

ĐÁNH GIÁ TÌNH TRẠNG CHĂM SÓC BỆNH NHÂN CHẤN THƯƠNG PHẦN MỀM VÙNG HÀM MẶT TẠI TRUNG TÂM RĂNG HÀM MẶT - BỆNH VIỆN TRUNG ƯƠNG HUẾ

Phan Thi Thu Suong¹, Nguyen Hong Loi¹, Hoàng Lê Trọng Châu¹,
Phan Van Tuyen¹, Tran Thi Lan¹, Nguyễn Thị Giao Liên¹.

DOI: 10.38103/jcmhch.2020.63.1

TÓM TẮT

Mục tiêu: Để xác định các yếu tố lâm sàng và đánh giá kết quả chăm sóc bệnh nhân chấn thương phần mềm vùng hàm mặt tại Trung tâm Răng Hàm Mặt – Bệnh viện Trung ương Huế.

Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả tiến cứu được tiến hành trên 596 bệnh nhân chấn thương phần mềm vùng hàm mặt tại Trung tâm Răng Hàm Mặt - Bệnh viện Trung ương Huế từ tháng 10/2018 đến tháng 10/2019.

Kết quả: Nhóm tuổi trung bình của bệnh nhân là 19 - 39 tuổi (chiếm 35,1%), trong đó có 367 nam (chiếm 61,6%) và 229 nữ (chiếm 38,4%). Tai nạn giao thông là nguyên nhân thường gặp nhất trong chấn thương phần mềm vùng mặt (chiếm 82,6%). Những triệu chứng lâm sàng thường gặp có chảy máu (75%), sưng nề (72,5%), biến dạng mặt (52,3%) và đau (37,8%). Thời gian bệnh nhân điều trị tại bệnh viện từ 4 đến 7 ngày (chiếm 55,2%). Những vết thương rách da chiếm đa số trong chấn thương phần mềm vùng mặt (44,1%). Những bệnh nhân được dự phòng kháng sinh trước khi nhập viện, can thiệp sớm và chăm sóc vết thương đúng phương pháp cho thấy thời gian điều trị ngắn hơn ($p < 0,05$). Kết quả điều trị sau 3 tháng cho thấy kết quả tốt chiếm 99,1%, khá chiếm 0,9%.

Từ khóa: Chấn thương phần mềm vùng mặt, Bệnh viện Trung ương Huế, kết quả chăm sóc bệnh nhân

ABSTRACT

EVALUATION THE NURSING CARE RESULTS OF PATIENT WITH FACIAL SOFT TISSUE TRAUMA IN HUE CENTRAL HOSPITAL

Phan Thi Thu Suong¹, Nguyen Hong Loi¹, Hoang Le Trong Chau¹,
Phan Van Tuyen¹, Tran Thi Lan¹, Nguyen Thi Giao Lien¹.

Objectives: To identify the clinical features and evaluate the nursing care results of patient with facial soft tissue trauma in Hue Central Hospital.

Materials and methods: A descriptive progressive study was conducted on 596 patients with facial soft tissue trauma in Odonto Stomatology Center, Hue Central Hospital from October 2018 to October 2019.

1. Bệnh viện Trung ương Huế

- Ngày nhận bài (Received): 10/5/2020; Ngày phản biện (Revised): 30/5/2020;
- Ngày đăng bài (Accepted): 01/7/2020
- Người phản hồi (Corresponding author): Phan Thị Thu Suong
- Email: suong.phan4175@gmail.com; SĐT: 0982621861

Results: A total 596 patients were analyzed, of which 367 males (61,6%) and 229 females (38,4%). The traffic accidents were the most frequent causes of facial soft tissue trauma (82,6%). Frequent clinical symptoms were bleeding (75%), swelling (72,5%), face deformation (52,3%), and pain (37,8%). The hospital stay was 4-7 days (55,2%). Skin tear wounds were qecounted for a high proportion in facial soft tissue trauma (44,1%). Patients who received antibiotics before hospitalization, early admission, management of trauma, proper patient care method had shorter period for treatment ($p<0,05$). Treatment results after 3 months showed that good: 99,1% and fairly good: 0,9%.

Conclusion: Facial soft tissue trauma needs to be treated early with management of trauma, proper nursing care to shorten time of treatment.

Keywords: Facial soft tissue trauma, Hue Central Hospital, the results of patient care.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Sự phát triển về số lượng các phương tiện giao thông cùng với sự thiếu ý thức của người tham gia giao thông đã làm tình trạng tai nạn giao thông gia tăng đáng kể; Điều này khiến cho tỷ lệ bệnh nhân bị chấn thương, đặc biệt là chấn thương hàm mặt, ngày càng tăng cao. Theo James D. Kretlow và cộng sự, vết thương phần mềm hàm mặt chiếm 10% bệnh nhân được cấp cứu hàng năm tại Mỹ [7]. Theo thống kê của Tổ chức Y tế thế giới (WHO), tỷ lệ tai nạn giao thông ở Việt Nam trong năm 2018 chiếm tỷ lệ 26,1/100.000 dân, xếp thứ 2 trong các nước khu vực Đông Nam Á. Trần Văn Trường và Trương Mạnh Dũng thống kê trong 11 năm (1988-1999) tại Viện Răng Hàm Mặt Hà Nội có 2.147 trường hợp chấn thương hàm mặt. Vũ Thị Thanh Vân thống kê tại Bệnh viện Tỉnh Bà Rịa Vũng Tàu trong 9 tháng đầu năm 2001 có 1.500 trường hợp chấn thương do tai nạn giao thông, trong đó có 319 trường hợp (21%) chấn thương hàm mặt. Tại thành phố Huế, cũng như các tỉnh thành khác, tình hình chấn thương hàm mặt do tai nạn giao thông tăng nhanh đáng kể. Chấn thương hàm mặt gây ra nhiều tổn thương đa dạng và phức tạp; các tổn thương này nếu không được điều trị sớm và đúng mức sẽ ảnh hưởng nhiều đến giải phẫu, chức năng, thẩm mỹ và đặc biệt là giao tiếp của người bệnh. Để góp phần vào việc dự phòng và xử lý tốt các trường hợp chấn thương phần mềm vùng hàm mặt, chúng tôi nghiên cứu đề tài: “Đánh giá tình trạng chăm sóc bệnh nhân chấn thương phần mềm vùng hàm mặt tại Trung tâm Răng Hàm Mặt-Bệnh viện Trung ương Huế” nhằm mục đích:

1. Mô tả đặc điểm lâm sàng của bệnh nhân

chấn thương phần mềm vùng hàm mặt tại Trung tâm Răng Hàm Mặt - Bệnh viện Trung ương Huế.

2. Đánh giá kết quả chăm sóc bệnh nhân chấn thương phần mềm vùng hàm mặt.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

2.1.1. Đối tượng nghiên cứu: Bệnh nhân (BN) được chẩn đoán chấn thương phần mềm vùng hàm mặt (CTPMVHM) và được điều trị tại Khoa Phẫu thuật tạo hình và Hàm mặt, Trung tâm Răng Hàm Mặt, Bệnh viện Trung ương Huế.

2.1.2. Địa điểm nghiên cứu: Khoa Phẫu thuật tạo hình và Hàm mặt, Trung tâm Răng Hàm Mặt, Bệnh viện Trung ương Huế.

2.1.3. Thời gian nghiên cứu: Từ tháng 10/2018 đến tháng 10/2019.

2.1.4. Tiêu chuẩn chọn bệnh: BN được chẩn đoán CTPMVHM và được điều trị tại Khoa Phẫu thuật tạo hình và Hàm mặt, Trung tâm Răng Hàm Mặt, Bệnh viện Trung ương Huế và đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.1.5. Tiêu chuẩn loại trừ

- BN bị CTPMVHM phối hợp các bệnh lý toàn thân nặng như chấn thương sọ não, đa chấn thương nặng, các bệnh lý nội khoa khác ảnh hưởng quá trình lành thương.

- BN bị CTPMVHM khuyết tổ chức nhiều đòi hỏi phải điều trị bằng vật từ xa hoặc vật vi phẫu.

- BN bị CTPMVHM kèm gãy xương hàm mặt phức tạp, mất tổ chức xương.

- BN bị CTPMVHM đang bị nhiễm trùng nặng

Bệnh viện Trung ương Huế

khi nhập viện.

- BN không hợp tác điều trị.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu theo phương pháp mô tả, tiến cứu, có can thiệp lâm sàng.

2.2.2. Phương tiện nghiên cứu: Mẫu bệnh án nghiên cứu.

2.2.3. Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng và kết quả chăm sóc BN CTPMVHM

- Theo lứa tuổi: Chúng tôi chia tuổi của BN thành 5 nhóm: tuổi nhi đồng (≤ 6 tuổi), tuổi thanh thiếu niên (7-18 tuổi), tuổi trưởng thành (19-39 tuổi), tuổi trung niên (40-59 tuổi), tuổi cao (≥ 60 tuổi).

- Theo giới: gồm 2 nhóm: nam và nữ.

- Theo địa dư: thành thị, nông thôn, miền núi.

- Theo nguyên nhân: Tai nạn giao thông, lao động, sinh hoạt, hỏa khí.

- Theo thể bệnh: xây xát, đụng giập, tụ máu, vết thương rách, xuyên thủng, mất tổ chức; nếu có nhiều dạng thương tổn thì đánh giá theo thể nặng nhất.

- Chấn thương phối hợp: chấn thương sọ não, chấn thương mắt, chấn thương tai mũi họng, gãy xương hàm mặt, chấn thương khác (ngực, bụng, chi...).

- Theo triệu chứng lâm sàng: biến dạng mặt, sưng, đau, chảy máu, tổn thương thần kinh, dò dịch bọt, há miệng hạn chế.

- Tương quan thời gian điều trị theo thể bệnh, thời gian trước nhập viện, sử dụng kháng sinh trước nhập viện, sự chăm sóc vết thương (có sử dụng Skincol), dấu hiệu nhiễm trùng, vi khuẩn hiếu khí được phân lập.

2.2.4. Các bước tiến hành

BN được chẩn đoán CTPMVHM sau khi vào viện được điều trị theo đúng phác đồ:

- BN được lập hồ sơ bệnh án, kiểm tra dấu hiệu sinh tồn.

- BN được sử dụng kháng sinh, giảm đau, kháng viêm, vitamin, dịch chuyển tùy theo mức độ của bệnh và các chấn thương phối hợp.

- BN được xét nghiệm tổng phân tích tế bào máu ngoại vi, thời gian máu chảy, máu đông, siêu âm, X quang hoặc các xét nghiệm khác nếu cần thiết.

- Hướng xử trí:

- + Vết thương xây xát: rửa vết thương, làm sạch, lấy hết dị vật, đắp gạc ẩm.

- + Vết thương đụng giập, tụ máu: BN sẽ được theo dõi, hướng dẫn chườm ấm và được dẫn lưu nếu có máu tụ.

- + Vết thương rách da, xuyên thủng, mất tổ chức:

- * Vết thương chưa được xử trí mà không có dấu nhiễm trùng hoặc vết thương đã được xử trí ở tuyến trước nhưng chưa đạt yêu cầu thì sẽ được xử trí vết thương tại phòng tiểu phẫu hoặc phòng mổ.

- * Vết thương chưa được xử trí mà có dấu hiệu nhiễm trùng thì BN được điều trị cho đến khi hết dấu hiệu nhiễm trùng, sau đó BN sẽ được xử trí vết thương tại phòng tiểu phẫu hoặc phòng mổ.

- * Vết thương xuyên thủng: BN được đóng vết thương theo từng lớp giải phẫu, theo thứ tự niêm mạc, cơ, da, không để lại khoang ảo, đặt dẫn lưu nếu cần thiết.

- * Vết thương mất tổ chức: tạo hình bằng vật tại chỗ hoặc khâu định hướng.

- Sự chăm sóc bệnh nhân: hàng ngày, BN sẽ được nhân viên y tế thăm khám ghi nhận dấu hiệu lâm sàng, đánh giá mức độ tiến triển của bệnh, chỉ định y lệnh thuốc, tình trạng chăm sóc, chế độ dinh dưỡng. Vết thương được rửa bằng các dung dịch sát trùng (NaCl 9%+Betadine) 1 lần/ ngày, sau đó bôi humid gel lên bề mặt, cần thiết có thể đắp gạc ẩm. Trong nghiên cứu này chúng tôi sử dụng Skincol; Skincol (Sucralfate humid gel 25%) có vai trò làm hàng rào bảo vệ vết thương khỏi sự xâm nhập trực tiếp của các tác nhân có hại từ bên ngoài, tạo điều kiện làm lành vết thương, do đó ngăn ngừa nhiễm trùng, hạn chế kích thích sẹo đến mức tối thiểu, ngoài ra, còn kích thích tăng sinh mạnh tế bào hạt, tái tạo biểu bì, giúp nhanh lên da non làm lành thương nhanh. BN còn được hướng dẫn chườm ấm vùng sưng, tập há miệng, vệ sinh răng miệng, thân thể...

- Nếu có dấu hiệu tụ dịch, mủ, thì BN được dẫn lưu, ép mủ; đồng thời cho làm xét nghiệm cấy mủ (làm kháng sinh đồ khi đã phân lập được vi khuẩn). Khi đã có kết quả phân lập vi khuẩn và kháng sinh đồ thì điều trị kháng sinh theo kháng sinh đồ.

- Khi ra viện BN được cấp đơn thuốc, hướng dẫn cách tự chăm sóc vết thương, biện pháp phòng tránh

sẹo xấu, tái khám theo hẹn hoặc khi có diễn biến bất thường.

- Để đánh giá kết quả chăm sóc BN CTPMVHM, chúng tôi đã xây dựng tiêu chí đánh giá kết quả theo giải phẫu, chức năng và thẩm mỹ ở ba mức độ: tốt, khá, kém tại các thời điểm lúc BN ra viện và tái khám sau 3 tháng (Dựa vào tiêu chí đánh giá của Trịnh Hồng Mỹ, Nguyễn Bắc Hùng [3]):

+ Lúc bệnh nhân ra viện:

* **Tốt:** Vùng chấn thương hết sưng, vết thương liền tốt, không đau nhức, không chảy máu, không nhiễm trùng hoặc bục chỉ, không co kéo.

* **Khá:** Vùng chấn thương còn nề nhẹ, vết thương liền chưa tốt, đã lên tổ chức hạt, không có dấu nhiễm trùng, mép vết thương co kéo nhẹ do căng.

* **Kém:** Vùng chấn thương còn nề, mép vết thương còn tím, thiếu dưỡng, chùng mép, hở vết thương, có thể còn rỉ máu khi rửa, dấu hiệu nhiễm trùng chưa ổn định.

+ Tái khám sau 3 tháng:

* **Tốt:** Vết thương có màu sắc giống hoặc gần giống da lành xung quanh, độ đàn hồi tốt, sẹo mềm mại không co kéo tổ chức lân cận, sẹo quanh vạt nhỏ và không lộ, không lồi. Khó nhận ra khi đứng cách xa 2m.

* **Khá:** Vết thương có màu sắc không giống da lành xung quanh, độ đàn hồi không tốt như da xung quanh, sẹo rõ và lộ, có thể co kéo nhẹ tổ chức lân cận, ít hoặc không gây khó chịu cho bệnh nhân. Khó nhận ra khi đứng cách xa 3m.

* **Kém:** Vết thương có màu sắc hoàn toàn không giống da xung quanh, sẹo co kéo các tổ chức giải phẫu lân cận, sẹo lồi hoặc lõm, gây khó chịu cho bệnh nhân, khó chấp nhận được, dễ nhận thấy đòi hỏi phải can thiệp lại.

- Ghi nhận các triệu chứng, dấu hiệu, và đánh giá theo mẫu bệnh án đã thiết kế, sắp xếp kết quả theo bảng. Xử lý dữ liệu bằng phần mềm SPSS 20.0.

III. KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN

3.1. Đặc điểm lâm sàng

3.1.1. Phân bố bệnh theo thể bệnh, giới tính và tuổi

Bảng 3.1: Phân bố bệnh theo thể bệnh, giới tính và tuổi (n=596)

Tuổi		≤6	7- 18	19-39	40-59	≥ 60	n (%)	
Xây xát	Nam	3	7	6	2	3	21(55,3%)	38 (6,4%)
	Nữ	2	6	6	2	1	17 (44,7%)	
Đụng giập	Nam	3	12	14	9	4	42(65,6%)	64 (10,7%)
	Nữ	2	8	9	2	1	22 (34,4%)	
Tụ máu	Nam	2	19	21	7	5	54 (63,5%)	85 (14,3%)
	Nữ	3	9	11	4	4	31(36,5%)	
Vết thương rách	Nam	17	54	57	23	18	169 (64,2%)	263(44,1%)
	Nữ	14	28	32	13	7	94 (35,8%)	
Xuyên thủng	Nam	4	17	19	9	7	56 (57,7%)	97 (16,3%)
	Nữ	2	14	15	7	3	41 (42,3%)	
Mất tổ chức	Nam	2	10	9	3	1	25 (51%)	49 (8,2%)
	Nữ	1	9	10	3	1	24 (49%)	
Số lượng BN (Tỷ lệ %)		55 (9,2%)	193 (32,4%)	209 (35,1%)	84 (14,1%)	55 (9,2%)	Nam: 367 (61,6%) Nữ: 229 (38,4%)	596 (100%)

Bệnh viện Trung ương Huế

Trong 596 BN CTPMVHM có 367 nam (61,6%) và 229 nữ (38,4%), với tỉ lệ nam:nữ = 1,6:1; tuổi nhỏ nhất là 24 tháng tuổi, tuổi lớn nhất là 100 tuổi, thường gặp ở độ tuổi 19-39 (35,1%) và 7-18 (32,4%); Kết quả này cũng phù hợp với nghiên cứu của Nguyễn Quang Hải [1]. Độ tuổi 19-39 là lứa tuổi lao động chính và thường tham gia giao thông, mặt khác cũng thường sử dụng

chất uống có cồn nên tỷ lệ chấn thương cao; độ tuổi 7-18 thường hiếu động và chưa có ý thức trong tham gia giao thông nên cũng hay gặp tai nạn. Trong đó, có 263 BN (44,1%) bị vết thương rách. Điều đó cho thấy BN thường nhập viện khi dấu hiệu lâm sàng đã rõ, có vết thương chảy máu, sưng, đau nhức, làm ảnh hưởng đến đời sống và sinh hoạt của BN.

3.1.2. Tương quan giữa nguyên nhân chấn thương và địa dư

Bảng 3.2: Phân bố bệnh theo tương quan giữa nguyên nhân chấn thương và địa dư (n=596)

Địa dư Nguyên nhân	Thành thị	Nông thôn	Miền núi	n (%)
Tai nạn giao thông	233	177	82	492 (82,6%)
Tai nạn lao động	37	28	12	77 (12,9%)
Tai nạn sinh hoạt	14	9	4	27 (4,5%)
Số lượng BN (Tỷ lệ %)	284 (47,7%)	214 (35,9%)	98 (16,4%)	596 (100%)

BN bị CTPMVHM thường gặp ở thành thị (47,7%) và nông thôn (35,9%) hơn là miền núi (16,4%). Nguyên nhân chủ yếu là do tai nạn giao thông (82,6%). Điều này có thể do ở thành thị, nông thôn, người dân có nhu cầu tham gia giao thông nhiều hơn ở miền núi nên tỷ lệ tai nạn cao hơn. Kết quả này cũng phù hợp với nghiên cứu của Nguyễn Quang Hải [1] và Trịnh Hồng Mỹ [3]. Trong nghiên cứu này không gặp BN nào bị chấn thương do hỏa khí.

3.1.3. Phân bố bệnh theo triệu chứng lâm sàng

Bảng 3.3: Phân bố bệnh theo triệu chứng lâm sàng (n=596)

Triệu chứng lâm sàng	n	%
Chảy máu	447	75
Sưng nề	432	72,5
Biến dạng mắt	312	52,3
Đau nhức	225	37,8
Bầm tím	193	32,4
Há miệng hạn chế	112	18,8
Tổn thương thần kinh	22	3,7
Dò dịch bọt	14	2,3

BN CTPMVHM thường biểu hiện triệu chứng chảy máu (75%), sưng (72,5%), biến dạng mắt (52,3%), đau (37,8%); Đây thường là những triệu chứng làm BN lo lắng và đến bệnh viện để kiểm tra. Điều này cũng phù hợp với nghiên cứu của Nguyễn Quang Hải [1]. Triệu chứng tổn thương thần kinh, dò dịch bọt ít gặp.

3.1.4. Phân bố thể bệnh theo chấn thương phối hợp

Bảng 3.4. Phân bố thể bệnh theo chấn thương phối hợp (n=596)

Chấn thương phối hợp Thể bệnh	Chấn thương sọ não	Chấn thương mắt	Chấn thương tai mũi họng	Gãy xương hàm mặt	Chấn thương khác
Xây xước	12	18	18	23	12
Đụng giập	18	14	9	31	15
Tụ máu	13	21	17	51	17
Vết thương rách	34	53	46	83	23
Xuyên thủng	13	7	12	15	9
Mất tổ chức	11	12	11	17	13
n (%)	101 (16,9%)	125 (20,9%)	113 (19%)	220 (36,9%)	89 (14,9%)

BN CTPMVHM thường phối hợp với gãy xương hàm mặt (36,9%), chấn thương mắt (20,9%), chấn thương tai mũi họng (19%), chấn thương sọ não (16,9%), còn các chấn thương vùng khác thì ít gặp. Điều này cũng hợp lý vì vùng hàm mặt thường liên quan mật thiết với mắt, tai mũi họng và sọ não, còn các vùng khác thì ít liên quan hơn [2], [4], [9]. Sự khác nhau giữa các thể bệnh CTPMVHM với chấn thương phối hợp không có ý nghĩa thống kê ($p>0,05$).

3.2. Đánh giá tình trạng chăm sóc

3.2.1. Tương quan giữa thời gian điều trị với thời gian trước nhập viện và vấn đề sử dụng kháng sinh trước nhập viện

Bảng 3.5: Phân bố sự tương quan giữa thời gian điều trị với thời gian trước nhập viện và vấn đề sử dụng kháng sinh trước nhập viện (n=596)

Thời gian trước nhập viện	Sử dụng kháng sinh trước nhập viện	Thời gian điều trị			n (%)	
		≤3 ngày	4-7 ngày	> 7 ngày		
<6 giờ	Có	9	7	1	17 (5,9%)	286 (48%)
	Không	108	156	5	269 (94,1%)	
6 giờ-3 ngày	Có	101	123	8	232 (88,2%)	263 (44,1%)
	Không	3	23	5	31 (11,8%)	
>3 ngày	Có	6	17	6	29 (61,7%)	47 (7,9%)
	Không	0	3	15	18 (38,3%)	
n (%)		227 (38,1%)	329 (55,2%)	40 (6,7%)		596 (100%)

Thời gian điều trị trung bình từ 4-7 ngày (55,2%). Đa số BN nhập viện trước 6 giờ (48%), và đã có dùng kháng sinh trước nhập viện: 278 BN (46,6%), BN nhập viện càng sớm, được chăm sóc đúng phương pháp thì làm giảm tỷ lệ nhiễm trùng và rút ngắn thời gian điều trị ($p<0,05$). BN đã có dùng kháng sinh trước nhập

Bệnh viện Trung ương Huế

viện có thể giúp giảm thiểu tình trạng nhiễm trùng, tuy nhiên vấn đề này có thể làm gia tăng tình trạng đề kháng thuốc do dùng kháng sinh không theo chỉ định của bác sỹ. Thời gian điều trị càng giảm khi BN nhập viện điều trị sớm ($p < 0,05$). Do vậy, BN CTPMVHM nên được điều trị sớm để giảm thời gian và chi phí và rút ngắn thời gian điều trị.

3.2.2. Phân bố thời gian điều trị theo thể bệnh (có vết thương hở) với sự chăm sóc vết thương (có sử dụng humid gel)

Bảng 3.6: Phân bố thời gian điều trị theo thể bệnh (có vết thương hở) với sự chăm sóc vết thương (có sử dụng humid gel) ($n=447$)

Thể bệnh	Chăm sóc vết thương (có sử dụng humid gel)	Thời gian điều trị			n (%)	
		≤ 3 ngày	4-7 ngày	> 7 ngày		
Xây xát	Từ ngày thứ nhất	25	4	0	29 (76,3%)	38 (6,4%)
	Từ ngày thứ hai	7	1	0	8 (21,1%)	
	Từ ngày thứ ba trở lên	0	1	0	1 (2,6%)	
Vết thương rách	Từ ngày thứ nhất	32	156	1	191 (72,6%)	263 (44,1%)
	Từ ngày thứ hai	11	42	2	56 (21,3%)	
	Từ ngày thứ ba trở lên	0	15	4	16 (6,1%)	
Xuyên thủng	Từ ngày thứ nhất	17	42	3	62 (63,9%)	97 (16,3%)
	Từ ngày thứ hai	3	16	5	24 (24,7%)	
	Từ ngày thứ ba trở lên	0	7	4	11 (11,4%)	
Mất tổ chức	Từ ngày thứ nhất	0	20	5	25 (51%)	49 (8,2%)
	Từ ngày thứ hai	0	6	6	12 (24,5%)	
	Từ ngày thứ ba trở lên	0	3	9	12 (24,5%)	
n (%)		95 (21,3%)	313 (70%)	39 (8,7%)		447 (100%)

Trong 447 BN bị CTPMVHM có vết thương hở, thời gian điều trị trung bình là 4-7 ngày (70%), trong đó, BN được chăm sóc càng sớm, có sử dụng humid gel, thì quá trình lành thương càng nhanh, giảm thiểu nguy cơ nhiễm trùng, thời gian nằm viện càng được rút ngắn ($p < 0,05$). Điều này cho thấy của sự chăm sóc BN CTPMVHM có sử dụng humid gel có hiệu quả cao, giúp lành thương nhanh, hạn chế tình trạng nhiễm trùng, giảm sẹo xấu, đem lại sự hài lòng cho BN, giúp BN nhanh chóng hòa nhập trở lại với đời sống cộng đồng.

3.2.3. Phân bố thời gian điều trị theo thể bệnh, tình trạng nhiễm trùng

Bảng 3.7: Phân bố thời gian điều trị theo thể bệnh, tình trạng nhiễm trùng ($n=596$)

Thể bệnh	Tình trạng nhiễm trùng	Thời gian điều trị			n (%)	
		≤ 3 ngày	4-7 ngày	> 7 ngày		
Xây xát	Có	0	2	0	2 (5,3%)	38 (6,4%)
	Không	32	4	0	36 (94,7%)	
Đụng giập	Có	0	0	0	0	64 (10,7%)
	Không	56	8	0	64 (100%)	

Thể bệnh	Tình trạng nhiễm trùng	Thời gian điều trị			n (%)	
		≤3 ngày	4-7 ngày	> 7 ngày		
Tụ máu	Có	0	2	1	3 (3,5%)	85 (14,3%)
	Không	76	6	0	82 (96,5%)	
Vết thương rách	Có	1	12	1	14 (5,3%)	263 (44,1%)
	Không	42	201	6	249 (94,7%)	
Xuyên thủng	Có	0	6	1	7 (7,2%)	97 (16,3%)
	Không	20	59	11	90 (92,8%)	
Mất tổ chức	Có	0	3	4	7 (14,3%)	49 (8,2%)
	Không	0	26	16	42 (85,7%)	
n		227 (38,1%)	329 (55,2%)	40 (6,7%)		596 (100%)

Thời gian điều trị từ 4-7 ngày chiếm 55,2%, ≤3 ngày chiếm 38,1%. Thời gian điều trị >7 ngày chỉ chiếm 6,7%, thời gian điều trị kéo dài thường gặp ở những BN có vết thương rách hoặc mất tổ chức, vết thương bẩn mà không được xử trí đúng và kịp thời [8]. Có 33 BN có tình trạng nhiễm trùng (5,5%); Tỷ lệ nhiễm trùng cao ở nhóm BN bị vết thương mất tổ chức (14,3%). Nhiễm trùng làm thời gian và chi phí điều trị kéo dài, dễ hình thành sẹo xấu. Do đó, BN CTPMVHM cần được xử trí và chăm sóc vết thương đúng cách để giảm tỷ lệ nhiễm trùng, sử dụng humid gel trong chăm sóc vết thương là một trong những phương pháp được đề nghị.

3.2.4. Chủng vi khuẩn hiếu khí được phân lập

Bảng 3.8: Phân bố số chủng vi khuẩn hiếu khí phân lập được trong các BN CTPM HM có dấu hiệu nhiễm trùng (n=33)

Loại vi khuẩn được phân lập	n	%	p
Streptococcus	22	66,7	< 0,05
Staphylococcus	6	18,2	
Vi khuẩn khác	3	9	
Cây không mọc	2	6,1	
Số lượng BN	33	100	

Các BN bị nhiễm trùng sau khi được dẫn lưu mủ đều được làm xét nghiệm cấy mủ; tuy nhiên, có 2 trường hợp không phân lập được vi khuẩn, có thể do BN đã dùng kháng sinh trước đó. Các chủng vi khuẩn hiếu khí phân lập được chủ yếu là Streptococcus và Staphylococcus ($p<0,05$). Điều này cũng phù hợp với kết quả của Kerim Ortakoglu [9].

3.2.5. Thực hiện y lệnh thuốc

Bảng 3.9: Sự phân bố thực hiện y lệnh thuốc (n=596)

Thuốc được sử dụng	n	%
Kháng sinh	596	100
Giảm đau	596	100
Kháng viêm	506	84,9
Dịch truyền	304	51
Vitamin	46	7,7

100% BN được sử dụng kháng sinh và giảm đau, thông thường sử dụng kháng sinh phổ rộng; khi có dấu hiệu nhiễm trùng thì phối hợp kháng sinh chống kỵ khí; có kết quả kháng sinh đồ thì điều trị kháng sinh theo kháng sinh đồ [5], [6]. Thuốc giảm đau được cho trong 1-3 ngày đầu và ngưng sử dụng khi BN hết đau. Khi BN sưng nhiều còn được cho kháng viêm để làm giảm nhanh triệu chứng lâm sàng. BN có vết thương xuyên thủng, sưng nề nhiều, ăn uống

Bệnh viện Trung ương Huế

khó khăn được cho dịch truyền và vitamin để bổ sung dinh dưỡng cho BN làm nhanh quá trình lành thương.

3.2.6. Đánh giá kết quả chăm sóc BN CTPMVHM

Bảng 3.10: Phân bố kết quả chăm sóc BN CTPMVHM khi BN ra viện và sau 3 tháng (n=596)

Kết quả	Khi BN ra viện	Sau 3 tháng	p
Tốt	568 (95,3%)	591 (99,1%)	<0,01
Khá	28 (4,7%)	05 (0,9%)	
n (%)	596 (100%)	596 (100%)	

Khi BN ra viện có 568 BN CTPMVHM đạt kết quả tốt (95,3%), 28 trường hợp đạt kết quả khá (4,7%),

không có BN nào đạt kết quả kém. BN ra viện được cấp đơn thuốc, hướng dẫn cách tự chăm sóc và theo dõi vết thương, những BN đạt kết quả khá được tư vấn điều trị laser. Sau 3 tháng có 591 BN CTPMVHM đạt kết quả tốt (99,1%), chỉ có 5 BN đạt kết quả khá (0,9%), đây là những BN có vết thương thiếu tổ chức và đến muộn, chúng tôi đã có hướng điều trị tiếp bằng phẫu thuật và laser hỗ trợ để mang lại kết quả tốt cho BN. Điều này cho thấy chăm sóc CTPMVHM có sử dụng humid gel đem lại kết quả khả quan hơn một số nghiên cứu khác [1], [3], [9].

IV. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu 596 BN CTPMVHM, chúng tôi nhận thấy CTPMVHM xảy ra ở nam nhiều hơn nữ (tỷ lệ 1,6:1). Độ tuổi thường gặp nhất là 19-39 tuổi (35,1%) và 7-18 tuổi (32,4%); Thường gặp ở bệnh nhân ở thành thị, nông thôn hơn là miền núi. Vết thương rách chiếm tỷ lệ cao (44,1%). Triệu chứng lâm sàng thường gặp là chảy máu, sưng, mặt biến dạng, đau. Các loại vi khuẩn hiếu khí

thường gặp trong CTPMVHM là Streptococcus và Staphylococcus. Những BN CTPMVHM nhập viện sớm, xử trí chấn thương kịp thời và chăm sóc đúng phương pháp với humid gel thì có thời gian điều trị ngắn hơn, kết quả về giải phẫu, chức năng và thẩm mỹ cao hơn. Kết quả khi ra viện có 568 BN đạt kết quả tốt (95,3%), 28 BN đạt kết quả khá (4,7%). Kết quả sau 3 tháng có 591 đạt kết quả tốt (99,1%), 5 BN đạt kết quả khá (0,9%), không có BN nào đạt kết quả kém.

CTPMVHM là một chấn thương thường gặp, nguyên nhân là do vấn đề số lượng các phương tiện giao thông gia tăng cùng với sự thiếu ý thức của người tham gia giao thông, sử dụng chất uống có cồn khi tham gia giao thông. Việc phát hiện sớm, điều trị kịp thời, chăm sóc đúng phương pháp sẽ đạt kết quả cao, giảm tỷ lệ biến chứng, giảm thời gian và chi phí điều trị, giúp cho BN nhanh chóng hòa nhập trở lại với đời sống cộng đồng. Việc sử dụng humid gel trong BN CTPMVHM nên được phổ biến rộng rãi để làm giảm nhiễm trùng và tăng quá trình lành thương.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Quang Hải, Nguyễn Toại (2006), “Tình hình chấn thương Hàm mặt được điều trị tại khoa Răng hàm mặt, Bệnh viện trường Đại học Y Dược Huế trong hai năm, từ 11-2003 đến 11-2005”, Thông tin Y dược học, Bệnh viện trường Đại học Y Dược Huế, số 1, 2006.
2. Nguyễn Bắc Hùng (2000), “Chấn thương vùng hàm mặt”, Bài giảng Phẫu thuật tạo hình, Bộ môn Phẫu thuật tạo hình, Trường Đại học Y Hà Nội.
3. Trịnh Hồng Mỹ, Nguyễn Bắc Hùng (2004), “Tình hình chấn thương hàm mặt do tai nạn giao thông được điều trị tại khoa Răng Hàm Mặt Bệnh viện Bạch Mai trong hai năm 2002-2003”, Hội nghị Khoa học chuyên ngành Răng Hàm Mặt và Tạo hình toàn quân, Y học Việt Nam số đặc biệt, tháng 10/2004, trang 47-55.
4. Nguyễn Tấn Phong (2001), “Phẫu thuật điều trị chấn thương sọ mặt”, NXB Y học Hà Nội.
5. Bobby R. Alford (2005), “Facial fractures”,

Emergencies in Otolaryngology-Head and Neck Surgery, Department of Otorhinolaryngology and Communicative Sciences, Baylor College of Medicine.

6. Fonseca (2018) Oral and Maxillofacial Surgery, Third Edition, Elsevier.
7. James D. Kretlow, Ph.D., Aisha J. McKnight, M.D. and Shayan A. Izaddoost, M.D., Ph.D (2010), "Facial Soft Tissue Trauma", Seminars

in plastic surgery/volume 24, number 4 2010, Thieme.

8. James R. Hupp, Edward Ellis III, Myron R Turker (2014), Contemporary Oral and Maxillofacial Surgery, Sixth Edition, Elsevier.
9. Kerim Ortakoglu (2004), "An analysis of maxillofacial fractures: a 5 year survey of 157 patients", Military Medicine, Vol 169, page 723 - 727.