



# Mối liên quan giữa thể bệnh y học cổ truyền và đặc điểm lâm sàng ở bệnh nhân liệt dây thần kinh VII ngoại biên

## THE RELATIONSHIP BETWEEN TRADITIONAL MEDICINE PATTERNS AND CLINICAL CHARACTERISTICS IN PATIENTS WITH PERIPHERAL FACIAL NERVE PALSYP

Vũ Đức Tiến, Đặng Duy Thái, Hà Phạm Minh Huyền  
Nguyễn Xuân Thành, Dương Phương Linh  
Huỳnh Thị Hồng Nhung  
Học viện Y-Dược học cổ truyền Việt Nam

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Mô tả đặc điểm lâm sàng và khảo sát một số yếu tố liên quan đến phân bố thể bệnh theo y học cổ truyền (YHCT) ở bệnh nhân liệt dây thần kinh VII ngoại biên điều trị tại Bệnh viện Tuệ Tĩnh giai đoạn 2022-2023.

**Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang, hồi cứu trên 85 hồ sơ bệnh án liệt dây thần kinh VII ngoại biên điều trị tại Bệnh viện Tuệ Tĩnh giai đoạn 2022-2023.

**Kết quả:** Bệnh nhân phân bố ở nhiều nhóm tuổi; nữ chiếm 56,5%. Tỷ lệ nhập viện muộn (>72 giờ) là 63,5%. Các triệu chứng thường gặp chủ yếu là rối loạn vận động mặt như méo miệng, mắt nhắm không kín và dấu hiệu Charles-Bell dương tính. Nguyên nhân do lạnh chiếm tỷ lệ cao (90,6%), tương ứng với thể phong hàn chiếm ưu thế (91,8%). Triệu chứng thể phong hàn gồm sợ lạnh, sợ gió, mạch phù khẩn và rêu lưỡi trắng mỏng. Có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa nguyên nhân và thể YHCT ( $p < 0,05$ ), cũng như giữa tiền sử bệnh và thể YHCT ( $p < 0,05$ ).

**Kết luận:** Liệt dây thần kinh VII ngoại biên gặp ở mọi lứa tuổi, đa số nhập viện muộn. Các triệu chứng liên quan đến vận động gặp nhiều. Nguyên nhân lạnh và thể phong hàn chiếm ưu thế. Kết quả nghiên cứu có ý nghĩa trong định hướng chẩn đoán và điều trị theo YHCT.

**Từ khóa:** Liệt dây thần kinh VII ngoại biên, y học cổ truyền, thể phong hàn.

### ABSTRACT

**Objectives:** To describe clinical characteristics and investigate factors associated with the distribution of traditional medicine (TM) patterns in patients with peripheral facial nerve (cranial nerve VII) palsy treated at Tue Tinh Hospital during 2022-2023.

**Subjects and methods:** A retrospective cross-sectional descriptive study was conducted on 85 medical records of patients with peripheral facial nerve palsy who were treated at Tue Tinh Hospital from 2022 to 2023.

**Results:** Patients were distributed across various age groups, with females accounting for 56.5%. The proportion of late hospital admission (>72 hours) was 63.5%. Common clinical symptoms mainly involved facial motor dysfunction, including mouth deviation, incomplete eye closure, and a positive Charles - Bell's sign. Cold exposure was the predominant etiological factor (90.6%), corresponding to the predominance of the wind-cold traditional medicine pattern (91.8%). Typical manifestations of the wind-cold pattern included aversion to cold and wind, a floating-tight pulse, and a thin white tongue coating. Statistically significant associations were observed between etiological factors and TM patterns ( $p < 0.05$ ), as well as between past medical history and TM patterns ( $p < 0.05$ ).

**Conclusions:** Peripheral facial nerve palsy occurs across all age groups, with most patients had a delayed presentation. Motor-related symptoms were common. Cold exposure and the wind-cold pattern were predominant. These findings provide clinical evidence to support traditional medicine-based diagnosis and treatment.

**Keywords:** Peripheral facial nerve palsy, traditional medicine, wind-cold pattern.

### ĐẶT VẤN ĐỀ

Liệt dây thần kinh VII ngoại biên (ICD-10: G51.0) là tình trạng mất hoàn toàn hoặc một phần vận động các cơ mặt [1], có thể gặp ở nhiều lứa tuổi, gây ảnh hưởng lớn đến thẩm mỹ, giao tiếp và chất lượng cuộc sống. Nguyên nhân đa dạng, trong đó lạnh chiếm tỷ lệ cao nhất ( $\approx 80\%$ ), ngoài

ra còn gặp trong viêm dây VII, viêm tai xương chũm, zona thần kinh, chấn thương nền sọ hoặc khối u vùng tai - xương chũm [2]. Lâm sàng đặc trưng là mất cân đối mặt, bất thường nếp nhăn trán - rãnh mũi má, mắt nhắm không kín và dấu hiệu Charles-Bell dương tính. Theo y học cổ truyền (YHCT), bệnh thuộc phạm trù "Trúng phong

Tác giả liên hệ: Vũ Đức Tiến  
Số điện thoại: 0829901502  
Email: tienvuyhct@gmail.com

Ngày nhận bài: 03/7/2025  
Ngày chấp nhận đăng: 12/8/2025  
Mã DOI: <https://doi.org/10.60117/vjmap.v63i04.435>



kinh lạc", do chính khí hư, phong tà kết hợp hàn tà hoặc nhiệt tà xâm nhập kinh dương vùng mặt, làm khí huyết trở trệ, cân mạch mắt nuôi dưỡng [3]. Việc khảo sát mối liên quan giữa đặc điểm lâm sàng theo YHHĐ với thể bệnh YHCT tại Bệnh viện Tuệ Tĩnh hiện chưa có nghiên cứu về vấn đề này. Do đó, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài với mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng và khảo sát một số yếu tố liên quan đến phân bố thể bệnh theo YHCT ở bệnh nhân liệt dây thần kinh VII ngoại biên điều trị tại Bệnh viện Tuệ Tĩnh giai đoạn 2022-2023.

## ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

### Đối tượng nghiên cứu

Hồ sơ bệnh án của bệnh nhân được chẩn đoán là Liệt dây thần kinh VII ngoại biên theo YHHĐ (Mã ICD 10: G51) và Khẩu nhân oa tà cả ba thể (phong hàn, phong nhiệt, huyết ứ) theo YHCT.

Loại trừ bệnh án có chẩn đoán là liệt dây thần kinh VII trung ương, bệnh án có chẩn đoán YHCT kết hợp từ 1 thể bệnh trở lên.

### Địa điểm và thời gian nghiên cứu

Địa điểm: Bệnh viện Tuệ Tĩnh

Thời gian: Từ tháng 08/2024 đến hết tháng 06/2025

### Phương pháp nghiên cứu

**Thiết kế nghiên cứu:** Mô tả cắt ngang, hồi cứu.

### Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu:

Toàn bộ bệnh án của bệnh nhân đến khám và điều trị nội trú tại Bệnh viện Tuệ Tĩnh thỏa mãn tiêu chuẩn lựa chọn và tiêu chuẩn loại trừ trong thời gian từ 01/01/2022 - 31/12/2023, ưu tiên chọn bệnh án đầu tiên của bệnh nhân. Tổng cộng 85 bệnh án.

### Công cụ và phương pháp thu thập thông tin:

- Công cụ: Hồ sơ bệnh án

- Phương pháp thu thập thông tin: Chọn lọc bệnh án đạt chuẩn và điền vào phiếu thu thập thông tin

### Chỉ tiêu nghiên cứu và đánh giá:

Bảng 1. Đặc điểm về thời gian vào viện của bệnh nhân nghiên cứu

Thời điểm vào viện	n	%
Trước 72h	31	36,5
Sau 72h	54	63,5
Tổng	85	100

Liệt bên trái 55,3% cao hơn bên phải 44,7%.

Bảng 2. Đặc điểm về bên liệt của bệnh nhân nghiên cứu

Vị trí liệt	n	%
Bên trái	47	55,3
Bên phải	38	44,7
Cả hai bên	0	0
Tổng	85	100

Nguyên nhân theo YHHĐ gặp nhiều nhất là do lạnh, chiếm 90,6%, các nguyên nhân khác như Virus/Vi khuẩn (3,5%) và Chấn thương (3,5%). Nguyên nhân khác như u tuyến mang tai hoặc biến chứng sau phẫu thuật chiếm tỷ lệ rất thấp (2,4%).

- Đặc điểm lâm sàng của đối tượng nghiên cứu: Tuổi; Giới; Tiền sử; Thời gian vào viện; Đặc điểm bên liệt; Nguyên nhân, triệu chứng theo YHHĐ; Thể bệnh, triệu chứng theo YHCT.

- Một số yếu tố liên quan với thể bệnh YHCT: Tỷ lệ phân bố thể bệnh theo nhóm tuổi; Tỷ lệ phân bố thể bệnh theo giới tính; Tỷ lệ phân bố thể bệnh theo tiền sử bệnh; Tỷ lệ phân bố thể bệnh theo nguyên nhân; Tỷ lệ phân bố thể bệnh theo triệu chứng Charles-Bell.

### Phương pháp xử lý và phân tích số liệu

Kết quả được trình bày dưới dạng bảng. Số liệu sau khi thu thập, được nhập bằng máy tính dưới dạng tập tin và phân tích bằng phần mềm SPSS 23.0.

Số liệu sau khi được nhập sẽ được sử dụng các test thống kê, phân tích mối liên quan của dữ liệu đã thu thập. Thống kê mô tả: Để quan sát số lượng, phần trăm của dữ liệu đó, ngoài ra còn quan sát giá trị xuất hiện nhiều (mode), giá trị trung bình cộng (mean), độ lệch chuẩn không giá trị trung bình. Phân tích liên quan: Kiểm định Chi-square. Sử dụng Fisher's Exact Test khi có trên 20% số ô có tần số lý thuyết < 5. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê khi  $p < 0,05$ .

### Đạo đức trong nghiên cứu

Nghiên cứu được thông qua Hội đồng Khoa học cấp cơ sở Học viện Y-Dược học cổ truyền Việt Nam. Nghiên cứu chỉ nhằm mục đích khoa học không nhằm mục đích nào khác. Các thông tin bệnh nhân đều được bảo mật và chỉ phục vụ cho mục tiêu nghiên cứu.

## KẾT QUẢ

### Đặc điểm lâm sàng

Tuổi của đối tượng nghiên cứu có độ tuổi nhỏ nhất là 44 tháng và cao tuổi nhất là 91 tuổi. Ba nhóm tuổi từ 20-40, 40-60 và trên 60 có sự phân bố tương đối đều (dao động từ 29,4% đến 30,6%). Nam chiếm 43,5%, nữ chiếm 56,5%. Tiền sử nổi bật khỏe mạnh chiếm tỷ lệ cao nhất (51,6%).

Thời gian vào viện chủ yếu là sau 72h (63,5%).



Bảng 3. Đặc điểm về nguyên nhân theo YHHĐ

Nguyên nhân	n	%
Lạnh	77	90,6
Virus, Vi khuẩn	3	3,5
Chấn thương	3	3,5
Khác	2	2,4
Tổng	85	100

Triệu chứng theo YHHĐ phổ biến: Miệng méo, nhân trung lệch về bên lạnh, mắt nhắm không kín, bất thường nếp nhăn trán, Dấu hiệu Charles-Bell (+) và Bất thường rãnh mũi má là các triệu chứng chiếm tỷ lệ cao nhất.

Bảng 4. Đặc điểm về triệu chứng theo YHHĐ

Triệu chứng	n	%
Bất thường nếp nhăn trán	80	94,1
Bất thường rãnh mũi má	68	80,0
Miệng méo, nhân trung lệch về bên lạnh	84	98,8
Ăn uống rơi vãi bên liệt	50	58,8
Mắt nhắm không kín	81	95,3
Không chu môi, không huýt sáo, không thổi lửa	12	14,1
Charles-Bell (+)	80	94,1
Souques (+)	5	5,9
Mất vị giác 2/3 trước lưỡi	2	2,4
Đau sau tai	1	1,2
Ù tai	1	1,2
Khô mắt, chảy nước mắt	7	8,2
Tê bì mặt	5	5,9

Triệu chứng theo YHCT, với thể phong hàn gồm các triệu chứng đặc trưng là sợ lạnh, mạch phù khẩn, sợ gió, gai rét và chất lưỡi đỏ, rêu lưỡi trắng mỏng. Thể phong

nhiệt có biểu hiện sốt, mạch phù sác, chất lưỡi đỏ, rêu vàng và đại tiện táo. Thể huyết ứ biểu hiện rõ qua triệu chứng mạch sấp và lưỡi có điểm ứ huyết.

Bảng 5. Đặc điểm về triệu chứng của bệnh nhân nghiên cứu theo YHCT

Triệu Chứng	Thể Bệnh		Phong Hàn		Phong Nhiệt		Huyết ứ	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Mạch phù khẩn	63	100	0	0	0	0	0	0
Chất lưỡi hơi đỏ, rêu lưỡi trắng mỏng	7	95	0	0	0	0	4	5
Mạch phù sác	2	40	2	40	2	40	1	20
Chất lưỡi đỏ, rêu lưỡi vàng	1	50	1	50	1	50	0	0
Mạch sấp	0	0	0	0	0	0	3	100
Lưỡi có điểm ứ huyết	0	0	0	0	1	50	1	50

Sự phân bố của thể bệnh theo YHCT thể phong hàn chiếm tỷ lệ vượt trội (91,8%) so với thể huyết ứ và thể phong nhiệt.

Bảng 6. Đặc điểm về thể bệnh theo YHCT

Thể bệnh	n	%
Thể phong hàn	78	91,8
Thể phong nhiệt	2	2,3
Thể huyết ứ	5	5,9
Tổng	85	100

Thể phong hàn chiếm tỷ lệ cao nhất trong các thể bệnh theo YHCT với 91,8%. Thể phong nhiệt và thể huyết ứ gặp ở số ít bệnh nhân với tỷ lệ lần lượt là 2,3% và 5,9%.

**Một số yếu tố liên quan với thể bệnh y học cổ truyền**

Bảng 7. Tỷ lệ phân bố thể bệnh theo nhóm tuổi

Tuổi	Thể phong hàn		Thể phong nhiệt		Thể huyết ứ		p
	n	%	n	%	n	%	
Dưới 20	8	100	0	0	0	0	>0,05
20-40	22	84,6	1	3,8	3	11,5	
40-60	22	88,0	1	4,0	2	8,0	
Trên 60	26	100	0	0	0	0	

Thể phong hàn chiếm tỷ lệ cao nhất ở tất cả các nhóm tuổi. Tuy nhiên, sự khác biệt về phân bố thể bệnh giữa các nhóm tuổi không có ý nghĩa thống kê với  $p > 0,05$ .

Bảng 8. Tỷ lệ phân bố thể bệnh theo giới tính

Giới	Thể phong hàn		Thể phong nhiệt		Thể huyết ứ		p
	n	%	n	%	n	%	
Nam	33	89,2	1	2,7	3	8,1	>0,05
Nữ	45	93,8	1	2,1	2	4,2	
Tổng	78	91,8	2	2,4	5	5,9	

Thể phong hàn là thể bệnh chủ yếu gặp ở cả hai giới, chiếm tỷ lệ cao nhất. Các thể bệnh khác như phong nhiệt và huyết ứ xuất hiện với tỷ lệ rất thấp. Mặc dù có sự khác biệt nhỏ về tỷ lệ giữa các giới, kết quả phân tích cho thấy không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về phân bố thể bệnh giữa nam và nữ ( $p > 0,05$ ).

Bảng 9. Tỷ lệ phân bố thể bệnh theo tiền sử bệnh

Tiền sử	Thể phong hàn		Thể phong nhiệt		Thể huyết ứ		p
	n	%	n	%	n	%	
Khỏe mạnh	46	95,8	1	2,1	1	2,1	>0,05
Đái tháo đường	6	85,7	1	14,3	0	0	>0,05
Tăng huyết áp	15	100	0	0	0	0	>0,05
Viêm loét dạ dày-tá tràng	8	100	0	0	0	0	>0,05
Virus (VZV, HSV)	0	0	1	100	0	0	<0,05
Sau chấn thương vùng đầu mặt	0	0	0	0	3	100	<0,05
Khác	9	81,8	0	0	2	18,2	>0,05

Ở nhóm bệnh nhân khỏe mạnh hoặc có bệnh lý nội khoa mạn tính (tăng huyết áp, đái tháo đường, viêm loét dạ dày-tá tràng), thể phong hàn chiếm ưu thế, hầu như không gặp thể huyết ứ. Ngược lại, nhóm có tiền sử nhiễm virus (VZV, HSV) đều thuộc thể phong nhiệt, còn nhóm chấn thương vùng đầu mặt đều thuộc thể huyết ứ. Sự khác biệt phân bố thể bệnh ở hai nhóm này có ý nghĩa thống kê ( $p < 0,05$ ), trong khi các nhóm bệnh lý nội khoa thông thường không có ý nghĩa ( $p > 0,05$ ).



Bảng 10. Tỷ lệ phân bố thể bệnh theo nguyên nhân

Nguyên nhân \ Thể bệnh	Thể phong hàn		Thể phong nhiệt		Thể huyết ứ		p
	n	%	n	%	n	%	
Lạnh	76	98,7	0	0	1	1,3	<0,05
Virus, Vi khuẩn	1	33,3	2	66,7	0	0	
Chấn thương	0	0	0	0	3	100	
Khác	1	50	0	0	1	50	

Ở nhóm nguyên nhân do lạnh, thể phong hàn chiếm ưu thế, gần như không gặp thể phong nhiệt và thể huyết ứ. Trái lại, nhóm do virus/vi khuẩn chủ yếu thuộc thể

phong nhiệt, trong khi nhóm chấn thương đều là huyết ứ. Phân tích thống kê khẳng định sự khác biệt phân bố thể bệnh theo căn nguyên có ý nghĩa ( $p < 0,05$ ).

Bảng 11. Tỷ lệ phân bố thể bệnh theo triệu chứng Charles-Bell

Charles-Bell \ Thể bệnh	Thể phong hàn		Thể phong nhiệt		Thể huyết ứ		p
	n	%	n	%	n	%	
Dương tính	74	92,5	2	2,5	4	5,0	>0,05
Âm tính	4	80	0	0	1	20	

Thể phong hàn chiếm phần lớn cả ở nhóm bệnh nhân có Charles-Bell âm tính và dương tính. Mặc dù có sự khác biệt trong phân bố thể bệnh giữa hai nhóm, phân tích thống kê chưa đạt ý nghĩa ( $p > 0,05$ ).

Thể phong hàn có triệu chứng điển hình như sợ lạnh, mạch phù khẩn, rêu trắng mỏng; Thể phong nhiệt biểu hiện sốt, lưỡi đỏ, rêu vàng; Thể huyết ứ có lưỡi tím, mạch sáp. Sự khác biệt giữa các thể bệnh có ý nghĩa thống kê ( $p < 0,05$ ), chứng tỏ giá trị chẩn đoán của biện chứng luận trị trong lâm sàng.

## BÀN LUẬN

### Đặc điểm lâm sàng

Bệnh xuất hiện ở nhiều lứa tuổi, tập trung chủ yếu ở nhóm 20–60 tuổi; dưới 20 tuổi chiếm tỷ lệ thấp (9,4%). Nữ giới chiếm ưu thế (56,5%), tương đồng với kết quả của Cirpaciú [4] và Vũ Yến Nhi [5]. Hơn 60% bệnh nhân nhập viện sau 72 giờ khởi phát, cho thấy nhận thức về bệnh còn hạn chế, làm giảm hiệu quả phục hồi. Hơn một nửa không có bệnh nền; các bệnh lý mạn tính như tăng huyết áp, đái tháo đường chỉ chiếm tỷ lệ nhỏ, tương tự kết quả của Valenca [6]. Liệt bên trái gặp nhiều hơn (55,3%), song không có khác biệt đáng kể về sinh lý.

Các dấu hiệu vận động chiếm ưu thế như méo miệng, nhân trung lệch, mắt nhắm không kín, Charles-Bell (+). Triệu chứng cảm giác (mất vị giác, tê bì, ù tai) ít gặp. Kết quả phù hợp với nghiên cứu của Nguyễn Trâm Anh [7] và Vũ Yến Nhi [5], khẳng định tính đặc hiệu của dấu hiệu Charles-Bell trong chẩn đoán lâm sàng.

Nguyên nhân chủ yếu là do phong hàn (90,6%), phù hợp với cơ chế tà hàn xâm nhập kinh lạc trong YHCT và trùng khớp với tỷ lệ nguyên nhân vô căn trong YHHĐ ở các nghiên cứu của tác giả Hoàng Anh Dũng [3] và Sơn Võ Duy Dương [8]. Thể bệnh theo YHCT phân bố chủ yếu là thể phong hàn (91,8%), các thể huyết ứ (5,9%) và phong nhiệt (2,3%) ít gặp, kết quả tương đồng với Hoàng Anh Dũng [3] và Nguyễn Minh Huệ [9].

### Các yếu tố liên quan

Về tỷ lệ phân bố thể bệnh theo nhóm tuổi: Kết quả cho thấy thể phong hàn chiếm tỷ lệ đa số ở tất cả các nhóm tuổi, đặc biệt là nhóm dưới 20 và trên 60 tuổi (100%). Mặc dù nhóm tuổi lao động (20-60) có sự xuất hiện của thể phong nhiệt và huyết ứ, nhưng sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê ( $p > 0,05$ ). Kết quả này có nét tương đồng với Nguyễn Minh Huệ nhóm NB từ 15-59 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất 72,92%; nhóm NB  $\geq 60$  tuổi chiếm 22,22% [9] và Sơn Võ Duy Dương Độ tuổi phổ biến của Liệt dây thần kinh VII ngoại biên là nhóm 18-45 tuổi (51,2%) [10]. Ngoài ra, nghiên cứu của chúng tôi khẳng định phong hàn là yếu tố bệnh lý chủ đạo xuyên suốt các lứa tuổi, phù hợp với nhận định của Lê Hữu Thuyên bệnh liệt dây thần kinh số VII ngoại vi do lạnh nhóm nghiên cứu và nhóm đối chứng gặp ở tất cả các lứa tuổi, nhưng độ tuổi hay gặp nhất là trên 60 tuổi đều chiếm 47,6% [11] về nhóm cao tuổi.

Về tỷ lệ phân bố thể bệnh theo nhóm giới tính: Tỷ lệ phong hàn ở nam (89,2%) và nữ (93,8%) là tương đương ( $p > 0,05$ ), bản chất bệnh lý vẫn tập trung vào sự xâm nhập của ngoại tà.

Tỷ lệ phân bố thể bệnh theo tiền sử bệnh: Bệnh nhân có tiền sử nhiễm virus (VZV, HSV) 100% thuộc thể phong nhiệt, tiền sử chấn thương 100% thuộc thể huyết ứ, mỗi



liên quan có ý nghĩa thống kê ( $p < 0,05$ ). So với nghiên cứu tại Indonesia [12] vốn chỉ tập trung vào yếu tố nguy cơ nội khoa (tăng huyết áp, đái tháo đường), nghiên cứu của chúng tôi đã có thể hóa được thể bệnh YHCT dựa trên nền tảng bệnh lý của bệnh nhân. Ở những người trước đó khỏe mạnh, liệt dây thần kinh VII thường khởi phát sau khi nhiễm lạnh hoặc thay đổi nhiệt độ đột ngột. Lạnh gây co mạch nuôi thần kinh, làm giảm tưới máu tạm thời và phù nề tại chỗ, dẫn đến rối loạn dẫn truyền. Theo y học cổ truyền, cơ chế này tương ứng với phong hàn xâm nhập kinh lạc, gây bế tắc khí huyết và mất nuôi dưỡng cơ mặt. Ở những người có tiền sử nhiễm virus hướng thần kinh như HSV/VZV, phản ứng hoạt hóa miễn dịch do virus làm tăng phù nề và tổn thương bao myelin giữ vai trò chủ đạo. YHCT quy những biến đổi này vào phạm trù nhiệt tà hoặc nhiệt độc kết hợp phong gây bế tắc kinh lạc. Ở những người có tiền sử chấn thương vùng đầu mặt, tổn thương cơ học trực tiếp gây phù nề, tụ máu và chèn ép dây thần kinh. Cơ chế này phù hợp với khái niệm về huyết ứ trệ trong YHCT.

Tỷ lệ phân bố thể bệnh theo nguyên nhân: Có sự trùng khớp rõ rệt giữa nguyên nhân YHHĐ và biến chứng YHCT. Nhóm do lạnh chủ yếu là phong hàn (98,7%), nhóm do virus liên quan đến phong nhiệt (66,7%) và nhóm chấn thương là huyết ứ (100%). Việc kết nối này giúp khắc phục hạn chế của các bộ tiêu chuẩn do Hiệp hội Y học tích hợp Trung Quốc ban hành năm 2007 - chủ yếu tập trung vào biểu hiện lâm sàng và biện chứng luận trị. Những tiêu chuẩn này mang giá trị định hướng điều trị cao trong phạm vi Đông y, nhưng vẫn còn thiếu sự kết nối với các yếu tố nguyên nhân học theo y học hiện đại, như nhiễm lạnh, nhiễm virus hay chấn thương vùng mặt [13]. Khi bệnh khởi phát do lạnh, sự co mạch đột ngột làm giảm tưới máu dây thần kinh trong ống xương, gây phù nề trong ống Fallop và chèn ép dây thần kinh. Quá trình này mang tính chất cấp tính, chủ yếu là rối loạn chức năng hơn là tổn thương cấu trúc. Theo y học cổ truyền, cơ chế đó tương ứng với phong hàn xâm nhập kinh lạc, làm khí huyết vận hành kém và gây mất nuôi dưỡng cơ mặt; do đó lâm sàng thường quy về thể phong hàn, với biểu hiện liệt xuất hiện nhanh nhưng khả năng hồi phục tương đối tốt khi tuân hoàn được cải thiện. Ngược lại, trong các trường hợp liên quan đến virus hoặc vi khuẩn, phản ứng viêm đóng vai trò trung tâm. Tác nhân nhiễm trùng gây phù nề, tổn thương bao myelin và hoạt hóa đáp ứng miễn dịch tại dây thần kinh, làm tăng áp lực trong ống thần kinh và kéo dài tình trạng viêm. Biểu hiện viêm cấp, đau hoặc cảm giác nóng rát vùng tai - mặt. Dưới góc nhìn y học cổ truyền, đây là tình trạng phong kết hợp nhiệt tà hoặc nhiệt độc gây bế tắc kinh lạc, tương ứng với thể phong nhiệt. Sự hiện diện của yếu tố viêm giải thích xu hướng diễn tiến rầm rộ hơn và nguy cơ tổn thương thần kinh sâu hơn so với trường hợp do lạnh đơn thuần. Đối với nguyên nhân chấn thương, tổn thương cơ học trực tiếp dẫn đến phù nề, tụ máu và gián đoạn vi tuần hoàn quanh dây VII. Sự chèn ép

kéo dài làm thiếu máu nuôi thần kinh và cản trở tái tạo sợi thần kinh, khiến quá trình hồi phục thường chậm. Theo y học cổ truyền, cơ chế này phù hợp với khái niệm ứ trệ khí huyết trong kinh lạc, vì vậy được quy vào thể huyết ứ.

Về triệu chứng Charles-Bell: Nghiên cứu ghi nhận dấu hiệu Charles-Bell dương tính có mối liên quan chặt chẽ với thể phong hàn (92,5%). Mặc dù sự khác biệt nhưng chưa có ý nghĩa thống kê ( $p > 0,05$ ).

## KẾT LUẬN

### Đặc điểm lâm sàng của bệnh nhân

Liệt dây thần kinh VII ngoại biên gặp nhiều ở nhóm 20-60. Nữ giới chiếm ưu thế. Phần lớn bệnh nhân nhập viện muộn (>72 giờ).

Nguyên nhân YHHĐ chủ yếu do lạnh tương ứng với thể phong hàn YHCT chiếm ưu thế, với triệu chứng liên quan vận động như méo miệng, mắt nhắm không kín, Charles-Bell (+) là phổ biến.

Triệu chứng theo YHCT: Phân bố phù hợp với biện chứng luận trị. Khác biệt giữa các thể có ý nghĩa thống kê ( $p < 0,05$ ).

### Mối liên hệ với thể bệnh theo YHCT

Tiền sử bệnh cụ thể như nhiễm virus herpes (VZV, HSV) và chấn thương vùng mặt có mối liên hệ rõ rệt và có ý nghĩa thống kê lẫn lượt với thể phong nhiệt và thể huyết ứ. Các bệnh nội khoa mạn tính như tăng huyết áp, đái tháo đường trong nghiên cứu này chưa cho thấy mối liên quan có ý nghĩa thống kê với sự phân bố thể bệnh YHCT.

Nghiên cứu ghi nhận mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa nguyên nhân khởi phát theo YHHĐ và thể bệnh theo YHCT ( $p < 0,05$ ).

Kết quả này đóng góp một cơ sở thực tiễn quan trọng, tạo cầu nối giúp các bác sĩ phối hợp chặt chẽ giữa khai thác bệnh sử theo YHHĐ với biện chứng luận trị của YHCT, từ đó cá thể hóa phác đồ điều trị, góp phần nâng cao hiệu quả và rút ngắn thời gian phục hồi cho người bệnh.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Bộ Y tế.** Liệt dây thần kinh VII ngoại biên. *Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số bệnh tai mũi họng*, Quyết định số 5643/QĐ-BYT ngày 31/12/2015, tr.13.
- Trường Đại học Y Hà Nội - Khoa Y học cổ truyền.** Liệt VII ngoại biên. *Bệnh học nội khoa y học cổ truyền*, Nhà xuất bản Y học, 2017, tr.195-199.
- Hoàng A. D.** Đặc điểm lâm sàng và kết quả điều trị 45 bệnh nhân liệt dây thần kinh số VII ngoại vi tại Khoa Y học cổ truyền, Bệnh viện Quân Y 91. *Tạp chí học Quân sự*, 2022, 359, tr.29.
- D. Cirpaciú và C. Goanta.** Bell's palsy: Data from a study of 70 cases. *J. Med. Life*, vol 7, 2014, Spec Iss 2, tr.24-28.
- Vũ Yến Nhi, Lương Thanh Điển.** Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng và đánh giá kết quả điều trị bệnh nhân



liệt Bell tại Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ và Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Cần Thơ. *Tạp Chí Dược Học Cần Thơ*, 2022, số/tập 47, tr.58-65.

6. **M. M. Valença, L. P. A. de A. Valença, M. C. M. Lima.** Idiopathic facial paralysis (Bell's palsy): a study of 180 patients. *Arq. Neuropsiquiatr.*, 2001, vol 59, pp.733-739.
7. **Nguyễn Trâm Anh, Đậu Hữu Nghị.** Nghiên cứu hiệu quả điều trị hỗ trợ liệt dây thần kinh VII ngoại biên do lạnh bằng phương pháp hào châm kết hợp với chiếu đèn hồng ngoại. *Tạp chí Dược học Quân sự*, 2024, 49(9), tr.102.
8. **Sơn Võ Duy Dương, Nguyễn Trí, Nguyễn Thị Hồng Vân, Đào Minh Phúc, Lê Minh Hoàng.** Đánh giá hiệu quả điều trị liệt dây thần kinh VII ngoại biên bằng phương pháp điện châm kết hợp xoa bóp bấm huyệt tại Bệnh viện Y học cổ truyền thành phố Cần Thơ năm 2024. *Tạp chí Y học Việt Nam*, 2025, 547(2), tr.354.
9. **Huệ N. M., Hải L. Q., Huy T. K., và Lưu L. B.** Tình hình sử dụng các phương pháp y học cổ truyền điều trị liệt mặt ngoại biên nguyên phát. *Tạp chí Y học Việt Nam*, 2024, 535, tr.259.
10. **Sơn Võ Duy Dương, Nguyễn Trí, Nguyễn Thị Hồng Vân, Đào Minh Phúc, Lê Minh Hoàng.** Đánh giá hiệu quả điều trị liệt dây thần kinh VII ngoại biên bằng phương pháp điện châm kết hợp xoa bóp bấm huyệt tại Bệnh viện Y học cổ truyền thành phố Cần Thơ năm 2024. *Tạp chí Y học Việt Nam*, 2025, 547(2), tr.354.
11. **Lê H. T.** Đánh giá kết quả điều trị liệt dây thần kinh số VII ngoại vi do lạnh bằng điện châm kết hợp với siêu âm. *Tạp chí y học Quân sự*, 2022, số 359, tr.87.
12. **Romadhoni, Silva Optalmi Herianti, Murwani Yekti and Siti Istiqomah Khamisyati.** Diabetes Mellitus and Hypertension are Associated with Bell's Palsy. *Magna Neurologica*, 2024, 2(1), pp.5-8.
13. **H. Zhang, F. Chen.** Efficacy of Electroacupuncture with Sparse-Dense-Wave on Patients Suffered Acute Facial Paralysis. *Clin. Cosmet. Investig. Dermatol*, 2023, vol 16, pp.1811–1819.