

chỉ định vì làm tăng nguy cơ NKVM.

Vì nghiên cứu hồi cứu nên chúng tôi không thu thập những yếu tố về môi trường (ekip phẫu thuật vệ sinh tay đúng kỹ thuật không, sát khuẩn vùng phẫu thuật có đủ thời gian không, tuân thủ nguyên tắc vô khuẩn không,...).

V. KẾT LUẬN

Có bệnh đái tháo đường trước mổ, béo phì BMI ≥ 30 , thời gian phẫu thuật kéo dài và có đặt ống dẫn lưu lúc mổ là những yếu tố nguy cơ ảnh hưởng NKVM tìm thấy được từ kết quả nghiên cứu này.

VI. LỜI CẢM ƠN

Các tác giả xin cảm ơn BS CKII Nguyễn Bảo Trị, ThS Đinh Phạm Phương Anh, nhân viên Nguyễn Trần Anh Huy, nhân viên Phạm Thị Thúy Phương, nhân viên Huỳnh Ngọc Phước của BV Hùng Vương đã giúp đỡ trong quá trình thu thập số liệu của nghiên cứu này.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Văn Trương; Nguyễn Thị Thanh Minh; Trịnh Tuyết Anh. Nhiễm khuẩn vết mổ sau mổ cắt tử cung tại bệnh viện Hùng Vương. Thời sự Y học, Hội Y học thành phố Hồ Chí Minh. 2009;38:7-12.
2. Morgan DM SC, Streifel KM, Kamdar NS, Uppal S, Burgunder-Zdravkovski L, Pearlman MD, Fenner DE, Campbell DA. Surgical site infection following hysterectomy: adjusted rankings in a regional collaborative. Am J

- Obstet Gynecol 2016;214(2):259.e1-259.e8. doi:doi: 10.1016/j.ajog.2015.10.002
3. Wang D CY, Deng J, Xiao G, Li Y, Lin L, You Y. A Retrospective Study from 2 Tertiary Hospitals in China to Evaluate the Risk Factors for Surgical Site Infections After Abdominal Hysterectomy in 188 Patients. Med Sci Monit. 2022;doi:10.12659/MSM.936198
4. Sandra I. Berríos-Torres CAU, Dale W. Bratzler, Brian Leas, Erin C. Stone. Centers for Disease Control and Prevention Guideline for the Prevention of Surgical Site Infection, 2017. JAMA Surgery. 2017;152(8):784-791.
5. Lake AG, McPencow AM, Dick-Biascochea MA, Martin DK, Ereksion EA. Surgical site infection after hysterectomy. Am J Obstet Gynecol. Nov 2013;209(5):490 e1-9. doi:10.1016/j.ajog.2013.06.018
6. Chen I CA, Schramm D, Cameron DW, Leung V, Singh SS, Hopkins L, Arendas K, Mallick R. Type of Pelvic Disease as a Risk Factor for Surgical Site Infection in Women Undergoing Hysterectomy. J Minim Invasive Gynecol. 2019; 26(6):1149-1156. doi:10.1016/j.jmig.2018.11.015
7. Ling ML AA, Abbas A, Morikane K, Lee KY, Warriar A, Yamada K. APSIC guidelines for the prevention of surgical site infections. Antimicrob Resist Infect Control. 2019;8:174. doi:10.1186/s13756-019-0638-8
8. Pop-Vicas A MJ, Schmitz M, Al-Niaimi A, Safdar N. Incidence and risk factors for surgical site infection post-hysterectomy in a tertiary care center. Am J Infect Control. 2017;45(3):284-287.
9. Steiner HL, Strand EA. Surgical-site infection in gynecologic surgery: pathophysiology and prevention. Am J Obstet Gynecol. Aug 2017; 217(2):121-128. doi:10.1016/j.ajog.2017.02.014

KHẢO SÁT TỔN THƯƠNG LỆCH VẠO THÁP MŨI SAU CHẨN THƯƠNG TRÊN PHIM CHỤP CẮT LỚP VI TÍNH

Nguyễn Anh Tuấn¹, Nguyễn Xuân Khái², Vũ Quang Vinh³, Lê Trần Quang Minh¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Khảo sát đặc điểm vẹo tháp mũi sau chấn thương trên cắt lớp vi tính (CLVT). **Đối tượng, phương pháp nghiên cứu:** mô tả cắt ngang, tiến cứu trên 40 bệnh nhân (BN) vẹo tháp mũi (VTM) di chứng do chấn thương được phẫu thuật tại Bệnh viện Tai Mũi Họng TP Hồ Chí Minh trong thời gian từ 12/2020 đến 12/2023. **Kết quả:** Tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu là $33,7 \pm 9,89$. Giới tính: Phần lớn

BN là nam giới, chiếm 70%, tỉ lệ Nam/Nữ là 7/3. Lí do vào viện do thẩm mỹ vẹo tháp mũi chiếm đa số (52,5%) và do nghẹt mũi chiếm 47,5%. Vẹo tháp mũi dạng I hay gấp nhất, chiếm 87,5%. Góc α đo được trên cắt lớp vi tính trung bình là $17,52 \pm 7,37^\circ$. Góc van mũi trong trước phẫu thuật trung bình ở bên phải là $18,73 \pm 7,62^\circ$ và ở bên trái là $19,05 \pm 6,61^\circ$. Tổn thương kết hợp hay gấp nhất là vỡ xương vách ngăn, chiếm 67,5%. **Kết luận:** Vẹo tháp mũi dạng I hay gấp nhất, chiếm 87,5%. Góc α đo được trên CLVT trung bình là $17,52 \pm 7,37^\circ$. Góc van mũi trong trước phẫu thuật ở bên phải là $18,73 \pm 7,62^\circ$ và ở bên trái là $19,05 \pm 6,61^\circ$. Tổn thương kết hợp hay gấp nhất là vỡ xương vách ngăn, chiếm 67,5%. **Từ khóa:** Vẹo tháp mũi, Chấn thương, Cắt lớp vi tính.

¹Bệnh viện Tai Mũi Họng TP Hồ Chí Minh

²Bệnh viện Quân y 103

³Học Viện Quân Y

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Anh Tuấn
Email: drtuan07@gmail.com

Ngày nhận bài: 7.6.2024

Ngày phản biện khoa học: 12.7.2024

Ngày duyệt bài: 12.8.2024

SUMMARY

STUDY THE COMPUTED TOMOGRAPHY CHARACTERISTICS OF THE CROOKED

NOSE AFTER TRAUMA

Object: To describe the computed tomography characteristics of the crooked nose after trauma. **Subjects and research methods:** Cross-sectional description, prospective on 40 patients with crooked Nose sequelae due to trauma operated on at Ear, Nose and Throat Hospital Ho Chi Minh City during the period from 12/2020 to 12/2023. **Results:** The average age of the research group is 33.7 ± 9.89 years old. Gender: The majority of patients are men, accounting for 70%, the Male/Female ratio is 7/3. The reason for being admitted to the hospital is due to crooked nose accounting for the majority (52.5%) and due to nasal congestion accounting for 47.5%. Type I crooked nose is the most common, accounting for 87.5%. The average α angle measured on CT scan was $17.52 \pm 7.37^{\circ}$. The average preoperative internal nasal valve angle on the right side was $18.73 \pm 7.62^{\circ}$ and on the left side was $19.05 \pm 6.61^{\circ}$. The most common combined injury is septal bone fracture, accounting for 67.5%. **Conclusion:** Type I crooked nose is the most common, accounting for 87.5%. The average α angle measured on CT scan was $17.52 \pm 7.37^{\circ}$. The average preoperative internal nasal valve angle on the right side was $18.73 \pm 7.62^{\circ}$ and on the left side was $19.05 \pm 6.61^{\circ}$. The most common combined injury is septal bone fracture, accounting for 67.5%. **Keywords:** Crooked Nose, Trauma, Computed tomography.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tỷ lệ gãy xương chính mũi đứng thứ 3 trong các loại gãy xương, sau gãy xương đòn và xương cổ tay [1] và hơn 40% tổng số gãy xương vùng mặt [2]. Xương chính mũi mỏng, có nguồn nuôi dưỡng tốt nên liền nhanh sau chấn thương, lại không được quan tâm sớm do ít hoặc không ảnh hưởng đến tính mạng nên thường được phát hiện khi có biểu hiện lệch vẹo muôn. Biến dạng vẹo tháp mũi có thể dẫn đến mất cân đối gương mặt, hệ quả là cảm xúc tự ti và mặc cảm trong giao tiếp xã hội, giảm năng suất làm việc và giảm chất lượng cuộc sống. Bên cạnh gãy xương mũi, bệnh nhân cũng thường gặp các tổn thương xương hàm mặt, các xoang, hốc mắt và thậm chí là tổn thương sọ não.

Tổn thương giải phẫu bệnh của vẹo tháp mũi di chứng chấn thương thường có biến dạng xương mũi, vẹo vách ngăn, quá phát cuốn mũi, hẹp van mũi trong và/hoặc van mũi ngoài. Các xét nghiệm về hình ảnh nhằm mục đích phát hiện và lượng giá các đặc điểm này. Các phương pháp chẩn đoán hình ảnh bao gồm chụp X-quang thường quy, nội soi mũi xoang và chụp cắt lớp vi tính mũi xoang, trong đó chụp CLVT mũi xoang có ý nghĩa quan trọng. Hình ảnh CLVT mũi xoang cho nhận định rõ các bất thường về cấu trúc mũi như bất thường xương mũi, bất thường vách ngăn, các cuốn mũi và các bệnh lý

vùng mũi xoang. CLVT mũi xoang góp phần chẩn đoán dạng loại vẹo tháp mũi đồng thời đo được góc α và góc van mũi trong. Bên cạnh đó CLVT giúp đánh giá các bất thường khác về cấu trúc mũi như: các dấu gãy xương do chấn thương cũ, dị tật bẩm sinh vùng mũi, hẹp cửa mũi sau, viêm xoang polyp mũi, dị vật mũi, u bướu vùng mũi và các nguyên nhân thực thể khác gây nghẹt mũi... Tuy nhiên cho đến nay chưa có công trình nghiên cứu nào trong nước mô tả đầy đủ và chi tiết đặc điểm vẹo tháp mũi sau chấn thương trên CLVT. Xuất phát từ yêu cầu thực tiễn trên chúng tôi tiến hành nghiên cứu với mục tiêu mô tả đặc điểm vẹo tháp mũi sau chấn thương trên CLVT.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Các BN được chẩn đoán vẹo tháp mũi sau chấn thương được phẫu thuật tạo hình sử dụng vật liệu sụn sườn tại Bệnh viện Tai Mũi Họng Thành phố Hồ Chí Minh trong thời gian từ tháng 12 năm 2020 đến tháng 12 năm 2023.

- **Tiêu chuẩn lựa chọn:** BN trên 18 tuổi được chẩn đoán vẹo tháp mũi sau chấn thương bằng lâm sàng, hình ảnh và có chỉ định phẫu thuật; Có đầy đủ hồ sơ bệnh án.

- **Loại trừ những trường hợp:** BN không đủ dữ liệu, BN từ chối tham gia nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

* **Thiết kế nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang, tiền cứu.

* **Phương pháp chọn mẫu:** Chọn mẫu thuận tiện.

* Các biến số nghiên cứu:

- Tuổi, giới, lí do vào viện.

- Phân loại vẹo tháp mũi theo Jang Y. J. và cộng sự dựa vào hình dạng tháp mũi trên lâm sàng so sánh với đường thẩm mỹ giữa mặt, gồm 5 dạng [3]:

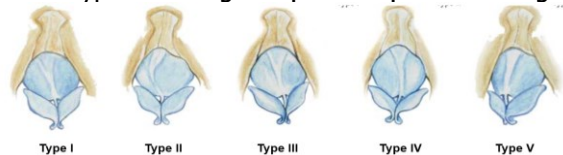
• Type I: xương mũi và sụn vẹo nhưng đối nhau.

• Type II: xương mũi vẹo và sụn mũi cong lồi lõm.

• Type III: Xương chính mũi thẳng với vòm sụn lệch nghiêng.

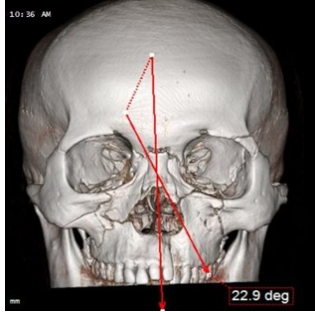
• Type IV: Xương chính mũi thẳng với vòm sụn cong.

• Type V: xương và sụn mũi vẹo về 1 hướng.

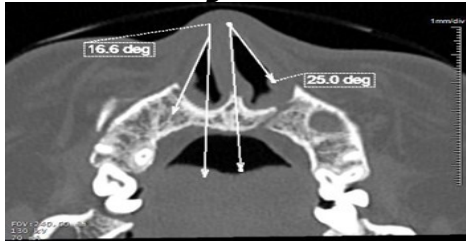


Hình 1. Phân loại vẹo tháp mũi theo Jang Y. J. [3]

- Đo góc α trên CLVT: là góc tạo thành giữa đường thẳng đi qua sống mũi và đường thẳng qua điểm giữa 2 mắt nổi gai mũi trước (đường giữa mặt). Vẹo tháp mũi khi góc $\alpha \neq 0$.
- Đo góc van mũi trong trên CLVT.



Hình 2. Đo góc α trên CLVT



Hình 3. Đo góc van mũi trong trên CLVT

- Tìm các tổn thương kết hợp trên phim chụp CLVT hàm mặt.
- * **Thu thập số liệu:** bằng mẫu bệnh án nghiên cứu.
- * **Xử lý số liệu:** Phần mềm thống kê trong y học SPSS 26.0.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

- Tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu là $33,7 \pm 9,89$.
- Giới tính: Phần lớn BN là nam giới, chiếm 70%, tỉ lệ Nam/Nữ là 7/3.
- Lí do vào viện do thẩm mỹ VTM chiếm đa số (52,5%) và do nghẹt mũi chiếm 47,5%.

Bảng 1. Phân loại vẹo tháp mũi

Dạng vẹo tháp mũi	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Dạng 1	35	87,5
Dạng 2	5	12,5
Dạng 3	0	0
Dạng 4	0	0
Dạng 5	0	0

Trong nhóm nghiên cứu chỉ gặp vẹo tháp mũi dạng 1 và dạng 2, không có BN nào dạng 3, dạng 4 và dạng 5, trong đó hay gặp nhất là dạng 1, chiếm 87,5%.

Bảng 2. Góc α trước phẫu thuật

Chỉ số	Trung bình (min – max)	Trung vị
Góc α (độ)	$17,52 \pm 7,37(6-39)$	16,5

Góc van mũi trong	Bên phải (độ)	$18,73 \pm 7,62(1-34)$	18,5
	Bên trái (độ)	$19,05 \pm 6,61(2-33)$	19,5

Góc α đo được trên CLVT trung bình là $17,52 \pm 7,37^\circ$, thấp nhất là 6° và lớn nhất là 39° . Góc van mũi trong trung bình trước phẫu thuật ở bên phải là $18,73 \pm 7,62^\circ$ và ở bên trái là $19,05 \pm 6,61^\circ$.

Bảng 3. Các tổn thương xương hàm mặt kết hợp

Tổn thương xương	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Vỡ xương vách ngăn	Có	27 / 67,5
	Không	13 / 32,5
Vỡ xương ổ mắt	Có	12 / 30,0
	Không	28 / 70,0
Vỡ xương xoang	Có	7 / 17,5
	Không	33 / 82,5
Vỡ xương mặt (xương gò má, xương hàm trên)	Có	2 / 5,0
	Không	37 / 95,0

Trên phim chụp CLVT hàm mặt, bên cạnh gãy cũ xương mũi (100%) thì tổn thương hay gặp nhất là vỡ xương vách ngăn với 27 BN, chiếm 67,5%.

IV. BÀN LUẬN

❖ **Phân loại vẹo tháp mũi:** Trong nghiên cứu của chúng tôi chỉ ghi nhận có 2 dạng vẹo tháp mũi là dạng 1 và dạng 2 theo phân loại của tác giả Jang Y. J., điều này dễ hiểu vì đối tượng chọn bệnh của chúng tôi là vẹo tháp mũi di chứng sau chấn thương nên cơ chế chấn thương gây gãy xương mũi sẽ hình thành vẹo tháp mũi dạng 1 là chiếm tỉ lệ cao 35/40 BN (87,5%), một số BN có vẹo tháp mũi bẩm sinh trên khuôn mặt bất cân xứng cộng thêm chấn thương gãy xương mũi nữa sẽ cho dạng vẹo tháp mũi dạng 2. Kết quả nghiên cứu của tác giả Jang Y. J. cũng gặp rất ít vẹo tháp mũi dạng 4, 5; chủ yếu là vẹo tháp mũi dạng 1, 2, 3 với tỉ lệ lần lượt là 32%, 25%, 25% [4].

❖ **Góc α và góc van mũi trong trước phẫu thuật:** Góc α được tạo thành giữa đường thẳng đi qua sống mũi và đường thẳng qua điểm giữa 2 mắt nổi gai mũi trước (đường giữa mặt), vẹo tháp mũi khi góc $\alpha \neq 0$. Tất cả BN trong nghiên cứu của chúng tôi đều bị vẹo tháp mũi di chứng sau chấn thương và góc α đo được trên CLVT trung bình là $17,52 \pm 7,37^\circ$, thấp nhất là 6° và lớn nhất là 39° . Bên cạnh đo trên CLVT thì góc α còn có thể được đo trên lâm sàng vì phần da vùng mũi tương đối mỏng, tuy nhiên BN vẹo tháp mũi cần thiết chụp CLVT mũi xoang, giúp đánh giá đầy đủ các cấu trúc vẹo, các bệnh lý mũi xoang khác kèm theo từ đó có kế hoạch phẫu thuật thích hợp.

Góc van mũi trong trung bình trước phẫu

thuật ở bên phải là $18,73 \pm 7,62^0$ và ở bên trái là $19,05 \pm 6,61^0$. Theo nghiên cứu của một số tác giả, người Âu Mỹ da trắng có cấu trúc mũi: xương chính mũi phát triển, sống mũi cao và gọn, da mũi mỏng và sụn mũi dày, hay có quá phát xương và sụn gây gồ sống mũi. Góc van mũi trong khoảng $10-15^0$ [5]. Người châu Á da vàng có cấu trúc mũi: xương chính mũi kém phát triển, sống mũi thấp và to bè, da mũi dày nhưng sụn mũi mỏng, ít có gồ sống mũi. Góc van mũi trong lớn hơn và trong khoảng $21,6 \pm 4,5^0$ [6].

Góc van mũi trong đo được của nhóm nghiên cứu nhỏ hơn trị số trung bình ở người châu Á bình thường, nhưng lại lớn hơn trị số trung bình của người da trắng bình thường.

❖**Các tổn thương xương hàm mặt kết hợp:** Trên phim chụp CLVT hàm mặt, bên cạnh gãy cũ xương mũi (100%) thì tổn thương hay gặp nhất là vỡ xương vách ngăn với 27 BN, chiếm 67,5%, tiếp đến là vỡ xương ổ mắt và vỡ xương xoang với tỉ lệ lần lượt là 30% và 17,5%.

Tác giả Tiffany T. Pham và cộng sự (2019) khi phân tích dữ liệu chấn thương quốc gia của Hoa Kỳ từ năm 2015 tới năm 2017 nhận thấy: gãy xương kín chiếm 90,5% số ca gãy xương mũi, trong đó tai nạn xe cơ giới là nguyên nhân phổ biến nhất (27,5%). Các tổn thương đi kèm bao gồm chấn thương sọ não (56,9%), gãy xương hàm và cằm (27,9%), vết thương hở ở mặt (38,6%) và mũi (9,5%) [7].

Như vậy gãy xương mũi ít khi xảy ra đơn độc mà thường có tổn thương hàm mặt hoặc sọ não kết hợp kèm theo.

V. KẾT LUẬN

- Vẹo tháp mũi dạng I hay gặp nhất, chiếm 87,5%.

- Góc α đo được trên CLVT trung bình là $17,52 \pm 7,37^0$.

- Góc van mũi trong trung bình trước phẫu thuật ở bên phải là $18,73 \pm 7,62^0$ và ở bên trái là $19,05 \pm 6,61^0$.

- Tổn thương kết hợp hay gặp nhất là vỡ xương vách ngăn, chiếm 67,5%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bailey B. J.** (1993). Head and Neck Surgery, Lippincott company, Philadelphia.
2. **Hung T., Chang W., Vlantis A. C., et al.** (2007). Patient satisfaction after closed reduction of nasal fractures. Arch Facial Plast Surg, 9(1): 40-3.
3. **Jang Y. J., Wang J. H., Lee B. J.** (2008). Classification of the deviated nose and its treatment. Arch Otolaryngol Head Neck Surg, 134(3): 311-5.
4. **Jang Y. J.** (2014). Deviated Nose. Rhinoplasty and Septoplasty, Koonja: 437-86.
5. **Rhee J. S., Weaver E. M., Park S. S., et al.** (2010). Clinical consensus statement: Diagnosis and management of nasal valve compromise. Otolaryngol Head Neck Surg, 143(1): 48-59.
6. **Suh M. W., Jin H. R., Kim J. H.** (2008). Computed tomography versus nasal endoscopy for the measurement of the internal nasal valve angle in Asians. Acta Otolaryngol, 128(6): 675-9.
7. **Pham TT, Lester E, Grigorian A, Roditi RE, Nahmias JT.** National Analysis of Risk Factors for Nasal Fractures and Associated Injuries in Trauma. Craniomaxillofac Trauma Reconstr. 2019 Sep;12(3):221-227. doi: 10.1055/s-0039-1677724. Epub 2019 Jan 22. PMID: 31428247; PMCID: PMC6697477.

ĐÁNH GIÁ TÁC DỤNG KHÔNG MONG MUỐN CỦA GÂY TÊ KHOANG MẠC CHẬU LIÊN TỤC BẰNG BUPIVACAİN SAU PHẪU THUẬT THAY KHỚP HÁNG

Nguyễn Trung Kiên¹, Nguyễn Tiến Đức²,
Nguyễn Quang Huy¹, Lê Sỹ Tiến³

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá tác dụng không mong muốn của gây tê khoang mạc chậu liên tục bằng bupivacain sau phẫu thuật thay khớp háng. **Phương pháp:** Nghiên cứu mô tả tiến cứu phân tích 71 bệnh nhân

được phẫu thuật thay khớp háng, được giảm đau sau mổ bằng gây tê khoang mạc chậu từ 01/03/2021 đến 31/03/2022. **Kết quả:** Nhịp thở và SpO₂ tại các thời điểm sau phẫu thuật khác biệt không có ý nghĩa ($p > 0,05$) so với thời điểm trước phẫu thuật. 32,4% bệnh nhân có dị cảm. Liệt vận động xuất hiện ở 12,7% bệnh nhân nhưng đa số là Bromage 1. Sức cơ tứ đầu đùi giảm nhiều ở thời điểm T5 và hồi phục ở thời điểm T6. Không gặp bệnh nhân nào có dấu hiệu ngộ độc thuốc tê. **Kết luận:** Gây tê khoang mạc chậu dưới hướng dẫn siêu âm sử dụng bupivacain sau phẫu thuật thay khớp háng là kỹ thuật an toàn, các tác dụng không mong muốn gặp với tỷ lệ thấp, thoáng qua.

Từ khóa: thay khớp háng, gây tê khoang mạc chậu, tác dụng không mong muốn.

¹Bệnh viện Quân y 103

²Bệnh viện K

³Bệnh viện Quận 11 - Thành Phố Hồ Chí Minh

Chịu trách nhiệm chính: Lê Sỹ Tiến

Email: lesytien1986@gmail.com

Ngày nhận bài: 5.6.2024

Ngày phản biện khoa học: 10.7.2024

Ngày duyệt bài: 13.8.2024