

- coronary intervention (from the EUROTRANSFER Registry). *Am J Cardiol.* 2010;106(3):342-7. doi:10.1016/j.amjcard.2010.03.029
3. Engström T, Kelbæk H, Helqvist S, et al. Complete revascularisation versus treatment of the culprit lesion only in patients with ST-segment elevation myocardial infarction and multivessel disease (DANAMI-3—PRIMULTI): an open-label, randomised controlled trial. *Lancet.* 2015; 386 (9994):665-71. doi: 10.1016/ s0140-6736 (15)60648-1
  4. Gershlick AH, Khan JN, Kelly DJ, et al. Randomized trial of complete versus lesion-only revascularization in patients undergoing primary percutaneous coronary intervention for STEMI and multivessel disease: the CvLPRIT trial. *J Am Coll Cardiol.* 2015;65(10): 963-72. doi: 10.1016/ j.jacc.2014.12.038
  5. Mehta SR, Wood DA, Storey RF, et al. Complete Revascularization with Multivessel PCI for Myocardial Infarction. *N Engl J Med.* 2019; 381 (15): 1411-1421. doi: 10.1056/ NEJMoa1907775
  6. Smits PC, Abdel-Wahab M, Neumann F-J, et al. Fractional Flow Reserve-Guided Multivessel Angioplasty in Myocardial Infarction. *New England Journal of Medicine.* 2017;376(13): 1234-1244. doi:10.1056/ NEJMoa1701067
  7. Wald DS, Morris JK, Wald NJ, et al. Randomized trial of preventive angioplasty in myocardial infarction. *N Engl J Med.* 2013; 369(12): 1115-23. doi:10.1056/NEJMoa1305520
  8. Dauerman HL. Reasonable incomplete revascularization. *Circulation.* 2011;123(21):2337-40. doi: 10.1161/ circulationaha.111.033126
  9. Hannan EL, Wu C, Walford G, et al. Incomplete revascularization in the era of drug-eluting stents: impact on adverse outcomes. *JACC Cardiovascular interventions.* 2009;2(1):17-25. doi:10.1016/j.jcin.2008.08.021

## VAI TRÒ CỦA ĐIỆN SINH LÝ THẦN KINH TRONG TIÊN LƯỢNG PHỤC HỒI CHỨC NĂNG VẬN ĐỘNG LIỆT DÂY THẦN KINH VII NGOẠI BIÊN VÔ CĂN GIAI ĐOẠN CẤP

Nguyễn Văn Tuấn<sup>1,2</sup>, Nguyễn Thanh Sơn<sup>3</sup>

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Phân tích vai trò của điện sinh lý thần kinh trong tiên lượng phục hồi chức năng vận động liệt dây thần kinh VII ngoại biên vô căn trong giai đoạn cấp. **Phương pháp nghiên cứu:** Mô tả cắt ngang tiến cứu trên 57 bệnh nhân bị liệt dây thần kinh VII ngoại biên vô căn cấp tính tại bệnh viện chăm cứu Trung ương. **Kết quả nghiên cứu:** Tuổi mắc bệnh trung bình 30.7±13.6, nhóm tuổi 20-39 chiếm 52.6%. Thoái hóa thần kinh VII ngoại biên mức độ trung bình khi khởi phát tăng theo độ nặng trong phân độ lâm sàng House Brackmann (14.94 ± 8.31 độ II so với 59.9 ± 6.91 độ VI). Thời gian tiềm vận động thần kinh mặt bên bệnh (3.3 ± 0.5 ms) kéo dài hơn so với bên lành (2.9 ± 0.43 ms) (p<0,05). Đáp ứng R1 của phản xạ Blink bất thường ở tất cả các trường hợp (27 trường hợp mất đáp ứng; 30 trường hợp kéo dài thời gian tiềm R1). Sau 30 ngày điều trị có tỷ lệ khởi hoàn toàn đạt 67.4% ở nhóm có thoái hóa thần kinh mặt giai đoạn khởi phát <50% so với 14.3% khởi hoàn toàn ở nhóm ≥50%. Nhóm khởi hoàn toàn có trung bình thời gian tiềm giai đoạn khởi phát ngắn hơn so với nhóm không khởi hoàn toàn (3.28 ± 0.53 ms so với 3.32 ± 0.64 ms). Bệnh nhân còn phản xạ Blink giai đoạn khởi phát có tỷ lệ khởi hoàn toàn sau 30 ngày

đạt 76.7% so với nhóm mất phản xạ Blink đạt 29.6%. **Kết luận:** Trong giai đoạn cấp, những bệnh nhân có tỷ lệ thoái hóa thần kinh VII ngoại biên vô căn < 50%, còn phản xạ Blink thì tỷ lệ hồi phục sau 30 ngày tốt hơn. **Từ khóa:** Liệt dây thần kinh VII ngoại biên vô căn, điện sinh lý thần kinh.

### SUMMARY

#### THE ROLE OF ELECTROMYOGRAPHY IN PREDICTING THE RECOVERY OF MOTOR FUNCTION IN PATIENTS WITH ACUTE IDIOPATHIC PERIPHERAL FACIAL PALSY

**Objective:** Analyzing the role of nerve electrophysiology in the prediction of the recovery of motor function in acute idiopathic peripheral facial palsy. **Research method:** A prospective cross-sectional description of 57 patients with acute idiopathic peripheral facial palsy at the Central Acupuncture Hospital. **Results:** The average age of onset was 30.7 ± 13.6 years; the age group 20–39 accounts for 52.6%. The percentage of facial nerve degeneration at the onset stage increased according to the degree of severity in the House Brackmann clinical grading (14.94 ± 8.31 degrees II compared to 59.9 ± 6.91 degrees VI). The motor latency of the facial nerve on the affected side at the onset stage was 3.3 ± 0.5ms higher than compared to 2.9 ± 0.43ms on the normal side (p<0,05). Response R1 of Blink reflex is abnormal in all cases (27 cases of total loss; 30 cases of prolonged R1 latency). After 30 days of treatment, the complete recovery rate was 67.4% in the group with facial nerve degeneration at the onset stage <50%, compared to 14.3% in the group ≥50%. The complete recovery group also had a shorter average distal latency at the onset stage than

<sup>1</sup>Bệnh viện Bạch Mai

<sup>2</sup>Trường Đại học Y Dược, Đại học Quốc gia Hà Nội

<sup>3</sup>Bệnh viện Chăm cứu Trung ương

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Văn Tuấn

Email: ngvtuan21965@gmail.com

Ngày nhận bài: 8.01.2024

Ngày phản biện khoa học: 22.2.2024

Ngày duyệt bài: 11.3.2024

the non-complete recovery group. Patients who still had the blink reflex in the initial phase had a complete recovery rate after 30 days, reaching 76.7%, compared to the group losing the blink reflex, which reached 29.6%. **Conclusion:** In the acute phase, patients with a idiopathic peripheral VII nerve degeneration rate < 50% and the Blink reflex have a better recovery rate after 30 days

**Keywords:** Idiopathic peripheral facial palsy, nerve electrophysiology.

## 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.<sup>1</sup> Nguyên nhân vô căn là phổ biến nhất gây yếu cơ mặt ngoại biên một bên cấp tính, chiếm 60-75% số ca liệt dây thần kinh số VII.<sup>2</sup> Liệt dây thần kinh số VII ngoại biên ảnh hưởng rất lớn đến thẩm mỹ, chất lượng cuộc sống nên đánh giá tiên lượng cho người bệnh liệt mặt ngoại biên, đặc biệt là những trường hợp khó phục hồi có tầm quan trọng lớn. Việc sử dụng các kỹ thuật điện sinh lý thần kinh có thể đánh giá xác định tổn thương và tiên lượng bệnh.<sup>3</sup> Cùng với sự triển khai rộng rãi khắp các kỹ thuật điện sinh lý ở Việt Nam chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài với mục tiêu: "*Phân tích vai trò của điện sinh lý thần kinh trong tiên lượng phục hồi chức năng vận động liệt dây thần kinh VII ngoại biên vô căn giai đoạn cấp*".

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

**2.1. Đối tượng nghiên cứu:** Người bệnh liệt dây thần kinh số VII ngoại biên vô căn đến khám và điều trị tại bệnh viện Chăm cứu trung ương từ tháng 2 đến tháng 11 năm 2023.

### 2.1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn

- Người bệnh được chẩn đoán lâm sàng liệt mặt ngoại biên một bên vô căn có thời gian khởi phát từ 3 đến 10 ngày.

- Phân độ lâm sàng House Brackmann (HB)  $\geq$  II.<sup>4</sup>

- Người bệnh đồng ý tham gia nghiên cứu.

### 2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ:

- Người bệnh liệt mặt hai bên;

- Bệnh nhân liệt dây thần kinh số VII ngoại biên có nguyên nhân: chấn thương, sau phẫu thuật, herpes Zoster, HSV, u góc cầu tiểu não, viêm màng não;

- Người bệnh không quay lại khám tại thời điểm sau 30 ngày từ lần khám đầu tiên.

### 2.2. Phương pháp nghiên cứu

**Thiết kế nghiên cứu:** Mô tả cắt ngang tiến cứu

**Cỡ mẫu nghiên cứu:** Cỡ mẫu nghiên cứu được lấy theo cỡ mẫu thuận tiện, bao gồm toàn bộ bệnh nhân liệt dây thần kinh số VII ngoại biên vô căn trong giai đoạn nghiên cứu.

## 2.3. Các chỉ tiêu nghiên cứu

- Thang phân độ lâm sàng liệt dây thần kinh VII ngoại biên House- Brackmann gồm 6 độ:<sup>4</sup>

Độ I: Bình thường (chức năng 100%)

Độ II: Rối loạn chức năng nhẹ (chức năng còn lại 76-99%)

Độ III: Rối loạn chức năng trung bình với mắt còn nhắm tốt (chức năng còn lại 51-75%)

Độ IV: Rối loạn chức năng trung bình với mắt nhắm không kín (chức năng còn lại 26-50%)

Độ V: Rối loạn chức năng nặng (chức năng 1-25%)

Độ VI: Liệt hoàn toàn (chức năng còn lại 0%)

- Đánh giá khỏi hoàn toàn sau 30 ngày: HB = I; không khỏi hoàn toàn sau 30 ngày: HB > I

- Phương pháp kích thích vận động dây thần kinh số VII (ENoG) ghi tại cơ mũi (NM):

+ Thời gian tiềm đáp ứng vận động (DL) (ms)

+ Biên độ đáp ứng vận động (CMAP) (mV)

+ Tỷ lệ thoái hóa thần kinh mặt được tính theo công thức:

%Thoái hóa thần kinh mặt= (1- CMAP bên bệnh/ CMAP bên lành) x100%.<sup>5</sup>

✓ Nếu thoái < 50% là hồi phục tốt

✓  $\geq$ 50% hồi phục kém

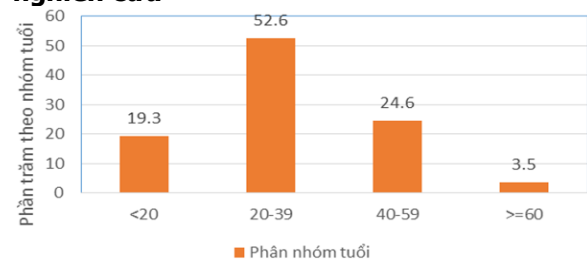
- Phản xạ nhắm mắt (Blink reflex):

Thời gian tiềm R1 (ms): được phân chia thành các nhóm: bình thường; kéo dài thời gian tiềm R1 ( $\geq$ 13ms), mất hoàn toàn đáp ứng.<sup>6</sup>

**2.4. Xử lý số liệu.** Số liệu thu thập sẽ được làm sạch và được xử lý trên phần mềm SPSS 25.0. Các phép tính bao gồm: tính tỷ lệ phần trăm, tính giá trị trung bình, so sánh các giá trị trung bình, so sánh các tỷ lệ, kiểm định Chi bình phương, T-test, kiểm định mối tương quan giữa hai biến định lượng, tính tỷ suất chênh.

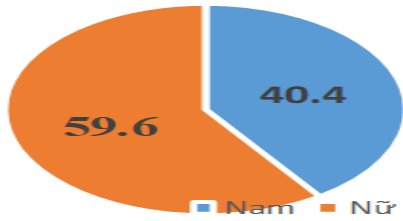
## III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

### 3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu



**Biểu đồ 1. Phân nhóm tuổi đối tượng nghiên cứu**

**Nhận xét:** Tỷ lệ liệt dây VII ngoại vi vô căn ở nhóm 20-39 tuổi (chiếm 52.6%). Độ tuổi trung bình mắc bệnh là  $30.7 \pm 13.6$ ; nhỏ nhất là 6 tuổi và cao nhất là 66 tuổi.



**Biểu đồ 2. Tỷ lệ giới tính đối tượng nghiên cứu**

**Nhận xét:** Trong tổng số 57 bệnh nhân tham gia nghiên cứu, có 34 bệnh nhân là nữ giới (59.6%) và 23 bệnh nhân là nam giới (40.4%).

3.2. Đặc điểm chẩn đoán điện ở giai đoạn khởi phát theo thang điểm House- Brackmann:

**Bảng 1. Phân độ liệt theo thang điểm House – Brackmann giai đoạn khởi phát**

House - Brackmann	n	%
ĐỘ II	10	17.5
ĐỘ III	16	28.1
ĐỘ IV	14	24.6
ĐỘ V	9	15.8
ĐỘ VI	8	14.0
<b>Tổng</b>	<b>57</b>	<b>100</b>

**Nhận xét:** Theo phân độ liệt dây VII ngoại biên trên lâm sàng, độ III chiếm tỷ lệ nhiều nhất với 28.1%.

**Bảng 2. Phần trăm thoái hóa thần kinh mặt giai đoạn khởi phát**

Phân độ House – Brackmann	n	TB % thoái hóa thần kinh ± SD	p
ĐỘ II	10	14.94 ± 8.31	<0.01
ĐỘ III	16	26.15 ± 12.29	
ĐỘ IV	14	32.95 ± 16.34	
ĐỘ V	9	40.65 ± 12.31	
ĐỘ VI	8	59.9 ± 6.91	

**Nhận xét:** Phần trăm thoái hóa thần kinh VII ngoại biên giai đoạn khởi phát tăng theo độ nặng trên phân độ lâm sàng có ý nghĩa thống kê với p < 0,05.

**Bảng 3. Thời gian tiềm vận động thần kinh mặt giai đoạn khởi phát**

	DL TB ± SD (ms)	p
Thời gian tiềm thần kinh mặt bên bệnh	3.3 ± 0.5	p < 0,01
Thời gian tiềm thần kinh mặt bên lành	2.9 ± 0.43	

**Nhận xét:** Thời gian tiềm vận động thần kinh VII ngoại biên bên bệnh giai đoạn khởi phát kéo dài hơn so với bên lành có ý nghĩa thống kê với p < 0,05.

**Bảng 4. Thời gian tiềm R1 phản xạ nhắm mắt trung bình theo phân độ House – Brackmann giai đoạn khởi phát**

Phân độ House – Brackmann	n	Thời gian tiềm R1 trung	p

		biên (ms)	
ĐỘ I (bên lành)	57(100%)	10.46 ± 0.82	0.562
<b>Bên bệnh (n=30)</b>			
ĐỘ II	10	13.36 ± 1.38	
ĐỘ III	8	13.24 ± 0.67	
ĐỘ IV	8	13.25 ± 0.51	
ĐỘ V	4	13.97 ± 0.70	
ĐỘ VI	0	Mất đáp ứng	

**Nhận xét:** Tất cả bệnh nhân trong nghiên cứu đều có bất thường trên phản xạ nhắm mắt. Trong đó 27 bệnh nhân mất hoàn toàn đáp ứng; 30 bệnh nhân kéo dài thời gian tiềm R1 trên phản xạ nhắm mắt.

**3.3. Môi liên quan giữa phân độ chẩn đoán điện giai đoạn khởi phát và triệu chứng lâm sàng sau 30 ngày**

**Bảng 5. Sự phục hồi trên lâm sàng theo thang điểm HB tại thời điểm sau 30 ngày:**

Phân độ HB trước điều trị	Khỏi hoàn toàn (n,%)	Không khỏi hoàn toàn (n,%)	p
ĐỘ II	10 (100)	0 (0)	p < 0.001
ĐỘ III	12 (75)	4 (25)	
ĐỘ IV	5 (35,7)	9 (64,3)	
ĐỘ V	3 (33,3)	6 (66,7)	
ĐỘ VI	1 (12,5)	7 (87,5)	
<b>Tổng</b>	<b>31 (54.4)</b>	<b>26 (45.6)</b>	

**Nhận xét:** Có 31 bệnh nhân phục hồi hoàn toàn sau 30 ngày điều trị đạt 54.4%. Nhóm lâm sàng tại trước điều trị có mức độ phục hồi cao nhất là nhóm độ II (100% hồi phục), thấp nhất là nhóm độ VI (12.5% hồi phục hoàn toàn); sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với p < 0,001.

**Bảng 6. Môi liên quan giữa thoái hóa thần kinh VII giai đoạn khởi phát và triệu chứng lâm sàng sau 30 ngày**

Thoái hóa thần kinh mặt giai đoạn khởi phát	Không khỏi hoàn toàn (n,%)	Khỏi hoàn toàn (n,%)	Tổng n (%)
Thoái hoá thần kinh mặt ≥ 50%	12 (85.7)	2 (14.3)	14 (100)
Thoái hoá thần kinh mặt < 50%	14 (32.6)	29 (67.4)	43 (100)
OR = 12.4 (95%CI 2,4 – 63.2), p = 0.001			

**Nhận xét:** Khả năng khỏi hoàn toàn sau 30 ngày ở nhóm có thoái hóa thần kinh mặt < 50% cao gấp 12,4 lần so với nhóm có thoái hóa thần kinh mặt ≥ 50% có ý nghĩa thống kê với p < 0,01, 95%CI 2,4 – 63.2.

**Bảng 7. Thời gian tiềm vận động thần kinh VII bên bệnh giai đoạn khởi phát và triệu chứng lâm sàng sau 30 ngày**

Lâm sàng sau 30 ngày	n	Trung bình thời gian tiềm giai	p

	đoạn khởi phát		
Khởi hoàn toàn	31	3.28 ± 0.53	0.994
Không khởi hoàn toàn	26	3.32 ± 0.64	

**Nhận xét:** Sau 30 ngày điều trị, nhóm bệnh nhân không khởi hoàn toàn có thời gian tiềm tại thời điểm trước điều trị kéo dài hơn nhóm bệnh nhân khởi hoàn toàn. Tuy nhiên sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với  $p > 0,05$ .

**Bảng 8. Môi liên quan giữa phản xạ nhắm mắt giai đoạn khởi phát và triệu chứng lâm sàng sau 30 ngày**

Phản xạ nhắm mắt giai đoạn khởi phát	Phục hồi lâm sàng sau 30 ngày		Tổng
	Khởi hoàn toàn (n,%)	Không khởi hoàn toàn (n, %)	
Phản xạ nhắm mắt còn	23 (76.7)	7 (23.3)	(100%)
Mất đáp ứng phản xạ nhắm mắt	8 (29.6)	19 (70.4)	(100%)
OR = 7,8 (95%CI 2,3 – 25,4), $p < 0.001$			

**Nhận xét:** Nhóm còn phản xạ nhắm mắt tại giai đoạn khởi phát có tỷ lệ phục hồi hoàn toàn sau 30 ngày điều trị cao gấp 7.8 lần so với nhóm mất đáp ứng phản xạ nhắm mắt tại thời điểm khởi phát có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,001$ , 95%CI 2,3 – 25,4.

#### IV. BÀN LUẬN

Chúng tôi nghiên cứu 57 bệnh nhân có độ tuổi trung bình  $30.7 \pm 13.6$  với nữ giới mắc bệnh là 59.6% và nam giới là 40.4%; kết quả này tương đồng với tác giả Kherd 2018<sup>5</sup> và Peitersen 2002.<sup>7</sup>

Trên điện sinh lý thần kinh: Thời gian tiềm vận động của dây thần kinh VII bên bị bệnh  $3.3 \pm 0.5$  ms kéo dài hơn có ý nghĩa thống kê so với bên lành với  $p < 0,05$  (Bảng 3). Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng tương tự với nghiên cứu của tác giả Kherd 2018,<sup>5</sup> tác giả đã nghiên cứu trên số lượng bệnh nhân đều được điều trị corticoid trong 3 ngày đầu khởi phát bệnh và đánh giá từ ngày thứ 3-7 ngày, thời gian tiềm bên bệnh vẫn kéo dài, thoái hóa Wallerin trong liệt dây thần kinh VII ngoại biên thường biểu hiện rõ ràng 72 giờ sau khi bị tổn thương và phải mất 10-15 ngày để quá trình thoái hóa Wallerin hoàn tất. Cũng theo Kherd tốc độ thoái hóa dây thần kinh mặt của cơ trán cung cấp chỉ số tiên lượng nhạy cảm nhất về sự phục hồi sau liệt dây thần kinh VII ngoại biên cấp tính.<sup>5</sup> Tỷ lệ thoái hóa sợi trục dây thần kinh VII tăng lên cùng với độ nặng của liệt dây thần kinh VII ngoại biên theo phân độ House Brackmann (Bảng 2) có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$ . Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương đồng với

kết quả của tác giả Lê Quốc Việt năm 2019.<sup>1</sup>

Kết quả trong bảng 4 cho thấy tất cả các trường hợp liệt VII ngoại biên từ độ II trở lên đều có bất thường kéo dài thời gian tiềm R1, thậm chí mất đáp ứng R1. Tuy nhiên giữa các nhóm phân độ lâm sàng, sự khác biệt thời gian tiềm R1 (bao gồm kéo dài và mất đáp ứng) chưa có ý nghĩa thống kê. Điều này phù hợp với quan điểm đánh giá phản xạ nhắm mắt của các tác giả nghiên cứu trước đây cho rằng chỉ phân chia ở ba mức: bình thường, kéo dài thời gian tiềm và mất đáp ứng mà không phân chia liên tục theo các mức độ nặng trên thang đo lâm sàng. Kết quả của chúng tôi tương đồng với kết quả nghiên cứu của Kherd 2018.<sup>5</sup>

Trong tổng số 57 trường hợp theo dõi sau 30 ngày, có 31 trường hợp khởi hoàn toàn (HB =1) (đạt 54.4%) và 26 trường hợp không khởi hoàn toàn (HB >1) (45.6%),  $p < 0.001$ . Chúng tôi nhận thấy là tỷ lệ khởi hoàn toàn cao hơn với nhóm phân độ lâm sàng giai đoạn khởi phát ở mức độ nhẹ. Phân độ lâm sàng độ II giai đoạn khởi phát đều khởi hoàn toàn sau 30 ngày điều trị (100%); trong khi đó với độ lâm sàng VI có tỷ lệ khởi hoàn toàn chỉ đạt 12.5%. Tỷ lệ khởi hoàn toàn trong nghiên cứu của chúng tôi cũng thấp hơn so với tác giả Eman M. Kherd và cộng sự năm 2018 nghiên cứu trên 59 người bệnh liệt mặt ngoại biên vô căn sau 3 tháng, 41 trường hợp hồi phục tốt chiếm 69,5%, và 30,5% số trường hợp phục hồi kém.<sup>5</sup> Tuy nhiên nghiên cứu trên có thời gian theo dõi dài hơn nghiên cứu của chúng tôi và điều đó có thể liên quan tới kết cục lâm sàng.

Tỷ lệ thoái hóa thần kinh mặt  $\geq 50\%$  thì liệt dây VII ngoại biên khởi hoàn toàn sau 30 ngày điều trị chỉ đạt 14.3%. Ngược lại nếu tỷ lệ thoái hóa thần kinh mặt  $< 50\%$  thì tỷ lệ khởi hoàn toàn đạt 67.4% sau 30 ngày (Bảng 6). Tính toán tỷ suất chênh cho thấy: Nhóm có thoái hóa thần kinh mặt  $< 50\%$  có khả năng khởi hoàn toàn sau 30 ngày điều trị cao gấp 12.4 lần so với nhóm có thoái hóa thần kinh mặt  $\geq 50\%$  có ý nghĩa thống kê với  $p = 0.001$ , (95%CI 2,4 – 63.2). Chúng tôi nhận thấy sự tương đồng giữa kết quả của chúng tôi với các nhóm nghiên cứu khác trên thế giới: Eman M. Kherd (2018): sau 3 tháng, 41 người bệnh (69,5%) phục hồi tốt trong khi 18 người bệnh (30,5%) phục hồi kém theo thang điểm House - Brackmann. Tỷ lệ thoái hoá thần kinh  $< 50\%$  (38 trường hợp) có cơ hội phục hồi tốt hơn (78,9%) so với nhóm thoái hoá thần kinh  $> 50\%$  (21 trường hợp) (47,8%).<sup>5</sup>

Thời gian tiềm vận động dây thần kinh VII

bên liệt ở giai đoạn khởi phát kéo dài hơn ở nhóm bệnh nhân không khỏi hoàn toàn so với nhóm khỏi hoàn toàn với  $p > 0.05$  (Bảng 7). Kết quả của chúng tôi tương đồng với kết quả trong nghiên cứu của Kherd năm 2018, khi thời gian tiềm vận động dây thần kinh mặt bên liệt ở nhóm bệnh nhân phục hồi kém kéo dài hơn nhóm bệnh nhân phục hồi tốt, nhưng không có ý nghĩa thống kê,  $p > 0.05$ .<sup>5</sup>

Về mối liên quan giữa thời gian tiềm vận động phản xạ nhắm mắt giai đoạn khởi phát với sự phục hồi liệt mặt; chúng tôi nhận thấy rằng: ở nhóm còn phản xạ nhắm mắt tại thời điểm khởi phát, tỷ lệ khỏi hoàn toàn sau 30 ngày đạt 76.7%; so với nhóm mất phản xạ nhắm mắt có tỷ lệ khỏi hoàn toàn sau 30 ngày chỉ đạt 29.6%. Chúng tôi tính toán tỷ suất chênh hai nhóm này và đưa ra nhận xét: Nhóm còn phản xạ nhắm mắt giai đoạn khởi phát có tỷ lệ phục hồi hoàn toàn sau 30 ngày điều trị cao gấp 7.8 lần so với nhóm mất đáp ứng phản xạ nhắm mắt tại giai đoạn khởi phát (95%CI 2,3 – 25,4),  $p < 0.001$ . Kết quả của chúng tôi tương đồng với một số nghiên cứu khác: Young Min Hah (2018) nghiên cứu 98 bệnh nhân liệt VII ngoại vi do lạnh từ năm 2009 đến 2015; có tới 90% các bệnh nhân còn đáp ứng R1 phản xạ nhắm mắt sẽ phục hồi tốt (HB 1-2); trong khi có 65.2% bệnh nhân mất đáp ứng R1 phục hồi tốt (HB 1-2). Tuy nhiên nghiên cứu này có sự khác biệt so với chúng tôi ở thời gian nghiên cứu dài hơn và cách chia nhóm phục hồi tốt (HB 1-2) với nhóm phục hồi kém hơn (HB > 2).<sup>8</sup>

## V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu trên 57 bệnh nhân liệt dây thần

kinh VII ngoại biên vô căn chúng tôi thu được nhóm có thoái hóa thần kinh mặt <50% có khả năng khỏi hoàn toàn sau 30 ngày điều trị cao gấp 12.4 lần so với nhóm có thoái hóa thần kinh mặt  $\geq 50\%$ . Nhóm còn phản xạ nhắm mắt giai đoạn khởi phát có tỷ lệ phục hồi hoàn toàn sau 30 ngày điều trị cao gấp 7.8 lần so với nhóm mất đáp ứng phản xạ nhắm mắt tại giai đoạn khởi phát.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Lê Quốc Việt, Nguyễn Công Hoan. Vai trò chẩn đoán và tiên lượng phục hồi của kỹ thuật chẩn đoán điện thần kinh ở người bệnh liệt mặt ngoại biên vô căn. Luận văn Thạc sỹ y học, Đại học Y Hà Nội, 2019.
2. Adour KK, Byl FM, Hilsinger RL, Jr., Kahn ZM, Sheldon MI. The true nature of Bell's palsy: analysis of 1,000 consecutive patients. Laryngoscope 1978; 88(5): 787-801.
3. Esslen E. The acute facial palsies: investigations on the localization and pathogenesis of meato-labyrinthine facial palsies. Schriftenr Neurol 1977; 18: 1-164.
4. House JW, Brackmann DE. Facial nerve grading system. Otolaryngol Head Neck Surg 1985; 93(2): 146-7.
5. Khedr EM, Abo El-Fetoh N, El-Hammady DH, et al. Prognostic role of neurophysiological testing 3-7 days after onset of acute unilateral Bell's palsy. Neurophysiol Clin 2018; 48(2): 111-7.
6. Preston DC, Barbara ES et al. Electromyography and Neuromuscular Disorders: Clinical-Electrophysiological-Ultrasound Correlations, 2021
7. Peitersen E. Bell's palsy: the spontaneous course of 2,500 peripheral facial nerve palsies of different etiologies. Acta Otolaryngol Suppl 2002; (549): 4-30.
8. Hah YM, Kim SH, Jung J, et al. Prognostic value of the blink reflex test in Bell's palsy and Ramsay-Hunt syndrome. Auris Nasus Larynx 2018; 45(5): 966-70.

## KẾT QUẢ PHẪU THUẬT SMILE KẾT HỢP CROSSLINKING DỰ PHÒNG TRÊN BỆNH NHÂN CẬN THỊ CAO GIÁC MẠC MỎNG

Nguyễn Kiêm Hiệp<sup>1</sup>, Đinh Thị Phương Thủy<sup>2</sup>, Lê Thị Vân Anh<sup>3</sup>

### TÓM TẮT

**Mục đích:** Phân tích tính hiệu quả, an toàn và ổn định trong điều trị cận loạn thị bằng phương pháp phẫu thuật khúc xạ đường rạch nhỏ (SMILE) kết hợp

cross-linking (CXL) dự phòng trên bệnh nhân giác mạc mỏng. **Đối tượng và phương pháp:** nghiên cứu hồi cứu trên 48 mắt của 24 bệnh nhân cận loạn thị đã được phẫu thuật SMILE kết hợp cross-linking dự phòng. Bệnh nhân được theo dõi trong 12 tháng. Máy phẫu thuật: LDV Z8 (Ziemer). Tiêu chuẩn lựa chọn: bệnh nhân có chiều dày giác mạc còn lại dự kiến dưới 300µm. **Kết quả:** Bệnh nhân tuổi trung bình  $20.58 \pm 3.12$  (tuổi). Khúc xạ cầu tương đương trước phẫu thuật  $-6.85 \pm 1.80$  (từ  $-9.75$  đến  $-5.00$ ) D. Sau phẫu thuật khúc xạ tương đương là  $-0.5 \pm 0.26$  (từ  $-1.00D$  đến  $+0.25D$ ); 60% bệnh nhân có thị lực 20/20; 81% mắt đạt 20/25; 60% có khúc xạ  $\pm 0.5D$  và 8.3% mắt đã thay đổi  $\geq 0.5D$  từ 3 đến 12 tháng. **Kết luận:** Phẫu thuật SMILE kết hợp CXL dự phòng

<sup>1</sup>Bệnh viện Mắt Trung Ương

<sup>2</sup>Bệnh viện Đông Đô

<sup>3</sup>Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Kiêm Hiệp

Email: nguyenkiliephiep@gmail.com

Ngày nhận bài: 8.01.2024

Ngày phản biện khoa học: 22.2.2024

Ngày duyệt bài: 11.3.2024