

KHẢO SÁT TRÌNH TRẠNG DÂY THẦN KINH MẶT CHE KHUẤT ĐỂ XƯƠNG BÀN ĐẠP TRÊN CT SCAN ỨNG DỤNG TRONG PHẪU THUẬT ĐIỀU TRỊ XỐP XƠ TẠI

Lê Quang¹, Huỳnh Lê Hoàng Kim¹,
Dương Thanh Hồng², Nguyễn Thanh Tùng²

TÓM TẮT

Tổng quan: Xốp xơ tai là bệnh lý do rối loạn chuyển hóa xương mê nhĩ, gây cố định xương bàn đạp và dẫn đến giảm thính lực, với điều trị chủ yếu là phẫu thuật thay thế xương bàn đạp. Một trong những biến chứng quan trọng là liệt mặt do nguy cơ thần kinh mặt nằm bất thường, và có thể được phát hiện trước mổ nhờ chụp CT scan xương thái dương. **Mục tiêu:** Xác định tỉ lệ và đặc điểm hình ảnh học của tình trạng dây thần kinh mặt che khuất để xương bàn đạp trên CT scan xương thái dương. **Phương pháp:** nghiên cứu mô tả thực hiện trên 70 bệnh nhân được phẫu thuật điều trị xốp xơ tai tại bệnh viện Tai Mũi Họng thành phố Hồ Chí Minh trong thời gian khảo sát. **Kết quả:** Trong 70 tai được phẫu thuật, có 17 trường hợp (24,3%) dây thần kinh mặt che khuất một phần để xương bàn đạp. Các chỉ số đo khoảng cách từ dây thần kinh mặt đến cạnh trước (dAC), chỏm (dS) và cạnh sau xương bàn đạp (dPC) ở nhóm có che khuất đều nhỏ hơn có ý nghĩa so với nhóm không che khuất ($p < 0,05$). Trong phân tích hồi quy logistic, dPC là yếu tố dự báo mạnh nhất tình trạng che khuất, với AUC = 0,834, độ nhạy 76,5% và độ đặc hiệu 83,0%. Không ghi nhận trường hợp nào liệt mặt sau mổ. **Kết luận:** Dây thần kinh mặt che khuất để xương bàn đạp là yếu tố giải phẫu quan trọng trong phẫu thuật xốp xơ tai. Khoảng cách dPC là chỉ số dự báo đáng tin cậy trên CT Scan, giúp phẫu thuật viên nhận diện trước phẫu thuật và giảm nguy cơ biến chứng.

Từ khóa: xốp xơ tai, phẫu thuật thay thế xương bàn đạp, dây thần kinh mặt, dây thần kinh mặt che khuất để xương bàn đạp, dAC, dS, dPC

SUMMARY

EVALUATION OF OVERHANGING FACIAL NERVE OVER THE STAPES FOOTPLATE ON CT SCAN IN OTOSCLEROSIS SURGERY

Background: Otosclerosis is a disorder resulting from abnormal bone metabolism in the otic capsule, leading to stapes fixation and subsequent hearing loss. The primary treatment is stapes replacement surgery. One of the major complications is facial nerve palsy due to aberrant anatomical positioning of the facial nerve, which can be identified preoperatively through temporal bone CT scanning. **Objective:** To investigate the anatomical variations of the facial

nerve (FN) overhanging the stapes footplate on CT scans and its clinical relevance in otosclerosis surgery.

Materials and Methods: A cross-sectional study was conducted on 70 patients who underwent stapes surgery for otosclerosis at the Ho Chi Minh City Ear–Nose–Throat Hospital. Preoperative CT scans were evaluated to assess the relationship between the FN and the stapes footplate. **Results:** Among 70 operated ears, 17 cases (24,3%) showed FN overhanging partially or completely across the stapes footplate. The distances from FN to the anterior crus (dAC), stapes (dS), and posterior crus (dPC) were significantly shorter in the overhanging group compared with the non-overhanging group ($p < 0,05$). On logistic regression analysis, dPC was identified as the strongest predictor of FN overhang, with an AUC of 0.834, sensitivity of 76,5%, and specificity of 83,0%. No cases of postoperative facial palsy were recorded. **Conclusion:** FN overhanging the stapes footplate is a critical anatomical factor in otosclerosis surgery. The distance dPC can serve as a reliable preoperative radiological marker on CT scans, assisting surgeons in surgical planning and minimizing the risk of complications. **Keywords:** otosclerosis, stapes surgery, facial nerve, overhanging facial nerve, CT scan, dAC, dS, dPC

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Xốp xơ tai (otosclerosis) là bệnh lý xảy ra do bất thường chuyển hóa xương của mê nhĩ, đặc trưng bởi rối loạn trong quá trình tiêu xương và tạo xương, dẫn đến cứng khớp bàn đạp – tiền đình. Những phương thức điều trị cơ bản của xốp xơ tai bao gồm phẫu thuật, nội khoa, đeo máy trợ thính hoặc cấy điện ốc tai ở giai đoạn xốp xơ tai tiến triển. Trong đó phương pháp điều trị chủ yếu là phẫu thuật nhằm thay thế xương bàn đạp đã bị cố định bằng trụ dẫn, tái tạo hệ truyền âm cho người bệnh. Một trong những biến chứng trong phẫu thuật thay thế xương bàn đạp được bác sĩ phẫu thuật lưu tâm là liệt mặt. Biến chứng này đến từ những bất thường giải phẫu của dây thần kinh mặt trong vùng thao tác của quá trình phẫu thuật quanh cửa sổ bầu dục. Trong đó có dạng liên quan đến vị trí thần kinh mặt hạ xuống dưới, ra trước, che khuất để xương bàn đạp (facial nerve overhanging), làm hẹp cửa sổ bầu dục gây nhiều khó khăn cho phẫu thuật viên, gia tăng thời gian mổ và mức độ cũng như nguy cơ tổn thương dây thần kinh mặt. Do đó, xác định dây thần kinh mặt nhô, che

¹Trường Đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch

²Bệnh viện Tai Mũi Họng TP. Hồ Chí Minh

Chịu trách nhiệm chính: Lê Quang

Email: lequang@pnt.edu.vn

Ngày nhận bài: 15.9.2025

Ngày phản biện khoa học: 17.10.2025

Ngày duyệt bài: 18.11.2025

khuyết để xương bàn đạp trước phẫu thuật là vô cùng quan trọng. Chụp cắt lớp vi tính (CT Scan) xương thái dương trước phẫu thuật có thể giúp phẫu thuật viên đánh giá các bất thường giải phẫu dây thần kinh mặt trước phẫu thuật.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Bệnh nhân được chẩn đoán xẹp xơ tai có chỉ định phẫu thuật thay thế xương bàn đạp sử dụng trụ dẫn tại bệnh viện Tai Mũi Họng thành phố Hồ Chí Minh và đáp ứng tiêu chuẩn nhận bệnh từ tháng 01/2025 đến tháng 09/2025.

Tiêu chuẩn chọn bệnh: Bệnh nhân ≥ 16 tuổi nhập viện phẫu thuật điều trị xẹp xơ tai tại bệnh viện Tai Mũi Họng thành phố Hồ Chí Minh bởi cùng một nhóm phẫu thuật viên có đầy đủ thông tin và được chụp CT Scan xương thái dương trước phẫu thuật.

Tiêu chuẩn loại trừ:

- Bệnh nhân có triệu chứng của tổn thương thần kinh mặt trước phẫu thuật.
- Bệnh nhân có hình ảnh viêm tai xương chũm mạn tính kèm theo trên CT Scan xương thái dương ở tai khảo sát.
- Bệnh nhân có bất thường giải phẫu xương thái dương (thiếu sản hoặc bất sản tai giữa và tai trong, bất thường chuỗi xương con, dị dạng hòm nhĩ) hoặc có tiền căn chấn thương xương thái dương.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

• **Thiết kế nghiên cứu:** Nghiên cứu cắt ngang.

• **Đối tượng:** Lấy mẫu toàn bộ các trường hợp thỏa tất cả tiêu chuẩn từ tháng 01/2025 đến tháng 09/2025.

• **Quy trình tiến hành nghiên cứu:** Tất cả bệnh nhân trong nghiên cứu đều được thực hiện chụp CT scan xương thái dương trước phẫu thuật. Các chỉ số đo lường trên CT scan, đặc điểm dây thần kinh mặt đánh giá trực tiếp trong quá trình phẫu thuật được thu thập và phân tích.

Dùng phép kiểm Chi-square để đánh giá mối liên hệ giữa các biến định tính và tình trạng dây thần kinh mặt che khuất; phép kiểm t độc lập để so sánh sự khác biệt về các chỉ số khoảng cách (dAC, dS, dPC) giữa nhóm có và không che khuất khi dữ liệu phân phối chuẩn; và phép kiểm Mann-Whitney U khi dữ liệu không phân phối chuẩn. Hồi quy logistic được sử dụng để xác định yếu tố dự báo độc lập tình trạng che khuất; đường cong ROC được áp dụng nhằm đánh giá giá trị chẩn đoán của các chỉ số khoảng cách. Tất cả các giá trị $p < 0,05$ được coi là có ý nghĩa thống kê. Phân tích dữ liệu được thực hiện bằng

phần mềm IBM SPSS Statistics 20.

• **Vấn đề y đức:** Nghiên cứu đã được Hội đồng Y đức Bệnh viện Tai Mũi Họng TP. Hồ Chí Minh chấp thuận. Tất cả các bệnh nhân tham gia nghiên cứu đều được giải thích rõ ràng về quy trình và đã đồng ý bằng văn bản tham gia nghiên cứu.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU



Hình 1. Tỷ lệ dây thần kinh mặt che khuất cửa sổ bầu dục trong nhóm nghiên cứu (n=70)

Bảng 1. Đặc điểm dây thần kinh mặt trong hai nhóm nghiên cứu

		Có che khuất (n=17)	Không che khuất (n=53)	
Mức độ	Hoàn toàn	0		
	>50% tiết diện	6		
	<50% tiết diện	11		
	Chạm cạnh trước	1		
	Chạm cạnh sau	4		
	Chạm cả 2 cạnh	3		
Giới	Nam	8	17	P=0,765
	Nữ	9	36	
Tại phẫu thuật	Phải	11	32	P=0,765
	Trái	6	20	

Trong 70 tai khảo sát, dây thần kinh mặt được quan sát và ghi nhận trong phẫu thuật, có 17 trường hợp (24,3%) dây VII che khuất cửa sổ bầu dục, 11 ca che khuất ít hơn 50% tiết diện để xương bàn đạp, 6 ca che khuất trên 50% tiết diện và không có ca nào che khuất hoàn toàn. Trong đó có 2 ca cần thêm can thiệp để bộc lộ để xương bàn đạp. Vị trí tiếp xúc thường gặp giữa dây thần kinh mặt và xương bàn đạp là chạm cạnh sau (4 ca), kế đến là cạnh trước (1 ca) và cả hai cạnh (3 ca). So sánh theo giới tính và bên tai phẫu thuật, sự khác biệt giữa nhóm che khuất và không che khuất không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).



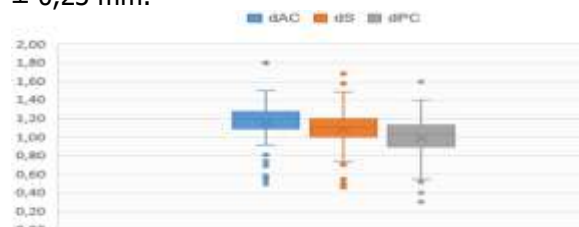
Hình 2. Một ca lâm sàng dây thần kinh mặt

che khuất để xương bàn đạp

Hình A. Dây VII nhô ra khỏi vách xương, tiếp xúc cạnh sau xương bàn đạp (mũi tên). Hình B. Sau khi gỡ bỏ xương bàn đạp, dây thần kinh mặt (đường nét đứt màu vàng) che đến 75% tiết diện để xương bàn đạp. Hình C. Trụ dẫn được đặt trên phần còn lại của đế xương bàn đạp

Để đánh giá tình trạng dây thần kinh mặt che khuất để xương bàn đạp trước phẫu thuật, chúng tôi khảo sát trên CT scan xương thái dương. Trên mặt phẳng cắt ngang, chọn lát cắt quan sát rõ xương bàn đạp: thấy được cửa sổ bầu dục, cạnh trước, cạnh sau xương bàn đạp. Sau đó tiến hành đo các khoảng cách từ bờ dưới dây thần kinh mặt đến cạnh trước (dAC), chỏm (dS), cạnh sau (dPC) xương bàn đạp. Kết quả đo được mô tả trong hình 3. Trong đó, khoảng cách đến chỏm xương bàn đạp (dS) nhỏ nhất là 0,46

mm, lớn nhất 1,68 mm, với giá trị trung bình $1,08 \pm 0,23$ mm. Khoảng cách đến cạnh trước xương bàn đạp (dAC) dao động từ 0,50 mm đến 1,80 mm, trung bình $1,15 \pm 0,23$ mm. Khoảng cách đến cạnh sau xương bàn đạp (dPC) dao động từ 0,30 mm đến 1,60 mm, trung bình $0,99 \pm 0,23$ mm.



Hình 3. Khoảng cách dây thần kinh mặt đến các cấu trúc xương bàn đạp trên tổng số mẫu khảo sát

Bảng 2. So sánh giữa hai nhóm che khuất và không che khuất

Chỉ số	Nhóm không che khuất (n=53)		Nhóm che khuất (n=17)		P
	Trung bình	Giá trị nhỏ nhất – Giá trị lớn nhất	Trung bình	Giá trị nhỏ nhất – Giá trị lớn nhất	
dAC (mm)	$1,22 \pm 0,16$	0,81 – 1,8	$0,96 \pm 0,31$	0,5 – 1,46	0,004
dS (mm)	$1,15 \pm 0,18$	0,73 – 1,68	$0,87 \pm 0,25$	0,46 – 1,2	0,001
dPC (mm)	$1,06 \pm 0,16$	0,7 – 1,6	$0,75 \pm 0,28$	0,3 – 1,15	0,001

Khi so sánh số đo từ dây thần kinh mặt đến các cấu trúc của xương bàn đạp, nhóm che khuất có khoảng cách dAC, dS, dPC đều nhỏ hơn so với nhóm không che khuất, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$)

Bảng 3. Hồi quy logistic mô liên quan khoảng cách dây VII và tình trạng che khuất

Biến số	B	OR (Exp(B))	KTC 95% cho OR	Wald	p-value
Phân tích đơn biến					
dAC (mm)	-5,429	0,004	0,000 – 0,101	11,492	0,001
dS (mm)	-6,751	0,001	0,000 – 0,050	12,407	0,000
dPC (mm)	-7,752	0,000	0,000 – 0,026	13,822	0,000
Phân tích đa biến					
dPC (mm)	-7,752	0,000	0,000 – 0,026	13,822	0,000

Trong phân tích đơn biến, cả ba khoảng cách dAC, dS và dPC đều cho thấy mối liên quan có ý nghĩa thống kê với tình trạng thần kinh mặt che khuất ($p < 0,01$). Hệ số hồi quy âm và giá trị OR rất nhỏ cho thấy khi các khoảng cách này ngắn lại, nguy cơ che khuất tăng rõ rệt.

Tuy nhiên, trong phân tích đa biến bằng phương pháp Forward Stepwise LR, chỉ còn dPC được giữ lại trong mô hình ($B = -7,752$; $OR \approx 0,000$; 95% CI: 0,000 – 0,026; $p < 0,001$). Hai biến còn lại (dAC, dS) không còn ý nghĩa độc lập khi đã có dPC trong mô hình.

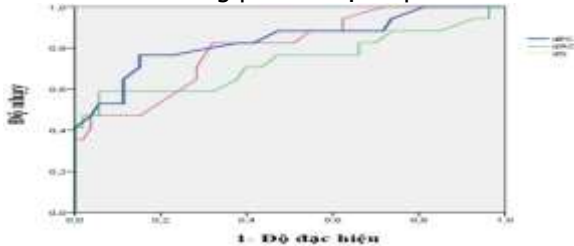
Mô hình với dPC giải thích được khoảng 46% sự biến thiên của tình trạng che khuất (Nagelkerke $R^2 = 0,459$) và có độ phù hợp tốt (Hosmer-Lemeshow test, $p = 0,830$). Độ chính xác chung của mô hình đạt 84,3%, trong đó dự đoán đúng 96,2% trường hợp không che khuất và 47,1% trường hợp có che khuất.

Từ đó cho thấy dPC là yếu tố tiên lượng độc lập quan trọng nhất. Khoảng cách giữa thần kinh mặt và trụ sau xương bàn đạp càng ngắn thì nguy cơ thần kinh mặt sa xuống che khuất cửa sổ bầu dục càng cao.

Bảng 4. Kết quả phân tích đường cong ROC của các thông số khoảng cách (dPC, dS, dAC) trong dự báo tình trạng dây VII che khuất cửa sổ bầu dục.

Biến số	AUC	Ngưỡng cắt tối ưu (mm)	Độ nhạy (%)	Độ đặc hiệu (%)	p
dPC	0,834	0,95	76,5	83,0	<0,001
dS	0,799	1,16	88,2	54,7	<0,001
dAC	0,733	1,17	70,6	39,6	<0,001

Phân tích đường cong ROC cho thấy dPC là chỉ số dự báo mạnh nhất tình trạng dây VII che khuất với AUC = 0,834 (KTC 95%: 0,72–0,95), độ nhạy 76,5% và độ đặc hiệu 83% tại ngưỡng cắt 0,95 mm. Trong khi đó, dS và dAC cũng có ý nghĩa thống kê (AUC lần lượt 0,799 và 0,733) nhưng độ đặc hiệu thấp, hạn chế giá trị ứng dụng lâm sàng. Kết quả này khẳng định dPC vừa có giá trị thống kê vừa có tính thực tiễn cao, phù hợp làm thông số tiên đoán độc lập nguy cơ dây VII che khuất trong phẫu thuật xấp xỉ tai.



Hình 4. Đường cong ROC của ba thông số dPC, dS và dAC trong dự báo tình trạng dây VII che khuất cửa sổ bầu dục

IV. BÀN LUẬN

Phẫu thuật điều trị xấp xỉ tai có thể gặp khó khăn trong những trường hợp có bất thường về giải phẫu như: Bồng cảnh cao, dây thần kinh mặt che khuất để xương bàn đạp, để xương bàn đạp trôi hoặc chìm sâu trong cửa sổ bầu dục, cửa sổ bầu dục hẹp... Nghiên cứu của chúng tôi tập trung đánh giá tình trạng dây thần kinh mặt có vị trí bất thường, che khuất để xương bàn đạp, gây khó khăn trong phẫu thuật thay thế xương bàn đạp bằng trụ dẫn. Tỷ lệ biến thể này được báo cáo dao động 7–32% tùy nghiên cứu¹⁻⁶. Nhận diện và đo lường trên CT scan trước phẫu thuật có vai trò then chốt, giúp phẫu thuật viên tiên lượng mức độ khó và lựa chọn kỹ thuật phù hợp nhằm giảm biến chứng và tối ưu hóa kết quả.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ dây thần kinh mặt che khuất ghi nhận được là 24,3%, trong đó phần lớn ở mức độ che khuất <50% tiết diện. Kết quả này tương đồng với nhiều báo cáo trước đây. Những số liệu này cho thấy tình trạng thần kinh mặt che khuất không phải hiếm gặp, và có thể là yếu tố dự báo quan trọng cho khó khăn phẫu thuật xấp xỉ tai.

Đánh giá dây thần kinh mặt che khuất để xương bàn đạp trên CT scan trước đây chủ yếu dựa trên mặt phẳng đứng ngang (coronal) (hình 2) được dựng theo trục vuông góc với ống bán khuyên ngang, trên lát cắt quan sát được đoạn II dây VII và để xương bàn đạp. Qua đó, ghi nhận tình trạng dây thần kinh mặt có nhô ra khỏi vách xương, tiếp xúc với các cấu trúc của xương

bàn đạp, hay phủ hoàn toàn trên hố cửa sổ bầu dục. Để đánh giá chính xác, kỹ thuật viên cần quan sát dây VII trên mặt phẳng đứng ngang ở nhiều lát cắt, liên tục từ trước ra sau nhằm phát hiện vị trí nhô ra đột ngột của dây VII. Do giải phẫu dây thần kinh mặt đoạn nhô chạy xiên, nên một số thay đổi nhỏ dọc theo đường đi có thể khó phát hiện. Do đó, để khắc phục nhược điểm trên, chúng tôi tiến hành đo lường các chỉ số khoảng cách từ dây thần kinh mặt đến các cấu trúc của xương bàn đạp.

Kết quả đo trên CT cho thấy các khoảng cách dPC, dAC và dS đều ngắn hơn có ý nghĩa ở nhóm che khuất; trong đó dPC trung bình chỉ $0,75 \pm 0,28$ mm so với $1,06 \pm 0,16$ mm ở nhóm không che khuất ($p < 0,001$). Qua phân tích hồi quy logistic, khoảng cách từ dây thần kinh mặt đến trụ sau xương bàn đạp (dPC) là một chỉ số tiên đoán độc lập có giá trị cao. Với AUC đạt 0,834, độ nhạy 76,5% và độ đặc hiệu 83%, dPC vượt trội hơn hai chỉ số còn lại (dAC và dS). Điều này không chỉ có ý nghĩa thống kê mà còn mang tính ứng dụng rõ rệt. Trên lâm sàng, việc đo dPC đơn giản trên các mặt phẳng coronal chuẩn của CT xương thái dương có thể trở thành tiêu chí phân tầng nguy cơ tiên phẫu – giúp bác sĩ chủ động lựa chọn dụng cụ, điều chỉnh kế hoạch cho cuộc mổ thuận lợi hơn.

Một phát hiện đáng lưu ý trong nghiên cứu của chúng tôi là: mặc dù có 17 trường hợp thần kinh mặt che khuất, không có trường hợp nào bị liệt mặt sau phẫu thuật. Trong đó có một trường hợp, khi đánh giá CT scan xương thái dương trước mổ, ở tai phẫu thuật, trên mặt phẳng đứng ngang đã ghi nhận tình trạng dây thần kinh mặt nhô ra và tiếp xúc xương bàn đạp (hình 2A). Điều này cho thấy có khả năng dây thần kinh mặt che khuất hốc cửa sổ bầu dục, tuy chưa thể chắc chắn về mức độ che khuất, nhưng cũng giúp phẫu thuật viên lên kế hoạch và thực hiện giai đoạn bóc lộ dây thần kinh mặt cẩn trọng hơn. Trong mổ, khi quan sát dưới kính hiển vi, dây thần kinh mặt hở mặt hòm nhô kích thước 2x3 mm và che khuất trên 75% tiết diện xương bàn đạp, làm hẹp cửa sổ bầu dục, gây khó khăn cho quá trình thao tác. Do đó, phẫu thuật viên đã khoan một phần ụ nhô đồng thời tiến hành vén dây VII để mở rộng phẫu trường. Sau khi đặt prosthesis, một mảnh cân cơ thái dương kích thước 5x5 mm được lót giữa dây thần kinh mặt và trụ dẫn. Sau mổ, bệnh nhân chóng mặt ít, không ghi nhận tình trạng liệt mặt. Điều này chứng minh rằng với đánh giá hình ảnh cẩn thận trước mổ và kỹ thuật phẫu thuật thích hợp, nguy cơ biến chứng nghiêm trọng hoàn toàn có thể

được kiểm soát^{5,7}.

Như vậy, kết quả thu được từ nghiên cứu của chúng tôi không chỉ bổ sung cho dữ liệu hình ảnh học trong phẫu thuật điều trị xấp xơ tai mà còn đưa ra một tiêu chuẩn đánh giá nguy cơ giải phẫu dựa trên số đo định lượng dPC. Tuy nhiên, do cỡ mẫu trong nghiên cứu nhỏ (70 tai), cần thêm các nghiên cứu đa trung tâm với cỡ mẫu lớn hơn để xác nhận độ tin cậy của ngưỡng dPC và lượng giá tác động thực sự đến biến cố phẫu thuật.

V. KẾT LUẬN

Dây thần kinh mặt che khuất để xương bàn đạp là tình trạng cần được đánh giá kỹ lưỡng trong phẫu thuật điều trị xấp xơ tai. Nghiên cứu cho thấy khoảng cách dPC là chỉ số dự báo mạnh nhất (AUC = 0,834), giúp phân biệt nguy cơ che khuất với độ nhạy 76,5% và độ đặc hiệu 83,0%. Mặc dù dây VII che khuất gây nhiều khó khăn trong thao tác, nghiên cứu của chúng tôi không ghi nhận trường hợp nào bị liệt mặt sau mổ, cho thấy phẫu thuật xấp xơ tai vẫn an toàn và khả thi nếu được đánh giá kỹ lưỡng trước phẫu thuật và lưu ý trong khi mổ. Chụp CT scan trước mổ kết hợp với sự đánh giá chính xác vị trí dây VII trong phẫu thuật giúp giảm nguy cơ biến chứng, đồng thời hỗ trợ lập kế hoạch điều trị tối ưu.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Ballester M, Blaser B, Häusler R.

[Stapedotomy and anatomical variations of the facial nerve]. Rev Laryngol Otol Rhinol (Bord). 2000;121(3):181-6. Stapedotomie et variantes anatomiques du nerf facial.

2. Mangia LRL, Coelho LOM, Carvalho B, de Oliveira AKP, Hamerschmidt R. Imaging Studies in Otosclerosis: An Up-to-date Comprehensive Review. Int Arch Otorhinolaryngol. Apr 2021;25(2):e318-e327. doi:10.1055/s-0040-1715149
3. Neff BA, Lippy WH, Schuring AG, Rizer FM. Stapedectomy in patients with a prolapsed facial nerve. Otolaryngol Head Neck Surg. May 2004; 130(5):597-603. doi:10.1016/j.otohns.2004.01.011
4. Parra C, Trunet S, Granger B, et al. Imaging Criteria to Predict Surgical Difficulties During Stapes Surgery. Otol Neurotol. Jul 2017;38(6): 815-821. doi:10.1097/mao.0000000000001417
5. Soloperto D, Ronzani G, Sacchetto L, Marchioni D. Endoscopic Findings on Facial Nerve Anatomy During Exclusive Endoscopic Stapedotomy: Clinical Considerations and Impact on Surgical Results. J Int Adv Otol. Nov 2023; 19(6): 503-510. doi:10.5152/iao.2023.231195
6. Zhang Z, Tang R, Wu Q, Zhao P, Yang Z, Wang Z. An exploratory study of imaging diagnostic clues for overhanging facial nerve in ultra-high-resolution CT. Eur Arch Otorhinolaryngol. Aug 2023;280(8):3643-3651. doi:10.1007/s00405-023-07879-0
7. Senturk E, Eren SB, Aksoy F, et al. Stapedectomy in patients with dehiscent and prolapsed facial nerve. Am J Otolaryngol. Sep-Oct 2020;41(5): 102580. doi:10.1016/j.amjoto.2020.102580

MỘT SỐ ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG VÀ HÌNH ẢNH CHỤP CẮT LỚP VI TÍNH BỆNH NHÂN CHẤN THƯƠNG SỌ NÃO NẶNG ĐƯỢC PHẪU THUẬT MỞ NẮP SỌ GIẢM ÁP

Lê Bá Tùng^{1,3}, Dương Đại Hà^{1,2}, Võ Thành Toàn^{3,4}

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và hình ảnh chụp cắt lớp vi tính bệnh nhân chấn thương sọ não nặng có chỉ định phẫu thuật mở nắp sọ giảm áp tại thời điểm nhập viện. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu tiến cứu mô tả cắt ngang tất cả các bệnh nhân chấn thương sọ não nặng có chỉ định phẫu thuật mở nắp sọ giảm áp

tại thời điểm nhập viện từ 03/2024 đến 12/2024. **Kết quả:** Trong số 160 bệnh nhân thu thập, về yếu tố dịch tễ: chủ yếu là nam giới, trong độ tuổi lao động, nguyên nhân chính là do tai nạn giao thông. Các đặc điểm lâm sàng bao gồm: phần lớn là chấn thương ở mức nặng (GCS 6-8), các bệnh nhân có chênh lệch đồng tử ở ¼ số ca, yếu liệt ½ người dưới 20%. Về đặc điểm hình ảnh chụp cắt lớp vi tính sọ não: chủ yếu xuất hiện với 01 tổn thương với dập não chiếm đa số; hầu hết các ca có xuất huyết dưới nhện, hơn ¾ số ca có đẩy lệch đường giữa >5mm, 80% các ca có chèn ép bể đáy, 60% số ca có máu tụ hình thành mới sau mổ. Các đặc điểm có liên quan đến độ nặng chấn thương bao gồm: tuổi, dấu hiệu chênh lệch đồng tử, mức độ đẩy lệch đường giữa và mức độ chèn ép bể đáy. **Kết luận:** Chấn thương sọ não nặng là một trong số các bệnh lý gây khó khăn trong việc chọn lựa điều trị. Vì vậy, các phẫu thuật viên cần cân nhắc các đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và hình ảnh học có liên quan với nhau để quyết định điều trị khi sự biểu

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện hữu nghị Việt Đức

³Bệnh viện Thống Nhất

⁴Trường Đại học khoa học sức khỏe – ĐHQG thành phố HCM

Chịu trách nhiệm chính: Lê Bá Tùng

Email: lebatungtung@gmail.com

Ngày nhận bài: 12.9.2025

Ngày phản biện khoa học: 20.10.2025

Ngày duyệt bài: 19.11.2025