

LIỆT MẶT BELL (BELL PALSY)

Daniel R. Matta, MD • Paul McFarlane, MBBS

CƠ BẢN

MÔ TẢ

Liệt dây thần kinh mặt ngoại biên cấp tính, thường chỉ ở một bên. Nguyên nhân phần lớn là vô căn; tuy nhiên, nhiều trường hợp có liên quan đến virus Herpes simplex (HSV) týp 1. Một quá trình thiếu máu cục bộ liên quan đến dây thần kinh mặt cũng được cho là nguyên nhân có thể gây ra liệt mặt Bell.

DỊCH TỄ HỌC

- Ảnh hưởng đến 0,002% dân số mỗi năm
- Không có sự khác biệt theo vùng địa lý hay giới tính
- Gặp ở mọi lứa tuổi, tuổi khởi phát trung bình là 40, nhưng tỷ lệ mắc cao nhất ở người trên 70 tuổi
- Xảy ra với tần suất tương đương ở bên trái và bên phải của mặt

Tỷ lệ mắc

Hầu hết các nghiên cứu quần thể cho thấy tỷ lệ mắc hằng năm là 15–30 trên 100.000 người.

NGUYÊN NHÂN VÀ SINH LÝ BỆNH

- Viêm dây thần kinh sọ số VII gây phù nề quanh bao thần kinh (perineurium) và chèn ép tiếp theo, có thể dẫn đến thoái hóa cả dây thần kinh lẫn mạch máu nuôi dưỡng (vasa nervorum) đi kèm.
- Các cơ chế nhiễm trùng, miễn dịch và thiếu máu cục bộ đều được đề xuất, trong đó sự tái hoạt của virus herpes tiềm ẩn (HSV týp 1 và virus varicella-zoster) trong hạch thần kinh sọ được cho là nguyên nhân nhiễm trùng khả dĩ nhất.

YẾU TỐ NGUY CƠ

- Thai kỳ, với nguy cơ tăng cao ở bệnh nhân tăng huyết áp mạn tính, béo phì ở mẹ và tiền sản giật nặng
- Tình trạng suy giảm miễn dịch
- Đái tháo đường
- Tuổi trên 30
- Nhiễm trùng đường hô hấp trên
- Tăng huyết áp mạn tính
- Béo phì

CHẨN ĐOÁN

Chẩn đoán liệt mặt Bell dựa trên bệnh sử và thăm khám kỹ lưỡng. Có thể cân nhắc xét nghiệm và chẩn đoán hình ảnh khi các chẩn đoán phân biệt khác có khả năng dựa trên bệnh sử và thăm khám.

BỆNH SỬ

- Khởi phát: thường nhanh (trong vòng 24–48 giờ)
- Đặc điểm chính: yếu cơ mặt một bên kiểu tổn thương neuron vận động ngoại biên, không kèm theo dấu hiệu thần kinh hay toàn thân khác. Bệnh nhân có thể đến khám vì than phiền không thể nhắm kín mí mắt hoặc chất lỏng bị rò rỉ ra ở bên mặt bị ảnh hưởng khi uống.

- Diễn tiến có tính chất tăng dần, yếu cơ đạt đỉnh trong vòng tối đa 3 tuần kể từ ngày đầu tiên nhận thấy yếu cơ. Triệu chứng có thể mất vài tháng để cải thiện.
- Mặc dù đột quỵ có thể biểu hiện bằng yếu cơ mặt, đây thường không phải là triệu chứng khởi phát. Hơn nữa, các tổn thương do đột quỵ (ảnh hưởng đến nhân dây thần kinh mặt cùng bên hoặc bó dây thần kinh mặt ở cầu não) giả dạng liệt mặt Bell là hiếm gặp.
- Triệu chứng đi kèm:
 - Đau vùng xương chũm hoặc sau tai
 - Chứng tăng thính (hyperacusis): tăng nhạy cảm với âm thanh (do dây thần kinh chi phối cơ bàn đạp)
 - Rối loạn vị giác (dysgeusia): thay đổi vị giác ở 2/3 trước lưỡi cùng bên (nhánh thừng nhĩ của dây thần kinh mặt)
 - Tê bì cùng bên mặt
 - Giảm tiết nước mắt hoặc nước bọt (do ảnh hưởng hệ phó giao cảm)
- Hỏi bệnh nhân về tiền sử đi lại (hoặc có sống trong vùng lưu hành bệnh Lyme hay không) hoặc có phát ban da hay không có thể giúp gợi ý nguyên nhân có khả năng hơn gây yếu dây thần kinh mặt (như zona thần kinh, bệnh Lyme, hoặc sarcoidosis).

THĂM KHÁM LÂM SÀNG

Thần kinh

- Liệt mềm các cơ ở bên bị ảnh hưởng, bao gồm cả cơ trán
 - Giảm khả năng nhướn mày cùng bên
 - Giảm khả năng nhắm mắt cùng bên
 - Giảm khả năng cười, nhe răng, hoặc chu môi
 - Dấu hiệu Bell (Bell phenomenon): mắt đảo lên trên khi cố gắng nhắm mắt
- Xác định yếu cơ do tổn thương trung ương (nơron vận động trên) hay ngoại biên (nơron vận động dưới)
 - Khác với tổn thương nơron vận động dưới, các cơ trán thường không bị ảnh hưởng trong tổn thương nơron vận động trên.
 - Bệnh nhân có thể than phiền tê bì, nhưng không có khiếm khuyết khi khám cảm giác.
 - Có thể có khiếm khuyết nhẹ ở các dây thần kinh sọ khác, đặc biệt là dây tam thoa, dây thiệt hầu và dây hạ thiệt, nhưng nếu các dấu hiệu này nổi bật, cần nghi ngờ chẩn đoán liệt mặt Bell.

Đầu, tai, mắt, mũi, họng (HEENT)

- Thăm khám kỹ để loại trừ tổn thương choán chỗ.
- Thực hiện soi tai bằng khí nén (pneumatic otoscopy).

Da

- Kiểm tra ban đỏ di chuyển (erythema migrans – bệnh Lyme) và ban dạng bọng nước (zona thần kinh).

CHẨN ĐOÁN PHÂN BIỆT

- Đến 50% các trường hợp liệt dây thần kinh mặt ngoại biên có thể không phải do liệt mặt Bell.
- Cần nhắc các chẩn đoán phân biệt khác đối với liệt dây thần kinh mặt ngoại biên nếu có các "dấu hiệu cảnh báo" sau:
 - Khởi phát từ từ trong nhiều tuần đến nhiều tháng
 - Kèm theo chóng mặt hoặc giảm thính lực
 - Triệu chứng toàn thân và/hoặc nổi hạch cổ
 - Có bằng chứng của bệnh Lyme
 - Không cải thiện trong vòng 3 tháng hoặc yếu cơ nặng thêm qua nhiều tháng

- Các nguyên nhân gây liệt dây thần kinh sọ mặt bao gồm:
 - Nguyên nhân bẩm sinh: hội chứng di truyền, chấn thương lúc sinh, thiếu sản phát triển các cơ mặt
 - Nguyên nhân mắc phải: nhiễm trùng (hội chứng Ramsay Hunt, bệnh Lyme, lao, HIV), viêm (viêm mạch, sarcoidosis, tự miễn), u tân sinh (lành tính, ác tính), mạch máu não (đột quỵ, phình mạch), và chấn thương
- Hướng tiếp cận lâm sàng dựa trên kiểu hình liệt mặt (1)[B]:
 - Liệt tái phát, cùng bên: u của dây thần kinh (u tế bào Schwann) hoặc các cấu trúc lân cận (tuyến mang tai, xương thái dương, hoặc góc cầu tiểu não [CPA])
 - Liệt hai bên: nguyên nhân thần kinh (hội chứng Guillain-Barré) hoặc liên quan đến u tân sinh (lymphoma, ung thư di căn lan tỏa, viêm màng não ác tính); hiếm gặp: viêm màng não do Cryptococcus liên quan HIV, tự miễn (đa xơ cứng, nhược cơ, hội chứng Sjögren), sarcoidosis, viêm mạch u hạt (granulomatosis with polyangiitis)
 - Liệt xuất hiện lúc sinh: liệt phát triển khu trú (kèm đồng vận, tự hồi phục)
 - Các hội chứng liệt mặt: Ramsay-Hunt (phát ban ở tai [zoster oticus] và/hoặc miệng do VZV); Melkersson-Rosenthal (phù mắt-miệng, liệt mặt tái phát, và lưỡi rãnh nứt); Heerfordt-Waldenström (phi đại tuyến mang tai, viêm màng bồ đào trước, liệt mặt, và sốt)

XÉT NGHIỆM VÀ CHẨN ĐOÁN HÌNH ẢNH

Liệt mặt Bell là một chẩn đoán lâm sàng. Không cần thiết phải làm xét nghiệm thường quy hoặc chẩn đoán hình ảnh trong trường hợp liệt mặt Bell mới khởi phát điển hình (2)[C]. Tuy nhiên, có thể cân nhắc làm thêm xét nghiệm trong các trường hợp:

- Biểu hiện liệt mặt không điển hình
- Liệt mặt tái phát
- Bệnh tiến triển chậm kéo dài >3 tuần
- Không cải thiện sau 4 tháng

Xét nghiệm ban đầu (xét nghiệm máu, hình ảnh học)

- Đường huyết
- Công thức máu, CRP/tốc độ máu lắng để loại trừ quá trình viêm
- Cân nhắc xét nghiệm RPR (giang mai), huyết thanh học Lyme và/hoặc xét nghiệm HIV nếu có chỉ định
- Cân nhắc định lượng kháng thể VZV, rubella, cytomegalovirus, viêm gan A, viêm gan B, và viêm gan C
- PCR nước bọt tìm HSV-1 hoặc virus varicella-zoster (chủ yếu phục vụ mục đích nghiên cứu)

Xét nghiệm theo dõi và các lưu ý đặc biệt

- Chấn thương: chụp X-quang mặt để đánh giá gãy xương
- CT có cản quang: để đánh giá đột quỵ hoặc gãy xương thái dương
- MRI có gadolinium: để đánh giá u não hoặc u tuyến mang tai
- Các thủ thuật chẩn đoán xâm lấn không được chỉ định vì sinh thiết có thể gây tổn thương thêm cho dây thần kinh

Các thủ thuật chẩn đoán khác

- Có thể thực hiện các nghiên cứu điện chẩn đoán ở bệnh nhân liệt hoàn toàn nhằm mục đích tiên lượng, nhưng không làm thay đổi hướng điều trị.
- Sinh thiết tuyến mang tai: cân nhắc nếu không hồi phục dù hình ảnh học âm tính sau 7 tháng

ĐIỀU TRỊ

BIỆN PHÁP CHUNG

- Nên sử dụng nước mắt nhân tạo thường xuyên để giữ ẩm giác mạc.
- Nên che hoặc dán băng mắt bên bị ảnh hưởng vào ban đêm để tránh khô mắt và nhiễm trùng.

ĐIỀU TRỊ THUỐC

- Có thể hồi phục từ liệt mặt Bell mà không cần điều trị, đặc biệt ở những bệnh nhân không bị liệt hoàn toàn.
- Corticosteroid làm giảm viêm và hạn chế tổn thương thần kinh, qua đó tăng số lượng bệnh nhân hồi phục hoàn toàn và giảm di chứng gây tàn tật (NNT = 10) (3)[A].
- Thuốc kháng virus đơn thuần không cho thấy lợi ích hơn giả dược (4); do đó, không khuyến cáo sử dụng thuốc kháng virus như đơn trị liệu trong liệt mặt Bell mới khởi phát (2).
- Theo Hướng dẫn năm 2012 của Viện Hàn lâm Thần kinh học Hoa Kỳ (AAN), đối với bệnh nhân liệt mặt Bell mới khởi phát, có thể cân nhắc dùng thêm thuốc kháng virus (kết hợp với corticosteroid) để tăng khả năng hồi phục chức năng mặt (bằng chứng mức độ C). Cần tư vấn cho bệnh nhân rằng lợi ích của thuốc kháng virus chưa được chứng minh rõ ràng, và nếu có, lợi ích đó có thể chỉ ở mức khiêm tốn (4)[B].
- Corticosteroid:
 - Được khuyến cáo cho tất cả các trường hợp liệt mặt Bell (2),(5)[A]
 - Nên bắt đầu trong vòng 72 giờ kể từ khi khởi phát triệu chứng (2)[A]
 - Khuyến cáo dùng đợt corticosteroid đường uống trong 10 ngày. Có thể lựa chọn một trong hai phác đồ sau:
 - Prednisolone 50 mg uống mỗi ngày trong 10 ngày, hoặc
 - Prednisone 60 mg mỗi ngày trong 5 ngày, sau đó giảm liều dần (giảm 10 mg/ngày) trong 5 ngày tiếp theo (3)[A]
 - Thận trọng: cần thận trọng khi sử dụng ở bệnh nhân loét dạ dày tá tràng và đái tháo đường.
 - Chống chỉ định: quá mẫn đã được ghi nhận, nhiễm trùng đang tiến triển (lao, nấm toàn thân)
- Nếu sử dụng thuốc kháng virus, cân nhắc valacyclovir 1.000 mg uống 3 lần/ngày trong 7 ngày. Acyclovir là một lựa chọn khác, tuy sinh khả dụng thấp hơn.
 - Thận trọng: cần thận trọng khi sử dụng ở bệnh nhân bệnh thận mạn.

Lưu ý khi mang thai

Cần thận trọng khi sử dụng corticosteroid trong thai kỳ; nên hội chẩn với bác sĩ sản khoa. Acyclovir và valacyclovir được FDA Hoa Kỳ xếp vào nhóm thuốc loại B trong thai kỳ.

CHỈ ĐỊNH CHUYỂN TUYÊN/HỘI CHẨN

Chuyển bệnh nhân đến chuyên gia về dây thần kinh mặt khi có các dấu hiệu thần kinh nặng thêm ở bất kỳ thời điểm nào, xuất hiện triệu chứng ở mắt tại bất kỳ thời điểm nào, hoặc hồi phục không hoàn toàn sau 3 tháng kể từ khi khởi phát triệu chứng ban đầu (2)[C].

CÁC LIỆU PHÁP BỔ SUNG

- Chưa có đủ bằng chứng cho thấy vật lý trị liệu kết hợp với điều trị thuốc mang lại hiệu quả tích cực hơn so với chỉ điều trị thuốc đơn thuần (2),(6)[C]
- Kích thích điện và phục hồi chức năng bằng phản hồi sinh học qua gương (mirror biofeedback) có bằng chứng hiệu quả còn hạn chế.
- Châm cứu với kích thích mạnh cho thấy một số triển vọng điều trị nhưng chưa có khuyến cáo rõ ràng.

PHẪU THUẬT/CÁC THỦ THUẬT KHÁC

- Điều trị phẫu thuật liệt mặt Bell vẫn còn gây tranh cãi và chỉ dành cho các trường hợp khó điều trị.
- Chưa có đủ bằng chứng để xác định can thiệp phẫu thuật có lợi hay có hại trong điều trị liệt mặt Bell (2)[B].

- Trong các trường hợp có can thiệp phẫu thuật, dây thần kinh số VII được giải áp phẫu thuật tại lỗ vào của ống tai trong, nơi có đoạn mê đạo và hạch gối.
- Không nên thực hiện phẫu thuật giải áp sau hơn 14 ngày kể từ khi khởi phát liệt, vì thoái hóa nặng của dây thần kinh mặt thường không thể phục hồi sau 2–3 tuần.

CHĂM SÓC TIẾP THEO

KHUYẾN NGHỊ THEO DÕI

Theo dõi bệnh nhân

- Bắt đầu điều trị corticosteroid ngay lập tức và theo dõi trong 12 tháng.
- Những bệnh nhân không hồi phục hoàn toàn chức năng dây thần kinh mặt nên được chuyển đến chuyên khoa Tai Mũi Họng và/hoặc chuyên khoa Mắt để quản lý thêm.

GIÁO DỤC BỆNH NHÂN

FamilyDoctor.org từ AAFP: <https://familydoctor.org/condition/bells-palsy>

TIỀN LƯỢNG

- Hầu hết bệnh nhân hồi phục hoàn toàn tự nhiên trong vòng 2 tuần. Hơn 80% hồi phục trong vòng 3 tháng.
- 85% bệnh nhân không điều trị sẽ có dấu hiệu hồi phục đầu tiên trong vòng 3 tuần kể từ khi khởi phát.
- 16% để lại di chứng liệt một phần, đồng vận vận động (motor synkinesis) và đồng vận thực vật (autonomic synkinesis).
- 7% có thể tái phát, có thể ở bên bị ảnh hưởng hoặc bên đối diện.
- 5% có di chứng nặng, và một số ít bệnh nhân có yếu và rối loạn chức năng mắt vĩnh viễn.
- Các hệ thống đánh giá mặt Sunnybrook và House-Brackmann (H-B) là các mô hình tiên lượng lâm sàng giúp xác định bệnh nhân liệt mặt Bell có nguy cơ không hồi phục ở thời điểm 12 tháng (7)[B].
- Các yếu tố tiên lượng xấu bao gồm:
 - Tuổi >60
 - Tiền sử tái phát
 - Yếu cơ mặt hoàn toàn
 - Đái tháo đường; tăng huyết áp
 - Điểm House-Brackmann (H-B) ≤ độ II
- Điều trị bằng corticosteroid và điểm Sunnybrook là các yếu tố quan trọng để dự đoán khả năng không hồi phục ở thời điểm 1 tháng.
- Bệnh nhân không cải thiện hoặc triệu chứng tiến triển nặng thêm nên được chuyển đến chuyên khoa Tai Mũi Họng (5)[A] và có thể cần chẩn đoán hình ảnh thần kinh để loại trừ u tân sinh (5)[A].

BIẾN CHỨNG

- Trầy xước hoặc loét giác mạc
- Tăng đường huyết do corticosteroid, rối loạn tâm lý; hoại tử vô mạch ở khớp háng, khớp gối và/hoặc khớp vai

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Hohman MH, Hadlock TA. Etiology, diagnosis, and management of facial palsy: 2000 patients at a facial nerve center. *Laryngoscope*. 2014;124(7):E283–E293.
2. Baugh RF, Basura GJ, Ishii LE, et al. Clinical practice guideline: Bell's palsy. *Otolaryngol Head Neck Surg*. 2013;149(3 Suppl):S1–S27.

3. Madhok VB, Gagyor I, Daly F, et al. Corticosteroids for Bell's palsy (idiopathic facial paralysis). Cochrane Database Syst Rev. 2016;7(7):CD001942.
4. Gagyor I, Madhok VB, Daly F, et al. Antiviral treatment for Bell's palsy (idiopathic facial paralysis). Cochrane Database Syst Rev. 2019;9(9):CD001869
5. de Almeida JR, Guyatt GH, Sud S, et al; and Bell Palsy Working Group, Canadian Society of Otolaryngology—Head and Neck Surgery, Canadian Neurological Sciences Federation. Management of Bell palsy: clinical practice guideline. CMAJ. 2014;186(12):917–922.
6. Ferreira M, Marques EE, Duarte JA, et al. Physical therapy with drug treatment in Bell palsy: a focused review. Am J Phys Med Rehabil. 2015;94(4):331–340.
7. Kanerva M, Jonsson L, Berg T, et al. Sunnybrook and House-Brackmann systems in 5397 facial gradings. Otolaryngol Head Neck Surg. 2011;144(4):570–574.

TÀI LIỆU ĐỌC THÊM

Reich SG. Bell's palsy. Continuum (Minneapolis). 2017;23(2, Selected Topics in Outpatient Neurology):447–466.

XEM THÊM

Amyloidosis (Thoái hóa dạng tinh bột); Đái tháo đường týp 1; Đái tháo đường týp 2; Herpes Simplex; Herpes Zoster (Bệnh Zona); Bệnh Lyme; Sarcoidosis; Hội chứng Sjögren

MÃ BỆNH

ICD10

G51.0 Liệt mặt Bell

ĐIỂM LÂM SÀNG CẦN GHI NHỚ

- Quan sát kỹ vận động chủ động ở phần trên của mặt bên bị ảnh hưởng; trong liệt mặt Bell, tất cả các cơ đều bị ảnh hưởng (yếu hoặc liệt), trong khi ở đột quỵ, các cơ vùng trên (trán) thường không bị ảnh hưởng (do được chi phối thần kinh hai bên).
- Không cần làm xét nghiệm hoặc chẩn đoán hình ảnh thường quy trong trường hợp liệt mặt Bell mới khởi phát điển hình
- Bắt đầu điều trị corticosteroid ngay sau khi khởi phát triệu chứng.
- Bảo vệ mắt bên bị ảnh hưởng bằng cách giữ ẩm và dán băng.
- Ở những vùng có bệnh Lyme lưu hành, cần nghĩ đến bệnh Lyme cho đến khi loại trừ được.