

Nghiên cứu của chúng tôi còn một số hạn chế như thiết kế mô tả cắt ngang, cỡ mẫu chưa lớn và sử dụng sinh thiết tuyến tiền liệt 12 mẫu làm tiêu chuẩn đối chiếu, có thể bỏ sót một số tổn thương nhỏ. Trong tương lai, các nghiên cứu tiến cứu, đa trung tâm với cỡ mẫu lớn hơn, kết hợp sinh thiết đích dưới hướng dẫn MRI, sẽ giúp đánh giá toàn diện hơn giá trị của sự kết hợp giữa PI-RADS v2.1 và các chỉ số PSA trong chẩn đoán ung thư tuyến tiền liệt.

V. KẾT LUẬN

Tính an toàn trong chỉ định sinh thiết tuyến tiền liệt được phối hợp giữa phân loại PI-RADS v2.1 có kết quả: Nhóm PI-RADS 4 và 5 có tỷ lệ ung thư cao (71,4% và 91,7%), trong khi nhóm PI-RADS 2 có tỷ lệ ung thư rất thấp (4,2%). fPSA/tPSA ≤ 0,15 thì độ nhạy là 71,2%, độ đặc hiệu là 65,2%. PSAD ≥ 0,15 thì độ nhạy là 81,1%, độ đặc hiệu là 68,5%. PI-RADS + PSAD thì có độ nhạy là 88,1%, độ đặc hiệu là 86,9%. Một tỷ lệ có giá trị đối với lâm sàng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bray, F. et al.** Global cancer statistics 2022: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA: a cancer journal for clinicians* **74**, 229-263 (2024) doi:10.3322/caac.21834.
2. **Ahmed, Hashim U. et al.** Diagnostic accuracy of multi-parametric MRI and TRUS biopsy in prostate cancer (PROMIS): a paired validating confirmatory study. *The Lancet* **389**, 815-822 (2017) doi:10.1016/S0140-6736(16)32401-1.

3. **Yadav, K. et al.** Can combined multiparametric magnetic resonance imaging of the prostate and prostate-specific antigen density improve the detection of clinically significant prostate cancer: A prospective single-center cross-sectional study. *Journal of cancer research and therapeutics* **17**, 372-378 (2021) doi:10.4103/jcrt.JCRT_216_20.
4. **Washino, S. et al.** Combination of prostate imaging reporting and data system (PI-RADS) score and prostate-specific antigen (PSA) density predicts biopsy outcome in prostate biopsy naive patients. *BJU international* **119**, 225-233 (2017) doi:10.1111/bju.13465.
5. **Cornford, P. et al.** EAU-EANM-ESTRO-ESUR-ISUP-SIOG Guidelines on Prostate Cancer-2024 Update. Part I: Screening, Diagnosis, and Local Treatment with Curative Intent. *European urology* **86**, 148-163 (2024) doi:10.1016/j.eururo.2024.03.027.
6. **Schlemmer, H. P. et al.** Imaging of Prostate Cancer. *Deutsches Arzteblatt international* **118**, 713-719 (2021) doi:10.3238/arztebl.m2021.0309.
7. **Haj-Mirzaian, A. et al.** Magnetic Resonance Imaging, Clinical, and Biopsy Findings in Suspected Prostate Cancer: A Systematic Review and Meta-Analysis. *JAMA network open* **7**, e244258 (2024) doi:10.1001/jamanetworkopen.2024.4258.
8. **Stevens, E. et al.** Clinical utility of PSAD combined with PI-RADS category for the detection of clinically significant prostate cancer. *Urologic oncology* **38**, 846.e849-846.e816 (2020) doi:10.1016/j.urolonc.2020.05.024.
9. **Trần Lê Sơn. et al.** Giá trị của thang điểm PIRADS V2.1 trên cộng hưởng từ kết hợp PSA tỷ trọng trong chẩn đoán ung thư tuyến tiền liệt. *Tạp chí Y học Việt Nam* **545**, (2024) doi:10.51298/vmj.v545i1.12126.

GIÁ TRỊ CỦA CẮT LỚP VI TÍNH XƯƠNG THÁI DƯƠNG TRONG CHẨN ĐOÁN MỘT SỐ BIẾN CHỨNG CỦA CHOLESTEATOMA

Chữ Thị Hồng Ninh¹, Nguyễn Minh Tâm¹,
Đoàn Thị Hồng Hoa², Đặng Tiến Trường¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá giá trị của cắt lớp vi tính (CLVT) xương thái dương trong phát hiện biến chứng của cholesteatoma bẩm sinh và mắc phải. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt

ngang trên 121 bệnh nhân (80 mắc phải, 41 bẩm sinh) điều trị tại Bệnh viện Tai Mũi Họng Trung Ương và Bệnh viện Nhi Trung Ương (11/2022-12/2024), so sánh các phát hiện trên CLVT với phẫu thuật. **Kết quả:** Độ chính xác của CLVT đạt 92,4% đối với hồ màng não; 96,7% sa màng não; 89,1% tổn thương xoang Sigma; 95,9% tổn thương đoạn 2 ống thần kinh mặt; và 98,9% đối với tổn thương đoạn 3 ống thần kinh mặt, rò và mòn ống bán khuyên. **Kết luận:** CLVT xương thái dương có giá trị cao trong phát hiện các biến chứng cholesteatoma, đặc biệt là các tổn thương xương và cấu trúc giải phẫu quan trọng.

Từ khóa: Cholesteatoma, CLVT xương thái dương, biến chứng, màng não, xoang Sigma

¹ Học viện Quân y

² Đại học Y dược, Đại học Quốc gia Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Đặng Tiến Trường

Email: truongdtvmmu@gmail.com

Ngày nhận bài: 15.1.2026

Ngày phản biện khoa học: 5.2.2026

Ngày duyệt bài: 19.3.2026

ABSTRACT**THE VALUE OF TEMPORAL BONE COMPUTED TOMOGRAPHY IN THE DIAGNOSIS OF CERTAIN COMPLICATIONS OF CHOLESTEATOMA**

Objective: To evaluate the value of temporal bone computed tomography (CT) in detecting complications of congenital and acquired cholesteatoma. **Materials and Methods:** A cross-sectional descriptive study was conducted on 80 patients with acquired cholesteatoma and 41 patients with congenital cholesteatoma treated at the National Otorhinolaryngology Hospital and the National Children's Hospital from November 2022 to December 2024. The investigated complications included meningeal conditions, the position of the sigmoid sinus, facial nerve canal involvement, and semicircular canal involvement on CT images, compared with intraoperative findings. **Results:** The diagnostic accuracy of CT was 92.4% for dural dehiscence; 96.7% for dural herniation; 89.1% for sigmoid sinus involvement; 95.9% for involvement of the second segment of the facial nerve canal; 98.9% for involvement of the third segment of the facial nerve canal; 98.9% for semicircular canal fistula; and 98.9% for semicircular canal erosion. **Conclusion:** CT is effective in detecting complications involving the dura mater, sigmoid sinus, facial nerve canal, and semicircular canals.

Keywords: Cholesteatoma; temporal bone computed tomography; complications; dura mater; sigmoid sinus.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Cholesteatoma là tổn thương biểu mô sừng hóa tại hòm nhĩ và xương chũm có đặc tính tiến triển kèm khả năng tiêu hủy xương vùng tai giữa; quá trình tiêu xương này có thể dẫn tới các biến chứng giải phẫu và chức năng quan trọng như tổn thương chuỗi xương con, tổn thương ống thần kinh mặt, tổn thương ống bán khuyên, bất thường liên quan tới màng não và xoang Sigma, ảnh hưởng trực tiếp đến lựa chọn phương pháp phẫu thuật và tiên lượng người bệnh [1]. Những khác biệt về nguồn gốc và cơ chế giữa cholesteatoma bẩm sinh và cholesteatoma mắc phải - trong đó thể mắc phải liên quan mật thiết hơn đến viêm tai giữa mạn tính và có khuynh hướng xâm lấn gây biến chứng nhiều hơn - làm nổi bật nhu cầu so sánh đặc điểm biến chứng theo từng thể bệnh để hỗ trợ quyết định lâm sàng [2], [3].

Trong thực hành trước phẫu thuật, chụp cắt lớp vi tính xương thái dương độ phân giải cao là phương tiện hình ảnh được sử dụng thường quy để khảo sát các mức độ tổn thương xương, các cấu trúc quan trọng của hòm nhĩ, xương chũm và các thành phần xung quanh [4], [5]. Việc so

sánh trực tiếp dữ liệu hình ảnh CLVT với tiêu chuẩn vàng là kết quả phẫu thuật, phân tích khác biệt giữa hai thể cholesteatoma, sẽ giúp làm rõ vai trò thực tiễn và những hạn chế của CLVT trong lập kế hoạch phẫu thuật và tư vấn tiên lượng cho từng nhóm bệnh nhân (BN) [6].

Hiện nay, có rất ít nghiên cứu đánh giá và so sánh giá trị của CLVT trong chẩn đoán các biến chứng của cholesteatoma bẩm sinh và mắc phải [1], [2], [3].

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU**2.1. Đối tượng nghiên cứu**

Đối tượng nghiên cứu là 121 BN, gồm 80 BN cholesteatoma mắc phải được điều trị tại Bệnh viện Tai Mũi Họng Trung ương và 41 BN cholesteatoma bẩm sinh được điều trị tại Bệnh viện Nhi Trung Ương từ tháng 11/2022 tới tháng 12/2024.

Tiêu chuẩn lựa chọn:

- BN được chẩn đoán xác định cholesteatoma bẩm sinh hoặc cholesteatoma mắc phải dựa trên lâm sàng, hình ảnh học và được xác nhận trong phẫu thuật;
- Có phim chụp CLVT xương thái dương trước phẫu thuật, đạt chất lượng chẩn đoán, cho phép đánh giá các biến chứng nghiên cứu (tình trạng màng não, xoang Sigma, ống thần kinh mặt, ống bán khuyên);
- BN được phẫu thuật tai giữa lần đầu tại chính cơ sở tham gia nghiên cứu, có biên bản phẫu thuật đầy đủ;
- BN hoặc người giám hộ hợp pháp (đối với BN chưa đủ năng lực hành vi dân sự) đồng ý tham gia nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ:

- Có tiền sử phẫu thuật tai giữa cùng bên;
- Phim CLVT xương thái dương không đạt chất lượng chẩn đoán, hoặc không đầy đủ dữ liệu để đánh giá các biến chứng theo mục tiêu nghiên cứu;
- Hồ sơ bệnh án hoặc biên bản phẫu thuật không đầy đủ.

2.2. Phương pháp nghiên cứu**2.2.1. Thiết kế nghiên cứu**

Nghiên cứu mô tả cắt ngang, từ tháng 11/2022 đến tháng 12/2024.

2.2.2. Phương tiện nghiên cứu

Tất cả các ca bệnh đều được chụp cắt lớp vi tính xương thái dương bằng hệ thống CLVT 64 dãy.

2.2.3. Phương pháp so sánh và đánh giá

Đánh giá giá trị chẩn đoán của CLVT với phẫu thuật bằng cách tính độ nhạy (Se), độ đặc hiệu (Sp), giá trị dự báo dương tính (PPV), giá trị dự

báo âm tính (NPV) và độ chính xác (Accuracy) cho từng tổn thương; các chỉ số này được trình bày dưới dạng tỷ lệ (%) và so sánh giữa hai nhóm cholesteatoma bẩm sinh và mắc phải.

2.2.4. Phương pháp thống kê và xử lý số liệu

Số liệu được xử lý thống kê bằng phần mềm SPSS 27.

2.2.5. Vấn đề đạo đức trong nghiên cứu

Nghiên cứu đã được Hội đồng Đạo đức Y sinh của Bệnh viện Quân Y 103, Học viện Quân Y phê duyệt và tuân thủ đầy đủ các quy định về đạo đức trong nghiên cứu y sinh theo quyết định số 3847/QĐ - BVQY103, chứng nhận số 10/CNChT - HĐĐĐ ngày 06/01/2023.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Giá trị của CLVT trong chẩn đoán tình trạng màng não

Bảng 1. Giá trị của CLVT trong chẩn đoán hở màng não

Kết quả CLVT \ Kết quả PT	Phẫu thuật (+)	Phẫu thuật (-)	Tổng
Bẩm sinh (n=41)			
CLVT (+)	0	0	0
CLVT (-)	0	12	12
Tổng	0	12	12
Sp = 100,0%; NPV = 100,0%; Acc = 100,0%			
Mắc phải (n=80)			
CLVT (+)	12	7	19
CLVT (-)	0	61	61
Tổng	12	68	80
Se = 100,0%; Sp = 89,7%; PPV = 63,2%; NPV = 100,0%; Acc = 91,3%			
Tổng (n=121)			
CLVT (+)	12	7	19
CLVT (-)	0	73	73
Tổng	12	80	92
Se = 100,0%; Sp = 91,3%; PPV = 63,2%; NPV = 100,0%; Acc = 92,4%			

Chú thích: CLVT (+): có tổn thương cholesteatoma trên phim CLVT; CLVT(-): không tổn thương cholesteatoma trên phim CLVT; Phẫu thuật (+): có cholesteatoma trong phẫu thuật; Phẫu thuật (-): không có cholesteatoma trong phẫu thuật.

Nhận xét: Ở nhóm cholesteatoma bẩm sinh, không ghi nhận trường hợp hở màng não trên CLVT và trong phẫu thuật; kết quả CLVT hoàn toàn phù hợp với phẫu thuật, với độ đặc hiệu, giá trị dự báo âm tính và độ chính xác đều

đạt 100%, trong khi độ nhạy và giá trị dự báo dương tính không đánh giá được do không có ca dương tính thực sự. Ở nhóm cholesteatoma mắc phải, CLVT phát hiện đầy đủ 12/12 trường hợp hở màng não được xác nhận trong phẫu thuật (độ nhạy 100%), song vẫn có tỷ lệ dương tính giả, làm độ đặc hiệu giảm còn 89,7% và giá trị dự báo dương tính đạt 63,2%; giá trị dự báo âm tính đạt 100% và độ chính xác 91,3%. Trên toàn bộ mẫu nghiên cứu, CLVT duy trì độ nhạy 100%, độ đặc hiệu 91,3%, giá trị dự báo âm tính 100% và độ chính xác 92,4%, trong khi giá trị dự báo dương tính ở mức trung bình.

Bảng 2. Giá trị của CLVT trong chẩn đoán sa màng não

Kết quả CLVT \ Kết quả PT	Phẫu thuật (+)	Phẫu thuật (-)	Tổng
Bẩm sinh (n=41)			
CLVT (+)	0	0	0
CLVT (-)	0	12	12
Tổng	0	12	12
Sp = 100,0%; NPV = 26,7%; Acc = 26,7%			
Mắc phải (n=80)			
CLVT (+)	1	1	2
CLVT (-)	2	76	78
Tổng	3	77	80
Se = 33,3%; Sp = 98,7%; PPV = 50,0%; NPV = 97,4%; Acc = 96,3%			
Tổng (n=121)			
CLVT (+)	1	1	2
CLVT (-)	2	88	90
Tổng	3	89	92
Se = 33,3%; Sp = 98,9%; PPV = 50,0%; NPV = 97,8%; Acc = 96,7%			

Chú thích: CLVT (+): có tổn thương cholesteatoma trên phim CLVT; CLVT(-): không tổn thương cholesteatoma trên phim CLVT; Phẫu thuật (+): có cholesteatoma trong phẫu thuật; Phẫu thuật (-): không có cholesteatoma trong phẫu thuật.

Nhận xét: Ở nhóm cholesteatoma bẩm sinh, không ghi nhận trường hợp sa màng não trên CLVT cũng như trong phẫu thuật; CLVT cho kết quả âm tính hoàn toàn, phù hợp với phát hiện phẫu thuật và đạt độ đặc hiệu 100%, trong khi độ nhạy và giá trị dự báo dương tính không đánh giá được do không có ca dương tính thực sự. Ở nhóm cholesteatoma mắc phải, CLVT chỉ phát hiện 1/3 trường hợp sa màng não được xác nhận trong phẫu thuật, cho thấy độ nhạy thấp

(33,3%), nhưng vẫn duy trì độ đặc hiệu cao (98,7%), giá trị dự báo âm tính 97,4% và độ chính xác 96,3%, với giá trị dự báo dương tính ở mức trung bình (50,0%). Trên toàn bộ mẫu nghiên cứu, CLVT có độ nhạy thấp (33,3%) song độ đặc hiệu rất cao (98,9%), giá trị dự báo âm tính 97,8% và độ chính xác chung đạt 96,7%.

3.2. Giá trị của CLVT trong chẩn đoán tình trạng xoang Sigma

Bảng 3. Giá trị của CLVT trong chẩn đoán tình trạng xoang Sigma

Kết quả PT Kết quả CLVT	Phẫu thuật (+)	Phẫu thuật (-)	Tổng
Bẩm sinh (n=41)			
CLVT (+)	5	4	9
CLVT (-)	1	2	3
Tổng	6	6	12
Se = 83,3%; Sp = 33,3%; PPV = 55,6%; NPV = 66,7%; Acc = 58,3%			
Mắc phải (n=80)			
CLVT (+)	67	4	71
CLVT (-)	1	8	9
Tổng	68	12	80
Se = 98,5%; Sp = 66,7%; PPV = 94,4%; NPV = 88,9%; Acc = 93,8%			
Tổng (n=121)			
CLVT (+)	72	8	80
CLVT (-)	2	10	12
Tổng	74	18	92
Se = 97,3%; Sp = 55,6%; PPV = 90,0%; NPV = 83,3%; Acc = 89,1%			

Chú thích: CLVT (+): có tổn thương cholesteatoma trên phim CLVT; CLVT(-): không tổn thương cholesteatoma trên phim CLVT; Phẫu thuật (+): có cholesteatoma trong phẫu thuật; Phẫu thuật (-): không có cholesteatoma trong phẫu thuật

Nhận xét: Ở nhóm cholesteatoma bẩm sinh, CLVT có độ nhạy tương đối cao (83,3%) nhưng độ đặc hiệu thấp (33,3%), với giá trị dự báo dương tính 55,6%, giá trị dự báo âm tính 66,7% và độ chính xác 58,3%. Ngược lại, ở nhóm cholesteatoma mắc phải, CLVT cho hiệu quả cao trong phát hiện tổn thương xoang Sigma, với độ nhạy 98,5%, độ đặc hiệu 66,7%, giá trị dự báo dương tính 94,4% và độ chính xác 93,8%. Trên toàn bộ mẫu nghiên cứu, CLVT duy trì độ nhạy rất cao (97,3%), độ đặc hiệu trung bình (55,6%), giá trị dự báo dương tính 90,0%, giá trị dự báo âm tính 83,3% và độ chính xác

chung 89,1%, cho thấy CLVT xương thái dương có giá trị cao trong đánh giá tổn thương xoang Sigma.

3.3. Giá trị của CLVT trong chẩn đoán tổn thương ống thần kinh mặt

Bảng 4. Giá trị của CLVT trong chẩn đoán tổn thương đoạn 2 ống thần kinh mặt

Kết quả PT Kết quả CLVT	Phẫu thuật (+)	Phẫu thuật (-)	Tổng
Bẩm sinh (n=41)			
CLVT (+)	0	0	0
CLVT (-)	0	41	41
Tổng	0	41	41
Sp = 100,0%; NPV = 100,0%; Acc = 100,0%			
Mắc phải (n=80)			
CLVT (+)	4	0	4
CLVT (-)	5	71	76
Tổng	9	71	80
Se = 44,4%; Sp = 100,0%; PPV = 100,0%; NPV = 93,4%; Acc = 93,8%			
Tổng (n=121)			
CLVT (+)	4	0	4
CLVT (-)	5	112	117
Tổng	9	112	121
Se = 44,4%; Sp = 100,0%; PPV = 100,0%; NPV = 95,7%; Acc = 95,9%			

Chú thích: CLVT (+): có tổn thương cholesteatoma trên phim CLVT; CLVT(-): không tổn thương cholesteatoma trên phim CLVT; Phẫu thuật (+): có cholesteatoma trong phẫu thuật; Phẫu thuật (-): không có cholesteatoma trong phẫu thuật

Nhận xét: Ở nhóm cholesteatoma bẩm sinh, không ghi nhận tổn thương đoạn 2 ống thần kinh mặt trên CLVT cũng như trong phẫu thuật; CLVT cho kết quả âm tính hoàn toàn, phù hợp tuyệt đối với phẫu thuật, với độ đặc hiệu, giá trị dự báo âm tính và độ chính xác đều đạt 100%, trong khi độ nhạy và giá trị dự báo dương tính không đánh giá được do không có ca dương tính thực sự. Ở nhóm cholesteatoma mắc phải, CLVT phát hiện 4/9 trường hợp tổn thương đoạn 2 ống thần kinh mặt được xác nhận trong phẫu thuật, cho thấy độ nhạy thấp (44,4%), nhưng đạt độ đặc hiệu và giá trị dự báo dương tính 100%; giá trị dự báo âm tính đạt 93,4% và độ chính xác 93,8%. Trên toàn bộ mẫu nghiên cứu, CLVT vẫn duy trì độ nhạy thấp (44,4%) song độ đặc hiệu và PPV đạt 100%, cùng với NPV cao (95,7%) và độ chính xác 95,9%.

Bảng 5. Giá trị của CLVT trong chẩn đoán tổn thương đoạn 3 ống thần kinh mặt

Kết quả PT \ Kết quả CLVT	Phẫu thuật (+)	Phẫu thuật (-)	Tổng
Bẩm sinh (n=41)			
CLVT (+)	0	0	0
CLVT (-)	0	12	12
Tổng	0	12	12
Sp = 100,0%; NPV = 83,3%; Acc = 83,3%			
Mắc phải (n=80)			
CLVT (+)	1	0	1
CLVT (-)	1	78	79
Tổng	2	78	80
Se = 50,0%; Sp = 100,0%; PPV = 100,0%; NPV = 98,7%; Acc = 98,8%			
Tổng (n=121)			
CLVT (+)	1	0	1
CLVT (-)	1	90	91
Tổng	2	90	92
Se = 50,0%; Sp = 100,0%; PPV = 100,0%; NPV = 98,9%; Acc = 98,9%			

Chú thích: CLVT (+): có tổn thương cholesteatoma trên phim CLVT; CLVT(-): không tổn thương cholesteatoma trên phim CLVT; Phẫu thuật (+): có cholesteatoma trong phẫu thuật; Phẫu thuật (-): không có cholesteatoma trong phẫu thuật

Nhận xét: Ở nhóm cholesteatoma bẩm sinh, không ghi nhận tổn thương đoạn 3 ống thần kinh mặt trên CLVT cũng như trong phẫu thuật; CLVT đạt độ đặc hiệu 100% và độ chính xác 83,3%, trong khi độ nhạy không đánh giá được do không có ca dương tính thực sự. Ở nhóm cholesteatoma mắc phải, CLVT phát hiện 1/2 trường hợp tổn thương đoạn 3 được xác nhận trong phẫu thuật, cho thấy độ nhạy 50,0% nhưng vẫn duy trì độ đặc hiệu và giá trị dự báo dương tính 100%; giá trị dự báo âm tính đạt 98,7% và độ chính xác 98,8%. Trên toàn bộ mẫu nghiên cứu, CLVT đạt độ đặc hiệu 100%, độ chính xác 98,9% và NPV 98,9%, trong khi độ nhạy chỉ đạt 50,0%, cho thấy CLVT xương thái dương có giá trị cao trong loại trừ tổn thương đoạn 3 ống thần kinh mặt, song cần thận trọng khi diễn giải kết quả âm tính, đặc biệt ở các trường hợp cholesteatoma mắc phải có nguy cơ xâm lấn thần kinh mặt.

3.4. Giá trị của CLVT trong chẩn đoán tình trạng ống bán khuyên

Bảng 6. Giá trị của CLVT trong chẩn đoán rò ống bán khuyên

Kết quả PT \ Kết quả CLVT	Phẫu thuật (+)	Phẫu thuật (-)	Tổng
Bẩm sinh (n=41)			
CLVT (+)	0	0	0
CLVT (-)	0	12	12
Tổng	0	12	12
Sp = 100,0%; NPV = 83,3%; Acc = 83,3%			
Mắc phải (n=80)			
CLVT (+)	1	1	2
CLVT (-)	0	78	78
Tổng	1	79	80
Se = 100,0%; Sp = 98,7%; PPV = 50,0%; NPV = 100,0%; Acc = 98,8%			
Tổng (n=121)			
CLVT (+)	1	1	2
CLVT (-)	0	90	90
Tổng	1	91	92
Se = 100,0%; Sp = 98,9%; PPV = 50,0%; NPV = 100,0%; Acc = 98,9%			

Chú thích: CLVT (+): có tổn thương cholesteatoma trên phim CLVT; CLVT(-): không tổn thương cholesteatoma trên phim CLVT; Phẫu thuật (+): có cholesteatoma trong phẫu thuật; Phẫu thuật (-): không có cholesteatoma trong phẫu thuật

Nhận xét: Ở nhóm cholesteatoma bẩm sinh, không ghi nhận trường hợp rò ống bán khuyên trên CLVT cũng như trong phẫu thuật; CLVT cho kết quả âm tính hoàn toàn, phù hợp với phẫu thuật và đạt độ đặc hiệu 100%, trong khi giá trị dự báo âm tính và độ chính xác đạt 83,3%; độ nhạy và giá trị dự báo dương tính không đánh giá được do không có ca dương tính thực sự. Ở nhóm cholesteatoma mắc phải, CLVT phát hiện đúng trường hợp rò ống bán khuyên được xác nhận trong phẫu thuật (độ nhạy 100%), song vẫn ghi nhận một trường hợp dương tính giả, làm độ đặc hiệu giảm còn 98,7% và PPV đạt 50,0%; NPV đạt 100% và độ chính xác 98,8%. Trên toàn bộ mẫu nghiên cứu, CLVT duy trì độ nhạy 100%, độ đặc hiệu 98,9%, NPV 100% và độ chính xác rất cao (98,9%), trong khi PPV ở mức trung bình.

IV. BÀN LUẬN

Kết quả nghiên cứu cho thấy CLVT xương thái dương có giá trị cao trong phát hiện các tổn thương xương lớn do cholesteatoma. Ở nhóm cholesteatoma mắc phải, CLVT đạt độ nhạy 100% và độ đặc hiệu 89,7% trong phát hiện ổ màng não, với giá trị dự báo âm tính cao, cho phép loại trừ tương đối tin cậy tổn thương này trước phẫu thuật. Kết quả này phù hợp với các nhận định của Tan và cộng sự cũng như Ayache

và cộng sự, khi các tác giả đều ghi nhận độ chính xác cao của CLVT trong đánh giá các vùng tiêu xương lớn và vai trò quan trọng của phương tiện này trong lập kế hoạch phẫu thuật cholesteatoma [1], [5].

Ngược lại, CLVT có độ nhạy thấp trong phát hiện các tổn thương nhỏ hoặc liên quan nhiều đến mô mềm, như sa màng não và tổn thương đoạn 2 ống thần kinh mặt, mặc dù độ đặc hiệu vẫn cao. Nhận định này tương đồng với kết luận của Semaan và cộng sự, cho rằng CLVT khó phân biệt cholesteatoma với mô hạt, mô xơ và dễ bỏ sót các tổn thương vi thể của ống thần kinh mặt; đồng thời kết quả âm tính trên CLVT không đủ để loại trừ hoàn toàn tổn thương khi có nghi ngờ lâm sàng [1], [7].

Đối với các biến cố liên quan đến xoang Sigma, CLVT cho độ nhạy cao trong phát hiện xu thế xoang Sigma ra trước ở cholesteatoma mắc phải, nhưng độ đặc hiệu thấp hơn trong phân biệt giữa thay đổi vị trí giải phẫu và tiêu xương thực sự, phù hợp với nhận xét của Tan và cộng sự về sự phụ thuộc vào tiêu chuẩn đánh giá hình ảnh và kinh nghiệm người đọc phim [1].

Về mặt dịch tễ và sinh bệnh học, các bất thường màng não chỉ gặp ở nhóm cholesteatoma mắc phải, phù hợp với ý văn, trong đó các nghiên cứu của Yung, Alzahrani và cộng sự cho thấy cholesteatoma mắc phải có xu hướng gây biến chứng nhiều hơn do liên quan đến quá trình viêm mạn tính kéo dài [3]. Các cơ chế sinh học như vai trò của cytokine tiền viêm và enzym tiêu hủy xương cũng góp phần giải thích mức độ phá hủy xương và tỷ lệ biến chứng cao hơn ở thể mắc phải, như đã được Semaan và Kuo và cộng sự đề cập [4], [7].

Từ góc độ thực hành lâm sàng, các kết quả này củng cố vai trò của CLVT như phương tiện

hình ảnh nền tảng trong đánh giá tiền phẫu cholesteatoma, đặc biệt trong phát hiện các tổn thương xương lớn có ý nghĩa phẫu thuật; tuy nhiên, cần phối hợp thêm các kỹ thuật hình ảnh khác, nhất là cộng hưởng từ, trong những trường hợp nghi ngờ tổn thương nhỏ, mô mềm, hoặc đánh giá bệnh tồn dư và tái phát [1], [7].

V. KẾT LUẬN

Cắt lớp vi tính xương thái dương phát hiện tốt một số biến chứng màng não, xoang Sigma, ống thần kinh mặt và ống bán khuyên, góp phần hỗ trợ lập kế hoạch và tiên lượng cho phẫu thuật.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Kalcioglu, M.T., N.B. Muluk, and H.A. Jenkins**, Otology Updates. 2024, Cham: Springer Nature Switzerland AG.
2. **Vikram, B.K., et al.**, Complications in primary and secondary acquired cholesteatoma: a prospective comparative study of 62 ears. 2008. 29(1): p. 1-6.
3. **Ali, N., et al.**, Frequency and Distribution of Complications in Cholesteatoma Patients: A Tertiary Care Hospital Study. 2024. 4(1): p. 1248-1255.
4. **Lee, J.A., et al.**, Factors affecting complications and comorbidities in children with cholesteatoma. 2020. 135: p. 110080.
5. **Stefanescu, E.H., et al.**, High-Resolution Computed Tomography in Middle Ear Cholesteatoma: How Much Do We Need It? 2023. 59(10): p. 1712.
6. **Quattassi, N., et al.**, Middle ear-acquired cholesteatoma diagnosis based on CT scan image mining using supervised machine learning models. 2024. 13(1): p. 78.
7. **Semaan, M.T. and C.A.J.O.C.o.N.A. Megerian**, The pathophysiology of cholesteatoma. 2006. 39(6): p. 1143-1159.

MỐI LIÊN QUAN GIỮA THỜI GIẠN KHỞI PHÁT VÀ ĐIỀU TRỊ TÚI PHÌNH VỚI KẾT QUẢ THẦN KINH TỐT Ở BỆNH NHÂN CHẢY MÁU DƯỚI NHỆN DO VỠ PHÌNH MẠCH NÃO

Trần Hữu Thông¹, Lương Quốc Chính¹

TÓM TẮT

¹ Bệnh viện Bạch Mai

Chịu trách nhiệm chính: Trần Hữu Thông

Email: thongccbm@gmail.com

Ngày nhận bài: 14.1.2026

Ngày phản biện khoa học: 4.2.2026

Ngày duyệt bài: 18.3.2026

Mục tiêu: Tìm hiểu mối liên quan giữa thời gian khởi phát và điều trị túi phình với kết quả thần kinh tốt ở bệnh nhân chảy máu dưới nhện do vỡ phình động mạch não. **Thiết kế nghiên cứu:** nghiên cứu hồi cứu. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu trên 200 bệnh án của bệnh nhân chảy máu dưới nhện do vỡ phình động mạch não điều trị tại trung tâm Đột quỵ và khoa Phẫu thuật thần kinh từ tháng 8 năm 2023 đến hết tháng 8 năm 2024. **Kết quả:** Tuổi trung bình của bệnh nhân là 59, nữ giới chiếm đa số 54,5%.