

# NERVE BLOCK TREATMENT FOR CHRONIC GLOSSOPHARYNGEAL NEURALGIA: REPORT OF 2 CLINICAL CASES

Do Huy Hoang<sup>1\*</sup>, Phan Hoang Giang<sup>2</sup>, Trinh Tu Tam<sup>1</sup>, Le Van Thach<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Hong Ngoc - Phuc Truong Minh Hospital - No. 8 Chau Van Liem street, Me Tri, Nam Tu Liem, Hanoi, Vietnam  
<sup>2</sup>Bach Mai Hospital - No. 78 Giai Phong street, Phuong Mai, Dong Da, Hanoi, Vietnam

Received: 03/04/2024

Revised: 19/04/2024; Accepted: 23/05/2024

## ABSTRACT

**Objective:** This article aims to report 02 rare cases of chronic glossopharyngeal neuralgia (9<sup>th</sup> nerve), treated by nerve block, thereby reviewing the literature.

**Case report:** 02 patients were both misdiagnosed as 5th neuralgia on magnetic resonance imaging (MRI). However, the clinical symptoms are typical of 9th nerve pain. We used the 9th nerve block technique for two patients, achieving good pain relief and no complications during and after the procedure.

**Discussion:** The discussion focuses on the definitive diagnosis, differential diagnosis and some minimally invasive interventional treatments of 9th neuralgia, emphasizing the effectiveness of these interventional methods.

**Conclusion:** Chronic 9th neuralgia is a very rare disease that can be treated with nerve block technique.

**Keywords:** 9th neuropathic pain, 5th neuropathic pain, nerve block.

---

\*Corresponding author:

Mail address: huyhoang.hmu@gmail.com.

Phone number: (+84) 973319989

<https://doi.org/10.52163/yhc.v65i4.1222>



# BÁO CÁO 02 CA LÂM SÀNG ĐAU DÂY THẦN KINH SỐ IX MẠN TÍNH ĐIỀU TRỊ BẰNG TIÊM THÂM PHÂN

Đỗ Huy Hoàng<sup>1\*</sup>, Phan Hoàng Giang<sup>2</sup>, Trịnh Tú Tâm<sup>1</sup>, Lê Văn Thạch<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Bệnh viện Hồng Ngọc - Phúc Trường Minh - Số 8 Châu Văn Liêm, Mễ Trì, Nam Từ Liêm, Hà Nội, Việt Nam.

<sup>2</sup>Bệnh viện Bạch Mai - Số 78 Giải Phóng, Phương Mai, Đống Đa, Hà Nội, Việt Nam.

Ngày nhận bài: 03/04/2024

Ngày chỉnh sửa: 19/04/2024; Ngày duyệt đăng: 23/05/2024

## TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Chúng tôi báo cáo lại 02 ca lâm sàng đau thần kinh số 9 mạn tính hiếm gặp, được điều trị bằng tiêm thâm phân, qua đó hồi cứu lại trong y văn.

**Báo cáo ca bệnh:** 02 bệnh nhân đều được chẩn đoán nhầm là đau thần kinh số 5 trên phim chụp cộng hưởng từ (MRI). Tuy nhiên triệu chứng lâm sàng là điển hình của đau dây thần kinh số 9. Chúng tôi đã sử dụng kỹ thuật tiêm phong bế dây thần kinh số 9 cho 02 bệnh nhân trên, đạt hiệu quả giảm đau tốt và không gặp biến chứng gì trong và sau thủ thuật.

**Bàn luận:** Bàn luận về chẩn đoán xác định, chẩn đoán phân biệt và một số phương pháp điều trị can thiệp ít xâm lấn của đau dây thần kinh số 9, trong đó nhấn mạnh đến hiệu quả của các phương pháp can thiệp này.

**Kết luận:** Đau thần kinh số 9 là bệnh lý rất hiếm gặp, có thể sử dụng tiêm phong bế để điều trị cho bệnh nhân.

**Từ khóa:** Đau thần kinh số 9, đau thần kinh số 5, tiêm phong bế thần kinh.

---

\*Tác giả liên hệ:

Mail: huyhoang.hmu@gmail.com.

Phone number: (+84) 973319989

<https://doi.org/10.52163/yhc.v65i4.1222>



## 1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đau dây thần kinh thiệt hầu (thần kinh 9) là một bệnh lý rất hiếm gặp, với tỷ lệ từ 2 đến 7 bệnh nhân trên 1 triệu dân. Tỷ lệ nam / nữ xấp xỉ 1, hay gặp ở người lớn tuổi, nhất là từ 50 tuổi trở lên [1]. Nguyên nhân hay gặp nhất là do chèn ép của dây thần kinh bởi các động mạch nội sọ lân cận. Một số nguyên nhân chèn ép khác như: dị dạng mạch máu, các khối u nội sọ, các khối u vùng cổ, hầu họng, mòm trâm dài (>25mm) hoặc dây chằng trâm móng vôi hóa trong hội chứng Eagle... Chẩn đoán chủ yếu dựa vào triệu chứng lâm sàng. Các phương pháp chẩn đoán hình ảnh như chụp cộng hưởng từ (MRI) sọ não hoặc vùng cổ, chụp cắt lớp vi tính (CLVT) cũng có giá trị để tìm nguyên nhân bệnh. Các phương pháp điều trị cũng tương tự như đau dây thần kinh số 5: nội khoa, can thiệp ít xâm lấn và phẫu thuật [1]. Trong đó, tiêm thẩm phân dây thần kinh là một trong các phương án can thiệp ít xâm lấn, đồng thời giúp ích cho chẩn đoán xác định trong trường hợp triệu chứng lâm sàng không điển hình.

Mục tiêu: Chúng tôi báo cáo 02 bệnh nhân bị đau thần kinh số 9 mạn tính nhằm chia sẻ về kinh nghiệm chẩn đoán, cũng như kỹ thuật tiêm phong bế dây thần kinh số 9.

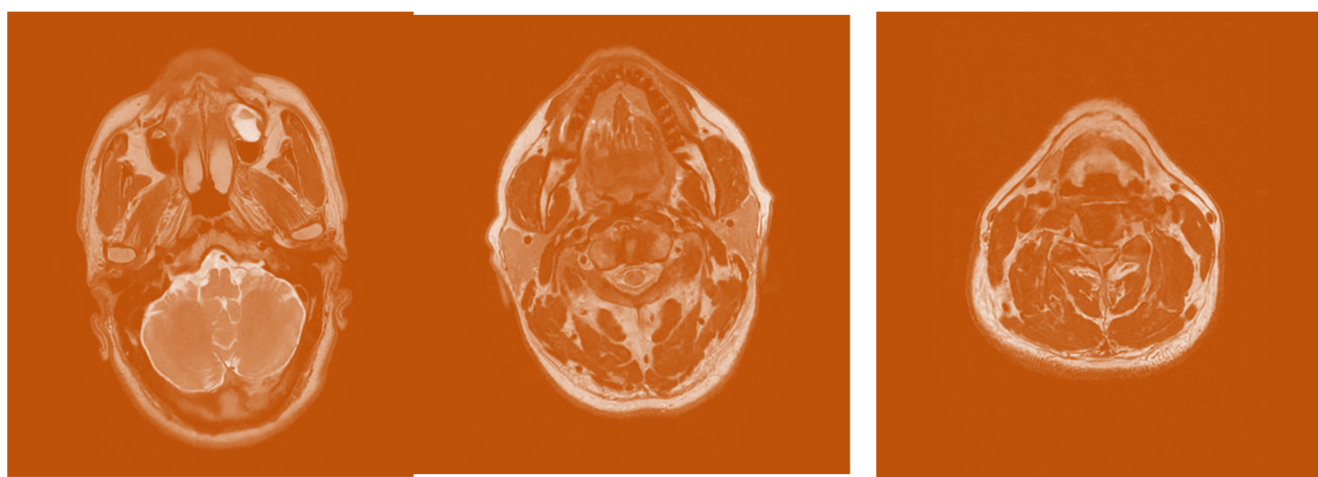
## 2. BÁO CÁO CA LÂM SÀNG

02 bệnh nhân: Bệnh nhân nam 65 tuổi và bệnh nhân nữ 60 tuổi, đã được chẩn đoán ở nhiều nơi là đau dây thần kinh số 5 và điều trị thuốc nhưng đỡ ít. Cả hai bệnh nhân đều có phim chụp MRI sọ não với kết luận xung đột thần kinh số 5 với mạch máu. Bệnh diễn biến lần lượt là 5 năm và 4 năm. Các bệnh nhân không có tiền sử chấn thương hay tai biến.

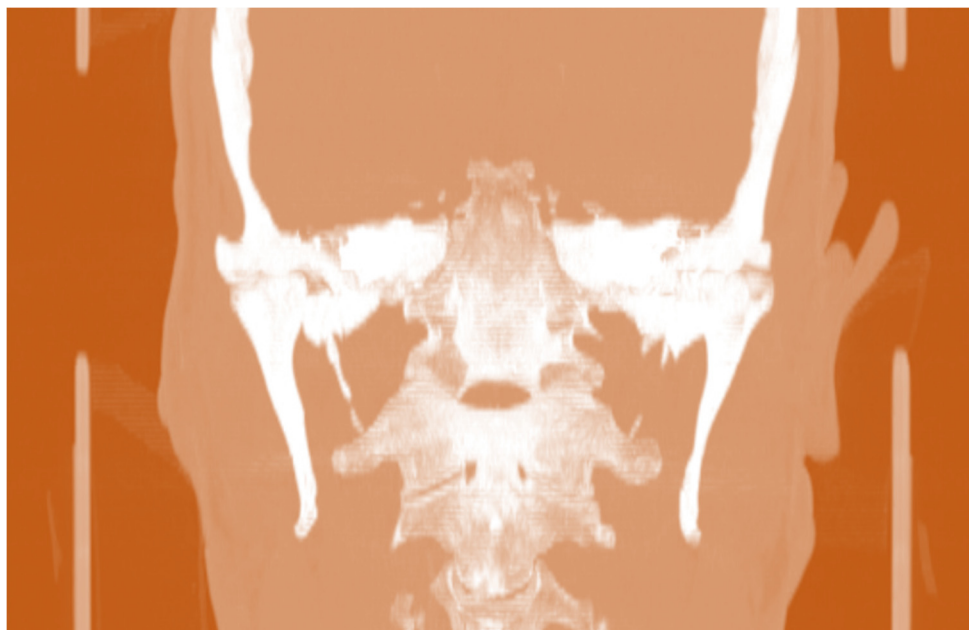
Cả hai bệnh nhân đều có triệu chứng đau tương đối giống nhau: đau vùng vòm và thành sau họng, gốc lưỡi bên trái, đau lan lên tai cùng bên. Tính chất đau thành cơn dữ dội, đau chói, mỗi cơn kéo dài khoảng vài ba phút, và lặp lại nhiều lần trong ngày. Bệnh nhân nam giới mô tả đếm được “vài trăm cơn đau một ngày”. Các cơn đau hay xuất hiện khi bệnh nhân nhai, nuốt, nói. Bệnh nhân nữ mô tả nhiều lúc phải bỏ bữa ăn vì thường có các cơn đau trong lúc ăn.

Triệu chứng đau của 02 bệnh nhân trên là điển hình của đau dây thần kinh số 9. Các bệnh nhân được đi nội soi tai mũi họng và chụp MRI vùng cổ loại trừ nguyên nhân viêm nhiễm hoặc các khối u vùng tai mũi họng - đầu cổ, chụp cắt lớp vi tính (CLVT) sọ não loại trừ hội chứng dài mòm trâm.

**Hình 1: Các ảnh T2W axial vùng cổ của bệnh nhân nam giới. Không phát hiện bất thường trên phim chụp**



**Hình 2: Ảnh dựng CLVT của bệnh nhân nam giới, đau bên trái. Không thấy mỗm trám dài trên phim chụp.**

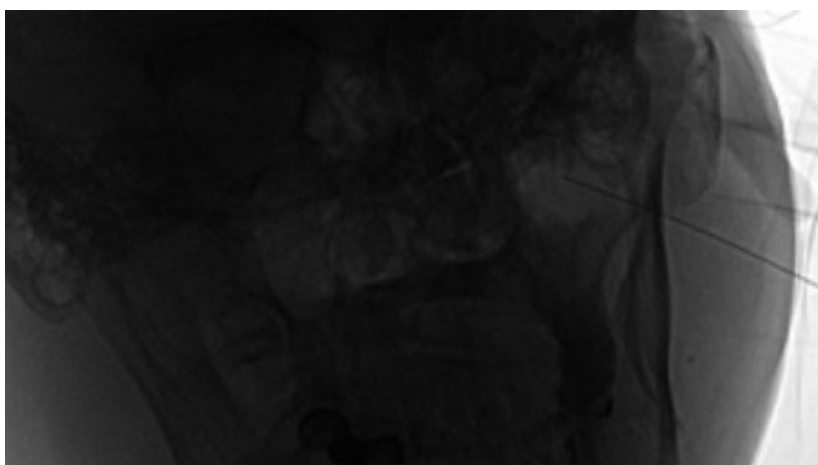


Hai bệnh nhân được tiến hành kỹ thuật tiêm thâm phân dây thần kinh số 9 ngang mức mỗm trám với hai mục đích: khẳng định chẩn đoán nguyên nhân đau từ dây 9 và mục đích điều trị.

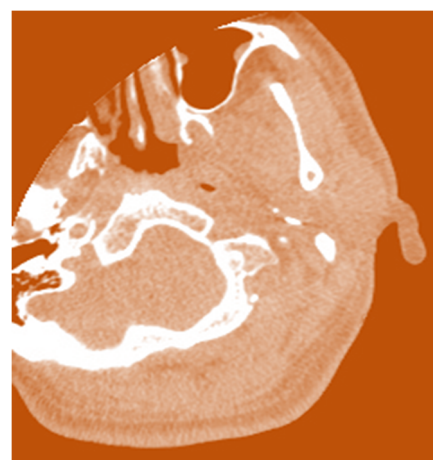
Bệnh nhân nam giới được tiến hành thủ thuật dưới hướng dẫn của màn huỳnh quang tăng sáng. Bệnh nhân nữ giới được tiêm phong bế dưới hướng dẫn của máy chụp cắt lớp vi tính. Bệnh nhân được nằm ngửa và đầu hơi nghiêng ngược lại so với bên đau. Kim 25G được

đưa vào chạm đến đầu dưới mỗm trám. Mũi kim được rút ra một chút rồi tiến về phía sau. Sau khi hút áp lực âm không thấy máu trào vào, 1ml thuốc cản quang được bơm vào để khẳng định vị trí đầu kim và loại trừ kim không nằm trong mạch máu. Sau đó chúng tôi block bằng 10ml Ropivacain 0.2% (Anaropin) và 40mg depomedrol. Trong quá trình thủ thuật, bệnh nhân được theo dõi tình trạng mạch, huyết áp, giọng nói, cử động cơ thang.

**Hình 3: Phong bế dưới hướng dẫn của màn huỳnh quang tăng sáng. Do mỗm trám ngắn, khó quan sát trên DSA (hình A), cần hỗ trợ chụp Cone beam CT (hình B)**

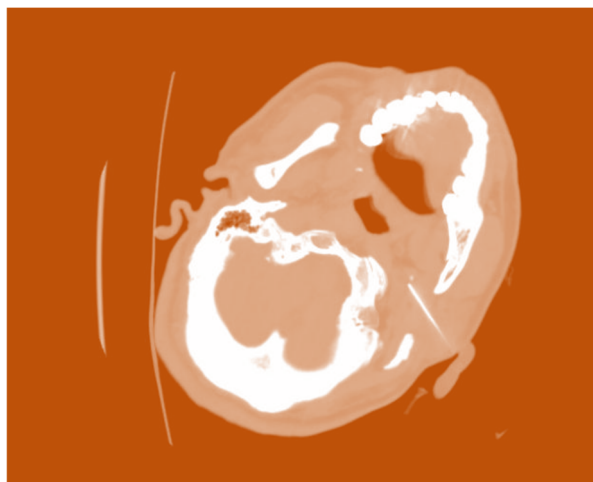


A

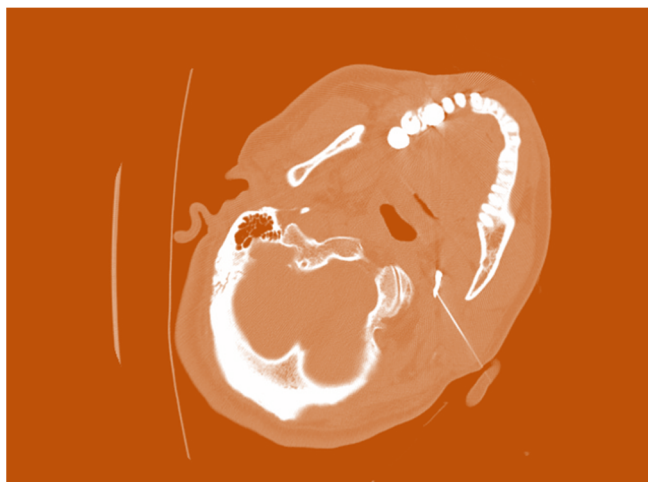


B

**Hình 4: Phong bế dưới hướng dẫn của cắt lớp vi tính. Đầu kinh nằm ngay phía sau mồm trâm (hình A).  
Test thuốc cản quang (hình B)**



**A**



**B**

Sau khi kết thúc thủ thuật, các bệnh nhân được đánh giá lại triệu chứng đau cũng như đánh giá các biến chứng có thể xảy ra. Không bệnh nhân nào gặp biến chứng sau tiêm phong bế. Cả hai bệnh nhân đều giảm được >50% về mức độ đau và tần suất đau sau ngày đầu can thiệp, tuy nhiên sau đó đều đau tăng nhẹ trở lại trong vòng 3-5 ngày đầu. Sau đó, bệnh nhân nam giới khỏi hoàn toàn cảm giác đau trong vòng 3 tháng, trước khi cơn đau dần trở lại, nhưng vẫn duy trì mức giảm đau >50% sau 6 tháng theo dõi. Bệnh nhân nữ giới duy trì mức độ giảm >50% cảm giác đau trong vòng 3 tháng. Cả hai bệnh nhân vẫn duy trì thuốc uống thường xuyên với liều không thay đổi.

### 3. BÀN LUẬN

#### Chẩn đoán

**Lâm sàng:** Diễn hình là cơn đau kịch phát một bên, thường có tính chất đau nhói, như dao đâm hay điện giật. Cơn thường ngắn, gọn từ vài giây đến hai ba phút. Vị trí đau thường ở sau lưỡi, hầu họng, góc hàm và đôi khi ở sâu trong tai cùng bên. Các cơn đau hừng được kích hoạt bởi các hoạt động như nuốt, ho hoặc ngáp. Một số triệu chứng liên quan khác như ngất có thể xảy ra ở 2% bệnh nhân, và rối loạn nhịp tim chậm, vô tâm thu, hạ huyết áp, co giật [1].

**Chẩn đoán hình ảnh:** MRI rất có giá trị để tìm các xung đột thần kinh mạch máu, đặc biệt là làm bilan trước phẫu thuật để lựa chọn phương thức phẫu thuật. Động mạch

hay gặp xung đột với thần kinh 9 nhất là động mạch tiểu não sau dưới (PICA). Hiếm gặp hơn là động mạch tiểu não trước dưới (AICA), động mạch đốt sống [2].

**Chẩn đoán phân biệt:**

- Đau thần kinh sinh ba: Đau thần kinh số 5 là đau ở vùng mặt, 2/3 trước lưỡi, đặc biệt khi sờ chạm vào. Cả hai bệnh nhân của chúng tôi đều được chẩn đoán ban đầu là đau dây thần kinh số 5 do hình ảnh MRI sọ não ở bệnh viện khác nghi ngờ có xung đột thần kinh số 5 và mạch máu. Tuy nhiên, triệu chứng đau trên lâm sàng của bệnh nhân là rất quan trọng. Ngược lại, 01 case lâm sàng được tác giả Liangzhe Wu và cs mô tả là đau dây thần kinh số 5 nhưng được chẩn đoán nhầm là đau dây thần kinh số 9, với hình ảnh MRI gợi ý có xung đột thần kinh số 9 và mạch máu [3].

- Đau thần kinh trung gian của Wirsberg (một nhánh của dây 7): triệu chứng đau thần kinh khu trú ở tai, thường sâu bên trong ống tai. Thường không kèm đau vùng hầu họng.

- Đau thần kinh trên thanh quản: triệu chứng đau thần kinh vùng quanh thanh quản. Cơn đau được kích hoạt bởi các chuyển động của thanh quản như nói chuyện, ho, căng giọng, nuốt hoặc hiếm khi là do quay đầu. Có thể kèm theo triệu chứng khàn giọng, ho.

- Trào ngược dạ dày thực quản: đau từ thực quản cũng có thể xuất hiện dưới dạng đau nhói lan lên cổ họng và tai, nhưng thường khởi phát với cơn đau dưới xương ức. Thường đau nặng hơn vào ban đêm và đáp ứng với Omeprazole.





## Một số phương pháp can thiệp ít xâm lấn

**Phong bế dây thần kinh:** Thủ thuật có thể tiến hành dưới CLVT, màn chụp tăng sáng hoặc siêu âm. Một số nghiên cứu cho thấy tỷ lệ giảm đau thành công ngay sau can thiệp rất cao >80%, tác dụng có thể kéo dài đến 18 tháng hoặc thậm chí 120 tháng [4], [5]. Các biến chứng thoáng qua gặp phải như chóng mặt, nhịp tim nhanh, khó nuốt, khàn giọng, biến mất sau vài giờ đến vài ngày. Các giả cho rằng tỷ lệ thành công trong các nghiên cứu này là tiệm cận với của các phương pháp can thiệp khác như sử dụng sóng nhiệt RFA hoặc sóng cao tần xung (PRF). Tuy nhiên, các phương pháp can thiệp khác có thể có nguy cơ tác dụng phụ cao hơn, do vị trí của dây thần kinh số 9 rất gần với các dây thần kinh 10, 11 và các mạch máu. Các tác dụng phụ khi sử dụng RFA hoặc PRF có thể kéo dài lâu hơn, ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống của bệnh nhân. Kết quả của các nghiên cứu này đáng ngạc nhiên, vượt xa nhiều so với kỳ vọng giảm đau sau phong bế thông thường. Kết quả này cũng gợi ý rằng tiêm phong bế là một lựa chọn tốt và an toàn cho những bệnh nhân bị đau dây thần kinh 9 không đáp ứng tốt với điều trị nội khoa.

**Sóng cao tần xung PRF:** Là thiết bị phát ra các xung ngắn sóng cao tần, tác động tới hạch thần kinh hoặc dây thần kinh ngoại vi, với tác dụng điều hòa thần kinh nhằm điều trị đau. Nhiệt độ mô xung quanh kim luôn duy trì <42 độ C, khác với sóng cao tần nhiệt RFA, có tác dụng gây phá hủy các sợi thần kinh với nhiệt độ trên 65 độ C [6]. Shah và cs là người giới thiệu ca đầu tiên của đau thần kinh 9 mạn tính sau khi cắt amygdal được điều trị thành công bằng sóng PRF năm 2003 [7]. Trong nghiên cứu của Yitong Jia và cs, 30 bệnh nhân đau thần kinh 9 mạn tính được điều trị bằng sóng PRF dưới hướng dẫn của cắt lớp vi tính (6). Tỷ lệ thành công về hiệu quả giảm đau sau 12 tháng, 24 tháng, 36 tháng, 48 tháng, 60 tháng, 84 tháng, 108 tháng, 120 tháng lần lượt là 93.3%, 89.6%, 85.3%, 79.6%, 73%, 54.8%. Nghiên cứu cũng chỉ ra rằng hiệu quả của phương pháp PRF này chưa đạt được ngay tức thì sau can thiệp, mà thường sau từ 3 đến 10 ngày mới đạt mức độ giảm đau tốt nhất. Các biến chứng gặp phải đều ở mức độ nhẹ: nhịp tim nhanh, liệt mặt thoáng qua, khó nuốt, bất thường về vị giác. Các biến chứng đều cải thiện sau vài ngày đến 3 tuần.

**Đốt nhiệt bằng sóng cao tần RFA:** Tác giả đầu tiên sử dụng đốt nhiệt RFA để điều trị đau dây thần kinh 9 mạn tính là Lazorthes và Verdie [8]. Liping Song và cs đưa ra báo cáo với số lượng ca lớn nhất - 117 ca, được đốt nhiệt bằng sóng cao tần, dưới hướng dẫn của cắt lớp vi

tính [9]. 96 bệnh nhân (82,1%) đạt mức giảm đau “xuất sắc” ngay sau khi điều trị. Về kết quả lâu dài, tỷ lệ bệnh nhân có hiệu quả giảm đau “xuất sắc” là 75,9% sau 1 năm, 63,0% sau 3 năm, 54,0% sau 5 năm, 44,2% sau 10 năm và 39,3% sau 12,5 năm. Các biến chứng gặp phải đều là biến chứng nhẹ và tất cả các biến chứng đều biến chứng biến mất trong vòng  $12,9 \pm 5,1$  tuần. Nhìn chung các phương pháp dùng sóng cao tần xung PRF hoặc đốt nhiệt bằng sóng cao tần có tỷ lệ thành công và hiệu quả rất tốt, có thể được tiến hành trong trường hợp tiêm thâm phân thất bại hoặc tái phát.

## 4. KẾT LUẬN

Đau dây thần kinh số 9 mạn tính là một bệnh lý đau rất hiếm gặp, cần tránh nhầm lẫn với đau dây thần kinh số 5. Tiêm phong bế dây thần kinh số 9 là một phương pháp an toàn và hiệu quả, nên được tiến hành trước khi sử dụng các can thiệp hoặc phẫu thuật xâm lấn hơn.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] Carrie ER, Glossopharyngeal neuralgia. Uptodate, 2023.
- [2] Akio H, Toshio M, Takashi Y et al., MRI of glossopharyngeal neuralgia caused by neurovascular compression. AJR Am J Roentgenol, 191 (2): 578-81, 2008.
- [3] Liangzhe W, Jinbiao X, Ying H et al., Case report: Trigeminal neuralgia misdiagnosed as glossopharyngeal neuralgia. Front Neurol. 2023; 14: 1079914.
- [4] Qian L, Qing Z, Guoqiang T et al., Ultrasound-guided glossopharyngeal nerve block via the styloid process for glossopharyngeal neuralgia: a retrospective study. J Pain Res. 2019; 12: 2503–2510.
- [5] Shaohua Y, Xiaoyan Q, Li T et al., Long -Term Follow-Up of Ultrasound-Guided Glossopharyngeal Nerve Block Treatment for Glossopharyngeal Neuralgia: A Retrospective Clinical Study of 43 Cases. Journal of Pain Research. Volume 17, 2024.
- [6] Yitong J, Niti S, Xiaodi W et al., The Long-Term Outcome of CT-Guided Pulsed Radiofrequency in the Treatment of Idiopathic Glossopharyngeal Neuralgia: A Retrospective Multi-Center Case Series. J Pain Res. Aug 18:13:2093-2102, 2020.

- [7] Shah RV, Gabor B Racz, Pulsed mode radiofrequency lesioning to treat chronic post-tonsillectomy pain (secondary glossopharyngeal neuralgia). *Pain Pract.* 2003; 3(3):232-237.
- [8] Y. Lazorthes, J C Verdie, Radiofrequency coagulation of the petrous ganglion in glossopharyngeal neuralgia. *Neurosurgery* 4 (1979), 512-516.
- [9] Liping S, Liangliang H, Qian P et al., CT-guided percutaneous radiofrequency thermocoagulation for glossopharyngeal neuralgia: A retrospective clinical study of 117 cases. *Clinical Neurology and Neurosurgery.* Volume 178, March 2019, Pages 42-45.

