

MÔ TẢ ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG GÃY XƯƠNG CHÍNH MŨI TẠI BỆNH VIỆN CHỢ RẪY TỪ NĂM 2017- 2018

Phùng Minh Lương¹

Ngày nhận bài: 23/09/2021; Ngày phản biện thông qua: 21/12/2021; Ngày duyệt đăng: 15/01/2022

TÓM TẮT

Chấn thương gãy xương chính mũi là chấn thương thường gặp nhất trong các loại gãy xương mặt ở Việt Nam cũng như ở các nước trên thế giới. Mục tiêu nghiên cứu mô tả đặc điểm lâm sàng của gãy xương chính mũi, đối tượng là 73 bệnh nhân được chẩn đoán gãy xương chính mũi do chấn thương được điều trị tại khoa Tai Mũi Họng, bệnh viện Chợ Rẫy từ 10/2017 đến 5/2018 với phương pháp nghiên cứu mô tả hàng loạt ca. 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%).

Từ khóa: gãy xương chính mũi, chấn thương.

1. MỞ ĐẦU

Gãy xương chính mũi đơn thuần có triệu chứng cơ năng như Đau khu trú ở vùng mũi tổn thương và có cảm giác căng tức.

Chảy máu mũi: chảy máu đỏ tươi, số lượng ít hay nhiều tùy thuộc vào mức độ tổn thương.

Ngạt mũi, giảm khứu, nói giọng mũi là những triệu chứng ít được bệnh nhân quan tâm sau chấn thương.

Có triệu chứng thực thể bao gồm sưng nề, bầm tím sống mũi, thâm tím vùng quanh hồ mắt hoặc động máu giác mạc phía trong mắt. Máu chảy qua cửa mũi trước. Biến dạng tháp mũi:

Sờ: có dấu hiệu lạo xạo nơi xương chính mũi bị gãy. Chẩn đoán dựa vào lâm sàng và XQ, CT để xác định gãy xương chính mũi.

Chấn thương gãy xương chính mũi là chấn thương thường gặp nhất trong các loại gãy xương mặt ở Việt Nam cũng như ở các nước trên thế giới theo Hung T, Chang W, Vlantis AC, (2007), Hwang K, You SH, Kim SG (2006) và đứng hàng thứ ba trong các loại gãy xương trên cơ thể, chỉ xếp sau gãy xương đòn và gãy xương cổ tay theo Chu Tất Hiến (2003), Hung T, Chang W, Vlantis AC (2007).

Tại khoa Tai Mũi Họng, Bệnh viện Chợ Rẫy việc chẩn đoán và điều trị gãy xương chính mũi và các tổn thương lân cận đã được thực hiện từ khá lâu, tuy nhiên thực tiễn đòi hỏi cần có thêm hiểu biết đầy đủ và hệ thống giúp cho việc chẩn đoán và điều trị được thuận lợi và có kết quả tốt hơn. Từ những lý do trên chúng tôi tiến hành thực hiện nghiên cứu Mô tả đặc điểm lâm sàng gãy xương chính mũi tại Bệnh viện Chợ Rẫy từ năm 2017-2018.

Nghiên cứu mô tả hàng loạt ca với n = 73.

2. NỘI DUNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Nội dung nghiên cứu

Nghiên cứu mô tả đặc điểm lâm sàng của 73 bệnh nhân được chẩn đoán gãy xương chính mũi do chấn thương được điều trị tại khoa Tai Mũi Họng, bệnh viện Chợ Rẫy từ 10/2017 đến 5/2018 với phương pháp nghiên cứu mô tả hàng loạt ca. Hỏi và thăm khám lâm sàng. Tra cứu hồ sơ bệnh án. Công cụ thu thập dữ liệu: phiếu thu thập dữ liệu.

2.2. Đối tượng nghiên cứu

Là những bệnh nhân được chẩn đoán gãy xương chính mũi do chấn thương được điều trị tại khoa Tai Mũi Họng, bệnh viện Chợ Rẫy. Bệnh nhân có hồ sơ lưu trữ đầy đủ: thông tin hành chính, mô tả rõ triệu chứng lâm sàng, hình ảnh nội soi mũi xoang trước phẫu thuật, chụp X-quang mũi thẳng nghiêng, chụp CT scan hàm mặt theo đúng tiêu chuẩn, được điều trị nội khoa bảo tồn hay phẫu thuật.

2.3. Phương tiện nghiên cứu

Dụng cụ khám Tai Mũi Họng thường quy. Dụng cụ - phương tiện nội soi chẩn đoán. Máy nội soi chẩn đoán. Số liệu được xử lý và phân tích bằng phần mềm SPSS 20.0.

Bệnh nhân có hồ sơ lưu trữ đầy đủ: thông tin hành chính, mô tả rõ triệu chứng lâm sàng, hình ảnh nội soi mũi xoang trước phẫu thuật, chụp X-Quang mũi thẳng, nghiêng, chụp CT scan hàm mặt theo đúng tiêu chuẩn.

2.4. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu mô tả hàng loạt ca với các bệnh nhân

¹Khoa Y Dược, Trường Đại học Tây Nguyên.

Tác giả liên hệ: Phùng Minh Lương, ĐT: 0913475506, Email: drphungminhluong@gmail.com.

được chẩn đoán xác định gãy xương chính mũi do chấn thương được điều trị tại Khoa Tai Mũi Họng Bệnh viện Chợ Rẫy từ tháng 7/2017 tháng 5/2018.

Bệnh nhân và gia đình đồng ý tham gia nghiên cứu. Trong 10 tháng nghiên cứu có 73 ca được chọn mẫu thuận tiên.

Cỡ mẫu Với $n = 73$.

Phương pháp thu thập dữ liệu

Hỏi và thăm khám lâm sàng.

Tham gia phẫu thuật cùng phẫu thuật viên chính, theo dõi sau phẫu thuật.

Tra cứu hồ sơ bệnh án. Công cụ thu thập dữ liệu: phiếu thu thập dữ liệu.

Phương tiện nghiên cứu

Dụng cụ khám tai mũi họng thường quy.

Xử lý số liệu

Số liệu được xử lý và phân tích bằng phần mềm SPSS 20.0.

Đạo đức nghiên cứu

Những bệnh nhân được chọn vào mẫu nghiên cứu phải tự nguyện tham gia nghiên cứu.

Nghiên cứu chỉ nhằm mục đích nâng cao chất lượng chẩn đoán và điều trị bệnh, không phục vụ mục đích nào khác. Mọi thông tin của bệnh nhân được đảm bảo giữ bí mật.

Tiêu chuẩn loại trừ

Những di chứng vùng mũi đã có trước khi bị chấn thương. Những khiếm khuyết dị tật mũi không do chấn thương. Hồ sơ lưu trữ không đầy đủ. Không được theo dõi tại thời điểm nghiên cứu.

Bệnh nhân và gia đình không đồng ý tham gia nghiên cứu.

3. KẾT QUẢ VÀ THẢO LUẬN

Tình trạng toàn thân bệnh nhân tại thời điểm xảy ra chấn thương.

Bảng 3.1. Tình trạng bệnh nhân tại thời điểm xảy ra chấn thương

Tri giác	n	Tỷ lệ %
Ngất hoặc hôn mê	10	13,7
Tỉnh	63	86,3
Tổng	73	100

Nhận xét: Choáng ngất mất ý thức xảy ra sau chấn thương trong nghiên cứu của chúng tôi chỉ gặp 10/73 bệnh nhân chiếm tỷ lệ 13,7%, kết quả này tương tự nghiên cứu của Phó Hồng Điệp (2007) với tỷ lệ 16,3%, Đới Xuân An (2007) với tỷ lệ 11,9%. Như vậy chấn thương gãy xương chính mũi phần lớn không gây ảnh hưởng đến ý thức của bệnh nhân. Trường hợp ngất thường xảy ra khi có

chấn thương nặng như chấn thương sọ não, chấn thương hàm mặt phối hợp. Trong nghiên cứu của Nguyễn Khắc Hòa và Phạm Khánh Hòa cao hơn trong nghiên cứu của chúng tôi chiếm tỷ lệ 27,78% theo Nguyễn Khắc Hoà (2003), điều này có thể những bệnh nhân chấn thương tầng trên nên tỷ lệ kết hợp với chấn thương sọ não thường cao hơn.

Bảng 3.2. Triệu chứng cơ năng của GXCM

Triệu chứng cơ năng	n	Tỷ lệ %
Chảy máu mũi	66	90,4
Đau nhức vùng đầu, mặt	42	57,5
Nghẹt mũi	25	34,2
Giảm, mất khứu	13	17,8
Nhìn mờ	10	13,7

Nhận xét:

Chảy máu mũi: trong lô nghiên cứu của chúng tôi gặp 66/73 bệnh nhân chiếm tỷ lệ 91,04% đây là triệu chứng hay gặp nhất trong chấn thương tháp mũi nói riêng và chấn thương tai mũi họng nói chung vì đây là vùng được cung cấp máu phong phú, khi bị tổn thương thường bị chảy máu nhiều. Mặt khác niêm mạc mũi dính sát vào xương hốc mũi khi bị gãy xương dễ bị rách. Kết quả của chúng tôi tương tự nghiên cứu của Nguyễn Vĩnh Tăng (2012) với tỷ lệ 91,04%, Phó Hồng Điệp (2007) với tỷ lệ 85,7%. Và đây cũng là lý do bệnh nhân đến Bệnh viện sớm.

Đau nhức vùng đầu, mặt: là triệu chứng bao giờ cũng có khi bị chấn thương. Trong nghiên cứu của chúng tôi gặp 42/73 bệnh nhân chiếm tỷ lệ 57,5% tương tự nghiên của Trần Thị Phương (2009) với tỷ lệ 47,22%, Phó Hồng Điệp (2007) với tỷ lệ 38,8% . Do đây là triệu chứng ít được nhắc đến, nhất là trong bệnh cảnh đa chấn thương hoặc bệnh nhân nhập viện muộn.

Nghẹt mũi: trong nghiên cứu của chúng tôi gặp 25/73 bệnh nhân chiếm tỷ lệ 34,2% tương tự nghiên cứu của Trần Thị Phương (2009) với tỷ lệ 36,11%, Phó Hồng Điệp (2007) với tỷ lệ 30,6%.

Giảm, mất khứu: trong nghiên cứu của chúng tôi gặp 13/73 bệnh nhân chiếm tỷ lệ 17,8%, tương tự nghiên cứu của Trần Thị Phương (2009) với 16,67%. Các triệu chứng này do bệnh nhân đến muộn, tình trạng hẹp hốc mũi gây ra, cũng có thể do bệnh nhân đến viện trong tình trạng đang nhét meche mũi nên khó đánh giá chính xác được.

Giảm thị lực: Trong nghiên cứu của chúng tôi có 10 trường hợp nhìn mờ chiếm tỷ lệ 13,7% trong tổng số 18/73 bệnh nhân có chấn thương mắt phối hợp. Đây cũng là 01 triệu chứng cần chú ý trong

quá trình thăm khám những bệnh nhân bị chấn thương gãy xương chính mũi nặng.

Đặc điểm các biến dạng, bất thường mũi.

Bảng 3.3. Triệu chứng thực thể

Triệu chứng thực thể	n	Tỷ lệ %
Bầm tím tháp mũi	37	50,7
Sưng nề tháp mũi	39	53,4
Lạo xạo xương	16	21,9
Án đau chói	32	43,8
Vết thương phần mềm mũi	17	23,3
Tràn khí dưới da	2	2,7

Nhận xét: Bầm tím tháp mũi: trong nghiên cứu của chúng tôi gặp 37/73 bệnh nhân chiếm tỷ lệ 50,7%, tương tự nghiên cứu của Nguyễn Vĩnh Tăng (2012) với tỷ lệ 49,25%. Triệu chứng này thường xuất hiện muộn, có xu hướng lan rộng do da vùng tháp mũi và các vùng lân cận thường lỏng lẻo.

Sưng nề tháp mũi: trong nghiên cứu của chúng tôi gặp 39/73 bệnh nhân chiếm tỷ lệ 53,4%, tương tự nghiên cứu Huỳnh Thị Vân (2014) với tỷ lệ 63,8%, thấp hơn nghiên cứu của Nguyễn Vĩnh Tăng (2012) với tỷ lệ 80,6%. Triệu chứng này trong những giờ đầu ít thấy, những ngày sau thường sưng nề nhiều làm khó xác định mốc giải phẫu và các triệu chứng lâm sàng khác, thường đi kèm với bầm tím tháp mũi.

Lạo xạo xương: trong nghiên cứu của chúng tôi gặp 16/73 bệnh nhân chiếm tỷ lệ 21,9% cao hơn nghiên cứu của Huỳnh Thị Vân (2014) với tỷ lệ 10,6% , Trần Thị Phương (2009) với tỷ lệ 8,33%, thấp hơn nghiên cứu của Nguyễn Vĩnh Tăng (2012) với tỷ lệ 47,76%. Đây là triệu chứng rất có giá trị trong chẩn đoán gãy xương nhưng không nên nhất thiết phải tìm vì có thể gây đau nhiều và làm nặng thêm tình trạng của bệnh nhân, nhất là khi có phù nề nhiều thì dấu hiệu này khó tìm thấy.

Án đau chói: trong nghiên cứu của chúng tôi gặp 32/73 bệnh nhân chiếm tỷ lệ 43,8%, tương tự nghiên cứu của Trần Thị Phương (2009) với tỷ lệ 53,78%, thấp hơn nghiên cứu của Huỳnh Thị Vân (2014) với tỷ lệ 97,9% và Nguyễn Vĩnh Tăng (2012) với tỷ lệ 97,02%. Đây là một trong những triệu chứng chính của gãy xương khi bệnh nhân đến sớm, nhưng với các trường hợp đến muộn thì triệu chứng này gần như không còn.

Tràn khí dưới da: trong nghiên cứu của chúng tôi có 2/73 bệnh nhân chiếm tỷ lệ thấp 2,7%, tương tự nghiên cứu của Nguyễn Vĩnh Tăng (2012) với tỷ lệ 1,49%. Dấu hiệu này thường gặp trong các

trường hợp gãy xương chính mũi có rách niêm mạc mũi, chấn thương các xoang cạnh mũi.

Vết thương phần mềm mũi: trong nghiên cứu của chúng tôi gặp 17/73 bệnh nhân chiếm tỷ lệ 23,78%, thường do vật sắc hoặc vật tù tác động mạnh vào vị trí tháp mũi.

Bảng 3.4. Đặc điểm các biến dạng, bất thường mũi

Tổn thương	n	Tỷ lệ %
Biến dạng, bất thường tháp mũi	73	100
Biến dạng, bất thường xương chính mũi	71	97,3
Biến dạng, bất thường cánh mũi	14	19,2
Biến dạng, bất thường vách ngăn	54	74
Biến dạng bất thường hốc mũi	20	27,4
Sụp khối mũi trán	7	9,6
Vết thương phần mềm mũi	17	23,3

Nhận xét: Trong các biến dạng, bất thường mũi thì biến dạng, bất thường tháp mũi chiếm tỷ lệ cao nhất 100%, tiếp đến là biến dạng, bất thường xương chính mũi chiếm tỷ lệ là 97,3%, biến dạng, bất thường vách ngăn chiếm tỷ lệ 74%.

Biến dạng, bất thường hốc mũi chiếm tỷ lệ 27,4%, vết thương phần mềm mũi chiếm tỷ lệ 23,3%.

Sụp khối mũi trán chiếm tỷ lệ thấp 9,6%.

Bảng 3.5. Đặc điểm biến dạng, bất thường tháp mũi

Biến dạng, bất thường tháp mũi	n	Tỷ lệ %
Vẹo tháp mũi	39	53,4
Sụp tháp mũi	24	32,9
Phối hợp (Vẹo và sụp tháp mũi)	7	9,6
Sẹo xấu tháp mũi	3	4,1
Tổng	73	100

Nhận xét: Trong nghiên cứu của chúng tôi những biến dạng và bất thường ở mũi sau chấn thương GXCM thường gặp là các biến dạng, bất thường tháp mũi (100%), xương chính mũi (97,3%), cánh mũi (19,2%), vách ngăn (74%), hốc mũi (27,4%). Bên cạnh đó, nghiên cứu cho thấy các chấn thương mũi nặng cần được can thiệp chỉnh hình chủ yếu là các chấn thương gãy xương chính mũi có biến dạng, bất thường ở tháp mũi và vách ngăn mũi bởi vì các bất thường này trực tiếp gây ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống của bệnh nhân và cũng dễ gây các biến chứng nếu không can thiệp kịp thời theo Frodel JL (2012), Hung T, Chang W, Vlantis AC (2007), Jang YJ, Wang JH, Sinha V (2007). Ngoài ra, một số chấn

thương nặng đặc biệt khác còn được khác sát thấy như sụp khối mũi – trán (9,6%), vết thương phần mềm vùng mũi (23,3%).

Bảng 3.6. Đặc điểm các biến dạng, bất thường cánh mũi

Biến dạng, bất thường cánh mũi	n	Tỷ lệ %
Sụp cánh mũi	5	35,7
Dị dạng cánh mũi	4	28,6
Sẹo xấu cánh mũi	5	35,7
Tổng	14	100

Nhận xét: Trong các biến dạng, bất thường cánh mũi thì sụp cánh mũi và sẹo xấu cánh mũi chiếm tỷ lệ ngang nhau 35,7%, dị dạng cánh mũi chiếm tỷ lệ 28,6%

Bảng 3.7. Đặc điểm biến dạng, bất thường vách ngăn

Biến dạng, bất thường vách ngăn	n	Tỷ lệ %
Gãy, sụp vách ngăn	7	13
Vẹo lệch vách ngăn	46	85,2
Thùng vách ngăn	1	1,9
Tổng	54	100

Nhận xét: Trong các biến dạng, bất thường vách ngăn thì đa số là vẹo lệch vách ngăn chiếm tỷ

lệ 85,2%, gãy, sụp vách ngăn tỷ lệ 13%, 1 ca thùng vách ngăn chiếm tỷ lệ 1,9%.

Từ đó ta có thể đưa ra lý giải lực tác động khác nhau thì sẽ cho các kiểu gãy khác nhau. Do đó, các kết quả giữa các nghiên cứu có thể không giống nhau.

Bảng 3.8. Đặc điểm biến dạng, bất thường hốc mũi

Biến dạng, bất thường hốc mũi	n	Tỷ lệ %
Rách niêm mạc	8	40
Dính niêm mạc	5	25
Rách cuốn mũi	2	10
Hẹp hốc mũi	5	25
Tổng	20	100

Nhận xét: Trong các biến dạng, bất thường hốc mũi thì rách niêm mạc chiếm tỷ lệ cao nhất 40%, dính niêm mạc và hẹp hốc mũi chiếm tỷ lệ ngang nhau 25%, rách cuốn mũi chiếm tỷ lệ thấp nhất 10%.

4. KẾT LUẬN

- Chảy máu mũi (90.4%).
- Biến dạng, bất thường mũi: tháp mũi (100%), xương chính mũi (97,3%), vách ngăn mũi (74%); vẹo lệch vách ngăn (85,2%).

DESCRIBING THE CLINICAL CHARACTERISTICS OF MAJOR NASAL FRACTURES AT CHO RAY HOSPITAL FROM 2017-2018

Phung Minh Luong²

Received Date: 23/09/2021; Revised Date: 21/12/2021; Accepted for Publication: 15/01/2022

SUMMARY

Injury to the main bone of the nose is the most common injury among facial fractures in Vietnam as well as in other countries around the world. The objective of the study was to describe the clinical characteristics of major nasal fractures, the study subjects were 73 patients diagnosed with traumatic nasal major fractures who were treated at the Department of Otolaryngology, Cho Ray Hospital since October 2017 to May 2018 with a prospective study, describing a series of cases. The study results showed nosebleeds (90.4%), nasal deformities and abnormalities: in the nasal pyramid (100%), in the main bone of the nose (97.3%), in the nasal septum (74%); have deviated septum (85.2%).

Keywords: nasal fracture, injury.

²Faculty of Medicine and Pharmacy, Tay Nguyen University;

Corresponding author: Phung Minh Luong, Tel: 0913475506, Email: drphungminhluong@gmail.com.

TÀI LIỆU THAM KHẢO**Tài liệu tiếng Việt**

- Đới Xuân An (2007), *Nghiên cứu các hình thái lâm sàng của chấn thương tầng giữa khối xương mặt và đánh giá kết quả xử lý với phương pháp kết hợp xương bằng nẹp vít*, Luận văn tốt nghiệp Bác sỹ Chuyên khoa II, Đại học Y Hà Nội.
- Phó Hồng Điệp (2007), *Gãy xương chính mũi: 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 4/2007*, Luận văn tốt nghiệp Bác sỹ Y khoa, Đại học Y Hà Nội.
- Chu Tất Hiền và cộng sự (2003), *Một số nhận xét về GXCM điều trị tại Bệnh viện Nhân dân Gia Định*, Y học TPHCM, tập 7, tr. 71-74.
- Nguyễn Khắc Hoà (2003), *Nghiên cứu tình hình chẩn đoán và xử trí chấn thương xương trán gặp tại Bệnh viện TMH trung ương trong 10 năm gần đây*, Luận văn Thạc sỹ Y khoa, Đại học Y Hà Nội.
- Trần Thị Phương (2009), *Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng và chụp cắt lớp vi tính của chấn thương tháp mũi*, Luận văn Thạc sỹ Y học, Đại học Y Hà Nội.
- Nhan Trùng Sơn (2008), *Tai Mũi Họng*, Quyển II, Nhà xuất bản Y học, TPHCM, tr. 197 - 207.
- Nguyễn Vinh Tăng (2012), *Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng và phương pháp điều trị chấn thương mũi xoang tại Bệnh viện Quân Dân Miền Đông*, Luận văn Chuyên khoa cấp II, Đại học Y dược TPHCM.
- Huỳnh Thị Vân, Nguyễn Thị Ngọc Dung (2014), *Phân loại gãy xương chính mũi và đánh giá kết quả điều trị gãy xương chính mũi tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Bình Dương*, Luận văn Chuyên khoa cấp II, Đại học Y dược TPHCM.

Tài liệu tiếng nước ngoài

- Frodel JL (2012), "Revision of severe nasal trauma". *Facial Plast Surg*, 28(4), pp. 454 - 649.
- Gentile P, Bottini DJ, Cervelli V (2008) "Rhinoplasty procedures: state of art in plastic surgery". *J Craniofac Surg*, 19(6), pp.1491 - 6.
- Hung T, Chang W, Vlantis AC, Tong MC, et van Hasselt CA (2007), "Patient satisfaction after closed reduction of nasal fractures", *Arch Facial Plast Surg*, 9(1), pp. 40-3.
- Hwang K, You SH, Kim SG, et Lee SI, (2006), "Analysis of nasal bone fractures; a six-year study of 503 patients". *J Craniofac Surg*,. 17(2), pp. 261-4.
- Jang YJ, Wang JH, Sinha V, Lee BJ (2007), "Percutaneous root osteotomy for correction of the deviated nose". *Am J Rhinol*, 21(4), pp. 515 - 9.