

BIẾN CHỨNG CỦA PHẪU THUẬT NỘI SOI MŨI-XOANG

Đa số các phẫu thuật giải quyết các bệnh tích trong xoang đều tương đối an toàn, song các tai biến vẫn có thể xảy ra như trong bất kỳ một phẫu thuật nào khác. Khi có biến chứng phẫu thuật nội soi mũi-xoang thì có thể nghiêm trọng như mù, nhìn đôi, chảy dịch não-tủy, viêm màng não, tổn thương nhu mô não, xuất huyết ổ ạt do vỡ động mạch cảnh trong ... khiến phẫu thuật nội soi mũi-xoang trở thành một phẫu thuật nguy hiểm nhất trong chuyên ngành tai-mũi-họng. Vì thế, cần phải hiểu được bản chất của các biến chứng trong phẫu thuật nội soi mũi-xoang kể trên để cảnh giác và phòng ngừa. Chương này có nội dung bao gồm phần nhắc lại cơ sở giải phẫu học, bàn luận về các biến chứng, qui cách đánh giá các biến chứng, sinh lý bệnh các biến chứng và cách xử trí.

Các phẫu thuật viên có nhiều kiến thức và kinh nghiệm vẫn có thể gặp các biến chứng. Tuy nhiên, đa số các biến chứng là nhẹ và tạm thời, và bệnh nhân có thể phục hồi được. Các biến chứng nặng hiếm khi xảy ra song thường nghiêm trọng. Nếu được phát hiện sớm, hầu hết các biến chứng nặng có thể được xử trí và hồi phục tốt. Phẫu thuật viên cần luôn cảnh giác, chuẩn bị tinh thần và tỉnh táo trong khi thực hiện các thao tác phẫu thuật nội soi mũi-xoang.

GIẢI PHẪU HỌC LIÊN QUAN

Thông hiểu các cấu trúc giải phẫu liên quan có thể tránh được các vùng nguy hiểm trong khi tiến hành phẫu thuật. Xương giấy là một vách xương mỏng, ngăn ổ mắt với hốc mũi và các xoang cạnh mũi; xác định xương giấy là chìa khóa phòng tránh các biến chứng liên quan đến ổ mắt. Ổ mắt và các xoang cạnh mũi liên hệ mật thiết với nhau ở 3 điểm: (1) Xương giấy chia ổ mắt và xoang sàng; thành trong ổ mắt được tạo bởi các cấu trúc lần lượt từ trước ra sau là mỏm trán xương hàm trên, xương lệ, mảnh giấy xương sàng và phần xương bướm ở ngay trước lỗ thị. (2) Túi lệ nằm trên rãnh lệ ở phía trước. (3) Lỗ sàng trước và lỗ sàng sau nằm ở đường khớp trán-sàng có bó thần kinh-mạch máu đi qua. Đôi khi có 1 vùng mất xương bẩm sinh ở vùng trên-trong ổ mắt, sau hố rỗng rọc, hay khuyết trên ổ mắt, vùng giữa hay 1/3 ngoài của xương giấy, hay ở vùng tế bào sàng sau.



Hình: mê đạo sàng (phần được chiếu sáng) chỉ ngăn cách với ổ mắt bởi một vách xương mỏng, đôi khi không hoàn toàn tiềm tàng nguy cơ xảy ra biến chứng ổ mắt trong khi mổ nội soi mũi xoang.

Cốt mạc ổ mắt là hàng rào mô mềm quan trọng ngăn chia xoang sàng và ổ mắt. Cốt mạc ổ mắt thường cứng, tạo bởi mô sợi (có thể được tách khỏi xương một cách dễ dàng trừ chỗ đường khớp là nơi cốt mạc dính với cốt mạc phía đối diện). Phần trước của ổ mắt là nhãn cầu, phần sau ổ mắt có các cơ vận nhãn và mô mỡ ổ mắt (mô liên kết thưa giàu mạch). Vách ổ mắt là phần bao ổ mắt quặt ra sau vào sụn mi. Vách ổ mắt chia ổ mắt ra làm ổ mắt trước và ổ mắt sau, có tác dụng ngăn sự lan rộng các bệnh lý chảy dịch não-tủy, nhiễm trùng ổ mắt ... không cho chúng lan ra mi mắt, song vách ngăn này cũng làm tăng áp lực bên trong ổ mắt.

Mạch máu phân phối cho võng mạc có 2 xuất nguồn: (1) nửa ngoài là hệ mao mạch màng bồ đào, và (2) động mạch trung tâm võng mạc và các nhánh của nó. Sự cung cấp máu cho võng mạc được bảo đảm bởi rất nhiều cơ chế bù trừ nhằm để lượng máu cung cấp cho võng mạc vẫn được duy trì ngay cả trong tình trạng bị sốc tuần hoàn.

Điều cực kỳ quan trọng cần lưu ý là sự thông nối mạch rộng rãi giữa các xoang với các cấu trúc trong ổ mắt và mi mắt. Đặc biệt, đoạn đầu tĩnh mạch mắt dưới có cấu trúc dạng lưới nằm dọc theo sàn và thành trong ổ mắt, nhận máu từ túi lệ, mi mắt và các cơ vận nhãn. Các tĩnh mạch không có van thông nối giữa các tĩnh mạch mắt và xoang sàng, ống lệ-mũi và các cuốn mũi. Nguồn cấp máu cho cả ổ mắt và xoang sàng là động mạch sàng trước và động mạch sàng sau; các động mạch này chạy từ ổ mắt, qua ống xương vào trong vách ngăn.



Hình: liên quan giữa mê đạo sàng, xương giấy và ổ mắt, và các cơ vận nhãn: cơ trực trong và cơ chéo trên.



Hình: liên quan giữa mỏ móc và xương giầy, khi mở xoang sàng bằng dao liềm theo kỹ thuật trước sau, cần thận trọng để không làm tổn thương ổ mắt.

Xương giầy uốn cong, phía trên có liên quan các tế bào sàng trên ổ mắt, phía dưới có liên quan xoang hàm. Vì vậy, trong khi phẫu thuật nạo xoang sàng và mở phức hợp lỗ thông mũi-xoang phải tìm cho được xương giầy để tránh tổn thương xương giầy dẫn đến tổn thương ổ mắt và các mạch máu quanh ổ mắt. Thao tác thích hợp để mở vào trong lỗ thông tự nhiên của xoang hàm trong phẫu thuật mở khe mũi giữa là giữ cho dụng cụ sát với phần trên của cuốn mũi dưới, không được mở ra trước quá bờ trước cuốn mũi giữa. Một số phẫu thuật viên mở khe mũi giữa ngay trên cuốn mũi dưới, ngay phía trên khe bán nguyệt để trực tiếp vào lỗ thông tự nhiên của xoang hàm. Sau khi mở lỗ thông xoang hàm, dễ dàng nhận diện xương giầy (xương giầy nằm ngay bên ngoài xoang hàm). Đây là mốc giải phẫu quan trọng, phẫu thuật viên không được phẫu tích ra phía ngoài quá bình diện lỗ thông xoang hàm để tránh làm tổn thương ổ mắt. Xác định lỗ thông xoang hàm và xương giầy là chìa khóa để tìm và bảo vệ ổ mắt.

Ống lệ-mũi cách lỗ thông xoang hàm khoảng 3-6mm. Các tế bào sàng trước phát triển bao quanh túi lệ ở vị trí cuốn mũi giữa, và bao quanh ống lệ-mũi ở vị trí khe mũi

giữa (86% các trường hợp). Tương tự, lỗ thông của ống lệ-mũi đổ và hốc mũi ở vị trí cách

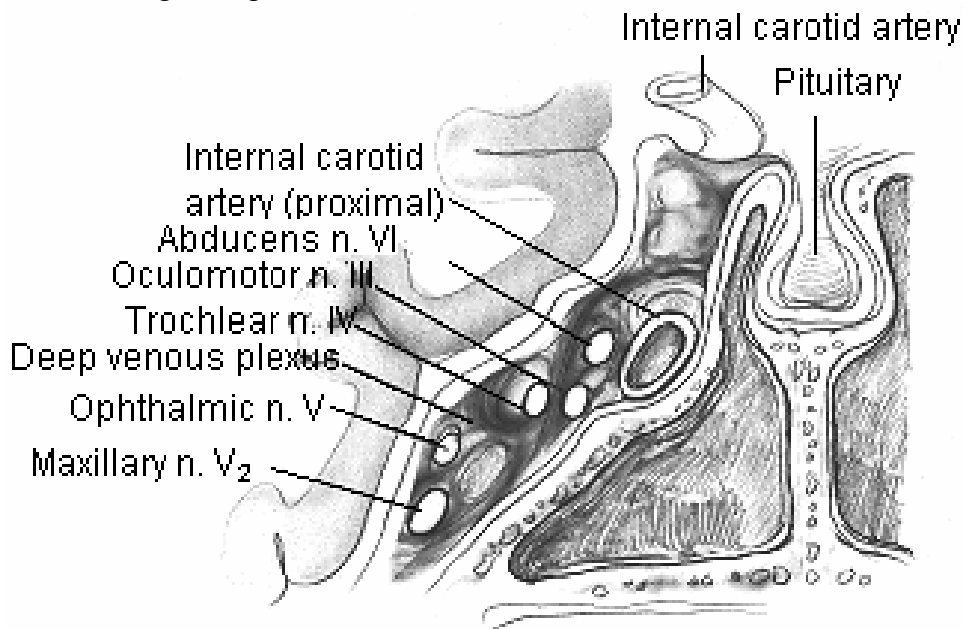


Hình: liên quan giữa phức hợp sàng-bướm với động mạch cảnh trong, các động mạch sàng trước, động mạch sàng sau và ổ mắt trên mặt phẳng cắt ngang.

đầu cuốn mũi dưới 1cm vào khe mũi dưới. Khi mở khe mũi dưới, không nên mở ở vị trí cách đầu cuốn mũi dưới quá 1cm. Ở trẻ em, răng nanh hàm trên còn nằm trong khe mũi dưới, khi mở khe mũi dưới cần tìm răng nanh và bảo vệ nó. Phẫu thuật viên có thể làm tổn thương ống lệ-mũi và túi lệ nếu không xác định được các mốc giải phẫu kể trên.

Dưới ống nội soi, hình ảnh thành trong ổ mắt có thể khác biệt tùy theo phẫu thuật viên thuận tay phải hay thuận tay trái. Trên thực tế, hốc mũi phải và khe mũi giữa có thể được nhìn thấy thẳng từ trước ra sau, xoang sàng trái lại hơi vào trong (nhất là ở vùng trước-trên). Nếu phẫu thuật viên mổ bên trái và theo hướng thẳng từ trước ra sau như bên phải, đặc biệt trong phẫu thuật nội soi, do hình ảnh cảm nhận bị biến đổi sẽ làm tổn thương vùng trên-ngoài xương giấy khi đi vào ổ mắt. Để tránh tai biến này, thao tác phẫu thuật phải đi vào trong, hướng về cuốn mũi giữa.

Số đo khoảng cách của các mốc giải phẫu cho chúng ta các thông tin quan trọng giúp ngăn ngừa các biến chứng. Khoảng cách từ gai mũi trước hay lỗ mũi đến ngách trán là khoảng 6cm, đến sàn sọ là khoảng 7cm, đến thành trước xoang bướm là khoảng 7cm. Khoảng cách từ gai mũi trước đến thành họng mũi tương đương đến thành sau xoang bướm (độ sai biệt tối đa là 1cm). Cung mũi sau (ở ngay phía trên lỗ mũi sau và phía dưới) cách gai mũi trước khoảng 7cm. Mảnh nền cuốn mũi giữa cách gai mũi trước 6cm. Ở trẻ em, hình ảnh 3 chiều của các xoang không hằng định, phẫu thuật viên phải hết sức cẩn thận. Tuy nhiên, chúng ta có thể ước lượng khoảng cách từ gai mũi trước đến cung lỗ mũi sau, lấy số đo đó ước lượng khoảng cách từ gai mũi trước đến lỗ thông xoang bướm và sàn sọ.



Lỗ thông xoang bướm nằm ngay cạnh vách ngăn, cách cung cửa mũi sau về phía trên khoảng 5cm, hay bằng khoảng 1/3 dưới của khoảng cách từ cung cửa mũi sau đến sàn sọ. Đây là 1 cấu trúc quan trọng thường bị che khuất bởi các bệnh tích ở xoang sàng sau. Tuy nhiên, với que thăm dò đặt vào lỗ thông tự nhiên của xoang bướm có thể giúp chúng ta xác định vị trí phải mở để tiếp cận vào bên trong xoang bướm. Lỗ thông xoang bướm có thể nằm ở phía trong cuốn mũi giữa, hay ở phía ngoài mặt phẳng ở giữa cuốn mũi trên và cuốn mũi dưới, ngay phía trên chỗ bám của cuốn mũi giữa vào cung cửa mũi sau. Thành trước xoang bướm rất mỏng, trong khi phá vỡ thành trước xoang bướm mà có cảm giác nó cứng quá thì không nên cố gắng tiếp tục chọc. Có thể mở rộng lỗ thông xoang bướm qua các tế bào sàng sau bằng cách phẫu tích theo hướng vào trong, về phía sau cuốn mũi giữa; qua đó có thể xác định vách ngăn xoang bướm và xoang sàng sau để có thể thao tác một cách an toàn. Phẫu thuật viên luôn luôn ghi nhớ là trần xoang sàng dốc xuống từ trước ra sau (trần xoang sàng trước cao hơn và thấp dần về phía sau đến các tế bào sàng sau và xoang bướm). Từ trong ổ mắt, động mạch sàng sau chạy vào trong, xuyên qua vùng mảnh sàng để vào trong sọ. Kainz và Stammberger ghi nhận vách xương tại vùng này chỉ mỏng bằng 1/10 các

vùng khác và rất dễ bị tổn thương trong phẫu thuật nạo sàng. Mặc dù vấn đề viêm mũi xảy ra sau khi cắt bỏ cuốn mũi giữa vẫn còn đang bàn cãi. Cuốn mũi là giới hạn quan trọng giữa xoang sàng và trần xoang sàng, đầu cuốn mũi giữa là điểm mốc đánh dấu giới hạn trước của hố mổ nạo sàng, mảnh nền cuốn mũi giữa là vùng tấn công để tiếp cận vào xoang sàng sau. Phần dưới và chỗ bám cuốn mũi giữa vào cửa mũi sau là mốc giải phẫu quan trọng để phẫu thuật viên tiếp cận và mở lỗ thông xoang bướm. Các tính chất quan trọng này cùng với vai trò của cuốn mũi dưới trong bảo vệ các xoang cạnh mũi, thay đổi hướng luồng khí hít vào mũi, hỗ trợ khứu giác là lý do để cuốn mũi giữa được bảo tồn trong mức độ tối đa nhất. Tuy vậy, các trường hợp cuốn mũi giữa quá to gây nên hiện tượng tắc nghẽn cơ học như concha bullosa, thoái hoá polyp to thì nên được xét đến khả năng cắt bỏ một phần hay toàn bộ.

CÁC NGUYÊN TẮC PHÒNG CHỐNG BIẾN CHỨNG PHẪU THUẬT NỘI SOI MŨI-XOANG

1. Xương cuốn mũi giữa là mốc giải phẫu quan trọng (giữ vai trò trung tâm), từ xương cuốn mũi giữa phẫu thuật viên sẽ tìm được các mốc giải phẫu lân cận khác như mỏm móc, túi lệ, ống lệ. Khi phẫu thuật, cuốn mũi giữa cần phải được bảo tồn tối đa, nếu cần cuốn giữa được cắt 1/2 trước dưới mà thôi.
2. Khi lấy mỏm móc, nên di động mỏm móc nhẹ nhàng bằng que thăm dò để có thể thấy được bờ trước mỏm móc (rãnh lệ-móc). Xác định bờ trước mỏm móc giúp hạn chế tình huống sót mỏm móc, không tìm ra lỗ thông tự nhiên xoang hàm cũng như biến chứng ổ mắt trong khi rạch và cắt mỏm móc.
3. Khi mở khe mũi giữa từ sau ra trước, có thể dùng que dò đưa vào vùng khe bán nguyệt dưới, đến tận lỗ thông xoang hàm trước khi mở khe mũi giữa bằng kim gặm ngược.
4. Sau khi tìm được lỗ thông xoang hàm, tìm một số mốc giải phẫu kế tiếp như xương giấy (thành trong ổ mắt, phía ngoài và ngay trên lỗ thông xoang hàm).
5. Khi cần mở rộng lỗ thông xoang hàm, phẫu thuật viên nên mở về phía sau và phía dưới (nếu mở lên phía trên sẽ tổn thương xương giấy, nếu mở ra phía trước sẽ làm tổn thương ống lệ).
6. Khi phẫu tích xoang sàng từ trước ra sau, phẫu thuật viên nên phá mê đạo sàng ở phía dưới và trong để tránh tổn thương thành trong ổ mắt và trần xoang sàng.
7. Khi phẫu tích vào xoang sàng sau, phẫu thuật viên sẽ phá phần đứng của mảnh nền. Vị trí tấn công vào xoang sàng sau chính là một vùng hình tam giác giới hạn bởi thành trong bóng sàng, thành trong xương cuốn mũi giữa và vùng giới hạn bởi phần đứng và phần ngang mảnh đứng xoang sàng.
8. Khi mở rộng lỗ thông tự nhiên xoang bướm, cần mở rộng về phía dưới và phía trong để tránh làm tổn thương trần màng não và giao thoa thị giác ở phía trên, và các cấu trúc quan trọng ở thành ngoài xoang bướm (đã đề cập ở trên). Khi mở thông xoang bướm, phẫu thuật viên cần hết sức thận trọng với các mô nằm

trong xoang bướm không thể di chuyển bằng ống hút, nhất là khi phẫu tích ra vùng thành ngoài xoang bướm.

9. Khi mở rộng xoang sàng từ sau ra trước, với các dụng cụ cong, kìm Blakesley gập góc, thìa mào... cần lưu ý đưa đầu dụng cụ dọc theo trục mê đạo sàng (không được xoay mũi dụng cụ ra ngoài hoặc vào trong).
10. Khi phẫu tích vùng cạnh chỗ bám của xương cuốn giữa, cần hết sức nhẹ nhàng để tránh tai biến vỡ trần xoang sàng gây chảy dịch não-tủy.
11. Khi mở rộng phễu trán, cần lưu ý thành sau phễu trán (ống mũi-trán) là vị trí của động mạch sàng trước.
12. Có nhiều phương pháp mở rộng phễu trán: (1) mở rộng agger nasi về phía sau và phía trong, hướng về cuốn mũi giữa, (2) phẫu tích tế bào agger nasi lên trên, về vùng phía trong chỗ bám mỏm móc và phía trước thành trước của bóng sàng (tránh phẫu tích ra phía ngoài làm tổn thương túi lệ).

CÁC BIẾN CHỨNG

Theo bản chất, các biến chứng phẫu thuật nội soi mũi-xoang được chia làm 4 nhóm:

- ✓ Hệ thần kinh trung ương
- ✓ Ổ mắt
- ✓ Chảy máu
- ✓ Cấu trúc

Biến chứng ở hệ thần kinh trung ương

Biến chứng ở hệ thần kinh trung ương trong phẫu thuật nội soi mũi-xoang bao gồm: dò dịch não-tủy, viêm màng não, tụ khí trong não, tổn thương nội sọ.

Dò dịch não-tủy

Dò dịch não-tủy thường gặp ở xoang sàng hơn là xoang trán, và ở xoang trán hơn xoang bướm. Các yếu tố thuận lợi để biến chứng dò dịch não-tủy xảy ra là: trần xoang sàng dốc xuống từ trước ra sau, trần xoang sàng mỏng, nằm thấp hơn mảnh sàng và bệnh nhân được phẫu thuật dưới gây mê nội khí quản (những tổn thương ở mảnh sàng không được bệnh nhân cảm thấy đau tăng lên và báo ngay cho phẫu thuật viên biết).

Khi dò dịch não-tủy được phát hiện ngay trong khi mổ, phẫu thuật viên cần ngay lập tức tiếp cận chỗ dò dịch, găm bỏ niêm mạc thừa, đặt một mảnh mô ghép tự thân (cơ căng mạc đùi, cân cơ thái dương, sụn vách ngăn, xương cuốn mũi giữa, mỡ, cơ, xương), sau đó tấn mảnh ghép lên trần xoang sàng và cố định bằng keo fibrine nếu có.

Trường hợp dò dịch não-tủy không được phát hiện trong khi mổ (trong thời gian hậu phẫu, bệnh nhân than phiền trong miệng có vị mặn của dịch chảy từ mũi xuống họng); khi lau dịch bằng khăn trắng sạch, thấy có một quầng đậm ở vùng ngoại vi vòng tròn phía trung tâm là một vùng có màu lạt hơn (dấu Halo), để lâu không thấy chất dịch này khô cứng lại như chất dịch tiết từ niêm mạc mũi (dấu khăn tay). Cho bệnh nhân nằm im một lúc rồi đột ngột ngồi ngay dậy có thể thấy một dòng dịch chảy

rất nhanh từ bên mũi bị tổn thương (dấu bể chứa). Có thể làm thêm các xét nghiệm cận lâm sàng.

Nồng độ đường/ dịch não-tủy khoảng 30mg/dl; tuy nhiên dấu hiệu này chỉ có giá trị định hướng ban đầu, không có giá trị chẩn đoán xác định. Xét nghiệm có giá trị chẩn đoán xác định là định lượng beta 2 transferrin/ dịch tiết trong mũi. Ngoài ra phim CT và MRI cho biết vị trí và kích thước chỗ dò dịch não-tủy.

Những trường hợp dò dịch não-tủy có thể tự hồi phục được trong vòng 3 tuần; trong thời gian này, bệnh nhân được điều trị nội khoa theo chế độ như sau: nằm tư thế đầu cao (semi fowler), tránh làm việc gắng sức, dùng thuốc nhuận tràng để tránh rặn khi đi cầu. Sau 3 tuần điều trị như đã mô tả vẫn không mang lại kết quả mong muốn thì bệnh nhân sẽ được mổ lại để đóng lỗ dò.

Tổn thương nội sọ

Tổn thương nội sọ thường hiếm. Ngoài triệu chứng dò dịch não-tủy còn các triệu chứng thần kinh như lú lẫn, thay đổi tính tình, trên phim CT hoặc MRI có thể thấy hình ảnh vỡ mảnh sàng, tổn thương chất não...

Khi phát hiện các biến chứng nội sọ, cần hội chẩn với các bác sĩ chuyên khoa thần kinh. Nếu tổn thương nhẹ, bệnh nhân có thể qua khỏi (tổn thương trầm trọng có thể gây nên tử vong); những bệnh nhân còn sống thường mất khứu giác và có những di chứng về thần kinh (hội chứng thùy trán (mất trí nhớ, thay đổi tính tình).

Phòng ngừa biến chứng thần kinh cần lưu ý:

1. Nằm vững các mốc giải phẫu trong hốc mũi dưới nội soi.
2. Cần thận trọng với những bệnh nhân có nhiều bệnh tích, polyp to và mổ lại vì nguy cơ chảy máu nhiều làm phẫu thuật viên lạc hướng.
3. Phẫu thuật viên không được “thao tác trong máu”; nếu chảy máu nhiều không thấy rõ các mốc giải phẫu thì phải ngưng ngay phẫu thuật.
4. Cần thận trọng đối với những trường hợp đang mổ đột ngột bệnh nhân chảy máu nhiều. Nếu nghi ngờ biến chứng nội sọ thì nên chụp phim X quang trên bàn mổ với dụng cụ ở chỗ trong phẫu trường để xem vị trí của dụng cụ so với sàn sọ.

Biến chứng ở ổ mắt

Các dấu hiệu của tụ máu ổ mắt bao gồm **tụ máu trước bao** (bầm máu lan rộng, phù mi mắt) và **tụ máu sau bao**: (bầm mắt, sụp mi, giãn đồng tử). Tụ máu trước bao thường không ảnh hưởng đến thị lực và tự khỏi sau 7-10 ngày (tuy nhiên cũng cần lưu ý theo dõi sát bệnh nhân để phòng tụ máu diễn tiến gây tăng áp lực trong ổ mắt làm giảm thị lực tạm thời). Nếu tăng áp lực trong ổ mắt tiếp diễn thì dù võng mạc có khả năng bù trừ rất lớn (thực nghiệm trên động vật tụ máu ổ mắt do chảy máu động mạch là 15-30 phút, do chảy máu tĩnh mạch 60-90 phút), võng mạc vẫn có thể bị tổn thương và dẫn đến mất thị lực vĩnh viễn.

Ngay khi phát hiện có tụ máu trong ổ mắt, cần làm ngay một số thao tác sau:

1. Massage ổ mắt – dùng 2 ngón tay trở và giữa ấn nhẹ vào đồng tử rồi thả ra nhiều lần sau 15 phút.

2. Hội chẩn với bác sĩ mắt.
3. Dùng Manitol 1-2 mg/ kg.
4. Có thể dùng corticoid: Prednisone 1-1,5mg kg.
5. Nếu tình trạng không cải thiện thì phải mổ giải áp theo đường nạo sàng đường ngoài kinh điển (phẫu thuật Lynch), hoặc rạch khoé mắt ngoài để dẫn lưu máu tụ.

Sau đây là các nguyên tắc theo dõi thị lực sau khi phát hiện biến chứng bầm máu sau phẫu thuật nội soi mũi-xoang.

1. Luôn ghi nhớ nhược điểm của phẫu thuật nội soi là không cảm thấy được độ sâu của phẫu trường, dễ tạo nên nhận định sai lầm khi phẫu thuật viên thuận tay phải mổ xoang phía bên tay phải người bệnh và đứng bên phải người bệnh.
2. Trong trường hợp không chắc chắn lắm về nhận định các mốc giải phẫu trong mũi thì bệnh nhân nên được mổ dưới gây tê tại chỗ.
3. Khi trải khăn mổ, không trải khăn che mắt bệnh nhân.
4. Luôn theo dõi những dấu hiệu bất thường của mắt như sụp mi, bầm mắt, cử động đồng tử bất thường.
5. Khi nghi ngờ tổn thương ổ mắt, nên bảo người phụ đặt tay lên khoé mắt trong của bệnh nhân; nếu động tác phẫu thuật đụng chạm vào xương giấy, người phụ dễ dàng nhận ra và báo cho phẫu thuật viên; những mô nghi ngờ mỡ ổ mắt thì nên bỏ vào trong dung dịch nước muối sinh lý (chìm là niêm mạc, nổi là mỡ ổ mắt); khi nghi ngờ tổn thương xương giấy, làm nghiệm pháp Stankiewicz (người phụ ấn đồng tử trong khi phẫu thuật viên quan sát thành ngoài xoang sàng, nếu xương giấy bị tổn thương thì sẽ thấy vùng này bị phồng ra theo nhịp ấn đồng tử).
6. Khi đã phát hiện vỡ xương giấy, có thể tiếp tục phẫu tích vùng xoang sàng, mô mỡ ổ mắt được để nguyên tại chỗ. Sau phẫu thuật, phẫu thuật viên không nhét bác mũi quá chặt, thường xuyên theo dõi và hướng dẫn thân nhân bệnh nhân cách săn sóc và theo dõi người bệnh.

Biến chứng song thị

Hiếm gặp, do tổn thương các cơ vận nhãn vì thao tác phẫu thuật lôi kéo làm đứt, do động tác đốt cầm máu vùng xương giấy, do tiêm tê trực tiếp vào các cơ vận nhãn, do tổn thương các mạch máu và thần kinh vùng cơ vận nhãn. Trong các cơ vận nhãn thì cơ trực trong dễ bị tổn thương hơn cơ chéo trên. Chưa có cách điều trị đặc hiệu hiệu quả.

Biến chứng tổn thương ống lệ

95% trường hợp ống lệ nằm ngay cạnh tế bào agger nasi. Ống lệ bị tổn thương do phẫu tích quá mức về phía thành ngoài tế bào agger nasi hoặc mở rộng lỗ thông tự nhiên xoang hàm ra phía trước quá mức làm thương tổn mào lệ (mào lệ nằm phía trước, cách lỗ thông xoang hàm từ 1 –6mm). Để đề phòng biến chứng này, cần không mở rộng lỗ thông tự nhiên xoang hàm ra phía trước về phía vùng xương cứng; chỉ mở rộng xoang hàm ra sau và xuống dưới. Khi tai biến xảy ra, có thể phải tiếp tục phẫu

thuật ống lê-mũi qua đường ngoài (chuyên khoa mắt) hoặc dưới nội soi (chuyên khoa tai-mũi-hong thực hiện).

Biến chứng chảy máu

Vùng mũi-xoang được tưới máu bởi một hệ thống mạch máu phong phú nên chảy máu mũi là biến chứng phổ biến nhất, có thể xảy ra trong và sau phẫu thuật nội soi mũi-xoang.

Để phòng biến chứng biến chứng này, cần chú ý:

1. Điều trị các trường hợp viêm xoang polyp mũi, viêm xoang nhiễm trùng trước mổ để tránh tình trạng sung huyết niêm mạc mũi gây chảy máu nhiều trong khi mổ; cần lưu ý tiền căn chảy máu kéo dài, dùng các thuốc có tác dụng phụ làm tăng thời gian chảy máu, chu kỳ kinh nguyệt (bệnh nhân nữ).
2. Trong khi phẫu thuật, tránh phẫu tích vào vùng thành bên hốc mũi, xương cuốn mũi giữa mặt trước xoang bướm. Cần lưu ý các điểm sau: tư thế đầu cao, dùng thuốc co mạch tại chỗ, tôn trọng thời gian tiềm phục 12 phút sau khi tiêm thuốc tê có thuốc co mạch để tác dụng co mạch được phát huy tối đa; trong lúc thao tác mổ cần hạn chế đưa dụng cụ ra vào mũi nhiều lần, động tác nhẹ nhàng, giảm động tác trì kéo làm xây sát, bầm dập niêm mạc mũi. Nếu máu chảy nhiều, có thể nhét bấc mũi và thực hiện phẫu thuật bên đối diện.

Chảy máu

Tổn thương các mạch máu trong sọ là một biến chứng rất nặng nề, song may mắn là biến chứng này ít khi xảy ra. Khi tổn thương động mạch thông trước, ngoài các tổn thương mảnh sàng và nội sọ, máu chảy từ động mạch này có thể làm chết bệnh nhân; những bệnh nhân sống sót luôn luôn có các triệu chứng của hội chứng thùy trán. Tổn thương động mạch cảnh trong là một biến chứng nặng, thường xảy ra khi phẫu tích ở vùng xoang bướm; khi biến chứng xảy ra cần phải xử trí nhanh chóng (nhét bấc mũi ngay, chặn động mạch cảnh chung cùng bên tổn thương, chuyển ngay sang phương pháp vô cảm mê hạ huyết áp chỉ huy, thử ngay nhóm máu và dung tích hồng cầu, hội chẩn ngay với bác sĩ chuyên khoa thần kinh, chụp mạch não đồ qua động mạch cảnh hoặc động mạch đùi); khi tìm ra chỗ chảy máu có thể gây thuyên tắc bằng ballon hoặc lò xo.

Để phòng tai biến này xảy ra cần lưu ý:

1. Động mạch cảnh trong không có vách xương che phủ trong xoang bướm trong 20% trường hợp.
2. Thận trọng với những khối polyp trong xoang bướm hoặc khối pâyyp to vùng khe mũi trên.
3. Khi phẫu thuật vùng xoang bướm, đột ngột máu chảy ra nhiều thì phải hết sức cẩn thận.

Biến chứng cấu trúc

Có ảnh hưởng đến sự phát triển của khuôn mặt. Trên thực tế, sau phẫu thuật vùng mũi-xoang có sự chậm phát triển của khuôn mặt; điều này đặc biệt rõ ở những bệnh

nhân trẻ; tuy vậy trên thực tế, dù phẫu thuật có làm các xoang chậm phát triển song cũng không vì thế mà ảnh hưởng đến nét hài hoà của khuôn mặt người bệnh.

Biến chứng dính

Đây là biến chứng có ảnh hưởng nhiều nhất đến sự hồi phục sau mổ do làm tái phát tình trạng tắc nghẽn dẫn lưu và thông khí các xoang. Dính đầu cuốn mũi giữa và thành bên mũi là vị trí dính thường làm tái phát tình trạng viêm xoang cần phải xử trí. Những trường hợp này được xử trí bằng 1 trong các phương pháp dưới đây:

1. Cắt dính có/ không có đặt stent để tránh tái phát.
2. Khi dính giữa xương cuốn mũi giữa và vách ngăn, chỗ dính được cắt bỏ sau 1 tháng (khi bề mặt niêm mạc chỗ dính cũ đã lành).
3. Nếu dính quá nhiều không thể bảo tồn được, phải cắt cuốn mũi giữa bán phần (cắt ½ dưới xương cuốn mũi giữa).

Đề phòng tai biến dính cần lưu ý:

1. Trong khi phẫu thuật cần thao tác nhẹ nhàng, tuyệt đối không làm tổn thương niêm mạc đầu và phía ngoài cuốn mũi giữa.
2. Không để niêm mạc bầm dập nằm lỏng lơ trong hố mổ.
3. Tái khám hút sạch máu đông và mô hoại tử.
4. Sau phẫu thuật, nếu không thật cần thiết cần tránh nhét bấc mũi quá chặt để cầm máu vì động tác này cũng làm xây xát niêm mạc khe mũi giữa.

Mất mùi

Sau phẫu thuật nội soi mũi-xoang, mất mùi thường do các thao tác phẫu thuật lạc vào khe mũi trên làm thương tổn vùng khe khứu giác, đây là biến chứng không hồi phục.

KẾT LUẬN

Ống nội soi cung cấp cho phẫu thuật viên một khả năng quan sát tuyệt vời vào vùng mũi-xoang, giúp phẫu thuật mũi-xoang được thực hiện một cách nhẹ nhàng, chính xác hơn, song tai biến phẫu thuật vẫn luôn rình rập. Phẫu thuật viên cần nắm vững các mốc giải phẫu vùng mũi-xoang dưới nội soi, khám cẩn thận và chọn lựa bệnh nhân đúng chỉ định phẫu thuật. Khi đã có chỉ định mổ, cần chuẩn bị trước mổ cho bệnh nhân cẩn thận. Trong khi phẫu thuật, nên thực hiện thao tác nhẹ nhàng, dụng cụ thích hợp, thường xuyên quan sát các mốc giải phẫu trong suốt quá trình nội soi và có kế hoạch theo dõi bệnh nhân cả trước, trong và sau mổ. Tôn trọng những nguyên tắc trên, các biến chứng phẫu thuật nội soi mũi-xoang sẽ giảm và kết quả phẫu thuật sẽ tốt hơn.