

CÁC NGUYÊN NHÂN GÂY NGHE KÉM PHÁT HIỆN TRÊN CẮT LỚP VI TÍNH TAI XƯƠNG ĐÁ

The causes of hearing loss detected on temporal bone MDCT

Vũ Thị Hậu, Phạm Quốc Thành*, Phạm Mạnh Chung*,
Trần Đình Long*, Vũ Đình Tuấn**

SUMMARY

Objective: Description the findings on temporal bone MDCT scan and diagnostic the causes of hearing loss.

Methods: From 01/2022 to 01/2024, more than 300 patients have been done temporal bone MDCT scan in Diagnostic Imaging Department of Vinmec Healthcare System, of which 250 patients had symptoms of hearing loss, which can be the main or an accompanying symptom. We interpreted the CT findings and diagnostic causes of hearing loss based on the consensus of clinical and imaging diagnostic results, some of which are accompanied by surgical assessment or follow-up examination after treatment.

Results: The patients undergoing temporal bone MDCT scan have F/M ratio 132/118 with an age range from 2 years old to 81 years old. Most type of hearing loss are conductive, with a few being mixed and sensorineural types. CT findings show that the main cause of hearing loss is otitis media with or without perforated eardrum. Other less common causes including: ear wax, perforated eardrum due to trauma, otosclerosis, middle ear cholesteatoma, external ear cholesteatoma, external ear polyps, ossicular chain abnormalities, tympanic glomus tumor, inner ear malformation, a few cases with normal findings on CT scan in patients diagnosed with nasopharyngitis with eustachian tube obstruction, disorders circulation in the inner ear, or age – related hearing loss,... In cases of otitis media, there is a special case where the cause is tuberculosis in a patient with history of colon tuberculosis and lymph node tuberculosis. In some cases of sensorineural hearing loss or suspected inner ear abnormalities, inner ear MRI was performed to better evaluate the inner ear and especially the vestibular-cochlear nerve. CT scan of the temporal bone has high positive and negative diagnostic value in determining the location of abnormalities and the causes of hearing loss.

Conclusion: MDCT of the temporal bone is a highly valuable method in assessing the morphology of the ossicles, the mastoid cells, tympanic cavity, footplate and inner ear morphology, contributing to the prediction the causes of hearing loss and other symptoms associated with hearing loss (may be primary or secondary symptoms). The findings are analyzed from the outer ear to the middle ear and the inner ear, depending on the cause of hearing loss, which has different findings.

Keywords: hearing loss, causes of hearing loss, temporal bone CT scan.

* Khoa chẩn đoán hình ảnh
Hệ thống y tế Vinmec

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Nghe kém là một vấn đề sức khỏe khá phổ biến trong cộng đồng, ảnh hưởng tới chất lượng cuộc sống của người bệnh. Có nhiều nguyên nhân gây nghe kém, căn nguyên có thể xuất phát từ tai ngoài, tai giữa hoặc tai trong, trong đó một số nguyên nhân ít gặp và khó chẩn đoán bằng các phương pháp thông thường. Chụp CLVT tai xương đá là phương pháp chẩn đoán hình ảnh hiện đại, cung cấp hình ảnh chi tiết về các cấu trúc bên trong tai, giúp phát hiện các nguyên nhân gây nghe kém [1, 2, 3]. Báo cáo của chúng tôi sẽ trình bày một số nguyên nhân gây nghe kém có thể phát hiện được trên chụp CLVT tai xương đá.

II. ĐỐI TƯỢNG, PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu

Tiêu chuẩn lựa chọn

BN nghiên cứu đáp ứng các tiêu chuẩn:

- Triệu chứng lâm sàng có nghe kém, được đo thính lực đồ và được chụp CLVT đa dãy tai xương đá.
- BN được điều trị phẫu thuật hoặc nội khoa để cải thiện sức nghe và cải thiện các triệu chứng kèm theo.

2. Phương pháp nghiên cứu

- Thiết kế nghiên cứu: mô tả cắt ngang, theo dõi dọc.
- Thời gian nghiên cứu: 1/2022 – 1/2024.
- Địa điểm nghiên cứu: khoa Chẩn đoán hình ảnh – hệ thống y tế Vinmec (gồm Hà Nội, Hạ Long, Hải Phòng, Đà Nẵng, Nha Trang, Sài Gòn, Phú Quốc).

3. Phương pháp thu thập và xử lý số liệu

- Thu thập dữ liệu từ hồ sơ bệnh án điện tử, bao gồm các thông tin liên quan tới nhân khẩu học, triệu chứng lâm sàng, kết quả chẩn đoán hình ảnh, chẩn đoán xác định, phương pháp điều trị và kết quả điều trị.
- Dữ liệu được phân tích mô tả tần suất và tỷ lệ.

4. Quy trình chụp CLVT

- Chụp CLVT theo chương trình:

+ Cắt xoắn ốc theo hướng mặt phẳng ngang, lấy hết bờ trên và dưới xoang chũm theo hướng song song với đường lỗ tai – đuôi mắt.

+ Tái tạo hướng mặt phẳng ngang axial và đứng ngang từng bên tai với độ dày lát 0.6mm. Bác sĩ đọc trên hệ thống PACS và tái tạo các mặt phẳng phù hợp để bộc lộ tổn thương.

- Máy chụp CLVT của hệ thống Vinmec từ 128 dãy tới 512 dãy, gồm hãng Siemens và GE (GE Revolution HD, GE Revolution Apec,...).

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU VÀ BÀN LUẬN

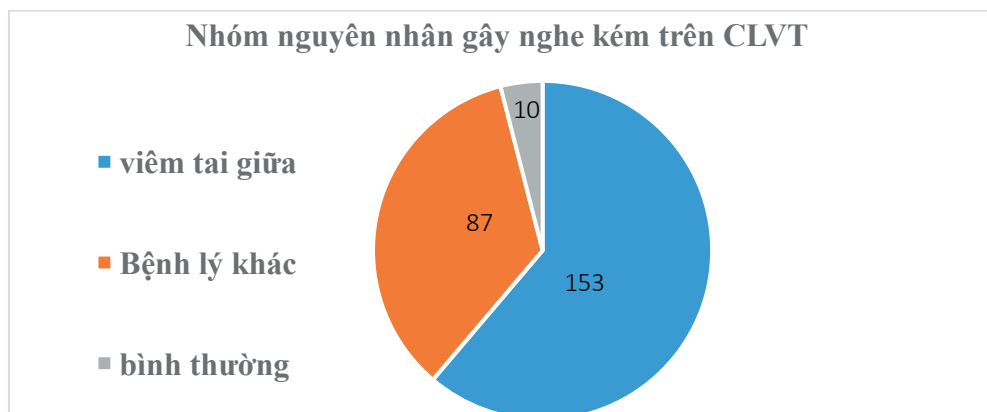
1. Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu

Nhóm nghiên cứu có 250 BN trong đó nữ/nam = 132/118. Độ tuổi trung bình của đối tượng nghiên cứu là 38.5 tuổi, nhỏ nhất là 2 tuổi và lớn nhất là 81 tuổi. Phân bố độ tuổi rộng rãi cho thấy bệnh lý nghe kém có thể ảnh hưởng đến mọi lứa tuổi, không phân biệt giới tính [3].

Hầu hết các BN đều không có người trong gia đình mắc bệnh nghe kém hay bệnh lý khác về tai. Triệu chứng đi khám vì nghe kém là triệu chứng chính là 61%, còn lại là nghe kém là triệu chứng kèm theo chiếm 39%. Điều này cho thấy triệu chứng nghe kém thường là yếu tố chính dẫn đến việc tìm kiếm điều trị.

2. Đặc điểm hình ảnh CLVT và phân loại nguyên nhân ở các BN nghe kém

Trong tổng số 250 BN được nghiên cứu, thống kê cho thấy 153 ca là viêm tai giữa cấp/mạn tính có thể kèm thủng màng nhĩ, xơ xẹp nhĩ hoặc không. *Điều này khẳng định sự phổ biến của viêm tai giữa trong các nguyên nhân gây ra nghe kém [4].* Số lượng BN còn lại gồm 97 BN là do các nguyên nhân ít gặp khác hoặc không tìm thấy nguyên nhân trên CLVT tai xương đá.



Biểu đồ 1. Phân loại ban đầu nhóm nguyên nhân gây nghe kém phát hiện trên CLVT.

Trong số các trường hợp nghe kém ít gặp, chúng tôi phân loại nhóm BN có triệu chứng nghe kém dựa trên nhiều khía cạnh khác nhau. Xét về yếu tố vị trí tổn thương thì có thể phân loại tương đối thành ba nhóm tương ứng với tai ngoài, tai giữa và tai trong, trong đó số lượng BN nghe kém tai ngoài là 18 ca (21%), tai giữa là 55 ca (không tính viêm tai giữa thông thường) chiếm 63%, và tai trong là 14 BN tương ứng với 16 % (n=87). Với số liệu trên vẫn khẳng định vị trí tổn thương chính luôn là ở tai giữa, tuy nhiên các bệnh lý tai ngoài như viêm tai ngoài, polyp ống tai ngoài và cholesteatoma tai ngoài, mặc dù ít gặp hơn so với viêm tai giữa nhưng vẫn đáng chú ý và cần được điều trị để ngăn ngừa tình trạng nghe kém kéo dài [4, 5].

Phân loại dựa theo nhóm căn nguyên, có thể chia ra các nhóm sau: viêm/nhiễm trùng (gồm viêm tai giữa thông thường và do lao) chiếm 64.1% (154BN), bẩm sinh (gồm bất thường cả tai ngoài và/ hoặc tai giữa và/hoặc tai trong) 7.1% (17BN), chấn thương (gồm chấn thương gây thủng màng nhĩ/ và hoặc vỡ xương đá, di lệch chuỗi xương con) 6.2 % (15BN), u gồm u cuộn cảnh tai giữa và schwannoma tai trong chiếm 3.8% (9BN) và các nguyên nhân khác không xếp loại được vào các nhóm trên gồm

xốp xơ tai, cholesteatoma, polyp ống tai ngoài, nút ráy tai chiếm khoảng 18.8 % (tương ứng 45BN) (n=240).

Phân loại theo nguyên nhân cụ thể gây nghe kém (n=240):

- Viêm tai giữa cấp/mạn tính: chiếm 63.7% (153 BN) .
- Bệnh lý tai ngoài (gồm viêm tai ngoài, polyp ống tai ngoài, cholesteatoma tai ngoài, nút ráy tai): chiếm 7.5 % (tương ứng 18BN).
- Cholesteatoma tai giữa: chiếm 6.2% (15BN)
- Xốp xơ tai: chiếm 5 % (12BN)
- Thủng màng nhĩ do chấn thương: 4.6% (11BN)
- Bất thường bẩm sinh tai trong 4.2% (10BN)
- Bất thường chuỗi xương con 3% (7BN).
- U cuộn cảnh tai giữa: 2.1% (5BN)
- Schwannoma tai trong : 1.6% (4BN)
- Tổn thương xương con do chấn thương: 1.6% (4BN)
- Viêm tai giữa do lao: 0.5% (1 BN).



Biểu đồ 2. Nguyên nhân ít gặp gây nghe kém (n=87BN).

Chúng tôi ghi nhận một tỉ lệ nhỏ BN với các nguyên nhân ít gặp như u cuộn cảnh tai giữa và schwannoma tai trong. Những bệnh lý này ít gặp hơn nhưng vẫn có thể gây ra triệu chứng nghiêm trọng, cần được chẩn đoán và điều trị sớm [6].

Trong tổng số 250 BN nghe kém được chụp CLVT chúng tôi ghi nhận 10 BN có kết quả chụp CLVT bình thường, không tìm thấy tổn thương có thể phát hiện được ở tất cả các thành phần gồm tai ngoài, tai giữa và tai trong. Trong số các BN này, tùy thuộc vào bệnh cảnh lâm sàng và thính lực đồ, các bác sĩ lâm sàng tai mũi họng đưa ra các chẩn đoán như: tắc vòi nhĩ (thường trên nền bệnh nhân có viêm mũi họng), nghe kém do tuổi, rối loạn tuần hoàn tai trong, ... Ngoài ra có những nguyên nhân khác như xốp xơ tai không biểu hiện ổ xốp xơ hoặc cứng đế đập của xương bàn đạp,... không có biểu hiện trên cắt lớp vi tính dẫn đến kết quả âm tính trên phim chụp.

Phân tích hình ảnh CLVT giúp phân loại các bệnh

lý gây nghe kém và định hướng điều trị thích hợp. Do nhóm nguyên nhân khác nhau nên đặc điểm hình ảnh và giá trị phương pháp CLVT ở mỗi bệnh lý cũng khác nhau. Một số BN được phẫu thuật giải quyết bệnh lý như cholesteatoma, u cuộn cảnh, một vài BN xốp xơ tai, thủng màng nhĩ, những trường hợp này chúng tôi có đối chứng bằng phẫu thuật thấy được kết quả trùng hợp với nhận định sau phẫu thuật cũng như mô bệnh học. Tuy nhiên, hầu hết các BN được điều trị nội khoa và theo dõi nên chúng tôi gặp khó khăn trong vấn đề thống kê giá trị của phương pháp CLVT đối với các bệnh lý này.

Hầu hết các BN đều chụp CLVT không tiêm thuốc cản quang, trừ các trường hợp nghi ngờ u ở tai giữa được chụp có tiêm thuốc. Trong các trường hợp này phát hiện ra u cuộn nhĩ tai giữa nhờ vào tính chất ngấm thuốc sớm và mạnh của khối u, kết hợp với triệu chứng lâm sàng là nghe kém, ù tai theo nhịp mạch và thấy khối phòng ở tai qua soi tai. Các trường hợp nghi ngờ bất thường tai trong và/hoặc nghi u trong ống tai trong thì

sẽ được khuyến cáo chụp thêm cộng hưởng từ có tiêm thuốc đối quang từ (nếu nghi ngờ u) hoặc không tiêm thuốc (nếu là bất thường bẩm sinh tai trong như bất sản, thiếu sản ốc tai) [6, 7].

3. Các nguyên nhân gây nghe kém theo thính lực đồ.

Bảng 1. Phân loại nguyên nhân nghe kém theo thính lực đồ.

Dẫn truyền (217 BN)	- Viêm tai giữa (153), lao (1) - Cholesteatoma (14) - Tổn thương tai ngoài (18) - Thủng màng nhĩ do chấn thương (11) - Bất thường xương con (7) và U cuộn cảnh tai giữa (5) - Tổn thương xương con do chấn thương (4) - Không bất thường CLVT (4)
Hỗn hợp (15BN)	- Xốp xơ tai (12) - Cholesteatoma (1) - Không bất thường CLVT (2)
Tiếp nhận (18BN)	- Bất thường tai trong (10) - Schwannoma tai trong (4) - Không bất thường CLVT (4)

Trên thính lực đồ thì chúng tôi có ba nhóm BN: nghe kém dẫn truyền, hỗn hợp và tiếp nhận (hay thần kinh). Nhóm BN điếc dẫn truyền chiếm 87%, điếc hỗn hợp 6% và điếc tiếp nhận là 7% (n=250). BN nghe kém dẫn truyền, hỗn hợp hay thần kinh tiếp nhận phụ thuộc vào vị trí và nguyên nhân gây ra nghe kém, các nguyên nhân có nguồn gốc tai ngoài và/ hoặc tai giữa như nút ráy tai, viêm tai giữa, cholesteatoma,... sẽ gây ra điếc dẫn truyền, các nguyên nhân gặp ở tai trong sẽ gây ra điếc thần kinh tiếp nhận, các trường hợp xốp xơ tai chủ yếu là điếc hỗn hợp [8, 9, 10].

Có một trường hợp chấn thương tai có thủng màng nhĩ, tuy nhiên lại nghe kém tiếp nhận bên tai chấn thương. Chúng tôi có đánh giá các tổn thương của tai trong trên CLVT nhưng không thấy bất thường. Đây cũng là một hạn chế trong đánh giá có chảy máu mê nhĩ hoặc

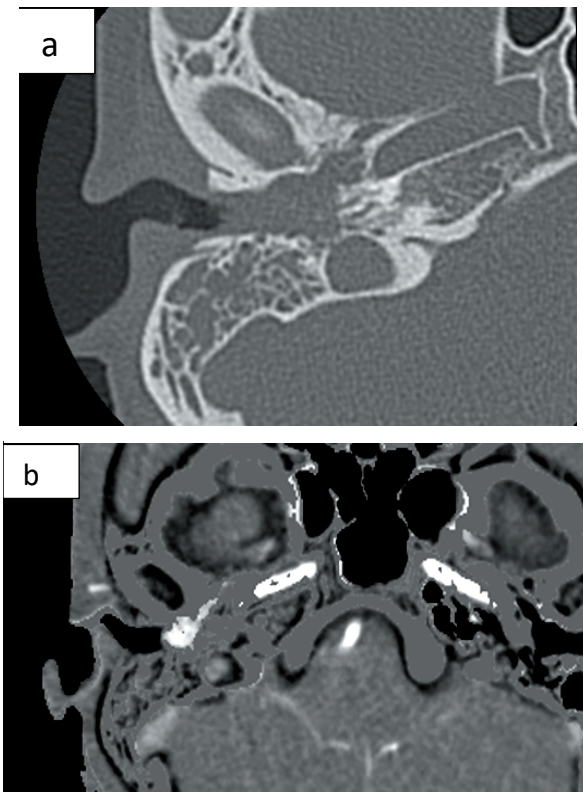
tổn thương tai trong trên CLVT, cần phải bổ sung thêm cộng hưởng từ [8].

MỘT SỐ CA LÂM SÀNG

Case 1: U cuộn nhĩ (tympanic paraganglion).

Bệnh nhân nữ, 17 tuổi, vào khám vì ù tai theo nhịp đập, đau tai và có chảy dịch tai, nghe kém bên phải. Khám thấy màng nhĩ căng và có khối đập theo nhịp mạch ở hòm nhĩ phải.

BN được chụp CLVT trước và sau tiêm thuốc cản quang, cho thấy khối ở phần hạ nhĩ tai phải, ngấm thuốc sớm, mạnh và khá đồng nhất sau tiêm. BN đã được điều trị hết đợt viêm cấp và mổ lấy khối u cuộn nhĩ, chẩn đoán sau mổ phù hợp với chẩn đoán trước mổ ở CLVT. Sau mổ không chụp lại nhưng triệu chứng cải thiện rõ (BN mổ ở BV Đại học Y dược).



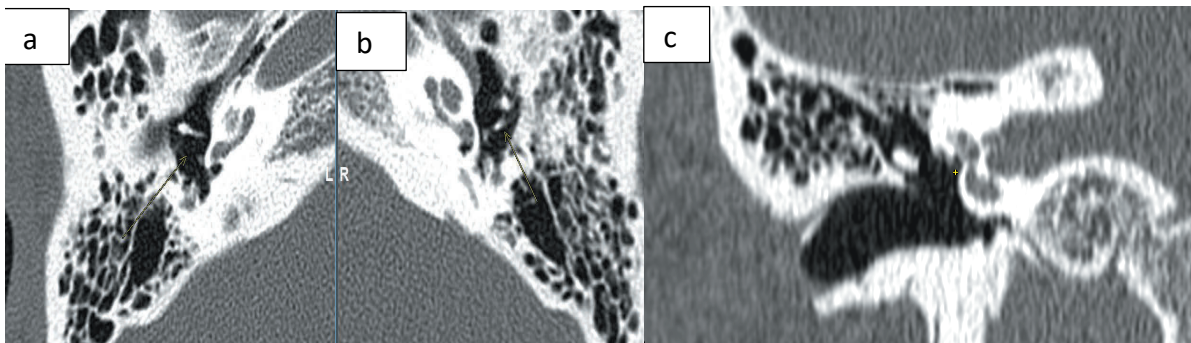
Hình 1. Hình ảnh cắt ngang qua hạ nhĩ tai giữa bên phải ở phim chụp CLVT cửa sổ xương trước tiêm thuốc (2a) và sau tiêm thuốc cản quang (có xóa xương) (2b).

Case 2: Bất thường chuỗi xương con/màng nhĩ bình thường

Bệnh nhân nam, 32 tuổi, nghe kém tai phải phát hiện tình cờ, không có tiền sử viêm tai giữa, không đau tai, không chảy dịch tai. Đo thính lực có nghe kém dẫn truyền, khám màng nhĩ hai bên bình thường, không thấy

khối bất thường sau màng nhĩ.

Chụp CLVT tai xương đã phát hiện không có ngành dài xương đe bên phải, phần còn lại của chuỗi xương con phải và toàn bộ xương con bên trái không thấy bất thường.

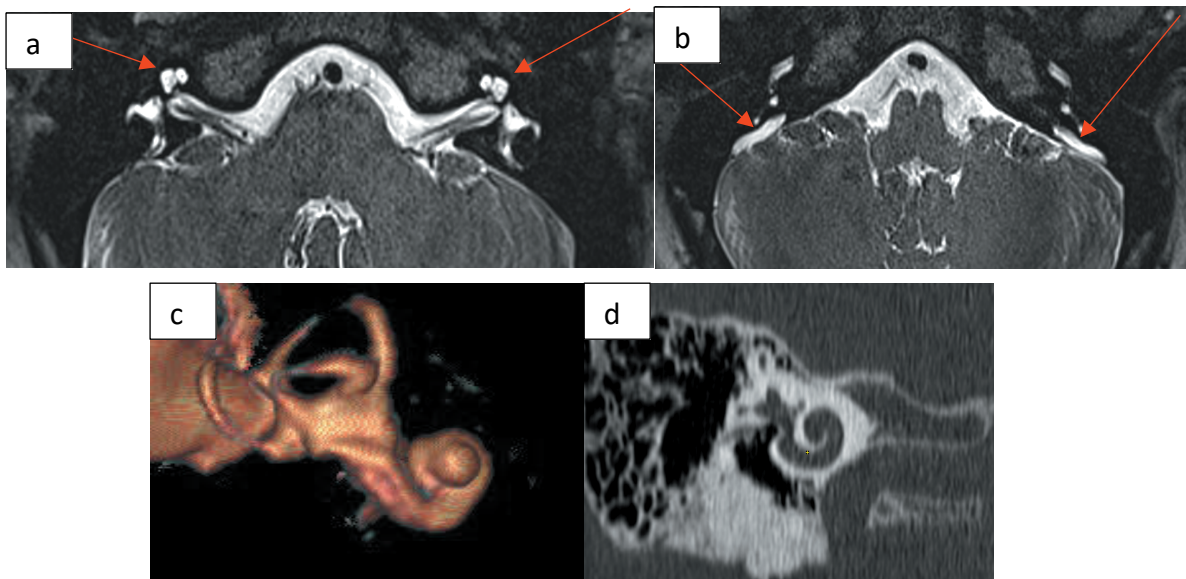


Hình 2. Hình ảnh CLVT cắt ngang tai bên phải (5a), cắt ngang tai bên trái (5b) và cắt đứng dọc tai phải (5c), không thấy hiện diện của ngành dài xương đe bên phải, trong khi bên trái có và hình thành khớp đe đập.

Case 3: bất thường tai trong loại IP 2 kèm rộng cổ tiền đình (Mondini malformation).

BN nam, 9 tuổi, nghe kém từ nhỏ hai bên, có sử

dụng máy trợ thính, điếc thần kinh tiếp nhận mức độ trung bình hai bên. Chụp CLVT và bổ sung MRI đánh giá dây thần kinh VIII và hình thái ốc tai hai bên. BN hiện đã đặt điện cực ốc tai bên trái, có đáp ứng tốt với điện cực.

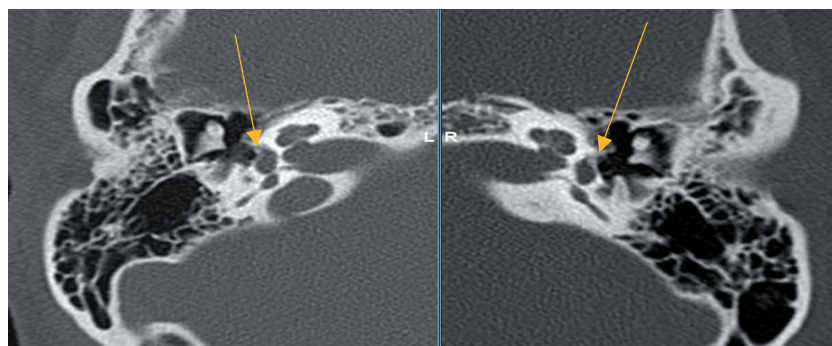


Hình 3: Hình ảnh MRI tai trong cắt ngang qua vùng ốc tai (6a) và qua cổ tiền đình (6b) hai bên biểu hiện ốc tai hai bên có 1,5 vòng với kích thước bình thường, giãn cổ tiền đình hai bên. MRI 3D tái tạo tai trong (6c) và CLVT tái tạo vòng ốc tai (6d).

Case 4: Xốp xơ tai (otosclerosis).

Bệnh nhân nữ, 46 tuổi, nghe kém hai bên tăng dần. Khám thấy màng nhĩ bình thường, không có khối sau màng nhĩ. Thính lực đồ ghi nhận nghe kém hỗn hợp hai bên.

Chụp CLVT thấy hình ảnh điển hình của xốp xơ tai với thể hay gặp nhất là ổ xốp xơ nằm ở bờ trước cửa sổ bầu dục.



Hình 4. CLVT qua vùng đế đập hai bên thấy ổ giảm tỷ trọng ở bờ trước đế đập.

IV. KẾT LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi về bệnh nhân nghe kém đã làm sáng tỏ một số vấn đề quan trọng liên quan đến nguyên nhân và đặc điểm hình ảnh của triệu chứng này. Nghiên cứu cho thấy bệnh lý nghe kém có thể ảnh hưởng đến mọi lứa tuổi mà không phân biệt giới tính.

Các bệnh lý ít gặp như viêm tai giữa do lao, u cuộn cảnh tai giữa, cholesteatoma, xốp xơ tai, gián đoạn chuỗi xương con hoặc bất thường bẩm sinh tai trong, mặc dù ít phổ biến hơn so với viêm tai giữa nhưng vẫn cần được chú ý. Việc chẩn đoán chính xác và phân loại nguyên nhân nghe kém là rất quan trọng để lựa chọn phương

pháp điều trị hiệu quả.

Phương pháp CLVT đã chứng minh giá trị quan trọng trong việc xác định nguyên nhân gây nghe kém, đặc biệt trong việc phát hiện các tổn thương ở tai giữa và tai trong. Tuy nhiên, CLVT không phải lúc nào cũng phát hiện được tất cả các loại tổn thương, đặc biệt là những tổn thương nhỏ hoặc không rõ ràng, hoặc các bất thường khác ở tai trong. Do đó, trong một số trường hợp, việc bổ sung chẩn đoán bằng cộng hưởng từ có thể cần thiết để xác định các bất thường ở tai trong hoặc các bệnh lý hiếm gặp khác [6, 8, 9].

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Hugh D. Curtin (2016). Imaging of Conductive Hearing Loss With a Normal Tympanic Membrane. *AJR. Neuroradiology/ head and neck Imaging*, Volume 206, Issue 1. <https://doi.org/10.2214/AJR.15.15060>.
2. Quesnel AM, Moonis G, Appel J, et al (2013). Correlation of computed tomography with histopathology in otosclerosis. *Otol Neurotol* 2013; 34:22–28.
3. David Chen, C. Douglas Phillips (2015), Imaging the patient with hearing loss. *The journal of practical Imaging and Management. Clinical Review article. Appl Radiol* 2015; 40(4):20-25.
4. Persaud RA, Hajioff D, Thevasagayam MS, et al (2004). Keratosis obturans and external ear canal cholesteatoma: how and why we should distinguish between these conditions. *Clin Otolaryngol* 2004;29(6):577-581.
5. Armington WG, Harnsberger HR, Smoker WR, Osborn AG (1988). Normal and diseased acoustic pathway: Evaluation with MR imaging. *Radiology* 1988;167:509-515.

6. Glastonbury CM (2009). The vestibulocochlear nerve, with an emphasis on the normal and disease internal auditory canal and cerebellopontine angle. In: Swartz JD, Loevner LA. Imaging of the Temporal bone 4th ed. New York, NY: Thieme; 2009:480-558.
7. Ina Sorge¹, Franz Wolfgang Hirsch¹, Michael Fuchs, Daniel Gräfe¹, Andreas Dietz, Martin Sorge (2023) Imaging in children with hearing loss. Thieme Fortschr Röntgenstr 2023; 195: 896–904
8. Wang EY, Shatzkes D, Swartz JA (2009). Temporal bone trauma. In: Swartz JD, Loevner LA. Imaging of the Temporal Bone 4th ed. New York, NY: Thieme; 2009: 412-443.
9. Pulickal, G.G. (2021). Imaging Approach to Conductive Hearing Loss. In: Pulickal, G.G., Tan, T.Y., Chawla, A. (eds) Temporal Bone Imaging Made Easy. Medical Radiology(). Springer, Cham. https://doi.org/10.1007/978-3-030-70635-7_3.
10. Warner, E., Dziedzic, M., Lingam, R.K., Singh, A. (2021). Imaging of the Temporal Bone in Hearing Loss. In: Tatla, T.S., Manjaly, J., Kumar, R., Weller, A. (eds) Head and Neck Imaging. Springer, Cham. https://doi.org/10.1007/978-3-030-80897-6_7

TÓM TẮT

Mục đích: Mô tả đặc điểm hình ảnh và chẩn đoán các nguyên nhân gây nghe kém ở các bệnh nhân chụp cắt lớp vi tính (CLVT) tai xương đá.

Đối tượng và Phương pháp: Từ tháng 01/2022 đến tháng 01/2024, hệ thống y tế Vinmec ghi nhận hơn 300 bệnh nhân đến chụp CLVT tai xương đá, trong đó có 250 bệnh nhân (BN) có triệu chứng nghe kém, có thể là triệu chứng chính hoặc triệu chứng kèm theo. Chúng tôi thống kê các đặc điểm hình ảnh và nguyên nhân gây nghe kém dựa trên sự đồng thuận kết quả chẩn đoán hình ảnh và lâm sàng, một số có kèm theo kết quả phẫu thuật hoặc có tái khám kiểm tra lại sau điều trị.

Kết quả: các bệnh nhân đến chụp CLVT tai – xương đá có tỷ lệ nữ/nam là 132/118 với dải độ tuổi 2-81 tuổi. Loại nghe kém hầu hết là dẫn truyền, phần ít là hỗn hợp và tiếp nhận. Hình ảnh CLVT cho thấy nguyên nhân chủ yếu gây nghe kém là do viêm tai giữa có kèm hoặc không kèm thủng màng nhĩ, các nguyên nhân ít gặp khác gồm: nút ráy tai, thủng màng nhĩ do chấn thương, xẹp xo tai, cholesteatoma tai giữa, cholesteatoma tai ngoài, polyp tai ngoài, bất thường chuỗi xương con, u cuộn nhĩ, bất thường tai trong, một số ít các trường hợp có hình ảnh CLVT tai xương đá bình thường trên các bệnh nhân được chẩn đoán viêm mũi họng có tắc vòi nhĩ, rối loạn tuần hoàn tai trong, hoặc nghe kém do tuổi,.... Trong các trường hợp viêm tai giữa, có một trường hợp đặc biệt nguyên nhân do lao trên nền bệnh nhân có lao đại tràng và lao hạch cũ. Một số trường hợp nghe kém tiếp nhận hoặc nghi ngờ có bất thường tai trong trên chụp CLVT có chụp cộng hưởng từ phối hợp để đánh giá tốt hơn tai trong và đặc biệt là dây thần kinh tiền đình-ốc tai

Kết luận: Chụp CLVT đa dãy tai xương đá là phương pháp có giá trị cao trong đánh giá hình thái chuỗi xương con, tổn thương xương chũm, hòm nhĩ, đế đập và một phần hình thái tai trong, góp phần chẩn đoán nguyên nhân gây nghe kém/ và hoặc các triệu chứng khác kèm theo nghe kém (có thể là triệu chứng chính hoặc phụ). Đặc điểm hình ảnh được phân tích theo giải phẫu từ tai ngoài tới tai giữa và tai trong, phụ thuộc vào nguyên nhân gây ra nghe kém mà có đặc điểm khác nhau.

Từ khóa: nghe kém, nguyên nhân gây nghe kém, CLVT tai xương đá.

Người liên hệ: Vũ Thị Hậu. Email: vuthihau87lc@gmail.com

Ngày nhận bài: 16/08/2024. Ngày nhận phản biện: 23/09/2024. Ngày chấp nhận đăng: 23/03/2025