

## ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ LIỆT MẶT NGOẠI BIÊN DO CHẤN THƯƠNG XƯƠNG THÁI DƯƠNG

Trần Phương Nam<sup>1</sup>, Lê Chí Thông<sup>1</sup>, Dương Mạnh Đạt, Nguyễn Quốc Dũng, Phan Ngô Huy, Lê Việt Thanh, Nguyễn Duy Phú

Khoa Tai Mũi Họng, Bệnh viện Trung ương Huế

<https://doi.org/10.60137/tmhvn.v69i63.89>

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Đánh giá kết quả điều trị liệt mặt ngoại biên do chấn thương xương thái dương. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** 26 bệnh nhân liệt mặt ngoại biên do chấn thương xương thái dương được chẩn đoán và điều trị tại Bệnh viện Trung ương Huế từ tháng 6/2020 đến tháng 10/2023. Nghiên cứu tiền cứu, có can thiệp lâm sàng, theo dõi dọc và không đối chứng. **Kết quả:** Nam giới gặp đa số, chiếm tỷ lệ 65,4% (17/26). Nguyên nhân chấn thương do tai nạn giao thông, chiếm 80,8% (21/26). Tuổi trung bình là 35,3. Hình thái đường gãy trên phim chụp cắt lớp vi tính xương thái dương là gãy dọc (50%), gãy ngang (34,6%), và gãy chéo (15,4%), 69,2% trường hợp có tổn thương mê nhĩ. Liệt mặt tức thì sau chấn thương gặp trong 15/26 trường hợp, đa số bệnh nhân liệt mặt nặng hoặc liệt hoàn toàn (phân độ House Brackman V - VI). 9/26 bệnh nhân được điều trị nội khoa, 17/26 bệnh nhân được điều trị phẫu thuật giảm áp dây thần kinh VII. Kết quả điều trị sau 3 tháng, 76,9% bệnh nhân phục hồi tốt (thang điểm House-Brackman I-II), 23,1% bệnh nhân hồi phục trung bình (thang điểm House-Brackman III-IV). **Kết luận:** Điều trị phẫu thuật giảm áp dây thần kinh VII mang lại kết quả phục hồi chức năng thần kinh mặt có hiệu quả sau chấn thương xương thái dương.

**Từ khóa:** liệt mặt, chấn thương xương thái dương, chấn thương gãy xương thái dương

### THE RESULT OF TREATMENT FOR POST TEMPORAL BONE FRACTURE FACIAL PARALYSIS

#### ABSTRACT

**Objectives:** This paper aim to evaluate the outcome of post temporal bone fracture facial paralysis treatment. **Material and methods:** a total of 26 patients who had diagnosed post temporal bone fracture facial paralysis and treated at Hue Central hospital from 6/2020 to 10/2023. A prospective cohort study was conducted. **Results:** Of the 26 cases, 65,4% were male. The main reason for trauma was traffic accidents. The mean age was 35,3.

---

<sup>1</sup> Tác giả chính: Trần Phương Nam; ĐT: 0914001944; Email: bstranphuongnam@gmail.com

Nhận bài: 7/01/2024

Ngày nhận phản biện: 18/01/2024

Ngày nhận phản hồi: 28/01/2024

Ngày duyệt đăng: 30/01/2024

Longitudinal fractures were seen in 13 cases (50%), tranverse fracatures in 9 cases (34,6%), and mixed fractures in 4 cases (15,4%), 69,2% of the fracture impacted optic capsule. The result of topognostic Test was normal in most cases. Facial paralysis was of immediate onset in 15/26 cases, most of the patients had severe dysfunction or total paralysis of facial nerve (House-Brackman grade V-VI). Conservation treatment was seen in 9/26 cases, 17 cases were treated with facial nerve depression. After 3 months of treatment, 76,9% patients recovered well (House-Brackman grade I-II). **Conclusion:** Facial nerve decompression is an effective method in patient with temporal bone fracture facial paralysis.

**Keyword:** *facial paralysis, temporal bone trauma, temporal bone fracture*

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Chấn thương xương thái dương (CTXTD) là nguyên nhân thứ hai trong các nguyên nhân gây ra liệt mặt ngoại biên [11]. Chấn thương xương thái dương gặp trong 14% - 22% bệnh nhân chấn thương sọ não. Ngoài biến chứng liệt mặt, chấn thương xương thái dương có thể gây ra các biến chứng nghiêm trọng khác nghe kém tiếp nhận thần kinh, rò dịch não tủy và viêm màng não [2], [9]. Hậu quả của liệt mặt gây bất đối xứng vùng mặt, ảnh hưởng thẩm mỹ và chức năng của dẫn đến tác động tiêu cực đến tâm lý và chất lượng sống của bệnh nhân [6].

Theo C Y Chang, khoảng 7% - 10% bệnh nhân chấn thương xương thái dương gặp phải tình trạng liệt mặt. Theo Nguyễn Minh Tuấn, liệt mặt gặp trong 26,2% bệnh nhân của chấn thương xương thái dương [2], [7]. Nguyên nhân thường gặp nhất là tai nạn giao thông. Liệt mặt xảy ra do thần kinh mặt bị tổn thương trực tiếp hoặc có thể gián tiếp.

Thăm khám sớm rất quan trọng, xác

định thời điểm xuất hiện liệt mặt và mức độ liệt mặt theo thang điểm House Brackman nhằm đưa ra phương pháp điều trị tối ưu trên bệnh nhân [9]. Điều trị liệt mặt ngoại biên sau chấn thương xương thái dương bao gồm điều trị nội khoa bảo tồn, phẫu thuật giải áp dây thần kinh mặt, kết hợp châm cứu. Lựa chọn phương pháp điều trị thay đổi tùy theo mức độ đáp ứng của bệnh nhân đối với phác đồ nội khoa, mức độ liệt mặt.

Nghiên cứu “Đánh giá kết quả điều trị liệt mặt ngoại biên do chấn thương xương thái dương” được thực hiện nhằm khảo sát kết quả điều trị liệt mặt ngoại biên do chấn thương xương thái dương tại Khoa Tai Mũi Họng, Bệnh viện Trung ương Huế.

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

**2.1. Đối tượng nghiên cứu:** gồm 26 bệnh nhân liệt mặt ngoại biên do CTXTD được chẩn đoán và điều trị tại Bệnh viện Trung ương Huế từ 6/2020 đến 11/2023.

### **Tiêu chuẩn chọn bệnh**

- Bệnh nhân chấn thương xương thái

dương có biến chứng liệt mặt ngoại biên hoàn toàn.

- Bệnh nhân liệt mặt ngoại biên sau chấn thương xương thái dương không hoàn toàn nhưng không đáp ứng điều trị nội khoa.

- Bệnh nhân có tái khám sau kết thúc điều trị 03 tháng và theo dõi sau điều trị đánh giá tình trạng hồi phục.

### **Tiêu chuẩn loại trừ**

- Bệnh nhân có liệt mặt ngoại biên trước khi xảy ra chấn thương hoặc các liệt mặt khác không do chấn thương xương thái dương (liệt Bell, zona tai...)

## **2.2. Phương pháp nghiên cứu**

**2.2.1. Thiết kế nghiên cứu:** Nghiên cứu tiến cứu, có can thiệp lâm sàng.

**2.2.2. Cách chọn mẫu:** Chọn mẫu thuận tiện, ngẫu nhiên, không xác suất.

### **2.2.3. Các bước tiến hành**

#### **Bước 1:** Khám lâm sàng

- Ghi nhận đặc điểm chung: Tuổi, giới, địa chỉ, ngày vào viện, ngày ra viện.

- Khám lâm sàng: Toàn thân, cơ năng, thực thể, đánh giá mức độ liệt mặt theo thang điểm House-Brackmann.

- Thực hiện xét nghiệm hình ảnh CT Scan sọ não, CT Scan xương thái dương...

#### **Bước 2:** Điều trị liệt mặt do chấn thương vỡ xương thái dương

- Điều trị bảo tồn: bệnh nhân được điều trị bảo tồn theo với liệu trình corticoid

1mg/kg/24h x 10 ngày, phối hợp với châm cứu. Đánh giá đáp ứng điều trị phục hồi theo thang điểm House - Brackmann.

- Phẫu thuật được chỉ định ở những bệnh nhân không đáp ứng điều trị bảo tồn và không có chống chỉ định phẫu thuật.

#### **Bước 3:** Tái khám, đánh giá kết quả điều trị

- Đánh giá kết quả phẫu thuật sau 3 tháng dựa trên thang điểm House-Brackmann.

**2.2.4. Xử lý số liệu:** Sử dụng phần mềm SPSS 22.0 để xử lý và phân tích số liệu.

## **III. KẾT QUẢ**

### **3.1. Một số đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của liệt mặt ngoại biên do chấn thương xương thái dương**

Tuổi trung bình của mẫu nghiên cứu là  $35,3 \pm 2,8$ , tuổi nhỏ nhất là 19 tuổi và tuổi lớn nhất là 57 tuổi. Nam giới chiếm đa số với tỷ lệ 65,4%.

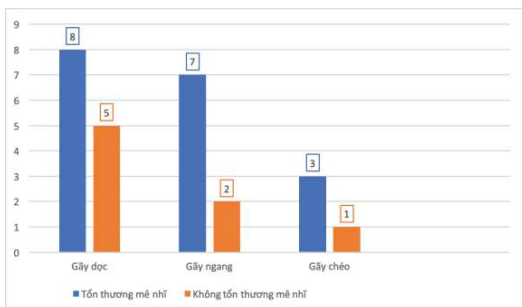
Nguyên nhân chấn thương do tai nạn giao thông chiếm 80,8%, còn lại là tai nạn lao động và tai nạn sinh hoạt.

**Bảng 1.** Mức độ liệt mặt và khởi phát liệt mặt

Khởi phát liệt mặt / Mức độ liệt mặt	Tức thì		Muộn		Tổng	
	n	%	n	%	n	%
Độ III	0	0	3	27,3	3	11,5
Độ IV	2	13,3	3	27,3	5	19,2
Độ V	5	33,3	5	45,6	10	38,5
Độ VI	8	55,6	0	0	8	30,8
<b>Tổng</b>	<b>15</b>	<b>100</b>	<b>11</b>	<b>100</b>	<b>26</b>	<b>100</b>

Liệt mặt độ V chiếm tỷ lệ cao nhất,

38,5%, tiếp đến là liệt mặt độ VI chiếm 31,2%. Liệt mặt không hoàn toàn chiếm 30,8%.



**Biểu đồ 1.** Phân loại tổn thương trên CT Scan

Số trường hợp gãy dọc chiếm ưu thế với 50%, tiếp theo là gãy ngang. Tỷ lệ tổn thương mê nhĩ trên CT Scan là 69,2%.

**Bảng 2.** Kết quả test định khu tổn thương

	Số trường hợp	Tỷ lệ %
<b>Vị giác (n= 26)</b>		
Bình thường	16	61,5
Giảm vị giác	10	38,5
<b>Phản xạ cơ bàn đạp (n= 21)</b>		
Có phản xạ	13	61,9
Không có phản xạ	8	30,1
<b>Schirmer (n= 26)</b>		
Bình thường	18	69,2
Giảm tiết nước mắt	8	30,8

10/26 trường hợp bệnh nhân có giảm vị giác 2/3 trước lưỡi cùng bên, 30,8% bệnh nhân có giảm tiết nước mắt bên tổn thương so với bên lành. Phản xạ cơ bàn đạp không thực hiện được ở 5/26 bệnh nhân và kèm theo thủng màng nhĩ, tỷ lệ mất phản xạ cơ bàn đạp là 30,1%.

### 3.2. Kết quả điều trị liệt mặt ngoại biên do chấn thương xương thái dương

Điều trị phẫu thuật chiếm 65,4%, tất cả bệnh nhân liệt mặt tức thì đều được điều trị phẫu thuật.

**Bảng 3.** Liên quan giữa phương pháp điều trị và khởi phát liệt mặt

Phương pháp điều trị	Tức thì		Muộn		Tổng	
	n	%	n	%	n	%
Bảo tồn	0	0	9	81,8	9	34,6
Phẫu thuật	15	100	2	18,2	17	65,4
<b>Tổng</b>	<b>15</b>	<b>100</b>	<b>11</b>	<b>100</b>	<b>26</b>	<b>100</b>

**Bảng 4.** Liên quan giữa phương pháp điều trị và mức độ liệt mặt

PP điều trị	Độ III		Độ IV		Độ V		Độ VI		Tổng	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Bảo tồn	3	100	4	80	2	20	0	0	9	34,6
Phẫu thuật	0	0	1	20	8	80	8	100	17	65,4
<b>Tổng</b>	<b>3</b>	<b>100</b>	<b>5</b>	<b>100</b>	<b>10</b>	<b>100</b>	<b>8</b>	<b>100</b>	<b>26</b>	<b>100</b>

Đa số bệnh nhân liệt mặt hoàn toàn được điều trị phẫu thuật, chiếm 94,1%, 1/8 bệnh nhân liệt mặt không hoàn toàn được phẫu thuật sau khi điều trị nội khoa không đáp ứng.

**Bảng 5.** Kết quả điều trị trong thời gian nằm viện

Phương pháp điều trị	Bảo tồn		Phẫu thuật		Tổng	
	n	%	n	%	n	%
Tiến triển						
Cải thiện liệt mặt	7	77,8	9	52,9	16	61,5
Không thay đổi	2	22,2	8	47,1	10	38,5
<b>Tổng</b>	<b>9</b>	<b>100</b>	<b>17</b>	<b>100</b>	<b>26</b>	<b>100</b>

77,8% bệnh nhân điều trị bảo tồn tiến triển cải thiện liệt mặt ngay trong thời gian nằm viện, tỷ lệ này ở nhóm phẫu thuật là 52,9%. Xét trên toàn bộ trường hợp được điều trị, tỷ lệ tiến triển tốt lên chiếm đa số với 61,5%.

**Bảng 6.** Kết quả điều trị sau tái khám 3 tháng

Mức độ liệt PP điều trị	Mức độ liệt					
	Độ I	Độ II	Độ III	Độ IV	Độ V	Độ VI
<b>Điều trị bảo tồn</b>						
Trước	0	0	3	4	2	0
Sau	5	2	1	0	0	0
<b>Phẫu thuật</b>						
Trước	0	0	0	1	8	8
Sau	5	8	3	2	0	0

Sau 3 tháng, có 20/26 (76,9%) bệnh nhân phục hồi tốt, đạt mức HB I-II. 6/16 trường hợp phục hồi trung bình (HB III-IV).

#### IV. BÀN LUẬN

##### 4.1. Một số đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của liệt mặt ngoại biên do chấn thương xương thái dương

Tuổi trung bình của mẫu nghiên cứu là  $35,3 \pm 2,8$ ; tuổi nhỏ nhất là 19 tuổi và tuổi lớn nhất là 57 tuổi. Nhóm tuổi hay gặp nhất là 16 - 45 tuổi, chiếm 73,1%. Kết quả này của chúng tôi tương đồng với nghiên cứu của Lương Hồng Châu trên 112 bệnh nhân liệt mặt do CTXTD với tuổi trung bình là 35,5, 76,1% bệnh nhân từ 16 đến 45 tuổi. Theo các tác giả Ulug, Nguyễn Minh Tuấn, lứa tuổi 16-45 chiếm tỷ lệ lớn nhất, tuổi trung bình trong các nghiên cứu này từ 28,7 - 31 tuổi [1], [2], [19]. Nam giới chiếm đa số với tỷ lệ 65,4%, tỷ lệ nam giới cao hơn nữ giới là đặc trưng thường gặp của chấn thương [2], [19].

Trong nghiên cứu của chúng tôi, 80,8% trường hợp chấn thương do tai nạn giao thông, còn lại là tai nạn lao động và tai nạn sinh hoạt. Theo Nguyễn Minh Tuấn,

88,1% số ca chấn thương xương thái dương là do tai nạn giao thông [2].

Xác định được mức độ liệt mặt và khởi phát liệt mặt là hai yếu tố chính để chỉ định phương pháp điều trị bảo tồn hay phẫu thuật. Thang điểm House - Brackman được áp dụng để phân độ liệt mặt, trong đó độ I-II chức năng thần kinh hoàn toàn bình thường hoặc ảnh hưởng nhẹ, độ III-IV là liệt mặt không hoàn toàn và độ V-VI liệt hoàn toàn thần kinh mặt. Trong nghiên cứu của chúng tôi, độ V chiếm tỷ lệ cao nhất, 38,5%, tiếp đến là liệt mặt độ VI, 30,8%. Tỷ lệ liệt hoàn toàn của chúng tôi cao hơn Lương Hồng Châu (31,2% độ V và 21,4% độ VI).

Theo Keonho, các bệnh nhân khởi phát liệt mặt muộn có thể được theo dõi và điều trị bảo tồn với steroids. Những trường hợp không xác định được liệt mặt xảy ra tức thì hay không do bệnh nhân hôn mê hay tình trạng tri giác không tốt nên được đánh giá là liệt tức thì để tránh trường hợp bệnh nhân không được điều trị đúng mức. Brodie và cộng sự trong nghiên cứu của mình cũng cho thấy 100% bệnh nhân liệt mặt hoàn toàn khởi phát muộn có thể phục hồi tới độ I-II với điều trị bảo tồn. Tuy nhiên theo Adegbite, không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa khởi phát liệt mặt với phục hồi chức năng thần kinh. Trong nghiên cứu của chúng tôi, liệt mặt tức thì chiếm 57,7%, cao hơn so với Lương Hồng Châu với 30,4% liệt mặt tức thì [1], [3], [14].

Theo biểu đồ 1, 50% bệnh nhân có đường gãy dọc trên phim chụp cắt lớp vi

tính tai thái dương, 34,6% gãy ngang. Tỷ lệ tổn thương mê nhĩ trên CT Scan là 69,2%. Theo nghiên cứu của Nguyễn Minh Tuấn, 58,3% bệnh nhân CTXTD có đường gãy dọc, 33,3% đường gãy ngang. Cũng trong nghiên cứu này, chỉ xét trên bệnh nhân có triệu chứng liệt mặt, tỷ lệ bệnh nhân gãy dọc là 46,2% và 30,8% gãy ngang. Xét trên tổng số bệnh nhân CTXTD, tỷ lệ chấn thương có tổn thương mê nhĩ chiếm 22,9%, nếu chỉ xét trên những bệnh nhân có liệt mặt, tỷ lệ này là 72,7%. Các nghiên cứu khác của Rafferty và Little cho kết quả tương tự [2], [15], [17].

Hệ thống phân loại cổ điển tỏ ra ít liên quan đến các triệu chứng và biến chứng của CTXTD, trong khi phân loại mới của Aubri và Pialoux dựa trên có hay không tổn thương mê nhĩ đưa ra tiên lượng lâm sàng tốt hơn cho CTXTD, theo các nghiên cứu của Nguyễn Minh Tuấn, Brodie, và Rafferty[2], [4], [17]. Đặc biệt đối với các bệnh nhân CTXTD kèm các bất thường tri giác, việc đánh giá liệt mặt trong thăm khám bước đầu rất khó khăn nên một hệ thống phân loại tổn thương trên cận lâm sàng đáng tin tưởng sẽ giúp ích cho các bác sĩ tiên lượng và tránh bỏ sót các biến chứng của CTXTD trên bệnh nhân. Trong các nghiên cứu này, hệ thống phân loại mới cũng liên quan về mặt thống kê với các triệu chứng khác ngoài liệt mặt như nghe kém, chảy dịch não tủy...

Các xét nghiệm định khu vị trí tổn thương cho kết quả bình thường ở đa số trường hợp, với 61,5% bệnh nhân nhận kết quả kiểm tra vị giác bình thường, 61,9%

còn phản xạ cơ bàn đạp và 69,2% trường hợp không có giảm tiết nước mắt bên bị tổn thương. Kết quả của chúng tôi tương tự các nghiên cứu của Munjal và Ide [12], [16]. Munjal cho rằng test vị giác là test chủ quan của bệnh nhân nên độ chính xác không phải tuyệt đối, hơn nữa, vị giác 2/3 trước lưỡi còn bị chi phối bởi dây thần kinh sinh ba nên nhiều bệnh nhân vẫn giữ được vị giác mặc dù tổn thương ở đoạn khuỷu của thần kinh mặt [16].

Phản xạ cơ bàn đạp, dù là test khách quan, tuy nhiên kết quả có thể bị nhiễu vì sự suy giảm thính lực ở bệnh nhân, một triệu chứng hay đi kèm sau chấn thương xương thái dương nên việc sử dụng xét nghiệm này để đánh giá chức năng thần kinh vẫn còn đang được nghiên cứu thêm. Dobie cũng đưa ra nhận định tương tự [10], [16]. Tuy nhiên theo Ide, phản xạ cơ bàn đạp rất có ý nghĩa trong tiên lượng khả năng hồi phục ở những bệnh nhân liệt mặt [12]. Trong nghiên cứu của chúng tôi, số lượng bệnh nhân còn ít, thời gian theo dõi còn hạn chế nên chưa đủ dữ kiện để củng cố thêm nhận định này.

Trong 3 test định khu tổn thương, test tiết nước mắt Schirmer được xem là có giá trị nhất. Thần kinh phụ trách bài tiết nước mắt là thần kinh đá lớn, là thần kinh phân nhánh sớm nhất của thần kinh VII đoạn trong xương đá. Theo Renou, trong các bệnh nhân liệt mặt có giảm tiết nước mắt theo test Schirmer, có 62% bệnh nhân tổn thương dây VII ở đoạn hạch gối hoặc trước hạch gối [18].

#### **4.2. Kết quả điều trị liệt mặt ngoại biên do chấn thương xương thái dương**

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tất cả những bệnh nhân được đánh giá liệt mặt tức thì đều được phẫu thuật, có 2 bệnh nhân liệt mặt muộn được điều trị phẫu thuật trong đó 1 bệnh nhân liệt mặt hoàn toàn (HB-V) và 1 bệnh nhân điều trị bảo tồn không đáp ứng (HB-IV).

Đối với chỉ định phẫu thuật theo mức độ liệt mặt, tất cả bệnh nhân liệt mặt hoàn toàn đều được chỉ định phẫu thuật. Tuy nhiên có 1 trường hợp bệnh nhân liệt mặt độ V được điều trị bảo tồn và 1 bệnh nhân liệt mặt độ IV được điều trị phẫu thuật sau khi điều trị bảo tồn không cải thiện.

Tỷ lệ điều trị ngoại khoa của chúng tôi chiếm 65,4%, tỷ lệ này cao hơn nghiên cứu của Lương Hồng Châu với điều trị phẫu thuật ở 50,1% và Darrouzet với 56,5% bệnh nhân [1], [8]. Tuy nhiên mẫu nghiên cứu của chúng tôi còn nhỏ nên khác biệt này chưa có nhiều ý nghĩa.

Hiện nay, đa số các tác giả phương tây đồng thuận chỉ định phẫu thuật giảm áp dây thần kinh mặt ở các trường hợp liệt mặt tức thì, liệt mặt hoàn toàn. Theo Darrouzet và Cazelles, trong những trường hợp này bắt buộc phải phẫu thuật để lấy bỏ mảnh xương chèn ép hoặc nối lại thần kinh nếu bị đứt rời, nếu không thì dây thần kinh VII sẽ không thể hồi phục [5], [8].

Kết quả điều trị sau 3 tháng, tất cả bệnh nhân đều có cải thiện, trong đó kết quả điều trị tốt đạt 76,9% (HB I-II), kết quả

điều trị trung bình đạt 23,1%. Kết quả này của chúng tôi cao hơn Lương Hồng Châu, với 66% đạt kết quả tốt sau 1 năm. Trong nghiên cứu của Darrouzet, 86,2% hồi phục đến HB I-III sau 1 năm và 93,8% đạt HB I-III sau 2 năm điều trị [1], [8]. Nghiên cứu chúng tôi có thời gian theo dõi còn ngắn, chức năng thần kinh còn có thể tiếp tục phục hồi.

Chúng tôi kết hợp kính hiển vi và nội soi trong quá trình phẫu thuật giúp tiếp cận tổn thương, kiểm soát phẫu trường tốt hơn trong quá trình phẫu tích dây thần kinh. Với đặc điểm các cấu trúc giải phẫu trong khối xương chũm rất nhỏ, đường đi phức tạp, tinh vi và hiện diện theo nhiều bình diện mặt phẳng khác nhau, khoan xương chũm mở phẫu trường dưới kính hiển vi cùng với sử dụng ống nội soi 0 độ, 30 độ giúp đánh giá hết được tổn thương dây VII, đặc biệt ở đoạn nhĩ, đoạn II dây VII trong xương chũm. Bên cạnh đó, tận dụng khả năng quan sát theo nhiều góc khác nhau của ống nội soi, khối xương chũm được bảo tồn nhiều hơn, không cần thiết khoan rộng để quan sát được. Nội soi giúp đánh giá hòm nhĩ, chuỗi xương con trong hòm nhĩ qua lối tiếp cận sào đạo - thượng nhĩ. Việc kết hợp 2 phương tiện này giúp tận dụng được tối đa ưu điểm của từng phương pháp, tùy từng thì phẫu thuật giúp cho phẫu thuật được diễn ra chính xác và tránh các tai biến có thể xảy ra. Trong nghiên cứu của chúng tôi không có bệnh nhân nào xảy ra tai biến như dò ống bán khuyên hay trật khớp chuỗi xương con.

Việc áp dụng hệ thống phân loại mới trên CT Scan của Aubri và Pialoux và các xét nghiệm định khu tổn thương, đặc biệt là test Schirmer giúp phẫu thuật viên có những đánh giá trước mổ chính xác, có thể tiên lượng vị trí để tiếp cận phẫu thuật giảm áp, tránh mở rộng phẫu trường không cần thiết gia tăng nguy cơ tai biến trong mổ.

## V. KẾT LUẬN

Điều trị phẫu thuật giảm áp dây thần kinh VII mang lại kết quả phục hồi chức năng thần kinh mặt có hiệu quả sau chấn thương xương thái dương.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

### Tiếng Việt

1. Lương Hồng Châu (2011), "Liệt dây thần kinh VII do vỡ xương thái dương: kinh nghiệm điều trị qua 112 trường hợp", *Y học thực hành*, 5.
2. Nguyễn Minh Tuấn (2009), "Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh nhân của bệnh nhân chấn thương xương thái dương điều trị tại bệnh viện nhân dân 115", *Tạp chí Y học Thành phố Hồ Chí Minh*, 13.

### Tiếng Anh

3. Adegbite Andrew B, Khan Moe I, Tan L %J *Journal of neurosurgery* (1991), "Predicting recovery of facial nerve function following injury from a basilar skull fracture", 75(5), pp. 759-762.
4. Brodie Hilary A, Thompson Teresa C %J *The American journal of otology* (1997), "Management of complications

from 820 temporal bone fractures", 18(2), pp. 188-197.

5. Cazelles L, Wang J, Bouccara D et al. *Chirurgie intratemporale du nerf facial: A propos de 34 observations.* in *Annales d'oto-laryngologie et de chirurgie cervico-faciale*. 1997.
6. Cha Chang Il, Hong Chang Kee, Park Moon Suh et al. (2008), "Comparison of facial nerve paralysis in adults and children", 49(5), pp. 725-734.
7. Chang CY, Cass Stephen P %J *The American journal of otology* (1999), "Management of facial nerve injury due to temporal bone trauma", 20(1), pp. 96-114.
8. Darrouzet Vincent, Duclos Jean-Yves, Liguoro Dominique et al. (2001), "Management of facial paralysis resulting from temporal bone fractures: our experience in 115 cases", 125(1), pp. 77-84.
9. Diaz R. C., Cervenka B., Brodie H. A. (2016), "Treatment of Temporal Bone Fractures", *J Neurol Surg B Skull Base*, 77(5), pp. 419-29.
10. Dobie RA %J *Otolaryngology Head, Cummings Neck Surgery.* CW, JM Fredrickson . CV Mosby Co. St. Louis (1986), "Electrical and topognostic tests of the facial nerve", pp. 2821-2827.
11. Honnurappa V., Vijayendra V. K., Mahajan N. et al. (2019), "Facial Nerve Decompression After Temporal Bone Fracture-The Bangalore Protocol", *Front Neurol*, 10, pp. 1067.



12. House WE %J Otolaryngol Head Neck Surg (1985), "Facial nerve grading system", 93, pp. 184-193.
13. Ide Minoru, Morimitsu Tamotsu, Ushisako Yasuaki et al. (1987), "The significance of stapedal reflex test in facial nerve paralysis", 104(sup446), pp. 57-63.
14. Kim In Sup, Shin Seung-Ho, Kim Jinna et al. (2007), "Correlation between MRI and operative findings in Bell's palsy and Ramsay Hunt syndrome", 48(6), pp. 963-968.
15. Kong Keonho, Sevy Alexander %J Operative Techniques in Otolaryngology-Head, Surgery Neck (2017), "Temporal bone fracture requiring facial nerve decompression or repair", 28(4), pp. 277-283.
16. Little Stewart C, Kesser Bradley W %J Archives of Otolaryngology-Head, Surgery Neck (2006), "Radiographic classification of temporal bone fractures: clinical predictability using a new system", 132(12), pp. 1300-1304.
17. Mehta R. P. (2009), "Surgical treatment of facial paralysis", *Clin Exp Otorhinolaryngol*, 2(1), pp. 1-5.
18. Munjal M, Badyal HL, Mehndiratta A et al. (2020), "Role of topodiagnostic tests in evaluation of facial nerve palsy in head injury", 6(10), pp. 1874-7.
19. Pulec Jack L, J Ear, nose, journal throat (1996), "Total facial nerve decompression: technique to avoid complications", 75(7), pp. 410-415.
20. Rafferty MA, Mc Conn Walsh R, Walsh MA, J Clinical Otolaryngology (2006), "A comparison of temporal bone fracture classification systems", 31(4), pp. 287-291.
21. Renou G, Psaume T. *Topographical diagnosis of facial paralysis (Bell's palsy)(author's transl)*. in *Annales D'oto-laryngologie et de Chirurgie Cervico Faciale: Bulletin de la Societe D'oto-laryngologie des Hopitaux de Paris*. 1978.
22. Thakar A., Gupta M. P., Srivastava A. et al. (2018), "Nonsurgical Treatment for Posttraumatic Complete Facial Nerve Paralysis", *JAMA Otolaryngol Head Neck Surg*, 144(4), pp. 315-321.
23. Ulug Tuncay, Ulubil S Arif %J American journal of otolaryngology (2005), "Management of facial paralysis in temporal bone fractures: a prospective study analyzing 11 operated fractures", 26(4), pp. 230-238.