

DOI: 10.58490/ctump.2025i84.3305

BÁO CÁO CA LÂM SÀNG ỨNG DỤNG CORTICOSTEROID LIỀU CAO TRONG ĐIỀU TRỊ LIỆT THẦN KINH MẶT SAU CHẤN THƯƠNG GÃY XƯƠNG THÁI DƯƠNG

**Trần Khôi Nguyên^{1*}, Nguyễn Triều Việt¹, Trần Minh Hạnh²
Nguyễn Anh Tuấn³, Nguyễn Thị Mỹ Hạnh⁴, Nguyễn Ngọc Châu⁵**

1. Trường Đại học Y Dược Cần Thơ

2. Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Cần Thơ

3. Bệnh viện Nhi Đồng Cần Thơ

4. Trường Đại học Nam Cần Thơ

5. Bệnh viện Đa khoa khu vực Ba Tri

*Email: tknguyen@ctump.edu.vn

Ngày nhận bài: 06/01/2025

Ngày phản biện: 06/02/2025

Ngày duyệt đăng: 25/02/2025

TÓM TẮT

Liệt thần kinh mặt có thể xảy ra do hậu nhiễm virus Zoster, chấn thương đầu, bệnh lý não với nhiều hậu quả ảnh hưởng lớn đến cuộc sống người bệnh. Hiện tại có hai phương pháp điều trị liệt thần kinh mặt là phẫu thuật giải áp và điều trị nội khoa corticosteroid. Việc điều trị sớm mang lại kết quả tốt hơn, bệnh nhân giao tiếp tốt hơn, đáp ứng mong đợi của bệnh nhân. Bệnh nhân nam 33 tuổi liệt mặt sau chấn thương đầu, bậc 5 theo thang đo House-Brackman, gãy xương thái dương bên trái, tụ máu dưới màng cứng. Bệnh nhân được điều trị nội khoa corticoid liều cao và theo dõi sự phục hồi của liệt thần kinh mặt. Sau điều trị corticoid 14 ngày, bệnh nhân cải thiện tình trạng liệt mặt, bậc 2 theo thang đo House-Brackman, cử động cơ mặt phục hồi hoàn toàn, không tăng áp nội sọ. Điều trị nội khoa corticosteroid liều cao làm tăng khả năng hồi phục chức năng thần kinh mặt. Chỉ định corticosteroid cho điều trị liệt thần kinh mặt nên được dùng đủ 14 ngày.

Từ khóa: Liệt mặt, corticosteroid, corticoid, gãy xương thái dương.

ABSTRACT

A CASE USING HIGH DOSE CORTICOSTEROID IN FACIAL Palsy TREATMENT AFTER TEMPORAL BONE FRACTURE

**Tran Khoi Nguyen^{1*}, Nguyen Trieu Viet¹, Tran Minh Hanh²
Nguyen Anh Tuan³, Nguyen Thi My Hanh⁴, Nguyen Ngoc Chau⁵**

1. Can Tho University of Medicine and Pharmacy

2. Can Tho University of Medicine and Pharmacy Hospital

3. Can Tho Pediatric Hospital

4. Nam Can Tho University

5. Ba Tri District General Hospital

Facial paralysis can be happened after a reactivation of Varicella Zoster Virus, cranial neuropathy, cranial trauma with devastating consequences. There are two main approaches for the management of facial paralysis including surgical decompression and oral steroid treatment. Early treatment of facial paralysis brings better experiences, expectation matching and better communication. A 33-year-old male had a serious head trauma, which caused facial paralysis (grade 5 on House-Brackman scale), left temporal bone fracture, subdural hemorrhage. The conservative treatment was indicated, including high dose corticoid and monitoring the recovery of

facial paralysis. After 14 days of high dose corticoid and tapering, the patient recovered facial movement completely, grade 2 on House-Brackman scale, no intracranial hypertension. High-dose corticosteroid treatment increases the possibility of facial functional recovery. Using corticoid should be continued for more than 14 days.

Keywords: Facial paralysis, corticosteroid, corticoid, temporal bone fracture.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Liệt thần kinh mặt là tình trạng không có khả năng cử động các cơ ở một hoặc hai bên vùng mặt. Nguyên nhân có thể do đợt tái hoạt của Varicella Zoster Virus, sau chấn thương đầu, bệnh lý thần kinh trung ương với nhiều hậu quả nghiêm trọng[1]. Liệt thần kinh mặt sau chấn thương trên lâm sàng là nguyên nhân đứng hàng thứ 2 sau liệt Bell [2]. Vấn đề này thường có liên quan nhiều đến chấn thương xương thái dương và có thể gây ra nhiều biến chứng nguy hiểm [3]. Tỷ lệ liệt mặt ở bệnh nhân có gãy xương thái dương vào khoảng từ 7 – 10% (Gordin et al., 2015). Có hai cách tiếp cận điều trị liệt dây VII là phẫu thuật giải áp và liều cao corticosteroid sử dụng đường uống và giảm liều dần[4].

II. GIỚI THIỆU CA BỆNH

Bệnh nhân nam, sinh năm 1991, vào viện sau chấn thương do tai nạn giao thông vào giữa tháng 9/2024. Trước đó vài giờ, bệnh nhân đang chạy xe 2 bánh, đột ngột ngã xuống đường. Đầu bệnh nhân bị va đập mạnh xuống đường, chảy máu nhiều nơi vùng đầu, mặt, cổ. Bệnh nhân được chuyển đến bệnh viện tuyến địa phương, được sơ cứu cầm máu. Tại đây, bệnh nhân lơ mơ, chảy máu ống tai trái, X-quang thấy gãy 1/3 ngoài xương đòn trái, gãy xương sườn thứ 2 đến thứ 8 (6 xương sườn) ở vùng trước tim đường trung đòn trái. Hình ảnh CT cho thấy bệnh nhân có tụ máu dưới màng cứng.

Bệnh nhân được chuyển lên bệnh viện Chợ Rẫy để can thiệp chuyên sâu về ngoại thần kinh. Tại đây, bệnh nhân đau đầu nhiều, còn chảy máu ống tai trái, kèm theo dấu liệt dây thần kinh mặt trái ngoại biên, miệng méo lệch phải, mắt trái không nhắm kín, không yếu liệt chi bên trái, bậc 5 theo thang đo House-Brackman. Chụp CT scan sọ não có dấu hiệu tụ máu dưới màng cứng lượng ít, không gây chèn ép nhu mô não, không đẩy lệch đường giữa. Bệnh nhân được theo dõi sát tri giác, dấu hiệu sinh tồn, dấu tăng áp nội sọ.

Chỉ định điều trị bảo tồn được đặt ra: kháng sinh Cefotaxim liều 1 gram x 3 lần/ngày truyền tĩnh mạch trong 4 ngày, giảm đau paracetamol truyền tĩnh mạch, dexamethasone 4 mg 1 ống x 2 lần/ngày tiêm mạch chậm trong 4 ngày.

Qua 14 ngày điều trị nội khoa, bệnh nhân được xuất viện về trong tình trạng giảm đau đầu nhiều, không yếu liệt chi, đi vững, độ IV theo hệ thống đo House –Brackman (mắt còn méo lệch về bên lành, không nhướn lông mày trái lên được, mắt trái nhắm không kín, đồng động vùng mắt còn nhiều). Bệnh nhân được đeo đai số 8 cố định xương đòn. Toa ra viện thuốc Piracetam 800mg 1 viên x 2 lần uống. Giữa tháng 10/2024 tái khám tại Bệnh viện đại học y dược Cần Thơ, được chụp CT sọ não kiểm tra thấy khối máu tụ dưới màng cứng ổn định, phát hiện gãy xương thái dương bên trái có khả năng tổn thương dây VII gây liệt mặt (hình 1).



Hình 1. CT scan chụp tại Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Cần Thơ cho thấy bệnh nhân bị gãy xương thái dương bên trái

Phân độ House-Brackman lúc này vẫn còn độ IV với các dấu hiệu mô tả như trên. Bệnh nhân được chỉ định dùng Methylprednisolone 32 mg/ngày trong 5 ngày, sau đó 16 mg/ngày trong 5 ngày, sau đó là 8 mg/ngày trong 5 ngày kèm nhỏ nước mắt nhân tạo. Qua nhiều đợt tái khám và đánh giá, tại thời điểm 9 tuần sau tai nạn giao thông, bệnh nhân không còn đau đầu, cơ mặt trái cử động một phần, ăn uống tốt, còn méo lệch ít khi cười, không đồng vận các cơ mặt, mắt trái nhắm kín, đo lường theo thang đo House-Brackman là độ 3. Tái khám tại thời điểm 12 tuần sau tai nạn, bệnh nhân ăn uống tốt, không còn miệng méo lệch, mặt cân đối hai bên khi cười, khi quan sát ở gần thì thấy miệng lệch rất ít (độ 2 theo phân độ House-Brackman).

III. BÀN LUẬN

Liệt dây thần kinh mặt sau chấn thương xương thái dương mặc dù không gây tàn tật nghiêm trọng nhưng có thể dẫn đến suy giảm khả năng nghe và giao tiếp xã hội trong ngắn hạn, tuy nhiên sự suy giảm này cải thiện tốt hơn trong dài hạn, theo tác giả Antoniades nghiên cứu [5].

Về thời điểm khởi phát, liệt mặt khởi phát muộn được ghi nhận là yếu tố tiên lượng tốt với khả năng phục hồi hoàn toàn sau điều trị chuẩn [4],[6].

Hiện có hai phương pháp chính để điều trị liệt thần kinh mặt hậu chấn thương là phẫu thuật giải áp và điều trị bảo tồn bằng corticoid. Trên một nghiên cứu tổng quan hệ thống trên 612 bệnh nhân, Nash và cộng sự đưa ra hiệu quả phục hồi thần kinh mặt hoàn toàn (tương đương với House-Brackman độ 1) sau phẫu thuật giải áp và điều trị nội khoa lần lượt là 23% và 66% [6],[7].

Về chỉ định phẫu thuật được chỉ định trên bệnh nhân liệt mặt khởi phát ngay sau chấn thương gãy xương thái dương kèm thoái hóa trên kết quả test điện sinh lý thần kinh. Thời điểm phù hợp để giải áp là trong vòng 2 tháng đầu sau chấn thương [8].

Còn trong các trường hợp liệt mặt khởi phát muộn hoặc liệt mặt không hoàn toàn, kết quả điện sinh lý thần kinh thoái hóa < 90% thì điều trị nội khoa được đặt ra [8, 9]. Việc chỉ định sử dụng corticosteroid trong 24 giờ sau khởi phát liệt thần kinh mặt sau chấn thương và nên được dùng tiếp tục hơn 14 ngày để đạt được tỉ lệ hồi phục tốt có ý nghĩa thống kê với p lần lượt là 0,014 và 0,036 [4]. Theo nghiên cứu của tác giả Sanjeev, liệt mặt hậu chấn thương ở nhóm điều trị steroid liều 1 mg/kg/ngày trong 5 ngày rồi giảm liều dần trong 3 tuần có kết quả khả quan: 31/39 trường hợp hồi phục sau 4 đến 12 tuần [10].

Tuy nhiên, trên bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi, việc dùng corticoid đã bị gián đoạn khoảng hơn 1 tuần làm cho tốc độ cải thiện các triệu chứng liệt mặt của bệnh nhân chậm: độ IV không cải thiện nhiều sau 2 tuần xuất viện từ bệnh viện Chợ Rẫy. Trong vòng 2 tuần, việc sử dụng corticosteroid tại bệnh viện đại học y dược Cần Thơ đã giúp cải thiện các dấu hiệu liệt dây thần kinh mặt từ độ IV của thang đo House-Brackman sang độ

III ở thời điểm 10 tuần. Và sau 3 tháng, thang điểm này còn độ II cho thấy sự hồi phục tốt của bệnh nhân sau quá trình điều trị nội khoa.

Điểm yếu của nghiên cứu của chúng tôi là chúng tôi tổng kết kinh nghiệm lâm sàng từ một ca bệnh, chưa thực sự chứng minh tính tổng quát của phương pháp điều trị. Việc điều trị liệt mặt sau chấn thương đang thu hút sự quan tâm đáng kể từ cộng đồng y khoa và bệnh nhân, đặc biệt trong bối cảnh gia tăng các trường hợp chấn thương do tai nạn giao thông và tai nạn lao động. Trong tương lai, cần có một số nghiên cứu đối chứng lớn hơn để xác nhận tính hiệu quả của phương pháp điều trị nội khoa như: báo cáo hàng loạt ca, nghiên cứu thử nghiệm lâm sàng.

IV. KẾT LUẬN

Điều trị nội khoa corticosteroid liều cao làm tăng khả năng hồi phục chức năng thần kinh mặt. Chỉ định corticosteroid cho điều trị liệt thần kinh mặt nên được dùng đủ 14 ngày.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Geißler K., Urban E., Volk G. F., Klingner C. M., Witte O. W. ea. Non-idiopathic peripheral facial palsy: prognostic factors for outcome. *European Archives of Oto-Rhino-Laryngology*. 2021. 278(9), 3227-3235, doi: 10.1007/s00405-020-06398-6.
2. Mison K., Tengku K., Tengku M. I., Lamry N. A. Endoscope-assisted facial nerve decompression for traumatic tympanic segment of facial nerve paresis. *Proceedings of Singapore Healthcare*. 2021. 30(3), 246-249, doi: 10.1177/2010105820963294.
3. Patel A., Groppo E. Management of temporal bone trauma. *Craniomaxillofacial trauma & reconstruction*. 2010. 3(2), 105-113, doi: 10.1055/s-0030-1254383.
4. Lee P. H., Liang C. C., Huang S. F., Liao H. T. The Outcome Analysis of Traumatic Facial Nerve Palsy Treated With Systemic Steroid Therapy. *The Journal of craniofacial surgery*. 2018. 29(7), 1842-1847, doi: 10.1097/scs.0000000000004641.
5. Antoniadou E, Psillas G. Patient-Assessed Outcomes following Temporal Bone Fractures. 2022. 12(2), doi: 10.3390/diagnostics12020547.
6. Nash J. J., Friedland D. R., Boorsma K. J., Rhee J. S. 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.
7. Singh G. B., Kumar P., Krishna A. R. A. A Paradigm Shift in the Management of Post Traumatic Complete Facial Nerve Palsy. *Indian Journal of Otolaryngology and Head & Neck Surgery*. 2020. 72(4), 532-534, doi: 10.1007/s12070-020-01894-x.
8. Abbaszadeh K. A., Kouhi A., Ashtiani M. T. K., Anari M. R., Yazdi A. K. Conservative versus Surgical Therapy in Managing Patients with Facial Nerve Palsy Due to the Temporal Bone Fracture. *Craniomaxillofacial trauma & reconstruction*. 2019. 12(1), 20-26, doi: 10.1055/s-0038-1625966.
9. Phạm Thanh Thúy, Nguyễn Thị Tố Uyên, Đặng Xuân Vinh. Tổng quan về điều trị nội khoa bảo tồn liệt dây thần kinh VII ngoại biên trong chấn thương xương thái dương. *Tạp chí Y học Việt Nam*. 2023. 522(1), doi: 10.51298/vmj.v522i1.4253.
10. Yadav S, Panda NK, Verma R, Bakshi J, Modi M. Surgery for post-traumatic facial paralysis: are we overdoing it? *European Archives of Oto-Rhino-Laryngology*. 2018. 275(11), 2695-2703, doi: 10.1007/s00405-018-5141-y.