

thường TBS. Từ những kết quả trong nghiên cứu này và những nghiên cứu trước đây thấy rằng chỉ định chọc ối nên được thực hiện một cách rộng rãi hơn, đặc biệt là ở những thai có đa dị tật.

**V. KẾT LUẬN**

Các phát hiện bất thường tim bẩm sinh qua siêu âm thấy bệnh lý thông liên thất chiếm tỷ lệ nhiều nhất (21%). Đa số các BTBS là đơn độc (75%). Chỉ có 63 trường hợp (25%) có phối hợp các tổn thương khác ngoài tim. Tuổi thai trung bình chẩn đoán được BTBS trên siêu âm là 24,73 ± 5,99 tuần, vẫn còn muộn hơn so với trên thế giới. Vì vậy cần đẩy mạnh phát triển và nâng cao vai trò của siêu âm trong chẩn đoán trước sinh dị tật tim thai cũng như dị tật thai nói chung.

**TAI LIỆU THAM KHẢO**

1. **Hoffman JI.** Incidence of congenital heart disease: I. Postnatal incidence. *Pediatr Cardiol.* 1995;16(3):103-113. doi:10.1007/BF00801907
2. **Hoffman JI.** Incidence of congenital heart disease: II. Prenatal incidence. *Pediatr Cardiol.* 1995;16(4):155-165. doi:10.1007/BF00794186

3. **Bruneau BG.** The developmental genetics of congenital heart disease. *Nature.* 2008;451(7181):943-948. doi:10.1038/nature06801
4. **Phạm Thị Trang** (2019) "Nhận xét kết quả chẩn đoán và thái độ xử trí sản khoa của các BTTT tại Bệnh viện Phụ sản Hà Nội năm 2019". Luận văn tốt nghiệp Bác sĩ chuyên khoa II
5. **Hoang Thi Nam Giang, MBBS, Susanne Bechtold-Dalla Pozza, PhD, Sarah Ulrich, PhD, Le Khắc Linh, MBBS, Hoang Thi Tran, PhD** (2020). Prevalence and pattern of congenital anomalies in a Tertiary Hospital in Central Vietnam. *Journal of Tropical Pediatrics*, Volume 66, Issue 2, April 2020, Pages 187- 193.
6. **Nguyễn Phương Tú** (2015), "Nghiên cứu chẩn đoán và xử trí trước sinh các dị tật tim thai nhi bẩm sinh tại Bệnh viện phụ sản Trung ương", Luận văn tốt nghiệp bác sĩ nội trú.
7. **Jeanne Marie Baffa, MD** (2018). Overview of congenital cardiovascular anomalies. MSD Manual Professional Version
8. **Phạm Nguyễn Vinh** (2011), Khảo Sát Tần Suất Dị Tật Tim Thai Nhi ở Các Bà Mẹ Tuổi Thai Từ 16-24 Tuần. Báo cáo kết quả nghiên cứu đề tài cấp Bộ. Đại học Y dược Thành phố Hồ Chí Minh.

**TỔNG QUAN VỀ ĐIỀU TRỊ NỘI KHOA BẢO TỒN LIỆT DÂY THẦN KINH VII NGOẠI BIÊN TRONG CHẤN THƯƠNG XƯƠNG THÁI DƯƠNG**

Phạm Thanh Thúy<sup>1</sup>, Nguyễn Thị Tố Uyên<sup>2</sup>, Đặng Xuân Vinh<sup>3</sup>

**TÓM TẮT**

**Mục tiêu:** Mô tả kết quả điều trị nội khoa bảo tồn liệt dây thần kinh VII ngoại biên trong chấn thương xương thái dương (CTXTD). **Phương pháp:** Sử dụng cơ sở dữ liệu từ trang thông tin điện tử Pubmed, thư viện đại học Y Hà Nội và tìm kiếm thủ công (từ tháng 1/2013 đến tháng 6/2022). Tiêu chí lựa chọn là: các nghiên cứu về điều trị nội khoa bảo tồn bệnh nhân liệt dây thần kinh VII ngoại biên trong CTXTD. **Kết quả:** 10 nghiên cứu được lựa chọn vào tổng quan luận điểm này đều sử dụng corticosteroids điều trị với phác đồ đa dạng và tất cả các nghiên cứu đều báo cáo có cải thiện mức độ liệt mặt của bệnh nhân qua điều trị nội khoa bảo tồn. Đánh giá kết quả sau điều trị đều sử dụng phân độ House- Brackman năm 1985 và 70% (7/10) nghiên cứu có trên 60% bệnh nhân cải thiện mức độ liệt mặt về độ I và độ II. **Kết luận:** Tất cả các nghiên cứu đều sử dụng corticosteroids cho điều trị

nội khoa bảo tồn liệt dây thần kinh VII ngoại biên trong CTXTD. Kết quả điều trị đạt được cải thiện lâm sàng thuận lợi đáng kể. Các tiêu chí lựa chọn bệnh nhân vào điều trị đa số đều được các tác giả thống nhất bao gồm: liệt mặt khởi phát muộn, liệt mặt không hoàn toàn, kết quả điện thần kinh ENoG thoái hóa < 90%, có sự xuất hiện của điện thế tái tạo và/hoặc sự vắng mặt của điện thế rung trên kết quả EMG, là những ứng cử viên phù hợp cho một chỉ định điều trị nội khoa bảo tồn.

**Từ khóa:** liệt mặt, liệt dây thần kinh mặt, liệt dây thần kinh VII ngoại biên, chấn thương xương thái dương.

**SUMMARY**

**OVERVIEW OF CONSERVATIVE MEDICAL TREATMENT FOR PERIPHERAL FACIAL NERVE PALSYP DUE TO THE TEMPORAL BONE FRACTURE**

**Objectives:** Describe of the outcomes of conservative medical treatment for peripheral facial nerve palsy due to the temporal bone fracture. **Study design:** Scoping review. **Methods:** Using databases from Pubmed website, Hanoi Medical University library and manual search (January 2013 to June 2022). The inclusion criteria: studies of conservative medical treatment for peripheral facial nerve palsy due to the temporal bone fracture. **Results:** 10 studies were included in this scoping review all used corticosteroids with a variety of regimens and all reported an

<sup>1</sup>Bệnh Viện Đa khoa Quốc tế Thu Cúc  
<sup>2</sup>Trường Đại Học Y Hà Nội  
<sup>3</sup>Trường Đại Học Y Dược Thái Bình  
 Chịu trách nhiệm chính: Phạm Thanh Thúy  
 Email: bs.phamthanhthuy@gmail.com  
 Ngày nhận bài: 17.10.2022  
 Ngày phản biện khoa học: 5.12.2022  
 Ngày duyệt bài: 20.12.2022

improvement outcome in the degree of facial paralysis of patients with conservative medical treatment. The evaluation of the results after treatment all use the House-Brackman 1985 and 70% (7/10) of the studies had over 60% of patients recovered to House-Brackmann grade I-II. **Conclusion:** All studies used corticosteroids for conservative medical treatment of peripheral facial nerve palsy due to the temporal bone fracture. The treatment results achieved significantly favorable clinical improvement. The criteria of selecting patients for treatment were mostly agreed by the authors, including: late-onset facial paralysis, incomplete facial paralysis, degenerative ENoG results < 90%, presence of regenerative potential and/or the absence of vibration potential on EMG results, are suitable candidates for a conservative medical indication. **Keywords:** temporal bone fractures, facial paralysis, facial nerve palsy, traumatic facial paralysis.

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Liệt dây thần kinh VII ngoại biên xảy ra ở khoảng từ 7% đến 10% các bệnh nhân bị chấn thương xương thái dương.<sup>1</sup> Những chấn thương dây thần kinh này có thể để lại di chứng biến dạng khuôn mặt tàn phế vĩnh viễn, nếu không được điều trị kịp thời và hiệu quả. Có nhiều yếu tố ảnh hưởng đến các quyết định xử trí đối với liệt mặt trong CTXTD như sự khởi phát của liệt mặt là ngay lập tức hay muộn, và mức độ liệt mặt là hoàn toàn hay một phần, thường được báo cáo là các yếu tố quyết định trong chiến lược xử trí.<sup>2</sup> Điều trị nội khoa bảo tồn được coi là phương pháp điều trị thích hợp cho bệnh nhân với liệt mặt khởi phát muộn hoặc bệnh nhân bị thoái hóa một phần mà kết quả điện thần kinh (ENoG) trước điều trị cho thấy.<sup>3</sup> Tuy nhiên việc lựa chọn phương pháp xử trí liệt mặt ngoại biên trong CTXTD vẫn còn gây nhiều tranh cãi. Và các nghiên cứu về điều trị nội khoa bảo tồn đối với bệnh lý này hiện nay trên thế giới vẫn chưa có nhiều. Vì vậy để có một cách nhìn nhận rõ ràng hơn về điều trị nội khoa liệt dây thần kinh VII ngoại biên trong CTXTD, chúng tôi tiến hành

nghiên cứu này với mục tiêu: Mô tả kết quả điều trị nội khoa bảo tồn liệt dây thần kinh VII ngoại biên trong chấn thương xương thái dương.

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

### 2.1. Tiêu chí lựa chọn và loại trừ.

**Tiêu chí lựa chọn** là các nghiên cứu cung cấp dữ liệu gốc về việc điều trị nội khoa bảo tồn bệnh nhân liệt dây thần kinh VII ngoại biên trong CTXTD, nghiên cứu có bản toàn văn bằng tiếng việt hoặc tiếng anh, có thời gian xuất bản từ tháng 1/2013 đến tháng 6/2022.

**Tiêu chí loại trừ** là các nghiên cứu không đáp ứng được các tiêu chuẩn lựa chọn, các nghiên cứu báo cáo ca bệnh.

### 2.2. Nguồn cơ sở dữ liệu.

Dữ liệu được thu thập từ tháng 1 năm 2013 đến tháng 6 năm 2022 bởi hai nhà nghiên cứu. Các nghiên cứu được tìm kiếm trên các cơ sở dữ liệu y học trực tuyến: Pudmed với từ khóa (temporal bone fractures OR temporal bone trauma OR temporal bone injuries) AND (facial paralysis OR facial nerve palsy OR traumatic facial paralysis). Thêm lệnh tìm kiếm: Từ **"2013 đến năm 2022"**. Ở trang Thư viện Đại học Y Hà Nội với từ khóa: (Liệt mặt). Các nghiên cứu được lựa chọn được quản lý bằng phần mềm zotero 5.0

## III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

**3.1. Kết quả tìm kiếm.** Trong quá trình tìm kiếm bằng từ khóa chúng tôi tìm thấy 153 bài báo từ nguồn dữ liệu Pubmed và Thư viện Đại học Y Hà Nội, 8 bài được tìm thủ công. Sau khi đọc tiêu đề và tóm tắt thì có 24 bài báo đáp ứng đủ tiêu chí để tiến hành đọc toàn văn bài báo. Cuối cùng dựa vào tiêu chuẩn lựa chọn và loại trừ thì chúng tôi chọn được 10 bài báo đưa vào phân tích.

### 3.2. Phương pháp điều trị nội khoa

**Bảng 1. Bảng phương pháp điều trị nội khoa**

STT	Tác giả	Thuốc sử dụng/ Đường dùng	Liều lượng	Thời gian dùng	Thời gian theo dõi
1	Qiang Li <sup>4</sup>	Prednisolone - Tab	1 mg/kg/ngày, 1 lần/ngày trong 1 tuần. Sau đó giảm xuống 10 mg mỗi hai ngày.	-	1 năm
2	Ali Abbaszadeh-Kasbi <sup>3</sup>	Methylprednisolone	-	2 tuần	-
3	Aaron Kyle Remenschneide <sup>5</sup>	Steroid - Tab	-	-	Trung bình: 28 tháng
4	Alok Thaka <sup>6</sup>	Prednisolone, vật lý trị liệu.	1 mg/kg, trong 3 tuần, giảm dần liều và dừng trong 10 ngày sau đó	1 tháng	9 tháng
5	Deepika Vajpayee <sup>1</sup>	Prednisolone - Tab, vật lý trị liệu	1 mg/kg/ngày 3 tuần sau đó giảm dần liều	> 3 tuần	12 tháng

6	Sanjeev Yadav <sup>7</sup>	Methylprednisolone-IV hoặc Prednisolone- Tab, vitamin B12, vật lý trị liệu.	1 g/ngày (IV) hoặc 1 mg/kg/ngày (Tab) liều giảm dần cho 21 ngày	5 ngày (thuốc tiêm) hoặc 21 ngày (thuốc uống)	6 tháng
7	Ping-Hsun Lee <sup>8</sup>	Methylprednisolone -IV hoặc prednisolone/ methylprednisolone - Tab	Nhóm liệt hoàn toàn: 1,5 đến 2 mg /kg/ngày (IV) x 3 ngày sau đó 0,75-1,25 mg/kg/ngày (Tab) Nhóm liệt không hoàn toàn: 0,75-1,25 mg/kg/ngày (Tab)	Trung bình: 22,54 ± 14,07 ngày	Trung bình: 17,96 tháng
8	Han Ga Wi Nam <sup>9</sup>	Prednisolone	-	2 - 3 tuần	Trung bình: 14,7 tháng
9	Abhijit Shankar <sup>10</sup>	Methylprednisolone hoặc dexamethasone - IV; vitamin tổng hợp, vật lý trị liệu	-	-	3 tháng
10	Dipak Ranjan Nayak <sup>11</sup>	Phác đồ điều chỉnh của Stennert gồm: dextran -IV, hydrocortisone -IV và pentoxifylline -IV	Dextran: 1000 kilodalton/16 giờ, giảm dần sau 3 ngày đến 500 kilodalton/8 giờ. Hydrocortisone: 200- 250 mg/dL (theo cân nặng mỗi bệnh nhân), giảm dần sau mỗi 3 ngày đến khi dừng. Pentoxifylline: 10 mg/kg/ngày	13 ngày	30 ngày

**Chú thích:** "-": không có thông tin trong nghiên cứu, IV: tiêm tĩnh mạch, Tab: viên uống.

**Nhận xét:** Tất cả 10 nghiên cứu (NC) đều sử dụng corticosteroids điều trị. Có 7/10 NC dùng prednisolone hoặc methylprednisolone, 1/10 NC dùng methylprednisolone hoặc dexamethasone, 1/10 NC dùng hydrocortisone.

Có 3 NC dùng thuốc phối hợp ngoài corticosteroids, trong đó: có 1/3 NC sử dụng vitamin B12, 1/3 NC sử dụng vitamin tổng hợp, 1/3 NC sử dụng pentoxifylline và dextran kết hợp thêm. Có 4 NC báo cáo có kết hợp tập vật lý trị liệu với thuốc corticosteroids.

**Bảng 2. Chỉ định và kết quả của phương pháp điều trị nội khoa**

STT	Tác giả Mẫu NC	Số BN điều trị nội khoa	Mức độ liệt mặt theo HB		ENoG thoái hóa		EMG	Thời điểm liệt		
			Trước điều trị	Sau điều trị	< 90%	> 90%		Liệt ngay	Liệt muộn	Không rõ
1	Qiang Li <sup>4</sup> N= 35	33 94,3%	Độ II: 5; 15,2%. Độ III: 11; 33,3%. Độ IV: 9; 27,3%. Độ V: 6; 18,2%. Độ VI: 2; 6,1%	Độ I: 27; 81,8%. Độ II: 3; 9,1%. Độ III: 1; 3%. Độ IV: 2; 6,1%	33 100%	0	-	0	33 100%	0
2	Ali Abbaszadeh-Kasbi <sup>3</sup> N = 25	11 44%	Độ III: 1; 9,1%. Độ IV: 1; 9,1%. Độ V: 2; 18,2%. Độ VI: 6; 54,5%. Không có dữ liệu: 1; 9,1%	Độ I và II: 9; 81,8%. Độ III và IV: 1; 9,1%. Độ V và VI: 1; 9,1%	6 54,5%	5 45,5%	-	4 36,4%	7 63,6%	0
3	Aaron Kyle Remenschneider <sup>5</sup> N= 9	5 55,6%	Độ VI: 5; 100%	Độ I: 2; 40%. Độ IV: 2; 40%. Độ V: 1; 20%	3 60%	2 40%	-	2 40%	3 60%	0
44	Alok Thaka <sup>6</sup> N= 28	28 100%	Độ VI: 28; 100%	Độ I: 15; 53,6%. Độ II: 12; 42,9%. Độ III: 1; 3,6%	0	28 100%	Có điện thế tái tạo đa pha. Không	5 17,9%	4 4,3%	19 67,9%

								có điện thể rung			
55	Deepika Vajpayee <sup>1</sup> N= 28	18 64,3%	Độ I-II: 7; 38,9%. Độ III-IV: 9; 50%. Độ V-VI: 2; 11,1%	Độ I-II: 14; 77,8%. Độ III-IV: 4; 22,2%	-	-		Có điện thể tái tạo đa pha. Không có điện thể rung	5 27,8%	13 2,2%	0
66	Sanjeev Yadav <sup>7</sup> N= 39	39 100%	Độ II - IV : 22; 56,4%	Độ I - III: 22; 56,4%	33 84,6%	6 15,4%			21 53,8%	0	18 46,2%
			Độ V - VI: 17; 43,6%	Độ I - III: 9; 23,1%. Độ IV: 1; 2,6%. Độ V - VI: 7; 17,9%							
77	Ping-Hsun Lee <sup>8</sup> N= 26	26 100%	Độ III: 5; 19,2%. Độ IV: 10; 38,5%. Độ V: 6; 23,1%. Độ VI: 5; 19,2%	Độ I: 10; 38,5%. Độ II: 10; 38,5%. Độ III: 6; 23,1%	-	-	-	-	14 53,8%	12 6,2%	0
88	Han Ga Wi Nam <sup>9</sup> N= 25	16 64%	Độ II: 7; 43,8%. Độ III: 6; 37,5%. Độ IV: 3; 18,8%	Độ I: 2; 12,5%. Độ II: 8; 50%. Độ III: 5; 31,3%. Độ IV: 1; 6,3%	5 31,3%	-	-	-	16 100%	0	0
99	Abhijit Shankar <sup>10</sup> N= 47	43 91,5% 4 BN bị mất theo dõi	Độ II: 2; 4,7%. Độ III: 12; 27,9%. Độ IV: 19; 44,2%. Độ V: 10; 23,3%	Độ I: 28; 65,1%. Độ II: 8; 18,6%. Độ III: 5; 11,6%. Độ IV: 2; 4,7%	-	-	-	-	11 23,4%	36 6,6%	0
10	Dipak Ranjan Nayak <sup>11</sup> N= 21	21 100%	Độ II: 4; 19%. Độ III: 9; 42,9%. Độ IV: 6; 28,6%. Độ V: 2; 9,5%	Cải thiện đáng kể sau 30 ngày: 15; 71,4%. Không cải thiện sau 10 ngày: 6; 28,6%. (Cải thiện đáng kể khi: BN được xếp mức độ liệt tốt lên ít nhất 2 bậc hoặc về mức HB bình thường là độ I)	-	-	-	-	0	21 100%	0

**Chú thích:** BN: bệnh nhân, ENoG: điện thần kinh, EMG: điện cơ, HB: phân độ liệt mặt theo House- Brackman, NC: nghiên cứu, "-": không có thông tin trong nghiên cứu

**Nhận xét:** Tất cả các nghiên cứu (NC) đều sử dụng thang đo của House-Brackmann để đánh giá mức độ liệt dây thần kinh VII trước và sau điều trị. Phân độ HB trước điều trị: Có 2/10 NC với 100% BN liệt mặt độ VI, 7/10 NC với BN liệt mặt từ độ II – VI, và 1/10 NC với BN liệt mặt từ độ II - IV. Điện thần kinh (ENoG) thoái hóa có: 1/6 NC có ENoG thoái hóa < 90% ở 100% BN, 1/6 NC có ENoG thoái hóa < 90% ở 31,3% BN được đo ENoG. 3/6 NC có ENoG thoái hóa cả trên và dưới 90%, 1/6 NC có ENoG > 90% ở 100% BN được chọn điều trị nội khoa. Xét nghiệm điện cơ (EMG): có 2/2 NC có kết quả không ghi nhận xuất hiện điện thể rung và có ghi nhận điện thể tái tạo đa pha. Thời điểm xuất

hiện liệt mặt sau CTXTD: 2/10 NC với 100% BN liệt mặt muộn, 6/10 NC có bao gồm những BN liệt mặt ngay tức thì và liệt mặt muộn sau chấn thương, và 1/10 NC với 100% BN liệt mặt ngay tức thì, 1/10 NC với 53,8% BN liệt tức thì và số còn lại không rõ thời điểm liệt.

**Kết quả điều trị nội khoa bảo tồn:** Mức độ liệt mặt của BN đều có sự cải thiện sau điều trị. Có 7/10 NC có kết quả điều trị là > 60% BN cải thiện mức độ liệt mặt về độ I – II.

#### IV. BÀN LUẬN

Tất cả 10 nghiên cứu đều dùng corticosteroids điều trị. Loại corticosteroids được dùng chiếm ưu thế hơn cả là prednisolone hoặc methylprednisolone chiếm 70% (7/10) NC. Dexamethasone hay hydrocortisone mỗi loại chỉ có 10% (1/10) các NC dùng. Tuy nhiên với hydrocortisone, tác giả Dipak Ranjan Nayak<sup>11</sup> đã

đã sử dụng hydrocortisone nằm trong phác đồ điều chỉnh của Stennert. Năm 1979, Stennert<sup>12</sup> đã nghĩ ra một liệu pháp tiêm truyền bao gồm liều cao cortisone cùng với dextran trọng lượng phân tử thấp và pentoxiphylline. Dựa trên sinh lý bệnh của bệnh liệt mặt Bell, là kết quả của chứng phù nề và thiếu máu cục bộ nguyên phát hoặc thứ phát của dây thần kinh mặt dẫn đến chèn ép dây thần kinh và thiếu oxy. Ông đã báo cáo tỷ lệ thành công 94% với liệu pháp này. Và năm 2013, một phác đồ điều chỉnh của Stennert đã được Mahesh và cộng sự<sup>13</sup> mô tả, trong đó hydrocortisone được sử dụng thay vì prednisolone. Phương pháp này được thử ở những bệnh nhân bị liệt dây thần kinh mặt vô căn và ở những bệnh nhân bị liệt dây thần kinh mặt sau chấn thương. Sự cải thiện tốt được nhìn thấy như nhau ở cả hai nhóm. Vì vậy, năm 2019, lần đầu tiên trong y văn tác giả Dipak Ranjan Nayak<sup>11</sup> đã sử dụng phác đồ điều chỉnh này khi mô tả 21 trường hợp khởi phát muện liệt dây thần kinh mặt sau CTXTD và phẫu thuật giảm áp kết hợp nếu không thấy cải thiện. Điều thú vị là 15 trong 21 BN đã cải thiện đáng kể chỉ với phác đồ điều chỉnh của Stennert. Do đó, tác giả đã khuyến cáo sử dụng phác đồ điều chỉnh của Stennert để điều trị liệt mặt khởi phát muện sau CTXTD.

#### **Chỉ định và kết quả của phương pháp điều trị nội khoa**

Thông thường theo truyền thống, phẫu thuật giảm áp được xem xét khi: liệt mặt hoàn toàn hoặc nghiêm trọng từ độ IV đến VI, liệt ngay lập tức, và mức độ thoái hóa vượt quá 90% của kết quả điện thần kinh (ENoG).<sup>9</sup> Nhưng điều thú vị là chúng tôi quan sát thấy việc lựa chọn BN tham gia điều trị nội khoa rất đa dạng của các tác giả. Với 90% (9/10) nghiên cứu báo cáo có BN liệt mặt mức độ V hay VI được chọn điều trị nội khoa. Thậm chí, có 20% (2/10) nghiên cứu báo cáo 100% bệnh nhân có mức độ liệt mặt hoàn toàn độ VI. Cũng tương tự, có tận 66,7% (4/6) NC điều trị nội khoa với cả BN có ENoG thoái hóa > 90%. Và đồng thời 77,8% (7/9) NC lựa chọn bệnh nhân điều trị nội khoa với cả những BN khởi phát liệt ngay tức thì. Tuy vậy có 2 nghiên cứu báo cáo kết quả điện cơ EMG đều không ghi nhận xuất hiện điện thế rung và có ghi nhận điện thế tái tạo đa pha phù hợp với chỉ định điều trị nội khoa. Và tất cả 10 NC đều báo cáo kết quả điều trị nội khoa cải thiện, có 70% (7/10) NC có kết quả sau điều trị là > 60% BN cải thiện mức độ liệt mặt về độ I - II. Trong đó có 2 nghiên cứu có kết quả sau điều trị là > 90%

BN cải thiện mức độ liệt mặt về độ I và độ II. Đặc biệt hơn nữa là có 2 nghiên cứu của Aaron Kyle Remenschneider<sup>5</sup>, và nghiên cứu của Alok Thaka<sup>6</sup> với khởi đầu 100% BN liệt mặt hoàn toàn độ VI tham gia điều trị nội khoa đều có kết quả phục hồi tốt, đạt  $\geq 80\%$  bệnh nhân về mức độ liệt mặt độ I và độ II. Mặc dù chúng tôi quan sát thấy việc lựa chọn bệnh nhân tham gia điều trị nội khoa rất đa dạng với tỷ lệ lớn nghiên cứu có các tiêu chí trước điều trị phù hợp chỉ định phẫu thuật giảm áp được điều trị nội khoa. Nhưng khi đưa ra kết luận thì 8 trong số 10 nghiên cứu các tác giả đều khuyến cáo đồng thuận với một hoặc một số trong các tiêu chí của chỉ định truyền thống bao gồm: liệt mặt khởi phát muện<sup>4,3,8,11</sup>, liệt mặt không hoàn toàn<sup>3,8,9,10</sup>, kết quả điện thần kinh ENoG thoái hóa < 90%<sup>5</sup>, có sự xuất hiện của điện thế tái tạo và/hoặc sự vắng mặt của điện thế rung trên kết quả EMG<sup>1</sup>, là những ứng cử viên phù hợp cho một chỉ định điều trị nội khoa bảo tồn

#### **V. KẾT LUẬN**

Tất cả các nghiên cứu đều sử dụng corticosteroids cho điều trị nội khoa bảo tồn liệt dây thần kinh VII ngoại biên trong CTXTD. Kết quả điều trị đạt được cải thiện lâm sàng thuận lợi đáng kể. Các tiêu chí lựa chọn bệnh nhân vào điều trị đa số đều được các tác giả thống nhất bao gồm: liệt mặt khởi phát muện, liệt mặt không hoàn toàn, kết quả điện thần kinh ENoG thoái hóa < 90%, có sự xuất hiện của điện thế tái tạo và/hoặc sự vắng mặt của điện thế rung trên kết quả EMG, là những ứng cử viên phù hợp cho một chỉ định điều trị nội khoa bảo tồn.

#### **TÀI LIỆU THAM KHẢO**

- Vajpayee D, Mallick A, Mishra AK.** Post Temporal Bone Fracture Facial Paralysis: Strategies in Decision Making and Analysis of Efficacy of Surgical Treatment. *Indian J Otolaryngol Head Neck Surg.* 2018;70(4):566-571. doi:10.1007/s12070-018-1371-y
- Nash JJ, Friedland DR, Boorsma KJ, Rhee JS.** Management and outcomes of facial paralysis from intratemporal blunt trauma: A systematic review. *The Laryngoscope.* 2010;120(7):1397-1404. doi:10.1002/lary.20943
- Abbaszadeh-Kasbi A, Kouhi A, Ashtiani MTK, Anari M, Yazdi A, Emami H.** Conservative versus Surgical Therapy in Managing Patients with Facial Nerve Palsy Due to the Temporal Bone Fracture. *Craniomaxillofacial Trauma Reconstr.* 2019;12(1):20-26. doi:10.1055/s-0038-1625966
- Li Q, Jia Y, Feng Q, et al.** Clinical features and outcomes of delayed facial palsy after head trauma. *Auris Nasus Larynx.* 2016;43(5):514-517. doi:10.1016/j.anl.2015.12.017

5. **Remenschneider AK, Michalak S, Kozin ED, et al.** Is Serial Electroneuronography Indicated Following Temporal Bone Trauma? *Otol Neurotol Off Publ Am Otol Soc Am Neurotol Soc Eur Acad Otol Neurotol.* 2017;38(4):572-576. doi: 10.1097/MAO.0000000000001337
6. **Thakar A, Gupta MP, Srivastava A, Agrawal D, Kumar A.** Nonsurgical Treatment for Posttraumatic Complete Facial Nerve Paralysis. *JAMA Otolaryngol-- Head Neck Surg.* 2018; 144(4):315-321. doi:10.1001/jamaoto.2017.3147
7. **Yadav S, Panda NK, Verma R, Bakshi J, Modi M.** Surgery for post-traumatic facial paralysis: are we overdoing it? *Eur Arch Oto-Rhino-Laryngol Off J Eur Fed Oto-Rhino-Laryngol Soc EUFOS Affil Ger Soc Oto-Rhino-Laryngol - Head Neck Surg.* 2018;275(11):2695-2703. doi:10.1007/s00405-018-5141-y
8. **Lee PH, Liang CC, Huang SF, Liao HT.** The Outcome Analysis of Traumatic Facial Nerve Palsy Treated With Systemic Steroid Therapy. *J Craniofac Surg.* 2018;29(7):1842-1847. doi:10.1097/SCS.0000000000004641
9. **Nam HGW, Hwang HS, Moon SM, Shin IY, Sheen SH, Jeong JH.** Facial Nerve Decompression for Facial Nerve Palsy with Temporal Bone Fracture: Analysis of 25 Cases. *J Trauma Inj.* 2013;26(3):131-138.
10. **Shankar A, George S, Somaraj S.** Evaluation of Clinical Outcome in Traumatic Facial Nerve Paralysis. *Int Arch Otorhinolaryngol.* 2022; 26(1):e010-e019. doi:10.1055/s-0040-1718962

## HIỆU QUẢ BỔ SUNG SỮA NƯỚC COLOSCARE LÊN TÌNH TRẠNG DINH DƯỠNG, SỨC KHỎE CỦA TRẺ MẪU GIÁO

Phạm Quốc Hùng<sup>1</sup>, Vi Việt Cường<sup>2</sup>, Trần Đình Thoan<sup>3</sup>

### TÓM TẮT

Nghiên cứu can thiệp có đối chứng nhằm đánh giá hiệu quả bổ sung sữa công thức pha sẵn lên tình trạng dinh dưỡng, sức khỏe đối với trẻ mẫu giáo (36-59 tháng tuổi). Nghiên cứu được hoàn thành tại Thái Bình vào tháng 10/2022 với 110 trẻ trong đó có 55 trẻ nhóm can thiệp bổ sung sữa 2 lần/ngày và 55 trẻ nhóm chứng với chế độ ăn thông thường trong 2 tháng. Kết quả nghiên cứu cho thấy bổ sung sữa đã có tác động tích cực tới tình trạng dinh dưỡng, sức khỏe. Các chỉ số đánh giá ở nhóm can thiệp tốt hơn so với nhóm chứng: mức tăng cân nặng trung bình cao hơn 0,43 kg ( $0,70 \pm 0,11$  kg so với  $0,27 \pm 0,08$  kg) có ý nghĩa thống kê ( $p < 0,05$ ); mức tăng chiều cao trung bình cao hơn 0,40 cm ( $1,50 \pm 0,11$  cm so với  $1,10 \pm 0,16$  cm) có ý nghĩa thống kê ( $p < 0,05$ ). Không xuất hiện thừa cân, béo phì. Có xu hướng làm giảm tình trạng nhiễm khuẩn hô hấp, tiêu chảy, táo bón, biếng ăn, khó ngủ nhưng không có ý nghĩa thống kê. Tỷ lệ uống sữa là 97,9% trong đó tỷ lệ uống đủ khẩu phần sữa là 91,8% với chế độ 2 bữa/ngày.

**Từ khóa:** đa vi chất, sữa công thức, chiều cao, cân nặng, trẻ mẫu giáo

### SUMMARY

#### EFFECTS OF FORMULA SUPPLEMENT ON NUTRITION STATUS AND HEALTH OF KINDERGARTEN CHILDREN

A controlled intervention study evaluated the effects of liquid formula supplementation on

nutritional status and health of kindergarten children aged 36-59 months. The study was completed in Thái Bình in October 2022 with 110 children including 55 children of the intervention group supplementing with formula milk twice a day for 2 months, and 55 children of the control group with a regular diet. The study results showed that supplementing with formula had positive effects in nutrition status and health. The evaluated indicators of the intervention group were better than those of the control group: the average weight gain was 0.43 kg more ( $0.70 \pm 0.11$  kg versus  $0.27 \pm 0.08$  kg) with statistical significance ( $p < 0.05$ ); the average height increase was 0.40 cm more ( $1.50 \pm 0.11$  cm versus  $1.1 \pm 0.16$  cm) with statistical significance ( $p < 0.05$ ); There was not overweight or obesity appearance. There was a tendency to reduce the rates of respiratory infections, diarrhea, constipation, anorexia, and sleep problems but not statistically significant. The rate of drinking milk was 97.9%, of which the rate of drinking enough milk was 91.8% with 2 meals per day.

**Keywords:** micronutrients, formula milk, height, weight, kindergarten children

### I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Dinh dưỡng cho trẻ em, đặc biệt là vùng nông thôn Việt Nam còn là vấn đề sức khỏe quốc gia ảnh hưởng đến tầm vóc, chiều cao, trí tuệ và sức lao động của người Việt Nam và được ngành y tế và Chính phủ đặc biệt quan tâm [1]. Một trong những biện pháp hữu hiệu là sử dụng sữa được bổ sung dinh dưỡng và vi chất dinh dưỡng (VCDD) cho trẻ nhỏ [2],[3]. Tuy nhiên, thành phần, hàm lượng sữa bổ sung sao cho cân đối, phù hợp còn là vấn đề cần nghiên cứu. Hiện nay trên thị trường có một số loại sữa công thức có thể phù hợp cho các can thiệp dinh dưỡng. Nghiên cứu này sẽ tiến hành đánh giá hiệu quả

<sup>1</sup>Trường Đại học Y Hà Nội

<sup>2</sup>Đại học Quốc tế Hồng Bàng

<sup>3</sup>Trường Đại học Y Dược Thái Bình

Chịu trách nhiệm: Phạm Quốc Hùng

Email: phamquochung@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 14.10.2022

Ngày phản biện khoa học: 5.12.2022

Ngày duyệt bài: 21.12.2022