

**SỞ Y TẾ BẮC NINH**  
**BỆNH VIỆN YHCT&PHCN BẮC NINH**

---

**TRỊNH XUÂN PHONG**

**ĐÁNH GIÁ**  
**TÁC DỤNG CỦA PHƯƠNG PHÁP ĐIỆN CHÂM XUYÊN**  
**HUYỆT KẾT HỢP ĐIỆN XUNG ĐIỀU TRỊ LIỆT VII NGOẠI BIÊN**  
**DO LẠNH TẠI BỆNH VIỆN Y HỌC CỔ TRUYỀN & PHỤC**  
**HỒI CHỨC NĂNG BẮC NINH NĂM 2026**

**ĐỀ CƯƠNG NGHIÊN CỨU KHOA HỌC CẤP CƠ SỞ**

**Bắc Ninh – 2026**

**SỞ Y TẾ BẮC NINH**

**BỆNH VIỆN YHCT&PHCN BẮC NINH**

---

**ĐỀ CƯƠNG NGHIÊN CỨU KHOA HỌC CẤP CƠ SỞ**

**ĐÁNH GIÁ**

**TÁC DỤNG CỦA PHƯƠNG PHÁP ĐIỆN CHÂM XUYÊN  
HUYỆT KẾT HỢP ĐIỆN XUNG ĐIỀU TRỊ LIỆT VII NGOẠI BIÊN  
DO LẠNH TẠI BỆNH VIỆN Y HỌC CỔ TRUYỀN & PHỤC  
HỒI CHỨC NĂNG BẮC NINH NĂM 2026**

**Người thực hiện: TS. TRỊNH XUÂN PHONG**

**Bắc Ninh – 2026**

## MỤC LỤC

<b>ĐẶT VẤN ĐỀ .....</b>	<b>1</b>
<b>CHƯƠNG 1. TỔNG QUAN TÀI LIỆU .....</b>	<b>3</b>
1.1. Giải phẫu chức năng dây thần kinh số VII.....	3
1.2. Liệt nửa mặt ngoại biên.....	5
1.3. Điều trị liệt mặt ngoại biên do lạnh.....	10
1.4. Các nghiên cứu có liên quan .....	17
<b>CHƯƠNG 2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU .....</b>	<b>20</b>
2.1. Thời gian và địa điểm tiến hành nghiên cứu.....	20
2.2. Đối tượng nghiên cứu.....	20
2.3. Phương pháp nghiên cứu.....	21
2.4. Các chỉ tiêu nghiên cứu trên lâm sàng .....	23
2.5. Tiêu chuẩn đánh giá kết quả .....	24
2.6. Phương pháp xử lý số liệu.....	24
2.7. Đạo đức nghiên cứu .....	25
<b>CHƯƠNG 3. DỰ KIẾN KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU .....</b>	<b>26</b>
3.1. Đặc điểm bệnh nhân nghiên cứu.....	26
3.2. Kết quả nghiên cứu .....	28
3.3. Mối liên quan kết quả điều trị. ....	32
3.4. Tác dụng không mong muốn .....	33
<b>CHƯƠNG 4. DỰ KIẾN BÀN LUẬN .....</b>	<b>34</b>
<b>DỰ KIẾN KẾT LUẬN.....</b>	<b>35</b>
<b>DỰ KIẾN KHUYẾN NGHỊ.....</b>	<b>36</b>
<b>TÀI LIỆU THAM KHẢO</b>	
<b>BỆNH ÁN NGHIÊN CỨU</b>	

## **DANH MỤC CHỮ VIẾT TẮT**

TB	: Trung bình
YHCT	: Y học cổ truyền
YHHĐ	: Y học hiện đại

## DANH MỤC BẢNG

Bảng 3.1. Đặc điểm tuổi của bệnh nhân nghiên cứu .....	26
Bảng 3.2. Đặc điểm giới tính của bệnh nhân nghiên cứu .....	26
Bảng 3.3. Đặc điểm thời gian xuất hiện triệu chứng đến khi nhập viện.....	26
Bảng 3.4. Đặc điểm bên liệt VII ngoại biên.....	27
Bảng 3.5. Đặc điểm triệu chứng lâm sàng của bệnh nhân trong nghiên cứu...	27
Bảng 3.6. Mức độ liệt theo phân độ House-Brackman trước điều trị.....	27
Bảng 3.7. Sự thay đổi khả năng vận động của mắt.....	28
Bảng 3.8. Sự thay đổi khả năng vận động của trán.....	28
Bảng 3.9. Khả năng vận động của rãnh mũi môi.....	29
Bảng 3.10. Sự thay đổi khả năng vận động của miệng.....	29
Bảng 3.11. Sự thay đổi khả năng đồng vận trước và sau điều trị .....	30
Bảng 3.12 Sự cải thiện về điểm số của các tiêu chí trong thang điểm FNGs 2.0 ...	30
Bảng 3.13. Thay đổi mức độ liệt qua quá trình điều trị .....	31
Bảng 3.14. Kết quả điều trị chung .....	31
Bảng 3.15. Liên quan tuổi với kết quả điều trị .....	32
Bảng 3.16. Thời gian mắc bệnh trước khi vào viện và kết quả điều trị.....	32
Bảng 3.17. Mối liên quan mức độ liệt trước điều trị đến kết quả điều trị .....	33

## ĐẶT VẤN ĐỀ

Liệt dây thần kinh số VII ngoại biên hay còn gọi là liệt mặt ngoại biên (Liệt Bell). Theo phân loại bệnh quốc tế lần thứ 10 năm 1992 (ICD- 10/1992) liệt dây thần kinh số VII ngoại biên nằm trong chương VI mục "G51: Bệnh dây thần kinh mặt", mã bệnh là G51.0: (Liệt Bell) [19] là một bệnh lý thường gặp, chiếm tỷ lệ khá cao trong các bệnh lý thần kinh ngoại biên. Bệnh khởi phát đột ngột, gây tình trạng mất hoặc giảm vận động nửa mặt của những cơ bám da mặt do dây thần kinh số VII chi phối, lâm sàng có dấu hiệu miệng méo, nhân trung lệch, uống ước vãi và mắt bên liệt nhắm không kín (dấu hiệu Charler – Bell dương tính). Theo Hồ Hữu Lương và cộng sự bệnh lý này chiếm tỉ lệ khoảng 2,95% bệnh thần kinh với tần suất mắc khoảng 23/100.000 người/năm [11]. Bệnh do nhiều nguyên nhân gây nên như lạnh, nhiễm trùng (viêm tai, viêm tủy, viêm do virus), chấn thương, u hoặc các rối loạn trong xương đá, trong đó nguyên nhân do lạnh chiếm tới 80% các trường hợp.

Bệnh tuy không nguy hại đến tính mạng nhưng ảnh hưởng nhiều đến sinh hoạt như: hạn chế vận động các cơ ở mặt, điều tiết mắt và khó khăn trong ăn uống, giao tiếp xã hội, ảnh hưởng nhiều đến thẩm mỹ, cũng như làm giảm chất lượng cuộc sống (CLCS) của người bệnh.

Y học hiện đại điều trị liệt VII ngoại biên thường dùng thuốc kháng viêm Corticoid: Sử dụng phổ biến (như Prednisolon) để giảm phù nề dây thần kinh. Thuốc kháng virus: Thường dùng Acyclovir hoặc Famciclovir nếu xác định nguyên nhân do nhiễm virus herpes. Vitamin nhóm B liều cao: (B1, B6, B12) hỗ trợ tái tạo bao myelin và phục hồi dẫn truyền thần kinh. Bảo vệ mắt: Đeo kính râm, sử dụng nước mắt nhân tạo hoặc tra thuốc mỡ, băng mắt khi ngủ để tránh khô mắt và viêm loét giác mạc do mắt không nhắm kín được.

Liệt VII ngoại biên thuộc phạm vi chứng “Khẩu nhãn oa tà” của y học cổ truyền (YHCT). Bệnh nguyên thường do phong hàn, phong nhiệt xâm phạm các kinh dương ở mặt gây khí trệ huyết ứ ở kinh lạc, làm liệt một bên mặt, và có các biểu hiện; mắt nhắm không kín, miệng méo, uống nước khó.... Bệnh thường xuất hiện đột ngột, gặp ở mọi lứa tuổi và dễ mắc phải khi gặp thời tiết gió lạnh. Pháp điều trị là khu phong, tán hàn ôn thông kinh lạc, châm cứu thường được áp dụng điều trị [16].

Trong thời đại ngày nay, xu hướng đa trị liệu nhằm đạt được hiệu quả tối ưu trong điều trị đang dần phổ biến. Bên cạnh các phương pháp dùng thuốc, kết hợp y học hiện đại và y học cổ truyền trong các can thiệp phối hợp không dùng thuốc nhằm nâng cao hiệu quả điều trị ngày càng được áp dụng rộng rãi.

Nhiều nghiên cứu trong và ngoài nước đã đánh giá hiệu quả của phương pháp điện châm trong điều trị liệt VII ngoại biên và cho kết quả đáng kể. Những năm gần đây kỹ thuật điện châm xuyên huyết được áp dụng trong điều trị nhiều chứng bệnh trong đó có liệt dây thần kinh số VII ngoại biên. Kỹ thuật điện châm xuyên huyết kết hợp với kích thích điện xung trung tần nhằm mục đích điều khí nhanh, mạnh hơn, giúp nâng cao hiệu quả trong điều trị. Hàng năm tại bệnh viện YHCT& PHCN Bắc Ninh có từ 60 đến 100 bệnh nhân liệt VII ngoại biên được áp dụng phương pháp điện châm xuyên huyết kết hợp điện xung điều trị. Tuy nhiên chưa có nghiên cứu về tác dụng của kỹ thuật điện châm xuyên huyết kết hợp điện xung trung tần trong điều trị liệt dây thần kinh số VII do lạnh (Liệt Bell). Vì vậy chúng tôi tiến hành đề tài: “Đánh giá tác dụng của điện châm xuyên huyết kết hợp điện xung trung tần điều trị liệt dây thần kinh số VII ngoại biên do lạnh” nhằm 2 mục tiêu:

*1. Đánh giá tác dụng của điện châm xuyên huyết kết hợp điện xung trung tần trong điều trị liệt dây thần kinh số VII ngoại biên do lạnh tại bệnh viện Y học cổ truyền và phục hồi chức năng Bắc Ninh.*

2. *Nhận xét một số yếu tố liên quan với kết quả điều trị.*

## **CHƯƠNG 1. TỔNG QUAN TÀI LIỆU**

### **1.1. Giải phẫu chức năng dây thần kinh số VII**

#### ***1.1.1. Nhân dây thần kinh số VII***

Dây thần kinh số VII là một dây thần kinh hỗn hợp, có chứa các chức năng vận động, cảm giác, thực vật, dinh dưỡng và phản xạ.

Nhân dây thần kinh số VII nằm ở cầu não gồm có 4 nhân: nhân vận động, nhân cảm giác (nhân bó đơn độc), nhân thực vật gồm hai nhân (nhân lệ ty và nhân bọt trên cho ra dây VII).

Nhân dây VII ở cầu não có hai phần, phần trên phụ trách nửa mặt trên (từ đuôi khóe mắt trở lên) còn nhân phần dưới phụ trách nửa mặt dưới. Nhân phần trên được vỏ não hai bán cầu chi phối vì vậy khi tổn thương bán cầu não một bên thì nửa mặt trên không bị liệt. Nhân phần dưới chỉ được vỏ não bên đối diện chi phối nên khi tổn thương một bán cầu não chỉ gây liệt nửa mặt dưới bên đối diện.

Dây thần kinh số VII phụ trách vận động các cơ bám da mặt, cơ bám da cổ, xương bàn đạp ở tai giữa (dây VII). Dây VII đi qua xương đá nhận thêm sợi phó giao cảm dây VII' chi phối hoạt động bài tiết của các tuyến nước mắt, tuyến dưới hàm, tuyến dưới lưỡi, tuyến niêm dịch của mũi và cũng nhận thêm vị giác ở hai phần ba trước lưỡi và cảm giác vòm miệng, cảm giác nông vùng ống tai ngoài và vùng da nhỏ phía sau vành tai (dây VII').

#### ***1.1.2. Đường đi của dây thần kinh số VII***

Dây thần kinh số VII là một dây hỗn hợp có đầy đủ chức năng của một dây thần kinh ngoại biên (vận động, cảm giác, thực vật, dinh dưỡng và phản xạ). Đường đi của dây thần kinh số VII được chia làm 3 đoạn

- Đoạn trong sọ: Từ nhân dây VII ở cầu não, dây đi vòng qua nhân dây VI và chui ra khỏi não ở rãnh hành - cầu não để đi vào xương đá qua lỗ tai trong. Ngay ở đoạn trong sọ dây VII cũng có đoạn trong não và đoạn trong màng não. Khi tổn thương đoạn trong sọ gây liệt mặt ngoại biên, khô mắt, giảm thính lực, mất cảm giác 1/3 trước lưỡi và khô miệng cùng bên tổn thương.

- Đoạn trong xương đá: sau khi qua lỗ tai trong, dây VII đi trong ống tai trong. Đoạn này dây VII đi bên cạnh dây VIII, nằm ngay trên dây VIII (uốn cong như một cái võng ở hạch gối) rồi chui vào hố trước trên của đáy ống tai, dây VII vào ống Fallop (hay còn gọi là ống dây VII).

+ Đoạn 1 trong xương đá nằm trước hạch gối, ở đoạn này dây VII' phân nhánh cho tuyến lệ để chi phối tiết nước mắt. Nếu tổn thương dây VII sau chỗ chia nhánh cho tuyến lệ thì bệnh nhân không bị khô mắt. Đoạn 1 dài khoảng 14,72 mm; Góc tạo bởi đoạn 1 và đoạn 2 dây VII (góc của hạch gối) trung bình là 78°.

+ Đoạn 2 trong xương đá sau hạch gối phân nhánh vận động cho cơ bàn đạp, và phân nhánh cảm giác cho 1/3 trước lưỡi và tuyến nước bọt mang tai. Nếu tổn thương đoạn 2 sau chỗ tách ra dây thừng nhĩ thì bệnh nhân chỉ liệt mặt đơn thuần mà không khô mắt, không giảm thính lực, không mất cảm giác 1/3 trước lưỡi và không khô miệng. Chiều dài đoạn 2 dây VII trung bình là 11,08 mm; khoảng cách từ gối 2 đến điểm xuất phát dây thừng nhĩ trung bình là 10,88 mm; khoảng cách từ lỗ trâm chũm đến điểm xuất phát của dây thừng nhĩ là 4,78 mm.

- Đoạn ngoài xương đá (đoạn ngoài sọ): Dây VII chui qua lỗ châm chũm để ra ngoài sọ, sau đó đi qua giữa 2 thùy của tuyến mang tai và chia thành 2 **nhánh tận (nhánh thái dương - mặt và nhánh cổ - mặt)**. Đây là hai nhánh **thuần** vận động phân bố cho cơ bám da mặt và bám da cổ.

+ Nhánh thái dương - mặt còn gọi là nhánh trên phân bố cho các cơ nằm bên trên mặt, trong đó có ba cơ quan trọng là cơ trán, cơ mày và cơ vòng mi mắt.

+ Nhánh cổ - mặt còn gọi là nhánh dưới phân bố cho các cơ nằm bên dưới mặt, trong đó quan trọng là cơ vòng miệng và xa hơn nữa dây VII phân nhánh xuống tới tận cơ bám da cổ.

## **1.2. Liệt nửa mặt ngoại biên**

### ***1.2.1. Triệu chứng:***

- Nhìn bình thường: hai bên mặt không cân đối, các cơ mặt bị kéo về bên lành, nhân trung bị kéo lệch về bên lành. Nửa mặt bên bệnh bất động và nhẽo (giảm trương lực cơ), mất nếp nhăn trán và nếp nhăn khóe mắt, lông mày hơi sụp xuống, má hơi xệ, rãnh mũi – má mờ, góc mép miệng bị xệ xuống. Tuy nhiên, trong giai đoạn muộn có nhiều trường hợp mặt bệnh nhân khi không cử động nhìn thấy mặt vẫn cân đối, chỉ khi cử động mới thấy mất cân đối do cơ bên liệt bị co cứng.

- Nhìn khi bệnh nhân khi cử động: mặt và mắt mất cân đối rõ rệt hơn;

+ Bệnh không nhăn trán được, mắt không nhắm kín (dấu hiệu hở mi), không làm được động tác nhe răng, phồng má, mím môi, huýt sáo, thổi lửa, chau mày. Uống nước thường bị vãi, khi ăn thức ăn đọng lại trong má bên liệt

+ Dấu hiệu Charles – Bell dương tính: biểu hiện là khi bệnh nhân nhắm mắt chủ động, mắt bên liệt nhắm không kín, nhãn cầu vận động lên trên và ra ngoài (khi đó giác mạc lấn dưới mi trên, củng mạc trắng lộ rõ giữa hai khe mi).

+ Dấu hiệu Negro: khi bệnh nhân ngược mắt nhìn lên trên, đồng tử bên tổn thương ở vị trí cao hơn bên lành.

+ Dấu hiệu Souques: trong khi nhắm hai mắt thì mắt bên bệnh nhắm không được chặt, lông mi của bên bệnh còn thò ra ngoài dài hơn bên lành.

+ Dấu hiệu Pierre Marie – Foix: phát hiện liệt mặt trong trường hợp bệnh nhân hôn mê. Thầy thuốc ấn mạnh vào hai góc hàm hoặc giật tóc mai của bệnh nhân, bệnh nhân sẽ nhắm mặt, khi đó nửa mặt bên lành sẽ co, còn bên liệt không có phản ứng gì.

- Các triệu chứng khác:

Liệt dây VII ngoại biên có thể đi kèm theo liệt nửa người kiểu trung ương bên đối diện như trong hội chứng Millard – Gubler hay hội chứng Foville cầu não dưới.

Về lâm sàng: chẩn đoán lâm sàng liệt dây thần kinh VII ngoại biên do lạnh tại Việt Nam thường áp dụng các tiêu chuẩn chẩn đoán của Hồ Hữu Lương và Nguyễn Văn Đăng

### **1.2.2. Nguyên nhân**

Liệt nửa mặt ngoại biên khi có tổn thương từ nhân dây VII trở ra, biểu hiện tổn thương là liệt hoàn toàn nửa mặt cùng bên. Nguyên nhân thường do;

**- Liệt nửa mặt nguyên phát:**

Liệt nửa mặt do lạnh (liệt Bell). Trường hợp này thường do mạch nuôi của dây thần kinh bị co thắt gây ra thiếu máu cục bộ, phù và chèn ép dây thần kinh trong ống Fallope. Các trường hợp liệt tự phát đó thường tiến triển cấp tính có liên quan tới gió lùa, lạnh, hay xảy ra vào ban đêm.

**- Bệnh lý:**

+ Tổn thương cầu não: u thần kinh đệm, u lao, di căn ung thư hoặc đột quỵ vùng cầu não, có thể là dấu hiệu đầu tiên của viêm tuỷ xám nhất là ở trẻ em, bệnh xơ não tuỷ rải rác, lao màng não, viêm màng não mủ hoặc do virus, u góc cầu tiểu não thường do u dây thần kinh số VIII, hội chứng Millard - Gubler (tổn thương phần trước của cầu não), hội chứng Foville cầu não dưới (tổn thương phần dưới của cầu não). viêm tai xương chũm, u màng não, viêm màng nhện vùng góc cầu - tiểu não.

+ Tổn thương trong xương đá: zona hạch gối, viêm tai xương chũm, u trong xương đá (hiếm gặp).

+ Tổn thương dây VII ngoài sọ: u ở tuyến mang tai, bệnh hủi (Lepra), bệnh uốn ván, hội chứng Guillain - Barré (chiếm 69% trường hợp liệt mặt hai bên, xuất hiện vào ngày thứ 5 đến ngày thứ 12 của bệnh), viêm nhiều dây thần kinh sọ não, viêm quanh động mạch dạng nút, bệnh Kahler, bệnh đái tháo

đường, liệt dây VII do thai nghén (xuất hiện khi thai trên 6 tháng do phù, ú trệ tuần hoàn tĩnh mạch và rối loạn chuyển hoá vitamin. Điều trị chủ yếu dùng vitamin nhóm B liều cao và làm tăng lưu thông tuần hoàn. Tiên lượng tốt sau khi sinh).

- Chấn thương sọ não: gây vỡ xương đá, ổ máu tụ ở hõm nhĩ.

### **1.2.3. Phân độ lâm sàng liệt VII ngoại biên**

Liệt VII ngoại biên thường phân độ theo *House-Brackmann* và Phân độ *FNGs 2.0 (2009)*

Phân độ theo *House-Brackmann*

Mức độ	Mô tả	Đặc điểm
I	Bình thường	Cử động mặt bình thường không có đồng vận
II	Nhẹ	Tổng thể: Chỉ phát hiện liệt mặt khi quan sát gần, ± đồng vận nhẹ - Nghi: Đối xứng - Vận động: Chức năng vùng trán tốt - Mắt: Nhắm kín - Miệng: Mất đối xứng nhẹ
III	Trung bình	Tổng thể: Liệt rõ, mặt chưa biến dạng, có hiện tượng đồng vận và / hoặc co thắt nửa mặt - Nghi: Đối xứng - Vận động: Giảm chức năng vùng trán - Mắt: Nhắm được khi cố gắng - Miệng: Lệch nhẹ khi cử động
IV	Trung bình nặng	Tổng thể: Liệt mặt rõ và / hoặc mất đối xứng 2 bên - Khi nghi: Đối xứng - Khi vận động: Mất chức năng vùng trán - Mắt: Nhắm được khi cố gắng - Miệng: Lệch rõ khi cử động
V	Nặng	Tổng thể: Chỉ còn vài trương lực - Khi nghi: Mất đối xứng - Khi vận động: Mất chức năng vùng trán - Mắt: Nhắm không kín - Miệng: Chỉ có thể cử động nhẹ
VI	Liệt hoàn toàn	Không có cử động nào của mặt

**Phân độ FNGs 2.0 (2009)**

Điểm	Khả năng vận động (Khu vực)			
	Trán	Mắt	Rãnh mũi môi	Miệng
1	Bình thường			

Điểm	Khả năng vận động (Khu vực)			
	Trán	Mắt	Rãnh mũi môi	Miệng
2	Yếu nhẹ > 75%			
3	Yếu rõ ràng > 50% (Mắt khép hoàn toàn khi cố gắng)			
4	Bất đối xứng lúc nghỉ ngơi < 50% (Mắt không thể khép hoàn toàn khi cố gắng)			
5	Cử động yếu			
6	Không có chuyển động			
Điểm	Đồng vận			
0	Không có			
1	Đồng vận nhẹ, cơ cơ nhẹ			
2	Đồng vận rõ, cơ cơ trung bình			
3	Đồng vận nặng, cơ cơ mạnh			
Mức độ	Tổng điểm			
I	4			
II	5-9			
III	10-14			
IV	15-19			
V	20-23			
VI	24			

- FNGs 2.0 đánh giá các triệu chứng trên 4 khu vực: lông mày, mắt, rãnh mũi môi, miệng và đồng thời tách riêng đánh giá sự đồng vận.

+ 1 điểm: cử động mắt, trán, rãnh mũi môi, miệng bình thường.

+ 2 điểm: cử động mắt, trán, rãnh mũi môi, miệng bên liệt cử động yếu nhẹ, biên độ lớn hơn 75% so với bên lành.

Mắt khép hoàn toàn khi cố gắng, trán nhăn giống bên lành khi cố gắng, rãnh mũi môi chỉ bị mờ và miệng chỉ bị lệch khi miệng cử động: nhe răng, thổi lửa.

+ 3 điểm: cử động mắt, trán, rãnh mũi môi, miệng bên liệt cử động yếu rõ ràng, biên độ lớn hơn 50% so với bên lành.

Mắt khép hoàn toàn khi cố gắng hết sức, trán nhăn giống bên lành khi cố gắng hết sức, rãnh mũi môi chỉ bị mờ và miệng bị lệch khi miệng cử động: nói, cười

+ 4 điểm: Bất đối xứng lúc nghỉ ngơi <50%

Mắt không thể khép hoàn toàn khi cố gắng, trán không thể nhăn giống bên lành khi cố gắng, rãnh mũi môi bị mờ và miệng bị lệch ngay cả khi nghỉ ngơi, rõ hơn khi cử động miệng.

+ 5 điểm: Cử động yếu: mí mắt khể động, trán nhăn nhẹ, rãnh mũi môi bị mờ nhiều, miệng bị lệch nhiều, lúc nghỉ ngơi cũng rõ như lúc miệng cử động.

+ 6 điểm: Không có chuyển động:

Bên liệt: Mí mắt không cử động, trán không nhăn được, rãnh mũi môi bị mờ nhiều, miệng cử động hạn chế.

- Đồng vận là sự biểu hiện cơ cơ không tự chủ phối hợp các hoạt động tự chủ như mép bị kéo khi nhắm mắt.

### **1.3. Điều trị liệt mặt ngoại biên do lạnh**

Hiện nay để điều trị liệt mặt ngoại biên do lạnh, bao gồm điều trị bằng thuốc, vật lý trị liệu phục hồi chức năng và chăm cứu phối hợp.

#### **1.3.1. Điều trị liệt VII ngoại biên theo YHHD**

Một vài loại thuốc sau được chỉ định trong điều trị bao gồm:

- **Corticoid (Prednisolon):** Liều 1 mg/ kg/ngày x 3 ngày đầu, sau đó giảm dần (giảm 10 mg mỗi 3 ngày) rồi cắt. Thuốc thường uống trong vòng 15 ngày. Chống chỉ định đối với những người có mẫn cảm với thuốc. Thận trọng khi có loãng xương, loét dạ dày thực quản, tiểu đường, tăng huyết áp, suy tim, trẻ em đang lớn. Tác dụng không mong muốn có thể mất ngủ, thần kinh dễ bị kích

động, đục thể thủy tinh thể, glôcom, phù, tăng huyết áp, viêm tụy, loét dạ dày thực quản.

- **Thuốc kháng virus (Acyclovir, Famcyclovir...):** viên nén 200mg, 400mg, 800mg. Liều 800mg x 5 lần/ ngày, mỗi lần cách nhau 4 giờ. Thời gian điều trị từ 5-7 ngày, dùng ngay khi mới mắc hoặc khi mụn nước xuất hiện. Chống chỉ định khi có mẫn cảm với thuốc. Tác dụng không mong muốn như buồn nôn, nôn, tiêu chảy, đau bụng nhức đầu. Thận trọng khi có thai và cho con bú.

Kết quả nghiên cứu ở các nước Âu Mỹ cho thấy, điều trị phối hợp Corticoid và thuốc kháng virus Herpes có kết quả tốt hơn so với điều trị Corticoid đơn thuần.

- **Các Vitamin nhóm B (B1, B6, B12):** có tác dụng thúc đẩy phục hồi dây thần kinh bị tổn thương như tăng tổng hợp Acid nucleic và Protein ở tế bào thần kinh, tăng tổng hợp Lecithin (thành phần quan trọng của bao Myelin)

- **Thuốc tái tạo và phục hồi bao Myelin:** Cytidine-5 disodium-monophosphate ...

- **Chăm sóc và bảo vệ mắt:** nhỏ mắt hàng ngày bằng nước mắt nhân tạo, đeo kính bảo vệ mắt ban ngày để chống dị vật vào mắt gây viêm loét giác mạc, củng mạc và kết mạc mắt. Dùng băng dính không gây dị ứng dán lên mi mắt để trợ giúp chớp mắt ban ngày và nhắm mắt ban đêm đồng thời chống hiện tượng lộn mi ra ngoài.

### ***1.3.2. Điều trị liệt VII ngoại biên bằng YHCT***

#### ***Bệnh danh***

Liệt dây VII ngoại biên nằm trong chứng Trúng phong kinh lạc của YHCT, bệnh danh là “Khẩu nhân oa tà”.

#### ***Bệnh nguyên bệnh cơ***

- Ngoại nhân: phong hàn, phong nhiệt thừa lúc tẩu lý sơ hở xâm phạm vào các kinh dương ở mặt.

- Bất nội ngoại nhân: chấn thương vùng mặt gây huyết ú ở kinh lạc.

### ***Nguyên tắc điều trị***

Khu phong, tán hàn hoạt huyết thông kinh hoạt lạc, phục hồi công năng

### ***Phân thể lâm sàng và điều trị***

#### ***\* Thể phong hàn (Liệt VII ngoại biên do lạnh)***

- Triệu chứng: sau khi gặp mưa hoặc trời lạnh tự nhiên một bên mắt không nhắm được, miệng méo cùng bên với mắt, uống nước trào ra, không nuốt sáo được, toàn thân có hiện tượng sợ lạnh, râu lưỡi trắng, mạch phù.

- Pháp điều trị: Khu phong, tán hàn, thông kinh hoạt lạc (hành khí hoạt huyết).

- Phương dược: Đại tần giao thang gia giảm

- Châm cứu: điện châm các huyệt: Toàn túc xuyên Tỉnh minh, Dương bạch xuyên Ngư yêu, Thái dương xuyên Đồng tử liêu, Quyền liêu, Nghinh hương, Địa thương xuyên Giáp xa, Nhân trung, Phong trì, Bách hội, Thừa tương, Ấp phong.

Xoa bóp bấm huyệt: tác động lên mặt bên liệt (chú ý hướng tác động từ giữa sang bên) và day bấm các huyệt trên.

#### ***\* Thể phong nhiệt (Liệt VII ngoại biên do nhiễm trùng)***

- Triệu chứng: tại chỗ giống như liệt VII ngoại biên do lạnh, toàn thân có sốt, sợ gió, sợ nóng, râu lưỡi dày, trắng, mạch phù sắc. Sau khi hết sốt, chỉ còn tình trạng liệt VII ngoại biên.

- Pháp điều trị: Khu phong, thanh nhiệt, hoạt huyết.

- Phương dược: Tiêu phong tán

- Điện châm: châm các huyệt như trên và châm thêm các huyệt Khúc trì, Nội đình.

- Xoa bóp bấm huyệt như thể phong hàn.

**\* *Thể huyết ú (Liệt VII ngoại biên do sang chân)***

- Triệu chứng: gồm triệu chứng liệt VII ngoại biên như trên, đồng thời tìm hiểu nguyên nhân sang chân như sau ngã, bị thương tích, sau khi mổ vùng hàm mặt hoặc xương chũm, hặc do nhiễm lạnh (Hàn).

- Pháp điều trị: Hoạt huyết, hành khí

- Phương dược: Tứ vật đào hồng gia giảm

- Điện châm: châm các huyệt tại chỗ như trên, toàn thân châm Huyết hải.

**1.3.3. *Tổng quan về điện châm xuyên huyệt trong nghiên cứu***

***Điện châm***

*Định nghĩa:* Điện châm là phương pháp chữa bệnh phối hợp giữa tác dụng chữa bệnh của châm cứu với kích thích của dòng điện. Kích thích của dòng xung điện có tác dụng giảm đau, kích thích hoạt động các cơ, các tổ chức, tăng cường dinh dưỡng các tổ chức, giảm viêm.

***Cơ chế***

- Y học hiện đại: Điện châm là một kích thích cơ giới kết hợp với kích thích của dòng điện gây ra một cung phản xạ mới có tác dụng ức chế và phá vỡ phản xạ bệnh lý: làm giảm cơn đau, giải phóng sự co cơ,...

- Y học cổ truyền: Sự mất thăng bằng về âm dương dẫn tới bệnh tật phát sinh. Châm cứu có tác dụng điều hòa lại âm dương, nâng cao chính khí, đuổi tà khí ra ngoài. Khi vận dụng châm cứu tùy theo vị trí nông sâu của bệnh tật, trạng thái hàn nhiệt, hư thực của bệnh nhân để sử dụng thủ thuật bổ hay tả, châm hay cứu.

***Kỹ thuật điện châm:***

- Xác định và sát trùng da vùng huyệt

- Tiến hành châm kim: Qua da nhanh, châm từ từ vào huyệt đến khi đạt được cảm giác đắc khí

- Kích thích huyết bằng máy điện châm, chỉnh tần số và cường độ theo nhu cầu bổ tả của bệnh.

***Châm xuyên huyết:***

Kỹ thuật châm xuyên huyết là thủ thuật châm kim xuyên từ hai huyết trở lên, giúp nâng cao khả năng vận hành khí huyết trên một đường kinh mạch. Từ đó khai thông sự tắc nghẽn của khí huyết, đồng thời làm giảm đáng kể số kim châm cứu trên cùng một phác đồ huyết và giảm đau cho người bệnh. Tổ chức Y tế thế giới (WHO) đánh giá Việt Nam là một trong 5 nước phát triển nhất thế giới về thuật châm cứu – y học cổ truyền.

***1.3.4. Điện xung trung tần điều trị liệt VII ngoại biên***

**Nguyên tắc:** Kích thích thần kinh – cơ, duy trì sức cơ, ngăn biến chứng co rút và phục hồi

***Điện xung trung tần điều trị liệt VII ngoại biên***

Điện xung trị liệu là một phương pháp điều trị trong vật lý trị liệu bằng các xung điện có tần số thấp và trung bình. Dòng điện xung là dòng điện do nhiều xung điện liên tiếp tạo nên. Xung điện là dòng điện chỉ xuất hiện trong thời gian ngắn, xen kẽ giữa các xung là khoảng nghỉ hoàn toàn không có dòng điện. Các dòng điện xung có thể là dòng một chiều hoặc xoay chiều.

Sóng trung tần được điều chỉnh từ sóng thấp tần. thông qua tổ hợp các dạng sóng và các loại tần số, định ra các phác đồ điều trị. Trong mỗi một phác đồ điều trị, các thông số không ngừng trao đổi với nhau, tạo ra các hiệu ứng dòng điện kích thích khác nhau, từ đó đạt được hiệu quả trị liệu cao nhất. Tác dụng của dòng điện xung trung tần; 2kHz ~ 6kHz có tác dụng kích thích thần kinh cơ, làm tăng dẫn truyền thần kinh, điều tiết độ căng giãn của các tổ chức thần kinh cơ, tăng trương lực cơ, tăng khối lượng cơ, giúp phục hồi chức năng cho phần cơ liệt. Cải thiện chức năng tuần hoàn máu, lưu thông khí huyết, kích thích tái sinh các tổ chức bên trong.

## TÁC DỤNG SINH HỌC CỦA DÒNG ĐIỆN XUNG

### *- Phản ứng của cơ thể với dòng điện xung*

+ **Cường độ ngưỡng:** là cường độ dòng điện xung đạt tới một giá trị nào đó làm cho tổ chức bắt đầu có đáp ứng.

+ **Ngưỡng cảm giác:** là cường độ dòng điện xung mà ở đó bệnh nhân bắt đầu có cảm giác có dòng điện (như kiến bò, kim châm...).

+ **Ngưỡng rung:** là cường độ dòng điện xung mà ở đó bệnh nhân bắt đầu có cảm giác cơ rung lên (do nhiều thớ cơ co).

+ **Ngưỡng co cơ:** là cường độ dòng điện xung mà ở đó bệnh nhân bắt đầu co cơ, cảm giác cơ co như bóp chặt.

+ **Ngưỡng đau:** là cường độ dòng điện xung mà ở đó bệnh nhân xuất hiện cảm giác đau.

- **Vùng có hiệu lực điều trị:** là cường độ trên ngưỡng cảm giác, dưới ngưỡng đau.

### *Tác dụng sinh học của dòng điện xung*

Dòng điện xung tác động lên cơ thể gây ra hai tác dụng: kích thích gây hưng phấn và ức chế làm giảm hưng phấn thần kinh.

Dòng điện xung hưng phấn có tính chất:  $f < 50\text{Hz}$ , xung có sườn rất dốc, thời gian xung ngắn (xung gai nhọn, chữ nhật).

Dòng điện xung ức chế có tính chất:  $f > 80\text{Hz}$ , sườn xung thoải, thời gian xung dài (xung lưỡi cày, xung hình sin).

- Thần kinh vận động: đáp ứng với dòng điện có tần số tối đa là 1.000Hz, Nếu lớn hơn 1.000Hz không còn đáp ứng. Với cơ, tần số tối đa của dòng điện để cơ đáp ứng là 200 - 250Hz, lớn hơn cơ không đáp ứng, với  $f < 20\text{Hz}$  thì gây co cơ từng cái một, tần số từ 20 - 50Hz gây co cơ liên tục, tần số từ 50 - 200Hz gây co cơ kiểu răng cưa, còn trên 200Hz thì cơ co yếu dần, đến 250Hz thì không còn co cơ nữa.

- Thần kinh cảm giác: có đáp ứng với tần số từ 0 - 1.000Hz. Với tần số từ 0 - 20Hz thì mỗi xung như có một vật chạm vào da, tần số 20 - 50Hz có cảm giác rung liên tục trên bề mặt da,  $f > 100\text{Hz}$  cảm giác rung yếu dần cho đến 1.000Hz không còn cảm giác.

- Thần kinh thực vật: tần số  $< 20\text{Hz}$  sẽ gây hưng phấn thần kinh giao cảm, tần số 20 - 50Hz gây hưng phấn thần kinh phó giao cảm, tần số  $> 100\text{Hz}$  gây ức chế thần kinh giao cảm.

Tần số  $> 1.000\text{Hz}$  thì dòng điện xung không còn kích thích thần kinh. Với các dòng điện xung tần số trung, để có tác dụng phải biến đổi biên độ xung để tạo ra xung bao có tần số thấp dưới 1.000Hz. Tác dụng điều trị là do xung bao tạo nên, vì xung bao hình thành trong tổ chức nên không gây kích thích da và sẽ tránh được cảm giác đau rát cho bệnh nhân.

- Thuyết về sự phóng thích endorphin do Sjoloud và Eriksson đề xuất thì trong các trường hợp đau mạn tính có thể do giảm hoạt tính của hệ endorphin hoặc tăng tiêu hủy endorphin ở tổ chức thần kinh. Hệ thần kinh trung ương dưới tác dụng của dòng điện xung sẽ làm tăng giải phóng endorphin. Endorphin như một morphin nội sinh có tác dụng giảm đau mạnh. Dòng TENS (tần số cao, cường độ thấp) được cho là đã kích thích tủy sống tiết ra endorphin (morphin nội sinh).

- Thuyết về sự ngưng trệ sau kích thích của hệ thần kinh trung ương do Sato và Schmidt đề xuất thì khi kích thích chọn lọc vào các sợi thần kinh nhóm II và III sẽ gây ức chế thần kinh trung ương làm giảm đau.

Ứng dụng: để giảm đau, giảm co thắt cơ, tăng tuần hoàn, chọn các dòng điện xung có tính chất ức chế. Để kích thích cơ cơ (cơ bại, liệt, rèn luyện cơ) phục hồi thần kinh, chọn dòng xung có tác dụng hưng phấn.

- Chống viêm: dòng điện xung có tác dụng chống viêm dựa trên cơ sở tăng cường tuần hoàn, chuyển hóa, giảm phù nề, tăng cường miễn dịch dịch thể và tế bào, giảm các chất gây viêm, chỉ áp dụng với viêm không do nhiễm khuẩn.

- Gây ngủ: dòng điện xung hình vuông có tần số 100 - 150Hz, cho đi qua não bằng một điện cực ở trán, một điện cực ở gáy có tác dụng gây ngủ.

#### **Chỉ định:**

- Giảm đau sau chấn thương, phẫu thuật, đau thần kinh, đau cơ, xương, khớp.
- Kích thích thần kinh cơ.
- Cải thiện tuần hoàn ngoại vi.

#### **Chống chỉ định:**

- Người bệnh mang máy tạo nhịp tim.
- Sốt cao, khối u ác tính, bệnh lao đang tiến triển.
- Mất cảm giác ở vùng điều trị, tổn thương da nơi đặt điều trị.
- Viêm da khu trú, huyết khối, viêm tắc mạch.
- Trực tiếp lên thai nhi.
- **Tai biến và xử trí:**
- Điện giật: xử trí cấp cứu điện giật.
- Bỏng: Khi điều trị dòng xung một chiều xử trí theo phác đồ bỏng axit hoặc kiềm.

### **1.4. Các nghiên cứu có liên quan**

#### ***Các nghiên cứu trên thế giới***

Năm 2014, D. Cirpaciú và cộng sự tiến hành một khảo sát trên 70 bệnh nhân liệt VII ngoại biên từ 17 đến 79 tuổi nhằm khảo sát nguyên nhân và đánh giá hiệu quả của việc điều trị sớm corticoid cho thấy: việc sử dụng các thuốc giãn mạch, tăng dẫn truyền và phục hồi thần kinh cùng với phối hợp corticoid trong điều trị, đặc biệt là 3 ngày đầu khi các dấu chứng lâm sàng mới xuất hiện

đã đóng góp một phần không nhỏ làm tăng tỉ lệ hồi phục hoàn toàn trên các bệnh nhân này.

### ***Các nghiên cứu tại Việt Nam***

Năm 2015, Nguyễn Tuấn Anh và cộng sự tiến hành một khảo sát trên 69 bệnh nhân liệt VII ngoại biên do lạnh bằng kích thích điện một chiều qua điện cực nhỏ đặt trên da vùng huyệt ở hai nhóm đối tượng: một nhóm là trẻ em và một nhóm là bệnh nhân đái tháo đường điều trị nội trú tại Khoa Y học cổ truyền Bệnh viện Đa khoa tỉnh Hà Tĩnh nhằm khảo sát hiệu quả của phương pháp này cho thấy: Nhóm tiến triển tốt trong 30 ngày điều trị chiếm tỉ lệ 97,1%, tiến triển chậm sau 30 ngày điều trị 2,4%.

Nguyễn Thị Tân (2016) khi tiến hành đánh giá hiệu quả điều trị liệt VII ngoại biên do lạnh bằng phương pháp ôn châm kết hợp với bài thuốc Đại tần giao thang trên 40 bệnh nhân liệt VII tại Bệnh viện Trung Ương Huế và Bệnh viện Y học cổ truyền tỉnh Thừa Thiên Huế từ tháng 4/2015 đến tháng 3/2016 cho kết quả: Tỉ lệ khỏi bệnh hoàn toàn là 85%, tỉ lệ đỡ 12,5%, chỉ có 2,5% không hồi phục do bệnh nhân tới muộn. Bệnh nhân vào viện càng sớm thì đáp ứng với điều trị càng tốt. Phương pháp ôn châm không gây ra tác dụng không mong muốn đáng kể trên lâm sàng.

Nguyễn Mạnh Tường (2017) nghiên cứu đánh giá hiệu quả của điện châm và bài thuốc Tiêu tục mệnh thang trong điều trị liệt VII ngoại vi do lạnh trên 30 bệnh nhân tại bệnh viện YHCT Bộ Công An cho kết quả: Các triệu chứng rối loạn vận động và rối loạn cảm giác ở 2 nhóm đều phục hồi tốt sau điều trị. Tuy nhiên các triệu chứng rối loạn vận động ở nhóm nghiên cứu phục hồi tốt hơn so với nhóm chứng ( $p < 0,05$ ); các triệu chứng rối loạn cảm giác ở hai nhóm phục hồi tốt và sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$ . Nhóm nghiên cứu có tỉ lệ khỏi hoàn toàn là 83,3%, đỡ là 16,7%; nhóm chứng có tỉ lệ

khỏi hoàn toàn là 56,7%, đỡ là 40% và vẫn còn 3,3% không đỡ. Sự khác biệt này giữa hai nhóm có ý nghĩa.

## CHƯƠNG 2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

### 2.1. Thời gian và địa điểm tiến hành nghiên cứu

Địa điểm nghiên cứu: Bệnh viện Y học cổ truyền và Phục hồi chức năng Bắc Ninh.

Thời gian nghiên cứu: Từ tháng 2/2026 đến tháng 09/2026

### 2.2. Đối tượng nghiên cứu

Bệnh nhân không phân biệt độ tuổi, giới tính, nghề nghiệp, điều trị ngoại trú, nội trú tại Bệnh viện Y học cổ truyền và phục hồi chức năng tỉnh Bắc Ninh thỏa mãn tiêu chuẩn lựa chọn và tiêu chuẩn loại trừ sau:

#### 2.2.1. Tiêu chuẩn lựa chọn:

\* Theo YHHĐ:

- Bệnh khởi phát đột ngột
- Liệt toàn bộ cơ mặt một bên, mất nếp nhăn trán, mất nếp má mũi, ảnh hưởng đến tiếng nói, ăn uống.
- Mắt nhắm không kín: Charles - Bell (+).
- Mắt trở nên trơ cứng: mắt bị lệch về bên lành.
- Có thể đau sau tai trước đó 1 - 2 ngày, có thể kèm ù tai. Thường chảy nước mắt.
- Có thể mất vị giác 2/3 trước lưỡi.
- Mất những phản xạ có sự tham gia của cơ vòng quanh mắt như phản xạ giác mạc (cảm giác của giác mạc vẫn giữ nguyên).

\* Theo YHCT:

- Bệnh nhân liệt VII ngoại biên thể Phong hàn
- Bệnh nhân đồng ý và tự nguyện tham gia nghiên cứu.

#### 2.2.2. Tiêu chuẩn loại trừ

\* Theo YHHĐ:

- Bệnh nhân mắc các bệnh lý nội khoa mạn tính nặng (suy gan, suy thận), suy giảm miễn dịch (HIV/AIDS), bệnh hệ thống khác.

- Bệnh nhân đang mắc kèm bệnh lý nội khoa cấp tính yêu cầu cần có can thiệp kịp thời tại thời điểm diễn ra nghiên cứu.

- Bệnh nhân đang có bệnh lý nhiễm trùng: sốt, zona, viêm màng não, viêm tai xương chũm.

- Tổn thương cầu não: u thần kinh đệm, u lao, di căn ung thư hoặc đột quy vùng cầu não...

- Tổn thương dây VII ngoài sọ: U ở tuyến mang tai, bệnh hủi (Lepra), bệnh uốn ván, hội chứng Guillain – Barré.

- Chấn thương sọ não gây vỡ xương đá, ổ máu tụ ở hõm nhĩ.

- Không hợp tác trong nghiên cứu.

\* Theo YHCT: Bệnh nhân được chẩn đoán liệt VII ngoại biên các thể khác như thể Phong nhiệt, thể Huyết ú.

## **2.3. Phương pháp nghiên cứu**

### **2.3.1. Thiết kế nghiên cứu**

Phương pháp nghiên cứu: Can thiệp lâm sàng, tiến cứu, không đối chứng, so sánh trước và sau điều trị

### **2.3.2. Cỡ mẫu và chọn mẫu**

Áp dụng công thức cho một nghiên cứu trước sau[20];

$$N = \frac{2xCx(1-r)}{(ES)^2}$$

Trong đó ES ước 0.333

Hệ số tương quan 0.6 - 0,8

C là hằng số

Cỡ mẫu từ 28 -56 bệnh nhân.

Phương pháp chọn mẫu thuận tiện.

### **2.3.3. Phương pháp thu thập số liệu**

Phỏng vấn, quan sát, can thiệp.

### **2.3.4. Phương tiện sử dụng trong nghiên cứu**

- Máy điện châm M7
- Kim điện châm dùng một lần
- Máy điện xung tung tần Đông Á model XYZP-IB
- Các dụng cụ khác: bông cồn, pank có máu.
- Bệnh án nghiên cứu.

### **2.3.5. Cách thức tiến hành nghiên cứu**

- Cách thức dùng phương pháp châm xuyên huyết kết hợp điện xung trung tần.

**Bước 1;** Chuẩn bị bệnh nhân và thầy thuốc

- Tư thế người bệnh: Bệnh nhân nằm ngửa
- Giải thích cho bệnh nhân về mục đích điều trị và một số triệu chứng có thể xuất hiện trong khi điều trị để bệnh nhân yên tâm như: cảm giác tức nặng vị trí châm một lúc sau sẽ hết. Sau khi điện châm kết thúc thì tiến hành làm kỹ thuật điện xung, (theo phác đồ điện châm và điện xung của Bộ Y tế ban hành) cụ thể:

- thầy thuốc: thầy thuốc YHCT.

**Bước 2;** Chuẩn bị dụng cụ và phác đồ huyết

- Máy điện châm M7.
- Máy điện xung trung tần Đông Á model XYZP-IB
- Kim điện châm dùng 1 lần loại 7cm.
- Dụng cụ khác: bông cồn, pank có máu.
- Phác đồ huyết (theo phác đồ Bộ y tế):
  - Thái dương xuyên Đồng tử liêu

- Dương bạch xuyên Ngư yêu
- Toàn trúc xuyên Tình minh
- Quyên liêu xuyên Nghinh hương
- Địa thương xuyên Giáp xa
- Nhân trung
- Hợp cốc bên đối diện

**Bước 3;** Tiến hành kỹ thuật điện châm xuyên huyết:

Thầy thuốc xác định vị trí huyết, sau đó sát khuẩn, tiến hành châm kim: Qua da nhanh, châm từ từ vào huyết và xuyên đến huyết tiếp theo theo phác đồ cho đến khi đạt được cảm giác đặc khí.

- Kích thích huyết bằng máy điện châm, chỉnh tần số và cường độ theo tá pháp: Tần số châm tá từ 10 – 40 Hz, cường độ từ 81 – 100  $\mu$ A.

Thời gian mỗi lần điện châm là 20 phút, ngày 01 lần.

**Bước 4;** Tiến hành kỹ thuật điện xung trung tần

Sau khi kết thúc điện châm thầy thuốc đặt và cố định điện cực; một tấm đặt vùng trán, một tấm đặt vùng má bên liệt.

Chỉnh tần số theo chỉ định phác đồ điều trị liệt VII ngoại biên.

#### **Liệu trình châm xuyên huyết kết hợp điện xung**

Thực hiện liên tục trong quá trình bệnh nhân điều trị tại viện (từ 7- 16 ngày).

#### **2.4. Các chỉ tiêu nghiên cứu trên lâm sàng**

- **Đặc điểm đối tượng nghiên cứu:** Tuổi, giới tính, nghề nghiệp, thời gian xuất hiện triệu chứng đến khi nhập viện, mức độ các triệu chứng đặc trưng của liệt VII ngoại biên, phân bố bên liệt VII ngoại biên.

- **Kết quả nghiên cứu:** Đánh giá sự cải thiện các triệu chứng lâm sàng: sự vận động vùng mắt, trán, rãnh mũi môi, miệng và mức độ liệt theo phân độ *House-Brackman* và phân độ *FNGs 2.0 (2009)*.

- Tác dụng không mong muốn của châm xuyên huyết kết hợp điện xung trong nghiên cứu.

## 2.5. Tiêu chuẩn đánh giá kết quả

- **Sự cải thiện các triệu chứng lâm sàng;** về khả năng vận động khu vực: trán, mũi má, miệng, khả năng đồng vận với các triệu chứng; nếp nhăn trán; rãnh mũi má; lệch nhân trung, méo miệng, dấu hiệu Souques (+), dấu hiệu Charles - Bell (+), sức cơ cơ khi cười yếu/không cơ được theo **phân độ FNGs 2.0 (2009)**

- **Sự cải thiện mức độ liệt:** Mức độ liệt mặt được phân loại dựa vào bảng phân độ *House-Brackmann*.

- **Đánh giá kết quả điều trị chung của bệnh nhân.**

Theo Trung Y Phân độ chứng trạng và tiêu chuẩn đánh giá hiệu quả lâm sàng[22], cụ thể:

1. *Khỏi bệnh: hết các triệu chứng*
2. *Tốt, khá: giảm  $\geq 85\%$  điểm trước điều trị*
3. *Trung bình: giảm  $\geq 50\%$  điểm trước điều trị*
4. *Kém (không tác dụng): giảm dưới 50% điểm trước điều trị*

**Tác dụng không mong muốn:**

- Tác dụng không mong muốn của phương pháp điện châm xuyên huyết kết hợp điện xung trung tần như: vụng châm, nhiễm trùng, chảy máu, bầm tím nơi châm.

## 2.6. Phương pháp xử lý số liệu

Số liệu sau thu thập được xử lý bằng phần mềm SPSS 20.0

Kết quả được thể hiện dưới dạng: Giá trị trung bình và tỷ lệ phần trăm (%).

Kết quả nghiên cứu được coi là có ý nghĩa thống kê khi  $p < 0,05$ .

**2.7. Đạo đức nghiên cứu**

- Nghiên cứu được sự đồng ý của Hội đồng khoa học Bệnh viện Y học cổ truyền & Phục hồi chức năng Bắc Ninh và Sở Y tế Bắc Ninh.

### CHƯƠNG 3. DỰ KIẾN KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

#### 3.1. Đặc điểm bệnh nhân nghiên cứu.

##### 3.1.1. Đặc điểm tuổi của bệnh nhân nghiên cứu

Bảng 3.1. Đặc điểm tuổi của bệnh nhân nghiên cứu

Nhóm tuổi	Số lượng	Tỉ lệ (%)
< 20 tuổi		
20-40 tuổi		
>40- 60tuổi		
> 60		
<b>Tổng</b>		
<b>X ± SD</b>		

##### 3.1.2. Đặc điểm giới tính bệnh nhân

Bảng 3.2. Đặc điểm giới tính của bệnh nhân nghiên cứu

Giới tính	Số lượng	Tỉ lệ (%)
Nam		
Nữ		
<b>Tổng</b>		

##### 3.1.3. Đặc điểm thời gian xuất hiện triệu chứng đến khi nhập viện

Bảng 3.3. Đặc điểm thời gian xuất hiện triệu chứng đến khi nhập viện

Thời gian	Số lượng	Tỉ lệ (%)
≤ 5 ngày		
>5 - 10 ngày		
> 10 ngày		
<b>Tổng</b>		

### 3.1.4. Đặc điểm bên liệt VII ngoại biên

Bảng 3.4. Đặc điểm bên liệt VII ngoại biên

Bên liệt VII ngoại biên	Số lượng	Tỉ lệ (%)
Bên trái		
Bên phải		
Hai bên (phải + trái)		
Tổng		

### 3.1.5. Đặc điểm các triệu chứng lâm sàng

Bảng 3.5. Đặc điểm triệu chứng lâm sàng của bệnh nhân trong nghiên cứu

Triệu chứng	Số lượng	Tỉ lệ%
Mắt nhắm không kín		
Ăn uống khó, đờ đẫn thức ăn trong má bên liệt		
Lệch nhân trung		
Dấu hiệu Souques (+)		
Dấu hiệu Charles - Bell (+)		
Rối loạn thực vật: khô mắt; chảy nước mắt, giảm tiết nước bọt, giảm vị giác		

### 3.1.6. Mức độ liệt theo phân độ House-Brackmann

Bảng 3.6. Mức độ liệt theo phân độ *House-Brackman* trước điều trị

Mức độ liệt	Số lượng	Tỉ lệ %
Độ I		
Độ II		
Độ III		
Độ IV		
Độ V		
Độ VI		
Tổng		

## 3.2. Kết quả nghiên cứu

### 3.2.1. Sự cải thiện triệu chứng lâm sàng

Bảng 3.7. Sự thay đổi khả năng vận động của mắt

Điểm	Khả năng vận động của mắt	Trước điều trị		Sau điều trị		p
		n	Tỉ lệ	n	Tỉ lệ	
1	Bình thường					
2	Yếu nhẹ > 75%					
3	Yếu rõ ràng > 50%					
4	Bất đối xứng lúc nghỉ ngơi < 50%					
5	Cử động yếu					
6	Không có chuyển động					
Tổng						

Bảng 3.8. Sự thay đổi khả năng vận động của trán

Điểm	Khả năng vận động của trán	Trước điều trị		Sau điều trị		p
		n	Tỷ lệ	n	Tỷ lệ	
1	Bình thường					
2	Yếu nhẹ > 75%					
3	Yếu rõ ràng > 50%					
4	Bất đối xứng lúc nghỉ ngơi < 50%					
5	Cử động yếu					
6	Không có chuyển động					
Tổng						

Bảng 3.9. Khả năng vận động của rãnh mũi môi

Điểm	Khả năng vận động của rãnh mũi môi	Trước điều trị		Sau điều trị		p
		n	Tỷ lệ	n	Tỷ lệ	
1	Bình thường					
2	Yếu nhẹ > 75%					
3	Yếu rõ ràng > 50%					
4	Bất đối xứng lúc nghỉ ngơi < 50%					
5	Cử động yếu					
6	Không có chuyển động					
Tổng						

Bảng 3.10. Sự thay đổi khả năng vận động của miệng

Điểm	Khả năng vận động của miệng	Trước điều trị		Sau điều trị		p
		n	Tỉ lệ	n	Tỉ lệ	
1	Bình thường					
2	Yếu nhẹ > 75%					
3	Yếu rõ ràng > 50%					
4	Bất đối xứng lúc nghỉ ngơi < 50%					
5	Cử động yếu					
6	Không có chuyển động					
Tổng						

Bảng 3.11. Sự thay đổi khả năng đồng vận trước và sau điều trị

Điểm	Khả năng đồng vận	Trước điều trị		Sau điều trị		p
		n	Tỉ lệ	n	Tỉ lệ	
1	Không đồng vận					
2	Đồng vận nhẹ					
3	Đồng vận rõ					
4	Đồng vận nặng					
Tổng						

Bảng 3.12 Sự cải thiện về điểm số của các tiêu chí trong thang điểm FNGs 2.0

Tiêu chí (vùng)	Trước điều trị	Sau điều trị	p
	$\bar{x} \pm SD$ (Điểm)	$\bar{x} \pm SD$ (Điểm)	
Mắt			
Trán			
Rãnh mũi môi			
Miệng			
Đồng vận			

### 3.2.2. Sự thay đổi mức độ liệt qua quá trình điều trị

Bảng 3.13. Thay đổi mức độ liệt qua quá trình điều trị

Mức độ liệt	Trước điều trị		Sau điều trị		p
	Số lượng	Tỉ lệ %	Số lượng	Tỉ lệ %	
Độ I					
Độ II					
Độ III					
Độ IV					
Độ V					
Độ VI					
Tổng					

### 3.2.3. Kết quả điều trị chung

Bảng 3.14. Kết quả điều trị chung

Kết quả	Số lượng	Tỉ lệ%
Khỏi bệnh		
Tốt, Khá		
Trung bình		
Kém		
Tổng		



### 3.3.3. *Mối liên quan mức độ liệt đến kết quả điều trị*

Bảng 3.17. *Mối liên quan mức độ liệt trước điều trị đến kết quả điều trị*

Mức độ liệt trước điều trị	Khỏi		Tốt , Khá		Trung bình		Kém	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Độ III								
Độ IV								
Độ V								
Độ VI								
Tổng								

### 3.4. Tác dụng không mong muốn

## CHƯƠNG 4. DỰ KIẾN BÀN LUẬN

### 4.1. Đặc điểm bệnh nhân nghiên cứu

#### 4.1.1. Đặc điểm tuổi của bệnh nhân nghiên cứu

#### 4.1.2. Đặc điểm giới tính của bệnh nhân nghiên cứu

#### 4.1.3. Đặc điểm bên liệt VII ngoại biên

#### 4.1.4. Thời gian xuất hiện triệu chứng đến khi nhập viện

#### 4.1.5. Đặc điểm các triệu chứng lâm sàng

#### 4.1.6. Đặc điểm mức độ liệt trước điều trị

### 4.2. Bàn luận kết quả nghiên cứu

#### 4.2.1. Sự cải thiện các triệu chứng lâm sàng

- Sự thay đổi khả năng vận động của mắt.
- Sự thay đổi khả năng vận động của rãnh mũi môi.
- Sự thay đổi khả năng vận động của miệng.
- Sự thay đổi đồng vận cơ mặt
- Sự cải thiện về điểm số của các tiêu chí trong thang điểm FNGs 2.0

#### 4.2.2 Hiệu quả điều trị chung

### 4.3. Bàn luận mối liên quan đến hiệu quả điều trị.

- Mối liên quan tuổi.
- Mối liên quan thời gian bị bệnh đến khi được can thiệp
- Mối liên quan mức độ liệt đến kết quả điều trị

**DỰ KIẾN KẾT LUẬN**

**DỰ KIẾN KHUYẾN NGHỊ**

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

### A. Tài liệu tiếng Việt:

1. Nguyễn Tuấn Anh (2015). *Nhận xét điều trị liệt dây VII ngoại biên do lạnh bằng kích thích điện một chiều qua điện cực nhỏ đặt trên da vùng huyệt*, Đề tài nghiên cứu khoa học cấp cơ sở, Bệnh viện Đa khoa tỉnh Hà Tĩnh.
2. Bệnh viện YHCT và PHCN. *Phác đồ hướng dẫn chẩn đoán và điều trị* (2020) Tr. 219
3. Bộ Y tế (2013), *Quyết định về việc ban hành Hướng dẫn Quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh chuyên ngành Châm cứu*. Quyết định số 792/QĐ-BYT ngày 13/02/2013.
4. Bộ Y tế (2015). *Hướng dẫn quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh chuyên ngành điện châm*, Công văn 783/BYT-KCB ngày 03/02/2015.
5. Trần Đăng Đức, Phạm Thị Hạnh (2016), “Đánh giá kết quả điều trị liệt dây VII ngoại vi bằng điện châm kết hợp với thủy châm”, *Tạp chí Y dược học cổ truyền quân sự*, số 2, tập 8/2018, tr. 35-40
6. Lê Thị Diệu Hằng và cộng sự (2012) “Đánh giá hiệu quả điều trị liệt VII ngoại biên do lạnh bằng điện cực dán kết hợp bài thuốc Đại tần giao thang”, *Tạp chí Y dược học*, Tập 10 (số 2), tr. 70-75.
7. Trần Đình Hải (2017). *Nghiên cứu hiệu quả điều trị liệt dây thần kinh VII ngoại biên bằng phương pháp điện châm kết hợp xoa bóp bấm huyệt*, Đề tài nghiên cứu khoa học cấp cơ sở, Bệnh viện Đa khoa tỉnh Quảng Trị
8. Hoàng Hà Kiệt (2014). Liệt dây thần kinh số VII, chẩn đoán và điều trị, trang web hahoangkiem.com, ngày truy cập 02/02/2022.
9. Lê Văn Minh, Vũ Duy Hòa, Phạm Kiều Anh Thơ (2020), “Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng và đánh giá kết quả điều trị của corticoid và thuốc kháng virus trên bệnh nhân liệt Bell tại Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ và

Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Cần Thơ”, Tạp chí Y Dược học Cần Thơ, số 31/2020, 102-108

10. Ngô Thị Phượng 2023 “Tác dụng của phương pháp ôn điện châm kết hợp bài thuốc “Đại tần giao thang” trong điều trị liệt VII ngoại biên do lạnh” Đề tài nghiên cứu khoa học cấp cơ sở, Bệnh viện YHCT&PHCN Bắc Ninh

11. Hồ Hữu Lương (2001), *Khám lâm sàng hệ thần kinh*, Nhà xuất bản Y học

12. Nguyễn Kim Ngân (2002), *Nghiên cứu vai trò của huyết Quyển Liêu và É Phong trong mẫn châm điều trị liệt dây VII ngoại biên do lạnh*”, Luận văn thạc sĩ y học, trường Đại học Y Hà Nội

13. Đoàn Văn Minh (2019) “Đánh giá hiệu quả điều trị liệt VII ngoại biên thể phong hàn giai đoạn bán cấp và phục hồi bằng điện châm kết hợp với thuốc y học cổ truyền”, *Tạp chí Y dược học*, Tập 9 (số 4), tr. 60 – 65.

14. Nguyễn Thị Tân (2016). “Đánh giá hiệu quả điều trị liệt VII ngoại biên do lạnh bằng phương pháp ôn châm kết hợp với thuốc cổ truyền”, Đề tài nghiên cứu khoa học cấp cơ sở, Trường Đại học Y dược Huế.

15. Lê Văn Thành (2012) “Đánh giá quá trình phục hồi trên bệnh nhân liệt dây thần kinh VII ngoại biên do lạnh được điều trị bằng phương pháp xoa bóp bấm huyết kết hợp với điện châm qua phản xạ nháy mắt (Blink – Reflex)” *Tạp chí Y học thực hành*, Tập 4 (số 3), tr. 21-22.

16. Trường Đại học Y Hà Nội, Khoa Y học cổ truyền (2012). *Bệnh học Nội khoa Y học cổ truyền*, Nhà xuất bản Y học, tr. 187.

18. Nguyễn Mạnh Tường (2017) “Đánh giá điều trị liệt VII ngoại biên do lạnh bằng điện châm và thuốc đông y” *Tạp chí Nghiên cứu y dược học cổ truyền Việt Nam*, Tập 2 (số 1), tr. 18-19.

19. WHO ICD 10. Mục G51: Bệnh dây thần kinh mặt – G51.0: Liệt Bell

20. Nguyễn Văn Tuấn (2008) “Phương pháp ước tính cỡ mẫu y học thực chứng” Nhà xuất Y học, tr 75-206.

**B. Tài liệu tiếng Anh:**

21. D Cirpaci, CM Goanta (2014). *Bell's palsy: data from a study of 70 cases, J Med Life, 7 (Spec Iss 2).*

22.

## BỆNH ÁN NGHIÊN CỨU

Số

**Đề tài " Đánh giá tác dụng của điện châm xuyên huyết kết hợp điện xung trung tần trong điều trị liệt dây thần kinh số VII ngoại biên do lạnh tại bệnh viện Y học cổ truyền và phục hồi chức năng Bắc Ninh "**

### 1. THỦ TỤC HÀNH CHÍNH

Họ Và Tên:	Số bệnh án:
Tuổi:	Giới: Nam <input type="checkbox"/> ; Nữ <input type="checkbox"/>
Dân tộc	Nghề nghiệp:
Địa chỉ:	Số điện thoại liên hệ:
Vào viện: Ngày.....Tháng.....Năm.....	Ngày lấy kết quả; .....Tháng .....năm.....
Chẩn đoán: YHHĐ: Liệt VII Ngoại biên Bên Liệt: Phải <input type="checkbox"/> Trái <input type="checkbox"/>	Bệnh kèm theo:.....
Thời gian mắc bệnh.....Năm.....Tháng....ngày	Mạch.....Huyết áp.....mmhg.....

### 2. Các đặc điểm lâm sàng trước và sau điều trị

#### 2.1 Đặc điểm triệu chứng lâm sàng của bệnh nhân trong nghiên cứu

Triệu chứng		
Mắt nhắm không kín		
Ăn uống khó, đờ đẫn thức ăn trong má bên liệt		
Lệch nhân trung		
Dấu hiệu Souques (+)		
Dấu hiệu Charles - Bell (+)		
Rối loạn thực vật: khô mắt; chảy nước mắt, giảm tiết nước bọt, giảm vị giác		

#### 2.2 Sự cải thiện triệu chứng lâm sàng

##### *Sự thay đổi khả năng vận động của mắt*

Điểm	Khả năng vận động của mắt	Trước điều trị	Sau điều trị
1	Bình thường		
2	Yếu nhẹ > 75%		
3	Yếu rõ ràng > 50%(Mắt khép hoàn toàn khi cố gắng)		
4	Bất đối xứng lúc nghỉ ngơi < 50% (Mắt không thể khép hoàn toàn khi cố gắng)		
5	Cử động yếu		
6	Không có chuyển động		

***Sự thay đổi khả năng vận động của trán***

Điểm	Khả năng vận động của trán	Trước điều trị	Sau điều trị
1	Bình thường		
2	Yếu nhẹ > 75%		
3	Yếu rõ ràng > 50%(Mắt khép hoàn toàn khi cố gắng)		
4	Bất đối xứng lúc nghỉ ngơi < 50% (Mắt không thể khép hoàn toàn khi cố gắng)		
5	Cử động yếu		
6	Không có chuyển động		

***Khả năng vận động của rãnh mũi môi***

Điểm	Khả năng vận động của mũi môi	Trước điều trị	Sau điều trị
1	Bình thường		

2	Yếu nhẹ > 75%		
3	Yếu rõ ràng > 50%(Mắt khép hoàn toàn khi cố gắng)		
4	Bất đối xứng lúc nghỉ ngơi < 50% (Mắt không thể khép hoàn toàn khi cố gắng)		
5	Cử động yếu		
6	Không có chuyển động		

***Sự thay đổi khả năng vận động của miệng***

Điểm	Khả năng vận động của miệng	Trước điều trị	Sau điều trị
1	Bình thường		
2	Yếu nhẹ > 75%		
3	Yếu rõ ràng > 50%(Mắt khép hoàn toàn khi cố gắng)		
4	Bất đối xứng lúc nghỉ ngơi < 50% (Mắt không thể khép hoàn toàn khi cố gắng)		
5	Cử động yếu		
6	Không có chuyển động		

***Sự thay đổi khả năng đồng vận trước và sau điều trị***

Điểm	Khả năng đồng vận	Trước điều trị	Sau điều trị
1	Không đồng vận		
2	Đồng vận nhẹ		
3	Đồng vận rõ		
4	Đồng vận nặng		

***2.3 Sự cải thiện về điểm số của các tiêu chí trong thang điểm FNGs 2.0***

Tiêu chí (vùng)	Trước điều trị	Sau điều trị
-----------------	----------------	--------------

	$\bar{x} \pm SD$ (Điểm)	$\bar{x} \pm SD$ (Điểm)
Mắt		
Trán		
Rãnh mũi môi		
Miệng		
Đông vận		

**2.4 Sự thay đổi mức độ liệt qua quá trình điều trị (theo phân độ Hous**

***Brackmann***

Mức độ liệt	Trước	Sau
Độ I		
Độ II		
Độ III		
Độ IV		
Độ V		
Độ VI		
Tổng		