

SURROUNDING NEEDLING TECHNIQUE IN THE TREATMENT OF OCULAR MYASTHENIA GRAVIS: A CASE REPORT

Nguyen Tuong Huy¹, Nguyen Ngoc Chi Lan²

¹Military Hospital 121 – No. 1, 30/4 Street, Tân An Ward, Ninh Kiều District, Cần Thơ City.

²Can Tho University of Medicine and Pharmacy – No. 179, Nguyễn Văn Cừ Street, An Khánh Ward, Ninh Kiều District, Cần Thơ City.

Received: 30/06/2025

Revised: 18/07/2025; Accepted: 07/09/2025

ABSTRACT

Introduction: Ocular myasthenia gravis is an acquired autoimmune disorder, accounting for a small proportion of myasthenia gravis cases. It is considered a mild form that may precede progression to generalized myasthenia gravis. Current treatment strategies mainly focus on symptom control. Evidence supporting the use of traditional medicine approaches remains limited, and research in Vietnam is still scarce. This report presents a case in which the surrounding needling technique was applied in the treatment of ocular myasthenia gravis.

Case description: We describe a 21-year-old male patient with recurrent, asymmetric ptosis diagnosed with ocular myasthenia gravis. The patient underwent surrounding needling acupuncture at ocular acupoints for 10 consecutive days. Clinical indicators, including the degree of ptosis, ocular motility, visual field, eye fatigue, and nocturnal dyspnea, were collected before treatment, were monitored throughout the acupuncture course, and were re-evaluated after completion to assess treatment efficacy.

Discussion: Following treatment, the patient exhibited marked improvement in ptosis, visual field, and ocular motility.

Conclusions: The surrounding needling technique, a traditional acupuncture method in Oriental medicine, demonstrated significant therapeutic benefits in the management of ocular myasthenia gravis and contributed to improved quality of life.

Keywords: Myasthenia gravis, ocular myasthenia gravis, ptosis, surrounding needling technique, traditional medicine.

*Corresponding author

Email: nnclan@ctump.edu.vn Phone: (+84) 785039988 <https://doi.org/10.52163/yhc.v66iCD14.3164>



ỨNG DỤNG KỸ THUẬT CHU VI CHÂM TRONG ĐIỀU TRỊ NHƯỢC CƠ THỂ MẮT: BÁO CÁO CA LÂM SÀNG

Nguyễn Tường Huy¹, Nguyễn Ngọc Chi Lan²

¹Bệnh viện Quân y 121 – số 1, đường 30/4, Tân An, Ninh Kiều, Cần Thơ.

²Trường Đại học Y Dược Cần Thơ – số 179, Nguyễn Văn Cừ, An Khánh, Ninh Kiều, Cần Thơ.

Ngày nhận bài: 30/06/2025

Ngày chỉnh sửa: 18/07/2025; Ngày duyệt đăng: 07/09/2025

TÓM TẮT

Giới thiệu: Bệnh nhược cơ thể mắt là một bệnh lý tự miễn mắc phải, chiếm tỷ lệ tương quan với các nhóm khác trong phân loại Bệnh nhược cơ, là một thể nhẹ khởi đầu của các giai đoạn chuyển tiếp nặng hơn. Cho đến nay, mọi nỗ lực điều trị chủ yếu vẫn là kiểm soát triệu chứng. Bằng chứng về việc điều trị các phương pháp y học cổ truyền cũng còn hạn chế, các nghiên cứu ở Việt Nam vẫn còn khiêm tốn. Do đó, nhân một trường hợp ứng dụng chu vi châm trong điều trị bệnh nhược cơ thể mắt, chúng tôi tiến hành báo cáo ca lâm sàng.

Mô tả ca bệnh: Báo cáo một trường hợp bệnh nhân nam, 21 tuổi, với biểu hiện sụp mi mắt tái phát không đối xứng, được chẩn đoán nhược cơ thể mắt. Bệnh nhân được điều trị bằng kỹ thuật chu vi châm tại các huyết vùng mắt trong thời gian 10 ngày liên tục. Các chỉ số lâm sàng bao gồm mức độ sụp mi, khả năng vận nhãn, thị trường, triệu chứng đau mỗi mắt và khó thở về đêm được thu thập trước điều trị, theo dõi trong quá trình điều trị, và đánh giá lại sau liệu trình để xác định hiệu quả can thiệp.

Thảo luận: Sau liệu trình điều trị bằng chu vi châm bệnh nhân cải thiện rõ rệt các tình trạng như sụp mi mắt, thị trường và sự vận động của nhãn cầu.

Kết luận: Điều trị bệnh nhược cơ thể mắt bằng kỹ thuật chu vi châm, một phương pháp châm cứu của y học cổ truyền mang lại kết quả rất tốt, cải thiện chất lượng cuộc sống cho bệnh nhân.

Từ khóa: Bệnh nhược cơ, bệnh nhược cơ thể mắt, sụp mi, chu vi châm, y học cổ truyền.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh nhược cơ là một trong những bệnh lý gây ảnh hưởng nặng nề cho bệnh nhân, hầu như người bệnh phải sống chung với các khiếm khuyết trong thời gian dài do tỷ lệ tái phát rất cao, đặc biệt có đến 85% bệnh nhân nhược cơ thể mắt tiến triển thành bệnh nhược cơ toàn thể, mọi nỗ lực điều trị phần lớn không mang lại kết cục tốt đẹp trong tương lai, ngoại trừ một số nguyên nhân đã được tìm thấy do u tuyến ức và phẫu thuật [1], [2]. Chính vì thế, vấn đề chẩn đoán sớm nhược cơ là một trong những vấn đề quan trọng ngay từ đầu, tuy nhiên còn gặp rất nhiều khó khăn. Bên cạnh đó, bệnh nhược cơ có xu hướng trẻ hóa và gia tăng tỷ lệ mắc bệnh ngày càng nhiều điều này khác so với yếu tố dịch tễ đặc biệt là bệnh lý nhược cơ thể mắt [3]. Do đó, việc chẩn đoán sớm và điều trị hiệu quả vẫn còn là thách thức lớn.

Theo Y học cổ truyền, bệnh lý nhược cơ nằm trong phạm vi nuy chứng, các bộ phận có biểu hiện cơ nhục mềm yếu vô lực hoặc buông thõng không co duỗi được. Trong các phương pháp điều trị bằng y học cổ truyền đặc biệt là phương pháp chu vi châm ít được ứng dụng trong điều trị bệnh lý nhược cơ và còn thiếu bằng chứng khoa học cụ thể. Chúng tôi báo cáo một trường hợp điều trị thành công bệnh lý nhược cơ thể mắt bằng chu vi châm nhằm góp phần bổ sung dữ liệu lâm sàng cho phương pháp này.

2. TRƯỜNG HỢP LÂM SÀNG

Chẩn đoán nhược cơ thể mắt khi có: sụp mi mắt, song thị, yếu hoặc liệt các cơ vận nhãn kèm theo yếu các cơ khác như các cơ gốc chi hoặc cơ vùng

*Tác giả liên hệ

Email: nnclan@ctump.edu.vn Điện thoại: (+84) 785039988 <https://doi.org/10.52163/yhc.v66iCD14.3164>

cổ, đặc biệt ở một số cơ chủ động nhất là các cơ kích thích bởi các tế bào thần kinh vận động như cơ nhai, cơ mặt, cơ nuốt và cơ thanh quản. Ngoài ra, các xét nghiệm có giá trị chẩn đoán như xét nghiệm kháng thể kháng thụ thể Acetylcholine (chỉ số tham chiếu AchR Ab $<0,52\text{nmol/L}$). Phần lớn các trường hợp nhược cơ thể mất ở người trẻ không có yếu tố gia đình thường vô căn. Tuy nhiên, bệnh nhược cơ có liên quan tới tuyến ức, khoảng 70% bệnh nhân có tăng sản tuyến ức và 10% có u tuyến ức nên cần loại trừ nguyên nhân bệnh lý tuyến ức chúng tôi tiến hành cho bệnh nhân chụp CT-Scan ngực - trung thất kết quả chưa ghi nhận bất thường. Chẩn đoán phân biệt với Bán đầu thống thể liệt mắt (Migraine liệt thần kinh vận nhãn) bệnh này có sụp mí mắt, yếu các cơ vận nhãn sau khởi phát đau nửa đầu dữ dội. Tuy nhiên, bệnh không có xu hướng tái phát và yếu các cơ toàn thân khác, đặc biệt các xét nghiệm miễn dịch như AchR Ab đều trong giới hạn bình thường.

Chúng tôi tiến hành điều trị bằng phương pháp chu vi châm hay châm xung quanh theo tiếp cận chu vi và còn được gọi là “Dương thích” một kỹ thuật trong châm cứu. Theo Linh Khu – thiên Quan châm: “Dương thích là kỹ thuật châm một kim ở trung tâm và bốn kim xung quanh, phép dụng châm này là nhằm vào phạm vi cận mà rộng, do đó có tác dụng điều trị chứng hàn khí lan rộng” [4]. Người thầy thuốc sẽ sử dụng kim châm vào các huyết đạo đã xác định theo chu vi của vùng mất hướng các mũi kim tập trung vào một điểm để gia tăng tác dụng đặc khí, giúp lưu thông khí huyết cục bộ. Người châm có thể tạo thành một vòng hoặc nhiều vòng chu vi trên dưới vùng bệnh [5].

Quy trình kỹ thuật gồm các bước được thực hiện bởi Bác sĩ chuyên ngành y học cổ truyền đã có nghiên cứu lâm sàng trong lĩnh vực châm cứu học.

Bước 1: Xác định các huyết đạo trước khi tiến hành châm cứu: Tinh minh, Ngự yêu, Thừa khắp, Thái dương các huyết trên tạo thành chu vi xung quanh vùng mắt. Các huyết Toàn trúc, Dương bạch, Cầu hậu, Đồng tử liêu được thay đổi luân phiên.

Bước 2: Sát trùng thường quy các huyết cần châm bằng cồn y tế 70°. Tiến hành dùng hàu châm kích thước: 0,3x40mm châm kim vuông góc qua da, sau đó tiến kim theo hướng nghiêng 15° về phía hốc mắt, độ sâu 1-1,5 thốn (đồng thân thốn: thốn được xác định bằng bề ngang ngón tay cái của bệnh nhân).

Bước 3: Tiến hành vê kim nhẹ nhàng theo cùng chiều kim đồng hồ tạo cảm giác đặc khí (Căng tức, nặng, mồi), sau đó mắc điện kích thích kim bằng máy châm cứu, dòng điện 2-4Hz, cường độ 0,3-1,0mA. Thời gian lưu kim: 20 phút/ lần/ ngày.

Bước 4: Sau khi điều trị đưa điện thế về số “0”, tắt điện, gỡ kim thao tác nhẹ nhàng, không vê kim, sát khuẩn vết châm kim bằng cồn y tế 70°.

Trong quá trình châm cứu luôn theo dõi cảm giác bệnh nhân, không có cảm giác đau sau khi châm

kim và phòng ngừa nguy cơ chảy máu, bầm tím mí mắt sau khi rút kim.

Nếu có đau sau khi châm, Bác sĩ sẽ kiểm tra hướng kim điều chỉnh góc độ, độ sâu tiến kim và cường độ dòng điện cho phù hợp, luôn thăm sát cảm giác bệnh nhân, cũng như giảm cảm giác căng thẳng bằng việc hít sâu thở chậm.

Quy trình kiểm soát tai biến chảy máu:

+ Trước khi châm cứu cần xác định chính xác huyết đạo tránh châm vào vị trí giải phẫu của các mạch máu ở các huyết định châm. Trong lúc châm kim phải nhẹ nhàng tiến kim, không thô bạo, không vê kim nhanh mạnh, rút kim từ từ không đột ngột.

+ Khi rút kim thấy có máu chảy ra nơi châm tiến hành dùng bông khô ấn chặt vào chỗ chảy máu, không day.

Ca lâm sàng: Bệnh nhân: Lê Văn G, nam, 21 tuổi; Địa chỉ: Thanh Phú, Cầu Kè, Trà Vinh.

Tóm tắt bệnh sử

Lý do đến khám: sụp mí mắt trái

Cách nhập viện khoảng 2,5 tháng, bệnh nhân cảm thấy đau nửa đầu bên trái; không kèm: buồn nôn, nôn; không chóng mặt. Ngày hôm sau, bệnh nhân phát hiện mắt trái rất mỏi nặng, sụp mí mắt làm hạn chế tầm nhìn, được đơn vị đưa đến Bệnh viện Quân y 121 điều trị tại Khoa Nội thần kinh, sau đó chuyển lên khoa Đông y điều trị, sau 3 ngày châm cứu bệnh cải thiện sụp mí rất tốt, cùng lúc này mắt phải bắt đầu có triệu chứng đứng yên lúc nhìn chằm chằm khi soi gương và mắt phải to hơn mắt trái theo ghi nhận của bệnh nhân, không sụp mí phải, nên bắt đầu điều trị cả 2 mắt, sau 10 ngày châm cứu bệnh ra viện với tình trạng khỏi hoàn toàn không còn sụp mí mắt trái.

Tiền sử bản thân và gia đình: chưa ghi nhận bệnh lý liên quan.

Thăm khám lâm sàng

- Thăm khám lần 1 vào viện: 09/01/2024, sụp mí mắt bên trái

Mức độ sụp mí (MRD1): Mắt trái MRD1 = 1,5 mm, mắt phải MRD1 = 4,0 mm, cho thấy giảm cơ lực cơ nâng mí bên trái.

Vận động nhãn cầu: Thang điểm vận nhãn = 0 (không hạn chế vận động), chưa ghi nhận bất thường rõ ràng, Nystagmus: (-) 2 bên.

Triệu chứng thị giác: Không ghi nhận song thị; thị trường bình thường qua kiểm tra đối chiếu ngón tay.

Triệu chứng cơ toàn thân: Không mỏi cổ, không yếu chi, không khó thở về đêm; điểm mỏi cơ = 0/10; điểm MGFA-QMG = 0.



Hình số 1. Bệnh nhân Lê Văn G ngày 1, lần khám 1 trước điều trị.

(Bệnh nhân đã đồng ý sử dụng hình ảnh và thông tin cho mục đích nghiên cứu)

Điều trị và kết quả: Bệnh nhân được điều trị bằng kỹ thuật chu vi châm sau 10 ngày phục hồi hoàn toàn tình trạng sụp mí mắt trái, vận động nhãn cầu trong giới hạn bình thường.

Sau ra viện 1 tháng, bệnh xuất hiện cơn đau đầu nửa bên phải, ngày hôm sau bệnh nhân cảm thấy mắt phải rất mỏi nặng, sụp mí, tiếp tục đến điều trị lần 2.

- Thăm khám lần 2: ngày 29/02/2024, sụp mí mắt bên phải

Mức độ sụp mí (MRD1): Mắt phải MRD1 = 1,5 mm, mắt trái MRD1 = 4,0 mm, cho thấy giảm cơ lực cơ nâng mí bên phải.

Vận động nhãn cầu: Thang điểm vận nhãn = 2 (hạn chế vận động vào trong về phía mắt trái và hạn chế liếc sang trái).

Triệu chứng thị giác: Có song thị (ảnh giả bên trái, ảnh thật bên phải); nhìn mờ ảo khi mới thức dậy; thị trường bình thường qua kiểm tra đối chiếu ngón tay.

Triệu chứng cơ toàn thân: Không ghi nhận mỏi cổ, yếu chi hay khó thở về đêm tại thời điểm thăm khám; điểm mỏi cơ = 0/10; điểm MGFA-QMG = 0.



Hình số 2. Bệnh nhân Lê Văn G ngày 1 lần khám 2 tái phát (trước điều trị).

Ngày vào viện lần 3: ngày 20/03/2024, sụp mí mắt bên phải tái phát.

- Thăm khám lần 3

Mức độ sụp mí (MRD1): Mắt phải MRD1 = 1,0 mm, mắt trái MRD1 = 4,0 mm, cho thấy sụp mí rõ rệt ở mắt phải.

Vận động nhãn cầu: Thang điểm vận nhãn = 3 (hạn chế rõ rệt vận động vào trong, thỉnh thoảng có lác mắt).

Triệu chứng thị giác: Có song thị; thị trường bình thường qua kiểm tra đối chiếu ngón tay; mỏi mắt tăng khi căng thẳng hoặc tiếp xúc ánh sáng mạnh.

Triệu chứng cơ toàn thân: Điểm mỏi cơ cổ = 7/10, kèm yếu cơ ngửa và gập cổ gây “hội chứng đầu gục xuống”; yếu bàn tay trái (cơ lực giảm so với bên phải); điểm MGFA-QMG = 12; thỉnh thoảng khó thở về đêm.

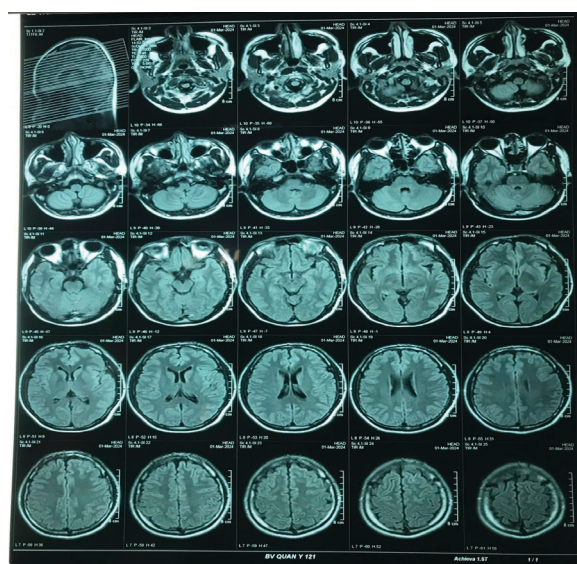
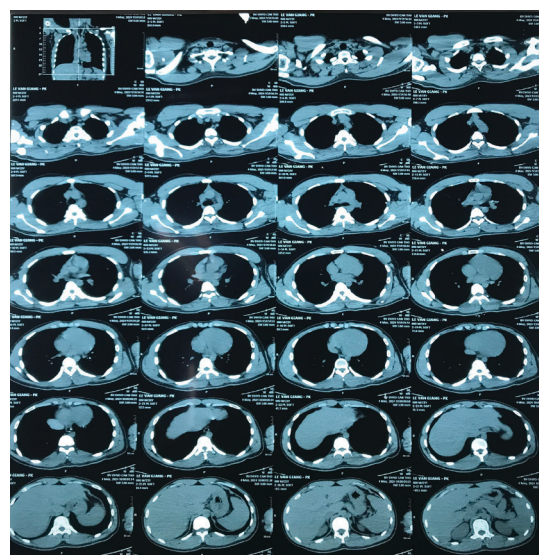
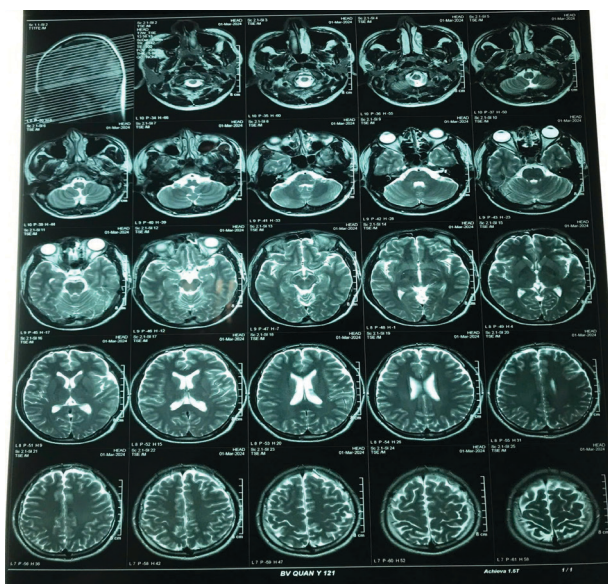


Hình số 3. Bệnh nhân Lê Văn G ngày 3 trong lần khám 3 trong giai đoạn điều trị tái phát.

Cận lâm sàng đã thực hiện:

+ CT-Scan sọ não (khám lần 1): chưa ghi nhận bất thường.

+ MRI Não – mạch não (khám lần 2): chưa ghi nhận bệnh lý nhu mô não.



Hình số 4. MRI Não – mạch não bệnh nhân Lê Văn G.

+ **Siêu âm tuyến giáp (khám lần 3):** chưa ghi nhận hình ảnh bất thường.

+ **CT-Scan ngực - trung thất (khám lần 3):** chưa ghi nhận bất thường.

Hình số 5. CT-Scan ngực - trung thất bệnh nhân Lê Văn G

+ **Acetylcholine receptor Ab:** 2,44 (giá trị tham chiếu <0,5 nmol/L).

PHIẾU KẾT QUẢ XÉT NGHIỆM			
Họ tên: LÊ VĂN G	Phái: Nam		
Ngày tháng năm sinh: 2003	Quốc tịch: 		
Số CCCD/Hộ chiếu: 	ĐT: 0964472455		
Địa chỉ: Ấp 4, X. THANH PHÚ, H. CẦU KÈ, T. TRÁ VINH			
Đơn vị: Medic	BS yêu cầu: BÁC SĨ BÊN NGOÀI		
Nơi lấy mẫu: Tăng tiết	Tình trạng mẫu: Đạt		
TÊN XÉT NGHIỆM		KẾT QUẢ	KHOẢNG THAM CHIẾU
I. XÉT NGHIỆM CHUYÊN GỬI - OUT SOURCING TEST			
Acetylcholine receptor Ab		2.44 B	(<0.5 nmol/L)

Hình số 6. Xét nghiệm Acetylcholine receptor Ab bệnh nhân Lê Văn G

Điều trị

Phương pháp điều trị: Bệnh nhân được điều trị bằng kỹ thuật chu vi châm tại các huyệt: Tỉnh minh, Ngự yêu, Thừa khấp, Thái dương; các huyệt Toàn túc, Dương bạch, Cầu hậu, Đồng tử liêu được thay đổi luân phiên theo từng ngày điều trị. Quy trình châm

cứu được thực hiện theo các bước chuẩn hóa về sát trùng, góc châm (15° hướng vào hốc mắt), độ sâu 1–1,5 thốn, lưu kim 20 phút, kết hợp điện châm tần số 2–4 Hz, cường độ 0,3–1,0 mA.

Điều trị phối hợp: Trong suốt liệu trình, bệnh nhân không sử dụng thuốc kháng cholinesterase hoặc corticosteroid; đồng thời không áp dụng các biện pháp điều trị Tây y khác. Điều này giúp giảm thiểu yếu tố nhiễu khi đánh giá hiệu quả của kỹ thuật chu vi châm.

Phương pháp đánh giá: Theo dõi lâm sàng tình trạng sụp mí, vận động nhãn cầu, thị trường trước và sau điều trị. Tiêu chí dựa vào:

Mức độ sụp mí: Đánh giá bằng chỉ số MRD1 (Margin Reflex Distance 1), khoảng cách từ phản xạ ánh sáng

trên giác mạc đến bờ mi trên. Số đo được lấy trước điều trị và sau ngày điều trị thứ 10, so sánh thay đổi để lượng hóa cải thiện [6].

Vận động nhãn cầu: Đánh giá theo thang điểm vận động nhãn 0 - 4 (0: vận động hoàn toàn bình thường; 4: liệt hoàn toàn hướng nhìn).

Triệu chứng thị giác: Đánh giá sự hiện diện hoặc biến mất của song thị và thay đổi thị trường bằng kiểm tra đối chiếu ngón tay (confrontation visual field test).

Triệu chứng cơ toàn thân: Đánh giá mức độ mỏi cổ, yếu chi và khó thở về đêm thông qua thang điểm mỗi cơ (0-10) và bảng câu hỏi MGFA-QMG (Myasthenia Gravis Foundation of America – Quantitative Myasthenia Gravis) [7].



Hình số 7. Hình ảnh chu vi châm các huyệt vùng mắt

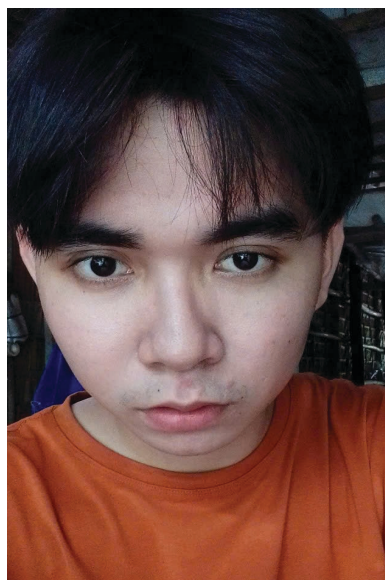
3. KẾT QUẢ

Mức độ sụp mi (MRD1): Tăng từ 1,0 mm trước điều trị lên 4,0 mm sau điều trị, cho thấy phục hồi hoàn toàn chức năng nâng mi.

Vận động nhãn cầu: Cải thiện từ điểm 3 (hạn chế rõ rệt vận động vào trong) xuống 0 (vận động hoàn toàn bình thường) theo thang điểm 0 - 4.

Triệu chứng thị giác: Song thị biến mất hoàn toàn; thị trường trở về bình thường qua kiểm tra đối chiếu ngón tay, không ghi nhận khiếm khuyết thị trường.

Triệu chứng cơ toàn thân: Điểm mỗi cơ cổ giảm từ 7/10 xuống 0/10; không còn yếu chi và không xuất hiện khó thở về đêm. Điểm MGFA-QMG giảm từ 12 điểm trước điều trị xuống 2 điểm sau điều trị, phản ánh sự cải thiện đáng kể chức năng cơ tổng thể.



Hình số 8. Kết quả sau liệu trình điều trị (sau tái phát)

4. BÀN LUẬN

Bệnh nhược cơ (Myasthenia gravis) là bệnh của màng sau synap thần kinh – cơ, là một bệnh tự miễn mắc phải do các kháng thể kháng thụ thể Acetylcholine (AChR), hoặc kháng thể kháng lại tyrosine kinase của thụ thể đặc hiệu của cơ (MuSK - Muscle specific receptor tyrosine kinase) qua đó làm suy giảm dẫn truyền thần kinh cơ.

Phân loại lâm sàng theo tiêu chuẩn của Osserman [8]:

NHÓM	MÔ TẢ
I	Nhược cơ thể mắt đơn thuần, chiếm tỷ lệ 15 - 20% bệnh nhân.
IIA	Nhược cơ toàn thân nhẹ, tiến triển chậm chạp, không có cơn nhược cơ, đáp ứng với thuốc, chiếm 30%.
IIB	Nhược cơ toàn thân mức độ trung bình, ảnh hưởng nặng tới hệ cơ xương, cơ thuộc hành não, không có cơn nhược cơ, có đáp ứng với thuốc nhưng không đầy đủ, chiếm 25%.
III	Nhược cơ bùng nổ cấp tính, các triệu chứng nặng phát triển nhanh chóng với cơn suy hô hấp, đáp ứng với thuốc kém, tỷ lệ u tuyến ức cao, tử vong cao, chiếm 15%.
IV	Nhược cơ nặng và muộn giai đoạn về sau, triệu chứng giống nhóm III, nhưng tiến triển từ I sáng IV > 2 năm, chiếm 10%. Thường thời gian chuyển tiếp giai đoạn này sang giai đoạn khác là 18 tháng.

Bảng số 1. Phân loại lâm sàng theo tiêu chuẩn của Osserman

Việc chẩn đoán nhược cơ thể mắt ở giai đoạn sớm vẫn gặp nhiều khó khăn do sự chùng chéo của các triệu chứng, đòi hỏi quá trình theo dõi bệnh trong một khoảng thời gian nhất định và loại trừ dần các chẩn đoán khác. Ban đầu, bệnh nhân được chẩn đoán liệt dây thần kinh sọ số III bán phần bên trái. Khi bệnh tái phát lần thứ hai ở mắt phải, nhóm tác giả cân nhắc đến khả năng Bán đầu thống thể liệt mắt (migraine liệt thần kinh vận nhãn) do khởi phát kèm đau nửa đầu cùng bên. Tuy nhiên, lần tái phát này kèm sụp mí mắt phải và các triệu chứng ngày càng rõ rệt, đi ngược với đặc điểm dịch tễ thường gặp trong y văn, khiến nhóm nghiên cứu chỉ định xét nghiệm kháng thể kháng thụ thể acetylcholine (AChR Ab). Kết quả cho thấy nồng độ AChR Ab là 2,44 nmol/L (giá trị tham chiếu < 0,52 nmol/L), qua đó xác định chẩn đoán nhược cơ thể mắt.

Nhược cơ là bệnh lý tiến triển với xu hướng nặng dần theo thời gian. Các thuốc điều trị hiện nay thường chỉ cải thiện triệu chứng trong giai đoạn đầu và trường hợp phục hồi hoàn toàn hoặc đảo ngược tiến triển bệnh là rất hiếm [9]. Do đó, việc kết hợp các phương pháp không dùng thuốc ngày càng được quan tâm nhằm nâng cao chất lượng cuộc sống và giảm gánh nặng kinh tế cho người bệnh. Trong ca bệnh này, kỹ thuật chu vi châm với cơ sở lý luận chặt chẽ của y học cổ truyền đã mang lại cải thiện rõ rệt: chỉ số MRD1 tăng từ 1,0 mm trước điều trị lên 4,0 mm sau điều trị ở mắt phải, cho thấy phục hồi hoàn toàn chức năng nâng mí; thang điểm vận nhãn giảm từ 3 xuống 0, phản ánh vận động nhãn cầu trở lại bình thường; song thị và mờ cổ biến mất; điểm mờ cơ giảm từ 7/10 xuống 0/10.

Tuy nhiên, kỹ thuật này vẫn tiềm ẩn một số nguy cơ và hạn chế. Về kỹ thuật, vùng quanh hốc mắt có mật độ mạch máu cao, nguy cơ chảy máu, bầm tím hoặc tổn thương thần kinh – cơ vận nhãn nếu châm sai hướng hoặc quá sâu. Về hạn chế nghiên cứu, đây là báo cáo ca bệnh đơn lẻ, không có nhóm chứng và thời gian theo dõi ngắn (10 ngày), nên chưa thể khẳng định hiệu quả lâu dài hay khả năng phòng ngừa tái phát. Ngoài ra, các yếu tố như hiệu ứng giả dược (placebo), khả năng tự hồi phục tự nhiên của bệnh hoặc tác động tâm lý cũng có thể góp phần vào sự cải thiện triệu chứng.

5. KẾT LUẬN

Kỹ thuật châm cứu tại vùng hốc mắt là một thủ thuật phức tạp, đòi hỏi người thầy thuốc phải thực hiện với sự cẩn trọng và tỉ mỉ cao, đồng thời đảm bảo thao tác vô khuẩn chính xác nhằm đạt được cảm giác đặc khí lan tỏa toàn bộ vùng mắt. Trong ca bệnh này, việc áp dụng kỹ thuật chu vi châm đã mang lại hiệu quả điều trị rõ rệt, giúp cải thiện triệu chứng và nâng cao chất lượng cuộc sống cho bệnh nhân. Mặc dù kết quả bước đầu khả quan, tuy nhiên cần thực hiện

thử nghiệm lâm sàng ngẫu nhiên có đối chứng với cỡ mẫu đủ lớn và thời gian theo dõi tối thiểu 6 tháng để đánh giá hiệu quả duy trì, đồng thời so sánh trực tiếp với điều trị chuẩn bằng thuốc kháng cholinesterase hoặc corticosteroid.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] Lili Wang, Yun Zhang, Maolin He. Clinical predictors for the prognosis of myasthenia gravis, <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC5395963/>, 2017. Accessed 19 April 2017.
- [2] Fatmah Alqarni, Daifallah, Almalki, Ziyad Aljohani, Abdulrahman Ali, Alanood AlSaleem, Noura Alotaibi, Shahla Odeh, Sultan Al Dalbhi. Prevalence and risk factors of myasthenia gravis recurrence post-thymectomy, <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC8015504/>, 2021. Accessed January 2021.
- [3] Laura D., Richard W., Kourosh R., Betty S. Myasthenia Gravis: Epidemiology, Pathophysiology and Clinical Manifestations, Published online 2021 May 21. doi: 10.3390/jcm10112235.
- [4] Huỳnh Minh Đức. Hoàng đế nội kinh Linh khu Quyển I. Hội y học dân tộc cổ truyền Đồng Nai, 1989, trang 200.
- [5] Qingqing Xiao, Peiyu Xiong, Zilei Tian, Yalan Liu, Qiao Wen, and Lei Lan. Early intervention of surrounding needling technique in the treatment of herpes zoster: a case report. *Acupuncture in Medicine* 2022. Vol 40(5). 487-489. doi.org: 10.1177/09645284221086287.
- [6] Bokeun Song, Hyeokjae, Sunje Kim, Yooseok Ha, Sang-Ha Oh, Seung-Han Song. Introduction of Deep Learning-Based Infrared Image Analysis to Marginal Reflex Distance1 Measurement Method to Simultaneously Capture Images and Compute Results: Clinical Validation Study. *J Clin Med*. 2023 Dec 1;12(23):7466. doi: 10.3390/jcm12237466.
- [7] Carolina Barnett, Laura Herbelin, Mazen M Dimachkie, Richard J Barohn. Measuring Clinical Treatment Response in Myasthenia Gravis. *Neurol Clin*. Author manuscript; available in PMC: 2019 Aug 16.
- [8] Nguyễn Văn Chương. Bệnh học thần kinh tập III. Nhà xuất bản Y học, 2016, Hà Nội, trang 404.
- [9] Hermann dos S.F, Jorge Luiz S.X, Daniel I.N, Hazem A.A, Joaquim E.V. Failure of reversion of neuromuscular block with sugammadex in patient with myasthenia gravis: case report and brief review of literature. Published online 2019 Aug 17. doi: 10.1186/s12871-019-0829-0.