TIẾP CẬN LIỆT MẶT N91

1 MỤC TIÊU BÀI GIẢNG

- Hiểu được các nguyên nhân khác nhau gây liệt mặt.
- Biết được các phương pháp điều trị khác nhau cho các nguyên nhân gây liệt mặt

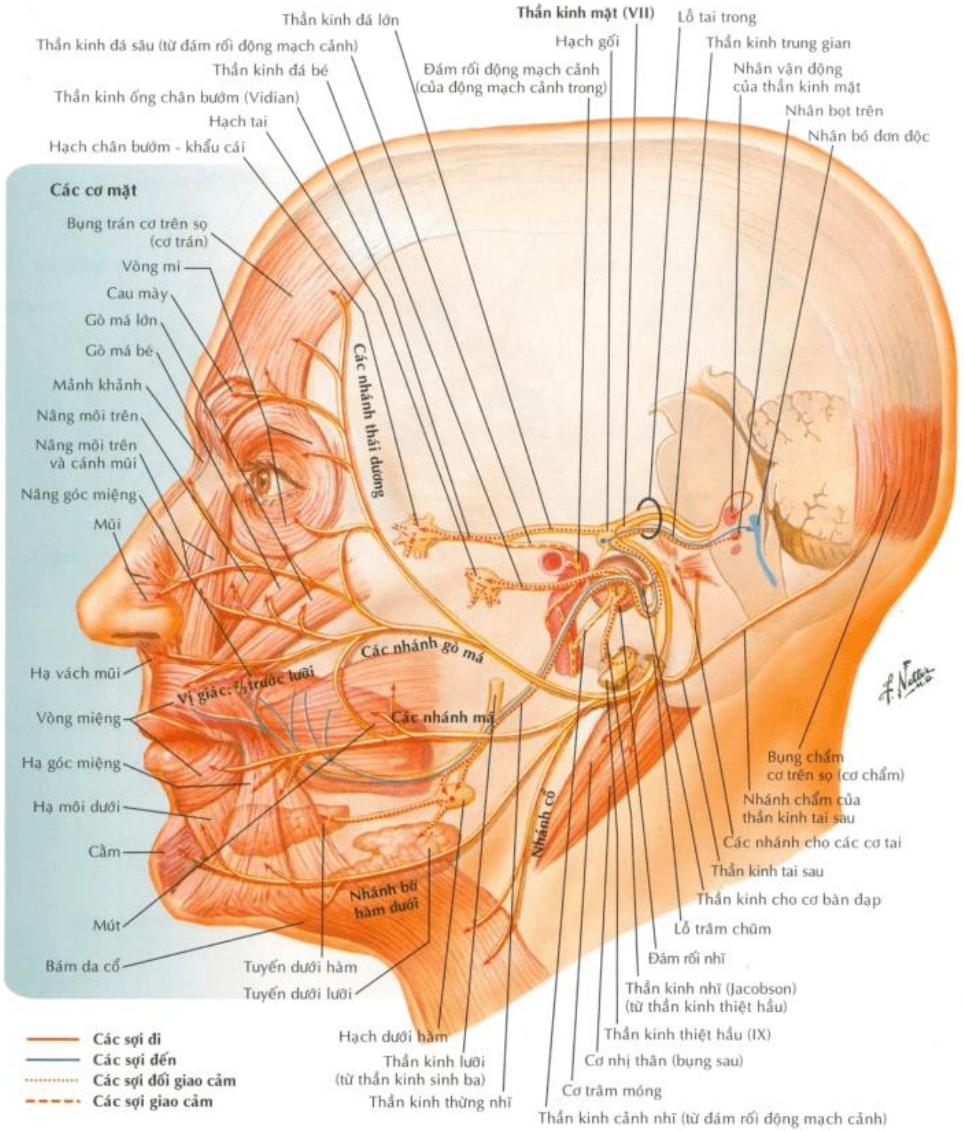
2 NỘI DUNG BÀI GIẢNG

2.1 Tổng quan

2.1.1 Định nghĩa

Về mặt định nghĩa, liệt mặt là tình trạng yếu các cơ biểu hiện cảm xúc trên vùng mặt do bệnh lý tại các dây thần kinh sọ số 7 hoặc bệnh lý của các cấu trúc lân cận.

2.1.2 Giải phẫu



Về mặt giải phẫu, dây thần kinh vận động các cơ vùng mặt số 7 đi từ nhân mạch trong cuống não, đi trong ống tai trong bên cạnh dây thần kinh sọ số 8 (còn gọi là dây thần kinh tiền đình-ốc tai). Sau khi qua hạch cối, dây thần kinh mặt chạy ngang qua tay giữa, qua ống fallop ngay phía trên cửa sổ bầu dục. Sau đó, nó đi dọc xuống chi phối cơ bản đạp trước khi ra khỏi xương thái dương qua lỗ châm chũm. Khi vào tuyến mang tai, nó chia thành năm nhánh chính phân phối cho các cơ biểu cảm vùng mặt.

Trong tai giữa, nó chứa các sợi chi phối cho tuyến nước bọt hàm dưới và dưới lưỡi, các sợi vị giác của 2/3 trước lưỡi thông qua thần kinh thừng nhĩ.

2.1.3 Dịch tễ

Liệt mặt ngoại biên, thường được gọi là liệt mặt Bell ảnh hưởng đến khoảng 15-30/100.000 người mỗi năm. Mặc dù có thể xảy ra ở mọi lứa tuổi, nhưng tỷ lệ mắc bệnh cao nhất ở nhóm tuổi từ 15 đến 45. Cả nam và nữ đều có nguy cơ mắc bệnh như nhau. Một số yếu tố có thể làm tăng nguy cơ phát triển liệt mặt Bell, bao gồm:

- Nhiễm trùng: Nhiễm trùng virus, chẳng hạn như herpes simplex virus (HSV) và virus varicella-zoster (VZV), được cho là những yếu tố kích hoạt phổ biến.
- Bệnh tiểu đường: Bệnh nhân tiểu đường có nguy cơ mắc liệt mặt Bell cao hơn.
- Mang thai: Phụ nữ mang thai, đặc biệt là trong tam cá nguyệt thứ ba hoặc giai đoạn sau sinh, có nguy cơ mắc bệnh cao hơn.
- Bệnh lý về hệ miễn dịch: Những người có hệ thống miễn dịch suy yếu có thể dễ bị liệt mặt Bell hơn.
- Ảnh hưởng theo mùa: Một số nghiên cứu cho thấy tỷ lệ mắc liệt mặt Bell có thể tăng nhẹ vào mùa đông.

2.2 Nguyên nhân

2.2.1 Phân loại theo vị trí tổn thương

Liệt mặt có thể do tổn thương dây thần kinh số VII ở nhiều vị trí khác nhau, từ trong sọ não cho đến ngoài hộp sọ. Dựa vào vị trí tổn thương, chúng ta có thể phân loại nguyên nhân liệt mặt như sau:

2.2.1.1 Tổn thương trong sọ:

- Tai biến mạch máu não: Đây là nguyên nhân gây liệt mặt trung ương, thường kèm theo liệt nửa người cùng bên.
- U của hệ thần kinh trung ương: Các khối u trong não có thể chèn ép vào dây thần kinh số VII, gây liệt mặt trung ương.
- U dây thần kinh thính giác: U dây thần kinh số VIII (thính giác) có thể chèn ép vào dây thần kinh số VII khi đi chung trong ống tai trong, gây liệt mặt ngoại biên.

2.2.1.2 Tổn thương trong xương thái dương:

- Liệt mặt vô căn (liệt mặt Bell): Đây là nguyên nhân phổ biến nhất của liệt mặt ngoại biên, thường do viêm dây thần kinh số VII.

- Zona hạch gối (hội chứng Ramsay Hunt): Do virus Varicella Zoster gây ra, thường kèm theo đau tai và nổi mụn nước ở tai.
- Nhiễm khuẩn tai giữa biến chứng: Viêm tai giữa nặng có thể lan đến dây thần kinh số VII, gây liệt mặt ngoại biên.
- Chấn thương (do phẫu thuật, vỡ xương thái dương): Chấn thương vùng đầu mặt có thể gây tổn thương dây thần kinh số VII.
- U dây thần kinh mặt: Khối u phát triển từ dây thần kinh số VII có thể gây liệt mặt ngoại biên.
- Nhiễm trùng: Một số bệnh nhiễm trùng như nhiễm mononucleosis, bệnh Lyme cũng có thể gây liệt mặt ngoại biên.

2.2.1.3 Tổn thương ngoài xương thái dương:

- U tuyến mang tai: Khối u tuyến mang tai có thể chèn ép vào dây thần kinh số VII khi nó đi qua tuyến, gây liệt mặt ngoại biên.

2.2.1.4 Bệnh hệ thống:

- Sarcoidosis: Bệnh Sarcoidosis là một bệnh tự miễn có thể ảnh hưởng đến nhiều cơ quan, bao gồm cả hệ thần kinh, gây liệt mặt ngoại biên.
- Bệnh đa dây thần kinh: Tổn thương nhiều dây thần kinh ngoại biên, bao gồm cả dây thần kinh số VII, có thể gây liệt mặt.
- Xơ cứng rải rác: Bệnh tự miễn ảnh hưởng đến hệ thần kinh trung ương, có thể gây liệt mặt trung ương hoặc ngoại biên.

2.3 Thăm khám

2.3.1 Hỏi bệnh

Khởi phát và diễn tiến:

- Liệt mặt xuất hiện từ khi nào? Diễn tiến khởi phát (đột ngột hay từ từ)?
- Liệt mặt có tiến triển nặng hơn hay có dấu hiệu cải thiện?

Triệu chứng cơ năng:

- Đau vùng tai, mặt, đầu?
- Khó khăn khi nhắm mắt, nhăn trán, cười, huýt sáo?
- Chảy nước dãi, thay đổi vị giác, tăng thính lực?
- Khó khăn khi nhai, nuốt, nói?

Tiền sử bệnh:

- Bệnh lý tai mũi họng? (Viêm tai giữa, cholesteatoma, phẫu thuật tai)
- Chấn thương vùng đầu mặt cổ?
- Nhiễm trùng gần đây? (Zona, Lyme, mononucleosis)
- Bệnh lý toàn thân? (Đái tháo đường, sarcoidosis, bệnh tự miễn)

2.3.2 Khám thực thể

Khám toàn thân:

Tìm kiếm các dấu hiệu bất thường có thể liên quan đến nguyên nhân gây liệt mặt, ví dụ:

- Nổi ban (zona, Lyme)
- Sưng hạch bạch huyết
- Dấu hiệu thần kinh khu trú khác

Khám thần kinh sọ não:

Đánh giá 12 đôi dây thần kinh sọ não, đặc biệt chú ý:

- Dây V (Tam thoa): Cảm giác vùng mặt
- Dây VIII (Thính giác - tiền đình): Thính lực, thăng bằng
- Dây IX, X (Thiệt hầu, lang thang): Vận động màn hầu, nuốt, giọng nói
- Dây XI (Phụ): Vận động cơ ức đòn chũm, thang
- Dây XII (Hạ thiệt): Vận động lưỡi

Cần phân biệt giữa liệt mặt trung ương – ngoại biên thông qua đánh giá tình trạng cơ mặt cả lúc nghỉ và lúc vận động. Xác định tình trạng liệt mặt ngoại biên: có dấu hiệu đặc trưng của tổn thương ngoại biên, đó là dấu hiệu Charles bell, người bệnh không thể nhắm kín mắt.

- Ở trạng thái nghỉ, mặt không cân xứng, bị kéo lệch về bên lành. Nếp nhăn trán bị xóa so với bên đối diện và cung mày bị rơi xuống. Mép bên liệt bị hạ thấp, má bị nhẽo và phồng lên khi thở ra.
- Khi điệu bộ, mặt mất cân xứng rõ hơn. Nhai và cấu âm khó.
- Trong trường hợp tổn thương kín đáo, người ta có thể thấy được nhờ dấu hiệu Souque: khi nhắm chặt mi mắt, lông mi bên liệt dài hơn bên lành.

Khám chuyên khoa Tai - Mũi - Họng:

Khám tai:

- Tìm kiếm dấu hiệu viêm tai giữa cấp/mạn tính (đỏ, phù nề, chảy dịch)
- Tình trạng màng nhĩ (rách thủng, lõm, khối u)
- Nốt phỏng zona ở ống tai, vành tai

Khám mũi, họng:

- Tìm kiếm các tổn thương bất thường vùng mũi họng (khối u, viêm nhiễm)

Khám vùng cổ:

- Sờ nắn vùng tuyến mang tai, hạch bạch huyết, tìm kiếm các khối u

Khám vận động cơ mặt:

Quan sát:

- Mặt bệnh nhân khi nghỉ: Có mất cân xứng, lệch về bên lành?
- Nếp nhăn trán, cung mày: Có bị xóa mờ so với bên lành?
- Mi mắt: Có thể nhắm kín hoàn toàn? (Dấu hiệu Charles Bell)
- Mép miệng: Có bị hạ thấp so với bên lành?
- Má: Có bị phồng lên khi thở ra?

Yêu cầu bệnh nhân thực hiện các động tác:

- Nhăn trán, nhíu mày, nhắm mắt, phồng má, cười, huýt sáo

- So sánh biên độ vận động 2 bên, đánh giá mức độ liệt theo phân độ House-Brackmann (thang điểm từ I - VI)

Đánh giá chức năng khác:

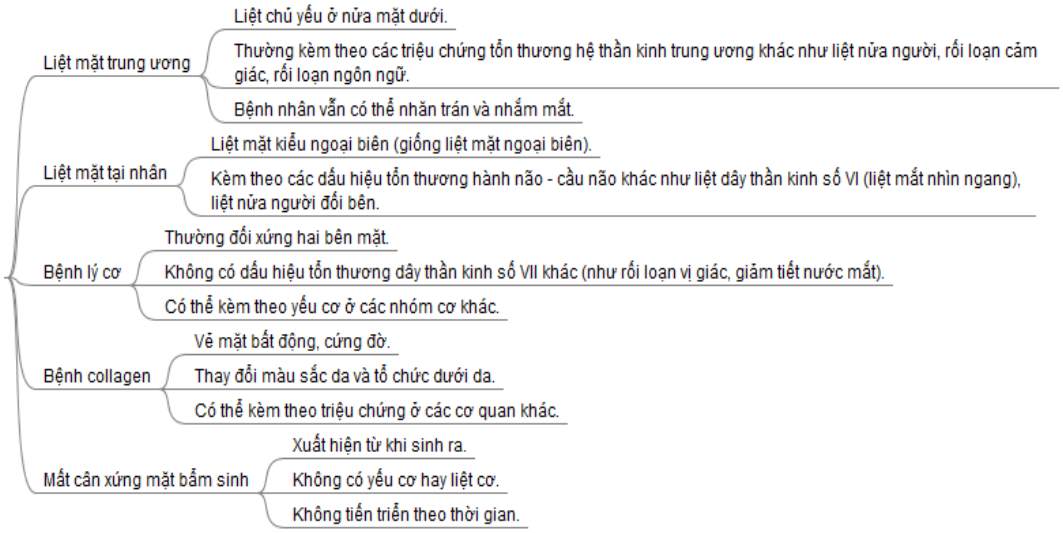
- Tiết nước mắt: Test Schirmer (so sánh lượng nước mắt 2 bên)
- Vị giác 2/3 trước lưỡi: Sử dụng các dung dịch có vị ngọt, mặn, chua, đắng
- Phản xạ xương bàn đạp (nếu có điều kiện)

2.3.3 Cận lâm sàng

- Chụp CT scan hoặc MRI sọ não và xương đá: Phát hiện các tổn thương trong sọ, tai giữa, góc cầu tiểu não
- Điện cơ đồ (EMG): Đánh giá mức độ tổn thương thần kinh, tiên lượng khả năng phục hồi
- Xét nghiệm máu: Tìm kiếm nguyên nhân (nhiễm trùng, bệnh lý tự miễn)
- Các xét nghiệm khác: Tùy theo nghi ngờ lâm sàng

2.4 Chẩn đoán phân biệt

Mặc dù liệt mặt ngoại biên có những đặc trưng riêng, nhưng một số tình trạng khác có thể gây ra triệu chứng tương tự. Việc phân biệt chính xác là rất quan trọng để có hướng điều trị phù hợp. Dưới đây là những bệnh lý cần chẩn đoán phân biệt với liệt mặt ngoại biên:



2.4.1 Liệt mặt trung ương:

Nguyên nhân: Do tổn thương đường dẫn truyền thần kinh từ vỏ não đến nhân dây thần kinh số VII trong não bộ (thường gặp nhất là do tai biến mạch máu não, u não).

Đặc điểm phân biệt:

- Liệt chủ yếu ở nửa mặt dưới.
- Thường kèm theo các triệu chứng tổn thương hệ thần kinh trung ương khác như liệt nửa người, rối loạn cảm giác, rối loạn ngôn ngữ.
- Bệnh nhân vẫn có thể nhăn trán và nhắm mắt.

2.4.2 Liệt mặt nguồn gốc tại nhân:

Nguyên nhân: Do tổn thương nhân dây thần kinh số VII trong thân não (có thể do nhiễm trùng như giang mai, uốn ván, bại liệt; khối u; hoặc nguyên nhân mạch máu).

Đặc điểm phân biệt:

- Liệt mặt kiểu ngoại biên (giống liệt mặt ngoại biên).
- Kèm theo các dấu hiệu tổn thương hành não - cầu não khác như liệt dây thần kinh số VI (liệt mắt nhìn ngang), liệt nửa người đối bên.

2.4.3 Thiếu hụt vận động do bệnh lý cơ hoặc nhược cơ:

Nguyên nhân: Do bệnh lý nguyên phát của cơ (như loạn dưỡng cơ) hoặc do rối loạn dẫn truyền thần kinh - cơ (như nhược cơ).

Đặc điểm phân biệt:

- Thường đối xứng hai bên mặt.
- Không có dấu hiệu tổn thương dây thần kinh số VII khác (như rối loạn vị giác, giảm tiết nước mắt).
- Có thể kèm theo yếu cơ ở các nhóm cơ khác.

2.4.4 Bệnh collagen:

Nguyên nhân: Do bệnh lý tự miễn ảnh hưởng đến mô liên kết (như xơ cứng bì, viêm da cơ).

Đặc điểm phân biệt:

- Vẻ mặt bất động, cứng đờ.
- Thay đổi màu sắc da và tổ chức dưới da.
- Có thể kèm theo triệu chứng ở các cơ quan khác.

2.4.5 Mất cân xứng mặt bẩm sinh:

Nguyên nhân: Do bất thường phát triển cấu trúc mặt trong thời kỳ bào thai.

Đặc điểm phân biệt:

- Xuất hiện từ khi sinh ra.
- Không có yếu cơ hay liệt cơ.
- Không tiến triển theo thời gian.

2.5 Phân biệt liệt mặt ngoại biên – trung ương

2.5.1 Vị trí tổn thương khác nhau:

Liệt mặt trung ương: Tổn thương xảy ra ở não bộ, trên nhân dây thần kinh số VII (vùng vỏ não hoặc đường dẫn truyền từ vỏ não xuống nhân dây VII ở cầu não).

Liệt mặt ngoại biên: Tổn thương xảy ra ở dây thần kinh số VII đoạn từ nhân ở cầu não trở ra (bao gồm cả đoạn trong xương đá và đoạn ngoài sọ).

2.5.2 Chi phối vận động cơ mặt khác nhau:

Liệt mặt trung ương: Vỏ não chi phối vận động nửa dưới mặt đối bên và nửa trên mặt cả hai bên. Do đó, tổn thương ở vỏ não hoặc đường dẫn truyền xuống sẽ gây liệt nửa dưới mặt đối bên, trong khi nửa trên mặt (khả năng nhăn trán, nhắm mắt) thường được bảo tồn một phần do vẫn còn sự chi phối từ bán cầu não bên lành.

Liệt mặt ngoại biên: Dây thần kinh số VII sau khi ra khỏi cầu não sẽ chi phối toàn bộ các cơ ở một bên mặt. Vì vậy, tổn thương ở bất kỳ vị trí nào trên đoạn dây thần kinh này sẽ gây liệt hoàn toàn các cơ ở nửa mặt cùng bên, bao gồm cả cơ trán và cơ vòng mắt.

Bảng 1: Phân biệt liệt mặt trung ương – ngoại biên

Triệu chứng/Dấu hiệu	**Liệt mặt trung ương**	**Liệt mặt ngoại biên**
Vị trí liệt	1/4 dưới mặt đối bên	Nửa mặt cùng bên (cả trên và dưới)
Nếp nhăn trán	Thường còn (giảm nhẹ)	Mất hoặc mờ hẳn
Khả năng nhắm mắt	Thường nhắm kín hoặc hở nhẹ	Nhắm không kín (dấu hiệu Charles Bell dương tính)
Méo miệng	Rõ khi nói, cười	Rõ rệt ngay cả khi nghỉ, lệch nhân trung về bên lành
Chảy nước mắt, nước bọt	Thường không bị ảnh hưởng	Có thể tăng hoặc giảm
Cảm giác vị giác 2/3 trước lưỡi	Thường bình thường	Có thể bị rối loạn (giảm hoặc mất)
Thính lực	Thường bình thường	Có thể tăng nhạy cảm với âm thanh (hyperacusis)
Liệt nửa người	Có thể kèm theo liệt nửa người cùng bên	Có thể kèm theo liệt nửa người đối bên (hiếm gặp)
Tiến triển	Ít khi gây co cứng cơ mặt sau này	Có thể gây co cứng cơ mặt sau liệt

2.6 Điều trị

2.6.1 Liệt mặt Bell (Liệt mặt vô căn):

Liệt mặt Bell là nguyên nhân phổ biến nhất gây liệt mặt ngoại biên, do đó việc điều trị thường tập trung vào dạng này. Tuy nhiên, việc chẩn đoán xác định liệt mặt Bell cần được thực hiện sau khi loại trừ các nguyên nhân khác như zona, chấn thương, khối u,

2.6.1.1 Điều trị nội khoa:

Corticosteroid:

- Là phương pháp điều trị hàng đầu cho liệt mặt Bell. Nên sử dụng sớm, lý tưởng nhất là trong vòng 72 giờ kể từ khi khởi phát triệu chứng, để giảm viêm và phù nề dây thần kinh, tăng khả năng phục hồi chức năng.
- Prednisolone là corticosteroid thường được sử dụng, liều lượng khoảng 1mg/kg/ngày, uống trong 7 ngày.
- Cần lưu ý các chống chỉ định của corticosteroid như đái tháo đường, loét dạ dày tá tràng, lao.

Thuốc kháng virus:

- Vai trò của thuốc kháng virus trong điều trị liệt mặt Bell còn đang được tranh cải.
- Một số nghiên cứu cho thấy việc kết hợp corticosteroid với thuốc kháng virus (như acyclovir, valacyclovir) có thể mang lại lợi ích, đặc biệt trong trường hợp nghi ngờ có liên quan đến nhiễm virus (như herpes simplex, varicella-zoster).
- Tuy nhiên, các bằng chứng hiện tại chưa đủ mạnh để khuyến cáo sử dụng rộng rãi thuốc kháng virus cho tất cả trường hợp liệt mặt Bell.

2.6.1.2 Chăm sóc hỗ trợ:

- Bảo vệ mắt: Do liệt cơ vùng mặt, bệnh nhân có thể gặp khó khăn khi nhắm mắt, dẫn đến khô mắt và nguy cơ tổn thương giác mạc. Cần hướng dẫn bệnh nhân:
  - Sử dụng nước mắt nhân tạo thường xuyên để giữ ẩm cho mắt.
  - Đeo kính râm khi ra ngoài để bảo vệ mắt khỏi bụi và ánh nắng.
  - Che mắt bằng băng gạc, đặc biệt vào ban đêm, để tránh khô mắt.
  - Trong trường hợp nặng, có thể cân nhắc khâu tạm thời mi mắt để bảo vệ giác mạc.
- Vật lý trị liệu: Vật lý trị liệu có thể giúp cải thiện trương lực cơ, ngăn ngừa teo cơ và co cứng, đồng thời hỗ trợ phục hồi chức năng vận động. Các phương pháp vật lý trị liệu bao gồm:
  - Bài tập cơ mặt: Hướng dẫn bệnh nhân thực hiện các bài tập nhẹ nhàng để vận động các cơ vùng mặt, giúp duy trì trương lực cơ và kích thích phục hồi thần kinh.
  - Massage: Massage nhẹ nhàng vùng mặt có thể giúp cải thiện tuần hoàn máu và thư giãn cơ.
  - Kích thích điện: Trong một số trường hợp, có thể sử dụng kích thích điện để kích thích co cơ và hỗ trợ phục hồi chức năng.
- Châm cứu: Châm cứu là một phương pháp y học truyền thống có thể được sử dụng như một liệu pháp bổ sung để hỗ trợ điều trị liệt mặt Bell. Tuy nhiên, hiệu quả của châm cứu còn cần được nghiên cứu thêm.

2.6.2 Liệt mặt do các nguyên nhân khác:

2.6.2.1 Zona hạch gối (hội chứng Ramsay Hunt):

- Điều trị bằng thuốc kháng virus (acyclovir, valacyclovir) liều cao kết hợp với corticosteroid.
- Có thể cần giảm đau mạnh do đau dây thần kinh cấp.

2.6.2.2 Viêm tai giữa:

- Điều trị viêm tai giữa bằng kháng sinh, có thể cần phẫu thuật dẫn lưu mủ hoặc cắt bỏ polyp trong trường hợp viêm tai giữa mạn tính.

2.6.2.3 Chấn thương:

- Tùy thuộc vào mức độ chấn thương, có thể cần phẫu thuật để giải phóng dây thần kinh bị chèn ép, khâu nối dây thần kinh bị đứt, hoặc ghép thần kinh.

2.6.2.4 Khối u:

- Điều trị khối u (thường là phẫu thuật) tùy thuộc vào loại khối u và vị trí.

Phẫu thuật: Phẫu thuật thường được chỉ định cho các trường hợp liệt mặt nặng, không đáp ứng với điều trị nội khoa, hoặc do các nguyên nhân như chấn thương, khối u, chèn ép dây thần kinh.

Các phương pháp phẫu thuật bao gồm:

- Giải áp dây thần kinh: Mở rộng ống xương nơi dây thần kinh đi qua để giải phóng chèn ép.
- Khâu nối dây thần kinh: Khâu nối dây thần kinh bị đứt do chấn thương.
- Ghép thần kinh: Sử dụng một đoạn thần kinh khác để thay thế đoạn thần kinh bị tổn thương.
- Phẫu thuật thẩm mỹ có thể được cân nhắc để cải thiện di chứng thẩm mỹ sau khi liệt mặt như sụp mí, méo miệng.

2.6.3 Tiên lượng:

- Tiên lượng của liệt mặt phụ thuộc vào nguyên nhân và mức độ tổn thương dây thần kinh.
- Liệt mặt Bell thường có tiên lượng tốt, đa số bệnh nhân hồi phục hoàn toàn trong vòng vài tuần đến vài tháng.
- Tuy nhiên, một số trường hợp có thể phục hồi không hoàn toàn, để lại di chứng như yếu cơ, co cứng, đồng vận (co cơ không tự chủ khi vận động cơ khác).
- Liệt mặt do các nguyên nhân khác có tiên lượng khác nhau, tùy thuộc vào mức độ tổn thương và khả năng điều trị nguyên nhân.

3 Tham khảo

5643/QĐ-BYT hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số bệnh về tai mũi họng

4 Trắc nghiệm

Câu 1: Liệt mặt ngoại biên (liệt mặt Bell) là do tổn thương dây thần kinh sọ nào?

A. Dây thần kinh số V (dây thần kinh tam thoa)

B. Dây thần kinh số VII (dây thần kinh mặt)

C. Dây thần kinh số VIII (dây thần kinh tiền đình ốc tai)

D. Dây thần kinh số X (dây thần kinh lang thang)

Câu 2: Dấu hiệu nào sau đây thường thấy ở liệt mặt trung ương, giúp phân biệt với liệt mặt ngoại biên?

A. Liệt hoàn toàn nửa mặt, bao gồm cả cơ trán và cơ vòng mi.

B. Liệt chủ yếu ở nửa mặt dưới, vẫn có thể nhăn trán và nhắm mắt.

C. Mất vị giác 2/3 trước lưỡi.

D. Khô mắt do giảm tiết nước mắt.

Câu 3: Nguyên nhân nào sau đây gây ra hội chứng Ramsay Hunt?

A. Nhiễm vi khuẩn Streptococcus pneumoniae

B. Nhiễm virus Herpes simplex type 1 (HSV-1)

C. Nhiễm virus Varicella-zoster (VZV)

D. Chấn thương vùng đầu mặt

Câu 4: Phương pháp điều trị hàng đầu cho liệt mặt Bell là:

A. Phẫu thuật giải ép dây thần kinh.

B. Corticosteroid (như prednisolone).

C. Thuốc kháng virus đơn thuần.

D. Vật lý trị liệu bằng kích thích điện.

Câu 5: Trong thăm khám liệt mặt ngoại biên, dấu hiệu Charles Bell được mô tả là:

A. Mất cảm giác vùng mặt.

B. Lệch vách ngăn mũi.

C. Nhãn cầu di chuyển lên trên và ra ngoài khi cố gắng nhắm mắt.

D. Giảm phản xạ ánh sáng đồng tử.

Đáp án: 1B, 2B, 3C, 4B, 5C