

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 dehiscence 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 cần 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

hiện các đặc điểm này thực sự đa dạng và gây nhiễu trên lâm sàng. **Từ khóa:** Mở nắp sọ giảm áp (MNSGA), chấn thương sọ não (CTSN), Glasgow Coma Scale (GCS), điểm Rotterdam, điểm Helsinki.

SUMMARY

CLINICAL, PARACLINICAL, AND CT IMAGING CHARACTERISTICS IN PATIENTS WITH SEVERE TRAUMATIC BRAIN INJURY UNDERGOING DECOMPRESSIVE CRANIECTOMY

Objective: To describe the clinical, paraclinical, and computed tomography (CT) characteristics of patients with severe traumatic brain injury (TBI) who were indicated for decompressive craniectomy at the time of hospital admission. **Subjects and Methods:** A prospective descriptive case series study was conducted on all patients with severe TBI who met the criteria for decompressive craniectomy upon admission from March 2024 to December 2024. **Results:** Among 160 patients included, most were male, within working age, and road traffic accidents were the predominant cause. Clinical characteristics revealed that the majority had severe trauma (Glasgow Coma Scale 6–8). Anisocoria was present in one-fourth of cases, and hemiparesis was observed in less than 20% of patients. CT scan findings at admission showed that most patients had a single lesion, predominantly cerebral contusion. Subarachnoid hemorrhage was present in nearly all cases. Over three-quarters had midline shift >5 mm, 80% showed basal cistern compression, and 60% developed new hematomas postoperatively. Factors associated with injury severity included age, presence of anisocoria, degree of midline shift, and basal cistern compression. **Conclusion:** Severe TBI remains a complex condition that challenges treatment decisions. Therefore, neurosurgeons must carefully evaluate the interrelated clinical, paraclinical, and imaging features, as these often present with high variability and clinical ambiguity. **Keywords:** Decompressive craniectomy, traumatic brain injury (TBI), Glasgow Coma Scale (GCS), Rotterdam score, Helsinki score.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Chấn thương sọ não (CTSN) nặng là một trong những nguyên nhân chính gây tử vong và tàn phế trên toàn cầu, để lại gánh nặng lớn cho y tế và xã hội. Tại Hoa Kỳ, mỗi năm có hơn 1,5 triệu ca CTSN, trong đó khoảng 290.000 trường hợp phải nhập viện và gần 50.000 bệnh nhân tử vong.¹ Tại Việt Nam, CTSN chiếm tỷ lệ rất cao trong các ca tử vong do tai nạn thương tích ở người cao tuổi, gần 50%.² Những số liệu này cho thấy CTSN không chỉ phổ biến ở người trẻ tuổi do tai nạn giao thông mà còn là nguyên nhân hàng đầu gây tử vong ở nhóm bệnh nhân lớn tuổi thường kèm theo nhiều bệnh lý nền khác. Với tỷ lệ tử vong và di chứng thần kinh cao, việc đánh giá sớm và tiên lượng CTSN đóng vai trò quan trọng. Các mô hình tiên lượng đã được xây dựng dựa trên các đặc điểm như tuổi, điểm GCS,

phản xạ đồng tử và một số dấu hiệu trên hình ảnh CLVT như xuất huyết dưới nhện hay độ lệch đường giữa đã giúp dự đoán kết cục bệnh nhân.³ Những bảng chấm điểm dựa trên hình ảnh CLVT như Helsinki và Rotterdam đã được đưa ra và nghiên cứu cho thấy có khả năng dự báo kết cục bệnh nhân CTSN.⁴ Trong bối cảnh đó, phẫu thuật mở nắp sọ giảm áp là một phương pháp quan trọng giúp làm giảm áp lực nội sọ và cải thiện tưới máu não. Tuy nhiên, các nghiên cứu mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và hình ảnh CLVT ở nhóm bệnh nhân CTSN nặng được chỉ định phẫu thuật này vẫn còn hạn chế. Để khái quát một số đặc điểm của bệnh nhân chấn thương sọ não nặng có chỉ định phẫu thuật mở nắp sọ giảm áp, chúng tôi thực hiện nghiên cứu: *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.*

II. PHƯƠNG PHÁP VÀ ĐỐI TƯỢNG NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Tất cả các BN được chỉ định phẫu thuật MNSGA kèm lấy bỏ tổn thương chèn ép từ tháng 03/2024 đến tháng 12/2024 tại bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức.

2.1.1. Tiêu chuẩn chọn mẫu:

- BN trên 18 tuổi
- Nhập viện vì chấn thương
- CTSN nặng trước mổ có GCS từ 4 đến 8 điểm, có chỉ định lấy bỏ tổn thương (máu tụ, dập não) và bỏ nắp xương sọ
- Người bệnh có bệnh án đầy đủ về thông tin chẩn đoán lâm sàng, hình ảnh chụp CLVT sọ não.
- Hồ sơ tuân thủ quy trình điều trị và theo dõi sau mổ và tái khám định kỳ sau mổ.
- Có sự đồng ý người nhà bệnh nhân tham gia nghiên cứu.

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ:

- BN có GCS trước mổ 3 điểm
- BN không còn chỉ định phẫu thuật.
- BN có mở nắp sọ giải áp trong các bệnh lý não khác hoặc bỏ nắp sọ đơn thuần
- Hồ sơ bệnh án không đầy đủ, rõ ràng.

2.2. Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu tiến cứu mô tả cắt ngang từ 03/2024 đến 12/2024 thu thập tất cả các bệnh nhân thỏa mãn tiêu chuẩn chọn mẫu trong thời gian này.

Các ca phẫu thuật bên cạnh được mở nắp sọ giảm áp kèm theo được mô tả là lấy hết tổn thương bao gồm máu tụ, não dập hay cả hai. Sự xuất hiện máu tụ và dập phù não sau mổ được khảo sát và đo đạc trên phim CLVT sọ não kiểm tra sau mổ.

2.3. Đánh giá kết quả

o Đặc điểm dịch tễ: tuổi, giới tính, nguyên nhân chấn thương, tiền căn tăng huyết áp, đái tháo đường, tiền căn sử dụng kháng đông, bệnh lý ưa chảy máu.

o Đặc điểm lâm sàng: thời gian từ lúc chấn thương đến lúc nhập viện, từ lúc chấn thương đến lúc phẫu thuật, thời gian chụp CTscan sọ não kiểm tra sau phẫu thuật, tình trạng lúc nhập viện theo điểm GCS.

o Đặc điểm cận lâm sàng: thời gian đông máu nội sinh, thời gian đông máu ngoại sinh, INR, số lượng tiểu cầu.

o Đặc điểm hình ảnh chụp CLVT sọ não: các dạng tổn thương chỉ định MNSGA, số loại tổn thương có trên hình ảnh, thể tích tổn thương trước và sau phẫu thuật, vị trí, tình trạng chèn ép bể đáy, xuất huyết dưới nhện, xuất huyết não thất, điểm Rotterdam, điểm Helsinki

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Chúng tôi thu thập được 160 bệnh nhân thỏa mãn các tiêu chuẩn chọn bệnh

3.1. Đặc điểm dịch tễ

Bảng 3.1: Một số đặc điểm dịch tễ

Tuổi	45,31 ± 14,37 (18 – 79)
Giới tính (Nam:Nữ)	129/31 (81 %/ 19 %)
Nguyên nhân	71,88% (115) TNGT
Tăng huyết áp	10,6% (17)
Đái tháo đường	6,3% (10)
Bệnh lý ảnh hưởng yếu tố đông máu	4,38% (7)
Bệnh lý ưa chảy máu, đông máu	0
Thời gian nhập viện	62% dưới 6h, 27% 6-12h, 11% trên 12h

Trong mẫu nghiên cứu, lứa tuổi hay gặp CTSN nặng là 30-50 trong đó nam chiếm hầu hết với tỉ lệ trên 80%. Nguyên nhân chủ yếu là tai nạn giao thông (>70%), ngoài ra còn có tai nạn sinh hoạt với 19,23%. Thời gian từ lúc chấn thương đến lúc nhập viện tại bệnh viện Việt Đức, bao gồm đã được sơ cứu ở tuyến trước, hầu hết hầu hết đều dưới 6h.

3.2. Đặc điểm lâm sàng

Bảng 3.2: Một số đặc điểm lâm sàng lúc nhập viện

Điểm GCS lúc nhập viện	12% nguy kịch (GCS 4-5), 88% nặng (GCS 6-8)
Chấn thương phối hợp	28,75% (46) chấn thương hàm mặt
Chênh lệch đồng tử	25% (40) có chênh lệch đồng tử
Liệt 1/2 người	18,13% (29) có triệu chứng
Đặt nội khí quản lúc vào viện	60,63% (97) có đặt

Các bệnh nhân nhập viện với tình trạng nguy kịch chiếm 12%, trong đó chấn thương hàm mặt là chấn thương kèm theo hay gặp nhất, ngoài ra còn có chấn thương ngực, chấn thương bụng và gãy xương lớn trong cơ thể chiếm tỉ lệ thấp hơn; về số lượng chấn thương gặp phải cùng lúc, phần lớn là gặp ở 1 loại chấn thương phối hợp, chỉ cá biệt có 02 bệnh nhân có chấn thương cùng lúc 4 loại.

Trên khám lâm sàng thần kinh, tất cả các bệnh nhân khảo sát đều còn phản xạ đồng tử, trong đó hơn một nửa số bệnh nhân có đồng tử 2 bên không đều, biểu hiện của tổn thương não có đè ép vào dây thần kinh vận nhãn. Hơn 1/4 bệnh nhân có liệt 1/2 người lúc vào viện.

3.3. Đặc điểm cận lâm sàng

Bảng 3.3: Một số đặc điểm cận lâm sàng liên quan sự hình thành máu tụ

Số lượng tiểu cầu	201,87±53,13
Thời gian đông máu nội sinh	11,92±1,43 giây
Thời gian đông máu ngoại sinh	26,95±3,18 giây

Trong mẫu nghiên cứu, các đặc điểm về liên quan đến chức năng đông máu được ghi nhận ở đơn vị cấp cứu bao gồm tổng phân tích tế bào máu, thời gian đông máu nội sinh, thời gian đông máu ngoại sinh và INR. Trong 7 ca đang điều trị thuốc chống kết tập tiểu cầu, có 4 ca không giảm tiểu cầu và 3 ca có giảm tiểu cầu cần phải truyền để phẫu thuật. Không ghi nhận có rối loạn các yếu tố đông máu

3.4. Đặc điểm hình ảnh chụp cắt lớp vi tính

Bảng 3.4: Một số đặc điểm hình ảnh chụp CLVT bệnh nhân CTSN nặng lúc vào viện

Các tổn thương trên phim CLVT lúc vào viện	- Máu tụ dưới màng cứng cấp tính: 53,13% (85) - Dập não: 71,25% (114) - Xuất huyết não: 9,38% (13) - Máu tụ ngoài màng cứng cấp tính: 8,75% (14)
Số loại tổn thương phối hợp trên phim chụp CLVT sọ não	- 1 tổn thương: 61,25% (98), dập não chiếm đa số với 55,1% - 2 tổn thương: 37,5% (60), chủ yếu là dập não kèm máu tụ dưới màng cứng cấp với 81,67%. - 4 tổn thương: 1,25% (2) (đa chấn thương nặng)
Thể tích máu tụ trước phẫu thuật	64,35 ± 38,82 ml bên MNSGA, 43 ca có tổn thương đối bên với thể tích 9,31 ± 9,64 ml
Xuất huyết dưới nhện	96,25% (154)
Xuất huyết não thất	11,25% (18)
Đầy lệch	Trên 5mm: 78,75% (118)

đường giữa	
Chèn ép bể đáy	Có chèn ép: 46,88% (75), xoá hoàn toàn: 33,13% (53)
Điểm Rotterdam	Trung vị: 5 với 39,38%
Điểm Helsinki	Trung vị: 5 với 25,63%
Máu tụ mới sau phẫu thuật	96 ca có thể tích >5ml, thể tích trung bình: 32,35 ± 30,78 ml

Trên hình ảnh chụp CLVT sọ não lúc vào viện, dập não là tổn thương nhiều nhất ảnh hưởng đến quyết định phẫu thuật. Đa số các ca chỉ có 01 tổn thương lúc vào viện, riêng có 2 ca có cùng lúc 4 dạng tổn thương là máu tụ dưới màng cứng cấp tính, máu tụ ngoài màng cứng, dập não và xuất huyết não kèm theo phổi hợp đa chấn thương tại các vùng khác như chấn thương ngực và chấn thương bụng. Thể tích trung bình tổn thương tại bên thực hiện MNSGA là khoảng 62 ml với gần 1/3 số ca có tổn thương ở bên còn lại. Các tổn thương đối bên hầu hết là dập não rải rác, ngoài ra có máu tụ ngoài màng cứng ở 6 ca với 4 ca có chỉ định phẫu thuật mở sọ lấy máu tụ.

IV. BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu này, bệnh nhân CTSN nặng có tuổi trung bình 45,3 tuổi, phần lớn trong độ tuổi lao động, nam giới chiếm đa số (81%) và nguyên nhân chủ yếu là tai nạn giao thông (72%). Điều này phù hợp với báo cáo toàn cầu của Maas và cộng sự, trong đó CTSN nặng thường gặp ở nam giới trẻ tuổi, TNGT là nguyên nhân chính tại các quốc gia đang phát triển, trong khi ngã lại nổi bật ở nhóm tuổi cao tại các nước phát triển.⁵ Peeters và cộng sự trong phân tích dịch tễ châu Âu cũng cho thấy đặc điểm tương tự, với TNGT chiếm ưu thế ở bệnh nhân trẻ và ngã là nguyên nhân phổ biến nhất ở người cao tuổi.⁶ Như vậy, đặc điểm dịch tễ của nghiên cứu chúng tôi phù hợp với xu hướng quốc tế, đồng thời phản ánh đặc thù cơ chế tai nạn xe máy tại Việt Nam.

Về lâm sàng, đa số bệnh nhân nhập viện với GCS 6–8, chỉ 12% ở mức nguy kịch (GCS 4–5). Tỷ lệ chênh lệch đồng tử là 25%, cao hơn so với 15–20% trong báo cáo của Hukkelhoven và cộng sự.⁷ Sự khác biệt này có thể do bệnh nhân tại Việt Nam thường nhập viện muộn hoặc tổn thương ban đầu nặng hơn. Tỷ lệ chấn thương phổi hợp (28,7%) cũng tương đồng với nghiên cứu của Majdan và cộng sự (25–30%), cho thấy CTSN nặng thường đi kèm đa chấn thương ngoài sọ, gây phức tạp trong xử trí hồi sức và ngoại khoa.⁸

Trên hình ảnh CLVT, dập não chiếm tỷ lệ cao nhất (71%), tiếp theo là máu tụ dưới màng cứng

cấp tính (53%) và xuất huyết dưới nhện tới 96%. So với dữ liệu quốc tế từ nghiên cứu CENTER-TBI, trong đó dập não và máu tụ dưới màng cứng là tổn thương phổ biến nhất, tỷ lệ xuất huyết dưới nhện trong nghiên cứu của chúng tôi cao hơn đáng kể.⁹ Điều này có thể liên quan đến đặc thù cơ chế chấn thương trực tiếp trong tai nạn xe máy tốc độ cao. Ngoài ra, 79% bệnh nhân có lệch đường giữa >5 mm và gần một nửa có chèn ép bể đáy, những dấu hiệu này đi kèm tình trạng lâm sàng nặng như GCS thấp, đồng tử không đều và liệt nửa người. Các nghiên cứu trước đây đã chứng minh những đặc điểm hình ảnh này là yếu tố tiên lượng quan trọng, liên quan đến nguy cơ phù não tiến triển và kết cục thần kinh xấu.⁷

Như vậy, đặc điểm dịch tễ, lâm sàng và hình ảnh CLVT trong nghiên cứu của chúng tôi nhìn chung phù hợp với các báo cáo quốc tế, song có một số khác biệt nổi bật, đặc biệt là tỷ lệ cao bệnh nhân có xuất huyết dưới nhện và đồng tử không đều. Những đặc thù này cần được xem xét trong bối cảnh Việt Nam, nơi cơ chế chấn thương chủ yếu là tai nạn xe máy, đồng thời nhấn mạnh tầm quan trọng của đánh giá sớm hình ảnh CLVT trong tiên lượng và định hướng điều trị CTSN nặng.

V. KẾT LUẬN

Bệnh nhân chấn thương sọ não nặng có các đặc điểm về lâm sàng, cận lâm sàng và hình ảnh chụp CLVT đa dạng và khá tương đồng trên thế giới. Tuy nhiên kết quả điều trị chấn thương sọ não nặng dù là nội khoa hồi sức hay phẫu thuật mở nắp sọ giảm áp hoặc khi kết hợp cả hai thì vẫn cho ra nhiều kết cuộc khác nhau ở từng thời điểm khảo sát. Nên việc kết hợp và chọn lựa các đặc điểm này vào các mô hình dự đoán vẫn đang được thực hiện để có thể chọn lựa phương pháp phù hợp trên từng ca bệnh.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Rutland-Brown W, Langlois JA, Thomas KE, Xi YL. Incidence of traumatic brain injury in the United States, 2003. J Head Trauma Rehabil. 2006;21(6):544-548.
2. Lương Minh Anh, Hà Anh Đức. Tử vong do tai nạn thương tích ở người cao tuổi tại Việt Nam giai đoạn 2010 - 2014. Tạp chí Y học Việt Nam. 2017;01:264-268.
3. Steyerberg EW, Mushkudiani N, Perel P, et al. Predicting Outcome after Traumatic Brain Injury: Development and International Validation of Prognostic Scores Based on Admission Characteristics. PLOS Med. 2008;5(8):e165. doi:10.1371/journal.pmed.0050165
4. Rafay M, Gulzar F, Iqbal N, Sharif S. Prognostic computed tomography Scores in traumatic brain

- injury. Clin Neurol Neurosurg. 2020;195: 105957. doi:10.1016/j.clineuro.2020. 105957
5. **Maas AIR, Menon DK, Adelson PD, et al.** Traumatic brain injury: integrated approaches to improve prevention, clinical care, and research. Lancet Neurol. 2017;16(12):987-1048. doi:10.1016/S1474-4422(17)30371-X
 6. **Peeters W, van den Brande R, Polinder S, et al.** Epidemiology of traumatic brain injury in Europe. Acta Neurochir (Wien). 2015;157(10): 1683-1696. doi:10.1007/s00701-015-2512-7
 7. **Hukkelhoven CWPM, Steyerberg EW, Rampen AJJ, et al.** Patient age and outcome following severe traumatic brain injury: an analysis of 5600 patients. J Neurosurg. 2003; 99(4): 666-673. doi:10.3171/jns.2003.99. 4.0666
 8. **Mauritz W, Brazinova A, Majdan M, Leitgeb J.** Epidemiology of traumatic brain injury in Austria. Wien Klin Wochenschr. 2014;126(1-2):42-52. doi:10.1007/s00508-013-0456-6
 9. **Thelin EP, Nelson DW, Bellander BM.** A review of the clinical utility of serum S100B protein levels in the assessment of traumatic brain injury. Acta Neurochir (Wien). 2017;159(2): 209-225. doi:10.1007/s00701-016-3046-3

NGHIÊN CỨU ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG CỦA BỆNH NHÂN VIÊM TAI GIỮA CẤP TÁI PHÁT TẠI BỆNH VIỆN NHI TRUNG ƯƠNG

Nguyễn Như Đua^{1,2}, Đoàn Thị Hồng Hoa¹

TÓM TẮT

Mục tiêu nghiên cứu này nhằm mô tả một số đặc điểm lâm sàng của bệnh nhân bị viêm tai giữa cấp tái phát tại Bệnh viện Nhi Trung ương. Viêm tai giữa cấp tái phát là tình trạng nhiễm trùng, ứ đọng dịch trong tai giữa, bệnh thường khởi phát đột ngột trong thời gian ngắn, được thể hiện qua các triệu chứng lâm sàng và hình ảnh tổn thương trên màng nhĩ, tình trạng này lặp đi lặp lại nhiều đợt trong 6 tháng hoặc một năm, đôi khi bệnh kéo dài dai dẳng trong một tháng. Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: nghiên cứu mô tả cắt ngang gồm 31 bệnh nhân ≤ 16 tuổi được chẩn đoán viêm tai giữa cấp tái phát tại qua thăm khám lâm sàng và nội soi tại Khoa Tai Mũi Họng Bệnh viện Nhi Trung ương trong giai đoạn từ tháng 2 năm 2025 đến tháng 5 năm 2025. Kết quả nghiên cứu: độ tuổi từ 0 đến 5 tuổi gặp nhiều nhất chiếm 77,42 %, giai đoạn 11 tuổi đến ≤ 16 chiếm tỷ lệ thấp nhất 6,45%; trong đó nam chiếm 51,6%, nữ chiếm 48,4%; Triệu chứng toàn thân gặp 74,2% có biểu hiện sốt; triệu chứng đau tai chiếm 61,29% nhiều nhất; Số lần tái phát 3 đợt chiếm tỷ lệ cao nhất 51,61%. Kết luận viêm tai giữa cấp tái phát gặp nhiều nhất ở nhóm tuổi 0 – 5 tuổi, gặp tỷ lệ nam nhiều hơn nữ, triệu chứng lâm sàng ở tai gặp nhiều nhất là dấu hiệu đau tai.

Từ khóa: Viêm tai giữa cấp; viêm tai giữa cấp tái phát, viêm tai giữa cấp dai dẳng

SUMMARY

RESEARCH THE CLINICAL CHARACTERISTICS OF PATIENTS WITH RECURRENT ACUTE OTITIS MEDIA AT THE VIETNAM NATIONAL CHILDREN'S HOSPITAL

¹Trường Đại học Y Dược, Đại học Quốc Gia Hà Nội

²Bệnh viện Nhi Trung ương

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Như Đua

Email: nhuduanguyen@gmail.com

Ngày nhận bài: 9.9.2025

Ngày phản biện khoa học: 20.10.2025

Ngày duyệt bài: 21.11.2025

The aim of this study was to describe a clinical characteristic of patients diagnosed with recurrent acute otitis media at the Vietnam National Children's Hospital. Recurrent acute otitis media is an infectious condition characterized by repeated accumulation of fluid in the middle ear. The disease typically has a sudden onset with short duration, presenting with clinical symptoms and observable tympanic membrane abnormalities. This condition recurs multiple times within a 6-month or 1-year period, and in some cases, may persist continuously for up to a month. This was a cross-sectional descriptive study involving 31 patients aged ≤16 years who were diagnosed with RAOM based on clinical examination and otoscopic findings. All patients were examined at the Department of Otorhinolaryngology, Vietnam National Children's Hospital, from February 2025 to May 2025. The majority of patients were between 0 and 5 years of age (77.42%), while the 11 to ≤ 16 years old group accounted for the lowest proportion (6.45%). Males comprised 51.6% of the sample, and females 48.4%. Systemic symptoms were observed in 74.2% of cases, most commonly fever. Otalgia was reported in 61.29% of patients. The most frequent recurrence pattern was three episodes, accounting for 51.61% of cases. Recurrent acute otitis media was most frequently observed in children aged 0–5 years, with a slightly higher incidence in males. The most common otologic symptom was ear pain.

Keywords: Acute otitis media; recurrent acute otitis media; persistent acute otitis media

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm tai giữa cấp tính (VTGC) là một trong những nguyên nhân phổ biến nhất khiến trẻ em phải đến phòng khám nhi khoa với khoảng 30 triệu lượt khám mỗi năm ở đối tượng trẻ em dưới 12 tháng tuổi [1]. Đặc biệt, có tới gần 80% trẻ em sẽ trải qua ít nhất một đợt VTGC trong năm đầu đời [2, 3].

VTGC dai dẳng được xác định dựa trên mức độ đáp ứng với điều trị kháng sinh. Theo quan