

# ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG VÀ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ GỠY XƯƠNG CHÍNH MŨI TẠI BỆNH VIỆN QUÂN Y 110 TỪ NĂM 2023-2024

Thân Thế Dũng<sup>1\*</sup>

Thân Văn Thương<sup>1</sup>, Nguyễn Sỹ Vy<sup>1</sup>, Diễm Thị Ly<sup>1</sup>  
Vũ Thị Hương<sup>1</sup>, Nguyễn Văn Phương<sup>1</sup>

## TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và đánh giá kết quả sớm điều trị gãy xương chính mũi tại Bệnh viện Quân y 110.

**Đối tượng và phương pháp:** Hồi cứu, mô tả cắt ngang 56 bệnh nhân gãy xương chính mũi do chấn thương, điều trị tại Khoa Tai mũi họng, Bệnh viện Quân y 110, từ tháng 01/2023-12/2024.

**Kết quả:** Bệnh nhân trung bình  $37,36 \pm 4,83$  tuổi, đa số là nam giới (75,0%), nguyên nhân chấn thương do tai nạn giao thông (51,7%). Triệu chứng thường gặp nhất là bệnh nhân phát hiện chảy máu mũi (91,1%), khám thấy sưng nề bầm tím tại chỗ (96,4%), nội soi phát hiện có chảy máu mũi (96,4%), chụp cắt lớp vi tính hàm mặt phân loại gãy xương chính mũi nhóm II, III và IV (91,1%). Đa số bệnh nhân được điều trị bằng phương pháp can thiệp nắn chỉnh nâng xương chính mũi dưới gây mê nội khí quản (89,3%). Sau điều trị 1 tuần, 96,6% bệnh nhân có kết quả đạt.

**Kết luận:** Chấn thương gãy xương chính mũi chủ yếu gặp ở nam giới, trong độ tuổi lao động. Chụp cắt lớp vi tính hàm mặt cho chẩn đoán chính xác mức độ các thương tổn. Can thiệp nắn chỉnh nâng xương chính mũi dưới gây mê nội khí quản nên được lựa chọn vì thuận lợi và mang lại kết quả điều trị tốt.

**Từ khóa:** Gãy xương chính mũi, chấn thương, hàm mặt.

## ABSTRACT

**Objectives:** Study on the clinical and paraclinical characteristics and to evaluate the early treatment outcomes of nasal bone fractures at Military Hospital 110.

**Subjects and methods:** A retrospective study, cross-sectional description of 56 patients with nasal bone fractures due to trauma, treated at the Department of Otorhinolaryngology, Military Hospital 110, from January 2023 to December 2024.

**Results:** The mean age of patients was  $37.36 \pm 4.83$  years, with a predominance of males (75.0%). The most common cause of trauma was traffic accidents (51.7%). The most frequent presenting symptom was epistaxis (91.1%). On clinical examination, local swelling and ecchymosis were observed (96.4%). Nasal endoscopy revealed intranasal bleeding (96.4%). Maxillofacial computed tomography (CT) classified the nasal bone fractures into II, III, and IV groups (91.1%). Most patients underwent closed nasal bone correction under general anesthesia with endotracheal intubation (89.3%). After one week of treatment, 96.6% of patients achieved favorable outcomes.

**Conclusions:** Nasal bone fractures mainly occurred in males of working age. Maxillofacial computed tomography provided an accurate diagnosis of injury severity. Closed correction and augmentation of nasal bone fractures under general anesthesia with endotracheal intubation should be chosen as it is convenient and yields good therapeutic results.

**Keywords:** Nasal bone fracture, trauma, maxillofacial.

Chịu trách nhiệm nội dung: Thân Thế Dũng, Email: dr.dunghmmu@gmail.com

Ngày nhận bài: 05/5/2025; mời phản biện: 5/2025; chấp nhận đăng: 23/9/2025.

<sup>1</sup>Bệnh viện Quân y 110.

## 1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Mũi là cơ quan cảm giác và hô hấp, đóng vai trò quan trọng trong việc bảo vệ cơ thể về mặt vật lí và miễn dịch. Mũi còn góp phần tạo ra lời nói, tạo nét thẩm mỹ cho khuôn mặt [10]. Xương chính

mũi (XCM) là một cấu trúc rất quan trọng, quyết định hình dáng của mũi. Do cấu trúc xương nổi bật nhất, nhô ra nhất trên khuôn mặt, nên XCM rất dễ bị chấn thương, biến dạng khi va chạm. Gãy XCM do chấn thương thường gặp những nứt, vỡ, lún...

làm biến dạng xương và khuôn mặt bệnh nhân (BN). Theo Byung Hun Kang và cộng sự, đây là tổn thương thường gặp nhất trong các loại gãy xương vùng mặt và đứng hàng thứ ba trong các loại gãy xương trên cơ thể [8]. Chấn thương gãy XCM tuy không gây nguy hiểm đến tính mạng, nhưng các di chứng của nó gây tổn thương về mặt chức năng, ảnh hưởng xấu đến thẩm mỹ và tâm lý của BN. Vì vậy, gãy XCM cần được can thiệp càng sớm càng tốt, tránh để lâu quá 10 ngày để dẫn tới can xương xấu [2], [9].

Tại Khoa Tai mũi họng, Bệnh viện Quân y 110, việc tiếp nhận, chẩn đoán và điều trị gãy XCM đã được thực hiện từ lâu với kết quả rất khả quan. Tuy nhiên, còn chưa có những nghiên cứu đầy đủ và toàn diện. Chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm mục tiêu nhận xét đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và đánh giá kết quả điều trị sớm BN chấn thương gãy XCM tại Bệnh viện Quân y 110.

## 2. ĐỐI TƯỢNG, PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

### 2.1. Đối tượng nghiên cứu

56 BN chẩn đoán gãy XCM do chấn thương, điều trị tại Khoa Tai mũi họng, Bệnh viện Quân y 110, từ tháng 01/2023 đến tháng 12/2024.

- Tiêu chuẩn lựa chọn: BN từ 16 tuổi trở lên, gãy XCM điều trị lần đầu, thời gian từ khi chấn thương đến lúc được can thiệp điều trị không quá 10 ngày; BN đồng ý tham gia nghiên cứu.

- Tiêu chuẩn loại trừ: BN có đa chấn thương hoặc đa thương tích cần ưu tiên điều trị các chuyên khoa khác trước; BN có Glasgow dưới 9 điểm; BN không đồng ý tham gia nghiên cứu.

### 2.2. Phương pháp nghiên cứu

- Thiết kế nghiên cứu: hồi cứu, mô tả cắt ngang.
- Chỉ tiêu nghiên cứu:
  - + Đặc điểm chung: tuổi, giới tính, thời gian từ lúc chấn thương đến lúc được can thiệp.
  - + Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng: triệu chứng cơ năng; triệu chứng thực thể; phân loại gãy XCM trên cắt lớp vi tính (CLVT) [8].
  - + Phương pháp và kết quả điều trị sớm: điều trị bảo tồn hay can thiệp nắn chỉnh, kỹ thuật vô cảm, kết quả sớm (sau phẫu thuật 1 tuần).

- Quy trình can thiệp nắn chỉnh, cố định và chăm sóc:

- + Vô cảm: gây tê tại chỗ hoặc gây mê nội khí quản.
- + Các bước nắn chỉnh cơ bản: đặt bắc có thấm thuốc co mạch (và thuốc tê với BN gây tê) ở ngách trên, sau 10 phút rút bắc ra; tiêm tê tại chỗ vào vách ngăn mũi 2 bên (với BN gây tê).

Tay trái giữ banh mũi, tay phải dùng bay đưa lên sát ngách trên rồi từ từ đưa xương bị gãy về vị trí cũ. Nhét bắc hoặc Merocell có tẩm mỡ kháng sinh lên sát ngách trên để đỡ cho xương khỏi sập lại. Thực hiện tương tự với bên mũi còn lại. Đặt một máng bột thạch cao và gác ra phía ngoài theo khuôn của mũi để đỡ khung mũi. Kiểm tra và kết thúc kỹ thuật.

+ Làm thuốc mũi, chống dính trong hốc mũi. Rút bắc mũi hoặc Merocell sau can thiệp 2 ngày. Bỏ máng bột sau can thiệp 1 tuần.

- Đánh giá kết quả điều trị sớm (sau khi BN ra viện 1 tuần) [1]:

+ Kết quả đạt: chức năng mũi, hình dạng thẩm mỹ mũi trở về như bình thường.

+ Kết quả chưa đạt: có bất thường về chức năng và/hoặc hình dạng thẩm mỹ mũi.

- Xử lý số liệu: bằng phương pháp thống kê y học.

- Đạo đức: nghiên cứu được thông qua Hội đồng khoa học Bệnh viện Quân y 110. Mọi thông tin cá nhân BN được bảo mật và chỉ phục vụ mục đích nghiên cứu khoa học.

## 3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

### 3.1. Đặc điểm chung BN nghiên cứu

**Bảng 1. Đặc điểm chung của BN**

| Đặc điểm chung                                  |                    | Số BN<br>(n = 56) | Tỉ lệ<br>(%) |
|-------------------------------------------------|--------------------|-------------------|--------------|
| Giới tính                                       | Nam giới           | 42                | 75,0         |
|                                                 | Nữ giới            | 14                | 25,0         |
| Tuổi<br>(năm)                                   | Từ 16-30           | 26                | 46,4         |
|                                                 | Từ 31-60           | 24                | 42,9         |
|                                                 | Trên 60            | 6                 | 10,7         |
|                                                 | Trung bình         | 37,36 ± 4,83      |              |
| Nguyên nhân chấn thương                         | Tai nạn giao thông | 29                | 51,7         |
|                                                 | Tai nạn lao động   | 7                 | 12,5         |
|                                                 | Tai nạn sinh hoạt  | 3                 | 5,4          |
|                                                 | Tai nạn thể thao   | 3                 | 5,4          |
|                                                 | Đã thương          | 14                | 25,0         |
| Thời gian*<br>(ngày)                            | ≤ 3                | 14                | 25,0         |
|                                                 | 4-10               | 42                | 75,0         |
| *Thời gian từ khi chấn thương đến khi can thiệp |                    |                   |              |

BN gãy XCM do chấn thương có tuổi trung bình BN là 37,36 ± 4,83 tuổi; đa số BN ở độ tuổi từ 16-60 tuổi (89,3%), là nam giới (75,0%). Có 5 nhóm nguyên nhân chấn thương gãy xương mũi, trong đó tai nạn giao thông đứng đầu (51,7%). Đa số BN được can thiệp nắn chỉnh nâng XCM sau chấn thương từ 4-10 ngày (75,0%).

### 3.2. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng

**Bảng 2. Triệu chứng lâm sàng, cận lâm sàng và biện pháp can thiệp**

| Triệu chứng lâm sàng        |                       | Số BN (n = 56) | Tỉ lệ (%) |
|-----------------------------|-----------------------|----------------|-----------|
| Cơ năng                     | Đau nhức vùng mũi     | 44             | 78,6      |
|                             | Ngạt mũi              | 17             | 30,4      |
|                             | Chảy máu mũi          | 51             | 91,1      |
|                             | Giảm hoặc mất ngủ     | 11             | 19,6      |
| Thực thể                    | Sưng nề bầm tím       | 54             | 96,4      |
|                             | Biến dạng sống mũi    | 53             | 94,6      |
|                             | Điểm đau chói         | 40             | 71,4      |
|                             | Lạo xạo xương         | 19             | 33,9      |
|                             | Phồng vách ngăn       | 0              |           |
|                             | Vẹo lệch vách ngăn    | 20             | 35,7      |
|                             | Chảy máu mũi          | 54             | 96,4      |
|                             | Rách niêm mạc hốc mũi | 9              | 16,1      |
| Phân loại gãy XCM trên CLVT | Phân nhóm Ia          | 4              | 7,1       |
|                             | Phân nhóm Ib          | 1              | 1,8       |
|                             | Nhóm II               | 36             | 64,3      |
|                             | Nhóm III              | 9              | 16,1      |
|                             | Nhóm IV               | 6              | 10,7      |
| Can thiệp                   | Bảo tồn               | 5              | 8,9       |
|                             | Nắn chỉnh dưới gây mê | 50             | 89,3      |
|                             | Nắn chỉnh dưới gây tê | 1              | 1,8       |

91,1% BN đến khám vì có triệu chứng chảy máu mũi. Phần lớn BN có các biểu hiện như sưng nề, bầm tím vùng tổn thương (96,4%), biến dạng sống mũi (94,6%). Nội soi cho thấy đa số BN có tình trạng chảy máu mũi (96,4%). Trên hình ảnh chụp CLVT, gãy XCM có di lệch, phức tạp (gãy nhóm II, III, IV) chiếm đa số (91,1%). Về can thiệp điều trị, đa số BN được nắn chỉnh phục hồi XCM (91,1%), trong đó nắn chỉnh phục hồi XCM dưới vô cảm gây mê nội khí quản chiếm 89,3%.

### 3.3. Kết quả điều trị gần

Đánh giá kết quả điều trị gần (sau ra viện 1 tuần):

- + Kết quả đạt: 53 BN (94,6%).
- + Kết quả chưa đạt: 3 BN (5,4%).

## 4. BÀN LUẬN

BN nghiên cứu có độ tuổi trung bình 37,36 ± 4,83 tuổi, đa số ở độ tuổi từ 16-60 tuổi (89,3%). Kết quả này tương tự nghiên cứu của Huỳnh Kim Khang (83,4% BN ở độ tuổi 16-60) [1]. Đây là lứa tuổi tham gia nhiều hoạt động lao động, thể thao, giao thông... nên nguy cơ chấn thương dẫn tới gãy XCM cao. Phần lớn BN trong nghiên cứu của chúng tôi là nam giới (75,0%); tương tự nghiên cứu

của Huỳnh Kim Khang (71,2%), Tạ Phương Thúy (73,1%), Đào Văn Giang (76,0%) [1, 4, 5]. Nguyên nhân có thể do đặc thù lao động, sinh hoạt của giới tính nam khác biệt với giới tính nữ nên tiềm ẩn nhiều nguy cơ mất an toàn, gây chấn thương. Có 5 nhóm nguyên nhân gây chấn thương gãy XCM, trong đó, đứng đầu là tai nạn giao thông (51,7%). Kết quả này tương đương các nghiên cứu khác tại Việt Nam với nguyên nhân tai nạn giao thông chiếm tỉ lệ cao nhất, như nghiên cứu của Huỳnh Kim Khang (50%), Tạ Phương Thúy (55,8%) [1, 4]. Tuy nhiên, nghiên cứu của Đào Văn Giang cho thấy tỉ lệ gãy XCM do tai nạn giao thông cao vượt trội (72%), có thể do thực hiện tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức - đơn vị chuyên sâu tuyến cuối về chấn thương [4]. Tại Bệnh viện Quân y 110, đa số BN được can thiệp điều trị gãy XCM sau chấn thương từ 4-10 ngày (75,0%). Nguyên nhân chủ yếu do trong 3 ngày đầu, tổn thương còn phù nề nhiều, khó xác định chính xác vị trí xương gãy, đồng thời, một số tổn thương nguy hiểm khác kèm theo cần được ưu tiên theo dõi loại trừ. Sự phát triển của mô liên kết sợi chen giữa các đường gãy sau chấn thương từ 10-14 ngày có thể trở thành yếu tố gây cản trở việc nắn chỉnh gãy XCM. Vì vậy, gãy XCM nên được xử trí trong khoảng từ 4-10 ngày sau chấn thương.

Về lâm sàng, 91,1% BN có triệu chứng chảy máu mũi. Đây thường là lí do BN đến bệnh viện để khám và điều trị. Kết quả này tương tự các nghiên cứu của Phùng Minh Lương (90,4%), Huỳnh Hùng Anh (93,3%) [3, 6]. Đau nhức vùng mũi là triệu chứng phổ biến sau chấn thương. BN trong nghiên cứu này có 78,6% đau nhức vùng mũi; thấp hơn tỉ lệ này trong các nghiên cứu của Tạ Phương Thúy (100%), Huỳnh Hùng Anh (90%), cao hơn nghiên cứu của Phùng Minh Lương (57,5%) [3, 4, 6]. Sự khác biệt có thể do nhiều BN đã được xử trí ban đầu ở tuyến dưới hoặc đến khám muộn, khiến tình trạng đau đã giảm, thậm chí hết đau trước khi nhập viện. Đa số BN có triệu chứng sưng nề, bầm tím (96,4%). Đây là triệu chứng đặc hiệu xuất hiện sau chấn thương và có thể kéo dài nhiều ngày. Biến dạng sống mũi, điểm đau chói, lạo xạo xương là các triệu chứng đặc hiệu xác định gãy xương. Tùy theo mức độ chấn thương và sự lệch vẹo tháp mũi mà có thể nhận định một vài đặc điểm cơ chế chấn thương như: số lượng tác nhân, hướng, cường độ lực gây chấn thương. Kết quả này cũng tương đồng với nghiên cứu của Tạ Phương Thúy (biến dạng sống mũi 98,1%, điểm đau chói 78,8%, lạo xạo xương 32,7%) [4]. Chúng tôi không gặp BN nào có triệu chứng “phồng vách ngăn”, tuy nhiên cần kiểm soát kĩ triệu chứng này vì nó là căn nguyên gây hoại tử sụn phía dưới

nâng đỡ vách ngăn, có nguy cơ gây biến dạng mũi kiểu yên ngựa vĩnh viễn [9].

Thăm khám bằng nội soi, chảy máu mũi là dấu hiệu thường gặp nhất (96,4%). Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Huỳnh Hùng Anh (95%) [6]. Điều này là do vùng mũi có hệ thống mạch máu phong phú, niêm mạc lại dính sát vào xương hốc mũi, dễ rách khi gãy xương [9]. Cần lưu ý là chảy máu do gãy XCM có thể xuất hiện ở bất kỳ vị trí nào, không cố định, vì vậy bác sĩ nội soi cần thăm khám kỹ để tránh bỏ sót tổn thương. Tất cả các BN đều được chụp CLVT hàm mặt để chẩn đoán gãy XCM. Đây là chỉ định cần thiết, giúp xác định rõ tổn thương, mức độ tổn thương và hỗ trợ định hướng can thiệp điều trị [7]. Corry J Kucik cùng nhận định với chúng tôi khi cho rằng: X quang thường quy khó phát hiện đầy đủ tổn thương; trong khi CLVT cho hình ảnh chi tiết, giúp phân loại mức độ gãy và lựa chọn hướng điều trị hiệu quả [9]. Trong nghiên cứu này, đa số BN gãy XCM có di lệch, phức tạp (91,1% BN gãy nhóm II, III, IV), tương đương với nghiên cứu của Byung Hun Kang (90% gãy loại II, III, IV) [8].

Trong 56 BN gãy XCM nhập viện, chúng tôi điều trị bảo tồn 5 trường hợp (các BN gãy phân nhóm Ia-Ib: gãy đơn giản, ít di lệch) và thực hiện can thiệp nâng XCM với 51 BN còn lại. Đa số BN điều trị can thiệp nâng XCM dưới gây mê nội khí quản (89,3%). Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của Đào Văn Giang (nâng XCM dưới gây mê chiếm 97,6%), song trái ngược với nghiên cứu của Huỳnh Hùng Anh (nâng XCM dưới gây mê chiếm 11,7%) [5, 6]. Khác biệt này là do can thiệp nâng XCM dưới gây mê nội khí quản là lựa chọn ưu tiên tại Bệnh viện Quân y 110, giúp BN giảm đau tốt, tạo điều kiện thuận lợi cho phẫu thuật viên nắn chỉnh, đặc biệt với các BN gãy XCM phức tạp nhiều mảnh hoặc các BN đa thương tích cần xử lý phối hợp cùng các chuyên khoa khác.

Chấn thương gãy XCM có khả năng cải thiện tốt, phục hồi cao nếu được can thiệp sớm và chăm sóc tốt sau nắn chỉnh. 94,6% BN của chúng tôi có kết quả đạt sau ra viện 1 tuần; tương tự nghiên cứu của Huỳnh Kim Khang (kết quả đạt ở 100% BN) [1]. Có 3 BN kết quả không đạt, là những trường hợp tổn thương phức tạp, nhiều mảnh rời, xương gãy di lệch lớn, mũi biến dạng nhiều; sau nắn chỉnh đã phục hồi chức năng, nhưng thẩm mỹ chưa đạt.

## 5. KẾT LUẬN

Nghiên cứu 56 bệnh nhân gãy xương chính mũi, điều trị tại Khoa Tai mũi họng, Bệnh viện Quân y 110, từ tháng 01/2023-12/2024, chúng tôi rút ra kết luận: đa số bệnh nhân chấn thương gãy xương mũi chính ở độ tuổi từ 16-60 (89,3%), là

nam giới (75,0%), nguyên nhân chủ yếu do tai nạn giao thông (51,7%). Chảy máu mũi là triệu chứng lâm sàng thường gặp (91,1%). Chụp cắt lớp vi tính hàm mặt giúp chẩn đoán xác định xương gãy và định hướng điều trị hiệu quả cho bệnh nhân. Điều trị bảo tồn áp dụng với các bệnh nhân gãy xương chính mũi đơn giản, ít di lệch. Can thiệp nắn chỉnh dưới gây mê nội khí quản thuận lợi, đem lại kết quả đạt cao.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Huỳnh 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*, tập 511, tháng 02/2022, số 1, tr. 24-27.
2. Vũ Văn Minh (2016), *Bệnh học Tai mũi họng*, Nhà xuất bản Quân đội nhân dân, tr. 175-176.
3. Phùng Minh Lương (2022), "Mô tả đặc điểm lâm sàng gãy XCM tại Bệnh viện Chợ Rẫy, từ năm 2017-2018", *Tạp chí Khoa học Đại học Tây Nguyên*, số 52, tháng 02/2022, tr.76-79.
4. Tạ Phương Thúy (2023), "Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng BN chấn thương gãy xương chính mũi tại Khoa Tai mũi họng, Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên", *Tạp chí Tai mũi họng Việt Nam*, tháng 3-2023, số 1, tr. 59-67.
5. Đào Văn Giang (2023), "Kết quả điều trị tổn thương xương mũi do chấn thương, tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức", *Tạp chí Tai mũi họng Việt Nam*, tập 527, tháng 6/2023, số 1, tr.6-8.
6. Huỳnh Hùng Anh (2022), "Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và đánh giá kết quả điều trị BN chấn thương mũi, tại Bệnh viện Trung ương Cần Thơ, năm 2019-2021", *Tạp chí Y dược học Cần Thơ*, số 45/2022, tr. 83-90.
7. Nguyễn Đức Nhựt (2021), "Đặc điểm tổn thương ở các trường hợp chấn thương mũi, xoang qua giám định pháp y thương tích", *Tạp chí Tai mũi họng Việt Nam*, tập 506, tháng 9/2021, số 2, tr. 264-268.
8. Byung-Hun Kang, Hyo-Sun Kang, Jeong Joon Han, et al. (2019), "A retrospective clinical investigation for the effectiveness of closed reduction on nasal bone fracture", *Maxillofac Plast Reconstr Surg.* 41 (1), tr.53.
9. Corry J Kucik, L.T Timothy Lenney (2004), "Management of acute nasal fractures", *Am Fam Physician*, 2004 Oct 1; 70(7): 1315-1320.
10. Flint P, Haughey B, Valerie L, et al. (2015), *Cummings Otolaryngology, Head and neck surgery*, 6<sup>th</sup> ed, St. Saunders: Elsevier.
11. Paul Flint, et al. (2014), *Cummings otolaryngology*, Elsevier Saunders, Philadelphia. □