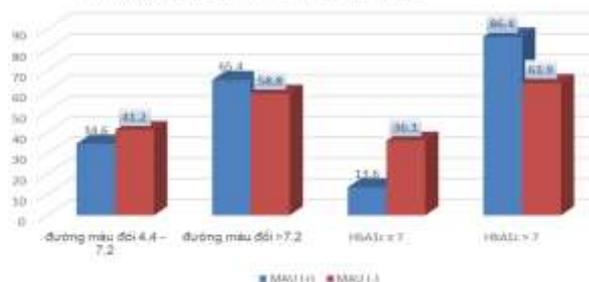


**Nhận xét:** Trong nghiên cứu, tỷ lệ bệnh nhân có tỷ lệ eGFR < 60ml/p/1,73m<sup>2</sup> là 24,5%.

Tỷ lệ MAU niệu dương tính gần như tương đương giữa hai nhóm có eGFR ≥ 60 ml/p/1,73m<sup>2</sup> và nhóm có eGFR <60ml/p/1,73m<sup>2</sup> (40,8- 40,4 %).

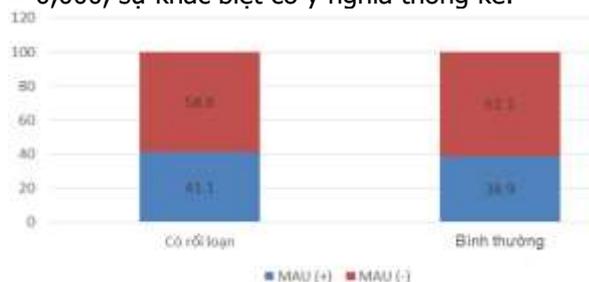
Mối liên quan giữa MAU và đường máu



**Biểu đồ 2: Mối liên quan giữa MAU và đường máu**

**Nhận xét:** Trong nhóm MAU dương tính, tỷ lệ bệnh nhân có đường máu đói >7,2 mmol/L là 65,4%, cao hơn so với nhóm MAU âm tính (58,8%), sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê, với p = 0,889.

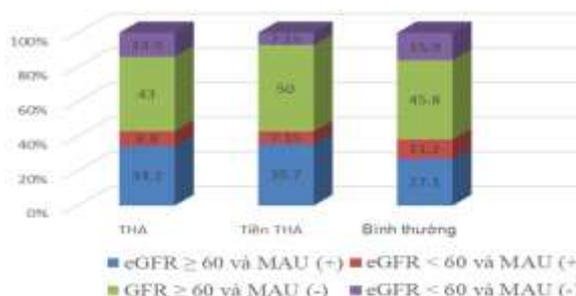
Trong nhóm MAU dương tính, có 86,4% bệnh nhân có HbA1c >7,0% cao hơn rõ rệt so với nhóm MAU âm tính (63,9%). Ngược lại, nhóm có HbA1c ≤7,0% chiếm 13,6% ở nhóm nhân MAU dương, trong khi là 36,1% ở nhóm MAU âm. Điều này khẳng định mối liên quan hệ tuyến tính giữa kiểm soát đường huyết kém được thể hiện bởi chỉ số HbA1c với tổn thương thận sớm (microalbumin niệu dương tính) với p = 0,000, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê.



**Biểu đồ 3: Mối liên quan giữa MAU và lipid máu**

**Nhận xét:** Trong nghiên cứu, có 146 trường hợp có rối loạn lipid máu (chiếm 73,0%). Ở nhóm này, tỷ lệ có tổn thương thận (MAU dương tính) là 60 trường hợp (41,1%), trong khi không có tổn thương thận là 86 trường hợp (58,8%).

Ở nhóm bệnh nhân có lipid máu bình thường (54 trường hợp, chiếm 27,0%), tỷ lệ có tổn thương thận là 21 trường hợp (38,9%) và không có tổn thương thận là 33 trường hợp (61,1%). Sự khác biệt về tỷ lệ tổn thương thận giữa hai nhóm không có ý nghĩa thống kê (p > 0,05).



**Biểu đồ 4: Mối liên quan giữa tăng huyết áp và tổn thương thận**

**Nhận xét:** Cho thấy mối liên quan giữa tình trạng huyết áp và tổn thương thận ở các nhóm đối tượng nghiên cứu. Ở nhóm tăng huyết áp (THA), tỷ lệ bệnh nhân có mức lọc cầu thận giảm (eGFR <60 ml/ph/1,73m<sup>2</sup>) hoặc có microalbumin niệu (MAU (+)) chiếm tỷ lệ đáng kể. Cụ thể, nhóm eGFR ≥ 60 và MAU (+) chiếm 34,2%, trong khi eGFR < 60 và MAU (+) là 8,8%. Như vậy, tổng tỷ lệ có biểu hiện tổn thương thận ở nhóm THA là 43%, cao hơn so với các nhóm khác. Sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê giữa nhóm tổn thương thận và THA với p > 0,05, lần lượt ở nhóm MAU (+) và MAU (-) là 0,51 và 0,55.

#### IV. BÀN LUẬN

**Tỷ lệ MAU:** Nghiên cứu của chúng tôi có 40,5 % bệnh nhân có MAU dương tính, trong đó có 38,5% bệnh nhân có MAU nhưng chưa có protein niệu, với p < 0,05, cao hơn kết quả nghiên cứu của Phạm Thuý Hường (2022)[3] là 29,7% và Nguyễn Thị Thuý Mậu (2024)[4] 24,2% (18,1% có albumin vi thể và 6,1% có albumin đại thể), do đặc điểm đường máu cao và tỷ lệ bệnh đồng mắc như THA, rối loạn mỡ máu cao hơn. Kết quả này phù hợp với diễn biến của bệnh thận đái tháo đường và tương đồng với một số các nghiên cứu của Lê Công Trứ và cộng sự (2020)[5] là 55% và của Bun Nhông (2022)[6] là 42,2%. Thông qua đó, nghiên cứu khẳng định vai trò quan trọng MAU trong việc sàng lọc và phát hiện tổn thương thận sớm.

**Mối liên quan eGFR và MAU:** Tỷ lệ MAU niệu dương tính gần như tương đương giữa hai nhóm eGFR < 60ml/p và eGFR ≥60 ml/p lần lượt là 40,8-40,4%. Tỷ lệ bệnh nhân có tổn thương thận (eGFR < 60ml/p hoặc MAU (+)) là 110/200 (55%) trong đó 10% (eGFR <60 ml/p và MAU (+)), cao hơn so với kết quả của nghiên cứu Phạm Thuý Hường( 2022) [3] và Nguyễn Thị Thuý Mậu lần lượt là 31,7% và 34,4%[4]. Sự khác biệt này do cách chọn bệnh nhân, địa lý, giới tính, đặc biệt phương pháp xét

nghiệm Microalbumin niệu khác nhau.

Vậy nếu chỉ sử dụng mức lọc cầu thận hoặc albumin niệu thì có thể để sót những bệnh nhân có tổn thương thận. Trong nghiên cứu chúng tôi thấy có 61/200 bệnh nhân có mức lọc cầu thận  $\geq 60$ ml/phút nhưng MAU (+), tỷ lệ này cao hơn khi chỉ đánh giá tổn thương thận bằng mức lọc cầu thận (49/200) hoặc protein niệu (8/200). Do vậy, cần kiểm tra có hệ thống bệnh nhân mới mắc đái tháo đường nhằm phát hiện, điều trị sớm cho bệnh nhân.

**Mối liên quan sinh trắc học và MAU:** BMI và WHR là 2 chỉ số được nhắc đến với sự ảnh hưởng đến cơ chế bệnh sinh đái tháo đường type 2- sự tăng đề kháng insulin cũng như là cơ chế tổn thương thận. Các nghiên cứu gần đây cho thấy các chỉ số phân bố mỡ như WHR, vòng eo, WWI hay VAI thường dự báo microalbumin niệu mạnh hơn so với BMI đơn thuần. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ MAU dương tính đều chiếm tỷ lệ cao ở nhóm BMI (thừa cân, béo phì) và WHR cao, tuy nhiên với  $p > 0,05$  mối liên quan này không có ý nghĩa thống kê do cỡ mẫu nhỏ, còn hạn chế.

**Mối liên quan giữa kiểm soát lipid máu và MAU:** Trong nghiên cứu, tỷ lệ rối loạn lipid máu ở bệnh nhân đái tháo đường type 2 là khá cao, chiếm 73% tổng số bệnh nhân. Dù tình trạng rối loạn lipid phổ biến, kết quả phân tích cho thấy không có sự khác biệt đáng kể về tỷ lệ MAU giữa nhóm có rối loạn lipid và nhóm bình thường (41,1% so với 38,9%,  $p = 0,778$ ). Kết quả này khác sau với nghiên cứu nghiên cứu của Nguyễn Thị Thuý Mậu (2024) [4]. Sự khác biệt này là do tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân, phương pháp đánh giá và phát hiện tổn thương thận ở các nghiên cứu là khác nhau. Mặt khác, trong giai đoạn sớm của bệnh thận đái tháo đường (chỉ biểu hiện MAU), các yếu tố quyết định mạnh hơn là kiểm soát đường huyết (HbA1c) và huyết áp.

**Mối liên quan giữa đường máu và MAU:**

Glucose máu đói: nhóm có glucose máu đói  $>7,2$  mmol/L có tỷ lệ MAU dương tính cao hơn (65,4% so với 58,8%). Nhưng tỷ lệ MAU (+) ở 2 nhóm kiểm soát tốt và không tốt glucose máu đói không có sự khác biệt với  $p > 0,05$ . Tỷ lệ này thấp hơn so với nghiên cứu Bun Nhung (2022)[6] với 79,3%. Điều này có thể do lựa chọn đối tượng nghiên cứu và MAU chịu ảnh hưởng bởi nhiều yếu tố khác ngoài glucose máu như: thời gian mắc bệnh, huyết áp, rối loạn lipid, thuốc điều trị, kiểm soát HbA1c dài hạn. Kết quả phù hợp với nhận định trong y văn: microalbumin niệu phản ánh tổn thương vi mạch

sớm, thường liên quan chặt chẽ hơn với HbA1c và thời gian mắc bệnh hơn là chỉ với glucose đói đơn thuần [7].

Chỉ số HbA1c: Kết quả cho thấy tỷ lệ MAU dương tính tăng rõ ở nhóm có HbA1c  $>7\%$  với tỷ lệ cao rõ rệt có 86,4%, gấp khoảng 2,3 lần so với nhóm HbA1c  $\leq 7,0$ . Điều đó phản ánh rằng sự kiểm soát glucose máu kém kéo dài gây tổn thương vi mạch thận sớm, kết quả này tương tự kết quả nghiên cứu của Lê Công Trứ [5] là HbA1c  $\geq 7\%$  có tỷ lệ Microalbumin niệu (+) là 75,7% và tỷ lệ ACR (+) là 82,7%, cao hơn so với nhóm bệnh nhân ĐTD có HbA1c  $<7\%$ , với MAU (+) và ACR (+) lần lượt là 24,3% và 17,3%.

**Mối liên quan THA và tổn thương thận:** Kết quả phân bố tổn thương thận theo mức huyết áp trong nhóm nghiên cứu cho thấy, tổn thương thận (MAU (+) hoặc eGFR  $<60$  ml/phút) xuất hiện ở cả nhóm bệnh nhân có huyết áp bình thường, nhóm tiền tăng huyết áp và tăng huyết áp. Cụ thể, ở nhóm tăng huyết áp  $\geq 140/90$  mmHg, tỷ lệ tổn thương thận có MAU (+) chiếm 34,2% ở bệnh nhân có eGFR  $\geq 60$  và 10% ở bệnh nhân eGFR  $<60$ , trong khi ở nhóm huyết áp  $<120/80$  mmHg, tỷ lệ tương ứng là 27,1% và 11,2% nhưng tỉ lệ tổn thương thận có chiếm tỉ lệ cao ở nhóm tăng huyết áp và tiền tăng huyết áp so với nhóm bình thường với  $p = 0,51$  và  $p = 0,55$  tương ứng, không có ý nghĩa thống kê, do cỡ mẫu hạn chế, kết quả tương đối khác với nghiên cứu của Nguyễn Thị Thuý Mậu [4] là tăng huyết áp kéo dài liên quan độc lập với tỷ lệ MAU (+) và eGFR giảm, đồng thời tỷ lệ tổn thương thận tăng theo mức huyết áp. Tuy nhiên, kết quả vẫn nhấn mạnh rằng tổn thương thận có xu hướng tăng lên ở bệnh nhân có THA và đái tháo đường kèm theo. Ngoài ra, chúng tôi cũng thấy biến chứng thận có thể xảy ra ở bệnh nhân ĐTD ngay cả khi huyết áp kiểm soát bình thường, điều này phù hợp với cơ chế sinh lý bệnh học, trong đó MAU xuất hiện sớm trước khi protein niệu đại thể và trước khi eGFR giảm. Do đó, việc sàng lọc tổn thương thận định kỳ bằng cả MAU và eGFR là cần thiết, đồng thời kiểm soát đa yếu tố nguy cơ như đường huyết, lipid, acid uric và huyết áp, để làm chậm tiến triển CKD ở bệnh nhân ĐTD typ 2 với hướng dẫn của ADA và KDIGO khuyến cáo kiểm soát huyết áp  $<130/80$  mmHg nhằm làm chậm tiến triển bệnh thận ở bệnh nhân ĐTD [7].

**V. KẾT LUẬN**

- Độ tuổi trung bình  $59,55 \pm 11,75$  tuổi, với tỷ lệ phát hiện lần đầu khoảng 51%, chủ yếu là đi khám sàng lọc định kỳ, kiểm tra sức khoẻ.

- Tỷ lệ MAU chiếm 40,5% trong đó có 38,5% có MAU (+) khi protein niệu âm tính, với  $p < 0,05$  có ý nghĩa thống kê. Điều này củng cố giá trị của MAU như một chỉ số phát hiện sớm và theo dõi tiến triển bệnh thận ĐTD.

- Đường máu bao gồm glucose máu đói và HbA1c kiểm soát chưa chặt chẽ, trong đó HbA1c có mối liên quan tuyến tính chặt chẽ đến sự xuất hiện MAU và tổn thương thận sớm ( $p < 0,001$ ).

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **American Diabetes Association**, Classification and Diagnosis of Diabetes: Standards of Medical Care in Diabetes-2022. Diabetes care, 43 (Suppl 1), S17-S23.
2. **Bộ Y tế** (2020), số 5481/QĐ – BYT: “Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị đái tháo đường type 2”.
3. **Phạm Thúy Hương, Nguyễn Quang Phúc** (2022), “Nghiên cứu đặc điểm tổn thương thận ở bệnh nhân đái tháo đường type 2 phát hiện trong

- năm đầu trong năm 2021- 2022”, Tạp chí y học, 2024
4. **Nguyễn Thị Thuý Mậu** (2024), “Đánh giá tình trạng tổn thương thận thông qua chỉ số eGFR và UACR trên bệnh nhân đái tháo đường type 2 tại Bệnh viện Nội tiết Trung Ương năm 2024-2025”, Tạp chí y học Việt Nam, tr 46-50, tập 552- tháng 7/2025
  5. **Lê Công Trứ và Trần Thị Thu Thảo** (2020), “Tỷ lệ microalbumin niệu dương tính, mối liên quan giữa tỷ lệ microalbumin, mircoalbumin/ creatinine niệu trong mẫu nước tiểu ngẫu nhiên và mức lọc cầu thận ở bệnh nhân đái tháo đường type 2.” vietnam medical journal n01 - august – 2023.
  6. **Bun Nhông, Phonepasert Souvannalath, Somboun Xaiyakhan**: Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và đánh giá biến chứng thận ở bệnh nhân đái tháo đường type 2 tại khoa nội tiết - Bệnh viện Trung ương 103. DOI: <https://doi.org/10.52389/ydls.v17iDB.1437>.
  7. **Khuyến cáo hướng dẫn chẩn đoán và điều trị đái tháo đường ADA 2024 dựa trên “Standards of care in Diabetes 2024”**

## ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ ĐIỆN CHÂM KẾT HỢP CỨU ĐIỀU NGẢI, XOA BÓP BẮM HUYỆT TRÊN BỆNH NHÂN LIỆT VII NGOẠI BIÊN DO LẠNH TẠI BỆNH VIỆN THANH NHÀN

Nguyễn Thị Ngọc Linh<sup>1,2</sup>, Lê Thị Thu Hương<sup>1</sup>

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Đánh giá kết quả điện châm kết hợp cứu điều ngải, xoa bóp bấm huyệt trên bệnh nhân liệt thần kinh VII ngoại biên do lạnh tại Bệnh viện Thanh Nhàn. **Phương pháp và đối tượng nghiên cứu:** nghiên cứu tiền cứu, can thiệp lâm sàng, so sánh kết quả trước và sau điều trị trên 42 bệnh nhân được chẩn đoán liệt thần kinh VII ngoại biên do lạnh. **Kết quả nghiên cứu:** Sau điều trị bệnh nhân hở khe mắt mức độ nhiều giảm từ 42,8% xuống không còn bệnh nhân hở khe mắt mức độ nhiều, bệnh nhân méo miệng ngay cả khi nghỉ ngơi giảm từ 40,5% còn 4,7%; Có 54,7% bệnh nhân đạt kết quả tốt, 33,3% đạt kết quả khá, 12% đạt kết quả điều trị trung bình và không có bệnh nhân nào có kết quả điều trị kém. **Kết luận:** Điện châm, cứu ngải kết hợp xoa bóp bấm huyệt (XBBH) cho thấy hiệu quả điều trị tốt trên bệnh nhân liệt thần kinh VII ngoại biên do lạnh.

**Từ khóa:** Xoa bóp bấm huyệt, điện châm, liệt thần kinh VII ngoại biên.

### SUMMARY

#### EVALUATION OF THE THERAPEUTIC

<sup>1</sup>Bệnh viện Thanh Nhàn

<sup>2</sup>Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Ngọc Linh

Email: drlinhyhct@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 3.10.2025

Ngày phản biện khoa học: 14.11.2025

Ngày duyệt bài: 5.12.2025

### OUTCOMES OF ELECTROACUPUNCTURE COMBINED WITH MOXIBUSTION AND ACUPRESSURE–MASSAGE IN PATIENTS WITH COLD-INDUCED PERIPHERAL FACIAL NERVE (VII) PALSYP AT THANH NHAN HOSPITAL

**Objective:** To evaluate the therapeutic outcomes of electroacupuncture combined with moxibustion and acupressure–massage in patients with cold-induced peripheral facial nerve (VII) palsy at Thanh Nhan Hospital. **Methods and Subjects:** A prospective interventional clinical study was conducted, outcomes before and after treatment in 42 patients diagnosed with cold-induced peripheral facial nerve palsy. **Results:** After treatment, the proportion of patients with marked eyelid fissure widening decreased from 42.8% to zero. The percentage of patients presenting with oral deviation even at rest declined from 40.5% to 4.7%. Overall, 54.7% of patients achieved good therapeutic outcomes, 33.3% achieved fair outcomes, 12% had average results, and no patients demonstrated poor outcomes. **Conclusion:** Electroacupuncture combined with moxibustion and acupressure–massage demonstrated favorable therapeutic efficacy in patients with cold-induced peripheral facial nerve palsy.

**Keywords:** Acupressure – massage, electroacupuncture, peripheral facial nerve palsy.

### I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Liệt dây thần kinh VII ngoại biên là hiện tượng hạn chế hay không cử động được các cơ

bám da mặt [1]. Nguyên nhân có thể do lạnh, nhiễm trùng, chấn thương, khối u hoặc các rối loạn trong xương đá, trong đó nguyên nhân do lạnh chiếm 80% [2]. Biểu hiện trên lâm sàng của liệt VII ngoại biên thường là miệng méo và mắt nhắm không kín. Bệnh tuy không nguy hại đến tính mạng người bệnh nhưng ảnh hưởng nhiều đến sinh hoạt như: vận động các cơ ở mặt, điều tiết mắt, khó khăn trong ăn uống và ảnh hưởng nhiều đến thẩm mỹ, làm người bệnh mất tự tin trong giao tiếp.

Về điều trị liệt thần kinh VII ngoại biên do lạnh, Y học hiện đại (YHHĐ) đã áp dụng các phương pháp như dùng thuốc corticoid, vitamin, phẫu thuật... tuy nhiên corticoid có nhiều tác dụng phụ, phương pháp phẫu thuật thì phức tạp và tốn kém và ít được áp dụng. Y học cổ truyền (YHCT) cũng đã có nhiều phương pháp điều trị bệnh trong đó phương pháp điện châm kết hợp cứu điều ngải và XBBH là phương pháp chữa bệnh không dùng thuốc rất phổ biến, dễ thực hiện, ít tác dụng phụ và có hiệu quả cao trên lâm sàng. Tổ chức Y tế Thế giới đã khuyến cáo sử dụng các phương pháp YHCT trong điều trị bệnh liệt thần kinh VII ngoại biên do lạnh để hạn chế tác dụng không mong muốn do dùng corticoid gây ra [3], [4].

Tại khoa Y học cổ truyền bệnh viện Thanh Nhàn chúng tôi áp dụng phối hợp điện châm, cứu điều ngải và XBBH trong điều trị bệnh nhân liệt thần kinh VII ngoại biên do lạnh cho thấy hiệu quả cải thiện triệu chứng tốt, ít tác dụng phụ trên lâm sàng, bệnh nhân hài lòng với phương pháp điều trị. Vì vậy nhóm nghiên cứu tiến hành đề tài với mục tiêu: *"Đánh giá kết quả điện châm kết hợp cứu điều ngải, xoa bóp bấm huyệt trên bệnh nhân liệt thần kinh VII ngoại biên do lạnh tại Bệnh viện Thanh Nhàn năm 2022"*.

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

**2.1. Đối tượng nghiên cứu.** Bệnh nhân từ 16 tuổi trở lên được chẩn đoán là liệt thần kinh VII ngoại biên do lạnh điều trị ngoại trú tại khoa Y học cổ truyền bệnh viện Thanh Nhàn từ tháng 1/2022 – 10/2022. Lấy cỡ mẫu chủ đích là 42 bệnh nhân.

**2.1.1. Tiêu chuẩn chọn bệnh nhân.** Bệnh nhân từ 16 tuổi trở lên không phân biệt giới tính, nghề nghiệp, được chẩn đoán là liệt thần kinh VII ngoại biên do lạnh theo tiêu chuẩn chẩn đoán của Bộ Y tế [5]. Bắt buộc có rối loạn chức năng vận động: liệt vận động 1/2 mặt; Có thể có: Rối loạn thần kinh thực vật (RLTKTV): rối loạn điều tiết nước bọt và hoặc nước mắt.

Không kèm theo tổn thương dây thần kinh

sọ não hoặc bệnh lý thần kinh khác; Hội chứng nhiễm trùng (-); Không có chấn thương vùng đầu mặt; Khám tai mũi họng bình thường.

### 2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ bệnh nhân.

BN không tuân thủ đúng quá trình điều trị; BN bỏ điều trị vì lý do cá nhân; BN không đồng ý tham gia nghiên cứu. BN có chống chỉ định với điện châm: người thiếu máu, mắc các bệnh về tim, tình trạng tinh thần không ổn định, phụ nữ có thai, vùng da lở loét, nhiễm trùng; BN có tiền sử dị ứng với ngải.

**2.2. Phương tiện nghiên cứu.** Máy điện châm, kim châm cứu, điều ngải, bông vô trùng, cồn 70 độ, hộp Inox, pince có mẫu, khay vô trùng, thước đo, mẫu bệnh án nghiên cứu.

### 2.3. Phương pháp nghiên cứu

**2.3.1. Thiết kế nghiên cứu:** Tiến cứu, can thiệp lâm sàng, so sánh trước và sau điều trị.

**2.3.2. Quy trình nghiên cứu:** Bệnh nhân nghiên cứu đều được thăm khám lâm sàng toàn diện theo mẫu bệnh án thống nhất, phù hợp với tiêu chuẩn chọn bệnh nhân, đánh giá triệu chứng lâm sàng trước điều trị (D0). Phác đồ điều trị: Điện châm 30 phút/lần x 5 lần/tuần từ thứ 2 đến thứ 6 theo công thức huyết chung: Toàn túc, Tỉnh minh, Đồng tử liêu, Dương bạch, Quyền liêu, Địa thương, Giáp xa, Ất phong, Nghinh hương, Thừa tướng, Nhân trung, Phong trì: bên liệt; Hợp cốc: bên đối diện. Đồng thời cứu điều ngải 10 phút trên đốc kim, sau đó XBBH 20 phút theo quy trình chung. Thủ thuật XBBH theo thứ tự các động tác trên da cơ: xát, miết, phân, day, véo và các động tác trên huyết: day, ấn huyết.

Theo dõi các biểu hiện lâm sàng, các tác dụng không mong muốn của phác đồ điều trị sau 20 ngày vào viện, hoặc sớm hơn khi bệnh nhân khỏi bệnh (D1). Thu thập thông tin vào bệnh án nghiên cứu, đánh giá kết quả và đưa ra kết luận.

### 2.4. Các chỉ nghiên cứu và cách đánh giá

**2.4.1. Đánh giá triệu chứng lâm sàng:** Dựa vào các triệu chứng chính của bệnh nhân khi vào viện, kết hợp với thang điểm đánh giá của J. House – Lê Văn Thành [6]. Chúng tôi xây dựng bảng điểm đánh giá các triệu chứng tại thời điểm D0 và D1 như sau:

**Bảng 2.1. Thang điểm triệu chứng lâm sàng chính**

	Đặc điểm	Điểm
Khe hở mi mắt	>3mm	2
	≤3mm	1
	Bình thường	0
Tăng tiết	Nhiều - chảy nước mắt liên tục, có khi thành dòng	3