

KHẢO SÁT MỘT SỐ ĐẶC ĐIỂM DỊCH TỄ, LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG VÀ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ GỠY XƯƠNG CHÍNH MŨI TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA SÀI GÒN

Vũ Đức Nhân¹

Bệnh viện Đa khoa Sài Gòn

<https://doi.org/10.60137/tmhvn.v69i64.105>

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: GXCM ít nguy hiểm đến tính mạng nhưng điều trị muộn sẽ can lệch hoặc bị bỏ sót gây di chứng sụp lõm, vẹo lệch thóp mũi ảnh hưởng chức năng mũi và thẩm mỹ khuôn mặt, gây ảnh hưởng tâm lý của người bệnh. **Mục tiêu:** Nghiên cứu này nhằm khảo sát một số đặc điểm dịch tễ, lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị GXCM. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả hàng loạt ca tiến cứu 13 người bệnh được chẩn đoán GXCM tại Bệnh viện Đa khoa Sài Gòn từ 01/01/2020 đến 30/09/2020. **Kết quả:** Chấn thương GXCM xảy ra chủ yếu ở nam giới (76,9%), tỷ lệ nam:nữ là 3.3:1, độ tuổi trẻ (16-30 tuổi) thường gặp nhất (61,5%). Nguyên nhân GXCM đứng hàng đầu là tai nạn giao thông (61,5%). Hơn 90% là GXCM kín; phân loại theo Ogawa (2002) thường gặp nhất là gãy không di lệch (38,4%), gãy nén và gãy hỗn hợp bằng nhau (23,1%), gãy di lệch sang bên (xương hay vách ngăn) và gãy không phân loại được do phù nề ít gặp nhất và có tỷ lệ bằng nhau (7,7%); gần 30% GXCM phối hợp với các tổn thương khác, trong đó tổn thương mắt và chấn thương chính hình thường gặp nhất với tỷ lệ bằng nhau là 23,1%, ngoài ra còn gặp tổn thương răng hàm mặt và thần kinh sọ não là 15,4%. Tất cả 13 trường hợp đều được chụp X-quang mũi nghiêng, nhưng chỉ 76,9% thấy đường gãy trên phim, 15,4% nghi ngờ có đường gãy và 7,7% không thấy đường gãy mặc dù lâm sàng khám có GXCM và được kiểm chứng lại bằng chụp CT scan sọ não. Có 7/13 người bệnh được chụp CT scan sọ não, phân loại theo Kun Hwang (2006) ghi nhận nhóm I (gãy đơn giản không di lệch) chiếm tỷ lệ cao nhất (42,8%), nhóm III (gãy vụn cài vào nhau hoặc sụp lún) chiếm tỷ lệ cao thứ 2 (28,6%). Thời gian điều trị nội trú trung bình 4,8 ngày, dưới 3 ngày chiếm 28,6%, từ 4 đến 7 ngày chiếm 71,4%, không có trường hợp trên 7 ngày. Tất cả BN đều có kết quả điều trị đạt sau xuất viện. **Kết luận:** Bệnh gặp ở mọi lứa tuổi, cả hai giới, chủ yếu nam giới và dưới 30 tuổi. Nguyên nhân GXCM đứng hàng đầu là tai nạn giao thông, phân loại theo Ogawa là gãy kín không di lệch, theo Kun Hwang là nhóm I (gãy đơn giản không di lệch). Chụp CT-scan có độ đặc hiệu cao hơn chụp Xquang xương chính mũi nghiêng đơn thuần.

Từ khóa: gãy xương chính mũi, chấn thương.

¹ Tác giả chính: Vũ Đức Nhân; ĐT: 0392328594; Email: ducnhan.vdn@gmail.com.

Nhận bài: 30/3/2024

Ngày nhận phản biện: 10/4/2024

Ngày nhận phản hồi: 21/4/2024

Ngày duyệt đăng: 23/4/2024

***INVESTIGATION OF EPIDEMIOLOGICAL, CLINICAL, PARACLINIC
AND OUTCOME TREATMENT IN NASAL BONE FRACTURES
AT SAIGON GENERAL HOSPITAL***

ABSTRACT

Introduction: Although NBF are not life-threatening, delayed treatment can lead to displacement or, if overlooked, can result in complications such as nasal collapse, deviation of the nasal pyramid, affecting both nasal function and facial aesthetics. This, in turn, can have a profound psychological impact on the patient. **Objective:** This study aims to survey some epidemiological, clinical, paraclinical and treatment outcome of NBF. **Materials and methods:** A descriptive study, based on the results of 13 patients with diagnosis NBF at Saigon General hospital from 01/01/2020 to 30/09/2020. **Results:** NBF primarily occur in males (76.9%), with a male to female ratio of 3.3:1. The most affected age group is the young (16-30 years old), accounting for 61.5% of cases. The leading cause of NBF is traffic accidents (61.5%). Over 90% of NBF cases are closed fractures; the most common fracture type according to Ogawa's classification (2002) is non-displaced fractures (38.4%), followed by compression and mixed fractures (each at 23.1%), and least common are displaced (to the side, either bone or septum) and unclassifiable fractures due to swelling (each at 7.7%). Nearly 30% of NBF cases are associated with other injuries, with ocular injuries and orthopedic trauma being the most common (each at 23.1%), followed by maxillofacial and cranial nerve injuries (15.4%). All 13 cases underwent lateral X-ray of the nose, but only 76.9% showed a fracture line on the film, 15.4% were suspected of having a fracture, and 7.7% showed no fracture line despite clinical examination of NBF, which was later confirmed by a CT scan of the brain. Of these, 7/13 patients underwent a brain CT scan; classified according to Kun Hwang (2006), Group I (simple non-displaced fractures) was the most prevalent (42.8%), followed by Group III (communitated or depressed fractures) (28.6%). The average inpatient treatment duration was 4.8 days, with 28.6% under 3 days, and 71.4% between 4 to 7 days, with no cases over 7 days. All patients had satisfactory treatment outcomes upon discharge and after 7-10 days post-discharge. **Conclusions:** NBF occurs in all age groups and genders, primarily affecting males under 30 years old. The leading cause of NBF is traffic accidents. According to Ogawa's classification, the most common type is a closed, non-displaced fracture, and as per Kun Hwang's classification, it falls under Group I (simple non-displaced fractures). CT scans have higher specificity than plain lateral X-rays of the nasal bone for diagnosing these fractures.

Keywords: nasal bone fracture, trauma.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Mũi là một cơ quan đặc biệt có cấu trúc giải phẫu ba chiều và một chiều thứ tư là chiều thẩm mỹ. Gãy xương chính mũi (GXCM) chiếm 40-50% chấn thương vùng đầu mặt thường gặp ở Việt Nam và đứng hàng thứ ba trong các loại gãy xương trên cơ thể, xếp sau gãy xương đòn và gãy xương cổ tay. Tuy GXCM ít gây nguy hiểm đến tính mạng nhưng điều trị muộn sẽ bị can lệch hoặc khi bị bỏ sót sẽ gây di chứng sụp lõm, vẹo lệch tháp mũi ảnh hưởng chức năng mũi cũng như thẩm mỹ khuôn mặt, từ đó có thể gây ảnh hưởng tâm lý của người bệnh (NB).

Mục tiêu: Khảo sát một số đặc điểm dịch tễ, lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị gãy xương chính mũi tại Bệnh viện Đa khoa Sài Gòn.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Người bệnh từ 16 tuổi trở lên đến khám tại Bệnh viện Đa khoa Sài Gòn từ 01/01/2020 đến 30/09/2020 đồng ý tham gia nghiên cứu, được chẩn đoán và điều trị GXCM, được theo dõi tái khám ít nhất một trong hai lần gồm sau xuất viện 7-10 ngày và/hoặc sau xuất viện 1-3 tháng.

2.2. Phương pháp nghiên cứu: Mô tả hàng loạt ca tiền cứu.

2.3. Các bước tiến hành nghiên cứu: Tiến hành thăm khám tai mũi họng: hỏi bệnh sử - tiền sử, khám lâm sàng, chụp Xquang xương chính mũi nghiên cứu và CTscan sọ não

không cản quang. Xem xét chỉ định phẫu thuật nếu có. Lựa chọn phương pháp phẫu thuật và tư vấn trước mổ. Tái khám sau phẫu thuật. Đảm bảo các quy định kiểm soát nhiễm khuẩn, quy trình kỹ thuật chuyên môn và an toàn người bệnh.

2.4. Xử lý và phân tích số liệu: Quản lý, xử lý, phân tích số liệu bằng phần mềm EpiData 3.1 và STATA 14.0.

2.5. Đạo đức trong nghiên cứu y sinh học: Nghiên cứu được thông qua và được chấp thuận bởi Hội đồng Khoa học công nghệ của Bệnh viện Đa khoa Sài Gòn.

3. KẾT QUẢ - BÀN LUẬN

Có tất cả 13 trường hợp thỏa tiêu chuẩn lựa chọn mẫu được khảo sát từ 01/01/2020 đến 30/09/2020 tại Bệnh viện Đa khoa Sài Gòn.

3.1. Đặc điểm dịch tễ:

Độ tuổi trung bình và độ lệch chuẩn: 31 ± 13.2 tuổi (lớn nhất: 59 tuổi, nhỏ nhất: 17 tuổi). Chấn thương gãy xương chính mũi xảy ra chủ yếu ở nam giới (76.9%), tỷ lệ nam:nữ là 3.3:1, độ tuổi trẻ (16-30 tuổi) là độ tuổi thường gặp nhất (61.5%); so với các nghiên cứu khác trong nước thì tỷ lệ này không thay đổi. Nguyên nhân GXCM đứng hàng đầu là tai nạn giao thông (61.5%) gặp ở cả hai giới và mọi lứa tuổi, kế tiếp là ngã thương (30.8%), tai nạn lao động (7.7%).

3.2. Đặc điểm lâm sàng

a. Triệu chứng cơ năng và triệu chứng thực thể

Kết quả của chúng tôi so với hai tác giả Nguyễn Duy Huy (2018)^[7] và Trương Thế Anh (2017), triệu chứng cơ năng gặp thường xuyên và nhiều nhất là đau nhức vùng mũi-mặt, chiếm trên 90%, chảy máu mũi và nghẹt mũi của chúng tôi ghi nhận thấp hơn trong khi triệu chứng giảm/mất khứu có tỷ lệ gần giống nhau, và riêng nghiên cứu chúng tôi ghi nhận được thêm triệu chứng nhìn mờ, gặp ở trường hợp GXCM hở kèm đa chấn thương phải chuyển tuyến (xem biểu đồ 1).

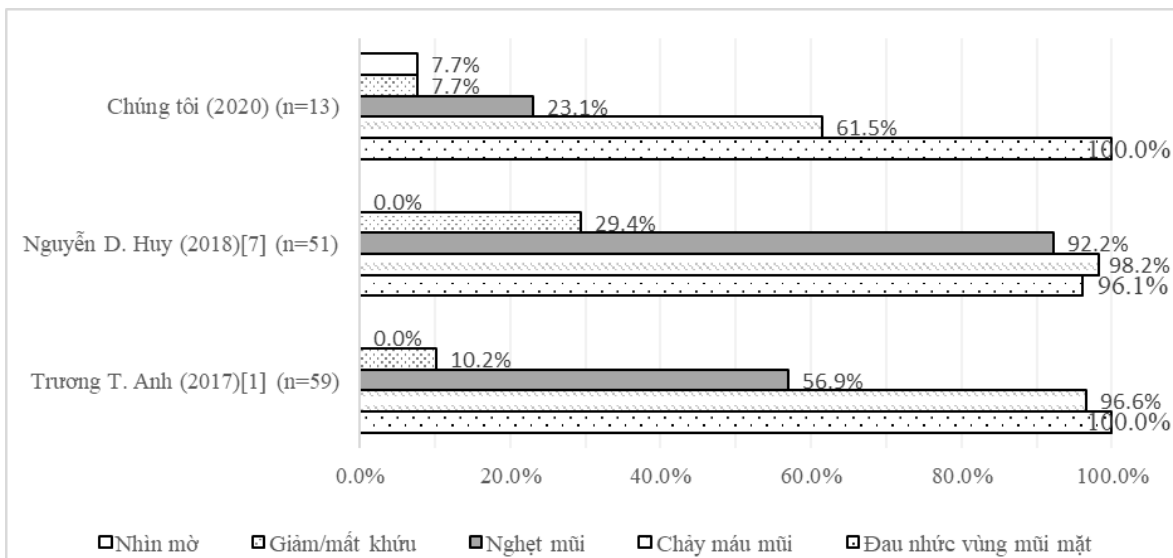
Kết quả của chúng tôi so với hai tác giả Nguyễn Duy Huy (2018) và Trương Thế Anh (2017) triệu chứng thực thể gặp thường xuyên và nhiều nhất là đau nhói khi ấn dọc sống mũi, chiếm trên 85%, kế tiếp là sung nề, bầm tím vùng mũi mặt trên 60%, còn triệu chứng đầu lạo xạo có tỷ lệ khác nhau có thể do số lượng mẫu và cách khám (biểu đồ 2).

b. Phân loại GXCM trên lâm sàng

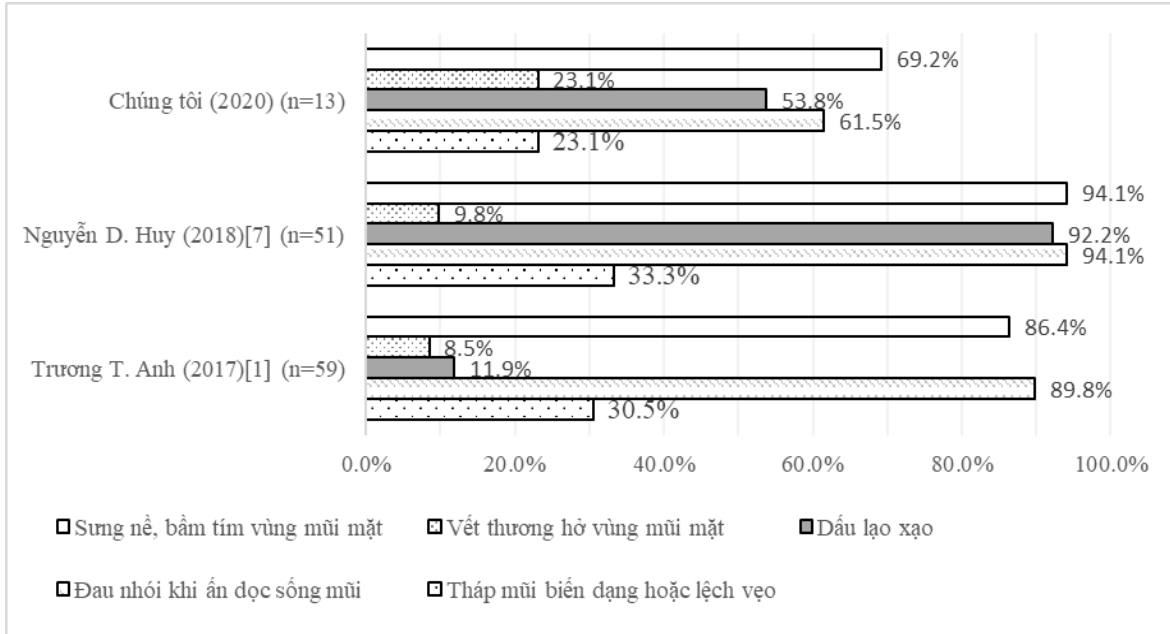
Bảng 3. Phân loại trên lâm sàng GXCM đơn thuần và GXCM phối hợp

Phân loại Nghiên cứu		GXCM đơn thuần	GXCM phối hợp
		Nguyễn H. Khôi (2005) ^[9] có n=129	Số bệnh nhân (n) Tỷ lệ (%)
Chúng tôi (2020) có n=13	Số bệnh nhân (n)	9	4
	Tỷ lệ (%)	69.2	30.8

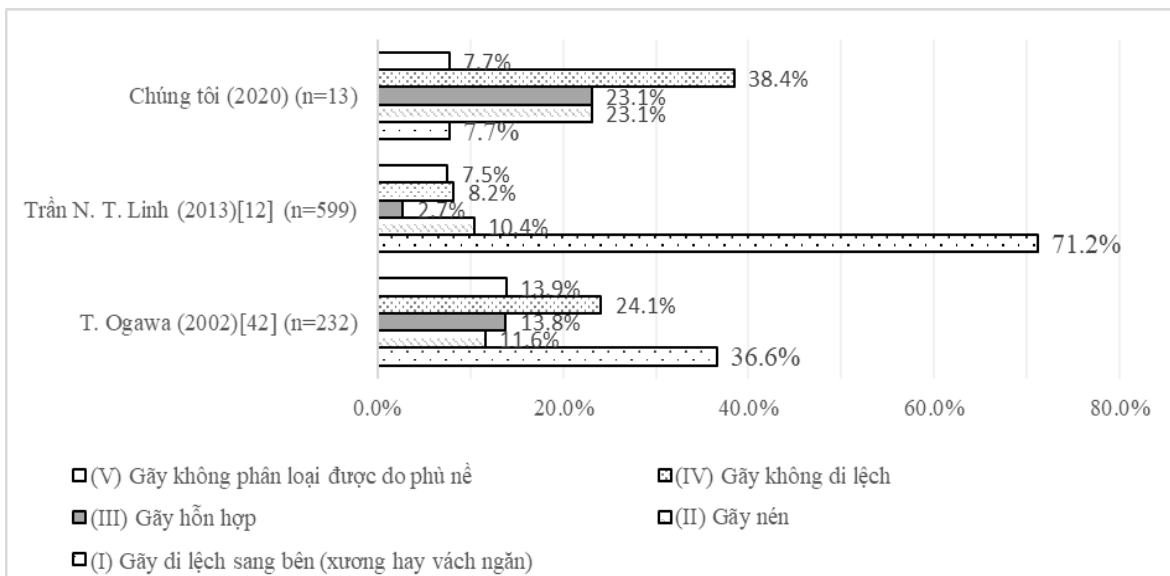
Tùy theo cách lựa chọn phân loại GXCM trên lâm sàng mà có những kết quả giữa nghiên cứu của chúng tôi sẽ giống hoặc khác so với các nghiên cứu khác. Theo quan điểm cá nhân, chúng tôi thấy cả 3 cách phân loại đều dễ ứng dụng trên lâm sàng, nhưng thuận tiện, dễ nhớ và áp dụng cho tất các chuyên khoa khác cũng biết thì cách phân chia GXCM theo GXCM kín hoặc GXCM hở và GXCM đơn thuần hoặc GXCM phối hợp là phù hợp (xin xem bảng 1 và các biểu đồ 3).



Biểu đồ 1. Triệu chứng cơ năng GXCM ở một số nghiên cứu



Biểu đồ 2. Triệu chứng thực thể GXCM ở một số nghiên cứu



Biểu đồ 3. Phân loại GXMC trên lâm sàng theo Ogawa (2002) ở một số nghiên cứu

3.3. Đặc điểm cận lâm sàng

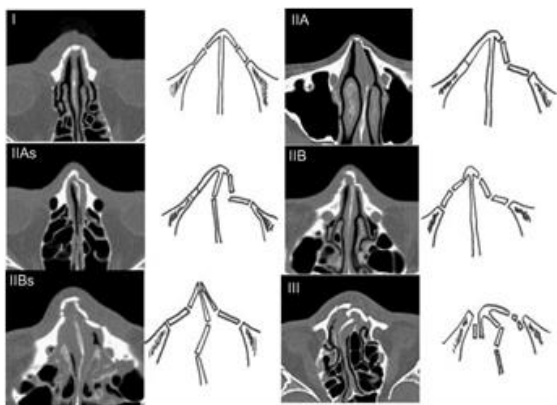
Kết quả sử dụng kết quả phim X-quang mũi nghiêng của chúng tôi so với tác giả Kun Hwang (2006) gần giống nhau về tính dương tính ở 10/13 trường hợp (thấy

đường gãy), 2/13 trường hợp nghi ngờ (không thấy rõ đường gãy), và 1/13 trường hợp âm tính (không có đường gãy) đều được kiểm chứng lại bằng CT-scan sọ não thì ghi nhận có GXCM.

Bảng 4. Phân loại GXCM trên CT scan sọ não theo Kun Hwang (2006)

Phân loại		Số bệnh nhân (n)	Tỷ lệ (%)
I (Đơn giản không di lệch)		3	42,8
II (Đơn giản kèm theo dị lệch và không cài vào nhau)	IIA (một bên)	1	14,3
	IIAs (một bên kèm vỡ/gãy vách ngăn)	0	0
	IIB (hai bên)	0	0
	IIBs (hai bên kèm vỡ/gãy vách ngăn)	1	14,3
III (gãy vụn cài vào nhau hoặc sụp lún)		2	28,6
Tổng số		7	100

Kết quả sử dụng kết quả phim X-quang mũi nghiêng của chúng tôi so với tác giả Kun Hwang (2006) không giống nhau: nhóm I chiếm tỷ lệ lớn nhất ở nhóm chúng tôi (42.8%), trong khi của Kun là 8%; nhóm IIAs và IIB không gặp ở nghiên cứu của chúng tôi, nhưng Kun lại gặp lần lượt là 13% và 18%; nhóm IIA và IIBs của chúng tôi đều là 14.3%, trong khi của Kun là 13% và 21%; nhóm III của chúng tôi là 28.6%, còn Kun là 4%. Sự khác biệt có thể là do mẫu nghiên cứu của chúng tôi ít và thời gian nghiên cứu ngắn hơn



Hình 1. Minh họa CT scan gãy xương chính mũi theo Kun (2006)

3.4. Đặc điểm kết quả điều trị

Các trường hợp chúng tôi phẫu thuật đều có chỉ định vì xương chính mũi (XCM) bị gãy di lệch nhiều hoặc làm mất tính thẩm mỹ và ảnh hưởng chức năng mũi của người bệnh (NB); trong khi các trường hợp GXCM nhưng không di lệch và NB không khó chịu gì về tính thẩm mỹ và chức năng mũi của NB đều được chúng tôi điều trị bảo tồn; chỉ có 01 trường hợp duy nhất bị đa chấn thương nặng (gãy hở xương cánh tay phải, chấn thương sọ não), vượt khả năng điều trị tại bệnh viện thì được chuyển tuyến.

Kết quả thời gian từ khi chấn thương đến khi phẫu thuật của chúng tôi có 87.5% trường hợp được xử trí trong vòng 04 ngày, chỉ có 01 trường hợp được phẫu thuật nắn chỉnh XCM trễ do BN xin xuất viện để chuẩn bị hồ sơ pháp lý đòi bồi thường xong mới quay lại vào ngày thứ 8 kể từ khi xảy ra chấn thương; tương tự như vậy ở tác giả Chu Tất Hiện (2003) và Trần Ngọc Tường Linh (2013) cũng lần lượt ghi nhận 77% và 85.12% ca được nắn chỉnh XCM trong 03 ngày đầu, chỉ 23% và 14.88% ca trong 4-10 ngày, không có ca nào quá 11 ngày. Như vậy giống theo các tài liệu y khoa thì đối với GXCM kín, chỉ cần xử trí nắn chỉnh XCM bằng nâng XCM cần trong vòng 7-10 ngày kể khi chấn thương thương xảy ra để tránh sự can hóa xương.

Tổng thời gian điều trị nội trú của NB ở nghiên cứu của chúng tôi đều dưới 7 ngày, trong đó dưới 3 ngày chiếm 28.6%, từ 4 đến 7 ngày chiếm 71.4% (thời gian

điều trị trung bình khoảng 4.8 ngày) cũng gần giống với Kun Hwang (2006) là 6.5 ngày. Mahmut S. Y. (2013) là 5.4 ngày, Tiêu Phương Lâm (2014) là 9.7 ngày.

Kết quả đánh giá điều trị theo thời gian điều trị của chúng tôi đều đạt 100%, cao hơn so với các nghiên cứu của Mahmut S. Y. (2013) là 72% và Tiêu Phương Lâm (2014) là 96.2% có lẽ do mẫu nghiên cứu ít và thời gian nghiên cứu của chúng tôi ngắn.

Kết quả hài lòng của BN trong nghiên cứu của chúng tôi đạt 100%, cao hơn so với nghiên cứu của Chu Tất Hiền (2003) có 99% NB hài lòng kết quả nâng XCM, chỉ có 2 trường hợp không hài lòng do NB tự ý về sớm và tự ý rút mèche tại nhà và không có sự kiểm tra đúng hẹn; Michael P. Ondik (2009) có 2/86 NB không hài lòng kết quả nâng XCM yêu cầu được nâng lại; Mahmut S. Y. (2013)^[39] là 12/43 NB chưa hài lòng về mặt thẩm mỹ sau nâng XCM và yêu làm lại lần hai; Trần Ngọc Tường Linh (2013) có 24/559 NB không hài lòng trong đó có 3/24 NB yêu cầu nâng lại XCM.

Kết quả biến chứng sau phẫu thuật của chúng tôi là không có, thấp hơn so với nghiên cứu của Chu Tất Hiền (2003) có 4/175 trường hợp nghẹt mũi và Mahmut S. Y. (2013) là 7/43 NB than nghẹt mũi.

4. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu 13 trường hợp gãy xương chính mũi tại Bệnh viện Đa khoa Sài Gòn từ 01/01/2020 đến 30/09/2020, chúng tôi rút ra những kết luận sau: Bệnh gặp ở mọi lứa tuổi, cả hai giới, chủ yếu nam giới

và dưới 30 tuổi. Nguyên nhân GXCM đứng hàng đầu là tai nạn giao thông, phân loại theo Ogawa là gãy kín không di lệch, theo Kun Hwang là nhóm I (gãy đơn giản không di lệch). Chụp CT-scan có độ đặc hiệu cao hơn chụp Xquang xương chính mũi nghiêng đơn thuần.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Trương Thế Anh (2017), Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị phẫu thuật gãy xương chính mũi đơn thuần, Luận văn Thạc sĩ của Bác sĩ Nội trú, Đại học Y Dược Huế, Huế.
2. Bộ Y tế (2015), "Nắn chỉnh hình tháp mũi sau chấn thương", *Hướng dẫn Quy trình kỹ thuật Khám bệnh, chữa bệnh chuyên ngành Tai Mũi Họng*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, tr. 123-124.
3. Phó Hồng Điệp (2007), Nhận xét về nguyên nhân, triệu chứng, chẩn đoán và điều trị qua 49 bệnh nhân gặp tại Bệnh viện Tai Mũi Họng Trung ương từ 01/2005 đến 04/2007, Luận văn tốt nghiệp Bác sĩ y khoa, Đại học Y Hà Nội, Hà Nội.
4. Chu Tất Hiền, Nguyễn Thị Duyên và Trần Việt Hồng (2003), "Một số nhận xét về gãy xương chính mũi điều trị tại Bệnh viện Nhân dân Gia Định", *Tạp chí Y học Thành phố Hồ Chí Minh*. 7(1), tr. 71-74.
5. Nguyễn Duy Huy (2018), Đánh giá kết quả điều trị phẫu thuật chỉnh hình gãy xương chính mũi phối hợp chấn thương

- đầu cổ, Luận văn Thạc sĩ của Bác sĩ nội trú, Đại học Y Dược Huế, Huế.
6. Nguyễn Hữu Khôi, Nguyễn Thị Xuân Hương và Ngô Thị Diễm Trang (2005), "Nghiên cứu một số yếu tố dịch tễ của gãy xương mũi do chấn thương", *Tạp chí Y học Thành phố Hồ Chí Minh*. 9(1), tr. 116-119.
 7. Trần Ngọc Tường Linh và Nguyễn Thị Ngọc Dung (2013), "Khảo sát tình hình gãy xương chính mũi tại Bệnh viện Tai Mũi Họng Thành phố Hồ Chí Minh", *Tạp chí Y học Thành phố Hồ Chí Minh*. 17(1), tr. 72-78.
 8. Trần Thị Phương (2009), *Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng và chụp cắt lớp vi tính của chấn thương thấp mũi*, Luận văn thạc sĩ Tai Mũi Họng, Đại học Y Hà Nội, Hà Nội.
 9. Abdullah Sindi, Yousef Abaalkhail, Moayyad Malas và các cộng sự. (2020), "Patients With Nasal Fracture", *The Journal of Craniofacial Surgery* 31(3), tr. e275-277.
 10. Byung-Hun Kang, Hyo-Sun Kang, Jeong Joon Han và các cộng sự. (2019), "A retrospective clinical investigation for the effectiveness of closed reduction on nasal bone fracture", *Maxillofac Plast Reconstr Surg*. 41(1), tr. 53.
 11. Kun Hwang, o Jung Ki và Sang Hyun Ko (2017), "Etiology of Nasal Bone Fractures", *J Craniofac Surg*. 28(3), tr. 785-788.
 12. Kun Hwang, Sun Hye You, Sun Goo Kim và các cộng sự. (2006), "Analysis of Nasal Bone Fractures; A six - year Study of 503 Patients", *Journal of Craniofacial Surgery* 17(2), tr. 261-264.
 13. Tadahiko Saiki, Teruhiro Ogawa, Kazuaki Kuroda và các cộng sự. (2019), "A Clinical Study on 299 Cases of Nasal Bone Fractures", *International Journal of Practical Otolaryngology*. 02(01), tr. e1-e6.
 14. Takenori Ogawa, Naohiro Suzuki và Takuji Okitsu (2002), "Clinical study and image diagnosis of nasal bone fracture", *Pratica Oto-Rhino-Laryngology* 95(1), tr. 51-60.