

# Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và nhận xét kết quả phẫu thuật gãy xương chính mũi tại Bệnh viện Đại Học Y Hải Phòng

Nguyễn Quang Đạo<sup>1\*</sup>, Vũ Văn Sản<sup>1</sup>, Nguyễn Quang Hùng<sup>2</sup>, Nguyễn Ngọc Hà<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Trường Đại học Y Dược Hải Phòng

<sup>2</sup> Bệnh viện Hữu Nghị Việt Tiệp Hải Phòng

## \*Tác giả liên hệ

Nguyễn Quang Đạo  
Trường Đại học Y Dược Hải Phòng  
Điện thoại: 0902049008  
Email: quangdao80@gmail.com

## Thông tin bài đăng

Ngày nhận bài: 29/04/2025  
Ngày phản biện: 02/05/2025  
Ngày duyệt bài: 26/05/2025

## TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị gãy xương chính mũi (GXCM) tại Bệnh viện Đại học Y Hải Phòng, đồng thời xác định các yếu tố nguy cơ và phương pháp điều trị hiệu quả. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang với 32 bệnh nhân được chẩn đoán và phẫu thuật nâng xương chính mũi, sử dụng phương pháp chọn mẫu thuận tiện. **Kết quả:** Bệnh nhân GXCM chủ yếu gặp ở nhóm tuổi lao động (21-40 tuổi) và nam giới, nguyên nhân chủ yếu là tai nạn giao thông và thể thao. Các triệu chứng cơ năng gồm đau gốc mũi (84,4%), ngạt mũi (46,9%) và chảy máu mũi (40,6%). Phân loại cắt lớp vi tính cho thấy phần lớn là gãy phần thấp của xương chính mũi. Phương pháp điều trị chủ yếu là nắn chỉnh kín và phẫu thuật nội soi vách ngăn. Kết quả điều trị tốt chiếm 87,5%, đặc biệt ở nhóm bệnh nhân (BN) đến viện trong vòng 3 ngày đầu, có tỷ lệ phục hồi cao gấp 2,533 lần so với nhóm đến muộn. **Kết luận:** Nghiên cứu khẳng định việc can thiệp sớm giúp giảm biến chứng và nâng cao hiệu quả điều trị.

**Từ khóa:** Xương chính mũi, phẫu thuật nội soi.

## Clinical and paraclinical characteristics and evaluation of surgical outcomes for patients with nasal bone fractures at Hai Phong Medical University Hospital

**ABSTRACT: Objective:** Describe the clinical, paraclinical characteristics, and treatment outcomes of nasal bone fractures at Hai Phong University of Medical Unerversity Hospital, while identifying risk factors and effective treatment methods. **Study Design and Methods:** A descriptive cross-sectional study with 32 patients diagnosed and surgically treated for nasal bone fractures using a convenience sampling method. **Results:** The majority of nasal bone fracture patients were from the working age group (21-40 years old) and male, with the main causes being traffic and sports accidents. Symptoms included nasal root pain (84.4%), nasal congestion (46.9%), and nosebleeds (40.6%). CT scan classifications showed that most cases involved fractures of the lower part of the nasal bone. The main treatments were closed reduction and endoscopic septoplasty. The treatment outcome was good in 87.5% of cases, especially for patients who arrived within the first 3 days, with a recovery rate 2.533 times higher than for those who arrived later. **Conclusion:** The study confirms that early intervention reduces complications and improves treatment effectiveness.

**Keywords:** Nasal bone fracture, endoscopic surgery.

## ĐẶT VẤN ĐỀ

Gãy xương chính mũi (GXCM) là tổn thương cấu trúc xương tháp mũi, có thể dưới các

dạng sập, lệch, vẹo hoặc dập nát, thường do tai nạn giao thông, tai nạn sinh hoạt. Mặc dù ít nguy hiểm đến tính mạng, nhưng khi kết

hợp với các chấn thương nghiêm trọng như sọ não, hàm mặt, mắt, có thể gây biến chứng nặng, thậm chí tử vong. Xương chính mũi là phần dễ tổn thương nhất trong các chấn thương mặt, đứng thứ 3 sau gãy xương đòn và cổ tay [1].

Gãy xương chính mũi nếu không điều trị kịp thời có thể để lại di chứng chức năng và thẩm mỹ khó khắc phục, đặc biệt khi kết hợp với các chấn thương khác. Ngoài chuyên khoa Tai Mũi Họng, gãy xương chính mũi còn liên quan đến các chuyên khoa khác như Răng Hàm Mặt, sọ não và mắt. Khám và xử trí kịp thời là cần thiết để phục hồi chức năng mũi, duy trì thẩm mỹ và tránh biến chứng lâu dài như viêm mũi xoang, ngạt mũi và lệch xương. Chúng tôi thực hiện đề tài này không những cung cấp những đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị BN gãy xương chính mũi mà còn xác định và đánh giá các yếu tố nguy cơ gây ra gãy xương chính mũi, đồng thời đưa ra các khuyến nghị về phương pháp điều trị hiệu quả và phòng ngừa các biến chứng lâu dài. Nghiên cứu cũng hướng đến việc cải thiện quy trình chẩn đoán và điều trị gãy xương chính mũi, nâng cao chất lượng chăm sóc y tế cho BN.

## PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

**Đối tượng nghiên cứu:** 32 BN chấn thương mũi được chẩn đoán xác định và phẫu thuật nâng xương chính mũi tại khoa Tai Mũi Họng - Bệnh viện Đại học Y Hải Phòng. Thời gian nghiên cứu 01/01/ 2020 đến 01/5/2025.

**Thiết kế nghiên cứu:** Mô tả cắt ngang hàng loạt ca bệnh.

**Cỡ mẫu, chọn mẫu:** Sử dụng phương pháp chọn mẫu thuận tiện.

*Tiêu chuẩn lựa chọn*

- BN gãy xương chính mũi có chỉ định phẫu thuật. Phân loại gãy xương chính mũi theo trên phim chụp cắt lớp vi tính theo Strans & Roberson: 5 loại.

FI: Gãy do lực tác động trực diện loại I (chỉ

gây phân thấp của XCM).

FII: Gãy do lực tác động trực diện loại II (gãy phân cao của XCM và móm trán của xương hàm trên).

LI: Gãy do lực tác động hướng bên loại I (gãy XCM một bên di lệch vào hốc mũi).

LII: Gãy do lực tác động hướng bên loại II (gãy XCM di lệch vào trong hốc mũi cùng bên hướng lực kèm theo di lệch ra ngoài của XCM đối bên).

C: gãy vụn (gãy nhiều đoạn với các đoạn bị sụp lún và cài vào nhau)

- Được phẫu thuật nâng xương chính mũi.

- Có đầy đủ hồ sơ bệnh án.

- BN được theo dõi hậu phẫu vào ngày 1,3,7 và tái khám sau 3 tháng.

- BN đồng ý hợp tác nghiên cứu

*Tiêu chuẩn loại trừ*

- Những BN chấn thương sọ não chưa ổn định.

- Không có đủ phim chụp.

- BN chấn thương thấp mũi phần mềm đơn thuần

**Biến số nghiên cứu:** Đặc điểm chung (tuổi, giới tính, nguyên nhân, thời gian đến viện), đặc điểm lâm sàng (cơ năng: đau, chảy máu mũi, ngạt mũi, tê bì, rối loạn ngữ; thực thể: hình thái thấp mũi, hốc mũi, vách ngăn), kết quả điều trị dựa trên hình ảnh nội soi và chụp X quang sau 1 tuần.

**Quy trình thu thập số liệu:** số liệu được thu thập qua khai thác bệnh sử, thăm khám lâm sàng, cận lâm sàng, và hồ sơ bệnh án.

**Xử lý và phân tích số liệu:** Các số liệu được mã hóa và xử lý bởi phần mềm thống kê SPSS 26.0

**Đạo đức nghiên cứu:** Nghiên cứu được sự cho phép của người bệnh và người nhà. Tất cả các thông tin về sức khỏe và thông tin cá nhân của người bệnh sẽ được bảo mật. Đạo đức nghiên cứu đã được thông qua hội đồng khoa học và đạo đức của trường Đại học Y Dược Hải Phòng.

## KẾT QUẢ

### Đặc điểm chung

*Bảng 1. Đặc điểm chung và các yếu tố nguy cơ*

Đặc điểm chung và các yếu tố nguy cơ	n	Tỷ lệ %	p
<b>Tuổi (năm)</b>	≤20	11	34,4
	21 - 40	16	50
	41 - 60	4	12,5
	> 60	1	3,1
<b>Giới</b>	Nam	23	71,9
	Nữ	9	28,1
<b>Nguyên nhân</b>	Tai nạn giao thông	11	34,4
	Tai nạn sinh hoạt	11	34,4
	Tai nạn thể thao	10	31,3
<b>Địa dư</b>	Thành thị	19	59,4
	Nông thôn	13	40,6

**Nhận xét:** Nhóm tuổi lao động 21- 40 đến phẫu thuật chiếm đa số 50%. Nam giới gặp 71,9% nhiều hơn nữ giới 28,1%. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ( $p= 0,013<0,05$ )

- Nguyên nhân GXCM đứng hàng đầu là Tai nạn giao thông và tai nạn sinh hoạt 11/32BN (34,4%), tiếp sau là Tai nạn thể thao gặp 31,3%.

- BN ở vùng thành thị chiếm tỷ lệ 59,4%, ở nông thôn là 40,6%. Sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê ( $p= 0,289>0,05$ ).

### Đặc điểm lâm sàng

*Bảng 2. Phân bố các triệu chứng cơ năng*

Triệu chứng	n	%
Đau gốc mũi	27	84,4
Chảy máu mũi	13	40,6
Ngạt mũi	15	46,9
Rối loạn ngủ	6	18,8

**Nhận xét:** Hầu như các trường hợp GXCM đều có triệu chứng đau gốc mũi với tỷ lệ 84,4%. Tỷ lệ chảy máu mũi ở BN không nhiều với tỷ lệ 40,6%. BN bị GXCM mà bị ngạt mũi chiếm tỷ lệ 46,9%. Chấn thương GXCM mà gây ra rối loạn ngủ chiếm tỷ lệ không nhiều là 18,8%.

*Bảng 3. Phân bố các triệu chứng thực thể và nội soi*

Triệu chứng	n	%	Hình ảnh nội soi	n	%
<b>Lạo xạ xương</b>	11	34,4	Hẹp hốc mũi	11	34,4
<b>Biến dạng sống mũi</b>	20	62,5	Sập, vẹo vách ngăn	11	34,4
<b>Vết thương phần mềm</b>	11	34,4	Tụ máu vách ngăn	3	9,4

<b>Chảy dịch não tủy</b>	0	0	Tổn thương niêm mạc	7	21,9
--------------------------	---	---	---------------------	---	------

**Nhận xét:** Khi khám ấn góc mũi BN, chúng tôi thấy triệu chứng đau góc mũi với chiếm tỷ lệ 84,4%. Tỷ lệ chảy máu mũi ở BN không nhiều với tỷ lệ 40,6%. Còn ngạt mũi chiếm tỷ lệ 46,9%. Chấn thương GXCM mà gây ra rối loạn ngửi chiếm tỷ lệ không nhiều là 18,8%. Nghiên cứu cũng không ghi nhận trường hợp nào chảy dịch não tủy. Soi mũi bằng optic 0° chúng tôi thấy, tỷ lệ hẹp lệch vẹo vách ngăn chiếm tỷ lệ 34,4%. Trong đó chỉ có 3/32 BN là tụ máu vách ngăn, tổn thương niêm mạc 21,9%.

### Đặc điểm cận lâm sàng

**Bảng 4. Phân loại GXCM trên phim chụp CLVT**

<b>Phân loại GXCM (Stranc &amp; Robertson)</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>FI</b> (phần thấp XCM)	19	59,3
<b>FII</b> (phần cao + mỏm trán XHT)	7	21,9
<b>LI</b> (gãy 1 bên + hẹp hốc mũi)	4	12,5
<b>LII</b> (gãy 2 bên + hẹp hốc mũi)	2	6,3
<b>C</b> (gãy vụn phức tạp)	0	0
<b>Tổng</b>	<b>32</b>	<b>100</b>

**Nhận xét:** Trên phim chụp CLVT mũi xoang chúng tôi thấy đa số BN gãy phần thấp của XCM chiếm tỷ lệ 59,3%. Trường hợp gãy phức tạp chưa có trong nghiên cứu của chúng tôi.

### Kết quả điều trị gãy xương chính mũi

**Bảng 5. Phân loại vô cảm và can thiệp**

		<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Phương pháp Vô cảm</b>	Gây tê	27	84,4
	Gây mê	5	15,6
<b>Phương pháp can thiệp</b>	Chỉnh hình nâng XCM đơn thuần	23	71,9
	Nội soi chỉnh hình VN và SM	4	12,5
	CH sống mũi và khâu vết thương	5	15,6
	Chỉnh hình bằng nẹp vis	0	0

**Nhận xét:** Phương pháp vô cảm chiếm ưu thế trong nghiên cứu của chúng tôi là tê tại chỗ với tỷ lệ 84,4%. Điều trị GXCM với phương pháp can thiệp nâng xương kín chiếm ưu thế trong nghiên cứu của chúng tôi là 71,9%.

**Bảng 6. Kết quả điều trị và mối liên quan đến thời gian đến viện**

		<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Thời gian đến viện</b>	Dưới 3 ngày	26	80,3
	Từ 4 -7 ngày	4	12,5
	Trên 7 ngày	2	6,3

<b>Kết quả điều trị</b>	Tốt (phục hồi về chức năng, thẩm mỹ)	28	87,5
	Khá (phục hồi chức năng, chưa thẩm mỹ)	4	12,5
	Xấu (Có BC/di chứng thẩm mỹ và chức năng)	0	0

**Bảng 7. Mối liên quan giữa thời gian đến viện và kết quả điều trị**

Thời gian đến viện	KQ tốt		KQ khá		OR 95% CI	P
	n	%	n	%		
Dưới 3 ngày	23	82,1	3	7,5	2,533	p < 0,05 (0,046)
Trên 3 ngày	5	17,9	1	25	(1,131-	
<b>Tổng</b>	<b>28</b>	<b>100</b>	<b>4</b>	<b>100</b>	17,968)	

**Nhận xét:** BN đến sớm trong vòng 3 ngày có khả năng điều trị tốt gấp 2,533 lần so với BN đến muộn quá 3 ngày với 95% CI từ 1,131 đến 17,968 và p= 0,046 < 0,05.

## BÀN LUẬN

### Đặc điểm chung

Nghiên cứu của chúng tôi đã chỉ ra rằng nhóm tuổi GXCM gặp đỉnh điểm ở độ tuổi lao động từ 21-40 chiếm tỷ lệ 50%. Kết quả này cũng tương tự với các tác khác như Huỳnh Kim Khang 40,5% trong độ tuổi từ 17-29 [2]. Nghiên cứu cũng cho thấy tỷ lệ nam giới bị GXCM cũng cao hơn 71,9% so với nữ giới 28,1%, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê (p<0,05). Khi nghiên cứu đặc điểm địa dư chúng tôi thấy BN ở thành thị có nguy cơ bị GXCM cao hơn nông thôn (59,4%/40,6%), có lẽ điều này là do mật độ tham gia giao thông, tham gia thể thao ở thành thị cao hơn. Cụ thể hơn chúng tôi thống kê thấy BN bị GXCM gặp nhiều nhất là TNGT 34,4%, tiếp theo là do tai nạn thể thao 31,3%. Nghiên cứu này có kết quả tương tự với Nguyễn Triều Việt khi TNGT chiếm tỷ lệ cao nhất 55,8% [3].

### Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng

Qua nghiên cứu các triệu chứng cơ năng thường gặp nhất sau chấn thương GXCM là đau gốc mũi 84,4%, tiếp theo là chảy máu mũi 40,6%, ngạt mũi 46,9%, giảm ngửi 18,8%. Trong các triệu chứng này thì ngạt mũi làm BN khó chịu nhất, và để giảm tình trạng này chúng tôi phải sử dụng Mèche tẩm Naphazoline 1%. Tỷ lệ những này cũng tương đồng với nghiên cứu của tác giả khác

Nguyễn Triều Việt [3], nhưng thấp hơn so với nghiên cứu của tác giả Phùng Minh Lương với tỷ lệ chảy máu là 90,4%, cũng do tác giả nghiên cứu ở bệnh viện chợ Rẫy là một bệnh viện tuyến cuối với các chấn thương rất nặng [4]. Kết quả soi mũi hốc mũi cho thấy tỷ lệ hẹp lệch vẹo vách ngăn mũi chiếm 34,4%, một tỷ lệ đáng chú ý, vì đây là một yếu tố có thể gây ra các vấn đề về thông khí và thẩm mỹ sau phẫu thuật. Tỷ lệ tổn thương niêm mạc mũi chiếm 21,9% và tụ máu vách ngăn chiếm 9,7% trong nghiên cứu của chúng tôi. Đây là các tổn thương cận lâm sàng có thể dẫn đến các biến chứng nếu không được điều trị kịp thời. Tỷ lệ này phù hợp với kết quả nghiên cứu của tác giả Huỳnh Kim Khang, đã nghi nhận tổn thương niêm mạc mũi là 20,8% [2] và tác giả Murray với tỷ lệ tổn thương niêm mạc là 21,6% [5].

Chúng tôi phân loại GXCM trên phim chụp cắt lớp vi tính mũi xoang và dựa vào phân loại theo 2 tác giả Stranc và Robertson [6]. Kết quả phân loại cho thấy: Loại FI (phần thấp XCM): Chiếm tỷ lệ cao nhất với 59,3%. Đây là loại gãy đơn giản, chỉ có tổn thương ở phần thấp của xương mũi. Tổn thương này thường không gây ra các biến chứng nghiêm trọng về mặt thẩm mỹ và chức năng, vì phần thấp của mũi ít ảnh hưởng đến cấu trúc bên trong và vách ngăn. Trong các nghiên cứu trước, gãy xương mũi phần thấp thường được điều trị

thành công với phương pháp nắn chỉnh kín và có tỷ lệ hồi phục tốt. Kết quả nghiên cứu tại Bệnh viện Đa khoa Sài Gòn cho thấy phương pháp nắn chỉnh kín đơn thuần có tỷ lệ thành công rất cao (96,8%), điều này phù hợp với tỷ lệ điều trị thành công cho các trường hợp gãy phần thấp như trong nghiên cứu của chúng tôi [2]. Type FII (phần cao + móm trán xương hàm trên): Tỷ lệ gặp loại gãy này là 21,9%. Đây là loại gãy phức tạp hơn, ảnh hưởng đến phần cao của mũi và có thể kèm theo tổn thương móm trán hoặc các vùng liên quan. Type LI (gãy 1 bên + hẹp hốc mũi): Chiếm 12,5%, đây là loại gãy mà một bên xương mũi bị gãy và có kèm theo hẹp hốc mũi. Tuy tỷ lệ này không cao, nhưng tình trạng hẹp hốc mũi có thể gây khó khăn cho việc thông khí và ảnh hưởng đến chức năng hô hấp của mũi. Type LII (gãy 2 bên + hẹp hốc mũi): Tỷ lệ chiếm 6,3%, đây là loại gãy nặng hơn, khi cả hai bên xương mũi đều bị gãy và hốc mũi bị hẹp. Type C (gãy vụn phức tạp): Tỷ lệ gặp loại gãy này là 0%, điều này cho thấy gãy xương mũi vụn phức tạp rất hiếm trong nghiên cứu của chúng tôi.

### **Kết quả điều trị gãy xương chính mũi**

Trong nghiên cứu của chúng tôi về điều trị gãy xương chính mũi (XCM), việc lựa chọn phương pháp vô cảm và can thiệp đóng vai trò quan trọng trong kết quả điều trị. Theo kết quả nghiên cứu, gây tê là phương pháp vô cảm được sử dụng chủ yếu trong điều trị gãy xương chính mũi, chiếm tỷ lệ 84,4% (27/32 BN). Đây là phương pháp đơn giản và hiệu quả, đặc biệt trong các trường hợp gãy xương mũi đơn thuần hoặc mức độ tổn thương không quá nghiêm trọng. Phương pháp gây tê cho phép BN tỉnh táo trong suốt quá trình điều trị, giúp giảm thiểu các rủi ro liên quan đến gây mê. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng giống với đa số tác giả như Nguyễn Triều Việt [3] tỷ lệ vô cảm tại chỗ lên tới 96,8%, nhưng lại cao hơn so với nghiên cứu của Đào Văn Giang với tỷ lệ vô cảm tại chỗ

2,4%. Có lẽ do tác giả nghiên cứu ở bệnh viện Việt Đức, nơi có các BN chấn thương rất nặng [7]. Nghiên cứu phương pháp vô cảm chúng tôi thì gây mê chỉ được áp dụng trong 15,6% (5/32 BN), chủ yếu dành cho các trường hợp gãy xương phức tạp, khi BN cần được an thần hoàn toàn hoặc có tổn thương phối hợp liên quan đến các vùng khác của khuôn mặt.

Về phương pháp can thiệp, chỉnh hình nâng XCM đơn thuần là phương pháp chủ yếu được áp dụng, chiếm 71,9% (23/32 BN). Đây là phương pháp điều trị tiêu chuẩn trong các trường hợp gãy xương mũi không có tổn thương nghiêm trọng. Nghiên cứu của chúng tôi cũng cho thấy việc nắn chỉnh kín và nâng XCM đơn thuần là hiệu quả và dễ thực hiện, với tỷ lệ hồi phục chức năng và thẩm mỹ cao, đặc biệt là khi can thiệp trong vòng 1-3 ngày sau chấn thương. Phương pháp này giúp hồi phục nhanh chóng hình dáng sống mũi, đồng thời duy trì chức năng thông khí của mũi.

Nội soi chỉnh hình vách ngăn và sống mũi được sử dụng trong 12,5% (4/32 BN) của trường hợp có tổn thương vách ngăn mũi hoặc các vấn đề thẩm mỹ phức tạp. Phương pháp này có thể kết hợp với phẫu thuật nội soi để cải thiện chức năng và thẩm mỹ cho BN, đặc biệt khi vách ngăn bị lệch hoặc có tổn thương phối hợp với các vùng khác của mũi. Mặc dù tỷ lệ sử dụng phương pháp này không cao, nhưng trong các trường hợp phức tạp, nó đóng vai trò quan trọng giúp phục hồi chức năng và thẩm mỹ mũi hiệu quả.

Chỉnh hình sống mũi và khâu vết thương chiếm 15,6% (5/32 BN), đây là phương pháp được áp dụng khi có vết thương phần mềm và cần thiết phải khâu lại để đảm bảo sự phục hồi tốt nhất cho mũi, đặc biệt trong các trường hợp gãy xương kèm theo tổn thương mềm.

Cuối cùng, chỉnh hình bằng nẹp vít không được áp dụng trong nghiên cứu của chúng tôi, phản ánh xu hướng sử dụng các phương pháp

phẫu thuật không xâm lấn hoặc ít xâm lấn để giảm thiểu thời gian phục hồi và tránh các biến chứng lâu dài. Ngược lại tác giả Đào Văn Giang khi thực hiện điều trị GXCM đã có kinh nghiệm áp dụng phương pháp này cho 21,9% BN [7].

Trong nghiên cứu của chúng tôi, thời gian đến viện của BN gây xương chính mũi là yếu tố quan trọng ảnh hưởng đến kết quả điều trị. Kết quả nghiên cứu cho thấy 80,3% (26/32) BN đến viện trong dưới 3 ngày kể từ khi xảy ra chấn thương. Đây là một tỷ lệ cao, phản ánh sự quan trọng của việc đến viện sớm trong việc can thiệp điều trị và ngăn ngừa các biến chứng có thể xảy ra. Việc đến viện trong vòng 3 ngày đầu giúp các bác sĩ chẩn đoán chính xác hơn, đồng thời có thể thực hiện phương pháp nắn chỉnh kín để phục hồi cấu trúc mũi và hạn chế những biến chứng lâu dài, như biến dạng sống mũi và tổn thương vách ngăn. Các nghiên cứu trước đây cũng đã chỉ ra rằng việc điều trị sớm trong vòng 48-72 giờ là rất quan trọng để đạt được kết quả tối ưu về thẩm mỹ và chức năng. Bên cạnh đó, những BN đến viện muộn cũng có thể gặp khó khăn trong việc phục hồi thẩm mỹ do tình trạng can xương nhanh. Điều này cũng được ghi nhận trong nghiên cứu của Hwang và cộng sự, khi các BN đến viện sau thời gian dài thường có tỷ lệ thành công thấp hơn trong việc phục hồi thẩm mỹ [1].

Trong nghiên cứu của chúng tôi cho thấy 87,5% (28/32) BN có kết quả điều trị tốt, với phục hồi đầy đủ cả về chức năng và thẩm mỹ. Tỷ lệ này phản ánh tính hiệu quả của phương pháp điều trị, đặc biệt là trong các trường hợp được can thiệp sớm trong vòng 3 ngày đầu sau chấn thương. Việc sử dụng phương pháp nắn chỉnh kín kết hợp với các kỹ thuật phẫu thuật nội soi chỉnh hình vách ngăn mũi đã mang lại kết quả phục hồi tối ưu cho chức năng hô hấp và hình dáng mũi.

Kết quả khá chiếm 12,5% (4/32), trong đó BN phục hồi được chức năng nhưng chưa đạt

được kết quả thẩm mỹ hoàn hảo. Điều này có thể do các yếu tố như mức độ tổn thương nặng, vẹo lệch vách ngăn, hoặc sự can thiệp muộn. Tuy nhiên, tỷ lệ này vẫn tương đối thấp, phản ánh hiệu quả của việc điều trị ngay từ đầu và các phương pháp phẫu thuật được áp dụng. Các nghiên cứu trước đây, chẳng hạn như nghiên cứu của Tạ Phương Thúy tại Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên, cũng chỉ ra rằng việc điều trị sớm và chính xác thường mang lại kết quả điều trị tốt hơn về cả chức năng và thẩm mỹ [8]. Đặc biệt, không có BN nào trong nghiên cứu của chúng tôi gặp phải kết quả xấu (có biến chứng hoặc di chứng về thẩm mỹ và chức năng). Điều này cho thấy hiệu quả cao của phương pháp điều trị trong nghiên cứu của chúng tôi, đặc biệt khi can thiệp sớm và sử dụng các kỹ thuật tiên tiến như nội soi chỉnh hình vách ngăn mũi và nắn chỉnh xương kín.

Từ kết quả bảng 7 cho thấy mối liên quan giữa thời gian BN đến viện và kết quả điều trị. Kết quả tốt có tỷ lệ cao hơn ở nhóm BN đến viện trong vòng 3 ngày (82,1%) so với nhóm đến sau 3 ngày (17,9%). Kết quả phân tích OR cho thấy khả năng đạt kết quả điều trị tốt ở BN đến trong vòng 3 ngày cao gấp 2,533 lần so với nhóm đến muộn, với khoảng tin cậy 95% từ 1,131 đến 17,968 và  $p = 0,046 < 0,05$ . Điều này khẳng định rằng việc đến viện sớm trong 3 ngày đầu có ảnh hưởng tích cực đến kết quả điều trị. Như vậy kết quả điều trị của chúng tôi đạt 100%, bằng với kết quả của tác giả Huỳnh Kim Khang và cao hơn tác giả Mahmut S. Y. (2013), có lẽ do mẫu nghiên cứu của chúng tôi chưa đủ lớn [2, 9].

## KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu 32 BN, chúng tôi đưa ra kết luận như sau: GXCM gặp nhiều trong tai nạn giao thông và tai nạn thể thao. Các trường hợp đến viện sớm, can thiệp đem lại kết quả tốt, không để lại biến chứng và di chứng. Nghiên cứu cần triển khai với cỡ mẫu lớn và

thời gian theo dõi hơn để có đánh giá toàn diện.

### **KHUYẾN NGHỊ**

Cần có chiến lược tuyên truyền để khuyến khích BN đến viện trong vòng 3 ngày đầu sau khi chấn thương. Việc này không chỉ giúp nâng cao kết quả điều trị mà còn giảm thiểu nguy cơ biến chứng.

### **TÀI LIỆU THAM KHẢO**

1. Hwang K, Sang HK và et al, "A retrospective clinical investigation for the effectiveness of closed reduction on nasal bone fracture" (2019). *Craniofac Surg.* 28(3), pp. 785-788.
2. Huỳnh Kim Khang, Nguyễn Hoàng Linh và Cs. "Đánh giá kết quả điều trị gãy xương chính mũi tại Bệnh viện Đa Khoa Sài Gòn" (2022). *Việt Nam Medical Journal.* 151(1), tr. 24-27.
3. Nguyễn Triều Việt và Trần Hà Việt Thắng. "Đánh giá kết quả điều trị gãy xương chính mũi tại Thành phố Cần Thơ" (2025). *Y học Việt Nam.* 548, tr. 67-70.
4. Phùng Minh Lương. "Mô tả đặc điểm lâm sàng gãy xương chính mũi tại Bệnh viện Chợ Rẫy từ năm 2017-2018" (2022). *Tạp chí Khoa học Tây Nguyên.* 16(52), tr. 76-79.
5. J Murray et al. "A pathological classification of nasal fractures" (1986). *Injury* 17(5), pp. 338-344.
6. MF Stranc và GA Robertson . "A classification of injuries of the nasal skeleton" (1979). *Annals of Plastic Surgery* 2(6), pp. 468-474.
7. Đào Văn Giang và Nguyễn Hồng Hà. "Kết quả điều trị chấn thương xương mũi tại Bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức,(2023)", *Y học Việt Nam.* No1, tr. 6-8.
8. Tạ Phương Thúy, Nguyễn Công Hoàng và Trần Duy Ninh "Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng bệnh nhân gãy xương chính mũi tại khoa Tai mũi họng Bệnh viện Trung Ương Thái Nguyên"(2023). *Tai mũi họng Việt Nam.* 59(1), tr. 59-67.
9. M. S. Yilmaz, M. Guven và A. F. Varli "Nasal fractures: is closed reduction satisfying?" (2013). *J Craniofac Surg.* 24(1), pp. 36-38.