

NGHIÊN CỨU ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, KẾT QUẢ ĐIỆN CƠ Ở BỆNH NHÂN LIỆT MẶT BELL TẠI BỆNH VIỆN CHÂM CỨU TRUNG ƯƠNG

Nguyễn Bích Ngọc^{1*}, Nguyễn Thị Tố Uyên²

1. Bệnh viện Châm Cứu Trung ương

2. Bộ môn Tai Mũi Họng-Trường Đại học Y Hà Nội

<https://doi.org/10.60137/tmhvn.v69i66.171>

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Bên cạnh đánh giá mức độ liệt mặt theo thang điểm House – Brackmann thì điện cơ được sử dụng để đánh giá mức độ nghiêm trọng của tổn thương trong liệt dây thần kinh mặt ngoại biên cấp tính góp phần đánh giá khả năng phục hồi.

Mục tiêu: 1. Mô tả đặc điểm lâm sàng của bệnh nhân liệt mặt Bell; 2. Mô tả kết quả điện cơ và đối chiếu với phân độ House – Brackmann.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả loạt ca bệnh được chẩn đoán liệt mặt Bell đến khám, điều trị và được đo điện cơ tại Bệnh viện Châm cứu Trung ương từ tháng 7 năm 2023 đến tháng 8 năm 2024.

Kết quả: Trong số 35 bệnh nhân liệt mặt Bell được đánh giá theo thang điểm House-Brackmann nhận thấy lúc vào viện bệnh nhân chủ yếu độ IV với 54,3%, tiếp theo là độ III (25,7%) và độ V (20,0%). Sau điều trị 2 tuần người bệnh chủ yếu phân loại độ II với 42,9%, độ I (34,3%), độ III (22,8%). Sau điều trị 6 tuần chủ yếu là phân độ I (77,1%), độ II (22,9%). Có sự cải thiện theo phân độ lúc vào viện và sau điều trị. Dấu hiệu bất thường trên điện cơ thường gặp hình ảnh giảm kết tập và hình ảnh giao thoa không hoàn toàn. Kết quả điện cơ sau điều trị có sự cải thiện: hình ảnh kết tập bình thường tăng 34,2%, hình ảnh giao thoa hoàn toàn tăng 34,2%. Sự khác biệt giữa phân độ House-Brackmann và hình ảnh điện cơ ở 2 nhóm có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

Kết luận: Đánh giá mức độ liệt theo thang điểm House-Brackmann lúc vào viện và sau điều trị (2 tuần, 6 tuần) thấy sự cải thiện, lúc vào viện chủ yếu là độ IV tiếp đến là độ III và độ V và sau điều trị chủ yếu là độ I, độ II. Nhóm bệnh nhân nghiên cứu được làm điện cơ sau 2 lần cho thấy có sự cải thiện triệu chứng lâm sàng tương đồng với điện cơ.

Từ khoá: Đặc điểm lâm sàng, liệt mặt Bell, điện cơ.

* Tác giả liên hệ: Nguyễn Bích Ngọc; SĐT: 0989756989; Email: bsngoctmh109@gmail.com

Nhận bài: 06/11/2024

Ngày nhận phản biện: 07/11/2024

Ngày nhận phản hồi: 14/11/2024

Ngày duyệt đăng: 14/11/2024

**ABSTRACT: STUDY OF CLINICAL CHARACTERISTICS,
ELECTROMYOGRAPHY RESULTS IN PATIENTS WITH BELL'S FACIAL
PARALYSIS AT THE NATIONAL HOSPITAL OF ACUPUNCTURE**

SUMMARY

Introduction:

In addition to assessing the degree of facial paralysis using the House-Brackmann grading scale, electromyography (EMG) is used to evaluate the severity of nerve damage in cases of acute peripheral facial nerve paralysis, contributing to an assessment of recovery potential.

Objectives: 1. Describe the clinical characteristics of patients with Bell's palsy; 2. Describe EMG results and compare them with the House-Brackmann grading scale.

Subjects and Methods: This descriptive study examined a series of patients diagnosed with Bell's palsy who visited, received treatment, and underwent EMG at the Central Acupuncture Hospital from July 2023 to August 2024.

Results: Among the 35 patients with Bell's palsy evaluated using the House-Brackmann scale, most patients were classified as Grade IV upon hospital admission (54.3%), followed by Grade III (25.7%) and Grade V (20.0%). After two weeks of treatment, most patients were classified as Grade II (42.9%), followed by Grade I (34.3%) and Grade III (22.8%). At six weeks post-treatment, the majority were classified as Grade I (77.1%), with the remainder as Grade II (22.9%). There was an improvement in grading from admission to post-treatment evaluations. Abnormal EMG findings commonly included reduced recruitment and incomplete interference patterns. EMG results showed improvement post-treatment, with normal recruitment patterns increasing by 34.2% and complete interference patterns increasing by 34.2%. The difference between House-Brackmann grades and EMG findings in the two groups was statistically significant ($p < 0.05$).

Conclusion: Assessment of the severity of facial paralysis using the House-Brackmann grading scale at admission and after treatment (2 and 6 weeks) indicated improvement, with most patients initially classified as Grade IV, followed by Grade III and Grade V, and predominantly classified as Grade I and II after treatment. EMG performed on the study patients showed improvements in clinical symptoms consistent with EMG findings across both assessments.

Keywords: *Clinical characteristics, Bell's palsy, electromyography*

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Liệt mặt Bell là tình trạng liệt mặt tự phát, xảy ra đột ngột, một bên, không rõ căn nguyên và là chẩn đoán phổ biến nhất liên quan đến tình trạng yếu/liệt dây thần kinh mặt¹. Tỷ lệ mắc bệnh hàng năm được báo cáo là 20,2 đến 53,3 trên 100.000 người/năm². Các triệu chứng của liệt mặt Bell bao gồm nhắm mắt không kín, hạn chế mở miệng, rối loạn cử động trán và mất cân xứng khuôn mặt. Mặc dù khoảng 70% bệnh nhân liệt mặt Bell được biết là hồi phục hoàn toàn ngay cả khi không điều trị, nhưng cũng có một số trường hợp không hồi phục hoàn toàn và để lại di chứng vĩnh viễn. Sự xuất hiện của liệt mặt Bell và quá trình phục hồi không hoàn toàn có thể làm giảm chất lượng cuộc sống và dẫn đến các vấn đề về tâm lý xã hội cho người bệnh².

Việc chẩn đoán, tiên lượng và theo dõi diễn biến bệnh rất quan trọng. Đã có nhiều phương pháp được đề xuất như thang điểm House- Brackmann, chẩn đoán điện (đo dẫn truyền thần kinh, điện cơ, phản xạ nháy mắt, chuỗi kích thích lặp lại liên tục, điện cơ sợi đơn độc...). Hiện nay, kỹ thuật điện cơ được sử dụng để theo dõi diễn biến của bệnh, đây là kỹ thuật ghi lại điện thế của cơ mà không cần kích thích bên ngoài nó có giá trị theo dõi trong khoảng thời gian từ 2,3 tuần sau khởi phát liệt mặt đến 3 tháng sau khi điều trị. Điện

cơ có thể được sử dụng để mô tả mức độ nghiêm trọng của chấn thương trong liệt dây thần kinh mặt ngoại biên cấp tính để dự đoán khả năng phục hồi và hướng dẫn quản lý, nhưng giá trị tiên lượng và lợi ích lâm sàng của nó vẫn còn gây tranh cãi³. Do đó, chúng tôi thực hiện nghiên cứu với 2 mục tiêu:

1. *Mô tả đặc điểm lâm sàng của bệnh nhân liệt mặt Bell*

2. *Mô tả kết quả điện cơ và đối chiếu với phân độ House – Brackmann.*

2. Đối tượng và phương pháp nghiên cứu

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Gồm 35 bệnh nhân bị liệt mặt Bell đến khám và điều trị tại Bệnh viện Châm Cứu Trung Ương được đo điện cơ từ tháng 7 năm 2023 đến tháng 8 năm 2024.

* Tiêu chuẩn lựa chọn:

Người bệnh được chẩn đoán liệt mặt ngoại biên vô căn mã G51.0 (Liệt Bell) theo mã ICD – 10 và được thực hiện đo điện cơ kim 2 lần.

* **Tiêu chuẩn loại trừ:** Bệnh nhân được chẩn đoán liệt mặt Bell nhưng đã có triệu chứng trên 3 tuần và liệt mặt đã xác định nguyên nhân (zona, chấn thương...)

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả loạt ca bệnh chọn mẫu thuận tiện gồm tất cả bệnh nhân thỏa mãn điều kiện.

Phương tiện nghiên cứu:

Đo điện cơ: Máy điện cơ Nihon Kodon Meb-9400k (Nhật Bản – 2014) được thực hiện tại phòng điện cơ Bệnh viện Châm cứu Trung ương.

Điện cơ: Đánh giá bởi tần số kết tập (10Hz) và khoảng kết tập (100ms).

+ Hình ảnh kết tập: Giảm kết tập; Kết tập bình thường.

+ Hình ảnh giao thoa: Hoàn toàn; Không hoàn toàn.

Cách tiến hành:

Bước 1: Người bệnh được chẩn đoán liệt mặt ngoại biên vô căn, khởi phát trong vòng 3 tuần

Bước 2: Đánh giá mức độ liệt mặt theo thang điểm House - Brackmann, đo điện cơ lần 1 sau điều trị 2 tuần.

Bước 3: Đánh giá kết quả sau điều trị theo thang điểm House – Brackmann, đo điện cơ lần 2 sau điều trị 6 tuần.

Xử lý số liệu: Các số liệu phân tích và xử lý theo thuật toán thống kê y học.

Tất cả các số liệu nghiên cứu được nhập bằng phần mềm Epidata 3.0 và xử lý bằng phần mềm SPSS 22.0

Đạo đức nghiên cứu: Đề tài được chấp thuận bởi Hội đồng thông qua đề cương luận văn thạc sĩ của Trường Đại học Y Hà Nội. Bệnh nhân đồng ý tham gia nghiên cứu. Bảo đảm giữ kín những bí mật bệnh tật của bệnh nhân và trung thực.

3. Kết quả

3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Nhận xét: Nhóm tuổi 20-39 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất chiếm 66%. Tiếp đến là nhóm 40-59 tuổi chiếm 20,0%, nhóm <20 tuổi chiếm 17,1%, >60 tuổi chiếm tỷ lệ thấp nhất với 2,9%.

Tuổi trung bình: 30,9±13,7 tuổi, tuổi nhỏ nhất là 2 tuổi và lớn nhất là 64 tuổi.

Tỷ lệ giới tính: Nữ chiếm 51,4%, nam chiếm 48,6%.

3.2. Một số đặc điểm lâm sàng

- **Lý do vào viện:** Lý do vào viện chủ yếu là nhắm mắt không kín (54,2%), tiếp theo là méo miệng (45,7%).

Bảng 1. Triệu chứng thực thể (n=35)

Triệu chứng	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Không thổi sáo được	35	100,0
Không phồng má được	35	100,0

Charles Bell dương tính	35	100,0
Bất thường nếp nhăn trán	34	97,1
Bất thường rãnh mũi má	35	100,0

Nhận xét:

Triệu chứng lâm sàng thường gặp của bệnh nhân là bất thường rãnh mũi má, không thối sáo, không phồng má được,

Charles Bell dương tính ở 100% bệnh nhân.

3.3. Kết quả điện cơ, phân độ House-Brackmann

Bảng 2. Phân độ liệt theo thang điểm House-Brackmann trước và sau điều trị (n=35)

House-Brackmann	Lúc vào viện		Sau điều trị 2 tuần		Sau điều trị 6 tuần		p
	Số lượng	Tỷ lệ (%)	Số lượng	Tỷ lệ (%)	Số lượng	Tỷ lệ (%)	
Độ I (Bình thường)	0	0,0	12	34,3	27	77,1	P<0,001
Độ II (RLCN nhẹ)	0	0,0	15	42,9	8	22,9	
Độ III (RLCN trung bình)	9	25,7	8	22,9	0	0,0	
Độ IV (RLCN trung bình nặng)	19	54,3	0	0,0	0	0,0	
Độ V (Nặng)	7	20,0	0	0,0	0	0,0	

Nhận xét:

Bệnh nhân trước điều trị phân độ theo thang điểm House-Brackmann chủ yếu loại độ IV với 54,3%. Sau điều trị 2 tuần bệnh nhân chủ yếu phân loại độ II với 42,9%. Sau điều trị 6 tuần bệnh nhân chủ

yếu phân loại độ I với 77,1%. Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê (p<0,05) trong cải thiện phân độ thang điểm House-Brackmann trước và sau điều trị.

Bảng 3. Dấu hiệu điện cơ trong 2 lần đo (n=35)

Hình ảnh kết tập	Lần 1 (2 tuần)		Lần 2 (6 tuần)		p
	Số lượng	Tỷ lệ (%)	Số lượng	Tỷ lệ (%)	

		(%)			
Giảm kết tập	20	57,1	8	22,9	p=0,006*
Kết tập bình thường	15	42,9	27	77,1	
Hình ảnh giao thoa					
Hoàn toàn	15	42,9	27	77,1	p=0,006*
Không hoàn toàn	20	57,1	8	22,9	

Nhận xét:

Dấu hiệu điện cơ sau 2 lần đo có sự cải thiện: hình ảnh kết tập bình thường sau điều trị tăng 34,2%, hình ảnh giao thoa hoàn toàn tăng 34,2%. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$) trong

cải thiện kết quả tốt trên điện cơ ở sau 2 lần đo (Lần 1: sau khởi phát liệt mặt Bell 2-3 tuần; Lần 2: sau khởi phát 1-3 tháng).

Bảng 4.1: So sánh phân độ House-Brackmann và hình ảnh giao thoa sau khởi phát 2 tuần.

Hình ảnh giao thoa House-Brackmann	Không hoàn toàn n (%)	Hoàn toàn n (%)	p
Độ I + Độ II (Bình thường + Nhẹ)	12 (46,4)	15 (53,6)	p=0,012
Độ III (RLCN trung bình)	8 (100)	0 (0,0)	

Bảng 4.2: So sánh phân độ House-Brackmann và hình ảnh kết tập sau khởi phát 2 tuần.

Hình ảnh kết tập House-Brackmann	Giảm kết tập n (%)	Bình thường n (%)	p
Độ I + Độ II (Bình thường + Nhẹ)	12 (46,4)	15 (53,6)	p=0,012
Độ III (RLCN trung bình)	8 (100)	0 (0,0)	

Nhận xét:

Nhóm phân độ House-Brackmann độ I và độ II có tỷ lệ giao thoa không hoàn

toàn là 46,4%, nhóm phân độ III có tỷ lệ giao thoa không hoàn toàn là 100%. Sự

khác biệt giữa phân độ House-Brackmann và hình ảnh giao thoa ở 2 nhóm có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Nhóm phân độ House-Brackmann độ I và độ II có tỷ lệ giảm kết tập là 46,4%, nhóm phân độ III có tỷ lệ

giảm kết tập là 100%. Sự khác biệt giữa phân độ House-Brackmann và hình ảnh kết tập ở 2 nhóm có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

Bảng 5.1. So sánh phân độ House-Brackmann và hình ảnh kết tập sau điều trị 6 tuần

Hình ảnh kết tập House-Brackmann	Giảm kết tập n (%)	Kết tập bình thường n (%)	p
Độ I (Bình thường)	0 (0,0)	27 (100)	p < 0,001
Độ II (RLCN nhẹ)	8 (100)	0 (0,0)	

Bảng 5.2. So sánh phân độ House-Brackmann và hình ảnh giao thoa sau điều trị 6 tuần

Hình ảnh giao thoa House-Brackmann	Không hoàn toàn n (%)	Hoàn toàn n (%)	p
Độ I (Bình thường)	0 (0,0)	27 (100)	p < 0,001
Độ II (RLCN nhẹ)	8 (100)	0 (0,0)	

Nhận xét:

Nhóm phân độ House-Brackmann bình thường có tỷ lệ kết tập bình thường 100%, nhóm RLCN nhẹ có tỷ lệ giảm kết tập là 100%. Sự khác biệt giữa phân độ House-Brackmann và hình ảnh kết tập ở 2 nhóm có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Nhóm phân

độ House-Brackmann bình thường có tỷ lệ hình ảnh giao thoa hoàn toàn 100%, nhóm RLCN nhẹ có tỷ lệ giảm kết tập là 100%. Sự khác biệt giữa phân độ House-Brackmann và hình ảnh kết tập ở 2 nhóm có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

IV. BÀN LUẬN

Trong số 35 bệnh nhân liệt mặt Bell được đưa vào nghiên cứu, nhóm tuổi

20-39 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất chiếm 66%, tuổi trung bình: $30,9 \pm 13,7$ tuổi, tuổi

nhỏ nhất là 2 tuổi và lớn nhất là 64 tuổi. Kết quả nghiên cứu khá phù hợp với nghiên cứu của Nguyễn Văn Tuấn và cộng sự (2024)⁴ khi độ tuổi 20-39 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất (52,6%), tuổi trung bình $30,7 \pm 13,6$, tuổi dao động từ 6-66 tuổi. Bệnh có thể gặp ở nhiều lứa tuổi, căn nguyên chưa rõ ràng. Liệt dây thần kinh mặt có nhiều nguyên nhân, có thể là do chấn thương sọ não, hội chứng bẩm sinh, khối u, tiểu đường, nhiễm trùng do vi-rút, viêm, áp lực lên dây thần kinh mặt và nhiễm trùng tai giữa mãn tính, tăng huyết áp, rối loạn thần kinh, đột quỵ, bệnh Lyme, tổn thương do phẫu thuật, tổn thương sợi trục hoặc tổn thương vùng vận động ở vỏ não hay bất kỳ tổn thương nào xảy ra ở thân não đến các nhánh tận cùng của dây thần kinh VII đều có thể gây đứt hoặc liệt dây thần kinh mặt⁵. Trong số các nguyên nhân đó, liệt mặt vô căn là nguyên nhân hay gặp khiến bệnh nhân phải đi khám và điều trị.

Nghiên cứu thấy rằng lý do vào viện chủ yếu: Nhắm mắt không kín (54,2%), méo miệng (45,7%). Triệu chứng khi khám thực thể cũng rất đặc trưng như nhắm mắt không kín (100%), Charles Bell dương tính (100%), mắt nếp nhăn trán, mắt rãnh mũi má. Đây là triệu chứng chính ở hầu hết các nghiên cứu về bệnh nhân đến khám. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi khá phù hợp với nghiên cứu

của Vũ Yến Nhi và cộng sự (2022)⁶ khi bệnh nhân đến viện vì méo miệng và nhắm mắt là cao nhất. Các dấu hiệu cũng tương đồng như bất thường nếp mũi má (100%), Charles Bell (88,6%), bất thường nếp nhăn trán (98,6%).

Năm 1985 House – Brackmann đã đưa ra bảng phân loại mức độ liệt dựa trên lâm sàng và ước lượng mức độ tổn thương thần kinh tương ứng. Trong nghiên cứu này chúng tôi có đối chiếu thang điểm House – Brackmann với điện cơ kim và nhận ra rằng có sự tương ứng giữa thang điểm với sự biến đổi trên điện cơ kim.

Sau điều trị 2 tuần, trường hợp liệt mặt ngoại biên gây rối loạn chức năng nặng (độ V) có hình ảnh giao thoa không hoàn toàn và giảm kết tập là 100% cho thấy có sóng bất thường trên điện cơ kim là 100%. Tiếp theo độ III và độ IV, trước điều trị hình ảnh giao thoa không hoàn toàn và giảm kết tập là 46,4%, hình ảnh giao thoa hoàn toàn và kết tập bình thường là 53,6%, cho thấy các sóng bất thường gặp trên điện cơ kim trước điều trị khoảng 50%.

Sau điều trị trên 6 tuần, theo phân độ House – Brackmann những ca bệnh liệt độ V – IV đã cải thiện về cả mặt lâm sàng và điện cơ. Về mặt lâm sàng chỉ còn thấy độ liệt I -II -III, trong đó độ III có sóng bất thường trên điện cơ kim là 100% cho

thấy sự phục hồi chưa hoàn toàn ở những mức độ liệt cao. Tiếp theo là độ liệt I – II không thấy sóng bất thường trên điện cơ cho thấy sự phục hồi hoàn toàn trên điện cơ kim tương ứng với lâm sàng.

Về mặt thời gian, kết quả nghiên cứu cho thấy rằng có sự phục hồi trên cả lâm sàng và điện cơ, đa số các ca phục hồi hoàn toàn trong 2-3 tháng đầu. Tương đồng với nghiên cứu của Peitesen, khi đa số bệnh nhân phục hồi hoàn toàn trong 2 tháng đầu, số còn lại sẽ phục hồi hoàn toàn trong 3-5 tháng sau đó.

Nghiên cứu cho thấy rằng trong khi thang điểm House – Brackmann hữu ích cho việc đánh giá lâm sàng nhanh chóng, điện cơ kim lại cung cấp thông tin chi tiết về chức năng cơ, đặc biệt là trong trường hợp phục hồi 1 phần khi xảy ra hiện tượng tái tạo thần kinh không hoàn toàn. Điều này khiến điện cơ trở thành 1 phương pháp bổ sung có giá trị cho thang điểm House – Brackmann.

Chúng tôi nghiên cứu sử dụng phương pháp ghi điện cơ để tiên lượng, sau đó so sánh với thang điểm phân độ House-Brackmann để đối chiếu. Kết quả ban đầu cho thấy có mối liên quan có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$) giữa sự thay đổi của điện cơ với sự thay đổi trên lâm sàng giúp đánh giá tiên lượng bệnh nhân. Trước điều trị 100% bệnh nhân mức độ House-Brackmann V đều có hình ảnh

điện cơ bất thường, sau điều trị tỷ lệ phân độ V đã giảm hoàn toàn xuống độ III. Sự khác biệt giữa phân độ House-Brackmann và hình ảnh điện cơ ở 2 nhóm trung bình và nặng trước điều trị có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Hình ảnh giảm kết tập và giao thoa không hoàn toàn trên điện cơ trước điều trị và sau điều trị cũng thay đổi rõ rệt, các thay đổi điện cơ tốt lên tương xứng với phân độ House-Brackmann tăng lên ở các mức bình thường và RLCN nhẹ. Một nghiên cứu tổng quan hệ thống ở những bệnh nhân liệt mặt Bell cho kết quả tốt về điện cơ khi giá trị dự đoán phục hồi chức năng vận động mặt ở những bệnh nhân liệt mặt ngoại biên cấp tính dao động từ 82,1% đến 100%, giá trị dự đoán không phục hồi dao động từ 66,7% và 80,5% , với hai trong số ba nghiên cứu phát hiện ra rằng điện cơ vẫn là một yếu tố dự báo đáng kể về kết quả trên phân tích đa biến³.

Các xét nghiệm điện sinh lý là một trong những công cụ hỗ trợ để đánh giá mức độ tổn thương thần kinh mặt, xác định mức độ tổn thương là nhẹ, trung bình hay nặng và xác định khả năng hồi phục thông qua việc kiểm tra tín hiệu điện của các cơ trên khuôn mặt có thể đánh giá dây thần kinh bị tổn thương vẫn đang thoái hóa hay đang tái tạo. Điện thần kinh, phản xạ chớp mắt và điện cơ bằng kim là các xét nghiệm điện sinh lý được sử dụng

thường quy nhất để xác định tiên lượng liệt mặt Bell và chúng đã được nghiên cứu nhưng giá trị dự đoán của chúng còn mâu thuẫn và gây tranh cãi⁷. Tổn thương thoái hóa sợi trục của dây thần kinh mặt có thể là yếu tố nguy cơ quan trọng nhất dẫn đến kết quả không tốt, nhưng vẫn chưa có xét nghiệm chẩn đoán nào hiệu quả nhất để phát hiện tổn thương thoái hóa sợi trục⁸. Điện cơ có thể đóng vai trò quan trọng trong việc đánh giá và quản lý liệt mặt Bell, nhưng cần kết hợp với các phương pháp chẩn đoán và đánh giá lâm sàng khác để có một cái nhìn toàn diện.

V. KẾT LUẬN

Triệu chứng lâm sàng nổi bật ở bệnh nhân liệt mặt Bell là bất thường nếp nhăn trán, bất thường rãnh mũi má và dấu hiệu Charles Bell; sau 2 tuần và sau 6 tuần điều trị bệnh nhân được đánh giá theo thang điểm House – Brackmann và điện cơ cho thấy phân độ House-Brackmann ở nhóm bệnh nhân liệt mặt Bell khi bắt đầu điều trị chủ yếu là độ IV, tiếp đến là độ III và độ V và sau điều trị chủ yếu là độ I và độ II . Trên điện cơ cho thấy có sự cải thiện kết tập và giao thoa của 2 lần đo. Có mối tương quan giữa hình ảnh kết tập và giao thoa trên điện cơ với sự cải thiện trên lâm sàng theo phân độ House-Brackmann.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Baugh RF, Basura GJ, Ishii LE, et al. Clinical practice guideline: Bell's palsy. *Otolaryngol Head Neck Surg.* Nov 2013;149(3 Suppl):S1-27.
2. Choi Y, Lee S, Yang C, Ahn E. The Impact of Early Acupuncture on Bell's Palsy Recurrence: Real-World Evidence from Korea. *Healthcare (Basel).* Dec 11 2023;11(24)
3. Petrides GA, Hayler R, Lee JW, Jankelowitz S, Low TH. Electromyography in the prognostication of recovery in patients with a cute peripheral facial nerve palsy: A systematic review. *Clinical Otolaryngology.* 2023/4/28/ 48(4):563-575.
4. Nguyễn Văn Tuấn, Nguyễn Thanh Sơn. 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. *VMJ.* 2024/3/15/ 536(1B).
5. Ziaiee M, Sadeghi H, Karimi MT. Evaluation of Mandibular Movements in Patients with Bell's Palsy Using Kinematic Variables. *Med J Islam Repub Iran.* 2023;37:19.
6. Vu Yến Nhi, Luong Thanh Điền. Study on clinical characteristics and evaluating treatment results of bell's palsy patients at Can Tho Central General Hospital and Can Tho

- University of Medicine and Pharmacy
Hospital in 2020 – 2022. *ctump*.
2022/9/12/ (47):58-65.
7. Abdelal IT, Eliwa EA, Ebaid AM,
Abdelfattah MM. Usefulness of
electrophysiology in the prediction of
outcome of Bell's palsy patients.
Egyptian Rheumatology and
Rehabilitation. 2020/10/15
2020;47(1):24.
8. Urban E, Volk GF, Geißler K, et al.
Prognostic factors for the outcome of
Bells' palsy: A cohort register- based
study. *Clinical Otolaryngology*.
2020/5/27/ 45(5):754-761.