

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG BỆNH NHÂN GÃY XƯƠNG CHÍNH MŨI TẠI KHOA TAI MŨI HỌNG, BỆNH VIỆN TRUNG ƯƠNG THÁI NGUYÊN

Tạ Phương Thúy*, Nguyễn Công Hoàng*, Trần Duy Ninh**

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng và chẩn đoán hình ảnh gãy xương chính mũi tại khoa Tai Mũi Họng, Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên năm 2021. **Đối tượng và phương pháp:** Bệnh nhân gãy xương chính mũi đơn thuần hoặc phối hợp, được điều trị và theo dõi tại khoa Tai Mũi Họng, Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên từ tháng 7 năm 2021 đến tháng 11 năm 2022. Nghiên cứu mô tả cắt ngang chùm ca bệnh - Thiết kế nghiên cứu tiến cứu. Phỏng vấn trực tiếp bệnh nhân theo bộ công cụ đã thiết kế sẵn kết hợp thăm khám lâm sàng, nội soi mũi, kết quả chụp Xquang và chụp CT.Scanner mũi. **Kết quả và kết luận:** Từ kết quả nghiên cứu trên 52 bệnh nhân gãy xương chính mũi tại Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên, chúng tôi rút ra các kết luận như sau: Giới tính gặp ở Nam giới (73,1%), tỷ lệ nam/nữ: 2,7/1. Nhóm tuổi gặp chủ yếu ở nhóm tuổi từ 15-<30 tuổi (46,2%) và nhóm tuổi 30-≤50 có 23/52 (44,2%). Nguyên nhân GXCM chủ yếu do tai nạn giao thông 29/52 (55,8%). Triệu chứng lâm sàng gặp nhiều nhất là đau 100%, biến dạng sống mũi và sưng nề bầm tím đều là (98,1%), chảy máu mũi chiếm tỷ lệ cao (82,7%), có điểm đau chói (78,8%), có dấu hiệu lạo xạo xương chính mũi (32,7%), vẹo lệch vách ngăn khi nội soi (51,9%). Có 52/52 (100%) được chụp phim CT.Scanner trong đó tổn thương loại I là 59,6%, loại II là 25%, loại III là 15,4%; 44/52 (84,6%) chụp phim Xquang mặt thẳng nghiêng trong đó tổn thương loại I là 95,5%, loại II là 4,5%.

Từ khóa: Gãy xương mũi, gãy xương vùng mặt, Gãy xương chính mũi, Chấn thương sống mũi.

SUMMARY

CLINICAL AND PARACLINICAL CHARACTERISTICS OF MAJOR NASAL FRACTURES OF PATIENTS AT THE DEPARTMENT OF OTOLARYNGOLOGY, THAI NGUYEN GENERAL HOSPITAL

Objectives: To describe clinical and paraclinical characteristics of major nasal fractures of patients at the department of Otolaryngology, Thai Nguyen general hospital.

* Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên

** Trường Đại học Y - Dược Thái Nguyên

Chịu trách nhiệm chính: Tạ Phương Thúy; ĐT: 0948122688; E-mail: drthuyent23@gmail.com

Nhận bài: 27/1/2023. Ngày nhận phản biện: 10/2/2023

Ngày nhận phản hồi: 21/2/2023. Ngày duyệt đăng: 24/2/2023

Material and methods: Patients with major nasal fractures alone or in combination were treated and monitored at the Department of Otolaryngology, Thai Nguyen General Hospital from July 2021 to November 2022. Cross-sectional descriptive study of case clusters - Prospective study design. Direct interviews with patients according to a pre-designed question that combines clinical examination, nasal endoscopy, X-ray results and CT.Scanner of the nose. **Results:** From the results of the study on 52 patients with major nose fractures at Thai Nguyen General Hospital we found that: Most were male (73.1%), the rate of male /female: 2.7/1. The age group was mainly found in the age group of 15 - < 30 years old (46.2%) and the age group 30 - < 50 had 23/52 (44.2%). Cause of nasal fractures is mainly traffic accident 29/52 (55.8%). The most common clinical symptoms were pain 100%, a deformity of the nose and swelling and bruising were (98.1%), epistaxis accounted for a high rate (82.7%), with a sharp pain of nose fractures score (78,8%), there were signs of bone crunching in the nasal main bone (32.7%), deviated septum during endoscopy (51.9%). 52/52 (100%) were scanned with CT.Scanner, in which type I was 59.6%, type II was 25%, type III was 15.4%; 44/52 (84.6%) X-ray film of the straight face, in which the lesion type I is 95.5%, type II is 4.5%. **Conclusions:** External force applied to the nasal bone can also lead to coexistent fracture of adjacent bony structures including the nasal septum. The proposed classification of nasal fracture based on CT.Scanner imaging helps to incorporate coincident disruption of adjacent structures.

Keywords: Nasal fractures, Facial fractures, Nasal main bone fracture, Nasal bridge trauma.

ĐẶT VẤN ĐỀ

Gãy xương chính mũi (GXCM) là sự gián đoạn cấu trúc giải phẫu bình thường của xương chính mũi, có thể gặp các hình thái như: sập, lún, lệch, vẹo, dập nát... Nguyên nhân của gãy xương chính mũi thường do tai nạn giao thông, tai nạn sinh hoạt, đánh nhau... Gãy xương chính mũi đơn thuần ít gây nguy hiểm, nhưng trong những chấn thương nặng, phối hợp như chấn thương sọ não, chấn chương hàm mặt, mắt... thường gây ra những biến chứng và di chứng nặng nề, có thể dẫn tới tử vong^[1]. Việc chẩn đoán gãy xương chính mũi dựa vào triệu chứng lâm sàng và chẩn đoán hình ảnh. Tuy nhiên những trường hợp gãy xương chính mũi phức tạp, phối hợp các chấn thương khác cần phải thăm khám lâm sàng cẩn thận, kỹ càng đặc biệt các triệu chứng chụp Xquang thường quy và

CT.Scanner để tránh bỏ sót tổn thương. Hiện nay, với sự phát triển của khoa học trong Y học nói chung và chẩn đoán hình ảnh (đặc biệt là CT.Scanner 1-32 dãy, 64-128 dãy) nói riêng đã hỗ trợ tích cực trong việc chẩn đoán, điều trị cũng như tiên lượng hậu phẫu^{[2],[3]}. Trong chấn thương gãy xương chính mũi, triệu chứng chẩn đoán hình ảnh hết sức quan trọng, giúp bác sỹ xác định vị trí đường gãy xương, các tổn thương xương phối hợp khác như các tổn thương thành xoang, tổn thương hàm mặt hay tổn thương các thành ổ mắt^{[2],[5]}. Mặt khác, chụp CT.Scanner vùng hàm mặt còn cho phép đánh giá hiệu quả phẫu thuật như sự can xương, các đường ghép xương bằng nẹp vít hay những di chứng muộn có thể gặp như tình trạng bí tắc, viêm xoang, polyp, nang nhày xoang.

Khoa Tai Mũi Họng Bệnh viện Trung

ương Thái Nguyên cũng thường xuyên gặp những bệnh nhân nhập viện vì gãy xương chính mũi, tuy nhiên cho đến nay chưa có nghiên cứu nào về tình trạng gãy xương chính mũi tại khoa chúng tôi, xuất phát từ thực tiễn này chúng tôi tiến hành nghiên cứu mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng và chẩn đoán hình ảnh gãy xương chính mũi tại khoa Tai Mũi Họng, Bệnh viện

Trung ương Thái Nguyên năm 2021.

ĐỐI TƯỢNG, PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu

Bệnh nhân gãy xương chính mũi đơn thuần hoặc phối hợp, được điều trị và theo dõi tại khoa Tai Mũi Họng, Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên từ tháng 7 năm 2021 đến tháng 11 năm 2022. Đạt các tiêu chí chọn mẫu nghiên cứu:

-Bệnh nhân tự nguyện tham gia nghiên cứu

-Tham gia đầy đủ quá trình nghiên cứu

- Bệnh nhân được chẩn đoán gãy xương

chính mũi (đơn thuần hoặc phối hợp).

- Được làm chẩn đoán hình ảnh (Xquang, CT. scanner).

2. Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu mô tả cắt ngang chùm ca bệnh - Thiết kế nghiên cứu tiên cứu.

3. Cỡ mẫu

Chọn mẫu theo phương pháp thuận tiện, chọn toàn bộ các bệnh đủ tiêu chuẩn vào mẫu nghiên cứu. Cỡ mẫu gồm 52 bệnh nhân đáp ứng tiêu chuẩn nghiên cứu.

4. Nội dung nghiên cứu

-Thông tin chung về đối tượng nghiên

cứu: Tuổi, giới tính, nghề nghiệp, địa dư; thời gian từ khi bệnh nhân chấn thương đến khi vào viện; nguyên nhân và hoàn cảnh xảy ra chấn thương, xử trí ban đầu trước khi nhập viện.

- Các chỉ số liên quan đến đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của gãy xương chính mũi: toàn thân, cơ năng, thực thể.

- Triệu chứng cận lâm sàng:

+ Phim chụp Xquang mặt thẳng-nghiêng

+ Phim chụp Blondeau (phim mũi cằm)

+ Phim chụp Hirtz (phim cằm đỉnh)

+ CT.Scanner (Trên bình diện Axial và coronal): Phân loại gãy xương chính mũi dựa vào tổn thương trên CT. Scanner:

Gãy xương chính mũi đơn thuần Gãy xương chính mũi hở

Gãy xương chính mũi có phối hợp tổn thương vách ngăn và hốc mũi

Gãy xương chính mũi có phối hợp tổn thương xoang

Gãy xương chính mũi có phối hợp tổn thương ổ mắt

Gãy xương chính mũi có phối hợp tổn thương sọ não

Gãy xương chính mũi có phối hợp các tổn

thương khác ở ngực, bụng, tứ chi.

-Đối chiếu các kết quả thăm khám và chụp phim thường quy với kết quả chụp phim CT.Scanner

Đối chiếu các dấu hiệu thăm khám bên ngoài mũi với kết quả chụp phim

CT.Scanner: Phù hợp, không phù hợp

Đối chiếu các dấu hiệu thăm khám bên trong hốc mũi với kết quả chụp phim CT.Scanner: Phù hợp, không phù hợp

Đối chiếu kết quả trên Xquang thường với chụp CT.Scanner của chân thương tháp mũi: Đối chiếu các dấu hiệu thăm khám bên ngoài mũi với kết quả chụp phim CT.Scanner: Phù hợp, không phù hợp

Đối chiếu đặc điểm tổn thương trên lâm sàng, CT.Scanner của chân thương tháp mũi với hình thái tổn thương trong khi phẫu thuật: Phù hợp, không phù hợp.

5. Các phương tiện phục vụ nghiên cứu

- *Bệnh án nghiên cứu:* Hỏi bệnh, khai thác bệnh sử, hoàn cảnh chấn thương và theo dõi bệnh nhân sau đợt điều trị được ghi chép đầy đủ, cẩn thận vào bệnh án nghiên cứu.

- *Bộ dụng cụ khám tai mũi họng thông thường:* Gồm: Đèn Clar, đèn lưỡi, kẹp khuỷu, mở mũi, găng tay sạch, thuốc co mạch Naphazolin 0,5%, ống hút, máy hút, bông, gạc, mèche.

- *Bộ khám nội soi Tai mũi họng:* Bộ nội soi tai mũi họng hãng GYEONBOK sản xuất Korea gồm: nguồn sáng, dây dẫn sáng, camera, màn hình, máy in, ống nội soi 0 độ, 30 độ 2,7mm.

- *Máy chụp Xquang thường quy và cắt lớp vi tính*

- *Bộ dụng cụ phẫu thuật và nâng xương chính mũi:* Gồm: Đèn Clar, đèn lưỡi, kẹp khuỷu, mở mũi, găng tay sạch, thuốc co mạch Naphazolin 0,5%, ống hút, máy hút, bay nâng xương, bay 2 đầu, kim tự tạo kiểu Asch, nẹp bột sống mũi, bông, gạc, mèche, merocel. Bộ dụng cụ phẫu thuật nội soi mũi xoang và chỉnh hình vách ngăn.

6. Các bước tiến hành nghiên cứu

Hỏi bệnh: Khai thác các thông về hành chính; Khai thác các thông liên quan bệnh sử; Khai thác về vấn đề xử lý ban đầu; Khai thác các triệu chứng cơ năng.

Khám bệnh: Khám toàn thân phát hiện tình trạng toàn thân; Khám bên ngoài mũi: đánh giá tình trạng sống mũi (sung nê, lệch vẹo, bầm tím, điểm chai chói, dấu hiệu lao xạo xương, mất liên tục xương...); Khám bên trong hốc mũi: đánh giá tình trạng hốc mũi, niêm mạc, vách ngăn...; Khám các cơ quan khác thuộc tai mũi họng: đánh giá tổn thương phối hợp; Khám các cơ quan khác ngoài tai mũi họng: Sọ não, cổ, ngực, bụng, tứ chi...

Chỉ định các xét nghiệm cận lâm sàng: Chụp phim và đánh giá tổn thương xương chính mũi trên cận lâm sàng (Xquang thường quy và CT scanner): hình ảnh gián đoạn hay di lệch xương trên phim chụp. Đánh giá hình thái, phân loại gãy xương chính mũi, đồng thời phát hiện các tổn thương phối hợp (nếu có).

7. Xử lý số liệu

Nhập, xử lý bằng phần mềm thống kê Y học SPSS 20.0. Các test thống kê được sử dụng để so sánh sự khác biệt giữa các nhóm.

8. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu được sự đồng ý và thông qua đề cương nghiên cứu của Hội đồng Đạo đức Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên, Trường Đại học Y- Dược Thái Nguyên. Các bệnh nhân được giải thích và đồng ý tham gia đề tài nghiên cứu. Đảm bảo tính bí mật về thông tin cá nhân người bệnh. Khách quan trong đánh giá và phân loại, trung thực trong xử lý số liệu.

KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu (n=52)

Đặc điểm		Số lượng	Tỷ lệ (%)
Nhóm tuổi (năm)	<15	1	1,9
	15 - <30	24	46,2
	30 - ≤ 50	23	44,2
	> 50	4	7,7
Giới tính	Nam	38	73,1
	Nữ	14	26,9
Nghề nghiệp	Học sinh/sinh viên	14	26,9
	Công nhân	4	7,7
	Làm ruộng	19	36,5
	Tự do	15	28,9
Địa dư	Nông thôn	13	39
	Thành thị	39	39
Nguyên nhân	Tai nạn giao thông	29	55,8
	Tai nạn lao động	3	5,8
	Tại nạn sinh hoạt	8	15,4
	Khác	12	23,0

Nhân xét: Bệnh nhân GXCM gặp nhiều ở 2 độ tuổi: từ 15-<30 tuổi có 24/52 (46,2%) và từ 30-≤ 50 tuổi có 23/52 (44,2%). Phần lớn gặp ở nam giới 38/52 (73,1%). Nghề nghiệp làm ruộng chiếm tỷ lệ cao nhất 19 (36,5%), tiếp đến là học sinh/ sinh viên 14 (36,5%). Có 39/52 (75%) bệnh nhân sống tại khu vực thành thị. Nguyên nhân gây GXCM chủ yếu là tai nạn giao thông 29/52 (55,8%).

Bảng 2. Tình trạng bệnh nhân và sơ cứu tại thời điểm xảy ra chấn thương (n=52)

Xquang mũi (100%), sưng nề/ bầm tím 51/52 (98,1%), biến dạng sống mũi 51/52 (98,1%), chảy máu mũi 43/52 (82,7%), ngạt mũi 41/52 (78,8%), điểm đau chói 41/52 (78,8%).

Bảng 2. Triệu chứng nội soi mũi

Triệu chứng	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Vẹo lệch vách ngăn	27	51,9
Hẹp hốc mũi	22	42,3
Tổn thương niêm mạc mũi	8	15,4
Chảy máu mũi	33	63,5
Máu chảy xuống họng	16	30,8

Nhân xét: Tại thời điểm xảy ra chấn thương có 50/52 (96,2%) bị chảy máu mũi, có 43/52 (82,7%) tỉnh táo sau chấn thương, chỉ có 2/50 (3,8%) được sơ cứu khâu vết thương và được nhét mèche mũi cầm máu.

Bảng 3. Đặc điểm tổn thương trên phim chụp

Đặc điểm tại thời điểm xảy ra chấn thương	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Tỉnh	43	82,7
Bất tỉnh	9	17,3
Có	50	96,2
Không	2	3,8
Có	2	3,8
Không	50	96,2

Bảng 4. Đặc điểm lâm sàng của bệnh nhân tại thời điểm vào viện (n=52)

Triệu chứng lâm sàng	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Tỉnh táo, tiếp xúc tốt	46	88,5
Choáng, ngất	6	11,5
Đau vùng mũi và quanh mũi	52	100
Ngạt mũi	41	78,8
Ngửi kém hoặc mất ngửi	27	51,9
Chảy máu mũi	43	82,7
Sưng nề, bầm tím	51	98,1
Biến dạng sống mũi	51	98,1
Có vết thương phần mềm	9	17,3
Điểm đau chói	41	78,8
Dấu hiệu lạo xạo xương	17	32,7

Nhân xét: Từ bảng trên cho thấy triệu chứng

Nhân xét: Nội soi mũi cho thấy triệu chứng gặp chủ yếu là: chảy máu mũi 33/52 (63,5%), vẹo lệch vách ngăn 27/52 (51,9%), hẹp hốc mũi 22/52 (42,3%).

Bảng 5. Đặc điểm tổn thương trên phim chụp

Tổn thương trên phim chụp		Số lượng	Tỷ lệ (%)
Xquang (n=44)	Loại I	42	95,5
	Loại II	2	4,5

CT.Scanner (n=52)	Loại I	31	59,6
	Loại II	13	25,0
	Loại III	8	15,4

Nhân xét: Trong 44 bệnh nhân được chụp phim Xquang: tổn thương loại I gặp chủ yếu là 42/44 (95,5%). Tuy nhiên trên phim chụp CT.Scanner có thương loại I chiếm 31/52 (59,6%), tổn thương loại II 13/52 (25%).

lâm sàng gặp nhiều nhất là đau mũi và vùng

Bảng 6. Đối chiếu triệu chứng tổn thương lâm sàng và trên phim CT.Scanner (n = 52)

Đặc điểm đối chiếu		Loại I	Loại II	Loại III	Tổng n, (%)	p
Lệch vẹo sống mũi	Có	30	13	8	51 (98,1)	<0,05
	Không	1	0	0	1 (1,9)	
Lạo xạo xương	Có	30	13	8	51 (98,1)	<0,05
	Không	1	0	0	1 (1,9)	
Lệch vẹo vách ngăn	Có	9	12	6	27 (51,9)	<0,05
	Không	22	1	2	25 (48,1)	
Hẹp hốc mũi	Có	5	9	8	22 (42,3)	<0,05
	Không	26	4	0	30 (57,7)	

Nhân xét:

Khi đối chiếu các triệu chứng lâm sàng và kết quả chụp CT.Scanner cho thấy:

Dấu hiệu lệch vẹo sống mũi gặp ở 30/31 bệnh nhân có tổn thương loại I; 13/13 tổn thương loại II trên phim chụp CT.Scanner có dấu hiệu này.

Với triệu chứng lạo xạo xương chính mũi gặp ở 30/31 bệnh nhân có tổn thương loại I, loại II là 13/13 và loại III là 8/8 bệnh nhân trên phim CT.Scanner có dấu hiệu này. Dấu hiệu lệch vẹo vách ngăn gặp ở 9/31 có tổn thương loại I trên CT.Scanner,

loại II là 12/13 và loại III là 6/8 BN có dấu hiệu này.

Triệu chứng hẹp hốc mũi gặp ở 5/31 trường hợp có tổn thương loại I trên CT.Scanner, loại II cao nhất chiếm 9/13 và loại III là 8/8 có dấu hiệu này.

BÀN LUẬN

Có nhiều nguyên nhân GXCM, trong nghiên cứu này chúng tôi nhận thấy nguyên nhân gây GXCM nhiều nhất là do tai nạn giao thông 29/52 BN (55,8%). Kết quả này cao hơn nghiên cứu của Hà Hữu Tùng

46,3%^[6], thấp hơn với tác giả Trần Thị Phương 69,4%^[7]. Theo nghiên cứu của Li và cộng sự tại Trung Quốc nguyên nhân gãy xương chính mũi chủ yếu là do tấn công (60,44%)^[5]. Đa phần các bệnh nhân gặp trong nghiên cứu tham gia giao thông bằng xe máy, xe đạp, xe đạp điện, đi bộ,... Đây là các phương tiện tham gia giao thông chủ yếu tại Thái Nguyên cũng như các tỉnh thành lân cận.

Đau là triệu chứng thường có khi xảy ra chấn thương, chúng tôi thống kê được có 100% bệnh nhân có triệu chứng này, cao hơn các tác giả Trần Thị Phương 47,22%^[7] và Bùi Viết Tuấn 66,7 %^[8]. Tỷ lệ này trong nghiên cứu chúng tôi có khác biệt nhiều so với các nghiên cứu trên có thể vì tỷ lệ bệnh nhân đến viện sớm trước 6 giờ chiếm tỷ lệ cao hơn, phần lớn người bệnh chưa được xử trí hay dùng thuốc giảm đau trước đó.

Triệu chứng lâm sàng cũng thường gặp nhiều là sung nề/ bầm tím 51/52 (98,1%), biến dạng sống mũi 51/52 (98,1%), chảy máu mũi 43/52 (82,7%), ngạt mũi 41/52 (78,8%), điểm đau chói 41/52 (78,8%). Kết quả nghiên cứu các tác giả khác như Phùng Minh Lương báo cáo kết quả nghiên cứu có chảy máu mũi (90,4%), Biến dạng, bất thường mũi: tại tháp mũi (100%), tại xương chính mũi (97,3%), ở vách ngăn mũi (74%); có vẹo lệch vách ngăn (85,2%)^[3]. Nghiên cứu của Bùi Viết Tuấn bệnh nhân biến dạng và sung nề bầm tím sống mũi (77,8%)^[8]. Nghiên cứu của Nguyễn Đức Như^[9] cũng tương tự. Nghiên cứu Hà Hữu

Hùng cho thấy bệnh nhân có điểm đau chói chiếm 66,1%^[6]. Nghiên cứu của Hoàng Kim Khang cũng tương tự^[10]. Các triệu chứng này dễ dàng quan sát, được thấy rõ ngay trong những giờ đầu sau khi xảy ra chấn thương. Tùy theo mức độ chấn thương và sự lệch vẹo tháp mũi mà có thể nhận định một vài đặc điểm của vật gây chấn thương như hướng, cường độ của lực gây chấn thương. Triệu chứng lâm sàng thay đổi sau chấn thương vài giờ và tăng dần trong những ngày sau làm khó khăn trong việc xác định mức giải phẫu, vị trí gãy cũng như khó xác định dấu hiệu biến dạng sống mũi nếu sưng nề bầm tím nhiều.

Khi thăm khám bằng nội soi, chúng tôi nhận thấy chảy máu mũi gặp ở 33/52 (63,5%), tương đương với kết quả nghiên cứu của Trần Thị Phương 69,44%^[7], cao hơn nghiên cứu của Hà Hữu Hùng là 42,11%^[6] và Bùi Viết Tuấn 14,8%^[8]. Trong khi đó triệu chứng chảy máu xuống họng chỉ gặp ở 16/52 (chiếm 30,8%). Trong nghiên cứu này chúng tôi nhận thấy, tuy rằng bệnh nhân bị chấn thương vùng mũi đơn thuần hay phối hợp nhưng tỷ lệ bệnh nhân có chảy máu mức độ nặng không nhiều, thường là bệnh nhân chảy máu mức độ nhẹ, vừa. Một số bệnh nhân được sơ cứu ở tuyến trước hoặc tự cầm trước thời gian đến viện nên khi thăm khám bằng nội soi chủ yếu gặp máu đọng trong các khe và hốc mũi, ít gặp chảy máu mới hay chảy máu xuống họng. Số ít bệnh nhân có tổn thương phối hợp thì máu có thể chảy vào hốc mũi từ nền sọ, hệ thống xoang hay những tổn thương vùng mắt, hàm mặt.

Chụp Xquang mặt thẳng nghiêng được thực hiện ở 44/52 bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi. Kết quả phim chụp cho thấy có 42/44 (95,5%) là tổn thương loại I, chỉ có 2/44 (4,5%) là tổn thương loại II, không có bệnh nhân nào tổn thương loại III (theo phân loại tổn thương mảnh trung gian của Markowitz). Thực tế chúng tôi nhận thấy xác định đường gãy xương trên phim chụp Xquang thường quy rất khó khăn, đặc biệt những bệnh nhân có đường gãy phối hợp hay vỡ vụn chông chéo nên khó giới hạn đường gãy. Đặc biệt những tổn thương sụn cũng khó xác định trên phim xquang^[4]. Nghiên cứu của Hwang và cộng sự cũng chỉ ra rằng thấy rõ đường gãy trên phim Xquang là 82%, âm tính 9,2% và 8,5% là khó xác định^[2].

Kết quả đối chiếu lâm sàng và phim chụp CT.Scanner càng khẳng định giá trị của chụp CT.Scanner trong chẩn thương gãy xương chính mũi. Rõ ràng trên phim chụp CT.Scanner chúng tôi thấy rằng bệnh nhân có các dấu hiệu lệch vẹo sống mũi, lạo xạo xương chính mũi, dấu hiệu lệch vẹo vách hay hẹp hốc mũi thì đều xác định được trên phim chụp. Ngoài ra với kết quả chụp này chúng tôi cũng xác định được triệu chứng này gặp ở bệnh nhân có phân loại gãy xương chính mũi loại I, II hay III. Từ đó ta thấy được ưu việt của phim chụp CT.Scanner so với phim Xquang thông thường, cũng như so với thăm khám lâm sàng. Nghiên cứu của Hwang và cộng sự đưa ra các phương pháp cận lâm sàng trong chẩn đoán gãy xương chính mũi khuyến cáo độ chính xác trong của phim chụp CT.Scanner

(94,4%±2,3%) cao hơn đáng kể so với các phim chụp Xquang khác (85,0%±3,6%)^[2].

KẾT LUẬN

Từ kết quả nghiên cứu trên 52 bệnh nhân gãy xương chính mũi tại Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên, chúng tôi rút ra các kết luận như sau: Giới tính gặp ở Nam giới (73,1%), tỷ lệ nam/nữ: 2,7/1. Nhóm tuổi gặp chủ yếu ở nhóm tuổi từ 15-<30 tuổi (46,2%) và nhóm tuổi 30-≤50, có 23/52 (44,2%). Nguyên nhân GXCM chủ yếu do tai nạn giao thông 29/52 (55,8%).

Triệu chứng lâm sàng gặp nhiều nhất là đau 100%, biến dạng sống mũi và sung nề bầm tím đều là (98,1%), chảy máu mũi chiếm tỷ lệ cao (82,7%), có điểm đau chói (78,8%), có dấu hiệu lạo xạo xương chính mũi (32,7%), vẹo lệch vách ngăn khi nội soi (51,9%). 52/52 (100%) được chụp phim CT.Scanner trong đó tổn thương loại I là 59,6%, loại II là 25%, loại III là 15,4%; 44/52 (84,6%) chụp phim Xquang mặt thẳng nghiêng trong đó tổn thương loại I là 95,5%, loại II là 4,5%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Pham TT, Lester E, Grigorian A, Roditi RE, Nahmias JT. National Analysis of Risk Factors for Nasal Fractures and Associated Injuries in Trauma. *Craniofacial Trauma & Reconstruction*. 2019;12(3):221-227.
2. Hwang, K., Jung, J. S., & Kim, H. (2018). Diagnostic Performance of Plain Film, Ultrasonography, and Computed Tomography in Nasal Bone

- Fractures: A Systematic Review. *Plastic surgery (Oakville, Ont.)*, 26 (4), 286–292.
<https://doi.org/10.1177/2292550317749535>
3. Phùng Minh Lương (2022). Mô tả đặc điểm lâm sàng gãy xương chính mũi tại Bệnh viện Chợ Rẫy từ năm 2017- 2018. *Tạp chí khoa học Đại học Tây Nguyên*, 16(52), tr. 76-81.
 4. Bộ Y tế (2015). Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số bệnh về tai mũi họng (ban hành kèm theo Quyết định số 5643/QĐ-BYT ngày 31/12/2015 của Bộ trưởng Bộ Y tế). Bộ Y tế. tr. 292-296.
 5. Li, L., Zang, H., Han, D., Yang, B., Desai, S. C., & London, N. R. (2020). Nasal Bone Fractures: Analysis of 1193 Cases with an Emphasis on Coincident Adjacent Fractures. *Facial plastic surgery & aesthetic medicine*, 22(4), 249-254. <https://doi.org/10.1089/fpsam.2020.0026>.
 6. Hà Hữu Tùng, Đỗ Thế Hùng (2017). “Nhận xét về nguyên nhân, triệu chứng, chẩn đoán và điều trị các bệnh nhân gãy xương chính mũi gặp tại Bệnh viện Đa khoa Nông Nghiệp từ 2011-2016”. *Y học Việt Nam*, 451, 163–169.
 7. Trần Thị Phương (2009), Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng và chụp cắt lớp vi tính của chấn thương thấp mũi, Luận văn tốt nghiệp thạc sỹ Y khoa, Trường Đại học Y Hà Nội.
 8. Bùi Viết Tuấn (2018). Nghiên cứu hình thái lâm sàng, chẩn đoán hình ảnh gãy xương chính mũi và đánh giá kết quả điều trị gãy xương chính mũi, Luận văn Thạc sỹ Y học, Trường Đại học Y Hà Nội.
 9. Nguyễn Đức Nhựt và Trần Anh Tuấn, (2021). “Đặc điểm tổn thương ở các trường hợp chấn thương mũi, xoang qua giám định pháp y”. *Tạp Chí Y học Việt Nam*, 506 (2). <https://doi.org/10.51298/vmj.v506i2.1291>.
 10. Hoàng Kim Khang, Nguyễn Hoàng Linh (2022). “Đánh giá kết quả điều trị gãy xương chính mũi tại Bệnh viện Đa khoa Sài Gòn”. *Tạp Chí Y học Việt Nam*, 511(1). <https://doi.org/10.51298/vmj.v511i1.2033>.