

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Đào V.G., Nguyễn H.H.** Kết quả điều trị tổn thương xương chính mũi do chấn thương tại Bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức. Tạp chí Y học Việt Nam. 2023;527(1). doi:10.51298/vmj.v527i1.5599.
2. **Huỳnh Hùng Anh, Lâm Chánh Thi, Võ Thị Huỳnh Trang.** Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và đánh giá kết quả điều trị chấn thương mũi tại Bệnh viện Đa khoa Trung Ương Cần Thơ năm 2019-2021. Tạp chí Y Dược học Cần Thơ. 2022;45:83-90.
3. **Vũ ĐN.** Khảo sát một số đặc điểm dịch tễ, lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị gãy xương chính mũi tại Bệnh viện Đa khoa Sài Gòn. Tạp chí Tai Mũi Họng Việt Nam. 2024;69(64):27-34. doi:10.60137/tmhvn.v69i64.105.
4. **Chung JH, Yeo HD, Yoon ES, Lee BI, Park SH.** Comparison of the outcomes of closed reduction nasal bone fractures with a surgical navigation system. J Craniofac Surg. 2020;31(6):1625-1628. doi:10.1097/SCS.0000000000006546.
5. **Erfanian R, Farahbakhsh F, Firouzifar M, Sohrabpour S, Irani S, Heidari F.** Factors related to successful closed nasal bone reduction: a longitudinal cohort study. Br J Oral Maxillofac Surg. 2022;60(7):974-977. doi:10.1016/j.bjoms.2022.03.003.
6. **Kim KS, Lee HG, Shin JH, Hwang JH, Lee SY.** Trend analysis of nasal bone fracture. Arch Craniofac Surg. 2018;19(4):270-274. doi:10.7181/acfs.2018.02264.
7. **Trujillo O, Lee C.** Nasal fractures: acute, subacute, and delayed management. Otolaryngol Clin North Am. 2023;56(6):1089-1099. doi:10.1016/j.otc.2023.05.004.
8. **Wang W, Lee T, Kohlert S, Kadakia S, Ducic Y.** Nasal fractures: the role of primary reduction and secondary revision. Facial Plast Surg. 2019;35(6):590-601. doi:10.1055/s-0039-1700801.

ĐÁNH GIÁ VÁCH NGĂN TRONG GÃY XƯƠNG CHÍNH MŨI: ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, HÌNH ẢNH HỌC VÀ XỬ TRÍ BAN ĐẦU TẠI BỆNH VIỆN NHÂN DÂN GIA ĐỊNH

Phạm Đình Nguyên⁴, Nguyễn Thị Kiều Thơ^{1,2},
Huỳnh Chí Thành³, Nguyễn Đình Chương^{1,2},

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Bất thường vách ngăn trong bối cảnh gãy xương chính mũi (GXCM) có thể bị bỏ sót do phù nề, máu đông và triệu chứng cấp tính. Do thiếu dữ liệu trước chấn thương, cần diễn giải thận trọng vì vẹo vách ngăn có thể đã tồn tại trước đó.

Mục tiêu: Mô tả tỉ lệ, đặc điểm lâm sàng, hình ảnh học và xử trí ban đầu của bất thường vách ngăn ghi nhận trong bối cảnh GXCM; đồng thời phân tích một số biểu hiện gợi ý cần đánh giá chủ động vách ngăn.

Đối tượng và phương pháp: Nghiên cứu cắt ngang mô tả, hồi cứu hồ sơ bệnh án trên 30 bệnh nhân GXCM từ 18 tuổi trở lên điều trị tại Khoa Tai Mũi Họng, Bệnh viện Nhân Dân Gia Định, giai đoạn 11/2022-07/2023. Bệnh nhân được chia thành nhóm VN+ (n=9) và VN- (n=21). Biến định tính được so sánh bằng kiểm định Fisher's exact test hai phía.

Kết quả: Bất thường vách ngăn được ghi nhận ở 9/30 trường hợp (30%), toàn bộ là vẹo vách ngăn; không ghi nhận gãy/sụp vách ngăn hoàn toàn hoặc tụ máu vách ngăn. Nhóm VN+ có tỉ lệ nghẹt mũi và sụp tháp mũi chung cao hơn nhóm VN- (đều 77,8% so với 28,6%; p=0,020). Nội soi mũi xoang và CT Scan hàm mật ghi nhận bất thường vách ngăn ở toàn bộ nhóm VN+, trong khi X-quang thường quy chỉ gợi ý 2/9 trường hợp. Tất cả bệnh nhân VN+ được nắn chỉnh vách ngăn bằng kẹp Asch trước NXCM kín trong cùng cuộc phẫu thuật.

Kết luận: Bất thường vách ngăn được ghi nhận trong bối cảnh GXCM ở 30% bệnh nhân và liên quan với tỉ lệ nghẹt mũi, sụp tháp mũi cao hơn. Kết quả gợi ý bệnh nhân GXCM có nghẹt mũi hoặc sụp tháp mũi cần được đánh giá vách ngăn chủ động bằng thăm khám nội mũi, nội soi mũi xoang và CT Scan hàm mật khi phù hợp.

Từ khóa: Gãy xương chính mũi, bất thường vách ngăn, vẹo vách ngăn, nội soi mũi xoang, CT Scan hàm mật.

SUMMARY

EVALUATION OF THE NASAL SEPTUM IN NASAL BONE FRACTURES: CLINICAL AND RADIOLOGICAL CHARACTERISTICS AND INITIAL MANAGEMENT AT GIA DINH PEOPLE'S HOSPITAL

Background: Nasal septal abnormality recorded in the context of nasal bone fracture (NBF) may be overlooked in the acute phase. Without pre-injury data, septal deviation

¹Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh;

²Bệnh viện Nhân Dân Gia Định;

³Bệnh viện Thanh Vũ Bạc Liêu;

⁴Bệnh viện Nhi Đồng 1

Tác giả chịu trách nhiệm chính: Phạm Đình Nguyên

Email: nguyendpd@nhidong.org.vn

Mã bài: N755

Ngày nhận bài: 22/4/2026

Ngày phản biện khoa học: 21/4/2026

Ngày duyệt bài: 25/5/2026

should be interpreted cautiously because it may have pre-existed before trauma.

Objectives: To describe the prevalence, clinical and imaging characteristics, and initial management of septal abnormality recorded in the context of NBF, and to explore clinical features suggesting the need for active septal assessment.

Methods: This descriptive cross-sectional retrospective study analyzed 30 adult NBF patients treated at the Department of Otolaryngology, Gia Dinh People's Hospital, from November 2022 to July 2023. Patients were classified into the septal abnormality group (VN+, n=9) and non-septal abnormality group (VN-, n=21). Categorical variables were compared using two-sided Fisher's exact test.

Results: Septal abnormality was recorded in 9/30 patients (30%), all presenting as septal deviation; no complete septal fracture/collapse or septal hematoma was documented. The VN+ group had higher rates of nasal obstruction and overall nasal collapse than the VN- group (both 77.8% vs 28.6%; $p=0.020$). Nasal endoscopy and maxillofacial CT scan documented septal abnormality in all VN+ cases, whereas plain radiography suggested abnormality in only 2/9 cases. All VN+ patients underwent septal reduction with Asch forceps before closed nasal bone fracture reduction in the same surgical session.

Conclusions: Septal abnormality was recorded in 30% of NBF patients and was associated with higher rates of nasal obstruction and nasal collapse. These findings suggest that patients with NBF presenting with nasal obstruction or nasal collapse should undergo active septal assessment using intranasal examination, nasal endoscopy, and maxillofacial CT scan when appropriate.

Keywords: Nasal bone fracture, nasal septal abnormality, septal deviation, nasal endoscopy, maxillofacial CT scan.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Gãy xương chính mũi (GXCM) là một trong những chấn thương vùng mặt thường gặp do vị trí mũi nhô cao ở trung tâm khuôn mặt và cấu trúc xương - sụn tương đối mỏng manh. Bên cạnh biến dạng thấp mũi, GXCM có thể ảnh hưởng chức năng thở mũi, khứu giác và chất lượng sống nếu không được đánh giá, xử trí phù hợp trong giai đoạn sớm [4, 8].

Bất thường vách ngăn ghi nhận trong bối cảnh GXCM là vấn đề cần được chú ý vì có thể bị che lấp bởi phù nề niêm mạc, máu đông trong hốc mũi, đau sau chấn thương hoặc biến dạng thấp mũi bên ngoài. Khám lâm sàng đơn thuần và X-quang thường quy có thể chưa đủ để nhận diện đầy đủ hình thái vách ngăn trong giai đoạn cấp, đặc biệt khi bệnh nhân có nghẹt mũi hoặc sụp thấp mũi.

Nếu không được nhận diện, tình trạng lệch vách ngăn ghi nhận trong bối cảnh chấn thương có thể góp phần gây nghẹt mũi kéo dài, làm thay đổi trục nâng đỡ của thấp mũi hoặc ảnh hưởng sự ổn định

sau nắn chỉnh xương chính mũi (NXCM) kín [6, 8]. Tuy nhiên, do nhiều trường hợp vẹo vách ngăn trong cộng đồng có thể tồn tại trước chấn thương, cần tránh khẳng định mọi trường hợp vẹo vách ngăn phát hiện sau GXCM đều là tổn thương mới do chấn thương nếu không có dữ liệu trước đó.

Tại Việt Nam, các nghiên cứu về GXCM chủ yếu mô tả đặc điểm chung về nguyên nhân, triệu chứng lâm sàng, hình ảnh học và điều trị [1, 2]. Các phân tích tập trung riêng vào nhóm có bất thường vách ngăn còn ít được trình bày. Vì vậy, nghiên cứu này được thực hiện nhằm mô tả đặc điểm lâm sàng, hình ảnh học và xử trí ban đầu của bất thường vách ngăn ghi nhận trong bối cảnh GXCM; qua đó nhấn mạnh nhu cầu đánh giá chủ động vách ngăn, đặc biệt ở bệnh nhân có nghẹt mũi hoặc sụp thấp mũi.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu cắt ngang mô tả, hồi cứu hồ sơ bệnh án; đây là phân tích thứ cấp từ dữ liệu của đề án khảo sát tình hình chấn thương GXCM tại Khoa Tai Mũi Họng, Bệnh viện Nhân Dân Gia Định, giai đoạn 11/2022-07/2023.

2.2. Đối tượng nghiên cứu

Đối tượng gồm 30 bệnh nhân từ 18 tuổi trở lên, được bác sĩ chuyên khoa Tai Mũi Họng chẩn đoán xác định GXCM và điều trị tại Khoa Tai Mũi Họng, Bệnh viện Nhân Dân Gia Định trong thời gian nghiên cứu.

Tiêu chuẩn chọn vào: bệnh nhân từ 18 tuổi trở lên; được chẩn đoán xác định GXCM; hồ sơ bệnh án đầy đủ gồm thông tin hành chính, mô tả triệu chứng lâm sàng, nội soi mũi xoang, X-quang mũi nghiêng và CT Scan hàm mặt.

Tiêu chuẩn loại trừ: nhập viện muộn sau 15 ngày kể từ thời điểm chấn thương; có tiền sử phẫu thuật mũi/vách ngăn hoặc chấn thương mũi trước đó; có dị tật, di chứng vùng mũi trước chấn thương; chấn thương phối hợp nguy hiểm tính mạng hoặc tổn thương vùng mặt phức tạp ngoài phạm vi nghiên cứu; hồ sơ lưu trữ không đầy đủ.

2.3. Định nghĩa biến số và phân nhóm

Trong nghiên cứu này, bất thường vách ngăn được định nghĩa là các bất thường vách ngăn được ghi nhận qua nội soi mũi xoang và/hoặc CT Scan hàm mặt trong bối cảnh bệnh nhân được chẩn đoán GXCM, bao gồm vẹo, gãy, di lệch hoặc tụ máu vách ngăn. Do không có dữ liệu thăm khám hoặc hình ảnh trước chấn thương, nghiên cứu không nhằm khẳng định tất cả các trường hợp vẹo vách ngăn đều mới

xuất hiện do chấn thương.

Bệnh nhân được chia thành hai nhóm: nhóm VN+ gồm các trường hợp có bất thường vách ngăn ghi nhận trong bối cảnh GXCM (n=9) và nhóm VN- gồm các trường hợp không ghi nhận bất thường vách ngăn (n=21).

2.4. Thu thập và phân tích số liệu

Số liệu được thu thập từ hồ sơ bệnh án theo phiếu thu thập chuẩn hóa. Biến định tính được trình bày bằng tần số và tỉ lệ phần trăm. Biến liên tục được trình bày bằng trung bình $\pm$ độ lệch chuẩn khi phù hợp. Do cỡ mẫu nhỏ, các biến định tính giữa

hai nhóm được so sánh bằng kiểm định Fisher's exact test hai phía. Tuổi được so sánh bằng kiểm định Mann-Whitney U. Ngưỡng ý nghĩa thống kê là $p < 0,05$.

2.5. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu được thực hiện trên dữ liệu hồi cứu, thông tin người bệnh được bảo mật và chỉ sử dụng cho mục đích nghiên cứu, được chấp thuận bởi Hội đồng Đạo đức/Hội đồng Khoa học của Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh và Bệnh viện Nhân Dân Gia Định.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Tỉ lệ bất thường vách ngăn ghi nhận trong bối cảnh GXCM

Trong 30 bệnh nhân GXCM, 9 trường hợp (30%) được ghi nhận có bất thường vách ngăn qua nội soi mũi xoang và CT Scan hàm mật. Toàn bộ 9 trường hợp đều là vẹo vách ngăn; không ghi nhận gãy/sụp vách ngăn hoàn toàn hoặc tụ máu vách ngăn. Kết quả này được diễn giải như tỉ lệ bất thường vách ngăn ghi nhận trong bối cảnh GXCM, không phải bằng chứng xác định căn nguyên chấn thương của vẹo vách ngăn.

Bảng 1. So sánh đặc điểm nhân khẩu học và nguyên nhân chấn thương giữa hai nhóm

Đặc điểm	Nhóm VN+ (n=9) n (%)	Nhóm VN- (n=21) n (%)	p
Giới tính nam	7 (77,8)	16 (76,2)	>0,99
Tuổi (TB $\pm$ ĐLC), năm**	34,4 $\pm$ 11,2	33,7 $\pm$ 12,8	0,879
Nguyên nhân: TNGT	4 (44,4)	7 (33,3)	0,687
Nguyên nhân: Đả thương	3 (33,3)	6 (28,6)	>0,99
Nguyên nhân: TNSH/lao động/thể thao	2 (22,2)	8 (38,1)	0,675

** Sử dụng kiểm định Mann-Whitney U cho biến tuổi; các biến định tính sử dụng kiểm định Fisher's exact test hai phía.

Không ghi nhận khác biệt có ý nghĩa thống kê về giới tính, tuổi và nguyên nhân chấn thương giữa hai nhóm (tất cả $p > 0,05$).

Bảng 2. So sánh triệu chứng cơ năng và thực thể giữa hai nhóm

Triệu chứng	Nhóm VN+ (n=9) n (%)	Nhóm VN- (n=21) n (%)	p
Triệu chứng cơ năng			
Chảy máu mũi	9 (100,0)	18 (85,7)	0,534
Nghẹt mũi	7 (77,8)	6 (28,6)	0,020*
Đau nhức vùng mặt	6 (66,7)	10 (47,6)	0,440
Giảm khứu giác	4 (44,4)	4 (19,0)	0,195
Triệu chứng thực thể			
Biến dạng thấp mũi	9 (100,0)	21 (100,0)	>0,99
Sưng nề vùng mũi	6 (66,7)	10 (47,6)	0,440
Bầm tím mũi	5 (55,6)	10 (47,6)	>0,99
Lạo xạo xương	3 (33,3)	4 (19,0)	0,640
Vết thương phần mềm vùng mũi	2 (22,2)	3 (14,3)	0,622

**p<0,05; kiểm định Fisher's exact test hai phía.*

Nghẹt mũi là triệu chứng cơ năng có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa hai nhóm (77,8% so với 28,6%; $p=0,020$). Kết quả này gợi ý bệnh nhân GXCM có nghẹt mũi trong giai đoạn cấp cần được đánh giá vách ngăn kỹ hơn, nhưng triệu chứng này không đủ để chẩn đoán hoặc loại trừ bất thường vách ngăn.

Bảng 3. So sánh biến dạng tháp mũi giữa hai nhóm

Biến dạng tháp mũi	Nhóm VN+ (n=9) n (%)	Nhóm VN- (n=21) n (%)	p
Phân loại loại trừ lẫn nhau (§)			
Vẹo đơn thuần	2 (22,2)	15 (71,4)	0,020*
Sụp đơn thuần	5 (55,6)	3 (14,3)	0,032*
Vẹo và sụp phối hợp	2 (22,2)	3 (14,3)	0,622
Tổng hợp - có thể chồng lấp (‡)			
Tổng số ca có vẹo tháp mũi	4 (44,4)	18 (85,7)	0,032*
Tổng số ca có sụp tháp mũi	7 (77,8)	6 (28,6)	0,020*

- Ba nhóm trên loại trừ lẫn nhau. ‡ Hàng tổng hợp có thể chồng lấp: bệnh nhân vẹo + sụp được tính vào cả hai hàng. * $p<0,05$; kiểm định Fisher's exact test hai phía.

Nhóm VN+ có tỉ lệ sụp đơn thuần và tổng số ca có sụp tháp mũi cao hơn nhóm VN-. Kết quả này gợi ý biến dạng sụp tháp mũi có thể là dấu hiệu cần đánh giá chủ động vách ngăn, đặc biệt khi đi kèm nghẹt mũi; tuy nhiên, do cỡ mẫu nhỏ và thiết kế hồi cứu, không nên xem đây là yếu tố dự báo độc lập.

3.2. Ghi nhận bất thường vách ngăn trên các phương tiện khảo sát

Trong nhóm VN+, bất thường vách ngăn được ghi nhận trên nội soi mũi xoang và CT Scan hàm mắt ở toàn bộ 9 trường hợp; X-quang mũi nghiêng chỉ gợi ý bất thường ở 2/9 trường hợp. Kết quả này cho thấy nội soi mũi xoang và CT Scan hàm mắt có giá trị hỗ trợ trong nhận diện hình thái vách ngăn và lập kế hoạch xử trí ban đầu, nhưng không được diễn giải như độ nhạy, độ đặc hiệu hoặc giá trị chẩn đoán do nghiên cứu không có tiêu chuẩn vàng độc lập.

3.3. Trình tự xử trí phẫu thuật nhóm VN+

Tất cả bệnh nhân VN+ được nắn chỉnh vách ngăn bằng kẹp Asch trước NXCM kín trong cùng cuộc phẫu thuật, toàn bộ được thực hiện trong vòng 10 ngày sau chấn thương, gây tê tại chỗ, đặt vật liệu nâng đỡ trong mũi và nẹp mũi ngoài sau mổ. Do nghiên cứu không có dữ liệu theo dõi chức năng và thẩm mỹ sau mổ, kết quả này chỉ nên được diễn giải như một trình tự xử trí được áp dụng tại đơn vị nghiên cứu.

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu ghi nhận tỉ lệ bất thường vách ngăn trong bối cảnh GXCM là 30% (9/30), cao hơn con số 22% của Chou và cộng sự trên 329 bệnh nhân [3], nhưng thấp hơn một số báo cáo sử dụng CT Scan thường quy hoặc phân loại rộng hơn về chấn thương vách ngăn. Sự khác biệt này có thể liên quan đến tiêu chuẩn ghi nhận, cỡ mẫu, cơ chế chấn thương,

thời điểm thăm khám và mức độ sử dụng nội soi/CT Scan. Một vấn đề quan trọng là phân biệt bất thường có sẵn với tổn thương mới sau chấn thương. Theo các tài liệu thực hành về chấn thương mũi, đánh giá vách ngăn cần phối hợp bệnh sử trước chấn thương, khám ngoài tháp mũi, khám nội mũi sau khi làm sạch máu đông, loại trừ tụ máu vách ngăn, nội soi mũi xoang khi có điều kiện và hình ảnh học trong các trường hợp phù hợp [4].

Tại Việt Nam, các nghiên cứu trước đây chủ yếu mô tả GXCM nói chung [1, 2], trong khi phân tích riêng nhóm có bất thường vách ngăn còn ít được trình bày. Do đó, nghiên cứu này cung cấp dữ liệu ban đầu tại một bệnh viện đa khoa lớn và gợi ý rằng đánh giá vách ngăn nên là một bước có hệ thống trong tiếp cận bệnh nhân GXCM.

Nhóm VN+ có tỉ lệ nghẹt mũi cao hơn nhóm VN- (77,8% so với 28,6%; $p=0,020$). Điều này gợi ý nghẹt mũi sau chấn thương là dấu hiệu cần khai thác chủ động ở bệnh nhân GXCM. Tuy nhiên, trong giai đoạn cấp, nghẹt mũi có thể do phù nề niêm mạc, máu đông, tụ máu vách ngăn, tổn thương cuốn mũi hoặc vẹo vách ngăn có sẵn; vì vậy, triệu chứng này chỉ nên được xem là dấu hiệu gợi ý cần đánh giá vách ngăn kỹ hơn.

Nhóm VN+ có tỉ lệ sụp đơn thuần và tổng số ca có sụp tháp mũi cao hơn nhóm VN-. Về mặt cơ chế, lực chấn thương tác động mạnh theo hướng trước - sau có thể đồng thời gây sụp khung xương mũi và

làm biến dạng trực vách ngăn. Tuy nhiên, do nghiên cứu không có dữ liệu hình ảnh trước chấn thương và không phân tích cơ chế lực chi tiết, mối liên quan này chỉ nên được hiểu là liên quan lâm sàng cần chú ý, không phải quan hệ nhân quả đã được chứng minh.

Trong nhóm VN+, nội soi mũi xoang và CT Scan hàm mặt đều ghi nhận bất thường vách ngăn ở toàn bộ 9 trường hợp, trong khi X-quang thường quy chỉ gợi ý bất thường ở 2/9 trường hợp. Nội soi giúp quan sát trực tiếp niêm mạc, máu đông, mức độ tắc nghẽn, tụ máu nếu có và hình thái vách ngăn. CT Scan hàm mặt hỗ trợ đánh giá cấu trúc xương, hướng di lệch, mức độ sụp/lệch xương chính mũi và tổn thương phối hợp [5]. Siêu âm tần số cao là phương tiện không tia xạ đang được quan tâm trong đánh giá GXCM, đặc biệt để phát hiện đường gãy xương mũi [5]; tuy nhiên, vai trò của siêu âm trong đánh giá tổn thương vách ngăn cấp còn hạn chế hơn và chưa được khảo sát trong nghiên cứu này.

Tất cả bệnh nhân VN+ được nắn chỉnh vách ngăn bằng kẹp Asch trước NXCM kín trong cùng cuộc phẫu thuật. Cơ sở lâm sàng của trình tự này là vách ngăn lệch có thể góp phần làm mất trục nâng đỡ hoặc tạo lực kéo ảnh hưởng sự ổn định của tháp mũi sau nắn chỉnh [6, 8]. Tuy nhiên, do nghiên cứu không có dữ liệu theo dõi sau mổ về chức năng thở mũi, thẩm mỹ hoặc tỉ lệ tái lệch, trình tự này chỉ nên được xem là kinh nghiệm/quy trình thực hành tại đơn vị nghiên cứu.

Vẹo vách ngăn là một bất thường tương đối thường gặp trong dân số chung, với tỉ lệ thay đổi tùy theo định nghĩa, phương tiện khảo sát và đặc điểm mẫu nghiên cứu; các nghiên cứu dùng CBCT có thể ghi nhận tỉ lệ cao do phát hiện cả những dạng lệch nhẹ hoặc không triệu chứng [7]. Do đó, tỉ lệ 30% trong nghiên cứu này không nên được diễn giải là tỉ lệ vẹo vách ngăn mới do GXCM gây ra. Giá trị chính của kết quả nằm ở việc ghi nhận sự hiện diện của bất thường vách ngăn trong bối cảnh GXCM cấp, đặc biệt khi nhóm này có tỉ lệ nghẹt mũi và sụp thấp mũi cao hơn, từ đó gợi ý nhu cầu đánh giá vách ngăn một cách chủ động.

Nghiên cứu có một số hạn chế: cỡ mẫu nhỏ, thiết kế hồi cứu phụ thuộc chất lượng ghi nhận hồ sơ, không có hình ảnh hoặc thăm khám trước chấn thương và chưa có dữ liệu theo dõi chức năng thở mũi, thẩm mỹ hoặc tỉ lệ tái lệch sau phẫu thuật. Các nghiên cứu tiền cứu với cỡ mẫu lớn hơn, đánh giá trước - sau điều trị và theo dõi dài hạn là cần thiết.

V. KẾT LUẬN

Trong nghiên cứu hồi cứu trên 30 bệnh nhân GXCM, bất thường vách ngăn ghi nhận trong bối cảnh chấn thương chiếm 30%, toàn bộ là vẹo vách ngăn. Nhóm có bất thường vách ngăn có tỉ lệ nghẹt mũi và sụp thấp mũi cao hơn, gợi ý rằng vách ngăn cần được đánh giá chủ động ở bệnh nhân GXCM, đặc biệt khi có nghẹt mũi hoặc sụp thấp mũi. Nội soi mũi xoang và CT Scan hàm mặt có giá trị hỗ trợ trong nhận diện bất thường vách ngăn và lập kế hoạch xử trí ban đầu. Do không có dữ liệu trước chấn thương và chưa có theo dõi dài hạn, cần nghiên cứu tiền cứu cỡ mẫu lớn hơn để đánh giá ý nghĩa chức năng - thẩm mỹ của các bất thường này.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Huỳnh Thị Vân, Nguyễn Thị Ngọc Dung.** Phân loại tổn thương và đánh giá kết quả điều trị chấn thương gãy xương chính mũi tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Bình Dương. Luận văn Chuyên khoa cấp II. Thành phố Hồ Chí Minh: Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh; 2014.
2. **Phùng Minh Hoàng Anh, Trần Minh Trường.** Khảo sát gãy xương chính mũi và tổn thương các vùng lân cận trong chấn thương tại Bệnh viện Chợ Rẫy. Luận văn Thạc sĩ Y học. Thành phố Hồ Chí Minh: Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh; 2017.
3. **Chou C, Chen CW, Wu YC, Chen KK, Lee SS.** Refinement treatment of nasal bone fracture: a 6-year study of 329 patients. *Asian J Surg.* 2015;38(4):191-198. doi:10.1016/j.asjsur.2014.09.002.
4. **Gilman GS, Rivera-Serrano CM.** Nasal fractures. In: Johnson JT, Rosen CA, editors. *Bailey's Head and Neck Surgery - Otolaryngology.* 5th ed. Philadelphia: Wolters Kluwer; 2014. p. 1241-1254.
5. **Hwang K, Jung JS, Kim H.** Diagnostic performance of plain film, ultrasonography, and computed tomography in nasal bone fractures: a systematic review. *Plast Surg (Oakv).* 2018;26(4):286-292. doi:10.1177/2292550317749535.
6. **Kim JH, Lee JW, Park CH.** Cosmetic rhinoseptoplasty in acute nasal bone fracture. *Otolaryngol Head Neck Surg.* 2013;149(2):212-218. doi:10.1177/0194599813487493.
7. **Moshfeghi M, Abedian B, Ghazizadeh Ahsaie M, Tajdini F.** Prevalence of nasal septum deviation using cone-beam computed tomography: a cross-sectional study. *Contemp Clin Dent.* 2020;11(3):223-228. doi:10.4103/ccd.ccd_110_19.
8. **Rohrich RJ, Adams WP Jr.** Nasal fracture management: minimizing secondary nasal deformities. *Plast Reconstr Surg.* 2000;106(2):266-273. doi:10.1097/00006534-200008000-00003.