

**V. KẾT LUẬN**

Điều trị lấy huyết khối cơ học cho bệnh nhân đột quỵ tuần hoàn trước trong cửa sổ 16-24 giờ bước đầu cho thấy tính an toàn và hiệu quả tương đương với điều trị trong cửa sổ 6-16 giờ khi ứng dụng tiêu chuẩn hình ảnh học chọn bệnh của nghiên cứu DEFUSE-3. Những kết quả này khẳng định tính khả thi của việc mở rộng thời gian can thiệp nội mạch lên đến 24 giờ. Tuy nhiên, cần tiến hành thêm các nghiên cứu ngẫu nhiên có đối chứng để xác nhận và củng cố các phát hiện này.

**TÀI LIỆU THAM KHẢO**

1. **Albers GW, Marks MP, Kemp S, et al.** Thrombectomy for stroke at 6 to 16 hours with selection by perfusion imaging. 2018;378:708-18.
2. **Nogueira RG, Jadhav AP, Haussen DC, et al.** Thrombectomy 6 to 24 hours after stroke with a mismatch between deficit and infarct. 2018;378:11-21.
3. **Motyer R, Thornton J, Power S, et al.** Endovascular thrombectomy beyond 12 hours of stroke onset: a stroke network's experience of late intervention. Journal of neurointerventional surgery 2018;10:1043-6.
4. **Tsurukiri J, Ota T, Jimbo H, et al.** Thrombectomy for Stroke at 6-24 hours without Perfusion CT Software for Patient Selection. Journal of stroke and cerebrovascular diseases : the official journal of National Stroke Association 2019;28:774-81.
5. **Alsahli K, Cheung AK, Wijesuriya N, et al.** Thrombectomy in stroke of unknown onset, wake up stroke and late presentations: Australian experience from 2 comprehensive stroke centres. Journal of clinical neuroscience: official journal of the Neurosurgical Society of Australasia 2019;59:136-40.
6. **Trần Thị Minh Hằng NHT.** Kết quả điều trị can thiệp lấy huyết khối bằng dụng cụ cơ học trên bệnh nhân nhồi máu não cấp trong cửa sổ từ 6 đến 24 giờ. TP. Hồ Chí Minh: Đại học Y dược TP. Hồ Chí Minh; 2020.
7. **Kim YS, Kim BJ, Noh KC, et al.** Distal versus Proximal Middle Cerebral Artery Occlusion: Different Mechanisms. Cerebrovascular diseases (Basel, Switzerland) 2019;47:238-44.
8. **Rebello LC, Bousslama M, Haussen DC, et al.** Stroke etiology and collaterals: atheroembolic strokes have greater collateral recruitment than cardioembolic strokes. European journal of neurology 2017;24:762-7.
9. **Sun B, Shi Z, Pu J, et al.** Effects of mechanical thrombectomy for acute stroke patients with etiology of large artery atherosclerosis. Journal of the neurological sciences 2019;396:178-83.
10. **Tian C, Cao X, Wang J.** Recanalisation therapy in patients with acute ischaemic stroke caused by large artery occlusion: choice of therapeutic strategy according to underlying aetiological mechanism? Stroke and vascular neurology 2017;2:244-50.

## ĐÁNH GIÁ HIỆU QUẢ ĐIỀU TRỊ LIỆT DÂY THẦN KINH VII NGOẠI BIÊN BẰNG PHƯƠNG PHÁP ĐIỆN CHÂM KẾT HỢP XOA BÓP BẤM HUYỆT TẠI BỆNH VIỆN Y HỌC CỔ TRUYỀN THÀNH PHỐ CẦN THƠ NĂM 2024

Sơn Võ Duy Dương<sup>1</sup>, Nguyễn Trí<sup>1</sup>,  
Nguyễn Thị Hồng Vân<sup>1</sup>, Đào Minh Phúc<sup>2</sup>, Lê Minh Hoàng<sup>2</sup>

**TÓM TẮT**

**Đặt vấn đề:** Liệt dây thần kinh VII ngoại biên là bệnh lý thường gặp tại Bệnh viện Y học cổ truyền Cần Thơ. Nghiên cứu này nhằm đánh giá hiệu quả điều trị liệt dây thần kinh VII ngoại biên bằng phác đồ của bệnh viện là điện châm kết hợp xoa bóp bấm huyết, từ đó cung cấp thông tin về hiệu quả và các yếu tố ảnh hưởng đến kết quả điều trị. **Mục tiêu nghiên cứu:** Đánh giá hiệu quả điều trị Liệt dây thần kinh VII ngoại biên bằng phương pháp điện châm kết hợp xoa bóp bấm huyết. **Đối tượng và phương pháp:**

Nghiên cứu mô tả cắt ngang người bệnh được chẩn đoán liệt dây thần kinh VII ngoại biên, điều trị ngoại trú và nội trú tại Bệnh viện Y học cổ truyền thành phố Cần Thơ. **Kết quả:** Trước điều trị, 66,7% bệnh nhân thuộc phân độ HB IV – nặng. Sau khi kết thúc điều trị, 75,5% hồi phục hoàn toàn và 15,6% giảm đến phân độ HB II. Bệnh nhân có nguyên nhân vô căn hoặc phong hàn phạm kinh lạc đạt tỷ lệ giảm/hồi phục hoàn toàn là 95,1% trong khi bệnh nhân do chấn thương hoặc huyết ứ tại kinh lạc có tỷ lệ 50%. **Kết luận:** Phác đồ điều trị liệt dây thần kinh VII ngoại biên mang bằng điện châm kết hợp xoa bóp bấm huyết có hiệu quả cao với 91,1% giảm và hồi phục hoàn toàn.

**Từ khóa:** liệt VII ngoại biên, liệt Bell, điện châm, xoa bóp bấm huyết.

**SUMMARY**

**EVALUATION OF THE EFFECTIVENESS OF ELECTRO-ACUPUNCTURE COMBINED WITH ACUPRESSURE MASSAGE FOR THE**

<sup>1</sup>Bệnh viện Y học Cổ truyền thành phố Cần Thơ

<sup>2</sup>Trường Đại học Y Dược Cần Thơ

Chịu trách nhiệm chính: Lê Minh Hoàng

Email: lmhoang@ctump.edu.vn

Ngày nhận bài: 5.12.2024

Ngày phản biện khoa học: 15.01.2025

Ngày duyệt bài: 13.2.2025

## TREATMENT OF PERIPHERAL FACIAL PARALYSIS AT CAN THO TRADITIONAL MEDICINE HOSPITAL IN 2024

**Background:** Peripheral facial paralysis (PFP) is a prevalent condition at Can Tho Traditional Medicine Hospital. This study aimed to evaluate the therapeutic efficacy of electro-acupuncture combined with acupressure massage for treating PFP and identifying factors influencing treatment outcomes. **Objectives:** To assess the therapeutic efficacy of electro-acupuncture combined with acupressure massage in treating PFP. **Materials and methods:** This was a cross-sectional descriptive study involving patients diagnosed with peripheral facial nerve paralysis who were treated both inpatient and outpatient at Can Tho Traditional Medicine. **Results:** Prior to treatment, 66.7% of patients were classified as grade IV (severe) according to the House-Brackmann scale. By the end of the treatment period, 75.5% of patients had fully recovered, and 15.6% had improved to grade II. Patients with idiopathic causes or wind-cold dampness had a recovery rate of 95.1%, while those with trauma or blood stasis in the meridians had a recovery rate of 50%. **Conclusion:** Electro-acupuncture combined with acupressure massage demonstrated high therapeutic efficacy in treating peripheral facial nerve paralysis, achieving an improvement or recovery rate of 91.1%.

**Keywords:** Peripheral facial paralysis, Bell's palsy, electroacupuncture, acupressure massage.

### I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Liệt dây thần kinh VII ngoại biên là bệnh lý phổ biến với biểu hiện mất vận động hoàn toàn hoặc một phần các cơ mặt, có thể kèm theo rối loạn cảm giác, phản xạ và thần kinh thực vật. Đây là một chứng bệnh phổ biến ở nhiều lứa tuổi, chiếm khoảng 2,95% bệnh thần kinh [1]. Bệnh có nhiều nguyên nhân, trong đó liệt mặt ngoại biên nguyên phát (Liệt Bell) là phổ biến nhất [2]. Theo Y học cổ truyền, nguyên nhân bệnh do tà khí, thường là phong hàn, phong nhiệt tà xâm phạm vào lạc mạch của các đường kinh dương làm cho sự lưu thông khí của các đường kinh này ở vùng đầu mặt bất bình thường mà gây bệnh. Hoặc do chấn thương vùng đầu mặt, sau khi mổ vùng hàm mặt, xương chũm, vùng tai, gây huyết ứ trở trệ kinh lạc, khí huyết không điều hòa, kinh lạc cản mạch thiếu dinh dưỡng mà gây bệnh [3]. Các phương pháp điều trị bằng Y học cổ truyền đã được chứng minh có hiệu quả tốt trong việc phục hồi các triệu chứng của bệnh. Tại Bệnh viện Y học cổ truyền Cần Thơ, phương pháp điện châm kết hợp xoa bóp bấm huyết là phác đồ điều trị chính đối với liệt dây thần kinh VII ngoại biên. Vì vậy, để có thêm cơ sở khoa học, nghiên cứu này được thực hiện nhằm đánh giá hiệu quả điều trị liệt dây thần kinh VII ngoại biên bằng phương pháp điện

châm kết hợp xoa bóp bấm huyết, từ đó cung cấp thông tin về hiệu quả điều trị và các yếu tố ảnh hưởng đến kết quả điều trị.

### II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

#### 2.1. Đối tượng nghiên cứu

- **Tiêu chuẩn chọn mẫu:** Người bệnh được chẩn đoán liệt dây thần kinh VII ngoại biên, tự nguyện tham gia nghiên cứu.

- **Tiêu chuẩn loại trừ:** Phụ nữ có thai, chống chỉ định với phương pháp điện châm và xoa bóp bấm huyết, được chẩn đoán nguyên nhân do u hoặc bệnh hệ thống, các bệnh liên quan đến trí tuệ, tâm thần và không tuân thủ điều trị.

- **Thời gian và địa điểm nghiên cứu:** từ tháng 05 năm 2024 đến tháng 10 năm 2024 tại Bệnh viện Y học cổ truyền Cần Thơ.

#### 2.2. Phương pháp nghiên cứu

- **Thiết kế nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang.

- **Phương pháp chọn mẫu:** Chọn mẫu thuận tiện

- **Cỡ mẫu:** Cỡ mẫu được tính theo công thức ước lượng một tỷ lệ.

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

Trong đó: n là cỡ mẫu cần nghiên cứu.

$\alpha$  là mức ý nghĩa thống kê, chọn  $\alpha = 0,05 \rightarrow$  hệ số tin cậy  $Z = 1,96$ ; d là mức sai số tuyệt đối chấp nhận, chọn  $d = 0,10$ .

$p = 0,87$  là tỷ lệ đạt hiệu quả mong muốn ở nhóm nghiên cứu can thiệp. Dựa vào tỉ lệ khỏi/đỡ bệnh ở nghiên cứu Hoàng Anh Dũng là 86,7% [4].

Theo phần mềm tính cỡ mẫu nghiên cứu của WHO SampleSize 2.0, ta tính được cỡ mẫu  $n = 44$ .

- **Phương pháp thu thập số liệu:** Thu thập số liệu bằng bộ câu hỏi để thu thập số liệu bằng cách hỏi bệnh, khám lâm sàng và ghi nhận vào phiếu thu thập số liệu.

- **Phương pháp xử lý và phân tích số liệu:** Số liệu được nhập và xử lý trên phần mềm SPSS 20.0. Thống kê mô tả bằng số trung bình, tần số, tỷ lệ %, thống kê phân tích bằng kiểm định phương sai ANOVA một chiều, mức ý nghĩa thống kê  $p < 0,05$  và phép kiểm Wilcoxon.

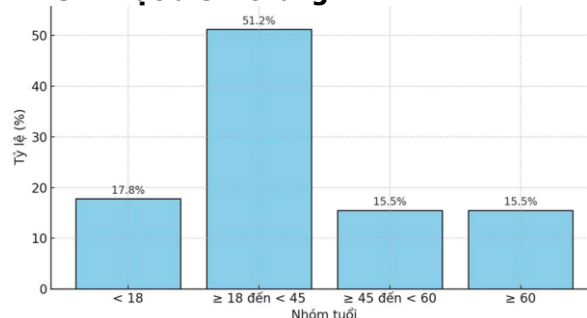
**2.3. Đạo đức nghiên cứu:** nghiên cứu tuân thủ các quy định về đạo đức nghiên cứu của Bệnh viện Y học cổ truyền thành phố Cần Thơ và được hội đồng khoa học của bệnh viện thông qua.

**2.4. Nội dung nghiên cứu:** một số đặc điểm của bệnh nhân liệt dây thần kinh VII ngoại

biên như tuổi, giới, nghề nghiệp, thời gian mắc bệnh; triệu chứng lâm sàng, nguyên nhân gây bệnh; đánh giá hiệu quả điều trị Liệt dây thần kinh VII ngoại biên bằng phương pháp điện châm kết hợp xoa bóp bấm huyệt, mối liên quan giữa một số đặc điểm lâm sàng với kết quả điều trị thông qua thang điểm House-Brackmann (HB) [5].

### III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

#### 3.1. Đặc điểm chung



Biểu đồ 1. Phân bố người bệnh theo nhóm tuổi

Bảng 1. Phân độ theo thang điểm HB trước và sau điều trị

Phân độ	D1 (n=45)		D7 (n=45)		D14 (n=45)		Dx (n=45) (Ngày kết thúc điều trị)	
	Tần số	Tỷ lệ %	Tần số	Tỷ lệ %	Tần số	Tỷ lệ %	Tần số	Tỷ lệ %
I	0	0	3	6,7	17	37,8	34	75,5
II	1	2,2	4	8,9	19	42,2	7	15,6
III	6	13,3	29	64,4	7	15,6	3	6,7
IV	30	66,7	8	17,8	2	4,4	1	2,2
V	8	17,8	1	2,2	0	0	0	0
VI	0	0	0	0	0	0	0	0
<b>Tổng</b>	<b>45</b>	<b>100</b>	<b>45</b>	<b>100</b>	<b>45</b>	<b>100</b>	<b>45</b>	<b>100</b>

**Nhận xét:** - Tại D1, phân độ bệnh chủ yếu tập trung ở độ IV – Nặng (66,7%). Không ghi nhận trường hợp phân độ VI – Liệt hoàn toàn.

- Tại D7, phân độ bệnh có cải thiện và chủ yếu tập trung ở độ III – Vừa (64,4%). Có 3 trường hợp phân độ I – Bình thường (6,7%).

- Tại D14, có 6 trường hợp hồi phục hoàn toàn trước ngày thứ 14. Phân độ bệnh chỉ còn tập trung chủ yếu ở phân độ I (37,8%) và II (42,2%).

- Tại Dx (ngày kết thúc điều trị), phân độ I chiếm phần lớn các trường hợp (75,5%).

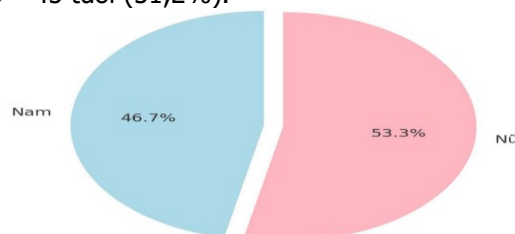
#### 3.2.2. Kết quả điều trị

#### 3.3. Mối liên quan giữa các đặc điểm đối tượng với kết quả điều trị

Bảng 2. Mối liên quan giữa thời gian mắc bệnh, phân độ bệnh tại D1, nguyên nhân với kết quả điều trị

Đặc điểm		Khỏi (n=34)		Đỡ (n=7)		Tổng (100%)	P
		Tần số	Tỷ lệ (%)	Tần số	Tỷ lệ (%)		
Thời gian mắc bệnh	< 7	23	88,5	2	7,7	26	p=0,028

**Nhận xét:** Tuổi trung bình = 35,24 ± 19,39. Tuổi nhỏ nhất là 4, cao nhất là 83. Độ tuổi phổ biến của Liệt thần kinh VII ngoại biên là nhóm 18 – 45 tuổi (51,2%).

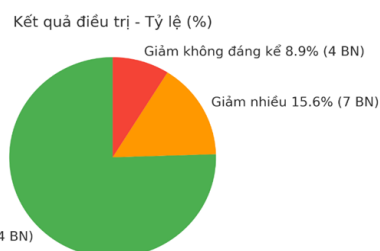


Biểu đồ 2. Phân bố người bệnh theo giới tính

**Nhận xét:** Tỷ lệ Nam/Nữ = 1/1,14. Tần suất mắc bệnh của giữa hai giới là tương đương nhau, trong đó giới nữ chiếm tỉ lệ cao hơn (53,3%).

#### 3.2. Đánh giá hiệu quả điều trị Liệt dây thần kinh VII ngoại biên bằng phương pháp điện châm kết hợp xoa bóp bấm huyệt

##### 3.2.1. Phân độ theo thang điểm HB trước và sau điều trị



Biểu đồ 3. Kết quả điều trị

**Nhận xét:** Thời gian điều trị trung bình = 17,69 ± 6,68. Thời gian điều trị nhanh nhất là 7 ngày, dài nhất là 32 ngày. Sau thời gian điều trị, phần lớn các trường hợp đều giảm nhiều/hồi phục hoàn toàn (15,6% và 75,5%). Có 4 trường hợp giảm không đáng kể (8,9%).

(n=45)	≥ 7 đến < 14	6	85,7	1	14,3	7	
	≥ 14	5	41,7	4	33,3	12	
Phân độ bệnh tại D1 (n=45)	II	1	100	0	0	1	p=0,001
	III	6	100	0	0	6	
	IV	26	86,7	3	10,0	30	
	V	1	12,5	4	50,0	8	
Nguyên nhân YHHĐ (n=45)	Vô căn	33	80,5	6	14,6	41	p=0,006
	Chấn thương	1	25,0	1	25,5	4	
Nguyên nhân YHCT (n=45)	Phong hàn	33	80,5	6	14,6	41	p=0,006
	Huyết ứ	1	25,0	1	25,5	4	

**Nhận xét:** - Sự khác biệt giữa kết quả điều trị và thời gian mắc bệnh có ý nghĩa thống kê ( $p = 0,028 < 0,05$ ).

Sự khác biệt giữa kết quả điều trị và phân độ bệnh tại D1 có ý nghĩa thống kê ( $p = 0,001 < 0,05$ ).

- Sự khác biệt giữa kết quả điều trị và các nguyên nhân gây bệnh theo YHHĐ có ý nghĩa thống kê ( $p = 0,006 < 0,05$ ).

- Sự khác biệt giữa kết quả điều trị và các nguyên nhân gây bệnh theo YHCT có ý nghĩa thống kê ( $p = 0,006 < 0,05$ ).

#### IV. BÀN LUẬN

**4.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu.** Kết quả nghiên cứu về độ tuổi các bệnh nhân Liệt thần kinh VII ngoại biên trong nghiên cứu của chúng tôi cơ bản có sự tương đồng với các nghiên cứu của các tác giả khác. Nghiên cứu của Hoàng Anh Dũng tại Bệnh viện Quân y 91 từ tháng 01/2016 đến tháng 11/2019 mặc dù ghi nhận độ tuổi trung bình cao hơn nghiên cứu của chúng tôi là 45,42 tuổi, tuy nhiên nhóm tuổi phổ biến nhất mắc bệnh là từ 20 – 49 tuổi chiếm tỷ lệ 55,6%, kết quả này tương đồng với kết quả của chúng tôi (51,2%)[4]. Nghiên cứu của Nguyễn Minh Huệ tại Bệnh viện YHCT Thành phố Hồ Chí Minh từ tháng 01/2019 đến tháng 12/2020 lại đưa ra độ tuổi trung bình là 43,03 tuổi, độ tuổi phổ biến là nhóm tuổi từ 15 đến 59 tuổi chiếm tỷ lệ 72,92% [6]. Nghiên cứu của Vũ Yến Nhi thực hiện tại Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ và Bệnh viện Trường Đại học Y dược Cần Thơ năm 2020 – 2022 ghi nhận được độ tuổi trung bình là 54,4 tuổi [7].

Nhìn chung, sự chênh lệch số liệu này là do nghiên cứu của Hoàng Anh Dũng chỉ ghi nhận được các bệnh nhân từ 28 đến 80 tuổi [4], hay của Vũ Yến Nhi là từ 16 đến 90 tuổi [6], còn của chúng tôi là bệnh nhân nhỏ tuổi nhất là 4 và lớn tuổi nhất là 83 tuổi. Dù vậy kết quả nhóm tuổi phổ biến vẫn tương đồng nhau. Điều này cũng phù hợp với các nghiên cứu dịch tễ học trước đây của Hồ Hữu Lương về độ tuổi mắc bệnh [1]. Như vậy bệnh Liệt thần kinh VII xuất hiện ở đủ mọi lứa tuổi và có xu hướng tăng dần theo độ tuổi.

**4.2. Đánh giá hiệu quả điều trị.** Thang điểm House-Brackmann (HB) là một hệ thống đánh giá chức năng dây thần kinh mặt (dây thần kinh số VII), được sử dụng để phân loại mức độ liệt mặt. Hệ thống này được phát triển bởi Dr. John W. House và Dr. Derald E. Brackmann vào năm 1985 và đã trở thành tiêu chuẩn phổ biến trong lâm sàng và nghiên cứu. Thang điểm này chia mức độ liệt mặt thành 6 bậc, dựa trên khả năng vận động của các cơ mặt và mức độ bất đối xứng của khuôn mặt khi nghỉ hoặc vận động. Hiện nay thang điểm này thường được nhiều tác giả sử dụng trong lâm sàng và các nghiên cứu để đánh giá mức độ liệt mặt cũng như theo dõi, đánh giá hiệu quả của các phương pháp điều trị [5].

Trước khi điều trị, các bệnh nhân Liệt thần kinh VII ngoại biên chủ yếu thuộc phân độ HB IV – Nặng (66,7%), kế tiếp là phân độ HB V – Rất nặng (17,8%), phân độ HB III – Vừa (13,3%), phân độ HB II – Nhẹ (2,2%), không ghi nhận trường hợp phân độ HB I – Bình thường và VI – Liệt hoàn toàn. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương tự với kết quả nghiên cứu của Hoàng Anh Dũng, nghiên cứu này ghi nhận trước điều trị có 80,0% bệnh nhân thuộc phân độ HB IV, 15,6% thuộc phân độ V và 4,4% thuộc phân độ HB III, không ghi nhận bệnh nhân nào thuộc phân độ HB I, II và VI [4]. Nghiên cứu của Đoàn Văn Minh cũng cho kết quả tương tự với 56,7% bệnh nhân thuộc phân độ HB IV, 23,3% thuộc phân độ HB V, 16,7% thuộc phân độ HB III, 3,3% thuộc phân độ HB II [8].

Sau 7 ngày điều trị, chúng tôi ghi nhận được 3 trường hợp hồi phục hoàn toàn với phân độ HB I chiếm tỷ lệ 6,7%; có 4 trường hợp giảm bệnh đến phân độ HB II chiếm tỷ lệ 8,9%. Như vậy, tỷ lệ giảm/hồi phục hoàn toàn sau 7 ngày điều trị là 15,6%. Sau 14 ngày điều trị, các chỉ số cải thiện rõ rệt với 37,8% bệnh nhân hồi phục hoàn toàn ở phân độ HB I, 42,2% giảm bệnh đến phân độ HB II, tỷ lệ giảm/hồi phục hoàn toàn là 80%. Sau khi kết thúc điều trị, chúng tôi ghi nhận 75,5% hồi phục hoàn toàn ở phân độ HB I và 15,6% giảm bệnh đến phân độ HB II. Như vậy,

sau khi kết thúc điều trị, tỷ lệ giảm/hồi phục hoàn toàn đạt 91,1%, nhưng vẫn có 4 trường hợp không hồi phục hoàn toàn (8,9%). Với kết quả này, nghiên cứu của chúng tôi cho thấy phương pháp điện châm kết hợp xoa bóp bấm huyệt được áp dụng mang lại hiệu quả cao trong hồi phục các triệu chứng của Liệt thần kinh VII ngoại biên.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi về tỷ lệ giảm/hồi phục hoàn toàn Liệt thần kinh VII ngoại biên sau khi điều trị cao hơn kết quả nghiên cứu của Hoàng Anh Dũng là 86,7% (26,7% hồi phục hoàn toàn, 60% giảm bệnh) [4] và nghiên cứu của Vũ Yến Nhi là 85,7% [6]. Nghiên cứu của chúng tôi có kết quả tương tự với nghiên cứu của Nguyễn Minh Huệ với tỷ lệ giảm/hồi phục hoàn toàn là 91,66% [6]. Trong đó, nghiên cứu của Vũ Yến Nhi [6] chỉ sử dụng thuốc tân dược cho kết quả thấp hơn 3 nghiên cứu gồm: của chúng tôi, của Hoàng Anh Dũng [4] và của Nguyễn Minh Huệ [6] đều sử dụng phương pháp YHCT để điều trị Liệt thần kinh VII ngoại biên.

#### 4.3. Mối liên quan giữa các đặc điểm lâm sàng đến kết quả điều trị

Khi phân tích mối tương quan giữa kết quả điều trị và thời gian mắc bệnh, chúng tôi ghi nhận được: nếu bệnh nhân có thời gian mắc bệnh dưới 7 ngày, tỷ lệ giảm/hồi phục hoàn toàn là 96,2%; nếu thời gian mắc bệnh từ 7 đến 14 ngày, tỷ lệ giảm/hồi phục hoàn toàn là 100%; nếu thời gian mắc bệnh cao hơn 14 ngày, tỷ lệ giảm/hồi phục hoàn toàn chỉ có 75%. Mối tương quan giữa kết quả điều trị và thời gian mắc bệnh có ý nghĩa thống kê ( $p < 0,05$ ). Theo Hồ Hữu Lương, dây thần kinh VII khi tổn thương có thể tiến triển đến liệt mặt cơ cứng, đây là điểm đặc biệt của dây VII và các dây thần kinh sọ khác [1]. Như vậy, thời gian mắc bệnh Liệt dây thần kinh VII ngoại biên càng dài thì tỷ lệ hồi phục thấp hơn.

Xét mối tương quan giữa kết quả điều trị và các nguyên nhân gây bệnh theo YHHĐ và YHCT, chúng tôi ghi nhận được: bệnh nhân có nguyên nhân mắc bệnh do vô căn theo YHHĐ hay do phong hàn phạm kinh lạc theo YHCT, tỷ lệ giảm/hồi phục hoàn toàn là 95,1%; bệnh nhân có nguyên nhân mắc bệnh do chấn thương theo YHHĐ hay do huyết ứ tại kinh lạc theo YHCT, tỷ lệ giảm/hồi phục hoàn toàn là 50%. Mối tương quan giữa kết quả điều trị và nguyên nhân gây bệnh có ý nghĩa thống kê ( $p < 0,05$ ). Như vậy các phương pháp điều trị Liệt thần kinh VII ngoại biên của YHCT có vẻ hiệu quả tốt đối với các

bệnh nhân Liệt VII NB do nguyên nhân vô căn.

#### V. KẾT LUẬN

Độ tuổi trung bình là  $35,24 \pm 19,39$ . Độ tuổi phổ biến là nhóm 18 – 60 tuổi (66,7%). Tỷ lệ nam/nữ là khoảng 1/1,14. Theo nghề nghiệp: lao động chân tay (28,8%), lao động trí óc (35,6%), hết tuổi lao động, trẻ em (35,6%).

Thời gian mắc bệnh trung bình là  $24,20 \pm 74,96$  ngày, chủ yếu là dưới 7 ngày (57,8%). Nguyên nhân phổ biến nhất theo YHHĐ là vô căn (91,1%), còn theo YHCT là phong hàn tà phạm kinh lạc (91,1%). Triệu chứng thường gặp nhất bao gồm: Miệng méo (100%); Mắt nhắm không kín (100%); Dấu hiệu Charles Bell (+) (100%); Mờ nếp nhăn trán và rãnh má mũi (100%).

Kết hợp phương pháp điện châm và xoa bóp bấm huyệt trong điều trị Liệt dây thần kinh VII ngoại biên mang lại hiệu quả cao với 91,1% giảm nhiều và hồi phục hoàn toàn.

Mối tương quan giữa kết quả điều trị với thời gian mắc bệnh, nguyên nhân mắc bệnh và phân độ mức độ bệnh tại thời điểm trước khi điều trị có ý nghĩa thống kê ( $p < 0,05$ ).

#### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Hồ Hữu Lương.** Bệnh thần kinh ngoại vi. Nhà xuất bản Y học Hà Nội. 2005.
2. **Lê Văn Minh.** Giáo trình Sau đại học Thần kinh học. Nhà xuất bản Y học. 2021.
3. **Lê Minh Hoàng.** Giáo trình Nội bệnh lý Y học cổ truyền tập 3. Nhà xuất bản Y học. 2024.
4. **Hoàng Anh Dũng.** Đặc điểm lâm sàng và kết quả điều trị 45 bệnh nhân Liệt dây thần kinh VII ngoại vi tại Khoa Y học cổ truyền, Bệnh viện Quân Y 91. Tạp chí Y học Quân sự, 2022, 359, 29-31. <https://yhqs.vn/tcyhqs/article/view/6>.
5. House JW, Brackmann DE. "Facial nerve grading system." Otolaryngol Head Neck Surg. 1985;93(2): 146-147. DOI: 10.1177/019459988509300202
6. **Nguyễn Minh Huệ, Lưu Quốc Hải, Tăng Khánh Huy, Lê Bảo Lưu.** Tình hình sử dụng các phương pháp y học cổ truyền điều trị liệt mặt ngoại biên nguyên phát. Tạp chí Y học Việt Nam, 2024, 535(1), 258-262. <https://doi.org/10.51298/vmj.v535i1.8569>.
7. **Vũ Yến Nhi, Lương Thanh Điền.** Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng và đánh giá kết quả điều trị bệnh nhân Liệt Bell tại Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ và Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Cần Thơ năm 2020-2022. Tạp chí Y Dược học Cần Thơ, 2022, 47, 58-65. <https://doi.org/10.58490/ctump.2022i47.20>.
8. **Đoàn Văn Minh.** Đánh giá hiệu quả điều trị liệt dây thần kinh số VII ngoại biên thể phong hàn giai đoạn bán cấp và phục hồi bằng điện châm kết hợp với thuốc cổ truyền. Tạp chí Y Dược học - Trường Đại học Y Dược Huế, 2019, 104-110, <https://www.doi.org/10.34071/jmp.2019.4.15>.

# NGHIÊN CỨU PHÂN TÍCH TRÌNH TỰ XÁC ĐỊNH ĐỘ BIẾN VÀ MỨC ĐỘ BIỂU HIỆN CỦA GEN NUCB2 VÀ SLC2A2 LIÊN QUAN ĐẾN NỒNG ĐỘ NESFATIN-1 TRÊN BỆNH NHÂN ĐÁI THÁO ĐƯỜNG TÍP 2

Nguyễn Thị Minh<sup>1</sup>, Hoàng Trung Vinh<sup>2</sup>, Cần Văn Mão<sup>2</sup>

## TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Xác định mức độ biểu hiện gen và phân tích trình tự xác định đột biến trên một số vùng gen liên quan đến nồng độ nesfatin-1 trên bệnh nhân đái tháo đường típ 2. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu được thực hiện 139 bệnh nhân đái tháo đường típ 2 thuộc nhóm bệnh và 75 đối tượng thuộc nhóm chứng tại Bệnh viện 198; được định lượng nồng độ nesfatin-1. Các phương pháp được thực hiện trong nghiên cứu bao gồm nghiên cứu mức độ biểu hiện gen bằng phương pháp Realtime-PCR và giải trình tự gen Sanger. **Kết quả:** Mức độ biểu hiện của 2 gen NUCB2 và SLC2A2 là có sự thay đổi rõ rệt và có ý nghĩa khi so sánh giữa nhóm mắc bệnh đái tháo đường típ 2 với nhóm chứng ( $p < 0.05$ ): Gen NUCB2, thì mức độ biểu hiện giảm khoảng 18-22% so với mức độ biểu hiện ở nhóm đối chứng khỏe mạnh. Gen SLC2A2, thay đổi mức độ biểu hiện theo hướng tăng mạnh khi so sánh với nhóm đối chứng (121%). Trên trình tự gen NUCB2 phát hiện được 06 điểm đột biến trên 6 mẫu trong tổng số 10 mẫu được giải trình tự (rs1941384932 G/A; rs1941406012 G/A; rs945974367 C/A; rs1239838466 G/C; Rs1941390294 G/C và Rs1476160930 GG/G). Trong đó, đột biến trong vùng intron gồm rs1941384932 G/A; rs1941390294 G/C và Rs1476160930 GG/G. 3 điểm xuất hiện SNPs thuộc vùng exon là: rs1941406012 G/A; rs945974367 C/T và rs1239838466 G/C. Vùng gen SLC2a2 ghi nhận 06 SNPs ở 2 nhóm bệnh nhân mới được chẩn đoán và đang được điều trị (rs756099063 T/A; rs2108232309 A/G; rs121909745 C/A; rs201322542 G/A; rs754406000 T/C và rs370761728 A/T), với 3 điểm thuộc vùng exons và 3 điểm nằm trong vùng introns. **Kết luận:** Nghiên cứu đã cung cấp cơ sở dữ liệu ban đầu quan trọng về sự hiện diện của các SNPs và mức độ biểu hiện của gen NUCB2 và SLC2A2 ở bệnh nhân đái tháo đường típ 2, liên quan đến nồng độ nesfatin-1 trên bệnh nhân ĐTĐ2. Tuy nhiên, để xác định chính xác mối liên hệ tương quan trên 2 vùng gen này cần có các nghiên cứu mở rộng và phân tích chuyên sâu hơn. **Từ khóa:** nesfatin-1; Đái tháo đường típ 2; NUCB2 gen; SLC2A2 gen; mới được chẩn đoán; đã điều trị.

## SUMMARY

### STUDY ON SEQUENCE ANALYSIS TO DETERMINE MUTATIONS AND EXPRESSION

<sup>1</sup>Bệnh viện 19-8

<sup>2</sup>Học viện Quân y

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Minh

Email: minhch25@gmail.com

Ngày nhận bài: 4.12.2024

Ngày phản biện khoa học: 14.01.2025

Ngày duyệt bài: 13.2.2025

## LEVELS OF NUCB2 AND SLC2A2 GENES RELATED TO NESFATIN-1 CONCENTRATION IN PATIENTS WITH TYPE 2 DIABETES

**Objective:** To determine the gene expression levels and analyze sequencing to identify mutations in certain genes associated with nesfatin-1 levels in patients with type 2 diabetes. **Subjects and Methods:** The study was conducted with 139 patients with type 2 diabetes in the patient group and 75 subjects in the control group at 198 Hospital; where nesfatin-1 levels were quantified. The methods employed in the study included gene expression analysis using Real-time PCR and Sanger sequencing. **Results:** The expression levels of the NUCB2 and SLC2a2 genes showed significant changes when comparing the type 2 diabetes patient group with the control group ( $p < 0.05$ ): The NUCB2 gene expression level decreased by about 18-22% compared to the healthy control group. The SLC2A2 gene expression level increased by 121% when compared to the control group. Six mutations were identified in the NUCB2 gene sequence across 6 samples out of the total 10 samples sequenced (rs1941384932 G/A; rs1941406012 G/A; rs945974367 C/A; rs1239838466 G/C; Rs1941390294 G/C; and Rs1476160930 GG/G). Among these, mutations in the intronic region included rs1941384932 G/A, rs1941390294 G/C, and Rs1476160930 GG/G. Three SNP points in the exon region were: rs1941406012 G/A, rs945974367 C/T, and rs1239838466 G/C. In the SLC2a2 gene region, 06 SNPs were recorded in two groups of patients: newly diagnosed and currently treated (rs756099063 T/A; rs2108232309 A/G; rs121909745 C/A; rs201322542 G/A; rs754406000 T/C; and rs370761728 A/T), with 3 points in the exons and 3 points in the introns. **Conclusion:** This study provides important initial data regarding the presence of SNPs and gene expression levels of NUCB2 and SLC2A2 in patients with type 2 diabetes, related to nesfatin-1 levels in these patients. However, to determine the exact correlation between these two gene regions, further expanded and in-depth studies are needed.

**Keywords:** nesfatin-1; Type 2 diabetes; NUCB2 gene; SLC2A2 gene; newly diagnosed; treated.

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đái tháo đường được coi là "đại dịch" của thế kỷ 21, ảnh hưởng đến hàng triệu người trên toàn thế giới. Theo thống kê của Liên đoàn Đái tháo đường Quốc tế 2018, thế giới có khoảng 425 triệu người mắc bệnh đái tháo đường. Trong đó, hơn 90% mắc bệnh đái tháo đường típ 2 và xu hướng này đang gia tăng. Trong 10 năm qua, tỷ lệ mắc bệnh đái tháo đường ở Việt Nam tăng 211%, cao gấp 3 lần so với thế giới (70%). Việt