

BỘ GIÁO DỤC VÀ ĐÀO TẠO

BỘ Y TẾ

HỌC VIỆN Y DƯỢC HỌC CỔ TRUYỀN VIỆT NAM



TRỊNH MINH NGỌC

**ĐÁNH GIÁ TÁC DỤNG ĐIỀU TRỊ
LIỆT VII NGOẠI BIÊN BẰNG PHƯƠNG PHÁP ĐIỆN CHÂM
KẾT HỢP BÀI THUỐC “TK7 HV”**

LUẬN VĂN THẠC SỸ Y HỌC

HÀ NỘI – 2020

BỘ GIÁO DỤC VÀ ĐÀO TẠO

BỘ Y TẾ

HỌC VIỆN Y DƯỢC HỌC CỔ TRUYỀN VIỆT NAM



TRỊNH MINH NGỌC

**ĐÁNH GIÁ TÁC DỤNG ĐIỀU TRỊ
LIỆT VII NGOẠI BIÊN BẰNG PHƯƠNG PHÁP ĐIỆN CHÂM
KẾT HỢP BÀI THUỐC “TK7 HV”**

Chuyên ngành Y học cổ truyền

Mã số: 872 0115

LUẬN VĂN THẠC SĨ Y HỌC

Người hướng dẫn khoa học:

PGS. TS. Đoàn Quang Huy

HÀ NỘI – 2020

LỜI CẢM ƠN

Hoàn thành luận văn này, với tất cả lòng kính trọng và biết ơn sâu sắc, em xin được gửi lời cảm ơn đến Đảng ủy, Ban Giám hiệu, Phòng đào tạo Sau Đại học, các Bộ môn, Khoa phòng Học viện Y dược học cổ truyền Việt Nam, là nơi trực tiếp đào tạo và tận tình giúp đỡ em trong quá trình học tập, nghiên cứu để hoàn thành luận văn.

Em xin bày tỏ lòng kính trọng và biết ơn sâu sắc tới PGS. TS. Đoàn Quang Huy, *Phó Giám đốc Học viện Y dược học cổ truyền Việt Nam*, người thầy hướng dẫn trực tiếp luôn theo sát, thường xuyên giúp đỡ, cho em nhiều ý kiến quý báu, sát thực trong quá trình học tập, nghiên cứu để hoàn thành luận văn này.

Em xin trân trọng cảm ơn Đảng ủy, Ban Giám đốc, phòng Kế hoạch tổng hợp, Khoa khám bệnh Bệnh viện Tuệ Tĩnh đã quan tâm, tạo điều kiện tốt nhất cho em trong việc thu thập, hoàn thiện số liệu và nghiên cứu để hoàn thành đề tài.

Em xin được gửi lời cảm ơn đến các thầy, các cô trong Hội đồng thông qua đề cương luận văn đã cho em nhiều ý kiến quý báu trong quá trình hoàn thiện luận văn này.

Tôi xin chân thành cảm ơn trung tâm y tế thành phố Điện Biên Phủ, Điện Biên – nơi tôi đang công tác đã tạo điều kiện thuận lợi cho tôi trong quá trình học tập và nghiên cứu.

Tôi vô cùng biết ơn gia đình, bạn bè, anh chị em đồng nghiệp và tập thể học viên lớp cao học 10 khóa 2017 – 2019 chuyên ngành Y học cổ truyền đã động viên, giúp đỡ tôi trong suốt quá trình học tập, nghiên cứu và hoàn thành luận văn.

Xin trân trọng cảm ơn!

Học viên
Trịnh Minh Ngọc

LỜI CAM ĐOAN

Tôi là Trịnh Minh Ngọc, Học viên lớp Cao học khóa 10 chuyên ngành Y học cổ truyền - Học viện Y dược học cổ truyền Việt Nam, xin cam đoan:

1. Đây là luận văn do bản thân tôi trực tiếp thực hiện dưới sự hướng dẫn khoa học của Thầy PGS.TS. Đoàn Quang Huy.

2. Công trình này không trùng lặp với bất kỳ nghiên cứu nào khác đã được công bố tại Việt Nam.

3. Các số liệu và thông tin trong nghiên cứu là hoàn toàn chính xác, trung thực, khách quan, đã được xác nhận và chấp thuận của cơ sở tại nơi nghiên cứu.

Tôi xin hoàn toàn chịu trách nhiệm trước pháp luật về những cam kết này.

Hà Nội, ngày tháng năm 2020

Người viết cam đoan

Trịnh Minh Ngọc

CÁC CHỮ VIẾT TẮT

Viết tắt	Tiếng Việt	Tiếng Anh
FND	Ủy ban rối loạn thần kinh mặt	
FNGS	Thang điểm đánh giá mức độ thần kinh mặt	Facial Nerve Grading Scale
FNDs 2.0		Facial Nerve Grading System 2.0
NNC	Nhóm nghiên cứu	
NĐC	Nhóm đối chứng	
TB	Trung bình	
YHCT	Y học cổ truyền	
YHHĐ	Y học hiện đại	

MỤC LỤC

ĐẶT VẤN ĐỀ	1
Chương 1 TỔNG QUAN TÀI LIỆU	3
1.1. Liệt VII ngoại biên theo y học hiện đại.....	3
1.1.1. Giải phẫu chức năng dây thần kinh số VII.....	3
1.1.2. Đường đi của dây thần kinh VII.....	5
1.1.3. Khái niệm.....	8
1.1.4. Nguyên nhân.....	8
1.1.5. Cơ chế bệnh sinh.....	9
1.1.6. Đặc điểm lâm sàng và phân độ lâm sàng liệt VII ngoại biên.....	10
1.1.7. Chẩn đoán liệt VII ngoại biên do lạnh.....	13
1.1.8. Điều trị và phục hồi chức năng.....	13
1.2. Tổng quan liệt VII ngoại biên theo y học cổ truyền	15
1.2.1. Bệnh danh	15
1.2.2. Bệnh nguyên bệnh cơ	15
1.2.3. Phân thể lâm sàng và điều trị.....	16
1.3. Tổng quan về điện châm	17
1.3.1. Khái niệm về huyết.....	17
1.3.2. Phương pháp điện châm	18
1.3.3. Tác dụng không mong muốn của điện châm.....	19
1.4. Tổng quan về bài thuốc “TK7 HV” nghiên cứu.....	21
1.4.1. Xuất xứ bài thuốc “TK7 HV”	21
1.4.2. Thành phần	21

1.4.3. Phân tích bài thuốc.....	21
1.4.4. Công dụng.....	23
1.5. Các nghiên cứu có liên quan	23
1.5.1. Các nghiên cứu trên thế giới.....	23
1.5.2. Các nghiên cứu tại Việt Nam	24
Chương 2 CHẤT LIỆU, ĐỐI TƯỢNG, PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU.....	27
2.1. Chất liệu nghiên cứu.....	27
2.1.1. Thành phần bài thuốc “TK7 HV” sử dụng trong nghiên cứu	27
2.1.2. Thuốc đối chứng “Đại tần giao thang”	28
2.1.3. Phác đồ huyết sử dụng trong nghiên cứu	28
2.2. Đối tượng nghiên cứu.....	29
2.2.1. Tiêu chuẩn chọn bệnh nhân nghiên cứu	29
2.2.2. Tiêu chuẩn loại trừ bệnh nhân nghiên cứu	30
2.3. Thời gian và địa điểm tiến hành nghiên cứu	31
2.4. Phương pháp nghiên cứu	31
2.4.1. Thiết kế nghiên cứu	31
2.4.2. Cỡ mẫu và chọn mẫu	31
2.4.3. Biến số và chỉ số trong nghiên cứu.....	33
2.4.4. Các bước tiến hành	33
2.4.5. Phương tiện sử dụng trong nghiên cứu.....	34
2.4.6. Tiêu chuẩn đánh giá kết quả	34
2.4.7. Phương pháp xử lý số liệu	36

2.5. Đạo đức nghiên cứu.....	36
2.6. Quy trình nghiên cứu.....	38
Chương 3 KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU	39
3.1. Đặc điểm bệnh nhân nghiên cứu	39
3.1.1. Đặc điểm tuổi bệnh nhân nghiên cứu	39
3.1.2. Đặc điểm giới tính bệnh nhân nghiên cứu.....	39
3.1.3. Đặc điểm thời gian xuất hiện triệu chứng đến khi nhập viện.....	40
3.1.4. Đặc điểm bên liệt VII ngoại biên.....	40
3.2. Tác dụng của điện châm kết hợp bài thuốc “TK7 HV” trong điều trị liệt VII ngoại biên do lạnh.....	41
3.2.1. Sự thay đổi triệu chứng lâm sàng sau 7 ngày điều trị	41
3.2.2. Sự thay đổi triệu chứng lâm sàng sau 14 ngày điều trị	43
3.2.3. Sự thay đổi triệu chứng lâm sàng sau 21 ngày điều trị	45
3.2.4. Hiệu quả điều trị chung sau 14 ngày và 21 ngày.....	47
3.2.5. Sự thay đổi mức độ liệt trước và sau điều trị	49
3.2.6. Sự thay đổi chứng trạng lâm sàng y học cổ truyền trước và sau điều trị.....	49
3.2.7. Mối liên quan giữa kết quả điều trị và thời gian mắc bệnh trước khi vào viện.....	50
3.3. Tác dụng không mong muốn.....	50
3.3.1. Tác dụng không mong muốn trên lâm sàng	50
3.3.2. Sự thay đổi dấu hiệu sinh tồn trước và sau điều trị.....	51
3.3.3. Tác dụng không mong muốn trên cận lâm sàng.....	52

Chương 4 BÀN LUẬN	53
4.1. Đặc điểm chung của bệnh nhân nghiên cứu.....	53
4.1.1. Đặc điểm tuổi bệnh nhân nghiên cứu	53
4.1.2. Đặc điểm giới tính bệnh nhân nghiên cứu.....	54
4.1.3. Đặc điểm liên quan đến liệt VII ngoại biên do lạnh.....	54
4.2. Tác dụng của phương pháp điện châm kết hợp bài thuốc “TK7 HV” trong điều trị liệt VII ngoại biên do lạnh.....	55
4.2.1. Sự thay đổi các triệu chứng lâm sàng sau 7 ngày điều trị	55
4.2.2. Sự thay đổi triệu chứng lâm sàng sau 14 ngày điều trị	57
4.2.3. Sự thay đổi triệu chứng lâm sàng sau 21 ngày điều trị	57
4.2.4. Hiệu quả điều trị chung	58
4.2.5. Sự thay đổi mức độ liệt trước và sau điều trị	60
4.2.6. Sự thay đổi chứng trạng lâm sàng y học cổ truyền trước và sau điều trị.....	61
4.2.7. Mối liên quan giữa hiệu quả điều trị và thời gian can thiệp.....	62
4.3. Tác dụng không mong muốn của phương pháp điện châm kết hợp bài thuốc “TK7 HV” trong quá trình điều trị	63
4.3.1. Tác dụng không mong muốn trên lâm sàng	63
4.3.2. Tác dụng không mong muốn trên cận lâm sàng.....	64
KẾT LUẬN	64
KIẾN NGHỊ	65
TÀI LIỆU THAM KHẢO	
Phụ lục	

DANH MỤC BẢNG

Bảng 1.1. Bảng phân độ House – Brackmann tóm tắt (1985)	11
Bảng 2.1. Thành phần bài thuốc “TK7 HV” sử dụng trong nghiên cứu	27
Bảng 2.2. Thành phần bài thuốc “Đại tần giao thang”	28
Bảng 2.3. Tiêu chuẩn chẩn đoán liệt VII ngoại biên do lạnh theo y học hiện đại và y học cổ truyền	30
Bảng 2.4. Tiêu chuẩn đánh giá sự cải thiện các triệu chứng lâm sàng	35
Bảng 2.5. Đánh giá kết quả điều trị của bệnh nhân theo FNGs 2.0.....	36
Bảng 3.1. Đặc điểm tuổi của bệnh nhân nghiên cứu	39
Bảng 3.2. Đặc điểm giới tính của bệnh nhân nghiên cứu	39
Bảng 3.3. Đặc điểm thời gian xuất hiện triệu chứng đến khi nhập viện.....	40
Bảng 3.4. Đặc điểm bên liệt VII ngoại biên.....	40
Bảng 3.5. Sự thay đổi triệu chứng cơ năng sau 7 ngày điều trị	41
Bảng 3.6. Sự thay đổi triệu chứng thực thể sau 7 ngày điều trị.....	42
Bảng 3.7. Sự thay đổi triệu chứng cơ năng sau 14 ngày điều trị	43
Bảng 3.8. Sự thay đổi triệu chứng thực thể sau 14 ngày điều trị.....	44
Bảng 3.9. Sự thay đổi triệu chứng cơ năng sau 21 ngày điều trị	45
Bảng 3.10. Sự thay đổi triệu chứng thực thể sau 21 ngày điều trị.....	46
Bảng 3.11. Hiệu quả điều trị chung sau 14 ngày	47
Bảng 3.12. Hiệu quả điều trị chung sau 21 ngày	48
Bảng 3.13. Mối liên quan giữa hiệu quả điều trị và thời gian mắc bệnh trước khi vào viện	50
Bảng 3.14. Tác dụng không mong muốn của phương pháp điện châm.....	50
Bảng 3.15. Tác dụng không mong muốn của bài thuốc “TK7 HV”	51
Bảng 3.16. Sự thay đổi dấu hiệu sinh tồn trước và sau điều trị	51
Bảng 3.17. Sự thay đổi chỉ số công thức máu.....	52
Bảng 3.18. Sự thay đổi chỉ số sinh hóa máu	52

DANH MỤC SƠ ĐỒ

Sơ đồ 2.1. Quy trình nghiên cứu	38
---------------------------------------	----

DANH MỤC HÌNH VẼ

Hình 1.1. Các nhân thần kinh mặt và các tiếp nối trung ương	3
Hình 1.2. Các cơ biểu hiện nét mặt	4
Hình 1.3. Đường đi của dây thần kinh số VII	5
Hình 1.4. Các nhánh thần kinh VII bên trong phần đá của xương thái dương (đường màu đen là sợi vị giác)	6
Hình 1.5. Dây thần kinh VII đoạn ngoài xương đá và đoạn trong tuyến nước bọt mang tai	8

ĐẶT VẤN ĐỀ

Liệt VII ngoại biên hay còn gọi là liệt mặt ngoại biên là hiện tượng mất vận động hoàn toàn hay một phần các cơ bám da mặt do dây thần kinh số VII chi phối [50],[51]. Theo Hồ Hữu Lương và cộng sự, bệnh lý này chiếm tỷ lệ khoảng 2,95% bệnh thần kinh với tần suất mắc khoảng 23/100.000 người/năm [29]. 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 [50],[51],[53]. Cơ chế bệnh học của bệnh được bổ sung và hoàn thiện dần qua các thời kỳ lịch sử khác nhau, từ đó là cơ sở cho điều trị lâm sàng: Năm 1852, Charles Bell hiệu đính lại các điểm cơ bản của bệnh; Năm 1853 Berna nhấn mạnh nhiễm lạnh, có sự rối loạn của tuần hoàn mạch nuôi dây VII trong ống Fallope là nguyên nhân gây bệnh; Lei Bowitz nhận thấy lạnh là yếu tố thuận lợi cho virus vùng tai mũi họng phát triển. Thời La mã 600, Paulus Aeginata là người đầu tiên khâu sụn mi điều trị liệt VII [36]. Bệnh tuy không nguy hiểm đến tính mạng nhưng ảnh hưởng nhiều đến sinh hoạt, tâm lý, thẩm mỹ, làm hạn chế khả năng lao động và quan hệ xã hội của người bệnh [9].

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, xuất hiện đột ngột làm nửa mặt bên bệnh liệt và mắt bên bệnh không nhắm kín được, thường gặp ở mọi lứa tuổi và thường dễ mắc phải khi gặp thời tiết gió lạnh [50].

Có nhiều phương pháp để điều trị liệt VII ngoại biên do lạnh bao gồm các phương pháp điều trị dùng thuốc, không dùng thuốc hoặc phối hợp cả hai. Với phương pháp không dùng thuốc, Y học hiện đại (YHHĐ) có chiếu tia hồng ngoại hoặc sóng ngắn, phẫu thuật; Y học cổ truyền (YHCT) có xoa bóp, bấm huyệt, điện châm. Với phương pháp dùng thuốc, YHHĐ sử dụng các

thuốc corticosteroid và các thuốc thuốc tăng dẫn truyền thần kinh như vitamin dưới dạng viên nén, viên nang, thuốc bột; YHCT có thuốc sắc, viên hoàn.

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, y học hiện đại và y học cổ truyền còn kết hợp với nhau trong các can thiệp phối hợp không dùng thuốc nhằm nâng cao hiệu quả điều trị. Cùng với cổ phương, các bài thuốc nghiệm phương cũng ra đời nhằm thích ứng với cơ cấu bệnh tật đã thay đổi theo thời gian và mục tiêu cá thể hóa.

Điện châm vốn từ lâu được biết đến là một phương pháp trị liệu không dùng thuốc có tác dụng tốt trong điều trị liệt VII, tuy nhiên, để đạt được hiệu lực tối ưu, lâm sàng thường sử dụng thêm một số bài thuốc có tác dụng tán hàn, hoạt huyết, khứ ú. “TK7 HV” – bài thuốc kinh nghiệm của Phó giáo sư, tiến sỹ Đoàn Quang Huy - là một trong số những bài thuốc như vậy. Xuất phát từ mong muốn có thêm cơ sở lý luận và khoa học vững chắc khẳng định tác dụng của đa trị liệu, kết hợp các ưu điểm của phương pháp dùng thuốc và không dùng thuốc, nhằm có thêm sự lựa chọn cho các bác sỹ lâm sàng và đóng góp một phương pháp can thiệp mới trong điều trị liệt VII, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài **“Đánh giá tác dụng điều trị liệt VII ngoại biên do lạnh bằng phương pháp điện châm kết hợp bài thuốc TK7-HV”** với hai mục tiêu:

- 1. Đánh giá hiệu quả điều trị liệt VII ngoại biên do lạnh bằng phương pháp điện châm kết hợp với bài thuốc “TK7 HV”.*
- 2. Theo dõi tác dụng không mong muốn của phương pháp trên một số chỉ tiêu lâm sàng và cận lâm sàng.*

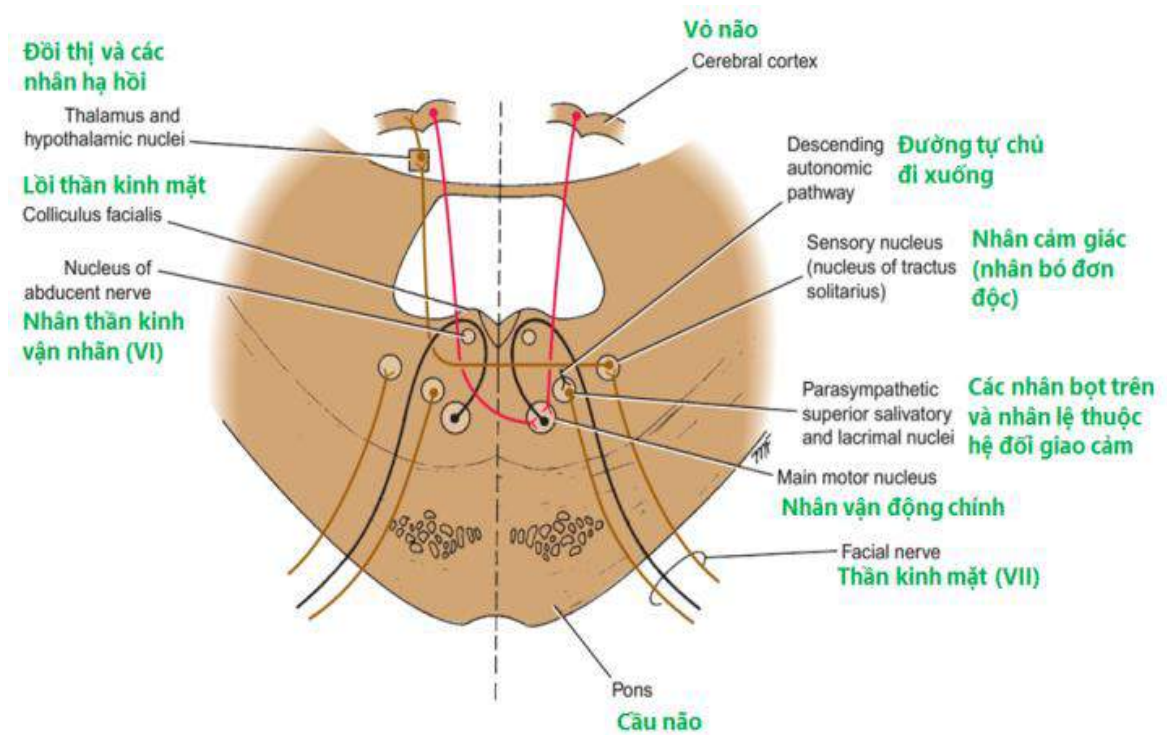
Chương 1

TỔNG QUAN TÀI LIỆU

1.1. Liệt VII ngoại biên theo y học hiện đại

1.1.1. Giải phẫu chức năng dây thần kinh số VII

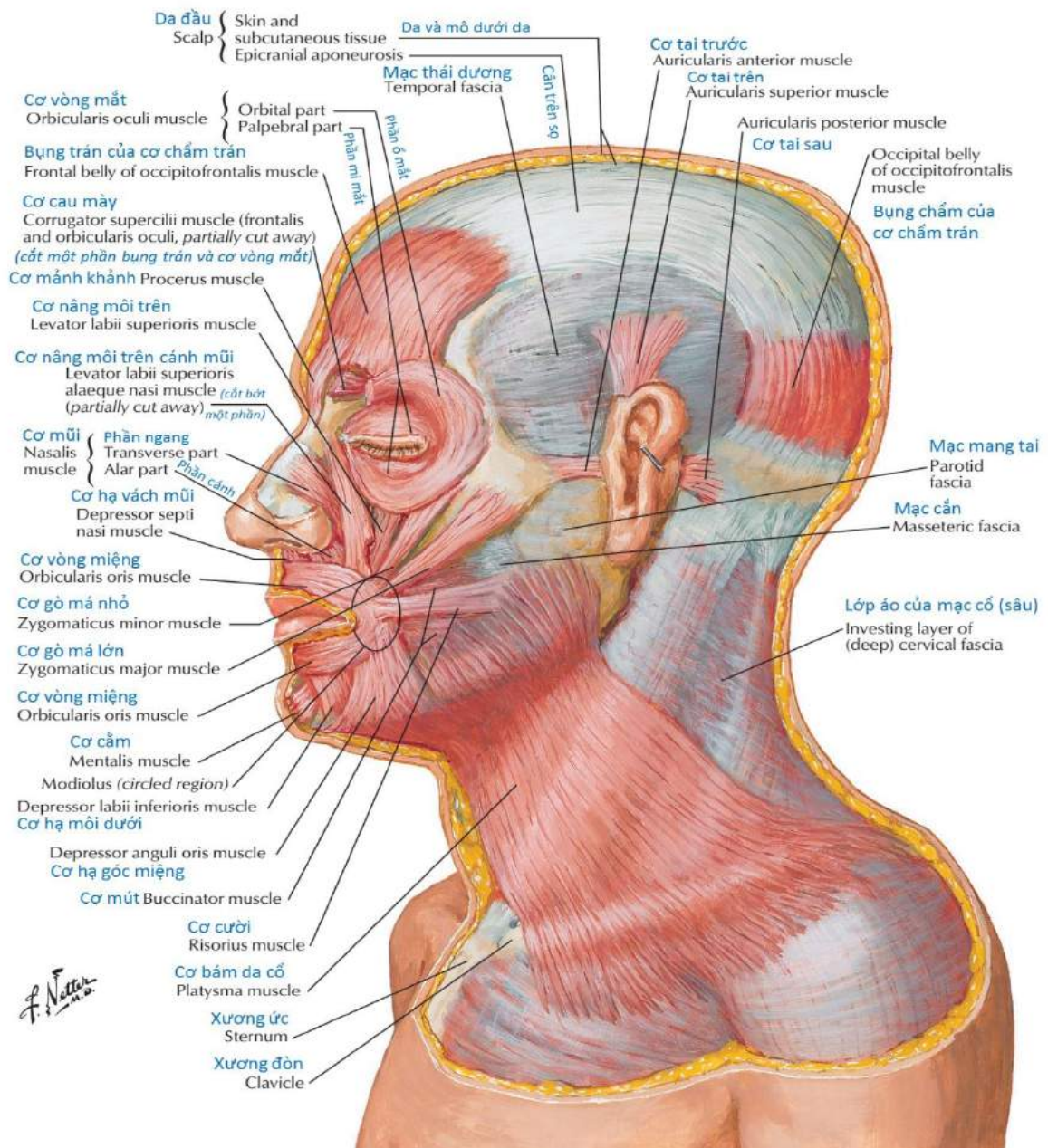
Nhân dây thần kinh số VII nằm ở cầu não gồm có 4 nhân: nhân vận động, nhân cảm giác (nhân bó đơn độc), nhân thực vật gồm hai nhân (nhân lệ ty và nhân bọt trên cho ra dây VII') [24],[32].



Hình 1.1. Các nhân thần kinh mặt và các tiếp nối trung ương [12]

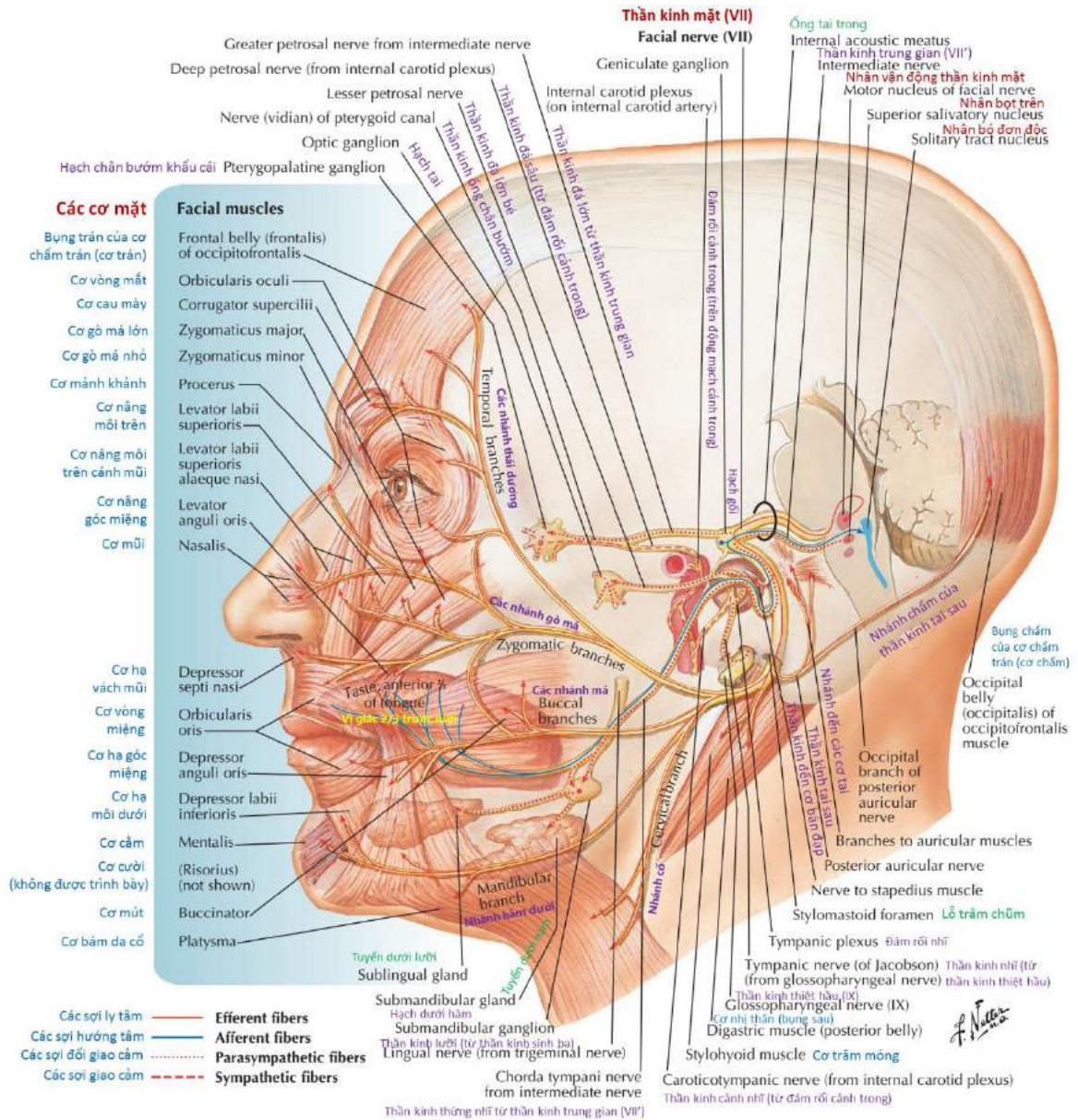
Nhân dây vận động VII ở cầu não có hai phần, phần trên phụ trách nửa mặt trên (từ đuôi khước mắt trở lên) còn nhân phần dưới phụ trách nửa mặt dưới. Nhân phần trên được vỏ não hai bán cầu chi phối vì vậy khi tổn thương bán cầu não một bên thì nửa mặt trên không bị liệt. Nhân phần dưới chỉ được vỏ não bên đối diện chi phối nên khi tổn thương một bán cầu não chỉ gây liệt nửa mặt dưới bên đối diện [24].

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') [24],[32].



Hình 1.2. Các cơ biểu hiện nét mặt [57]

1.1.2. Đường đi của dây thần kinh VII



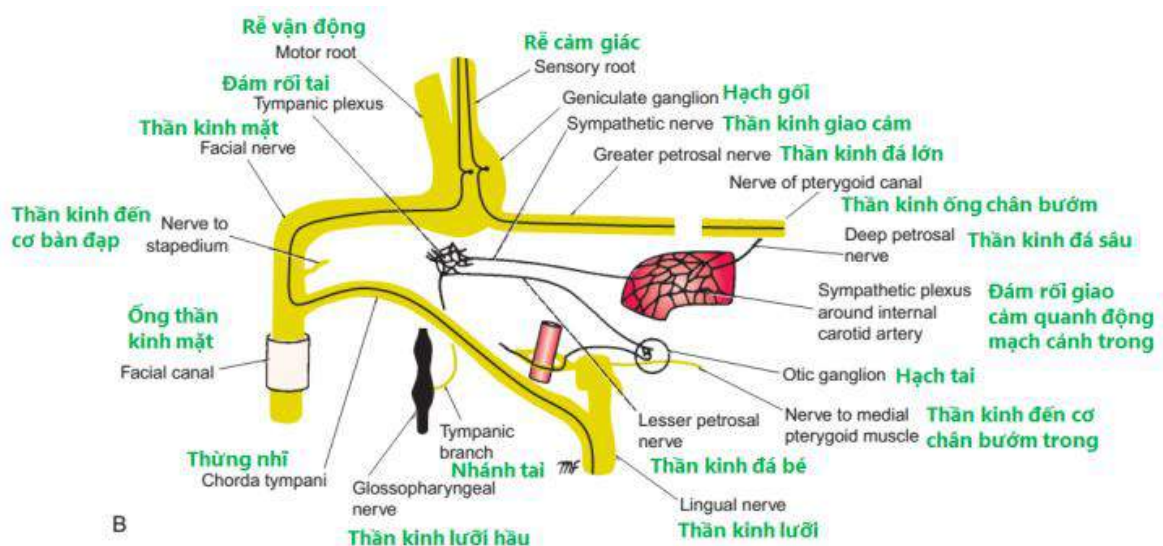
Hình 1.3. Đường đi của dây thần kinh số VII [57]

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) [24],[32].

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° [24],[32].

Đoạn 2 trong xương đá sau hạch gối phân nhánh vận động cho cơ bàn đạp, dây VII' tách ra khỏi dây VII tạo thành dây thừng nhĩ 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 [24],[32].



Hình 1.4. Các nhánh thần kinh VII bên trong phần đá của xương thái dương (đường màu đen là sợi vị giác) [57]

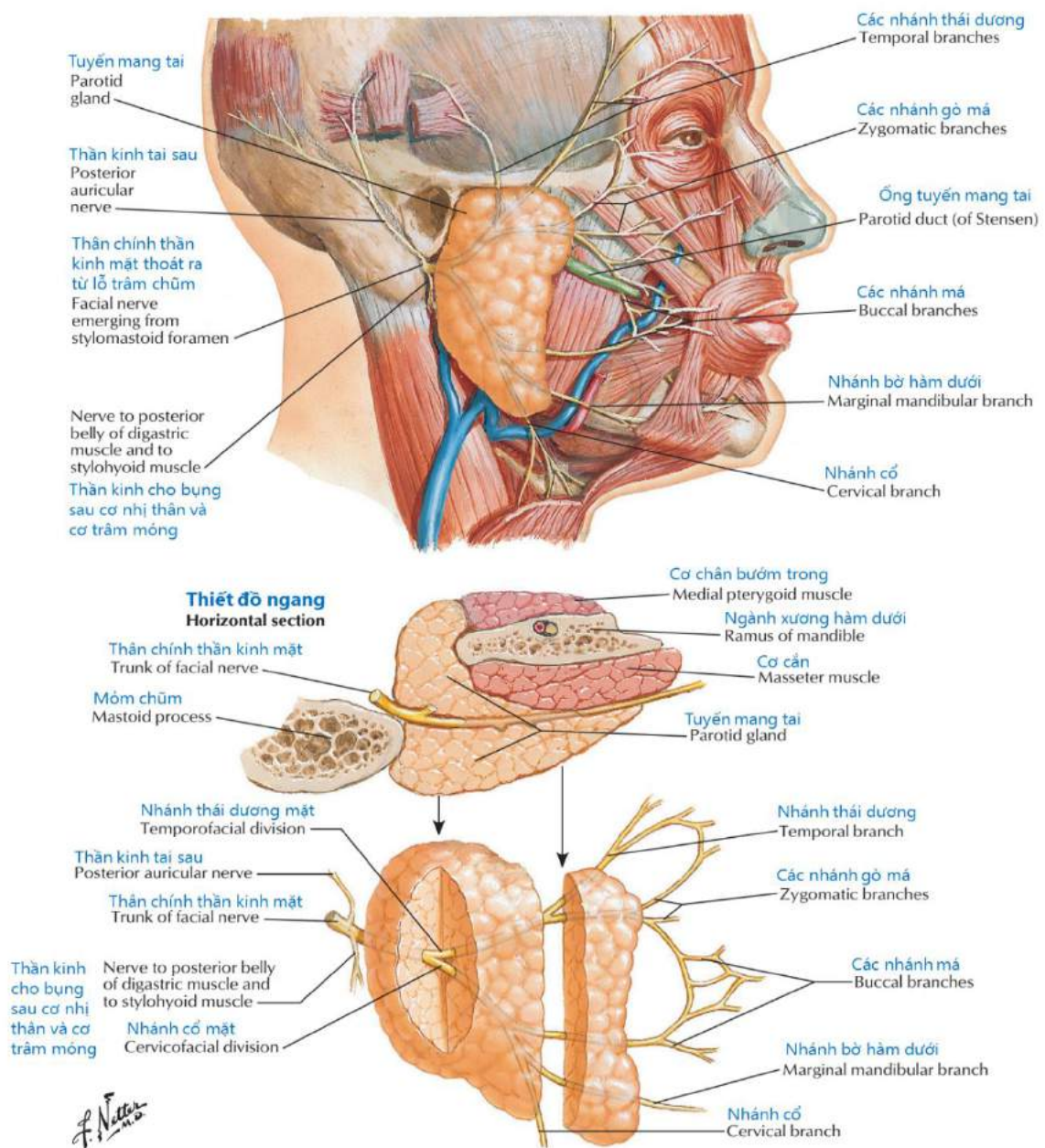
Khoảng cách từ gối 2 đến điểm xuất phát dây thừng nhĩ trung bình là 10,88 mm; khoảng cách từ lỗ trâm chũm đến điểm xuất phát của dây thừng nhĩ là 4,78 mm.

- 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.



Hình 1.5. Dây thần kinh VII đoạn ngoài xương đá và đoạn trong tuyến nước bọt mang tai [57]

1.1.3. Khái niệm

Liệt VII ngoại biên (hay liệt mặt ngoại biên) là tình trạng mất vận động hoàn toàn hay một phần các cơ của nửa mặt, mà nguyên nhân là do tổn thương dây thần kinh mặt, trái ngược với liệt mặt trung ương là tổn thương liên quan đến não [5].

1.1.4. Nguyên nhân

Liệt nửa mặt ngoại vi khi có tổn thương từ nhân dây VII trở ra, biểu hiện tổn thương là liệt hoàn toàn nửa mặt cùng bên. Có nhiều nguyên nhân gây nên.

1.1.4.1. Nguyên nhân

- Tổn thương cầu não: u thần kinh đệm, u lao, di căn ung thư hoặc đột quy vùng cầu não, có thể là dấu hiệu đầu tiên của viêm tủy xám nhất là ở trẻ em, bệnh xơ não tủy 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, viêm tai xương chũm, u màng não, viêm màng nhện vùng góc cầu - tiểu não [12],[35],[36].

- 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 hủ (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).

1.1.4.2. Các nguyên nhân khác

- Chấn thương sọ não

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

- 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.

1.1.5. Cơ chế bệnh sinh

Y học hiện đại có nhiều giả thuyết khác nhau về bệnh sinh liệt VII, song các tác giả tập trung vào hai thuyết đó là thuyết thiếu máu và thuyết Lympho.

1.1.5.1. Thuyết thiếu máu

Khi tổn thương dây VII thường có kèm rối loạn thị lực bên liệt, co thắt động mạch thái dương và tăng nhãn áp, đau phía sau tai đi đôi với liệt dây VII đột ngột. Theo Blunt, liệt dây VII có biểu hiện phù nề dây thần kinh cùng với đám chảy máu ở trên mặt và những thoái hóa sợi fibrin mà không có biểu hiện viêm. Trạng thái này thường chỉ xảy ra do thiếu máu. Thiếu máu dẫn tới thiếu oxy và các quá trình này ngày càng tăng dần dần đến những biến đổi không phục hồi [11].

1.1.5.2. Thuyết Lympho

Funchs thấy các hạch Lympho to lên ở vùng lỗ trâm-chũm và đè ép vào dây VII. Bell cũng mô tả viêm hạch Lympho khu trú ở cổ bên liệt hoặc ở cả hai bên [13].

1.1.6. Đặc điểm lâm sàng và phân độ lâm sàng liệt VII ngoại biên

1.1.6.1. Đặc điểm lâm sàng liệt VII ngoại biên do lạnh

- Quan sát mặt bệnh nhân khi tĩnh: 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), mắt 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, tai hình như thấp 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 cử động: mắt và mắt mắt cân đối rõ rệt hơn.

+ Bên bệnh không nhăn trán được, mắt không nhắm kín (dấu hiệu hở mi), khe răng thấy miệng lệch, mím môi không chặt, không huýt sáo, thổi lửa, được.

+ 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 lún 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 mắt, khi đó nửa mặt bên lành sẽ co, còn bên liệt không có phản ứng gì.

- Các triệu chứng khác: liệt dây VII ngoại vi 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 [12],[35],[36].

1.1.6.2. Phân độ lâm sàng liệt VII ngoại biên

* Phân độ House-Brackmann (1985)

Để đánh giá và xếp loại bệnh nhân theo mức độ triệu chứng phục vụ cho tiên lượng và điều trị, người ta đã dùng các bảng phân loại lâm sàng liệt VII ngoại biên. Có rất nhiều bảng phân loại khác nhau như bảng Botman và Jongkees (1995), May (1981), House – Brackmann (1983)... Trong đó bảng phân loại House – Brackmann đã được Ủy ban rối loạn thần kinh mặt (FND) công nhận là thang điểm đánh giá mức độ thần kinh mặt FNGS (Facial Nerve Grading Scale) năm 1985 và sử dụng rộng rãi trên lâm sàng với các ưu điểm vượt trội giúp đánh giá mức độ phục hồi của người bệnh và so sánh chức năng của dây VII trước và sau điều trị.

Phân độ House – Brackmann đánh giá dựa vào biểu hiện trên khuôn mặt, bao gồm biểu hiện tổng thể, biểu hiện khi nghỉ ngơi và khi vận động tại 3 khu vực trán - mắt - miệng. Bảng phân loại cũng đưa ra đánh giá đồng vận trên bệnh nhân. Đồng vận là sự rối loạn các dây thần kinh sau tổn thương, biểu hiện bằng sự vận động không chủ động sau một vận động chủ động. Bệnh nhân xếp loại theo 6 mức độ từ độ I là hoàn toàn bình thường cho đến độ VI là liệt hoàn toàn [55].

Bảng 1.1. Bảng phân độ House – Brackmann tóm tắt (1985) [55]

Phân độ	Tình trạng	Biểu hiện
I	Bình thường	Cử động mặt bình thường, không có đồng vận.
II	Biến dạng nhẹ	Chức năng vùng trán tốt, có đồng vận nhẹ, yếu nhẹ, mắt cân xứng ở mặt nhẹ.
III	Biến dạng	Yếu mặt vừa, hoạt động của trán yếu, mắt

	trung bình	nhắm được khi cố gắng, bất đối xứng. Có hiện tượng Bell (Chuyển động hướng lên hoặc ra ngoài của nhãn cầu khi nhắm mắt).
IV	Biến dạng trung bình nặng	Yếu mắt từ vừa đến nặng: tăng đồng vận, không có hoạt động của trán, mắt nhắm không kín.
V	Biến dạng nặng	Liệt mắt nặng, mắt bất đối xứng khi nghỉ, chỉ còn vài trương lực, mắt không nhắm được.
VI	Liệt hoàn toàn	Liệt mắt toàn bộ không còn trương lực.

** Phân độ FNGs 2.0 (2009)*

Mặc dù có nhiều ưu điểm nhưng phân độ House – Brackmann cũng có một số hạn chế, do xu hướng tập trung đánh giá tổng thể xếp bệnh nhân vào các nhóm nên việc đánh giá theo khu vực còn chưa rõ ràng, khó phân loại. Phân độ này cũng không đánh giá được mức độ vận động cụ thể của các khu vực và mức độ đồng vận riêng biệt. Các hệ thống phân loại thay thế bao gồm thang đo Yanagihara và Sunnybrook, tuy nhiên các tiêu chí đánh giá tương đối phức tạp [56],[61].

Năm 2009, ủy ban FND đã giới thiệu bảng phân loại mới dựa trên bảng phân độ House – Brackmann - bảng phân độ FNGs 2.0 (Facial Nerve Grading System 2.0). Bảng phân độ mới này đã cải thiện các hạn chế của bảng phân độ ban đầu, nhưng vẫn giữ được tính đơn giản và tiện lợi trên lâm sàng. 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 (Phụ lục 3) [59].

Ho Yun Lee và cộng sự (2013) đã nghiên cứu phân tích tỷ lệ thống nhất giữa 2 thang điểm FNGs 2.0 và House – Brackmann trên các bệnh nhân liệt Bell. Bằng cách so sánh tổng điểm cuối cùng của hai hệ thống phân loại và điểm đánh giá khu vực của lông mày, mắt, nếp gấp mũi và vùng miệng, kết

quả là sự thống nhất của hai bảng phân loại này tăng dần theo thời gian điều trị, với tỷ lệ trùng khớp trung bình là 70,8%. Kết quả cũng cho thấy FNGs giúp đánh giá khu vực rõ ràng hơn đồng thời có tính phân loại bệnh nhân cao hơn và đánh giá sự phục hồi hoàn toàn chặt chẽ hơn so với House – Brackmann [56].

1.1.7. Chẩn đoán liệt VII ngoại biên do lạnh

- Bệnh khởi phát đột ngột, triệu chứng liệt xuất hiện hoàn toàn thường trong vòng 48 giờ.

- Có thể đau sau tai trước đó 1 - 2 ngày, có thể kèm ù tai. Thường chảy nước mắt.

- 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.

- 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).

1.1.8. Điều trị và phục hồi chức năng

1.1.8.1. Điều trị nội khoa

* Điều trị nguyên nhân

Tùy theo nguyên nhân có chỉ định điều trị khác nhau nhằm loại trừ nguyên nhân gây bệnh với các bệnh lý không có chỉ định ngoại khoa.

* Liệt mặt do lạnh (liệt Bell)

Các trường hợp nhẹ có thể hồi phục trong vòng 3 - 6 tuần hoặc nhanh hơn, các trường hợp nặng thời gian phục hồi chậm hơn, đôi khi để lại di chứng. Một số trường hợp chuyển sang co cứng các cơ bên mặt bị liệt làm mặt bệnh nhân bị co kéo lệch về bên liệt, nếp nhăn mũi - má sâu, khiến dễ lầm

tướng bên liệt là bên lành. Để đạt hiệu quả tối đa trong điều trị và phục hồi chức năng liệt dây thần kinh số VII ngoại vi cần phối hợp các nhóm thuốc sau và kết hợp với các biện pháp không dùng thuốc [12],[35],[36].

- Dùng thuốc: phối hợp các nhóm thuốc sau

+ Dùng corticoide đường tiêm hoặc uống, chỉ định càng sớm càng tốt để chống phù nề vì dây thần kinh số VII đi trong ống xương hẹp, phù nề gây chèn ép và thiếu nuôi dưỡng, điều trị muộn có thể dẫn đến thoái hóa dây thần kinh làm khó phục hồi.

+ Dùng các thuốc giãn mạch, tăng biên dạng hồng cầu: cavinton, nootropin, vincamin, fonzilan...

+ Bảo vệ dây thần kinh: dùng sinh tố nhóm B liều cao như neurobion, H-5000, methylcoban.

+ Thuốc tăng dẫn truyền thần kinh: nivalin, paralys.

+ Kích thích tái tạo bao myelin: nucléo - CMP forte, alton - CMP.

+ Dùng thuốc chống gốc tự do: vitamin E, tocopheron, eckhart Q10...[12],[35],[36].

- Các biện pháp không dùng thuốc: nên phối hợp với dùng thuốc [43]

+ Các biện pháp y học cổ truyền: Điện châm các huyệt Ế phong, Dương bạch, Toàn trúc, Tinh minh, Ty trúc không, Đồng tử liêu, Thừa khớp, Nghinh hương, Giáp xa, Địa thương, Nhân trung, Thừa tương cùng bên liệt... Toàn thân châm huyệt Hợp cốc, Phong trì bên đối diện. Cần tránh kích thích quá mức có thể gây co cứng cơ mặt. Khi mắt đã gần bình thường thì dùng điều trị kích thích. Khi thấy các dấu hiệu co cứng cần ngừng ngay liệu pháp điện, điện châm, xoa bóp.

+ Các biện pháp vật lý trị liệu: điện di nivalin, hồng ngoại, sóng ngắn, điện xung dòng xung kích thích, xoa bóp.

- Trường hợp bệnh nhân đến muộn bị liệt mặt co cứng dai dẳng điều trị không kết quả: có thể tiêm cồn huỷ dây thần kinh.

- Dự phòng: tránh nhiễm lạnh, tránh những nơi gió lùa, giữ ấm vùng cổ về mùa đông.

1.1.8.2. Điều trị ngoại khoa

Mô để loại trừ nguyên nhân như mô u não, áp – xe não, loại khối máu tụ hoặc mô để giải phóng dây thần kinh bị chèn ép trong ống dây thần kinh ở xương đá như viêm tai xương chũm. Chỉ định phẫu thuật:

- U não, áp – xe não, loại khối máu tụ...

- Liệt dây VII do viêm tai cấp hoặc mạn tính: điều trị bảo tồn trong 4 - 5 tuần mà không có dấu hiệu phục hồi thì có chỉ định phẫu thuật.

- Liệt dây VII sau mổ tai: cần kiểm tra ống Fallop, nếu có thay đổi hình thái cần phải mổ lại, nếu không thấy thay đổi thì điều trị nội khoa, sau 4 tuần không hồi phục thì có chỉ định mổ [12],[35],[36].

1.2. Tổng quan liệt VII ngoại biên theo y học cổ truyền

1.2.1. Bệnh danh

Liệt dây VII ngoại biên nằm trong chứng Trúng phong kinh lạc của YHCT [44], bệnh danh là “Khẩu nhãn oa tà”.

1.2.2. Bệnh nguyên bệnh cơ

- Ngoại nhân: phong hàn, phong nhiệt thừa lúc tấu lý sơ hở xâm phạm vào các kinh dương ở mặt [2],[3],[44].

- Bất nội ngoại nhân: chấn thương vùng mặt gây huyết ú ở kinh lạc [2],[3],[44].

1.2.3. Phân thể lâm sàng và điều trị

1.2.3.1. 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 huyết 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 thang: Đại tân giao thang gia giảm

Ngoài ra có thể dùng các bài thuốc cổ phương khác có tác dụng khu phong, tán hàn ở biểu (Quế chi thang, Ma hoàng quế chi thang gia giảm thêm các vị thuốc hành khí hoạt huyết).

Điện châm: châm cứu, ôn châm, điện châm các huyết: Toàn túc xuyên Tình minh, Dương bạch xuyên Ngư yêu, Ty trúc không xuyên Đồng tử liêu hoặc Thái dương, Ế phong xuyên Hạ quan hoặc Quyền liêu, Quyền liêu xuyên Nghinh hương, Địa thương xuyên Giáp xa. Huyệt tại chỗ: Nhân trung, Thừa tương, Thừa khắp. Huyệt toàn thân: Hợp cốc (đôi bên), Phong trì. Ngoài ra có thể thủy châm vitamin nhóm B vào một số huyết trên.

Xoa bóp bấm huyết: tác động lên mặt bên liệt (chú ý hướng tác động từ giữa sang bên) và day bấm các huyết trên [2],[3],[44].

1.2.3.2. 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 sác. Sau khi hết sốt, chỉ còn tình trạng liệt VII ngoại biên.

Pháp điều trị: Khu phong, thanh nhiệt, hoạt huyết (khi có sốt)

Khu phong, bổ huyết, hoạt lạc (khi hết sốt)

Phương thang:

Kim ngân hoa 16g

Ké đầu ngựa 12g

Đan sâm 12g

Bồ công anh 16g Xuyên khung 12g Ngưu tất 12g
 Thổ phục linh 12g

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

1.2.3.3. *Thể huyết ú (Liệt VII ngoại biên do sang chấn)*

Triệu chứng: gồm triệu chứng liệt VII ngoại biên như trên, đồng thời tìm hiểu nguyên nhân sang chấn như sau ngã, bị thương tích, sau khi mổ vùng hàm mặt hoặc xương chũm...

Pháp điều trị: hoạt huyết, hành khí

Phương thang:

Đan sâm 12g	Tô mộc 8g	Trần bì 6g
Xuyên khung 12g	Uất kim 8g	Hương phụ 6g
Ngưu tất 12g	Chỉ xác 6g	

Điện châm: châm các huyết tại chỗ như trên, toàn thân châm Huyết hải, Túc tam lý

1.3. Tổng quan về điện châm

1.3.1. *Khái niệm về huyết*

Huyết là điểm đặc biệt phân bố khắp phần ngoài cơ thể, là nơi kinh khí và khí của tạng phủ đến và đi ra ngoài cơ thể, là nơi phản ứng của cơ thể với chứng bệnh, nơi yếu tố bệnh lý xâm nhập, đồng thời cũng là nơi tiếp nhận các kích thích. Tên chung của tất cả các huyết gọi là du huyết (du = chuyển vận, huyết = chỗ trống không) còn gọi là khí huyết, khổng huyết, kinh huyết, cốt không... Huyết là tên ngày nay hay dùng nhất [49].

Về phân loại thì huyết được chia thành ba nhóm lớn: Huyết trên đường kinh; Huyết ngoài đường kinh; Huyết á thị [49].

1.3.2. Phương pháp điện châm

1.3.2.1. Định nghĩa

Châm là dùng kim châm vào huyết để gây kích thích đạt tới sự phản ứng của cơ thể nhằm mục đích điều trị bệnh [14].

Điện châm là phương pháp dùng một dòng điện nhất định tác động lên các huyết châm cứu để phòng và chữa bệnh. Dòng điện được tác động lên huyết qua kim châm, hoặc qua các điện cực nhỏ đặt lên da vùng huyết [47]. Kích thích xung điện là kỹ thuật sau khi châm kim lên huyết vị, thay kích thích về tay bằng kích thích xung điện. Các nghiên cứu về các dòng điện trên cơ thể đã đưa ra kết luận: Khi dòng xung điện có tần số thích hợp, cường độ, điện thế thấp thì tác dụng tốt để kích thích hoặc ức chế hệ thần kinh, gây co cơ hoặc giảm co thắt cơ, tăng cường điều chỉnh tuần hoàn, đặc biệt có tác dụng giảm đau. Điện châm là một phương pháp kết hợp chặt chẽ YHCT và YHHĐ, phát huy được cả tác dụng của kích thích lên huyết vị, huyết đạo và tác dụng của xung điện trên cơ thể [23],[48].

Theo y học cổ truyền, âm dương là thuộc tính của mỗi vật trong vũ trụ. Hai mặt âm dương luôn có quan hệ đối lập (mâu thuẫn) nhưng luôn thống nhất với nhau. Âm dương trong cơ thể bao giờ cũng thăng bằng (bình hành) nương tựa vào nhau (hỗ can) để hoạt động giúp cho cơ thể luôn luôn thích ứng với hoàn cảnh xã hội, thiên nhiên. Bệnh tật phát sinh ra là do sự mất cân bằng của âm dương. Sự mất cân bằng đó gây nên bởi các tác nhân gây bệnh bên ngoài (Tà khí của lục dâm) hoặc do thể trạng suy yếu, sức đề kháng kém (chính khí hư) hoặc do sự biến đổi bất thường về mặt tình cảm, tinh thần (nội nhân), hoặc cũng có khi do những nguyên nhân khác như thể chất của người bệnh quá kém, sự ăn uống, nghỉ ngơi, sinh hoạt không điều độ... Trên lâm sàng, bệnh lý biểu hiện hoặc hàn hoặc nhiệt, hoặc hư hoặc thực (hư hàn thuộc về âm, thực nhiệt thuộc về dương), nhiều khi bệnh tật rất phức tạp, các dấu

hiệu thuộc về hàn nhiệt rất khó phân biệt (kiêm chứng)... Nguyên tắc điều trị chung là điều hoà (lập lại) mối cân bằng của âm dương. Cụ thể trong điều trị bằng điện châm, muốn đánh đuổi tà khí, nâng cao chính khí (sức đề kháng của cơ thể) phải tùy thuộc vào vị trí nông sâu của bệnh, trạng thái hàn nhiệt, hư thực của người bệnh để vận dụng thích đáng dùng châm hay cứu, dùng thủ thuật như nhiệt thì châm, hàn thì cứu, hư thì bổ, thực thì tả... [47].

1.3.2.2. Áp dụng điều trị

*** Chỉ định**

Một số bệnh cơ năng và triệu chứng của một số bệnh như các bệnh thuộc hệ thần kinh (nhức đầu, mất ngủ, liệt dây VII).

- Bệnh thuộc hệ tiêu hóa (đau dạ dày, táo bón...).
- Giảm đau trong các bệnh về cơ xương khớp (đau lưng, đau vai gáy...).
- Bệnh thuộc hệ tuần hoàn (tim đập nhanh, tăng huyết áp...)
- Bệnh hệ sinh dục (rong kinh, rong huyết, thống kinh, di tinh...)
- Một số bệnh do viêm nhiễm: viêm tuyến vú, chắp lẹo,... [47],[48].

*** Chống chỉ định**

- Các bệnh cấp cứu.
- Đau bụng chưa rõ nguyên nhân.
- Cơ thể người bệnh ở trạng thái không bình thường như đói, mệt.
- Người có bệnh lý mãn tính như suy tim, suy thận.
- Cắm châm sâu vào một số huyết như phong phủ, á môn, liêm tuyền, huyết vùng bụng ngực.
- Một số bệnh về máu: xuất huyết giảm tiểu cầu, rối loạn đông máu [47],[48].

1.3.3. Tác dụng không mong muốn của điện châm

*** Vụng châm**

- Do bệnh nhân sợ, sức khỏe yếu, cơ thể ở trạng thái không bình thường, thiếu máu.

- Hiện tượng: da tái, toát mồ hôi, mạch nhanh, tim đập yếu...

- Xử trí: rút kim ra ngay, đắp ấm, giải thích cho bệnh nhân, tiêm thuốc trợ tim nếu cần.

- Đề phòng:

- + Phải lựa chọn bệnh nhân trước khi châm, loại một số chống chỉ định.

- + Khi châm lần đầu phải động viên bệnh nhân, châm từ ít đến nhiều huyết.

- + Thao tác châm thuần thục, nhẹ nhàng nhưng dứt khoát.

- * Chảy máu

- Do kim châm vào mạch máu, khi rút kim gây chảy máu.

- Xử trí: lấy ngay bông khô ấn chặt vào nơi chảy máu, máu sẽ cầm. Nếu bị bầm tím, phồng mạch dùng ngón tay di nhẹ trên miếng bông, chỗ bầm tím sẽ tan dần, phồng mạch sẽ xẹp dần.

- * Gãy kim

- Do cong kim, kim gỉ, và thủ thuật quá mạnh, thường gãy ở cán kim.

- Xử trí: dùng kẹp cặp kim ra, không để bệnh nhân giãy giụa khi kim gãy.

- Đề phòng: trước khi châm phải vuốt cho kim thẳng, loại bỏ kim gỉ, không châm lút cán kim, bệnh nhân thở đều không gây phản ứng co cứng cơ.

- * Nhiễm trùng

- Do khâu thủ thuật và dụng cụ vô trùng không đảm bảo, bệnh nhân cơ địa dễ nhiễm trùng.

- Biểu hiện sau châm một thời gian xuất hiện nhiễm trùng tại chỗ châm.

- Xử trí: nếu nhẹ giữ sạch, không cần xử trí, nặng cần dùng kháng sinh hoặc chích rạch mủ.

- Đề phòng: sử dụng dụng cụ vô trùng và thực hiện sát khuẩn trên da bệnh nhân đúng quy trình.

* Các biến chứng khác

- Ít gặp hơn như đau tê, buốt tại chỗ kim châm...

- Xử trí: rút kim ra, xác định lại huyết và tiến hành châm [20],[48].

1.4. Tổng quan về bài thuốc “TK7 HV” nghiên cứu

1.4.1. Xuất xứ bài thuốc “TK7 HV”

Bài thuốc “TK7 HV” là bài thuốc kinh nghiệm của PGS.TS Đoàn Quang Huy dùng điều trị các bệnh nhân liệt VII ngoại biên do lạnh khá hiệu quả.

1.4.2. Thành phần

Bạch chỉ, bạch phụ tử, bạch cương tằm, quế chi, phòng phong. Các vị thuốc được bào chế theo tiêu chuẩn Dược điển Việt Nam lần xuất bản thứ năm [7] và tiêu chuẩn cơ sở. Tổng hàm lượng thang thuốc là 34 (gam).

1.4.3. Phân tích bài thuốc

1.4.3.1. Theo phối ngũ lập phương của y học cổ truyền

Bạch chỉ vị cay tính ấm, quy kinh Phế, Vị, Đại trường có tác dụng trị cảm mạo, đau đầu, tiêu sưng bài mủ, tán hàn, giải biểu, khu phong, táo thấp, chỉ thống giải độc.

Bạch phụ tử cay, ngọt, âm, có độc, quy kinh Tỳ Vị có tác dụng thâm thấp trừ đàm, khu phong chống co thắt; giải độc và tán kết.

Bạch cương tằm vị mặn cay tính bình, quy kinh Can phế, có tác dụng tức phong chỉ kinh (chống co giật), khu phong chỉ thống (giảm đau), giải độc tán kết, chủ trị các chứng: đàm nhiệt kinh phong, động kinh co giật, trúng phong liệt mặt, đau đầu mắt đỏ, cổ họng sưng đau, phong trùng nha thống (đau răng), đàm hạch loa lịch (lao hạch lâm ba), đình nhọt đơn độc.

Quế chi vị cay ngọt, tính ôn quy kinh Phế, Tâm, Bàng quang, có tác dụng giải cảm tán hàn, thông kinh chi thông, hành huyết lợi tiểu.

Phòng phong vị cay ngọt, tính ấm, quy kinh Bàng quang, Can, có tác dụng tán hàn giải biểu, trừ phong thấp, giải kinh phong [26],[27],[38].

1.4.3.2. Theo dược lý học hiện đại

Đối chiếu với tác dụng dược lý học hiện đại, bạch chỉ có tác dụng làm giảm đau đầu do cảm cúm, đau đầu sau đẻ, đau lợi răng, đau thần kinh mặt. Hưng phấn trung khu thần kinh: với liều nhỏ angelicotoxin có tác dụng hưng phấn trung khu vận động huyết quản, trung khu hô hấp, dây thần kinh phế vị làm cho huyết áp tăng, mạch chậm, hơi thở kéo dài, chảy dãi và nôn mửa. Với liều lớn dẫn tới co giật và tê liệt toàn thân. Kháng khuẩn: Ức chế trực khuẩn lỵ, thương hàn, vi khuẩn Gram dương, đối với vi khuẩn lao ở người có tác dụng ức chế rõ rệt.

Bạch cương tằm có tác dụng gây ngủ đối với chuột nhắt và thỏ nhà, thuốc cho uống làm giảm tỷ lệ chết của chuột bạch do strychnin gây co giật. Trong ống nghiệm, thuốc có tác dụng ức chế nhẹ đối với tụ cầu vàng, trực khuẩn đại tràng, trực khuẩn mủ xanh. Con nhộng tằm có tác dụng chống co giật do strychnin mạnh hơn là cương tằm vì thành phần ammonium oxalate ở con nhộng tằm nhiều hơn cho nên thành phần chống co giật chủ yếu là ammonium oxalate. Thực tiễn lâm sàng chứng minh con tằm nhộng có tác dụng hạ sốt, chỉ khái hóa đàm, an thần, chống co giật tiêu sưng và điều tiết thần kinh, có tác dụng tham gia chuyển hóa mỡ, hiệu quả trị bệnh gần giống bạch cương tằm nên có thể thay thế được.

Quế chi (cành quế) có tác dụng giải nhiệt, làm giãn mạch ở da giúp giải nhiệt làm ra mồ hôi (tức ôn thông kinh lạc). Theo kinh nghiệm YHCT thì tác dụng của quế chi chủ yếu là giúp các loại thuốc khác giải nhiệt, phát hãn tốt hơn, còn bản thân quế chi thì tác dụng này yếu. Nếu phối hợp với các vị thuốc

thu liễm thì thuốc lại có tác dụng cầm mô hôi. Giảm đau: thuốc tác dụng lên trung khu cảm giác ở não, nâng cao ngưỡng đau, thuốc có khả năng làm giãn mạch trong bệnh đau đầu do co thắt mạch, có thể làm dịu co thắt cơ trơn. Làm giảm đau bụng. Trợ tiêu hóa (kiện vị): Thuốc làm tăng tiết nước bọt và dịch vị giúp tiêu hóa. Trên ống nghiệm: cồn quế có tác dụng rõ rệt đối với tụ cầu trùng vàng, trực khuẩn thương hàn. Tinh dầu quế có tính sát trùng mạnh. Tác dụng chống virus và nấm: trong ống nghiệm, nước sắc quế chỉ có tác dụng ức chế mạnh virus cúm và nấm gây bệnh.

Phòng phong làm ra mồ hôi, hạ nhiệt (được chứng minh trên thực nghiệm), giảm đau, lợi tiểu, kháng virus, có tác dụng ức chế virus cúm trên thực nghiệm [4],[28].

1.4.4. Công dụng

Phát tán phong hàn, thư cân, thông kinh hoạt lạc.

1.5. Các nghiên cứu có liên quan

1.5.1. Các nghiên cứu trên thế giới

Năm 2011, Feng Xia và cộng sự tiến hành một nghiên cứu thử nghiệm lâm sàng ngẫu nhiên, có kiểm soát nhằm đánh giá hiệu quả của thuốc y học hiện đại và điện châm trong điều trị liệt VII ngoại biên trên 1.200 bệnh nhân tuổi từ 18 đến 75, có thời gian khởi phát triệu chứng đến khi nhập viện điều trị không quá 72 giờ cho thấy: Việc kết hợp điều trị thuốc corticoid và điện châm theo giai đoạn bệnh của liệt VII với các phác đồ huyết khác nhau hiệu quả hơn so với phương pháp điện châm bằng một phác đồ cho tất cả các giai đoạn bệnh [60].

Một nghiên cứu khác năm 2012 của Hüseyin Narc và cộng sự khảo sát yếu tố dịch tễ học liên quan đến liệt VII cho thấy: Trong tổng số 634 bệnh nhân được chẩn đoán, có 105 bệnh nhân (19,69%) ở độ tuổi 30-39, 83 bệnh nhân (15,57%) ở độ tuổi 20-29, 50 bệnh nhân (9,38%) ở độ tuổi 70-79 tuổi,

12 (2,25%) 80-89 tuổi và 2 bệnh nhân (0,37%) dưới 9 tuổi. Liệt VII ngoại biên phổ biến nhất ở nhóm tuổi 30-39 và điều này cũng có ý nghĩa thống kê ($p < 0,01$). Các tháng có tỷ lệ liệt VII ngoại biên cao nhất nhất là tháng 5 ($n = 59, 11,06\%$), tháng 3 ($n = 54, 10,13\%$), tháng 4 ($n = 51, 9,56\%$) tháng 9 ($n = 50, 9,38\%$). Tháng 7 ($n = 34, 6,38\%$), tháng 12 ($n = 34, 6,38\%$) tháng 1 ($n = 35, 6,56\%$) và tháng 11 ($n = 36, 6,75\%$) có tỷ lệ bệnh nhân liệt VII ngoại biên thấp nhất ($p > 0,01$). Lượng bệnh nhân liệt VII ngoại biên lớn nhất thường vào mùa xuân mùa đông ($t = 11.122, df = 3, p = 0,002$) [58].

Năm 2014, D. Cirpaciuc 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 tỷ lệ hồi phục hoàn toàn trên các bệnh nhân này [54].

1.5.2. 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 huyết 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 tỷ lệ 97,1%, tiến triển chậm sau 30 ngày điều trị 2,4%. Theo dõi đến tuần thứ 6 còn một bệnh nhân tiến triển rất chậm chiếm tỷ lệ 1,2%. Kích thước khe hở mi từ 5 mm trở xuống tiến triển tốt hơn nhóm trên 5mm. Nhóm bệnh có góc $\alpha > 15^\circ$, hồi phục chậm hơn nhóm có góc $\alpha \leq 15^\circ$. Nghiên cứu cũng xây dựng được phương trình hồi quy logistic đa biến: Hồi phục của bệnh = $(-1,845) +$

$(0,043) \times (\text{góc } \alpha) + (0,461) \times (\text{khe hở mi})$. Từ đó kết luận: Mối quan hệ giữa hồi phục bệnh và khe hở mi là mối quan hệ thuận chiều với hệ số 0,461. Mối quan hệ giữa góc α và hồi phục bệnh là quan hệ nghịch chiều với hệ số $(-0,043)$ [1].

Năm 2016, Nguyễn Văn Hải nghiên cứu tác dụng của phương pháp xoa bóp bấm huyệt kết hợp YHHĐ trong điều trị liệt VII ngoại biên trên 75 bệnh nhân tại khoa YHCT bệnh viện Quân Y cho kết quả: Tỷ lệ điều trị khỏi đạt 88%, đỡ 6,66%; hiệu quả chung tốt đạt 94,66%. Không đỡ có 4 bệnh nhân chiếm 5,34% (2 bệnh nhân liệt dây VII do zona, 1 bệnh nhân liệt dây VII do chấn thương, 1 bệnh nhân liệt dây VII do viêm tai xương chũm) bệnh nhân đã điều trị ở bệnh viện hoặc cơ sở y tế khác và đến khoa sau 30 ngày [21].

Nguyễn Thị Tân (2016) khi tiến hành đánh giá hiệu quả điều trị liệt VII ngoại biên do lạnh bằng phương pháp ôn châm (Ôn châm các huyệt: Toàn túc, Tinh minh, Dương bạch, Thái dương, Ấp phong, Giáp xa, Nghinh hương, Địa thương, Thừa tương, Nhân trung, Ngư yêu, Hợp cốc, Ty túc không, Đồng tử liêu) 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: Tỷ lệ khỏi bệnh hoàn toàn là 85%, tỷ 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 [39].

Nguyễn Mạnh Tường (2017) nghiên cứu đánh giá hiệu quả của điện châm và bài thuốc Tiểu 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 tỷ lệ khỏi hoàn toàn là 83,3%, đỡ là 16,7%; nhóm chứng có tỷ 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 thống kê với $p < 0,05$ [45].

Chương 2

CHẤT LIỆU, ĐỐI TƯỢNG, PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Chất liệu nghiên cứu

2.1.1. Thành phần bài thuốc “TK7 HV” sử dụng trong nghiên cứu

Bảng 2.1. Thành phần bài thuốc “TK7 HV” sử dụng trong nghiên cứu [8]

Tên thuốc	Tên khoa học	Hàm lượng dùng (gam)	Tiêu chuẩn đạt
Bạch chỉ	<i>Radix Angelicae dahuricae</i>	8	Dược điển Việt Nam lần xuất bản thứ năm
Bạch phụ tử	<i>Rhizoma Typhonni gigantei</i>	4	
Bạch cương tằm	<i>Bombyx Botryticatus</i>	8	
Quế chi	<i>Ramuhus Cinnamomi</i>	4	
Phòng phong	<i>Radix Saposhnikoviae divarricatae</i>	10	

Các vị thuốc được bào chế theo tiêu chuẩn Dược điển Việt Nam xuất bản lần thứ năm [7] và tiêu chuẩn cơ sở. Tổng hàm lượng thang thuốc là 34 (gam) được sắc dưới dạng nước sắc thành 200ml/thang, đóng túi, mỗi túi 100ml tại Bệnh viện Tuệ Tĩnh. Bệnh nhân chia uống ngày 2 lần, mỗi lần 1 túi sau ăn 30 phút.

2.1.2. Thuốc đối chứng “Đại tân giao thang”

Bảng 2.2. Thành phần bài thuốc “Đại tân giao thang”

Tên thuốc	Tên khoa học	Hàm lượng dùng (gam)	Tiêu chuẩn đạt
Tân giao	<i>Radix Gentianae macrophyllae</i>	08	Dược điển Việt Nam lần xuất bản thứ năm
Bạch thược	<i>Radix Paeoniae rubra</i>	08	
Bạch chỉ	<i>Radix Angelicae dahuricae</i>	08	
Thục địa	<i>Rehmania glutinosa Libosch</i>	12	
Khuông hoạt	<i>Notopterygium incisium</i>	08	
Cam thảo	<i>Radix Glycyrrhizae Uralensis</i>	06	
Ngưu tất	<i>Radix cyathulae</i>	12	
Trần bì	<i>Citrus deliciosa Tenore</i>	08	
Bạch truật	<i>Rhizoma atracyloidis macrocephalae</i>	12	
Bạch linh	<i>Poria cocos Wolf</i>	08	
Xuyên khung	<i>Ligusticum striatum</i>	08	
Đương quy	<i>Angelica sinensis</i>	08	
Độc hoạt	<i>Radix Angelicae pubescentis</i>	08	
Đảng sâm	<i>Codonopsis pilosula Nannf</i>	12	

Các vị thuốc được bào chế theo tiêu chuẩn Dược điển Việt Nam xuất bản lần thứ năm [7] và tiêu chuẩn cơ sở. Tổng hàm lượng thang thuốc là 126 (gam) được sắc dưới dạng nước sắc thành 300ml/thang, đóng túi, mỗi túi 150ml tại Bệnh viện Tuệ Tĩnh. Bệnh nhân chia uống ngày 2 lần, mỗi lần 1 túi sau ăn 30 phút.

2.1.3. Phác đồ huyết sử dụng trong nghiên cứu

Phác đồ huyết được sử dụng theo hướng dẫn của Bộ Y tế (2015) trong cuốn “Quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh chuyên ngành châm cứu” [6].

gồm:

- | | | |
|--------------|----------------|--------------|
| - Thái dương | - Đông tử liêu | - Dương bạch |
| - Ngư yêu | - Toản trúc | - Tình minh |
| - Quyên liêu | - Nghinh hương | - Địa thương |
| - Giáp xa | - Nhân trung | - Phong trì |
| - Bách hội | - Thừa tương | - Hợp cốc |

Trong đó châm tả:

- Thái dương xuyên Đông tử liêu
- Dương bạch xuyên Ngư yêu
- Toản trúc xuyên Tình minh
- Quyên liêu xuyên Nghinh hương
- Địa thương xuyên Giáp xa
- Nhân trung
- Phong trì
- Bách hội
- Thừa tương
- Hợp cốc bên đối diện

2.2. Đối tượng nghiên cứu

2.2.1. Tiêu chuẩn chọn bệnh nhân nghiên cứu

- Bệnh nhân trên 18 tuổi, không phân biệt giới và nghề nghiệp.
- Bệnh nhân mắc bệnh trong 5 ngày đầu, tự nguyện tham gia nghiên cứu và tuân thủ quy trình điều trị.
- Bệnh nhân được chẩn đoán xác định liệt VII ngoại biên do lạnh dựa trên các tiêu chuẩn của Y học hiện đại và Y học cổ truyền theo bảng 2.3.

Bảng 2.3. Tiêu chuẩn chẩn đoán liệt VII ngoại biên do lạnh theo y học hiện đại và y học cổ truyền

Y học hiện đại	Y học cổ truyền
<p>Bệnh nhân có các tiêu chuẩn:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Lâm sàng: Charles Bell dương tính (mắt nhắm không kín) hoặc Souque dương tính (lông mi bên liệt dài hơn khi nhắm mắt), nhân trung lệch về bên lành, mắt nếp nhăn trán, không chụm miệng thổi lửa, thổi sáo được, ăn uống rơi vãi đồ ăn, nước ra ngoài khóe miệng bên liệt, có thể có khô mắt, chảy nước mắt, khô miệng, đau vùng sau tai. - Cận lâm sàng: <ul style="list-style-type: none"> + Sinh hóa máu, huyết học ít có thay đổi + Nội soi tai mũi họng không phát hiện nhiễm trùng hay tổn thương, liệt dây thần kinh VII không xuất hiện sau một sang chấn (ngã, đụng đập, tai nạn...) [5] 	<p>Bệnh nhân “Khẩu nhãn oa tà” thuộc thể phong hàn với các chứng trạng [2],[3],[44]</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tại chỗ: thường sau khi gặp gió lạnh, tự nhiên thấy xuất hiện miệng méo, mắt nhắm không kín, khó thổi lửa, huyết sáo, uống nước trào ra bên liệt, nhai cơm đọng lại má bên liệt, nhân trung lệch về bên liệt. - Toàn thân: sợ gió, sợ lạnh, gai rét, râu lưỡi trắng mỏng, mạch phù hoãn.

2.2.2. Tiêu chuẩn loại trừ bệnh nhân nghiên cứu

- 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 chấn thương sọ não, viêm tai xương chũm.
- Bệnh nhân đái tháo đường, sốt, zona, viêm màng não.

2.3. Thời gian và địa điểm tiến hành nghiên cứu

Nghiên cứu dự kiến tiến hành trong thời gian từ tháng 5/2019 đến hết tháng 12/2019 tại Bệnh viện Tuệ Tĩnh.

2.4. Phương pháp nghiên cứu

2.4.1. Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu được thiết kế theo phương pháp thử nghiệm lâm sàng ngẫu nhiên, so sánh trước và sau điều trị và có nhóm chứng. Bệnh nhân lựa chọn vào nghiên cứu được chia ngẫu nhiên thành 2 nhóm (nhóm nghiên cứu (NNC) và nhóm đối chứng (NĐC)) và được điều trị theo phác đồ nghiên cứu. Thời gian điều trị là 21 ngày liên tục. Hiệu quả điều trị được đánh giá ở thời điểm sau 21 ngày kết thúc liệu trình hoặc tại thời điểm bệnh nhân hết hoàn toàn triệu chứng (hồi phục hoàn toàn) dựa trên thang điểm FNDs 2.0.

2.4.2. Cỡ mẫu và chọn mẫu

Mẫu nghiên cứu là các bệnh nhân được chẩn đoán xác định liệt VII ngoại biên do lạnh đến khám và điều trị tại Bệnh viện Tuệ Tĩnh theo tiêu chuẩn chọn bệnh nhân mục 2.2. Công thức ước tính cỡ mẫu như sau:

Sử dụng công thức cỡ mẫu cho trường hợp thiết kế nghiên cứu thử nghiệm lâm sàng ngẫu nhiên cho hai nhóm đối tượng (một nhóm sử dụng phương pháp điện châm kết hợp uống bài thuốc “TK7 HV”; một nhóm sử dụng phương pháp điện châm kết hợp uống bài thuốc “Đại tần giao thang” để điều trị liệt VII ngoại biên do lạnh) và mục tiêu nghiên cứu là so sánh tỷ lệ hiệu quả sau can thiệp, áp dụng công thức:

$$n = \frac{Z_{(1-\alpha/2)} \times \sqrt{2\bar{P}(1-\bar{P})} + Z_{\beta} \times \sqrt{P_1 \times (1-P_1) + P_2 \times (1-P_2)}}{(P_1 - P_2)^2}$$

Trong đó:

n	Cỡ mẫu nghiên cứu
$Z_{(1-\alpha/2)}$	Với độ tin cậy 95% ($\alpha = 0,05$) $\rightarrow Z = 1,96$
Z_{β}	Với $\beta = 0,2 \rightarrow Z = 0,842$
P_1	ước lượng tỷ lệ bệnh nhân điều trị liệt VII ngoại biên do lạnh bằng điện châm kết hợp uống bài thuốc “TK7 HV” có hiệu quả tốt \rightarrow Dựa vào các nghiên cứu trước, tính được $P_1 = 0,8$ (sau khi hiệu chỉnh đồng nhất các kết quả thu được từ các thử nghiệm khác nhau).
P_2	ước lượng tỷ lệ bệnh nhân điều trị liệt VII ngoại biên do lạnh bằng điện châm kết hợp uống bài thuốc Đại tần giao thang có hiệu quả tốt, giả định $P_2 = 0,5$.
\bar{P}	Là giá trị trung bình của P_1 và P_2 . Áp dụng công thức $\bar{P} = \frac{P_1 + P_2}{2} = \frac{0,8 + 0,5}{2} = 0,65$

Ước lượng 10% bệnh nhân bỏ cuộc, như vậy, cỡ mẫu ước tính cho nghiên cứu này là:

$$n = \frac{1,96 \times \sqrt{2 \times 0,65 \times 0,35} + 0,842 \times \sqrt{0,8 \times 0,2 + 0,5 \times 0,5}}{0,3 \times 0,3} + 0,1n \approx 24$$

Như vậy, cỡ mẫu tối thiểu là 24 bệnh nhân liệt VII ngoại biên do lạnh cho mỗi nhóm (nhóm nghiên cứu và nhóm đối chứng). Tổng số bệnh nhân cần lấy trong nghiên cứu này là 48 bệnh nhân cho 2 nhóm. Thực tế trong nghiên cứu này, chúng tôi thu thập được 60 bệnh nhân cho cả hai nhóm, mỗi nhóm 30 bệnh nhân.

2.4.3. Biến số và chỉ số trong nghiên cứu

2.4.3.1. Đặc điểm bệnh nhân nghiên cứu

- Tuổi, nhóm tuổi, giới tính, nghề nghiệp.
- Thời gian phát hiện liệt VII ngoại biên do lạnh.
- Đặc điểm bên liệt VII (trái, phải).

2.4.3.2. Hiệu quả của bài thuốc “TK7 HV”

- Sự thay đổi triệu chứng lâm sàng qua thăm khám.
- Sự thay đổi mức độ liệt theo thang điểm FNGs 2.0.
- Hiệu quả điều trị chung.

2.4.3.3. Tác dụng không mong muốn

- Tác dụng không mong muốn xuất hiện trong quá trình điều trị (dấu hiệu sinh tồn, chức năng gan thận).

2.4.4. Các bước tiến hành

Bước 1: Bệnh nhân đến khám tại Bệnh viện Tuệ Tĩnh với các biểu hiện lâm sàng của liệt dây VII được thăm khám, chỉ định cận lâm sàng. Sau khi có chẩn đoán xác định là liệt VII ngoại biên do lạnh, bệnh nhân được cung cấp thông tin về nghiên cứu và mời tham gia.

Bước 2: Những bệnh nhân chấp thuận tham gia nghiên cứu được kí cam kết tình nguyện, phổ biến về quy trình nghiên cứu, tiêu chuẩn loại trừ khỏi nghiên cứu nếu bệnh nhân không tuân thủ quy trình điều trị.

Bước 3: Chia bệnh nhân thành 2 nhóm điều trị là nhóm nghiên cứu và nhóm đối chứng bằng công cụ Excel, đảm bảo tính tương đồng về tuổi, giới và thời gian mắc bệnh, mức độ bệnh giữa 2 nhóm.

Bước 4: Phân nhóm điều trị:

Nhóm nghiên cứu điện châm các huyệt theo phác đồ mục 2.1.2 (liều trình tối đa 21 ngày điện châm) kết hợp sử dụng bài thuốc “TK7 HV” với liều

thuốc sắc là 200ml chia 2 lần, mỗi lần 100ml uống sau ăn 30 phút (sáng và trưa) tương ứng với 1 thang thuốc (34 gam dược liệu khô).

Nhóm đối chứng điện châm các huyết theo phác đồ mục 2.1.2 (liệu trình tối đa 21 ngày điện châm) kết hợp sử dụng bài thuốc “Đại tần giao thang” với liều thuốc sắc là 300ml chia 2 lần, mỗi lần 150ml uống sau ăn 30 phút (sáng và trưa).

Trong thời gian điều trị, bệnh nhân không được sử dụng thêm bất cứ loại thuốc nào khác kèm theo (bao gồm cả thực phẩm chức năng/vitamin).

Bước 5: Các chỉ tiêu theo dõi trong 21 ngày điều trị/hồi phục bao gồm: triệu chứng lâm sàng qua thăm khám (các dấu hiệu âm tính và dương tính), mức độ liệt, dấu hiệu sinh tồn, tác dụng không mong muốn xuất hiện trong quá trình dùng thuốc.

Bước 6: Thu thập các thông tin nghiên cứu, xử lý số liệu, báo cáo kết quả.

2.4.5. Phương tiện sử dụng trong nghiên cứu

- Máy điện châm M7.
- Kim điện châm (kim hào châm) dùng 1 lần
- Dụng cụ khác: bông cotton, pank có máu.
- Máy xét nghiệm sinh hóa máu.
- Máy xét nghiệm công thức máu.

2.4.6. Tiêu chuẩn đánh giá kết quả

2.4.6.1. Đánh giá sự cải thiện các triệu chứng lâm sàng

- Sự cải thiện các triệu chứng lâm sàng được đánh giá theo các mức độ hồi phục hoàn toàn, hồi phục một phần hay không hồi phục.

Bảng 2.4. Tiêu chuẩn đánh giá sự cải thiện các triệu chứng lâm sàng

Triệu chứng \ Mức độ	Hồi phục hoàn toàn	Hồi phục một phần	Không hồi phục
Nếp nhăn trán	Rõ	Mờ	Mất
Dấu hiệu Charles Bell	Âm tính	Dương tính: Độ hở khe mi nhỏ hơn so với trước tối thiểu 50%	Dương tính: Độ hở khe mi vẫn như cũ
Méo miệng – Lệch nhân trung	Cân đối khi nghỉ và khi cười nói	Cân đối khi nghỉ và lệch khi cười nói	Lệch khi nghỉ và khi cười nói
Rãnh mũi má	Rõ	Mờ	Mất

2.4.6.2. Sự cải thiện mức độ liệt

- Mức độ liệt mắt được phân loại dựa vào bảng phân độ FNGs 2.0. So sánh mức độ phục hồi chức năng vận động của cơ mắt trước và sau điều trị (Phụ lục 3).
- So sánh sự cải thiện mức phục hồi chức năng vận động của cơ mắt theo 3 mức độ hồi phục hoàn toàn, hồi phục một phần, không hồi phục theo tổng điểm chung sau 7 ngày, 14 ngày và 21 ngày điều trị với thang điểm FNGs 2.0 như sau:

Bảng 2.5. Đánh giá kết quả điều trị của bệnh nhân theo FNGs 2.0

Mức độ hồi phục	Hồi phục hoàn toàn	Hồi phục một phần		Không hồi phục
		Hồi phục tốt	Hồi phục kém	
Tổng thể (mức độ)	Độ I	Giảm độ so với trước điều trị		Không giảm độ
		Độ II - III	Độ IV - V	Độ VI

2.4.6.3. Tác dụng không mong muốn của thuốc và điện châm trong quá trình điều trị

Tác dụng không mong muốn của phương pháp điện châm: vụng châm, chảy máu, bầm tím nơi châm...

Tác dụng không mong muốn của bài thuốc “TK7 HV” như nôn/buồn nôn, đau bụng, đi ngoài phân lỏng/nát/tiêu chảy, sản ngứa, dị ứng, chóng mặt...

Tác dụng không mong muốn trên một số chỉ số cận lâm sàng: công thức máu (hồng cầu, bạch cầu, tiểu cầu), sinh hóa máu (ure, creatinin, AST, ALT)

2.4.7. Phương pháp xử lý số liệu

Số liệu sau thu thập được xử lý bằng thuật toán thống kê y sinh học dưới sự hỗ trợ của phần mềm SPSS 20.0, thuật toán được sử dụng gồm: tính tỷ lệ phần trăm (%); kiểm định khi bình phương, T-Test, với độ tin cậy 95%, xác định mức ý nghĩa thống kê khi $p < 0,05$.

2.5. Đạo đức nghiên cứu

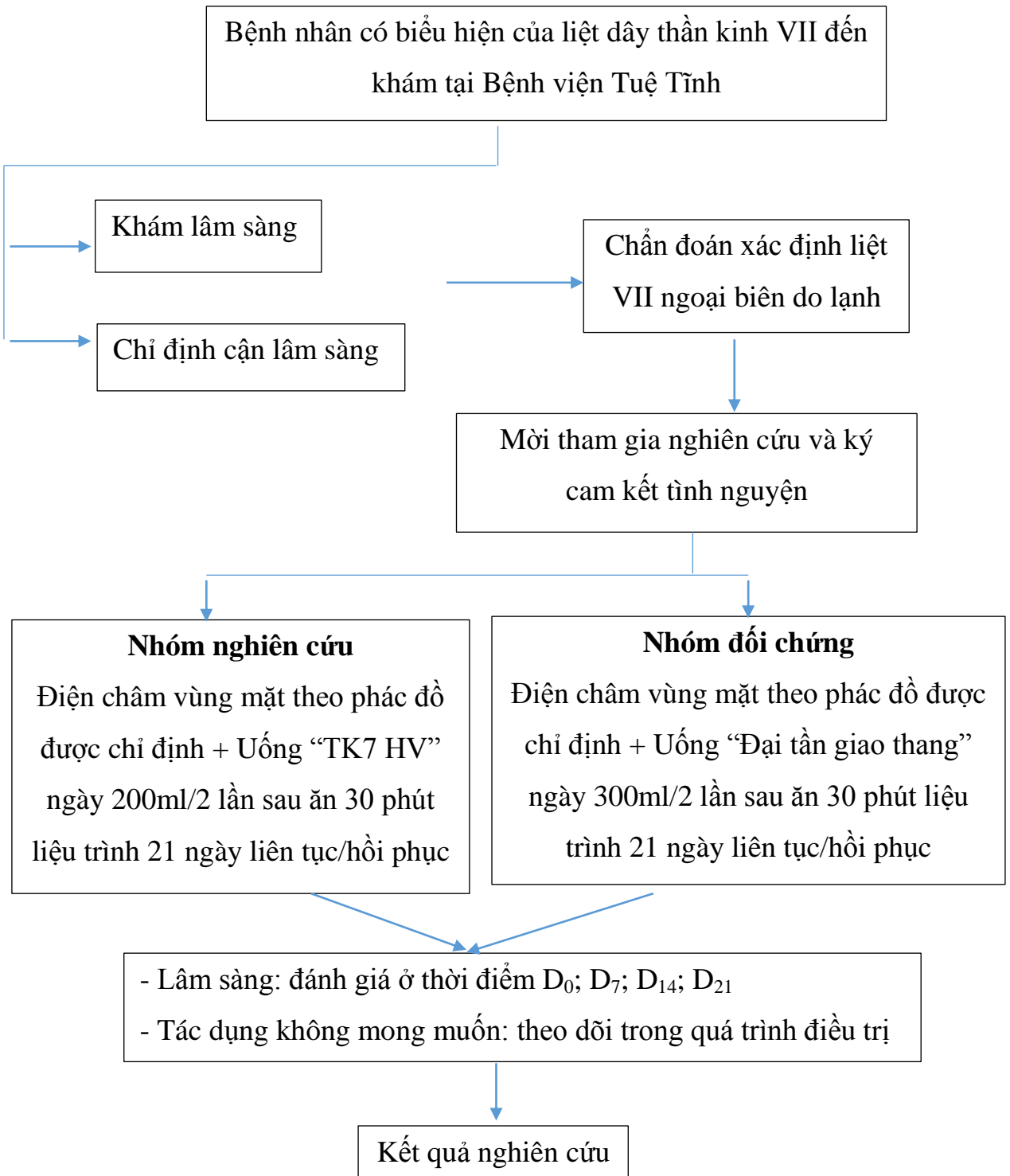
Nghiên cứu được tiến hành đảm bảo người tham gia nghiên cứu không chịu bất cứ tổn hại nào về tinh thần và thể chất, sự tham gia nghiên cứu là hoàn toàn tự nguyện và bệnh nhân đều được kí cam kết (Phụ lục 2).

Nghiên cứu được thực hiện nhằm điều trị liệt VII ngoại biên do lạnh bằng phương pháp điện châm kết hợp bài thuốc TK7-HV, ngoài ra không nhằm mục đích nào khác.

Bệnh nhân có quyền rời khỏi nghiên cứu bất cứ lúc nào và vì bất cứ lý do gì.

Nghiên cứu được thông qua Hội đồng Khoa học và Hội đồng đạo đức của Học viện Y dược học cổ truyền Việt Nam trước khi tiến hành nghiên cứu, được sự chấp thuận và cho phép tiến hành nghiên cứu tại Bệnh viện Tuệ Tĩnh của Ban lãnh đạo Bệnh viện.

2.6. Quy trình nghiên cứu



Sơ đồ 2.1. Quy trình nghiên cứu

Chương 3

KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm bệnh nhân nghiên cứu

3.1.1. Đặc điểm tuổi bệnh nhân nghiên cứu

Bảng 3.1. Đặc điểm tuổi của bệnh nhân nghiên cứu

Nhóm tuổi	NNC (n=30)		NĐC (n=30)		p
	n	%	n	%	
< 30 tuổi	8	26,7	9	30,0	>0,05
30 – < 50 tuổi	4	13,3	4	13,3	
≥ 50 tuổi	18	60,0	17	56,7	
Tuổi TB $\bar{X} \pm SD$ (tuổi)	50,73 ± 19,91		48,73 ± 20,66		>0,05

Nhận xét: Tuổi hay gặp là 30 – 50 tuổi. Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về tuổi trung bình của 2 nhóm NNC và NĐC ($p > 0,05$)

3.1.2. Đặc điểm giới tính bệnh nhân nghiên cứu

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

Giới tính	NNC (n=30)		NĐC (n=30)		p
	n	%	n	%	
Nam	11	36,7	10	33,3	>0,05
Nữ	19	63,3	20	66,7	

Nhận xét: Không có sự khác biệt phân bố giới tính giữa NNC và NĐC, trong đó, tỷ lệ bệnh nhân nữ mắc bệnh nhiều hơn nam giới.

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

Nhóm tuổi	NNC (n=30)		NĐC (n=30)		p
	n	%	n	%	
≤ 1 ngày	10	33,3	12	40,0	>0,05
> 1 – 2 ngày	12	40,0	10	33,3	
> 2 – 3 ngày	7	23,4	8	26,7	
> 3 ngày	1	3,3	0	0	
Số ngày TB $\bar{X} \pm SD$ (ngày)	2,22 ± 0,67		1,98 ± 1,00		>0,05

Nhận xét: Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về thời gian từ khi xuất hiện triệu chứng đến khi nhập viện, tuy nhiên, số ngày TB của NNC cao hơn so với NĐC. Ở NNC có 1 bệnh nhân nhập viện sau 4 ngày phát hiện triệu chứng đầu tiên chiếm tỷ lệ 3,3%.

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	NNC (n=30)		NĐC (n=30)		p
	n	%	n	%	
Bên trái	12	40,0	15	50,0	>0,05
Bên phải	18	60,0	15	50,0	
Hai bên (phải + trái)	0	0	0	0	

Nhận xét: Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về bên liệt giữa NNC và NĐC ($p > 0,05$).

3.2. Tác dụng của điện châm kết hợp bài thuốc “TK7 HV” trong điều trị liệt VII ngoại biên do lạnh

3.2.1. Sự thay đổi triệu chứng lâm sàng sau 7 ngày điều trị

Bảng 3.5. Sự thay đổi triệu chứng cơ năng sau 7 ngày điều trị

Triệu chứng		NNC (n=30)		NĐC (n=30)		p _{NNC-NĐC}
		n	%	n	%	
Ăn uống rơi vãi	D ₀	28	93,3	25	83,3	p _{D0} >0,05
	D ₇	10	33,3	10	33,3	p _{D7} >0,05
p _{D0-D7}		<0,05		<0,05		
Chảy nước mắt	D ₀	19	63,3	19	63,3	p _{D0} >0,05
	D ₇	11	36,7	10	33,3	p _{D7} >0,05
p _{D0-D7}		<0,05		<0,05		
Khô mắt	D ₀	10	33,3	13	43,3	p _{D0} >0,05
	D ₇	3	10,0	2	6,7	p _{D7} >0,05
p _{D0-D7}		<0,05		<0,05		
Khô miệng	D ₀	6	20,0	4	13,3	p _{D0} >0,05
	D ₇	1	3,3	2	6,7	p _{D7} >0,05
p _{D0-D7}		<0,05		<0,05		
Cảm giác đau vùng sau tai	D ₀	24	80,0	22	73,3	p _{D0} >0,05
	D ₇	10	33,3	12	40,0	p _{D7} >0,05
p _{D0-D7}		<0,05		<0,05		

Nhận xét: Bệnh nhân có sự cải thiện các triệu chứng cơ năng khá rõ rệt sau 7 ngày điều trị, trong đó NNC cải thiện tốt hơn NĐC, tuy nhiên, sự khác biệt ở ngày thứ 7 chưa có ý nghĩa thống kê (p>0,05).

Bảng 3.6. Sự thay đổi triệu chứng thực thể sau 7 ngày điều trị

Triệu chứng		NNC (n=30)		NĐC (n=30)		p _{NNC-NĐC}
		n	%	n	%	
Charles-Bell (+)	D ₀	30	100	30	100	p _{D0} >0,05
	D ₇	14	46,7	16	53,3	p _{D7} >0,05
p _{D0-D7}		<0,05		<0,05		
Méo miệng - lệch nhân trung	D ₀	30	100	30	100	p _{D0} >0,05
	D ₇	15	50,0	17	56,7	p _{D7} >0,05
p _{D0-D7}		<0,05		<0,05		
Mất rãnh mũi má	D ₀	30	100	30	100	p _{D0} >0,05
	D ₇	17	56,7	16	53,3	p _{D7} >0,05
p _{D0-D7}		<0,05		<0,05		
Mất nếp nhăn trán	D ₀	30	100	30	100	p _{D0} >0,05
	D ₇	16	53,3	18	60,0	p _{D7} >0,05
p _{D0-D7}		<0,05		<0,05		

Nhận xét: Dấu hiệu Charles-Bell, Souques và các biểu hiện của liệt VII có sự cải thiện đáng kể ở cả 2 nhóm, tuy nhiên, thời điểm này chưa có sự khác biệt về kết quả giữa NNC và NĐC (p>0,05).

3.2.2. Sự thay đổi triệu chứng lâm sàng sau 14 ngày điều trị

Bảng 3.7. Sự thay đổi triệu chứng cơ năng sau 14 ngày điều trị

Triệu chứng		NNC (n=30)		NĐC (n=30)		P _{NNC-NĐC}
		n	%	n	%	
Ăn uống rơi vãi	D ₀	28	93,3	25	83,3	p _{D14} >0,05
	D ₁₄	6	20,0	7	23,3	
P _{D0-D14}		<0,05		<0,05		
Chảy nước mắt	D ₀	19	63,3	19	63,3	p _{D14} >0,05
	D ₁₄	8	26,7	8	26,7	
P _{D0-D14}		<0,05		<0,05		
Khô mắt	D ₀	10	33,3	13	43,3	p _{D14} >0,05
	D ₁₄	1	3,3	1	3,3	
P _{D0-D14}		<0,05		<0,05		
Khô miệng	D ₀	6	20,0	4	13,3	p _{D14} >0,05
	D ₁₄	0	0	0	0	
P _{D0-D14}		<0,05		<0,05		
Cảm giác đau vùng sau tai	D ₀	24	80,0	22	73,3	p _{D14} >0,05
	D ₁₄	5	16,7	9	30,0	
P _{D0-D14}		<0,05		<0,05		

Nhận xét: Sau 14 ngày điều trị, tỷ lệ bệnh nhân có biểu hiện khô mắt, khô miệng có sự cải thiện đáng kể ở cả NNC và NĐC. Triệu chứng ăn uống rơi vãi, chảy nước mắt, cảm giác đau vùng sau tai cải thiện chậm hơn. Tuy nhiên, kết quả sự khác biệt chưa có ý nghĩa thống kê giữa 2 nhóm (p>0,05).

Bảng 3.8. Sự thay đổi triệu chứng thực thể sau 14 ngày điều trị

Triệu chứng		NNC (n=30)		NĐC (n=30)		$p_{\text{NNC-NĐC}}$
		n	%	n	%	
Charles-Bell (+)	D ₀	30	100	30	100	$p_{\text{D14}} > 0,05$
	D ₁₄	10	33,3	14	46,7	
$p_{\text{D0-D14}}$		<0,05		<0,05		
Méo miệng - lệch nhân trung	D ₀	30	100	30	100	$p_{\text{D14}} > 0,05$
	D ₁₄	11	36,7	14	46,7	
$p_{\text{D0-D14}}$		<0,05		<0,05		
Mất rãnh mũi má	D ₀	30	100	30	100	$p_{\text{D14}} > 0,05$
	D ₁₄	10	33,3	11	36,7	
$p_{\text{D0-D14}}$		<0,05		<0,05		
Mất nếp nhăn trán	D ₀	30	100	30	100	$p_{\text{D14}} > 0,05$
	D ₁₄	10	33,3	11	36,7	
$p_{\text{D0-D14}}$		<0,05		<0,05		

Nhận xét: Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về sự thay đổi triệu chứng thực thể giữa NNC và NĐC, tuy nhiên, sự cải thiện ở NNC có xu hướng tốt hơn.

3.2.3. Sự thay đổi triệu chứng lâm sàng sau 21 ngày điều trị

Bảng 3.9. Sự thay đổi triệu chứng cơ năng sau 21 ngày điều trị

Triệu chứng		NNC (n=30)		NĐC (n=30)		P _{NNC-NĐC}
		n	%	n	%	
Ăn uống rơi vãi	D ₀	28	93,3	25	83,3	p _{D21} <0,05
	D ₂₁	0	0	3	10,0	
P _{D0-D21}		<0,05		<0,05		
Chảy nước mắt	D ₀	19	63,3	19	63,3	p _{D21} >0,05
	D ₂₁	0	0	1	3,3	
P _{D0-D21}		<0,05		<0,05		
Khô mắt	D ₀	10	33,3	13	43,3	p _{D21} >0,05
	D ₂₁	0	0	0	0	
P _{D0-D21}		<0,05		<0,05		
Khô miệng	D ₀	6	20,0	4	13,3	p _{D21} >0,05
	D ₂₁	0	0	0	0	
P _{D0-D21}		<0,05		<0,05		
Cảm giác đau vùng sau tai	D ₀	24	80,0	22	73,3	p _{D21} <0,05
	D ₂₁	1	3,3	4	13,3	
P _{D0-D21}		<0,05		<0,05		

Nhận xét: Sau 21 ngày điều trị, sự cải thiện tình trạng ăn uống rơi vãi và cảm giác đau vùng sau tai ở NNC tốt hơn có ý nghĩa thống kê so với NĐC. Tuy nhiên, ở các triệu chứng khác, tỷ lệ cải thiện là tương đồng.

Bảng 3.10. Sự thay đổi triệu chứng thực thể sau 21 ngày điều trị

Triệu chứng		NNC (n=30)		NĐC (n=30)		P _{NNC-NĐC}
		n	%	n	%	
Charles-Bell (+)	D ₀	30	100	30	100	p _{D21} <0,05
	D ₂₁	2	6,7	5	16,7	
P _{D0-D21}		<0,05		<0,05		
Méo miệng - lệch nhân trung	D ₀	30	100	30	100	p _{D21} <0,05
	D ₂₁	1	3,3	4	13,3	
P _{D0-D21}		<0,05		<0,05		
Mất rãnh mũi má	D ₀	30	100	30	100	p _{D21} >0,05
	D ₂₁	0	0	0	0	
P _{D0-D21}		<0,05		<0,05		
Mất nếp nhăn trán	D ₀	30	100	30	100	p _{D21} >0,05
	D ₂₁	0	0	0	0	
P _{D0-D21}		<0,05		<0,05		

Nhận xét: Đối với nhóm triệu chứng thực thể, sự khác biệt về kết quả có ý nghĩa thống kê ở dấu hiệu Charles-Bell (+) và tình trạng méo miệng-lệch nhân trung, trong đó, NNC cải thiện tốt hơn NĐC. Các triệu chứng thực thể khác ít có sự khác biệt giữa hai nhóm.

3.2.4. Hiệu quả điều trị chung sau 14 ngày và 21 ngày

Bảng 3.11. Hiệu quả điều trị chung sau 14 ngày

Mức độ hồi phục		NNC (n=30)		NĐC (n=30)		p
		n	%	n	%	
Hoàn toàn, bệnh nhân trở về trạng thái bình thường		25	83,3	25	83,3	>0,05
Chưa hoàn toàn	Charles-Bell	1	3,3	1	3,3	
	Ăn uống rơi vãi	0	0	0	0	
	Không chụm miệng thổi sáo được	0	0	1	3,3	
	Mất nếp nhăn trán	0	0	0	0	
	Nhân trung lệch về bên lành	1	3,3	0	0	
Tổng		3	10,0	2	6,7	
Không hiệu quả	Triệu chứng không thay đổi	2	6,7	3	10,0	
	Triệu chứng nặng lên	0	0	0	0	
Tổng		2	6,7	3	10,0	

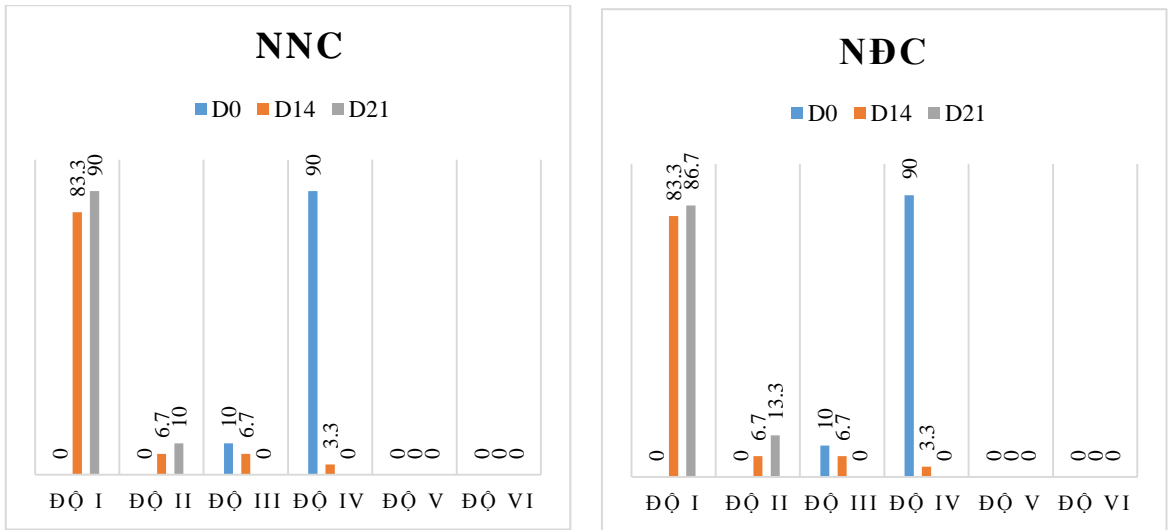
Nhận xét: Sau 14 ngày điều trị, tỷ lệ bệnh nhân có sự hồi phục hoàn toàn, bệnh nhân trở về trạng thái bình thường so với thời điểm trước điều trị là 83,3%. Tỷ lệ này có sự tương đồng ở cả NNC và NĐC.

Bảng 3.12. Hiệu quả điều trị chung sau 21 ngày

Mức độ hồi phục		NNC (n=30)		NĐC (n=30)		p
		n	%	n	%	
Hoàn toàn, bệnh nhân trở về trạng thái bình thường		27	90,0	26	86,7	>0,05
Chưa hoàn toàn	Charles-Bell	2	6,7	2	6,7	
	Ăn uống rơi vãi	0	0	0	0	
	Không chụm miệng thổi sáo được	0	0	2	6,7	
	Mắt nếp nhăn trán	0	0	0	0	
	Nhân trung lệch về bên lành	0	0	0	0	
Tổng		3	10,0	4	13,3	
Không hiệu quả	Triệu chứng không thay đổi	0	0	0	0	
	Triệu chứng nặng lên	0	0	0	0	
Tổng		0	0	0	0	

Nhận xét: Sau 21 ngày, tỷ lệ bệnh nhân có mức độ hồi phục hoàn toàn ở NNC cao hơn NĐC (90% so với 86,7%).

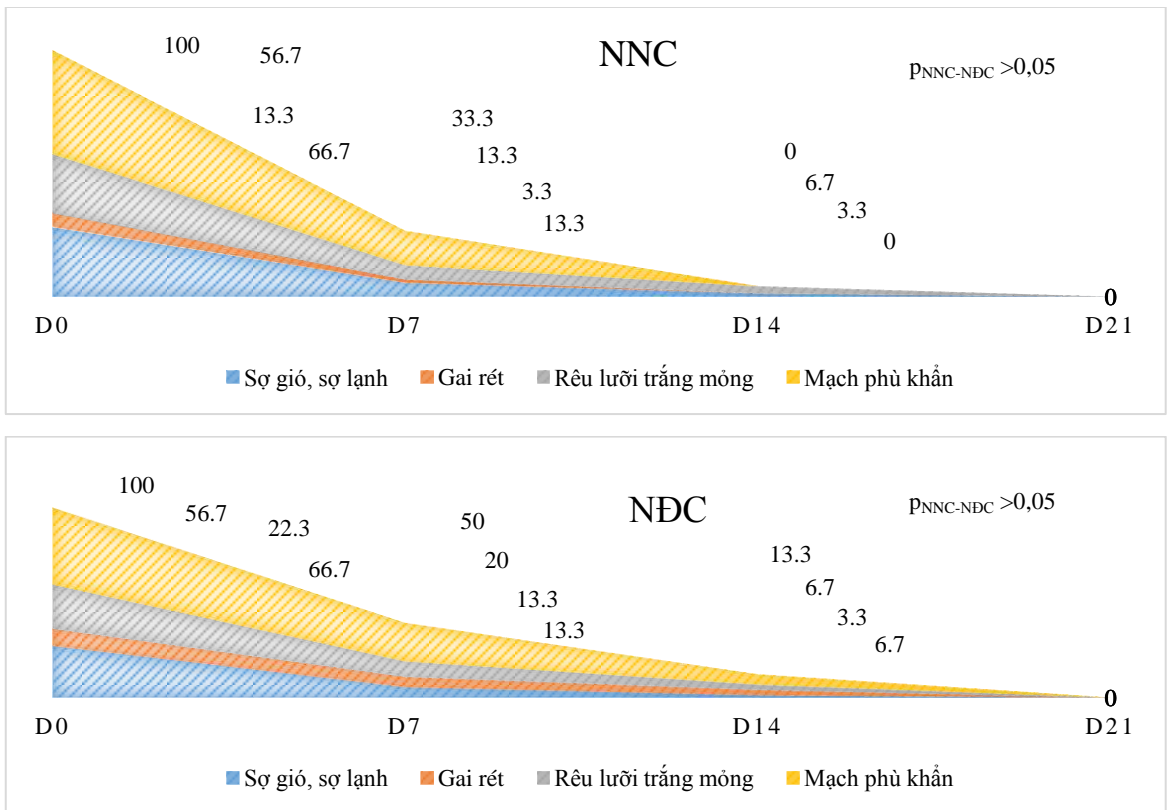
3.2.5. Sự thay đổi mức độ liệt trước và sau điều trị



Biểu đồ 3.1. Sự thay đổi mức độ liệt trước và sau điều trị

Nhận xét: Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về sự cải thiện mức độ liệt giữa NNC và NĐC sau 21 ngày điều trị.

3.2.6. Sự thay đổi chứng trạng lâm sàng y học cổ truyền trước và sau điều trị



Biểu đồ 3.2. Sự thay đổi chứng trạng lâm sàng trước và sau điều trị

Nhận xét: Sự cải thiện triệu chứng lâm sàng YHCT có sự tương đồng giữa NNC và NĐC ($p>0,05$).

3.2.7. Mối liên quan giữa kết quả điều trị và thời gian mắc bệnh trước khi vào viện

Bảng 3.13. Mối liên quan giữa hiệu quả điều trị và thời gian mắc bệnh trước khi vào viện

Thời gian	Hồi phục hoàn toàn	Hồi phục chưa hoàn toàn	OR	95%CI
≤ 1 ngày	8	2	4,75	2,09 – 3,11
> 1 ngày	19	1		

Nhận xét: Bệnh nhân có thời gian từ khi khởi phát triệu chứng đầu tiên đến khi điều trị dưới 1 ngày có mức độ hồi phục hoàn toàn cao gấp 4,75 lần nhóm trên 1 ngày, kết quả có ý nghĩa thống kê ($p<0,05$).

3.3. Tác dụng không mong muốn

3.3.1. Tác dụng không mong muốn trên lâm sàng

Bảng 3.14. Tác dụng không mong muốn của phương pháp điện châm

Tác dụng không mong muốn	Nhóm	NNC (n=30)		NĐC (n=30)			
		Thời điểm xuất hiện					
		D_1	D_4	D_7	D_{10}	D_{14}	D_{21}
Vụng châm		0	0	0	0	0	0
Chảy máu nơi châm		0	0	0	0	0	0
Bầm tím nơi châm		0	0	0	0	0	0
Abces nơi châm		0	0	0	0	0	0

Nhận xét: Không xuất hiện tác dụng không mong muốn của phương pháp điện châm tại các thời điểm nghiên cứu.

Bảng 3.15. Tác dụng không mong muốn của bài thuốc “TK7 HV”

Tác dụng không mong muốn	Nhóm	NNC (n=30)			NĐC (n=30)		
		Thời điểm xuất hiện					
		D_1	D_4	D_7	D_{10}	D_{14}	D_{21}
Nôn/Buồn nôn		0	0	0	0	0	0
Đi ngoài phân lỏng/nát		0	0	0	0	0	0
Đau bụng		0	0	0	0	0	0
Sản ngứa		0	0	0	0	0	0
Đau đầu		0	0	0	0	0	0
Hoa mắt chóng mặt		0	0	0	0	0	0

Nhận xét: Bài thuốc “TK7-HV” trong thời gian sử dụng không ghi nhận được tác dụng không mong muốn.

3.3.2. Sự thay đổi dấu hiệu sinh tồn trước và sau điều trị

Bảng 3.16. Sự thay đổi dấu hiệu sinh tồn trước và sau điều trị

Nhóm	Chỉ số	Mạch (lần/phút)	Huyết áp TB (mmHg)
		$(\bar{X} \pm SD)$	$(\bar{X} \pm SD)$
NNC	D_0	$66,78 \pm 2,34$	$90,89 \pm 4,55$
	D_{21}	$67,77 \pm 1,76$	$89,06 \pm 2,15$
$P_{\text{trước-sau}}$		$>0,05$	$>0,05$
NĐC	D_0	$67,86 \pm 5,03$	$92,05 \pm 4,78$
	D_{21}	$68,43 \pm 2,19$	$89,12 \pm 3,00$
$P_{\text{trước-sau}}$		$>0,05$	$>0,05$
$P_{\text{NNC-NĐC}}$	D_0	$>0,05$	$>0,05$
	D_{21}	$>0,05$	$>0,05$

Nhận xét: Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về chỉ số mạch và huyết áp trước và sau điều trị ở cả NNC và NĐC.

3.3.3. Tác dụng không mong muốn trên cận lâm sàng

Bảng 3.17. Sự thay đổi chỉ số công thức máu

Thời điểm Chỉ số	D ₀ $\bar{X} \pm SD$	D ₂₁ $\bar{X} \pm SD$	P _{trước-sau}
Hồng cầu (T/l)	4,17 ± 0,21	4,00 ± 0,65	>0,05
Bạch cầu (G/l)	5,77 ± 2,00	6,71 ± 1,90	>0,05
Tiểu cầu (G/l)	200,52 ± 10,54	198,76 ± 12,43	>0,05

Nhận xét: Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về chỉ số hồng cầu, bạch cầu, tiểu cầu trước và sau điều trị ở nhóm bệnh nhân được sử dụng điện châm kết hợp bài thuốc “TK7-HV”.

Bảng 3.18. Sự thay đổi chỉ số sinh hóa máu

Thời điểm Chỉ số	D ₀ $\bar{X} \pm SD$	D ₂₁ $\bar{X} \pm SD$	P _{trước-sau}
Ure (mmol/l)	3,45 ± 0,14	3,23 ± 0,89	>0,05
Creatinin (μmol/l)	78,04 ± 2,67	76,45 ± 1,42	>0,05
AST (U/l)	20,11 ± 1,00	20,00 ± 1,00	>0,05
ALT (U/l)	23,45 ± 2,64	22,11 ± 1,87	>0,05

Nhận xét: Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về chỉ ure, creatinin, AST, ALT trước và sau điều trị ở nhóm bệnh nhân được sử dụng điện châm kết hợp bài thuốc “TK7-HV”.

Chương 4

BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung của bệnh nhân nghiên cứu

4.1.1. Đặc điểm tuổi bệnh nhân nghiên cứu

Dây thần kinh số VII gọi là thần kinh mặt là một dây hỗn hợp có nhiều chức năng về vận động, cảm giác, vị giác. Các sợi vận động, xuất phát từ hai nhóm nhân thần kinh mặt đi đến vận động các cơ bám da mặt và cổ. Cử động các cơ này biểu lộ trạng thái cảm xúc như: vui buồn, tức giận...và một số động tác khác [49].

Do đặc điểm giải phẫu - chức năng, tổn thương dây VII có 2 kiểu: trung ương và ngoại biên. Đối với liệt thần kinh mặt ngoại biên, thông thường nửa mặt cùng bên bị liệt hoàn toàn. Ngoài ra khi liệt dây VII sẽ ảnh hưởng đến bài tiết tuyến lệ, tuyến nhầy niêm mạc mũi, miệng, hầu và các tuyến nước bọt dưới hàm, dưới lưỡi, cảm giác, vị giác 2/3 trước lưỡi [50]. Bệnh có thể gặp ở nhiều lứa tuổi. Tuy nhiên, trong nghiên cứu này, chúng tôi khu trú chỉ lấy những bệnh nhân trên 18 tuổi, do đặc thù của Bệnh viện Tuệ Tĩnh – địa điểm tiến hành nghiên cứu – hầu hết bệnh nhân đến khám và điều trị đều là cán bộ về hưu hoặc sinh viên của các trường đại học lân cận trong khu vực.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, liệt VII ngoại biên gặp nhiều ở độ tuổi từ 50 tuổi trở lên và nhỏ hơn 30 tuổi. Tuổi trung bình của NNC là $50,73 \pm 19,91$, NĐC: $48,73 \pm 20,66$. Sự khác biệt về tuổi trung bình giữa 2 nhóm không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$. So sánh với các nghiên cứu trong nước, nghiên cứu của chúng tôi phù hợp với phân bố nhóm tuổi của các tác giả Lê Văn Thành (2007) [42], Lê Thị Diệu Hằng [18], Nguyễn Kim Ngân (2002) [34]; Phạm Thị Hương Nga (2003) [33] – lứa tuổi thường gặp liệt VII ngoại biên là người trẻ và trung niên.

4.1.2. Đặc điểm giới tính bệnh nhân nghiên cứu

Liệt VII ngoại biên gặp ở cả nam và nữ và có xu hướng cao hơn ở nữ so với nam giới trong nghiên cứu này (nữ: 65% và nam: 35%), sự khác biệt tỷ lệ nam nữ không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$ (Bảng 3.2). Theo một số báo cáo, kết quả của chúng tôi cũng có sự phù hợp: Lê Văn Thành (2007) nữ 53,13% cao hơn nam giới 46,87% [42]. Nghiên cứu của Lê Thị Diệu Hằng và cộng sự (2012) cũng cho kết quả tương tự với tỷ lệ mắc bệnh liệt VII ngoại biên do lạnh ở nữ 52,63% và nam 47,37% [18]. Nghiên cứu của Phạm Thị Hương Nga (2003) tỷ lệ mắc bệnh liệt VII ngoại biên do lạnh ở nữ cao hơn nam (nữ 53,1%, nam 46,9%) và của Nguyễn Kim Ngân (2002) nữ 61%, nam 39% [34], [34]. Một số tác giả nước ngoài cũng báo cáo các kết quả tương tự: Branderburg N.A và cộng sự (1993) nữ: 32,7/100.000 dân; nam: 23,5/100.000 dân [52].

Mặc dù có sự khác biệt về tỷ lệ, tuy nhiên, so sánh với đặc điểm dịch tễ học của liệt VII ngoại biên, bệnh xuất hiện với tần suất như nhau cả ở nam và nữ [9]. Trong nghiên cứu này của chúng tôi, cỡ mẫu cho mỗi nhóm đối tượng chỉ là 30 bệnh nhân, do đó, phân bố giới tính có thể chưa lý giải được cho toàn bộ quần thể bệnh nhân liệt VII ngoại biên. Tuy nhiên, xét trên một khía cạnh khác, do đặc thù của địa bàn nghiên cứu và tâm lý chung của bệnh nhân, thường nữ giới có xu hướng quan tâm đến sức khỏe, bệnh tật – đặc biệt là vấn đề thẩm mỹ nên thường đến các cơ sở y tế có uy tín để khám và điều trị.

4.1.3. Đặc điểm liên quan đến liệt VII ngoại biên do lạnh

4.1.3.1. Thời gian xuất hiện triệu chứng đến khi nhập viện

Các triệu chứng của Liệt VII ngoại biên có thể xuất hiện từ một đến hai tuần sau khi người bệnh bị cảm lạnh, nhiễm trùng tai hoặc nhiễm trùng mắt. Triệu chứng thường xuất hiện đột ngột, người bệnh có thể nhận thấy khi thức dậy vào buổi sáng hoặc khi người bệnh ăn uống.

Trong nghiên cứu này, tỷ lệ bệnh nhân vào viện từ khi xuất hiện triệu chứng đầu tiên đến 2 ngày chiếm tỷ lệ nhiều nhất (70%), trong đó NNC và NĐC có tỷ lệ như nhau 73,3% (bảng 3.3). Liệt VII ngoại biên là bệnh liên quan đến khuôn mặt, ảnh hưởng đến tâm lý, thẩm mỹ, sinh hoạt và lao động do đó bệnh nhân thường vào viện sớm để điều trị. Đây đồng thời cũng là một yếu tố tiên lượng tốt cho sự phục hồi của bệnh nhân. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương đương với nghiên cứu của Nguyễn Hoàng Trung (2013): bệnh nhân vào viện sớm trước 10 ngày chiếm tỷ lệ cao (83,3%) [46]. Kết quả này cũng tương đương kết quả nghiên cứu của Lê Văn Thành (2007) [42], Đinh Văn Đính (1998) [2] và Nguyễn Kim Ngân (2002) [34].

Nghiên cứu cũng ghi nhận có một số trường hợp nhập viện muộn, có thể do bệnh nhân được chuyển tuyến từ nơi khác tới, hoặc biểu hiện bệnh âm thầm, mức độ liệt kín đáo, không rõ ràng nên thường nhập viện khi mặt đã liệt rõ.

4.1.3.2. Đặc điểm bên liệt VII ngoại biên

Theo kết quả bảng 3.4, tỷ lệ bệnh nhân liệt VII ngoại biên bên phải cao hơn bên trái (liệt phải: 55%, liệt trái: 45%), khác biệt về tỷ lệ giữa hai nhóm không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$), không có bệnh nhân nào liệt cả hai bên phải và trái. Kết quả của chúng tôi gần tương đương với kết quả nghiên cứu của Hà Thị Hương Giang, Phạm Ngọc Hùng (2002): tỷ lệ mắc bệnh bên trái 53,33%, bên phải 46,67% và không có bệnh nhân nào mắc bệnh cả hai bên [17].

4.2. Tác dụng của phương pháp điện châm kết hợp bài thuốc “TK7 HV” trong điều trị liệt VII ngoại biên do lạnh

4.2.1. Sự thay đổi các triệu chứng lâm sàng sau 7 ngày điều trị

Dây thần kinh số VII là dây thần kinh hỗn hợp, có đầy đủ chức năng vận động, phản xạ, cảm giác và thực vật (nhánh VII'). Tùy vào từng vị trí tổn

thương mà các chức năng tương ứng bị rối loạn. Liệt dây thần kinh số VII ngoại biên hay còn gọi là liệt mặt ngoại biên, là tình trạng mất vận động hoàn toàn hay một phần các cơ của nửa mặt, do tổn thương dây thần kinh mặt. Do đó, trên lâm sàng người bệnh thường xuất hiện triệu chứng: ăn uống rơi vãi, chảy nước mắt, khô mắt, giảm tiết nước bọt, cảm giác đau vùng sau tai.

Kết quả bảng 3.5 cho thấy: trước điều trị, các triệu chứng cơ năng như ăn uống rơi vãi, cảm giác đau sau tai chiếm tỷ lệ nhiều nhất, triệu chứng khô miệng chiếm tỷ lệ ít nhất ở cả NNC và NĐC, 100% bệnh nhân đều xuất hiện triệu chứng thực thể, không có sự khác biệt các triệu chứng cơ năng và triệu chứng thực thể của NNC và NĐC ($p>0,05$). Sau 7 ngày điều trị, có sự cải thiện các triệu chứng cơ năng so với trước điều trị ở cả NNC và NĐC ($p<0,05$), cụ thể, ở NNC: 65,3% bệnh nhân hết ăn uống rơi vãi, 42,2% bệnh nhân không còn chảy nước mắt, 70% bệnh nhân hết khô mắt, 83,3% bệnh nhân đỡ hoặc hết hiện tượng khô miệng, 58,3% hết cảm giác đau sau tai. Ở NĐC, tỷ lệ này tương ứng là: 60%; 47,4%; 84,6%; 50%; 55,5%. Tác dụng cải thiện các triệu chứng cơ năng của NNC tương đương NĐC.

Dấu hiệu Charles-Bell và các biểu hiện của liệt VII ở cả 2 NNC và NĐC đều cải thiện sau 7 ngày điều trị (bảng 3.6). Ở NNC: 53,3% bệnh nhân Charles-Bell (-), 50% bệnh nhân hết miệng méo lệch nhân trung, 44,3% bệnh nhân phục hồi rãnh mũi má, 47,7% bệnh nhân phục hồi nếp nhăn trán. Ở NĐC, tỷ lệ này tương ứng là: 47,7%; 35,5%; 44,3%; 47,7%; 40%. Tác dụng của “TK7 HV” và tác dụng của “Đại tần giao thoa” là tương đương nhau.

Thực tế cho thấy, các bệnh nhân liệt VII ngoại biên thường có đáp ứng tốt trong tuần đầu điều trị. Tuy nhiên, thời gian phục hồi của liệt VII ngoại biên có thể thay đổi tùy thuộc vào mức độ nghiêm trọng của tổn thương thần kinh. Nói chung, sự cải thiện triệu chứng của bệnh nhân liệt VII ngoại biên trong vòng một, hai tuần sau khi xuất hiện triệu chứng ban đầu. Trong nghiên

cứu của chúng tôi, sau 7 ngày điều trị, các triệu chứng lâm sàng của bệnh nhân giảm rất nhiều so với trước điều trị.

Theo YHCT, nguyên nhân gây liệt VII ngoại biên do phong hàn, phong nhiệt, huyết ứ xâm phạm vào lạc mạch của ba kinh dương ở mặt làm khí huyết kém điều hoà, kinh cân thiếu dinh dưỡng không co lại được. Bệnh ở phần biểu lại được phát hiện và điều trị sớm nên kết quả điều trị thường cải thiện rõ trong thời gian ngắn.

4.2.2. Sự thay đổi triệu chứng lâm sàng sau 14 ngày điều trị

Sau 14 ngày điều trị, các triệu chứng cơ năng và triệu chứng thực thể ở cả NNC và NĐC đều cải thiện hơn so với trước điều trị (bảng 3.7, bảng 3.8). Tỷ lệ các triệu chứng ở NNC: ăn uống rơi vãi giảm 73,3%, chảy nước mắt giảm 35,6%, khô mắt giảm 30%, không còn bệnh nhân khô miệng, cảm giác đau vùng tai giảm 64,3%, 66,7% Charles-Bell (-), 63,3% hết méo miệng – lệch nhân trung, 66,7% rãnh mũi má và nếp nhăn trán bình thường. Ở NĐC tỷ lệ này tương ứng là: 60%; 35,6%; 0%; 40,3%; 30%; 53,3%; 53,7%; 63,3%. Mức độ cải thiện các triệu chứng ở NNC có xu hướng tốt hơn NĐC ($p > 0,05$).

Kết quả này của chúng tôi tại thời điểm này tương đồng với kết quả nghiên cứu của Nguyễn Hoàng Trung (2013) khi tiến hành đánh giá tác dụng của phương pháp cấy chỉ catgut vào huyết trong điều trị liệt VII ngoại biên do lạnh tại thời điểm 15 ngày, mức độ cải thiện các triệu chứng của NNC có xu hướng cao hơn NĐC ($p > 0,05$).

4.2.3. Sự thay đổi triệu chứng lâm sàng sau 21 ngày điều trị

Sau 21 ngày điều trị, các triệu chứng cơ năng và triệu chứng thực thể ở cả 2 nhóm có mức độ cải thiện rõ rệt hơn so với trước điều trị. Các triệu chứng rối loạn thần kinh thực vật ở NNC: 100% bệnh nhân không còn ăn uống rơi vãi, không còn chảy nước mắt, hết khô mắt, 95,8% không còn cảm giác đau vùng sau tai. Ở NNC, tỷ lệ này lần lượt là 88,8%; 94,7%, 100%;

100%; 81,8%; (bảng 3.9). Mức độ cải thiện tình trạng trạng ăn uống rơi vãi và cảm giảm đau vùng tai của nhóm uống “TK7 HV” tốt hơn nhóm uống “Đại tần giao thang” trong khi các triệu chứng khác, kết quả của hai nhóm là tương đồng nhau.

Các triệu chứng rối loạn vận động các bệnh nhân nghiên cứu ở bảng 3.10 như: mắt nếp nhăn trán, dấu hiệu Charles Bell dương tính, méo miệng – lệch nhân trung, mắt rãnh mũi má cũng cải thiện rõ rệt hơn sau 21 ngày điều trị. Mức độ cải thiện của NNC cao hơn NĐC ở các triệu chứng: dấu hiệu Charles-Bell dương tính và tình trạng méo miệng - lệch nhân trung ($p < 0,05$).

Kết quả của chúng tôi tương đồng với kết quả nghiên cứu của Đinh Văn Đính và cộng sự (1999) [16], Lê Văn Thành (2007) [42], Lê Thị Diệu Hằng (2012): 100% bệnh nhân hết các triệu chứng rối loạn thực vật sau điều trị [18].

4.2.4. Hiệu quả điều trị chung

Sau 14 ngày điều trị, NNC và NĐC có 83,3% bệnh nhân hồi phục hoàn toàn; bệnh nhân chưa hồi phục hoàn toàn ở NNC:10% và NĐC: 6,7%; bệnh nhân không đạt hiệu quả ở NNC: 6,7% và NĐC: 10%. Tác dụng của “TK7 HV” kết hợp điện châm và “Đại tần giao thang” kết hợp điện châm tương tự nhau. Có thể lý giải kết quả này như sau:

Thứ nhất, phác đồ điều trị điện châm của cả NNC và NĐC là như nhau: dùng một máy điện tử tạo xung điện ở tần số thấp, kích thích và điều khiển sự vận hành của khí huyết, sự hoạt động của các cơ, các dây thần kinh, các tổ chức, làm tăng cường dinh dưỡng của các tổ chức, đưa trạng thái của cơ thể về thăng bằng ổn định qua các kim đã châm trên huyết [48]. Điện châm thông qua cơ chế thần kinh và thể dịch mang lại hiệu quả giảm đau cho bệnh nhân. Theo YHCT, hàn ngưng thì khí trệ, khí trệ thì kinh mạch không được nuôi dưỡng gây nên cơ nhục mềm nhẽo, cử động khó khăn, khí huyết bất thông thì

sinh chứng thống. Nguyên nhân liệt VII ngoại biên phần nhiều do lạnh. Do đó, châm vào huyết làm khai thông khí huyết, kinh lạc, khiến kinh mạch thông suốt, cân cơ được nuôi dưỡng nên vận động tốt hơn. Các huyết sử dụng trong điện châm theo nguyên tắc “Kinh lạc sở quá, chủ trị sở cập”, tức là kinh lạc đi qua vùng nào bị bệnh thì chọn huyết vùng đó để điều trị.

Thứ hai, trong thành phần bài thuốc “TK7 HV” và “Đại tần giao thang” đều có các vị thuốc khu phong tán hàn như bạch chỉ, phòng phong, nên ở một giai đoạn điều trị nhất định, hiệu quả của hai nhóm là tương tự nhau.

Tuy nhiên, sau 21 ngày điều trị, nghiên cứu cho thấy sự hiệu quả điều trị của nhóm uống “TK7 HV” kết hợp điện châm cao hơn so với nhóm uống “Đại tần giao thang” kết hợp điện châm. NNC 90% bệnh nhân hồi phục hoàn toàn, 10% bệnh nhân chưa hồi phục hoàn toàn và không có bệnh nhân nào không đạt hiệu quả. Ở NĐC tỷ lệ này tương ứng là: 86,7%; 13,3%; 0%.

Sở dĩ đạt được kết quả như vậy là do ngoài thành phần khu phong tán hàn thông kinh hoạt lạc có ở cả “TK7 HV” và “Đại tần giao thang” thì trong thành phần của “TK7 HV” còn có bạch phụ tử, quế chi là những vị thuốc đại cay nhiệt, nên tác dụng tán hàn mạnh hơn so với các vị thuốc như tế tân, độc hoạt, khương hoạt. Hơn nữa, quế chi có tác dụng ôn thông kinh dương, dẫn thuốc đi đúng vào vị trí tổn thương của bệnh. Bạch cương tằm kết hợp với phòng phong làm tăng tác dụng khu phong chấn kinh tốt hơn. Theo nhiều nghiên cứu, protid trong bạch cương tằm còn có tác dụng kích thích hormone tuyến vỏ thượng thận, do vậy mà hiệu quả cảm giác đau của NNC ngay từ tuần đầu điều trị đến thời điểm 21 ngày luôn có xu hướng tốt hơn so với NĐC.

Kết quả này phù hợp với kết quả nghiên cứu của Đinh Văn Đính và cộng sự (1999) – tỷ lệ khỏi 32%, đỡ 44% [16]; Lương Trần Khuê (2004) - tỷ lệ khỏi chiếm 81%, đỡ chiếm 13,6%; Trần Thị Thanh và cộng sự (2006) - tỷ

lệ khỏi 68,4%, đỡ 16,1% [41]; Nguyễn Hoàng Trung (2013) tỷ lệ khỏi 80%, đỡ 20% [46]; 唐斌 (2013) - tỷ lệ khỏi 89,04%, đỡ 8,22% [62]; Lê Thị Diệu Hằng và cộng sự (2012) - tỷ lệ khỏi 89,47%, đỡ 10,53% [18].

Khi so sánh với các nghiên cứu của các tác giả khác trong điều trị liệt dây thần kinh số VII ngoại biên do lạnh như: Nguyễn Kim Ngân (2002) [34] – khỏi hoàn toàn là 69,7%, Phạm Thị Hương Nga (2003) [34]– khỏi hoàn toàn là 72% thì kết quả điều trị của chúng tôi đều cao hơn.

Ở người trẻ và trung niên thường thấy hồi phục tốt hơn. Sự hồi phục giảm dần theo lứa tuổi này có thể do tuổi càng thấp thì khả năng phục hồi, tái tạo của sợi trục càng mạnh mẽ mà sự phục hồi, tái tạo của sợi trục chính là một trong những yếu tố quan trọng giúp cho việc điều trị liệt VII ngoại biên do lạnh đạt kết quả cao. Theo YHCT, người trẻ và trung niên, chính khí còn thịnh, nên khả năng chống đỡ ngoại tà cũng tốt hơn.

4.2.5. Sự thay đổi mức độ liệt trước và sau điều trị

Nhìn chung, các nghiên cứu trước đây đa số sử dụng thang đo House-Brackman (HB) để đánh giá hiệu quả điều trị của bệnh liệt dây thần kinh số VII ngoại biên [55],[57]. Tuy nhiên nhận thấy thang đo này có một vài nhược điểm như không đánh giá cụ thể từng vùng và mang tính chủ quan của người khám,... do đó khó khăn trong việc phân loại mức độ trên lâm sàng. Năm 2009, Ủy ban về Rối loạn thần kinh mặt (FND Committee) thuộc Học viện Hoa Kỳ đã đưa ra thang đo Facial Nerve Grading System (FNGS) 2.0 để khắc phục những yếu điểm trên đồng thời tăng độ chính xác trong việc đánh giá và tiên lượng bệnh nhân trong quá trình điều trị, vì vậy chúng tôi sử dụng thang đo này để đánh giá quá trình điều trị [53].

Trong nghiên cứu của chúng tôi, trước điều trị, 90% bệnh nhân đều có liệt độ cơ mặt độ IV, 10% bệnh nhân liệt độ 3 ở cả NNC và NĐC. Sau 14 ngày điều trị, ở cả 2 nhóm, tỷ lệ bệnh nhân liệt độ IV giảm xuống còn 3,3%,

liệt độ III giảm xuống còn 6,7%, liệt độ II: 6,7%, 83,3% không còn liệt. Tác dụng điều trị liệt của “TK7 HV” và “Đại tân giao thang” là tương đương nhau.

Sau 21 ngày điều trị, mức độ phục hồi chức năng ở NNC cao hơn NĐC. Cụ thể: Ở NNC: không còn bệnh nhân nào liệt độ IV và độ III, 10% bệnh nhân liệt độ II và 90% bệnh nhân hết liệt; NĐC: 86,7% bệnh nhân hết liệt, 13,3% bệnh nhân liệt độ II. Kết quả này phù hợp với sự cải thiện các triệu chứng cơ năng, triệu chứng thực thể, hiệu quả điều trị sau 21 ngày.

Thành phần “TK7 HV” có chứa các vị thuốc bạch phụ tử, bạch cương tằm, quế chi có tính đại cay, nhiệt có tác dụng ôn thông kinh dương, tăng tác dụng khu phong tán hàn mạnh hơn các vị thuốc tế tân, tân giao, khương hoạt, độc hoạt có trong Đại tân giao thang.

Cơ chế bệnh sinh gây mắc Liệt VII ngoại biên có các giả thuyết chính hiện nay quan đến việc tái kích hoạt nhiễm virus hoặc phản ứng viêm tự miễn qua trung gian tế bào. Người ta cho rằng nhiễm trùng có thể gây ra phản ứng miễn dịch chống lại kháng nguyên myelin ở dây thần kinh ngoại biên. Trong thành phần của “TK7 HV” có bạch phụ tử, bạch cương tằm đã được chứng minh trên thực nghiệm có tác dụng chống viêm, quế chi có tác dụng giãn mạch, cải thiện lưu thông tuần hoàn máu, kìm hãm sự phát triển của virus [28]. Đây là ưu thế chứng minh rằng, bài thuốc “TK7 HV” có tác dụng cải thiện mức độ liệt tốt hơn bài thuốc “Đại tân giao thang”.

4.2.6. Sự thay đổi chứng trạng lâm sàng y học cổ truyền trước và sau điều trị

Liệt VII ngoại biên do lạnh thường do tấu lý sơ hờ, phong hàn xâm phạm vào ba kinh dương, nên biểu hiện trên lâm sàng là các chứng trạng sợ gió, sợ lạnh, gai rét, rêu lưỡi trắng mỏng, mạch phù hoãn. Ở cả NNC và NĐC với sự khác biệt không có ý thống kê ($p > 0,05$) tại thời điểm trước điều trị

(biểu đồ 3.2). Sau 7 ngày điều trị, chứng trạng sợ gió sợ lạnh giảm 53,4%, gai rét giảm 10%, rêu lưỡi trắng mỏng giảm 43,4%, mạch phù khẩn giảm 67,7% so với trước điều trị ở NNC và ở NĐC, tỷ lệ giảm tương ứng là: 53,4%; 9%; 36,7%; 50%. Tác dụng của “TK7 HV” và “Đại tần giao thang” là tương tự nhau.

Sau 14 ngày điều trị: NNC không còn bệnh nhân sợ gió sợ lạnh, 3,3% bệnh nhân còn gai rét, 6,7% bệnh nhân rêu lưỡi trắng mỏng, nhịp mạch trở về bình thường; NĐC tỷ lệ này cũng tương ứng là: 6,7%; 3,3%; 6,7%; 13,3%. Như vậy, NNC có xu hướng cải thiện các chứng trạng YHCT tốt hơn NNC, tuy nhiên sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p>0,05$).

Tại thời điểm 21 ngày, các bệnh nhân ở cả NNC và NĐC đều không còn biểu hiện gai rét, sợ gió sợ lạnh, mạch lưỡi trở về bình thường. Như vậy, tác dụng cải thiện các chứng trạng YHCT của “TK7 HV” tương tự như tác dụng của “Đại tần giao thang”.

Có thể giải thích kết quả này như sau: do đặc tính của phong có tính chất di chuyển, nên mức độ tổn thương xảy ra ở các vị trí khác nhau, người bệnh sợ gió, sợ lạnh và gai rét. Đặc tính của hàn là tính “ngưng”, làm cho khí huyết trong kinh mạch không lưu thông, chính khí và tà khí giao tranh nên bệnh nhân có mạch phù khẩn [44]. Do đó, khi điều trị cần dùng các vị thuốc có tác dụng khu phong, tán hàn, thông kinh hoạt lạc. “TK7 HV” và “Đại tần giao thang” đều có bạch chỉ, phòng phong có tác dụng khu phong tán hàn kết hợp các vị thuốc có tính cay ôn như bạch phụ tử, quế chi (trong “TK7 HV”), tế tân, tần giao...(trong “Đại tần giao thang”) giúp tán hàn, ôn thông kinh lạc.

4.2.7. Mối liên quan giữa hiệu quả điều trị và thời gian can thiệp

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy, bệnh nhân có thời gian từ khi khởi phát triệu chứng đầu tiên đến khi điều trị dưới 1 ngày có mức độ hồi phục hoàn toàn cao gấp 4,75 lần so với nhóm có thời gian khởi phát triệu chứng

đầu tiên dài ngày hơn. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương đồng với kết quả nghiên cứu của Nguyễn Hoàng Trung (2013) cũng cho rằng bệnh nhân vào viện sớm trước 10 ngày có mức hiệu quả tốt sau điều trị chiếm tỷ lệ cao (83,3%) [46].

Theo YHCT, Liệt VII ngoại biên là bệnh do tà khí nhân lúc cơ thể tẩu lý sơ hở thừa cơ xâm nhập gây kinh lạc tắc trở. Do đó, bệnh phát hiện và can thiệp bệnh sớm thì tà khí không thể tiến sâu vào lý mà gây bệnh nặng hơn được. Hơn nữa, khi bệnh còn ở biểu thì chính khí cơ thể còn mạnh, nên điều trị sớm giúp đẩy tà khí ra ngoài nhanh hơn, từ đó đem lại hiệu quả cao hơn.

4.3. Tác dụng không mong muốn của phương pháp điện châm kết hợp bài thuốc “TK7 HV” trong quá trình điều trị

4.3.1. Tác dụng không mong muốn trên lâm sàng

4.3.1.1. Tác dụng không mong muốn của điện châm

Không bệnh nhân nào có biểu hiện vụng châm, chảy máu, bầm tím, absces nơi châm. Điều này được đảm bảo bởi: trong quá trình thực hiện thủ thuật, chúng tôi luôn đảm bảo quá trình vô khuẩn (buồng bệnh, găng tay, kim thực hiện điện châm); hơn nữa, nghiên cứu viên đã được đào tạo và có kinh nghiệm trong thực hiện thủ thuật điện châm trên nhiều bệnh nhân khác nhau. Điều này cũng khẳng định tính an toàn của điện châm trong điều trị liệt VII ngoại biên do lạnh.

4.3.1.2. Tác dụng không mong muốn của bài thuốc “TK7 HV”

Trong 21 ngày uống thuốc, chúng tôi chưa ghi nhận một trường hợp nào xuất hiện tác dụng không mong muốn: nôn, buồn nôn, đi ngoài, đau bụng, sản ngứa, đau đầu, hoa mắt chóng mặt.

Kết hợp các vị thuốc tạo nên bài “TK7 HV” dựa trên lý luận YHCT và minh chứng tác dụng từng thành phần trên thực nghiệm là cơ sở khoa học để khẳng định thêm tính an toàn của thuốc khi điều trị cho người bệnh.

4.3.1.3. Sự thay đổi dấu hiệu sinh tồn trước và sau điều trị

Chúng tôi đánh giá dấu hiệu sinh tồn tại các thời điểm trước điều trị và kết thúc liệu trình điều trị (ngày thứ 21). Kết quả nghiên cứu cho thấy, không có sự thấy không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê sau 21 ngày điều trị ($p > 0,05$). Mạch và huyết áp trung bình của cả 2 nhóm bệnh nhân đều nằm trong giới hạn bình thường tại các thời điểm quan sát.

4.3.2. Tác dụng không mong muốn trên cận lâm sàng

Kết quả sau 21 ngày dùng “TK7 HV” kết hợp kết hợp điện châm cho thấy các chỉ số công thức máu cơ bản (hồng cầu, bạch cầu, tiểu cầu) đều nằm trong giới hạn bình thường. Không có sự khác biệt đáng kể nào được ghi nhận trong quá trình diễn ra nghiên cứu này.

Chỉ số chức năng gan thận của bệnh nhân NNC và NĐC đều nằm trong giới hạn bình thường trước và sau khi kết thúc liệu trình điều trị.

Kết quả nghiên cứu này cho thấy, bài thuốc “TK7 HV” kết hợp điện châm điều trị liệt VII ngoại biên không gây ảnh hưởng đến các chỉ số cận lâm sàng.

Như vậy, điện châm kết hợp “TK7-HV” trong điều trị liệt VII ngoại biên do lạnh qua nghiên cứu của chúng tôi được chứng minh là an toàn, có hiệu quả tốt, đặc biệt đối với nhóm bệnh nhân được can thiệp điều trị sớm.

KẾT LUẬN

Từ những kết quả thu được trên 60 bệnh nhân liệt VII ngoại biên được điều trị bằng phương pháp điện châm kết hợp bài thuốc “TK7 HV” tại Bệnh viện Tuệ Tĩnh trong thời gian từ tháng 5/2019 đến hết tháng 12/2019, chúng tôi rút ra được 2 kết luận như sau:

1. Hiệu quả điều trị liệt VII ngoại biên do lạnh bằng phương pháp điện châm kết hợp với bài thuốc “TK7 HV”

- Cải thiện tốt các triệu chứng cơ năng và thực thể trong điều trị liệt VII ngoại biên do lạnh: 90% bệnh nhân có hiệu quả điều trị tốt, khỏi hoàn toàn.

+ 100% bệnh nhân không còn ăn uống rơi vãi, không còn chảy nước mắt, hết khô mắt, 95,8% không còn cảm giác đau vùng sau tai, 94,1% tiếng nói bình thường

+ 93,3% bệnh nhân Charles-Bell (-), 96,7% hết méo miệng - lệch nhân trung, 100% các bệnh nhân phục hồi hoàn toàn các triệu chứng thực thể khác.

+ Các chứng trạng YHCT hết hoàn toàn sau 21 ngày điều trị

“TK7 HV” có tác dụng cải thiện các chứng trạng ăn uống rơi vãi và cảm giảm đau vùng tai tốt hơn “Đại tần giao thang”. Các chứng trạng khác: tác dụng của NNC và NĐC là tương đương nhau.

2. Tác dụng không mong muốn của phương pháp trên một số chỉ tiêu lâm sàng và cận lâm sàng.

Trong thời gian 21 ngày điều trị “TK7 HV” kết hợp điện châm, không ghi nhận biểu hiện không mong muốn nào trên lâm sàng; các chỉ số mạch và huyết áp trung bình trong giới hạn bình thường; không thấy sự khác biệt về chỉ số huyết học (hồng cầu, bạch cầu, tiểu cầu) và sinh hóa (ure, creatinin, AST, ALT) trước và sau điều trị.

KIẾN NGHỊ

Qua nghiên cứu “Đánh giá tác dụng điều trị liệt VII ngoại biên do lạnh bằng bài thuốc “TK7 HV” kết hợp điện châm”, chúng tôi đưa ra một số kiến nghị sau:

1. Do hiệu quả tốt, và không gây ra tác dụng không mong muốn đáng kể trên lâm sàng do đó có thể ứng dụng phương pháp điện châm kết hợp bài thuốc “TK7 HV” trong điều trị liệt VII ngoại biên do lạnh trên đa trung tâm.
2. Cần có một nghiên cứu với mẫu lớn hơn để đánh giá khách quan hiệu quả điều trị của phương pháp này.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

Tiếng việt

1. **Nguyễn Tuấn Anh, Phạm Hữu Hiếu** (2015). *Nhận xét điều trị liệt VII ngoại biên bằng kích thích điện một chiều qua điện cực nhỏ đặt trên da vùng huyệt*”, Báo cáo Hội nghị Bệnh viện Đa khoa Hà Tĩnh.
2. **Trương Việt Bình chủ biên** (2015). *Bài giảng bệnh học nội khoa y học cổ truyền*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, tr.56 – 60.
3. **Trương Việt Bình chủ biên** (2015). *Bài giảng điều trị học nội khoa y học cổ truyền*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, tr. 40 – 46.
4. **Đỗ Huy Bích, Đặng Quang Chung, Bùi Xuân Chương và cộng sự** (2011). *Cây thuốc và động vật làm thuốc ở Việt Nam*, Nhà xuất bản Khoa học và kỹ thuật tr. 34-36, 40-43, 52-54, 59-62.
5. **Bộ Y tế** (2016). *Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số bệnh về tai mũi họng*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.
6. **Bộ Y tế** (2015). *Hướng dẫn Quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh chuyên ngành Điện châm*, Tài liệu hướng dẫn cán bộ Y tế.
7. **Bộ Y tế** (2018). *Dược điển Việt Nam, lần xuất bản thứ năm, 2*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.
8. **Bộ Y tế** (2015). *Thông tư số 04/2015/TT-BYT Ban hành danh mục thuốc đông y, thuốc từ dược liệu và vị thuốc y học cổ truyền thuộc phạm vi thanh toán của quỹ bảo hiểm y tế*, ngày 17 tháng 3 năm 2015.
9. **Bộ Y tế** (2007), *Phương pháp châm cứu, Liệt VII ngoại biên*, Y học cổ truyền, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, 65 - 84, 167 - 172.
10. **Bộ môn Khí công dưỡng sinh – Xoa bóp bấm huyệt** (2013), *Giáo trình xoa bóp bấm huyệt*, Đại cương xoa bóp bấm huyệt, Học viện Y Dược học cổ truyền Việt Nam, tr. 25-29.
11. **Bộ môn thần kinh, Trường đại học Y Hà Nội** (1994), “Liệt mặt”, *Bài giảng thần kinh dùng cho sau đại học*, Nhà xuất bản Y học, tr.46 -51.
12. **Nguyễn Văn Chương** (2015). *Thực hành lâm sàng thần kinh học*, Nhà

xuất bản Y học, Hà Nội, tr. 45-48.

13. **Hoàng Bảo Châu** (1980). *Lý luận cơ bản Y học cổ truyền*, Nhà xuất bản Y học, tr.157 – 161.
14. **Hoàng Bảo Châu** (2006). *Nội khoa Y học cổ truyền*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, tr. 60-65.
15. **Đinh Văn Đính** (1998). *Nghiên cứu tác dụng điều trị liệt dây VII ngoại vi do lạnh bằng phương pháp kích thích xung điện qua điện cực trên huyết*, Luận văn thạc sỹ Y học, Học viện Quân y.
16. **Đinh Văn Đính, Chu Quốc Cường** (1999). “Nghiên cứu tác dụng điều trị liệt dây VII ngoại vi do lạnh bằng phương pháp kích thích xung điện qua điện cực hút trên huyết”, *Tạp chí châm cứu Việt Nam* (35), 22 - 24.
17. **Hà Thị Hương Giang, Phạm Ngọc Hùng** (2002). *Nghiên cứu tác dụng điều trị liệt VII ngoại biên do lạnh bằng điện châm có phối hợp và không phối hợp thuốc thang*, Luận văn tốt nghiệp Bác sĩ đa khoa, Trường Đại học Y Dược Huế.
18. **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* (10), tr. 70 - 75.
19. **Heinzlef O.** (1994). “Liệt mặt ngoại biên”, *Các hội chứng và bệnh thần kinh thường gặp*, Nhà xuất bản Y học, 72- 85.
20. **Học viện Y học cổ truyền Trung Quốc** (2000). *Châm cứu học Trung Quốc*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, 256 - 257.
21. **Nguyễn Văn Hải** (2016). “Đánh giá điều trị liệt mặt ngoại biên bằng xoa bóp bấm huyết và y học hiện đại”, *Tạp chí Nghiên cứu Y dược học cổ truyền Việt Nam*, 13 (3), tr. 5-13.
22. **Hải thượng lãn ông Lê Hữu Trác** (2011). *Hải thượng Y tông Tâm lĩnh*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, tr. 90 -98, 110 – 114.
23. **Khoa Y học cổ truyền - Trường Đại học Y Hà Nội** (2002). *Châm cứu tổng hợp*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội. tr. 60 -63.

24. **Nguyễn Văn Chương** (2016). *Tổn thương dây thần kinh mặt*; Thực hành lâm sàng thần kinh học- Tập 3; *Bệnh học thần kinh* - NXB Y học.
25. **Nguyễn Nhược Kim, Trần Quang Đạt** (2013). *Điện châm và các phương pháp chữa bệnh không dùng thuốc*, Sách đào tạo bác sỹ chuyên khoa Y học cổ truyền, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, tr. 55 -59.
26. **Nguyễn Nhược Kim chủ biên** (2015). *Phương tế học*, Sách đào tạo bác sỹ chuyên khoa Y học cổ truyền, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, tr. 35-37, 47-49, 50-53, 61-63.
27. **Trần Văn Kỳ** (2013). *Dược học cổ truyền*, Nhà xuất bản Đà Nẵng, tr.46-48, 70-72, 81-83, 91-94.
28. **Đỗ Tất Lợi** (2015). *Những cây thuốc và vị thuốc Việt Nam*, Nhà xuất bản Y học, Nhà xuất bản thời đại, tr. 62-65, 71-73, 90-92, 100-104, 120-128.
29. **Hồ Hữu Lương** (2017). *Khám lâm sàng hệ thần kinh*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, tr. 68-71.
30. **Hồ Hữu Lương** (1993). *Bệnh học thần kinh Tập 2*, Nhà xuất bản Y học, tr. 150 – 160.
31. **Hồ Hữu Lương** (2005). *Liệt mặt*, Bệnh thần kinh ngoại vi, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, tr. 303 - 341.
32. **Trịnh Văn Minh chủ biên** (2016). *Giải phẫu người*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, tr.61-69
33. **Phạm Thị Hương Nga** (2003). *Đánh giá tác dụng điện châm huyết Nhĩ môn xuyên Thính cung phối hợp huyết Phong trì trong điều trị liệt VII ngoại biên do lạnh*, Luận văn thạc sỹ Y học, Trường đại học Y Hà Nội.
34. **Nguyễn Kim Ngân** (2002). *Nghiên cứu vai trò huyết Quyển liêu và Ế Phong trong mẫn châm điều trị liệt VII ngoại biên do lạnh*, Luận văn thạc sỹ Y học, Trường đại học Y Hà Nội.
35. **Vũ Anh Nhị chủ biên** (2013). *Thần kinh học*, Nhà xuất bản Đại học Quốc gia Thành phố Hồ Chí Minh.

36. **Vũ Anh Nhị chủ biên** (2015). *Điều trị bệnh thần kinh*, Nhà xuất bản Đại học Quốc gia Thành phố Hồ Chí Minh.
37. **Vũ Xuân Quang, Nguyễn Tài Thu** (1978). “Kinh nghiệm châm cứu, thủy châm điều trị liệt mặt”, *Tạp chí Đông y*, số 152, 20.
38. **Hoàng Duy Tân, Hoàng Anh Tuân** (2014). *Phương tế học*, Nhà xuất bản Thuận Hóa, tr. 46-49, 72-75.
39. **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, Khoa Y học cổ truyền, Trường Đại học Y dược Huế.
40. **Nguyễn Bá Tĩnh** (2016). *Tuệ Tĩnh toàn tập*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, tr. 91-96, 100-104.
41. **Trần Thị Thanh và cộng sự** (2006), “Điều trị liệt VII ngoại biên do lạnh bằng điện cực dán”, Hội nghị khoa học về kết hợp Y học cổ truyền và Y học hiện đại Huế 08/12/2006, Bộ Y tế Vụ Y học cổ truyền, tr 34 - 93.
42. **Lê Văn Thành** (2007), *Đánh giá tác dụng điều trị liệt VII ngoại biên do lạnh bằng phương pháp xoa bóp bấm huyệt kết hợp với điện châm*, Luận văn tốt nghiệp Bác sỹ chuyên khoa cấp II, Trường Đại học Y Hà Nội.
43. **Trần Thúy, Vũ Nam, Lê Thị Hiền và cộng sự** (2014). *Điều trị học kết hợp y học hiện đại và y học cổ truyền*, Nhà xuất bản Y học, tr. 80-85.
44. **Trần Thúy, Vũ Nam** (2006). *Chuyên đề nội khoa Y học cổ truyền*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, tr. 76-81.
45. **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*, 2 (1), 18-19.
46. **Nguyễn Hoàng Trung** (2013), *Đánh giá tác dụng điều trị và phân tích chi phí của phương pháp cấy chỉ Catgut vào huyệt trong điều trị liệt VII ngoại biên do lạnh*, Luận văn tốt nghiệp Thạc sỹ Y học, Trường Đại học

Y Hà Nội.

47. **Trường Đại học Y Hà Nội, Khoa Y học cổ truyền** (2015). *Điện châm học*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, tr. 41-44.
48. **Trường Đại học Y Hà Nội** (2008). *Châm cứu*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, tr.33-36.
49. **Trường Đại Học Y Hà Nội** (2011). *Bài giảng Y học cổ truyền tập 2*, Nhà xuất bản Y học, tr. 153 - 155, 345 – 357, 365.
50. **Trường Đại học Y Hà Nội** (2017). *Bệnh học Nội khoa Y học cổ truyền*, Nhà xuất bản y học, Hà Nội, tr. 195 -198.
51. **Trường Đại học Y Hà Nội** (2017). *Triệu chứng học Nội khoa tập 2*, Nhà xuất bản y học, Hà Nội, tr. 364 -367.

Tiếng Anh

52. **Brandenburg N.A., Annegers J.F.** (1993), “Indidenceand and riskfactors for Bell’s palsy in Laredo”, Texas 1974-1982, *Neuroepidemiology*, 12 (6): 313-25
53. **Adams R.D., Victor M.** (1993). *Principles of Neurology*, MC – Graw Hill, Inc, 441, 1174 – 1177.
54. **D Cirpaci, CM Goanta** (2014). “Bell’s palsy: data from a study of 70 cases”, *J Med Life*, 7 (Spec Iss 2), 24–28.
55. **House J.W., Brackmann D.E.** (1985). “Facial Nerve Grading System”, *Otolaryngol Head Neck Surg*, 93 (2), 146 – 147.
56. **Ho Y.L., Moon S.P., Seung G.Y., et al** (2013). “Agreement between the Facial Nerve Grading System 2.0 and the House-Brackmann Grading System in Patients with Bell Palsy”, *Clinical and Experimental Otorhinolaryngology*, 6 (3): 135–139.
57. **Frank H. Netter** (2019). *Atlas of human anatomy*, 6th edition, Elsevier.
58. **Hüseyin Narc, Bahriye Horasanl, Murat Uğur** (2012). “Seasonal Effects on Bell’s Palsy: Four-Year Study and Review of the Literature”, *Iran Red Crescent Med J*, 14 (8), 505–506.

59. **Vrabec JT, Backous DD, Djalilian HR, et al** (2009). “Facial Nerve Grading System 2.0”, *Otolaryngol Head Neck Surg*, 140 (4), 445–450.
60. **Feng Xia, Junliang Han, Xuedong Liu, et al** (2011). “Prednisolone and acupuncture in Bell's palsy: study protocol for a randomized, controlled trial”, *Trials*, 12, 158.
61. **Yanagihara N.** (1977). *Grading of facial palsy*, Facial nerve surgery. Aesculapius Publishing Co., Birmingham, 533–535.

Tiếng Trung

62. **唐斌** (2013). *温针治疗面瘫 73 例*, 上海市南汇区中心医院 针灸科, 上海, 155 - 175.
63. **向阳, 向云飞** (2014). *操作简单的艾灸, 灸者健康之灸治百病*, 中医医药科技出版社, 北京, 8 - 15.

Phụ lục 1
BỆNH ÁN NGHIÊN CỨU

Số bệnh án:

A. HÀNH CHÍNH

Họ tên bệnh nhân:.....

Tuổi:.....

Giới: Nam Nữ

Địa

chỉ:.....

Nghề

nghiệp:.....

Ngày vào viện:/...../..... Ngày ra viện

...../...../.....

Địa chỉ liên lạc:.....

Lý do vào viện:.....

Bệnh sử:

.....

Hiện tại:

.....

Tiền sử:.....

.....

Bệnh kèm theo:.....

.....

Thời gian bị bệnhtháng Chẩn đoán mới

Phương pháp điều trị trong tiền sử

YHHĐ YHCT Kết hợp Khác.....

Chiều cao.....m

Cân nặng.....kg

Khám bộ phận

.....
.....

B. KHÁM

.....
.....
.....
.....

C. CHỈ SỐ CẬN LÂM SÀNG

Chỉ số	D ₀	D ₂₁
Hồng cầu		
Bạch cầu		
Tiểu cầu		
Ure (mmol/l)		
Creatinin (mmol/l)		
AST (U/l)		
ALT (U/l)		

D. Y HỌC CỔ TRUYỀN

Thể bệnh:.....

Vọng:.....

.....
.....
.....

Vấn:.....

.....
.....

Vấn.....

.....

.....

Thiết.....

.....

.....

E. HIỆU QUẢ ĐIỀU TRỊ CHUNG

1. Bảng theo dõi kết quả điều trị

Triệu chứng	D ₇			D ₁₄			D ₂₁		
	HT	MP	KHP	HT	MP	KHP	HT	MP	KHP
Mắt nếp nhăn trán									
Charles Bell (+)									
Méo miệng – Lệch nhân trung									
Mắt rãnh mũi má									
Chảy nước mắt									
Khô mắt									
Giảm tiết nước bọt									
Cảm giác đau vùng sau tai									

* HT: Hồi phục hoàn toàn

MP: Hồi phục một phần

KHP: Không hồi phục

2. Khám và cho điểm điều trị theo FNGs 2.0

Điểm	0	1	2	3	4	5	6
Trán							
Má							
Rãnh mũi môi							
Miệng							
Đông vận							
Tổng điểm		4	5-9	10-14	15-19	20-23	24
Mức độ liệt		I	II	III	IV	V	VI

F. TÁC DỤNG KHÔNG MONG MUỐN

Tác dụng không mong muốn	Thời điểm xuất hiện		
	Ngày	Diễn biến	Xử trí

Hà Nội, ngày tháng năm 2019

Bác sỹ điều trị

Phụ lục 2

CAM KẾT TÌNH NGUYỆN THAM GIA NGHIÊN CỨU

ID bệnh nhân nghiên cứu:

Tên tôi là: Tuổi Giới.....

Địa chỉ:

.....

Sau khi được nghe bác sỹ giải thích về nghiên cứu tài “Đánh giá tác dụng điều trị liệt VII ngoại biên bằng phương pháp điện châm kết hợp với bài thuốc “TK7 HV””, tôi **tình nguyện** tham gia nghiên cứu này.

Hà Nội, ngày.....tháng..... năm 2019

Người cam kết tình nguyện

(Ký và ghi rõ họ tên)

Phụ lục 3

BẢNG PHÂN ĐỘ FNGS 2.0 (2009)

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

*** Các triệu chứng**

	Triệu chứng	Có	Không
Rối loạn vận động	Mất nếp nhăn trán		
	Charles Bell (+)		
	Méo miệng – Lệch nhân trung		
	Mất rãnh mũi má		
Rối loạn thần kinh thực vật, cảm giác	Chảy nước mắt		
	Khô mắt		
	Giảm vị giác		
	Khô miệng		
	Cảm giác đau vùng sau tai		

*** Khám và cho điểm khi vào viện theo FNGs 2.0**

Điểm	0	1	2	3	4	5	6
Trán							
Má							
Rãnh mũi môi							
Miệng							
Đồng vận							
Tổng điểm		4	5-9	10-14	15-19	20-23	24
Mức độ liệt		I	II	III	IV	V	VI

DANH SÁCH BỆNH NHÂN

STT	Mã bệnh án	Họ và tên	Giới	Năm sinh	Địa chỉ
1	0000184443	Nguyễn Thị Hà T.	Nữ	1999	Hà Đông, Hà Nội
2	0000185302	Mai Thị Anh T.	Nữ	2000	Hà Đông, Hà Nội
3	0000181769	Đặng Huy H.	Nam	1971	Hà Đông, Hà Nội
4	0000146421	Trần Thị Thu G.	Nữ	1997	Hà Đông, Hà Nội
5	0000009302	Vũ Thanh L.	Nam	1940	Thanh Xuân, Hà Nội
6	0000042713	Bùi Văn Đ.	Nam	1963	Đống Đa, Hà Nội
7	0000042825	Phùng Quang H.	Nam	1937	Hà Đông, Hà Nội
8	0000052976	Nguyễn Thị C.	Nữ	1960	Hai Bà Trưng, Hà Nội
9	0000020196	Hoàng Văn M.	Nam	1955	Thạch Thất, Hà Nội
10	0000119269	Ngô Thị H.	Nữ	1974	Hà Đông, Hà Nội
11	0000044193	Vũ Thị Huyền H.	Nữ	1957	Từ Liêm, Hà Nội
12	0000119542	Đỗ Ngọc H.	Nam	1952	Hà Đông, Hà Nội
13	0000092029	Phạm Thanh D.	Nữ	1951	Cầu Giấy, Hà Nội
14	0000021957	Phạm Bá S.	Nam	1963	Nghệ An
15	0000134047	Hoàng Công H.	Nam	1994	Hà Đông, Hà Nội
16	0000150659	Nguyễn Thanh H.	Nữ	1964	Hai Bà Trưng, Hà Nội
17	0000134473	Nguyễn Thị Tuyết N.	Nữ	1994	Hà Đông, Hà Nội
18	0000134719	Phạm Thị T.	Nữ	1972	Hà Đông, Hà Nội
19	0000134758	Nguyễn Thị P.	Nữ	1995	Hà Đông, Hà Nội
20	0000135433	Nguyễn Văn H.	Nam	1966	Hà Đông, Hà Nội

21	0000136646	Dương Thị Thủy T.	Nữ	1996	Hà Đông, Hà Nội
22	0000133514	Vũ Thị C.	Nữ	1964	Hà Đông, Hà Nội
23	0000137179	Nguyễn Thị Đ.	Nữ	1981	Hà Đông, Hà Nội
24	0000140995	Nguyễn Thị P.	Nữ	1956	Hà Đông, Hà Nội
25	0000142547	Nguyễn Thị N.	Nữ	1941	Hà Đông, Hà Nội
26	0000142693	Cao Thị Á.	Nữ	1942	Từ Liêm, Hà Nội
27	0000142743	Trần Sách T.	Nam	1954	Hà Đông, Hà Nội
28	0000142744	Lê Thị P.	Nữ	1957	Hà Đông, Hà Nội
29	0000144143	Hà Hoàng H.	Nam	1997	Hà Đông, Hà Nội
30	0000144835	Vũ Thị B.	Nữ	1956	Mỹ Đức, Hà Nội
31	0000145546	Trần Thị C.	Nữ	1962	Hà Đông, Hà Nội
32	0000145985	Mai Văn T.	Nam	1953	Thanh Xuân, Hà Nội
33	0000147238	Ngô Doãn S.	Nam	1968	Hà Đông, Hà Nội
34	0000147514	Nguyễn Thị T.	Nữ	1956	Hà Đông, Hà Nội
35	0000147645	Nguyễn Thị Ch.	Nữ	1949	Thanh Xuân, Hà Nội
36	0000148277	Trần Thị Ánh T.	Nữ	1957	Hà Đông, Hà Nội
37	0000144798	Đinh Thị L.	Nữ	1928	Thanh Xuân, Hà Nội
38	0000146878	Đỗ Thị L.	Nữ	1949	Thanh Xuân, Hà Nội
39	0000134758	Nguyễn Thị P.	Nữ	1995	Hà Đông, Hà Nội
40	0000023734	Đoàn Xuân Đ.	Nam	1990	Ứng Hòa, Hà Nội
41	0000156397	Vũ Quang N.	Nam	1944	Đống Đa, Hà Nội
42	0000160632	Đỗ Văn T.	Nam	1994	Hà Đông, Hà Nội
43	0000163521	Nguyễn Huy P.	Nam	1943	Hà Đông, Hà Nội
44	0000167397	Nguyễn Thị M.	Nữ	1966	Trung Văn, Hà Nội
45	0000167475	Nguyễn Thị N.	Nữ	1968	Hà Đông, Hà Nội

46	0000169941	Nguyễn Thị P.	Nữ	1984	Hà Đông, Hà Nội
47	0000172274	Nguyễn Thị Thu H.	Nữ	1983	Hà Đông, Hà Nội
48	0000177001	Dương Thị H.	Nữ	1967	Hà Đông, Hà Nội
49	0000180030	Nguyễn Thị X.	Nữ	1953	Thanh Xuân, Hà Nội
50	0000180268	Võ Thị Hồng L.	Nữ	2000	Đức Thọ, Hà Tĩnh
51	0000180444	Trần Văn C.	Nam	1954	Hà Đông, Hà Nội
52	0000015755	Nguyễn Thị Thanh L.	Nữ	1961	Yên Thành, Nghệ An
53	0000181463	Nguyễn Đức M.	Nam	1998	Hải Phòng
54	0000181487	Nguyễn Thị T.	Nữ	1948	Hà Đông, Hà Nội
55	0000181490	Nguyễn Thị Hồng V.	Nữ	2000	Thái Bình
56	0000180669	Nguyễn Đình T.	Nam	1976	Hà Đông, Hà Nội
57	0000181506	Đỗ Thị H.	Nữ	1991	Hà Đông, Hà Nội
58	0000020060	Đào Anh Đ.	Nam	1997	Bảo Thắng, Lào Cai
59	0000181577	Định Thị N.	Nữ	1979	Hà Đông, Hà Nội
60	0000181607	Trịnh Thị Minh L.	Nữ	1995	Yên Định

TÀI LIỆU THAM KHẢO

Tiếng Việt	
[1]	Nguyễn Tuấn Anh, Phạm Hữu Hiếu (2015). <i>Nhận xét điều trị liệt VII ngoại biên bằng kích thích điện một chiều qua điện cực nhỏ đặt trên da vùng huyết</i> , Báo cáo Hội nghị Bệnh viện Đa khoa Hà Tĩnh.
[2]	Trương Việt Bình chủ biên (2015). <i>Bài giảng bệnh học nội khoa y học cổ truyền</i> , Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, tr.56 – 60.
[3]	Trương Việt Bình chủ biên (2015). <i>Bài giảng điều trị học nội khoa y học cổ truyền</i> , Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, tr. 40 – 46.
[4]	Đỗ Huy Bích, Đặng Quang Chung, Bùi Xuân Chương và cộng sự (2011). <i>Cây thuốc và động vật làm thuốc ở Việt Nam</i> , Nhà xuất bản Khoa học và kỹ thuật, tr. 34-36, 40-43, 52-54, 59-62.
[5]	Bộ Y tế (2016). <i>Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số bệnh về tai mũi họng</i> , Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.
[6]	Bộ Y tế (2015). <i>Hướng dẫn Quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh chuyên ngành Điện châm</i> , Tài liệu hướng dẫn cán bộ Y tế.
[7]	Bộ Y tế (2018). <i>Dược điển Việt Nam, lần xuất bản thứ năm</i> , Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.
[8]	Bộ Y tế (2015). <i>Thông tư số 04/2015/TT-BYT Ban hành danh mục thuốc đông y, thuốc từ dược liệu và vị thuốc y học cổ truyền thuộc phạm vi thanh toán của quỹ bảo hiểm y tế</i> , ngày 17 tháng 3 năm 2015.
[9]	Bộ Y tế (2007), <i>Phương pháp châm cứu, Liệt VII ngoại biên</i> , Y học cổ truyền, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, 65 - 84, 167 - 172.
[10]	Bộ môn Khí công dưỡng sinh – Xoa bóp bấm huyết (2013), <i>Giáo trình xoa bóp bấm huyết</i> , Đại cương xoa bóp bấm huyết, Học viện Y

	dược học cổ truyền Việt Nam, tr. 25-29.
[11]	Bộ môn thần kinh, Trường đại học Y Hà Nội (1994), “Liệt mặt”, <i>Bài giảng thần kinh dùng cho sau đại học</i> , tr.46 -51.
[12]	Nguyễn Văn Chương (2015). <i>Thực hành lâm sàng thần kinh học</i> , Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, tr. 45-48.
[13]	Hoàng Bảo Châu (1980). <i>Lý luận cơ bản Y học cổ truyền</i> , Nhà xuất bản Y học, tr.157 – 161.
[14]	Hoàng Bảo Châu (2006). <i>Nội khoa Y học cổ truyền</i> , Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, tr. 60-65.
[15]	Đinh Văn Đính (1998). <i>Nghiên cứu tác dụng điều trị liệt dây VII ngoại vi do lạnh bằng phương pháp kích thích xung điện qua điện cực trên huyết</i> , Luận văn thạc sỹ Y học, Học viện Quân y.
[16]	Đinh Văn Đính, Chu Quốc Cường (1999). “Nghiên cứu tác dụng điều trị liệt dây VII ngoại vi do lạnh bằng phương pháp kích thích xung điện qua điện cực hút trên huyết”, <i>Tạp chí châm cứu Việt Nam</i> (35), tr. 22 - 24.
[17]	Hà Thị Hương Giang, Phạm Ngọc Hùng (2002). <i>Nghiên cứu tác dụng điều trị liệt VII ngoại biên do lạnh bằng điện châm có phối hợp và không phối hợp thuốc thang</i> , Luận văn tốt nghiệp Bác sĩ đa khoa, Trường Đại học Y Dược Huế.
[18]	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”, <i>Tạp chí Y dược học</i> (10), tr. 70 - 75.
[19]	Heinzlef O. (1994). “Liệt mặt ngoại biên”, Các hội chứng và bệnh thần kinh thường gặp, Nhà xuất bản Y học, tr. 72- 85.
[20]	Học viện Y học cổ truyền Trung Quốc (2000). <i>Châm cứu học</i>

	<i>Trung Quốc</i> , Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, tr.256 - 257.
[21]	Nguyễn Văn Hải (2016). “Đánh giá điều trị liệt mặt ngoại biên bằng xoa bóp bấm huyệt và y học hiện đại”, <i>Tạp chí Nghiên cứu Y dược học cổ truyền Việt Nam</i> , 13 (3), tr. 5-13.
[22]	Hải thượng lãn ông Lê Hữu Trác (2011). <i>Hải thượng Y tông Tâm lĩnh</i> , Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, tr. 90 -98, 110 – 114.
[23]	Khoa Y học cổ truyền - Trường Đại học Y Hà Nội (2002). <i>Châm cứu tổng hợp</i> , Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, tr. 60 -63
[24]	Nguyễn Văn Chương (2016). <i>Tổn thương dây thần kinh mặt; Thực hành lâm sàng thần kinh học- Tập 3; Bệnh học thần kinh - NXB Y học.</i>
[25]	Nguyễn Nhược Kim, Trần Quang Đạt (2013). <i>Điện châm và các phương pháp chữa bệnh không dùng thuốc</i> , Sách đào tạo bác sỹ chuyên khoa Y học cổ truyền, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, tr. 55 - 59.
[26]	Nguyễn Nhược Kim chủ biên (2015). <i>Phương tế học</i> , Sách đào tạo bác sỹ chuyên khoa Y học cổ truyền, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, tr. 35-37, 47-49, 50-53, 61-63.
[27]	Trần Văn Kỳ (2013). <i>Dược học cổ truyền</i> , Nhà xuất bản Đà Nẵng, tr.46-48, 70-72, 81-83, 91-94.
[28]	Đỗ Tất Lợi (2015). <i>Những cây thuốc và vị thuốc Việt Nam</i> , Nhà xuất bản Y học, Nhà xuất bản thời đại, tr. 62-65, 71-73, 90-92, 100-104, 120-128.
[29]	Hồ Hữu Lương (2017). <i>Khám lâm sàng hệ thần kinh</i> , Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, tr. 68-71.
[30]	Hồ Hữu Lương (1993). <i>Bệnh học thần kinh Tập 2</i> , Nhà xuất bản Y

	học, tr. 150 – 160.
[31]	Hồ Hữu Lương (2005). “Liệt mắt”, <i>Bệnh thần kinh ngoại vi</i> , Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, tr. 303 - 341.
[32]	Trịnh Văn Minh chủ biên (2016). <i>Giải phẫu người</i> , Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, tr.61-69.
[33]	Phạm Thị Hương Nga (2003). <i>Đánh giá tác dụng điện châm huyết Nhĩ môn xuyên Thính cung phối hợp huyết Phong trì trong điều trị liệt VII ngoại biên do lạnh</i> , Luận văn thạc sỹ Y học, Trường đại học Y Hà Nội.
[34]	Nguyễn Kim Ngân (2002). <i>Nghiên cứu vai trò huyết Quyển liêu và Ấ Phong trong mẫn châm điều trị liệt VII ngoại biên do lạnh</i> , Luận văn thạc sỹ Y học, Trường đại học Y Hà Nội
[35]	Vũ Anh Nhị chủ biên (2013). <i>Thần kinh học</i> , Nhà xuất bản Đại học Quốc gia Thành phố Hồ Chí Minh.
[36]	Vũ Anh Nhị chủ biên (2015). <i>Điều trị bệnh thần kinh</i> , Nhà xuất bản Đại học Quốc gia Thành phố Hồ Chí Minh.
[37]	Vũ Xuân Quang, Nguyễn Tài Thu (1978). “Kinh nghiệm châm cứu, thủy châm điều trị liệt mắt”, <i>Tạp chí Đông y</i> , số 152, tr. 20.
[38]	Hoàng Duy Tân, Hoàng Anh Tuấn (2014). <i>Phương tế học</i> , Nhà xuất bản Thuận Hóa, tr. 46-49, 72-75.
[39]	Nguyễn Thị Tân (2016). <i>Đánh giá hiệu quả điều trị liệt VII ngoại biên do lạnh bằng phương pháp ôn châm kết hợp với thuốc cổ truyền</i> , Đề tài nghiên cứu khoa học cấp cơ sở, Khoa Y học cổ truyền, Trường Đại học Y dược Huế.
[40]	Nguyễn Bá Tĩnh (2016). <i>Tuệ Tĩnh toàn tập</i> , Nhà xuất bản Y học, Hà Nội. tr. 91-96, 100-104.

[41]	Trần Thị Thanh và cộng sự (2006), “Điều trị liệt VII ngoại biên do lạnh bằng điện cực dán”, Hội nghị khoa học về kết hợp Y học cổ truyền và Y học hiện đại Huế 08/12/2006, Bộ Y tế Vụ Y học cổ truyền, tr. 34 - 93.
[42]	Lê Văn Thành (2007), <i>Đánh giá tác dụng điều trị liệt VII ngoại biên do lạnh bằng phương pháp xoa bóp bấm huyệt kết hợp với điện châm</i> , Luận văn tốt nghiệp Bác sỹ chuyên khoa cấp II, Trường Đại học Y Hà Nội.
[43]	Trần Thúy, Vũ Nam, Lê Thị Hiền và cộng sự (2014). <i>Điều trị học kết hợp y học hiện đại và y học cổ truyền</i> , Nhà xuất bản Y học, tr. 80-85.
[44]	Trần Thúy, Vũ Nam (2006). <i>Chuyên đề nội khoa Y học cổ truyền</i> , Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, tr. 76-81.
[45]	Nguyễn Mạnh Tường (2017). “Đánh giá điều trị liệt VII ngoại biên do lạnh bằng điện châm và thuốc đông y”, <i>Tạp chí Nghiên cứu y dược học cổ truyền Việt Nam</i> , 2 (1), tr. 18-19.
[46]	Nguyễn Hoàng Trung (2013), <i>Đánh giá tác dụng điều trị và phân tích chi phí của phương pháp cấy chỉ Catgut vào huyết trong điều trị liệt VII ngoại biên do lạnh</i> , Luận văn tốt nghiệp Thạc sỹ Y học, Trường Đại học Y Hà Nội.
[47]	Trường Đại học Y Hà Nội, Khoa Y học cổ truyền (2015). <i>Điện châm học</i> , Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, tr. 41-44.
[48]	Trường Đại học Y Hà Nội (2008). <i>Châm cứu</i> , Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, tr.33-36.
[49]	Trường Đại Học Y Hà Nội (2011). <i>Bài giảng Y học cổ truyền tập 2</i> , Nhà xuất bản Y học, tr. 153 - 155, 345 – 357, 365.
[50]	Trường Đại học Y Hà Nội (2017). <i>Bệnh học Nội khoa Y học cổ</i>

	<i>truyền</i> , Nhà xuất bản y học, Hà Nội, tr. 195 -198.
[51]	Trường Đại học Y Hà Nội (2017). <i>Triệu chứng học Nội khoa tập 2</i> , Nhà xuất bản y học, Hà Nội, tr. 364 -367.
Tiếng Anh	
[52]	Brandenburg N.A., Annegers J.F. (1993), “Incidence and risk factors for Bell’s palsy in Laredo”, Texas 1974-1982, <i>Neuroepidemiology</i> , 12 (6): 313-25
[53]	Adams R.D., Victor M. (1993). <i>Principles of Neurology</i> , MC – Graw Hill, Inc, 441, 1174 – 1177.
[54]	D Cirpaci, CM Goanta (2014). Bell’s palsy: data from a study of 70 cases, <i>J Med Life</i> , 7 (Spec Iss 2), 24–28.
[55]	House J.W., Brackmann D.E. (1985). Facial Nerve Grading System, <i>Otolaryngol Head Neck Surg</i> , 93 (2), 146 – 147.
[56]	Ho Y.L., Moon S.P., Seung G.Y., et al (2013). “Agreement between the Facial Nerve Grading System 2.0 and the House-Brackmann Grading System in Patients with Bell Palsy”, <i>Clinical and Experimental Otorhinolaryngology</i> , 6 (3): 135–139.
[57]	Frank H. Netter (2019). <i>Atlas of human anatomy</i> , 6 th edition, Elsevier.
[58]	Hüseyin Narc, Bahriye Horasanl, Murat Uğur (2012). “Seasonal Effects on Bell’s Palsy: Four-Year Study and Review of the Literature”, <i>Iran Red Crescent Med J</i> , 14 (8), 505–506.
[59]	Vrabec JT, Backous DD, Djalilian HR, et al (2009). “Facial Nerve Grading System 2.0”, <i>Otolaryngol Head Neck Surg</i> , 140 (4), 445–450.
[60]	Feng Xia, Junliang Han, Xuedong Liu, et al (2011). “Prednisolone

	and acupuncture in Bell's palsy: study protocol for a randomized, controlled trial”, <i>Trials</i> , 12, 158.
[61]	Yanagihara N. (1977). <i>Grading of facial palsy</i> , Facial nerve surgery. Aesculapius Publishing Co., Birmingham, 533–535.
Tiếng Trung	
[62]	唐斌 (2013). <i>温针治疗面瘫 73 例</i> , 上海市南汇区中心医院 针灸科, 上海, 155 - 175.
[63]	向阳, 向云飞 (2014). " <i>操作简单的艾灸, 灸者健康之灸治百病</i> , 中医医药科技出版社, 北京, 8 - 15.