

NHÂN MỘT TRƯỜNG HỢP TRÀN KHÍ DƯỚI DA VÀ TRÀN KHÍ TRUNG THẤT TRONG PHẪU THUẬT NHỔ RĂNG

Nguyễn Văn Dân¹, Nguyễn Bá Hoàng Vũ¹, Nguyễn Hải Anh¹

TÓM TẮT

Tràn khí dưới da và tràn khí trung thất là một biến chứng nguy hiểm và rất hiếm gặp trong khi thực hiện các thủ thuật nha khoa. Nguyên nhân của tràn khí dưới da và tràn khí trung thất do thủ thuật nha khoa thông thường là nhổ răng, phục hình, điều trị nội nha, điều trị nha chu có sử dụng tay khoan áp lực cao. Chúng tôi báo cáo một trường hợp lâm sàng, bệnh nhân nam, 29 tuổi, được chẩn đoán tràn khí dưới da và tràn khí trung thất trong khi thực hiện thủ thuật nhổ răng khôn hàm dưới bên trái tại một phòng khám nha khoa tư nhân. Bệnh nhân được điều trị bảo tồn, theo dõi chặt chẽ, bệnh cải thiện tốt và phục hồi hoàn toàn. Trường hợp này cho thấy sự cần thiết của việc phát hiện, chẩn đoán và xử trí kịp thời biến chứng tràn khí dưới da, tràn khí trung thất sau thủ thuật nha khoa nhằm ngăn chặn những nguy cơ tổn thương đường thở, thuyên tắc khí và nhiễm trùng cho bệnh nhân trong khi các nha sĩ thực hiện các thủ thuật tại phòng khám.

Từ khóa: tràn khí dưới da, tràn khí trung thất, thủ thuật nha khoa.

A CASE OF PNEUMOMEDIASTINUM AND SUBCUTANEOUS EMPHYSEMA IN TOOTH EXTRACTION

ABSTRACT

Pneumomediastinum and subcutaneous emphysema is an uncommon potentially life-threatening complication of dental procedures. Common causes of pneumomediastinum after dental procedures include tooth extraction, restorative treatment, endodontic treatment, and subgingival curettage that are associated with the use of handpieces and high-pressure air/water syringes. We present a case of pneumomediastinum with subcutaneous emphysema in a 29-year-old male who underwent

¹ Bệnh viện Quân y 175

Người phản hồi (Corresponding): Nguyễn Văn Dân (vandan120190@gmail.com)

Ngày nhận bài: 24/01/2022, ngày phản biện: 10/3/2022

Ngày bài báo được đăng: 30/12/2022

lower wisdom tooth extraction in left side. The patient was managed conservatively, had an uneventful hospital course, and fully recovered. This case underlines the need for prompt diagnosis and management because of the risk of airway compromise, air embolism, and infection for patients in dental procedures.

Key words: Pneumomediastinum, subcutaneous emphysema, dental procedure.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tràn khí dưới da và tràn khí trung thất là một biến chứng rất hiếm gặp trong khi thực hiện các thủ thuật nha khoa. Theo thống kê từ năm 2009 đến năm 2019 chỉ có 38 trường hợp tai biến này xảy ra trên toàn thế giới, trong đó chỉ có 16/38 trường hợp có tràn khí trung thất [1]. Tràn khí trung thất nếu được phát hiện sớm và kịp thời có thể điều trị khỏi hoàn toàn nhưng nếu không được chẩn đoán và xử trí sớm sẽ để lại những di chứng có thể nguy hiểm đến tính mạng như viêm trung thất, áp xe trung thất hay chèn ép khí quản, tim, mạch máu, phổi. Nguyên nhân của tràn khí dưới da và tràn khí trung thất do thủ thuật nha khoa thông thường là nhổ răng, điều trị nội nha, điều trị nha chu có sử dụng tay khoan áp lực cao. Vị trí hay gặp là ở các răng cối lớn hàm dưới vì chân răng của những răng này nằm sát với khoang dưới lưỡi và dưới hàm. Khí từ tay khoan nhanh đi xuyên qua những khoang này xuống khoang chân bướm hàm, khoang bên hầu và khoang sau hầu, xuống trung thất. Do nguy cơ vi khuẩn xâm nhập từ những khoang hàm mặt xuống đến trung thất có thể gây ra viêm, áp xe trung thất, đe dọa đến tính mạng bệnh nhân [2].

Chúng tôi báo cáo một trường hợp

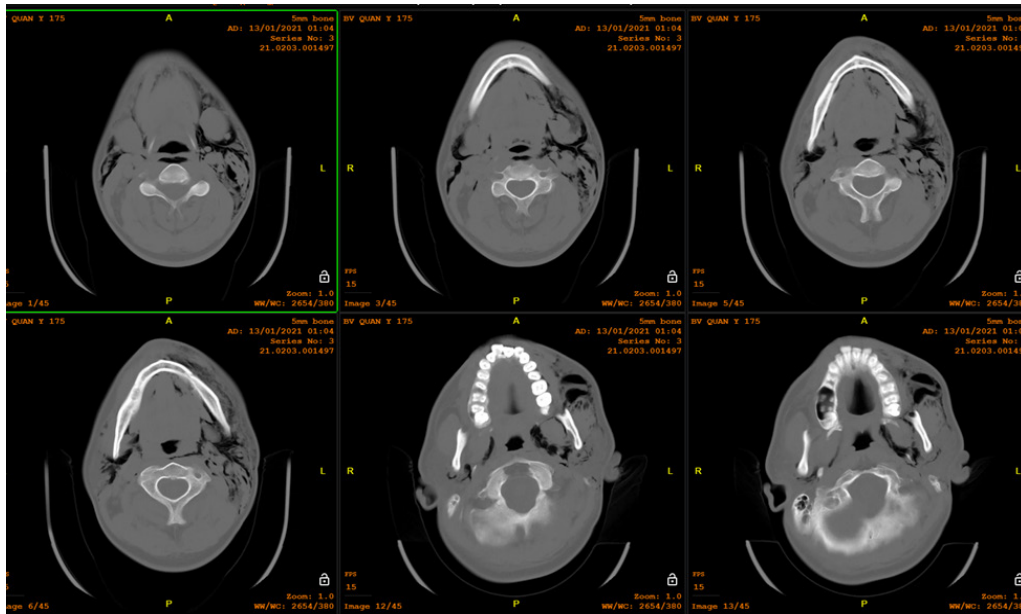
lâm sàng, bệnh nhân nam, 29 tuổi, được chẩn đoán tràn khí dưới da và tràn khí trung thất trong khi thực hiện thủ thuật nhổ răng khôn hàm dưới tại một phòng khám nha khoa tư nhân.

2. GIỚI THIỆU CA BỆNH

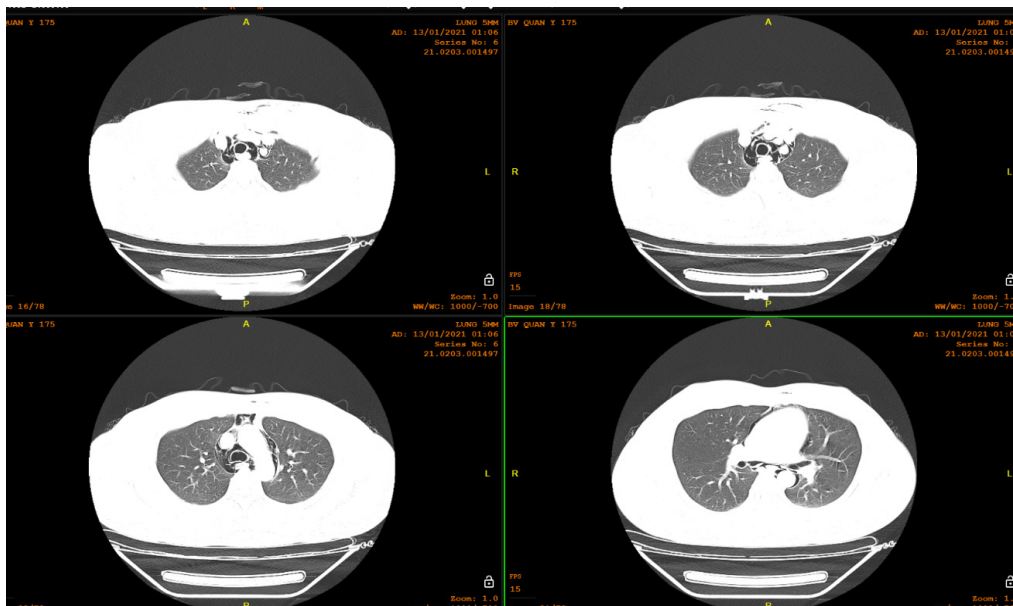
Bệnh nhân T.Q.V, 29 tuổi, nam; tiền sử khỏe mạnh, vào viện ngày 13/1/2021. Trong quá trình nhổ răng khôn hàm dưới bên trái, nha sĩ có sử dụng tay khoan áp lực cao, bệnh nhân thấy đau nhói vùng góc hàm bên trái sau đó lan xuống vùng cổ và ngực trước xương ức. Tình trạng đau tăng lên kèm theo khó thở nhẹ. Nha sĩ ngay lập tức dừng thủ thuật nha khoa và đưa bệnh nhân vào Bệnh viện Quân y 175 cấp cứu trong tình trạng: tỉnh táo, tiếp xúc tốt, huyết động ổn định, cảm giác khó thở nhẹ, sung nề và sờ thấy lép bẹp dưới da vùng góc hàm, cổ. Bệnh nhân được chụp phim cắt lớp vi tính cổ và ngực, xác định tràn khí dưới da vùng cổ và tràn khí trung thất. Bệnh nhân được nhập viện vào khoa Phẫu thuật Hàm Mặt, được khám các chuyên khoa Ngoại Lồng Ngực, Tai Mũi Họng để loại trừ các tổn thương thực thể khác và kết hợp điều trị. Tại đây bệnh nhân được điều trị bảo tồn dùng kháng sinh, giảm nề, giảm đau, theo dõi tình trạng toàn thân và tại chỗ. Sau 7 ngày điều trị, tình trạng bệnh

nhân cải thiện tốt, không khó thở, không đau ngực, sờ không thấy khí lép búp dưới

da. Chụp lại phim Xquang lồng ngực không còn tràn khí trung thất.



Hình 1: Hình ảnh tràn khí dưới da và góc hàm trái trên phim cắt lớp vi tính



Hình 2: Hình ảnh tràn khí trung thất trên phim cắt lớp vi tính

3. BÀN LUẬN

Tràn khí dưới da và tràn khí trung thất sau các thủ thuật nha khoa đã được

báo cáo cách đây hơn 100 năm, tuy nhiên số lượng không phải là nhiều. Từ năm 2009 đến năm 2019 chỉ có 16 ca lâm sàng trên toàn thế giới được báo cáo tràn khí

trung thất có liên quan đến các thủ thuật nha khoa. Trong các trường hợp được báo cáo, thì nguyên nhân chủ yếu có liên quan đến thủ thuật nhổ hoặc trám răng, đặc biệt là hay xảy ra ở các răng hàm lớn thứ ba (răng khôn) ở hàm dưới. Trong ca bệnh của chúng tôi, bệnh nhân được thực hiện phẫu thuật nhổ răng khôn hàm dưới bên trái mọc lệch, nằm trong nhóm có nguy cơ cao của loại biến chứng này. Nha sĩ khi nhổ răng có sử dụng tay khoan tốc độ cao với áp lực lớn để chia cắt thân răng. Việc sử dụng các tay khoan tốc độ cao trong các thủ thuật nha khoa có thể đưa không khí từ bên ngoài vào các khoang dưới sàn miệng bằng cách phá vỡ hệ thống niêm mạc và dây chằng nha chu. Luồng không khí này dưới áp lực cao của tay khoan tiếp tục đi vào các khoang ở vùng cổ. Các mạc cổ sâu chia cổ thành ba bình diện, khoang quanh tạng ở phía trước, được phân biệt với khoang tạng bởi mạc trước khí quản, khoang trước cột sống ở phía sau. Khoang tạng có chứa khí quản và thực quản, tạo thành một đường đi từ cổ xuống dưới ngực và dưới áp lực cao có thể tạo ra một đường dẫn trực tiếp giúp khí đi từ cổ xuống dưới trung thất. Khí có thể đi qua cơ hoành xuống khoang sau phúc mạc [3,4]. Việc tràn khí dưới da và tràn khí trung thất do áp lực lớn này thường diễn biến nhanh chóng trong hoặc ngay sau quá trình thực hiện thủ thuật nha khoa. Trong trường hợp lâm sàng của chúng tôi, ngay khi nha sĩ mới bắt đầu chia cắt thân răng được 10 phút, bệnh nhân đã có những biểu hiện lâm sàng của tràn khí như khó thở nhẹ, đau nhói dọc

vùng cổ trái, sau đó đau lan xuống ngực trước xương ức.

Thông thường với những trường hợp tràn khí trung thất do thủ thuật nha khoa nếu được chẩn đoán sớm và điều trị kịp thời thì không gây ra nhiễm trùng. Phẫu thuật cũng được khẳng định là không thực sự cần thiết với những trường hợp này. Trong ca lâm sàng của chúng tôi, bệnh nhân được chụp phim cắt lớp vi tính cổ, ngực đánh giá tình trạng tràn khí, được khám chuyên khoa Ngoại lồng ngực và Tai mũi họng, đưa ra phương pháp điều trị bảo tồn. Bệnh nhân được dùng kháng sinh, giảm đau, giảm nề ngay sau khi nhập viện nhằm ngăn chặn nguy cơ viêm nhiễm trung thất. Đồng thời, bệnh nhân được theo dõi tình trạng lâm sàng chặt chẽ, chụp phim Xquang ngực sau 48h để đánh giá diễn tiến của bệnh. Sau 5 ngày các biểu hiện lâm sàng cải thiện, sau 7 ngày chụp lại phim Xquang ngực không phát hiện khí trong trung thất. Bệnh nhân được cho xuất viện và tái khám theo dõi định kỳ. Những nguy cơ tiềm ẩn của việc tràn khí trung thất do các thiết bị nha khoa có áp lực cao nên được xem xét một cách cẩn thận và theo dõi lâu dài.

Phát hiện, chẩn đoán và đưa ra các biện pháp xử trí ban đầu kịp thời là điều hết sức quan trọng trong quản lý bệnh nhân gặp biến chứng tràn khí do thủ thuật nha khoa. Mặc dù về mặt điều trị, chúng ta trông đợi nhiều hơn ở sự theo dõi chặt chẽ và sự tự hồi phục của bệnh nhân, tuy nhiên, việc nhận thức được những biến

chứng nguy hiểm có thể xảy ra là điều đặc biệt cần phải lưu ý với các bác sĩ nha khoa cũng như các bác sĩ Phẫu thuật Hàm mặt, Lồng ngực. Sự tích tụ khí trong các khoang hầu họng có thể dẫn tới ngạt thở ngay khi nha sĩ đang làm các thủ thuật trong miệng bệnh nhân. Thậm chí, việc tràn khí dưới da có thể gây ra sự thuyên tắc mạch và tràn khí màng phổi. Ngoài ra khi nhiễm trùng do việc tràn khí dưới da được loại trừ, thì việc theo dõi bệnh nhân trong những ngày tiếp theo vẫn nên được quan tâm, vì những viêm nhiễm ở vùng miệng sau đó có thể gây ra nhiễm trùng trung thất thứ phát [5]. Do đó, khuyến cáo được đưa ra là theo dõi bệnh nhân chặt chẽ, dù có hay không có tràn khí trung thất, thì vẫn phải đảm bảo tình trạng viêm nhiễm không được nặng lên, đảm bảo bệnh nhân không bị suy hô hấp. Kháng sinh và giảm nề được sử dụng ngay khi bệnh nhân nhập viện.

4. KẾT LUẬN

Tràn khí dưới da và tràn khí trung thất do việc thực hiện các thủ thuật nha khoa, đặc biệt là nhổ răng khôn hàm dưới có thể dễ dàng phát hiện ra nhờ vào việc theo dõi chặt chẽ tình trạng toàn thân của bệnh nhân trong quá trình thực hiện thủ thuật, thăm khám dấu hiệu sờ lép bép dưới da và hỏi về tiền sử bệnh. Khi phát hiện biến chứng này, nha sĩ nên dừng thủ thuật ngay lập tức, đánh giá tình trạng toàn thân của bệnh nhân và đưa đến những cơ sở

chuyên khoa cấp trên để kịp thời xử trí. Mặc dù biến chứng tràn khí dưới da và tràn khí trung thất là vô cùng hiếm gặp, tuy nhiên, cần nâng cao nhận thức của tất cả những nha sĩ để có thể kịp thời chẩn đoán và xử trí biến chứng này khi gặp phải.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Lê Hải Sơn (2021), “Thông báo trường hợp tràn khí dưới da và trung thất sau nhổ răng”, <http://www.benhvien108.vn/>, Bệnh viện 108.

2. Maunder RJ, Pierson DJ, Hudson LD (1984): Subcutaneous and mediastinal emphysema: pathophysiology, diagnosis, and management, Arch Int Med, 144:1447-1453.

3. Aragon SB, Dolwick MF, Buckley S(1986): Pneumomediastinum and subcutaneous cervical emphysema during third molar extraction under general anesthesia. J Oral Maxillofac Surg., 44:141-144.

4. Goodnight JW, Sercarz JA, Wang MB(1994): Cervical and mediastinal emphysema secondary to third molar extraction. Head Neck, 16:287-290.

5. Feinstone T (1971): Infected subcutaneous emphysema: report of case. J Am Dent Assoc, 83:1309-1311.