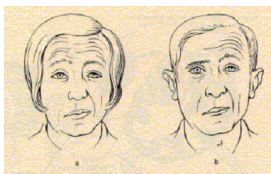


Ths Nguyễn Văn Tánh - Khoa YHCT

ĐẶT VẤN ĐỀ

Liệt mặt ngoại biên mặt bên (LMMB) có tỷ lệ mắc phải khoảng 25/100.000/năm, là một bệnh lý thần kinh phức tạp, xảy ra đột ngột. Liệt Bell hay liệt mặt nguyên phát là nguyên do phổ biến nhất của LMMB, chiếm khoảng 70%.

Liệt mặt ngoại biên hai bên (LMHB) là bệnh lý cấp tính hiếm, chiếm 0,3 - 2% tất cả các trường hợp liệt mặt và tỷ lệ mắc phải là 1/5.000.000/năm. Không như LMMB, LMHB ít khi là liệt mặt nguyên phát, phần lớn bệnh nhân này có tình trạng bệnh lý nền, cần được chẩn đoán nguyên nhân và xử trí kịp thời. LMHB thường có nguyên nhân: thần kinh, viêm nhiễm, ung thư, chấn thương, chuyển hóa. Liệt mặt nguyên phát chiếm khoảng 23% trường hợp LMHB.



Chúng tôi báo cáo trường hợp bệnh nhân nam 31 tuổi, vào viện với liệt mặt ngoại biên hai bên đáng kể đã 2 ngày. Chúng tôi muốn phân tích, thảo luận tìm kiếm nguyên nhân có thể có; chẩn đoán liệt mặt nguyên phát hay liệt Bell sau khi đã chẩn đoán phân biệt với những nguyên nhân khác. Và đánh giá hiệu quả điều trị LMHB bằng phương pháp YHCT.

BÁO CÁO TRƯỜNG HỢP

Bệnh nhân là một nam nông dân 31 tuổi. Tiền sử khỏe mạnh.

Liệt mặt ngoi biên hai bên nguyên phát - mặt chẹn đoán phân biệt.

Vị trí bìa Biên tập viên

Thứ 10, 15 Tháng 10 2014 13:35 - Lần cập nhật cuối Thứ 10, 15 Tháng 10 2014 13:48

Bệnh khởi phát đột ngột, cách nhập viện 2 ngày sau ngày dợt thuyên giảm cơn giật, nặng, nói năng môi miệng khó thực hiện được tác động ý, súc miệng nuốt rời khỏi ra 2 mép nhũu. Ngồi nhà phát hiện 2 mặt nhòm không kín và mặt, môi có phù nề. Trước đó 1 ngày có đau đầu âm 2 bên thái dương và sau tai. Bệnh tiến, không sốt, không buồn nôn, không đau trong tai, tai nghe ồn, chói ồn, vã giác nghe nhớt ồn.

Bệnh nhân được Trung tâm Y tế huyện chuyển viện đến Bệnh viện ĐK tỉnh với chẩn đoán Liệt dây thần kinh VII ngoại biên 2 bên.

Thăm khám:

Bệnh tiến táo, tiếp xúc tốt.

M: 74 lần/ph, nhiệt độ: 37 °C, HA: 120/70 mm Hg, nhịp thở: 18 lần/ph.

Không nhìn trán, rãnh mũi má mờ nhòe gần nhòe đi xuống 2 bên. Hai mặt nhòm không kín, khe mí hở # 2 mm, dấu Charles Bells (+). Rốt khó khăn khi thực hiện các động tác: nhìn trán, nhúu mày, nhúu mũi, trỏ môi, phồng má. Liệt mặt 2 bên mức độ trung bình (đưa theo Bảng khám vận động MacMey của tiến sĩ Nguyễn Tấn Phong). Đau đầu 2 bên mức độ vừa, chóng mặt, hoa mắt nhòe. Dấu cứng cổ (-), tay chân không yếu liệt, không rời lỏng cơn giật, phồng xương bình thường, không phát hiện liệt dây thần kinh số khác, đặc biệt dây IX, X (không liệt hầu họng, liệt dây thanh âm), không ho kéo dài, không khó nuốt nuốt, không tiêu u buồn tấu. Không phát hiện thay đổi bạch, ban sẩn, mẩn ngứa. Gờ dây không đi xa. Hút thuốc lá, uống rượu bia không đáng kể, không sử dụng ma túy, không quan hệ tình dục bất an.

Cận lâm sàng: CTM, sinh hóa máu trong giới hạn bình thường, ECG bình thường, X quang Schuller 2 bên, CT scanner đầu không phát hiện bất thường.

Khám chuyên khoa TMH: không phát hiện bất thường.

Liệt kê các triệu chứng biên hai bên nguyên phát - một số chẩn đoán phân biệt.

Vị trí biên hai bên nguyên phát

Tháng 10, 15 Tháng 10 2014 13:35 - Liên lạc nội trú tại Tháng 10, 15 Tháng 10 2014 13:48

Chẩn đoán: Bệnh triệu chứng lâm sàng, các triệu chứng phù hợp với liệt liệt nguyên phát và liệt liệt nguyên nhân có thể khác, chúng tôi đã chẩn đoán Liệt liệt biên hai bên nguyên phát (liệt liệt Bell).

Ngoài các triệu chứng trên còn có, bệnh khởi phát lúc thời điểm chuyển mùa lạnh, rêu lưỡi trắng, miệng khô, mắt đỏ. Do đó, chẩn đoán theo YHCT: Bệnh danh: Khuyết nhân oa tà; Bát cương ngữ: biểu u thể; Kinh絡: 6 kinh dương minh; Nguyên nhân: phong hàn.

Đi kèm theo:

Pháp trị: Khu phong, tán hàn, thông絡.

Bài thuốc: Khuyết nhân oa tà 8g, phòng phong 8g, quế chi 8g, xuyên khung 12g, đương quy 12g, bạch thược 12g, huỳnh kỳ 12g, bạch芷 12g, trần bì 8g, húng chanh 8g, táo nhân 12g, đương sâm 12g, dĩ dĩ táo 20g.

Ngày 1 thang, sắc 2 lần uống sáng, chiều.

Đi kèm theo:

Toàn thân xuyên Tinh minh, Đầu gối xuyên Giáp xa, Đầu gối bạch xuyên Ngẫu ý, phòng, Thỉnh cung, Thở a thở, Hợp cơ. Sau khi châm điện khí, mạch đi vào kim (điện xung hình sin, cường độ 15-25 μ A, tần số 5-15 Hz), thời gian kích thích 20 phút/lần, ngày 1 lần.

Xoa bóp: với các thao tác vuốt, xoa, miết, gõ. Vuốt từ dưới cơ lên thái dương và trán huyệt xung tại. Xoa với các ngón tay khép kín, xoa thành vòng tròn nhỏ. Miết trán dọc và ngang bằng vân ngón tay cái. Gõ nhẹ nhàng vùng trán và quanh mắt với các ngón tay. Thời gian 20 phút.

4 / 6

Liệt liệt ngoại biên hai bên nguyên phát - một chẩn đoán phân biệt.

Vị trí bài Biên tập viên

Thứ 7, 15 Tháng 10 2014 13:35 - Lần cập nhật cuối Thứ 7, 15 Tháng 10 2014 13:48

Đái tháo đường đái tháo đường, bệnh nhân 31 tuổi, không thừa cân, đường máu 4,1 mmol/l.

Ngoài ra, các bệnh khác như giang mai, AIDS cũng đái tháo đường.

Liệt liệt hay liệt liệt nguyên phát là nguyên do phổ biến nhất của LMHB, chiếm khoảng 70%. Liệt liệt nguyên phát chiếm khoảng 23% tổng hợp LMHB. Các bệnh sinh vật còn bàn cãi, vai trò của nhiễm độc do tiếp qua các chất máu và nhiễm trùng, dây VII phù nề, gây chèn ép, thiểu máu các bộ trong khung xương của vòi Fallope. Biểu hiện lâm sàng của liệt liệt nguyên phát có thể giúp phân biệt với các nguyên nhân khác gồm, liệt liệt khởi phát đột ngột, liệt hoàn toàn <48h, có ít triệu chứng liên quan đến não, đau não – màng não (-), không có liệt khu trú khác, không phát hiện bệnh lý tại mũi họng. Do vậy, LMHB trên bệnh nhân này đái tháo đường chẩn đoán nguyên nhân: liệt liệt nguyên phát hay liệt liệt Bell.

KẾT LUẬN

LMHB là bệnh lý cấp tính hiếm, <2 %/ tổng các cases liệt liệt.

LMHB đa số có nguyên nhân gồm: tổn thương, viêm nhiễm, ung bướu, chấn thương, chuyển hóa.

Chẩn đoán phân biệt những nguyên nhân của LMHB thường rất khó khăn, phức tạp.

Bác sĩ lâm sàng phải khai thác bệnh sử, thăm khám thần kinh. Ưu tiên chẩn đoán phân biệt những bệnh nặng đe dọa tính mạng như bệnh cơ u cơ, hội chứng Guillan-Barre...

LMHB nguyên phát hay liệt liệt Bell chỉ nên được chẩn đoán sau khi đã loại trừ hết những nguyên nhân có thể có.

LMHB nguyên phát có thể phức tạp và cần phải có phương pháp điều trị YHCT.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Thị Lina (1998), “Liệt mặt ngoại biên hai bên nguyên phát”, Bài giảng Bệnh học và Điều trị (Lưu hành nội bộ), Bộ môn Y Học Cơ Thể Truỵn – Khoa Y – Trường ĐHYD TP HCM, Tập 2, tr.111-119.
2. Nguyễn Tấn Phong (1997), Điều trị liệt mặt, Nhà xuất bản Y Học, tr. 7-22, 33-37.
3. Alexander Kamaratos et al (2004), “Simultaneous bilateral facial palsy in a diabetic patient”, Diabetes Care february 2004 vol.27 no. 2 623-624.
4. Andressa Alves da Silva; Marcelo Ducroquet; Jeff Chandler Pedrozo Junior (2009), “Bilateral facial palsy associated with Leptospirosis”, Braz J Infect Dis vol.13 no.4 Salvador Agu.2009 (<http://dx.doi.org/10.1590/s1413-86702009000400017>).
5. Felipe Sartor G et al (2005), “Bilateral peripheral facial palsy in HIV patient”, International Archives of Otorhinolaryngology 2005, Vol 9, Num 3-Jul/Set (70).
6. Hidayat Ullah et al (2009), “Bilateral facial paralysis – Can it be Bell’s ?” Int. Adv. Otol. 2009; 5:(3)498-411.
7. Kadir KOTIL; Bekir KILINC (2005), “Sarcoidosis: A cause for bilateral facial palsy”, Journal of Neurological Sciences (Turkish) 2005, volum 22, number 3, page(s) 304-308.
8. Ram P Narayanan et al (2008), “Guillan-Barre syndrome presenting with bilateral facial nerve paralysis: a case report”, Cases Journal 2008, 1:379, doi:10.1186/1757-1626-1-379.
9. Sohil Pothiwala and Fatimah Lateef (2012), “Bilateral facial nerve palsy: a diagnostic dilemma”, Cases reports in Emergency Medicine, Vol 2012, Article ID 458371, 3 pages, doi: 10.1155/2012/458371.