

tại Bệnh viện Nội tiết Trung ương giai đoạn 2019-2020", Tạp chí Y học Việt Nam, tập 501, số 1, trang 140-144.

5. **Nguyễn Thị Thu Phương, Vũ Tuấn Cường, Ngô Thị Quỳnh Mai, Nguyễn Thị Lan Anh** (2021), "Tính hợp lý trong việc xây dựng danh mục và cung ứng thuốc thông qua các chỉ số sử dụng thuốc tại Bệnh viện Đa khoa Quốc tế Hải Phòng năm 2020", Tạp chí Y học Dự phòng, tập 31, số 5, trang 185-192.
6. **Nguyễn Đức Trung, Nguyễn Hồng Châu, Nguyễn Thị Thanh Hương** (2021), "Phân tích cơ

cấu thuốc sử dụng tại Trung tâm Y tế huyện Gò Công Tây, tỉnh Tiền Giang năm 2019", Tạp chí Y học Việt Nam, tập 499, số 1-2, trang 169-173.

7. **Trần Thị Ngọc Vân, Cù Thanh Tuyền, Đặng Kim Loan, Hoàng Việt, Trinh Minh Hiệp, Hoàng Thy Nhac Vũ** (2019), "Mô tả tình hình sử dụng thuốc tại bệnh viện Nguyễn Đình Chiểu, tỉnh Bến Tre giai đoạn 2011-2017", Tạp chí Y Dược học Quân sự, tập 23, số 2, trang 21-29.
8. **International Diabetes Federation**, 2021, IDF Diabetes Atlas 10th edition 2021.

## ĐẶC ĐIỂM HÌNH ẢNH CỘNG HƯỞNG TỪ XUNG ĐỘT THẦN KINH VII - MẠCH MÁU VÀ MỐI LIÊN QUAN VỚI KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ BOTULINUM TOXIN Ở BỆNH NHÂN CO THẮT NỬA MẶT NGUYÊN PHÁT

Trương Huệ Linh<sup>1</sup>, Nguyễn Văn Liệu<sup>1,2</sup>, Vũ Thị Hình<sup>1</sup>, Nguyễn Đoàn Thủy<sup>1</sup>  
Nguyễn Thu Hà<sup>1</sup>, Kiều Thị Hậu<sup>1</sup>, Phạm Ngọc Huyền<sup>1</sup>

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Mô tả đặc điểm hình ảnh cộng hưởng từ xung đột thần kinh VII - mạch máu ở bệnh nhân co thắt nửa mặt nguyên phát và xác định mối liên quan của nó với mức độ nặng của bệnh và với hiệu quả điều trị bằng Botulinum toxin. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Mô tả cắt ngang, 58 bệnh nhân co thắt nửa mặt được chụp cộng hưởng từ dây VII và được điều trị bằng tiêm Dysport<sup>®</sup> tại bệnh viện đa khoa Tâm Anh trong khoảng thời gian từ tháng 6/2021 đến tháng 5/2022. **Kết quả:** 58 bệnh nhân, gồm 47 nữ (81%) và 11 nam (19%), tuổi trung bình là 57,1 ± 10,0. 96,6% bệnh nhân được phát hiện thấy có xung đột thần kinh VII với mạch máu trên chuỗi xung T2-CISS. Tác nhân là động mạch tiểu não dưới chiếm tỉ lệ cao nhất (56,9%). Xung đột ở vùng REZ/TZ chiếm 63,8%. Xung đột độ I chiếm 17,3%; độ II chiếm 56,9% và độ III (xung đột kép) chiếm 22,4%. Nguy cơ co thắt mức độ nặng đến rất nặng của nhóm có xung đột kép cao gấp 11,478 lần nhóm không phải xung đột kép. Khả năng điều trị bằng Botulinum toxin đạt hiệu quả tốt của nhóm không phải xung đột kép cao gấp 6,329 lần nhóm xung đột kép. **Kết luận:** Chụp cộng hưởng từ dựng xung T2-CISS cần thiết được thực hiện trên tất cả bệnh nhân co thắt nửa mặt để phát hiện và đánh giá đặc điểm của xung đột thần kinh VII - mạch máu. Khả năng điều trị bằng Botulinum toxin đạt hiệu quả tốt của nhóm không phải xung đột kép cao gấp 6,329 lần nhóm xung đột kép.

**Từ khóa:** Co thắt nửa mặt, xung đột thần kinh - mạch máu

### SUMMARY

#### RESEARCH OF MRI IMAGING OF NEUROVASCULAR COMPRESSION AND ITS CORRELATION WITH EFFICACY OF TREATMENT BOTULINUM TOXIN IN PRIMARY HEMIFACIAL SPASM'S PATIENTS

**Objectives:** Description of the MRI-CISS imaging of facial nerve in primary hemifacial spasm's patients and of the correlation between neurovascular compression with efficacy of treatment botulinum toxin and with Jankovic disability rating scale. **Materials and methods:** Descriptive study. A total of 58 patients with primary hemifacial spasm were subject to 3D-CISS MRI of facial nerve and were treated by injections of botulinum toxin A (Dysport<sup>®</sup>) in Tam Anh Hospital from 6/2021 to 5/2022. **Results:** Fifty-eight patients (11 male, 47 female) were included in the study, the average age of 57,1 ± 10,0 years. T2-CISS revealed vascular compression in 96,6% patients (Grade I: 17,3%, grade II: 56,9%, grade III: 22,4%); 63,8% patients had artery compression or contact at REZ/TZ. The offending vessel was inferior cerebellar artery in 56,9% patients. The ability to achieve good efficacy of treatment of groups who have degree of neurovascular compression grade I and II is 6,329 times higher than that of grade III. **Conclusion:** We concluded that MRI T2-CISS should be performed in all primary hemifacial spasm's patients for detection and evaluation of neurovascular compression.

**Keywords:** Hemifacial spasm, neurovascular compression

### I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Co thắt nửa mặt là bệnh lý đặc trưng bởi các cử động co giật hoặc co cứng không chủ ý của các cơ ở một bên mặt do thần kinh VII cùng bên chi phối. Co thắt nửa mặt nguyên phát chiếm phần lớn các trường hợp, nguyên nhân chính là

<sup>1</sup>Bệnh viện Đa khoa Tâm Anh

<sup>2</sup>Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Trương Huệ Linh

Email: huelinh2202@gmail.com

Ngày nhận bài: 20.5.2022

Ngày phản biện khoa học: 29.6.2022

Ngày duyệt bài: 8.7.2022

sự chèn ép của mạch máu vào dây thần kinh VII tại lối ra của dây này ở vùng thân não [4,5]. Dù lành tính nhưng co thắt nửa mặt nguyên phát có thể gây ảnh hưởng đến thẩm mỹ, giao tiếp, công việc, từ đó ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống của người bệnh.

Chẩn đoán co thắt nửa mặt chủ yếu dựa vào lâm sàng. Ngày nay, nhờ tiến bộ của chẩn đoán hình ảnh, đặc biệt là kỹ thuật chụp cộng hưởng từ dựng xung T2-CISS, tỷ lệ phát hiện xung đột thần kinh VII - mạch máu gia tăng.[2,3,5]

Đã có nhiều nghiên cứu trên thế giới bàn luận về vấn đề này, tuy nhiên tại Việt Nam lại chưa có nhiều nghiên cứu về phát hiện xung đột thần kinh mạch máu trên cộng hưởng từ, cũng như mối liên quan giữa đặc điểm hình ảnh xung đột với mức độ nặng của bệnh và với hiệu quả điều trị bằng Botulinum toxin A - phương pháp điều trị triệu chứng được áp dụng hàng đầu hiện nay. [2-5,7,8] Vì vậy chúng tôi thực hiện nghiên cứu này với mục tiêu: *Mô tả đặc điểm hình ảnh cộng hưởng từ xung đột thần kinh VII - mạch máu ở bệnh nhân co thắt nửa mặt nguyên phát và xác định mối liên quan của nó với mức độ nặng của bệnh và với hiệu quả điều trị bằng Botulinum toxin A.*

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

### 2.1. Đối tượng nghiên cứu

**Tiêu chuẩn lựa chọn:** Bệnh nhân co thắt nửa mặt nguyên phát

- Quan sát thấy các cơ nửa mặt bị co thắt: cơ trán, cơ vòng mi, cơ gò má, cơ cười, cơ vòng miệng, cơ bám da cổ.

- Không có tiền sử chấn thương dây VII hay liệt VII ngoại vi.

- Cộng hưởng từ không tìm thấy các nguyên nhân của co thắt nửa mặt thứ phát: do khối choán chỗ vùng góc cầu tiểu não (u màng não, Schwannoma, nang màng nhện...), phình mạch, dị dạng mạch...

#### **Tiêu chuẩn loại trừ**

- Bệnh nhân không chụp được cộng hưởng từ (có dị vật kim loại, thiết bị cấy ghép...)

- Bệnh nhân có chống chỉ định với tiêm Botulinum toxin A (có thai, cho con bú...) hay có tiền sử dị ứng với các thành phần của thuốc.

### 2.2. Phương pháp nghiên cứu

**Thiết kế nghiên cứu:** Mô tả cắt ngang, chọn mẫu thuận tiện

**Thời gian nghiên cứu:** Từ tháng 6 năm 2021 đến tháng 5 năm 2022

**Địa điểm nghiên cứu:** Khoa Thần kinh – Bệnh viện đa khoa Tâm Anh Hà Nội

### Quy trình nghiên cứu

- Bước 1: Các bệnh nhân đến khám được chẩn đoán co thắt nửa mặt dựa trên lâm sàng và được đánh giá mức độ co thắt bằng thang điểm Jankovic:

+ Độ 1 (nhẹ): Co giật cơ mức độ nhẹ, gây khó chịu nhẹ, chưa ảnh hưởng đến thẩm mỹ, chưa ảnh hưởng chức năng

+ Độ 2 (trung bình): Co giật cơ mức độ trung bình, gây khó chịu nhiều, ảnh hưởng thẩm mỹ, chưa ảnh hưởng chức năng

+ Độ 3 (nặng): Co giật cơ nhiều, gây khó chịu, ảnh hưởng thẩm mỹ và chức năng

+ Độ 4 (rất nặng): Co giật cơ rất nhiều, ảnh hưởng nghiêm trọng chức năng

- Bước 2: Các bệnh nhân được chụp cộng hưởng từ sọ não bằng máy cộng hưởng từ của hãng Siemens, từ lực 1,5T với các xung thường quy để loại trừ các nguyên nhân thứ phát và tìm xung đột thần kinh VII với mạch máu trên chuỗi xung T2- CISS.

• Xung đột (nếu có) được phân thành ba mức độ:

+ Độ I: Mạch máu chạm nhẹ với dây thần kinh VII tại một vị trí.

+ Độ II: Mạch máu chèn ép dây VII tại một vị trí, gây biến dạng hoặc làm lệch đường đi của dây VII.

+ Độ III: Mạch máu chèn ép dây VII tại hai điểm trở lên (Xung đột kép)

• Nguyên nhân gây xung đột được xác định: Động mạch tiểu não, động mạch đốt sống, các động mạch khác, tĩnh mạch...

• Vị trí xung đột:

+ Vùng REZ (Root exit zone: vùng rễ thoát ra) hoặc TZ (Transitional zone: vùng chuyển tiếp): đoạn dây VII đi sát cầu não và đoạn dây VII dài 4mm tính từ điểm dây VII tách khỏi cầu não.

+ Vùng CZ (Cisternal zone: vùng bể chứa): đoạn còn lại của dây VII về phía ngoại vi.

- Bước 3: Tiến hành tiêm Botulinum toxin A (chế phẩm Dysport® của hãng Ipsen) và đánh giá hiệu quả tiêm bằng thang điểm Soulayrol

**Bảng 1: Thang điểm Soulayrol**

Hiệu quả trên cơ thắt	Tốt	2
	Trung bình	1
	Không	0
Thời gian duy trì hiệu quả	Trên 3 tháng	2
	1-3 tháng	1
	Dưới 1 tháng	0
Tác dụng phụ	Không	1
	Có	0
Cải thiện chức năng và chất lượng sống	Cải thiện rõ	2
	Cải thiện dao động	1
	Không cải thiện	0

Hiệu quả tốt nếu đạt 6-7 điểm, hiệu quả trung bình nếu đạt 4-5 điểm và không hiệu quả nếu đạt 0-3 điểm.

Nhập liệu và phân tích số liệu bằng phần mềm SPSS 20. Giá trị p < 0,05 được xem là khác biệt có ý nghĩa thống kê.

**III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU**

**3.1. Đặc điểm hình ảnh cộng hưởng từ xung đột thần kinh VII - mạch máu.** Trong thời gian từ tháng 6-2021 đến tháng 5-2022 có 58 bệnh nhân có thắt nửa mặt được chụp MRI dây VII và được tiêm Dysport<sup>®</sup>, với tỷ lệ nữ chiếm 83,3%, nam chiếm 16,7%, tuổi trung bình của nhóm bệnh nhân là 57,1 ± 10,0.

**3.1.1. Mức độ xung đột trên phim cộng hưởng từ**

**Bảng 2. Mức độ xung đột trên phim cộng hưởng từ**

Mức độ xung đột	n	%
Không có xung đột	2	3,4
Có xung đột	Độ I	10
	Độ II	33
	Độ III	13
<b>Tổng</b>	<b>58</b>	<b>100</b>

**Nhận xét:** 96,6% bệnh nhân có xung đột thần kinh VII – mạch máu trên xung T2-CISS. Xung đột độ II chiếm tỉ lệ cao nhất (56,9%).

**3.1.2. Mạch máu thủ phạm**

**Bảng 3. Mạch máu thủ phạm**

Nguyên nhân	n	%
Không thấy mạch máu chèn ép	2	3,4
<b>Một mạch đơn độc</b>	<b>43</b>	<b>74,2</b>
Động mạch tiểu não dưới	33	56,9

**Bảng 5. Liên quan giữa mức độ xung đột với mức độ co thắt và với hiệu quả điều trị tiêm**

			Mức độ xung đột		OR (95% CI)	P
			Độ III	Không xung đột hoặc độ I, II		
Mức độ co thắt	Nặng, rất nặng	n (%)	12(34,3)	23 (65,7)	11,478 (1,375 - 5,826)	0,009
	Nhẹ, trung bình	n (%)	1 (4,3)	22 (95,7)		
Hiệu quả điều trị	Hiệu quả tốt	n (%)	6(13,6%)	38 (86,4%)	6,329 (1,631-24,390)	0,004
	Không hiệu quả hoặc hiệu quả trung bình	n (%)	7 (50%)	7 (50%)		

**Nhận xét:** Nguy cơ co thắt mức độ nặng đến rất nặng của nhóm có xung đột kép cao gấp 11,478 lần nhóm không có xung đột kép (Với OR=11,478 và p<0,05). Khả năng điều trị đạt hiệu quả tốt của nhóm không phải xung đột kép cao gấp 6,329 lần nhóm xung đột kép (độ 3) (Với OR = 6,329, p < 0,05).

**IV. BÀN LUẬN**

**4.1. Đặc điểm hình ảnh cộng hưởng từ**

Động mạch đốt sống đơn độc	0	0
Mạch máu không xác định	10	17,3
<b>Hai mạch chèn ép trở lên</b>	<b>13</b>	<b>22,4</b>
Động mạch đốt sống kèm một động mạch khác	3	5,2
Hai mạch máu không xác định	10	17,2
<b>Tổng</b>	<b>58</b>	<b>100</b>

**Nhận xét:** Trong các trường hợp xác định được mạch máu thủ phạm, tác nhân là động mạch tiểu não dưới chiếm tỉ lệ cao nhất (56,9%).

**3.1.3. Đặc điểm vị trí xung đột thần kinh – mạch máu**

**Bảng 4. Vị trí xung đột thần kinh - mạch máu**

Vị trí xung đột	n	%
Không thấy mạch máu chèn ép	2	3,4
<b>Trường hợp một mạch đơn độc</b>	<b>43</b>	<b>74,2</b>
Vị trí REZ hoặc TZ	28	48,3
Vị trí CZ	15	25,9
<b>Trường hợp hai mạch chèn ép trở lên</b>	<b>13</b>	<b>22,4</b>
1 mạch tại vị trí REZ / TZ, kèm 1-2 mạch ở vị trí CZ	9	15,5
Các mạch đều ở vị trí REZ/TZ	0	0
Các mạch đều ở vị trí CZ	4	6,9
<b>Tổng</b>	<b>58</b>	<b>100</b>

**Nhận xét:** Ở trường hợp một mạch gây xung đột, vị trí xung đột ở vùng REZ / TZ chiếm tỉ lệ cao hơn (48,3%). Ở cả hai trường hợp, sự xuất hiện xung đột ở vùng REZ/TZ thấy được ở 37/58 bệnh nhân (chiếm 63,8%).

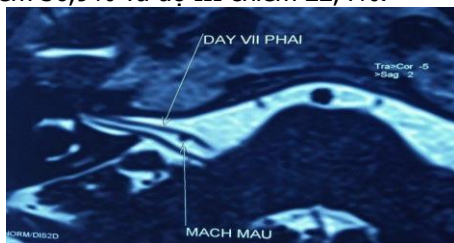
**3.2. Liên quan giữa mức độ xung đột trên cộng hưởng từ với mức độ co thắt và với hiệu quả điều trị tiêm**

**xung đột thần kinh VII - mạch máu**

**4.1.1. Mức độ xung đột thần kinh VII - mạch máu.**

Trong nghiên cứu của chúng tôi, 96,6% bệnh nhân có xung đột thần kinh VII – mạch máu trên xung T2-CISS. Kết quả này tương đồng với kết quả của các nghiên cứu trên thế giới. Theo Jia J và cộng sự, độ nhạy của 3 kỹ thuật T2 CISS, 3D TOF, kết hợp cả CISS và TOF lần lượt là 86,17%, 93,61% và 100%. [2]

Trên cộng hưởng từ có dựng xung CISS, chúng tôi có thể xác định được các mức độ xung đột thần kinh - mạch máu. Xung đột độ I chiếm 17,3%; độ II chiếm 56,9% và độ III chiếm 22,4%.



**Hình 1. Hình ảnh xung đột mức độ 2 trên T2- CISS**

Mạch máu chèn ép gây biến dạng dây thần kinh ("vết lõm" thần kinh)



**Hình 2. Hình ảnh xung đột mức độ 3 trên T2-CISS**

Nhiều mạch máu cùng chèn ép dây thần kinh, trong đó xung đột thấy cả ở vùng REZ và vùng CZ

**4.1.2. Mạch máu thủ phạm.** Trong các trường hợp xác định được mạch máu thủ phạm: tác nhân là động mạch tiểu não dưới chiếm tỉ lệ cao nhất (56,9%), không có trường hợp nào là động mạch đốt sống đơn độc, 3/58 ca (5,2%) là động mạch đốt sống đi kèm với một động mạch khác. Động mạch thủ phạm là động mạch đốt sống thường có tiên lượng điều trị kém, vì động mạch kích thước lớn, đặc biệt trong trường hợp nó giãn lớn kèm xơ cứng gây đè ép nặng.[1] Có một tỷ lệ đáng kể (34,4% trường hợp) chúng tôi không xác định được cụ thể mạch máu nào là thủ phạm, những trường hợp này có thể là các động mạch nhỏ, tĩnh mạch, hoặc các động mạch tiểu não nhưng có giải phẫu bất thường.[3]

Tuy còn hạn chế trong việc xác định mạch máu thủ phạm nhưng kết quả nghiên cứu của chúng tôi có sự tương đồng ở nhiều điểm với các nghiên cứu trên thế giới. Theo Jia J, mạch máu thủ phạm là các động mạch tiểu não cũng chiếm tỉ lệ cao nhất (77,66%), động mạch đốt sống đơn độc có tỉ lệ thấp (3,19%).[2]

**4.1.3. Vị trí xung đột thần kinh - mạch máu.** Việc phát hiện vị trí dây VII bị chèn ép là rất quan trọng. Hai vị trí dây VII dễ bị kích thích là vùng REZ (không được bọc bởi cấu trúc myelin

ngoại vi) và vùng TZ (vùng chuyển tiếp myelin trung ương – ngoại vi). Hiện nay, cũng có một số báo cáo trường hợp chèn ép xảy ra ở vùng ngoại vi (CZ) cũng gây ra biểu hiện lâm sàng tương tự.[6]. Chúng tôi không phân tách rõ ràng hai đoạn REZ và TZ, bởi xét về cơ chế bệnh sinh thì chúng đều là những đoạn dễ bị tổn thương của dây VII, hơn nữa, việc phân định chúng thực sự không dễ dàng. Trong nghiên cứu này, xung đột ở vùng REZ/TZ thấy được ở 37/58 bệnh nhân (chiếm 63,8%), xung đột ở vùng CZ chiếm 48,3%. Và có đến 19/58 bệnh nhân (32,8%) chỉ có xung đột ở CZ cũng đủ gây nên triệu chứng lâm sàng. Nghiên cứu của Iijima cho thấy, tỷ lệ xung đột thần kinh – mạch máu tại vị trí REZ, CZ lần lượt là 95% và 45%.[3] Có thể thấy, tỉ lệ tìm thấy xung đột ở vị trí CZ của chúng tôi tương đồng với kết quả của Iijima, nhưng tỉ lệ tìm thấy xung đột ở REZ của chúng tôi thấp hơn. Có lẽ bởi Iijima áp dụng cả phần mềm Image Fusion kết hợp hình ảnh cả T2-CISS và 3D-TOF và phổ màu mạch máu nên làm tăng khả năng phát hiện xung đột ở vùng REZ vốn dễ bị bỏ sót do dây VII đi áp sát thân não.

**4.2. Liên quan giữa mức độ xung đột trên cộng hưởng từ với mức độ co thắt và với hiệu quả điều trị tiêm.** Nguy cơ co thắt mức độ nặng đến rất nặng của nhóm xung đột kép cao gấp 11,478 lần nhóm không phải xung đột kép. Điều này phù hợp với giả thuyết về cơ chế bệnh sinh của bệnh, khi mà sự đè ép về mặt giải phẫu càng rõ rệt, thì sự hủy myelin dây VII càng nặng nề, phản ánh qua mức độ co thắt cơ nặng trên lâm sàng. [8]

Khả năng điều trị đạt hiệu quả tốt của nhóm không phải xung đột kép cao gấp 6,329 lần nhóm xung đột kép (OR=6,329, p<0,05). Nghiên cứu của Tunc và cộng sự trên 69 bệnh nhân có thắt nửa mặt cũng cho thấy hiệu quả điều trị Botulinum toxin ở nhóm có xung đột mạch máu thần kinh kém hơn so với nhóm không có xung đột.[8]

Trên thế giới và ở Việt Nam gần đây, phẫu thuật giải nén vi mạch cũng là một phương pháp điều trị có hiệu quả những trường hợp co thắt nửa mặt có xung đột thần kinh VII - mạch máu. Kết quả của nghiên cứu này đặt ra câu hỏi có nên chỉ định phẫu thuật giải nén vi mạch sớm thay vì tiêm Botulinum toxin cho những bệnh nhân xung đột kép hay không, trong khi xung đột kép cũng là một thách thức không nhỏ cho phẫu thuật. [1] Trong 13 bệnh nhân có xung đột kép trong nghiên cứu này, vẫn có 6 bệnh nhân đạt hiệu quả tốt sau tiêm Botulinum toxin. Theo

kinh nghiệm của chúng tôi, những bệnh nhân có xung đột kép, đặc biệt bị những mạch lớn như động mạch đốt sống chèn ép, vẫn nên được điều trị bằng tiêm Botulinum toxin trước. Nếu Botulinum toxin không đem lại hiệu quả như mong đợi, phẫu thuật giải nén vi mạch được xem xét, song lúc này hình ảnh cộng hưởng từ dây VII đóng vai trò quan trọng trong việc tiên lượng khả năng thành công của phẫu thuật, điều này đòi hỏi những nghiên cứu sâu hơn để đánh giá.

## V. KẾT LUẬN

96,6% bệnh nhân được phát hiện thấy có xung đột thần kinh VII với mạch máu trên chuỗi xung T2-CISS; xung đột độ I chiếm 17,3%, độ II chiếm 56,9% và độ III chiếm 22,4%. Tác nhân là động mạch tiểu não dưới chiếm tỉ lệ cao nhất (56,9%). Xung đột ở vùng REZ/TZ chiếm 63,8%. Nguy cơ co thắt mức độ nặng đến rất nặng của nhóm có xung đột kép cao gấp 11,478 lần nhóm không có xung đột kép. Khả năng điều trị bằng Botulinum toxin đạt hiệu quả tốt của nhóm không phải xung đột kép cao gấp 6,329 lần nhóm xung đột kép. Chụp cộng hưởng từ dựng xung T2-CISS cần thiết được thực hiện trên tất cả bệnh nhân co thắt nửa mặt để phát hiện và đánh giá đặc điểm của xung đột thần kinh VII - mạch máu.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bigder MG, Kaufmann AM. Failed microvascular

- decompression surgery for hemifacial spasm due to persistent neurovascular compression: an analysis of reoperations. *J Neurosurg.* Jan 2016;124(1): 90-5.
2. Jia JM, Guo H, Huo WJ, et al. Preoperative Evaluation of Patients with Hemifacial Spasm by Three-dimensional Time-of-Flight (3D-TOF) and Three-dimensional Constructive Interference in Steady State (3D-CISS) Sequence. *Clin Neuroradiol.* Dec 2016;26(4):431-438.
3. Iijima K, Horiguchi K, Yoshimoto Y. Microvascular decompression of the root emerging zone for hemifacial spasm: evaluation by fusion magnetic resonance imaging and technical considerations. *Acta Neurochirurgica.* 2013;155(5):855-862.
4. Kenney C, Jankovic J. Botulinum toxin in the treatment of blepharospasm and hemifacial spasm. *Journal of Neural Transmission.* 2008;115(4):585-591.
5. Lefaucheur JP, Ben Daamer N, Sangla S, Le Guerinel C. Diagnosis of primary hemifacial spasm. *Neurochirurgie.* May 2018;64(2):82-86.
6. Son BC, Ko HC, Choi JG. Hemifacial Spasm Caused by Vascular Compression in the Cisternal Portion of the Facial Nerve: Report of Two Cases with Review of the Literature. *Case Rep Neurol Med.* 2019; 2019: 8526157.
7. Soulayrol S, Caperan A, Penot-Ragon C, Beaulieu JP, Gastaut JL. Treatments by local injections of botulinum toxin in neurology. Indications and results. *Presse Med.* Jun 5 1993;22(20):957-63.
8. Tunc T, Cavdar L, Karadag YS, Okuyucu E, Coskun O, Inan LE. Differences in improvement between patients with idiopathic versus neurovascular hemifacial spasm after botulinum toxin treatment. *J Clin Neurosci.* Mar 2018; 15(3):253-6.

## ĐÁNH GIÁ TÁC DỤNG CỦA PHƯƠNG PHÁP GIÁC HƠI THUỐC TRÊN BỆNH NHÂN ĐAU LƯNG CẤP THỂ HÀN THẤP

Hoàng Vũ Long\*

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** 1. Đánh giá tác dụng điều trị của phương pháp giác hơi thuốc trên bệnh nhân đau lưng cấp thể hàn thấp. 2. Theo dõi tác dụng không mong muốn của phương pháp can thiệp. **Đối tượng nghiên cứu:** 60 bệnh nhân, tuổi  $\geq 18$ , được chẩn đoán đau thắt lưng cấp thể hàn thấp chia thành hai nhóm tương đồng về mức độ đau theo thang điểm VAS (Visual Analogue Scale) và tầm vận động cột sống thắt lưng, thời gian điều trị 10 ngày. Nhóm nghiên cứu điều trị bằng giác hơi thuốc, nhóm đối chứng điều trị bằng

điện châm. **Phương pháp nghiên cứu:** can thiệp lâm sàng, so sánh trước - sau điều trị có đối chứng. **Kết quả:** Hiệu quả điều trị chung bằng phương pháp giác hơi thuốc tốt hơn nhóm chứng ở thời điểm D5 với  $p < 0,05$ ; Hiệu quả giảm đau theo VAS, cải thiện độ gấp cột sống thắt lưng tại thời điểm D5, nghiêng trái và phải tại D10 của nhóm nghiên cứu tốt hơn với nhóm chứng với  $p < 0,05$ . **Kết luận:** phương pháp giác hơi thuốc có tác dụng giảm đau và cải thiện tầm vận động sột sống thắt lưng trên bệnh nhân đau lưng cấp thể hàn thấp và chưa thấy tác dụng không mong muốn trên lâm sàng.

**Từ khóa:** Giác hơi thuốc, đau lưng cấp, thể hàn thấp, điện châm

### SUMMARY

**EVALUATING THE EFFECTS OF HERBAL CUPPING THERAPY IN TREATING ACUTE BACK PAIN PATIENTS CATEGORIZED IN**

\*Bệnh viện Đa khoa Y học cổ truyền Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Hoàng Vũ Long

Email: hoangvulong84@gmail.com

Ngày nhận bài: 25.5.2022

Ngày phản biện khoa học: 30.6.2022

Ngày duyệt bài: 11.7.2022