

tay bên liệt, PHCN vận động và cảm giác của bàn tay bên liệt để bệnh nhân có thể độc lập tối đa trong sinh hoạt hàng ngày, thể dục thể thao, vui chơi giải trí và việc làm, từ đó làm giảm gánh nặng cho gia đình và xã hội.

*** Hiệu quả độc lập trong sinh hoạt hàng ngày sau điều trị.** Sau điều trị, điểm Barthel ở hai nhóm đều tăng có ý nghĩa thống kê so với trước điều trị ($p < 0,05$). Nhóm nghiên cứu tăng nhiều hơn nhóm chứng với $p < 0,05$. Nghiên cứu của Zhan J và cộng sự (2021) đánh giá tác dụng hỗ trợ của phúc châm trong phục hồi chức năng vận động ở bệnh nhân đột quỵ chỉ ra rằng hiệu quả cải thiện chức năng SHHN theo thang điểm Barthel trong nhóm phúc châm tốt hơn so với nhóm chứng với $p < 0,00001$.⁶ Phối hợp với vận động trị liệu làm tăng sức mạnh và sức chịu đựng cơ tại chỗ, làm phì đại cơ, tăng tính mềm dẻo của cơ, bao khớp, phục hồi tầm vận động của khớp, tái rèn luyện các cơ bị liệt mất chức năng, tạo thuận lợi cảm thụ bản thể thần kinh cơ, tăng khả năng điều hợp các động tác và đề phòng các thương tật thứ cấp.

V. KẾT LUẬN

Phúc châm kết hợp vận động trị liệu có tác dụng phục hồi chức năng chi trên ở bệnh nhân liệt nửa người do nhồi máu não sau giai đoạn cấp.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Xuân Nghiê, Cao Minh Châu, Trần Văn Chương. "Phục hồi chức năng bệnh nhân liệt nửa người do tai biến mạch máu não". Vật lý trị liệu phục hồi chức năng. Nhà xuất bản Y học, 2010, tr550-604.
2. Nguyễn Văn Đăng. "Tai Biến Mạch Máu Não", Thực hành thần kinh các bệnh và hội chứng thường gặp. Nhà xuất bản Y học, 2007, tr569-573
3. Nguyễn Thị Hồng Liên. Đánh Giá Tác Dụng Của Phúc Châm Trong Phục Hồi Chức Năng Vận Động ở Bệnh Nhân Liệt Nửa Người Do Nhồi Máu Não Sau Giai Đoạn Cấp. Luận văn tốt nghiệp bác sỹ chuyên khoa cấp II, trường Đại học Y Hà Nội, 2019.
4. Virani SS, Alonso A, Aparicio HJ, et al. Heart Disease and Stroke Statistics-2021 Update: A Report From the American Heart Association. Circulation. 2021;143(8):e254-e743. doi:10.1161/CIR.0000000000000950
5. Wang Y, Hao S, Chang L, Zhao B, Xing J. Effect of early rehabilitation combined with abdomen needle therapy for motor function and psychological obstacle of stroke. Zhongguo Zhen Jiu Chin Acupunct Moxibustion. 2016;36(6):577-580.
6. Zhan J, Xiong B, Zhang P, et al. Abdominal acupuncture as an adjunctive therapy for the recovery of motor function after stroke: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. Front Neurol. Published online 2021:1690
7. 薄智云. 腹针治疗. 中国科学技术出版社, 北京, 中国, 1999. Bạc Trí Vân. Điều trị bằng châm cứu vùng bụng. Nhà xuất bản Khoa học và Công nghệ Trung Quốc, Bắc Kinh, Trung Quốc, 1999.

NGHIÊN CỨU ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VÀ CỘNG HƯỞNG TỪ SỌ NÃO CỦA BỆNH ĐAU DÂY THẦN KINH V NGUYÊN PHÁT TẠI BỆNH VIỆN ĐẠI HỌC Y HÀ NỘI

Nguyễn Văn Hương¹, Bùi Thị Thu Hà¹, Đoàn Tiến Lưu¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng của bệnh đau dây thần kinh V nguyên phát tại bệnh viện Đại học Y Hà Nội. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả hồi cứu và tiến cứu trên 38 người bệnh được chẩn đoán xác định là đau dây thần kinh V nguyên phát được can thiệp tiêm phong bế thần kinh V bằng cồn tuyệt đối liều thấp tại bệnh viện Đại học Y Hà Nội từ tháng 1 năm 2019 đến tháng 7 năm 2022. **Kết quả:** Trong nghiên cứu này, phần lớn đối tượng là nam giới (tỷ lệ nữ/nam=1/1,71) và độ

tuổi trung bình là 72 với 52,6% trường hợp đau liên quan vị trí bên phải, chủ yếu liên quan đến vùng V2 (36,8%), V3 (31,6%) và kết hợp cả 2 nhánh (18,4%), tính chất đau điển hình ở 47,4% trường hợp. Thời gian bị bệnh kéo dài trung bình 5,3 năm. Các yếu tố khởi phát cơn đau kịch phát bằng các tác động khác nhau được báo cáo ở 31 trong số 38 bệnh nhân. Phổ biến nhất là yếu tố cơ học (34,2%).

Từ khóa: Đau dây thần kinh V, nguyên phát.

SUMMARY

TO RESEARCHS CLINICAL AND MAGNETIC RESONANCE FEATURES OF IDIOPATHIC TRIGEMINAL NEURALGIA AT HANOI MEDICAL UNIVERSITY HOSPITAL

Objectives: Describe clinical and magnetic resonance (MR) features of idiopathic trigeminal neuralgia at Hanoi Medical University Hospital. **Subjects and methods:** Longitudinal and

¹Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Văn Hương

Email: vanhuong73@hotmail.com

Ngày nhận bài: 30.9.2022

Ngày phản biên khoa học: 21.11.2022

Ngày duyệt bài: 30.11.2022

retrospective study in 38 idiopathic trigeminal neuralgia patients with low-dose trigeminal nerve block with alcohol from January 2019 to July 2022. **Results:** In this study, more were males (female/male=1/1,71) and the mean age was 72 with 52,6% suffered trigeminal neuralgic pain on the right side, predominantly involving V2 (36,8%), V3 (31,6%) and a combination of both (18,4%) branches, 47,4% with typical TN. Pain relief lasted for a mean 5,3 years. Provocation of paroxysmal pain by various trigger manoeuvres was reported by 31 of the 38 patients. The most frequent manoeuvres were mechanical factors (34,2%).

Keywords: Trigeminal neuralgia, idiopathic.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đau dây thần kinh V được mô tả từ rất lâu trong y văn như là "cơn đau khủng khiếp nhất mà con người từng biết đến" ảnh hưởng lớn đến chất lượng cuộc sống của bệnh nhân và thường tái phát. Đến ngày nay, đau dây V là một trong những loại hình đau thường gặp nhất vùng mặt - miệng. Tỷ lệ mắc bệnh 4 đến 5 người/100.000 dân/năm.¹ Độ tuổi thường gặp là 50-70 tuổi.¹ Đau dây V nguyên phát (idiopathic) chiếm 90% các loại đau dây V, trước kia gọi là đau dây V vô căn (không có nguyên nhân).² Đau dây V thứ phát: do khối u, dị dạng mạch, sau can thiệp vùng hàm - mặt v.v.. Triệu chứng điển hình của đau dây thần kinh số V là đau đột ngột, xuất hiện tự nhiên hoặc do kích thích, đa số khu trú ở một bên mặt theo vùng chi phối của dây thần kinh V, cường độ đau dữ dội, đau nhói như dao đâm.^{3,4} Phương pháp điều trị bao gồm nội khoa, can thiệp phá huỷ và can thiệp không phá huỷ.^{5,6} Nghiên cứu này của chúng tôi nói về đau dây thần kinh V nguyên phát. Tại Việt Nam, phương pháp tiêm phong bế dây thần kinh V bằng cồn tuyệt đối dưới hướng dẫn của Xquang trên màn huỳnh quang tăng sáng giúp đưa kim chính xác vào khoang hạch thần kinh sinh ba đã được áp dụng từ tháng 4 năm 2012. Trong những năm gần đây bệnh viện Đại học Y Hà Nội đã áp dụng phương pháp tiêm phong bế thần kinh V bằng cồn tuyệt đối liều thấp (0,3ml) trong việc điều trị bệnh nhân đau dây thần kinh V.

Chúng tôi đã tiến hành thực hiện đề tài với các mục tiêu: "Mô tả đặc điểm lâm sàng của bệnh đau dây thần kinh V nguyên phát tại bệnh viện Đại học Y Hà Nội".

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Bệnh nhân được chẩn đoán xác định đau dây thần kinh V nguyên phát theo tiêu chuẩn của phiên bản Beta của Phân loại chuẩn quốc tế về các rối loạn đau đầu xuất bản lần 3 (ICHD-3 beta)³ được chỉ định

chụp cộng hưởng từ (MRI) sọ não để loại trừ các tổn thương vùng hố sau và xung đột mạch máu thần kinh, bệnh nhân có chỉ định tiêm phong bế dây V bằng cồn tuyệt đối.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

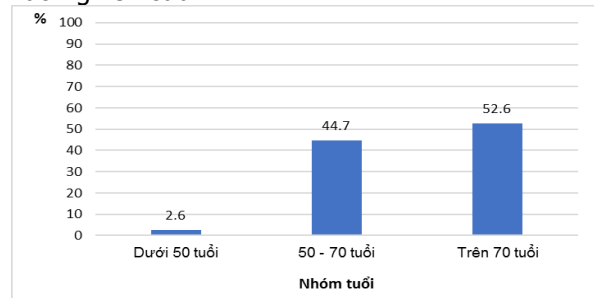
Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả hồi cứu và tiến cứu trên các người bệnh được chẩn đoán xác định là đau dây thần kinh V nguyên phát và được can thiệp tiêm phong bế thần kinh V bằng cồn tuyệt đối liều thấp tại bệnh viện Đại học Y Hà Nội từ tháng 1 năm 2019 đến tháng 7 năm 2022.

Đánh giá lâm sàng và xét nghiệm: Các biến số tuổi, giới, thời gian mắc bệnh, kiểu hình đau, tiền sử điều trị trước đó. MRI sọ não có dựng xung CISS.

2.3. Xử lý số liệu: Số liệu sau khi được thu thập sẽ được làm sạch và nhập bằng phần mềm Epidata 3.1. Phần mềm thống kê Stata 11 sẽ được sử dụng trong phân tích số liệu.

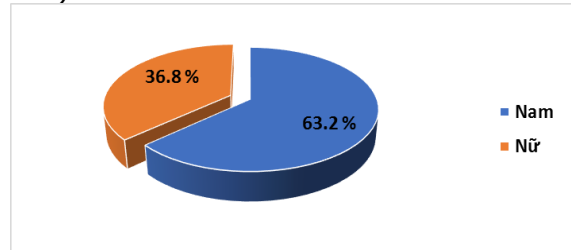
III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong khoảng thời gian nghiên cứu là 43 tháng có 38 bệnh nhân đủ điều kiện được đưa vào nghiên cứu.



Biểu đồ 3.1. Đặc điểm về nhóm tuổi của 38 người bệnh đau dây thần kinh V nguyên phát được tiêm phong bế bằng cồn tuyệt đối

Trong nghiên cứu này đa số người bệnh được thực hiện can thiệp là trên 70 tuổi (52,6%), độ tuổi trung bình là 72 (trẻ nhất là 49, lớn nhất là 95).



Biểu đồ 3.2. Đặc điểm về giới của 38 trường hợp đau dây thần kinh V nguyên phát được tiêm phong bế bằng cồn tuyệt đối

Nhóm đối tượng nghiên cứu có 24 bệnh nhân nam và 14 bệnh nhân nữ với tỷ lệ nữ/nam là 1/1,71.

Bảng 3.1. Đặc điểm cộng hưởng từ sọ não của 38 người bệnh đau dây thần kinh V nguyên phát được tiêm phong bế bằng cồn tuyệt đối

Đặc điểm chung	Số lượng (n)	Tỷ lệ n(%)
Đặc điểm cộng hưởng từ		
Không miêu tả	24	63,2
Có miêu tả	14	36,8
Kết quả dương tính	0	0
Kết quả âm tính	14	36,8
Tổng	38	100

Tất cả các bệnh nhân đều có kết quả chụp cộng hưởng từ sọ não trước đây hoặc được chỉ định chụp cộng hưởng từ sọ não. Kết quả không có trường hợp nào phát hiện có xung đột mạch máu - thần kinh, 14 trường hợp miêu tả dây thần kinh V bình thường hoặc không có xung đột mạch máu thần kinh, 24 trường hợp không đề cập đến dây thần kinh V hoặc góc cầu-tiểu não.

Bảng 3.2. Đặc điểm lâm sàng của 38 người bệnh đau dây thần kinh V nguyên phát được tiêm phong bế bằng cồn tuyệt đối

Đặc điểm lâm sàng	Số lượng	Tỷ lệ n(%)
Thời gian mắc bệnh		
< 1 năm	3	7,9
1-5 năm	20	52,6
5-10 năm	11	28,9
> 20 năm	4	10,5
Tổng	38	100
Vị trí đau		
Một bên		
Bên phải	20	52,6
Bên trái	18	47,4
Hai bên	0	0
Tổng	38	100
Vùng đau		
Một vùng		
V1	1	2,6
V2	14	36,8
V3	12	31,6
Hai vùng		
V1+V2	2	5,3
V2+V3	7	18,4
V1+V3	0	20
Ba vùng		
V1+V2+V3	5	13,2
Tổng	38	100
Kiểu đau		
Điển hình	18	47,4
Không điển hình	13	34,2

Kiểu hỗn hợp	7	18,4
Tổng	38	100
Khởi phát cơn đau		
Không	7	18,4
Cơ học	13	34,2
Nhiệt	4	10,5
Cơ học+Nhiệt	6	15,8
Khác	38	100
Tổng	38	100
Tiền sử điều trị trước đây		
Nội khoa	23	60,6
Nội khoa+Can thiệp phá huỷ	11	28,9
Nội khoa+Can thiệp không phá huỷ	4	10,5
Tổng	38	100

Người bệnh mất trung bình 5,3 năm từ khi khởi phát bệnh và tất cả đều trải qua điều trị nội khoa trước khi can thiệp (100%). Tất cả các trường hợp đều đau một bên mặt, trong đó có 52,6% trường hợp đau bên phải, còn lại đau bên trái, không có trường hợp nào đau cả hai bên mặt hay đau lan từ bên này sang bên kia. Các trường hợp chủ yếu liên quan đến vùng V2 (36,8%), V3 (31,6%) và kết hợp cả 2 nhánh (18,4%). Kiểu đau chủ yếu là đau điển hình với 18 bệnh nhân (47,4%) và 13 trường hợp đau mặt không điển hình (34,2%). Chỉ có 7 trường hợp đau kiểu hỗn hợp (18,4%). Các yếu tố khởi phát chủ yếu của cơn đau bao gồm yếu tố cơ học (chạm nhẹ vùng mặt hoặc chấn thương nhẹ) ở 34,2% trường hợp, yếu tố nhiệt (lạnh) chỉ gặp ở 10,5% trường hợp, có 6 trường hợp có cả 2 yếu tố khởi phát (15,8%). Điều trị đau tái phát sau can thiệp có 23 trường hợp điều trị nội khoa đơn thuần, 11 trường hợp điều trị nội khoa kết hợp can thiệp phá huỷ và 4 bệnh nhân điều trị nội khoa kết hợp can thiệp không phá huỷ.

IV. BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu của chúng tôi với tổng 38 bệnh nhân, có 14 đối tượng là nữ và 24 đối tượng là nam với tỷ lệ nữ/nam là 1/1,71. Kết quả này khác biệt so với các nghiên cứu về dịch tễ báo cáo tỷ lệ bệnh nhân nữ cao hơn gấp gần hai lần nam¹. Độ tuổi trung bình của nhóm đối tượng 72 trong đó có 37/38 trường hợp trên 50 tuổi. Trong nghiên cứu này đa số người bệnh được thực hiện can thiệp trên 70 tuổi (52,6%). Tỷ lệ bệnh nhân đau dây thần kinh V được ghi nhận trong các nghiên cứu thường gặp ở độ tuổi 50-70¹. Tất cả các bệnh nhân đều được chụp cộng hưởng từ sọ não trước can thiệp để tìm kiếm các tổn thương nguyên phát hoặc xung đột mạch máu-thần kinh.

Thời gian khởi phát bệnh tương đối dài,

trung bình là 5,3 năm. Tất cả các bệnh nhân đều được điều trị nội khoa trước can thiệp trong đó 3 bệnh nhân đã từng tiêm phong bế dây V bằng cồn tuyệt đối. Về đặc điểm lâm sàng của nhóm đối tượng nghiên cứu, chủ yếu đau mặt bên phải với 20/37 trường hợp, vị trí đau gặp phổ biến nhất là vùng V2 (chiếm 36,8%) và V3 (chiếm 31,6%), tính chất đau điển hình gặp trong 47,4% trường hợp. Đặc điểm này phù hợp với sự phổ biến của các vị trí đau trong các nghiên cứu dịch tễ lớn: 44% nhánh V2, 35% nhánh V3, 19% nhánh V1. Yếu tố kích hoạt đau dây thần kinh V được báo cáo trong nghiên cứu của Harris thường gặp nhất là yếu tố cơ học⁷.

V. KẾT LUẬN

Thông qua nghiên cứu ở 38 trường hợp đau dây thần kinh V được chẩn đoán xác định đau dây thần kinh V nguyên phát theo tiêu chuẩn của phiên bản Beta của Phân loại chuẩn quốc tế về các rối loạn đau đầu xuất bản lần 3 (ICHD-3 beta)³ được chỉ định chụp cộng hưởng từ (MRI) sọ não để loại trừ các tổn thương vùng hố sau và xung đột mạch máu thần kinh, bệnh nhân có chỉ định tiêm phong bế dây V bằng cồn tuyệt đối tại bệnh viện Đại học Y Hà Nội, chúng tôi rút ra một số kết luận sau: độ tuổi trung bình của đau dây thần kinh V là 72 tuổi, nam giới gặp nhiều hơn nữ giới. Biểu hiện lâm sàng chính của đau dây

thần kinh V là đau kiểu điển hình, đau thành cơn thường ngắn dưới 2 phút, kiểu đau như dao đâm, dao cắt, vị trí đau phổ biến là bên phải và khu vực phân bố của nhánh V2 và V3, yếu tố kích hoạt thường gặp nhất là yếu tố cơ học.

Cuối cùng, tiêm phong bế thần kinh V bằng cồn tuyệt đối liều thấp (0,3ml) là phương pháp điều trị nhằm giảm đau nâng cao chất lượng sống cho bệnh nhân đau dây thần kinh V nguyên phát.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Jacob E.** Medifocus Guidebook on: Trigeminal Neuralgia. Medifocus.com Inc; 2011.
2. **Society HCSotIH.** The international classification of headache disorders. cephalalgia. 2004;24(1):9-160.
3. **Olesen J, Bes A, Kunkel R, et al.** The international classification of headache disorders, (beta version). Cephalalgia. 2013;33(9):629-808.
4. **Cole CD, Liu JK, Apfelbaum RI.** Historical perspectives on the diagnosis and treatment of trigeminal neuralgia. Neurosurgical focus. 2005;18(5):1-10.
5. **Al-Quliti KW.** Update on neuropathic pain treatment for trigeminal neuralgia: The pharmacological and surgical options. Neurosciences Journal. 2015;20(2):107-114.
6. **Bendtsen L, Zakrzewska J, Abbott Ja, et al.** European Academy of Neurology guideline on trigeminal neuralgia. European journal of neurology. 2019;26(6):831-849.
7. **Harris W.** An analysis of 1,433 cases of paroxysmal trigeminal neuralgia (trigeminal-tic) and the end-results of gasserian alcohol injection. Brain. 1940;63(3):209-224.

VAI TRÒ CỦA PHẪU THUẬT XƯƠNG CHŨM TRONG ĐIỀU TRỊ VIÊM TAI GIỮA MẠN TÍNH KHÔNG NGUY HIỂM: MỘT NGHIÊN CỨU TỔNG QUAN

Nguyễn Thị Hoa Hồng¹, Phạm Trần Anh², Trần Thế Diệu¹

TÓM TẮT

Mục tiêu nghiên cứu: Nghiên cứu vai trò của phẫu thuật xương chũm (simple mastoidectomy) trong điều trị viêm tai giữa mạn tính không nguy hiểm. **Phương pháp nghiên cứu:** Tổng quan luận điểm. **Kết quả:** 20 bài báo đã được lựa chọn phân tích toàn văn về vai trò thành của phẫu thuật xương chũm (PTXC) khi kết hợp tạo hình tai giữa và quan điểm về PTXC trong điều trị viêm tai giữa mạn tính (VTGMT) không nguy hiểm. Trong đó có 8 nghiên cứu thử

thử nghiệm lâm sàng ngẫu nhiên có nhóm chứng (RCT) (40%), 10 nghiên cứu hồi cứu (50%), 2 nghiên cứu chũm ca bệnh (10%). Trong 17 nghiên cứu so sánh tỷ lệ liền màng nhĩ của 2 nhóm PTXC kết hợp tạo hình tai giữa và nhóm tạo hình tai giữa đơn thuần có 16 nghiên cứu (94%) có P-value > 0,05. 9 nghiên cứu (45%) có quan điểm ủng hộ PTXC trong điều trị VTGMT có đặc điểm: 1 nghiên cứu RCT phân loại bằng chứng cấp độ 2b, 8 nghiên cứu cấp độ 4. Trong 11 nghiên cứu (55%) không ủng hộ PTXC có 7 nghiên cứu RTC phân loại bằng chứng cấp độ 1b và 4 nghiên cứu cấp độ 4. **Kết luận:** PTXC không giúp tăng hiệu quả của phẫu thuật THPTG trong điều trị VTGMT không nguy hiểm. PTXC có thể có ích trong các trường hợp niêm mạc hòm nhĩ không bình thường, VTGMT nhiễm MRSA, nghi ngờ có tổn thương trong xương chũm. Quyết định PTXC trong điều trị VTGMT không nguy hiểm cần cần nhắc lợi ích, nguy cơ và chi phí của phẫu thuật.

¹Bệnh viện Tai Mũi Họng Trung Ương

²Trường Đại Học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Hoa Hồng

Email: hoahongent@gmail.com

Ngày nhận bài: 3.10.2022

Ngày phản biện khoa học: 23.11.2022

Ngày duyệt bài: 2.12.2022