

9. Ozen K Basoglu, Mehmet Sezai Tasbakan và Meral Kayikcioglu. Dyslipidemia prevalence in nonobese, nondiabetic patients with obstructive sleep apnea: does sex matter?, *Journal of Clinical Sleep Medicine*. 2023. 19(5). 889-898, <https://doi.org/10.5664/jcsm.10490>
10. Masanari Kuwabara, Remi Kuwabara, Koichiro Niwa, et.al. Different risk for hypertension, diabetes, dyslipidemia, and hyperuricemia according to level of body mass index in Japanese and American subjects. 2018. 10(8). 1011, PMID: 35261004; PMCID: PMC8796675.
11. Yeong Ho Kim, Kyung Do Han, Chul Hwan Bang, et.al. High waist circumference rather than high body mass index may be a predictive risk factor for the longer disease duration of chronic spontaneous urticaria, *Scientific Reports*. 2021. 11(1). 1-4, <https://doi.org/10.1038/s41598-021-81484-1>.

NGHIÊN CỨU ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG TRÊN BỆNH NHÂN CHẤN THƯƠNG XƯƠNG THÁI DƯƠNG TẠI THÀNH PHỐ CẦN THƠ NĂM 2021-2023

Võ Văn Năm^{1*}, Phạm Thanh Thế¹, Hồ Lê Hoài Nhân²

1. Trường Đại học Y Dược Cần Thơ

2. Bệnh viện Tai Mũi Họng Cần Thơ

*Email: bsvovannam@gmail.com

Ngày nhận bài: 30/5/2023

Ngày phản biện: 19/9/2023

Ngày duyệt đăng: 30/9/2023

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Chấn thương xương thái dương là vấn đề thường gặp trong thực hành lâm sàng. Tuy nhiên, các tổn thương trong xương thái dương dễ bị bỏ sót do thường kèm tổn thương nội sọ. Hiện nay, chụp cắt lớp vi tính là phương tiện rất tốt để đánh giá các tổn thương trong xương thái dương. Tuy nhiên, có nhiều hệ thống phân loại đường vỡ. Hệ thống phân loại cổ điển chia thành vỡ dọc, vỡ ngang, vỡ hỗn hợp. Hệ thống phân loại dựa theo mê đạo xương chia thành vỡ tổn thương mê đạo xương và vỡ không tổn thương mê đạo xương. Mỗi hệ thống phân loại giúp tiên lượng các triệu chứng lâm sàng khác nhau. **Mục tiêu nghiên cứu:** Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và mối liên quan giữa các hệ thống phân loại đường vỡ với triệu chứng của bệnh nhân chấn thương xương thái dương tại thành phố Cần Thơ năm 2021-2023. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** 65 trường hợp chấn thương xương thái dương được điều trị tại Bệnh viện Tai Mũi Họng Cần Thơ và Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ. **Kết quả:** Đặc điểm lâm sàng: nghe kém 78,4%, liệt mặt 32,3%. Hình ảnh CLVT: tổn thương xương con 27,7%. Hệ thống phân loại cổ điển có mối liên quan có ý nghĩa thống kê với tổn thương xương con ($p < 0,05$). Trong khi đó, phân loại đường vỡ dựa theo mê đạo xương cho thấy mối liên quan có ý nghĩa thống kê với nghe kém, liệt mặt ($p < 0,05$). **Kết luận:** Chấn thương xương thái dương có biểu hiện lâm sàng và hệ thống phân loại đường vỡ đa dạng. Chụp cắt lớp vi tính có vai trò rất quan trọng để đánh giá các tổn thương trong xương thái dương. Hệ thống phân loại cổ điển giúp tiên lượng tổn thương xương con. Hệ thống phân loại dựa theo mê đạo xương giúp tiên lượng tốt các triệu chứng lâm sàng nghe kém, liệt mặt.

Từ khóa: Chấn thương xương thái dương, cắt lớp vi tính, liệt mặt.

ABSTRACT**STUDY ON THE CLINICAL, SUBCLINICAL FEATURES OF PATIENTS WITH TEMPORAL BONE TRAUMA IN CAN THO CITY IN 2021-2023***Vo Van Nam^{1*}, Pham Thanh The¹, Ho Le Hoai Nhan²**1. Can Tho University of Medicine and Pharmacy**2. Can Tho Ear Nose Throat Hospital*

Background: Temporal bone trauma is a common problem in clinical practice. However, lesions in the temporal bone is easily overlooked because it is often associated with intracranial lesions. Currently, computed tomography scan is good methods to evaluate lesions in the temporal bone. The classical classification system divides longitudinal fractures, transverse fractures, mixed fractures. The otic capsule-based system divides otic capsule violating and otic capsule sparing. Each classification system helps to predict different clinical symptoms **Objectives:** To describe the clinical, subclinical features and link between broken line classification systems and symptoms of patients with temporal bone trauma in Can Tho city in 2021-2023. **Materials and methods:** 65 cases were diagnosed with temporal bone trauma and were treated at Can Tho Ear Nose Throat Hospital and Can Tho Central General Hospital. **Results:** Clinical features: hearing loss 78.4%, facial paralysis 32.3%. Computed tomography (CT) image: ossicular chain injury 27.7%. The classical classification system had a statistically significant association with ossicular chain injury ($p < 0.05$). On the other hand, the otic capsule-based system showed a statistically significant association with hearing loss, facial paralysis ($p < 0.05$). **Conclusions:** Temporal bone trauma have diverse clinical manifestations and fracture classification systems. Computed tomography scan plays a very important role in evaluating lesions in the temporal bone. The classical classification helps to predict ossicular chain injury. The otic capsule-based system provides a good prognosis for hearing loss, facial paralysis.

Keywords: Temporal bone trauma, computed tomography, facial paralysis.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Chấn thương xương thái dương là một vấn đề thường gặp trong thực hành lâm sàng và nguyên nhân phổ biến nhất là do tai nạn giao thông [1]. Tuy nhiên, khi xương thái dương bị chấn thương thường đi kèm theo chấn thương sọ não. Do nguy hiểm đến tính mạng nên các tổn thương trong não được quan tâm điều trị trước, vì thế các tổn thương trong xương thái dương thường bị bỏ sót. Hiện nay, chụp cắt lớp vi tính giúp phát hiện tốt các tổn thương trong xương thái dương nếu có [2], [3]. Tuy nhiên, có nhiều hệ thống phân loại đường vỡ. Hệ thống phân loại cổ điển chia thành vỡ dọc, vỡ ngang, vỡ hỗn hợp. Hệ thống phân loại dựa theo mê đạo xương chia thành vỡ tổn thương mê đạo xương và vỡ không tổn thương mê đạo xương. Mỗi hệ thống phân loại giúp tiên lượng các triệu chứng lâm sàng khác nhau. Vì thế, nghiên cứu này được thực hiện với mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và mối liên quan giữa các hệ thống phân loại đường vỡ với triệu chứng lâm sàng trên bệnh nhân chấn thương xương thái dương tại thành phố Cần Thơ năm 2021-2023.

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

Bệnh nhân đến khám và điều trị tại Bệnh viện Đa khoa Trung Ương Cần Thơ và Bệnh viện Tai Mũi Họng Cần Thơ được chẩn đoán chấn thương xương thái dương từ 3/2021 đến 5/2023.

- **Tiêu chuẩn chọn mẫu:** Bệnh nhân có tiền sử chấn thương vùng thái dương, được chụp CLVT thái dương có hình ảnh tổn thương, được khám lâm sàng và nội soi tai. Bệnh nhân đồng ý tham gia nghiên cứu.

- **Tiêu chuẩn loại trừ:** Bệnh nhân bị liệt mặt, bị nghe kém trước chấn thương.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- **Thiết kế nghiên cứu:** Nghiên cứu tiến cứu, mô tả, có can thiệp.

- **Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu:** Chúng tôi chọn được 65 trường hợp thỏa mãn tiêu chuẩn trên với phương pháp chọn mẫu thuận tiện.

- **Nội dung nghiên cứu:** Ghi nhận các đặc điểm chung (tuổi, giới, nguyên nhân chấn thương), đặc điểm lâm sàng, đặc điểm cận lâm sàng gồm hình ảnh nội soi tai, hình ảnh CLVT (các loại đường vỡ, vị trí tổn thương) và mối liên quan giữa các triệu chứng lâm sàng và hai hệ thống phân loại đường vỡ.

- **Phương pháp thu thập số liệu:** Hỏi bệnh sử, tiền sử người bệnh, thân nhân; khám lâm sàng; xem hồ sơ bệnh án và thu thập thông tin qua bệnh án nghiên cứu.

- **Phương pháp xử lý số liệu:** Nhập và xử lý số liệu bằng phần mềm SPSS 20.0. Các biến định tính được trình bày dưới dạng tần suất, tỷ lệ phần trăm. Các số liệu sau khi xử lý được trình bày dưới dạng bảng, biểu bảng phần mềm Excel 2016.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm lâm sàng

Bảng 1. Phân bố theo tuổi, giới tính và nguyên nhân chấn thương

Thông tin chung		Tần số	Tỷ lệ (%)
Giới	Nam	51	78,5
	Nữ	14	21,5
Tuổi	≤15 tuổi	3	4,6
	16-45 tuổi	55	84,6
	>45 tuổi	7	10,8
Nguyên nhân chấn thương	Tai nạn giao thông	59	90,8
	Tai nạn lao động	2	3,1
	Tai nạn sinh hoạt	3	4,6
	Bị tấn công	1	1,5

Nhận xét: Đa số bệnh nhân là giới tính nam, giới nữ chiếm tỷ lệ thấp hơn. Bệnh nhân ở độ tuổi 16-45 chiếm tỷ lệ cao nhất, sau đó đến độ tuổi >45 tuổi, độ tuổi ≤15 tuổi chiếm tỷ lệ thấp nhất. Nguyên nhân chấn thương chiếm phần lớn là tai nạn giao thông.

Bảng 2. Triệu chứng lâm sàng

Triệu chứng lâm sàng	Tần số	Tỷ lệ (%)
Chảy máu tai	58	89,2
Chảy dịch não tủy	1	1,5
Ù tai	35	53,8
Nghe kém	41	63,1
Liệt mặt ngoại biên	21	32,3

Nhận xét: Triệu chứng chiếm tỷ lệ cao nhất là chảy máu tai. Chảy dịch não tủy là triệu chứng chiếm tỷ lệ thấp nhất.

3.2. Đặc điểm cận lâm sàng

Bảng 3. Hình ảnh nội soi tai

Nội soi tai	Tần số	Tỷ lệ (%)
Hẹp ống tai ngoài	6	9,2
Thủng màng nhĩ	8	12,3
Tụ máu hòm nhĩ	46	70,8
Tổn thương xương con	4	6,2

Nhận xét: Trong nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận hình ảnh tụ máu hòm nhĩ chiếm tỷ lệ đa số. Tổn thương xương con chiếm tỷ lệ thấp nhất.

Bảng 4. Hình ảnh tổn thương xương con trên phim CLVT

Xương con	Tần số	Tỷ lệ (%)
Tổn thương	18	27,7
Bình thường	47	72,3

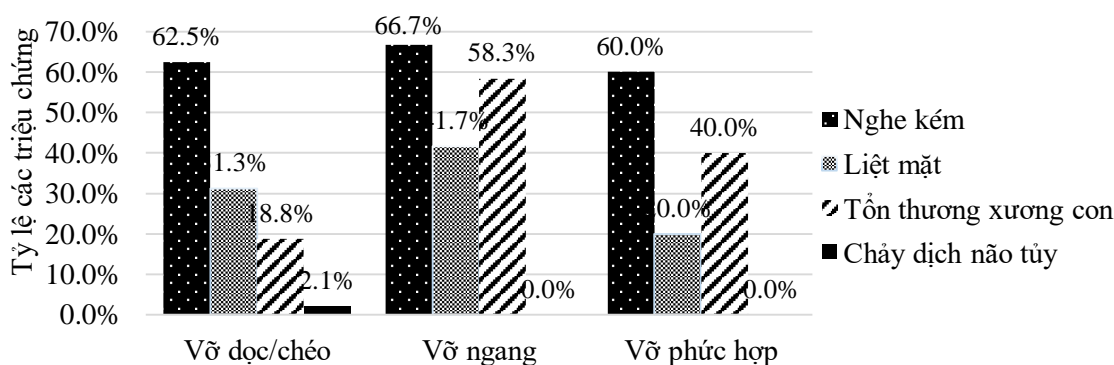
Nhận xét: Trong nghiên cứu của chúng tôi phim chụp CLVT đa số không có hình ảnh tổn thương xương con.

Bảng 5. Đặc điểm đường võ trên phim CLVT

Hệ thống phân loại	Đường võ	Tần số	Tỷ lệ (%)
Cổ điển	Võ dọc/chéo	48	73,8
	Võ ngang	12	18,5
	Võ phức hợp	5	7,7
Theo mê đạo xương	Võ qua mê đạo xương	16	24,6
	Võ không qua mê đạo xương	49	75,4

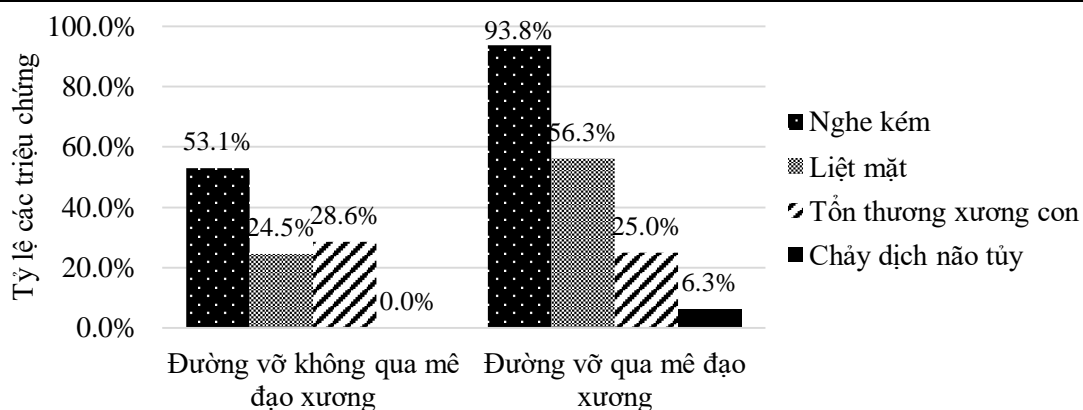
Nhận xét: Trong phân loại cổ điển, đường võ dọc/chéo chiếm tỷ lệ cao nhất, đường võ ngang chiếm tỷ lệ thấp hơn, đường võ phức hợp chiếm tỷ lệ thấp nhất. Trong phân loại theo mê đạo xương (MĐX) đường võ đi qua MĐX chiếm tỷ lệ thấp. Đa số đường võ không qua MĐX.

3.3. Mối liên quan giữa các hệ thống phân loại đường võ và các triệu chứng



Biểu đồ 1. Tỷ lệ các triệu chứng theo phân loại cổ điển

Nhận xét: Trong phân loại cổ điển, tỷ lệ các triệu chứng nghe kém, liệt mặt, chảy dịch não tủy giữa các kiểu võ không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê. Tổn thương xương con chiếm tỷ lệ cao hơn ở kiểu võ ngang và có ý nghĩa thống kê ($p=0,019$).



Biểu đồ 2. Tỷ lệ các triệu chứng theo phân loại dựa theo mê đạo xương

Nhận xét: Trong phân loại có hay không có tổn thương MĐX, tỷ lệ các triệu chứng tổn thương xương con, chảy dịch não tủy giữa hai kiểu vỡ không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê. Triệu chứng nghe kém và liệt mặt ở nhóm đường vỡ qua MĐX có tỷ lệ gấp nhiều hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm đường vỡ không qua MĐX ($p < 0,05$).

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm lâm sàng trên bệnh nhân chấn thương xương thái dương

Về giới: Giới nam chiếm tỷ lệ 78,5%, cao hơn giới nữ chỉ chiếm 21,5%. Kết quả trên tương đồng với nghiên cứu của Nguyễn Thị Quyên (2020) giới nam chiếm tỷ lệ 78,9% [4]. Điều này có thể giải thích do giới nam có tỷ lệ tham gia giao thông nhiều hơn và đặc biệt là lái xe trong tình trạng say xỉn.

Về tuổi: Độ tuổi chấn thương xương thái dương thường gặp nhất trong nghiên cứu chúng tôi là độ tuổi lao động từ 16-45 chiếm 55%. Tuổi >45 gặp ít hơn chỉ chiếm 10,8% và độ tuổi ≤ 15 gặp ít nhất với 4,6%. Kết quả trong nghiên cứu của Nguyễn Thị Quyên (2020), đa số bệnh nhân ở độ tuổi từ 20-50 tuổi [4]. Điều này có thể giải thích do đa phần người lao động và tham gia giao thông nhiều ở độ tuổi này.

Về nguyên nhân gây chấn thương xương thái dương gặp với tỷ lệ cao nhất trong nghiên cứu chúng tôi là tai nạn giao thông chiếm 90,8%, nguyên nhân gặp với tỷ lệ thấp hơn là tai nạn sinh hoạt và tai nạn lao động, còn một nguyên nhân ít gặp khác là bị người khác tấn công. Kết quả nghiên cứu của Nguyễn Thị Quyên (2020) tai nạn giao thông là nguyên nhân chiếm đa số với 73,7%, còn nghiên cứu của Nguyễn Song Hào (2010) tai nạn giao thông chiếm tỷ lệ 79,9% [4], [5]. Tuy kết quả nghiên cứu của chúng tôi cao hơn, nhưng so sánh với các nghiên cứu khác vẫn cho thấy tai nạn giao thông là nguyên nhân hàng đầu gây chấn thương xương thái dương.

Triệu chứng lâm sàng thường gặp nhất trong nghiên cứu của chúng tôi là chảy máu tai chiếm tỷ lệ 89,2%. Trong nghiên cứu của Nguyễn Thị Quyên (2020) chảy máu tai chiếm tỷ lệ 92,5% [4]. Như vậy triệu chứng chảy máu tai giúp gợi ý trên lâm sàng có vỡ xương thái dương. Còn các triệu chứng khác như ù tai chiếm tỷ lệ 35,1%, nghe kém chiếm 63,1%, liệt mặt 32,3%, chảy dịch não tủy 1,5%. Trong nghiên cứu của Nguyễn Minh Tuấn (2011) tỷ lệ nghe kém chiếm 33,3%, liệt mặt chiếm 26,2%, chảy dịch não tủy chiếm 4,8% [6]. Tỷ lệ nghe kém gặp nhiều hơn trong nghiên cứu của chúng tôi có thể giải thích do đa phần bệnh

nhân của chúng tôi được khám sớm khi tụ máu hòm nhĩ, tổn thương ống tai vẫn còn, trong nghiên cứu của Nguyễn Minh Tuấn thời gian đến bệnh viện khám trễ hơn. Chảy dịch não tủy là triệu chứng ít gặp trong các nghiên cứu. Liệt mặt là triệu chứng tuy không gặp nhiều như nghe kém, nhưng là triệu chứng ảnh hưởng nhiều nhất đến tâm lý người bệnh.

4.2. Đặc điểm cận lâm sàng trên bệnh nhân chấn thương xương thái dương

Hình ảnh nội soi tai chiếm tỷ lệ nhiều nhất là tụ máu hòm nhĩ. Thủng màng nhĩ gặp với tỷ lệ 12,3% và hầu hết có thể tự lành mà không cần phẫu thuật. Hẹp ống tai ngoài chiếm 9,2% chủ yếu do vỡ xương nhĩ khi có lực truyền từ chòm xương hàm dưới vào ổ khớp thái dương hàm. Nội soi có thể thấy được tổn thương xương con qua màng nhĩ thủng, qua hình ảnh di lệch cán búa, có 1 trường hợp thấy đầu xương búa lồi ra ngoài ống tai. Trong nghiên cứu của Đinh Thị Mai Phương (2020) có tỷ lệ tụ máu hòm nhĩ là 26,7% thấp hơn trong nghiên cứu của chúng tôi, có thể giải thích do đa số bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi được nội soi sớm sau chấn thương, còn trong nghiên cứu của Đinh Thị Mai Phương thì muộn hơn [7].

Hình ảnh tổn thương xương con trong nghiên cứu của chúng tôi là 27,7%, cao hơn so với nghiên cứu của Honeybrook (2017) tổn thương xương con chỉ chiếm 11,8% [8]. Đa số các trường hợp không có tổn thương xương con. Điều này nói lên mặc dù nghe kém gặp nhiều nhưng do nhiều nguyên nhân gồm hẹp ống tai, thủng màng nhĩ, tụ máu hòm nhĩ chứ không phải chủ yếu do tổn thương xương con. Hình ảnh tổn thương xương con có sự khác biệt giữa CLVT (27,7%) và nội soi tai (6,2%), điều này có thể giải thích do khi nội soi tai có trường hợp bị hẹp ống tai, tụ máu hòm nhĩ rất khó quan sát cả hệ thống xương con, trừ khi xương con lồi ra ngoài ống tai hoặc hình ảnh cán búa bị di lệch nhiều mới gợi ý hình ảnh tổn thương xương con qua nội soi. CLVT có vai trò rất quan trọng trong việc khảo sát chấn thương xương con.

Hiện tại có hai loại phân loại đường vỡ thường được đề cập gồm phân loại cổ điển (dựa vào hướng đường vỡ so với trục xương đá chia thành vỡ dọc/chéo, vỡ ngang và vỡ phức hợp) và phân loại mới (dựa vào đường vỡ có hay không có đi qua mê đạo xương chia thành vỡ qua mê đạo xương và vỡ không qua mê đạo xương).

Đối với phân loại cổ điển loại đường vỡ gặp nhiều nhất là đường vỡ dọc/chéo với 73,8%. Vỡ ngang và vỡ phức hợp ít gặp hơn. Nghiên cứu của chúng tôi cũng phù hợp với nghiên cứu Nguyễn Xuân Hòa (2016) với tỷ lệ đường vỡ dọc là 84,6%, nghiên cứu của Tae Hoon Kong (2019) với tỷ lệ đường vỡ dọc là 77%, nghiên cứu của Nguyễn Thị Quyên (2020) có tỷ lệ đường vỡ dọc/chéo chiếm 63,5% [4],[9],[10]. Và trong nghiên cứu của chúng tôi có 13,8% trường hợp có đường vỡ qua mê đạo xương cao hơn so với nghiên cứu của Nguyễn Thị Quyên (2020) chỉ chiếm 10% [4]. Đường vỡ ngang chiếm 18,5%, trong khi đường vỡ qua MĐX chiếm 12,8%, do đó không phải tất cả đường vỡ ngang sẽ gây vỡ MĐX.

Xem xét mối quan hệ tương quan giữa hai kiểu phân loại đường vỡ với các triệu chứng để khảo sát xem kiểu phân loại nào có ý nghĩa hơn về mặt lâm sàng. Trong phân loại cổ điển, triệu chứng nghe kém chiếm 30/48 (62,5%) trong vỡ dọc/chéo, 8/12 (66,7%) trong vỡ ngang, 3/5 (60%) trong vỡ phức hợp, không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê. Triệu chứng liệt mặt chiếm 15/48 (31,2%) trong vỡ dọc/chéo, 5/12 (41,7%) trong vỡ ngang, 1/5 (20%) trong vỡ phức hợp, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê. Triệu chứng chảy dịch não tủy chỉ chiếm 1 trường hợp và nằm trong nhóm vỡ dọc/chéo. Tổn thương xương con chiếm 9/48 (18,8%) trong vỡ dọc/chéo, 7/12 (58,3%) trong vỡ ngang, 2/5 (40%) trong vỡ

phức hợp, vỡ ngang có tỷ lệ tổn thương xương con cao hơn các kiểu vỡ khác và có ý nghĩa thống kê với $P=0,019<0,05$.

Trong phân loại theo mê đạo xương, triệu chứng nghe kém chiếm 15/16 (93,8%) trong vỡ qua MĐX nhiều hơn so với nghe kém trong vỡ không qua MĐX chỉ chiếm 26/49 (53,1%) và sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $P=0,006<0,05$. Triệu chứng liệt mặt chiếm 9/16 (56,2%) trong vỡ qua MĐX nhiều hơn so với 12/49 (24,5%) trong vỡ không qua MĐX có ý nghĩa thống kê với $P=0,03<0,05$. Chảy dịch não tủy chỉ chiếm 1 trường hợp trong nhóm vỡ qua MĐX. Tổn thương xương con đối với vỡ qua MĐX chiếm 4/16 (25%) so với vỡ không qua MĐX chiếm 14/49 (28,6%) không có sự khác biệt có ý nghĩa. Mặc dù tổn thương xương con là nguyên nhân gây ra nghe kém nhưng chỉ ảnh hưởng đến dẫn truyền, tuy nhiên đối với kiểu vỡ qua MĐX sẽ tổn thương nghiêm trọng hệ thống ốc tai nên còn gây nghe kém tiếp nhận, vì thế tỷ lệ nghe kém (93,9%) cao hơn nhiều so với tỷ lệ tổn thương xương con (25%).

Như vậy khi đối chiếu giữa đường vỡ trên CLVT và triệu chứng: đối với phân loại cổ điển, tổn thương xương con chiếm tỷ lệ cao ở kiểu vỡ ngang. Đối với phân loại theo MĐX, kiểu vỡ qua MĐX có tỷ lệ nghe kém và liệt mặt nhiều hơn. Nghiên cứu của Nguyễn Thị Quyên (2020) tỷ lệ nghe kém chiếm tỷ lệ cao ở kiểu vỡ qua MĐX có ý nghĩa thống kê, còn các triệu chứng liệt mặt, tổn thương xương con khác biệt không có ý nghĩa. Tuy nhiên Nguyễn Thị Quyên không thấy sự khác biệt của tổn thương xương con trong phân loại cổ điển [4]. Trong nghiên cứu của Nguyễn Minh Tuấn (2011) tương đồng với nghiên cứu của chúng tôi là kiểu vỡ qua MĐX có tỷ lệ liệt mặt và nghe kém cao hơn có ý nghĩa so với kiểu vỡ không qua MĐX. Còn đối với phân loại cổ điển, các triệu chứng nghe kém, liệt mặt, chảy dịch não tủy không có sự khác biệt [6]. Nghiên cứu của Little (2006) cho thấy hệ thống phân loại dựa theo MĐX tiên lượng có ý nghĩa thống kê với các triệu chứng liệt mặt, nghe kém tiếp nhận và chảy dịch não tủy, còn hệ thống phân loại cổ điển không cho thấy dự đoán có ý nghĩa nào về các triệu chứng [11].

V. KẾT LUẬN

Chấn thương xương thái dương thường gặp ở giới nam, độ tuổi chủ yếu trong độ tuổi lao động, nguyên nhân thường gặp nhất là tai nạn giao thông. Biểu hiện lâm sàng rất đa dạng và thường gặp các triệu chứng như chảy máu tai, nghe kém, ù tai. Chụp cắt lớp vi tính giúp đánh giá toàn bộ cấu trúc cũng như xác định mức độ tổn thương. Hệ thống phân loại cổ điển giúp dự đoán tình trạng tổn thương xương con. Hệ thống phân loại dựa theo mê đạo xương có giá trị dự đoán các triệu chứng lâm sàng nghe kém, liệt mặt tốt hơn hệ thống phân loại cổ điển.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Tuấn Anh, Lưu Sỹ Hùng, Nguyễn Văn Thoan. Nghiên cứu đặc điểm hình thái vỡ xương sọ do tai nạn giao thông đường bộ qua giám định pháp y. *Tạp chí Khoa học ĐHQGHN: Khoa học Y Dược*. 2017. 33(1), 70-74, doi: 10.25073/2588-1132/vnumps.4056.
2. Lantos J.E., Leeman K., Weidman E.K., Dean K.E., Peng T. Imaging of temporal bone trauma: a clinicroadiologic perspective. *Neuroimaging Clinics*. 2019. 29(1), 129-143, doi: 10.1016/j.nic.2018.08.005.
3. Zayas J.O., Feliciano Y.Z., Hadley C.R., Gomez A.A., & Vidal J.A. Temporal bone trauma and the role of multidetector CT in the emergency department. *Neuroradiologie Scan*, 2012. 2(03), 201-216, doi: 10.1148/rg.316115506.

4. Nguyễn Thị Quyên. Nghiên cứu hình thái đường vỡ trong chấn thương xương thái dương. Đại học Y Hà Nội; 2020. 51-67.
 5. Nguyễn Song Hào. Nghiên cứu hình thái lâm sàng, thăm dò chức năng tai và chụp cắt lớp vi tính chấn thương tai giữa. Đại học Y Hà Nội. 2010. 50-80.
 6. Nguyễn Minh Tuấn, Trần Thị Bích Liên. Đặc điểm lâm sàng - cận lâm sàng của bệnh nhân chấn thương xương thái dương điều trị tại bệnh viện nhân dân 115. *Tạp chí Y học TP. Hồ Chí Minh*. 2011. 15(1), 147-152.
 7. Đinh Thị Mai Phương. Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, thính lực và cắt lớp vi tính 128 dãy của tổn thương xương con trong chấn thương xương thái dương. Đại học Y Hà Nội. 2020. 41-59.
 8. Honeybrook A., Patki A., Chapurin N., and Woodard C. Hearing and mortality outcomes following temporal bone fractures. *Craniofacial Trauma & Reconstruction*. 2017. 10(4), 281-285, doi: 10.1055/s-0037-1601885.
 9. Nguyễn Xuân Hòa. Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và điều trị tổn thương dây thần kinh VII ngoại biên do chấn thương xương thái dương. Đại học Y Hà Nội. 2016. 60-82.
 10. Kong T.H, Lee J.W, Park Y.A, Seo Y.J. Clinical Features of Fracture versus Concussion of the Temporal Bone after Head Trauma. *J Audiol Otol*. 2019. 23(2), 96-102, doi: 10.7874/jao.2018.00339.
 11. Little S.C., Kesser B.W. Radiographic classification of temporal bone fractures: clinical predictability using a new system. *Archives of otolaryngology--head & neck surgery*. 2006. 132(12), 1300–1304, doi: 10.1001/archotol.132.12.1300.
-