm 70-80%):

• Thường do chấn thương vùng thái dương đỉnh.

• Đường vỡ đi song song với trục xương đá, đi xuyên qua xương chũm, đi qua trần ống tai ngoài vào hòm nhĩ, tiến theo bờ trước của xương đá tới tận cùng của lỗ rách trước.

• Đường vỡ này thường gây tổn thương tai giữa, tai trong thường nguyên vẹn, tổn thương dây VII chỉ chiếm 20% các trường hợp.

+ Đường vỡ ngang hay xuyên mê nhĩ:

• Thường do chấn thương vào vùng thái dương - chẩm.

- Đường vỡ đi thẳng góc với trục xương đá, bắt đầu từ lỗ chằm hay lỗ rách sau đi ngang qua xương đá đến trần xương đá và đi thẳng vào cánh bướm lớn. Nếu đường vỡ ra trước sẽ gây tổn thương ống tai trong và ốc tai, nếu ra sau sẽ tổn thương công tiền đình và ốc tai.
- Đường vỡ này thường gây phá huỷ ốc tai - tiền đình, đôi khi gây chảy dịch não tủy. Dây VII thường bị tổn thương chiếm 50% các trường hợp.
- + Đường vỡ chéo (đường vỡ phối hợp): tương đối ít gặp, thường do chấn thương vùng chằm. Đường vỡ chéo theo trục xương đá, đi từ trục xương chũm đi qua hòm nhĩ và mê nhĩ tiến thẳng về tháp đá.  
Đường vỡ này gây tổn thương cả tai giữa và tai trong.
- + Vỡ một phần có thể gặp đường vỡ ống tai ngoài đơn thuần, vỡ đỉnh xương đá vỡ xương chũm và vỡ mê nhĩ đơn thuần với dấu hiệu dò ngoại dịch.

#### 4. ĐIỀU TRỊ

##### 4.1. Giai đoạn cấp cứu

- Toàn thân: sau khi loại trừ chấn thương sọ não như tụ máu ngoài hay dưới màng cứng... Dùng kháng sinh toàn thân để đề phòng biến chứng nhiễm trùng. Khi chưa có kháng sinh đồ, nên chọn những kháng sinh qua được hàng rào máu não như nhóm:
  - + Aminopénicilline hay nhóm Fluoroquinolone.
  - + Sử dụng corticoide để chống phù nề trong những trường hợp liệt mặt, đặc biệt là liệt thứ phát và cũng để hỗ trợ cho mê nhĩ tránh bị huỷ hoại.
  - + Điều trị các thuốc giãn mạch, oxy cao áp, pha loãng máu để chống rối loạn vi tuần hoàn và thiếu oxy tế bào hoặc ở mê nhĩ hay ở dây mặt.

- Tại chỗ: Điều trị ban đầu các vết thương của ống tai ngoài và màng nhĩ bằng cách hút máu đọng và vô khuẩn dưới kính hiển vi, hạn chế rửa kỹ. Trong một số trường hợp cần thiết như da ống tai rách, chảy máu rỉ rả nhưng màng tai nguyên vẹn có thể đặt mèche vô khuẩn. Các trường hợp khác, đặc biệt là khi có chảy dịch não tủy chống chỉ định vì nguy cơ bội nhiễm.

**4.2. Giai đoạn sau:** xử trí những tổn thương cấu trúc thần kinh giác quan vùng đá.

- Điều trị chảy nước não tủy.
- Điều trị liệt mặt.
- Điều trị các di chứng tổn thương màng nhĩ - xương con và các tổn thương mê nhĩ.

## 5. TIÊN LƯỢNG VÀ BIẾN CHỨNG

Các đường gãy xương đá có thể tự liền trong vòng 2 tháng, nhưng các khe hở xương của mê nhĩ chỉ được lấp bởi tổ chức xơ mà không có tổ chức xương nên các nhiễm trùng của tai giữa có thể lan tràn vào màng não do vậy bệnh nhân luôn có nguy cơ viêm màng não mặc dù sau khi tai nạn nhiều năm.

Các di chứng về thính lực và chóng mặt thường gặp trong chấn thương sọ.

Di chứng điếc đặc thường gặp ở các đường vỡ ngang xuyên mê nhĩ.

Các đường vỡ khu trú như vỡ đế bàn đạp, vỡ mê nhĩ vùng quanh các cửa sổ có thể gây dò ngoại dịch với các triệu chứng chóng mặt từng cơn kéo dài hay điếc tiếp nhận biến thiên. Nó có thể dẫn đến biến chứng viêm mê nhĩ hay viêm màng não. Ứ nước mê nhĩ thứ phát do bịt lấp công tiền đình, thường sau nhiều năm vỡ xương đá với các triệu chứng tương tự như bệnh Ménière.

Liệt mặt là triệu chứng chủ yếu của vỡ xương đá. Vùng tổn thương dây mặt thường gặp nhất trong vỡ xương đá là hạch gối. Liệt mặt ngoại biên không hoàn toàn đều có thể phục hồi toàn bộ

dù liệt mặt tức thì hay liệt mặt muộn. Liệt mặt ngoại biên hoàn toàn tức thì phải tiến hành giảm áp dây VII sớm vì rất ít khi phục hồi tự phát (30% các trường hợp). Đối với liệt mặt muộn, hoàn toàn chỉ định phẫu thuật tùy thuộc vào kết quả thăm dò điện cơ, điện thần kinh.