

# ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ LIỆT DÂY THẦN KINH SỐ VII NGOẠI VI THỂ PHONG HÀN TẠI KHOA Y HỌC CỔ TRUYỀN, BỆNH VIỆN QUÂN Y 4, QUÂN KHU 4

Hoàng Thị Lại<sup>1\*</sup>  
Bùi Thị Mỹ Huyền<sup>1</sup>, Nguyễn Quang Linh<sup>2</sup>

## TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Đánh giá kết quả điều trị liệt dây thần kinh số VII ngoại vi thể phong hàn.

**Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu can thiệp lâm sàng tiến cứu, so sánh trước - sau điều trị, không nhóm chứng trên 44 người bệnh liệt dây thần kinh số VII ngoại vi thể phong hàn, điều trị nội trú tại Bệnh viện Quân y 4, Quân khu 4, từ tháng 01/2024 - 12/2025. Liệu trình điều trị 14 ngày bằng ôn châm kết hợp thuốc y học cổ truyền, thủy châm và xoa bóp bấm huyệt. Đánh giá chức năng dây thần kinh số VII ngoại vi bằng phân độ HB (đáp ứng điều trị tốt khi phân độ HB giảm ít nhất 1 độ).

**Kết quả:** Tuổi trung bình của người bệnh là  $41,70 \pm 11,39$  tuổi; tỉ lệ nam/nữ = 1/1,2 và tỉ lệ người bệnh ở phân độ HB IV, V chiếm 93,18%. Sau 14 ngày điều trị, tỉ lệ người bệnh ở phân độ HB IV, V giảm còn 11,36%; tỉ lệ người bệnh hồi phục hoàn toàn là 27,27%; tỉ lệ cải thiện ít nhất 1 độ HB là 88,64% (với  $p < 0,001$ ). Tỉ lệ đáp ứng điều trị tốt ở nhóm nhập viện trong 7 ngày đầu (94,44%) cao hơn ở nhóm nhập viện sau 7 ngày (62,50%), với  $p < 0,05$ ; chưa ghi nhận khác biệt theo mức độ liệt ban đầu ( $p = 0,701$ ). Không ghi nhận tai biến, biến chứng trong thời gian điều trị.

**Kết luận:** Phác đồ ôn châm kết hợp thuốc y học cổ truyền, thủy châm và xoa bóp bấm huyệt có hiệu quả tốt trong điều trị liệt dây thần kinh số VII ngoại vi thể phong hàn. Điều trị sớm và mức độ liệt mặt ban đầu nhẹ là những yếu tố thuận lợi giúp nâng cao hiệu quả phục hồi.

**Từ khóa:** Liệt dây thần kinh số VII ngoại vi, phong hàn, ôn châm.

## EVALUATION OF TREATMENT OUTCOMES OF PERIPHERAL FACIAL NERVE PALSY (CRANIAL NERVE VII) OF THE WIND-COLD PATTERN AT THE DEPARTMENT OF TRADITIONAL MEDICINE, MILITARY HOSPITAL 4, MILITARY REGION 4

### ABSTRACT

**Objectives:** To evaluate the treatment outcomes of peripheral facial nerve palsy (cranial nerve VII) of the wind-cold pattern.

**Subjects and methods:** A prospective, single-arm interventional study with before - after comparison was conducted on 44 inpatients diagnosed with peripheral facial nerve palsy of the wind-cold pattern, treated at the Department of Traditional Medicine, Military Hospital 4, Military Region 4, from January 2024 to December 2025. All patients received a 14-day regimen of warming acupuncture combined with traditional herbal decoction, acupoint injection and acupressure massage. Facial nerve function was graded using the House - Brackmann (HB) scale; a good treatment response was defined as an improvement of at least one HB grade.

**Results:** The mean age of the patients was  $41.70 \pm 11.39$  years, with a male/female ratio of 1/1.2. Before treatment, 93.18% of the patients were classified as HB grade IV or V; after 14 days of treatment, this proportion decreased to 11.36%. Thirty-nine of 44 patients (88.64%) improved by at least one HB grade and 12 of 44 patients (27.27%) achieved complete recovery ( $p < 0.001$ ). The rate of good response was higher in patients admitted within the first 7 days after onset than in those admitted later (94.44% versus 62.50%;  $p = 0.035$ ), whereas no significant difference was found according to the initial severity of facial palsy ( $p = 0.701$ ). No adverse events or complications were recorded during the treatment period.

**Conclusions:** The regimen of warming acupuncture combined with traditional herbal decoction, acupoint injection and acupressure massage is effective in the treatment of peripheral facial nerve palsy of the wind-cold pattern. Early initiation of treatment (admission within the first 7 days after onset) is a favourable factor for functional recovery, whereas the initial severity of facial palsy was not associated with treatment response.

**Keywords:** peripheral facial nerve palsy, wind-cold pattern, warming acupuncture.

Chịu trách nhiệm nội dung: Hoàng Thị Lại, Email: Hoamattroiqy39@gmail.com

Ngày nhận bài: 08/6/2026; mời phản biện khoa học: 7/2026; chấp nhận đăng: 14/9/2026.

<sup>1</sup>Bệnh viện Quân y 4, Quân khu 4.

<sup>2</sup>Bệnh viện Trung ương Quân đội 108.

## 1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Liệt dây thần kinh số VII ngoại vi là một trong những bệnh lí thần kinh sọ não thường gặp nhất trong thực hành lâm sàng, đặc trưng bởi tình trạng mất vận động hoàn toàn hoặc một phần các cơ mặt, có thể kèm theo rối loạn cảm giác, phản xạ và thần kinh thực vật [1]. Bệnh ảnh hưởng đến khoảng 20-30/100.000 người dân mỗi năm và ước tính cứ 60 người thì có 1 người mắc bệnh ít nhất một lần trong đời [2]. Bệnh có thể gặp ở mọi lứa tuổi, tần suất cao nhất ở nhóm 15-45 tuổi [3]. Theo dõi diễn biến tự nhiên (không điều trị) trên 2.570 trường hợp liệt mặt ngoại vi (trong đó 1.701 trường hợp liệt Bell), Peitersen ghi nhận 71% người bệnh (NB) hồi phục hoàn toàn chức năng vận động cơ mặt, song vẫn còn di chứng ở mức nhẹ 12%, vừa 13% và nặng 4% [4]. Nếu không được phát hiện và điều trị kịp thời, một tỉ lệ không nhỏ NB có thể để lại di chứng lâu dài như co cứng cơ mặt, đồng vận bất thường..., làm giảm đáng kể chất lượng cuộc sống, ảnh hưởng đến khả năng giao tiếp, lao động và hòa nhập xã hội của NB.

Theo quan điểm y học cổ truyền (YHCT), liệt dây thần kinh số VII ngoại vi thuộc phạm vi chứng “Trúng phong kinh lạc”. Nguyên nhân bệnh sinh do chính khí của cơ thể không đầy đủ nên nguyên nhân gây bệnh (phong tà) thừa hư xâm phạm vào kinh thái dương, sau đó vào kinh thiếu dương và kinh dương minh. Phong tà thuộc dương tà, tính đi lên nên làm cho kinh khí của 3 kinh dương ở mặt bị trở trệ, không thông; hoặc do bị chấn thương vùng đầu mặt làm cho cân mạch mất nuôi dưỡng gây nên bệnh [5]. Trong phạm vi chứng bệnh này, thể phong hàn chiếm tỉ lệ cao, nhất là ở những người thường xuyên tiếp xúc với môi trường lạnh, gió lùa, thay đổi thời tiết đột ngột. Điều trị sớm có vai trò quan trọng trong liệt mặt ngoại vi; các hướng dẫn thực hành lâm sàng hiện hành đều khuyến cáo đánh giá nguyên nhân, bảo vệ mắt và khởi trị phù hợp ngay trong giai đoạn sớm [2], [3], [6]. Những năm gần đây, nhiều phương pháp điều trị YHCT đã được ứng dụng rộng rãi và cho kết quả khả quan. Phân tích gộp 14 thử nghiệm lâm sàng ngẫu nhiên có đối chứng trên 1.541 NB của Li và cộng sự [7] cho thấy châm cứu làm tăng tỉ lệ đáp ứng so với các biện pháp điều trị khác (RR = 1,14; khoảng tin cậy KTC 95%: 1,04-1,25; p = 0,005), tuy tính không đồng nhất giữa các nghiên

cứu còn cao ( $I^2 = 87\%$ ) và chất lượng bằng chứng còn hạn chế. Tuy nhiên, hiệu quả điều trị trên thực tế vẫn còn khác nhau giữa các cơ sở y tế, giữa các nhóm NB và phụ thuộc vào nhiều yếu tố.

Hàng năm, Khoa YHCT, Bệnh viện Quân y 4, Quân khu 4 (BVQY4/QK4) tiếp nhận và điều trị nhiều trường hợp liệt dây thần kinh số VII ngoại vi thể phong hàn theo phác đồ chung: ôn châm kết hợp thuốc YHCT, thủy châm và xoa bóp bấm huyệt. Tuy nhiên, chưa có nghiên cứu nào đánh giá một cách hệ thống đặc điểm lâm sàng, hiệu quả điều trị, cũng như các yếu tố liên quan đến kết quả điều trị. Việc đánh giá khách quan hiệu quả điều trị không chỉ giúp hoàn thiện phác đồ điều trị hiện đang áp dụng mà còn góp phần cung cấp thêm bằng chứng khoa học cho việc sử dụng các phương pháp YHCT trong điều trị liệt dây thần kinh số VII ngoại vi thể phong hàn. Từ thực tiễn trên, chúng tôi thực hiện đề tài này nhằm đánh giá kết quả điều trị NB liệt dây thần kinh số VII ngoại vi thể phong hàn tại Khoa YHCT, BVQY4/QK4.

## 2. ĐỐI TƯỢNG, PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

### 2.1. Đối tượng nghiên cứu

44 NB từ 12 tuổi trở lên, có chẩn đoán liệt dây thần kinh số VII ngoại vi thể phong hàn, điều trị nội trú tại Khoa YHCT, BVQY4/QK4, từ tháng 01/2024 đến tháng 12/2025.

- Tiêu chuẩn lựa chọn: NB liệt dây thần kinh số VII ngoại vi lần đầu, khởi phát đột ngột với biểu hiện mắt nhắm không kín, nếp nhăn trán mờ, miệng lệch sang bên lạnh, uống nước tràn mép, thức ăn đọng ở má bên liệt. Chẩn đoán thể phong hàn khi bệnh xuất hiện sau nhiễm lạnh hoặc gặp gió lạnh, có thể kèm sợ lạnh, sốt nhẹ hoặc không sốt, rêu lưỡi trắng mỏng, mạch phù; trường hợp kiêm khí hư có thể gặp mạch trầm nhược [5].

- Tiêu chuẩn loại trừ: NB liệt mặt trung ương, liệt mặt do chấn thương, u, nhiễm khuẩn hoặc hội chứng Ramsay Hunt; NB liệt tái diễn; NB liệt dây thần kinh số VII ngoại vi thể phong nhiệt hoặc huyết ứ theo YHCT; NB đã dùng corticosteroid, thuốc kháng virus, châm cứu, thủy châm hoặc xoa bóp bấm huyệt trước khi nhập viện; NB có chống chỉ định với các kĩ thuật nghiên cứu; NB mắc bệnh tâm thần, không tuân thủ phác đồ điều trị hoặc không đồng ý tham gia.

## 2.2. Phương pháp nghiên cứu

- Thiết kế nghiên cứu: can thiệp lâm sàng tiền cứu, so sánh kết quả trước - sau điều trị, không có nhóm đối chứng.

- Cỡ mẫu và chọn mẫu: tính theo công thức ước lượng một tỉ lệ:

$$n = Z_{1-\alpha/2}^2 \times p(1 - p)/d^2$$

Chọn  $\alpha = 0,05$  ( $Z_{(1-\alpha/2)} = 1,96$ );  $p = 0,867$  theo nghiên cứu của Hoàng Anh Dũng [8];  $d = 0,11$  thì cỡ mẫu tối thiểu là 37 NB. Thực tế chúng tôi nghiên cứu trên 44 NB (chọn mẫu liên tiếp toàn bộ NB đủ tiêu chuẩn trong thời gian nghiên cứu).

- Phác đồ điều trị (phác đồ thống nhất, theo liệu trình liên tục 14 ngày), cụ thể:

+ Sử dụng thuốc thang theo pháp sơ phong tán hàn, thông kinh. Trường hợp biểu hư hoặc kiêm khí hư gia pháp ích khí, cố biểu. Mỗi ngày 1 thang, sắc uống chia 2 lần.

+ Ôn châm các huyết: Toàn túc, Tình minh, Dương bạch, Ngự yêu, Ty túc không, Đồng tử liêu, Nghinh hương, Giáp xa, Địa thương, Thừa tương, Thính cung, Ế phong bên liệt và Hợp cốc bên đối diện; thực hiện 1 lần/ngày, thời gian lưu kim và cứu 30 phút.

+ Thủy châm vitamin B12 (1.000 mcg/1ml) luân phiên các huyết Kiên tĩnh, Túc tam lý bên liệt và Khúc trí bên đối diện, thực hiện 2 ngày/lần.

+ Xoa bóp bấm huyết các huyết vùng đầu mặt 30 phút/lần, 1 lần/ngày.

- Các chỉ tiêu nghiên cứu:

+ Đặc điểm chung: tuổi, giới tính, thời gian từ khởi phát bệnh đến khi nhập viện, mức độ liệt dây thần kinh số VII ngoại vi trước điều trị.

+ Đánh giá hiệu quả điều trị: phân độ HB (House - Brackmann) trước điều trị và sau 14 ngày; mức thay đổi phân độ HB; hồi phục hoàn toàn (HB độ I), cải thiện (HB giảm ít nhất 1 độ nhưng chưa đạt HB độ I) và không cải thiện (HB không giảm hoặc tăng).

- Theo dõi và đánh giá kết quả điều trị:

+ Theo dõi an toàn: vụng châm, chảy máu hoặc tụ máu, bông, gãy kim, nhiễm khuẩn tại chỗ, dị ứng hoặc phản ứng liên quan thuốc thang và vitamin B12; ghi nhận hằng ngày trong 14 ngày.

+ Phân loại đáp ứng dùng trong phân tích yếu tố liên quan: đáp ứng tốt khi HB giảm ít nhất 1 độ; đáp ứng không tốt khi HB không giảm hoặc tăng sau 14 ngày.

+ Phân tích thăm dò hai yếu tố: thời gian từ khởi phát đến nhập viện ( $\leq 7$  ngày và  $> 7$  ngày) và phân độ HB trước điều trị. Không thực hiện hồi quy đa

biến do chỉ có 5 trường hợp đáp ứng không tốt, không đủ số biến cố để bảo đảm ước lượng ổn định.

+ Kết quả chính: tỉ lệ đáp ứng tốt sau 14 ngày. Kết quả phụ: hồi phục hoàn toàn, mức thay đổi HB, yếu tố liên quan và tai biến, biến chứng.

- Tiêu chí đánh giá trong nghiên cứu:

+ Thang điểm HB (House - Brackmann) [9]: được House và Brackmann phát triển năm 1985, là hệ thống đánh giá chức năng dây thần kinh số VII được sử dụng rộng rãi trong lâm sàng để phân loại mức độ liệt mặt, gồm 6 độ: độ I (bình thường); độ II (rối loạn chức năng nhẹ); độ III (rối loạn chức năng vừa); độ IV (rối loạn chức năng nặng); độ V (rối loạn chức năng rất nặng); độ VI (liệt hoàn toàn).

- Đạo đức: nghiên cứu đã được thông qua Hội đồng Đạo đức/Hội đồng Khoa học BVQY4/QK4 (Quyết định số 537/QĐ-BV4). NB được giải thích mục tiêu, quy trình, lợi ích và nguy cơ; NB tự nguyện tham gia và có quyền rút khỏi nghiên cứu bất cứ khi nào. Dữ liệu NB được mã hóa, bảo mật và chỉ sử dụng cho nghiên cứu.

- Xử lý số liệu: bằng phần mềm SPSS 20.0. Biến định lượng được trình bày dưới dạng trung bình  $\pm$  độ lệch chuẩn và khoảng giá trị; biến định tính được trình bày bằng số lượng và tỉ lệ phần trăm. Thay đổi phân độ HB trước - sau điều trị được kiểm định bằng kiểm định dấu chính xác; mối liên quan giữa hai biến định tính bằng kiểm định chính xác Fisher (hoặc kiểm định Fisher - Freeman - Halton với bảng lớn hơn  $2 \times 2$ ). Hồi quy logistic đơn biến được sử dụng để ước tính tỉ số odds (OR) và KTC 95%;  $p < 0,05$  được coi là có ý nghĩa thống kê.

## 3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

### 3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

- Tuổi: NB phân bố từ 12-86 tuổi; trung bình  $41,70 \pm 11,39$  tuổi.

- Giới tính: có 24 NB (54,55%) nữ giới và 20 NB (45,45%) nam giới; tỉ lệ giới tính NB nam/nữ là 1/1,2.

**Bảng 1. Thời gian từ khi khởi phát bệnh đến khi nhập viện và phân độ HB trước điều trị**

| Đặc điểm            |               | Số NB (n = 44) | Tỉ lệ (%) |
|---------------------|---------------|----------------|-----------|
| Thời gian nhập viện | $\leq 7$ ngày | 36             | 81,82     |
|                     | $> 7$ ngày    | 8              | 18,18     |
| Phân độ HB          | HB III        | 3              | 6,82      |
|                     | HB IV         | 35             | 79,54     |
|                     | HB V          | 6              | 13,64     |

Có 36 NB (81,82%) nhập viện trong 7 ngày đầu. Trước điều trị, có 41 NB (93,18%) ở phân độ HB IV, V; trong đó, phân độ HB IV chiếm 79,54%.

### 3.2. Kết quả điều trị

**Bảng 2. Thay đổi phân độ HB sau 14 ngày điều trị**

| Phân độ HB | Trước điều trị |           | Sau điều trị |           |
|------------|----------------|-----------|--------------|-----------|
|            | Số NB          | Tỉ lệ (%) | Số NB        | Tỉ lệ (%) |
| HB I       | 0              | 0,00      | 12           | 27,27     |
| HB II      | 0              | 0,00      | 18           | 40,91     |
| HB III     | 3              | 6,82      | 9            | 20,45     |
| HB IV      | 35             | 79,55     | 4            | 9,10      |
| HB V       | 6              | 13,64     | 1            | 2,27      |
| Tổng       | 44             | 100,00    | 44           | 100,00    |

Sau 14 ngày điều trị, có 39 NB cải thiện ít nhất 1 độ HB, không trường hợp nào nặng lên. Tỉ lệ NB ở phân độ HB IV, V giảm từ 93,18% xuống còn 11,36% (kiểm định dấu chính xác,  $p < 0,001$ ).

**Bảng 3. Mức thay đổi phân độ HB sau 14 ngày điều trị**

| Mức thay đổi phân độ HB | Số NB (n = 44) | Tỉ lệ (%) |
|-------------------------|----------------|-----------|
| Không giảm độ nào       | 5              | 11,36     |
| Giảm 1 độ HB            | 14             | 31,82     |
| Giảm 2 độ HB            | 18             | 40,91     |
| Giảm 3 độ HB            | 7              | 15,91     |

Sau 14 ngày điều trị, 88,64% NB cải thiện phân độ HB, trong đó giảm 1-2 độ chiếm 72,73%.

**Bảng 4. Kết quả điều trị chung**

| Kết quả điều trị      | Số NB (n = 44) | Tỉ lệ (%) |
|-----------------------|----------------|-----------|
| Khỏi                  | 12             | 27,27     |
| Đỡ                    | 27             | 61,37     |
| Không đỡ              | 5              | 11,36     |
| Tỉ lệ cải thiện chung | 39             | 88,64     |

Sau điều trị, tỉ lệ cải thiện chung đạt 88,64%, trong đó khỏi bệnh chiếm 27,27%.

### 3.3. Một số yếu tố liên quan đến kết quả điều trị

**Bảng 5. Liên quan giữa thời gian nhập viện với đáp ứng điều trị**

| Thời gian nhập viện | Đáp ứng điều trị (n = 44) |               | p     |
|---------------------|---------------------------|---------------|-------|
|                     | Tốt (%)                   | Không tốt (%) |       |
| ≤ 7 ngày            | 34 (94,44)                | 2 (5,56)      | 0,035 |
| > 7 ngày            | 5 (62,50)                 | 3 (37,50)     |       |

Tỉ lệ đáp ứng tốt ở nhóm nhập viện trong 7 ngày đầu (94,44%) cao hơn so với nhóm nhập viện

sau 7 ngày (62,50%), kiểm định chính xác Fisher,  $p = 0,035$ . Hồi quy logistic đơn biến cho thấy nhập viện sau 7 ngày làm tăng tỉ lệ đáp ứng không tốt lên 10,20 lần (KTC 95%: 1,35-76,93;  $p = 0,024$ ).

**Bảng 6. Mối liên quan giữa mức độ liệt ban đầu và kết quả điều trị**

| Phân độ HB ban đầu | Kết quả điều trị (n = 44) |               | p     |
|--------------------|---------------------------|---------------|-------|
|                    | Tốt (%)                   | Không tốt (%) |       |
| HB III             | 3 (100,00)                | 0 (0,00)      | 0,701 |
| HB IV              | 31 (88,57)                | 4 (11,43)     |       |
| HB V               | 5 (83,33)                 | 1 (16,67)     |       |

Tỉ lệ đáp ứng tốt lần lượt là 100,00%, 88,57% và 83,33% ở các nhóm HB III, IV và V; khác biệt chưa có ý nghĩa thống kê (kiểm định Fisher - Freeman - Halton,  $p = 0,701$ ). Trong hồi quy logistic đơn biến, mỗi mức tăng của phân độ HB ban đầu tương ứng với OR đáp ứng không tốt là 2,05 (KTC 95%: 0,27-15,29;  $p = 0,484$ ).

- Tai biến, biến chứng: nghiên cứu không ghi nhận trường hợp nào vỡng Chambers, chảy máu hoặc tụ máu đáng kể, bông, gãy kim, nhiễm khuẩn tại chỗ, dị ứng hay phản ứng toàn thân trong 14 ngày điều trị.

## 4. BÀN LUẬN

### 4.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Tuổi của NB dao động từ 12 - 86 tuổi, trung bình là  $41,70 \pm 11,39$  tuổi. Kết quả này tương đương nghiên cứu của Nguyễn Minh Huệ và cộng sự ( $43,03 \pm 18,91$  tuổi) [10] và thấp hơn nghiên cứu của Vũ Yến Nhi và cộng sự ( $54,4 \pm 16,9$  tuổi) [11]. Khoảng tuổi rộng cũng phù hợp với đặc điểm liệt mặt ngoại vi có thể gặp ở mọi lứa tuổi, với tần suất mắc cao nhất trong nhóm 15 - 45 tuổi [3], [4].

NB nữ (54,55%) nhiều hơn NB nam (45,45%), tỉ lệ nam/nữ = 1/1,2. Ưu thế nhẹ của nữ giới phù hợp với dữ liệu dịch tễ được tổng hợp trong hướng dẫn thực hành lâm sàng của Baugh và cộng sự, trong đó tần suất mắc liệt Bell ở nữ cao hơn nam ở tất cả các nhóm tuổi [3]. Tuy nhiên, chênh lệch trong nghiên cứu của chúng tôi là nhỏ và kết quả giữa các nghiên cứu trong nước không đồng nhất: Hoàng Anh Dũng ghi nhận nam nhiều hơn nữ (nam/nữ = 1,25/1) trên 45 NB tại Bệnh viện Quân y 91 [8]; Nguyễn Thế Giang và cộng sự cũng ghi nhận nam 55,0% so với nữ 45,0% trên 60 NB tại Bệnh viện Quân y 110 [12]. Như vậy, tỉ số nam/nữ ở các nghiên cứu đều dao động quanh 1, cho thấy

bệnh gặp ở cả hai giới với tần suất không chênh lệch nhiều.

Có 81,82% NB nhập viện trong vòng 7 ngày đầu kể từ khi khởi phát bệnh - rất gần với tỉ lệ 82,2% trong nghiên cứu của Hoàng Anh Dũng [8], cho thấy tính đại diện tương đối của mẫu nghiên cứu tại các cơ sở quân y. Trước điều trị, 93,18% NB ở phân độ HB IV, V, tương đồng với tỉ lệ 95,6% NB ở mức độ liệt nặng và rất nặng trong nghiên cứu nói trên [8]. Điều này cho thấy phần lớn NB nhập viện khi đã có rối loạn vận động cơ mặt rõ. Việc phần lớn NB được tiếp cận điều trị trong giai đoạn sớm là một yếu tố thuận lợi đối với quá trình phục hồi chức năng dây thần kinh số VII.

#### 4.2. Hiệu quả phục hồi chức năng dây thần kinh số VII ngoại vi theo phân độ HB

Phân độ HB là thang điểm được sử dụng rộng rãi để đánh giá mức độ tổn thương và phục hồi chức năng dây thần kinh số VII ngoại vi. Trong nghiên cứu của chúng tôi, sau 14 ngày điều trị, tỉ lệ NB liệt mặt mức độ nặng và rất nặng (HB IV, V) giảm từ 93,18% xuống còn 11,36%, trong khi tỉ lệ NB liệt mặt mức độ bình thường và nhẹ (HB I, II) tăng lên 68,18%. Kết quả này cho thấy chức năng dây thần kinh số VII ngoại vi được cải thiện rõ rệt sau điều trị.

Có 88,64% NB cải thiện ít nhất 1 độ HB, trong đó phần lớn NB giảm 1-2 độ (72,73%). Kết quả này cho thấy chức năng vận động cơ mặt được phục hồi đáng kể sau điều trị. Ở NB liệt dây thần kinh số VII ngoại vi, chỉ cần cải thiện 1-2 độ HB đã mang lại ý nghĩa lâm sàng rõ rệt, giúp phục hồi đáng kể khả năng biểu cảm khuôn mặt, cải thiện chức năng nhắm mắt, giảm chảy nước mắt, cải thiện sức cơ cơ nhai và nâng cao chất lượng cuộc sống của NB.

Kết quả nghiên cứu cho thấy tỉ lệ khỏi bệnh (đạt HB độ I) sau 14 ngày điều trị là 27,27%. Mặc dù tỉ lệ này chưa cao, nhưng có thể do thời gian điều trị trong nghiên cứu còn tương đối ngắn (14 ngày), trong khi quá trình phục hồi chức năng dây thần kinh số VII ngoại vi thường diễn ra trong nhiều tuần đến nhiều tháng. Việc có đến hơn một phần tư số NB nghiên cứu khỏi bệnh ngay sau 14 ngày điều trị cho thấy hiệu quả tích cực của phác đồ áp dụng.

Khi so sánh với nghiên cứu của Đoàn Văn Minh và cộng sự (2019) trên 30 NB liệt dây thần kinh số VII ngoại vi thể phong hàn giai đoạn bán cấp và phục hồi [13], tỉ lệ hồi phục hoàn toàn trong nghiên cứu của chúng tôi cao hơn đáng kể (27,27% so với 6,7%). Nhiều tác giả cũng nhận định hiệu quả điều trị ở giai đoạn này chưa cao. Sự khác biệt này

có thể liên quan đến thời điểm can thiệp điều trị: trong nghiên cứu của chúng tôi, phần lớn NB nhập viện ở giai đoạn sớm của bệnh. Việc điều trị sớm giúp hạn chế tình trạng phù nề, chèn ép kéo dài và thiếu máu cục bộ của dây thần kinh trong ống Fallop, từ đó tạo điều kiện thuận lợi cho quá trình phục hồi chức năng thần kinh. Ngược lại, tỉ lệ khỏi trong nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn một số báo cáo trong nước: nghiên cứu mô tả cắt ngang của Nguyễn Thế Giang và cộng sự trên 60 NB điều trị bằng mẫn châm ghi nhận tỉ lệ khỏi hoàn toàn 56,67% và cải thiện tốt 28,33% [12]; thử nghiệm có đối chứng của Lê Hữu Thuyền trên 42 NB cho tỉ lệ khỏi 66,7% ở nhóm điện châm kết hợp siêu âm so với 57,2% ở nhóm chứng, trong đó 100% NB của cả hai nhóm đều khỏi hoặc đỡ [14]. Khác biệt này cần được diễn giải thận trọng, vì các nghiên cứu trên xác định “khỏi” dựa trên đánh giá lâm sàng tổng hợp và thời gian điều trị không cố định, trong khi chúng tôi định nghĩa khỏi bệnh là đạt HB độ I tại đúng thời điểm ngày điều trị thứ 14.

Tỉ lệ cải thiện chung (khỏi và đỡ) đạt 88,64%, tương đồng với nghiên cứu của Hoàng Anh Dũng (2022) tại Bệnh viện Quân y 91 (86,7%) [8]. Hiệu quả điều trị đạt được có thể là kết quả của sự tác động đồng thời theo cơ chế bệnh sinh của bệnh. Theo YHCT, liệt dây thần kinh số VII ngoại vi thể phong hàn là do phong hàn xâm nhập kinh lạc vùng mặt làm khí huyết bế tắc, cân cơ mất nuôi dưỡng. Ôn châm có tác dụng ôn kinh tán hàn, khu phong, thông kinh hoạt lạc và điều hòa khí huyết, giúp phục hồi chức năng vận động của các cơ mặt. Ôn châm có ưu thế hơn trong điều trị các chứng bệnh thuộc hàn tà nhờ sự kết hợp giữa tác dụng kích thích của kim châm và tác dụng ôn ấm của ngải cứu. Dưới góc độ y học hiện đại, tác dụng nhiệt của ôn châm giúp giãn mạch tại chỗ, tăng lưu lượng tuần hoàn, cải thiện quá trình cung cấp oxy và dinh dưỡng cho dây thần kinh bị tổn thương; đồng thời kích thích cơ học của kim châm có thể thúc đẩy dẫn truyền thần kinh, tăng cường hoạt động thần kinh cơ, cải thiện chuyển hóa mô thần kinh và có thể hỗ trợ quá trình myelin hóa lại. Những tác động này góp phần làm giảm tình trạng phù nề, chèn ép dây thần kinh trong ống Fallop, từ đó thúc đẩy quá trình phục hồi chức năng dây thần kinh số VII.

Các bằng chứng lâm sàng và thực nghiệm gần đây ủng hộ những lí giải trên. Tổng quan hệ thống năm 2025 của Huang và cộng sự, tổng hợp 17 tổng quan hệ thống/phân tích gộp, ghi nhận châm cứu cải thiện điểm HB so với điều trị bằng thuốc đơn thuần (chênh lệch trung bình có trọng số

= -0,27; KTC 95%: -0,49 đến -0,06;  $p = 0,01$ ) và rút ngắn thời gian hồi phục từ 0,63 đến 3,86 ngày ( $p < 0,0001$ ), tuy chất lượng bằng chứng chỉ ở mức thấp đến rất thấp [15]. Phân tích gộp 23 thử nghiệm ngẫu nhiên có đối chứng trên 1.985 NB của Wang và cộng sự cho thấy điện châm làm tăng tỉ lệ đáp ứng so với châm thường (RR = 1,16; KTC 95%: 1,11-1,22) và khi phối hợp với các phương pháp khác thì RR = 1,19 (KTC 95%: 1,12-1,28) [16]. Ở mức độ thực nghiệm, Fei và cộng sự chứng minh trên mô hình đề ép dây thần kinh mặt ở thỏ trắng New Zealand rằng điện châm làm tăng biểu hiện yếu tố dinh dưỡng thần kinh nguồn gốc tế bào thần kinh đệm (GDNF), giảm chết theo chương trình của neuron vận động dây VII, giảm mất myelin và tăng số sợi trục có bao myelin, đồng thời hạn chế teo cơ [17]. Đây là cơ sở sinh học quan trọng giải thích hiệu quả phục hồi chức năng thần kinh của các kĩ thuật châm cứu.

Bên cạnh ôn châm, các phương pháp điều trị phối hợp khác trong nghiên cứu cũng có vai trò quan trọng. Thủy châm giúp đưa thuốc trực tiếp vào huyết vị, kéo dài thời gian kích thích huyết và tăng hiệu quả điều trị. Xoa bóp bấm huyết có tác dụng thư cân hoạt lạc, cải thiện tuần hoàn tại chỗ, hạn chế tình trạng co cứng và teo cơ vùng mặt. Thuốc YHCT góp phần khu phong, tán hàn, hoạt huyết thông lạc và nâng cao chính khí. Sự phối hợp đồng bộ giữa các phương pháp tạo nên tác dụng cộng hưởng, giúp nâng cao hiệu quả điều trị so với việc áp dụng riêng lẻ từng phương pháp.

#### 4.3. Các yếu tố liên quan đến kết quả điều trị

Nhập viện trong vòng 7 ngày đầu liên quan với tỉ lệ đáp ứng tốt cao hơn nhóm nhập viện muộn (94,44% so với 62,50%; kiểm định chính xác Fisher,  $p = 0,035$ ). Hồi quy logistic đơn biến cho thấy nhập viện sau 7 ngày làm tăng odds đáp ứng không tốt 10,20 lần (KTC 95%: 1,35-76,93;  $p = 0,024$ ). Xu hướng này cũng được ghi nhận trong nghiên cứu của Hoàng Anh Dũng, khi nhóm NB nhập viện sau tuần đầu có tỉ lệ không khỏi cao hơn rõ rệt so với nhóm đến sớm [8]. Trên bình diện y học hiện đại, thử nghiệm ngẫu nhiên có đối chứng của Sullivan và cộng sự trên 551 NB liệt Bell cho thấy khởi trị prednisolone trong vòng 72 giờ đầu làm tăng có ý nghĩa tỉ lệ hồi phục hoàn toàn ở tháng thứ 3 (83,0% so với 63,6%) và tháng thứ 9 (94,4% so với 81,6%) [6]. Tổng quan của Huang và cộng sự ghi nhận châm cứu đơn thuần hoặc phối hợp giúp cải thiện hiệu quả điều trị chung ở giai đoạn cấp; tuy nhiên chính các tác giả lưu ý vai trò của châm cứu trong giai đoạn này vẫn còn tranh luận và ngay cả định nghĩa “giai đoạn cấp” (trong 7 ngày hay 15 ngày)

cũng chưa thống nhất [15]. Như vậy, dù cơ chế tác động khác nhau, cả y học hiện đại và YHCT đều nhấn mạnh vai trò của việc khởi trị sớm.

Theo YHCT, ở giai đoạn sớm, phong hàn còn khu trú ở kinh lạc nên pháp ôn kinh, tán hàn, khu phong và hoạt lạc được kì vọng thuận lợi hơn. Khi bệnh kéo dài, khí huyết ứ trệ và cân cơ mất nuôi dưỡng có thể làm quá trình phục hồi chậm hơn. Đây là cách lí giải theo lý luận YHCT; mối liên quan quan sát được cần kiểm chứng bằng thiết kế có nhóm đối chứng.

Tỉ lệ đáp ứng tốt giảm từ 100,00% ở HB III xuống 88,57% ở HB IV và 83,33% ở HB V, nhưng khác biệt chưa có ý nghĩa thống kê ( $p = 0,701$ ). Trong hồi quy đơn biến, mỗi mức tăng của phân độ HB có OR đáp ứng không tốt là 2,05 (KTC 95%: 0,27-15,29;  $p = 0,484$ ). Xu hướng này phù hợp với y văn: nghiên cứu hồi cứu của Yoo và cộng sự trên 1.315 NB liệt Bell cho thấy tỉ lệ hồi phục thuận lợi (HB độ I, II sau 6 tháng) ở nhóm HB III, IV là 82,9%, cao hơn có ý nghĩa so với 68,2% ở nhóm HB V, VI ( $p < 0,001$ ) [18]. Hoàng Anh Dũng cũng ghi nhận tỉ lệ không khỏi ở nhóm liệt rất nặng cao hơn nhóm liệt nặng (28,6% so với 11,1%) [8]. Nghiên cứu của chúng tôi chưa phát hiện khác biệt có ý nghĩa nhiều khả năng do cỡ mẫu nhỏ, chỉ có 5 biến cố đáp ứng không tốt (dẫn tới KTC rất rộng) và thời điểm đánh giá sớm (14 ngày) so với mốc 6 tháng trong các nghiên cứu trên. Vì vậy, dữ liệu này chỉ gợi ý xu hướng, chưa đủ khẳng định mức độ liệt ban đầu là yếu tố liên quan độc lập.

Không ghi nhận vừng châm, chảy máu hoặc tụ máu đáng kể; không có bỏng, gãy kim, nhiễm khuẩn tại chỗ và dị ứng hay phản ứng toàn thân trong 14 ngày điều trị. Kết quả này phù hợp với các tổng quan hệ thống hiện có, trong đó châm cứu được ghi nhận có rất ít tác dụng không mong muốn; các biểu hiện gặp phải chủ yếu thuộc nhóm vừng châm như hồi hộp, khô miệng, đắng miệng và đều hết sau khi uống nước, không để lại di chứng [15]. Tuy nhiên, cần diễn giải thận trọng do cỡ mẫu nhỏ và thời gian theo dõi ngắn; đồng thời, Li và cộng sự cũng lưu ý rằng dữ liệu an toàn trong các thử nghiệm về châm cứu điều trị liệt mặt ngoại vi còn được báo cáo chưa đầy đủ [7]. Hạn chế chính của nghiên cứu là không có nhóm đối chứng nên chưa tách biệt được hiệu quả của phác đồ với diễn biến hồi phục tự nhiên của bệnh; số biến cố không đáp ứng ít nên không thực hiện được phân tích đa biến; đồng thời, nghiên cứu này chưa đánh giá kết quả dài hạn. Các nghiên cứu tiếp theo cần thiết kế ngẫu nhiên có đối chứng, cỡ mẫu lớn hơn, theo dõi tối thiểu 3-6 tháng và bổ sung các chỉ số khách quan

như điện cơ đồ dây thần kinh mặt để khẳng định hiệu quả của phác đồ điều trị.

## 5. KẾT LUẬN

Sau 14 ngày điều trị bằng ôn châm kết hợp thuốc y học cổ truyền, thủy châm và xoa bóp bấm huyệt, 88,64% người bệnh liệt dây thần kinh số VII ngoại vi đã cải thiện ít nhất 1 độ House - Brackmann và 27,27% người bệnh hồi phục hoàn toàn ( $p < 0,001$ ). Người bệnh nhập viện trong vòng 7 ngày đầu có tỉ lệ đáp ứng tốt cao hơn so với nhóm nhập viện sau 7 ngày ( $p = 0,035$ ); chưa ghi nhận khác biệt về kết quả điều trị theo mức độ liệt mặt ban đầu. Không ghi nhận tai biến, biến chứng trong thời gian điều trị.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Hữu Lương Hồ, *Liệt mặt, Bệnh Thần kinh ngoại vi*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, tr. 303-341, 2005.
- John R. de Almeida, Gordon H. Guyatt, Sachin Sud., et al., "Management of Bell palsy: clinical practice guideline", *CMAJ: Canadian Medical Association Journal*, 186 (12): pp. 917-922, 2014.
- Reginald F. Baugh, Gregory J. Basura, Lisa E. Ishii, et al., "Clinical practice guideline: Bell's palsy", *Otolaryngology - Head and Neck Surgery*, 149 (3 Suppl): pp. S1-S27, 2013.
- Erik Peitersen, "Bell's palsy: the spontaneous course of 2,500 peripheral facial nerve palsies of different etiologies", *Acta Oto-Laryngologica. Supplementum*, (549): pp. 4-30, 2002.
- Bộ môn Y học cổ truyền, Học viện Quân y, *Liệt dây thần kinh số VII ngoại vi, Bệnh học y học cổ truyền*, Nhà xuất bản Quân đội Nhân dân, Hà Nội, tr. 295-300, 2012.
- Frank M. Sullivan, Iain R.C. Swan, Peter T. Donnan, et al., "Early treatment with prednisolone or acyclovir in Bell's palsy", *The New England Journal of Medicine*, 357 (16): pp. 1598-1607, 2007.
- Pingping Li, Tangmeng Qiu, Chao Qin, "Efficacy of acupuncture for Bell's palsy: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials", *PLoS One*, 10 (5): e0121880, 2015.
- Hoàng Anh Dũng, "Đặc điểm lâm sàng và kết quả điều trị 45 bệnh nhân liệt dây thần kinh số VII ngoại vi tại Khoa Y học cổ truyền, Bệnh viện Quân y 91", *Tạp chí Y học Quân sự*, (359): tr. 29-31, 2022.
- John W. House, Derald E. Brackmann, "Facial nerve grading system", *Otolaryngology - Head and Neck Surgery*, 93 (2): pp. 146-147, 1985.
- Nguyễn Minh Huệ, Lưu Quốc Hải, Tăng Khánh Huy và cộng sự, "Tình hình sử dụng các phương pháp y học cổ truyền điều trị liệt mặt ngoại biên nguyên phát", *Tạp chí Y học Việt Nam*, 535 (1): tr. 258-262, 2024.
- Vũ Yến Nhi, Lương Thanh Điền, "Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng và đánh giá kết quả điều trị bệnh nhân liệt Bell tại Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ và Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Cần Thơ, năm 2020-2022", *Tạp chí Y Dược học Cần Thơ*, số 47, tr. 58-65, 2022.
- Nguyễn Thế Giang, Nguyễn Thị Thu Hương, Hữu Long Lê, "Nhận xét hiệu quả kỹ thuật massage châm điều trị liệt dây thần kinh VII ngoại vi do lạnh, tại Bệnh viện Quân y 110", *Tạp chí Y học Quân sự*, (366): tr. 108-110, 2023.
- Đoàn Văn Minh, Nguyễn Thị Kim Liên, Thị Thảo Lê Quyên và cộng sự, "Đánh giá hiệu quả điều trị liệt dây thần kinh số VII ngoại biên thể phong hàn giai đoạn bán cấp và phục hồi bằng điện châm kết hợp với thuốc cổ truyền", *Tạp chí Y Dược học - Trường Đại học Y Dược Huế*, 9 (4): tr. 104-110, 2019.
- Lê Hữu Thuyền, "Đánh giá kết quả điều trị liệt dây thần kinh số VII ngoại vi do lạnh bằng điện châm kết hợp với siêu âm", *Tạp chí Y học Quân sự*, (359): tr. 85-88, 2022.
- Zhilin Huang, Yating Zhang, Bixiang Zha, et al., "The efficacy and safety of acupuncture treatment for peripheral facial paralysis: an overview of systematic review and meta-analysis", *Frontiers in Neurology*, 16: 1669551, 2025.
- Wei-Hua Wang, Ruo-Wen Jiang, Na-Chuan Liu, "Electroacupuncture is effective for peripheral facial paralysis: a meta-analysis", *Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine*, 2020: 5419407, 2020.
- Jing Fei, Lin Gao, Huan-Huan Li. et al., "Electroacupuncture promotes peripheral nerve regeneration after facial nerve crush injury and upregulates the expression of glial cell-derived neurotrophic factor", *Neural Regeneration Research*, 14 (4): pp. 673-682, 2019.
- Myung Chul Yoo, Dong Choon Park, Seung Geun Yeo, "Association between initial severity of facial weakness and outcomes of Bell's palsy", *Journal of Clinical Medicine*, 10 (17): 3914, 2021. □