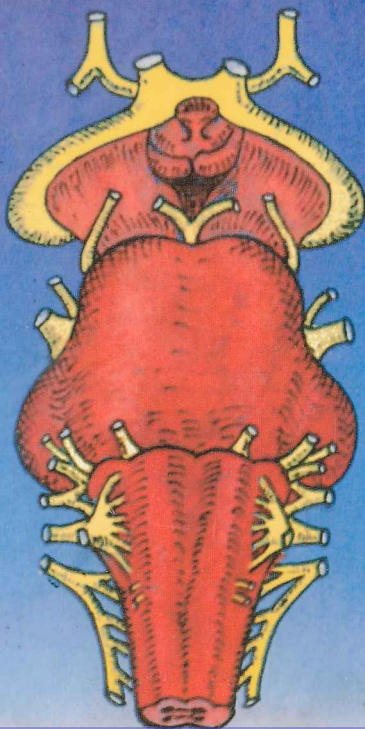


YH1.88

PGS. PTS HỒ HỮU LƯƠNG

LÂM SÀNG THẦN KINH



THƯ VIỆN
HUYẾT

NHÀ XUẤT BẢN Y HỌC

TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

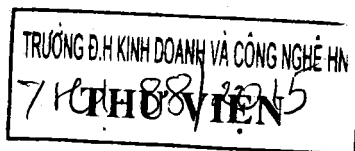
HỒ HỮU LƯƠNG

PHÓ GIÁO SƯ, PHÓ TIẾN SỸ, CHUYÊN VIÊN KỸ THUẬT
QUÂN Y VỀ THẦN KINH
CHỦ NHIỆM KHOA THẦN KINH VIỆN QUÂN Y 103

LÂM SÀNG THẦN KINH

CLINICAL NEUROLOGY

*





THƯ VIỆN
HUBT

In 1000 cuốn khổ 13x19, tại XN in Tổng hợp
Hà Nội. 67 Phố Đức Chính. Số đăng ký
620/KHYH-93. Số in: 323/93. In xong và nộp lưu
chiếu tháng 11-1993

LỜI GIỚI THIỆU

Cuốn "Lâm sàng thần kinh" của Phó giáo sư - Phó tiến sĩ Hồ Hữu Lương được biên soạn công phu, nội dung phong phú, cách viết dễ hiểu, sách được sử dụng làm tài liệu giáo khoa phục vụ cho công tác đào tạo và tự đào tạo. Sách còn là tư liệu giúp cho các thầy thuốc lâm sàng ở các tuyến trong công tác chẩn đoán các bệnh thần kinh.

Rất mong các bạn đọc góp ý kiến để lần tái bản sau được hoàn chỉnh.

Xin giới thiệu cuốn "Lâm sàng thần kinh" (*) với bạn đọc.

Ngày 27 tháng 2 năm 1993

Giáo sư Tiến sĩ **Lê Thế Trung**

VIỆN TRƯỞNG HỌC VIỆN QUÂN Y





**THƯ VIỆN
HUBT**

TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

PHẦN I

KHÁM LÂM SÀNG HỆ THẦN KINH



THƯ VIỆN
HUBT

TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ



**THƯ VIỆN
HUBT**

TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

CHƯƠNG I

PHƯƠNG PHÁP KHÁM VÀ LÀM BỆNH ÁN THẦN KINH

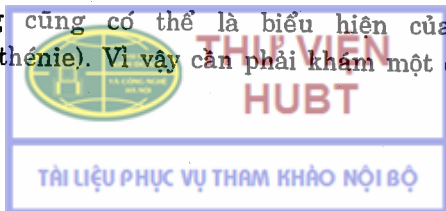
Muốn khám bệnh tốt, trước hết người thầy thuốc phải tiếp xúc với bệnh nhân, làm cho bệnh nhân tin tưởng. Người thầy thuốc không nên khám bệnh một mình mà phải có một người phụ giúp để nâng đỡ tránh cho người bệnh khỏi ngã, hoặc giúp người bệnh mặc quần áo dễ dàng hơn nhất là những người bệnh bị liệt.

I. NGUYÊN TẮC KHÁM BỆNH VÀ DỤNG CỤ CẦN CÓ KHI KHÁM BỆNH

1. Nguyên tắc.

a) Khám toàn diện.

Nhiều trường hợp bệnh thể hiện bằng một số dấu hiệu của bệnh thần kinh nhưng thực chất lại là bệnh về hệ thống nội tiết hoặc một số bệnh về máu. Ngược lại có những trường hợp tương tự như thuộc về bệnh chuyên khoa (nhân khoa, phụ khoa v.v...) nhưng nguyên nhân chính lại là bệnh ở hệ thống thần kinh. Ví dụ sụp mi mắt có thể là do tổn thương dây III nhưng cũng có thể là biểu hiện của bệnh nhược cơ (myasthenie). Vì vậy cần phải khám một cách toàn diện.



b) Khám đầy đủ:

Là khám tất cả các bộ phận của cơ thể như hệ thống cơ, gân, xương, lông tóc, móng, da, niêm mạc v.v... Ví dụ khi khám một bệnh nhân (nam giới), đứng tuổi bị đau nhức ở cột sống, liệt chi dưới; bao giờ cũng phải thăm trực tràng (toucher rectal) để xem có phải là do u ác tính ở tuyến tiền liệt không.

c) Khám chính xác:

Nếu tìm các dấu hiệu thần kinh hoặc làm các nghiệm pháp không chính xác sẽ thu nhận được những triệu chứng sai, do đó chẩn đoán không đúng. Ví dụ: khi ta đưa tay gần mắt bệnh nhân chớp mắt ngay mà vội kết luận phản xạ giác mạc còn tốt là không chính xác. Chớp mắt là do phản xạ thị-mi. trong khi đó có thể phản xạ giác mạc không còn. Để xác định phản xạ giác mạc còn hay mất thì phải khám đúng thao tác.

2. Những dụng cụ cần có để khám thần kinh.

- Búa phản xạ (Hồ Hữu Lương cũng đã cải tiến búa phản xạ kết hợp với ống nghe).

- Kim (khám cảm giác đau trên da).

- Bông hoặc chổi lông (khám cảm giác xúc giác).

- Âm thoa (khám cảm giác sâu và khám thính lực).

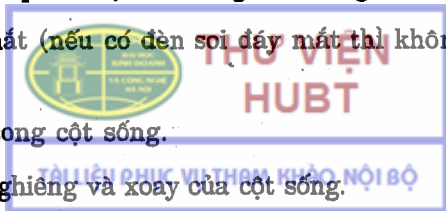
- Thước dây (đo mức độ teo cơ ở chi).

- Đèn pin (khám phản xạ ánh sáng của đồng tử).

- Đèn soi đáy mắt (nếu có đèn soi đáy mắt thì không cần đèn pin nữa).

- Thước đo độ cong cột sống.

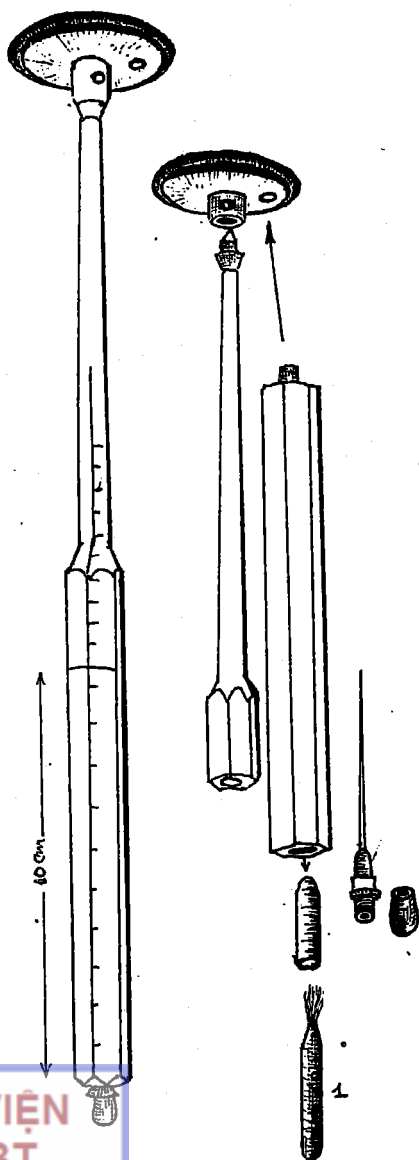
- Thước đo độ nghiêng và xoay của cột sống.



Hình 1a

Búa phản xạ cải
tiến của Hồ Hữu
Lương

1. Chối lỏng (bỏ vào ống trong thân búa).
2. Kim (đốc kim rỗng, chứa nước hoa để khảm khúu giác).
3. Trên cán búa có vạch từ 0 - 15 cm để đo khoảng cách Schöber.



THƯ VIỆN
HUYẾT

TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

Phần cán búa có thể vận đôi, lắp vào đầu búa bỏ túi cho tiện.

II. PHƯƠNG PHÁP LÀM BỆNH ÁN THẦN KINH

A - KHÁM BỆNH VÀ LÀM BỆNH ÁN:

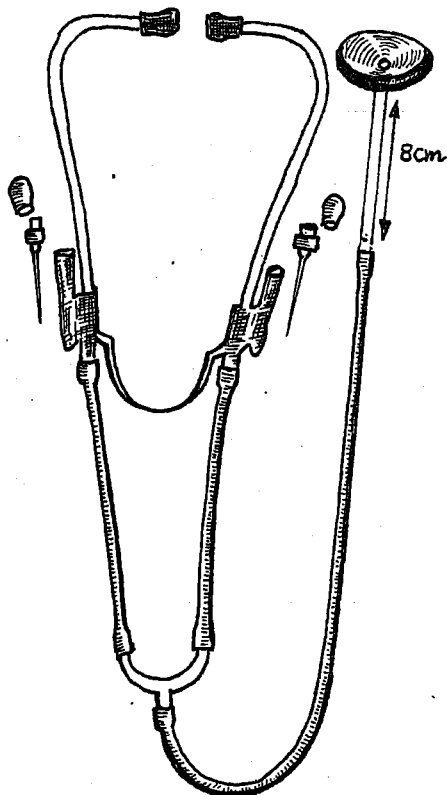
• Bệnh án thường gồm 3 phần chính: phần hỏi bệnh (triệu chứng chủ quan), phần khám xét (triệu chứng khách quan) và phần kết luận.

Khám và làm bệnh án thần kinh đòi hỏi người khám phải kiên nhẫn, làm theo thứ tự để tránh bỏ sót những triệu chứng tổn thương.

1. Phần hỏi bệnh.

a) Lý do vào viện:

Phải hỏi kỹ để biết được lý do chủ yếu khiến bệnh nhân tới khám và phải ghi chép triệu chứng theo đúng trình tự của bệnh. Ví dụ: sau uống rượu, ngã, hôn mê, liệt nửa người.



Hình 1b:

Ống nghe kết hợp với búa phản xạ (cải tiến của HHL)

b) Bệnh sử:

Khi khai thác bệnh sử cần chú ý:

- + Thời gian xuất hiện, triệu chứng đầu tiên của bệnh.
- + Biểu hiện khởi phát của bệnh: đột ngột, từ từ, sau chấn thương v.v...
- + Tính chất và đặc điểm chính của các triệu chứng.
- + Trường hợp chấn thương: ghi hoàn cảnh bị thương, các triệu chứng và đặc điểm tiến triển của thời kỳ sau chấn thương.
- + Đối với người bị loạn thần kinh chức năng cần nêu những đặc điểm về công tác, khả năng lao động và những lời than phiền của họ.
- + Trường hợp có cơn động kinh cần mô tả chi tiết:
 - Thời gian xuất hiện cơn: ngày, tháng, năm, giờ, phút.
 - Khởi phát: từ từ hay đột ngột.
 - Tính chất cơn co giật (bắt đầu co cứng, sau đó co giật).
 - Ý thức (mất, còn).
 - Mắt (mở hay nhắm).
 - Vị trí nhãn cầu (quay về phía nào?).
 - Sự bài tiết: mồ hôi, nước tiểu, phân, tinh dịch?
 - Sùi bọt mép (có máu hay không có máu).
 - Tổn thương bên ngoài (cắn lưỡi).
 - Cơn kéo dài bao nhiêu lâu?



TRƯỜNG ĐẠI HỌC Y DƯỢC HÀN QUỐC
HUBT

TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

- Tình trạng sau cơn (ngủ, trạng thái hoàng hôn, vận động tự động).

- Hỏi người xung quanh về cách bắt đầu của cơn tự nhiên hay do ảnh hưởng của những yếu tố bên ngoài (lúc đầu có hưng phấn vận động hay không, có rối loạn ngôn ngữ, có hành động không mục đích không?)

+ Tiến triển: sự thay đổi tuần tự của các triệu chứng, tiến triển cấp tính, mạn tính, từng đợt, tăng dần hay thoái lui.

+ Chẩn đoán cũ: qua các tuyến điều trị trước đã được chẩn đoán bệnh như thế nào?

+ Điều trị cũ: bệnh nhân đã được điều trị ở bệnh viện nào? đã dùng thuốc gì? mức độ tác dụng của thuốc (giảm hay khỏi), giảm nhiều hay ít?

+ Hiện tại: những triệu chứng nào còn, những triệu chứng nào mất hoặc đỡ, triệu chứng nào làm cho bệnh nhân quan tâm hơn cả.

c) Tiền sử.

Phần tiền sử sẽ bổ xung thêm vào bệnh sử để giúp thầy thuốc hiểu rõ hơn về bệnh, về mối quan hệ giữa bệnh hiện tại với quá trình bệnh lý cũ.

* Tiền sử bản thân:

+ Đặc điểm phát triển thời thơ ấu: sinh có đủ tháng hay thiếu tháng, thời gian biết đi, biết nói bình thường không? Con thứ mấy trong gia đình? Bắt đầu đi học từ khi nào? Kết quả học tập ra sao? Phát triển toàn thân có chậm hơn các trẻ cùng lứa tuổi không? Có bị dái dầm ban đêm không?

+ Khi nào bắt đầu làm việc độc lập, trước kia đã làm gì

và hiện nay làm gì?

+ Đặc điểm nghề nghiệp có ảnh hưởng gì đến sức khỏe, chế độ làm việc trong ngày, điều kiện vệ sinh của công việc.

+ Đời sống sinh dục bắt đầu từ tuổi nào? Nếu có vợ thì cưới bao giờ, có con chưa, có mấy con?

Đối với phụ nữ: bắt đầu có kinh nguyệt từ khi nào, thời gian mấy ngày, có đều không, đã chữa để chưa, để bao nhiêu lần?

+ Tiền sử bệnh tật: có bị chấn thương ở sọ não và cột sống không? Có bị nhiễm độc không (rượu, thuốc lá, thuốc lã, những chất ma túy khác)?

+ Hoàn cảnh sinh hoạt và thói quen?

* Tiền sử gia đình:

Sức khỏe của bố, mẹ, vợ, chồng, con cái thế nào? Trong gia đình có ai bị bệnh giang mai, lao, lây hoặc bị bệnh thần kinh - tâm thần không v.v...?

2. Phần khám xét

a) Khám lâm sàng:

Kỹ thuật và thứ tự khám thực thể rất thay đổi.

Mỗi thầy thuốc lâm sàng có cách khám riêng của mình. Song, đại đa số các nhà thần kinh khám theo thứ tự từ đầu xuống đến chân. Theo cách đó có thể khám thần kinh cùng với các hệ khác. Mặc dù thứ tự khám có thể khác nhau, song các kết quả khám phải được ghi lại có hệ thống và đúng quy định.

Quan sát:

Quan sát không phải đơn thuần chỉ có nhìn mà đòi hỏi



phải biết các sai lệch có thể có và biết các biến đổi rút ra từ kinh nghiệm của bản thân.

+ Quan sát dáng đi:

- Dáng đi lết vòng hay dáng đi như gà (démarche spasmodique hay demarche de gallinacée): gặp trong liệt cứng nửa người hoặc liệt cứng 2 chi dưới: cẳng chân cứng bị đẩy ra phía ngoài, bệnh nhân đi như vung lưỡi hái và bị mòn phần ngoài của đế giày.

- Dáng đi Parkinson: dáng đi vội vã, lao thân về phía trước, bước ngắn, hai tay không vung vẩy theo bước đi.

- Dáng đi tiểu não: dáng đi mất điều hòa (démarche ataxique) gặp trong hội chứng tiểu não. Bệnh nhân đi như người say rượu, lảo đảo, chân nọ đá chân kia.

- Dáng đi tabes (démarche tabétique): gặp trong bệnh tabes: đi dạng 2 chân, nâng bàn chân lên khá cao rồi để rơi bàn chân phẳng xuống sàn và các đế giày mòn đều ở toàn bộ bề mặt. Mắt luôn luôn nhìn xuống đất để bù vào sự thiếu sót cảm giác tư thế, không thể nhắm mắt bước đi được. --

- Dáng đi chân rữ (démarche en steppant): bàn chân bị rơi thõng, hơi quay vào trong, các ngón chân hơi gấp. Để khỏi trượt đầu ngón chân xuống sàn, bệnh nhân nâng cao chân và trước tiên đặt đầu ngón chân xuống, sau đó đặt cạnh ngoài bàn chân và cuối cùng đặt gót xuống đất. Bàn chân rữ một bên do tổn thương thần kinh hông khoeo ngoài. Bàn chân rữ hai bên do viêm da rễ dây thần kinh.

- Dáng đi kiểu múa Balé: trẻ em đi bằng ngón chân do co cứng phía sau cẳng chân, hay gặp trong bệnh não trẻ em, bệnh Little.

- Dáng đi ngồng: lưng cong lõm ra trước, dít cong lõm ra sau, đùi ở phía trước, cẳng chân ở phía sau do teo cơ vùng thắt lưng, đùi, mông. Thường gặp trong các bệnh cơ.

- Dáng đi Hysterie: đi kiểu kéo gối, kéo bàn chân trên nền nhà.

+ Quan sát tư thế

- Tư thế Wernicke - Mann trong liệt nửa người do tổn thương bó tháp.

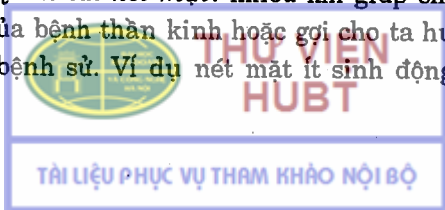
- Tư thế "cò súng" bệnh nhân nằm ngửa cổ ra phía sau, chân co, bụng lõm do màng não bị kích thích gây tăng trương lực cơ cứng cơ, nhất là các cơ ở phía sau cơ thể.

- Tư thế "đuối cứng mất não": uốn cổ và lưng, hai chân, hai tay duỗi, khép và xoay trong, cổ tay gấp. Tư thế này gợi ý ta nghĩ tới tổn thương các đường vận động ở não giữa (đuối cứng mất não là hậu quả của tăng phản xạ kéo căng cơ do tăng tính chịu kích thích của vòng gamma).

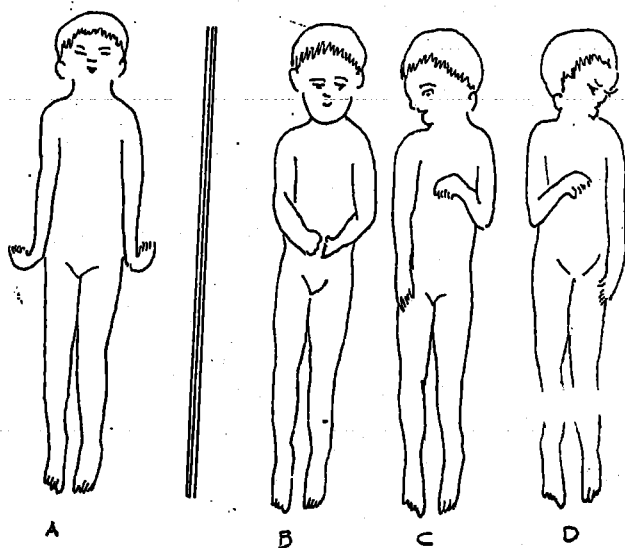
- Tư thế "co cứng mất vỏ não": hai tay co gấp, hai chân và toàn thân duỗi cứng (co cứng mất vỏ não do giải phóng trung tâm kềm dưới vỏ, đặc biệt là các nhân xám và tổ chức lưới (hệ thống lưới ức chế không hoạt động vì không nhận được kích thích từ vỏ não) do đó tăng kích thích neuron gamma gây tăng trương lực cơ cứng).

- Tư thế bệnh nhân Parkinson: gập ở cổ, hông, gối và khuỷu. Khi nằm xuống bệnh nhân thường giữ đầu cao hơn gối một lúc lâu.

+ Quan sát nét mặt: nhiều khi giúp cho ta biết được bản chất của bệnh thần kinh hoặc gợi ý cho ta hướng khai thác sâu thêm bệnh sử. Ví dụ nét mặt ít sinh động có thể là do sâu



uất hoặc do giảm vận động trong hội chứng Parkinson hoặc trong quá trình hồi bệnh sử thấy liệt mặt tăng lên, có thể nghĩ tới bệnh nhược cơ.

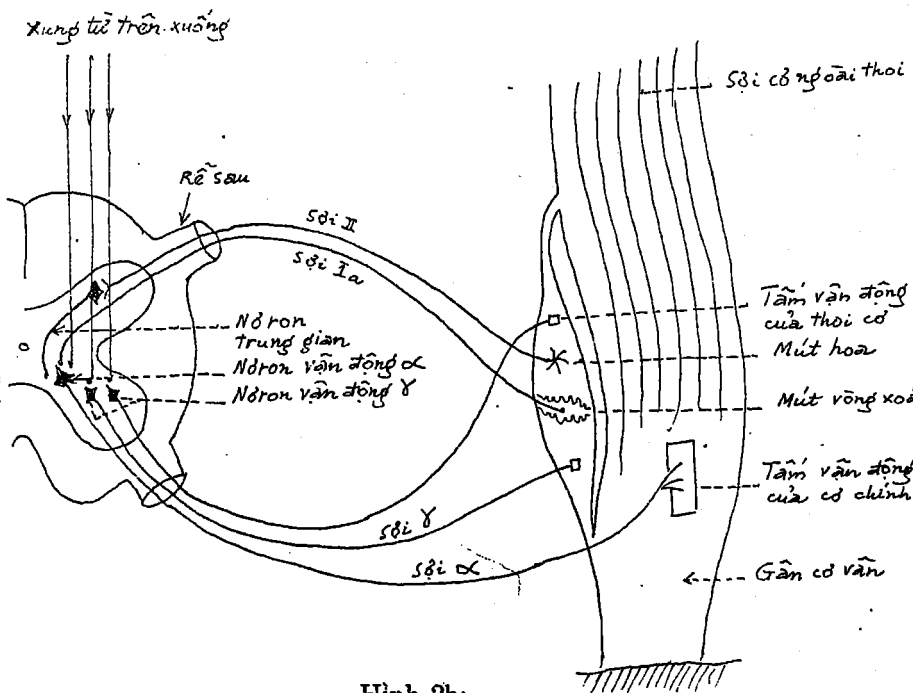


Hình 2a:

A: tư thế duỗi cứng mắt nảo;

B, C, D: tư thế co cứng mắt vỏ não (B: bệnh nhân nằm thẳng; C và D: khi quay đầu về một bên thì gây phản xạ trương lực cổ làm co tay về phía bên kia).

+ Quan sát khi bệnh nhân ngồi giữ hai tay, các ngón tay dạng, lúc đầu mở mắt sau nhắm mắt. Qua thao tác đơn giản này, các vận động không tùy ý ở tay được lộ rõ. Các tư thế bất thường được thấy rõ. Nếu một tay từ từ rơi xuống là chỉ đợ bị liệt, nếu thấy run ta cần khám lý chức năng ngoại tháp, tiểu não.



Hình 2b:

Sơ đồ thoi cơ với các các dây thần kinh cảm thụ và vận động.

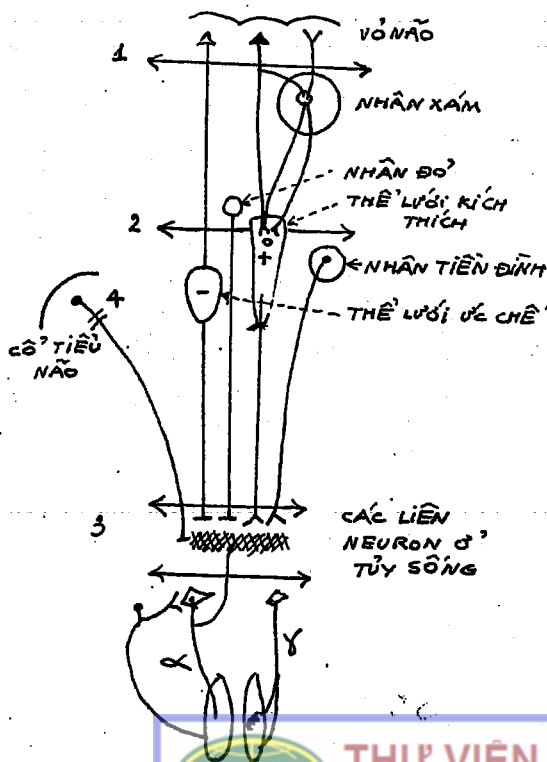
. Khám toàn thân:

+ Trạng thái toàn thân:

- Tư thế toàn thân: có "tư thế bất buộc" không?
- Ý thức: sáng suốt, mù mờ hay mất hẳn?
- Ngôn ngữ: rõ ràng, lưu loát hay khó khăn (nói khó, mất ngôn ngữ)?
- Nét mặt: bình thần, vô tình cảm, xao xuyến, đau khổ

hay nét mặt như tượng.

- Hình dáng: bình thường hay biến dạng? (biến dạng thế nào?)
- Tầm vóc: cao, thấp, to lớn, vừa phải hay nhỏ bé.
- Thể tạng: khỏe mạnh, trung bình hay yếu đuối.



Hình 2c: Tăng trưởng lực cơ thực nghiệm

1. bóc bỏ vỏ não
2. cắt bỏ não
3. cắt tủy sống

2. cắt bỏ não

4. cắt bỏ tiểu não cỏ

TÀI LIỆU PHỤC VỤ THĂM KHẢO NỘI BỘ

- Tình hình dinh dưỡng toàn thân: béo tốt hay trung bình, béo phì hay suy mòn, suy kiệt.

- Màu da: bình thường, xanh xao, ngăm đen, xanh tím, vàng rơm v.v...

- Trên da có u không, có vết thương, vết loét, vết mụn không? Cần nêu rõ kích thước hình thể, vị trí của chúng.

- Phù: phù toàn thân hay phù bộ phận.

- Niêm mạc mắt: màu hồng hay bạc màu.

- Lưỡi: khô, ướt, sạch hay bụ.

- Tuyến giáp: bình thường hay to (kích thước, hình thể bề mặt, độ chắc, tính di động và những đặc điểm khác).

- Hạch lâm ba: dưới hàm, cổ, nách, bẹn và các nơi khác. Nếu sờ thấy cần nói rõ ở đâu, kích thước, số lượng, mật độ, độ di động, tính chất đau.

+ Hệ tim mạch:

- Mạch quay (phải, trái): độ nảy, tần số?

- Huyết áp động mạch.

- Giới hạn gõ tim tương đối và tuyệt đối. Tiếng tim rõ, danh, mạnh, mờ, tách đôi, hay có tiếng thổi...

- Trạng thái tĩnh mạch dưới da, ở chi dưới và các vùng khác của cơ thể có hiện tượng giãn tĩnh mạch hay không?

+ Hệ hô hấp:

- Hình thái lồng ngực: bình thường, dài, ngắn, hẹp, rộng, dẹp, hình thùng, không cân đối hoặc biến dạng, tần số thở 1 phút, nhịp thở?

- Tiếng gõ phổi: rõ, mờ, đục hay vang. Vị trí, giới hạn vùng thay đổi tiếng gõ, giới hạn dưới của phổi, độ di động của các bờ phổi.

- Nghe phổi: rì rào phế nang bình thường hay có tiếng ran: ran khô hay ướt, có tiếng lép bép hay tiếng cọ sát màng phổi? tiếng rì rào phế nang thô, tăng hay giảm (yếu) hay không nghe thấy..

+ Hệ tiêu hóa:

- Bụng mềm hay đầy hơi, căng chướng, bụng có tham gia nhịp thở không?

- Sờ: bệnh nhân có cảm giác đau, căng ở đâu? Gan, lách, thận có sờ thấy không? kích thước, mật độ, độ di động thế nào? Sờ có đau không?

+ Tiết niệu sinh dục:

Tiểu tiện bình thường hay có bị đái, đái dầm (thường xuyên hay từng thời kỳ). Bộ phận sinh dục ngoài phát triển bình thường hay bất thường?

+ Khám chuyên khoa: tai - mũi - họng, răng - hàm - mặt.

+ Khám tâm thần:

Nếu bệnh nhân kể bệnh mạch lạc và tương tận chi tiết, có thể coi chức năng tri thức là bình thường, không cần phải khám chính thức nữa. Song nếu qua chuyện kể hoặc tư cách bệnh nhân hoặc ý kiến gia đình gợi ý là có suy giảm trí tuệ thì phải tiến hành đánh giá trạng thái tâm thần. Trong trường hợp này cần chú ý tới:

- Định hướng:

TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

Định hướng không gian: hỏi xem bệnh nhân đang ở đâu?
Có biết nơi mình đang được khám bệnh là ở chỗ nào?

Định hướng thời gian: hỏi bệnh nhân xác định giờ đang được khám lúc đó, sáng hay chiều, ngày tháng nào?

Định hướng bản thân: hỏi nghề nghiệp, tên tuổi bệnh nhân.

- Trí nhớ, sức chú ý và sức tập trung tư tưởng, vốn kiến thức chung và khả năng trừu tượng.

Người thầy thuốc cần ghi vào bệnh án: giờ khám bệnh, mức độ tỉnh táo của bệnh nhân, bệnh nhân có hợp tác được hay không? Nếu bệnh nhân bị hôn mê, cần xác định mức độ hôn mê.

+ Khám hệ thần kinh:

- Khám 12 đôi dây thần kinh sọ não.

- Khám vận động.

- Khám phản xạ.

- Khám cảm giác.

- Khám dinh dưỡng.

- Khám cơ vòng.

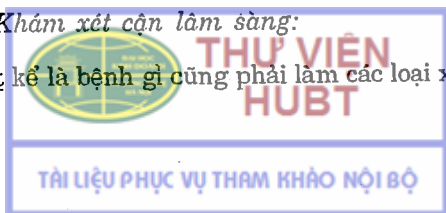
- Khám hệ thần kinh thực vật.

- Khám màng não.

- Khám ngôn ngữ.

b) Khám xét cận lâm sàng:

Bất kể là bệnh gì cũng phải làm các loại xét nghiệm sau đây:



máu, nước tiểu và phân thường quy, chiếu X quang tim phổi.

Các xét nghiệm chuyên khoa khác: chụp X quang cột sống, sọ não; xét nghiệm dịch não tủy, chụp X quang não bơm hơi (P.E.G), ghi điện não v.v... tiến hành theo chỉ định. Nếu có hiện tượng bất thường cần ghi rõ kết quả bất thường đó vào bệnh án.

3. Kết luận.

a) Tóm tắt bệnh án:

+ Tóm tắt bệnh sử.

+ Tóm tắt phần khám xét.

b) Chẩn đoán.

+ Chẩn đoán định khu:

Dựa vào khám toàn thân, khám thần kinh và các xét nghiệm bổ xung để chẩn đoán định khu vị trí tổn thương.

+ Chẩn đoán căn nguyên:

Trên cơ sở đối chiếu các tư liệu về bệnh sử, tiền sử, tiến triển lâm sàng và các kết quả khám xét bổ xung ta có thể chẩn đoán nguyên nhân của bệnh.

+ Chẩn đoán phân biệt: loại trừ những bệnh có triệu chứng tương tự.

+ Chẩn đoán xác định: Trên cơ sở đối chiếu các yếu tố kể trên, ta có thể kết luận chẩn đoán cuối cùng.

+ Chẩn đoán bệnh kèm theo: Ngoài quá trình bệnh lý chính còn có bệnh gì khác kèm theo hay không? Ghi rõ có liên quan tới bệnh chính như thế nào, có ảnh hưởng gì đối với quá trình bệnh chính?

c) Điều trị:

- Mỗi khi chỉ định điều trị cho bệnh nhân cần phải suy nghĩ kỹ và có lý lẽ vững chắc (như về chế độ sinh hoạt, chế độ ăn uống, điều trị lý liệu, phẫu thuật và các biện pháp điều trị khác, đặc biệt thuốc nam, châm cứu...)

- Kê đơn điều trị lý liệu cần ghi rõ kỹ thuật áp dụng, liều lượng và số lần.

- Kê đơn điều trị bằng thể dục, cần nêu rõ mục đích, yêu cầu cho kỹ thuật viên thể dục, nên tập động tác nào, mức độ tập luyện.

- Trường hợp cần can thiệp phẫu thuật, nêu rõ chỉ định, tính chất phẫu thuật, ghi rõ nội dung cần chuẩn bị trước khi mổ. Nếu có chống chỉ định phẫu thuật cũng cần phân tích lý do tại sao.

d) Tiên lượng.

Qua đánh giá tình trạng chung của bệnh nhân, giai đoạn phát triển của bệnh chính mà tiên đoán sự phát triển của bệnh. Cần nói rõ tiên lượng đối với tính mạng bệnh nhân, đối với khả năng khỏi bệnh và đối với khả năng lao động sau này.

BÁC SỸ ĐIỀU TRỊ (Ký)

B - MẪU BỆNH ÁN:

Trong thực tế lâm sàng, để giảm bớt thời gian ghi kết quả khám thần kinh trong bệnh án, tại khoa thần kinh viện Quân y 103 đã sử dụng mẫu bệnh án ngắn gọn của Hồ Hữu Lương in sẵn những chữ cố định và để trống phần ghi các triệu chứng cụ thể của từng người bệnh như sau:



Lý do vào viện:

Bệnh sử:

Tiền sử bản thân:

Gia đình:

Hoàn cảnh sinh hoạt:

KHÁM TOÀN THÂN

Nhiệt độ:

Da và niêm mạc:

Chiều cao:

Hạch ngoại vi:

Cân nặng:

Tuyến giáp:

Tim:

Mạch:

HA:

Hô hấp:

Tiêu hóa:

Tiết niệu, sinh dục:

Tai mũi họng:

Mắt:

Tâm thần: ý thức, xúc cảm, trí nhớ, hành vi, tiếp xúc.



THƯ VIỆN
HUBT

KHÁM THẦN KINH

1. Đầu*

Cột sống

2. 12 đôi dây TKS

Dây I:

Dây VIII:

Dây II:

Dây IX, X:

Dây III, IV, VI:

Dây XI:

Dây V:

Dây XII:

Dây VII:

3. Vận động:

Chủ động

Các nghiệm pháp:

Sức cơ các khúc chi:

Đánh giá độ liệt:

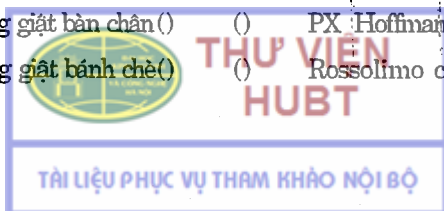
Trương lực cơ:

Phối hợp vận động:

Vận động không tùy ý:

4. Phản xạ:

PX gân xương:	T	F		T	F
Nhị đầu	()	()	PX da bụng trên	()	()
Tam đầu	()	()	giữa	()	()
Trăm quay	()	()	dưới	()	()
Gối	()	()	PX đùi-bìu	()	()
Gót	()	()	PX hậu môn	()	()
Rung giật bàn chân	()	()	PX Hoffman	()	()
Rung giật bánh chè	()	()	Rossolimo chi trên	()	()



Dấu hiệu ba co () () Rossolimo chỉ dưới () ()

PX khác Babinski () ()

PX gan tay-cầm() ()

5. Cảm giác (hình vẽ): nông:

Sâu

6. Dinh dưỡng:

7. Co thắt:

8. Dấu hiệu màng não: cứng gáy:

DH Brudzinski trên:

dưới:

DH Kernig:

9. HC thất lưng hông:

Điểm đau cột sống KC Schöber: /10

Điểm đau cạnh sống DH Lasègue:

Điểm đau Valleix: DH Déjérine:

Dấu hiệu chuông bấm: DH Wassermann:

TÓM TẮT BỆNH ÁN

Bệnh sử:

Khám xét:

- Chẩn đoán hội chứng:

- Chẩn đoán định khu:

- Chẩn đoán quyết định:

- Chẩn đoán phân biệt:

KẾ HOẠCH ĐIỀU TRỊ

- Xét nghiệm: TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ



- Khám chuyên khoa:
- Thuốc:
- Vận động, lý liệu pháp:
- Chế độ ăn:

Dự kiến thời gian nằm điều trị:

Tiên lượng:

Chủ nhiệm khoa BS điều trị Người làm bệnh án



CHƯƠNG II

KHÁM 12 ĐÔI DÂY THẦN KINH SỌ NÃO

Cần khám từng dây và có hệ thống theo thứ tự kế tiếp nhau. Các dây thần kinh sọ được chia ra: 3 đôi hoàn toàn cảm giác (I, II, VIII), 6 đôi vận động (III, IV, VI, VII, XI, XII) và 3 đôi hỗn hợp (V, IX, X). Để khám các dây thần kinh sọ có kết quả cần nắm vững chức năng và giải phẫu cũng như mối liên quan của chúng với các tầng cao hơn của hệ thần kinh trung ương.

I. DÂY I - DÂY THẦN KINH KHỨU GIÁC (NERF OLFACTIF)

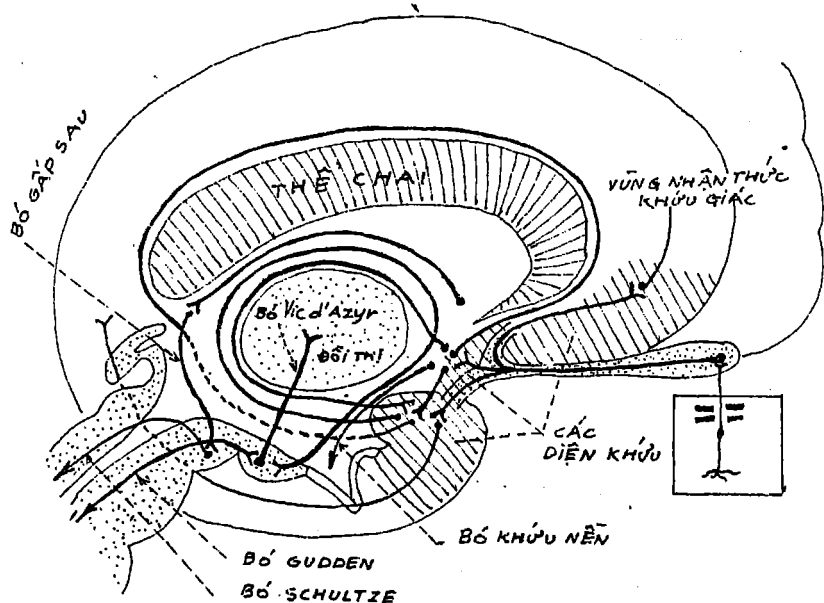
1. Giải phẫu.

Đường khứu giác gồm:

- Newron 1: là các tế bào khứu giác lưỡng cực (tế bào Schultze) nằm ở niêm mạc phần trên của xoang mũi, từ đó các sợi trục đi qua lỗ của mảnh sàng (lame criblée) của xương sàng vào trong sọ và dừng ở hành khứu.

- Newron 2: từ hành khứu chạy dọc theo giải khứu và chia thành vân khứu trong (medial olfactory stria) và ngoài (lateral olfactory stria), dừng ở tam giác khứu (olfactory trigone), tới vỏ não nằm ở móc (uncus) và hồi hải mã (trong đó có nhân hạnh nhân).

TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ



Hình 2d: Đường khuế giác

Cần nhớ là tam giác khuế liên hệ với vỏ não (móc hồi hải mã) ở cả hai bên (phần sợi sang bên đối diện đi qua mép trắng trước (commissure blanche antérieure). Do đó không mất hoặc giảm khuế giác khi tổn thương trung khu khuế giác một bên.

2. Khám khuế giác

Mất khuế giác nhiều khi do bệnh ở mũi hơn là do bệnh thần kinh, vì vậy trước khi khám khuế giác, cần



Hình 3:

Khám khuế giác

hỏi xem bệnh nhân có bị các bệnh ở mũi không và phải khám mũi.

Cần khám khứu giác ở từng bên mũi (hình 3): dùng ngón tay bịt một bên mũi bên đối diện lại, yêu cầu bệnh nhân nhắm mắt và ngửi lần lượt từng bên mũi các chất có mùi (dầu đinh hương, long não, nước hoa, mùi thuốc lá, cà phê v.v...) và để cho bệnh nhân đoán tên của các chất đó. Tránh dùng các chất kích thích hoặc cay (ví dụ: acid acetic, menton) vì chúng kích thích dây V hơn là dây khứu giác.

3. Nhận định.

a, Bình thường:

- + Người bệnh nhanh chóng nhận biết được chính xác chất thử hoặc:
- + Bệnh nhân nhận được mùi nhưng không xác định rõ loại chất gì.

b, Bệnh lý:

+ Mất khứu giác (anosmie) hoặc giảm khứu giác (hyposmie) do các nguyên nhân sau đây:

- Bệnh mũi: viêm mũi cấp hoặc mạn, polip, trĩ.
- Viêm xoang hàm, xoang sàng.
- Chấn thương nền sọ tầng trước, nhất là chấn thương lá sàng, nơi các sợi khứu mỏng manh bị căng và dễ bị đứt nhất.
- U hoặc phồng động mạch (thường là động mạch thông trước) ở phần dưới thùy trán, nhất là u màng não ở rãnh khứu, và thường gây ra tổn thương cả hai dây khứu giác và thị giác.
- U gần tuyến yên cũng có thể gây ra mất khứu giác hai bên ngay từ giai đoạn sớm.
- Viêm màng não mạn tính ở nền do lao, giang mai.

- Teo dây khứu giác trong bệnh tabes , bệnh đái tháo đường, bệnh phong (lèpre) v.v...

+ Tăng khứu giác (hyperosmie): bệnh nhân cảm thấy được một mùi hay tất cả các mùi nhưng với mức độ quá mạnh làm cho bệnh nhân có cảm giác khó chịu, nhức đầu, buồn nôn. Nguyên nhân do biến đổi sinh lý trong cơ thể (phụ nữ có thai, thời kỳ mãn kinh) rất ít khi có tổn thương thực thể (u ở trung tâm khứu giác hoặc u ở trên đường khứu giác hoặc là tiền triệu của cơn đau nửa đầu (migraine).

+ Loạn khứu giác (parosmie): lẫn lộn về các mùi (mùi thơm nhận ra mùi thối) và có phản ứng không chịu được. Nguyên nhân hầu hết là do tâm lý, đôi khi do u não chèn ép trung tâm khứu giác (u ở móc hồi hải mã, u vùng cánh bướm nhỏ) hoặc trong động kinh hoặc do dùng một vài loại thuốc như phenytoin.

+ Ảo khứu giác (hallucination olfactive): mũi cảm thấy những mùi mà thực ra không có (mùi cóc chết, mùi lưu huỳnh, mùi khét) thông thường là những mùi khó chịu. Nguyên nhân gây ảo khứu là do:

- U thùy thái dương: trong động kinh thái dương có cơn ảo khứu kèm theo cử động chép môi.

- U phần sau thùy trán (gần hồi hải mã).

- U màng não ở cánh bướm nhỏ.

- Bệnh tâm thần phân liệt.

Các rối loạn về chức năng khứu giác tuy ít gặp (vì dây thần kinh khứu giác đi qua vùng ít bị chèn ép và nó có đường dẫn truyền hai bên), nhưng nếu trong bệnh sử có nghi ngờ tổn thương hố sọ trước cần phải khám tỷ mỉ về khứu giác.



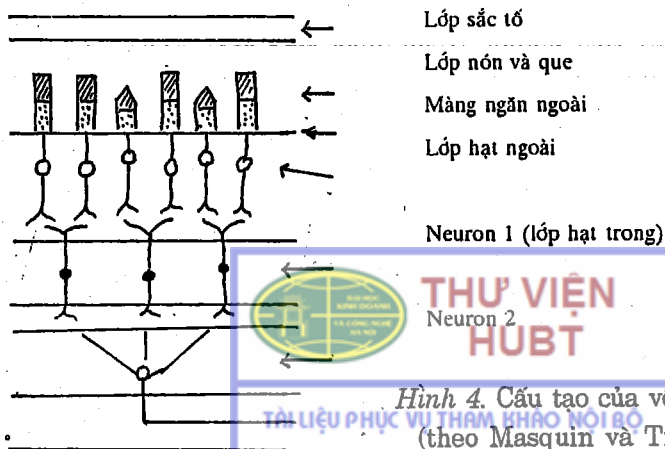
II. DÂY II - DÂY THẦN KINH THỊ GIÁC

(N. OPTIQUE)

A - GIẢI PHẪU:

Đường thị giác gồm 3 neuron:

- + Neuron 1: neuron trong võng mạc hay tế bào lưỡng cực.
- Thân tế bào nằm trong lớp hạt trong của võng mạc.
- Đuôi gai khớp với các tế bào thị giác.
- Sợi trục khớp với neuron 2.
- + Neuron 2: neuron võng mạc - não trung gian (diencéphale) hay tế bào đa cực.
- Đuôi gai khớp với nhiều tế bào lưỡng cực.
- Thân tế bào làm thành lớp tế bào đa cực của võng mạc.



Hình 4. Cấu tạo của võng mạc
(theo Masquin và Tretles)

- Sợi trục làm thành sợi thị giác, khớp với neuron 3 ở thể gối ngoài. Các sợi thị giác liên tiếp tạo thành dây thần kinh thị giác, giao thoa thị giác, giải thị giác. Giải thị giác đi vòng quanh ngoài cuống não vào trung khu thị giác dưới vỏ (gồm có pulvinar (gối) của đồi thị, thể gối ngoài và củ não sinh tư trước) và kết thúc neuron 2.

+ Neuron 3: neuron não trung gian - vỏ não.

- Đuôi gai khớp với neuron 2.

- Thân tế bào nằm trong thể gối ngoài.

- Sợi trục hình thành tia thị giác Gratiolet tới vỏ não thùy chẩm (vùng khe cựa).

B - KHÁM XÉT:

Khám thị lực, thị trường và đáy mắt và đôi khi khám sắc giác cho phép đánh giá trạng thái của dây thần kinh thị giác.

1. Khám thị lực.

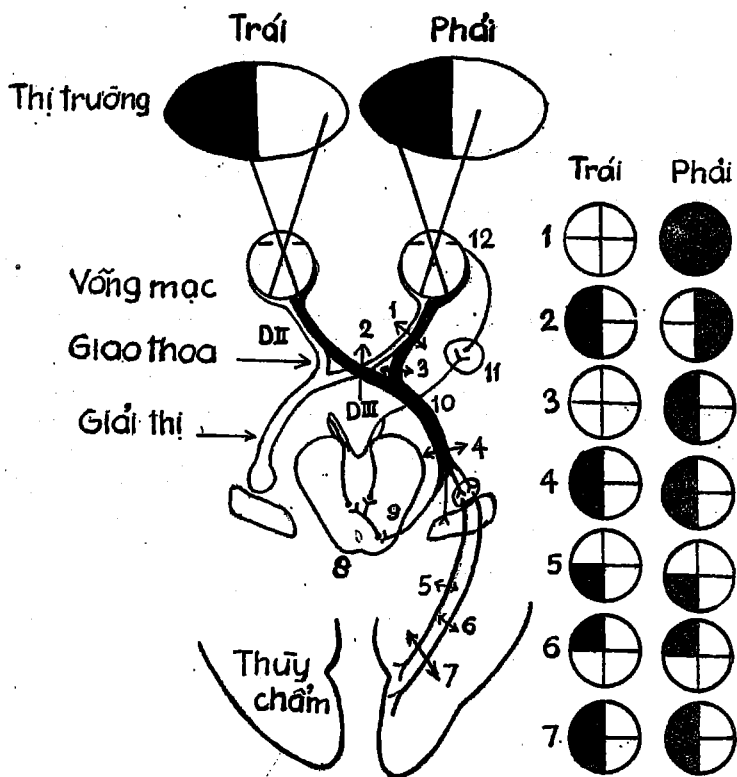
a) Cách khám:

- Dùng bảng thị lực với các chữ cái của Snellen (gồm nhiều chữ cái in hoa với kích thước khác nhau tương đương với thị lực từ 1/10 đến 10/10), bảng chữ E của Armaignac, bảng thị lực vòng hở của Landolt hoặc bảng hình vẽ con chim, chìa khóa (cho trẻ em, cho người không biết chữ).



THƯ VIỆN
HUBT

TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

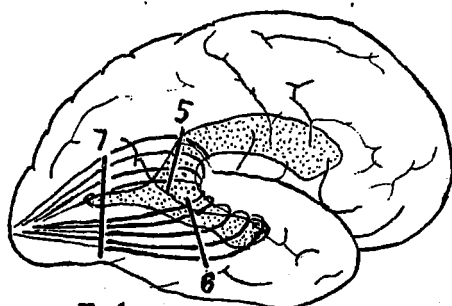



**THƯ VIỆN
HUBT**

Hình 5a

Sơ đồ dẫn truyền thị giác (đen: thị trường mù).

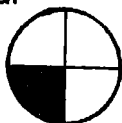
TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ



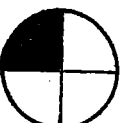
Trái

Phải

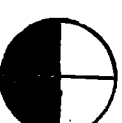
5



6



7



Hình 5b

Tổn thương tia thị và thị trường mù.



THƯ VIỆN
HUBT

TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

**BẢNG 1: TƯƠNG QUAN GIỮA THỊ LỰC VỚI CỖ CHỮ
VÀ NÉT CHỮ CỦA BẢNG SNELLEN**

Thị lực	Cỡ chữ (mm)	Nét chữ (mm)
1/10	75	15
2/10	37,5	7,5
3/10	25	5
4/10	18,7	3,7
5/10	15	3
6/10	12,5	2,5
7/10	10,7	2,1
8/10	9,9	1,9
9/10	8,3	1,7
10/10	7,5	1,5

- Trường hợp không có bảng đo thị lực, yêu cầu bệnh nhân đọc sách, báo, từng mắt một. Nếu không đọc được, yêu cầu bệnh nhân đếm ngón tay, nhận biết bàn tay ở trước mặt mình. Nếu vẫn không nhìn thấy thì bịt từng mắt một và yêu cầu bệnh nhân phân biệt sáng tối.

- Phản xạ tinh thần - mi mắt (reflex psycho - palpébral): đưa đầu tay trở rất nhanh vào gần mắt, bình thường sẽ gây chớp mắt. Trường hợp mù do bệnh thực thể sẽ không chớp mắt, trường hợp hysteric hoặc giả vờ thì vẫn chớp.

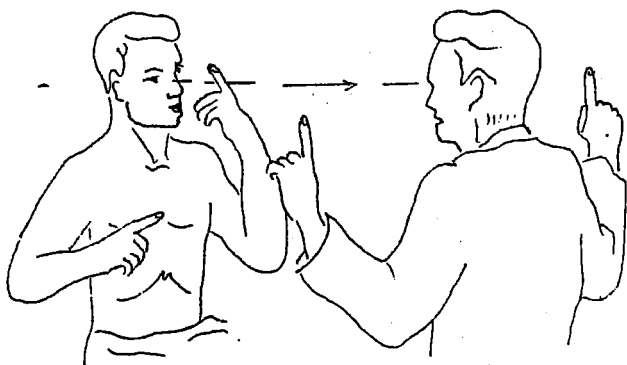
b) Nhận định:

- Bình thường: thị lực 10/10.
- Thị lực giảm do tật khúc xạ của mắt (cận thị, viễn thị, loạn thị), đục thủy tinh thể. Viêm dây thần kinh thị giác.

2. Khám thị trường.

Thị trường là khoảng không gian mà bệnh nhân có thể nhìn thấy được khi nhắm cầu nhìn cố định vào một điểm.

a) Cách khám:

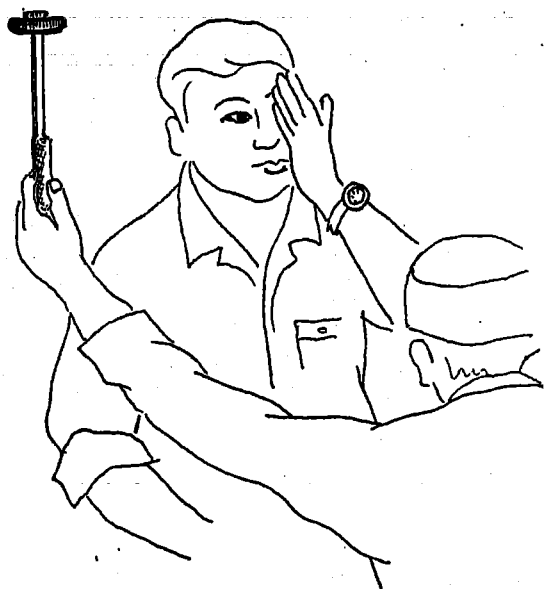


Hình 6: Khám thị trường

+ Để bệnh nhân bịt một mắt (hình 6) mắt kia nhìn cố định vào một điểm mốc cố định nào đó (nhìn vào giữa trán thầy thuốc). Sau đó ta đặt một vật (ví dụ ngón tay người khám) trước mắt bệnh nhân và từ từ di chuyển về các phía: ra ngoài (thị trường ngoài hoặc còn gọi là thị trường thái dương), vào trong (thị trường trong hoặc thị trường mũi), lên

trên và xuống dưới. Ở mỗi hướng bệnh nhân đều phải xác định giới hạn không còn nhìn thấy được vật nữa. Các giới hạn này là ranh giới của thị trường. Có thể khám bằng cách đưa vật từ sau ra trước (hình 7) bảo bệnh nhân xác định thời điểm đầu tiên khi nhìn thấy vật xuất hiện.

Hình 7:
Khám thị
trường



Trường hợp bệnh nhân hoàn toàn không phối hợp được do rối loạn ý thức hoặc rối loạn ngôn ngữ, có thể dùng cách đưa ngón tay thật nhanh vào phía mắt bệnh nhân. Kích thích đe dọa này thường gây ra phản xạ nhắm mắt nếu thị trường bình thường và không nhắm mắt nếu bị bán manh.

Khi có bán manh, có thể phát hiện bằng phương pháp đơn giản như bảo bệnh nhân chia đôi (chỉ điểm giữa) của một cái

gậy ngán (hoặc một sợi dây ngán, một khăn mặt v. v...) Nếu bệnh nhân chỉ chia đúng với khoảng $\frac{3}{4}$ chiều dài của cái gậy, (vì bệnh nhân không nhìn thấy $\frac{1}{4}$ độ dài kia)^{thị} đoạn $\frac{1}{4}$ này chính là đoạn thị trường bệnh nhân bị bán manh (hình 8).



Hình 8a: Phát hiện bán manh.

+ Đo bằng thị trường kế (périmètre) để có một bảng đo thị trường chính xác.

Điều cần lưu ý là khi đo thị trường nên dùng các điểm sáng có kích thước to nhỏ khác nhau và dùng ánh sáng màu khác nhau (như trắng, xanh, đỏ...) vì khi bị tổn thương thị lực đối với ánh sáng màu thường bị thu hẹp sớm hơn và

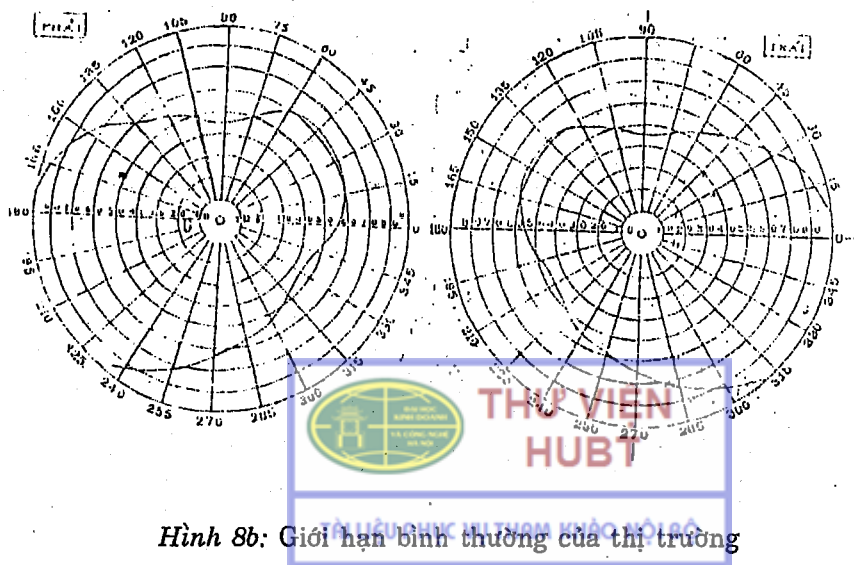
nhều hơn đối với ánh sáng trắng. Bình thường, thị trường đối với màu xanh lam là rộng nhất rồi đến màu đỏ và hẹp nhất là đối với màu xanh lá cây. Trong bệnh hysteric có khi trái lại thị trường chỉ thu hẹp đối với màu xanh lam, còn thị trường với màu xanh lá cây thì bình thường.

Trong bảng ghi thị trường không những chỉ cần chú ý đến chu vi mà cần chú ý đến kích thước của điểm mù và ám điểm (scotome) nếu có.

b) Nhận định:

. Bình thường:

Dùng thị trường kế Landolt, với test trắng 3mm, thị trường bình thường có giới hạn là:



Hình 8b: Giới hạn bình thường của thị trường

- Phía thái dương: $90 - 95^\circ$

- Phía mũi 60°

- Phía trên $50 - 60^\circ$

- Phía dưới 70°

* Các hình thức mất thị trường (hình 5):

+ Mất hoàn toàn thị trường một bên mắt (mù một mắt) do tổn thương dây thần kinh thị giác cùng bên do chấn thương, viêm thị thần kinh, u chèn ép trực tiếp dây thần kinh thị giác.

+ Bán manh khác bên (hémianopsie hétéronyme): bán manh hai thái dương (hémianopsies bitemporales) bán manh hai bên mũi (hémianopsies binasales).

Bán manh hai thái dương: nguyên nhân tổn thương giao thoa thị giác do u tuyến yên, u sọ hầu, u màng não, u ở vùng dưới đồi thị (hypothalamus), u não thất 3, u thần kinh đệm (gliome) tại giao thoa thị giác.

Bán manh hai bên mũi là trường hợp ngoại lệ, có thể do u não thất 3.

+ Bán manh cùng bên (hémianopsie homonyme): tổn thương ở đoạn từ giải thị đến vùng chấm. Tổn thương ở vùng ranh cựa: bán manh cùng bên nhưng còn thị trường trung tâm.

Nguyên nhân: tai biến mạch máu não, u não, chấn thương sọ não.

+ Bán manh một góc dưới cùng bên:

Mất một phần tư dưới thị trường cùng bên (phía đối diện

với tổn thương) nguyên nhân tổn thương tia thị giác (các sợi dẫn tới vùng trên khe chạ) hoặc tổn thương phần trên của khe chạ (supra calcarine) do u não, tai biến mạch máu não, chấn thương sọ não.

+ Bán manh một góc trên cùng bên:

Mất một phần tư trên thị trường cùng bên (phía đối diện với tổn thương), nguyên nhân tổn thương tia thị giác (các sợi dẫn tới vùng dưới khe chạ) hoặc tổn thương phần dưới khe chạ (infracalcarine) do u não, tai biến mạch máu não, chấn thương sọ não.

+ Âm điểm (scotome) trung tâm:

Không nhìn được ở giữa thị trường do tổn thương điểm vàng hoặc tổn thương chọn lọc bố điểm vàng của thần kinh thị giác trong viêm thần kinh thị giác sau nhãn cầu (nervite optique rétrobulbaire) hoặc tổn thương hai bên phần sau trung tâm thị giác ở vỏ não.

+ Thị trường thu hẹp:

- Thu hẹp đều mọi phía, đồng tâm: viêm võng mạc sắc tố, tổn thương hai bên phần trước của trung tâm thị giác ở vỏ não.
- Thu hẹp không đều: teo thần kinh thị giác do bệnh tabes.
- Thu hẹp về phía mũi trong bệnh glaucom.

3. Khám đáy mắt.

a) Cách khám:



THƯ VIỆN
Y HỌC

Dùng máy soi đáy mắt để khám (có hai phương pháp soi đáy mắt: soi đáy mắt hình thẳng và soi đáy mắt hình đảo ngược). Có khi phải nhỏ mắt bằng homatropin 1% cho đồng tử giãn to.

Bệnh nhân nhìn tập trung vào một điểm trước mắt. Phải soi đáy mắt theo một trình tự nhất định, xem kỹ lưỡng và toàn diện võng mạc. Lần lượt xem đĩa thị, điểm vàng, võng mạc vùng trung tâm, võng mạc chu vi các phía: phía trên, phía mũi, phía dưới và phía thái dương.

+ Quan sát đĩa thị: màu sắc, bờ và các biến đổi đĩa thị. Quan sát mạch máu ra vào đĩa thị.

+ Quan sát điểm vàng: lấy đĩa thị làm mốc thì điểm vàng ở ngoài đĩa thị hơi thấp hơn và cách đĩa thị chừng 2 đường kính đĩa thị. Quan sát màu sắc điểm vàng, ánh sáng trung tâm điểm vàng.

+ Quan sát võng mạc: màu sắc, các đám xuất tiết, các đám kết đọng cholestérol, các mạch máu và các biến đổi khác.

Từ lâu người ta đã biết ước lượng các kích thước, khoảng cách của những tổn thương ở đáy mắt bằng cách so sánh với đường kính của đĩa thị. Ngày nay người ta đã có thể xác định chính xác các số liệu này bằng những vòng hay thước chia độ chiếu vào đáy mắt.

Để đo độ sâu hay độ lồi của một tổn thương ở đáy mắt, người ta đo độ chênh lệch bằng diop giữa các bình diện quan sát với máy soi đáy mắt hình phẳng, 1 milimet tương đương với 3 điốp. Ví dụ nếu phải cộng 3 điốp mới nhìn thấy rõ bờ đĩa thị ta nói đĩa thị đã lồi cao hơn bề mặt của võng mạc 1 milimet.

b) Nhận định:

* Đĩa thị

+ Bình thường:



- Hình dáng: tròn hoặc bầu dục đứng.

- Màu sắc: hồng nhạt hơi ngả sang màu da cam, phía thái dương bạc màu hơn phía mũi.

- Kích thước: với máy soi đáy mắt hình thẳng, ta nhìn thấy đĩa thị có đường kính từ 15 - 20mm, có thể nhỏ hơn ở mắt viễn thị và to hơn ở mắt cận thị.

- Bờ đĩa thị: khá rõ, đặc biệt bờ đĩa thị phía thái dương rất rõ, phía mũi mờ hơn.

- Mạch máu: từ giữa đĩa thị, động mạch trung tâm võng mạc chia thành 2 nhánh: nhánh đi lên và nhánh đi xuống, mỗi nhánh lại chia đôi, nhánh thái dương và nhánh mũi.

Từ bờ đĩa thị phía thái dương có hai động mạch điểm vàng chạy theo hướng điểm vàng. Kèm theo động mạch có tĩnh mạch. Động mạch nhỏ hơn tĩnh mạch, màu hồng tươi. Bình thường động mạch không đập và huyết áp động mạch mắt cao hơn nhãn áp, chỉ thấy động mạch đập khi có tăng nhãn áp hoặc hạ huyết áp. Tĩnh mạch to hơn, màu đỏ thẫm hơn động mạch. Bình thường có thể thấy nhịp đập của tĩnh mạch, vì huyết áp tĩnh mạch võng mạc tương đương với nhãn áp.

Bình thường ta nhìn thấy cột máu trong động mạch và tĩnh mạch rất mềm mại, đường kính nhỏ dần, đều đặn, không nhìn thấy thành mạch, chỉ khi nào có hiện tượng viêm và xơ cứng thành mạch mới nhìn thấy được tĩnh mạch trắng như sợi chỉ, nép hai bên thành mạch máu.

+ Các biến đổi đĩa thị:

- Màu sắc:

Màu đỏ: do viêm đĩa thị hoặc phù đĩa thị.

Bạc màu: đĩa thị trắng bệch như mặt trăng tròn đầy, bờ đĩa vẫn rõ nét là hình ảnh *teo đĩa đệm nguyên phát* (teo mà không trải qua quá trình phù nề). Nguyên nhân tổn thương tại đĩa thị do chèn ép, chấn thương, chất độc, bệnh thoái hóa myelin; tabest, hoặc do chấn thương vào giao thoa thị giác, u dây thần kinh thị giác, hoặc một số bệnh có tính chất gia đình (bệnh Leber).

Đĩa thị trắng bệch như mặt trăng tròn, đầy nhưng bờ đĩa thị mờ, không còn nhận ra ranh giới giữa đĩa thị và võng mạc xung quanh, là hình ảnh *teo đĩa thị thứ phát* (teo đĩa thị sau một quá trình phù nề) do tăng áp lực nội sọ nặng và kéo dài hoặc viêm thần kinh thị giác, viêm màng bồ đào (uvéite).

Đĩa thị bạc màu ở một góc một phần tư hoặc một nửa thái dương, thường gặp trong bệnh xơ cứng rải rác.

- Phù đĩa thị (oedème papillaire):

Hình ảnh phù đĩa thị: bờ đĩa thị mờ, nhìn đĩa thị không rõ và có khi nhạt màu, nhìn thấy màu hồng nhạt của võng mạc. Các động mạch ở đáy mắt bị co hẹp, ngược lại các tĩnh mạch bị giãn rộng (các tĩnh mạch giãn to và trường hợp phù đĩa thị nặng còn có thể thấy các đám cháy máu lấm tấm hoặc các đốm bầm tím ngay trên đĩa thị hoặc xung quanh đĩa thị, hoặc xa hơn ở võng mạc. Cũng có thể thấy nhiều đám xuất tiết, biểu hiện bằng những vết, những đám trắng đục.

Cơ chế phù đĩa thị: dây thần kinh thị giác phải chui qua một cái cửa chật hẹp (ống thị giác) và được bao bọc bởi một lớp vỏ màng nhện cho đến gần nhãn cầu. Nhờ có vỏ bọc xung quanh này, dây thần kinh thị giác có liên quan

đến khoang dưới màng nhện trong sọ và được cách ly khỏi ống thị giác. Trong bao đó có các động mạch võng mạc và các tĩnh mạch từ võng mạc chạy ra. Như vậy khi tăng áp lực nội sọ, đến khi áp lực dịch não tủy tăng cao hơn áp lực động mạch đi vào võng mạc thì các động mạch này sẽ có hình ảnh co hẹp lại và các tĩnh mạch sẽ không dễ dàng lưu thông từ võng mạc vào trong sọ để qua các xoang tĩnh mạch, mà chủ yếu là xoang tĩnh mạch hang, rồi theo tĩnh mạch cảnh trong để về tim phải. Hậu quả tất yếu là các tĩnh mạch này giãn to, nghèo nàn và tăng thẩm thấu (các đám xuất tiết) hoặc vỡ ra (các đám xuất huyết). Do ứ đọng tuần hoàn tĩnh mạch mà có tình trạng phù nề đĩa thị.

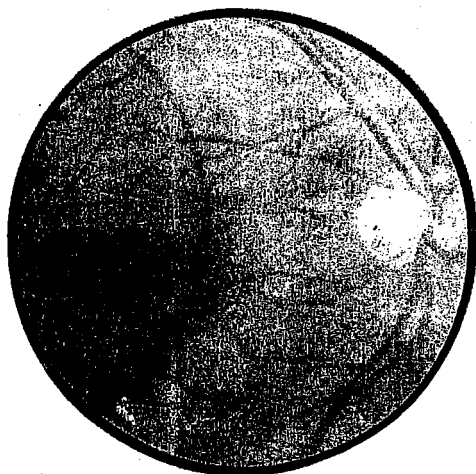
Dựa vào số liệu khi khảo sát áp lực nội sọ, áp lực động mạch trung tâm võng mạc trong quá trình hình thành phù đĩa thị, người ta đã biết: từ 8 đến 10 ngày sau khi áp lực nội sọ tăng thực sự, đĩa thị mới bắt đầu phù nề.

Sau khi tình trạng áp lực nội sọ thực sự đã giảm (đã cắt bỏ u não, đã lấy áp xe não...) chỉ vài ngày sau phù nề đĩa thị đã giảm nhưng phải từ 4 đến 6 tuần sau mới hết hẳn. Riêng ở trẻ em và thanh niên có thể sớm hơn vì phù nề đĩa thị do tăng áp lực nội sọ chỉ do ứ nước nhiều trong các khoang kẽ, trong khi đó các sợi thần kinh vẫn nguyên vẹn, nên khi khám đáy mắt có hình ảnh phù đĩa thị rõ, mà thị lực vẫn chưa giảm. Trái lại khi bị viêm dây thần kinh thị giác, chính các sợi dây thần kinh bị tổn thương mặc dù mới phù đĩa thị rất nhẹ mà thị lực đã giảm rõ rệt và rất sớm.

TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

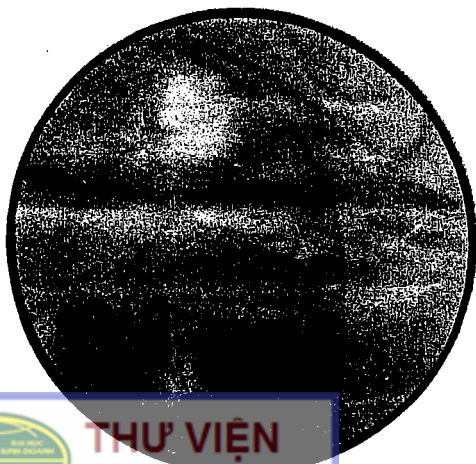
Hình 8c:

A. Đáy mắt bình
hường (mắt phải
người trẻ)



A

B. Dấu hiệu Salus -
Gunn (mắt phải)



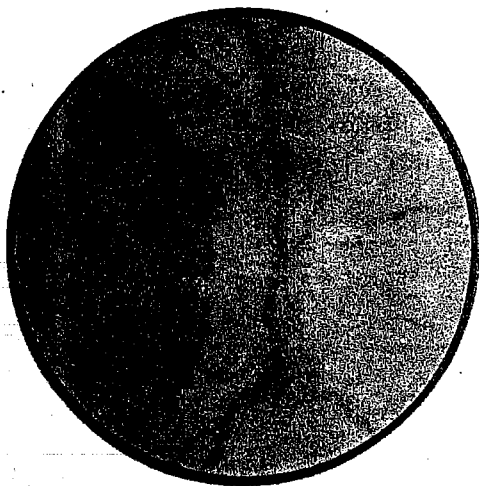
B



THƯ VIỆN
HUBT

TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

Hội chứng giả Foster
- Kennedy do viêm
đính giao thoa thị
giác với màng nhện
không phải do khối u.



C. Mắt phải



D

D. Mắt trái

. Nguyên nhân phù đĩa thị:

Do tăng áp lực nội sọ bất cứ nguyên nhân nào:

Các u hố sọ sau (gần cống Sylvius, gần lỗ chẩm) gây cản trở lưu thông dịch não tủy nhiều, tăng áp lực nội sọ xảy ra sớm.

Hội chứng Foster - Kennedy: do u não vùng trán sau và dưới chèn ép trực tiếp lên dây thị giác gây teo đĩa thị một bên và đĩa thị bên đối diện bị phù nề (do tăng áp lực nội sọ).

Bệnh viêm não, viêm não - màng não, viêm màng não, bệnh huyết áp cao phù đĩa thị ở một giai đoạn nhất định nhưng chỉ là phù đĩa thị nhẹ, nếu phù đĩa thị nặng là bệnh đã biến chứng. Ví dụ: viêm màng não đã có biến chứng viêm dính gây tắc nghẽn đường lưu thông dịch não tủy.

* Mạch máu:

Bình thường tĩnh mạch có kích thước to và đỏ sẫm hơn động mạch. Trong bệnh xơ cứng động mạch, các tĩnh mạch bị ngắt quãng khi bị các động mạch cứng đỡ bất chéo ngang qua, hậu quả là phần trên chỗ bất chéo, tĩnh mạch to ra, phần dưới chỗ bất chéo tĩnh mạch bé lại (dấu hiệu Salus - Gunn).

* Điểm vàng:

+ Bình thường: điểm vàng hình bầu dục, nằm ngang, đường kính dọc 1,5mm, đường kính ngang 2mm. Ranh giới không rõ, là nơi các mạch máu nhỏ dừng lại và bao vây chung quanh. Màu sẫm hơn võng mạc. Chính giữa võng mạc có một chấm sáng màu vàng được gọi là *ánh sáng trung tâm* của điểm vàng.

+ Các biến đổi của điểm vàng:

- Ở người trẻ, điểm vàng bao giờ cũng có ánh sáng trung tâm,

ở người trên 40 tuổi, nếu thấy điểm vàng không có ánh trung tâm, cần phải so sánh thị lực và điểm vàng hai mắt trước khi kết luận đó là tình trạng sinh lý hay bệnh lý.

- Có những chấm đỏ màu hoa đào ở điểm vàng trong bệnh ngu và mù gia đình (idiotie amaurotique familiale) do Ray-Sachs mô tả, bệnh thường gặp ở em bé, tổn thương ở điểm vàng, thị lực ngày càng giảm, trí tuệ kém phát triển, bại liệt rồi chết.

*** Vỡng mạc:**

+ Bình thường: vỡng mạc vùng gần đĩa thị và điểm vàng màu hồng, thuần nhất. Ở người trẻ, vỡng mạc vùng này sáng bóng.

Vỡng mạc chu vi rất mỏng, ngoài hệ thống mạch máu vỡng mạc, còn nhìn thấy hệ thống mạch máu hắc mạc: những đường vân đỏ, to, càng tiến về vùng chu vi vỡng mạc càng đỏ hơn, màu kém thuần nhất hơn.

+ Các biến đổi của vỡng mạc:

- Các đám xuất tiết do các tĩnh mạch tăng áp lực thẩm thấu.

- Các đám xuất huyết do các tĩnh mạch vỡ ra.

- Viêm vỡng mạc do tăng albumin.

- U mạch (angiome) ở vỡng mạc (bệnh Von Hippel Lindau) gồm có: u mạch ở vỡng mạc, u nguyên bào mạch (angioblastome), u nang ở tiểu não, ở tủy, ở thân.

4. Khám sắc giác.

a - Phương pháp khám:

+ Phương pháp dùng đèn màu: dùng trong khám sức khỏe ngành giao thông đường sắt, đường thủy, đường bộ, đường

hàng không hoặc khi tuyển sinh vào các ngành giao thông.

+ Phương pháp so sánh:

- Sợi len Holmgren: đưa cho bệnh nhân một bó sợi len đủ màu sắc và một sợi len màu ve nhạt, yêu cầu bệnh nhân lấy ra trong bó sợi những sợi len cùng màu trong thời gian là 1 phút. Nếu bệnh nhân chọn đúng là sắc giác bình thường. Nếu chọn sai (ví dụ chọn thêm màu hồng, vàng, hay xám) hay do dự suy nghĩ rất lâu (bỏ đi, lấy lại...) là sắc giác không bình thường.

Khi đưa cho bệnh nhân một sợi len màu đỏ thắm hay màu hồng nhạt, nếu bệnh nhân chọn đúng các sợi len màu đỏ nhưng lại chọn thêm cả màu xanh và nâu tím là loạn sắc kiểu Dalton, hoặc chọn thêm màu ve và màu xám là loạn sắc kiểu Nagel.

- Bảng màu sắc: gồm hình một chữ số, một chữ cái hay hình một con vật được vẽ bằng những chấm màu nối tiếp nhau, nằm trên một nền có màu gần giống nhau. Người bình thường thì nhận ra ngay còn người bị loạn sắc không nhận được.

+ Phương pháp quang phổ:

Phương pháp này dựa trên phương trình Raleigh:

Lithium (xanh) + Thalium (đỏ) = Natrium (vàng)

Tùy theo các loại màu sắc mà bệnh nhân hòa hợp, ta biết được bệnh nhân có sắc giác bình thường hay không.

b - Nhận định:

+ Sắc giác bình thường: mắt bình thường thấy được 7 màu chính của quang phổ (đỏ, da cam, vàng, lục, lam, chàm, tím).

+ Dị thường sắc giác bẩm sinh:

- Mắt chỉ thấy được 3 màu cơ bản được gọi là tricromat bình thường. Nếu nhận được 3 màu cơ bản nhưng không thật đúng được gọi là tricromat không bình thường.

- Mắt chỉ thấy được 2 màu cơ bản được gọi là dicromat, trong đó mắt lại không nhìn thấy màu đỏ gọi là dicromat kiểu Dalton hoặc không nhìn thấy màu xanh lá cây gọi là dicromat kiểu Nagel (dicromat kiểu Dalton nhầm màu xám với màu đỏ và màu xanh ve, còn dicromat kiểu Nagel nhầm màu xám với màu vàng - ve).

- Mắt không nhận thấy màu sắc gì cả được gọi là acromat: bệnh nhân nhìn ngoại cảnh như một tấm ảnh đen trắng, thường kèm theo thị lực dưới 1/10, rung giật nhãn cầu, sợ ánh sáng; ban đêm mắt nhìn tương đối tốt hơn. Trong một số trường hợp người ta thấy có tổn thương võng mạc, viêm hắc mạc cực sau.

+ Rối loạn sắc giác mắc phải: hoặc màu sắc của các vật thay đổi (dyschromatopsie) hoặc nhìn vật không màu thành có màu (chromatopsie).

- Nhìn màu sắc của các vật thay đổi: hoặc tạm thời hoặc vĩnh viễn do các nguyên nhân sau đây:

. Sự thay đổi các môi trường khúc xạ:

Thủy tinh dịch bị đục hay có máu.

Thể thủy tinh người già có màu nâu nên mắt nhận thức sai màu xanh.

Xuất huyết tiền phòng hay xuất huyết thủy tinh dịch: ngoại cảnh thành màu đỏ, màu ve thành màu đen.

. Tổn thương ở võng mạc: bong võng mạc, thoái hóa sắc tố võng mạc, võng mạc albumin niệu hay võng mạc đái tháo đường; mắt nhìn sai màu xanh và màu vàng và nhìn mọi vật thành màu xanh.

. Tổn thương các đường thị giác đến trung tâm thị giác. Sắc giác bị rối loạn đối với màu đỏ và màu ve. Mắt còn nhận được màu vàng và màu xanh trong giai đoạn đầu, đến giai đoạn cuối cùng thì không nhận ra hai màu đó nữa.

Thị lực giảm: trong viêm hậu nhãn cầu, mắt có ám điểm trung tâm thì bắt đầu với màu ve, sau với màu đỏ và cuối cùng là màu trắng.

- Nhìn vật không màu thành có màu:
- . Trường hợp không còn thể thủy tinh, mắt thấy màu xanh.
- . Trong nhiễm độc mắt thấy các màu sau đây:

Màu ve vàng trong nhiễm độc santonin, thuốc ngủ barbiturie, oxyd carbon.

Màu vàng hay đỏ trong nhiễm độc rượu metylic.

Màu tím trong nhiễm độc do nấm.

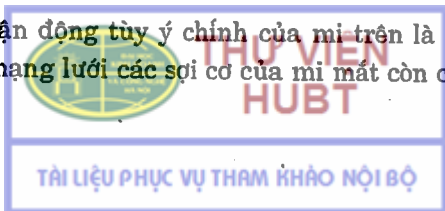
. Bệnh động kinh, bệnh liệt toàn thể mắt cũng thấy màu ve vàng.

III. CÁC DÂY THẦN KINH VẬN NHÃN (DÂY III, DÂY IV, DÂY VI)

A - GIẢI PHẪU:

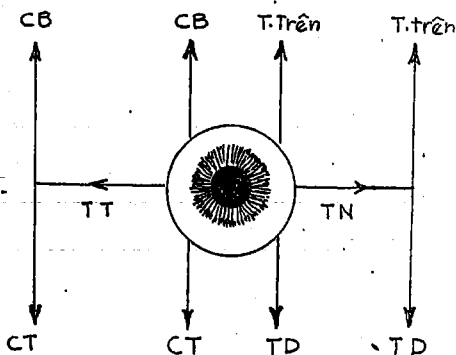
1. Các cơ ở mắt.

Cơ vận động tùy ý chính của mi trên là cơ nâng mi trên. Trong mạng lưới các sợi cơ của mi mắt còn có các sợi cơ vòng



mi (muscle orbiculaire des paupières) và cơ không tùy ý (cơ mi: muscle palpébral).

Các sợi cơ không tùy ý trong màng mắt có hai chức năng: các sợi đồng tâm hợp thành cơ thắt co đồng tử. Cơ mi khi co làm tăng độ cong của nhãn mắt.

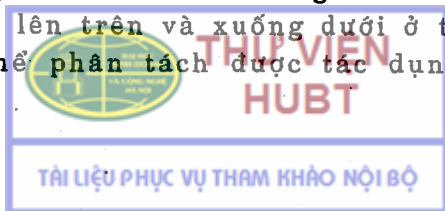


Hình 9a: Các cơ vận nhãn

Có sáu cơ phục vụ cho vận nhãn.

Mỗi khi vận nhãn,

toàn bộ các cơ vận nhãn đều tham gia nhiều hay ít, song mỗi cơ đảm nhiệm từng vận động riêng biệt của mắt. Trên hình 9a, cơ thẳng ngoài là cơ hầu như duy nhất đưa mắt ra ngoài (giăng) và cơ thẳng đưa mắt vào trong (khép). Khi mắt ở tư thế giữa, cử động mắt theo chiều dọc là do chức năng của bốn cơ. Cơ chéo bé và cơ thẳng trên đưa mắt lên trên, cơ chéo to và cơ thẳng dưới đưa mắt xuống dưới. Các cử động đưa mắt lên trên và xuống dưới ở tư thế giữa không thể phân tách được tác dụng của từng cơ đó.



2. Phân bố thần kinh.

a) Dây III: dây vận nhãn chung (*n. moteur oculaire commun*).

+ Thân tế bào (nhân dây III) nằm trong cuống não.

+ Sợi trục ra khỏi cuống não và tạo thành dây III.

- Dây III đi tới thành ngoài của xoang tĩnh mạch hang, khe bướm, ổ mắt.

- Phân bố: Cơ nâng mi trên, cơ thẳng trên, cơ thẳng trong, cơ thẳng dưới và cơ chéo bé.

+ Dây III chứa những sợi điều tiết và co đồng tử (đối giao cảm).

b) Dây IV: dây cảm động (*n. pathétique*) hay dây cơ chéo to (*n. trochléris*).

+ Thân tế bào (nhân dây IV) nằm trong cuống não, phía dưới nhân dây III.

+ Sợi trục sau khi bắt chéo đường giữa, đi ra khỏi mặt sau cuống não và tạo thành dây IV, sau khi bắt chéo đường giữa lần thứ 2, dây IV đi tới thành ngoài xoang tĩnh mạch hang (sát dưới dây III), khe bướm, ổ mắt.

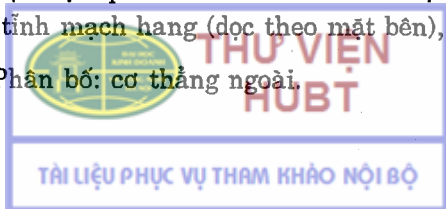
+ Phân bố: cơ chéo to (đưa mắt ra ngoài và xuống dưới).

c) Dây VI: dây vận nhãn ngoài (*n. moteur oculaire externe*).

+ Thân tế bào (nhân dây VI) nằm trong cuống não.

+ Sợi trục qua rãnh hành - cầu và tạo thành dây VI tới xoang tĩnh mạch hang (dọc theo mặt bên), khe bướm, ổ mắt.

+ Phân bố: cơ thẳng ngoài.



B - KHÁM XÉT:

1. Nhìn:

+ Quan sát kỹ hai mắt: độ lớn của khe mi và mọi hiện tượng mắt đối xứng giữa hai mắt. Ở người bình thường cũng có thể có một mức độ không đối xứng nhẹ. Nếu sụp mi một bên hay hai bên, cần nhận xét về mức độ sụp mi có thay đổi trong ngày không. Ngược lại nếu khe mi mở rộng cũng phải chú ý quan sát. Có thể các cử động không tùy ý của mi mắt, nhất là co thắt cơ vòng mắt. Cần đánh giá tốc độ chớp mắt. Cho bệnh nhân mở mắt thật to và nhắm mắt thật chặt.

+ Quan sát đồng tử; yêu cầu bệnh nhân nhìn thẳng trước mặt, quan sát hình dạng, kích thước đồng tử và so sánh hai bên. Bình thường hai đồng tử tròn, bờ đều đặn và cùng kích thước. Độ lớn của đồng tử thay đổi tùy theo lượng ánh sáng của môi trường xung quanh, song thông thường đồng tử có đường kính là 3-5mm. Trong điều kiện chiếu sáng trung bình, đường kính đồng tử dưới 3mm là đồng tử co và trên 5mm là đồng tử giãn.

2. Các phản xạ đồng tử.

Phản xạ đồng tử với ánh sáng:

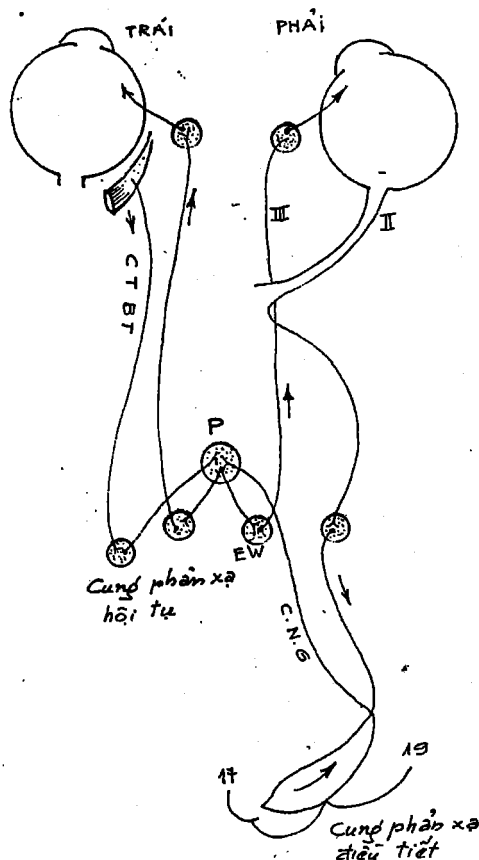
Ta dùng đèn pin từ phía thái dương chiếu thẳng vào đồng tử bệnh nhân (cũng có thể khám bằng ánh sáng ban ngày, bệnh nhân ngồi trước cửa sổ và ta che hai mắt chừng một phút, sau bỏ một mắt ra) ta sẽ quan sát thấy co đồng tử ở bên kích thích (gọi là phản xạ ánh sáng trực tiếp) và ở bên đối diện (là phản xạ ánh sáng đồng cảm). Cần đánh giá tốc độ và mức độ co đồng tử ở từng bên mắt.

+ Phản xạ đồng tử điều tiết và hội tụ (réflex pupillaire à l'accommodationconvergence)

- Cung phản xạ hội tụ: từ các sợi cảm thụ bản thể của cơ thẳng trong theo dây III tới nhân thuộc não giữa của dây V, nhân Perlia, nhân Edanhsơ oetphan (Edinger Westphal), thân dây III, hạch mi, cơ vòng mỏng mắt.

- Cung phản xạ điều tiết: đường thị giác đến vỏ não vùng 17, 19, bó chẩm - não giữa, nhân perlia, nhân Edanhsơ Oetphan, thân dây III, hạch mi, cơ vòng mỏng mắt.

- Khám hội tụ: bảo bệnh nhân nhìn vào ngón tay của thầy thuốc, lúc đầu đặt ngón tay ở xa, sau đưa



Hình 9b:

Cung phản xạ điều tiết và hội tụ

lại gần mắt bệnh nhân. Bình thường: hai mắt sẽ từ từ khép vào đường giữa.

- Khám điều tiết: bảo bệnh nhân nhìn 1 vật ở xa rồi đột nhiên nhìn vào đầu cán búa phản xạ mà thầy thuốc đặt gần mũi bệnh nhân. Bình thường đồng tử giãn ra khi nhìn xa và co lại khi nhìn gần.

3. Vận động nhãn cầu.

Yêu cầu bệnh nhân đưa mắt lên trên, xuống dưới vào trong và ra ngoài, nhìn lên và ra phía ngoài, nhìn xuống và vào trong sau đó yêu cầu bệnh nhân đưa mắt theo một mục tiêu do người khám cầm và di động theo 6 hướng kể trên. Lúc đầu bệnh nhân vận động liên hợp cả hai mắt. Sau đó trong một số trường hợp cần khám riêng từng mắt, còn mắt kia người khám lấy tay che lại.

4. Nhìn đôi.

Hỏi kỹ bệnh nhân có thấy nhìn đôi (nhìn 1 hóa 2) khi đưa mắt nhìn theo các tư thế kể trên. Nếu có nhìn đôi cần hỏi xem khi mắt nhìn theo hướng nào thì các hình cách nhau xa nhất. Trong tư thế có hai hình cách xa nhau tối đa, hình bên ngoài là hình giả và có liên quan tới mắt bị liệt. Có thể xác định được mắt tổn thương đó bằng cách che lần lượt từng bên mắt và hỏi bệnh nhân khi nào thì hình bên ngoài mất đi. Cơ liệt là cơ khi bình thường có tác dụng đưa mắt tổn thương về hướng nhìn đôi.

Cơ thẳng ngoài và trong đưa mắt ra phía ngoài hay vào trong.

Cơ thẳng trên và dưới không những đưa mắt lên trên hay xuống dưới mà còn đưa mắt vào trong.

Cơ chéo to đưa mắt ra ngoài và xuống dưới.

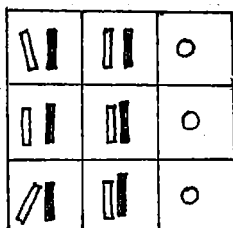
Cơ chéo bé đưa mắt ra ngoài và lên trên

Liệt cơ thẳng trong mắt phải (dây III)

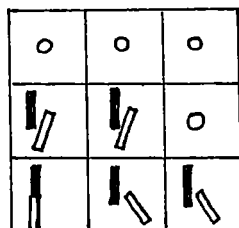
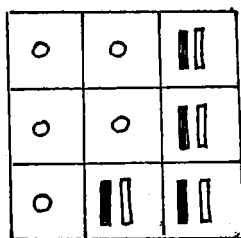
Liệt cơ thẳng ngoài
mắt phải (dây VI)

Liệt cơ chéo trên mắt
phải (dây IV)

TRÁI



PHẢI



Người ta thường dùng
song thị kính
(diploscope); một mắt
kính trắng và mắt kia là
kính màu để khám nhìn
đôi. Nếu có nhìn đôi, bệnh
nhân mang kính đặc biệt
này sẽ nhìn thấy một giải
sáng trắng và một giải
màu khi nhìn vào một
ngọn nến đang cháy để
cách xa bệnh nhân 5m
trong buồng tối.

Hình 10a: Sơ đồ nhìn đôi
(theo I.K. Logalepô)

ảnh thật = đen;

ảnh giả = trắng



TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

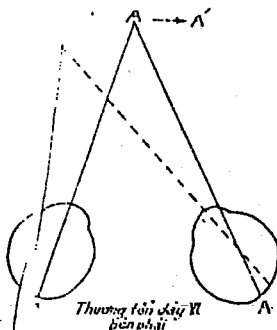
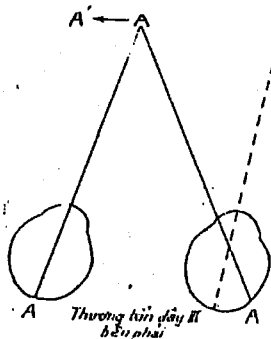
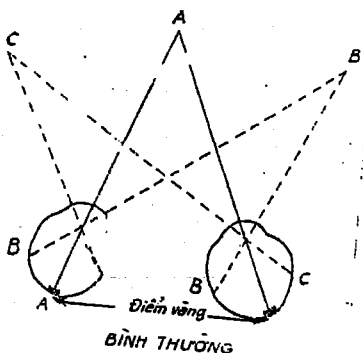
Hình 10b:

Sơ đồ giải thích nhìn đôi.

A=ảnh thật.

A'= ảnh giả.

→ chỉ chiều nhìn của mắt sẽ có nhìn đôi.



C. NHẬN ĐỊNH.

1. Sụp mí (ptosis)

Sụp mí do nhiều nguyên nhân:

- Tổn thương tại cơ nâng mí trên.
- Một số bệnh cơ: bệnh nhược cơ, bệnh Steínert (loạn trương lực cơ - dystrophie myotomique). Trong bệnh nhược cơ, sụp mí hai bên thường không đều nhau và thay đổi, nếu

yêu cầu bệnh nhân giữ nguyên đầu nhưng ngược mắt lên nhìn vào một vật cao hơn đầu, bệnh nhân phải nâng mi liên tục và một lúc sau sụp mi sẽ rõ hơn.

- Liệt dây III; sụp mi do liệt dây III thường có giãn đồng tử, lác, nhìn đôi.

- Tổn thương giao cảm cổ: ít khi gây ra sụp mi nặng, có thể phân biệt dễ dàng với sụp mi do liệt cơ nâng mi trên bằng cách yêu cầu bệnh nhân mở mắt. Nếu liệt cơ nâng mi trên thì bệnh nhân không mở mắt hoàn toàn được, song nếu tổn thương giao cảm cổ làm yếu cơ mi thì bệnh nhân vẫn mở mắt được.

Khe mi có thể mở rộng một hay hai bên do cơ mi trong nhiễm độc tổ giáp trạng. Khe mi rộng một bên có thể là do liệt cơ vòng mi bên đó trong tổn thương dây VII.

Giật mi mắt: thường là một biểu hiện tâm lý, song đôi khi có thể thấy trong Parkinson. Trường hợp này ít thấy bệnh nhân chớp mắt.

Hiện tượng Marcus Gunn: mở to mắt (nâng mi lên thì đồng thời há miệng đưa hàm dưới sang bên đối diện) thường gặp trong sụp mi mất bẩm sinh.

2. Lòi mắt (exophthalmie)

+ Thể hiện rõ khi bệnh nhân nhìn từ thấp lên cao, nhìn nghiêng đầu.

+ Các bệnh gây lòi mắt:

- Bệnh Basedow

- Tiêm thuốc vào hậu nhãn cầu

- Phù nề kết mạc mắt

- Độ hộp sọ kém phát triển
- Lồi mắt một bên: u hốc mắt hay u hậu nhãn cầu.
- Lồi mắt và sụp mi, liệt dây III toàn bộ thường do u não hoặc viêm tắc xoang tĩnh mạch bên (nghe được nhịp mạch đập ở mắt bệnh nhân).

3. Lõm mắt (enophtalmie)

Trong hội chứng Claude Bernard - Horner.

4. Đồng tử không đều.

Do viêm mống mắt hay dính mống mắt hoặc bệnh liệt toàn thể tiến triển do giang mai.

5. Co đồng tử.

Khi đường kính đồng tử dưới 3mm thì gọi là co đồng tử. Các nguyên nhân gây co đồng tử:

- + Các nguyên nhân ở não.
- Do kích thích trung tâm co đồng tử ở vùng dưới đồi thị (hypothalamus).
- Do giảm hoặc mất tác động ức chế của hệ giao cảm đối với trung tâm co đồng tử (khi ngủ).
- Tổn thương cấp ở vỏ não, các nhân xám, tăng áp lực nội sọ đột ngột, xuất huyết màng não, chấn thương sọ não. Theo Blakeslee (1929) trong chấn thương sọ não: nếu đồng tử co kèm theo mất phản xạ đồng tử thì tỷ lệ tử vong 70%, nếu đồng tử co mà phản xạ đồng tử vẫn bình thường thì tỷ lệ tử vong 40%.
- Một số bệnh tâm thần: Mất trí sớm, sáng rệu cấp (delirium tremens).

+ Tổn thương cung phản xạ đồng tử hoặc các trung tâm của đồng tử:

- Co đồng tử do liệt thần kinh giao cảm: điển hình là hội chứng Claude Bernard-Horner:

- Các bệnh của mắt gây co đồng tử:

Tổn thương gây kích thích ở bán phần trước mắt như: viêm giác mạc, viêm màng bồ đào cấp...

Vết thương xuyên thủng nhãn cầu gây xẹp tiền phòng hay khi nhãn áp bị hạ xuống đột ngột sau khi mở tiền phòng (mở điều trị glaucom, đục thể thủy tinh: cristallin)

- Co đồng tử do co thắt cơ vòng:

Do các nhân co đồng tử Edinger - Westphall bị kích thích trong trường hợp bị u cầu não, xuất huyết cầu não, viêm não.

Do dây III bị kích thích, do viêm màng não cấp, viêm tai giữa làm mủ, nhiễm khuẩn cấp tính mạch xoang hang, tổn thương chèn ép ở khe bướm.

Do chèn ép các hạch hắc mạc và do giải phóng histamin, nên các chấn thương vùng mắt cũng hay gây ra co đồng tử.

+ Tổn thương tủy:

Bệnh tabes.

+ Các thuốc làm co đồng tử:

Các thuốc tăng cường đối giao cảm:

Dung dịch pilocarpin khi nhỏ vào mắt gây co thắt cơ vòng mống mắt.

Eserin, DFP (difluorophosphat): ức chế men cholinesteraza và



do đó tạo điều kiện cho acetylcholin hoạt động gây co đồng tử.

Ngộ độc morphin: đồng tử co nhỏ như đầu kim (cao thuốc phiện có 20% morphin).

6. Giãn đồng tử.

Khi đường kính đồng tử trên 5mm thì gọi là giãn đồng tử. Đồng tử giãn có thể do tổn thương cung phản xạ đồng tử hoặc các trung tâm của đồng tử.

Đồng tử giữ được thế thăng bằng nhờ hai hệ thống: thần kinh đối giao cảm (dây III) gây co đồng tử và giao cảm làm giãn đồng tử. Đường thần kinh làm giãn đồng tử thuộc hệ thống giao cảm có 3 neuron (hình 11).

Neuron 1 (trung tâm) đi từ vùng dưới đồi (hypothalamus) đến trung tâm mi gai.

Neuron 2 từ trung tâm mi gai đến hạch cổ trên.

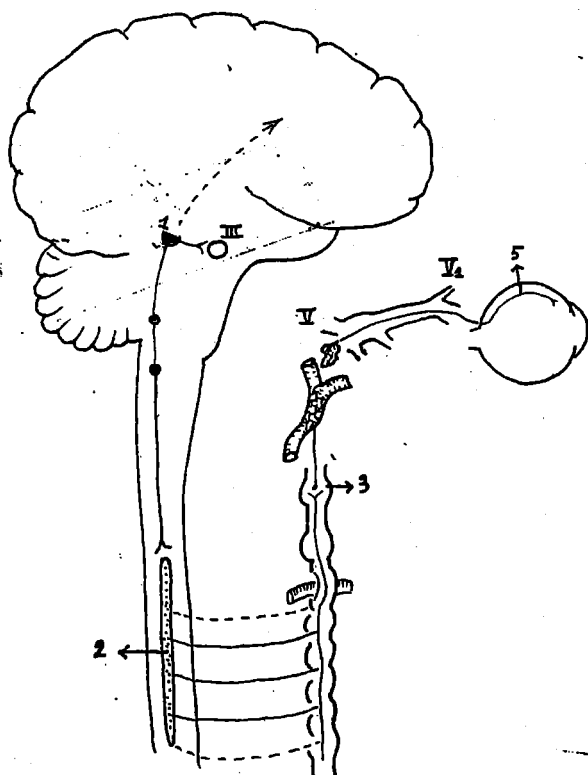
Neuron 3 từ hạch cổ trên đến cơ xoè đồng tử, ở đoạn này các sợi giao cảm mượn đường đi qua hạch Gasser dây V (dây thần kinh mũi, dây thần kinh mi dài) mà vào mắt.

Các nguyên nhân gây giãn đồng tử:

+ Giãn đồng tử do liệt thần kinh đối giao cảm (dây III) đường đối giao cảm làm co đồng tử có thể bị tổn thương ở nhiều chỗ khác nhau:

- Tổn thương ở khoảng giữa các nhân của đồng tử và hạch mi: đồng tử giãn không hoàn toàn, cơ vòng của đồng tử có khi còn co nhẹ.

- Tổn thương ở hạch mi: đồng tử giãn cực đại.



Hình 11: Đường giao cảm làm giãn đồng tử

- | | |
|---------------------------|---------------------|
| 1. Trung tâm dưới đồi thị | 2. trung tâm mi gai |
| 3. Hạch trên cổ | 4. Hạch Gasser |
| 5. Dây thần kinh mi dài | |

- Tổn thương giữa hạch mi và mắt: đồng tử giãn cực đại.

Trường hợp tổn thương ở hạch mi hoặc ở giữa hạch mi và mắt thì cơ vòng của đồng tử bị liệt (cơ này do dây III điều khiển). Khi ta rọi sáng vào đồng tử liệt, đồng tử bất động nhưng bên mắt lành (không rọi sáng) có phản xạ đồng cảm. Trong hội chứng Adie: biểu hiện bất thường của một bên đồng tử: giãn đồng tử, phản xạ ánh sáng (trực tiếp hoặc đồng cảm) mất, phản xạ điều tiết hội tụ còn nhưng chậm và co kéo dài sau khi đã thôi hội tụ, giảm thị lực do giãn đồng tử, phản xạ gân xương giảm nhiều hoặc mất. Căn nguyên không rõ ràng, thường gặp ở nữ giới, tuổi trưởng thành hoặc trung niên.

Trong hội chứng khe bướm (tổn thương dây III, IV, V và VI): đồng tử giãn, sụp mi, nhãn cầu bất động, giảm cảm giác vùng V₁ chi phối.

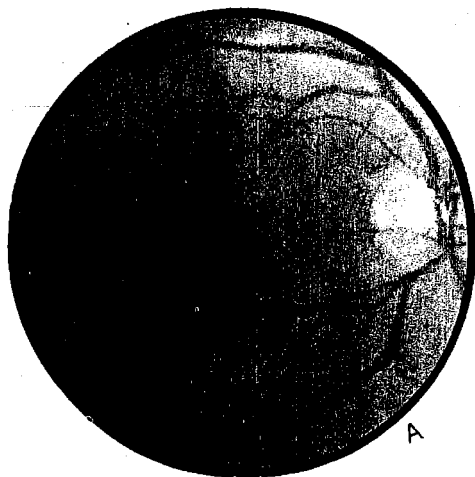
+ Các nguyên nhân gây liệt dây III cũng là những nguyên nhân gây giãn đồng tử: nhiễm khuẩn thần kinh ở giai đoạn cuối: (viêm não virus, uốn ván, viêm màng não mủ), tai biến mạch máu não ở cuống não, phình động mạch cảnh trong, tụt kẹt não thùy thái dương, chấn thương sọ não, phù não. Theo Blakeslee (1929) trong chấn thương sọ não mà đồng tử giãn to và bất động thì tỷ lệ chết tới 95%, nếu đồng tử giãn nhưng phản xạ đồng tử vẫn bình thường thì tỷ lệ tử vong là 30%.

+ Giãn đồng tử do kích thích thần kinh giao cảm.

Khi hệ thống thần kinh giao cảm bị kích thích các cơ xoè đồng tử co lại làm giãn đồng tử. Các kích thích đó có thể do:

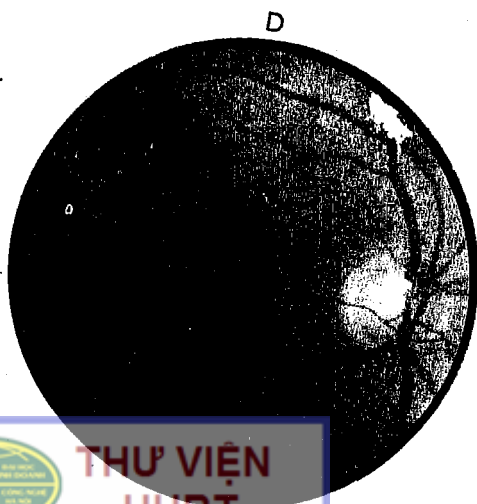
. U của tủy sống cổ, u trong thất.

. U máu đè vào vùng giao cảm cổ.



A

A và C - chảy máu ở
vùng điểm vàng (giai
đoạn đầu bờ trên
ngang, giai đoạn sa u
máu tiêu bớt - mắt
phải)



D

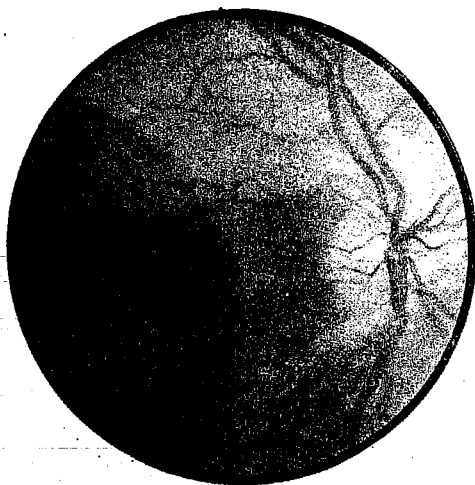


THƯ VIỆN
Y HỌC

TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

Hình 8d :

A - tắc động
mạch trung tâm
võng mạc (mắt
phải)



C

B - chảy máu
võng mạc (bờ trên
ngang, bờ dưới lan
tỏa - mắt trái)



THƯ VIỆN
HUBT

TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

B

. Các túi phình của mạch máu vùng ngực, của quai động mạch chủ.

. Các tổn thương ở đỉnh phổi, nhất là viêm màng phổi đỉnh.

+ Các thuốc làm giãn đồng tử:

- Thuốc làm liệt thần kinh đối giao cảm: atropin, homatropin; scopolamin. Các thuốc này làm liệt sự điều tiết.

- Thuốc tăng cường hệ thống giao cảm: cocain, ephedrin, adrenalin.

+ Các bệnh của mắt gây giãn đồng tử:

- Glaucome: đồng tử giãn to, méo mó do kích thích thần kinh giao cảm.

- Dụng giáp nhãn cầu: đồng tử giãn to, nhiều khi đồng tử không tròn mà bầu dục.

- Các bệnh đáy mắt nặng gây mù như: viêm thị thần kinh cấp, tắc động mạch trung tâm võng mạc, chấn thương đứt dây thần kinh thị giác, teo thị giác, teo thị thần kinh cũng gây giãn đồng tử và mất phản xạ đồng tử đối với ánh sáng.

+ Các trạng thái bệnh lý toàn thân khác gây giãn đồng tử:

- Hầu hết các dạng hôn mê (trừ hôn mê do urê huyết cao).

- Các trường hợp ngộ độc do thuốc ngủ (gardenan, veronan, cloran...) cũng như hầu hết các loại ngộ độc khác (trừ ngộ độc do morphin và các thuốc khác chế từ thuốc phiện) đều gây giãn đồng tử cả hai bên.

- Trong cơn sản giật, trong trạng thái ngất, thiếu oxy.



THƯ VIỆN
HUY

- Trong khi gây mê thấy đồng tử đột nhiên giãn rộng, cần coi chừng bệnh nhân ngất, sốc. Nếu đồng tử từ từ giãn to: bệnh nhân bị ngộ độc.

- Đồng tử không đều, nhưng nếu chỉ là triệu chứng đơn độc thì có thể là do bệnh của mắt, do dị dạng bẩm sinh, do phân bố không đều thần kinh giao cảm của mắt.

7. Mất phản xạ đồng tử với ánh sáng (ĐT - AS).

+ Cung phản xạ ĐT - AS:

- Đường hướng tâm (võng mạc, dây II, giao thoa thị giác): các sợi đồng tử của dây II kết thúc ở củ não sinh tư trước (trung khu phản xạ ĐT - AS). Neuron tiếp theo từ củ não sinh tư trước tới nhân Yacubovits (đôi nhân tế bào bé của dây III) cả hai bên, do đó có phản xạ ánh sáng đồng cảm. Neuron tiếp theo từ nhân Yacubovits theo dây III tới hạch mi (ganglion ciliare). Neuron cuối cùng từ hạch mi tới cơ thất đồng tử (sphincter pupillaire):

- Đường li tâm: dây III.

- Bình thường vỏ não có tác dụng ức chế trung tâm co đồng tử. Khi vỏ não ngừng tác động đến trung tâm này thì đồng tử co lại (như trong giấc ngủ). Ngược lại trong một số trường hợp hôn mê mà vỏ não bị kích thích, trung tâm co đồng tử bị ức chế mạnh thì đồng tử giãn to.

+ Phản xạ ĐT - AS có thể bị giảm hay mất khi các phần hướng tâm hoặc ly tâm của cung phản xạ bị gián đoạn:

- Tổn thương trên đường hướng tâm (dây II): mất phản xạ ánh sáng trực tiếp nhưng còn phản xạ ánh sáng đồng cảm (khi chiếu ánh sáng ở mắt đối diện).

- Tổn thương trên đường li tâm (dây III): mất phản xạ ánh sáng trực tiếp và mất phản xạ ánh sáng đồng cảm.

+ Dấu hiệu Argyll-Robertson (1869) (do tổn thương phần hướng tâm của cung phản xạ đồng tử đối với ánh sáng):

Đồng tử co nhỏ, không đều, không bằng nhau, mất phản xạ ánh sáng và đồng cảm nhưng còn phản xạ điều tiết, do tổn thương các củ não sinh tư. Nguyên nhân do:

- Giang mai hệ thần kinh: bệnh tabes, liệt toàn thể tiến triển.

- Các tổn thương ở não giữa (mésencéphale): các tổn thương nằm giữa thể gối trong và nhân Edinger - Westphall.

- Viêm não dịch tể (encéphalite épidémique) hay viêm não ngủ lịm (encéphalite léthargique).

- Khối u ở nền não.

- Nghiện rượu mạn tính.

- Xơ cứng động mạch não.

- Bệnh thoái hóa thần kinh di truyền: bệnh Déjérine Sottas, hoặc bệnh đái tháo đường.

- Các tổn thương của hạch mi: dấu hiệu Argyll-Robertson xảy ra sau chấn thương nhãn cầu, hốc mắt, các khối u trong hốc mắt, zona mắt.

+ Mất phản xạ điều tiết và còn phản xạ ánh sáng: viêm não - thân não.

+ Mất phản xạ ánh sáng và điều tiết: chấn thương hoặc viêm móng mắt làm cho đồng tử không thay đổi kích thước được.

+ Nếu cả hai mắt không còn phản xạ ánh sáng mà bệnh nhân còn nhìn bình thường là tổn thương tại trung não.

+ Nếu mù cả hai mắt, không có phản xạ ánh sáng là do tổn thương đoạn từ võng mạc đến đồi thị.

+ Phản xạ đồng tử lười (khi rọi ánh sáng vào mắt, đồng tử co chậm) gặp trong: bệnh viêm hắc võng mạc vùng điểm vàng, mờ mắt do rượu, do thuốc lá giang mai thần kinh, bệnh thiên đầu thống (glaucome).

8. Phản xạ đồng tử với cảm giác đau

- Khi có cơn đau: đau đẻ, kẹp vào da... thì đồng tử giãn ra từ từ, sau đó đột nhiên co nhỏ hơn lúc chưa bị đau. Tiếp đó đồng tử lại giãn trong khoảng 2 phút, rồi lại co dần.

Khi hết đau, đồng tử trở lại bình thường.

Đồng tử bị giãn to cả hai bên có thể là do các nhánh thần kinh bị chấn thương tiết ra adrenalin, chất này kích thích hệ thống thần kinh giao cảm và do đó đồng tử bị giãn to

9. Rối loạn vận nhãn

Do các nguyên nhân sau:

+ *Bệnh cơ* (myopathie): vận động nhãn cầu có thể bị hạn chế toàn bộ.

Bệnh cơ của mắt (myopathie oculaire): khởi đầu ở tuổi trưởng thành, thường bằng hiện tượng sụp mí, liệt từ từ các cơ vận nhãn rồi đưa đến liệt hoàn toàn. Một số thể bệnh cơ tiến triển tới các cơ thanh quản, hầu, họng, các cơ ở cổ và các cơ ở gốc chi trên.

+ *Bệnh loạn trương lực cơ* (myotonie atrophique): cũng có

thể có bảng bệnh cảnh tương tự như trên.

+ *Bệnh nhược cơ (myasthénie).*

Thường bị sụp mi mắt một hoặc hai bên, có thể kèm theo triệu chứng nhìn đôi do yếu cơ thẳng ngoài. Trong những trường hợp nặng, các cơ vận nhãn chung cũng bị ảnh hưởng, vận động nhãn cầu về mọi hướng đều bị hạn chế. Các triệu chứng nặng thêm sau khi liên tục vận động cơ mắt, buổi chiều nặng hơn buổi sáng.

+ Liệt dây III

Liệt dây III hoàn toàn: sụp mi, lác ngoài, nhìn đôi, giãn đồng tử và mất các phản xạ đồng tử.

Liệt dây III không hoàn toàn: có thể không có rối loạn phản xạ đồng tử và không sụp mi, nhưng có hiện tượng nhìn đôi.

Liệt dây III hai bên: thường không hoàn toàn và phần nhiều do tổn thương não giữa, nơi hai nhân dây III rất sát nhau.

Nguyên nhân liệt dây III:

- Tổn thương ở cuống não do khối u hay tổn thương mạch máu:

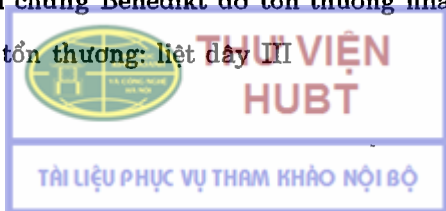
. Hội chứng Weber do tổn thương nhân dây III

Bên tổn thương: liệt dây III

Bên đối diện với tổn thương: liệt nửa người.

. Hội chứng Bénédict do tổn thương nhân đỏ:

Bên tổn thương: liệt dây III



Bên đối diện với tổn thương: run do tiểu não (tremblement cérébelleux), múa giật, múa vờn.

- Hội chứng Nothnagel do tổn thương ở cuống não và cuống tiểu não trên: liệt dây III (một hoặc hai bên), thất điều tiểu não

- Hội chứng thành ngoài xoang hang: liệt dây III, IV, VI, và V₁ (nhưng dây VI liệt muộn hơn).

Tụt kẹt (engagement) thùy thái dương trong khe Bichat gây ra tổn thương dây thần kinh ở thân não và xoang tĩnh mạch hang. Những sợi đồng tử bị tổn thương đầu tiên và giãn đồng tử là một dấu hiệu sớm và rất có giá trị.

- Liệt dây III trong chảy máu màng não, đa số do phình mạch (anévrisme) động mạch cảnh hay động mạch thông sau; thường không có triệu chứng giãn đồng tử, có thể là do tổn thương cả các sợi giao cảm quanh động mạch.

- Ung thư vòm họng: thường liệt dây vận nhãn một bên.

Hội chứng Moebius (đồng nghĩa: liệt mặt tiên thiên hai bên, liệt mắt và liệt mặt tiên thiên):

Do thoái triển các tế bào vận động của một số dây thần kinh sọ não (dây III, dây VI, dây VII, đôi khi cả dây IX, dây X) với triệu chứng phụ thuộc vị trí khu trú của các dị dạng thần kinh, chủ yếu là không thể đưa mắt phối hợp sang ngang, liệt mặt cùng bên và rối loạn nuốt.

+ Liệt dây IV: ít khi đơn độc, do tổn thương ở cuống não:

- Nhìn đôi dọc (diplopie verticale): hình giả ở dưới hình thật khi nhìn xuống dưới.

Nhãn cầu hơi nhìn lên trên.

+ Liệt dây VI:

- Nhìn đôi cùng bên (diplopie homonyme): hình giả luôn luôn ở ngoài khi nhìn về bên tổn thương.

Hình 12:

Hội chứng
Foville (nhìn
phía sau)

P: Bó tháp

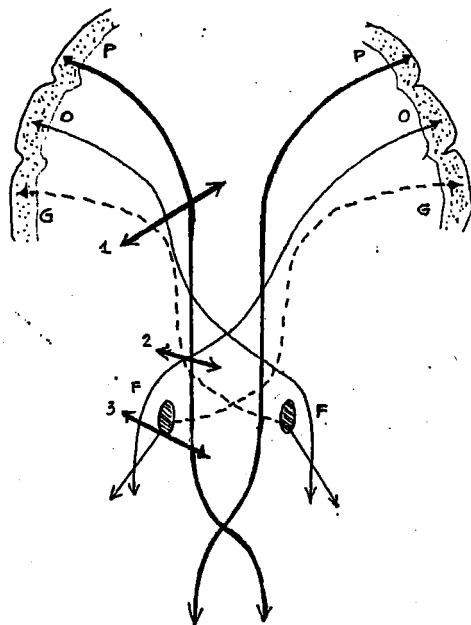
O: Dường quay
mắt - quay đầu

G: Bó gối

1. Hội chứng Foville cuống não

2. Hội chứng Foville cầu não trên

3. Hội chứng Foville cầu não dưới



- Lác trong (strabisme convergent)

Nguyên nhân liệt dây VI:

- Thường gặp tổn thương dây trong hội chứng tăng áp lực nội sọ do bất kỳ căn nguyên nào.

- Tổn thương ở cầu não thường kèm liệt dây VII cùng bên và các dấu hiệu tháp bên đối diện, nguyên nhân do khối u

chèn ép, tai biến mạch máu, bệnh thoái hóa.

- Viêm màng não cấp hoặc mạn tính.
- U nền não
- Phình mạch ở động mạch não sau hay động mạch tiểu não trên.
- Liệt dây VI hai bên thường gặp trong viêm màng não nền sọ do lao.

10. Sự phối hợp vận nhãn.

Nhờ có bố dọc sau, hai nhãn cầu bao giờ cũng vận động đồng thời và phối hợp với nhau. Khi co bất kỳ một cơ vận nhãn nào thì đồng thời các cơ đối vận tương ứng cũng giảm trương lực.

Trung tâm của sự nhìn chủ ý là trung tâm quay mắt quay đầu về bên đối diện, nằm ở phần sau của hồi trán 2 (hình 12). Các sợi từ vỏ não khi tới cầu não thì bắt chéo và kết thúc ở gần nhân dây VI. Từ nhân dây VI, xung động đồng thời theo dây VI tới cơ thẳng ngoài và theo dây III tới cơ thẳng trong bên kia, đảm bảo sự quay phối hợp nhãn cầu về bên đối diện với bán cầu đã sinh ra xung động.

Do đó khi tổn thương cầu não sẽ gây liệt động tác nhìn về bên ổ tổn thương, khi tổn thương hồi trán 2 sẽ liệt động tác nhìn về bên đối diện với ổ tổn thương.

+ Liệt chức năng nhìn ngang (hình 13):

- Hội chứng Foville cường não:

. Hai mắt nhìn sang bên tổn thương (ngắm nhìn ổ tổn thương)

. Liệt nửa người bên đối diện

+ Hội chứng Foville cầu não trên:

Hai mắt nhìn sang bên liệt

Liệt nửa người bên đối diện

- Hội chứng Foville cầu não dưới

Hai mắt nhìn sang bên liệt

Liệt nửa người (trừ mặt) bên đối diện

Liệt mặt ngoại vi bên tổn thương

+ Liệt chức năng nhìn dọc:

Hội chứng Parinaud:

- Liệt chức năng nhìn lên trên, đôi khi cả nhìn xuống dưới.

- Liệt chức năng hội tụ hai mắt

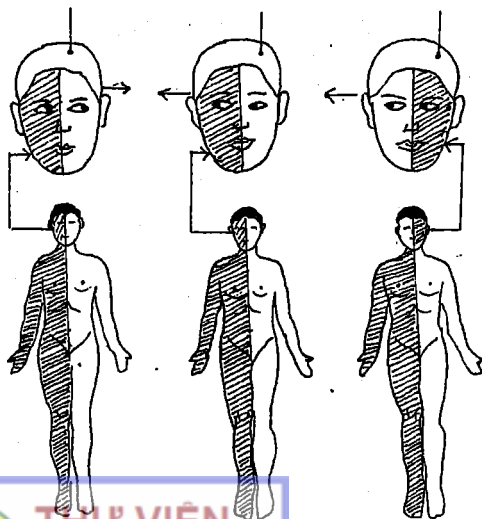
Hội chứng này gặp trong tổn thương ở chỏm cầu não.

Hình 13

a) Hội chứng
Foville cuống
não

b) Hội chứng
Foville cầu
não trên

c) Hội chứng
Foville cầu
não dưới



DÂY V - THẦN KINH SINH BA (NEFR TRIJUMEAU)

A- GIẢI PHẪU:

Dây V là dây hỗn hợp (hình 14a - trang 79):

1. Nhánh vận động.

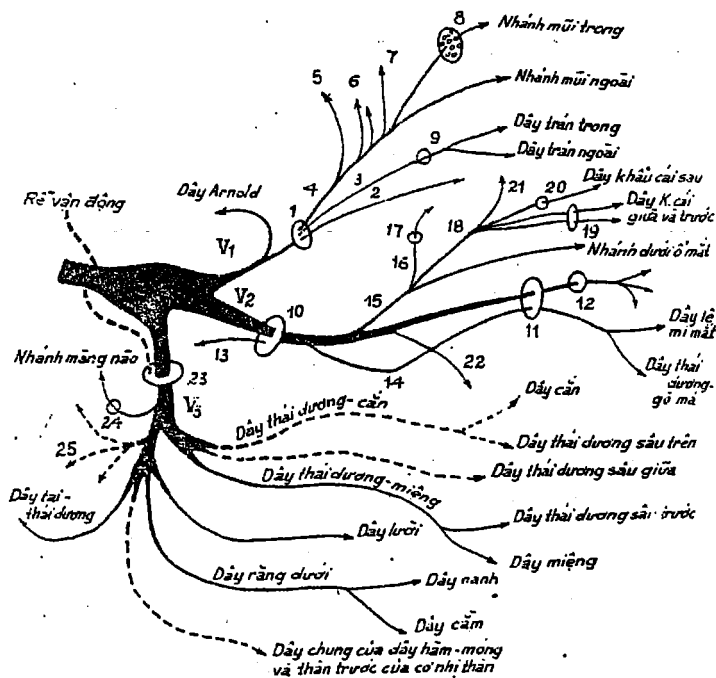
- + Thân tế bào: nằm ở cầu não (nhân nhai)
- + Sợi trục: làm thành rễ vận động của dây V, đi dưới hạch Gasser và tạo thành một phần của dây thần kinh hàm dưới.
- + Nhánh vận động này chi phối cho các cơ nhai cùng bên: cơ cắn, cơ thái dương, cơ chân bướm trong và ngoài.

Người ta cho rằng bộ phận vận động của dây V được điều khiển từ vỏ não của cả hai bán cầu não (có thể là một bên chính, một bên phụ). Do đó nếu liệt vận động của dây V một bên thì đó là tổn thương dưới nhân, nghĩa là tổn thương ngoại vi.

2. Nhánh cảm giác.

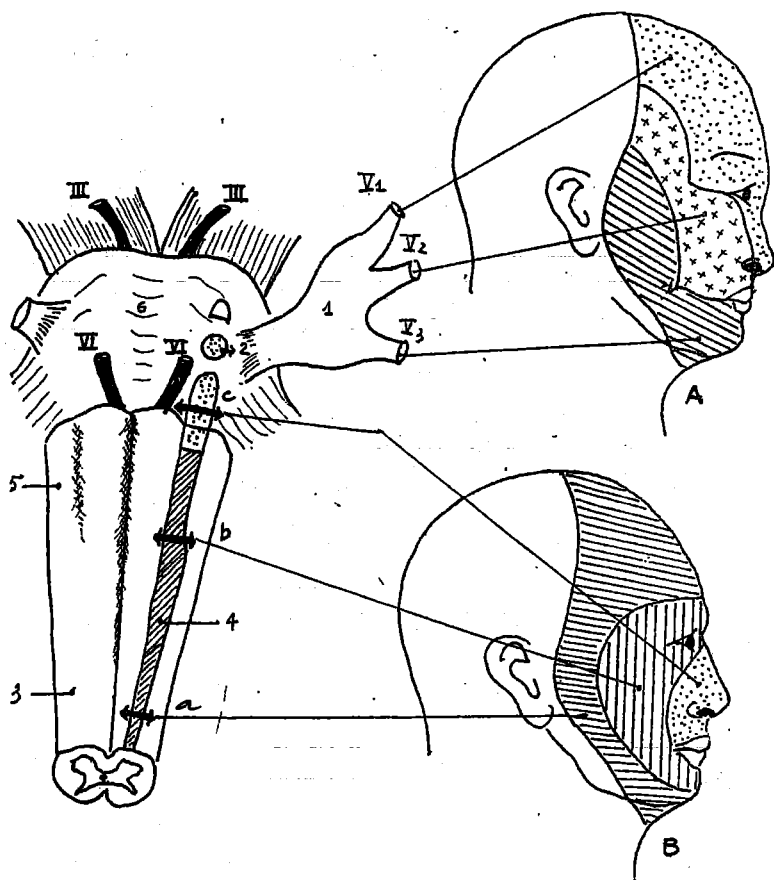
- + Thân tế bào nằm ở hạch Gasser
- + Dùi gai:
- Cấu tạo thành nhánh thần kinh mắt, nhánh thần kinh hàm trên và một phần của nhánh thần kinh hàm dưới.
- Chi phối cảm giác nửa mặt và niêm mạc (mũi, má, xoang) cùng bên.
- + Sợi trục: làm thành rễ cảm giác của hạch Gasser, đi vào cầu não, ở đó nó khớp với neuron trung ương để đến đồi thị.

TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ



Hình 14a: Sơ đồ dây V

- | | |
|---|------------------------|
| 1. Khe bướm | 2. Dây lệ |
| 3. Dây trán | 4. Dây mũi |
| 5. Rễ cảm giác hạch mi | 6. Hai nhánh mi dài |
| 7. Nhánh bướm sáng | 8. Lỗ sàng |
| 9. Lỗ trên ổ mắt | 10. Lỗ tròn to |
| 11. Hố chân bướm hàm | 12. Lỗ dưới ổ mắt |
| 13. Nhánh màng não | 14. Nhánh ổ mắt |
| 15. Dây bướm - khẩu cái | 16. Nhánh mũi |
| 17. Lỗ bướm - khẩu cái | 18. Các nhánh khẩu cái |
| 19. Ống khẩu cái chính | 20. Ống khẩu cái phụ |
| 21. Nhánh chân bướm - khẩu cái | 22. Dây răng trên |
| 23. Lỗ bầu dục | 24. Lỗ tròn bé |
| 25. Thân chung của dây chân bướm trong và ngoài cơ búa. | |



Hình 14b: Sơ đồ phân bố thần kinh da mặt

A- Theo dây: I nhánh mắt; II nhánh hàm trên; III nhánh hàm dưới.

B- Theo khoang :

1. Hạch Gasser;

2. Nhân vận động dây thần kinh V

3. Tủy sống;

4. Nhân cảm giác dây thần kinh V;

5. Hành não;

6. Cầu não

a.b.c: các tổn thương nhân cảm giác (a ở phần dưới; b ở phần giữa, c ở phần trên)

+ Các xung động đau, nóng, lạnh và một phần xúc giác tận cùng ở nhân bó đi xuống hay bó tủy sống, bó này tiếp theo nhân cảm giác chính của dây V qua cầu não và hành não tới đoạn tủy cổ ba. Tại nhân này, các sợi bắt nguồn từ các phần khác nhau của mặt được phân bố như sau:

- Các sợi từ quanh miệng khớp với các neuron thứ hai ở phần cao nhất của rễ đi xuống.

- Các sợi từ vòng đồng tâm phía ngoài miệng nối tiếp với phần thấp hơn của bó đi xuống.

- Các sợi từ phần ngoài nhất của mặt đi tới phần thấp nhất của bó đó.

Các sợi từ các neuron trong bó đi xuống bắt chéo sang bên đối diện và đi lên đồi thị, sau đó cùng các sợi cảm giác của thân đi lên vỏ não cảm giác.

B- KHÁM XÉT:

1. Khám vận động.

+ Quan sát cơ nhai: nếu teo cơ nhai thì vùng thái dương, vùng dưới gò má bị phẳng, đôi khi thấy rung thớ cơ ở cơ cắn và cơ thái dương, nếu cơ nhai cả hai bên yếu thì hàm dưới bị trễ xuống.

+ Khám sức cơ:

- Khám vận động tùy ý:

. Ngậm miệng (cơ cắn, cơ thái dương, cơ chân bướm trong).

. Há miệng thật lớn (nếu liệt vận động của dây V, miệng sẽ bị lệch về bên dây V bị tổn thương, vì hai cơ chân bướm trong và ngoài không còn đủ sức đưa lùi cầu của hàm dưới

ra phía trước, trong khi động tác này lại thực hiện bình thường phía bên đối diện).

. Đưa hàm dưới ra trước (cơ đồng thời hai cơ chân bướm ngoài).

. Đưa hàm sang bên đối diện (cơ chân bướm ngoài). Chú ý liệt vận động của dây V, bệnh nhân không thể đưa hàm dưới sang phía đối diện. Hiện tượng này để làm cho lâm với liệt dây VII phía đối diện.

- Khám sức cơ nhai:

Ta áp hai lòng bàn tay vào hai bên cơ thái dương và cơ cắn, yêu cầu bệnh nhân cắn chặt hai hàm răng 2 - 3 lần, bình thường thấy cảm giác hai cơ này phồng lên và rắn chắc đều hai bên.

2. Khám cảm giác.

Dùng tăm lông (hoặc chổi lông) và cái kim để khám cảm giác sờ và đau trong vùng phân bố của dây V, sau đó khám tiếp cảm giác nóng lạnh. Phương pháp khám cũng giống như khi khám cảm giác chung, cần so sánh hai bên trán, má và hàm dưới, so sánh cảm giác vùng miệng (quanh mũi và mõm) với cảm giác ở phía ngoài vi của má.

+ Vùng cảm giác của nhánh mắt:

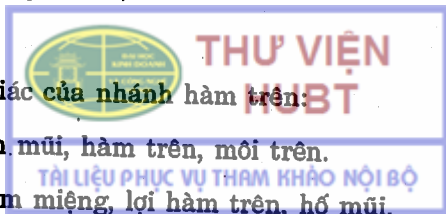
- Da vùng trán, gốc mũi, mí trên.

- Kết mạc.

+ Vùng cảm giác của nhánh hàm trên:

- Da cùng cánh mũi, hàm trên, môi trên.

- Niêm mạc vòm miệng, lợi hàm trên, hố mũi.



+ Vùng cảm giác của nhánh hàm dưới:

- Da vùng thái dương, phần sau của má, hàm dưới (trừ phần gốc hàm).

- Niêm mạc má, lợi hàm dưới, môi dưới, 2/3 trước lưỡi.

3. Khám phản xạ.

a) Phản xạ giác mạc (hình 15)

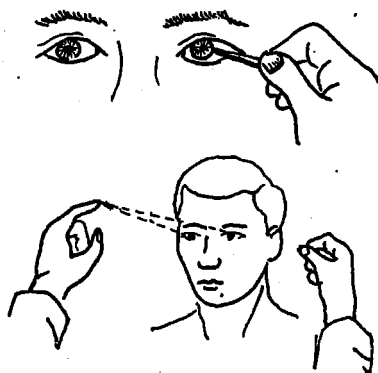
- Tư thế: bệnh nhân mở to hai mắt, nhìn vào ngón tay người khám ở bên đối diện.

- Kích thích: dùng một miếng bông vẽ đầu hơi nhọn, đưa từ phía bên chạm nhẹ vào giác mạc (không phải là chạm vào kết mạc).

- Đáp ứng: cơ mi mắt nhắm lại.

- Cung phản xạ: phần hướng tâm là nhánh mắt dây V, phần vận động là dây VII. Mỗi dây V liên hệ với cả hai dây VII cho nên khi kích thích một bên giác mạc thì cả hai mắt nhắm lại.

Cần hỏi xem bệnh nhân có cảm thấy kích thích đều nhau ở hai bên giác mạc không và phải quan sát sự chớp mắt ở cả hai bên. Điều đó cho phép phân biệt các tổn thương dây V với các tổn thương trên đường ly tâm của cung phản xạ. Nếu liệt dây VII thì khi kích thích sẽ không có đáp



Hình 15: Phản xạ giác mạc

ứng trực tiếp của cơ vòng mắt ở bên đó, song bệnh nhân vẫn biết là có chạm vào giác mạc và mắt bên kia nhắm lại nhanh. Cần so sánh mức độ nhanh của đáp ứng trực tiếp ở từng bên mắt. Rối loạn phản xạ giác mạc có thể là dấu hiệu sớm nhất của tổn thương nhánh mắt dây V và có thể bị rối loạn trước khi có rối loạn cảm giác ở da.

b) Phản xạ hàm dưới (Bechterew):

+ Cách khám:

- Tư thế: bệnh nhân hơi há miệng, thầy thuốc đặt ngón tay cái hay ngón trỏ ở cằm bệnh nhân

- Kích thích: dùng búa phản xạ gõ lên ngón tay đặt trên cằm (hình 16) hoặc gõ búa trên chiếc đèn lưới đặt trên hàm răng dưới.

- Đáp ứng: co các cơ nhai, ngậm miệng.

- Cung phản xạ: sợi cảm giác nhánh 3 của dây V, nhân cảm giác dây V, nhân vận động dây V ở cầu não, sợi vận động của nhánh 3 dây V.

Hình 16:

Phản xạ
hàm dưới



C- NHẬN ĐỊNH:

1. Rối loạn cảm giác do dây V.

a) Đau dây V:

Đau thành từng cơn, đột ngột bùng phát, dữ dội, như luồng điện giật, như tia chớp, như phải bỏng, đau khu trú ở một hay nhiều nhánh của dây V.

Phân biệt:

+ Đau dây V tiên phát hay bệnh Trousseau:

Đau thường khởi phát khi kích thích vào một vài vùng da nhất định ở mặt (vùng bùng nổ: trigger zone), đau thành cơn dữ dội 10 - 30 giây, khám thực thể không thấy dấu hiệu tổn thương dây V (sức cơ nhai bình thường, phản xạ giác mạc bình thường, không giảm cảm giác).

+ Đau dây V thứ phát: không có "vùng bùng nổ", cơn ít dữ dội, cơn đau xuất hiện trên cơ sở đau liên tục, khám thực thể thấy có dấu hiệu tổn thương dây V (đặc biệt giác mạc bị mất cảm giác).

Nguyên nhân đau dây V thứ phát:

- Bệnh xơ cứng rải rác.
- Bệnh ở các cấu trúc do dây V phân bố: áp xe răng, sâu răng, viêm xoang.
- Nhánh mắt dây V hay bị Zona gây đau kéo dài. Đau dây V sau Zona thường kèm theo các sẹo và giảm cảm giác nhẹ ở trán trong khu vực phân bố của nhánh mắt.
- Quá trình tân sản ở nền sọ chèn ép dây V (ung thư vòm họng).



THƯ VIỆN
HUBT

TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

- Chấn thương ở nền sọ.

+ Hội chứng Charlin:

. Viêm đau dây thần kinh mũi (névrite douloureuse du nerf nasal), một nhánh của dây thần kinh mắt.

. Triệu chứng: đau từng cơn ở hố mắt, trào nước mắt, vã mồ hôi, ấn vào điểm trên cánh mũi và điểm giữa hai lông mày rất đau. Có thể bị loét giác mạc.

. Nguyên nhân: do chấn thương hoặc sau can thiệp phẫu thuật ở mắt. Trường hợp đau vô căn (névralgie) thì không có loét giác mạc.

+ Hội chứng hạch bướm khẩu cái (hội chứng Sluder):

. Triệu chứng: đau hố mắt, đặc biệt sau hố mắt và mũi, lan tỏa (đau giao cảm) ấn vào điểm giữa hai lông mày và điểm góc trong của mắt rất đau. Trong cơn đau có sổ mũi nhiều, trào nước mắt, vã mồ hôi. Muốn gây cơn đau chỉ cần chạm nhẹ vào xương xoắn giữa.

. Nguyên nhân: vô căn hoặc có thể xuất hiện sau chấn thương hoặc can thiệp phẫu thuật ở mắt.

. Điều trị: gây tê hạch bướm ở sau mi.

+ Hội chứng Vail:

Cơn đau dữ dội ở một bên mũi, mặt, mắt, cổ, vai do đau dây thần kinh Vidien (dây đá sâu lớn (tách từ dây Jacobson thuộc dây IX) cùng với dây đá nông lớn của dây VI tạo thành dây Vidien, dây này chạy vào hạch bướm khẩu cái).

b) Mất cảm giác dây V:

+ Mất hoàn toàn cảm giác dây V.

Nguyên nhân: tổn thương tại hạch Gasser hoặc tại rễ cảm giác.

+ Mất toàn bộ cảm giác nhiều vùng hay một vùng da do dây V phân bố: mất cảm giác xung quanh mồm và môi trong thể bệnh "mặt nạ tabes" do tổn thương phần trên của nhân dây V. Mất cảm giác giác mạc do tổn thương nhánh mắt.

+ Mất cảm giác đau và liệt nửa mặt bên tổn thương và mất cảm giác nửa thân bên đối diện do tổn thương động mạch đốt sống, động mạch tiểu não sau dưới.

+ Trong khu vực do dây V chi phối có thể thấy những mảng đỏ do u mạch (angiome), thường đi kèm u mạch ở bán cầu não nhất là thùy chẩm, hay biểu hiện bằng cơn động kinh, thường được gọi là bệnh Sturge Weber.

2. Liệt cơ nhai.

- Do tổn thương tại cơ nhai.
- Do tổn thương nhánh vận động của dây V.
- Do tổn thương tại nhân vận động (gặp trong hội chứng liệt hành não): liệt cơ nhai hai bên, có teo cơ, rung thở cơ và giảm phản xạ hàm dưới.

3. Rối loạn phản xạ.

- + Phản xạ giác mạc:
- Giảm phản xạ giác mạc một bên có thể do tổn thương dây V (đường ly tâm) của cung phản xạ giác mạc.
- Mất phản xạ giác mạc có thể là dấu hiệu sớm nhất trong u góc cầu tiểu não.

+ Phản xạ hàm dưới:



**THƯ VIỆN
HUBT**

TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

Bình thường ở người trẻ phản xạ hàm dưới thường không rõ, song ở người trên 50 tuổi phản xạ đó rõ và đôi khi khó phân biệt được đó là phản xạ hàm dưới bình thường hoặc phản xạ tăng bệnh lý.

Trường hợp tổn thương bó tháp hai bên ở phía trên cầu não phản xạ hàm dưới bao giờ cũng tăng.

DÂY VII - DÂY THẦN KINH MẶT (NERF FACIAL)

A- GIẢI PHẪU:

Dây VII là dây hỗn hợp:

1. Dây thần kinh vận động (dây thần kinh mặt nói riêng) (hình 19 và 20).

+ Thân tế bào: nằm ở cầu não (nhân mặt).

+ Sợi trục: vòng quanh nhân dây VI tạo thành gố (trong) dây VII rồi đi ra ở rãnh hành cầu và tạo thành thân dây VII, đi vào ống Fallope (aqueduc du Fallope), trong xương đá dây VII lại tạo thành gố (ngoài), rồi đi ra qua lỗ trâm - chũm, đi vào trong tuyến mang tai và chia thành hai nhánh cùng (nhánh thái dương mặt và nhánh cổ mặt).

+ Dây thần kinh chi phối vận động cho các cơ ở nửa mặt.

2. Dây thần kinh cảm giác.

(Dây thần kinh trung gian Wrisberg - dây VII phụ).

+ Thân tế bào nằm trong hạch gố.

+ Đuôi gai chi phối:

- Cảm giác da ở vùng Ramsay - Hunt, chủ yếu ở xoắn tai (conque de l'oreille) và ống tai ngoài.

- Cảm giác vị giác 2/3 trước lưỡi (bởi thường nhĩ).

+ Sợi trục: đi vào trong cầu não và dừng ở nhân bó đơn độc, ở đây nó khớp với neuron trung ương cầu - đồi thị.

B- KHÁM XÉT

1. Vận động mắt

+ Quan sát nét mặt và so sánh hai bên (mặt có cân đối không: nếp nhăn trán, rãnh mũi - má, nhân trung, góc miệng, khe mi).

- Quan sát khi bệnh nhân nghỉ.

- Quan sát khi bệnh nhân vận động tự nhiên.

- Quan sát khi yêu cầu bệnh nhân làm một số động tác: nhe răng, phồng má, huyết sáo, nhân trán, cau mày, nhắm đồng thời cả hai mắt, nhắm từng mắt.

+ Thao tác đối lập (dấu hiệu cơ - da của Babinski)

- Người khám vành mắt bệnh nhân ra trong khi bệnh nhân cố nhắm mắt lại (khám cơ vòng mi).

- Bệnh nhân mím môi, người khám chống lại (khám cơ vòng miệng).

- Bệnh nhân há miệng, gấp đầu về phía trước, người khám chống lại các động tác đó (khám cơ bám da cổ).

+ Tìm các dấu hiệu lâm sàng:

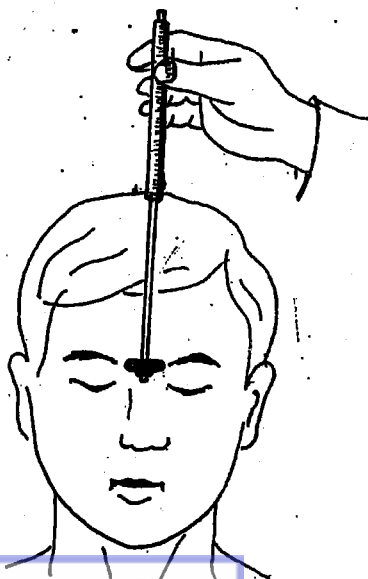
- Dấu hiệu Charles-Bell (hình 17): khi nhắm mắt, nhân cầu (bên cơ mặt bị liệt) chạy từ từ lên trên và hơi ra ngoài (động tác đồng vận thuộc dây III bình thường), đồng thời mắt nhắm không kín (hở mi: lagophthalmie) do liệt cơ vòng mi.

- Dấu hiệu Négro: yêu cầu bệnh nhân ngược mắt nhìn lên trên, đồng tử bên tổn thương xuất hiện cao hơn bên lành.

- Dấu hiệu Dupuy Dutemps và Cestan: yêu cầu bệnh nhân đưa mắt nhìn xuống dưới, rồi nhắm chặt hai mí mắt. Bên liệt trái lại mí mắt lại nâng lên.

- Dấu hiệu Souques: trong khi nhắm nghiền 2 mắt thì lông mi của bên tổn thương dài hơn bên lành.

2. Khám phản xạ: bệnh nhân nhắm mắt khi kích thích vào các vùng khác nhau



Hình 17: Dấu hiệu

Hình 18:

Phản xạ

Charles - Bell

mũi - mí

TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

+ Phản xạ vòng mi:

. Phản xạ mũi - mi (của Guillain): dùng búa hoặc ngón tay gõ vào gốc mũi.

. Phản xạ trên ổ mắt của Mac Carthy gõ vào vùng trên ổ mắt.

+ Phản xạ giác mạc: tổn thương dây VII thì mất phản xạ giác mạc nhưng vẫn còn cảm giác của giác mạc.

+ Phản xạ ốc tai - mi (Réflex cochléo - palpébral) hay phản xạ thính - mi: gây một tiếng động bất ngờ gần tai bệnh nhân thì hai mắt chớp hoặc nheo lại do hai cơ vòng mi co lại. Khi bệnh nhân giả vờ điếc hoặc điếc trong bệnh hysterie phản xạ này còn nguyên vẹn.

+ Phản xạ thị - mi (réflex optico - palpébral): đột ngột chiếu ánh sáng vào mắt hay đưa một vật vào gần mắt thì lập tức bệnh nhân chớp mắt. Khi có tổn thương rộng ở não do thiếu oxy thì phản xạ này không xuất hiện.

(chú ý dùng tay trái che phía trên hai mắt để bệnh nhân không trông thấy búa) sẽ gây co nhanh và đột ngột cả hai cơ vòng mi. Nếu liệt mặt ngoại biên thì phản xạ bên đó mất. Ngược lại, trong tổn thương ở trung ương, đường ngoài tháp và trong loạn thần kinh chức năng thì phản xạ này tăng.

3. Khám cảm giác vùng Ramsay - Hunt.

4. Khám vị giác 2/3 trước lưỡi.

Khám các vị cơ bản (ngọt, mặn, đắng và chua) bằng đường, muối, quinin và dấm. Khi khám vị giác, yêu cầu bệnh nhân thè lưỡi, không nuốt (vì nếu rút lưỡi lại để nuốt thì nước bọt sẽ tràn trên lưỡi, mang vị giác cả 2 bên và 1/3 sau lưỡi). Người khám dùng pipet nhỏ 1 giọt dung dịch nói trên vào bờ ngoài của lưỡi

(hoặc đặt vài hạt đường hay vài hạt muối vào vùng đó), bệnh nhân xác định vị của dung dịch bằng cách chỉ vào các chữ tương ứng như ngọt, mặn, đắng, chua viết trên một bảng.

C- NHẬN ĐỊNH

1. Rối loạn vận động

a) Liệt nửa mặt hoặc liệt mặt hai bên.

b) Co cơ nửa mặt (hémispasme fascial).

+ Co cơ nửa mặt vô căn: các cơn co giật (contracture spasmodique) có đặc điểm:

. Bắt đầu ở mi mắt và lan ra tất cả nửa mặt

. Cơn kéo dài vài giây rồi hết đột ngột.

. Thời gian giữa các cơn, không có gì bất thường ở cơ mặt

+ Co cơ nửa mặt sau liệt mặt nặng:

Trên cơ sở co cứng thường xuyên nửa mặt xuất hiện những cơn co giật.

2. Định khu tổn thương.

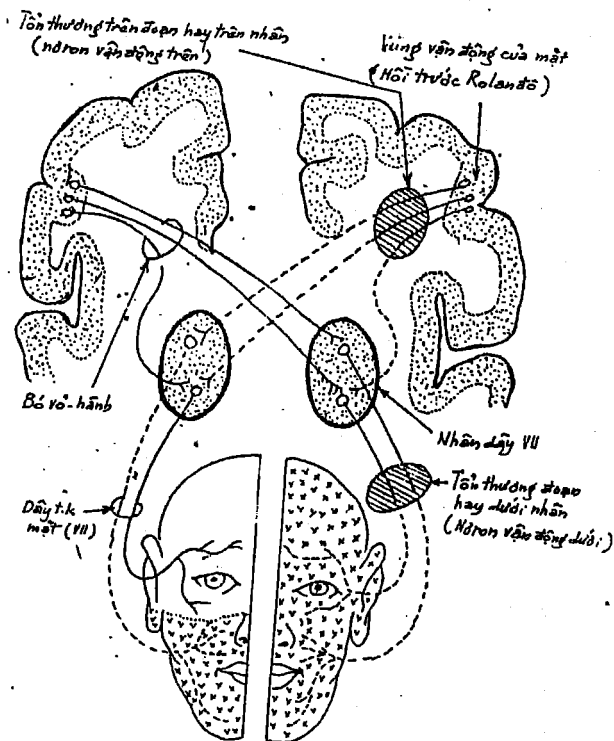
a) *Liệt mặt trung ương*: do tổn thương neuron vận động trên nhân (bó gối), biểu hiện:

- Rối loạn vận động đơn thuần: giảm hay mất vận động chủ ý, nhưng điệu bộ cảm xúc thì vẫn còn.

- Liệt các cơ phần dưới của mặt hơn là các cơ phần trên của mặt (không có dấu hiệu Charles-Bell). Sở dĩ có sự khác nhau đó là do các cấu trúc ở phần trên của mặt được cả hai bán cầu phân bố, còn phần dưới chỉ có vỏ não bên đối diện chi phối (hình 19).

- Không bao giờ tiến triển thành liệt cứng.
- Thường phối hợp với liệt nửa người cùng bên.

(Hội chứng Brissaud: tổn thương ở trên nhân nhưng ở một vị trí của cầu não mà các sợi của dây thần kinh sọ đã bắt chéo và đường bó tháp chưa bắt chéo. Kết quả là liệt mặt cơ cứng bên tổn thương kèm theo liệt nửa người bên đối diện).



Hình 19: Dây thần kinh mặt



b) *Liệt mặt ngoại vi*: do tổn thương dây VII: Liệt cả nửa mặt phía trên và phía dưới, có dấu hiệu Charles - Bell. Do tổn thương ở những vị trí khác nhau:

+ Tổn thương nhân dây VII ở cầu não (hình 20, 1):

- Hội chứng Millard - Gùbler: liệt dây VII bên tổn thương, liệt kiểu trung ương các chi bên đối diện.

- Hội chứng Foville cầu não dưới.

+ Tổn thương dây VII ở góc cầu tiểu não (góc cầu tiểu não là một khu vực của khoang dưới màng nhện giới hạn bởi: phía trước là nền sọ cụ thể là mặt sau của đầu xương đá; phía sau là một phần của bán cầu tiểu não, phía trong là cầu não) (hình 20,2): tổn thương dây VII, VII phụ, VIII, V và VI kèm theo rối loạn tiểu não; thường được biểu hiện bằng liệt mặt, khô mắt, rối loạn vị giác 2/3 trước lưỡi, điếc.

+ Tổn thương dây VII trong ống Fallope có thể là:

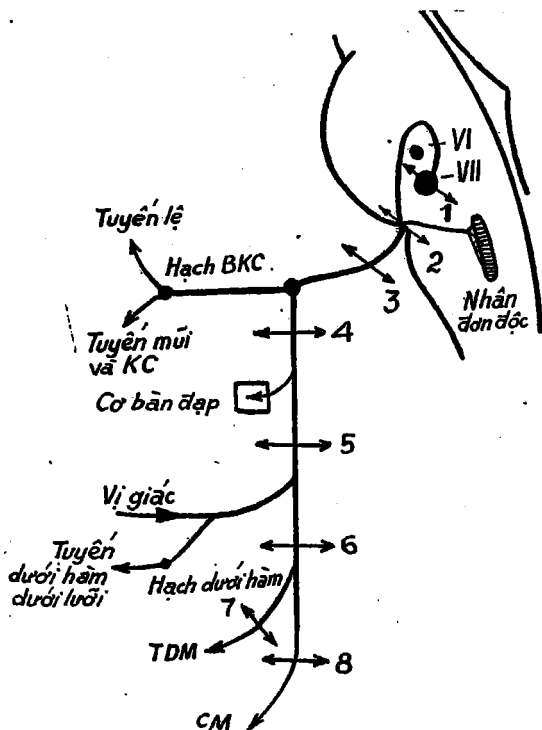
- Vị trí tổn thương đoạn từ góc cầu tiểu não tới hạch gối (hình 20, 3) (nơi dây VII đi vào ống Fallope hoặc ở trong ống nhưng cao hơn chỗ tách dây đá nông lớn): liệt các cơ mặt, kèm theo khô mắt, nghe vang đau và giảm vị giác 2/3 trước lưỡi.

- Tổn thương ở trước chỗ tách dây thần kinh cơ bàn đạp (hình 20.4): liệt mặt, nhưng mắt không bị khô, ngược lại nước mắt chảy nhiều (thực ra nước mắt tiết ra vẫn bình thường nhưng do mi dưới áp không chặt cho nên nước mắt chảy ra ngoài, không đổ vào ống lệ); rối loạn cảm giác khách quan vùng Ramsay Hunt, nghe vang đau (hyperacousie douloureuse) ở tai cùng bên. Bệnh cảnh này gặp trong tổn thương hạch gối, phần nhiều do Zona (herpès Zoster) gây nên, chẩn đoán dựa trên các nốt phỏng ở 2/3 trước của lưỡi và ở

ống tai ngoài.

- Tổn thương trước thừng nhĩ (hình 20,5); liệt mặt, mắt không bị khô, mất vị giác 2/3 trước của một bên lưỡi, giảm tiết nước bọt.

+ Tổn thương dây VII sau khi ra khỏi lỗ trâm chũm (hình 20,6): liệt vận động đơn thuần, không có rối loạn cảm giác và vị giác.



Hình 20: Định khu tổn thương dây VII

+ Tổn thương dây VII trong tuyến mang tai: có thể chỉ tổn thương một nhánh cùng: liệt từng phần (phần trên hoặc phần dưới mặt) (hình 20.7.8)

c) Tổn thương các cơ mặt:

Liệt mặt do bệnh cơ bao giờ cũng bị cả hai bên và đối xứng, môi dưới trễ ra, nét cười ngang và các nếp nhăn hai bên mờ, làm cho mặt có một vẻ đặc biệt. Đa số các trường hợp ngoài liệt cơ mặt ra còn có tổn thương các cơ khác nữa. Trong bệnh nhược cơ liệt mặt thay đổi: liệt nặng thêm sau khi liên tục vận động cơ mặt, buổi chiều liệt mặt nặng hơn buổi sáng.

DÂY VIII - DÂY THẦN KINH THÍNH GIÁC

(Nerf auditif hay dây thần kinh tiền đình ốc tai: nerf cochléo vestibulaire).

Dây VIII gồm hai dây thần kinh: dây thần kinh ốc tai (n.cochléaire) và dây thần kinh tiền đình (n.vestibulaire).

A- DÂY THẦN KINH ỐC TAI:

1. Giải phẫu:

a) Neuron 1:

+ Thân tế bào nằm trong hạch corti ở ốc tai của mê đạo.

+ Đuôi gai: tới cơ quan corti (nằm ở ốc tai hay phần trước của mê đạo (Labyrinthe) tới các tế bào lông thính giác của nó nhận cảm giác thính giác.

+ Sợi trục: tạo thành thần kinh ốc tai, đi qua ống tai trong cùng với dây thần kinh tiền đình, dây VII và dây VII phụ, qua rãnh hành cầu (ở góc cầu - tiểu não) để vào trong thân

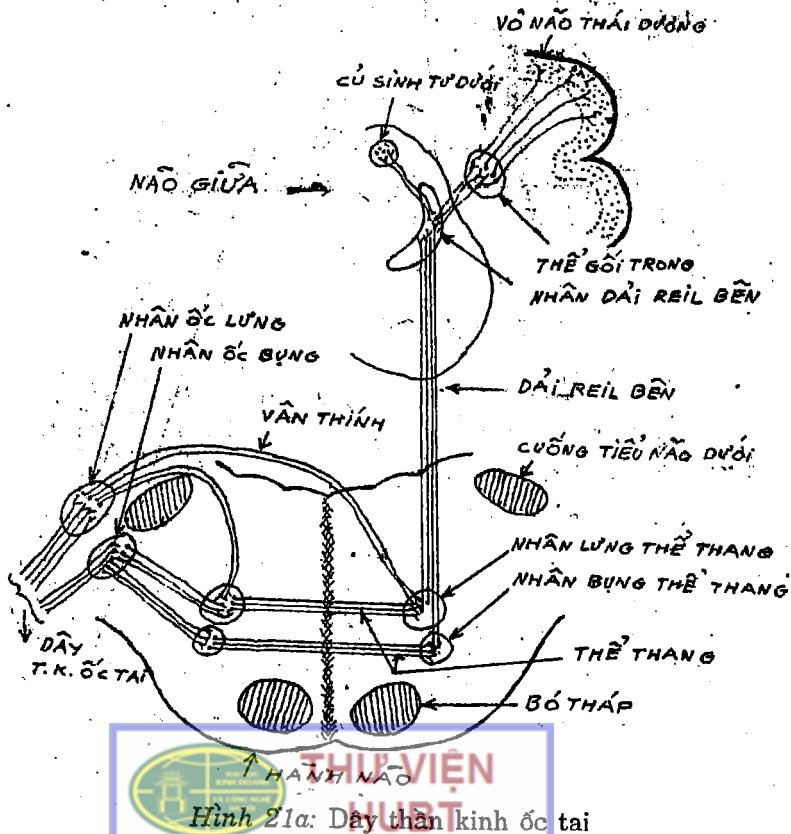
não và khớp nối với neuron 2

b) Neuron 2:

+ Thân tế bào nằm ở phần dưới cầu não làm thành 2 nhân (nhân bụng và nhân lưng)

+ Đuôi gai: khớp với neuron 1

+ Sợi trục: bắt chéo đường giữa làm thành dải Reil bên và tới thể gối trong, ở đây nó khớp với neuron 3.



Hình 21a: Dây thần kinh ốc tai

c) Neuron 3:

Từ thể gối trong đi qua bao trong tới vỏ não thùy thái dương, ở vùng thính giác. Mỗi vùng này nhận được xung động thính giác cả hai bên. Do đó rối loạn thính giác một bên chỉ xảy ra trong trường hợp tổn thương tai giữa, tai trong, phần ốc tai và nhân thính giác. Khi tổn thương một bên của dải Reil bên, bao trong, trung khu dưới vỏ và vỏ não của thính giác thì không bao giờ có rối loạn thính giác rõ ràng.

2. Khám xét.

Sóng âm thanh được truyền đến cơ quan corti bởi hai đường: đường xương truyền nhất là những âm bổng, đường không khí truyền nhất là những âm trầm, màng nhĩ tiếp nhận và truyền vào tai trong bởi hệ thống xương bé của hòm nhĩ. Nghe âm thanh đường không khí mạnh và kéo dài hơn đường xương.

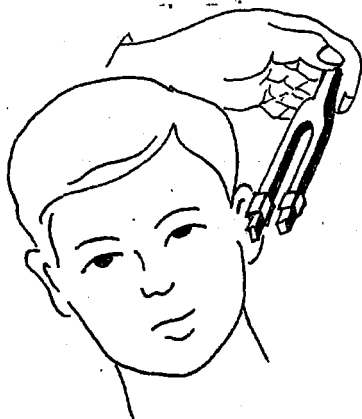
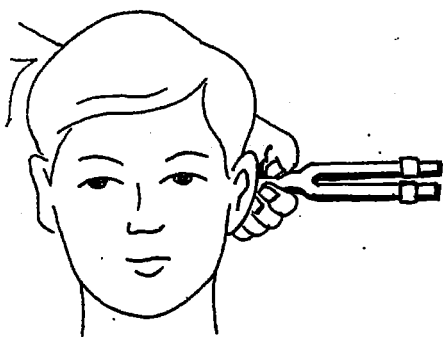
a) Khám lâm sàng: lần lượt từng tai một:

+ Yêu cầu bệnh nhân nhắm mắt bịt một tai và nhắc lại tiếng nói thầm của người khám ở những khoảng cách khác nhau. Tiếng nói thầm được truyền bằng đường không khí (tiếng nói to được truyền bằng đường không khí và xương); bình thường nghe được tiếng nói thầm ở cách 3 mét.

+ Yêu cầu bệnh nhân nhắm mắt, bịt một tai kia và nghe tiếng tích tắc của đồng hồ đeo tay đưa từ xa đến gần tai hoặc đặt đồng hồ trên các vùng khác nhau của xương sọ (đỉnh đầu, xương chũm, trán). Khi nào bệnh nhân nghe thấy tiếng tích tắc thì dừng lại, ghi nhận khoảng cách từ đồng hồ đến tai.

Cũng có thể bịt ngón trỏ và ngón cái thành tiếng động cạnh tai của bệnh nhân.

TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ



Hình 21b: Nghiệm pháp Rinne.

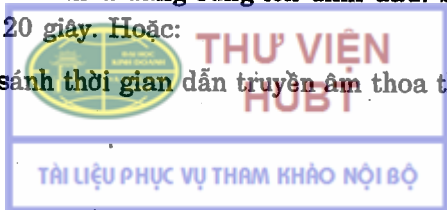
b) Nghiệm pháp cổ điển.

+ Nghiệm pháp Rinne: đặt âm thoa rung (256 chu kỳ/giây) lên xương chũm (hình 21a). Khi âm thanh ngừng, tiếp tục để ở cạnh ống tai ngoài (hình 21b). Bình thường dẫn truyền âm theo đường không khí rõ hơn và dài hơn: Rinne (+)

+ Nghiệm pháp Weber (hình 22a) đặt âm thoa rung lên đỉnh đầu, bình thường nghe thấy ở đường giữa. Trường hợp điếc tai giữa sẽ nghe rõ hơn ở tai bên bệnh. Ngược lại điếc thần kinh sẽ nghe rõ hơn ở tai bên lành.

+ Nghiệm pháp Schwabach:

- Đặt âm thoa đang rung lên đỉnh đầu: bình thường rung kéo dài 20 giây. Hoặc:
- So sánh thời gian dẫn truyền âm thoa theo đường xương



bằng cách đặt lần lượt một âm thoa đang rung lên xương chũm bệnh nhân và người khám (không có bệnh tai).

c) Nhận định

Khám xét cho phép phân biệt hai loại điếc:

+ *Điếc dẫn truyền* (surdité de transmission): do tổn thương tai giữa hay tai ngoài ảnh hưởng tới dẫn truyền âm thanh bằng đường không khí (dẫn truyền qua đường xương bình thường):

- Rối loạn thính giác: nghe tiếng nói thầm bị giảm nhiều hơn là nghe tiếng nói to, nghe âm trầm bị giảm nhiều hơn nghe âm bổng.

- Nghe tiếng tích tắc của đồng hồ bị giảm ở đường không khí, (bình thường ở đường xương).

- Rinne (-), Weber rõ hơn ở bên bệnh, Schwabach kéo dài

Căn nguyên: viêm tai giữa, viêm tai ngoài, viêm vòi Eustach, r y tai,

+ *Điếc tiếp nhận* (surdité de perception) do tổn thương tai trong, dây VIII; dẫn truyền xương và không khí đều bị giảm.

- Rối loạn thính giác: nghe tiếng nói to bị giảm nhiều hơn nghe tiếng nói thầm, nghe âm bổng bị giảm nhiều hơn nghe âm trầm.

- Tiếng tích tắc của đồng hồ: nghe bị giảm ở đường không khí, mất ở đường xương.

- Rinne (+), Weber rõ hơn ở bên lành, Schwabach rút ngắn.

Căn nguyên:

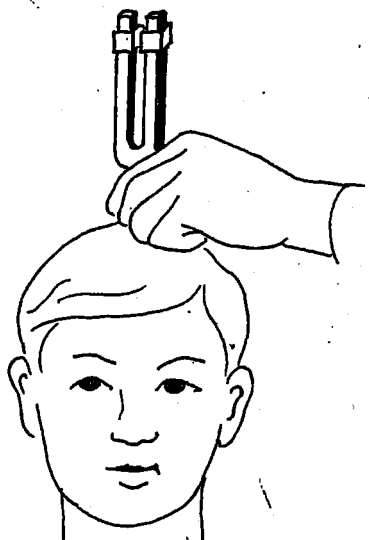
- Tại ốc tai: bệnh Ménière, xơ cứng tai, điếc do thuốc kháng

sinh (ví dụ:
kanamycin,
streptomycin), tác
động mạch tai trong.

- Tại dây thần kinh:
do tuổi già, sậu viêm
thần kinh, do chất độc,
viêm màng não, u góc
cầu tiểu não.

d) Đo thính lực.

Máy đo thính lực
phát ra các âm đơn ở
cao tần số (thường từ
64 Hz, gấp đôi dần
tới 8192 Hz), ở mỗi
âm lại thay đổi được



Hình 22a: Nghiệm pháp Weber

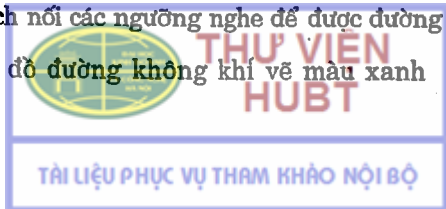
cường độ từ 0 đến 10 deciben (deciben là cường độ thấp nhất
của một âm mà tai bình thường có thể phân biệt được, viết
tắt là db).

Phải đo trong một phòng cách âm, đảm bảo thật yên lặng

Khi đo thính lực là tìm thính lực của đường không khí
(CA), đường xương tương đối (COR) và đường xương tuyệt
đối (COA) (loại trừ ảnh hưởng của đường không khí) bằng
cách tìm ngưỡng nghe (cường độ tối thiểu tai nghe được) ở
các tần số.

Kết quả được ghi vào một bảng in sẵn, gọi là thính lực đồ,
bằng cách nối các ngưỡng nghe để được đường biểu đồ thính lực.

Biểu đồ đường không khí vẽ màu xanh



Biểu đồ đường xương tương đối: màu đỏ

Biểu đồ đường xương tuyệt đối: từng nét gạch màu đỏ

Dựa theo các đường biểu đồ để đánh giá mức độ điếc và xác định loại điếc.

+ Bình thường: khả năng nghe bình thường là một đường thẳng ngang đi qua 0 db và đường biểu diễn của sức nghe bằng dẫn truyền xương đi sát nhau. Tuy nhiên nếu giữa hai đường có chênh lệch 10 db cũng vẫn được xem là bình thường.

+ Điếc dẫn truyền: Đường không khí nằm ngang hay hơi chệch lên ở các âm tần cao. Nó thấp nhiều hay ít tùy theo mức độ điếc nhưng nói chung không quá 60db.

. Đường xương bao giờ cũng ở trên đường không khí và thường gần như bình thường

. Bao giờ cũng có khoảng cách giữa đường xương tương đối và tuyệt đối

. Tổng số khoảng cách hai đường ở ba tần số 512, 1024, 2048 gọi là chỉ số Sullivan. Khi hai đường xương tương đối và tuyệt đối chập vào nhau tức là chỉ số Sullivan = 0 là có cứng khớp bàn đạp (bình thường chỉ số Sullivan > 20).

+ Điếc tiếp nhận:

. Đường không khí đi xuống ở các âm tần cao

. Đường xương ở dưới đường không khí và cùng một dạng với đường không khí.

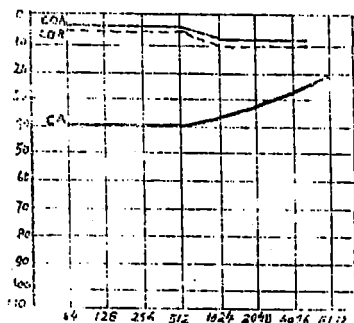
. Đường xương tuyệt đối ở các âm tần thấp nằm trên đường xương tương đối nhưng ở các tần số cao thì hai đường này chập vào nhau.

. Có thể có lỗ thính giác tức là ở các tần số mà tai không nghe được mặc dù đã tăng cường độ lên tối đa.

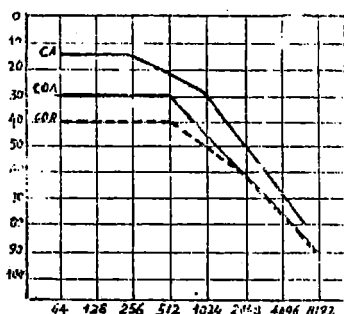
+ Điếc hỗn hợp: phối hợp đặc tính của cả hai thể điếc nói trên:

. Đường không khí giống trong điếc tiếp nhận, đi xuống ở các âm tần cao

. Đường xương, ngược lại, giống trong điếc dẫn truyền, ở trên đường không khí nhưng nó chúc xuống để chập vào đường không khí ở các âm tần cao

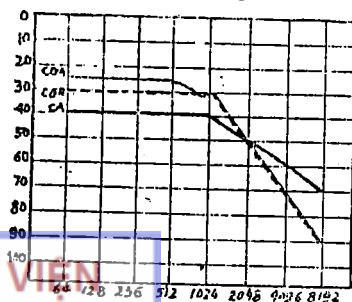


Hình 22b: Điếc dẫn truyền



Hình 22c: Điếc tiếp nhận

Hình 22d: Điếc hỗn hợp



. Đường xương tương đối và tuyệt đối thì chập vào nhau.

B- DÂY THẦN KINH TIỀN ĐÌNH:

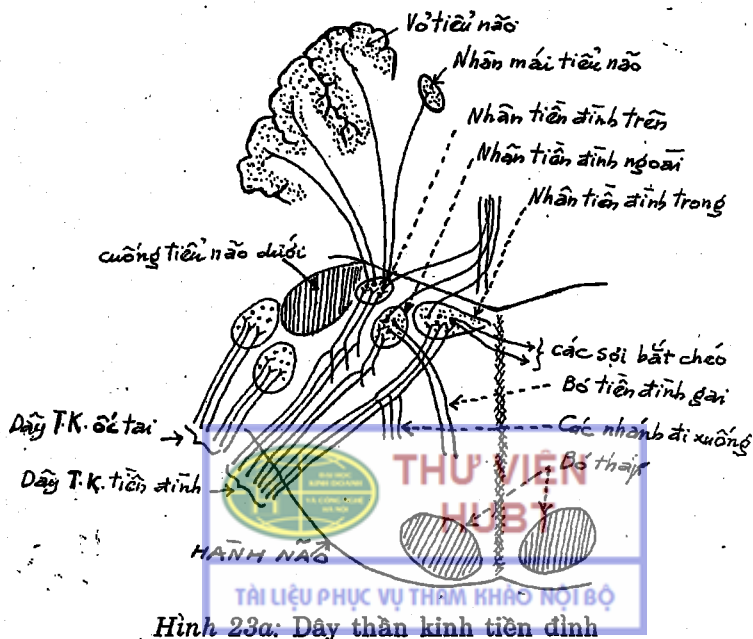
1. Giải phẫu:

Đường tiền đình gồm 2 neuron:

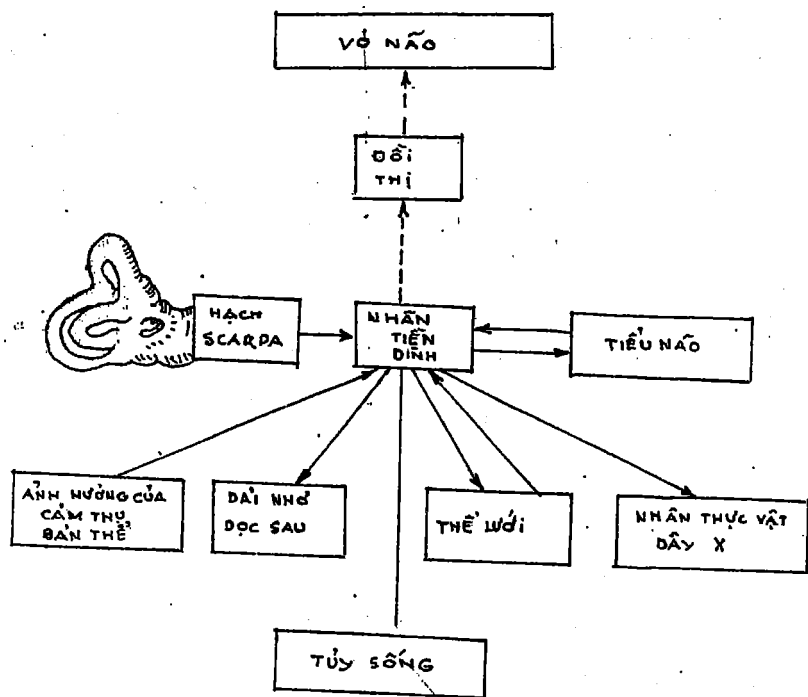
a) Neuron 1:

+ Thân tế bào: ở hạch Scarpa nằm ở đáy ống tai trong.

+ Đuôi gai: liên hệ với các thụ thể thăng bằng (récepteur de l'équilibration) ở cầu nang (saccul), soan nang (utricule), bóng các ống bán khuyên. Các thụ thể này được kích thích bởi các chuyển động của dòng nội dịch (endolymphe) chứa trong ống xương.



Hình 23a: Dây thần kinh tiền đình



Hình 23b: Sơ đồ liên hệ của tiền đình

+ Sợi trục: tập hợp thành dây thần kinh tiền đình đi qua ống tai trong cùng với dây ốc tai rồi qua rãnh hành cầu để vào thân não và khớp với neuron 2.



THƯ VIỆN
HUBT

TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

b) Neuron 2:

+ Thân tế bào ở phần dưới của cầu não (nhân tiền đình): nhân quan trọng nhất là nhân tiền đình ngoài Bechterew và những nhân giữa Deiters.

+ Đuôi gai: khớp với neuron 1.

+ Sợi trục: làm thành các bó liên hệ với các phần khác của hệ thần kinh (hình 23b).

- Bó tiền đình - gai (faisceau vestibulo-spinal): khớp nối với neuron vận động của sừng trước tủy sống.

- Bó tiền đình -tiểu não (faisceau vestibulo-cérébelleux) khớp với neuron tiểu não tiền đình.

- Bó tiền đình -vỏ não (faisceau vestibulo-cortical): từ nhân tiền đình liên hệ với đồi thị rồi liên hệ với vỏ não thùy thái dương.

- Bó tiền đình - não giữa (faisceau vestibulo - mésencéphalique): khớp với các nhân vận động nhân cầu qua dải nhỏ dọc sau.

- Từ nhân tiền đình liên hệ với các trung tâm giao cảm thân não, với thể lưới, với nhân dây X.

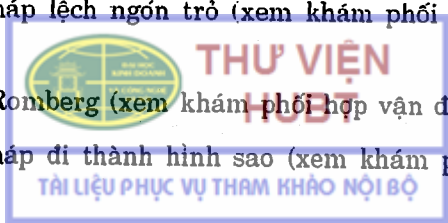
2. Khám xét.

a) Khám lâm sàng:

+ Nghiệm pháp lệch ngón trở (xem khám phối hợp vận động).

+ Dấu hiệu Romberg (xem khám phối hợp vận động).

+ Nghiệm pháp đi thành hình sao (xem khám phối hợp vận động).



+ Tìm rung giật nhãn cầu (nystagmus): thầy thuốc giữ ngón tay hoặc búa phản xạ ngang tầm mắt bệnh nhân, cách mắt chừng 30cm làm mục tiêu. Trong khi di chuyển mục tiêu đó từ trái sang phải, từ phải sang trái, từ trên xuống dưới rồi ngược lại và theo hai đường chéo, yêu cầu bệnh nhân đảo mắt nhìn theo nhưng không quay đầu. Trong khi đó thầy thuốc quan sát xem có rung giật nhãn cầu không. Đó là các dao động nhịp nhàng không tùy ý của mắt.

- Thường có ba kiểu rung giật nhãn cầu:

. Rung giật nhãn cầu *dọc* (ít gặp nhất): tổn thương cuống não.

. Rung giật nhãn cầu *ngang* (phổ biến nhất): tổn thương cầu não.

. Rung giật nhãn cầu *xoay*: tổn thương hành não

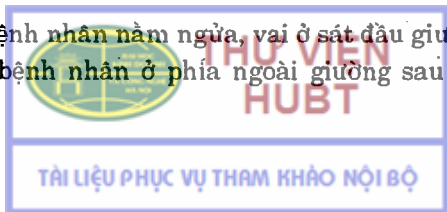
- Nhịp điệu của rung giật nhãn cầu có thể có hai cách:

. Rung giật nhãn cầu kiểu "con lắc": giao động xung quanh một tâm và tốc độ như nhau. . Rung giật nhãn cầu kiểu *giật* có nhịp nhanh và nhịp chậm không đều nhau: nhãn cầu chuyển động chậm sang một hướng tiếp theo là chuyển động rất nhanh theo hướng ngược lại. Hướng nhịp nhanh được quy ước là hướng của rung giật nhãn cầu.

Ví dụ nói "rung giật nhãn cầu phải" không có nghĩa là hướng nhìn để gây ra rung giật nhãn cầu mà là hướng của nhịp nhanh.

- Tìm rung giật nhãn cầu tư thế:

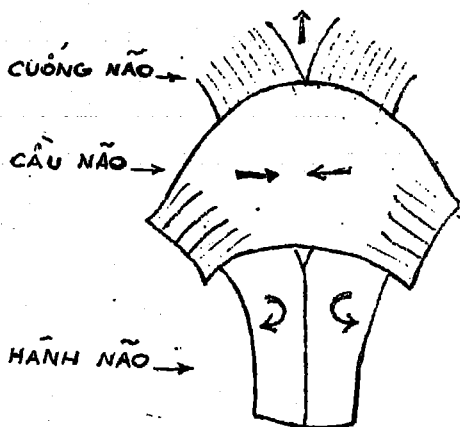
Để bệnh nhân nằm ngửa, vai ở sát đầu giường, người khám đỡ đầu bệnh nhân ở phía ngoài giường sau đó ngửa đầu và



quay đầu bệnh nhân sang một bên, sau vài giây lại quay đầu sang bên đối diện. Rung giật nhãn cầu xuất hiện và hết đột ngột khoảng một phút sau là do tổn thương ở vùng xương đá. Nếu rung giật nhãn cầu kéo dài thì thường do tổn thương ở thân não hoặc tiểu não. Ở người bình thường test này không gây rung giật nhãn cầu.

Hình 23c:

Ba kiểu rung giật nhãn cầu



b) *Nghiệm pháp tiền đình* (nghiên cứu kích thích tiền đình): tìm hiện tượng chóng mặt và rung giật nhãn cầu bằng kích thích quay, nhiệt, điện.

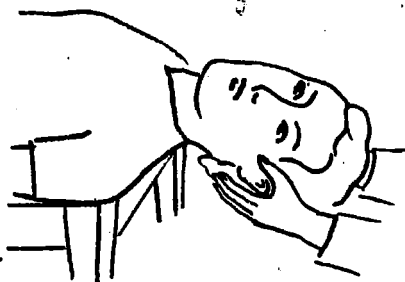
+ *Nghiệm pháp quay* (épreuve rotatoire).

Bệnh nhân ngồi trên một ghế quay, đầu dựa vào một cái tựa, có thể cố định đầu ở một tư thế ta muốn khám. Để khám hai ống bán khuyên của mặt phẳng ngang, ta cho bệnh nhân ngồi hơi cúi đầu (vì mặt phẳng của hai ống bán khuyên ngang tạo một góc 30° so với mặt phẳng ngang, cho ghế quay 10 vòng trong 20 giây, sau đó dừng đột ngột. Trong những vòng quay đầu tiên, nội dịch chuyển động ngược chiều với ống bán khuyên và xuất hiện rung giật nhãn cầu cùng với chiều quay

của ghế (ngược chiều với chuyển động của nội dịch) nhưng ta khó lòng nhận thấy. Về sau khi ghế đã quay đến những vòng cuối cùng thì nội dịch cũng đã đạt tốc độ của ống bán khuyên bao bọc nó nên khi dừng ghế lại đột ngột thì nội dịch vẫn tiếp tục chuyển động theo chiều quay trước đây của ghế, chỉ đến lúc này ta mới quan sát được rõ rung giật nhãn cầu ngược chiều với chiều ghế quay.

+ **Nghiệm pháp nhiệt**
(épreuve calorique).

Nghiệm pháp này chính xác hơn vì nó cho phép khám riêng biệt từng bên một. Nguyên lý: dùng nước nóng và nước lạnh bơm vào ống tai ngoài để kích thích mê đạo. Từ 20 đến 40 giây sau khi bơm (từ 80 - 110ml) nước lạnh từ 20° đến 25°C ta thấy rung giật nhãn cầu theo



Hình 23d: Tìm rung giật

nhãn cầu tư thế

hướng đối lập với tai bơm nước, rung giật nhãn cầu kéo dài từ 60 - 100 giây. Nếu bơm 100 - 180 ml nước nóng từ 45 - 55°C sẽ rung giật nhãn cầu theo hướng ngược lại với bơm nước lạnh; rung giật nhãn cầu xuất hiện muộn hơn, sau 40 - 60 giây và thường chỉ tồn tại khoảng 40 - 60 giây.

Khi khảo sát chức năng ống bán khuyên ngang, đầu để ngả ra sau 60° so với đường thẳng đứng, vì lúc đó hai ống bán khuyên ngang sẽ ở tư thế thẳng đứng và dễ bị kích thích nhất. Khi khảo sát chức năng ống bán khuyên dọc, đầu để

ngiên sang một bên 45° . Để quan sát hiện tượng rung giật nhân cầu (có khi kín đáo tinh vi), ta dùng kính Bartell lùi cả 2 mặt thì sẽ thấy dễ dàng hơn là với mắt trần. nghiệm pháp này sẽ bị hạn chế kết quả, thậm chí không gây phản ứng gì nếu lỗ tai bị ráy tai bịt kín. Vì vậy trước khi làm nghiệm pháp cần soi tai và lấy ráy tai cho sạch.

+ Nghiệm pháp điện (épreuve galvanique)

Cho dòng điện một chiều qua hai cực đặt sát vào hai xương chũm. Rung giật nhân cầu hướng về phía cực âm đồng thời đầu và thân quay sang phía đối diện.

3. Nhận định

Khám xét để xác định rõ:

a) Chóng mặt:

Chóng mặt là ảo giác, cảm giác quay không định hướng hoặc đồ vật chung quanh quay tròn.

Căn nguyên chóng mặt;

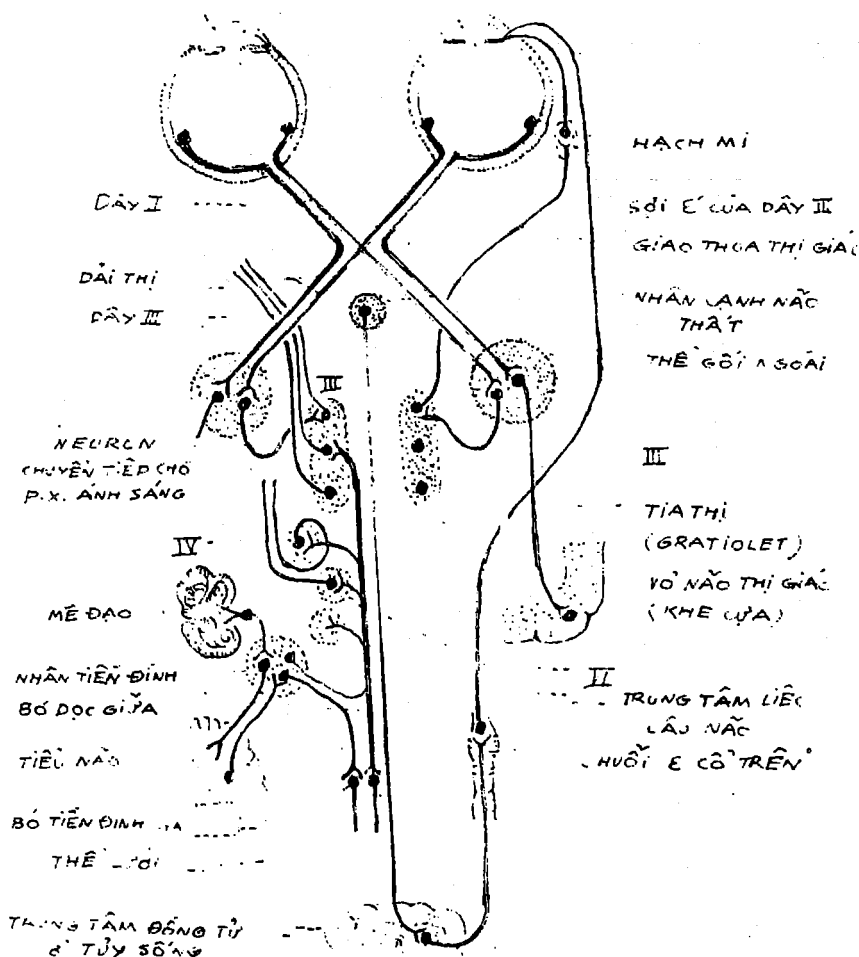
- Tổn thương bản thân mê đạo hoặc phần ngoại vi của dây tiền đình: chóng mặt, ù tai, điếc (vì hầu hết các tổn thương ngoại vi này cũng gây ra tổn thương ốc tai và dây ốc tai).

- Viêm neuron tiền đình do virus: chóng mặt không có ù tai và điếc.

- Tổn thương thân não và tiểu não: chóng mặt có ù tai và giảm sức nghe.

b) Rung giật nhân cầu: có nhiều nguyên nhân

- Rung giật nhân cầu trong hội chứng tiền đình trung ương.



Hình 23c: Hệ thống thị giác và vận nhãn; đường dẫn truyền thị giác; phân xạ đồng tử ánh sáng; phân bố thần kinh thực vật cho đồng tử.

- Rung giật nhãn cầu trong hội chứng tiền đình: ngoại vi
- Rung giật nhãn cầu do cơ: trong một số trường hợp liệt các cơ ở ngoài của mắt
- Rung giật nhãn cầu do nhiễm độc: nhiễm độc cấp tính thuốc phiện, Barbituric
- Rung giật nhãn cầu thị giác: xuất hiện khi thị giác giảm nhiều.
- Rung giật nhãn cầu ở thợ mỏ: thường gặp ở những thợ mỏ đã làm việc lâu năm ở chỗ thiếu ánh sáng

c) Rối loạn khách quan:

- + Lệnh ngón trở theo một hướng nhất định
- + Romberg (+): ngã về bên tổn thương. Trong tổn thương tiền đình ngoại vi, bệnh nhân thường ngã theo tư thế của đầu.
- + Nghiệm pháp đi hình sao của Babinski - Weil
- + Các nghiệm pháp quay, nhiệt, điện: không bị kích thích, giảm kích thích hoặc tăng kích thích.

Tất cả các rối loạn trên được tập hợp lại thành hai hội chứng tiền đình:

d) Hội chứng tiền đình ngoại vi (tổn thương ở neuron 1):

- + Triệu chứng:
 - Chóng mặt có hệ thống: các vật quay xung quanh bệnh nhân hoặc bệnh nhân quay xung quanh các vật, thường kèm theo rối loạn thần kinh thực vật (mặt tái, vã mồ hôi, tim nhanh, buồn nôn và nôn)

- Mất thăng bằng, nếu nặng: đứng ngồi sẽ ngã

- Rung giật nhãn cầu ngang, xoay, không bao giờ có rung giật nhãn cầu dọc. Rung giật nhãn cầu có chiều nhanh và chiều chậm. Chiều chậm hướng về bên tiền đình bị tổn thương.

Đặc điểm của hội chứng tiền đình ngoại vi là hội chứng tiền đình hòa hợp: chiều lệch ngón trở, chiều ngã và chiều chậm của rung giật nhãn cầu phù hợp nhau.

+ Diễn biến từng cơn, mau đỡ.

Kèm theo giảm thính lực, có tiếng vo ve trong tai (do tổn thương dây thần kinh ốc tai).

+ Căn nguyên hội chứng tiền đình ngoại vi:

- Tổn thương tai trong:

. Chấn thương vỡ xương đá

. Viêm tai xương chũm

. Chảy máu, nhất là trong quá trình bệnh máu

. Nhiễm độc streptomycin, quinin

- Tổn thương dây thần kinh tiền đình; do u góc cầu tiểu não, đặc biệt là u dây VIII.

- Hội chứng Ménière:

. Cơn chóng mặt kéo dài nhiều giờ kèm cảm giác quay tròn

. Û tai, điếc tăng dần.

. Ngoài cơn hoàn toàn bình thường, khám không thấy dấu hiệu tổn thương tiền đình.



THƯ VIỆN
HUBT

TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

e) Hội chứng tiền đình trung ương (tổn thương neuron 2):

Triệu chứng:

- + Chóng mặt không hệ thống: cảm giác rập rình trên sóng
- + Rung giật nhãn cầu nhiều hướng, nhìn về hướng nào thì có rung giật nhãn cầu về hướng đó. Có thể có rung giật nhãn cầu dọc do tổn thương cuống não, (rung giật nhãn cầu dọc luôn luôn là tổn thương trung ương).

+ Nghiệm pháp tiền đình không hòa hợp

+ Không tổn thương dây thần kinh ốc tai: thính lực bình thường.

Đặc điểm của hội chứng tiền đình trung ương là hội chứng tiền đình không hòa hợp: chiều lệch ngón trở, chiều ngã và chiều chậm của rung giật nhãn cầu không phù hợp nhau.

Nguyên nhân hội chứng tiền đình trung ương:

+ Nguyên nhân mạch máu:

- Hội chứng Wallenberg thường do huyết khối (thrombose) động mạch tiểu não dưới - sau (artère cérébelleuse inférieure et postérieure) gây ra nhuyển não (ramolbsemen cérébral) ở hố bên hành não. Biểu hiện bằng: chóng mặt, đau đầu phía sau, nôn mửa.

Bên tổn thương:

Tổn thương dây X: liệt một bên hầu (pharynx), màn hầu, thanh quản (larynx).

- Tổn thương dây V: mất cảm giác nửa mặt (bên đối diện với mất cảm giác nửa thân).

- Hội chứng tiền đình: rung giật nhãn cầu xoay, lệch ngón trở.

. Hội chứng tiểu não: mất điều hòa (ataxie), mất liên động, giảm trương lực.

. Hội chứng Claude Bernard - Horner.

Bên đối diện với tổn thương:

Liệt nhẹ nửa người (hémiparésie) thoáng qua (không liệt mặt).

. Mất cảm giác nửa người (trừ mặt) (do tổn thương bó gai - thị)

- Suy động mạch đốt sống-thân nền.

+ Hội chứng tăng áp lực nội sọ: rung giật nhãn cầu là một dấu hiệu cho hướng chẩn đoán khối u hố sọ sau.

+ Bệnh xơ cứng rải rác

+ Bệnh rong hành não.

DÂY IX - DÂY THẦN KINH LƯỚI HẦU

(NERF GLOSO PHARYNGIEN)

A- GIẢI PHẪU.

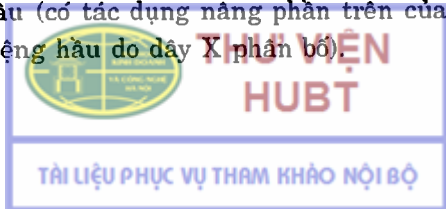
Dây IX là dây thần kinh hỗn hợp:

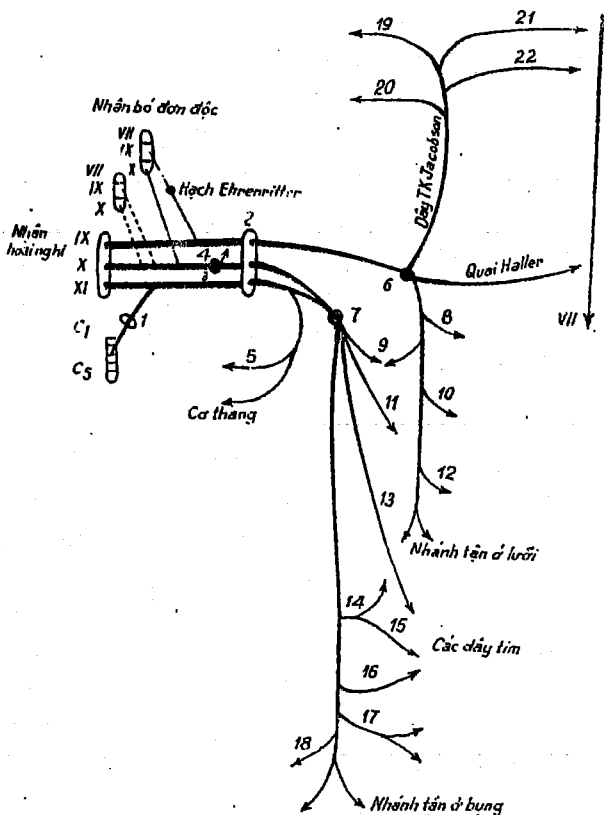
1. Dây thần kinh vận động.

+ Thân tế bào nằm trong hành não (nhân hoài nghi: noyau ambigu).

+ Sợi trục: đi ra khỏi hành não hợp thành dây IX và ra khỏi sọ ở lỗ rách sau cùng với dây X và XI.

+ dây IX chi phối vận động cho cơ khí hầu trên và cơ trâm hầu (có tác dụng nâng phần trên của hầu cùng với cơ vòm miệng hầu do dây X phân bố).





Hình 24a: Dây thần kinh IX, X và XI

- | | | | |
|-----------------------------------|---------------------------------|---|-------------------------------|
| 1. Lỗ chằm | 2. Lỗ rách sau | 3. Hạch cảnh | 4. Nhánh màng não |
| 5. Nhánh cơ ức đòn chũm | 6. Hạch Andersh | 7. Hạch rỗng | |
| 8. Dây cảnh: chạy và đám rối cảnh | 9. Dây hầu: chạy và đám rối hầu | 10. Dây vận động cơ trâm hầu và trâm lưỡi | 11. Dây thanh quản trên |
| 12. Nhánh hạnh nhân | 13. Dây tim trên | 14. Dây quặt ngược | 15. Dây tim giữa |
| 16. Nhánh tim dưới | 17. Nhánh phổi trước và sau | 18. Nhánh thực quản | 19. Dây của bầu dục (hòm nhĩ) |
| 20. Dây của tròn (hòm nhĩ) | 21. Dây da sùi lớn | 22. Dây da sùi bé | |

2. Dây thần kinh cảm giác.

+ Thân tế bào nằm ở hạch trên (hạch Ehrenritter) và hạch dưới (hạch Andersh) của dây thần kinh lưỡi hầu.

+ Đuôi gai chi phối cảm giác:

- Cảm giác vị giác 1/3 sau lưỡi

- Cảm giác chung 1/3 sau lưỡi, vòm mũi, hòm tai, nhận cảm giác ở hầu, khẩu cái, màn hầu và khu hạnh nhân) do đó dây IX là nguyên ủy của phản xạ nuốt và phản xạ nôn.

+ Sợi trục: đi vào trong hành não, dừng ở nhân bó đơn độc và khớp với neuron trung ương hành - đồi thị

B. KHÁM XÉT.

1. Khám vận động.

- Quan sát khi nuốt thức ăn đặc

- Khám vận động màn hầu khi người bệnh nói "a...a"

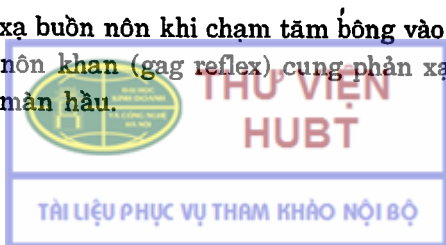
2. Khám cảm giác.

- Khám vị giác 1/3 sau của lưỡi: rất khó khăn, bằng cách đặt một chất thử vào đúng một bên cuống lưỡi. Đôi khi phải khám bằng cách đặt một dòng điện nhẹ vào cuống lưỡi. Nếu vị giác ở đó còn nguyên vẹn thì bệnh nhân cảm thấy vị acid.

- Khám cảm giác 1/3 sau của lưỡi: bằng cách dùng đầu kim dài.

3. Khám phản xạ.

Phản xạ buồn nôn khi chạm tăm bông vào thành sau họng phản xạ nôn khan (gag reflex), cung phản xạ này giống như phản xạ màn hầu.



C- NHẬN ĐỊNH

Rất ít khi gặp tổn thương dây IX đơn độc. Dây IX thường bị tổn thương cùng với dây X và dây XI, XII. Khám xét dây IX để xác định:

1. Đau dây IX

a) Đau giống như đau dây V, đau như cắt từng cơn nhưng không tìm thấy rối loạn chức năng nào của dây IX.

b) Khởi phát: sau khi nuốt hoặc chạm vào vùng "bùng nổ" (trigger zone) nhất là vùng amidan.

c) Vị trí: đau ở một bên phía sau họng, lan ra góc hàm và vùng dưới xương hàm, tai (đặc biệt ở màng nhĩ).

d) Tiến triển: đau thành từng cơn vài phút.

2. Liệt cơ khít trên của hầu, biểu hiện bởi:

+ Khó nuốt (ở thì cuối khi ăn các thức ăn đặc), tổn thương dây IX thường rối loạn nuốt rất nhẹ.

+ Dấu hiệu vén rèm (singe du rideau de Vernet): thành sau vòm họng bị liệt lệch sang bên lành khi bệnh nhân nói các âm "a" "ơ". Dấu hiệu này chỉ quan sát thấy khi tổn thương đồng thời dây IX và nhánh hầu của dây X.

3. Tê một nửa hầu và mất phản xạ buồn nôn.

4. Rối loạn vị giác.



DÂY X - DÂY THẦN KINH PHẾ VỊ

(NEFR PNEUMOGASTRIQUE)

A- GIẢI PHẪU:

Dây X là dây hỗn hợp:

1. Dây thần kinh vận động:

+ Thân tế bào ở hành não (nhân hoài nghi)

+ Sợi trục: thoát ra từ rãnh bên của hành não (dây IX ở trên, dây XI ở dưới) và hợp thành dây X. Dây X qua lỗ rách sau thì nhận ngành trong của dây XI (branche interne du spinal) ở hạch rỗi (dây X có hai hạch: hạch cảnh và hạch rỗi, hạch cảnh ở ngay dưới lỗ rách sau, hạch rỗi ở dưới hạch cảnh) nên khi dây X thoát ra ở hạch rỗi (ganglion plexiforme) thì gồm có cả sợi của dây gai, nên còn gọi là dây phế vị - gai (vago - spinal).

+ Dây X chỉ chi phối vận động cho cơ khép giữa và dưới của hầu và tất cả các cơ của thanh quản (khít và giãn thanh quản), các cơ của màn hầu (do ngành trong của dây XI).

2. Dây thần kinh cảm giác:

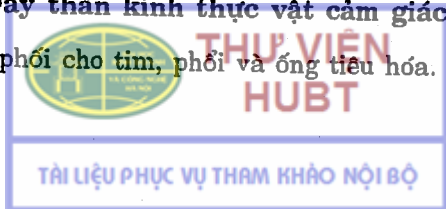
+ Thân tế bào ở hạch cảnh (ganglion jugulaire).

+ Đuôi gai: chi phối cảm giác cho thanh quản, hầu và màn hầu.

+ Sợi trục: đi vào trong hành não và dừng chân ở nhân của bó đơn độc, ở đó nó khớp với neuron trung ương.

3. Dây thần kinh thực vật cảm giác, vận động:

Chi phối cho tim, phổi và ống tiêu hóa.



B- KHÁM XÉT.

1. Khám vận động:

a) Khám màn hầu

+ Khi nghỉ

+ Khi yêu cầu bệnh nhân nói "a", "o"

+ Khi uống, khi ăn

b) Khám thanh quản:

+ Giọng nói: nói khàn, giọng mũi, đơn giọng hay mất tiếng.

+ Soi thanh quản xem hình ảnh của dây thanh âm (corde vocale).

2. Khám cảm giác:

Cảm giác của hầu và màn hầu

3. Khám phản xạ

+ Phản xạ màn hầu (hình 24b): dùng tăm bông chạm vào một bên màn hầu. Đáp ứng: màn hầu và lưỡi gà kéo lên trên. Cung phản xạ: sợi và nhân cảm giác dây thần kinh IX và X, nhân và sợi vận động dây IX và X. Nếu mất phản xạ này là tổn thương dây IX và X bên đó.

C- NHẬN ĐỊNH

Tổn thương dây X biểu hiện:

1. Rối loạn vận động

a) Liệt một bên màn hầu:

+ Rối loạn phát âm (giọng mũi, khàn, mất tiếng).



+ Nghẹn đặc, sắc lỏng (uống nước bị sắc trào lên mũi, ăn bị nghẹn).

+ Màn hầu mất đối xứng:

- Rủ màn hầu bên tổn thương. Trường hợp tổn thương dây X hai bên, toàn bộ vòm miệng sụp xuống.

- Lưỡi gà lệch về bên lành.

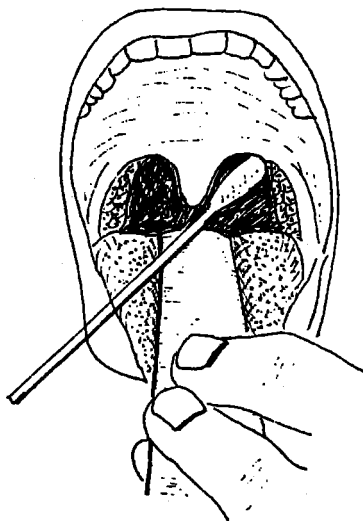
- Sự mất đối xứng này rõ thêm khi bệnh nhân nói "a...a"

+ Mất phản xạ màn hầu bên tổn thương

b) Liệt dây thanh âm (corde vocale):

+ Tiếng nói hai giọng (voix bitonale)

+ Dây thanh âm nhẽo và bất động



2. Mất cảm giác màn hầu và hầu.

Hình 24b: Phản xạ màn hầu

D- CĂN NGUYÊN

+ Dây X bị chèn ép do:

- Hạch cổ, u vùng cổ

- Phình động mạch cảnh trong (anévrisme)



- Chấn thương
- + Chèn ép thần kinh quặt ngược do:
 - U trung thất
 - Khối hạch khí quản, cuống phổi
 - Túi phồng động mạch chủ (bên trái) và động mạch dưới đòn phải.
- + Dây X có thể bị viêm trong:
 - Viêm da dây thần kinh (do thiếu vitamin B₁, do bệnh bạch hầu...).
 - Viêm da rễ và dây thần kinh (hội chứng Guillain Barré)
- + Nhân dây X bị tổn thương trong:
 - Viêm sừng trước tủy cấp (PAA)
 - Xơ cột bên teo cơ (SLA):
 - Hội chứng Wallenberg
- + Hội chứng giả hành não: tổn thương dây X ở trên nhân cả hai bên.
- + Các hội chứng tổn thương phía sau nhân trám hành não:
 - Hội chứng Avellis:
 - . Tổn thương dây X (liệt màn hầu) và ngành trong dây XI (liệt dây thanh âm).
 - . Liệt nửa người bên đối diện.
 - Hội chứng Schmidt:



. Tổn thương dây X, XI (cả ngành ngoài: liệt cả cơ thang và cơ ức đòn chũm).

. Liệt nửa người bên đối diện.

- Hội chứng Jackson:

. Tổn thương dây IX, X, XI, XII (teo và liệt nửa lưỡi)

. Liệt nửa người bên đối diện.

DÂY XI - DÂY THẦN KINH GAI (NERF SPINAL)

Dây gai chỉ có ngành ngoài (ngành tủy sống) còn ngành trong (ngành hành não) chỉ là 1 nhánh của dây X. Ngành hành não và dây X cùng bắt nguồn từ nhân hoành nghi.

A- GIẢI PHẪU:

Dây XI ngoài là dây vận động:

+ Thân tế bào ở phần sau - ngoài của sừng trước tủy sống và sừng bên tủy sống thuộc các khoanh tủy cổ 1 - 6.

+ Sợi trục: đi ra khỏi tủy hợp lại thành dây XI trong ống sống đi lên trên, qua lỗ chằm vào sọ rồi nối liền với ngành trong (ngành hành não) để tạo nên dây XI rồi qua lỗ rách sau phân ra hai nhánh tận.

+ Dây XI ngoài phân bố cho cơ thang và cơ ức đòn chũm

B- KHÁM XÉT:

1. Khám cơ ức đòn chũm:

+ Quan sát teo cơ, rung thở cơ và sờ cơ ức đòn chũm khi bệnh nhân quay đầu sang bên đối diện.



**THƯ VIỆN
HUY**

TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

+ Khám sức cơ ức đòn chũm (hình 25): bệnh nhân quay mặt sang một bên, người khám dùng tay chống lại và so sánh sức cơ hai bên.



Hình 25: Khám sức cơ ức đòn chũm

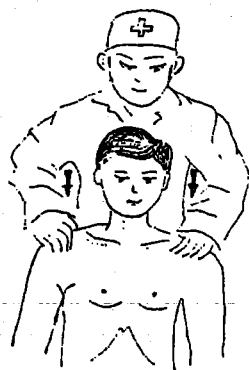
2. Khám cơ thang

a) Quan sát:

+ Hố trên đòn

+ Mỏm cùng vai.

b) Khám sức cơ (hình 26): bệnh nhân tự xo hai vai, người khám dùng tay đẩy cả hai vai xuống. Vai bên tổn thương sẽ bị đẩy xuống dễ hơn.



Hình 26: Khám cơ thang

C. NHẬN ĐỊNH:

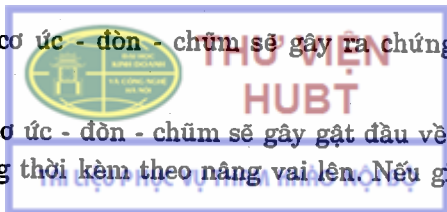
Khám xét có thể thấy.

1. Giật các cơ do dây XI chi phổi.

+ Cơ cơ ức - đòn - chũm một bên sẽ gây ra cử động quay đầu.

+ Giật cứng cơ ức - đòn - chũm sẽ gây ra chứng vẹo cổ (torticollis).

+ Giật rung cơ ức - đòn - chũm sẽ gây gật đầu về bên đối diện, đôi khi đồng thời kèm theo nâng vai lên. Nếu giật rung



cơ ức - đòn - chũm cả hai bên sẽ gây ra triệu chứng giật đầu.

2. Liệt cơ ức - đòn - chũm:

a) *Mất thăng của cơ ức - đòn - chũm khi cản lại động tác của cơ.*

b) *Yếu cơ.*

3. Liệt cơ thang.

a) *Quan sát:*

- + Hố thượng đòn lõm sâu
- + Mỏm cùng vai bị hạ thấp và đưa ra phía trước
- + Bờ trên của cơ lõm, góc dưới xương bả vai bị đẩy ra ngoài.

b) *Khám sức cơ:*

- + Khó nâng vai
- + Sức cơ yếu khi cản lại động tác của cơ.

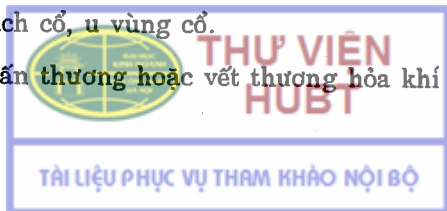
4. Teo cơ ức - đòn - chũm hai bên gặp trong:

- + Bệnh cơ: loạn dưỡng cơ
- + Tổn thương thần kinh.

D- CĂN NGUYÊN:

Dây XI ít khi bị tổn thương một bên và đơn độc, thường kết hợp tổn thương dây IX, X, XI và XII. Căn nguyên tổn thương dây XI:

- Hạch cổ, u vùng cổ.
- Chấn thương hoặc vết thương hỏa khí vùng cổ



- Làm sinh thiết hạch cổ chạm vào dây XI
- U nền sọ hoặc gãy nền sọ.
- Viêm màng não nền sọ.

DÂY XII - DÂY THẦN KINH HẠ THIẾT (NERF GRAND HYPOGLOSSE)

A- GIẢI PHẪU:

Dây XII là dây thần kinh vận động

- + Thân tế bào ở hành não.
- + Sợi trục: đi ra ở rãnh trước trám hành và tạo thành dây XII. Dây XII qua lỗ lồi cầu trước, qua vùng hàm hầu và vùng trên móng để vào lưỡi.
- + Dây XII phân bố cho các cơ nửa lưỡi cùng bên.

B- KHÁM XÉT:

- + Quan sát xem lưỡi có bị teo không, có rung thơ cơ không.
- + Khám vận động:
 - Quan sát khi nghỉ lưỡi có bị lệch không? Lệch về bên nào?
 - Yêu cầu bệnh nhân thè lưỡi ra, thụt lưỡi vào, đưa sang từng bên lần lượt, chạm rồi nhanh.
 - Yêu cầu bệnh nhân ấn lưỡi vào má trong khi người khám dùng ngón tay cản lại bằng cách ép vào phía ngoài của má. Nếu một bên yếu bệnh nhân sẽ không đưa lưỡi sang phía lành được.
 - Yêu cầu bệnh nhân phát âm một vài từ cần vận động lưỡi nhiều (r, e...)

C- NHẬN ĐỊNH:

Khám xét có thể thấy:

1. Vận động bất thường của lưỡi.

+ Trong bệnh Parkinson, đôi khi trong liệt toàn thể do giang mai, lưỡi có thể thè ra, thụt vào nhanh gọi là động tác thập thò lưỡi (mouvements de trombone).

+ Trong múa giật Sydenham hoặc Huntington có thể thấy các vận động kiểu múa giật ở lưỡi.

2. Liệt một bên lưỡi biểu hiện:

+ Rung (fibrillation) và teo nửa lưỡi

+ Lệch lưỡi:

- Khi nghỉ lưỡi bị lệch nhẹ về bên lành.

- Khi bệnh nhân thè lưỡi, lưỡi bị lệch về bên liệt.

+ Không thể làm được:

- Đưa lưỡi về bên lành

- Làm lưỡi thành hình máng.

3. Liệt lưỡi cả hai bên biểu hiện:

+ Lưỡi bị bất động.

+ Kèm theo khó nhai, nuốt và phát âm.

+ Teo và rung toàn bộ lưỡi.

D- CĂN NGUYÊN:

+ Liệt ngoại biên dây XII:



**TRƯỜNG VIỆN
HUBT**

TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

- Bệnh xơ cứng cột bên teo cơ (sclérose latérale amyotrophique)

- Viêm sùng trước tủy cấp (PAA)

- Rong hành não

- Nhuyễn hành não

- Chấn thương

- Bệnh Paget

- Lao màng não vùng nền

- Các u vùng sau mũi cũng có thể làm thủng nền sọ gây ra tổn thương dây XII.

+ Liệt trên nhân:

- Hội chứng giả hành não

- Nhuyễn não vùng nắp cuốn lên cả hai bên bán cầu (ramollissement bi - operculaire) gây liệt môi, lưỡi, hầu, không teo cơ, không rung giật cơ.



CHƯƠNG III

PHƯƠNG PHÁP KHÁM HỆ VẬN ĐỘNG

Trên lâm sàng để cho thuận tiện, người ta đã tách riêng các chức năng vận động và cảm giác, xong thực ra mọi cử động chính xác, khéo léo, tùy ý đều đòi hỏi phải toàn vẹn cả hệ cảm giác, vận động và xương khớp.

Thông thường có thể gặp các rối loạn vận động sau:

1. Liệt hoặc bại cơ.
2. Rối loạn phối hợp vận động
3. Rối loạn trương lực cơ
4. Các vận động không tùy ý
5. Rối loạn thực dụng (dyspraxie) hoặc mất thực dụng (apraxie).

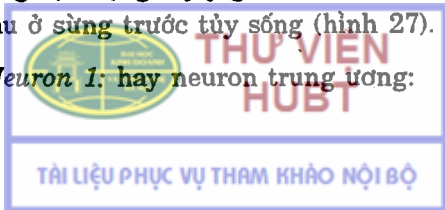
Mục đích của khám vận động là tìm những rối loạn kể trên và kết hợp với tìm các dấu hiệu khác như rối loạn phản xạ, cảm giác để định khu các tổn thương.

I. GIẢI PHẪU

1. Bó tháp:

Đường vận động tùy ý gồm có hai neuron tiếp khớp si nấp với nhau ở sừng trước tủy sống (hình 27).

a) Neuron 1: hay neuron trung ương:



Có thân tế bào ở vỏ não, khu vực hồi trán lên. Các sợi trục hợp thành hai bó:

Bó vỏ - gai (faisceau cortico - spinal) hay bó tháp:

+ Thân tế bào (tế bào khổng lồ của Betz) chiếm tất cả diện vận động trừ vùng nắp (opercule).

+ Sợi trục:

- Đi xuống dưới qua trung tâm bầu dục, đuôi sau của bao trong, thân não.

- Phần lớn bắt chéo đường giữa ở phần dưới của hành não tạo thành bó tháp chéo, một phần nhỏ tiếp tục đi thẳng, tạo thành bó tháp thẳng.

- Khớp nối với những tế bào của sừng trước tủy sống.

Bó vỏ - nhân (faisceau cortico - nucléaire) hay bó gối (faisceau géniculé):

+ Thân tế bào (tế bào tháp trung bình) nằm ở vùng nắp (opercule)

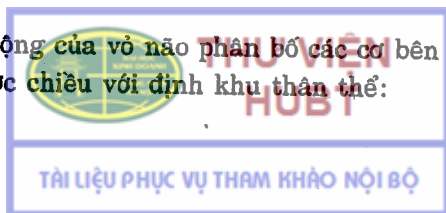
+ Sợi trục đi theo bó tháp:

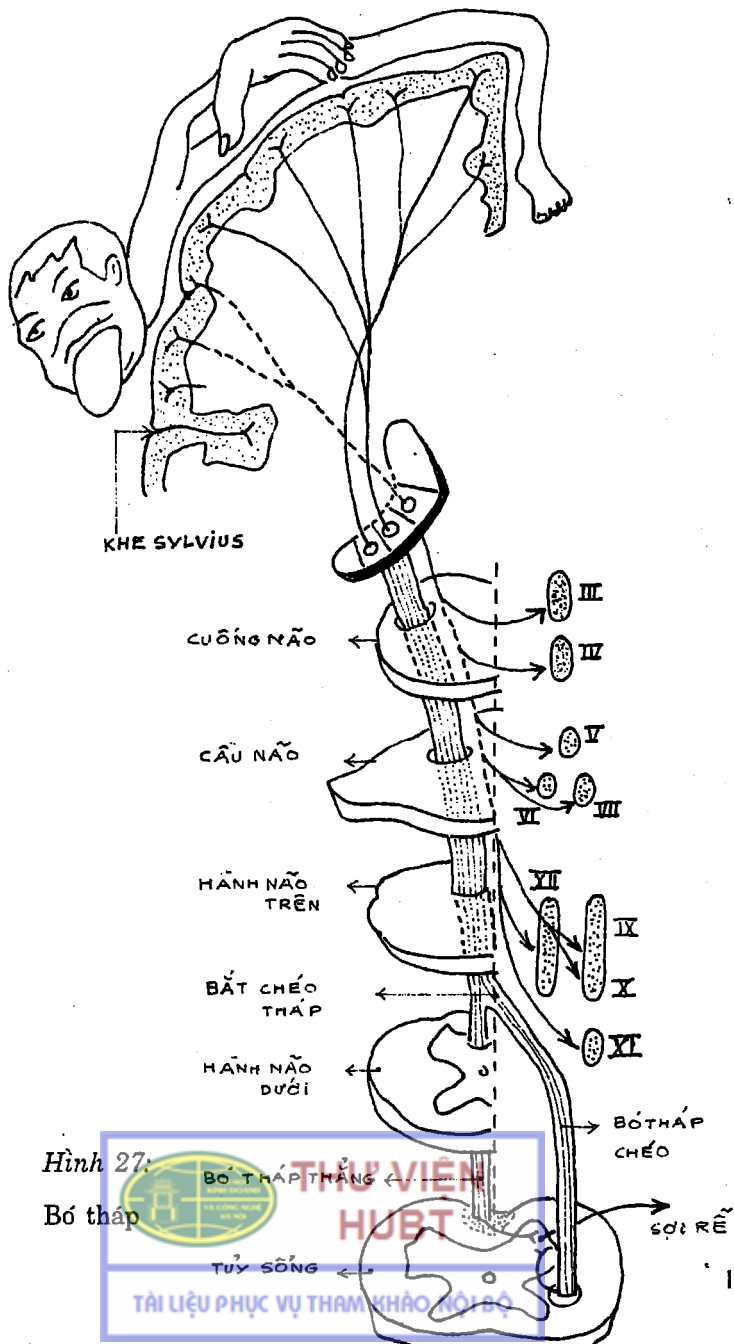
- Đi xuống dưới qua trung tâm bầu dục, gối của bao trong.

- Bắt chéo đường giữa ở thân não để đi tới các nhân vận động của các dây thần kinh sọ não.

Nói chung:

+ Diện vận động của vỏ não phân bố các cơ bên đối diện theo thứ tự ngược chiều với định khu thần thể:





Hình 27:

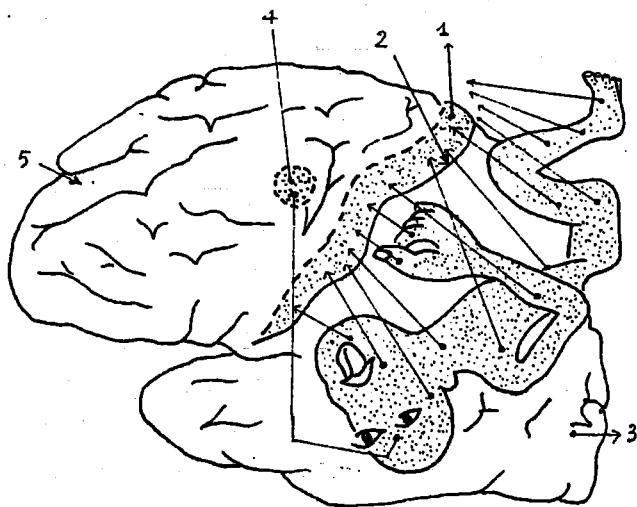
Bó tháp

- Phần trên và tiểu thùy cận trung tâm: vận động chi dưới.
- Phần giữa: vận động thân và chi trên
- Phần dưới vận động cơ mặt
- + Bán cầu đại não chi phối vận động nửa thân ở bên đối diện.

b) Neuron 2 hay neuron ngoại vi gồm hai nhóm:

Ở tủy:

- + Thân tế bào ở sừng trước của tủy sống
- + Sợi trục:



Hình 28: Biểu diễn hồi trán lên của vỏ não.

1. Hồi trán lên

2. Rãnh Rolando

3. Thùy chẩm

4. Vùng quay mắt quay đầu

5. Thùy trán

TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

- Các sợi trục cùng một khoanh tủy tạo thành rễ trước của tủy.

- Rễ trước kết hợp với rễ sau của tủy (rễ cảm giác) để tạo thành dây thần kinh sống (dây thần kinh hỗn hợp: vận động và cảm giác).

- Dây thần kinh sống chia thành hai nhánh:

Nhánh sau: nhỏ, chi phối cho vùng xung quanh tủy sống.

Nhánh trước: lớn, nối với các nhánh trước khác để tạo thành đám rối (ví dụ: đám rối thần kinh cánh tay), từ đó tạo thành các thân của dây thần kinh ngoại biên (ví dụ: dây giữa, dây quay...) và có các sợi chi phối cho cơ vân.

Nói chung: mỗi rễ vận động chi phối cho nhiều cơ

Một cơ có thể được chi phối bởi nhiều rễ.

Tổn thương ở neuron thứ hai sẽ gây ra liệt cùng bên.

. Ở não:

+ Thân tế bào ở nhân của các dây thần kinh sọ trong thân não

+ Sợi trục hợp thành dây thần kinh sọ vận động (III, IV, V, VI, VII, VIII, IX, X, XI, XII), tận cùng ở các cơ liên quan.

2. Hệ thống ngoại tháp.

a) Tế bào ngoại tháp ở vỏ não nằm, chủ yếu ở khu vực 6 và trước khu vực 4

9* L.S.

TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

b) Các phần ngoại tháp ở dưới vỏ gồm có:

- Tân thể vân (néostriatum): nhân vỏ hén (putamen) và nhân đuôi.

- Cựu thể vân (paléostriatum): cầu nhạt (pallidum). Cựu thể vân còn bao gồm thể Luys, liềm đen, nhân đỏ.

c) Các đường ngoại tháp:

- Đường liên lạc giữa các nhân ngoại tháp bởi bó ngán.

- Đường đi xuống gồm:

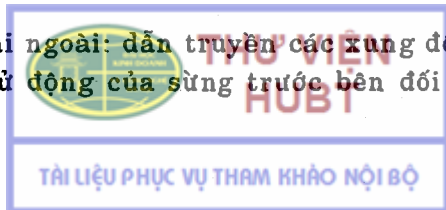
Bó đỏ - gai: từ nhân đỏ đến cột bên tủy sống bên đối diện, dừng ở sừng trước. Bó này dẫn truyền xung động về phản xạ nhìn và nghe.

Bó tiền đình - gai: đi từ nhân tiền đình (Deiters) tới cột trước tủy sống, dừng ở sừng trước, bó này dẫn truyền xung động về thăng bằng.

Bó trám - gai từ nhân trám dưới đến sừng trước tủy sống, dừng ở sừng trước. Bó này liên hệ với thể vân, liềm đen, thể Luys. Bó trám - gai là một bộ phận của đường kiểm soát tiểu não và tủy sống.

Bó lưới - gai: đi từ thể lưới tới sừng trước tủy sống, có 2 bó:

Bó lưới - gai ngoài: dẫn truyền các xung động làm dễ dàng các cử động của sừng trước bên đối diện.

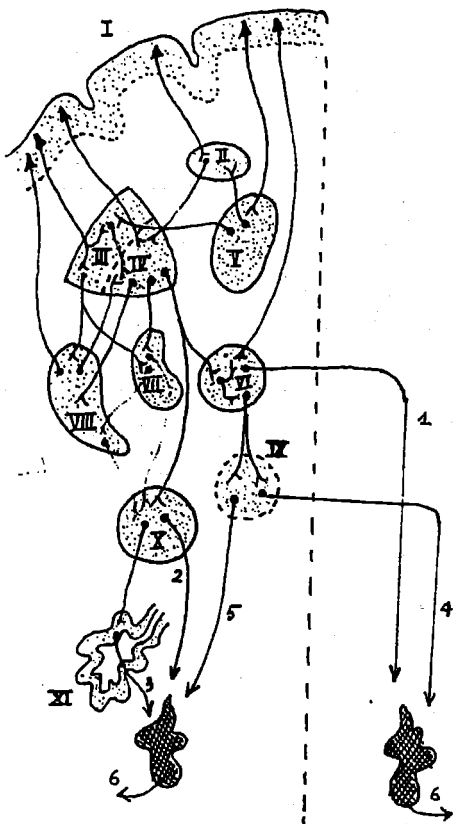


Hình 29:

Hệ ngoại tháp

- I. Vỏ não;
- II Nhân đuôi.
- III Nhân vỏ hén;
- IV. Cầu nhện
- V. Dồi thị;
- VI. Nhân đỏ;
- VII. Thể Luys;
- VIII. Liềm đen;
- IX. Thể lưới;
- X. Nhân mái;
- XI. Nhân trám dưới.

- 1. Bó đỏ - gai;
- 2. Bó mào - gai;
- 3. Bó trám - gai.
- 4. Bó lưới - gai ngoài;
- 5. Bó lưới - gai trong;
- 6. Tế bào sừng trước



Bó lưới - gai trong: dẫn truyền các xung động làm ức chế các hoạt động của sừng trước bên.

II. SINH LÝ

Chức năng của bó tháp là vận động tùy ý nửa người bên đối diện, ức chế vận động của tủy sống.

Chức năng chính của hệ thống ngoại tháp là điều hòa trương lực cơ, điều chỉnh các cử động không tùy ý và các cử động tự động. Do đó khi tổn thương hệ thống ngoại tháp sẽ có rối loạn trương lực cơ và xuất hiện các cử động bất thường.

III. CÁCH KHÁM VẬN ĐỘNG

A- QUAN SÁT:

1. Quan sát tư thế.

- Tư thế Wernicke - Mann trong liệt nửa người do tổn thương bó tháp ở não.

- Tư thế "đuối cứng mất não": "Nửa co cứng mất vỏ não".

- Tư thế đặc biệt của bệnh nhân Parkinson: gập ở cổ, hông, gối và khuỷu. Khi nằm xuống, người bệnh thường giữ đầu cao hơn gối một lúc lâu.

2. Quan sát tình trạng teo cơ và vị trí của các cơ bị teo, so sánh mức độ teo cơ ở gốc chi và ngọn chi.

3. Quan sát vận động tùy ý.

Yêu cầu bệnh nhân làm một số động tác (ví dụ: gơ tay, gơ chân) để xem mức độ chính xác, nhanh, chậm, vụng về, khó khăn hay không làm được.

- Nếu thấy khởi đầu vận động chậm và biên độ vận động bị hạn chế thì nghĩ đến giảm vận động ngoại tháp.

- Nếu bàn tay cử động vụng về thì nghĩ đến mất phối hợp hoặc mất thực dụng.

- Nếu thấy bệnh nhân hoàn toàn không cử động một chi hay một nửa người thì nghĩ đến liệt nửa người.

4. Quán sát vận động không tùy ý.

Quan sát kỹ tính chất vận động bất thường của người bệnh lúc nghỉ và lúc vận động: vị trí, nhịp điệu, cường độ, thời gian xuất hiện và ảnh hưởng bên ngoài.

Các cử động bất thường hay gặp:

+ Run: thường thấy rõ ở đầu chi; nếu đặt một tờ giấy to lên bàn tay dưới thẳng trước mặt bệnh nhân ta sẽ thấy tờ giấy bị rung nhẹ liên tục. Trong khi quan sát ta cần chú ý tốc độ và biên độ run, run tăng khi nghỉ hoặc khi vận động.

Ngoài những nguyên nhân sinh lý (do lạnh, cảm xúc, giữ nặng quá lâu...), run thường gặp trong các trường hợp bệnh lý như:

- Hội chứng Pakinson (do tổn thương cầu nhát, liềm đen); run khi nghỉ, run đều, biên độ lớn, thường run ở tay như xĩa tiền, về thuốc. Khi cử động thì đỡ run, khi ngủ thì hết run. Khi xúc động thì run tăng.

- Bệnh Wilson: run giống trong bệnh Parkinson, nhưng run tăng khi vận động tùy ý.

- Hội chứng tiểu não: run khi cử động, hết khi ngủ, run có biên độ lớn, không đều, run càng rõ khi bệnh nhân cố thực hiện một động tác như cầm đồ vật hoặc giữ ở một tư thế nào đó.

- Bệnh liệt toàn thể tiến triển (Paralysie générale progressive) là bệnh viêm não - màng não lan tỏa do giang mai, run chậm, xuất hiện khi vận động tùy ý, run thường khu trú ở chi trên, ở lưỡi run thể hiện dưới hình thức lưỡi thò ra, thụt vào khi nói hoặc sắp nói.



THƯ VIỆN
HUBT

- Xơ cứng rải rác (sclérose en plaques): run do tổn thương tiểu não.

- Loạn thần kinh chức năng (névrose): run toàn thân, đầu hoặc từng chi. Run biên độ nhỏ hoặc lớn trông như múa giật, múa vờn, khi ngủ hết run, khi bị đánh lạc hướng, chú ý run bớt đi, khi cảm động hoặc cảm thấy được chú ý nhiều run tăng lên.

- Bệnh Basedow: run ở đầu ngón tay và bàn tay, run đều, biên độ nhỏ, run tăng lên khi xúc động hoặc lo sợ.

- Ngộ độc thủy ngân: run tăng khi vận động tùy ý, khi bệnh bớt dần, run khu trú ở môi và lưỡi.

- Ngộ độc rượu: đáng chú ý là trong sáng rượu cấp (délire aigu alcoolique) run rất mạnh, run khắp cơ thể, thỉnh thoảng có co giật các cơ ở mặt và tứ chi.

+ Rung thớ cơ (fibrillation) và rung bó cơ (fasciculation).

- Rung thớ cơ: rung chuyển đều, nhanh, biên độ nhỏ, xuất hiện rời rạc ở các cơ bị teo. Có thể nhìn thấy rung thớ cơ ở dưới da bằng mắt thường khi gõ nhẹ vào cơ.

- Rung bó cơ: là rung thớ cơ lan rộng ra cả một bó cơ. Theo Denu - Brown và Pennybacker thì rung thớ cơ do các thớ cơ đó bị mất chi phối thần kinh gặp trong tổn thương sừng trước tủy sống hoặc các đuôi gai của nơron vận động tương ứng với bó cơ đó.

Rung thớ cơ thường gặp trong bệnh xơ cứng cột bên teo cơ (sclérose latérale amyotrophique). Đôi khi người bình thường cũng có rung thớ cơ, nhưng thường giật thô hơn và chỉ giật cố định ở một khu vực như ở đùi, mông, không có

teo cơ kèm theo.

Một hiện tượng tương tự: rung cơ (myokimie) ở cơ vòng mắt, cơ nâng mi trên và các cơ mặt khác, thường xảy ra khi mệt nhọc, lo âu.

+ Giật cơ (myoclonie): cơ đột ngột như điện giật ở một hay nhiều cơ hoặc một chi. Phát hiện giật cơ bằng cách gõ nhẹ vào cơ. Thường thấy giật cơ trong động kinh cơn lớn, hoặc trong một số bệnh thoái hóa lan tràn ở não.

+ Múa giật (chorée): là những cử động, không tùy ý hỗn độn, đột ngột, nhanh, biên độ lớn, thường ở gốc chi, ở mặt, đặc trưng là thay đổi nhanh, vị trí thay đổi (lúc giật ở cơ mặt, lúc thì giật chân), bước đi nhảy múa, tăng khi cử động, giảm khi nghỉ ngơi.

Phát hiện múa giật bằng cách yêu cầu bệnh nhân giơ hai tay ra phía trước bàn tay úp xuống và giữ ở tư thế này vài phút.

Múa giật do tổn thương tân thể vân (*nhân vỏ hén Putamen*) đồng thời có kèm theo cả bệnh lý của nhân răng tiểu não, nhân đỏ. Thường gặp trong các bệnh:

- Múa giật Sydenham do bệnh thấp khớp cấp ở trẻ em.
- Múa giật Huntington: bệnh múa giật di truyền, biểu hiện chủ yếu là múa giật kèm theo mất trí, thường gặp ở người lớn.
- Múa giật triệu chứng: thường ở một nửa người kết hợp với các triệu chứng thần kinh khác do tổn thương thần kinh mạch máu não, tổn thương nhân xám trung ương trong bệnh thoái hóa teo não, trong bệnh não trẻ em do nhiễm độc oxyt carbon. Do một số bệnh viêm nhiễm ở hệ thần kinh (viêm

não dịch của Von Economo).

+ *Múa vờn* (athétose): là những động tác không tùy ý, rất chậm, uốn éo thay đổi luôn nhưng nối tiếp nhau, hầu như không ngừng. Chủ yếu là ở các ngón chi do tổn thương *nhân đuôi*. Thường gặp các thể lâm sàng như:

- *Múa vờn kép* (athétose double): biểu hiện chủ yếu là múa vờn ở hai tay, mặt, cổ và thiếu năng tinh thần, gặp ở trẻ em. Căn nguyên bẩm sinh hoặc chấn thương sọ não khi đẻ gây nên tổn thương thể vân, nhân đỏ, đôi khi ở đồi thị.

- *Múa vờn nửa người* (hémiathétose): thường gặp ở trẻ em, nhưng cũng có khi gặp ở người lớn và người già, đôi khi kết hợp với liệt nửa người do tổn thương bó tháp và thể vân.

Múa vờn là một triệu chứng của hội chứng Little, hội chứng đồi thị, bệnh Wilson.

Bệnh Wilson do thoái hóa gan - nhân đậu (dégénérescence hepato - lenticulaire): bệnh gia đình do rối loạn chuyển hóa chất đồng, làm tổn thương các nhân đậu. Biểu hiện chủ yếu: múa vờn, run và xơ gan. Thường có "cười co cứng" do tăng trương lực cơ mặt. Đôi khi thấy vòng Kaido - Flaisơ (Kaiser Fleicher) màu xanh nâu xung quanh giác mạc, xét nghiệm thấy chất đồng tăng trong nước giải.

+ *Múa vung nửa thân* (hémiballisme): là những động tác không tùy ý, bất buộc như vung tay ném vật gì, gặp trong tổn thương thể Luys bên đối diện.

+ *Loạn trương lực xoắn vặn* (co thắt xoắn vặn - torsion spasme) là cử động như múa vờn nhưng có khuynh hướng xảy ra ở gốc chi hoặc ở thân, gây ra các cử động vặn thân và chỉ xuất hiện khi đi, do đó đi lại rất khó khăn.

Loạn trương lực cơ có thể do tổn thương nhân đuôi, nhân vỏ hén, thể Luys, đồi thị, nhân răng tiêu não sau viêm não dịch.

+ *Co cứng vẹo cổ* (torticolis): đầu và cổ quay sang một bên, thường kèm theo ngứa cổ ra sau do cứng gáy, cứng cổ, gặp trong loạn thần kinh chức năng (névrose) hoặc sau viêm não, chấn thương.

+ *Máy cơ* (tics): là những vận động thói quen bắt buộc ở một nhóm cơ nào đó, thường là cơ mặt, cổ (ví dụ: nháy mắt, giật một bên mặt, lắc đầu, khịt mũi, so vai) tăng lên khi mệt mỏi, cảm động, không phải do tổn thương thực thể.

+ *Con co giật* (convulsion): là những động tác không do ý muốn, xuất hiện từng đợt. Mỗi cơn co giật thường chia làm hai giai đoạn: giai đoạn co cứng do tăng trương lực và giai đoạn co giật. Các cơn co giật và co thắt (spasme) hay gặp là:

- *Con động kinh toàn thể*: Bắt đầu đột ngột rơi vào tình trạng hôn mê, bệnh nhân ngã ra bất cứ nơi nào. Cơn được chia ra làm 4 giai đoạn:

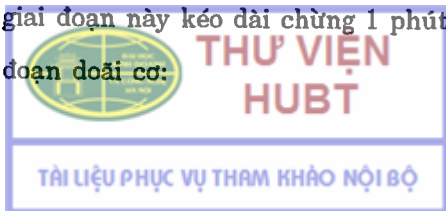
. Giai đoạn co cứng:

Toàn thân duỗi cứng, hai tay co và khép chặt vào thân, hai chi dưới duỗi thẳng, hàm răng nghiến chặt, bệnh nhân có thể cắn vào lưỡi, ngừng thở, mặt tím tái. Giai đoạn này kéo dài 20 - 30 giây.

. Giai đoạn co giật:

Giật mạnh liên tiếp ở mặt và tứ chi, bệnh nhân có thể đá ra quần, giai đoạn này kéo dài chừng 1 phút.

. Giai đoạn doãi cơ:



Bệnh nhân nằm bất động, cuối giai đoạn này có thể có một vài động tác tự động trên cơ thể, thời gian khoảng 1 phút.

. Giai đoạn hồi phục:

Bệnh nhân thở sâu, ý thức hồi phục. Có bệnh nhân mau chóng tỉnh lại, có người lú lẫn sau cơn, sau 10 - 30 phút hồi phục hoàn toàn. Đa số bệnh nhân sau cơn bị nhức đầu và không nhớ những gì vừa xảy ra.

- Động kinh co thắt gấp ở trẻ em (hội chứng West): cơn chớp nhoáng gật đầu, hai tay khép, đùi gấp lại, thời gian mỗi cơn 1-3 giây (dễ nhầm với trẻ giật mình), nhiều cơn trong ngày, thường xuất hiện vào lúc sắp ngủ hay ngủ dậy, ngay sau cơn trẻ khóc hoặc cười. Có thể kèm theo cơn lớn, 85% (theo Loiseau và Jallon) có chậm phát triển về tâm thần và vận động.

Thường gặp ở con đầu lòng, thường khởi đầu lúc trước 8 tháng tuổi. Nguyên nhân liên quan đến thời kỳ thai nhi và lọt lòng (mẹ bị cúm, sốt rét khi có thai, trẻ bị ngạt, nhẹ cân, ngôi ngược, mổ đẻ). Đôi khi thấy yếu tố gia đình và rối loạn chuyển hóa.

- Cơn tetanie: cơn co thắt đầu chỉ do hạ calci máu. Các ngón tay chụm lại như bàn tay người đỡ đẻ. Mỗi cơn kéo dài chừng 3 phút đến hàng giờ.

. Dấu hiệu Chvostek: gõ nhẹ vào giữa đường nối nhân trung với gò má, trong trường hợp bị tetani tiềm tàng (bình thường không thấy cơn tetani xuất hiện) gây ra co cứng cơ quanh mép làm cơ môi mép bên đó bị giắt.

. Dấu hiệu Trousseau: dùng một dây cao su buộc cánh tay lại như khi lấy máu tĩnh mạch (hoặc lấy bao bọc tay của máy

do huyết áp bơm lên đến số tối đa), ngay 1 - 2 phút đầu đã gây co cứng bàn tay như trong cơn tetani

. Dấu hiệu Erb: tăng kích thích của neuron vận động ngoại vi đối với dòng galvanic. Trong tetani, cơ khi đóng cực âm thường nhỏ hơn 5mA.

. Dấu hiệu Hoffmann trong tetani: co cứng cơ kiểu tetani khi kích thích điện, kích thích cơ học vào các dây thần kinh cảm giác; (hay dùng dây trụ).

. Dấu hiệu Pool chân và tay:

. Làm căng đám rối thần kinh cánh tay bằng giang mạnh cánh tay gây co cứng cơ ở cánh tay và bàn tay.

. Làm căng dây thần kinh hông to bằng cách gấp mạnh đùi ở khớp háng, (gối thẳng) gây co cứng cơ chân và bàn chân.

B- KHÁM SỨC CƠ

1. Cách khám

a) *Yêu cầu bệnh nhân làm một số động tác:* gơ tay, gơ chân, ta so sánh hai bên để sơ bộ phát hiện liệt một chi, hai chi hay nửa người.

b) *Khám sức cơ ở từng đoạn chi:* nhằm bổ sung và chính xác thêm các nhận định trên hoặc để phát hiện mức giảm nhẹ sức cơ.

Nguyên tắc khám: khám lần lượt và so sánh hai bên từng khúc chi bằng cách cản lại các cử động mà ta yêu cầu bệnh nhân làm. Sau đó đánh giá sức cơ:

+ Ở chi trên: khám lần lượt theo thứ tự:

- Cánh tay: gấp, duỗi, dạng, khép, xoay trong, xoay ngoài.
- Cẳng tay: gấp, duỗi, sấp, ngửa.
- Cổ tay: gấp, duỗi, giang, khép.
- Ngón cái: gấp, duỗi, giang, khép, đối chiếu.
- + Ở chi dưới: khám lần lượt theo thứ tự:
- Dùi: gấp, duỗi, giang, khép, xoay trong, xoay ngoài.
- Cẳng chân: gấp, duỗi.
- Bàn chân: gấp, duỗi, xoay trong, xoay ngoài.
- Ngón chân: gấp duỗi.
- + Ở cổ: khám lần lượt: duỗi, xoay, nghiêng sang bên.
- + Ở thân: khám lần lượt
- Các cơ cột sống: cho bệnh nhân đang cúi đứng thẳng dậy.
- Các cơ liên sườn: đánh giá độ nở của lồng ngực khi bệnh nhân hít vào sâu.
- Các cơ bụng: cho bệnh nhân đang nằm ngồi dậy.
- Cơ hoành: cho bệnh nhân hít vào sâu xem cơ hoành có làm cho vùng thượng vị phồng lên không?

c) Khám các cơ riêng lẻ

Khi có yếu cơ cục bộ cần khám kỹ hơn từng cơ riêng lẻ. Cần đánh giá kết quả khám sức cơ bằng chữ số hoặc bằng chữ. Ví dụ: đánh giá sức cơ từ số 0 - 5 của Hội đồng nghiên cứu y học quốc tế:

5: Sức cơ bình thường: cử động chống lại trọng lực và sức cản tốt.

4: Có thể cử động chống lại trọng lực và sức cản nhưng

yếu hơn bình thường.

3: Có thể chống lại trọng lực được.

2: Có thể cử động khi không có trọng lực.

1: Nhìn, sờ thấy cơ cơ nhưng không cử động được khúc chi.

0: Hoàn toàn không cơ cơ.

Hồ Hữu Lương dùng hệ thống số từ 0-10 để đánh giá sức cơ, theo dõi phục hồi chức năng vận động và chia ra 5 độ liệt tùy theo sức cơ của bệnh nhân:

9-10: sức cơ bình thường: biên độ vận động bình thường, chống lại sức cản tốt.

7-8: Liệt nhẹ, bại (Liệt độ 1): biên độ vận động bình thường, có chống lại sức cản, nhưng sức cơ giảm.

5-6: Liệt vừa (liệt độ 2): biên độ vận động bình thường, chống lại sức cản rất yếu

3-4: Liệt nặng (liệt độ 3): biên độ vận động bị hạn chế, có chống lại sức cản nhưng sức cơ bị giảm nhiều.

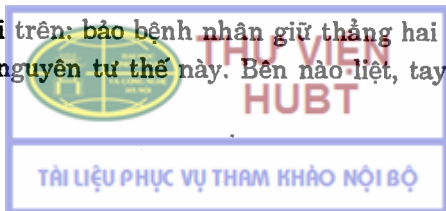
1-2: Liệt rất nặng (liệt độ 4): biên độ vận động rất hạn chế hoặc bằng không ngay cả khi không có trọng lượng (khúc chi thăm khám thả tự do trên tay của thầy thuốc), không thể chống lại sức cản, sức cơ giảm rất nhiều.

0: Liệt hoàn toàn (liệt độ 5): hoàn toàn không cơ cơ.

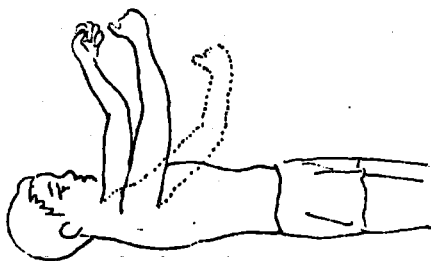
d) Một số nghiệm pháp khám sức cơ:

+ Nghiệm pháp Barré:

- Chỉ trên: bảo bệnh nhân giữ thẳng hai tay ra phía trước và giữ nguyên tư thế này. Bên nào liệt, tay sẽ rơi xuống.



- Chi dưới: bệnh nhân nằm sấp, cẳng chân có 90° so với mặt giường, bên nào liệt sẽ rơi xuống trước, để cho dễ rơi, ta có thể để cẳng chân bệnh nhân gấp 45° so với mặt giường. Đôi khi còn phân ra Barré thì 1 và thì 2. Barré thì hai nhằm phân biệt liệt do bệnh thực thể và hysterie.

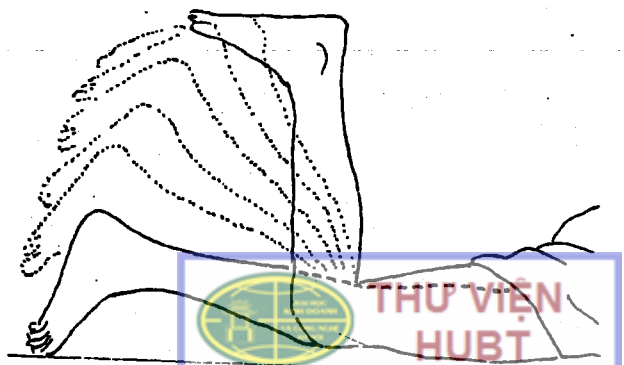


Hình 30: Nghiệm pháp

Barré chi trên

- Nghiệm pháp Raimiste:

Bệnh nhân nằm ngửa, hai cẳng tay luôn vuông góc với đùi, đùi thẳng góc với giường. chân nào liệt sẽ rơi xuống trước.

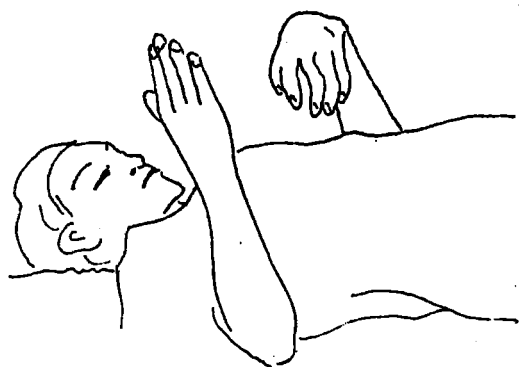
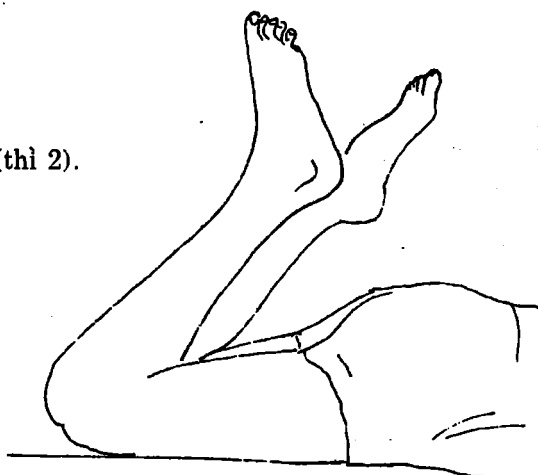


Hình 31a: Nghiệm pháp Barré chi dưới (thì 1).

Hình 31b:

Nghiệm pháp

Barré chi dưới (thì 2).



Hình 32:

Nghiệm pháp

Raimiste

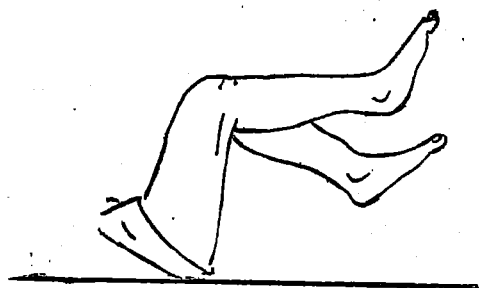
(liệt tay trái) *



**THƯ VIỆN
HUBT**

TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

Hình 33:
Nghiệm pháp
Mingazzini
(liệt chân trái)



Dấu hiệu Hoover: bệnh nhân nằm ngửa, người khám để hai lòng bàn tay dưới hai gót chân và bảo bệnh nhân ấn chân xuống, sức ấn chỉ thấy ở bên chân lành. Sau đó, người khám chuyển bàn tay ở gót lên mu bàn chân và bảo bệnh nhân nâng chân dưới sức cản của người khám. Chân liệt không có sức ấn lên bàn tay. Trong khi bệnh nhân liệt chức năng thì gót chân bên liệt vẫn ấn xuống lòng bàn tay người khám.

- Dấu hiệu Néri: bệnh nhân nằm ngửa, nâng hai chân, giữ một lúc, chân liệt sẽ gấp gối, chân lành vẫn thẳng.

2. Nhận định.

+ Mức độ liệt: 5 độ liệt.

+ Địa điểm liệt:

- Liệt một cơ hay một nhóm cơ

- Liệt hai chi trên

- Liệt nửa người



- Liệt hai chi dưới

- Liệt tứ chi

+ Định khu tổn thương trung ương

Tổn thương tế bào thần kinh trung ương (bó tháp) ở não hay tủy sống:

. Ở não:

Tổn thương vỏ não: thường liệt một chi hay liệt mặt, mức độ liệt ở mặt, tay, chân không đều nhau.

Tổn thương bao trong: liệt nặng, mức độ liệt ở tay, chân, mặt đều nhau

Tổn thương ở thân não: hội chứng giao bên (liệt dây thần kinh sọ một bên, liệt tay chân bên đối diện).

. Ở tủy:

Tổn thương trên phình cổ: liệt cứng tứ chi

Tổn thương tại phình cổ: liệt nhẽo hai chi trên, liệt cứng hai chi dưới.

Tổn thương trên phình thắt lưng: liệt cứng hai chi dưới.

Tổn thương tại phình thắt lưng: liệt nhẽo hai chi dưới

- Tổn thương neuron vận động ngoại vi:

Liệt, rối loạn cảm giác và teo cơ tương ứng với phân bố một hay nhiều rễ dây thần kinh.

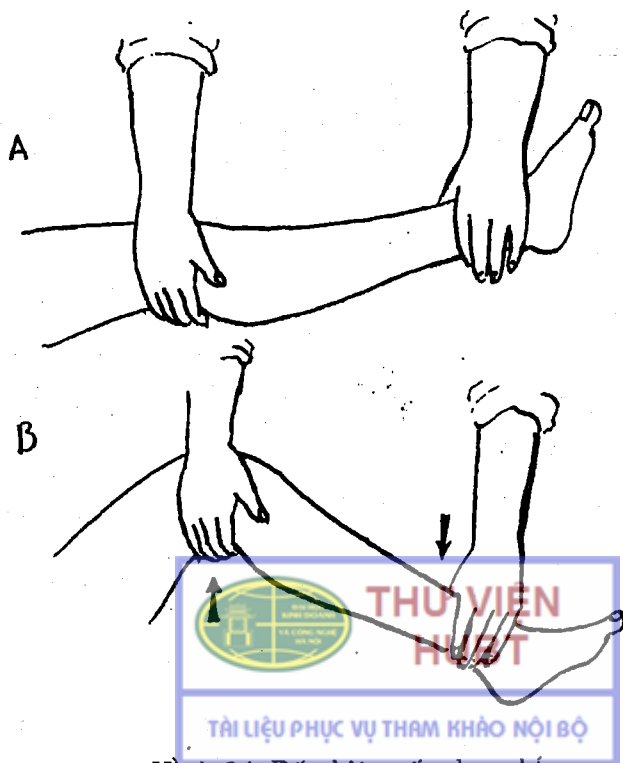
C - KHÂM TRƯỞNG LỰC CƠ.

Trương lực cơ là sức căng thường xuyên của cơ có tác dụng duy trì tư thế, góp phần thực hiện quá trình vận động. Khi

cử động thụ động một khớp ta cảm thấy có sức cản là do trương lực cơ. Bản chất của trương lực cơ là phản xạ trương lực được thực hiện ở tủy sống, có sự tham gia điều hòa của vỏ não và một số nhân xám dưới vỏ.

1. Cách khám.

Tư thế bệnh nhân nằm ngửa, đầu có gối, để các chi được thăm khám hoàn toàn thụ động, không nên gân.



Hình 34: Dấu hiệu gấp dao nhíp

+ Sờ nắn các chi: kiểm tra độ rắn chắc của các cơ.

+ Khám các cử động thụ động:

- Ve vẩy đầu chi: cầm cổ tay, cổ chân lắc nhẹ

- Cử động thụ động hết tầm các khớp vai, khuỷu tay, cổ tay, gối, háng và cổ chân.

+ Dấu hiệu gấp dao nhíp (Hình 34 A-B)

Chân bệnh nhân ở tư thế duỗi tự nhiên, một tay thầy thuốc cầm cổ chân bệnh nhân, còn tay kia đặt vào khoeo để gấp cẳng chân. Lúc mới gấp cẳng chân thì cảm thấy cứng, sau đó tiếp tục gấp vào dễ dàng như ta gấp con dao nhíp.

Dấu hiệu này gặp trong tổn thương bó tháp ở giai đoạn liệt cứng.

+ Hiện tượng bánh xe răng cưa:

Cầm cổ tay bệnh nhân rồi gấp duỗi thụ động cẳng tay ta cảm thấy cứng và co giãn từng nấc (cũng có thể tìm thấy dấu hiệu này ở cổ chân).

Dấu hiệu này gặp trong tổn thương ngoại tháp (hội chứng Parkinson).

2. Nhận định.

+ Bình thường: sờ nắn các cơ ta thấy có độ rắn chắc nhất định.

+ Trương lực cơ tăng: các cơ rắn hơn bình thường, các động tác bị hạn chế, độ ve vẩy giảm.

Có hai kiểu tăng trương lực cơ:

a) *Tăng trương lực cơ kèm với liệt* gọi là liệt cứng nghĩa là có tổn thương bó tháp, còn gọi là co cứng tháp.

Cơ cứng thấp có đặc điểm:

- Tăng trương lực cơ có chọn lọc ở một số cơ: cơ gấp ở chi trên, cơ duỗi ở chi dưới, ở ngón chi nhiều hơn ở gốc chi.

Diễn hình là tư thế Wernicke-Mann (hình 35): chi trên khép vào thân và gấp khuỷu, bàn tay và các ngón cũng ở tư thế gấp. Chi dưới duỗi ở khớp háng và khớp gối, bàn chân gấp, gàn bàn chân xoay vào trong.

- Khi thay đổi tư thế của chi không có hiện tượng tạo hình, không dễ uốn như sấp.

- Có dấu hiệu gấp dao nhíp

- Tăng trương lực cơ thêm khi vận động tùy ý.

- Có dấu hiệu kèm theo của tổn thương bó tháp:

. Liệt

. Tăng phản xạ gân xương, có phản xạ Babinski

. Đôi khi có đồng động (syncinésie globale): cơ không tùy ý các cơ, liệt khi cơ chủ động cơ lành. P. Marie và Foix phân biệt 3 loại:

Đồng động toàn bộ nửa thân (syncinésie globale).

Người liệt nửa thân do tổn thương bó tháp thường có tư thế gấp chi trên (cổ tay gấp, cẳng tay sấp, khớp khuỷu gấp và khớp vai khép) và duỗi chi dưới (các khớp duỗi thẳng).

Nếu yêu cầu bệnh nhân dùng tay lành bóp mạnh vào tay thầy thuốc thì tư thế bất thường bên nửa thân bị liệt sẽ biểu lộ càng rõ rệt hơn.

Đồng động bất thường (syncinésie dimitation): là những

động tác ngoài ý muốn, xuất hiện ở bên nửa thân bị liệt khi bệnh nhân làm các động tác tùy ý ở bên lành, nhất là khi làm các động tác nhanh và gắng sức. Ví dụ: khép hoặc dang đùi bên lành thì bên liệt cử động theo.

Đồng động phối hợp
(syncinésie de coordination):

Là những động tác ngoài ý muốn, xảy ra ở một nhóm cơ, trong khi làm một động tác theo ý muốn ở chi đã bị liệt nhưng chưa liệt hoàn toàn:

Hiện tượng Strümpell:
bệnh nhân cố gắng co gối bên bị liệt lên thì cổ chân bên liệt cũng tự động co theo.

Hiện tượng Souques: bệnh nhân cố gắng nhấc cánh tay bên liệt thì ngón tay bên đó giăng ra.

b) *Tăng trương lực cơ không kèm theo liệt:* là một triệu chứng của tổn thương ngoại tháp. Đó là co cứng ngoại tháp do tổn thương thể vân, tiêu biểu là bệnh Parkinson. Co cứng ngoại tháp có đặc điểm:

- Tăng trương lực cơ lan tràn: tất cả các cơ ở chi, thân, cổ, mặt (không trừ nhóm cơ nào, cả cơ gấp lẫn cơ duỗi) đều bị tăng trương lực.



Hình 35:

Tư thế Wernicke-Mann

- Có hiện tượng tạo hình, dễ uốn như sáp: tư thế cứng đờ, giữ tư thế mới. Ví dụ: khi gấp thụ động bàn chân bệnh nhân về phía mu chân, khi bỏ tay ra thì cơ cẳng chân trước vẫn còn co, hoặc khi bị xô đẩy ra phía trước thì bệnh nhân vẫn cố xu hướng giữ ở tư thế bị xô đẩy.

- Có hiện tượng bánh xe răng cưa.

- Tăng trương lực cơ thêm khi gắng sức, giảm khi nghỉ ngơi hoàn toàn.

- Các dấu hiệu kèm theo tổn thương ngoại tháp:

. Vận động chậm (bradykinésie): đi từng bước chân, thân ngả về phía trước, về mặt lạnh lùng, các cơ ở mặt ít cử động khó biểu hiện tình cảm, nói chậm giọng nói đều đều.

. Mất vận động phối hợp: đặc biệt khi đi, hai tay không ve vẩy nhịp nhàng mà cứng đờ.

. Run khi nghỉ

. Viết run, lúc đầu chữ to, sau đó chữ nhỏ dần

+ Trương lực cơ giảm: các cơ nhẽo, bàn tay có thể với tới xương bả vai cùng bên, gót chân chạm mông, độ ve vẩy tăng.

Có hai loại giảm trương lực cơ:

- Giảm trương lực cơ cố kèm theo liệt (liệt nhẽo): do tổn thương tế bào thần kinh ngoại vi. Trường hợp tổn thương tế bào thần kinh trung ương giai đoạn đầu có thể liệt nhẽo (sốc tủy), giai đoạn sau mới chuyển sang liệt cứng. Vậy liệt cứng cũng là liệt trung ương, liệt nhẽo có thể là liệt trung ương hoặc liệt ngoại vi. Phân biệt liệt trung ương và ngoại biên căn cứ vào "hai có và hai không" (bảng 2):

Bảng 2: Phân biệt liệt trung ương với liệt ngoại vi

PHÂN LOẠI	Phản xạ Babinski	Rối loạn cơ vòng	TEO CƠ	Phản ứng thoái hóa điện
Liệt trung ương	Có	Có	Không	Không
Liệt ngoại vi	Không	Không (trừ hội chứng đuôi ngựa)	Có teo cơ sớm	Có

- Giảm trương lực cơ không kèm theo liệt, gập trong hai trường hợp:

. Trương lực cơ giảm do tổn thương đường cảm giác sâu (bệnh tabes).

. Trương lực cơ giảm do tổn thương tiểu não.

CHƯƠNG IV

KHÁM PHỐI HỢP VẬN ĐỘNG VÀ THĂNG BẰNG

Phối hợp vận động và thăng bằng được là nhờ có đường cảm giác sâu, tiêu não, tiền đình và cơ quan thị giác tham gia vào sự điều chỉnh đó.

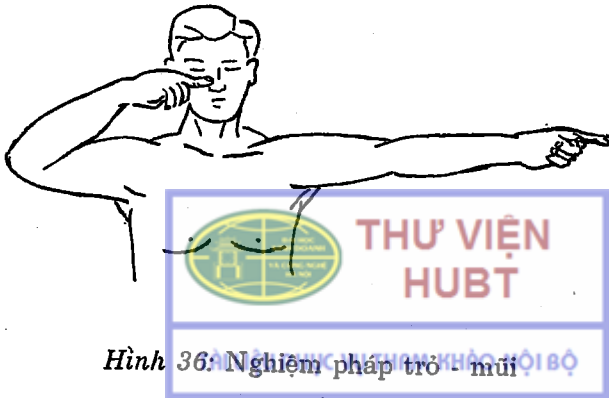
I. KHÁM PHỐI HỢP VẬN ĐỘNG ĐOẠN CHI

Đầu tiên khám khi bệnh nhân mở mắt, sau đó khám khi nhắm mắt.

A. CÁC VẬN ĐỘNG ĐƠN GIẢN:

1. Chi trên.

+ Nghiệm pháp trở - mũi: Yêu cầu bệnh nhân giang hai tay, sau đó đưa đầu ngón tay trở đúng vào chòm mũi, quan sát những khả năng sau đây:



Hình 36. Nghiệm pháp trở - mũi

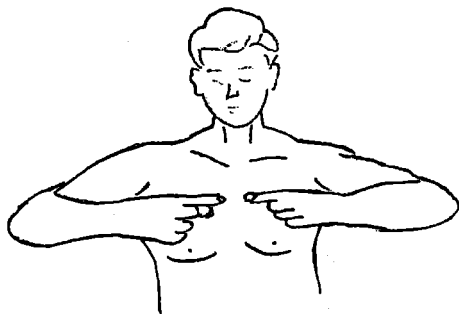
- Tay chỉ đúng ngay chòm mũi? Biên độ vận động của tay? Quá đích, quá tầm? Tốc độ chuyển động của tay nhanh? Chậm?

- Khi chỉ thì tay run, bắt đầu thì run ít, về sau run nhiều, để yên thì tay run nhưng khi chú ý chỉ cho đúng chòm mũi thì hết run hoặc ngược lại.

- Khi mở mắt bệnh nhân làm động tác khác khi nhắm mắt?

+ Nghiệm pháp ngón - ngón (hình 37)

Hình 37:
Nghiệm pháp
ngón - ngón

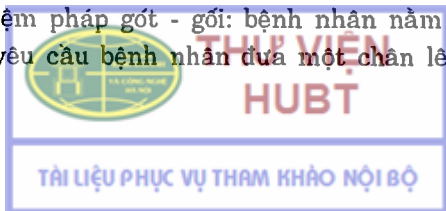


Bệnh nhân giang rộng hai tay, sau đó đưa hai đầu ngón tay trở theo vòng rộng để tới đường giữa vào gần nhau, chỉ có cách nhau 0,5 cm và không được chạm vào nhau.

Đếm ngón tay: yêu cầu bệnh nhân đối chiếu lần lượt đầu ngón tay cái với đầu các ngón tay khác như đếm ngón tay, làm với tốc độ nhanh nhất có thể được.

2. Chi dưới.

Nghiệm pháp gót - gối: bệnh nhân nằm ngửa, chân duỗi thẳng, yêu cầu bệnh nhân đưa một chân lên cao và đặt gót



lên đầu gối bên đối diện, sau đó lướt dọc gót theo mào chày xuống tới cổ chân.

Nhận định:

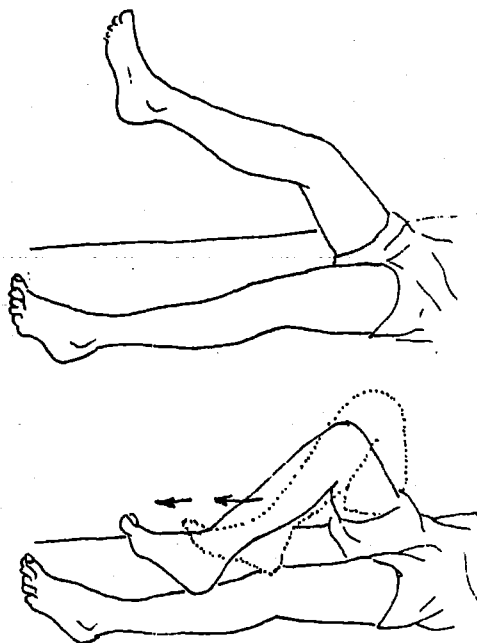
+ **Tổn thương tiểu não:**

Bình thường tiểu não tham gia phối hợp vận động đoạn chi bằng cách điều hòa sự co của các cơ hoạt động và các cơ đối kháng trong mỗi vận động.

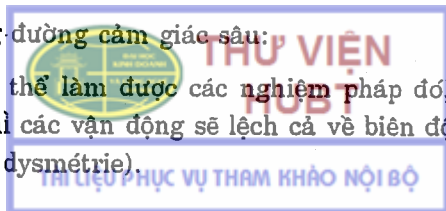
Tổn thương tiểu não thì hướng chung của vận động vẫn đúng nhưng biên độ vận động tăng làm cho quá đích, quá tầm (hypermetrie) sau đó mới trở lại đích. Rối loạn này không điều chỉnh lại bằng mắt được.

+ **Tổn thương đường cảm giác sâu:**

Bệnh nhân có thể làm được các nghiệm pháp đó, nhưng nếu nhầm mất thì các vận động sẽ lệch cả về biên độ lẫn về hướng (sai tầm - dysmetrie).



Hình 38: Nghiệm pháp gót - gót



B - ĐỘNG TÁC PHỐI HỢP:

1. Chi trên.

+ Nghiệm pháp lệch ngón trở:

Thầy thuốc giơ hai ngón tay cái cố định trước mặt để làm chuẩn, bệnh nhân giơ hai tay thẳng trước mặt, sao cho hai ngón trở gần sát hai ngón cái thầy thuốc, sau đó bệnh nhân nhắm mắt lại. Bình thường ngón trở không bị lệch. Trong tổn thương tiền đình: ngón trở sẽ bị lệch về bên tiền đình bị tổn thương.

+ Nghiệm pháp Barány:

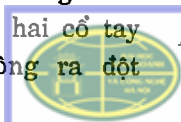
Thầy thuốc giơ hai ngón tay tay trở cố định trước mặt để làm chuẩn. Bệnh nhân dang hai tay, đưa từ ngoài vào để chạm vào hai đầu ngón tay của thầy thuốc, rồi làm động tác nhấc lại như vậy, mỗi lần làm xong lại buông tay xuống. Kết quả cho thấy ngón tay bên phía tiểu não bị tổn thương luôn luôn bị sai lệch.

+Nghiệm pháp Holmes - Stéwart (hình 39).

Bệnh nhân gấp cẳng tay, cổ kéo cho bàn tay gần lại vai, trong khi đó người khám cầm lại bằng cách giữ lấy hai cổ tay rồi buông ra đột



Hình 39: Nghiệm pháp Holmes-Stéwart



THƯ VIỆN
HUBT

TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

ngột. Bình thường tay sẽ dừng lại. Nếu có tổn thương tiểu não thì không hãm lại được và tay bệnh nhân sẽ đập mạnh vào vai mình.

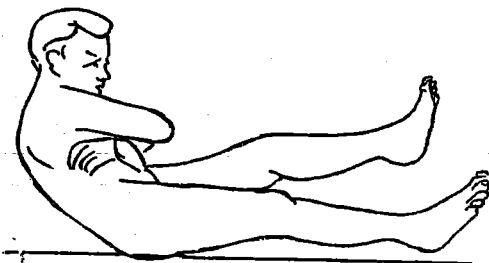
2. Chi dưới

+ Nghiệm pháp nhấc bàn chân (Babinski):

Bệnh nhân đang ở tư thế nằm ngửa, ta yêu cầu nhấc bàn chân lên cao ở vị trí cách mặt giường 50cm. Nếu có tổn thương tiểu não thì bệnh nhân phải phân nhỏ động tác: lúc đầu đùi gấp vào háng, rồi cẳng chân bỗng nhiên duỗi ra và đưa lên quá đích.

+ Nghiệm pháp gấp phối hợp đầu và thân (Babinski): yêu cầu bệnh nhân nằm ngửa, khoanh hai tay trước ngực và ngồi dậy, nếu có tổn thương tiểu não thì chân bị nâng lên cao và không ngồi dậy được.

Hình 40:
Nghiệm pháp
gấp phối hợp
đầu và thân
(Babinski): (tổn
thương tiểu não
bên trái)



C. ĐỘNG TÁC LIÊN ĐỘNG:

1. Cách khám

+ Nghiệm pháp con rối (hình 41):

Bệnh nhân ngồi trên ghế và giơ hai tay thẳng ra trước mặt, cùng một lúc sắp ngửa bàn tay liên tiếp với tốc độ nhanh nhất.



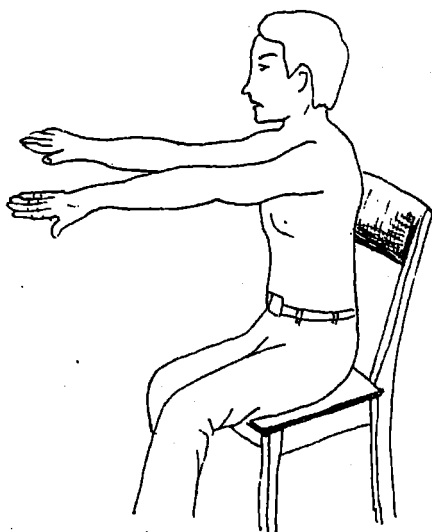
THƯ VIỆN
HUBT

TÀI LIỆU PHỤC VỤ THĂM KHẢO NỘI BỘ

+ Sắp ngửa bàn tay này liên tiếp trên bàn tay kia.

+ Tạc lưới liên tiếp.

Nếu các động tác trên khó làm hoặc không thể nào làm được thì gọi là mất liên động (adiadococinétique).



Hình 41: Nghiệm pháp con rối

2. Nhận định.

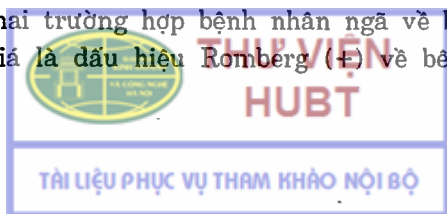
Trong tổn thương tiểu não thường có mất liên động rõ rệt, vụng về và không đều.

II - KHÁM TƯ THẾ ĐỨNG

+ Dấu hiệu Romberg (Hình 42): Bệnh nhân đứng thẳng, chụm hai bàn chân, mắt hơi nhìn lên trên, hai tay buông theo tư thế của người.

. Dấu hiệu Romberg phức tạp: Bệnh nhân đứng thẳng hai bàn chân nối tiếp nhau thành một đường thẳng, hai tay đưa ra trước, mắt nhắm.

Cả hai trường hợp bệnh nhân ngã về bên nào thì được đánh giá là dấu hiệu Romberg (+) về bên đó. Trong tổn



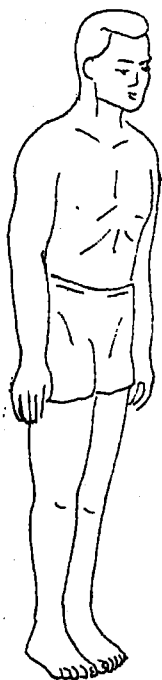
thương tiền đình bệnh nhân thường ngã theo tư thế của đầu. Trong bệnh tabes bệnh nhân bị lão đảo tăng lên và ngã khi nhắm mắt. Trong tổn thương tiểu não bệnh nhân bị lão đảo, phải đứng dạng hai chân nhưng không ngã.

+ Nghiệm pháp
Foa-Tôvona Foix - Thévenard):

Bệnh nhân đứng thẳng, hai tay buông thõng, bắt chợt ta xô đẩy ra sau. Trong tổn thương tiểu não, ngón chân bên lành sẽ nhấc lên, ngón chân bên tổn thương không nhấc được.

+ Nghiệm pháp Garcin .

Bệnh nhân đang đứng chân lành trước chân bệnh, ta xô bệnh nhân ra trước. Trong tổn thương tiểu não, bệnh nhân bị ngã vì ở tư thế chân lành trước, chân bệnh không vận động kịp.



Hình 42:
Dấu hiệu Romberg

III - KHÁM KHI ĐI

+ Nghiệm pháp đi hình sao của Babinski-Weil : Bệnh nhân nhắm mắt, đi thẳng sáu bước, sau đó lùi sáu bước, cứ như vậy năm sáu lần.

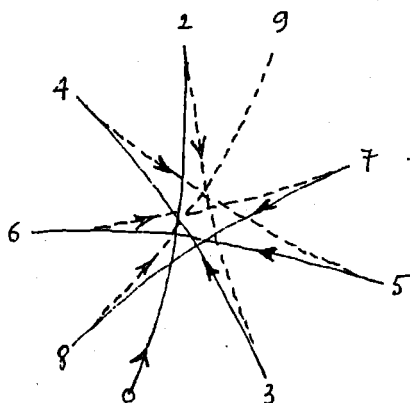
Trong hội chứng tiền đình, đường đi sẽ tạo thành hình sao.

Hình 43:

Nghiệm pháp

đi lệch

hình sao



+ Nghiệm pháp Fournier:

Yêu cầu bệnh nhân đi theo mệnh lệnh: khởi hành tức thời, dừng đột ngột, quay sau và tiếp tục đi ngược chiều. Trong thời kỳ đầu của bệnh tabes động tác đi vụng về và ngập ngừng.

CHƯƠNG V

KHÁM CÁC PHẢN XẠ

Phản xạ là cơ sở của toàn bộ mọi hoạt động thần kinh. Phản xạ là sự đáp ứng của hệ thần kinh đối với kích thích bên ngoài hoặc bên trong cơ thể.

Có hai loại phản xạ:

- Phản xạ không điều kiện, có tính chất bẩm sinh và vĩnh viễn thường đi qua tủy sống như: phản xạ gân xương, da, niêm mạc.
- Phản xạ có điều kiện được thành lập trên cơ sở những phản xạ không điều kiện và hình thành ở não. Hai loại phản xạ này có mối liên hệ phụ thuộc. Ở đây chỉ nghiên cứu phản xạ qua tủy.

I - GIẢI PHẪU

Mỗi phản xạ phụ thuộc vào một cung phản xạ. Để cho phản xạ có thể thực hiện được, cung phản xạ phải toàn vẹn, liên tục. Thông thường một cung phản xạ gồm có:

1. Diện tiếp nhận (da, niêm mạc, gân, cơ).
2. Tế bào thần kinh cảm giác (sợi hướng tâm)
3. Tế bào thần kinh trung gian.
4. Tế bào thần kinh vận động ở sừng trước tủy sống (sợi ly tâm).
5. Cơ, tuyến.

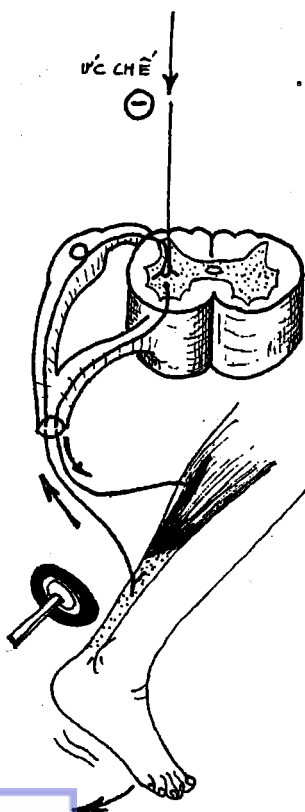
Cung phản xạ đơn giản (hình 44) gồm có một neuron cảm giác,

một neuron vận động. Khớp với nhau ở tủy hay ở thân não. Bình thường, kích thích (ví dụ gõ vào gân cơ) được truyền theo đường cảm giác (hướng tâm) tới tủy sống. Đường vận động (ly tâm) truyền xung động đến cơ tương ứng làm co cơ lại. Một phản xạ như vậy gọi là phản xạ một synap. Thông thường các phản xạ phức tạp hơn, vì có thêm một hay nhiều neuron cảm giác và vận động. Hơn nữa, một neuron cảm giác truyền xung động không phải chỉ tới một mà tới nhiều neuron vận động.

Các neuron vận động của cung phản xạ hoạt động dưới sự kiểm soát của các trung tâm cao, sự kiểm soát này thường là theo chiều hướng kim hãm. Khi các đường trên cao có nguồn gốc trung ương này bị gián đoạn, chức năng phản xạ sẽ được "giải phóng" do đó phản xạ tăng cả về biên độ và độ nhảy.

Tổn thương ở một vùng nào đó của cung phản xạ sẽ gây ra mất hoặc giảm phản xạ.

Mỗi cung phản xạ bao giờ cũng đi theo một đường chính xác và hai neuron của cung đó bao giờ cũng khớp nối ở một đoạn tủy nhất định. Vì thế tổn thương một cung phản xạ có giá trị định khu chính xác.



Hình 44:
Cung phản xạ đơn giản

Các phản xạ của các dây thần kinh sọ như phản xạ giác mạc, phản xạ hàm dưới v.v... đã trình bày ở dây thần kinh sọ.

II - KHÁM PHẢN XẠ GÂN XƯƠNG (PHẢN XẠ SÂU)

Người ta gọi phản xạ gân xương là sự co cơ không tùy ý, đột ngột và nhanh khi gõ vào gân cơ. Cần phân biệt với "co riêng của cơ" khi bị kích thích cơ học (gõ vào thân cơ).

A- KHÁM XÉT:

Nguyên tắc khám:

- Các chi của bệnh nhân ở tư thế thoải mái, không có sự co cơ chủ động, thường trong khi khám thầy thuốc nói chuyện với bệnh nhân (hoặc dùng nghiệm pháp Jendrassik: khi khám phản xạ gối).

- Dùng búa phản xạ (trọng lượng đã quy định), gõ gọn, từng cái một đúng vào gân cơ, chủ yếu dùng trọng lượng của búa rơi xuống, không dùng sức mạnh để gõ.

- Gõ từng cặp phản xạ hai bên đối xứng nhau theo một trình tự nhất định tránh bỏ sót.

1. Phản xạ chi trên

Có nhiều tư thế khám phản xạ: đứng, ngồi, nằm. Thường khám ở tư thế nằm vì chính xác và đỡ mệt bệnh nhân hơn.

Người khám đứng bên phải bệnh nhân.

a) Phản xạ gân cơ nhị đầu cánh tay (hình 45).

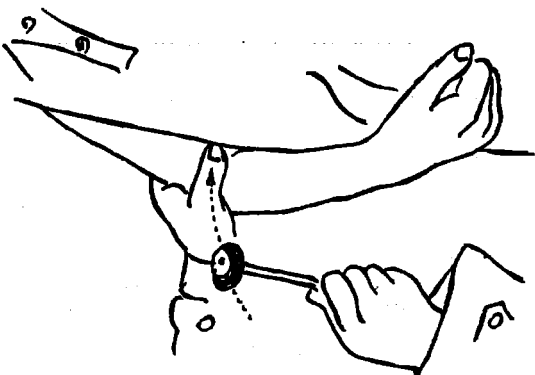
- Tư thế: khớp khuỷu gấp 120° và quay ngửa.

TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

- Nơi gõ: gõ trên ngón tay cái người khám đang ấn trên gân cơ nhị đầu.

- Đáp ứng: co cơ nhị đầu, gấp cẳng tay.

- Cung phản xạ: C5.



Hình 45:

Phản xạ

gân cơ nhị

đầu cánh tay.

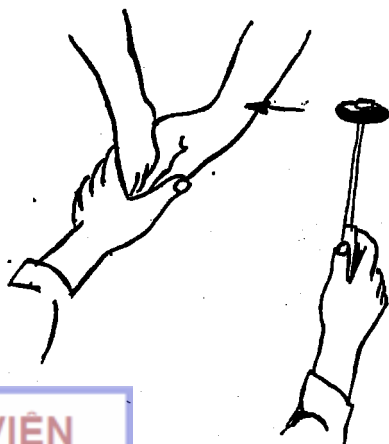
b) Phản xạ trâm quay
hay phản xạ gân cơ ngửa
dài (Hình 46).

- Tư thế: khớp khuỷu gấp
 120° , cẳng tay quay sấp.

- Nơi gõ: móm trâm
xương quay.

- Đáp ứng: co cơ ngửa dài,
gấp và quay ngửa cẳng tay.

- Cung phản xạ: C6.



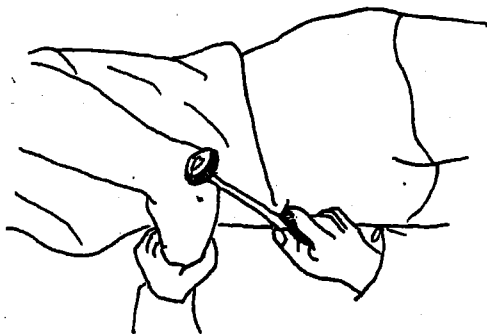
Hình 46: Phản xạ trâm quay

c) Phản xạ gân cơ tam đầu cánh tay (hình 47):

- Tư thế: Bệnh nhân nằm ngửa, cẳng tay để trên bụng và vuông góc với cánh tay, bàn tay người khám đỡ phần giữa cánh tay bệnh nhân.

- Nơi gõ: gân cơ tam đầu, phía trên móm khuỷu.
- Đáp ứng: co cơ tam đầu, duỗi cẳng tay.
- Cung phản xạ: C7.

Hình 47:
Phản xạ
gân cơ tam
đầu cánh tay.



d) Phản xạ quay - sấp (r.radio - pronateur):

- Tư thế: khớp khuỷu gấp 120° , cẳng tay nửa ngửa.
- Nơi gõ: mặt trước của đầu dưới xương quay.
- Đáp ứng: úp sấp cẳng tay đột ngột.
- Cung phản xạ: C8.

e) Phản xạ trụ - sấp (r.cubito - pronateur):

- Tư thế: như phản xạ quay-sấp.



- Nơi gõ: đầu dưới xương trụ.
- Đáp ứng: như phản xạ quay-sấp.
- Cung phản xạ: C8.

g) *Phản xạ gấp (réflex des fléchisseurs) bàn tay và ngón tay:*

- Tư thế: cẳng tay co gấp 90° , người khám nâng bàn tay.
- Thao tác 1: gõ mặt trước của cổ tay.

Đáp ứng gấp bàn tay (phản xạ gan tay của Déjerine) và gấp các ngón tay.

- Thao tác 2 (Wartenberg): gõ vào một đốt của hai ngón tay ở phía gan tay.

Đáp ứng: gấp các ngón.

- Cung phản xạ: C8.

h) *Phản xạ xương đòn:*

- Tư thế: bệnh nhân ngồi, hai tay buông thõng
- Nơi gõ: phần ngoài của xương đòn

Đáp ứng: các cơ của chi trên co lại đột ngột. Bình thường hai bên phản xạ giống nhau.

- Cung phản xạ: căn cứ vào cơ nào co mà xác định trung tâm phản xạ.

Tìm phản xạ này để thấy tính dễ kích thích của các cơ ở hai chi trên có khác nhau không.

i) *Phản xạ gân cơ delta:*

- Tư thế: bệnh nhân đứng, cánh tay buông thõng thoải mái.



THƯ VIỆN
HUBT

TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

- Nơi gõ: mỏm cùng vai (phản xạ xương bả vai - cánh tay : réflexe-scapulo-humeral) hay góc dưới của xương bả vai (phản xạ xương bả vai: réflexe de l'omoplate).

- Đáp ứng: cơ cơ delta, cơ nhẹ cánh tay.

- Cung phản xạ: C5.

2. Phản xạ bụng sâu.

a) *Phản xạ sườn - bụng (reflexe costo abdominal) (Bechterew):*

- Tư thế: nằm ngửa.

- Nơi gõ: gõ nhẹ và đột ngột vào bờ sườn ở chỗ gấp đường kéo dài từ núm vú xuống.

- Đáp ứng: thành bụng và nhất là cơ chéo to sẽ co lại làm cho rốn bị kéo về phía bờ sườn mà ta vừa gõ vào.

- Cung phản xạ: D8-D9.

(không nên nhầm phản xạ này với phản xạ da bụng vì khi có thương tổn hệ thống tháp phản xạ này vẫn nhạy trong khi phản xạ da bụng giảm hoặc mất).

b) *Phản xạ cơ bụng (phản xạ Wartenberg):*

- Tư thế: bệnh nhân nằm ngửa, đặt một thước vắt ngang trên cơ thành bụng.

- Nơi gõ: ấn nhẹ thước xuống và khẽ gõ lên trên thước.

- Đáp ứng: cơ cơ thành bụng. Nếu tính kích thích của cơ tăng hơn bình thường, cái thước sẽ nảy lên.

c) *Phản xạ xương mu (reflexe pubien).*

- Tư thế: nằm ngửa, hai đùi hơi co và dẹt.
- Nơi gõ: khớp xương mu.
- Đáp ứng: co các cơ thành bụng, đặc biệt là hai cơ thẳng to và đôi khi co cả các cơ khép đùi.

Nếu gõ vào một ụ của xương mu thì hiện tượng co các cơ sẽ xuất hiện rõ rệt ở cùng phía và như vậy có thể so sánh các phản xạ này ở hai bên.

- Cung phản xạ:

D7-D12: đối với các cơ thành bụng.

L2-L3: đối với các cơ khép đùi.

3. Phản xạ chi dưới.

a) Phản xạ gối (phản xạ bánh chè hay phản xạ gân cơ tứ đầu đùi) (hình 48):

- Tư thế: bệnh nhân nằm ngửa (hình 48A) khớp gối gấp 120° , người khám luồn cẳng tay trái hay bàn tay xuống dưới khoeo chân và hơi nâng hai chân bệnh nhân lên.

. Hoặc cũng ở tư thế nằm ngửa, chân nọ bắt chéo lên chân kia, có thể tay trái người khám đặt lên đùi bệnh nhân để đánh giá mức độ co cơ tứ đầu đùi.

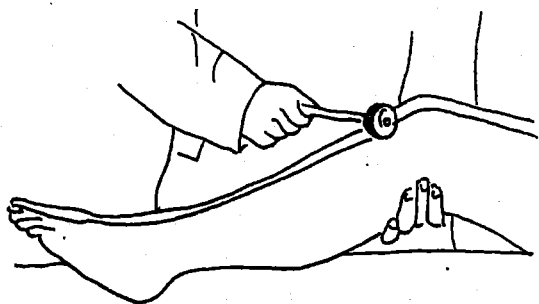
. Hoặc ở tư thế ngồi (hình 48B) cẳng hai chân bệnh nhân buông thông bên thành giường, thẳng góc với đùi, hai bàn chân không được chạm mạnh xuống đất.



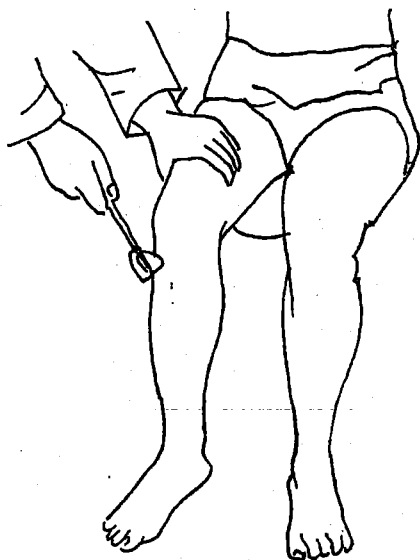
THƯ VIỆN
HUYẾT

TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

Hình 48:
Phản xạ
bán chè
A - Tư thế
nằm ngửa

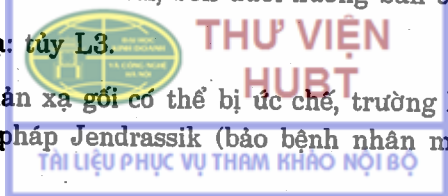


B - Tư thế ngồi



- Nơi gõ: gân cơ tứ đầu đùi, bên dưới xương bán chè.
- Cung phản xạ: tủy L3.

Khi căng cơ phản xạ gối cơ thể bị ức chế, trường hợp đó không dùng biện pháp Jendrassik (bảo bệnh nhân móc các



ngón hai bàn tay vào nhau và kéo mạnh ra hai bên) hoặc mím chặt môi, nghiêng chặt răng, trả lời các câu hỏi v.v... để đánh lạc chú ý của bệnh nhân.

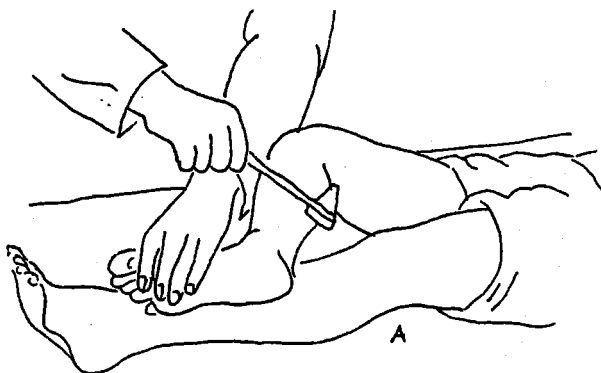
b) Phản xạ gót (phản xạ gân Asin).

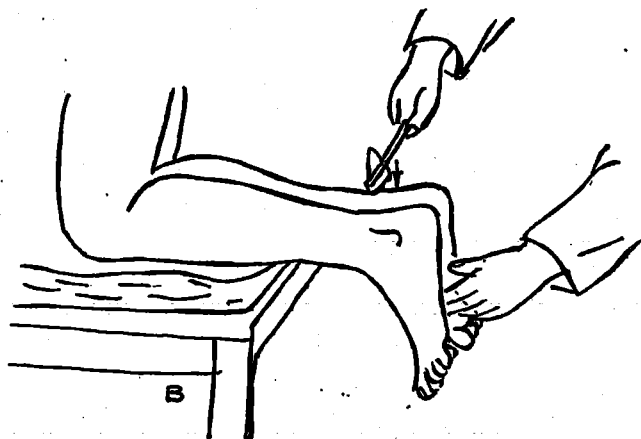
- Tư thế: bệnh nhân nằm ngửa (hình 49A) xoay đùi ra ngoài, khớp háng và khớp gối hơi co. Người khám đỡ cho bàn chân vuông góc với cẳng chân.

Hoặc cho bệnh nhân quỳ (hình 49B) trên giường hay trên ghế tựa, hai tay chống vào tường hay nắm vào lưng ghế.

Hoặc tư thế nằm sấp, bàn tay trái người khám nắm các ngón chân bệnh nhân và giữ bàn chân ở tư thế gấp thẳng góc với cái cẳng chân.

- Nơi gõ: gân gót (chú ý gõ với các lực đều nhau ở cả hai bên và gõ chính xác nhằm loại trừ sự chênh lệch giả giữa các phản xạ).





Hình 49B: Phản xạ gót

Dáp ứng: co cơ tam đầu cẳng chân, gấp bàn chân về phía gan chân.

- Cung phản xạ: S1

c) Phản xạ cơ khép (*réflexe des adducteur*)

- Tư thế: nằm ngửa, đùi hơi dẹt (khớp gối nửa sấp)

- Nơi gõ: lồi cầu trong của xương đùi.

- Đáp ứng: cơ khép đùi bên đó và có thể cả bên đối diện sẽ co lại.

- Cung phản xạ: L2-L3

d) Phản xạ mào - đùi sau của Guillain-Barré hay phản xạ cơ nhị đầu đùi (*réflexe Péronéo Fémoral postérieur de Guillain et Barré* ou reflex



du biceps fémoral

- Tư thế: nằm nghiêng sang bên đối diện, ở tư thế nửa gấp.
- Nơi gõ: ở trên đầu xương mác.
- Đáp ứng: cơ nhị đầu co (có thể nhìn thấy được) đôi khi gấp căng chân vào đùi.
- Cung phản xạ: S1.

e) *Phản xạ chày - đùi sau của Guillain - Barré* hay phản xạ cơ bán mạc và bán gân (réflexe tibio-fémoral postérieur de Guillain et Barré ou réflexe du demi-membraneux et du demi-tendineux):

- Tư thế: nằm ngửa, đùi dạng, khớp gối hơi gấp
- Nơi gõ: gân của các cơ này, ở sau mâm chày trong (plateau tibial interne)
- Đáp ứng: các cơ này co (trông thấy được).
- Cung phản xạ: S1.

g) *Phản xạ gấp gan bàn chân.*

- Tư thế: nằm sấp, căng chân và gan bàn chân để vuông góc.
- Nơi gõ: phía trước của gan bàn chân.
- Đáp ứng:
 - . Gấp các ngón chân (phản xạ gấp gan chân)
 - . Đồng thời co cơ tam đầu căng chân làm duỗi bàn chân (phản xạ duỗi gan chân của Guillain và Barré).
- Cung phản xạ: S1.



THƯ VIỆN
HUBT

TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

B- NHẬN ĐỊNH:

Qua khám xét có thể phát hiện ba loại thay đổi bệnh lý:

1. Mất phản xạ.

a) Phản xạ gân xương có thể là:

+ Mất hoàn toàn: không đáp ứng cơ cơ (sự mất phản xạ này chỉ có giá trị nếu phản xạ của cơ vẫn bình thường).

+ Giảm phản xạ: đáp ứng cơ cơ nhẹ, cử động khúc chi tương ứng giảm.

b) Giá trị triệu chứng của mất (hay giảm) phản xạ gân xương.

+ Chứng tỏ có tổn thương tại một điểm nào đó của cung phản xạ đơn giản. Người ta có thể xác định vị trí tổn thương của cung phản xạ.

+ Tổn thương tiểu não có thể ức chế tất cả hoạt động phản xạ ở dưới mà không có tổn thương cung phản xạ đơn giản (ví dụ: mất phản xạ gân xương nửa cơ thể trong liệt nhèo nửa người).

Cần chú ý là trong các bệnh cơ tiên phát, các phản xạ gân mất rất muộn. Chừng nào còn sự đáp ứng của thoi cơ với kích thích căng kéo và cung phản xạ còn nguyên vẹn thì các sợi cơ lành còn sót lại vẫn tiếp tục co, kể cả khi cơ đã teo và yếu rõ rệt. Ngược lại, các tổn thương thần kinh ngoại vi thường gây mất phản xạ gân xương rất sớm. Tổn thương synap thần kinh-cơ trong bệnh nhược cơ, thường không gây ra rối loạn các phản xạ gân xương, tuy nhiên trong giai đoạn nhược cơ nặng, các phản xạ gân xương có thể bị giảm tạm thời.

2. Đảo ngược phản xạ.

a) *Đảo ngược phản xạ biểu hiện:*

+ Mất sự đáp ứng vận động bình thường.

+ Thay thế bằng đáp ứng của các cơ lân cận (thường nhất là các cơ đối lập).

b) *Đảo ngược phản xạ* chứng tỏ tổn thương phần trong tủy của neuron vận động. Bình thường khi gõ vào gân, xung động truyền tới cơ được kích thích trực tiếp và cả các cơ khác nữa. Các cơ khác này co nhẹ và bị che lấp đi bằng đáp ứng chính qua các cung phản xạ một synap. Nhưng nếu cung phản xạ chính bị gián đoạn thì đáp ứng trực tiếp bị mất và sự co ở các cơ khác có thể trở nên rõ rệt. Ví dụ:

- Đảo ngược phản xạ gân cơ tam đầu cánh tay: đáp ứng bình thường của phản xạ này là co cơ tam đầu gây nên duỗi cẳng tay. Nếu đáp ứng co các cơ nhị đầu gây nên gấp cẳng tay, đó là đảo ngược phản xạ do tổn thương tủy C7.

- Đảo ngược phản xạ trâm-quay: đáp ứng bình thường của phản xạ trâm-quay là co cơ ngửa dài gây nên gấp và sấp cẳng tay. Nếu đáp ứng co cơ gấp các ngón tay (không co cơ ngửa dài) là đảo ngược phản xạ, do tổn thương tủy C6.

3. Tăng phản xạ.

a) *Biểu hiện của tăng phản xạ:*

+ Co cơ mạnh: do ngưỡng của phản xạ bị giảm.

+ Biên độ co của cơ tăng nên vận động có biên độ lớn hơn bình thường.

+ Lan tỏa: co cơ bình thường kèm theo co các cơ khác (ví



dự đáp ứng của phản xạ trâm-quay là co cơ ngửa dài có thể kèm theo co cơ gấp các ngón tay cùng bên. Đáp ứng của phản xạ bánh chè hay phản xạ gân Asin là co cứng cơ tứ đầu đùi hay cõ tam đầu căng chân, có thể kèm theo co các cơ khép cùng bên), đôi khi co cơ khép bên đối diện (phản xạ cơ khép bên đối diện của Pie Mari (reflexe contre-latéral des adducteur de Pierre Marie).

Có thể phát hiện phản xạ lan tỏa bằng cách gõ vào khu vực lân cận. Ví dụ gõ vào xương chày cũng có phản xạ bánh chè.

+ Da động: gõ một lần, đáp ứng co cơ 3-4 lần liên tiếp.

+ Đôi khi kèm theo giật rung (clonus):

- Giật rung bàn chân (clonus du pied) (hình 50): bệnh nhân nằm ngửa, khớp gối và khớp háng hơi gấp, người khám nắm bàn chân bệnh nhân gấp mạnh về phía mu chân rồi giữ nguyên tư thế gấp tối đa của bàn chân, bàn chân sẽ giật liên tục.



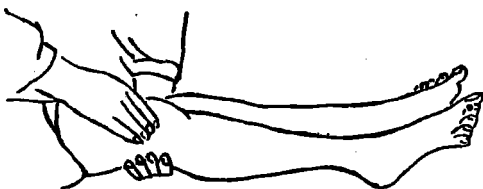
Hình 50 : Giật rung bàn chân.

- Giật rung bánh chè (hình 51): bệnh nhân nằm ngửa, khớp gối ở tư thế duỗi, người khám dùng ngón tay trở đột nhiên đẩy mạnh xương bánh chè hướng về phía bàn chân, rồi giữ nguyên tư thế đó, xương bánh chè giật liên tục.

- Giật rung ở chi trên hiếm gặp, thường thấy hơn cả là giật rung bàn tay, khi ruối bàn tay bằng một động tác đẩy mạnh ra sau:

Hình 51:

Giật rung
bánh chè.



b) Tăng phản xạ gân xương trong tổn thương bó tháp, cũng có thể gặp trong bệnh uốn ván (tétanos) và nhiễm độc Strychnin.

III - PHẢN XẠ DA (HAY PHẢN XẠ NÓNG)

Phản xạ da là sự co cơ không tùy ý và đột ngột do kích thích nhẹ trên da bởi một kim cùn.

A- KHÁM XÉT.

1. Phản xạ da bụng (hình 52)

Tư thế bệnh nhân nằm ngửa, hai chân hơi co (cho da bụng mềm).

- Kích thích thành bụng bằng kim vạch nhanh từ phía ngoài rốn hướng vào trong.

- Đáp ứng: cơ bụng co giật mạnh.
- Phản xạ da bụng được chia ra:
 - . Phản xạ da bụng trên: kích thích dưới bờ sườn, cung phản xạ D7-D8.
 - . Phản xạ da bụng giữa: kích thích ngang rốn, cung phản xạ D9-D10.
 - . Phản xạ da bụng dưới: kích thích thành bụng dọc theo cung đùi, cung phản xạ D11-D12.

2. Phản xạ đùi-bìu (réflex crémastérien):

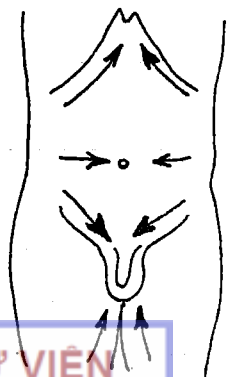
- Tư thế: bệnh nhân nằm ngửa, đùi hơi giang.
- Kích thích: dùng kim vạch nhẹ phần trên và mặt trong đùi.
- Đáp ứng: cơ bìu co lại nhanh, dây tinh hoàn lên trên.
- Cung phản xạ: L1-L2.

3. Phản xạ hậu môn.

- Tư thế: chống hông.
- Kích thích: da vùng viền hậu môn.
- Đáp ứng: co cơ vòng hậu môn.
- Cung phản xạ: S4-S5.

4. Phản xạ hành hang (réflexe bulbocaverneux).

- Kẹp mặt lưng của dương vật.



Hình 52:

Phản xạ da bụng và phản xạ đùi-bìu.

- Đáp ứng: co hành niệu đạo (sờ thấy được).

- Cung phản xạ: S4.

5. Phản xạ cơ mông.

- Tư thế: đứng

- Kích thích ở nếp mông

- Đáp ứng: co cơ mông to (trông thấy được)

- Cung phản xạ: L5-S1.

6. Phản xạ da gan chân (réflex cutané plantaire)

- Tư thế: bệnh nhân nằm ngửa.

- Kích thích: dùng kim đầu tù vạch dọc bờ ngoài gan chân từ gót chân về phía ngón chân, khi gần cuối nhấn mạnh hơn một chút.

- Đáp ứng: gập các ngón chân.

- Cung phản xạ: S1.

B- NHẬN ĐỊNH.

Khám xét để phát hiện sự bất thường của phản xạ.

1. **Mất phản xạ da** (cũng như phản xạ gân xương, phản xạ niêm mạc) chứng tỏ có tổn thương ở một điểm nào đó trên cung phản xạ.

2. **Đảo ngược của phản xạ da gan chân là dấu hiệu Babinski** (dấu hiệu tổn thương bó tháp).



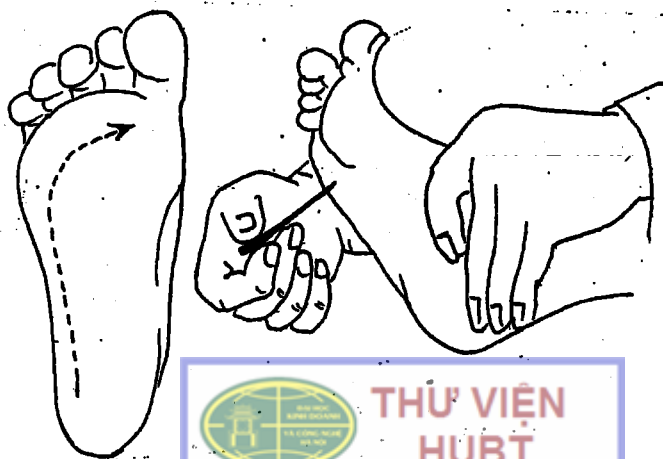
IV - PHẢN XẠ BỆNH LÝ BÓ THẤP

A- KHÁM XÉT, CÓ HAI LOẠI.

1. Loại dưới

a) *Phản xạ Babinski* (1896) là phản xạ da gan chân đảo ngược (hình 53):

- Tư thế: bệnh nhân nằm ngửa, thầy thuốc có thể cầm nhẹ cổ chân bệnh nhân, đỡ cho bàn chân ngay ngắn.
- Kích thích: như phản xạ da gan chân.
- Đáp ứng: dưới từ từ ngón chân cái, đôi khi đồng thời kèm theo gượng các ngón chân còn lại (dấu hiệu "xòe nan quạt")
- Cần phân biệt dấu hiệu Babinski giả thể hiện như sau: khi kích thích, ngón cái gấp rồi mới duỗi ra, hoặc kích thích



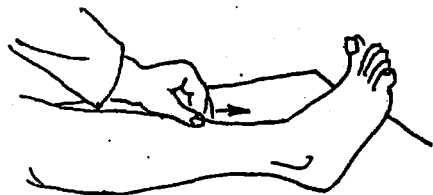
Hình 53-54: Phản xạ Babinski. Bộ

mạnh quá bệnh nhân phản ứng đột ngột duỗi các ngón chân. Theo kinh nghiệm của chúng tôi khi nghi ngờ dấu hiệu Babinski giả thì trong lúc khám ta yêu cầu bệnh nhân gấp ngón chân cái lại. Nếu là dấu hiệu Babinski giả thì ngón cái sẽ gấp lại. Nếu là dấu hiệu Babinski do tổn thương bó tháp thì ngón chân cái vẫn duỗi.

b) *Dấu hiệu Lê Văn Thành*: thầy thuốc dùng ngón tay cái và ngón trỏ của mình bóp ép và duỗi ngón chân thứ tư hoặc thứ hai của bệnh nhân bất chợt thả ngón đó ra. Nghiệm pháp dương tính khi ngón chân cái duỗi ngửa, sau đó trở về vị trí cũ, trông như ngón cái gật gù, bởi vậy còn có tên là "ngón cái gật gù".

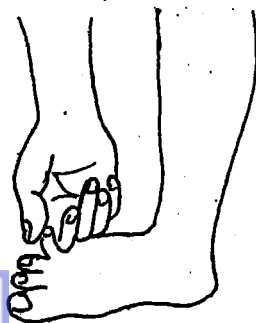
c) *Phản xạ Oppenheim* (1902):

Vuốt dọc mặt trước xương chày từ trên xuống dưới bằng ngón cái và ngón trỏ (hình 55).



Hình 55: Phản xạ Oppenheim

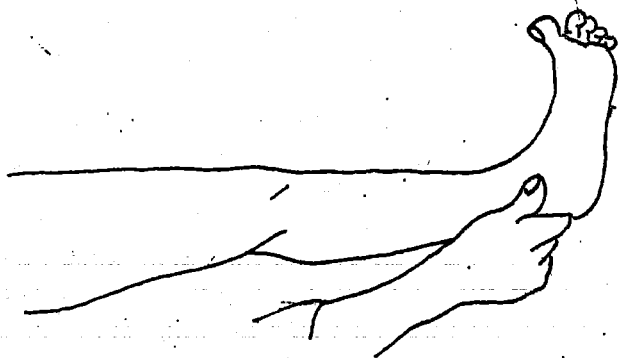
d) *Phản xạ Schaeffer* (1899) bóp mạnh vào gân Asin (hình 56)



Hình 56a:

Dấu hiệu Lê văn Thành



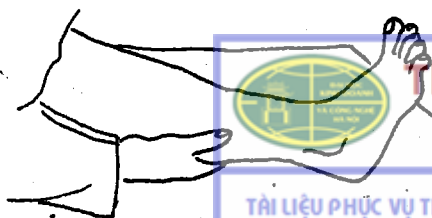
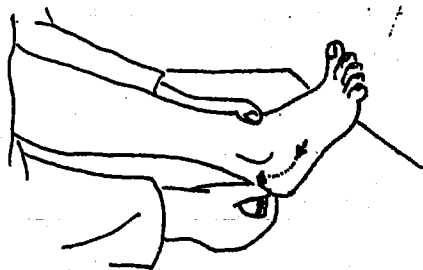


Hình 56b: Phản xạ Schaeffer

e) **Phản xạ Chaddock (1911):** vạch kim quanh mắt cá ngoài (hình 57).

Hình 57:

**Phản xạ
Chaddock**



f) **Phản xạ
Gordon (1904)** bóp
vào khối cơ bắp
chân (hình 58).

Hình 58:

Phản xạ Gordon

g) *Phản xạ Gonda* (1942): gấp 4 ngón chân khác.

Các phản xạ trên đáp ứng giống như phản xạ Babinski.

Theo kinh nghiệm của chúng tôi: nếu giữ bàn chân và bốn ngón chân (2, 3, 4, 5) ở tư thế gấp và xoay trong, vạch kim trên mu chân từ ngón cái vòng ra bờ ngoài mu chân rồi vòng quanh mắt cá ngoài thì đáp ứng giống phản xạ Babinski, xuất hiện sớm và nhạy hơn cả trong tổn thương bó tháp (hình 59)

Hình 59:
Thao tác tìm
phản xạ bệnh
lý bó tháp
loại dưới của
Hồ Hữu Lương



2. Loại gấp

a) Ở tay:

+ *Phản xạ Trö mner* (1912) (hình 60).

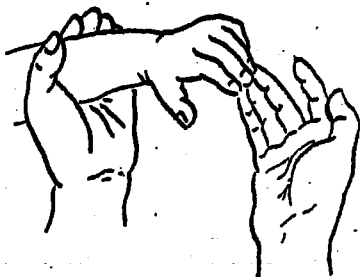


THƯ VIỆN
HUBT

TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

Hình 60:

Phản xạ Trömner



- Tư thế: bàn tay bệnh nhân để rù, mềm mại

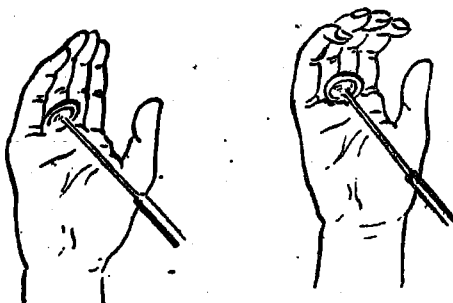
- Kích thích: thầy thuốc dùng chính các múp đầu ngón tay của mình gõ đột ngột vào múp ngón trỏ, ngón giữa và ngón nhẫn của bệnh nhân như để làm cho chúng duỗi ra đột ngột.

- Đáp ứng: các khớp gian đốt ngón tay co đột ngột đặc biệt là ngón cái gấp lại.

+ Phản xạ Rossolimo (1908) bàn tay (hình 60):

- Tư thế: ngón tay bệnh nhân hơi gấp.

- Nơi gõ: nền đốt một ngón tay trong trường hợp tổn thương bố thấp.



Hình 61: Phản xạ Rossolimo

+ Phản xạ Rossolimo-Venderovits (hình 62).



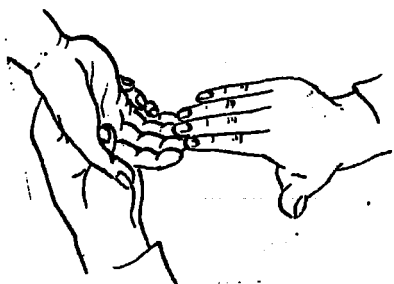
**THƯ VIỆN
Y HỌC**

TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

- Tư thế: bàn tay ngửa, hơi gấp các ngón tay.

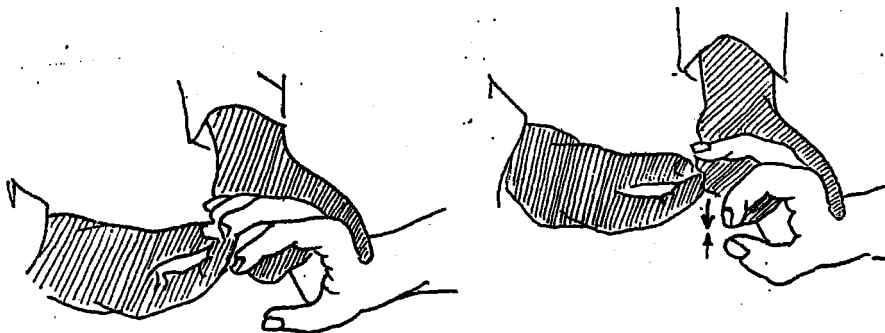
- Nơi gõ: gõ đột ngột vào đầu ngón II-V bằng ngón tay người khám hay bằng búa phản xạ.

- Đáp ứng: các ngón co gấp lại.



Hình 62: Rossolimo-Venderovits

+ Phản xạ Hoffmann (1900) (hình 63):



Hình 63: Phản xạ Hoffmann

- Bệnh nhân để bàn tay rũ mềm mại.

- Người khám: đỡ bàn tay bệnh nhân gấp đột ngột đốt cuối của ngón tay trỏ hay ngón giữa rồi thả ra đột ngột.

- Đáp ứng như phản xạ Rossolimo.

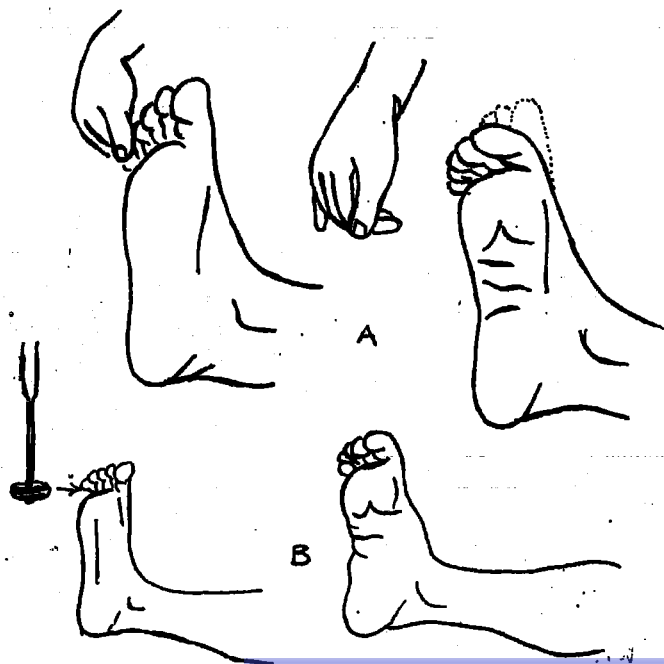
+ Phản xạ *Klippel-Weil*:

- Duỗi thụ động đột ngột ngón tay (giống như phản xạ *Tromner*).

- Đáp ứng: gập ngón cái.

b) Ở chân:

+ Phản xạ *Rossolimo* (1902-1908) (hình 64):



Hình 64: Phản xạ *Rossolimo* bàn chân

A- Khám bằng ngón tay

B- Khám bằng búa phản xạ

- Bệnh nhân nằm ngửa.

- Người khám: dùng ngón tay hoặc búa phản gõ nhanh gọn vào đầu ngón chân II-V.

- Đáp ứng: gập các ngón chân.

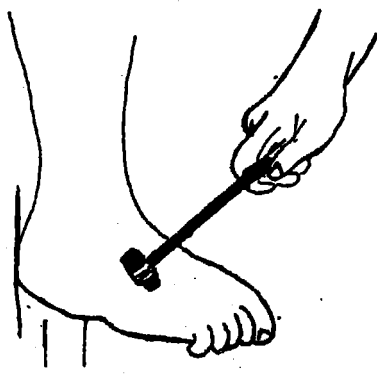
+ *Phản xạ Bechterew-Mendel* (1904-1906): gõ búa vào xương hộp vùng trước ngoài mu chân (hình 65).

+ *Phản xạ Giukopxki*: gõ búa vào giữa gan bàn chân.

Các phản xạ trên đáp ứng như phản xạ Rossolimo.

+ *Triệu chứng Hirschberg* (1903) gập và xoay bàn chân vào trong khi vạch trên bờ trong bàn chân.

+ *Triệu chứng Puxép*: giạng ngón chân V khi vạch trên bờ ngoài bàn chân.



Hình 65:

Phản xạ Bechterew-Mendel

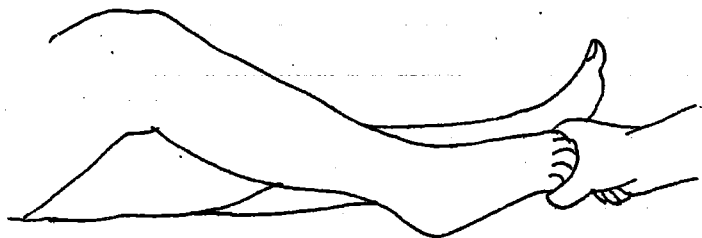
V - PHẢN XẠ TỰ ĐỘNG TỦY (PHẢN XẠ TỰ VỆ)

A- KHÁM XÉT:

Thường biểu hiện ở chi dưới, xuất hiện khi kích thích ngón chi (véo da, châm kim, nóng lạnh) gập tự động các ngón

chân). Có ba loại:

1. Phản xạ ba co (phénomène du triple retrait)



Hình 66: Phản xạ ba co.

Kích thích chi dưới sẽ xuất hiện co bàn chân vào cẳng chân, cẳng chân co vào đùi, đùi co vào bụng.

Phản xạ một thì: chỉ có hiện tượng ba co (chứng tỏ dẫn truyền qua tủy sống đã bị gián đoạn hoàn toàn).

Phản xạ hai thì: hiện tượng ba co xuất hiện rồi tiếp theo là thực hiện duỗi chân (chứng tỏ dẫn truyền qua tủy sống chưa bị gián đoạn hoàn toàn).

2. Hiện tượng duỗi dài chi hay phản xạ ba duỗi (hiếm gặp): để chân ở tư thế ba co, kích thích gốc đùi sẽ duỗi chân ra.

3. Hiện tượng duỗi chéo hay phản xạ duỗi chéo: bệnh nhân nằm ngửa hai chân hơi co, kích thích vào gan bàn chân, chân đó co lại, nhưng chân kia duỗi ra. Phản xạ này xuất hiện khi dẫn truyền qua tủy sống chưa gián đoạn hoàn toàn.

4. Phản xạ co thành bụng (abdominal contraction)

reflex): Khi kích thích vào phần trên của thành bụng thì sẽ co toàn bộ thành bụng cả hai bên, đôi khi kèm theo gập (hoặc đuối) chi dưới dùng bên với chỗ vạch da để tìm phản xạ. phản xạ này khác với phản xạ da bụng, nó biểu hiện chậm chạp và hầu như lúc nào cũng xuất hiện cả hai bên. Phản xạ này khó xuất hiện khi tổn thương trên đoạn tủy D12.

B- GIÁ TRỊ TRIỆU CHỨNG:

1. Những phản xạ này chứng tỏ có tổn thương bố thấp.
2. Giới hạn trên của vùng gây phản xạ ba cơ có giá trị chẩn đoán định khu tổn thương.

VI - PHẢN XẠ NẮM

Phản xạ nắm còn gọi là phản xạ grasping (grasping réflex).

1. Khám xét.

- Kích thích: thầy thuốc dùng ngón tay (hoặc cán búa phản xạ) vuốt lòng bàn tay bệnh nhân ở vùng khớp ngón gan bàn tay.

- Đáp ứng: bệnh nhân nắm chặt ngón tay thầy thuốc (hoặc cán búa phản xạ) không buông ra.

2. Nhận định.

- Phản xạ này thường gặp trong tổn thương thùy trán.

- Phản xạ này không có ý nghĩa bệnh lý ở trẻ nhỏ hoặc xuất hiện cả hai bên.

VII - PHẢN XẠ BỆNH LÝ Ở CƠ MIỆNG

A- KHÁM XÉT:

1. Phản xạ mũi - môi.

- Gõ trên sống mũi.
- Đáp ứng co cơ vòng miệng, chúm môi.

2. Phản xạ vùi.

- Gõ vào môi trên hoặc môi dưới
- Đáp ứng như phản xạ mũi - môi

3. Phản xạ mút.

- Chạm hoặc rạch vào môi
- Đáp ứng: xuất hiện những cử động mút:



4. Phản xạ miệng từ xa:

- Kích thích: đưa bú vào phản xạ từ xa vào gần miệng.

Hình 67: Phản xạ vùi

- Đáp ứng: hai môi chúm như cái vùi (co cơ vòng miệng)

5. Phản xạ gan tay - cầm (marinesco - radovicci).

- Vạch da mô cái bàn tay
- Đáp ứng: co cơ cầm (m.mentalis) ở cùng bên, da cầm hơi nhếch lên trên.

B - NHẬN ĐỊNH:

- + Bình thường: các phản xạ "miệng" vừa kể chỉ gặp ở trẻ mới đẻ, trẻ nhỏ tuổi, người già; ít thấy ở người lớn lành mạnh.
- + Bệnh lý: các phản xạ này xuất hiện trong:
- Liệt giả hành não: do các trung tâm phản xạ mất liên

hệ với vỏ não nên mất ảnh hưởng ức chế của vỏ não trên các bộ máy khoan khoái ở thân não.

- Có thể gặp trong hội chứng Parkinson.

VIII - CÁC PHẢN XẠ TƯ THẾ

A - KHÁM XÉT:

1. Nghiệm pháp điều chỉnh tư thế của Raademaker và Garcin.

. Tư thế: yêu cầu bệnh nhân bịt mắt và bò ở trên mặt giường.

. Ta lần lượt nhắc đầu giường lên sao cho cơ thể lệch về bốn phía khác nhau. Lúc đầu nhắc đột ngột về sau nhắc chậm.

- Đáp ứng: bệnh nhân bị ngã nhào khi có tổn thương đường tiền đình - tủy sống, tiền đình - tiểu não hoặc bị bệnh Parkinson, do không thích nghi được với các thay đổi tư thế đột ngột đó.

2. Phản xạ cơ cứng do tư thế của cổ.

- Tư thế: bệnh nhân nằm ngửa.

- Người khám cầm đầu xoay

- Đáp ứng: ở bệnh nhân có hội chứng mất não, khi quay đầu sang phải thì các cơ duỗi bên phải sẽ tăng trương lực và chỉ trên bên phải duỗi thẳng đờ. Trái lại trương lực các cơ duỗi bên trái sẽ giảm và chỉ trên bên trái sẽ co lại. Phản xạ này sẽ không xuất hiện nếu có thương tổn ở đoạn dưới của hành não.

3. Nghiệm pháp căn bản.



Bệnh nhân giơ hai tay ra trước, nhắm mắt và quay cổ tối đa sang phải, khi đó, hai tay cũng hơi lệch sang phải, ngoài ra tay phải còn hơi nâng lên. Tư thế hai tay sẽ thay đổi một cách tương tự khi quay đầu sang trái.

Hiện tượng này tăng lên ở bên có rối loạn tiểu não và giảm hay mất đi trong những tổn thương ngoại tháp.

4. Tay tự động nâng lên.

Sau khi bệnh nhân nhắm mắt, giữ hai tay ở tư thế giơ ra trước. Tay bên bệnh sẽ dần dần nâng cao trong trường hợp tổn thương tiểu não.

5. Hiện tượng quay sấp.

Bệnh nhân nhắm mắt, tay giơ ra trước trong tư thế hoàn toàn quay ngửa (bàn tay nhìn lên trên) dần dần sẽ hơi quay sấp, hiện tượng này tăng lên trong tổn thương bố tháp và tiểu não.

6. Phản xạ léri.

- Tư thế: khuỷu tay ở tư thế nửa gấp.
- Gấp thụ động tối đa các ngón tay và bàn tay.
- Đáp ứng gấp khuỷu tay.

7. Phản xạ Mayer

- Tư thế bàn tay và cẳng tay để ngửa
- Gấp mạnh đốt một và các ngón tay III hoặc IV.
- Đáp ứng: đốt 1 ngón cái sẽ gấp lại và đốt 2 sẽ duỗi ra.

B. NHẬN ĐỊNH:

Ở người bình thường, sự thay đổi thụ động của một khớp kéo theo một trạng thái cơ trương lực những cơ liên quan có khuynh hướng cố định tư thế. Trong các hội chứng ngoại tháp, hiện tượng cơ này tăng lên. Trong tổn thương đường tiền đình - tủy sống, tiền đình-tiểu não hoặc trong bệnh Parkinson, bệnh nhân không thích nghi được với thay đổi tư thế đột ngột.

Những phản xạ tư thế không có ý nghĩa gì lớn trong lâm sàng các bệnh thần kinh và không được áp dụng rộng rãi trong việc khám thần kinh.

CHƯƠNG VI

KHÁM CẢM GIÁC

Mục đích của khám cảm giác là để tìm ranh giới vùng rối loạn cảm giác và để xác định xem loại cảm giác nào bị rối loạn. Điều quan trọng là phải dùng các phương pháp khám có hiệu lực và tiết kiệm thời gian. Khám cảm giác sẽ đơn giản đi nhiều nếu ta chú ý tới các triệu chứng chủ quan của bệnh nhân và hiểu về các cơ sở giải phẫu, sinh lý của các đường cảm giác.

I - GIẢI PHẪU - SINH LÝ

A- PHÂN LOẠI THEO LÂM SÀNG:

+ Cảm giác nông:

- Cảm giác đau.
- Cảm giác nhiệt độ (nóng, lạnh).
- Cảm giác xúc giác (sờ).

+ Cảm giác sâu:

- Cảm giác cơ-khớp
- Cảm giác rung
- Cảm giác đè ép
- Cảm giác trọng lượng...



THƯ VIỆN
HUBT

TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

- + Cảm giác phức tạp:
- Cảm giác về da
- Cảm giác nhận thức vật

B- CÁC ĐƯỜNG CẢM GIÁC:

1. Đường cảm giác nông: gồm ba neuron (hình 68)

Hình 68. Đường cảm giác (nông và sâu) có ý thức

+ Neuron1

- Thân tế bào nằm ở hạch gai
- Duôi gai (sợi ngoại vi: prolongement cellulipete) nhận các kích thích từ các thụ cảm thể đặc hiệu ở ngoại vi và tham gia vào cấu tạo các dây thần kinh.

- Sợi trục (sợi trung ương: prolongement cellulifuge) khớp nối với neuron 2

+ Neuron2:

- Thân tế bào nằm ở sừng sau của tủy.
 - Duôi gai: khớp nối với neuron1
 - Sợi trục: đi lên dọc theo tủy sống và tận cùng ở đồi thị.
- Đường đi trong tủy của các neuron này khác nhau tùy theo từng loại cảm giác:

. Cảm giác sờ: sợi trục đi qua mép xám trước tới cột bên của bên đối diện làm thành bó gai - lưới - thị (faisceau spinoreticulo - thalamique).



**THƯ VIỆN
HUBT**

. Cảm giác nóng lạnh và đau: sợi trục đi qua mép xám sau và tới cột bên của bên đối diện, làm thành bó gai- thị (faisceau spino-thalamique).

+ Neuron 3: đi từ đồi thị lên vỏ não cùng bên và tận cùng ở phần trước của hồi đỉnh lên.

2. Đường cảm giác sâu (cảm giác cơ, gân xương...)

a) Đường cảm giác sâu có ý thức, gồm 3 neuron (hình 69)

+ Neuron1:

- Thân tế bào nằm ở hạch gai

- Đuôi gai tham gia vào cấu tạo dây thần kinh cảm giác, nhận các kích thích ở cơ, gân, khớp.

- Sợi trục đi vào cột sau, đi lên dọc tủy sống và tới nhân Goll và Burdach cùng bên nằm ở hành não. Sợi trục này tham gia vào cấu tạo rễ sau. Trong tủy sống chúng làm thành bó Goll và Burdach.

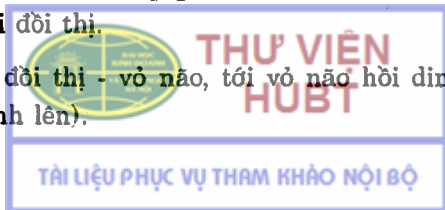
+ Neuron 2:

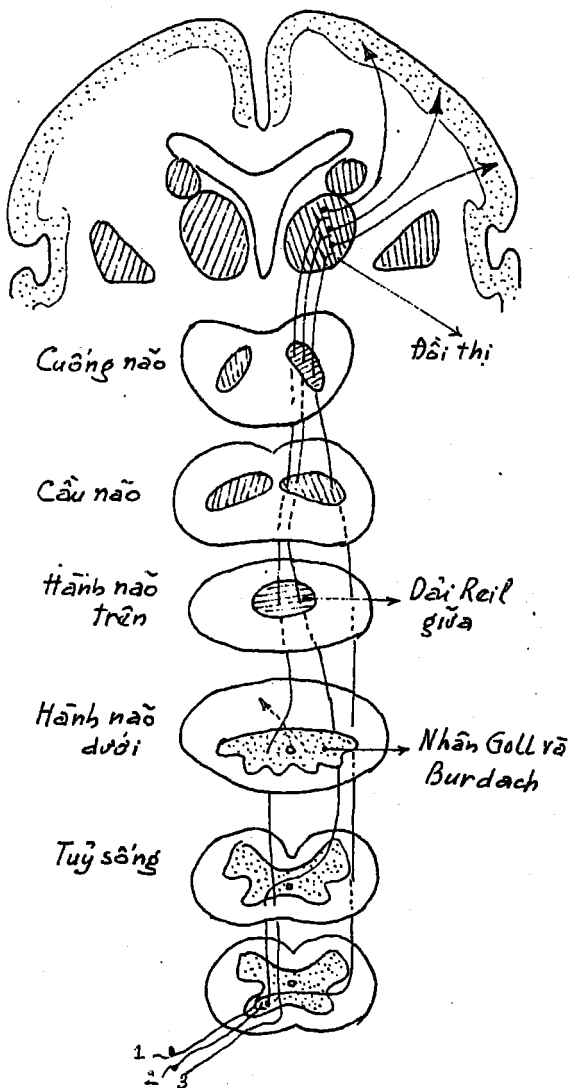
- Thân tế bào nằm ở nhân Goll và Burdach.

- Đuôi gai khớp nối với Neuron1

- Sợi trục bắt chéo đường giữa ở hành não (decussation piniforme) để tới đồi thị.

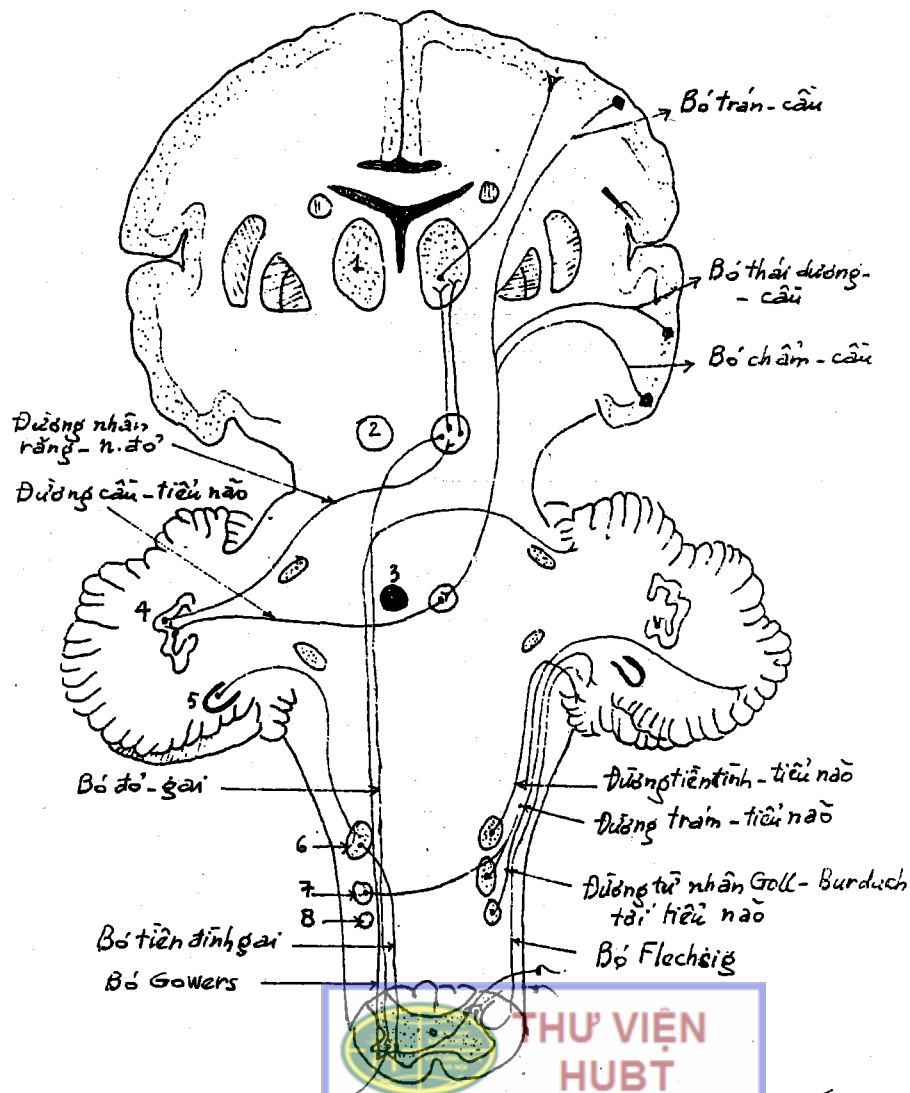
+ Neuron 3: đồi thị - vỏ não, tới vỏ não hồi đỉnh (phần trước của hồi đỉnh lên).





Hình 68: Đường cảm giác (nặng và sâu) cổ ý thức:

1. Bó gai - lưới thị (qua mép xám sau - cảm giác sờ)
2. Bó gai - thị (qua mép xám trước - cảm giác nóng lạnh và đau)
3. đường cảm giác sâu cổ ý thức.



Hình 69: Đường cảm giác sâu không ý thức

1. Dồi thị 2. Nhân đỏ 3. Nhân cầu não 4. Nhân răng 5. Nhung não
6. Nhân tiền đình 7. Nhân trâm dưới 8. Nhân Goll, Burdach

b) Đường cảm giác sâu không ý thức, gồm 2 neuron (hình 69)

+ Neuron 1:

- Thân tế bào nằm trong hạch gai
- Đuôi gai (sợi ngoại vi) tiếp nhận các cảm giác ở thoi cơ, các gân cơ.

- Sợi trục (sợi trung ương) tận cùng ở đầu sừng sau tạo thành hai nhân: bông Clarke và nhân Bechterew.

+ Neuron 2:

- Các tế bào bông Clarke đi lên ở nửa tủy cùng bên tạo thành bó gai tiểu não thẳng (hay bó *Flechsig*) qua cuống tiểu não dưới vào tiểu não.

- Các tế bào từ nhân Bechterew bắt chéo qua đường giữa ở mép xám trước để qua nửa tủy đối diện sau đó đi lên tạo thành bó gai - tiểu não chéo hay bó *Gower*, qua cuống tiểu não trên vào tiểu não (hình 69).

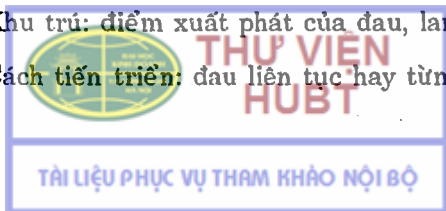
II - KHÁM CẢM GIÁC

A- KHÁM CẢM GIÁC CHỦ QUAN:

Hỏi bệnh nhân có bị:

1. Đau

- Đau từ bao giờ, đau trong hoàn cảnh nào?
- Tính chất: âm ỉ, đau cháy, xoắn, đau chói, như dao đâm v.v...
- Khu trú: điểm xuất phát của đau, lan xiên.
- Cách tiến triển: đau liên tục hay từng cơn.



2. Loạn cảm giác (dyssthésie).

Cảm giác kiến bò trên da, tê buồn, điện giật.

B- KHÁM CẢM GIÁC KHÁCH QUAN:

Bệnh nhân nhắm mắt, khi hỏi tránh gợi ý cho bệnh nhân và không gây ám thị, sau khi khám xong một loại cảm giác phải so sánh hai bên, so sánh cường độ, mức độ rối loạn cảm giác, xác định vị trí rối loạn cảm giác và hội chứng rối loạn cảm giác.

1. Cảm giác nông hay cảm giác ở da.

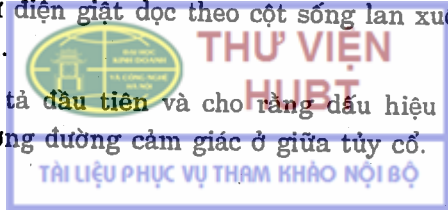
a) *Cảm giác sờ (xúc giác):*

Dùng túm bông, chổi lông hoặc mảnh giấy xé nhọn đặt thẳng lên da, thứ tự từ trên xuống dưới, từ phải sang trái. Mỗi lần chạm trên da, nếu bệnh nhân nhận biết được thì đếm theo thứ tự 1, 2, 3... cần xác định rõ ranh giới của nó. Thường bệnh nhân nhận thấy tăng cảm giác dễ hơn là thấy giảm cảm giác. Vì vậy nên khi khám thường chuyển kích thích từ vùng giảm cảm giác ra vùng cảm giác bình thường. Đôi khi vùng tổn thương tăng cảm giác thì phải chuyển kích thích từ vùng lành vào vùng tăng cảm giác.

+ Dấu hiệu ghế di động (Barber's chair sign)(hay dấu hiệu Lhermitte)

Bệnh nhân cúi gập đầu, cầm chạm vào ngực, sẽ có cảm giác đau chói như điện giật dọc theo cột sống lan xuống hai tay hoặc hai chân.

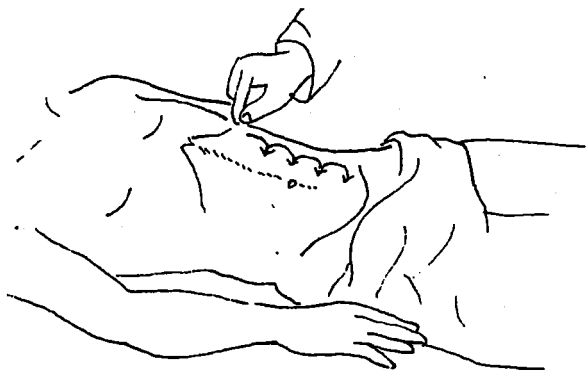
Babinski mô tả đầu tiên và cho rằng dấu hiệu đó liên quan với tổn thương đường cảm giác ở giữa tủy cổ.



. Lhermitte thấy dấu hiệu đó trong bệnh xơ cứng rải rác, nhưng đôi khi gặp trong hư đốt sống cổ, bệnh rỗng tủy sống (syringomyélie), thiếu vitamin B12 hoặc trong bất kỳ tổn thương nào ở tủy cổ.

c) Cảm giác nhiệt (nóng lạnh)

Dùng hai ống nghiệm có đường kính bằng nhau. Một ống đựng nước nóng, một ống đựng nước lạnh (thường không nóng quá cũng không lạnh quá). Đặt xen kẽ hai ống đó trên cùng một vị trí của da theo thứ tự như khám cảm giác sờ. Bệnh nhân nhắm mắt và phân biệt các ống đó. Trên thực tế chỉ cần khám cảm giác nóng lạnh trong những trường hợp đặc biệt, ví dụ khi nghi ngờ có phân ly cảm giác.



Hình 70: Xác định vị trí rối loạn cảm giác

2. Cảm giác sâu.

a) *Cảm giác rung*: dùng âm thoa ký hiệu là C_1 (có tần số là 256 dao động/phút).

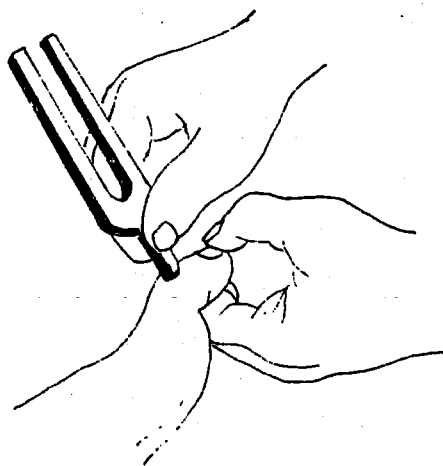


THƯ VIỆN
Y HỌC

TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

Muốn khám cảm giác rung, trước tiên cần giải thích kỹ và cho bệnh nhân cảm thấy rõ ràng thế nào là cảm giác rung. Sau đó yêu cầu bệnh nhân nhắm mắt và thăm khám. Vì kích thích rung được khuếch đại qua xương và cảm giác rung bị tổn thương đầu tiên ở ngọn chi cho nên người ta thường đặt âm thoa lên các mỏm xương (mỏm đốt cuối của ngón chân cái, mỏm cá ngoài, đầu xương chày, mỏm chày) và nếu cần thì trên bờ sườn. Ở chi trên cũng khám như vậy, thoạt tiên đặt âm thoa ở phần tận cùng của ngón tay, sau đó đặt lên cổ tay và khuỷu tay... và so sánh hai bên.

b) Cảm giác đè ép (sens baresthésique)



Hình 71: Khám cảm giác rung

Bóp mạnh vào các cơ hoặc các gân, dặn bệnh nhân cho biết ngay khi cảm giác đè ép chuyển thành đau và người khám phải đánh giá xem bóp như vậy ở người bình thường

có gây ra đau không.

c) Cảm giác tư thế (statesthésie):

Cảm giác tư thế hầu như bao giờ cũng bị rối loạn ở ngón chi trước. Vì vậy trước hết phải khám ở đốt tận cùng của ngón tay hoặc ngón chân. Muốn khám cảm giác tư thế, đặt một đoạn chi của bệnh nhân (nhất là đốt tận cùng của ngón chân cái, ngón tay trỏ) trong một tư thế nhất định, yêu cầu bệnh nhân xác định tư thế đó hoặc làm động tác đó ở bên đối diện.

d) Cảm giác bản thể (kinesthésie)

Các thụ thể bản thể có trong cơ, gân, dây chằng, khớp màng xương. Các xung động xuất hiện do sự căng cơ, kéo gân có tác dụng định hướng vị trí của thân thể và các bộ phận thân thể trong không gian.

3. Khám chức năng cảm giác của vỏ não

Chức năng cảm giác của vỏ não (tầng cảm giác cao nhất) là định khu chính xác kích thích và nhận định về hình dạng, sức nặng, kích thước cũng như cấu tạo (texture) của các vật. Vỏ não nhận thông tin từ các đường hướng tâm hợp nhất lại, liên hệ các ấn tượng cảm giác với nhau và nhận định chúng nhờ những kinh nghiệm từ trước. Vì vậy chỉ có thể khám chức năng vỏ não cảm giác ở bệnh nhân có đường cảm giác còn nguyên vẹn, tri thức đầy đủ và chức năng ngôn ngữ bình thường. Các test lâm sàng hay dùng:

a) Phân biệt hai điểm:

Mục đích của test này là khám khả năng phân biệt hai điểm riêng rẽ đặt đồng thời trên da. Muốn vậy phải yêu cầu bệnh nhân nhắm mắt và dùng một compa đặc biệt có hai

đỉnh tù, ấn vừa phải vào da. Cần tìm khoảng cách tối thiểu mà bệnh nhân vẫn biết được đó là hai kích thích riêng biệt. Bình thường ở đầu ngón tay người ta có thể phân biệt được hai điểm cách nhau từ 2 - 3mm. Ở cẳng chân phải 4mm mới phân biệt được rõ ràng hai kích thích, vì thế cho nên ít khi người ta làm test đó ở chân. *Cảm giác phân biệt* hai điểm được coi là bất thường nếu khoảng cách của hai đỉnh compa ở đầu ngón tay trên 5mm mới phân biệt được.

b) Định vị điểm kích thích:

Test này dùng để khám khả năng xác định đúng vị trí điểm chạm của đầu kim vào da. Khi châm kim bệnh nhân nhắm mắt, sau đó mở mắt và chỉ đúng vào chỗ vừa kích thích. Bình thường định khu ở phần ngón chi chính xác hơn ở phần gốc chi.

c) Nhận thức đồ vật (stéréognosie):

Bệnh nhân nhắm mắt, đặt vào tay họ một vật thông dụng: chìa khóa, bút máy, cái lược, cái thìa, cái bát v.v.. và yêu cầu cho biết là cái gì, nếu không nói cụ thể được thì mô tả vật ấy và nói vật ấy làm bằng gì. Khám lần lượt tay phải rồi tay trái. Những đồ vật được dùng phải không phát ra âm thanh gì đặc hiệu của nó hoặc không có mùi gì đặc biệt để bệnh nhân có thể dựa vào đó mà nói đúng. Để gọi đúng tên đồ vật phải qua hai giai đoạn:

+ Giai đoạn phân tích: bệnh nhân phân tích đặc tính đồ vật (hình thể, trọng lượng, nhiệt độ, chất gì...)

+ Giai đoạn tổng hợp: qua các yếu tố phân tích bệnh nhân xác định đồ vật mình sờ được là cái gì.

Nếu mất khả năng nhận thức vật ta nghĩ đến một thương tổn vùng đỉnh bên đối diện.

d) Cảm giác vẽ da:

Viết con số, viết chữ hoặc vẽ hình bằng vật tù lên da và yêu cầu bệnh nhân nói xem họ có nhận biết được không. Ban đầu viết chữ hoặc vẽ hình bé, nếu bệnh nhân không nói đúng được mới viết chữ và vẽ hình to hơn. Người bình thường có thể nhận dạng được các chữ và hình có chiều cao:

0,5 cm ở lòng bàn tay

1,5 cm ở da cánh tay

2 cm ở da thân

Khi vỏ não cảm giác bị tổn thương thì cảm giác vẽ da có thể bị giảm hoặc mất.

e) Dập tắt cảm giác:

Test này dùng để biết khả năng nhận cảm đồng thời tại các điểm tương ứng ở hai bên thân. Trước hết cần chứng minh rằng khi sờ hoặc châm kim riêng rẽ ở từng điểm tương ứng của hai bên thân thì bệnh nhân vẫn biết. Song nếu kích thích đồng thời cả hai bên thì bệnh nhân lại chỉ cảm thấy có một bên. Cần kiểm tra nhiều lần để có thể chắc chắn là đáp ứng đúng, hàng định như vậy. Trường hợp vỏ não cảm giác bị tổn thương, kích thích ở bên đối diện với tổn thương bị dập tắt. Test này chỉ đúng khi cảm giác da cả hai bên đều bình thường.



THƯ VIỆN
HUBT

TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

A- RỐI LOẠN CẢM GIÁC CHỦ QUAN:

1. Đau

Bình thường ta không nhận thấy cảm giác nào nếu không có kích thích. Đau chỉ được coi là bệnh lý khi tự xuất hiện hay sau một kích thích rất nhỏ. Người ta phân biệt ba loại đau:

a) *Đau dây thần kinh* (névralgie) do tăng khả năng hưng phấn neuron cảm giác ngoại vi đau có đặc điểm:

- + Tính chất nhức như dao đâm, như điện giật
- + Vị trí: dọc theo rễ, thân, dây thần kinh
- + Tiến triển: đau đột ngột, thời gian ngắn, gián đoạn từng cơn.

b) *Đau thần kinh giao cảm* (sympathalgie) (đau do nguyên nhân giao cảm):

- + Tính chất: hay thay đổi, điển hình là đau chày (causalgie)
- + Tiến triển: đau thành từng cơn, kéo dài trong nhiều giờ, đau tăng dần đến cường độ tối đa và giảm đau chậm.

c) *Đau tâm thần* (psychalgie) có đặc điểm:

- + Tính chất: là những cảm giác bản thể hay đau nội tạng, ám ảnh nhiều hơn là đau thực sự.
- + Vị trí: thay đổi, thường lan tỏa.
- + Tiến triển: đau chỉ mất khi bệnh nhân tập trung chú ý vào vấn đề khác. Thuốc chống đau không có tác dụng với loại đau này.

2. Loạn cảm giác (dysesthésie)

Là những dị cảm (buồn buồn, kiến bò, dòng nước nóng

hay lạnh); không có cảm giác đau.

Dấu hiệu Tinel: gõ nhẹ vào vùng thương tích cũ, nếu gây được cảm giác "kiến bò" lan xuống dưới là dấu hiệu Tinel dương tính, nghĩa là có khả năng hồi phục. Nếu cảm giác không lan xuống dưới là dấu hiệu Tinel âm tính, nghĩa là không có khả năng hồi phục.

B- RỐI LOẠN CẢM GIÁC KHÁCH QUAN:

Qua khám xét cho phép nhận định:

1. Cường độ rối loạn của một loại cảm giác:

- a) *Mất cảm giác* (anesthésie): mất tất cả cảm giác
- b) *Giảm cảm giác* (hypoesthésie): cảm giác kém hơn bình thường.
- c) *Tăng cảm giác* (hyperesthésie): nhạy cảm quá mức.
- d) *Loạn cảm đau* (hyperpathie):

Loại rối loạn cảm giác này có đặc điểm: tăng ngưỡng kích thích, có một thời gian lưu kích thích, đau mang tính chất khó chịu (đau chấy, bùng phát). Loạn cảm đau gặp trong các trường hợp tổn thương các dây thần kinh có nhiều sợi thực vật (dây giữa, dây hông to).

e) *Cần chú ý:*

+ *Mất cảm giác đau* (analgie): hoàn toàn không còn nhận biết được các kích thích đau.

+ *Tăng cảm giác đau* (hyperalgésie), nhạy cảm quá mức cảm giác đau: tất cả các kích thích (sờ, nóng, lạnh) bệnh nhân đều cảm thấy đau.



+ Dị cảm (paresthésie); là các cảm giác lạ như kiến bò, tê buồn v.v..

2. Cách thức rối loạn cảm giác.

a) Rối loạn tất cả các loại cảm giác

b) Phân ly cảm giác:

+ Mất cảm giác sâu nhưng còn cảm giác nông (bệnh tebes)

+ Mất cảm giác nhiệt, đau nhưng còn cảm giác sờ (phân ly cảm giác kiểu rỗng tùy sống).

3. Định khu rối loạn cảm giác

Có thể là:

a) *Ngoại vi*: do tổn thương rễ hay dây thần kinh. Tổn thương ở dây hoặc rễ thần kinh cảm giác gây ra tê và giảm mọi loại cảm giác trong khu vực do dây hoặc rễ thần kinh phân bố (hình 72).

Tổn thương một phần của dây thần kinh ngoại vi đôi khi gây ra đau cháy (causalgie): thường gặp trong tổn thương dây thần kinh giữa và dây thần kinh hông to. Có lẽ loại đau này được dẫn truyền bởi các sợi cảm giác đau kích thước nhỏ và tốc độ truyền chậm nên được gọi là đau "chậm" để phân biệt với kiểu đau "nhanh" do các sợi cảm giác đau kích thước lớn dẫn truyền.

Viêm da dây thần kinh thường gây ra tê hoặc cảm giác lạ. Rối loạn cảm giác chủ quan và khách quan ở ngón chỉ kiểu "bit tất" chân và "găng tay", chỉ dưới bị sớm hơn chỉ trên. Cảm giác sâu như cảm giác bản thể, cảm giác rung ít gặp trong viêm da dây thần kinh. Vì vậy nếu có rối loạn cảm giác

sâu, kèm theo mất cảm giác kiểu bút tất chân hoặc găng tay cần phải nghĩ tới tổn thương lan tràn ở cột sau.

b) *Trung ương*: do tổn thương neuron 2 và 3.

+ *Tổn thương ở tủy sống*:

- Khi bó gai - thị bị gián đoạn sẽ gây ra giảm cảm giác đau và nóng lạnh dưới chỗ bị tổn thương bên đối diện của thân. Bờ trên của vùng mất cảm giác đau và nóng lạnh này không nhất thiết là tương ứng với đoạn tủy bị tổn thương vì bó gai - thị có cấu trúc kiểu lớp. Ví dụ ở vùng cổ, các sợi thần kinh đi từ đoạn tủy cổ nằm ở phần sâu nhất của bó gai - thị. Các sợi đi từ các đoạn tủy ngực, thắt lưng và cùng làm thành các giải nằm lần lượt phía ngoài. Vì vậy một tổn, thường ở ngoài tủy như u ngoài tủy sẽ đè trước tiên lên lớp ngoài cùng tức là các sợi đi từ đoạn tủy cùng và sau một thời gian các sợi đi từ các phần cao hơn mới bị tổn thương. Trường hợp tổn thương nằm ở trung tâm tủy cổ phát triển ra phía ngoài thì ngược lại vùng bị rối loạn cảm giác sau cùng là vùng "yên ngựa" ở mông. Dựa trên nhận xét định khu đó, có thể phân biệt *u trong tủy* (điều trị phẫu thuật khó) với *u ngoài tủy* (có thể chữa được).

- *Tổn thương trong tủy* có thể gây ra mất một loại cảm giác ở một vùng mà ở đó các loại cảm giác khác vẫn bình thường. Đó là *mất cảm giác phân ly*. Thường cảm giác đau và nóng lạnh bị mất trong khi cảm giác sờ, rung và tư thế vẫn còn. Kiểu mất cảm giác này là do bó gai - thị bị gián đoạn, thường gặp trong bệnh rỗng tủy, xong cũng có thể do u ở trung tâm hoặc ở phần bên của tủy sống.

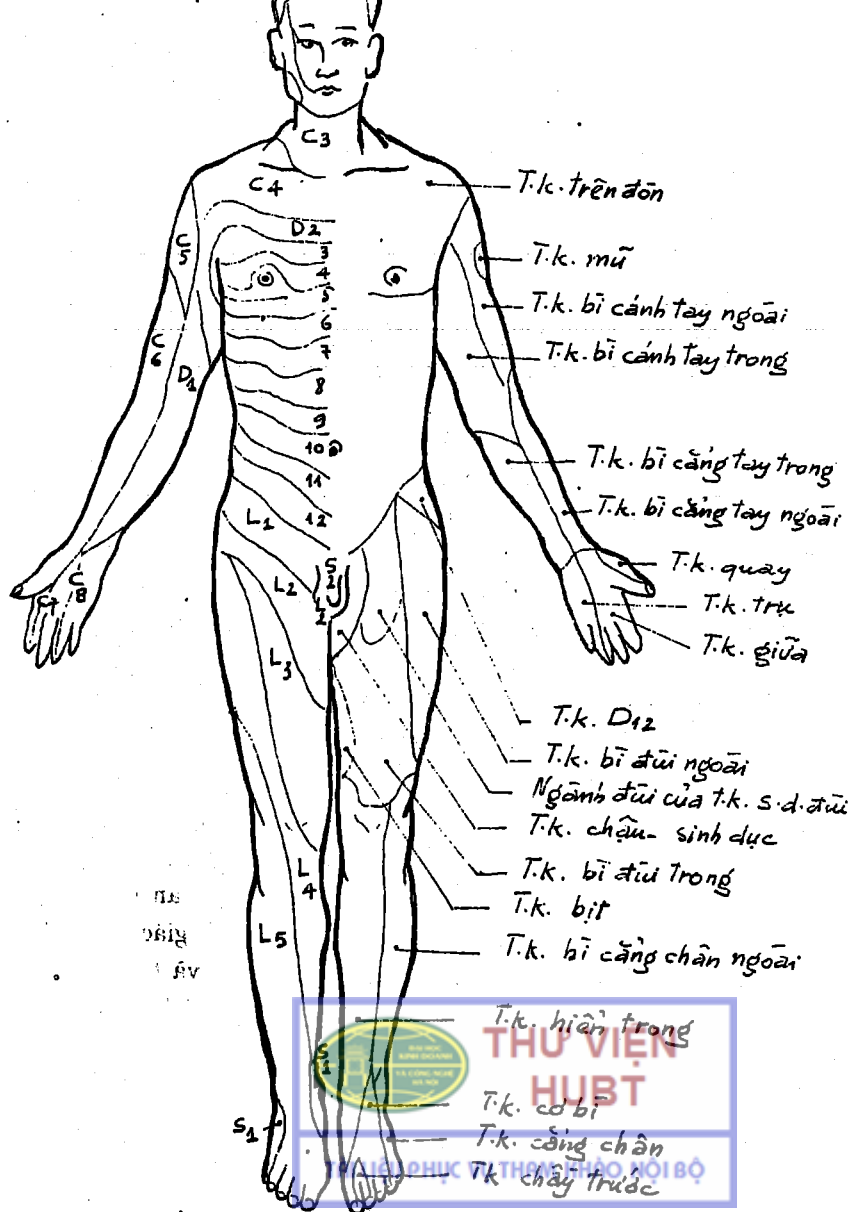
- *Tổn thương nửa tủy*: gây ra hội chứng Brown-Séquard:

. Bên tổn thương:

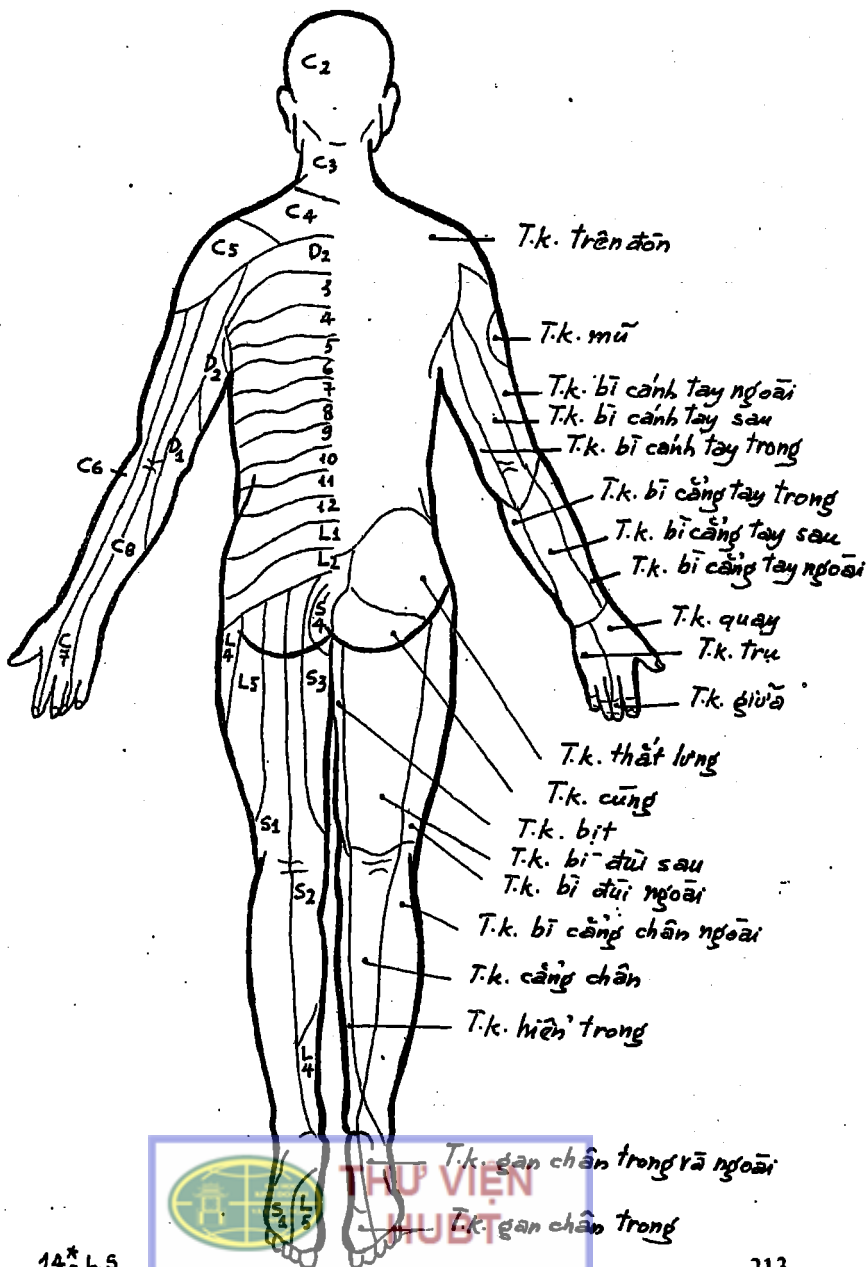


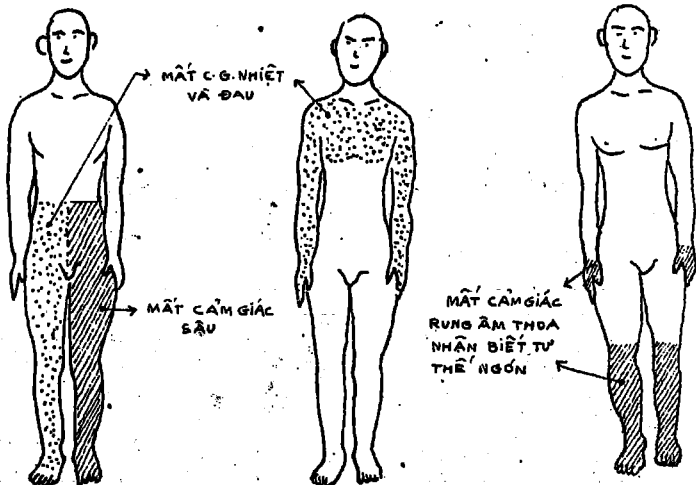
THƯ VIỆN
HUBT

TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ



Hình 72: Khu vực cảm giác theo rễ và dây thần kinh

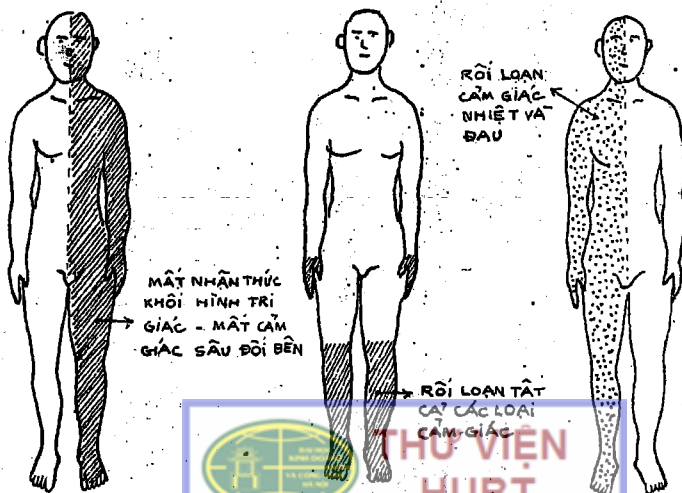




H.C. BROWN-SEWARD
ở ĐOẠN D₁₀ TRÁI

RỒNG TỬ

XO CỨNG CỘT
BÊN TEO CỎ



TỔN THƯƠNG THUY
CHÂM PHẢI

VIÊM DA DÀY
THẦN KINH

H.C. WALLENBERG

TÀI LIỆU PHỤC VỤ THĂM KHẢO NỘI BỘ

Hình 73: Một số kiểu rối loạn cảm giác thường gặp

Liệt chi kiểu trung ương

Rối loạn cảm giác sâu, cảm giác rung, mất điều hòa (ataxie)

. Bên đối diện: rối loạn cảm giác đau và nhiệt.

Hội chứng này hay gặp trong u ngoài tủy.

- Hội chứng cắt ngang tủy sống:

. Liệt kiểu trung ương các chi phía dưới chỗ tổn thương

. Mất mọi cảm giác phía dưới chỗ tổn thương theo kiểu đường dẫn truyền.

. Rối loạn cơ vòng nặng (bí đại, tiểu tiện).

Hội chứng này gặp trong chấn thương cột sống, vết thương tủy, u nội tủy, viêm tủy, lao cột sống v.v..

+ Tổn thương ở não:

- Tổn thương ở *phần dưới của thân não* có thể gây ra rối loạn cảm giác đau và nóng lạnh ở mặt cùng bên với tổn thương và ở thân bên đối diện (còn gọi là mất cảm giác giao bên).

- Tổn thương ở *đồi thị* gây ra hội chứng đồi thị (hội chứng Déjérine - Roussy)

+ Tổn thương ở *vỏ não cảm giác* (hồi sau trung tâm) không gây ra rối loạn cảm giác sờ, nóng lạnh, nhưng gây ra mất khả năng phân biệt và đánh giá về cảm giác.



CHƯƠNG VII

KHÁM DINH DƯỠNG

I - KHÁM XÉT

A- KHÁM DINH DƯỠNG Ở DA:

Nhằm phát hiện các rối loạn dinh dưỡng.

1. Da:

Da mỏng, cứng, tím hoặc màu đá vôi, có những nốt phỏng nước, phù toàn thân hoặc cục bộ.

2. Lông, tóc: rụng.

3. Móng: dần đeo, nứt nẻ, dễ gãy.

4. Loét (escarre) ở các điểm tỳ vùng xương cụt, mấu chuyển to, gót chân, mặt trong đầu gối (hình 74).

Loét khoét (malperforant): ở lòng bàn chân hoặc bàn tay.

5. Chẩn mé không đau (panaris analgésique): đầu ngón chân, tay sưng mọng, chảy mủ, không đau, dai dẳng, có thể dẫn đến cắt đầu ngón tay, ngón chân.

B- KHÁM DINH DƯỠNG Ở CỔ:

Khi khám teo cơ cần chú ý:

- Cách xuất hiện (đột ngột, sau viêm hoặc sau chấn thương).

TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

- Khu trú của teo cơ (ở bàn tay, ngón tay, vai, thắt lưng...).
- Có đối xứng hai bên không?
- Có rung sợi cơ (fibrillation) không?
- Mức độ teo cơ: dùng thước dây đo vòng quanh từng khúc chỉ dựa theo các điểm mốc:

Cánh tay: môm khuỷu

Cánh tay: môm trụ

Dùi: gai chậu trước trên

Cẳng chân: lồi cầu xương chày

- Cuối cùng phải khám thần kinh toàn bộ, đặc biệt chú ý đến:

- . Phản xạ gân xương
- . Phản xạ của cơ (gõ vào thân cơ)
- . Khám cảm giác
- . Phản ứng thoái hóa điện.

C- KHÁM DINH DƯỠNG Ở XƯƠNG, KHỚP

- Xương, khớp to hay nhỏ
- Đau ở xương, khớp
- Hình dáng bất thường của xương khớp
- Gãy xương tự nhiên
- Một số trường hợp nghi ngờ tổn thương xương khớp cần chụp X quang.



**THƯ VIỆN
HUBT**

TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

II - NHẬN ĐỊNH

Các bệnh thần kinh có thể gây rối loạn dinh dưỡng ở da, xương, khớp, cơ. Các triệu chứng rối loạn dinh dưỡng nhiều trường hợp xuất hiện sớm và góp phần vào chẩn đoán.

A - RỐI LOẠN DINH DƯỠNG Ở DA:

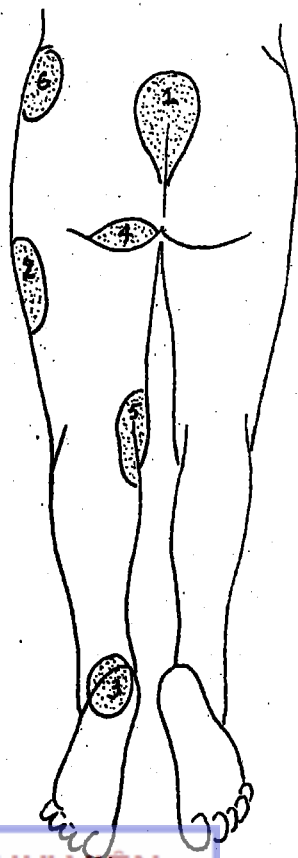
1. Rối loạn có giá trị chẩn đoán.

- Loét khoét (mal perforant) ở lòng bàn chân hoặc bàn tay gặp trong bệnh tabes, hiếm hơn có thể gặp trong bệnh rỗng tủy (syringomyélie).

- Chẩn mé không đau (panaris analgésique) ở đầu ngón tay, ngón chân gặp trong bệnh rỗng tủy, bệnh hủi (lèpre).

2. Rối loạn có giá trị tiên lượng.

Trong viêm tủy cấp hoặc vết thương tủy sống, nếu thấy xuất hiện loét điểm tủy tiến triển nhanh (có khi lòi xương ra ngoài, bị nhiễm khuẩn) thì tiên lượng xấu.



Hình 74:

Các điểm hay bị loét

B- TEO CƠ:

Teo cơ thứ phát: xảy ra sau khi bị liệt hoặc bệnh ở xương và khớp do chi bị bất động lâu ngày

Teo cơ nguyên phát: teo cơ do nguyên nhân thần kinh hoặc bệnh cơ.

1. Teo cơ do nguyên nhân thần kinh.

Gặp trong tổn thương tế bào thần kinh ngoại vi. Cần phân biệt 2 thể chính:

a) Teo cơ do tổn thương tủy sống:

+ Chủ yếu do quá trình bệnh lý ở sừng trước tủy sống (ví dụ bệnh viêm tủy xám trước cấp: PAA),

+ Teo cơ phối hợp với hội chứng tháp trong bệnh xơ cột bên teo cơ hay bệnh Charcot.

+ Teo cơ phối hợp với rối loạn cảm giác: bệnh rối loạn tủy sống (mất cảm giác đau, nóng, lạnh, còn cảm giác xúc giác).

b) Teo cơ do tổn thương rễ và dây thần kinh:

Teo cơ ở khu vực rễ hay thần kinh đó chi phối. Phân biệt teo cơ do rễ hay dây thần kinh nhiều khi rất khó, phải chọc sống thắt lưng, nếu có thay đổi dịch não tủy thì chắc chắn có tổn thương rễ thần kinh.

2. Teo cơ do bệnh cơ: có những đặc điểm khác so với teo cơ do thần kinh



Bảng 3: Phân bệnh teo cơ do bệnh cơ và teo cơ do thần kinh

TEO CƠ DO BỆNH CƠ	TEO CƠ DO THẦN KINH
- Thường có tính chất gia đình - Teo ở góc chi 2 bên và đối xứng - Mất phản xạ cơ - Không rối loạn phản xạ gân xương - Không rối loạn cảm giác - Không có rung thở cơ - Không có phản ứng thoái hóa điện - Các men trong máu tăng - Sinh thiết cơ có thay đổi đặc hiệu tùy từng bệnh	- Không có tính chất gia đình - Teo ở ngọn chi - Không mất phản xạ cơ - Có rối loạn phản xạ gân xương - Có rối loạn cảm giác khu vực rễ, dây thần kinh - Rất hay có rung thở cơ - Có phản ứng thoái hóa điện - Bình thường - Thay đổi không đặc hiệu. - teo cơ đồng đều

C- RỐI LOẠN DINH DƯỠNG Ở KHỚP:

1. Khớp to và không đau: gặp trong các bệnh;

- Bệnh tabes (thường ở các chi dưới);
- Dấu hiệu Abadie (chẩn đoán sớm tabes): mất cảm giác đau khi bóp mạnh gân gót

. Dấu hiệu Biermacki (tales): mất cảm giác đau khi ấn mạnh lên dây thần kinh trụ ở khuỷu tay.

- Bệnh rỗng tủy (thường ở các khớp chi trên)

2. Loãng xương (ostéoporose): (phát hiện bằng chụp X quang), gây nên gãy xương tự nhiên, không đau: gặp trong bệnh tabes, rỗng tủy.

3. Xương không phát triển, gặp trong các bệnh:

- Viêm tủy xám trước cấp (poliomyélite antérieure aigue).
- Liệt nửa người ở trẻ con do tổn thương ở não.
- Bệnh rỗng tủy.



CHƯƠNG VIII

KHÁM CƠ VÒNG

I - GIẢI PHẪU - SINH LÝ

A- GIẢI PHẪU - SINH LÝ TIỂU TIỆN:

Bàng quang có hai chức năng:

- Chứa đựng nước tiểu.
- Dẩy nước tiểu ra ngoài (đi tiểu).

Đi tiểu là do sự co bóp của cơ tổng đẩy (détrusor) phối hợp với sự co giãn cơ thắt trong và ngoài bàng quang cùng với sự tham gia của cơ thành bụng, cơ hoành, cơ thắt lưng chậu. Bí tiểu tiện là do cơ chế ngược lại.

Chức năng tiểu tiện cơ bản là do cung phản xạ đối giao cảm và có sự kiểm soát của vỏ não (hình 75)

Cung phản xạ tiểu tiện:

1. Từ tế bào ở hạch gai $S_2 - S_4$ (2) các đuôi gai theo dây thần kinh chậu ($n.pelvis$) đến các cơ quan cảm thụ bản thể ở thành bàng quang. Các sợi trục đi theo rễ sau vào tủy sống tiếp xúc với neuron thực vật đối giao cảm ở sừng bên tủy sống $S_2 - S_4$ (3) (trung tâm đối giao cảm tủy sống phân bố cho bàng quang. (5) phân bố cho cơ $détrusor$ (1) và một phần

cho cơ thắt trong.

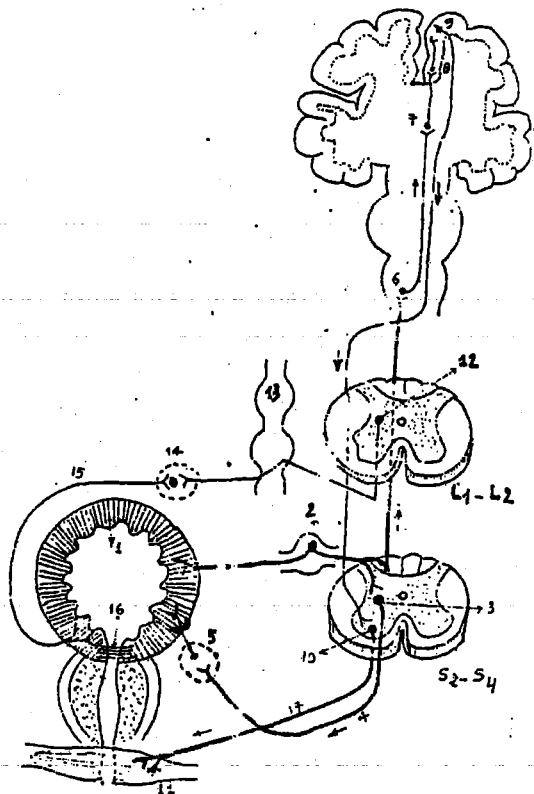
Các xung động theo cung phản xạ này đều gây co cơ détrusor và giãn cơ thắt trong.

2. Tế bào giao cảm ở sừng bên đoạn tủy $L_1 - L_2$ (12). Các sợi của tế bào này đi theo rễ trước dây thần kinh sống $L_1 - L_2$ ra khỏi ống sống dưới dạng nhánh thông trắng ra chuỗi hạch giao cảm cạnh sống vùng thắt lưng (13) đi vào hạch mạc treo tràng dưới (14) và dừng ở đó. Từ hạch mạc treo tràng dưới tế bào cho các sợi trục đi theo các dây thần kinh hạ vị (15) đến chi phối cơ détrusor và cơ thắt trong, (16) làm co cơ thắt trong bằng quang.

3. Tế bào thần kinh cảm giác ở hạch gai $S_2 - S_4$ (2), đuôi gai qua dây thần kinh thẹn tận cùng ở cơ quan nhận cảm ở thành bàng quang và các cơ thắt. Các sợi trục qua rễ sau vào tủy sống, đi lên hành não (theo bố Goll), (6) lên đồi thị, (7) rồi tới hồi vòm (gyrus formicatus) (8) của vỏ não (vùng cảm giác tiểu tiện), từ đó các sợi sang neuron vận động trung ương nằm ở tiểu thùy cạnh trung tâm (lobule paracentral) (9) của vỏ não (vùng vận động tiểu tiện). Các sợi trục của các tế bào này theo bố tháp xuống sừng trước tủy sống $S_2 - S_4$ (10) đi cùng với rễ trước tới cơ thắt ngoài bàng quang (11) điều hòa co hay giãn cơ thắt ngoài.

B- GIẢI PHẪU - SINH LÝ ĐẠI TIỆN:

Cơ chế đại tiện gần giống cơ chế tiểu tiện. Nó gồm một cung phản xạ trung tâm ở tủy cùng ($S_2 - S_4$) và có sự kiểm soát phối hợp của trung khu cao cấp.



Hình 75: Sơ đồ phân bố thần kinh bàng quang và cơ vòng của nó

- | | |
|------------------------------|-------------------------------|
| 1. Cơ detrusor; | 2. Hạch gai; |
| 3. Sùng bên; | 4. Dây thần kinh chậu |
| 5. Dám rối bàng quang; | 6. Nhân Goll. |
| 7. Dồi thị; | 8. Vùng cảm giác tiểu tiện; |
| 9. Tiểu thùy cạnh trung tâm; | 10. Neuron vận động ngoại vi; |
| 11. Cơ thắt ngoài; | 12. Sùng bên; |
| 13. Chuỗi hạch giao cảm; | 14. Hạch mạc treo tràng dưới; |
| 15. Dây thần kinh hạ vị; | 16. Cơ thắt trong; |
| 17. Dây thần kinh thẹn. | |



TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

II. CÁCH KHÁM

Hỏi bệnh:

- Bí đái, đái dầm dề, có cảm giác mót đái, mót đái không nhìn được, nước tiểu chảy ra từng giọt hay nước tiểu qua không biết?

- Táo bón hay phân qua không biết?

III. NHẬN ĐỊNH

Bình thường thì hoạt động phản xạ tự động của những trung tâm tủy sống của tiểu tiện và đại tiện ở người trưởng thành được vỏ não điều hòa bằng những đường đi qua cột bên tủy sống. Các trung tâm đó được vỏ não hai bên phân bố nên chỉ khi tổn thương cột bên cả hai bên mới có rối loạn tiểu tiện và đại tiện kiểu trung ương. Khi tổn thương tủy S₂-S₄ hoặc các rễ tương ứng thì rối loạn tiểu tiện kiểu ngoại vi.

A- RỐI LOẠN TIỂU TIỆN:

1. Kiểu trung ương:

- Bí đái: nước tiểu đầy bàng quang, cơ vòng không mở bệnh nhân không đái được.

- Mót đái không nhìn được.

- Đái dầm cách hồi (incontinentio intermittens):

Khi bàng quang đầy thì nước tiểu chảy ra ngoài.

2. Kiểu ngoại vi

- Bí đái.

- Đái dầm thực sự (incontinentia vera) cơ vòng giãn, nước



tiểu chảy ra liên tục.

- Tác niệu nghịch thường (ischuria paradoxa): khi bàng quang đầy áp, bàng quang giãn căng ra và nước tiểu được bài tiết từng giọt do kéo căng cổ bàng quang.

B- RỐI LOẠN ĐẠI TIỆN:

- Táo bón
- Ít không kiểm chế được
- Phân qua hậu môn không biết.

IV. CĂN NGUYÊN

Rối loạn tiểu tiện, đại tiện gặp trong một số bệnh thần kinh:

1. Tổn thương não nặng: hôn mê

2. Tổn thương tủy:

- Chấn thương: dập tủy, đứt ngang tủy
- U vùng đuôi ngựa
- U tủy
- Viêm tủy
- Bệnh tabes
- Bệnh thần kinh do đái tháo đường.



**THƯ VIỆN
HUBT**

TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

CHƯƠNG IX

KHÁM HỆ THẦN KINH THỰC VẬT NỘI TẠNG VÀ TRIỆU CHỨNG RỐI LOẠN

Hệ thần kinh thực vật phân bố cho tim, mạch máu, các tuyến, phủ tạng và các cơ trơn, nó điều hòa các chức năng đời sống thực vật của cơ thể và điều khiển môi trường bên trong: tuần hoàn, hô hấp, bài tiết... Hệ thần kinh thực vật gồm 2 hệ: giao cảm và đối giao cảm (parasympathique) ở trong trạng thái đối lập lẫn nhau về mặt chức năng.

1. Cấu tạo

+ Hệ giao cảm:

- Phát xuất từ tế bào sừng bên tủy sống từ C8 - L2.

- Hệ này gồm ba nhóm hạch:

Chuỗi hạch cạnh cột sống: nằm dọc hai bên cột sống.

. Nhóm hạch trước cột sống: hạch tạng, hạch mạc treo, hạch vị nằm trong ổ bụng.

. Nhóm hạch tận cùng: nằm cạnh trực tràng và bàng quang.

- Một sợi tiền hạch tiếp nối với khoảng 20 sợi hậu hạch,



• nên khi kích thích, ảnh hưởng giao cảm thường lan rộng.

+ Hệ đối giao cảm:

- Phát xuất từ thân não (các sợi đối giao cảm đi cùng với các dây thần kinh sọ số III, VII, IX, X) và từ sừng bên tủy S₂ - S₄.

- Các hạch của hệ đối giao cảm nằm ngay cạnh hoặc ngay trong thành của cơ quan.

- Một sợi tiền hạch chỉ tiếp nối với một sợi hậu hạch nên xung động thần kinh thường khu trú hơn so với hệ giao cảm.

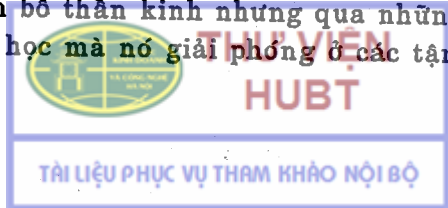
2. Liên hệ.

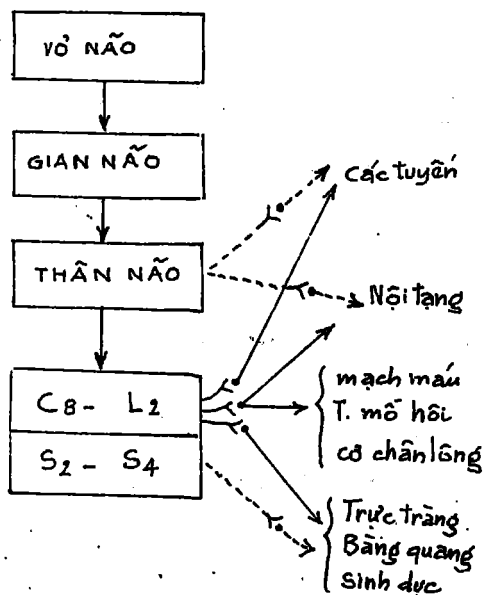
+ Hệ giao cảm và đối giao cảm liên hệ chặt chẽ với các tuyến nội tiết. Hai hệ này phân bố cho các tuyến nội tiết và điều hòa hoạt động của chúng. Mặt khác, các hormone do những tuyến nội tiết tiết ra sẽ kích thích bộ phận thực vật nội tạng của hệ thần kinh (điều hòa thần kinh thể dịch).

+ Vỏ não có ảnh hưởng điều hòa các chức năng nội tạng.

+ Các nhân của gian não có vai trò rất lớn trong việc điều hòa các quá trình bên trong cơ thể.

+ Xung động thần kinh dẫn truyền bởi các sợi thần kinh thực vật không tác động trực tiếp trên cơ quan được phân bố thần kinh nhưng qua những chất trung gian hóa học mà nó giải phóng ở các tận cùng thần kinh.





Hình 76a:
Sơ đồ liên hệ
của thần kinh
thực vật (là
giao cảm, ... là
đối giao cảm)

II - PHƯƠNG PHÁP KHÁM THẦN KINH THỰC VẬT

A- HỎI BỆNH

- + Tăng tiết mồ hôi.
- + Hội chứng nửa người về thần kinh có giá trị:
- Đau nửa đầu
- Nửa mặt đỏ
- Mất đỏ
- Mồ hôi nửa người



- Lông mọc nhiều hoặc ít, da khô

B- QUAN SÁT:

- Thay đổi màu da tại chỗ, màu da đá vân, xanh tím đầu chi.
- Tiết mồ hôi (tăng, giảm, ở khu vực nào?)
- Quan sát đồng tử: co, giãn

C- CÁC PHẢN XẠ THỰC VẬT DA:

1. Vẽ da nổi (dermogra phismus elevata)

+ Cách khám: dùng đầu cán búa phản xạ (hoặc mũi kim tù) vạch mạnh lên da.

+ Kết quả:

- Bình thường: vệt da đỏ dọc theo đường vạch
- Cường đối giao cảm (gây giãn mạch); vệt da đỏ lan rộng (dài đỏ rộng) và kéo dài (vững bền), hoặc đường vạch da phù, lồi lên.
- Cường giao cảm (gây co mạch); đường vạch da trắng.

Chú ý: nếu kích thích ấn nhẹ khi vạch da thường chỉ gây vệt da trắng.

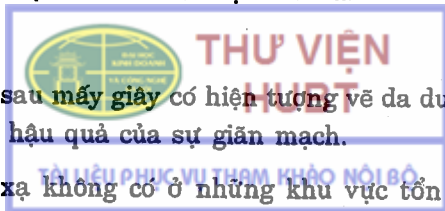
2. Vết da phản xạ (dermographie réflex).

+ Cách khám: vạch mũi kim nhọn lên da.

+ Kết quả:

- Bình thường sau mấy giây có hiện tượng vết da dưới dạng một dải đỏ, đó là hậu quả của sự giãn mạch.

- Vết da phản xạ không có ở những khu vực tổn thương



dây thần kinh ngoại vi và rễ sau (các sợi giãn mạch đi qua rễ sau) hoặc ở những khoang đoạn tương ứng với ổ tổn thương tủy sống.

3. Phản xạ dựng lông ở da (réflex pilo-moteur).

+ Cách khám: véo nhanh trên da nhiều lần hoặc kích thích lạnh (bằng nước đá, ête) ở hố dưới vai, gáy, nách hoặc thất lưng... lần lượt từ trái sang phải hoặc ngược lại.

+ Đáp ứng:

- Bình thường có phản xạ dựng lông "nổi da gà" tại chỗ hay lan lên trên hoặc xuống dưới, bao giờ cũng giới hạn ở một nửa người. Đó là phản xạ giao cảm, xuất hiện ở bên bị kích thích.

- Nếu tăng hưng phấn giao cảm "nổi da gà" xuất hiện dễ dàng, nổi mạnh và lan rộng.

- Trong tổn thương cắt ngang tủy sống: nếu kích thích da ở vùng trên tổn thương, phản xạ dựng lông lan xuống dưới, nhưng chỉ tới mức những khoang tủy bị tổn thương (nghĩa là có thể xác định giới hạn trên các tổn thương)

Nếu kích thích da ở vùng thấp hơn, phản xạ dựng lông lan lên trên nhưng chỉ tới mức khoang tủy bị tổn thương (nghĩa là có thể xác định giới hạn dưới của tổn thương).

Ở tại vùng do những khoang tủy sống bị tổn thương chi phối không thấy phản xạ dựng lông.

- Trong tổn thương thần kinh ngoại vi, phản xạ dựng lông mất ở chỗ tổn thương.

+ Trung tâm phản xạ dựng lông ở cổ và tay có vị trí ở giữa D1 và D6, các trung tâm ở chân ở giữa D8 và L2.

4. Nghiệm pháp Minor

Quét lên người một lớp dung dịch iod pha loãng, lấy bột gạo rắc lên hết người, cho bệnh nhân vận động toát mồ hôi. Tinh bột làm iod chuyển màu. Do đó xác định tăng tiết mồ hôi.

3. Phản ứng da tại chỗ đối với các chất hướng giao cảm và hướng đối giao cảm.

- Adrenalin: tiêm trong da 0,1ml (khoảng 2 giọt) dung dịch 1%. Trong khoảng 5 - 10 phút chỗ tiêm xuất hiện vết tái nhợt và nổi "da gà", xung quanh bao một đường viền đỏ, bề rộng và cường độ khác nhau tùy từng trường hợp, phản ứng rất rõ và kéo dài là do cường giao cảm.

- Acetylcholin: tiêm trong da 0,1ml dung dịch 1/1000 phản ứng thể hiện bằng một nốt sần nhợt màu ở giữa, xung quanh có màu đỏ nhạt, lúc đầu giải viền đỏ rộng khoảng 2 x 3cm, 3 phút sau lan rộng, tối đa tới 6 x 10cm và biến đi trong vòng 15 - 25 phút. Phản ứng mạnh chứng tỏ cường đối giao cảm.

D- DO NHIỆT ĐỘ DA:

Thường dùng nhiệt kế y học điện bán dẫn (T.E.M.P-1) đo nhiệt độ da ở những điểm nhất định và so sánh hai bên. Các biến đổi nhiệt độ da có thể là một chỉ tiêu tinh vi về những rối loạn khu vực của thần kinh giao cảm và đối giao cảm.

E- CÁC PHẢN XẠ TÌM - MẠCH:

1. Phản xạ mắt - tim (phản xạ Aschner)

a) Cách khám: bệnh nhân nằm nghỉ sau một thời gian ngắn và được đếm mạch.

Người khám lấy tay ấn nhân cầu của bệnh nhân, tốt nhất là ấn đồng thời cả 2 bên bằng ngón cái và ngón trỏ (hoặc ngón trỏ và ngón giữa) vào mặt bên nhân cầu, ấn khá chặt nhưng không gây đau (không nên ấn vào buồng trước nhân cầu). Sau 30 giây, trong khi vẫn tiếp tục ấn, đếm mạch trong 30 giây, sau khi tính mạch thành phút, so sánh trước và sau khi ấn.

b) Kết quả:

- Bình thường: mạch chậm lại 5 - 10 nhịp trong 1 phút.
- Nếu mạch chậm hơn nữa là cường đối giao cảm.
- Nếu mạch không chậm đi hoặc ngược lại mạch nhanh lên là cường giao cảm.

2. Nghiệm pháp đứng - nằm.

Gồm 2 nghiệm pháp.

a) Phản xạ thể đứng:

+ Cách khám: bệnh nhân nằm, đếm mạch, sau đó chuyển sang thể đứng và đếm mạch trong 1 phút đầu sau khi thay đổi tư thế.

+ Kết quả: bình thường mạch nhanh lên 10 - 12 nhịp đập trong 1 phút. Nếu nhanh hơn là cường bộ máy thần kinh - cơ của tim.

b) Phản xạ thể nằm:

+ Cách khám: bệnh nhân đứng, đếm mạch, rồi chuyển sang thể nằm.

+ Kết quả: bình thường mạch chậm lại 10 - 12 nhịp đập trong 1 phút. Nếu chậm hơn là cường bộ máy thần kinh - cơ của tim.

3. Phản xạ cổ (hay phản xạ cảnh - carotid sinus reflex)

a) Cách khám: bệnh nhân đứng hoặc ngồi. Sau khi đếm

mạch của bệnh nhân người khám ấn ngón cái (hoặc ngón trỏ và giữa) vào xoang cảnh ở chỗ phân nhánh động mạch cảnh trong và cảnh ngoài (ở vùng trước cơ ức đòn chũm, dưới góc hàm dưới) cho đến khi sờ được động mạch cảnh đập để kích thích bó mạch thần kinh đối giao cảm và giao cảm cổ ở vùng động mạch cảnh (xoang cảnh do dây IX, dây X và dây giao cảm cổ chi phối).

b) Kết quả:

Bình thường mạch chậm đi (6 - 12 nhịp 1 phút (nếu chậm hơn là cường đối giao cảm) huyết áp giảm, có trường hợp bị ngất, co giật. Vì vậy nếu tìm phản xạ thì nên khám khi bệnh nhân nằm.

4. Phản xạ thượng vị (hạch dương)

a) Cách khám: bệnh nhân nằm ngửa, bụng mềm tối đa. Sau khi đo huyết áp, đếm mạch, người khám lấy tay ấn vùng thượng vị, ấn mạnh dần cho tới khi thấy động mạnh chủ bụng đập rõ.

b) Kết quả: mạch chậm đi và huyết áp giảm. Nếu mạch chậm nhiều và huyết áp giảm nhiều là cường đối giao cảm.

5. Nghiệm pháp Erben.

a) Cách khám: bệnh nhân ngồi xổm, tới mức chạm cằm vào đầu gối.

b) Kết quả: mạch chậm lại 8 - 12 lần một phút, chậm hơn nữa là cường đối giao cảm.

Nhận định

Khám xét các rối loạn thần kinh thực vật cục bộ, khu vực da, nhằm phát hiện rối loạn tim mạch, phản xạ dựng lông, tiết mồ hôi v.v.. là phương pháp bổ trợ có giá trị để:

1. Chẩn đoán định khu tổn thương thần kinh ngoại vi, tổn thương tủy sống và tổn thương khu trú ở não v.v..

a) Vỏ não bị suy yếu:

Diễn hình trong bệnh suy nhược thần kinh, có biểu hiện rối loạn thần kinh thực vật: chân tay lạnh, mạch nhanh, đau ngực, khó thở, giảm tiết nước bọt, táo bón, di tinh...

Khi kích thích vỏ não thùy thái dương sẽ gây nên những cơn rối loạn thần kinh thực vật mạnh.

b) Tổn thương gian não: thường biểu hiện bằng những cơn động kinh gian não:

- Tiền triệu xa (mấy giờ trước hoặc ngày hôm trước) thay đổi khi sắc, dễ kích thích, nhức đầu, đôi khi háu ăn, chán ăn hoặc uống nhiều.

- Triệu chứng bắt đầu: hoặc sợ hãi, ngáp nhiều, cảm giác khó chịu vùng thượng vị.

- Triệu chứng cơn toàn phát (2 - 3 phút đến 1 giờ): rét run, nổi da gà, tái nhợt hay đỏ bừng mặt, mất lời, chảy nước mắt, chảy rãi, khó thở, nhịp tim nhanh, tăng huyết áp động mạch, chóng mặt, ù tai, mệt lử.

- Triệu chứng tiếp theo: vã mồ hôi, bí dái hoặc dái rất, mót đại tiện, đôi khi ỉa chảy, chán ăn, hoặc ăn nhiều, ngủ nhiều.

c) Tổn thương các tế bào thần kinh thực vật ở sừng bên tủy sống vùng lưng và thắt lưng, gây những rối loạn về dinh dưỡng, vận mạch và bài tiết theo kiểu khoang đoạn. Tổn thương các tế bào thần kinh đối giao cảm ở vùng tủy cùng S₂ - S₄, gây nên rối loạn cơ vòng và rối loạn sinh dục: dái dầm liên tục, đại tiện không chủ động, liệt dương.

d) Tổn thương các nhân thần kinh thực vật:

Đây X: rối loạn nghiêm trọng tim mạch, hô hấp

Dây III: giãn đồng tử

Dây VII phụ, dây IX: giảm tiết nước mắt và nước bọt

e) *Tổn thương chuỗi hạch giao cảm cạnh sống*: biểu hiện bằng các rối loạn trương lực cơ, co cứng, run, rối loạn cảm giác kiểu tăng cảm đau (hyperpathie), kiểu đau cháy, rối loạn tiết mồ hôi, rụng lông, rối loạn mạch máu và dinh dưỡng da, có thể xuất hiện cơn đau và co thắt nội tạng.

Tổn thương hạch giao cảm cổ trên có hội chứng Claude Bernard - Horner: co đồng tử, hẹp khe mi, mắt lờm (énophtalmie). Trái lại hạch giao cảm bị kích thích sẽ có hội chứng Poufour du petit: mắt lờ, rộng khe mi, giãn đồng tử.

Tổn thương hạch sao (phối hợp hạch giao cảm cổ dưới với hạch ngực trên) có rối loạn hoạt động tim: đau thắt tim, đau cháy, tăng nhiệt độ da ở vị trí kiểu áo cánh nửa thân.

Tổn thương hạch giao cảm ngực dưới kết hợp với hạch giao cảm thất lưng trên: rối loạn cảm giác ở vị trí kiểu quần một ống.

Tổn thương các hạch giao cảm cách sống khác gây rối loạn ở khu vực nó chi phối: đau cháy (causalgie), rối loạn vận mạch và dinh dưỡng da, rối loạn tiết mồ hôi, đau và co thắt các nội tạng.

e) *Tổn thương các dây thần kinh ngoại vi.*

Dây thần kinh giữa, dây thần kinh hông to có nhiều sợi thần kinh giao cảm đi kèm; khi các dây này bị tổn thương thường có triệu chứng đau cháy (causalgie), liệt và co cứng phản xạ.

g) *Rối loạn thần kinh thực vật ở những "vùng da phản chiếu" (vùng Zakharin - Head), gặp trong các bệnh của cơ quan nội tạng.*

2. Xác định khả năng hưng phấn của thần kinh giao cảm và đối giao cảm căn cứ vào tác dụng của chúng:

**Bảng 4: Tác dụng của thần kinh giao cảm
và đối giao cảm**

Cơ quan	TK. giao cảm	TK.đối giao cảm
Mắt	Giãn đồng tử Lời mắt Rộng khe mi	Co đồng tử Thụt nhãn cầu Hẹp khe mi
Tuyến nước bọt Tim	Tiết nước bọt đặc, ít Nhanh Tăng huyết áp	Tiết nước bọt loãng, nhiều Chậm Giảm huyết áp
Phế quản	Giãn phế quản Giảm tiết niêm dịch	Co phế quản Tăng tiết niêm dịch
Thực quản	Giảm nhu động Giảm tiết dịch	Tăng nhu động Tăng tiết dịch
Da	Co mạch Tái nhợt Nổi gai ốc (da gà) Vã mồ hôi	Giãn mạch Đỏ hồng Vã mồ hôi
Thuốc tăng cường	Ephedrin	
Thuốc gây liệt		Atropin



**THƯ VIỆN
HUBT**

TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

3. Khi các triệu chứng thần kinh khác biểu hiện không rõ nét thì sự mất đối xứng thần kinh thực vật vẫn có thể giúp chẩn đoán các thể bắt đầu (hoặc di chứng) của tổn thương vỏ não, gian não hoặc tủy sống.

4. Xác định biến đổi thần kinh thực vật ở những "vùng da phản chiếu" (vùng Zakharin-Head) trong bệnh của cơ quan nội tạng.

5. Sự xác định tính không bền vững khả năng tăng hưng phấn của hệ thần kinh thực vật có tầm quan trọng trong việc định giá kết quả các trạng thái loạn thần kinh cũng như việc tuyển lựa đặc biệt một số nghề nghiệp.



CHƯƠNG X

KHÁM CÁC CỬ ĐỘNG TINH VI - KHÁM THỰC DỤNG ĐỘNG TÁC - KHÁM CHỨC NĂNG NGÔN NGỮ - CHỈ SỐ TRÍ TUỆ

I - KHÁM CÁC CỬ ĐỘNG TINH VI

1. Khám xét.

+ Quan sát khi bệnh nhân thực hiện các hoạt động thông thường cần sự phối hợp chính xác của các ngón tay như cài khuy, buộc dây giày.

+ Yêu cầu bệnh nhân lần lượt từng tay làm các động tác ngón tay "đánh dương cầm".

+ Yêu cầu bệnh nhân lần lượt chạm nhanh đầu ngón tay cái vào đầu ngón út, ngón nhẫn, ngón giữa và ngón trỏ của cùng bàn tay đó.

2. Nhận định.

Các cử động nhỏ hiệp đồng chính xác của các ngón tay thường bị rối loạn sớm trong các trường hợp:

+ Tổn thương neuron vận động trung ương (và đồng thời cũng là những vận động phục hồi muộn nhất).

+ Tổn thương nhân xám dưới: các cử động tinh vi của ngón tay bị chậm và nghèo nàn do giảm động.

+ Tổn thương tiểu não: bệnh nhân cử động nhanh bàn tay được.

II - KHÁM THỰC DỤNG ĐỘNG TÁC (PRAXIE)

Muốn thực hiện một động tác đòi hỏi có sự tiếp thu xử lý các thông tin cũng như sự phối hợp phân tích của các trung tâm vỏ não, kết hợp với kinh nghiệm đã được tích lũy từ trước.

Mất thực dụng thường kết hợp với các dấu hiệu khác của tổn thương vỏ não, như mất nhận thức (agnosie) hoặc rối loạn ngôn ngữ (dysphasie).

1. Cách khám thực dụng động tác

+ Sử dụng những đồ vật cụ thể thông dụng hàng ngày:

- Động tác đơn giản: yêu cầu bệnh nhân chải tóc, đeo kính, rót nước vào cốc, đánh diêm, nhắm mắt, thè lưỡi.

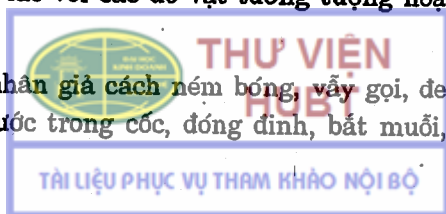
- Động tác phức tạp: yêu cầu bệnh nhân thắp đèn khi có bao diêm để bên cạnh, thắt nút một sợi dây...

+ Mặc quần áo: yêu cầu bệnh nhân mặc áo quần.

+ Viết, vẽ và tạo hình: yêu cầu bệnh nhân viết tự nhiên, vẽ các hình vuông, hình tam giác, hoặc dùng que diêm xếp thành các hình mới vẽ.

+ Làm các động tác với các đồ vật tưởng tượng hoặc bất chức động tác:

- Yêu cầu bệnh nhân giả cách ném bóng, vẫy gọi, đe dọa, rót nước và uống nước trong cốc, đóng đinh, bắt muỗi, thái thịt, bầm xương...



- Yêu cầu bệnh nhân bắt chước động tác người khám: cầm bút, gơ tay cầm quyển sách (nhắc người bệnh không làm kiểu bắt chước trong gương, mà nếu người thầy thuốc sử dụng tay phải thì bệnh nhân cũng phải bắt chước bằng tay phải...)

2. Nhận định.

a) *Mất thực dụng động tác (apraxie) thường gặp:*

+ Mất ý tưởng động tác (apraxie idéatoire): mất sử dụng đồ vật (yêu cầu viết bệnh nhân sẽ dùng cái kéo hoặc vật khác để viết dù có bút ở bên cạnh).

+ Mất ý tưởng vận động (apraxie idéo - motrice):

- Không mặc được quần áo, mặc áo ngược phía lưng ra phía ngực. lồng ống quần vào hai tay, mặc áo may ô lại sỏ tay vào cổ áo.

- Không viết và vẽ theo hình được: viết chậm và khó, kích thước các chữ không đều và dòng không thẳng.

+ Mất động tác kiến trúc (apraxie constructive):

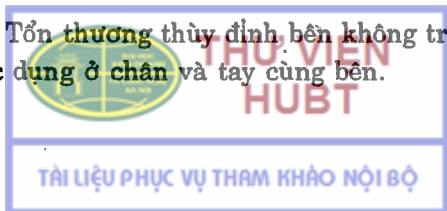
Không thể vẽ lại một hình hoàn hảo, các đường vẽ đứt quãng hoặc vẽ lại được nhưng các chi tiết cấu trúc không phù hợp. Ví dụ: vẽ chiếc xe đạp nhưng vẽ bánh xe ở xa khung. Vẽ nhà nhưng lại vẽ cửa sổ ở mái nhà...

b) *Định khu tổn thương:*

+ Tổn thương thùy đỉnh thường dẫn đến mất thực dụng:

- Tổn thương thùy đỉnh bên bán cầu trội sẽ gây ra mất thực dụng ở cả hai bên.

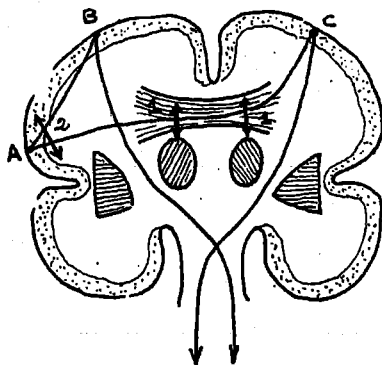
- Tổn thương thùy đỉnh bên không trội có thể gây ra mất thực dụng ở chân và tay cùng bên.



+ Mất thực dụng thường kết hợp với mất nhận thức (agnosie) hoặc rối loạn ngôn ngữ (dysphasie).

Hình 76b:

Sơ đồ mất thực dụng
động tác (theo Morlaas)
(nhìn phía sau).



- A: vùng đỉnh trái;
- B: vùng vận động trái.
- C: vùng vận động phải.

- 1. Tổn thương thể chai
(phải hay trái); mất ý tưởng
vận động bên trái;
- 2. Tổn thương thùy đỉnh trái:
mất ý tưởng vận động hai bên.

III - KHÁM CHỨC NĂNG NGÔN NGỮ

Trung khu ngôn ngữ ở bán cầu trội, vì vậy trước khi khám chức năng ngôn ngữ cần xác định rõ bán cầu ưu thế, bằng cách hỏi xem trước đây bệnh nhân thuận tay nào, cầm bút viết, cắt bánh, bắt bóng... bằng tay nào. Dùng chân nào đá bóng? Cần lưu ý: một số người thuận tay trái nhưng từ bé đã được luyện tập để dùng tay phải là chủ yếu, hoặc tập viết bằng tay phải chỉ ở trường học. Tay thuận thường phù hợp với bên mắt trội cho nên cũng cần hỏi xem bệnh nhân ngắm súng bằng mắt nào. Có thể cuộn tờ báo lại và đưa cho bệnh nhân nhìn qua đó như một ống nhòm. Phần nhiều bệnh nhân đưa ống nhòm giả dờ lên mắt trội. Test mắt trội này không có giá trị nếu thị lực hai mắt chênh lệch rõ rệt.

TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

A- KHÁM CHỨC NĂNG NGÔN NGỮ:

Ngoài sự theo dõi ngôn ngữ trong khi kể bệnh còn đặt ra những câu hỏi định hướng theo một đề cương có hệ thống và ghi chép tỉ mỉ các câu trả lời hoặc các thể hiện đáp ứng khác của bệnh nhân.

1. Khám chức năng ngôn ngữ vận động

a) *Nói tự nhiên:* bệnh nhân tự kể về bản thân và gia đình.

b) *Nhắc lại lời nói:*

+ Nhắc lại các âm vị, các từ gần giống nhau:

b - p, d - t, r - s, tất - đất, phở - vở.

+ Nhắc lại các từ có quan hệ ngữ nghĩa: ví dụ:

"Nồi đồng nấu ốc, nồi đất nấu ếch"

"Canh một anh canh tôi ngủ, canh hai anh ngủ tôi canh"

+ Nhắc lại các từ không có liên quan ngữ nghĩa: ví dụ:

Dèn, lò

Dèn, lò, trắng

Dèn, lò, trắng, khóa

Tre, vôi, gà, than

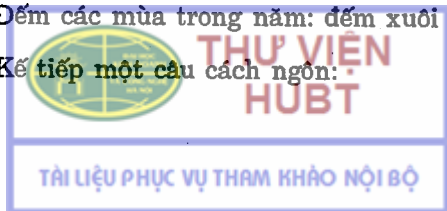
c) *Nói có tính tự động:*

+ Đếm từ 1 đến 100

+ Đếm ngược từ 5 đến 1, từ 10 đến 1

+ Đếm các mùa trong năm: đếm xuôi rồi đếm ngược.

+ Kể tiếp một câu cách ngôn:



"Gần mực thì đen, gần đèn thì..."

d) *Ngôn ngữ phản chiếu*: yêu cầu bệnh nhân nhắc lại ngay một số từ, hay một câu của người khám.

"Việt Nam"

"Việt Nam hòa bình"

"Việt Nam hòa bình thống nhất"

"Mũ, giường, gương, trăng"

2. Khám chức năng ngôn ngữ giác quan

a) *Khả năng hiểu nghĩa của từ*:

+ Khả năng hiểu từ quen thuộc: yêu cầu bệnh nhân chỉ tay vào mũi, tai, túi áo.

+ Khả năng hiểu các từ đồng nghĩa: yêu cầu bệnh nhân tìm từ đồng nghĩa với từ "ăn"..

- Khả năng hiểu các từ đồng âm: yêu cầu bệnh nhân tìm từ đồng âm với từ "dường"

+ Khả năng hiểu các từ đa nghĩa: hỏi bệnh nhân "quả chưa chín còn gọi là quả gì? Tuổi trẻ còn gọi là tuổi gì?"

+ Khả năng hiểu các từ trái nghĩa: yêu cầu bệnh nhân tìm từ trái nghĩa với từ phải, đúng, trên, trắng...

b) *Khả năng hiểu câu*:

+ Khả năng hiểu câu đơn giản: yêu cầu bệnh nhân trả lời câu hỏi:

Tên anh là gì?

Quê ở đâu?



THƯ VIỆN
HUBT

TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

Bao nhiêu tuổi?

Nghệ màu gì?

Vòi màu gì?

+ Khả năng hiểu và thực hiện các câu đơn giản:

Cầm lược chải tóc

Cài bút vào túi

Cho kính vào bao

+ Khả năng hiểu và thực hiện các câu phức tạp (có hai hay nhiều mệnh đề):

- Thực hiện hai hành động liên tiếp: chạm ngón tay cái vào mũi rồi cúi đầu xuống.

- Thực hiện ba hành động liên tiếp: gấp quyển sách lại rồi để lên bàn và cài bút vào túi. Cất cặp sách đi rồi ra bàn rót nước và uống.

+ Khả năng hiểu sự diễn tả bóng bẩy:

Yêu cầu bệnh nhân giải thích: "khéo tay", "ăn khỏe như voi". "Một cây làm chẳng nên non, ba cây chụm lại nên hòn núi cao", "gần mực thì đen, gần đèn thì sáng", "đi một ngày đàng học một sàng khôn".

c) *Khả năng hiểu các cấu trúc ngữ pháp phức tạp:*

+ Khả năng hiểu quan hệ không gian:

Yêu cầu bệnh nhân thực hiện các mệnh lệnh như:

- Để thước kẻ ở giữa, bút chì ở bên phải, bút mực ở bên trái.

- Để bức thư vào trong quyển sách, để quyển sách vào trong



cặp, để cặp vào ngăn kéo.

+ Khả năng hiểu quan hệ thời gian:

- Yêu cầu bệnh nhân đứng dậy sau khi cài bút vào túi.

- Hỏi bệnh nhân: ngày nào sau hôm nay (có phải ngày mai không?).

+ Khả năng hiểu mối quan hệ lời nói:

Hỏi bệnh nhân: em bố gọi là gì? Bố em gọi là gì, bố chồng của em dâu gọi là gì.

+ Thực hiện các mệnh lệnh:

(Đặt trước mắt bệnh nhân một cái bút, một cái chìa khóa và một cái lược).

- Mệnh lệnh 1: dùng bút chỉ chìa khoá rồi chỉ lược.

- Mệnh lệnh hai: chỉ chìa khóa bằng bút, chỉ bút bằng lược.

- Mệnh lệnh 3: chỉ bút bằng lược, chỉ chìa khóa bằng bút.

+ Khả năng phân tích và tổng hợp lời nói:

- Ghép chữ cái thành từ: c + a, c + a + m

- Điền vào chỗ trống.

Tôi... cơm

Tôi... kịch

d) *Khám sự hiểu ngôn ngữ trừn thuật:*

+ Dưa một bức tranh đơn giản, yêu cầu bệnh nhân kể lại nội dung.

+ Kể một chuyện ngắn, sau đó yêu cầu bệnh nhân kể lại (qua đó phát hiện chứng nói loạn).

3. Khám chức năng định danh của ngôn ngữ

a) Yêu cầu bệnh nhân gọi tên các đồ vật trước mặt: cốc áo, giường, chiếu, chăn, màn, khăn mặt, bát, đĩa, bút máy...

b) Người khám nói tên các đồ vật rồi yêu cầu bệnh nhân chỉ vào đồ vật đó.

c) Yêu cầu bệnh nhân gọi tên các đồ vật qua mô tả thuộc tính, công dụng của nó:

- Đồ dùng chải tóc gọi là gì?
- Đồ dùng để chỉ thời gian gọi là gì?
- Cái gì dùng để xới cơm?
- Hoa gì màu đỏ?
- Quả gì màu đỏ và cay?

d) Gọi tên các động tác tượng trưng của người khám thực hiện như:

Chải tóc, viết, đóng đinh, hút thuốc, rót nước, đánh răng, bầm xương, thái thịt, bắn súng...

4. Khám ngôn ngữ viết

a) Chép lại: a, b, c, p, v bệnh viện

A, B, C, P, V BỆNH VIỆN

b) Viết chính tả:

Đọc cho bệnh nhân viết các chữ cái (a, m, n, p, q), các câu đơn giản (tôi đi chợ, tôi ăn cơm) các chữ số (1, 2, 3, 4, 5..).

c) Tự viết



Bệnh nhân tự viết: họ tên, tuổi, quê quán, viết tên các đồ vật hiện có trước mặt.

d) Viết tượng trưng:

Bệnh nhân viết tên mình trong không khí

5. Khám khả năng vẽ.

a) Tự vẽ

Yêu cầu bệnh nhân vẽ một vật đơn giản, cân đối cả hai bên. Ví dụ vẽ một cái nhà mỗi bên có một cây cau, hoặc vẽ một hình vuông, hình chữ nhật, hình tròn.

b) Hình vẽ lại

Đưa một hình đơn giản, yêu cầu bệnh nhân vẽ lại

6. Khám sự đọc

Đưa mảnh giấy đã ghi các chữ cái (a, b, c, d, m, n, p; A, B, C, M, N, P) các từ (ba, bi, bò, bộ, bi, ba, quanh co, khúc khuỷu) các mệnh đề (gió thổi mây bay), yêu cầu bệnh nhân đọc xuôi rồi đọc ngược.

- Yêu cầu bệnh nhân đọc thầm và viết trả lời các câu hỏi đã ghi sẵn trên giấy: quê ở đâu? Bao nhiêu tuổi? Gấp tờ giấy lại rồi cài bút vào túi.

7. Khám sự tính toán

Tùy theo trình độ văn hóa mà khám sự tính toán:

- + Yêu cầu bệnh nhân ghi và đọc những số từ 1 đến 10
- + Ghi và đọc những số 20, 100, 623, 705 2017
- + Làm các phép tính $1 + 2$, $5 + 5$, $8 - 3$

+ So sánh các số: 17, 71, 15, 51, IV, VI, IX, XI số nào lớn hơn?

B - NHẬN ĐỊNH:

Trong việc đánh giá về ngôn ngữ, điều quan trọng trước tiên là giải xác định xem bệnh nhân có rối loạn ngôn ngữ (dyphasie) hay rối loạn phát âm (dysarthrie) hoặc do rối loạn tiếng (dysphnia).

Cần chú ý rằng trong các trường hợp rối loạn ngôn ngữ nặng, những ngôn ngữ rất quen thuộc hoặc ngôn ngữ tự động thường vẫn còn tốt một cách kỳ lạ. Bệnh nhân có thể đếm khá đúng, có thể trả lời "có" hoặc "không" một cách nhanh và chính xác.

1. Rối loạn ngôn ngữ.

Theo phân loại lâm sàng, rối loạn ngôn ngữ được chia ra: mất ngôn ngữ Broca, mất ngôn ngữ Wernicke, mất ngôn ngữ đơn độc.

a) *Mất ngôn ngữ Broca: biểu hiện ưu thế mất ngôn ngữ vận động.*

+ Rối loạn ngôn ngữ nói:

- Nói tự nhiên bị rối loạn: không nói được từ nào hoặc chỉ nói được một vài từ kiểu định hình.

- Rối loạn ngôn ngữ nhắc lại: chỉ nhắc lại được những nguyên âm dễ và quen như a, b, c, nhắc phụ âm và các từ không có liên quan ngữ nghĩa thì sai nhiều, r thường nhắc là s....

- Ngôn ngữ phản chiếu thường bị chậm, bệnh nhân không



lập được câu hoàn chỉnh. Câu thường mất chủ ngữ (chỉ có vị ngữ).

+ Ngôn ngữ viết:

- Mất viết (agraphie): không viết được nữa hoặc rút ngắn chữ hay mệnh đề khi chép lại một câu.

- Mù đọc (alexie): biết chữ nhưng nhìn thấy chữ không đọc được.

+ Rối loạn phối hợp:

- Trí năng hằng định nhưng cường độ rất thay đổi

- Thần kinh:

. Liệt nửa người phải, mức độ liệt không đều, liệt mặt nặng hơn

. Giảm cảm giác nửa người phải kiểu vỏ não

+ Định khu tổn thương: mất ngôn ngữ Broca do thương tổn ở vùng sau của hồi 3 của thùy trán bán cầu ưu thế (điện 44 Brodmann: vùng Broca).

b) *Mất ngôn ngữ Wernicke*: biểu hiện ưu thế mất ngôn ngữ giác quan.

+ Rối loạn ngôn ngữ:

- Ngôn ngữ nói:

. Rối loạn nói: ngược lại với rối loạn ngôn ngữ Broca, ở đây bệnh nhân nói lưu loát, trôi chảy, rất tự nhiên nhưng cách dùng từ và cú pháp (syntaxe) không thích hợp, từ đó dẫn đến hiện tượng nói loạn (paraphasie), bịa tiếng (Jargonaphasie), nói nhiều (logorrhée).

. Rối loạn rất nhiều về hiểu ngôn ngữ nói: điếc lời (surdité verbale): nghe lời nói bệnh nhân không hiểu mặc dù bộ phận tiếp nhận ngoại biên và đường dẫn truyền hoàn toàn bình thường. Bệnh nhân không thể nhận lại một câu, không thể viết chính tả mặc dù nghe được toàn bộ câu do người khác đọc, không phân biệt được các nốt nhạc cũng như nhịp.

- Ngôn ngữ viết:

. Mất viết (agraphie)

. Mù đọc (alexie)

+ Rối loạn phối hợp:

- Trí năng: mất ý tưởng động-tác (apraxie ideatoire) mất nhận thức thị giác (mù tâm thần: cécité psychique), mất nhận thức thính giác (điếc tâm thần: surdité psychique).

- Thần kinh:

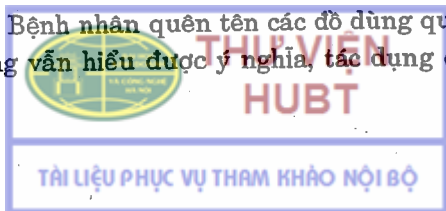
Bại nửa người tạm thời, bán manh đồng danh bên phải, mất khả năng tính toán.

+ Định khu tổn thương: mất ngôn ngữ Wernicke do tổn thương hồi trên viền, hồi góc (gyrus angulaire) và vùng phía sau hồi thái dương 1 và 2 của bán cầu não ưu thế.

c) *Điếc lời đơn thuần (aphasie verbale pure)*: nghe người khác nói bệnh nhân không hiểu mặc dù bộ phận tiếp nhận ngoại vi và đường dẫn truyền hoàn toàn bình thường. Nguyên nhân do tổn thương ở phần sau hồi thái dương 1.

d) *Mất ngôn ngữ quên (aphasie amésique)*:

+ Bệnh nhân quên tên các đồ dùng quen thuộc hàng ngày nhưng vẫn hiểu được ý nghĩa, tác dụng của chúng.



Tổn thương ở vùng sau hồi thái dương 2 và 3 (diện 37)

e) *Mù đọc đơn thuần (cécité verable pure):*

- Bệnh nhân biết chữ nhưng nhìn thấy chữ không đọc được, ngoài ra không có những rối loạn khác của ngôn ngữ, đặc biệt không mất viết.

- Thương tổn ở hồi góc của thùy đỉnh bán cầu ưu thế.

g) *Mất viết (agraphie):* mất khả năng viết do thương tổn phần sau của hồi trán 2 (diện 8 và 9)

2. Rối loạn phát âm (dysarthrie)

Muốn phát âm chuẩn cần có các cử động chính xác và hiệp đồng của môi lưỡi, vòm miệng. Ví dụ: muốn phát âm "R" lưỡi phải rung nhanh, muốn phát âm "P", "B", "M" đòi hỏi phải có sự phối hợp vận động của môi.

Nguyên nhân rối loạn phát âm:

- Nguyên nhân tại môi, lưỡi, răng, miệng:

Răng giả không khớp thường gây ra nói lú các phụ âm.

Vòm miệng sút gây ra nói giọng mũi giống như liệt vòm miệng.

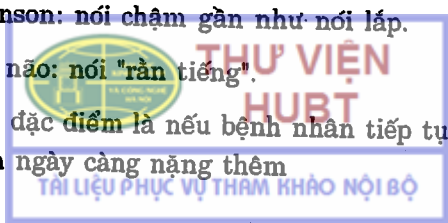
- Nguyên nhân thần kinh:

Liệt hành não và liệt giả hành não.

Hội chứng Parkinson: nói chậm gần như nói lắp.

Tổn thương tiểu não: nói "ràn tiếng".

- Bệnh nhược cơ: đặc điểm là nếu bệnh nhân tiếp tục nói thì rối loạn phát âm ngày càng nặng thêm



3. Rối loạn tiếng (dysphonia)

Sự phát âm thành tiếng phụ thuộc vào luồng không khí đi từ phổi qua thanh môn, làm rung các dây thanh âm. Rối loạn tiếng có đặc điểm là chất lượng tiếng nói bị biến đổi (thường là khàn) hoặc âm lượng bị mất hoặc phối hợp cả hai biểu hiện đó.

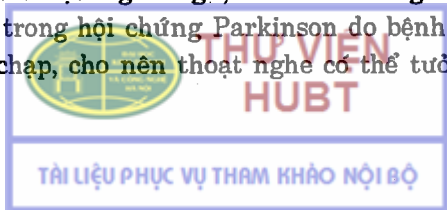
Nguyên nhân của rối loạn tiếng:

- Do rối loạn chức năng của các dây thanh âm hoặc do rối loạn chức năng hô hấp làm cho luồng không khí tống ra không thích hợp. Có thể là cả dây thanh âm lẫn cơ hô hấp đều bị tổn thương.
- Do tổn thương dây thần kinh phế vị hai bên trong liệt hành não hoặc liệt giả hành não (paralysie pseudo - bulbaire).
- Trong hội chứng Parkinson: âm lượng thấp và đơn điệu.
- Trong bệnh nhược cơ: rối loạn tiếng có khuynh hướng thay đổi.

4. Các rối loạn ngôn ngữ khác.

Tuy rằng phần lớn các rối loạn ngôn ngữ thuộc vào những rối loạn chính nói trên, nhưng khi khám ngôn ngữ cũng cần phải chú ý phân tích cả về nhịp điệu và ngữ điệu.

+ Nói lắp (verbigération): bệnh nhân đột ngột ngừng nói và nhắc đi nhắc lại âm thanh hoặc âm tiết hoặc phụ âm đầu của từ. Tật này thường bị từ bé, nam bị nhiều hơn nữ. Trong các bệnh thần kinh thực thể, không có nói lắp, song đôi khi trong rối loạn ngôn ngữ, diễn cảm cũng có biểu hiện tương tự, và trong hội chứng Parkinson do bệnh nhân bắt đầu nói chậm chạp, cho nên thoát nghe có thể tưởng là nói lắp.



+ Nói chậm quá (bradylalie):

Thường gặp trong vài trường hợp sâu uất, hội chứng Parkinson hoặc phù Quineke. Cần chú ý là tốc độ nói khác nhau tùy theo từng người, cho nên chỉ khi nào nói rất chậm thì mới được coi là bệnh.

+ Nói nhanh quá:

Đôi khi gặp ở một số bệnh nhân thao cuồng nhẹ (hypomanie)

+ Nói theo (écholalie)

Bệnh nhân tự động nhắc lại câu nói của người khám. Sự bất chước nhắc lại là một giai đoạn phát triển ngôn ngữ bình thường ở tuổi thơ ấu.

Khi xảy ra ở người lớn, thường là biểu hiện của một tổn thương rộng ở vỏ não.

+ Nói lặp cuối (palilalie):

Đây là một rối loạn ngôn ngữ ít gặp, khác với nói theo ở chỗ bệnh nhân nhắc lại phần cuối lời nói chính mình. Có thể là bệnh nhân lặp lại câu cuối, nhóm từ cuối hoặc từ cuối, thường gặp ở bệnh mạch máu não lan rộng, hội chứng Parkinson.

+ Không nói (mutisme):

Bệnh nhân mất hẳn khả năng nói nhưng vẫn hiểu được nghĩa lời nói, vẫn có thể viết được, tiếp xúc với người xung quanh bằng điệu bộ hoặc "bút đàm" trong khi đó không biểu lộ một cố gắng nào để phát âm dù chỉ một âm tiết hay một từ.

TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

IV - CHỈ SỐ TRÍ TUỆ

(INTELLIGENCE QUOTIENT - VIẾT TẮT LÀ IQ)

Nhiều tác giả đã sử dụng các test tâm lý (psychologie test) để đánh giá sự phát triển trí tuệ.

- Binet và Simon (1905) đã đánh giá trí tuệ của trẻ em bằng các test xếp theo tuổi, nghĩa là khi thực hiện đúng các việc đã nêu ra cho từng lứa tuổi sẽ được xem như đạt yêu cầu so với lứa tuổi đó (tuổi về trí tuệ). Mối liên quan giữa tuổi trí tuệ và tuổi thật sẽ cho ta chỉ số trí tuệ, gọi tắt là "IQ" (Intelligence quotient) tính theo công thức:

$$IQ = \frac{\text{tuổi trí tuệ} \times 100}{\text{tuổi thật}}$$

- Test trí thông minh người lớn của wechsler ("WAIS" - Wechsler adult intelligence scale) áp dụng cho lứa tuổi từ 16 trở lên, không phân chia theo tuổi mà phân chia theo phần lời nói (verbel scale) và phần việc làm (performance scale), tất cả có 11 test:

Phần lời nói gồm 6 test:

1- Kiến thức chung: ví dụ tại sao dưới ánh mặt trời, mặc quần áo màu tối lại thấy ấm hơn so với quần áo màu trắng.

2- Kinh nghiệm sống, khả năng ứng xử theo chuẩn mực



xã hội.

3- Số học, khả năng tính nhẩm: trả lời các bài tập số học (ví dụ mua 7 cái tem loại 2 xu và đưa đồng 5 hào thì lấy lại bao nhiêu).

4- Vận dụng khái niệm, khả năng khái quát: ví dụ sự giống nhau của áo khoác và áo măng tô).

5- Nhắc lại trật tự các chuỗi số xuôi, ngược (nghiên cứu trí nhớ và sự chú ý)

6- Từ vựng, hiểu và định nghĩa các từ.

Phần việc làm có 5 test.

7- "Mã hóa" các con số: cho một vài dãy chữ số, phải ghi dưới mỗi chữ số một tượng trưng (ký hiệu) tương ứng với nó trong một thời gian hạn chế.

8- Bổ sung nhưng chi tiết bị thiếu hoặc không phù hợp trong các bức tranh.

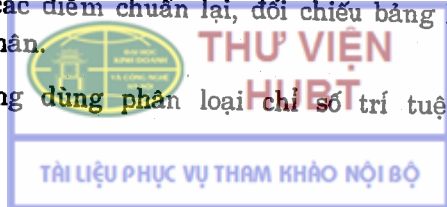
9- Xếp các hình khối theo mẫu.

10- Xếp các chuỗi tranh theo một trình tự liên tục và logic.

11- Ghép hình: ghép các hình theo thứ tự, đánh giá khả năng tưởng tượng và phối hợp vận động.

Tính điểm của từng test được quy ra điểm chuẩn theo tuổi, sau đó cộng các điểm chuẩn lại, đối chiếu bảng IQ để tìm IQ của bệnh nhân.

Hiện nay thường dùng phân loại chỉ số trí tuệ theo Wechsler:



IQ	≥	130:	Trí tuệ hết sức cao
	=	120 - 130:	Trí tuệ cao
	=	110 - 119:	Thông minh
	=	90 - 109:	Trung bình
	=	80 - 89:	Dưới trung bình
	=	70 - 79:	Ranh giới kém
	<	70:	Chậm phát triển về trí tuệ.

Theo phân loại quốc tế (ICD-10):

50 - 60:	Chậm phát triển trí tuệ nhẹ (F70)
35 - 49:	Chậm phát triển trí tuệ vừa (F71)
20 - 34:	Chậm phát triển trí tuệ nặng (F72)
< 20:	Chậm phát triển trí tuệ trầm trọng (F73)

CHƯƠNG XI

KHÁM MÀNG NÃO

I - GIẢI PHẪU - SINH LÝ

A- GIẢI PHẪU:

1. Màng não gồm 3 màng:

a) *Màng cứng* (dure mère): màng sợi dính sát vào mặt trong xương sọ.

b) *Màng nhện* (arachnoïde): màng mỏng sát mặt trong màng cứng.

c) *Màng mềm* (pie mère): màng có nhiều mạch máu dính sát vào mô não.

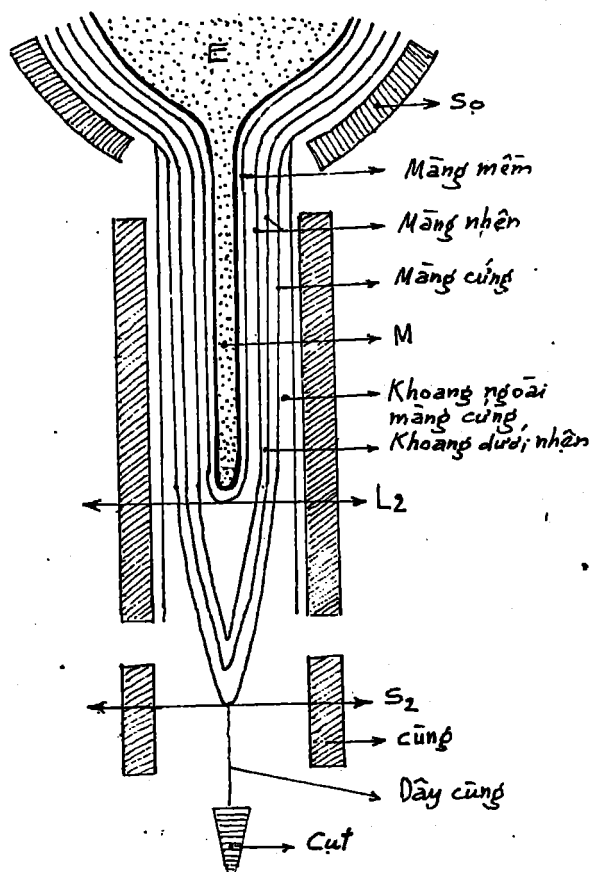
2. Màng não tạo thành 3 khoang (hình 77).

a) *Khoang ngoài màng cứng* (espace épidural) ở giữa ống xương sống và màng cứng. Bao cứng dừng ở đốt sống S₂.

b) *Khoang dưới màng cứng* (espace sous dural) ở giữa màng cứng và màng nhện.

c) *Khoang dưới nhện*: ở giữa màng nhện và màng mềm, chứa dịch não tủy.

TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ



Hình 77: Màng não

B- SINH LÝ DỊCH NÃO TỦY:

1. Dịch não tủy được tiết ra trong các não thất bởi các đám rối màng mạch.

2. Chảy vào dưới màng nhện qua lỗ Magendie và Luschka.
3. Hấp thu bởi mô đặc biệt của màng nhện, các hạt Pacchioni và các tĩnh mạch màng não.

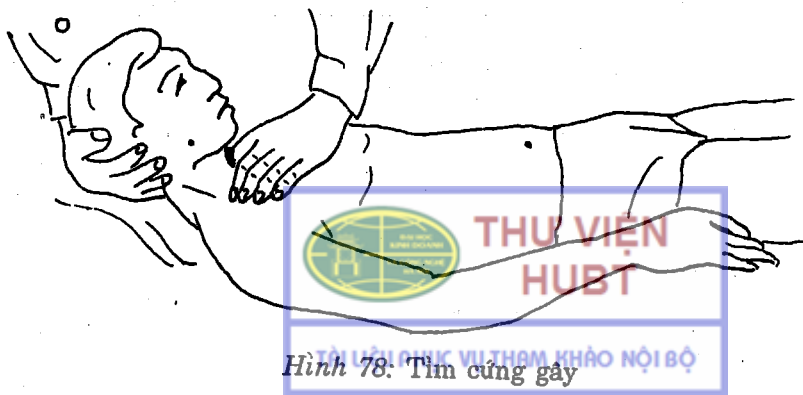
II - KHÁM XÉT LÂM SÀNG

A- HỎI BỆNH:

1. Nhức đầu (thời gian, mức độ, vị trí, tăng hoặc giảm khi nào).
2. Nôn?
3. Táo bón?
4. Tăng cảm giác toàn thân.
5. Co giật ở mặt hoặc ở chi?

B- KHÁM XÉT:

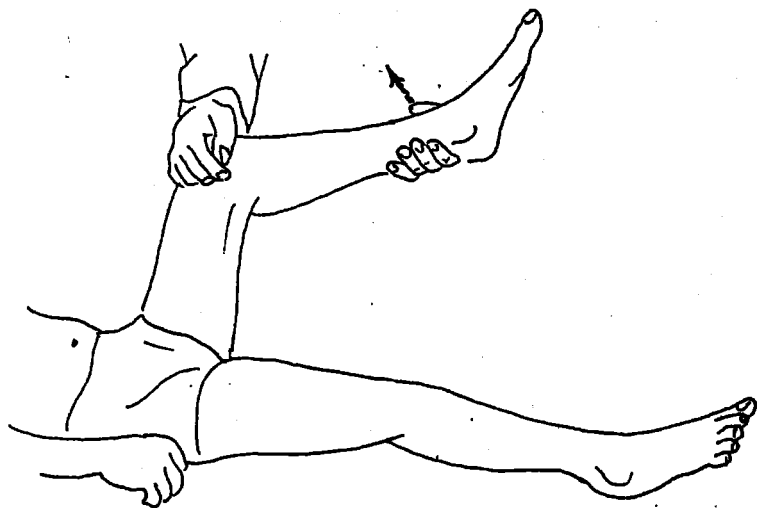
1. Ý thức: bệnh nhân tỉnh? Tiếp xúc tốt? Định hướng không gian, thời gian đúng?
2. Phát hiện cứng màng não (raideur méningée).



+ Tư thế cò súng: hai chân co vào bụng, hai tay co, đầu ngửa ra sau, lưng uốn cong ra sau.

+ Cứng gáy (hình 78) bệnh nhân nằm ngửa, người khám một tay đặt lên ngực, tay kia gấp đầu bệnh nhân; bình thường cảm sát ngực. Trong hội chứng màng não sẽ thấy cứng và đau ở gáy.

+ Dấu hiệu Kernig (hình 79):



Hình 79: Dấu hiệu Kernig

Bệnh nhân nằm ngửa, 1 chân duỗi 1 chân gấp vuông góc ở khớp háng và khớp gối. Người khám duỗi khớp gối. Nếu có hội chứng màng não, không thể duỗi hoàn toàn khớp gối được.

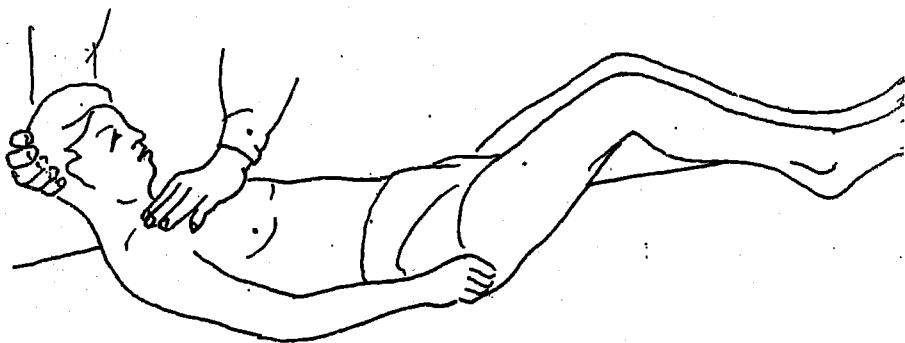
+ Dấu hiệu Brudzinski trên: gập gáy bệnh nhân sẽ gập không tùy ý 2 chân (hình 80a).

+ Dấu hiệu Brudzinski dưới: gấp mạnh cẳng chân một bên sẽ gây gấp chân bên đối diện (hình 80b).

C- XÉT NGHIỆM BỔ XUNG:

- Khi lâm sàng có hội chứng màng não bắt buộc phải chọc ống sống thắt lưng lấy dịch não tủy để xét nghiệm.

- Ghi điện não.

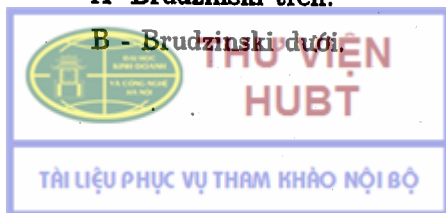


A

Hình 80: Dấu hiệu Brudzinski:

A- Brudzinski trên.

B - Brudzinski dưới.





B

III - NHẬN ĐỊNH.

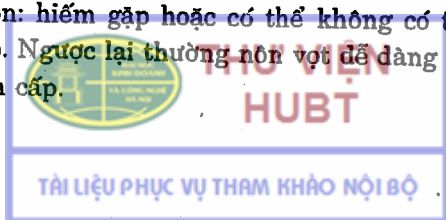
Hội chứng màng não gồm có:

1. Triệu 'chứng' chức phận

Nhức đầu, nôn, táo bón tạo thành tam chứng màng não:

- Nhức đầu: là biểu hiện thường xuyên nhất, đau dữ dội toàn bộ đầu, trội hơn ở vùng trán, tăng lên khi vận động, khi có tiếng động, khi có ánh sáng (sợ ánh sáng) kèm theo đau xương sống.

- Nôn: hiếm gặp hoặc có thể không có trong viêm màng não cấp. Ngược lại thường nôn vọt dễ dàng trong viêm màng não bán cấp.



- Táo bón: hiếm gặp.

2. Triệu chứng thực thể.

- Tư thế cò súng do phản xạ co cứng các cơ cạnh sống.
- Cứng gáy
- Dấu hiệu Kernig
- Dấu hiệu Brudzinski

3. Các rối loạn đồng phát.

+ Rối loạn ý thức: gặp trong viêm màng não, có giá trị lớn đối với tiên lượng, nhất là trong viêm màng não lao, là dấu hiệu giai đoạn nặng của bệnh.

+ Rối loạn cảm giác, giác quan và vận mạch:

- Tăng cảm da (hyperesthésie cutanée), nhất là ở mảng cạnh cột sống. /

- Sợ ánh sáng, nghe vang đau

- Có dấu hiệu vạch màng não

+ Rối loạn vận động:

- Co giật: thường ở trẻ nhỏ

- Giật rung từng phần ở mặt hay ở chi: thường gặp ở thanh niên hay người lớn.

- Liệt một tay hoặc một chân thường gặp hơn liệt nửa người

- Liệt các dây thần kinh vận nhãn.

+ Phản xạ gân xương: bình thường hoặc giảm, có thể có dấu hiệu Babinski hai bên và hiện tượng ba cơ.

4. Rối loạn toàn thân.

- Có thể gặp hội chứng nhiễm khuẩn. Sốt cao 39° - 40° , sáng sốt cao hơn chiều, lưỡi bự, khát nước, đại tiện.
- Mạch chậm, không đều.

IV - NGUYÊN NHÂN

1. Viêm màng não:

- Viêm màng não do lao
- Viêm màng não do virus
- Viêm màng não mủ.

2. Chảy máu màng não.

3. Phù não - màng não cấp.

4. Các nguyên nhân khác:

a) *U não* (đặc biệt u hố sau), u màng não, áp xe não.

b) *Phản ứng màng não (ménigisme)*: khi bị sốt cao, tăng urê huyết, nhiễm độc (chì, rượu, oxyt carbon). Trường hợp này không có viêm màng não hoặc chảy máu màng não, dịch não tủy bình thường.



CHƯƠNG XII

KHÁM HỘI CHỨNG THẮT LƯNG - HÔNG

I - GIẢI PHẪU

- Dám rối cùng do nhánh trước của dây thần kinh L4, L5, S2, S2, S3 tạo nên, nằm ở mặt trước xương cùng, tách ra các nhánh bên và tận hết bởi dây thần kinh hông to (hình 81).

- Dây thần kinh hông to là dây hỗn hợp, là dây thần kinh to nhất trong cơ thể người.

II - KHÁM XÉT LÂM SÀNG

A- HỎI BỆNH:

1. Đặc điểm bệnh nhân:

- Tuổi
- Nghề nghiệp và công tác thường làm

2. Hoàn cảnh xuất hiện và cách bắt đầu.

- Xuất hiện đột ngột hay từ từ
- Bắt đầu sau chấn thương cột sống thắt lưng hay sau lao động nặng (khiêng, gánh, bốc vác, bước hụt...).
- Triệu chứng đầu tiên: đau, sốt.

3. Tiến triển

TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

Hạn chế vận động cột sống, đau lan theo rễ thần kinh.

B- KHÁM LÂM SÀNG:

1. Khám hội chứng cột sống.

a) Điểm đau cột sống:

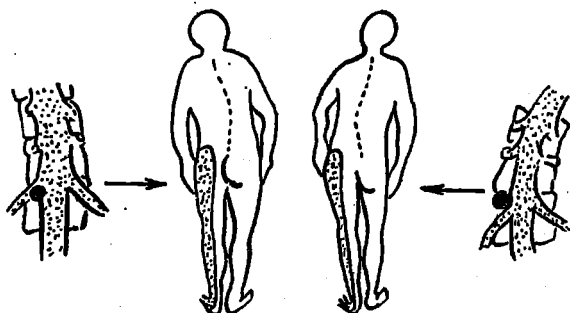
Ấn hoặc gõ trên các móm gai đốt sống bệnh nhân để tìm điểm đau. Trường hợp tổn thương rễ thần kinh thường có điểm đau ở cột sống tương ứng.

b) Điểm đau cạnh sống (cách đường liên móm gai khoảng 2cm). Trường hợp tổn thương rễ thần kinh sẽ có điểm đau tương ứng.

c) Co cứng cạnh sống thất lưng: quan sát bệnh nhân ở tư thế đứng thẳng hoặc nghiêng, cơ bên nào bị co cứng sẽ nổi vòng lên. Khi sờ, nắn, ấn tay thấy khối cơ căng, chắc.

d) Các biến dạng cột sống:

Bệnh nhân ở tư thế đứng thẳng, ta nhìn vùng thất lưng theo hướng nghiêng, để đánh giá độ uốn, gù, vẹo của cột sống.



Hình 81a: Tư thế chống đau trong TVDD

e) *Tầm hoạt động của cột sống thắt lưng:*

+ Yêu cầu bệnh nhân cúi, ngửa, nghiêng phải, nghiêng trái, xoay và quan sát tầm hoạt động.

+ Do độ giãn của cột sống thắt lưng (nghiệm pháp Schöber):

Bệnh nhân đứng thẳng, hai gót sát nhau, hai bàn chân mở một góc 60° , đánh dấu ở bờ trên đốt sống S1, đo lên trên 10cm và đánh dấu ở đó, cho bệnh nhân cúi tối đa đo lại khoảng cách giữa hai điểm đã đánh dấu. Ở tuổi thanh niên bình thường khoảng cách này giãn thêm khoảng 4 - 5cm. Chỉ số Schober bình thường từ 14/10cm đến 15/10cm.

+ Do độ cong cột sống thắt lưng bằng thước đo độ cong (hình 82a) (lấy mốc là bờ trên của S1). Bình thường độ uốn thắt lưng trung bình là 18mm, độ uốn tối đa là 30mm, độ gù trung bình là 13mm.

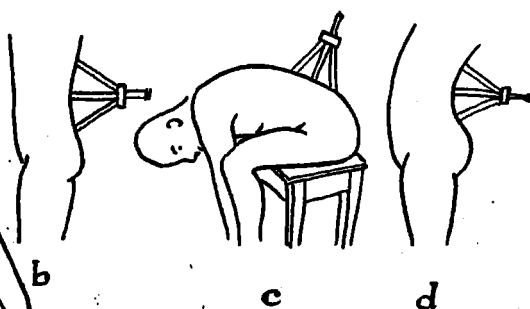
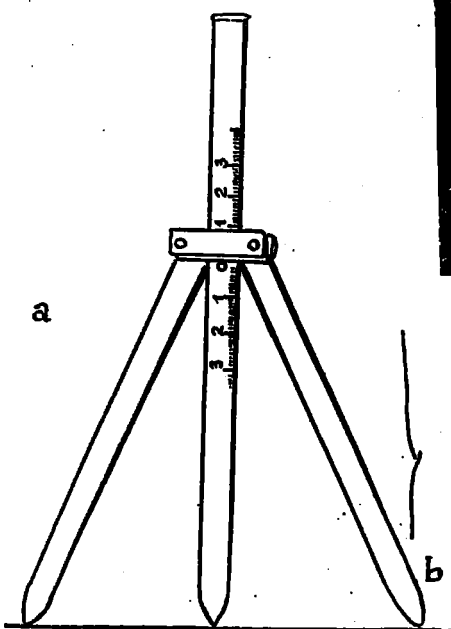
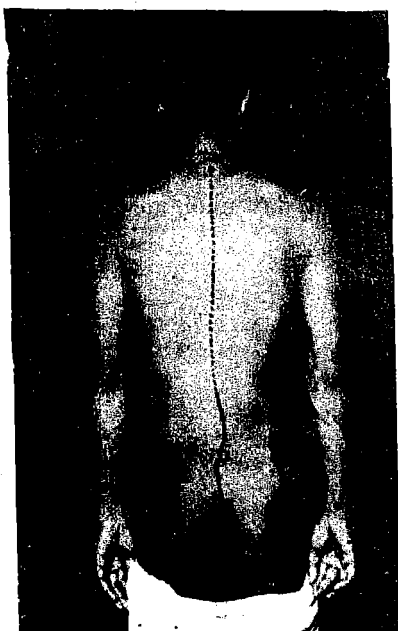
+ Do độ nghiêng và độ xoay của cột sống thắt lưng (dùng thước đo độ nghiêng - xoay của Hồ Hữu Lương, hình 82b):

Bệnh nhân đứng thẳng, hai bàn chân mở một góc 60° , lấy mốc dưới là bờ trên S2, áp thước đo sát vào vùng thắt lưng và yêu cầu bệnh nhân nghiêng phải, nghiêng trái, xoay phải, xoay trái. Bình thường góc nghiêng từ $29 - 31^\circ$, góc xoay từ $30 - 32^\circ$.

TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

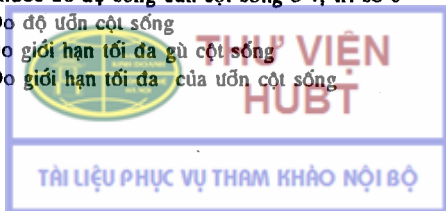
Hình 81b:

Dấu hiệu gãy



Hình 82a: Thước đo và phương pháp đo độ cong cột sống

- a) Thước đo độ cong của cột sống ở vị trí số 0
- b) Đo độ uốn cột sống
- c) Đo giới hạn tối đa gù cột sống
- d) Đo giới hạn tối đa của uốn cột sống



2. Khám hội chứng rễ thần kinh.

a) Điểm đau Valleix:

Dùng ngón cái ấn sâu vào các điểm trên đường đi của dây thần kinh. Nếu dây thần kinh bị tổn thương bệnh nhân sẽ có cảm giác đau nhói tại chỗ bị ấn.

Hình 82b:

Thước đo độ

ngiên - xoay

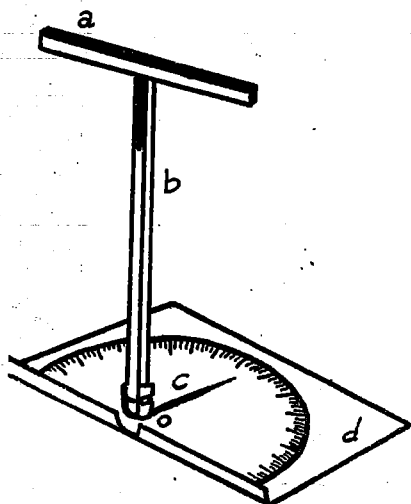
cột sống

a: 18cm b: 15cm

c: 5cm; b có thể

xoay và gấp trên

thước đo độ d



Khi đau dây thần kinh hông to, thường có các điểm đau Valeix:

- Điểm giữa u ngồi, mấu chuyển: kẻ 1 đường từ u ngồi tới mấu chuyển. Điểm đau ở giữa đường đó.

- Điểm đau giữa nếp lằn mông

- Điểm đau giữa mấu sau đùi

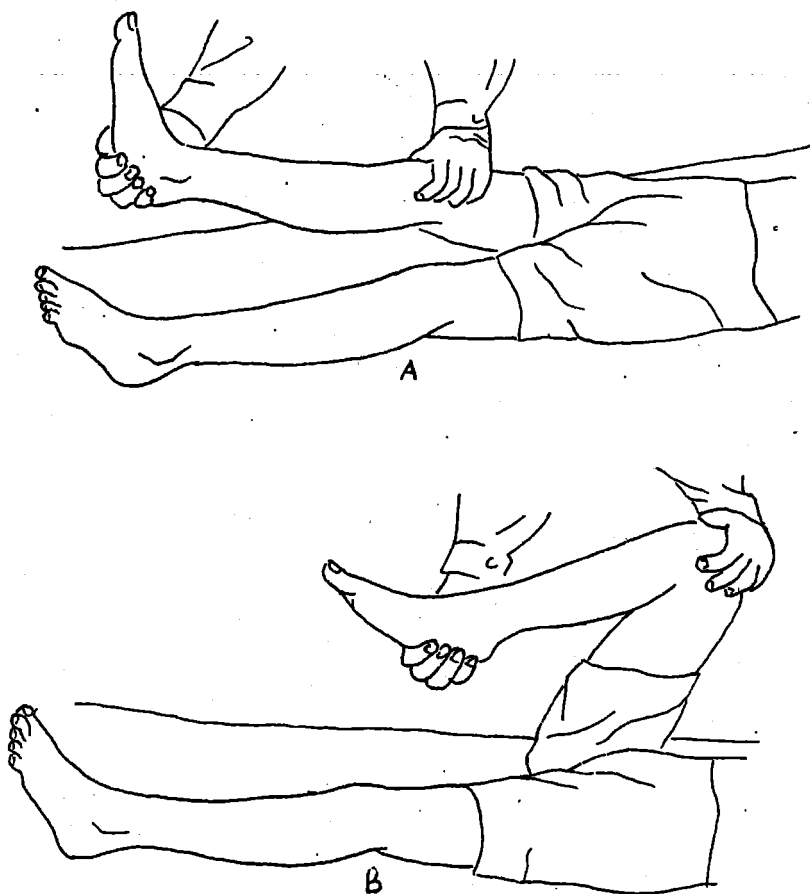
- Điểm đau giữa kheo chân

b) Dấu hiệu chuông bấm (signe de la sonnette)

TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

Ấn vào điểm đau cạnh sống thắt lưng, xuất hiện đau lan dọc xuống chân theo khu vực phân bố của rễ thần kinh tương ứng.

c) Dấu hiệu lase (Lasègue) (hình 83):



Hình 83: Dấu hiệu Lasègue A-Thì 1: B-Thì 2



HUBT

TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

Thì 1 (hình 83 A): bệnh nhân nằm ngửa, duỗi thẳng chân, thầy thuốc nâng cổ chân và giữ gối cho chân thẳng, từ từ nâng chân lên vuông góc với mặt giường, bệnh nhân thấy đau ở mông và mặt sau đùi.

Thì 2 (hình 83B): gấp cẳng chân sẽ hết đau (nếu ở thì này vẫn xuất hiện đau, là do tổn thương khớp hoặc các cơ phía sau cẳng chân (không phải là đau rễ thần kinh hông to).

Ở người bình thường có thể nâng chân 90° so với mặt giường, trong tổn thương các rễ thần kinh thắt lưng - cùng (thường có thoát vị đĩa đệm gây chèn ép các rễ thần kinh) khi căng kéo dây thần kinh hông to có thể gây ra đau. Nếu chân ở 45° thấy đau là có Lasègue (+) 45° ...

d) Dấu hiệu Lasègue chéo.

Làm dấu hiệu Lasègue như trên ở bên lành thì chân đau sẽ đau tăng lên. Dấu hiệu này do tổn thương rễ thần kinh hông to. Vì khi kích thích rễ thần kinh bên lành, làm co kéo rễ thần kinh bị tổn thương.

e) Dấu hiệu Bonnet (signè de Bonnet).

Bệnh nhân nằm ngửa, gấp gối về phía bụng và xoay khớp háng ra ngoài, xuất hiện đau thắt lưng, mặt sau mông và đùi (Bonnet (+)), gặp trong hội chứng đau rễ thần kinh thắt lưng - cùng.

f) Dấu hiệu Néri (Signe de Néri)

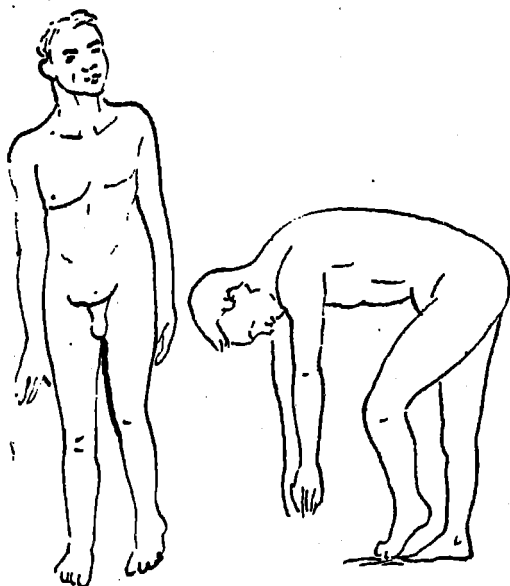
Bệnh nhân đứng thẳng, giữ thẳng hai gối, từ từ gấp người chạm hai tay xuống đất, xuất hiện đau dọc dây thần kinh hông to, chân đau co lại (hình 84) gặp trong hội chứng đau rễ thần kinh thắt lưng - cùng.

TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

Hình 84a:

Dấu hiệu

Néri

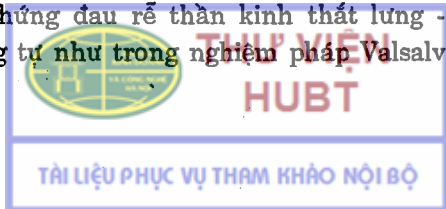


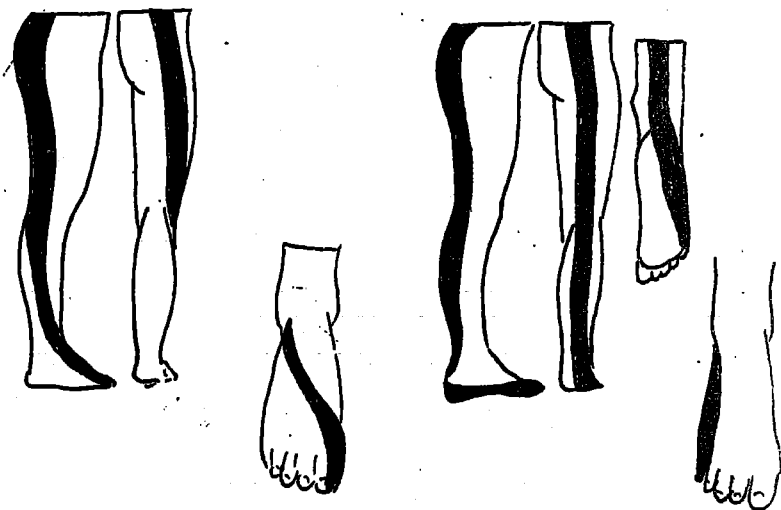
g) Nghiệm pháp Valsalva:

Bệnh nhân thở ra mạnh trong khi miệng ngậm, (cơ thanh hầu đóng không cho hơi thoát qua đường miệng mũi, các cơ vòng hậu môn, niệu đạo được đóng chặt), làm cho áp lực tĩnh mạch trong ống sống tăng, dẫn đến tăng áp lực dịch não tủy, chèn ép các rễ thần kinh gây ra đau ở vùng thắt lưng (gặp trong hội chứng đau rễ thần kinh thắt lưng - cùng).

h) Dấu hiệu Déjérine:

Ho, hắt hơi, rặn, xuất hiện đau vùng thắt lưng: gặp trong hội chứng đau rễ thần kinh thắt lưng - cùng (theo cơ chế tương tự như trong nghiệm pháp Valsalva):





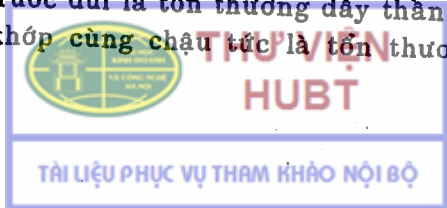
Hình 84b: Vùng da bị giảm cảm giác do tổn thương re L₅, S₁.

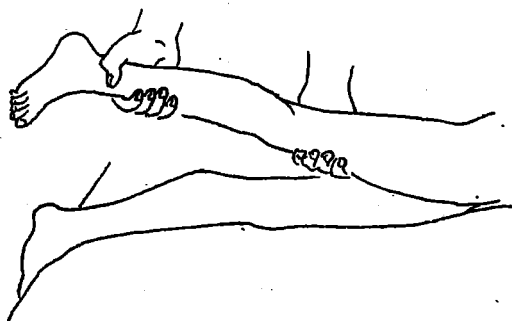
Nghiệm pháp Naffziger:

Dè tĩnh mạch cổ hai bên và yêu cầu bệnh nhân ho sẽ xuất hiện đau nhói ở cột sống lan xuống chân (gặp trong hội chứng đau rễ thần kinh thắt lưng - cụt).

k) Dấu hiệu Wassermann (hình 85):

Bệnh nhân nằm sấp, nâng đùi lên khỏi mặt giường. Nếu đau ở phía trước đùi là tổn thương dây thần kinh đùi, nếu đau ở khớp cùi chỏ tức là tổn thương ở khớp đó.





Hình 85q: Dấu hiệu Wassermann

3. Khám cảm giác chi dưới.

Cần xác định loại rối loạn cảm giác: tăng, giảm, mất, phân ly cảm giác, xác định rõ giới hạn của vùng có rối loạn cảm giác để chẩn đoán định khu rễ thần kinh bị tổn thương

4. Khám vận động chi dưới.

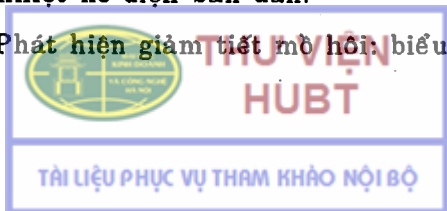
Cần xác định giảm sức cơ, thuộc khu vực rễ thần kinh nào phân bố.

5. Khám phản xạ gân xương (phản xạ gối, phản xạ gót, phản xạ đùi - bảu.

6. Khám thần kinh thực vật và dinh dưỡng ở chi dưới:

+ Phát hiện giảm nhiệt độ da: bằng cách sờ hoặc bằng nhiệt kế điện bán dẫn.

+ Phát hiện giảm tiết mồ hôi: biểu hiện bằng vùng



dakho.

+ Phát hiện rối loạn vận mạch dẫn đến rối loạn dinh dưỡng biểu hiện: rụng lông, mỏng da, bong da, teo cơ.

+ Phát hiện mất phản xạ dựng lông khi kích thích nhẹ trên da.

C- KHÁM XÉT BỔ SUNG:

Chỉ định các xét nghiệm để tìm nguyên nhân của hội chứng thất lưng hông phải căn cứ vào hướng chẩn đoán lâm sàng:

- Xét nghiệm máu: số lượng hồng cầu, bạch cầu, công thức bạch cầu, huyết sắc tố, *tốc độ lắng hồng cầu*

- Xét nghiệm dịch não tủy.

- Chụp X quang cột sống thắt lưng.

- Chụp X quang bao rễ thần kinh hoặc chụp đĩa đệm, chụp ngoài màng cứng phía trước, chụp tĩnh mạch thất lưng lên, chụp tĩnh mạch gai sống.

III - NHẬN ĐỊNH

A- ĐỊNH KHU TỒN THƯƠNG CÁC RỄ THẦN KINH THẤT LƯNG - CÙNG (Bảng 5).

TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

Bảng 5: Triệu chứng định khu tổn thương các rễ thần kinh thất lưng cũng.

Rễ bị tổn thương	Rối loạn cảm giác	Rối loạn vận động	Rối loạn Phản xạ
L1, L2	Vùng bẹn và mặt trong đùi	Cơ thắt lưng-chậu cơ may	Phản xạ đùi-bìu
L3, L4	Mặt trước đùi, trước trong cẳng chân	Cơ từ đầu đùi, các cơ khép	Phản xạ bánh chè
L5	Mặt ngoài đùi, trước ngoài cẳng chân ngón cái	Các cơ trước ngoài cẳng chân (không thể đi trên gót chân) giảm sức cơ duỗi ngón cái	
S1	Mặt sau ngoài đùi, sau ngoài cẳng chân, bờ ngoài bàn chân, ngón 5	Các cơ khu sau cẳng chân (không thể đi kiễng chân	Phản xạ gót
S2	Mặt sau trong đùi, cẳng chân, gan chân (mọi phần)	Các cơ nhỏ ở bàn chân (dạng, khép, gấp các ngón)	Phản xạ gan chân
S1, S4, S5	Vùng "yên ngựa" đáy chậu	Cơ thắt hậu môn và bàng quang	Phản xạ hậu môn



**THƯ VIỆN
HUBT**

TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

B- NGUYÊN NHÂN HỘI CHỨNG THẮT LƯNG-HÔNG:

1. Do đĩa đệm:

Thoát vị đĩa đệm thắt lưng và bệnh lý đĩa đệm không có thoát vị (viêm đĩa đệm, hư đĩa đệm)

2. Do cột sống:

Thoái hóa, cùng hóa, gai đôi, hẹp ống sống, rộng ống sống, trượt đốt sống, bệnh Bechterew, ung thư, lao cột sống, thừa xương, gãy xương, đau xương cột...

3. Do ngoài cột sống:

Bệnh phụ khoa, tiết niệu, ruột, dạ dày, tụy, mật (đau thắt lưng với các vùng đau xuất chiếu (Zakharin-Head), các u sau phúc mạc và chậu hông



CHƯƠNG XIII

KHÁM MỘT BỆNH NHÂN NHÚC ĐẦU

I - GIẢI PHẪU

1. Tính cảm đau của các tổ chức trong sọ:

a) Những tổ chức có cảm giác đau

- Màng cứng (ở vòm và đặc biệt ở nền sọ).
- Mạch máu: động mạch màng não và động mạch não (nhất là ở nền não), tĩnh mạch (đặc biệt là các xoang tĩnh mạch),

b) Những tổ chức không có cảm giác đau (hay ít đau).

- Nhu mô não: vỏ não, chất trắng (vì vậy u ở sâu trong chất não, xa màng não và đường dịch não tủy có thể phát triển to mà không gây nhức đầu).

- Màng nuôi, màng nhện.

- Dám rối màng mạch

- Màng não thất

2. Phân bố thần kinh cảm giác của đầu.

a) Hệ thần kinh não tủy:

+ Dây V phân bố cho:

- Da đầu từ trán tới đỉnh đầu
- Màng cứng hố sọ trước và hố sọ giữa

- Liềm đại não
- Liềm tiểu não
- + Dây IX và dây X phân bố cho hố sọ sau
- + Dây cổ C1, C2, C3 phân bố cho da đầu từ đỉnh tới gáy và cổ

b) Hệ thần kinh thực vật:

- Hạch sao và hạch cổ giữa cho các nhánh đi vào đám rối động mạch đốt sống.
- Hạch cổ trên các nhánh đi vào đám rối động mạch cảnh trong, động mạch não giữa, đám rối hang.
- Các sợi giao cảm quanh động mạch thái dương (thuộc động mạch cảnh ngoài).

Do tác động của hệ thần kinh thực vật, đau có tính chất âm ỉ, khuếch tán, mơ hồ, không rõ khu trú chính xác ở điểm nào, rất khó chịu.

II - KHÁM XÉT LÂM SÀNG

A- HỎI BỆNH:

1. Xuất hiện và phát triển.

- Thời gian bắt đầu, ngày, giờ.
- Cách bắt đầu từ từ hay đột ngột
- Phát triển thành cơn hay liên tục, thời gian có cơn và nhịp độ xuất hiện cơn.
- Hoàn cảnh xuất hiện: chấn thương sọ não, chấn thương tâm thần, bệnh toàn thân, nhiễm khuẩn, nhiễm độc cấp, mạn

2. Vị trí và lan xuyên.

- Đau bắt đầu từ chỗ nào?
- Hiện tại đau ở vùng nào? Điểm nào đau nhất?
- Lan xuyên đến đâu?

3. Cường độ và tính chất.

Nhói buốt, nhức nhối, khoan dùi, thắt, chét, nẩy đập, thon thót.

4. Hiện tượng kèm theo.

- Rối loạn tiêu hóa: nôn mửa, táo bón.
- Rối loạn vận động: bại liệt tứ chi.
- Rối loạn tiền đình: chóng mặt, mất thăng bằng.

Rối loạn vận mạch: mặt tái nhợt hay đỏ ửng, vã mồ hôi, tăng tiết nước bọt, nước mũi, mắt đỏ, mạch đập, giật ở thái dương.

5. Ảnh hưởng của các yếu tố chủ quan và khách quan.

- Ngủ, nghỉ
- Đọc sách, mệt nhọc, tư thế, gắng sức, ăn uống, thời tiết, xúc cảm.

6. Đã điều trị thế nào? Kết quả ra sao?

B- KHÁM BỆNH:

1. Khám toàn thân.

Khám toàn bộ các phủ tạng, đặc biệt tim mạch, phải đo

huyết áp, dù là bệnh nhân trẻ (tăng huyết áp ác tính).

2. Khám thần kinh tâm thần.

a) Chú ý khám tại chỗ:

- Quan sát sọ và mặt xem có biến dạng, có sọ dầy, da đầu có nổi cục, có điểm đau trên sọ trên đường đi của những nhánh dây V không?

- Sờ, gõ vào vùng kêu đau và vùng đối diện (ví dụ: có thể phát hiện tiếng gõ bong bong của tràn dịch não).

b) Khám cẩn thận, toàn diện về thần kinh - tâm thần.

Không quên khám vận động nhãn cầu, các phản xạ đồng tử và chức năng thăng bằng.

c) Khám chuyên khoa:

- Mắt: khúc xạ, thị lực, thị trường, áp lực nhãn cầu, áp lực động mạch võng mạc. đáy mắt.

- Tai mũi họng: các xoang, tai giữa, xương chũm.

- Răng

3. Khám xét cận lâm sàng

Xét nghiệm máu: hồng cầu, bạch cầu, công thức bạch cầu, tốc độ máu lắng, định lượng urê huyết, phản ứng BW máu. Xét nghiệm nước tiểu: tế bào, đường albumin.

Trong các trường hợp cần thiết, tiến hành:

Chọc sống thất lưng (khi không có chống chỉ định).

Ghi điện não

Chụp sọ, cột sống cổ, các xoang mặt.

Chụp động mạch não (AG)

Chụp khi não đồ (PEG).

CT.Scanner

III - CƠ CHẾ CỦA NHÚC ĐẦU

Một tác động vào các thành phần có cảm giác của các tổ chức trong sọ đều gây nhức đầu theo nhiều cơ chế. Wolff đưa ra 6 cơ chế sau:

1. Sự co kéo của các tĩnh mạch đi từ trên bề mặt vỏ não đến các xoang tĩnh mạch và sự di chuyển của các tĩnh mạch lớn.
2. Sự co kéo các động mạch màng não.
3. Sự co kéo các động mạch ở đáy não và các nhánh.
4. Sự giãn và căng các động mạch nội sọ
5. Sự viêm nhiễm tại chỗ hoặc quanh các tổ chức có cảm giác đau.
6. Sự chèn ép trực tiếp các dây thần kinh sọ não dẫn truyền cảm giác và các rễ thần kinh cổ.

Các cơ chế trên tác động riêng rẽ hoặc phối hợp với nhau tùy theo nguyên nhân:

U não: nhức đầu do chèn ép phối hợp với di chuyển tổ chức có cảm giác

- Huyết khối động mạch não: theo Wolff nhức đầu do 3 yếu tố:

. Kích thích các tận cùng thần kinh trong lớp áo ngoài động mạch ở chỗ huyết khối



THƯ VIỆN
HUBT

TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

. Giãn mạch các nhánh động mạch cảnh ngoài do chuyển hướng dòng máu

. Giãn các động mạch ở phía sau cục huyết khối (động mạch màng não trước, động mạch trên ổ mắt) do tuần hoàn não chậm lại và thiếu oxy máu

- Chấn thương sọ não: nếu nhức đầu khu trú là do kích thích tại chỗ các nhánh tận cùng thần kinh bị đụng giập, nếu nhức toàn đầu thường rõ ở phía sau gáy là do cơ chế xúc cảm.

- Sốt, huyết áp cao, thiếu dưỡng khí, ngộ độc, nhức đầu do cơ chế làm căng và giãn động mạch.

- Các bệnh tâm căn: nhức đầu do giãn mạch phối hợp kích thích thần kinh vùng gáy hoặc do sự co cứng các cơ vùng gáy.

- Các bệnh xoang, răng, mắt v.v.. nhức đầu do kích thích vào các nơi tận cùng thần kinh cảm giác ở cơ quan đó.

IV - CĂN NGUYÊN

Không kể những căn nguyên nhức đầu sinh lý (nhức đầu thường trở đi, trở lại, sau cố gắng trí não hay thể lực) hoặc nhức đầu do tổn thương cục bộ xương sọ hay da đầu, thường gặp những căn nguyên nhức đầu bệnh lý sau:

A- NHÚC ĐẦU NGUYÊN PHÁT DO NGUYÊN NHÂN MẠCH MÁU:

1. Bệnh nhức nửa đầu (migraine):

Chiếm 15% trường hợp nhức đầu.

Thường gặp ở nữ giới, nhức đầu từng cơn dữ dội, mạch nẩy (pulsatile) vài phút đến vài giờ, khu trú ở nửa đầu, kèm theo sợ ánh sáng (photophobie), sợ tiếng động (phonophobie),

buồn nôn và nôn, đôi khi có rối loạn tiêu hóa (gọi là migraine tiêu hóa hoặc cơn gan (crise de foie).

Nguyên nhân: rối loạn đột ngột tuần hoàn máu do rối loạn thần kinh vận mạch gây nên (lúc đầu co mạch về sau giãn mạch).

2. Nhức đầu nguyên phát căn nguyên tĩnh mạch.

Còn gọi là nhức đầu do gắng sức (céphalée d'effort) do Tinel (1932) và Symonds (1956) mô tả:

- Chiếm 0,5% trường hợp nhức đầu.

- Thường gặp ở nam giới, tuổi trung niên

- Nhức đầu có đặc điểm là khởi phát do gắng sức: ho (nhức đầu do ho: cough headache), hắt hơi, mang vác nặng, rặn khi đại tiện, nhức đầu xuất hiện ngay sau gắng sức, nhức đầu dữ dội trong 1 - 2 phút, hiếm trường hợp kéo dài đến vài giờ. Khám thần kinh thường không thấy gì đặc biệt. Có thể gây nhức đầu bằng cách báo bệnh nhân ho, ép tĩnh mạch cảnh hoặc cúi gập đầu làm tăng áp lực tĩnh mạch cảnh.

- Nguyên nhân do giảm trương lực thành mạch (theo Tinel) hoặc viêm dính màng nhện.

B- NHỨC ĐẦU TRIỆU CHỨNG:

1. Nhức đầu triệu chứng nguyên nhân thần kinh.

a) Nhức đầu do khởi phát triển màng não (u não, áp xe não):

Nhiều trường hợp u não khởi đầu không gây nhức đầu. Theo Jean Niek và Pierre Bronch chỉ có 3,4% trường hợp u não khởi đầu có nhức đầu.

+ Đặc điểm chung nhức đầu do u não:

- Nhức đầu mới xảy ra sau vài tuần hoặc vài tháng (nhức đầu kéo dài nhiều năm thường không phải do u não).

- Nhức đầu lúc đầu có thể thoáng qua nhưng có xu hướng tăng dần trở thành liên tục.

- Nhiều trường hợp nhức đầu có giá trị khu trú: ấn ngón tay vào sọ vùng u não gây đau tăng lên và nhãn mắt.

- Nhức đầu tăng lên đột ngột kèm theo nôn mửa, cứng gáy và rối loạn chức năng thần kinh thực vật phải nghĩ tới tụ kết não (engagement cérébral) vào khe Bichat hoặc vào lỗ chẩm.

+ *U trên lều tiểu não* (u bán cầu đại não): chỉ có 35 - 40% trường hợp nhức đầu (Wolf, Northfield) hơn nữa các triệu chứng khác của u thường xuất hiện trước nhức đầu (cơn động kinh cục bộ, động kinh cơn lớn, mất ngôn ngữ, rối loạn cảm giác). U thùy trán và thùy thái dương có nhức đầu cùng bên với khối u, ấn mạnh ngón tay có thể gây đau ngay tại chỗ khối u.

+ *U dưới lều tiểu não* (u hố sọ sau): thường gây ra nhức đầu do u ảnh hưởng sớm đến màng cứng (lều tiểu não), động mạch đốt sống thân nền và cống Sylvius. Nhưng theo Northfield chỉ có 80% u hố sọ sau có nhức đầu. U dưới lều thường nhức đầu trỗi về sáng kèm theo nôn và chóng mặt. Khám xét thấy rối loạn thăng bằng, rối loạn phối hợp vận động, rung giật nhãn cầu, *ứ phù đĩa thị* do tăng áp lực nội sọ.

b) Nhức đầu căn nguyên màng não

+ Viêm màng não:

Nhức đầu kèm nôn mửa táo bón, khám thấy các dấu hiệu màng não.



Nhức đầu trong viêm màng não mủ dữ dội hơn nhức đầu trong viêm màng não nước trong (viêm màng não do lao, do virus).

+ Chảy máu dưới màng nhện:

- Nhức đầu dữ dội, đột ngột.

- Có khi vẫn tỉnh, có khi hôn mê.

- Có hội chứng màng não điển hình.

- Chọc ống sống thất lưng dịch não tủy có máu (gai đoạn đầu), dịch não tủy màu hồng cả 3 ống nghiệm.

- Nguyên nhân nguyên phát: phình động mạch vòng Willis, tăng huyết áp, vỡ xơ động mạch, thiếu vitamin K, nhiễm khuẩn (cúm, giang mai).

- Nguyên nhân thứ phát: biến chứng của chảy máu não, chấn thương hệ thần kinh trung ương, đôi khi do u não.

c) Nhức đầu do bệnh lý mạch máu não

+ Nhức đầu trong thiếu máu não (ischémie cérébrale):

- Con thiếu máu tạm thời (ischémie cérébrale transitoire):

. Nhức đầu xảy ra trong hoặc sau cơn.

. Nhức đầu vài phút hoặc hiếm hơn có thể vài giờ.

. Nhức đầu và các triệu chứng kèm theo phụ thuộc vào vị trí động mạch bị tổn thương.

. Nguyên nhân của thiếu máu não tạm thời do vi nghẽn tắc mạch (microthromboembolie) hoặc do cơ chế huyết động (mécanisme hémodynamique): giảm lưu lượng máu lưu hành qua não một cách đột ngột do giảm huyết áp hoặc suy tim mất bù, loạn nhịp tim, nhịp tim chậm, hẹp quai động mạch

chủ, tăng cảm của xoang động mạch cảnh, hẹp các động mạch trong não hoặc trước não, bệnh tăng tiểu cầu, đa hồng cầu, bạch cầu tùy cấp.

- Nhức đầu trong huyết khối động mạch não:

Vị trí khởi phát nhức đầu thường liên quan đến nơi động mạch bị huyết khối (thrombose).

+ Nhức đầu trong chảy máu não:

- Nhức đầu xảy ra trước khi rơi vào hôn mê đột ngột mấy phút đến 1 giờ.

- Tính chất đập nảy, nhói ở nửa đầu hay lan tỏa, kèm theo chóng mặt, hoa mắt hay đom đóm mắt, rối loạn thị giác, lo âu, tư lự, đôi khi có bại chi, rối loạn ngôn ngữ, mù một phần hay toàn phần (do chảy máu võng mạc).

+ Nhức đầu trong dị dạng mạch máu não (chẩn đoán bằng chụp động mạch não).

- U mạch (angiome) ở vỏ não: nhức đầu, có cảm giác mạch đập trong đầu. Theo Pearce và Foster 24% u mạch có nhức đầu kiểu migraine.

- Phồng mạch (anévrisme): nếu phồng mạch to có thể gây nhức đầu.

+ Nhức đầu do viêm động mạch thái dương nông, còn gọi là bệnh Horton:

Đau nửa đầu và mặt cùng bên theo nhịp mạch, kèm theo rối loạn vận mạch (tăng tiết mồ hôi, xung huyết da và niêm mạc mắt, mũi ở một bên). Thời gian xuất hiện cơn thường vào một giờ nhất định trong ngày. Đau vài ngày tới vài tháng, sau đó cơn giảm hay biến mất trong một thời gian khá lâu

và có thể tái phát lại. Sở tại chỗ: động mạch cứng, nghèo
nghèo nổi rõ.

+ Viêm tắc tĩnh mạch não có hai loại:

- Viêm tắc tĩnh mạch vô khuẩn: thường gặp ở trẻ em cơ
thể suy kiệt mất nước, bệnh nhân chỉ có triệu chứng tăng áp
lực nội sọ gây nhức đầu

Viêm tắc tĩnh mạch não sau đẻ cũng thuộc loại vô khuẩn,
thường có nhức đầu, cơn co giật nửa người kiểu Bravais
-Jackson.

- Viêm tắc tĩnh mạch não nhiễm khuẩn: thường thứ phát
sau một ổ nhiễm khuẩn làm mủ, viêm xoang, viêm tai xương
chũm, nhiễm trùng răng miệng, mụn nhọt ngoài da đầu.
Thường xâm phạm các xoang tĩnh mạch lớn:

Viêm xoang tĩnh mạch dọc trên: đột ngột có cơn động
kinh cục bộ nửa người, liệt nửa người chân liệt nặng hơn, sau
đó liệt nửa người bên kia sốt cao, tăng áp lực nội sọ (nhức
đầu, nôn, ứ phù đĩa thị), dịch não tủy: Protein tăng nhẹ, tế
bào tăng từ 10 - 100 cái, vi thể: có thể có hồng cầu

Viêm xoang tĩnh mạch ngang: nhức đầu trước trán, liệt
đây III, IV, VI, V₁, nhãn cầu bất động và lồi mắt kèm theo
hiện tượng ứ huyết ở củng mạc và quanh hồ mắt tím bầm.

Viêm xoang tĩnh mạch bên: sốt, nhức đầu, nôn mửa, đôi
khi thấy phù tấy và giãn tĩnh mạch nông vùng xương chũm
và tĩnh mạch căng ở cổ, thường là biến chứng của viêm tai
xương chũm.

Nói chung viêm tắc tĩnh mạch nhiễm khuẩn có thể do nhiều
loại vi khuẩn làm mủ, nhiều nhất vẫn là do tụ cầu trùng.



TRƯỜNG ĐẠI HỌC
Y DƯỢC HÀ NỘI
HUBT

TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

d) Nhức đầu do chấn thương sọ não:

+ Tổn thương sọ tại chỗ: rạn, vỡ xương sọ (phát hiện bằng sờ và chụp X quang sọ).

+ Bọc máu (hématome): nhức đầu xuất hiện sớm trước khi có nhức đầu do tăng áp lực nội sọ thứ phát.

+ Bọc máu ngoài màng cứng (hématome extradural): khoảng tính ngắn (vài chục phút, vài giờ).

+ Bọc máu dưới màng cứng (hématome sousdural): khoảng tính dài hơn.

+ Trạng thái loạn thần kinh sau chấn thương sọ não: biểu hiện tương tự như suy nhược thần kinh, nhức đầu kéo dài hàng tuần, hàng tháng có khi hàng năm sau chấn thương.

e) Nhức đầu trong loạn thần kinh và loạn tâm thần:

Bệnh tâm căn suy nhược (F48.0), hystérie... thường hay có nhức đầu

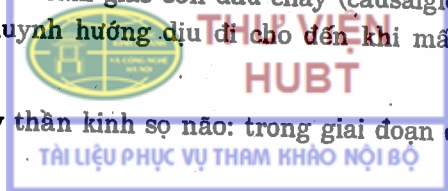
g) Nhức đầu thứ phát trong các bệnh hệ thần kinh:

- Xơ cứng rải rác (sclérose en plaque) đôi khi có nhức đầu.

- Bệnh liệt toàn thể tiến triển (paralysie générale) đôi khi có nhức đầu, thường xuất hiện vào đợt bội nhiễm (có biến đổi dịch não tủy).

- Bệnh rỗng tủy - hành não (syringomyélobulbie): có thể xuất hiện ở vùng mất cảm giác cơn đau cháy (causalgie) kéo dài, cơn đau có khuynh hướng dịu đi cho đến khi mất hẳn (sau vài năm).

- Bệnh Zona dây thần kinh sọ não: trong giai đoạn cấp, ở



người già có thể để lại các di chứng đau chày ở vùng cảm giác.

- Biến đổi xương sọ ở hố sọ sau (ví dụ bệnh Paget): bệnh nhân nhức đầu kiểu nhức đầu gắng sức.

- Teo não tuổi già và trước tuổi già: nhức đầu do kích thích các tổ chức có cảm giác trong sọ hoặc do giảm áp lực nội sọ. Khi bệnh tiến triển sẽ xuất hiện các triệu chứng sa sút trí tuệ (démence), rối loạn ngôn ngữ, mất thực dụng (apraxie) và mất nhận thức (agnosie), rối loạn vận động, đi lại khó khăn, có khi có cơn giật.

h) Nhức đầu do cơn phù não màng não cấp ở người huyết áp cao.

2. Nhức đầu căn nguyên cổ.

a) Nhức đầu do đau dây thần kinh (névralgie) nguồn gốc cổ:

- + Đau dây thần kinh chẩm Arnold (rễ C₁, C₂, C₃):

Đau ở dưới da đầu, vùng gáy, chẩm nhất là khi ấn vào hõm bên của xương chẩm (điểm xuất chiếu của dây thần kinh chẩm Arnod). Thường thường đau do tổn thương hay bị kích thích dây thần kinh ở một bên, đôi khi kèm theo giảm cảm giác ở vùng đó.

- + Tổn thương 3 đoạn tủy cổ đầu tiên có thể gây đau đầu như khi tổn thương thần kinh Arnold.

- + U màng não (méningiome) ở lỗ chẩm có thể gây đau cổ - đầu phía sau.

- + Tổn thương cột sống cổ gây đau vùng cổ - đầu là nguyên nhân thường gặp, có thể do:



**THƯ VIỆN
HUY**

TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

- Thoái hóa đốt sống cổ C₁, C₂, C₃.

- Chấn thương cột sống cổ làm tổn thương khối bên của đốt đội (atlas) gây móm nha, trật khớp đội - trục nhẹ do tổn thương dây chằng sau móm nha

- Những tổn thương xương do viêm:

. Viêm xương khớp dưới cằm do lao.

. Viêm khớp đốt sống cổ.

. Viêm cứng khớp sống (spondylarthritis).

. Viêm đa khớp dạng thấp (polyarthrite rhumatoide).

. Viêm thấp bản lề sọ - cổ gây nên trật khớp trục - đội (dislocation atloïdo - axoïdienne).

- Dị dạng bản lề cổ - cằm: cằm hóa cung sau đốt đội.

- Xương sườn cổ: kích thích rễ dây thần kinh cổ dai dẳng, nhất là khi cử động cổ.

- Bệnh Paget (biến dạng quá phát xương) có thể hư khớp bản lề đầu - cổ dẫn đến sọ dẹt (platybasie), đốt C₁, C₂ tụt vào trong.

b) Nhức đầu do đau cơ (*myalgique*) nguồn gốc cổ:

- Nhức đầu do tư thế nghề nghiệp: thường hay gặp ở những người có nghề nghiệp khi làm việc phải bắt buộc cúi đầu liên tục và không cân đối (thợ thêu, thợ may, đánh máy chữ) hay những nghề buộc phải vận cổ quá mức (thợ mỏ, thợ nề, thợ quét vôi...) cơ chế đau ở đây chủ yếu là do rối loạn trương lực cơ và căng kéo dây chằng.

- Nhức đầu do cơ cứng cơ bù trừ cho những dị dạng đường

cong sinh lý cột sống cổ như gù (cyphose), quá uốn (hyperlordose), vẹo (scoliose). Vì những biến đổi hình thái này dẫn đến trạng thái mất thăng bằng của cột sống gây nên cơ cứng cơ có liên quan để giữ vững được tư thế và bảo đảm cho hoạt động của cột sống cổ.

c) Nhức đầu do tổn thương cột sống cổ đoạn thấp:

Do mối liên quan chung về giải phẫu, chức năng vận động vùng cổ đầu và do cơ chế đau cơ và khớp xương nên các tổn thương cột sống cổ từ C₄ - C₇ cũng có thể gây nhức đầu. Những tổn thương đó có thể là:

Thoái hóa cột sống cổ.

Thoái hóa đĩa đệm

Thoát vị đĩa đệm

Trật khớp đốt sống cổ sau chấn thương

Hư khớp cột sống cổ: thường gặp ở người trên 50 tuổi, hư đĩa đệm khớp (discarthrose), hư liên mấu sau.

d) Nhức đầu trong hội chứng giao cảm cổ Barré-Liéou:

- Nhức đầu vùng chẩm
- Chóng mặt, ù tai
- Âm điểm thị giác (éclipse visuelle)
- Rối loạn vận mạch - bài tiết ở mặt (tăng tiết mồ hôi)
- Dị cảm ở hầu, thanh quản

Theo Barré và Liéou nguyên nhân của hội chứng này là do hư khớp (arthrose) cột sống cổ hay các mô xương trực tiếp kích thích thần kinh giao cảm cổ; đặc biệt là các nhánh thông.

Nhưng theo Jung thì bản chất của hội chứng Barré-Liéou là do bệnh sinh có căn nguyên động mạch, chính là hội chứng suy động mạch nền mà Denny-Brown đã mô tả.

e) Nhức đầu trong hội chứng thiếu năng tuần hoàn hệ động mạch sống - nền, (*Insuffisance vertébro-basilaire*).

Lần đầu tiên do Denny-Brown (1951) và sau đó Milikan Sickert (1955) đề xuất.

+ Đặc điểm:

- Nhức đầu: ở khu vực chẩm - cổ, không có điểm đau cố định.

Cường độ đau vừa phải

Tính chất đau ê ẩm, nặng đầu khó chịu giống như nhức đầu của bệnh tâm căn suy nhược (F48.0).

Triệu chứng kèm theo sau:

- Chóng mặt, mất thăng bằng.

- Con sụp quy (drop attacks) có thể kèm theo mất ý thức (trường hợp nặng).

+ Nguyên nhân của hội chứng thiếu năng động mạch sống-nền:

- Vừa xơ động mạch.

- Thoái hóa xương, khớp, đĩa đệm cột sống cổ.

Bình thường động mạch đốt sống phải chạy trên một đường ống tạo nên bởi các lỗ ngang rất chật hẹp (trên cột sống để khô, đường kính lỗ ngang có kích thước trung bình 5mm, đường kính động mạch đốt sống ở đoạn giữa trung bình là 4,9mm, ngoài ra động mạch đốt sống còn có 2 tĩnh mạch

đi kèm) vì thế khi bị các bệnh kể trên sẽ gây nên hội chứng thiếu năng động mạch sống - nền.

3. Do bệnh toàn thân.

a) *Nhiễm khuẩn toàn thân cấp tính:*

Thương hàn, sốt phát ban, sởi, cúm, sốt rét, sốt mò (sốt gây xung huyết não và phản ứng màng não).

Giang mai kỳ II (tổn thương thần kinh) có thể gây nhức đầu.

b) *Nhiễm độc.*

Đặc biệt là nhiễm độc nghề nghiệp do chì, thủy ngân, oxyt carbon, arsenic say rượu cấp, nghiện thuốc lá.

c) *Say nóng, say nắng:*

Nhức đầu kèm theo hội chứng màng não.

4. Do bệnh nội tạng

a) *Bệnh tim mạch.*

Tăng huyết áp hay gặp ở những người đứng tuổi. Thường đau đầu ở vùng chẩm vào buổi chiều và nửa đêm về sáng, khi mới ngủ dậy hay sau khi gắng sức thể lực.

b) *Bệnh tiêu hóa.*

Các bệnh tiêu hóa cũng rất hay gây nhức đầu. Đặc biệt các bệnh gan mật hay gây nhức đầu kéo dài. Ngoài ra phải chú ý phát hiện táo bón, giun, sán (nhức đầu của trẻ em thường là do giun).

c) *Bệnh thận mạn: thường gây nhức đầu, giết cơ... do ure máu tăng cao.*

d) *Thiếu máu nặng.*

5. Do rối loạn mọi tiết

Thời kỳ mạn kinh ở phụ nữ.

Dái tháo đường: nhức đầu có thể tiến tới hôn mê do các chất tạo ceton tăng trong máu

6. Do các bệnh chuyên khoa.

a) *Mắt:*

- Thiên đầu thống (glaucome): nhức đầu dữ dội, chủ yếu nhức trong hố mắt, nhìn đèn bệnh nhân thấy có quang xanh đỏ như cầu vồng. Ấn nhãn cầu (bằng đầu ngón tay) thấy căng cứng. Cần phải đo nhãn áp (NA), xử trí kịp thời, tránh bệnh nhân khỏi bị mù. Ở nước ta thường đo bằng nhãn áp kế Maclakov, quả cân 10g: $NA < 22 \text{ mmHg}$: bình thường

$22 < NA < 25 \text{ mmHg}$: nghi ngờ thiên đầu thống

$NA > 25 \text{ mmHg}$: bệnh thiên đầu thống

Bệnh thường sự chênh lệch NA hai mắt không quá 5 mmHg , NA buổi sáng và buổi chiều cũng không chênh lệch quá 5 mmHg . Nếu chênh lệch quá 5 mmHg là mắt đó có NA cao.

- Rối loạn khúc xạ: cận thị, viễn thị, loạn thị, kính không hợp: thường nhức đầu sau khi làm việc bằng mắt (đọc sách, xem vô tuyến).

b) *Tai - mũi - họng*

+ Viêm tai giữa, viêm xương chũm, viêm xoang trán, xoang hàm, xoang sàng, xoang trán kém phát triển hoặc không phát triển



+ Ung thư vòm họng, lâm sàng có hai giai đoạn:

- Giai đoạn tai mũi họng: ngạt mũi, rỉ mũi có máu

- Giai đoạn thần kinh: nhức đầu rất nhiều, suốt ngày đêm, liệt dần các dây thần kinh sọ não (dây V, VI, VIII) có thể lần lượt liệt từ dây I đến dây XII ở một bên (hội chứng Guillain

- Garcin)

c) Răng hàm mặt:

Các bệnh sâu răng, apxê chân răng, răng khôn mọc lệch v.v.. thường đau tại chỗ nhưng có thể đau lan lên tai và đỉnh đầu hoặc thái dương. Cho bệnh nhân cắn một vật cứng, đau tăng lên.

Đau ở các cơ thái dương là do đau răng, cảm giác đau được dẫn truyền vào các tổ chức ở sâu có cùng chung rễ cảm giác với các cơ thái dương.

7. Do căn nguyên sọ:

Viêm xương sọ (osteitis), bệnh Paget.

Di căn ung thư vào xương sọ.

CHƯƠNG XIV

KHÁM MỘT BỆNH NHÂN HÔN MÊ

Phát hiện hôn mê thường dễ, chẩn đoán nguyên nhân hôn mê có khi dễ, nhưng có nhiều khi rất khó vì không hỏi được trực tiếp bệnh nhân, do đó không biết được đầy đủ các triệu chứng cơ năng, chỉ có thể bổ sung qua lời kể của thân nhân hoặc một nhân chứng hoặc các tang vật có liên quan tới bệnh nhân. Do đó, trước một bệnh nhân hôn mê cần phải khám một cách hệ thống, kích thích bằng nhiều cách khác nhau, mới phát hiện được các triệu chứng lâm sàng.

I. KHÁM BỆNH NHÂN HÔN MÊ

A- HỎI BỆNH:

Khai thác người hộ tống, người xung quanh về:

1. Đặc điểm bệnh nhân:

- Tuổi
- Nghề nghiệp và công tác thường làm.

2. Hoàn cảnh xuất hiện và cách bắt đầu hôn mê.

- Ngày, giờ xảy ra hôn mê
- Cách xuất hiện: đột ngột, mãnh liệt, từ từ tuần tiến, có những tiền triệu gì không? (chóng mặt, nhức đầu, yếu một chi, nói khó, rối loạn tâm thần...).

TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

- Triệu chứng đầu tiên: nôn, sốt, kích động, co giật, co cứng, liệt, nói khó...

- Hôn mê lần đầu hay đã tái phát nhiều lần.

- Đặc biệt hỏi về hoàn cảnh trước khi lâm vào hôn mê như:

. Sau một chấn thương sọ não.

. Sau khi dùng một số thuốc có thể gây tai biến hôn mê như: thuốc ngủ, Insulin.

. Khi đói (xa bữa ăn).

. Hành quân lâu dưới nắng to

. Yếu tố, dịch tễ: sốt rét, sốt mò, xoắn trùng

. Điều kiện sinh hoạt: nghiện rượu, thuốc...

. Dạng có vướng mắc về tình cảm, tư tưởng.

3. Các biểu hiện kèm theo.

. Sốt

Cơ co giật

4. Diễn biến: nặng dần hay đỡ dần?

5. Tiền sử

Tình trạng sức khỏe từ trước, chú ý các bệnh mạn tính: sốt rét, bệnh thần kinh (động kinh v.v..), bệnh nội tạng (viêm thận mạn); bệnh tim mạch, đặc biệt bệnh tăng huyết áp, bệnh gan, bệnh chuyển hóa, đái tháo đường...), nhiễm độc mạn tính, nhiễm độc nghề nghiệp (Pb, As, Hg, CO...); các bệnh máu...



**THƯ VIỆN
HUYẾT**

TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

B- KHÁM LÂM SÀNG:

1. Quan sát kỹ toàn thân.

+ *Sắc mặt* (là một dấu hiệu có thể giúp tìm nguyên nhân):

- *Mặt hồng tươi*: thường do ngộ độc carbon oxyt (CO)
- *Sắc mặt lúc đầu đỏ hồng rồi sau nhợt nhạt, vã mồ hôi*: thường gặp trong tăng anhydrit carbonic huyết (hypercapnie),

- *Mặt đỏ rừ*: thường do rượu
- *Mặt tái xám*: thường do sốt rét.

+ *Da*:

- *Màu da*:
- . *Vàng da*: thường hôn mê do gan
- . *Ban, mảng đỏ ngoài da*: thường do thuốc
- . *Vã mồ hôi*: thường do hạ đường huyết
- *Phù nề ở da, ở cổ chân hay ở khắp người* do bệnh tim, gan, thận.
- - *Tìm kiếm vết kim tiêm trên da* để biết tình trạng hôn mê có thể do một loại thuốc nào đó gây nên và dựa vào hoàn cảnh, tang vật, nhân chứng hay tiền sử để tìm ra loại thuốc đó.

+ *Tư thế bệnh nhân*:

- *Nằm im hay vật vã*
- *Tư thế gập "cò súng" trong hội chứng màng não*
- *Tư thế duỗi cứng mất não*



- Tư thế cơ cứng mất vỏ não.
- Quay mắt quay đầu về một bên:

Quay mắt quay đầu về bên liệt là tổn thương ở cầu não

Quay mắt quay đầu về bên ở tổn thương (ngắm nhìn ở tổn thương) là tổn thương bán cầu đại não hoặc cuống não

- + Quan sát các cơn co giật

2. Khám thần kinh

a) Ý thức:

- + Bệnh nhân có tỉnh không?
 - + Có thể tiếp xúc và hợp tác với người khám được không?
 - + Định hướng:
 - Không gian: hỏi nơi chốn bệnh nhân đang nằm.
 - Thời gian: hỏi ngày, tháng
 - Bản thân: hỏi tên, tuổi bệnh nhân
 - + Phản xạ của bệnh nhân đối với các kích thích bên ngoài:
 - Gọi to, gọi nhiều lần xem bệnh nhân có mở mắt ra không?
- Có trả lời câu hỏi không? Trả lời có đúng không?
- Vừa lay vừa gọi xem bệnh nhân có đáp ứng không?
 - Châm kim, bấu, véo, bấm vào hai góc hàm xem bệnh nhân có đáp ứng không?
 - Cho người amoniac xem bệnh nhân có hắt hơi không?
 - Chiếu ánh sáng từ mỗi phía vào mắt xem bệnh nhân có quay đầu hướng về bên có kích thích hay không?



THU VIỆN
HUBT

TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

b) Khám vận động nhãn cầu

- Quan sát xem bệnh nhân có quay mắt quay đầu về một bên không

- Hai nhãn cầu bị kéo lên trên hoặc xuống dưới hoặc một nhãn cầu kéo lên trên, một nhãn cầu kéo xuống dưới do tổn thương phần phối hợp vận động nhãn cầu của dây III

- Hai nhãn cầu bị kéo lệch về phía mũi (nhãn cầu hội tụ) do tổn thương dây VI hai bên, thường do tăng áp lực nội sọ, phù não nặng.

- Hai nhãn cầu bị kéo lệch ra ngoài (nhãn cầu dẹt) do tổn thương dây III hai bên.

- Hiện tượng trôi nhãn cầu (mất búp bê): nhãn cầu trôi ngược chiều khi xoay đầu bệnh nhân về một bên do mất kiểm soát vỏ não với não giữa và cầu não (xuất hiện khi não giữa và cầu não không bị tổn thương).

c) Khám đồng tử:

+ Đồng tử co: do dùng quá liều thuốc phiện (opium). Trong ngộ độc morphin đồng tử co hẹp như đầu đinh ghim

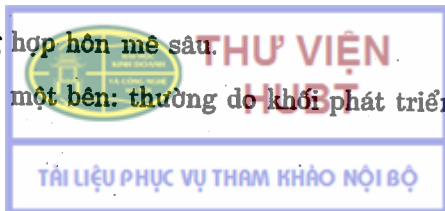
+ Đồng tử giãn:

- Đồng tử giãn hai bên: chứng tỏ thiếu oxy nặng, gặp trong:

. Ngộ độc thuốc ngủ atropin, cocain, scopolamin, glutethimil.

. Trong trường hợp hôn mê sâu.

- Đồng tử giãn một bên: thường do khối phát triển trong não cùng bên.



+ Phản xạ đồng tử với ánh sáng:

- Mất cả hai bên: quá trình bệnh lý ảnh hưởng đến cuống não

- Mất một bên: do tổn thương dây II hoặc dây III ở bên đó (phân biệt tổn thương hai dây này bằng cách khám phản xạ ánh sáng đồng cảm)

d) Khám phản xạ giác mạc.

e) Khám phản xạ ho.

g) Khám phản xạ nuốt: có hai thì (thì miệng và thì họng - hầu khi đổ một thìa nước vào miệng thì phản xạ đầu tiên là ngậm miệng lại và lưỡi đẩy nước vào phía trong họng hầu (thì miệng). Sau đó họng hầu đưa nước xuống thực quản và dạ dày (thì họng hầu). Khi quá trình bệnh lý lan xuống hành não thì có rối loạn về nuốt và rối loạn nghiêm trọng về tim mạch và hô hấp.

h) Tìm các triệu chứng thần kinh khu trú:

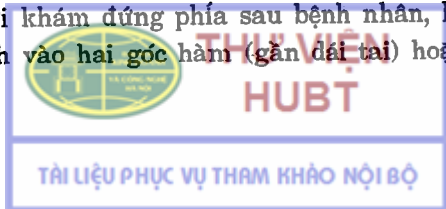
+ Xác định xem bệnh nhân có bị liệt mặt, liệt chi không?

- Liệt mặt:

. Mặt bị méo, nhãn trung lệch về bên lành, rãnh mũi má mờ ở bên liệt.

. Dấu hiệu cánh buồm hay dấu hiệu "hút diều" (fume la pipe): ở bên liệt má bị mất trương lực cơ vì vậy khi thở ra má phồng lên, khi thở vào má sẽ lõm xuống.

. Nghiệm pháp Pie Mari và Foa (Pierre Marie et Foix): người khám đứng phía sau bệnh nhân, lấy hai ngón tay ấn mạnh vào hai góc hàm (gắn đai tai) hoặc giật tóc mai, bên



lạnh sẽ nhân mặt, bên liệt không có phản ứng.

- Liệt nửa người:

. Nâng từng chi trên, từng chi dưới, khi buông ra, chi bị liệt rơi bịch xuống như khúc gỗ.

. Cấu vẹo da thịt, bên liệt không có phản ứng hoặc chỉ nhúc nhích.

. Nghiệm pháp Raimiste (+) bên liệt.

. Trương lực cơ giảm ở bên liệt.

. Phản xạ gân xương, da bụng, đùi - bụ đều giảm.

Trường hợp hôn mê do chảy máu não gây ngập não thất, (inondation ventriculaire) có tăng phản xạ gân xương rất sớm (2 - 3 giờ sau khi khởi bệnh). Phản xạ Babinski (+) bên liệt.

Trong trường hợp hôn mê (trừ trường hợp hôn mê quá sâu), để phát hiện liệt nửa người nhanh chóng, chúng tôi dùng đầu ngón tay 3 và 4 day mạnh (vào mũi xương ức thì tay và chân bên lành sẽ vận động, tay và chân bên liệt không đáp ứng.

- Dấu hiệu màng não:

Cứng gáy, Kernig, thóp phồng ở trẻ em.

- Soi đáy mắt: phát hiện phù đĩa thị.

3. Khám toàn thân.

a) *Tìm vết thương đầu, mặt, chảy máu mũi, tai (chấn thương sọ não) sẹo da đầu (hậu quả động kinh).*

b) *Khám hô hấp:*

Khám hơi thở phải chú ý:



- Có mùi rượu, mùi hăng của aceton (bệnh đái tháo đường) hay có mùi gì khác.

- Thở sâu, đều và êm dịu (bình thường) hay thở khô khè, nông, nhanh (trên 20 - 30 lần/phút) (hay gặp sau chấn thương sọ não).

- Nhịp thở Cheyne - Stokes:

Thở tăng dần biên độ, nhịp đều rồi thở giảm dần biên độ, sau đó nghỉ ít hoặc nhiều. Rồi lại tiếp tục như trên (do trung tâm hô hấp ở hành não bị ức chế nặng)

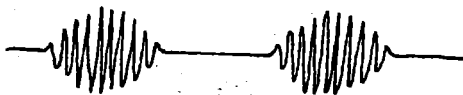
- Nhịp thở Kussmaul:

Thở chậm: hít vào, nghỉ, thở ra, nghỉ, rồi lại tiếp tục như trên (thường gặp trong nhiễm acide đái tháo đường).

c) Khám tim mạch:



NHỊP THỞ KUSSMAUL



NHỊP THỞ CHEYNE - STOKES

Hình 85b: Nhịp thở Cheyne-Stokes và nhịp thở Kussmaul

- Mạch chậm: tăng áp lực nội sọ, apxe não, bloc nhĩ thất v.v..

- Mạch nhanh: tim nhanh, tim loạn nhịp, rối loạn tuần hoàn não.

- Huyết áp tăng: đột quỵ chảy máu não, urê máu tăng, phù não - màng não.

- Huyết áp giảm: đái tháo đường, ngộ độc rượu, thuốc ngủ, trụy tim mạch, sốt rét ác tính.

d) Khám bụng: gan, lách?

4. Khám ngũ quan.

+ Mắt: xem đáy mắt có phù đăi thị không (tăng áp lực nội sọ); viêm võng mạc do đái tháo đường: viêm màng mạch do tăng huyết áp; củ lao màng mạch trong viêm màng não lao.

+ Tai - Mũi - Họng: viêm tai mũ mạn tính, viêm xoang mạn?

C- XÉT NGHIỆM CẬN LÂM SÀNG:

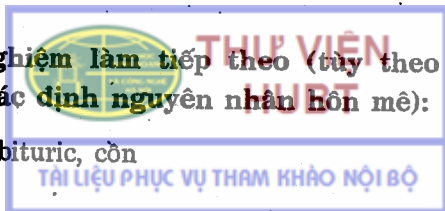
1- Các xét nghiệm cần làm ngay:

. Máu: hồng cầu, bạch cầu; huyết sắc tố, công thức bạch cầu, urê, glucose, dự trữ kiềm, chức năng gan.

- Ghi điện tim

2- Các xét nghiệm làm tiếp theo (tùy theo từng trường hợp để xác định nguyên nhân hôn mê):

- Máu: chất barbituric, còn



Tìm ký sinh trùng sốt rét

Cấy máu tìm vi khuẩn

Chẩn đoán huyết thanh.

- Nước tiểu: albumin, glucose, cặn lắng, thể ceton, tỷ trọng (tăng trong đái tháo đường, giảm trong tăng urê máu).

- Soi đáy mắt, chọc sống thất lưng, xét nghiệm dịch não tủy.

- Xét nghiệm dịch dạ dày (nếu nghi ngờ độc đường tiêu hóa).

- Chụp X quang sọ não, CT.Scanner (nếu nghi u não hoặc ổ máu tụ sau chấn thương sọ não)

- Chụp X quang tim phổi

- Ghi điện não

II. NHẬN ĐỊNH

A CHẨN ĐOÀN HÔN MÊ

1- **Trạng thái tiền hôn mê (précoma):** chia ra ba mức độ;

- Trạng thái lú lẫn (confused state): ý thức chưa mất nhưng trả lời không chính xác, mất định hướng về không gian, thời gian và bản thân.

- Trạng thái ngủ gà (dozy state): nằm ly bì, lay gọi còn mở mắt và trả lời nhưng chậm chạp và không chính xác rồi lại nhắm mắt ngủ.

- Trạng thái u ám (stuporous state): lay gọi còn mở mắt nhưng không trả lời, kích thích đau còn đáp ứng, có thể kêu rên, vật vã, dẫy dụa.



2- Chẩn đoán xác định hôn mê:

+ Mất ý thức: không đáp ứng mọi kích thích cảm giác và giác quan.

+ Mất vận động tự chủ

+ Rối loạn phản xạ và rối loạn thần kinh thực vật tùy theo mức độ hôn mê.

+ Có 4 mức độ hôn mê (bảng 6):

- Hôn mê độ I: hôn mê nông, bán hôn mê (coma vigil, subcoma, coma, sopor) do ức chế vỏ não lan rộng:

Mất ý thức chưa sâu sắc: kích thích đau (cấu, véo, châm kim) còn phản ứng nhãn mắt, kêu rên, động tác tay chân, ngửi mùi moniac còn hắt hơi; dài dầm.

Phản xạ đồng tử với ánh sáng và phản xạ nuốt đáp ứng chậm, phản xạ giác mạc: giảm

Chưa có rối loạn thần kinh thực vật.

- Hôn mê độ II: hôn mê vừa, hôn mê trung bình, hôn mê thực sự (coma confirmé): quá trình bệnh lý lan xuống dưới vỏ và vùng gian não:

- Mất ý thức hoàn toàn: kích thích đau thì đáp ứng yếu hoặc không, đại tiểu tiện không tự chủ.

. Phản xạ đồng tử với ánh sáng: rất chậm, phản xạ giác mạc: giảm nhiều, phản xạ nuốt thì 1: mất, thì 2: rất chậm

. Rối loạn thần kinh thực vật nhẹ: rối loạn hô hấp: thở khô khè, thở kiểu Cheyne, Stockes, Kussmaul; rối loạn tim mạch (mạch nhanh, nhỏ) huyết áp dao động, rối loạn điều hòa thân nhiệt.

Bảng 6: Mức độ hôn mê

Dáp ứng Kích thước	Độ I	Độ II	Độ III	Độ IV
Gọi tên	(-)	(-)	(-)	(-)
Kích thích đau	(+)	yếu	(-)	(-)
Đồng tử	Bình thường	giãn nhẹ	giãn to	giãn hết
PX DT-AS	chậm	rất chậm	(-)	(-)
PX giác mạc	giảm	giảm nhiều	(-)	(-)
PX nuốt thì 1	chậm	(-)	(-)	(-)
PX nuốt thì 2	chậm	rất chậm	(-)	(-)
RL hô hấp	0	Thở khò khè Cheynes Stockes Kussmaul	Kussmaul ngừng thở	Thở máy
RL tim mạch	0	Mạch nhanh, nhỏ HA dao động	Tím tái HA giảm	Trụy tim mạch HA tụt
RL thân nhiệt	0	Có	Giảm	Giả lạnh

Có thể thấy bệnh nhân co cứng vỏ não.

- Hôn mê độ III: hôn mê sâu (coma carus): quá trình bệnh lý lan xuống cầu não và phần não xuống đến hành não.

. Mất ý thức sâu sắc: không đáp ứng với mọi kích thích,

đái, ỉa dầm dề.

Mất phản xạ đồng tử với ánh sáng, mất phản xạ giác mạc, mất phản xạ nuốt.

. Rối loạn thần kinh thực vật nặng: nhịp thở Kussmaul, ngừng thở, tím tái, huyết áp giảm, nhiệt độ giảm

Có thể thấy bệnh nhân duỗi cứng mất não

- Hôn mê độ IV: hôn mê rất nặng (coma dépassé): quá trình bệnh lý lan đến hành não và tủy sống:

. Đồng tử giãn hết.

. Mất tất cả phản xạ, toàn thân mềm nhũn

. Rối loạn thần kinh thực vật trầm trọng: không tự thở được nữa, hoạt động hô hấp, tim mạch nhờ hồi sức tổng hợp (thở máy, thuốc), tim đập yếu ớt, huyết áp tụt thấp, toàn thân giá lạnh.

Năm 1974 G.Teasdale và B.Jennett ở Glasgow đã dựa trên đáp ứng của bệnh nhân bằng mở mắt, trả lời và vận động lập bảng đánh giá độ hôn mê Glasgow (Glasgow coma scale).

Bảng 7: Bảng Glasgow

Mở mắt	Trả lời	Vận động
Tự nhiên (4 điểm)	Đúng, nhanh (5 điểm)	Bảo: làm đúng (6 điểm)
Gọi tên (3 -)	Chậm, lơ mơ (4 -)	Cấu: gạt đúng chỗ (5 -)
Cấu, véo (2 -)	Không chính xác (3 -)	Gạt không đúng chỗ (4 -)
Không (1 -)	Kêu, rên (2 -)	Gấp cứng chi trên (3 -)
	Không (1 -)	Duỗi cứng tứ chi (2 -)
		Không (1 -)

Sau khi khám ta cho điểm với mỗi đáp ứng và cộng các điểm đạt được để đánh giá tri giác, mức độ hôn mê. Điểm 7 là điểm bản lề, trên điểm 7 là tổn thương nông, tiên lượng tốt, dưới điểm 7 là thương tổn sâu, tiên lượng xấu. Để theo dõi tiến triển của tri giác, ta kẻ bảng và nối các điểm lại, sẽ được đường biểu diễn đi lên nếu tri giác khá lên, đường biểu diễn đi xuống nếu tri giác xấu đi. Số lần theo dõi có thể nhiều lần trong ngày khi bệnh nặng hoặc mới bị chấn thương sọ não.

B- NGUYÊN NHÂN HÔN MÊ:

Ngoài những trường hợp hôn mê mà nguyên nhân rõ ràng (hôn mê sau chấn thương sọ não, hôn mê là giai đoạn cuối cùng của một bệnh nặng) những trường hợp hôn mê còn lại có thể chia làm 3 nhóm:

1. Hôn mê có triệu chứng thần kinh khu trú.

a) Hôn mê có liệt nửa người:

+ Chảy máu não:

- Thường thấy ở người trên 50 tuổi, có tiền sử cao huyết áp.

- Hôn mê bắt đầu đột ngột, đột quỵ não (apoplexie cérébrale, ictus apoplectique) hôn mê sâu ngay lập tức, thở nông, mặt đỏ ửng.

- Liệt nửa người

- Ngay trong hôn mê, do huyết áp thấy tăng cao.

- Dịch não - tủy thường có máu (để ra ngoài không khi dịch đó không đông lại), áp lực tăng.

+ Huyết khối mạch não (thrombose):



**THI VIỆN
HUBT**

TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

- Thường ở người 60 đến 70 tuổi
- Bắt đầu từ từ hoặc tương đối đột ngột
- Liệt nửa người (đôi khi liệt cả hai bên)
- Huyết áp tăng ít, nhiều khi huyết áp bình thường, thậm chí có lúc hơi giảm.
- Dịch não tủy bình thường.

+ Nghẽn mạch não (embolie):

Bệnh nhân trẻ có bệnh tim (hẹp van hai lá, nhất là khi có loạn nhịp hoàn toàn hoặc các bệnh van tim khác, biến chứng của viêm nội tâm mạc chậm Osler),

- Hôn mê bắt đầu đột ngột, đôi khi lúc đầu có co giật kiểu động kinh.

- Liệt nửa người
- Dịch não - tủy bình thường

b) Hôn mê có hội chứng màng não:

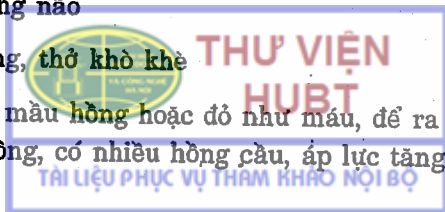
+ Chảy máu dưới màng nhện:

- Tiểu sử có tăng huyết áp
- Tiền triệu: nhức đầu dữ dội trước khi hôn mê
- Hôn mê chậm chờn (coma vigil)

- Hội chứng màng não

- Thân nhiệt tăng, thở khô khè

- Dịch não - tủy màu hồng hoặc đỏ như máu, để ra ngoài không khí không đông, có nhiều hồng cầu, áp lực tăng.



+ Viêm màng não:

- Hay gặp viêm màng não mủ cấp do màng cầu não: hôn mê tương đối đột ngột, sốt, mụn rộp (herpès), chảy máu dưới da, có hội chứng màng não, dịch não - tủy đục, có mủ: có thể thấy vi khuẩn bằng xem trực tiếp hoặc cấy dịch não - tủy.

- Viêm màng não lao: có tiền sử lao, hôn mê, xảy ra từ từ, có hội chứng màng não, đáy mắt có củ lao, X quang phổi: lao kê, lao hang, lao phổi mạn tính. Dịch não - tủy trong, tăng tế bào lympho.

c) Hôn mê có co giật và có sốt:

+ Viêm màng não (đã nói ở trên)

+ Viêm não:

- Hôn mê xảy ra từ từ

- Sốt nhiều hoặc ít tùy theo nguyên nhân

- Bạch cầu tăng.

- Co giật toàn thân từng cơn hoặc co giật một cơ hay vài cơ.

- Có yếu tố dịch tễ

- Dịch não - tủy bình thường hoặc có biến đổi như viêm màng não thanh dịch (méningite séreuse)

- Có phản ứng huyết thanh đặc hiệu

- Phân lập được virus từ máu, từ dịch não - tủy và từ não tử thi.

d) Hôn mê có co giật nhưng không có sốt:

+ Động kinh:



**THƯ VIỆN
HUBT**

TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

- Hôn mê chỉ là giai đoạn cuối cùng của cơn động kinh, giai đoạn này thường ngắn, chỉ độ vài ba phút.

- Thường đã tái phát nhiều lần trong tiền sử

- Sau hôn mê bệnh nhân tỉnh lại, nhưng còn nhức đầu ít nhiều.

+ Hôn mê do hạ đường huyết:

- Hôn mê xảy ra đột ngột (thể nặng có hôn mê sâu)

- Phản xạ gân xương tăng, Babinski (+) hai bên.

- Bệnh nhân vã mồ hôi, đôi khi vật vã, co giật

- Định lượng glucose máu trong lúc hôn mê bao giờ cũng hạ.

- Tiêm truyền dung dịch ngọt ưu trương vào tĩnh mạch thì hết hôn mê ngay.

Nguyên nhân hạ đường huyết:

- Tiêm insulin quá liều

- Thực đơn quá hạn chế glucit ở một bệnh nhân đái tháo đường.

- Ung thư gan hoặc u đầu tụy

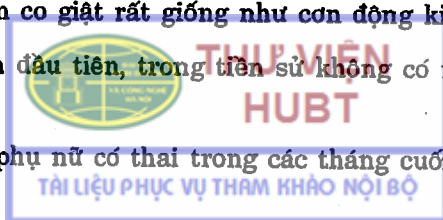
Đặc điểm hôn mê hạ đường huyết do u tụy: hôn mê đã tái phát nhiều lần trong tiền sử và lần nào cũng xảy ra vào một thời gian nhất định xa bữa ăn (vào lúc đói)

+ Sản giật:

- Hôn mê và cơn co giật rất giống như cơn động kinh.

- Lần này là lần đầu tiên, trong tiền sử không có những cơn như vậy.

- Xảy ra ở một phụ nữ có thai trong các tháng cuối



- Bao giờ cũng có tăng huyết áp và protein niệu.

+ Phù não:

- Hôn mê xuất hiện từ từ (sau một thời gian ngắn bị nhức đầu, buồn nôn hoặc nôn mửa).

- Cơ co giật toàn thân hoặc chỉ ở mặt, ở chi, có thể kèm theo rối loạn phản xạ gân xương và Babinski (+)

- Xảy ra trên một cơ địa dễ đưa đến phù não như: viêm thận có phù to, tăng huyết áp

e) Hôn mê có hội chứng tăng áp lực nội sọ.

Hôn mê do u não áp xe não:

- Tiền triệu: rối loạn tâm thần (như lú lẫn...)

- Hôn mê từ từ tuần tiến

- Có hội chứng tăng áp lực nội sọ (nhức đầu dữ dội, nôn thốc tháo, ứ phù đĩa thị).

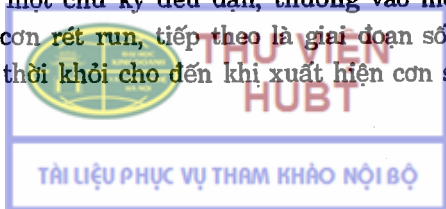
- Có dấu hiệu thần kinh khu trú

- Dịch não - tủy (nơi chung chỉ nên chọc sống thất lưng khi không có tăng áp nội sọ) trong u não có phân lý albumin - tế bào, (trong áp xe não; tăng cả albumin và tế bào).

2. Hôn mê có sốt nhưng không có triệu chứng thần kinh khu trú.

a) Sốt rét ác tính:

+ Hôn mê xuất hiện từ từ sau sốt vài ba ngày, cơn sốt thường theo một chu kỳ đều đặn, thường vào một giờ nhất định, bắt đầu cơn rét run, tiếp theo là giai đoạn sốt nóng ra mồ hôi rồi tạm thời khỏi cho đến khi xuất hiện cơn sốt rét khác.



+ Trước khi hôn mê bệnh nhân thường có giai đoạn mê sảng, đập phá, đôi khi có nói lảm nhảm như người mất trí.

+ Lách thường hơi to, mấp mé bờ sườn

+ Bệnh nhân thường là những thanh niên lần đầu mới đến vùng có sốt rét nặng.

+ Thường tìm thấy ký sinh trùng sốt rét bằng phương pháp giọt máu dày.

b) Giai đoạn cuối cùng của một bệnh nhiễm khuẩn nặng hoặc nhiễm khuẩn huyết

c) Suy thận cấp trong viêm cầu thận hoặc viêm ống thận cấp.

d) Suy gan cấp trong viêm gan cấp điển, teo gan bán cấp, (atrophie subaigue du foie).

3. Hôn mê không có sốt, không có triệu chứng thần kinh khu trú.

a) Hôn mê do đái tháo đường (coma diabétique):

+ Bệnh nhân đang ăn nhiều, uống nhiều, đái nhiều tự nhiên chán ăn, uống ít, đái ít.

+ Hôn mê từ từ, thường hôn mê sâu.

+ Giãn đồng tử, thở kiểu (kussmaul, hơi thở có mùi aceton).

+ Nhiệt độ da hạ, da khô (mất nước ngoài tế bào)

+ Chẩn đoán xác định dựa vào: đường huyết tăng, dự trữ kiềm giảm, xét nghiệm nước tiểu có đường và thể ceton.

b) Hôn mê do tăng urê máu:

+ Có tiền sử viêm thận mạn

+ Hôn mê xuất hiện từ từ

+ Da xanh xao, có khi giât cơ, đồng tử co, thở kiểu Cheyne -Stokes

Nếu nặng có thể kèm theo viêm màng ngoài tim (nghe thấy tiếng cọ màng ngoài tim)

+ Xác định chẩn đoán bằng định lượng urê máu.

c) *Hôn mê gan:*

+ Có tiền sử viêm gan mạn, suy gan, xơ gan.

+ Hôn mê từ từ

+ Có triệu chứng của suy gan, vàng da, chảy máu dưới da và niêm mạc.

+ Gan to hoặc teo (thường teo nhiều hơn)

+ Xét nghiệm thường thấy amoniac máu tăng nhiều và chức năng gan bị rối loạn

d) *Hôn mê do ngộ độc:*

+ Hôn mê do thuốc ngủ:

- Hôn mê xảy ra rất nhanh ở một người trước đó vài giờ vẫn khỏe mạnh.

- Hôn mê sâu, thở phỉ phò.

- Mất phản xạ gân xương

- Các tang vật chứng tỏ bệnh nhân đã uống thuốc ngủ: viên thuốc, vỏ hộp thuốc hoặc giấy tờ để lại.

- Xét nghiệm chất độc: tìm thấy thuốc ngủ ở dịch vị, ở nước tiểu và máu



+ Hôn mê do Morphin:

Triệu chứng nhiễm độc cấp xuất hiện rất nhanh, tiến triển qua ba giai đoạn;

- Giai đoạn kích thích: vật vã, kích thích, ngứa, buồn nôn rồi nhanh chóng chuyển sang giai đoạn hôn mê.

- Giai đoạn, hôn mê: hôn mê ngày càng sâu, đồng tử co, thân nhiệt giảm, rối loạn nhịp thở.

- Giai đoạn liệt hô hấp: lúc đầu thở chậm, trẻ em có nhiều cơn ngừng thở, đồng tử giãn do thiếu oxy não,

+ Hôn mê do phospho hữu cơ.

Những chất phospho hữu cơ gây ngộ độc ở người là những chất dùng làm thuốc trừ sâu như Wofatox (Metylparathion) có mùi cỏ thối, Thiophot (parathion) có mùi tỏi, Diphterex (Clorophoc) không có mùi. Phospho hữu cơ gây độc bằng cách ức chế men Cholinesteraza làm cho axetylcholin ứ đọng trong cơ thể. Chẩn đoán hôn mê do nhiễm độc cấp phospho hữu cơ thường căn cứ vào:

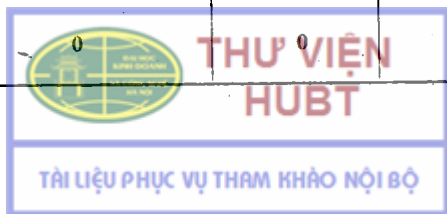
- Bệnh nhân có tiếp xúc với thuốc trừ sâu (nhà có thuốc), có ý định tự tử.

- Tăng tiết nước bọt, mồ hôi, thấy mùi đặc biệt của hơi thở hay chất nôn. Quan trọng nhất là co đồng tử.

- Men Cholinesteraza giảm ở trong máu (bình thường ở nam giới là $2,54 \pm 0,53$ micromol và ở nữ giới là $2,18 \pm 0,51$ micromol) và có paranitrophenol trong nước tiểu (paranitrophenol là một chất chuyển hóa của các chất phospho hữu cơ nên chỉ có trong nước tiểu người ngộ độc thiophot và wofatox).

Bảng 8: Chẩn đoán nguyên nhân hôn mê

	Có triệu chứng thần kinh khu trú	Có sốt (nhiễm khuẩn)	Triệu chứng / Nguyên nhân
	Liệt nửa người	0	Rối loạn tuần hoàn não cấp
Hôn mê	Co giật	có	- Viêm màng não - Viêm não
		0	- Động kinh - Hạ đường huyết - Sản giật - Phù não
	Hội chứng màng não	có	- Chảy máu não - Viêm màng não
	Hội chứng tăng áp lực nội sọ	0	- U não - Áp xe não
	Đồng tử co	0	- Phospho hữu cơ - Thuốc phiện, morphin - Thuốc ngủ - Pilocain - Ure huyết cao
Hôn mê	Đồng tử giãn	0	- Belladon - Rượu - Ephedrin - Ete. clorophoc - Isupren - Papaverin
Hôn mê	0	có	- Sốt rét ác tính - Giai đoạn cuối của bệnh nhiễm khuẩn nặng - Suy thận cấp - Suy gan cấp
Hôn mê	0	0	- Dái tháo đường - Hôn mê gan



CHƯƠNG XV

PHƯƠNG PHÁP KHÁM THẦN KINH NGĂN GỌN Ở PHÒNG KHÁM BỆNH VÀ KHI PHẢI KHÁM HÀNG LOẠT

Khám lâm sàng đầy đủ và toàn diện hệ thần kinh thường không thực hiện được trong điều kiện công tác thực tế của thầy thuốc mà thường phải khám xét nhiều người trong một thời gian ngắn. Nhiệm vụ khám xét hệ thần kinh cần giải quyết theo một chương trình khám tối thiểu, nhưng khi đã tìm thấy một dấu hiệu nào đó nghi ngờ dù nhỏ nhất của một bệnh thần kinh nào đấy, cần phải khám xét kỹ lưỡng theo những biến đổi phát hiện được.

Thường khám theo thứ tự sau:

I. HỎI BỆNH

Lý do vào viện

Quá trình phát triển của bệnh

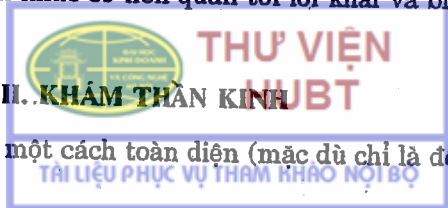
Điều kiện sinh hoạt xã hội.

Điều kiện nghề nghiệp.

Những điều kiện khác có liên quan tới lời khai và biến đổi của bệnh tật.

II. KHÁM THẦN KINH

Cần được khám một cách toàn diện (mặc dù chỉ là để định



hướng) thậm chí đôi khi lời phàn nàn của bệnh nhân như bệnh loạn thần kinh chức năng nhưng khám xét khách quan có thể tìm thấy những biến đổi thực thể quan trọng của hệ thần kinh.

Chú ý lời nói, khả năng lĩnh hội, tốc độ và mức độ thực hiện chính xác các động tác có thể cho một vài khái niệm về tâm lý người bệnh.

A- QUAN SÁT (NHÌN):

- Dáng đi: bước đi mất điều hòa (ataxie) trong tổn thương tiểu não, bước đi co cứng trong liệt nửa người.

- Tư thế của bệnh nhân

- Nét mặt trong hội chứng Parkinson, trong loạn thần kinh chức năng

- Quan sát tình trạng teo cơ.

- Quan sát vận động tùy ý.

- Quan sát vận động không tùy ý: run, rung thớ cơ (fibrillation), giật cơ, múa giật (choreé), múa vờn (athétose), co thắt xoắn vặn (torsion spasme) cổ cứng vẹo cổ (torticolis), máy cơ (tics), cơn co giật.

B- SỜ:

Sờ nắn sọ và các móm gai đôi khi có thể phát hiện chỗ khuyết lõm do chấn thương, các sẹo, các tổn thương phá hủy, hoặc khối u.

Sờ nắn các động mạch cảnh ở cổ và tìm sự mất đối xứng giữa các mạch đó.



THƯ VIỆN
HUBT

TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

C- GỖ:

Gỗ vào sọ và các móm gai có thể thấy đau tại chỗ trong trường hợp bị áp xe ngoài màng cứng, đốt sống bị chấn thương hoặc bị lao....

D- NGHE:

Nghe trên sọ hoặc trên đốt sống: đôi khi có thể nghe thấy tiếng rì rào (murmure) trên vòm sọ hoặc ở ổ mắt hoặc trên cột sống trong trường hợp phình mạch hoặc dị dạng động mạch.

Nghe vùng cổ: có thể phát hiện tiếng rì rào do hẹp động mạch cảnh, động mạch cột sống hoặc động mạch dưới đòn. Tiếng rì rào này chỉ có ý nghĩa khi là một tiếng cục bộ không phải là dẫn truyền từ tim tới. Tiếng đó có thể phát sinh từ động mạch cảnh trong hoặc động mạch cảnh ngoài bên hẹp hay bên đối diện vì luồng máu chảy ở bên đối diện có thể tăng lên.

Nếu sờ và nghe thấy các thay đổi ở mạch máu vùng cổ, nghĩ tới căn nguyên mạch máu gây ra tổn thương trong sọ.

E- KHÁM CÁC DÂY THẦN KINH SỌ NÃO:

Thường chỉ giới hạn ở khám đồng tử, khám vận động nhãn cầu, khám cơ mặt và lưỡi.

1. Khám đồng tử.

- Bệnh nhân đứng đối diện với nguồn sáng.

- Xác định hình dạng và kích thước đồng tử bằng cách quan sát. Đồng tử không đều có thể là do bệnh thần kinh thực thể hoặc bệnh của mắt (do dị dạng bẩm sinh hoặc do phân bố không đều thần kinh giao cảm của mắt). Biến dạng đồng tử có thể là do tổn thương thực thể hệ thần kinh, nhưng

nếu phản xạ đồng tử bình thường thì rất khó đánh giá biến dạng đồng tử là một dấu hiệu thực thể.

- Khám phản xạ đồng tử với ánh sáng và với điều tiết, hội tụ.

Trong đa số trường hợp thay đổi phản xạ đồng tử là dấu hiệu bệnh thần kinh thực thể (giang mai hệ thần kinh, viêm não dịch tể, rạn nền sọ, tổn thương thân não, nghiện rượu).

2. Quan sát vị trí và vận động của nhãn cầu

- Lác (lác trong hay lác ngoài) không phải bao giờ cũng là triệu chứng tổn thương các dây thần kinh vận động (dây III, IV, VI) mà còn do dị tật bẩm sinh hoặc do nguyên nhân bất thường ở mắt gây ra. Trường hợp lác bẩm sinh hoặc do nguyên nhân ở mắt không thấy có nhìn đôi. Trường hợp lác do tổn thương dây thần kinh vận nhãn, bệnh nhân bị nhìn đôi khi liếc mắt về bên liệt (cần phân biệt nhìn đôi thực sự và nhìn đôi hystérie: lấy bàn tay bịt một mắt lại, nhìn đôi thực sự sẽ mất).

Khi khám vận động nhãn cầu ta có thể phát hiện được tổn thương các cơ của mắt hoặc liệt nhìn hoặc rung giật nhãn cầu. Trường hợp rung giật nhãn cầu không rõ cần khám rung giật nhãn cầu tư thế (nghiệm pháp Kleyne: ngửa cổ hoặc nghiêng đầu quá mức về một bên sẽ xuất hiện cảm giác chóng mặt, rung giật nhãn cầu hoặc dấu hiệu Babinski; nghiệm pháp Bauer: ngửa và quay cổ quá mức đồng thời dễ động mạnh cảnh sẽ có rung giật nhãn cầu, chóng mặt), nguyên nhân do thiếu năng tuần hoàn não hệ động mạch sống - nền.

Rung giật nhãn cầu kiểu "một vài cái" có thể ở người hoàn toàn khỏe mạnh.

Rung giật nhãn cầu dai dẳng nhưng không có các triệu

chứng khác kèm theo thì cũng không được coi là một triệu chứng bệnh thần kinh thực thể (ví dụ rung giật nhãn cầu ở người nghiện thuốc lá (do nhiễm độc nicotin trường diễn, thợ mỏ, thợ lặn).

Rung giật nhãn cầu bẩm sinh (do khuyết tật phát triển cơ thể); rung giật nhãn cầu mạnh, thường kiểu xoay, thậm chí thấy cả ở tư thế yên tĩnh của nhãn cầu. Khi bệnh nhân nhìn lên trên, rung giật nhãn cầu ngang và xoay vẫn tồn tại với cường độ mạn. Trái lại rung giật nhãn cầu ngang do bệnh thực thể của hệ thần kinh trung ương thì khi bệnh nhân nhìn lên trên, rung giật nhãn cầu sẽ mất hẳn hoặc yếu đi. Rung giật nhãn cầu riêng rẽ, di truyền do hệ thống tiền đình kém phát triển, đôi khi phối hợp với chứng đầu lác lư và giảm thị lực (thông thường do di truyền trội liên quan đến giới tính).

3. Quan sát các cơ mặt.

+ Liệt mặt kiểu ngoại vi:

- Khi nghỉ thì mặt không cân xứng, khe mi rộng, mắt nhắm xuống chặt rãnh mí má mờ, góc miệng hạ thấp.

- Yêu cầu bệnh nhân: nhắm trán, nhắm nghiền mắt, nhắm mũi, há rộng miệng hoặc nhe răng v.v... biểu hiện mất cân xứng càng rõ.

- Phản xạ trên mày của bên liệt bị giảm hoặc mất.

Nếu liệt cơ các mặt có biến chứng cơ cứng thì mặt bị kéo về bên liệt, các cơ mặt bên còn thường kiểu "tic" và đồng bộ với nháy mắt, khe mi bị hẹp lại, khả năng hưng phấn của các cơ mặt bên liệt tăng.

+ Liệt mặt kiểu trung ương: chỉ nhóm cơ mặt dưới bị yếu, phản xạ trên ổ mắt không bị giảm và thường kèm theo liệt

kiểu trung ương nửa người cùng bên. Giảm phản xạ da bụng, tăng phản xạ gân xương, có phản xạ bệnh lý bó tháp.

(*Chú ý:* trong thực tế có nhiều người bẩm sinh mặt không đối xứng).

+ Trong trường hợp loạn thần kinh chức năng khi nhắm mắt có thể thấy run mi mắt.

4. Quan sát các cơ lưỡi:

+ Liệt các cơ lưỡi kiểu trung ương:

Lệch lưỡi kết hợp với liệt nhóm cơ mặt dưới và các triệu chứng của bó tháp. Bên tổn thương có:

- Teo nửa lưỡi.

- Rung thớ cơ.

- Thè lưỡi thì lưỡi bị lệch về bên bệnh. Khi rút lưỡi vào thì lệch về bên lành.

Tổn thương dây XII cả hai bên sẽ gây liệt và teo lưỡi hoàn toàn dẫn tới nói khó (dysarthrie) hoặc mất vận ngôn (anarthrie).

+ Liệt các cơ lưỡi kiểu ngoại vi thường là triệu chứng của bệnh rỗng hành não (syringobulbie) hoặc bệnh xơ cứng cột bên teo cơ (sclérose latérale amyotrophique).

+ Tổn thương cả hai bên dây XII, X, IX: có thể do tổn thương hai bên hành não (hội chứng liệt hành não), hoặc do tổn thương hai bên ở trên thân của các dây thần kinh nói trên (hội chứng liệt giả hành não).

+ Lệch lưỡi sang bên khi thè lưỡi có thể là bẩm sinh, nếu chỉ là một triệu chứng đơn độc.

G- KHÁM CHI TRÊN:

1. Yêu cầu bệnh nhân giơ hai tay bằng vai ra trước, đồng thời xoa các ngón tay và quan sát:

- Sức cơ: bên liệt từ từ rơi xuống.
- Run nhỏ ở các ngón tay, được coi như một triệu chứng khách quan trong rối loạn thần kinh chức năng, song thật ra nó chỉ có giá trị tương đối.
- Rối loạn dinh dưỡng: xanh tím đầu chi, teo các cơ nhỏ ở bàn tay.
- Co cứng chi trên.
- Khuyết tật các ngón tay, dị dạng các ngón tay và bàn tay:

2. Nghiệm pháp gọng kìm:

Bệnh nhân dùng ngón cái, giữ chặt lần lượt các ngón khác tạo thành một vòng giống như "gọng kìm", người khám dùng "gọng kìm" bằng ngón cái và ngón trỏ để mở "gọng kìm" của bệnh nhân hoặc dùng ngón trỏ kéo cho hai đầu "gọng kìm" tách ra: khi bình thường thì không mở ra được.

3. Khám phản xạ gân xương :

Khám phản xạ trâm quay, phản xạ gân cơ nhị đầu và phản xạ gân cơ tam đầu. Khi thấy mất một phản xạ nào, cần phải khám kỹ hơn (ví dụ khám cảm giác).

Khám nhanh phản xạ chi trên nên tiến hành như sau:

- Khám phản xạ trâm quay:

Tư thế: khuỷu và cổ tay bệnh nhân hơi gấp, các cơ chi trên trên ở tư thế mềm mại. Người khám dùng tay trái cầm

cả hai bàn tay (phía đầu ngón tay) của bệnh nhân.

Nơi gõ: móm trâm xương quay hai bên.

- Khám phản xạ gân cơ nhị đầu:

Tư thế: vẫn ở tư thế khám phản xạ trâm quay.

Nơi gõ: gân của cơ nhị đầu ở khuỷu.

Nếu với các phương pháp trên không gây được phản xạ trâm quay và phản xạ gân cơ nhị đầu, cho bệnh nhân ngồi, hai bàn tay đặt lên hai đùi, cẳng tay hơi ngửa khuỷu tay, cổ tay và các khớp ngón tay hơi gấp. Hai tay để ở tư thế hoàn toàn đối xứng nhau, đoãi mềm các cơ. Người khám gõ búa phản xạ vào móm trâm quay để tìm phản xạ trâm quay, sau đó lấy ngón cái của tay trái sờ gân cơ nhị đầu ở nếp khuỷu và ấn nhẹ vào gân này, rồi gõ búa phản xạ vào ngón cái đó để tìm phản xạ gân cơ nhị đầu.

Khám phản xạ gân cơ tam đầu:

Tư thế: bàn tay trái người khám đỡ cánh tay bệnh nhân ở gần khớp khuỷu để cho cẳng tay bệnh nhân buông thõng tự do và hợp với cánh tay thành một góc 90° .

Nơi gõ: gân cơ tam đầu, chỗ cao hơn móm khuỷu 2 - 3cm,

Nếu mất phản xạ ở một bên hoặc phản xạ không đều có ý nghĩ bệnh lý rất lớn.

4. Khám phản xạ bệnh lý bó tháp:

Phản xạ Rossolimo, phản xạ Hoffmann

5. Khám phối hợp vận động chi trên:

Để định hướng nhanh chóng về sự mất điều hòa (ataxie):

- Nghiệm pháp ngón tay trở mũi



- Nghiệm pháp ngón - ngón

H- KHÁM PHẢN XẠ DA BỤNG:

Bệnh nhân nằm ngửa, cơ hai chân, quệt kim khi thở ra (lúc nghỉ ngắn trước khi thở vào).

Phản xạ da bụng mất hoặc không đều là một trong những triệu chứng sớm của tổn thương bó tháp (trừ những trường hợp thành bụng quá nhẽo, béo phì, sẹo lớn ở thành bụng...)

Đôi khi khám phản xạ gân cơ bụng (phản xạ bụng sâu) là phương pháp khám tốt để kiểm tra xem phản xạ bụng có đều hay không.

I- KHÁM CHI DƯỚI:

1. Khám sức cơ

- Bệnh nhân duỗi mạnh ngón chân cái về phía mu chân, người khám chống lại.

- Bệnh nhân gấp mạnh ngón chân cái về phía gân chân, người khám chống lại.

Qua đó ta đánh giá sức cơ hai chi dưới.

2. Khám phối hợp vận động của chi dưới.

Nhằm phát hiện sự mất điều hòa (atxie) ở chi dưới trong tổn thương tiểu não hoặc trong rối loạn cảm giác cơ khớp:

- + Nghiệm pháp gót - gối

- + Nghiệm pháp gấp phối hợp đùi với thân (Babinski)

3. Khám phản xạ chi dưới

a) Phản xạ gối: (chú ý dùng biện pháp Jendrassik)

TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

b) *Khám phản xạ bệnh lý bó tháp:*

Khám phản xạ bệnh lý bó tháp Babinski, Rossolimo (chú ý thao tác của Hồ Hữu Lương phát hiện sớm phản xạ bệnh lý bó tháp).

c) *Khám phản xạ gối:* khám ở tư thế quỳ.

Sau khi khám thần kinh, nếu nghi ngờ có căn nguyên tâm lý, có thể khám thêm "test bấm huyết ấn đường" và "test bấm huyết nội quan" của Hồ Hữu Lương:

- Test bấm huyết ấn đường:

Bệnh nhân nhắm nghiền mắt, người khám dùng ngón tay cái bấm vào huyết ấn đường, kết hợp với lời nói ám thị, bệnh nhân sẽ không mở mắt được nữa (hình 86A).

- Test bấm huyết nội quan:

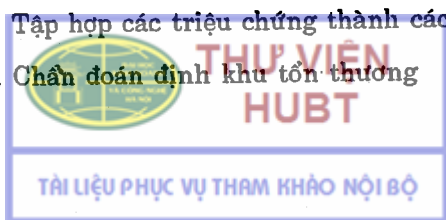
Bệnh nhân nắm chặt bàn tay lại. Người khám bấm vào huyết nội quan, kết hợp với lời nói ám thị. Bệnh nhân sẽ không mở tay ra được nữa (hình 86B).

Nếu test bấm huyết ấn đường và Nội quan dương tính (không mở mắt, không xòe tay ra được) chứng tỏ bệnh nhân dễ bị ám thị. Hai test này góp phần chẩn đoán phân biệt bệnh thực thể và hystérie

K - CHẨN ĐOÁN

Quá trình chẩn đoán thường thao thử tự sau:

1. Đánh giá tỷ mỉ và có trình tự các triệu chứng chủ quan và khách quan
2. Tập hợp các triệu chứng thành các hội chứng
3. Chẩn đoán định khu tổn thương



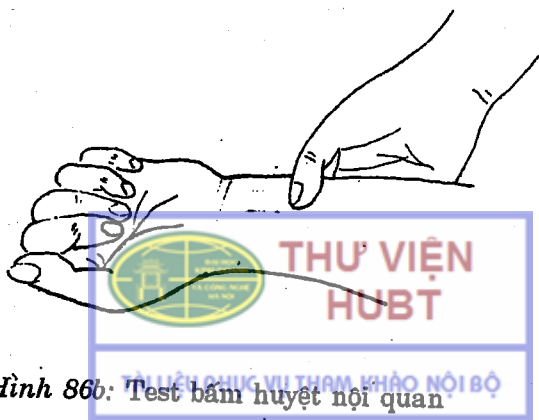
4. Chẩn đoán nguyên nhân tổn thương

Tập hợp các tư liệu thu được từ bệnh sử, khám nội dung, khám chuyên khoa và khám thần kinh, nhiều trường hợp có thể chẩn đoán đúng bệnh dựa trên cơ sở lâm sàng đơn thuần. Trong trường hợp chưa đủ để có thể chẩn đoán chắc chắn có thể đề ra một số khám xét bổ sung.

Khám lâm sàng thần kinh là thủ thuật nội khoa chính xác và thanh lịch, đòi hỏi người thầy thuốc phải luôn luôn rèn luyện thao tác, để không ngừng nâng cao tay nghề, đúc kết được nhiều kinh nghiệm quý báu góp phần phát hiện triệu chứng và chẩn đoán bệnh chính xác.



Hình 86a: Test bấm huyết ấn đường



Hình 86b: Test bấm huyết nội quan

CHƯƠNG XVI

KHÁM THẦN KINH TRẺ SƠ SINH

Khoảng 2 giờ sau khi bú, trẻ em thường đủ nhanh nhẹn để đáp ứng các thử nghiệm. Nhưng nếu chỉ khám được một lần thì nên đợi đến ngày thứ ba hoặc muộn hơn vì trước thời hạn đó các dấu hiệu hay thay đổi. Nên khám trẻ em khi có mặt người mẹ để có thể hỏi bổ sung những chi tiết cần thiết.

I. HỎI BỆNH

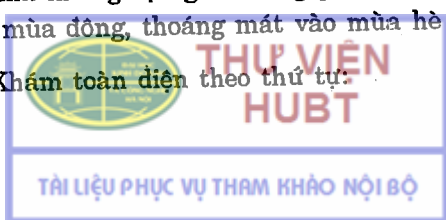
Trước khi khám phải hỏi:

- Tiền sử: có yếu tố di truyền hoặc nhiễm khuẩn không?
Đã sử dụng những thuốc gì khi có thai và trong quá trình sinh đẻ?
- Hỏi những yếu tố có ảnh hưởng đến trạng thái của trẻ em như giờ cho bú cuối cùng trước khi đến khám, các thuốc đã sử dụng trong khoảng 24 giờ trước đó?
- Có những triệu chứng bất thường không? (có giật, dễ kích động, nôn mửa, ngủ gà hoặc cơn xanh tím...)

II. KHÁM LÂM SÀNG

Để đứa trẻ nằm trên một chiếc bàn đủ rộng, để trẻ có thể lăn mà không sợ ngã. Phòng phải có đủ ánh sáng và ấm áp vào mùa đông, thoáng mát vào mùa hè

Khám toàn diện theo thứ tự:



A - QUAN SÁT:

Phải quan sát kỹ đứa trẻ từ xa tới gần để biết được:

1. Diện mạo : bình thường hay bất thường.

- Thí dụ: đứa trẻ bị não nước (hydrocéphalie) thì có trán dô, thóp phồng, giãn tĩnh mạch da đầu và nhãn cầu quay xuống, để lộ hẳn một vành củng mạc ở trên, thành dấu hiệu "Mặt trời lặn", có thể thấy vận động nhãn cầu không phối hợp.

- Có thể phát hiện liệt mặt.

2. Tư thế của đứa trẻ.

- Nếu trương lực cơ bị giảm rõ rệt thì đứa trẻ nằm ngửa đùi dạng thẳng góc, đầu gõ duỗi thẳng và sát xuống mặt bàn.

- Nếu tăng trương lực các cơ duỗi thì có thể thấy thân đứa trẻ bị cong ra sau.

3. Động tác.

- Bất động hoặc hoạt động quá mức (chú ý so sánh hoạt động hai tay, hai chân).

- Động tác bất thường: giật và rung với nhịp nhanh.

- Động tác hô hấp: nhịp thở thế nào? có những cơn ngạt thở không?

4. Tiếng khóc.

Trẻ khóc rên cao tiếng trong bệnh viêm màng não hoặc không khóc chút nào là bất thường.

TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

B - ĐÁNH GIÁ TÍNH LINH HOẠT (ALERTNESS):

Sau khi quan sát, tiến hành đánh giá tính linh hoạt của đứa trẻ theo những tiêu chuẩn sau đây:

1. Dung mạo chung về nét mặt

2. Vận động bất thường.

3. Đáp ứng với những kích thích có hại: ví dụ quay đầu khi bị véo vào tai. rút cẳng chân vào khi bị châm kim vào gan bàn chân.

4. Các phản xạ miệng: mức độ dễ khêu gọi các phản xạ miệng là một thử nghiệm tốt để đánh giá tính linh hoạt của đứa trẻ.

5. Quan sát khi bú: đứa trẻ tìm và bắt được đầu vú (tất cả quá trình bú là một cơ chế phức tạp, thể hiện tính linh hoạt).

C - KHÁM CÁC DÂY THẦN KINH SỢ NÃO:

+ Dây I: cho ngửi mùi khớ chịu, trẻ bình thường sẽ nhăn mặt.

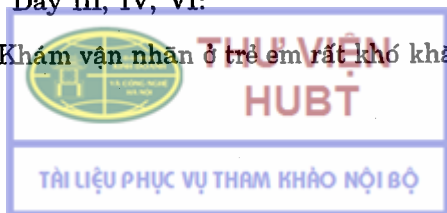
+ Dây II:

- Khám thị lực: đưa một vật tiến nhanh đến gần mắt trẻ bình thường sẽ nhắm mắt. (nói chung khám thị lực ở trẻ em rất khó khăn. Theo André Thomas thì sau 7 - 8 tháng hoặc muộn hơn nữa đứa trẻ mới bắt đầu có đáp ứng).

- Soi đáy mắt khi nghi ngờ có biểu hiện bệnh lý.

+ Dây III, IV, VI:

- Khám vận nhãn ở trẻ em rất khó khăn, thường phải quay



đầu trẻ sang một bên hoặc chiếu sáng vào mắt, bình thường trẻ sơ sinh sẽ vận động nhãn cầu về hướng nguồn sáng.

- Khám phản xạ đồng tử với ánh sáng: ở trẻ nhũ nhi có thể phải kéo dài thời gian chiếu sáng mới gây được phản xạ.

+ Dây V:

- Khám các phản xạ miệng.

- Khám phản xạ giác mạc.

+ Dây VII:

- Phát hiện liệt mặt khi đứa trẻ khóc

- Khám phản xạ mũi - mi, phản xạ miệng

+ Dây VIII:

- Thính giác:

Kích thích bằng tiếng động (thường dùng một cái phách bằng gỗ hoặc vỗ tay hoặc đập đầu ngón tay cái và ngón giữa cho thành tiếng kêu cạnh tai sẽ thấy đứa trẻ đáp ứng bằng chớp mắt, nhắm mắt hoặc giật mình.

- Tiền đình:

Khám rung giật nhãn cầu: người khám nâng đứa trẻ lên trước mặt mình và nghiêng đứa trẻ chừng 30° về phía sau (hình 87) rồi quay đứa trẻ hai ba vòng. Trong khi quay nhãn cầu đứa trẻ sẽ ngả về phía quay. Khi ngừng quay thì nhãn cầu quay ngược lại hướng cũ.

+ Dây IX, X, XII:

- Tìm bất thường ở vòm miệng.



Hình 87: Khám rung
giật nhãn cầu

- Khám phản xạ
nuốt và tiếng khóc.

- Khám các động tác
của lưỡi

+ Dây XI:

Quan sát khi đưa
trẻ quay đầu và
mặt để phát hiện
sức cơ thang và cơ
ức - đòn - chũm

D- KHÁM TRƯỞNG LỰC CƠ

1. Khám xét.

a) *Quan sát tư thế:* tư thế của đứa trẻ được tạo nên bởi sự phân bố trương lực cơ vì vậy ngay trong lúc quan sát tư thế của đứa trẻ, ta có thể nhận định được trương lực cơ gấp hay duỗi chiếm ưu thế.

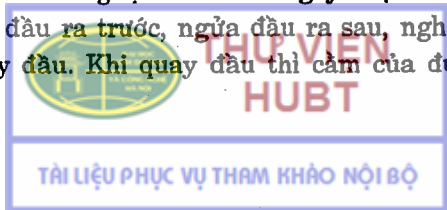
b) *Xác định "độ cứng" của các cơ:*

+ Nắn nhẹ các cơ bằng ngón cái và ngón trỏ

+ So sánh trương lực cơ của đứa trẻ với trương lực cơ ở khoảng gian cốt thứ nhất (giữa ngón tay cái và ngón trỏ) của người khám.

c) *Đánh giá tầm hoạt động của khớp:*

+ Trương lực cơ ở cổ và gáy được đánh giá bằng động tác gấp đầu ra trước, ngửa đầu ra sau, nghiêng sang hai bên và quay đầu. Khi quay đầu thì cằm của đứa trẻ sinh đủ tháng

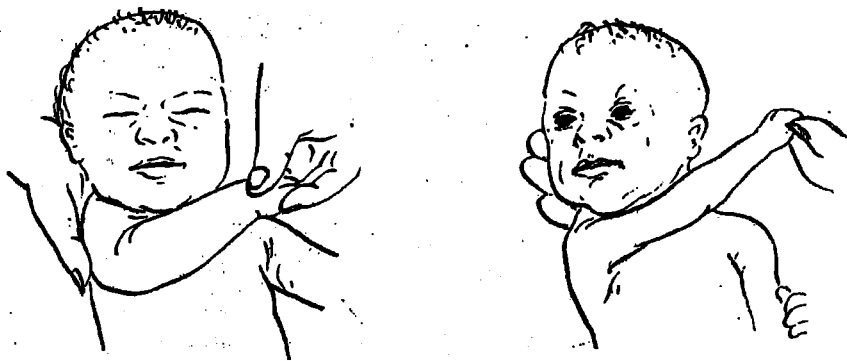


đưa được tới mồm cùng vai, nhưng ở trẻ đẻ non thì cầm vượt quá mồm cùng vai.

Trong khi thực hiện các động tác này cần phải giữ cố định thân và giữ nhẹ cánh tay sát vào thân đứa trẻ.

+ Trương lực cơ của chi trên được đánh giá bằng động tác của khớp vai và khớp cổ tay.

- Dấu hiệu "khăn quàng cổ" (hình 88):



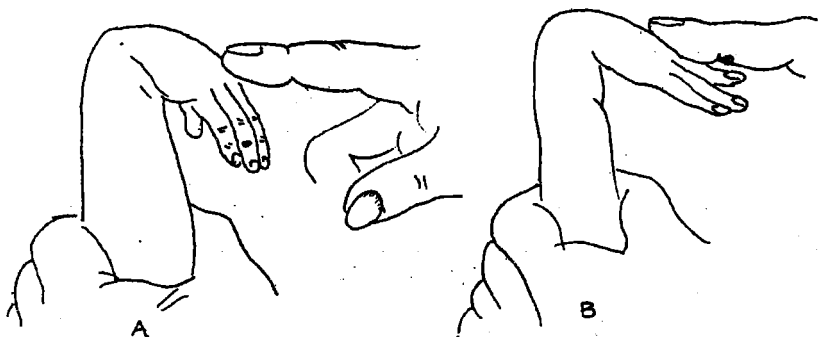
Hình 88: Dấu hiệu khăn quàng cổ

a) Ở trẻ sơ sinh đủ tháng; b) Ở trẻ đẻ non

Để đứa trẻ nằm thoải mái, đầu thẳng, đưa bàn tay của nó vòng qua trước cổ tới vai bên đối diện; ở trẻ sơ sinh đủ tháng, bàn tay đưa được tới mồm cùng vai. Ở trẻ đẻ non thì bàn tay vượt quá mồm cùng vai.

- Gấp thụ động cổ tay thì tạo được thành một "cửa sổ": góc nhọn hơn trẻ sơ sinh đủ tháng và góc rộng hơn ở trẻ bị liệt cứng (hình 89).

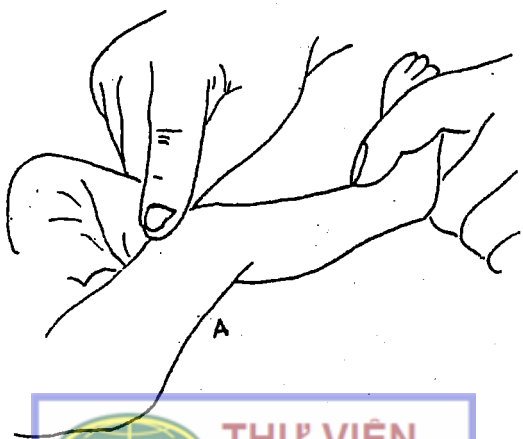
+ Trương lực cơ của chi dưới được đánh giá bằng động tác khớp háng, khớp gối và khớp cổ chân.



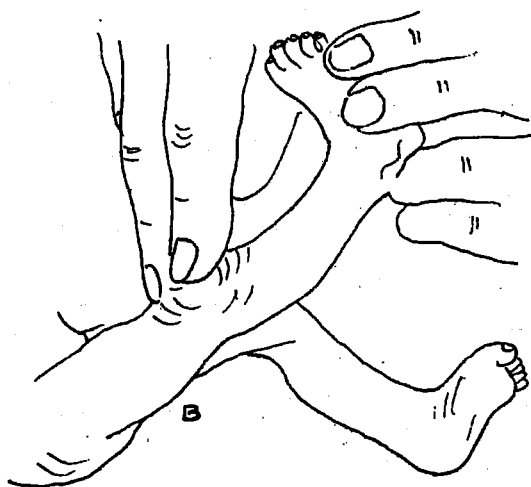
Hình 89: Dấu hiệu của sứt;
A- Trẻ bình thường; B- Trẻ bị liệt cứng

- Gấp đùi thẳng góc với cẳng chân rồi dặt ra. Bình thường đầu gối gần sát mặt bàn. Động tác dặt háng bị hạn chế trong trạng thái tăng trương lực cơ hoặc trật khớp háng bẩm sinh.

- Khớp gối không thể duỗi được hoàn toàn ở trẻ sơ sinh đủ tháng (hình 90) nhưng ở trẻ đẻ non có thể duỗi được hoàn toàn (hình 90B).



Hình 90A
Duỗi khớp gối
- Trẻ đủ tháng



Hình 90B: Trẻ đẻ non

- Gấp bàn chân thụ động về phía mu chân thì mu bàn chân sát mặt trước cẳng chân (ở trẻ sơ sinh đủ tháng) (hình 91). Trường hợp liệt cứng thì hạn chế biên độ gấp bàn chân về phía mu chân.

+ Khám trương lực cơ thân mình bằng gấp, duỗi lưng và nghiêng sang hai bên.

d) Xác định sức chống lại những động tác thụ động.

e) Đánh giá độ ve vẩy bàn tay và bàn chân.

Bình thường động tác bị ngừng sau vài lần ve vẩy, ở trẻ đẻ non số lần ve vẩy tăng lên.

2. Nhận định.

- Trương lực cơ bình thường hay không?

- Trương lực cơ tăng hay giảm?



**THƯ VIỆN
HUBT**

THIẾT LẬP VÀ THAM KHẢO NỘI BỘ



Hình 91: Gấp bàn chân thụ động

- Trương lực cơ đối xứng hay không?

E - KHÁM PHẢN XẠ:

1. Phản xạ nguyên thủy:

a) Các phản xạ miệng:

+ Phản xạ bú:

Thử phản xạ bú bằng cách đưa ngón tay hoặc đầu vú cao su vào miệng, ở trẻ bình thường sẽ thấy động tác của trẻ đáp ứng mạnh mẽ. Mất phản xạ bú thường gặp ở những trẻ đẻ non.

+ Phản xạ "rúc" hay "tìm kiếm".

Trẻ đủ tháng, khi má của nó áp sát vào ngực mẹ, thì đứa trẻ có phản xạ "rúc" tìm sữa. Như vậy đứa trẻ có khả năng tìm thấy đầu vú.

+ Sờ nhẹ vào một bên khóe miệng thì môi dưới bên đó sẽ hạ xuống và lưỡi đưa ra hướng tới điểm kích thích. Khi lướt ngón tay rời điểm này, đầu nó sẽ quay theo.



**THƯ VIỆN
HUBT**

TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

+ Kích thích ở giữa môi trên, môi dưới trẻ sẽ nâng lên, để hở lợi ra và lưỡi hướng tới nơi kích thích. Lướt ngón tay lên rãnh mũi - miệng, đầu đứa trẻ sẽ duỗi theo.

+ Gõ nhẹ giữa môi dưới, môi hạ xuống và lưỡi sẽ hướng tới nơi kích thích. Nếu ngón tay lướt xuống cằm, thì hàm dưới hạ xuống và đầu sẽ gập theo.

b) Phản xạ co cứng do tư thế cổ:

Bình thường trong hai tháng đầu, khi ta đặt đứa trẻ nằm ngửa có thể thấy đầu nó quay sang một bên, tay bên đó duỗi, đầu gối bên kia gập (hình 92). Hoặc khi ta làm quay đầu thụ động thì cũng làm cho trương lực chi trên ở bên hướng quay tăng lên. Bình thường phản xạ này biến đi vào lứa tuổi hai ba tháng. Trong trường hợp liệt do não, phản xạ này tồn tại lâu và có thể tăng.

c) Phản xạ Moro (mô tả 1918)

* Cách khám:

b) Có ba cách gây phản xạ Moro:



Hình 92 - Phản xạ co cứng do tư thế cổ (đầu quay sang trái, tay trái duỗi, tay và chân phải co)

+ Đặt đứa trẻ nằm ngửa, nâng gáy nó trên tay, giữ đầu ngay ngắn (nếu không, phản xạ có thể không đối xứng) rồi rút tay nhanh để buông đầu đứa trẻ ra (hình 93A) thì gây nên phản xạ.

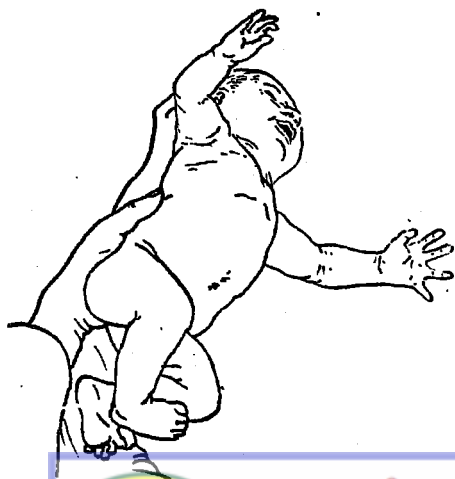
+ Cầm tay đứa trẻ nhẹ nhàng kéo nhắc nó khỏi mặt bàn chút ít rồi đột nhiên buông tay làm cho cổ nó cử động đột ngột gây nên phản xạ.

+ Người khám đập tay xuống giường.

* Đáp ứng:

+ Bình thường: đứa trẻ dặng và duỗi tay, bàn tay mở ra (hình 93B) (nhưng nhiều khi các ngón tay vẫn khum khum). Tiếp theo giai đoạn đó là khép tay như muốn ôm.

Phản xạ Moro ở trẻ bình thường biến đi sau khi trẻ được hai ba tháng.



Hình 93A :

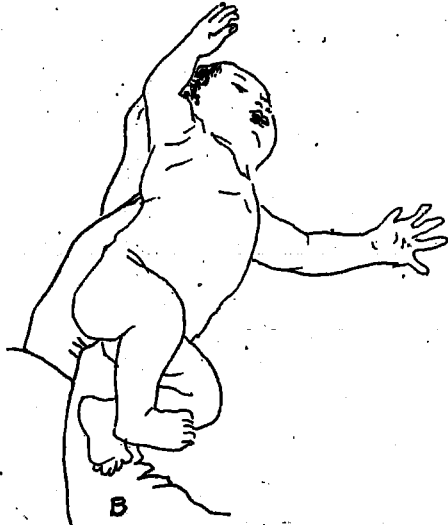
Phản xạ Moro

A- Cách khám:

B- Đáp ứng của
phản xạ Moro



THƯ VIỆN
HUBT



Hình 93:
Phản xạ Moro
B- Đáp ứng
của phản xạ
Moro

+ Phản xạ Moro tăng (do tăng trương lực cơ): rất dễ gây phản xạ, các động tác quá mạnh và có thể xuất hiện rung bàn tay.

+ Phản xạ Moro giảm:

- Có 3 mức độ rối loạn phản xạ:

. Mức nhẹ: tới cao điểm của phản xạ, tay không mở.

. Mức trung bình: động tác tay không đầy đủ.

. Mức nặng: không gây được phản xạ vì tay gấp lại quá mạnh.

- Nguyên nhân giảm phản xạ Moro:

Do giảm trương lực cơ, ví dụ như trường hợp mất trương lực cơ bẩm sinh hoặc do tổn thương não.

TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

Phản xạ Moro ở trẻ đẻ non có khuynh hướng rơi xuống mặt giường trong giai đoạn dạng.

+ Phản xạ Moro không đối xứng thường gặp trong:

- Chấn thương khi lọt lòng gây tổn thương đám rối thần kinh cánh tay, gãy xương đòn hoặc xương cánh tay.

- Liệt nửa người.

d) *Phản xạ nắm:*

+ Cách khám:

Người khám đưa ngón tay của mình cho đứa trẻ nắm, sau đó nhẹ nhàng nhấc ngón tay lên.

+ Đáp ứng:

- Bình thường: ở trẻ đủ tháng sẽ thấy đứa trẻ nắm rất chặt, các cơ từ cổ tay đến vai của nó dần dần căng lên cho đến lúc nó gần như được "treo" trên tay người khám (hình 94a).

Vào khoảng 2 tháng tuổi, phản xạ nắm yếu đi nhiều và mất đi vào khoảng sau 3 tháng tuổi.

- Ở trẻ đẻ non, ta có thể nhấc được ngón tay lên, nhưng khi kéo thêm thì các cơ kém "căng" hơn nhiều.

- Phản xạ nắm đặc biệt mạnh: có thể gặp trong thể liệt cứng do tổn thương não.

- Phản xạ nắm mất đối xứng gặp trong liệt nửa người.

- Phản xạ nắm tồn tại lâu: biểu hiện liệt cứng do tổn thương não.

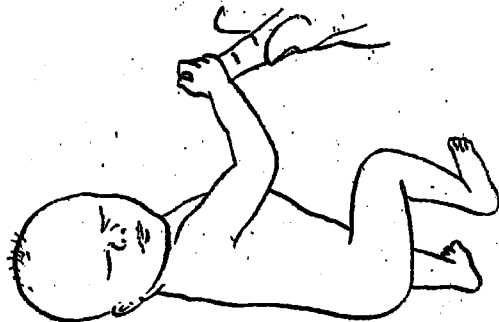


THƯ VIỆN
HUYẾT

TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

Hình 94a:

**Phản xạ nắm
của trẻ đủ tháng**



e) Phản xạ gan tay - cầm

Khi gõ vào mô cái và mô út, các cơ cầm co lại và môi chếch lên. Phản xạ này gặp 75% ở trẻ em trong tháng đầu và 90° từ 1 đến 6 tháng.

g) Phản xạ uốn mình (phản xạ Galant).

Đỡ ngang bụng nâng đứa trẻ lên (hoặc để nằm sấp) rồi kích thích ở bên cột sống lưng hoặc thắt lưng, đứa trẻ đáp ứng bằng phản xạ uốn mình về phía bên kích thích. Ở trẻ bình thường thì phản xạ uốn mình hai bên đối xứng nhau.

h) Phản xạ duỗi chéo:

Giữ một chi dưới cho thẳng ở đầu gối rồi ấn mạnh hoặc gõ vào gan bàn chân bên đó. Chân bên kia sẽ gấp lại, khép vào rồi duỗi ra hình như muốn đẩy tác nhân kích thích đi. Bình thường sau một tháng tuổi thì đứa trẻ không còn phản xạ này nữa. Phản xạ này tồn tại lâu trong liệt do tổn thương não.

2. Phản xạ gân xương

Ở trẻ sơ sinh phản xạ gân xương có giá trị nhất và dễ kêu gọi nhất là phản xạ gân cơ nhị đầu cánh tay, phản xạ bánh chè. Phản xạ gót chỉ dễ kêu gọi khi ta đặt đứa trẻ nằm sấp, rồi gõ vào gót chân hoặc ấn vào gan chân nó.

3. Phản xạ da bụng, phản xạ đùi - bâu.

Nếu khám kiên trì có thể phát hiện được phản xạ da bụng, phản xạ đùi - bâu. (Theo Willemse: 77,9% trẻ sơ sinh có phản xạ da bụng) nhưng các phản xạ này không có giá trị đặc biệt để đánh giá tổn thương thần kinh.

4. Phản xạ da bàn chân.

Andér Thomas cho rằng cách tốt nhất để gây nên phản xạ Babinski là giữ cho bàn chân thẳng góc với mặt giường và kích thích phần trước của khoảng gian cốt thứ nhất.

Theo Wilkinson và Brain: bình thường trẻ sơ sinh 8 ngày, bàn chân của nó bao giờ cũng đáp ứng bằng cách duỗi.

5. Rung giật bàn chân.

Đôi khi ở trẻ bình thường có thể có rung giật bàn chân nhưng không kéo dài. Nếu rung giật kéo dài và tồn tại lâu là một dấu hiệu bất thường.

III. KHÁM XÉT BỔ SUNG

Tùy từng trường hợp, có thể tiến hành các khám xét bổ sung như:

1. Đo chu vi đầu

2. Soi qua sọ: trong trường hợp nghi bị não nước hoặc bục máu dưới màng cứng.



THƯ VIỆN
HUBT

TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

3. Chọc dò dưới màng cứng: khi nghi ngờ có máu tụ dưới màng cứng.

4. Chọc sống thất lưng

5. Chọc dò não thất

6. Ghi điện não

7. Ghi điện cơ.



**THƯ VIỆN
HUBT**

TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

PHẦN II

CÁC HỘI CHỨNG THẦN KINH



**THƯ VIỆN
HUBT**

TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

HỘI CHỨNG LIỆT NỬA NGƯỜI

Liệt nửa người (hémiplegie) là mất khả năng vận động hữu ý một nửa cơ thể (gồm nửa mặt, một tay và một chân ở cùng một bên) do tổn thương bó tháp.

I. NHẮC LẠI GIẢI PHẪU BÓ THÁP

(xem hình 27)

II. TRIỆU CHỨNG

1. Cách khởi bệnh:

- + Liệt xuất hiện từ từ, tùy theo bệnh nhân đến khám sớm hay muộn sẽ có mức độ liệt khác nhau.
- + Liệt xuất hiện đột ngột nhưng không có rối loạn ý thức.
- + Liệt xuất hiện đột ngột nặng nề, kèm hôn mê.

2. Các triệu chứng ở bên đối diện với tổn thương:

a) Liệt nửa người

Liệt mặt trung ương cùng bên với liệt tay và chân, liệt ngón chi nặng hơn

b) Thay đổi trương lực cơ

- + Trường hợp xảy ra cấp tính có bệnh cảnh lâm sàng của liệt mềm nửa người (hémiplegie flasque)
- + Giải đoạn sau trương lực cơ tăng gây nên liệt cứng nửa người, điển hình là tư thế Wernicke - Mann.

c) Thay đổi phản xạ.

+ Giai đoạn cấp: phản xạ gân xương và phản xạ da bị giảm hoặc mất.

+ Tiếp theo đó, phản xạ gân xương xuất hiện và rời tăng, lan tỏa, da động, rung giật bàn chân và bánh chè.

+ Mất phản xạ da bụng và phản xạ da đùi - bẹn.

+ Xuất hiện phản xạ bệnh lý bố thấp.

Trường hợp hôn mê sâu, phản xạ Babinski có thể xuất hiện cả hai bên.

d) Rối loạn cảm giác.

Giảm hoặc mất cảm giác nông, sâu. Trường hợp tổn thương một nửa tủy cổ (nội chứng Brown - Séquard): bên liệt mất cảm giác sâu, bên kia mất cảm giác nông.

e) Rối loạn dinh dưỡng và vận mạch

Mu bàn tay, bàn chân, có thể phù nề, tím và lạnh hơn bên lành. Da khô và dễ bong vẩy, các móng dễ gãy, biến dạng, huyết áp ở chi liệt có thể thấp hơn ở chi lành.

3. Phát hiện liệt nửa người ở trẻ nhỏ:

Khó phát hiện vì trẻ không hợp tác

- Quan sát một lúc lâu sẽ thấy bên liệt giảm vận động
- Phát hiện liệt mặt trung ương lúc trẻ cười hoặc khóc
- Kích thích đau cho trẻ vận động tay chân
- Đặt đứa trẻ nằm ngửa, thầy thuốc dùng 2 tay cho trẻ nắm, từ từ nâng đứa trẻ lên, bên liệt tay trẻ nắm không chặt



THƯ VIỆN
Y HỌC

TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

- Xóc nách đưa trẻ cho chân vừa chạm thành giường làm bước đi tự động sẽ thấy hiện tượng chân bên liệt bị lết.

III. CÁC THỂ LÂM SÀNG

1. Liệt nửa người rất nhẹ (Hémi-parésie)

Có thể phát hiện được liệt nửa người do những dấu hiệu kín đáo (signe discret).

+ Liệt mặt rất nhẹ: khi thành hơi khó thấy, bảo bệnh nhân há miệng, nghe răng mới thấy mất cân xứng hoặc bảo bệnh nhân mím môi, nhắm chặt mắt ta chống lại và nhận thấy môi mím không chặt, mi trên nhắm không chặt ở bên liệt.

+ Bại nhẹ tay chân: sức cơ bên bệnh giảm rất nhẹ so với bên lành, bình thường khó thấy. Có thể phát hiện bằng nghiệm pháp gọng kìm hoặc nghiệm pháp Brré. Mingazzini nhưng phải chờ lâu mới thấy chi bên bệnh rơi từ từ. Trương lực cơ và phản xạ gân xương mất cân xứng.

Phản xạ da bụng, đùi - bẹn bên bệnh giảm.

Phản xạ bệnh lý bó tháp bên liệt.

2. Liệt mềm nửa người.

a) *Bệnh nhân có hôn mê*: khám bệnh phát hiện liệt nửa người nói chung khó khăn, có thể thấy:

+ Quay mắt, quay đầu về một bên.

+ Liệt mặt trung ương (liệt trội hơn ở nửa mặt dưới) biểu hiện:

- Dấu hiệu cánh buồn hay dấu hiệu hút điều (fume la pipe): khi bệnh nhân thở ra, má bên liệt phồng như người hút thuốc.

- Nghiệm pháp Pierre Marie - Foix: bên lành sẽ nhắm mắt,

bên liệt không đáp ứng.

+ Liệt tay chân:

- Bàn chân bên liệt đổ ra ngoài.

- Cấu yéo bên lành chân tay co lại, bên liệt không đáp ứng.

- Nâng tay hoặc chân bệnh nhân lên, chi bên liệt rơi nặng nề hơn (như một vật vô tri)

- Bên liệt kèm theo các dấu hiệu tổn thương thần kinh khác:

Trương lực cơ giảm

Phản xạ gân xương giảm hoặc mất.

Phản xạ da bụng, đùi - bủn mất.

Có phản xạ bệnh lý bó tháp.

b) *Bệnh nhân không hôn mê*: khám bệnh phát hiện liệt nửa người dễ dàng

+ Liệt mặt kiểu trung ương: khi thành thoi đã thấy mất cân xứng, bảo bệnh nhân há miệng, nghe răng mất cân xứng càng rõ hơn, bệnh nhân không thổi sáo được.

+ Liệt chân tay rõ, kèm theo:

Trương lực cơ giảm hoặc mất.

Phản xạ gân xương giảm

Có phản xạ bệnh lý bó tháp

Rối loạn dinh dưỡng: môi khô, phù nề tay chân.

3. Liệt cứng nửa người (hémiplegie spasmodique).

Là thể điển hình với đầy đủ các triệu chứng:



THƯ VIỆN
HUBT

TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

+ Liệt mặt kiểu trung ương: khi thảnh thơi đã thấy mặt mất cân xứng, khi vận động các cơ mặt liệt càng thể hiện rõ hơn. Liệt mặt không chuyển sang liệt cứng.

+ Liệt tay chân: ngọn chi nặng hơn, kèm theo:

Trương lực cơ tăng kiểu co cứng thấp, tư thế Wernicke - Mann

Đôi khi kèm theo đồng động.

Phản xạ gân xương tăng, da động, lan tỏa, rung giật bàn chân và bánh chè.

Phản xạ da bụng, phản xạ đùi - bìu giảm.

Có phản xạ bệnh lý bố tháp.

IV. ĐỊNH KHU TỔN THƯƠNG

Liệt nửa người có thể do tổn thương ở vỏ não, bao trong, bao trong - đồi thị (xem hội chứng đồi thị), thân não (cuống não, cầu não, hành não) hay tổn thương cắt ngang một nửa tủy cổ (hội chứng Brown - Séquard) gây liệt nửa người (trừ mặt).

Đôi khi liệt nửa người hai bên (hémiplegie double) còn gặp trong hội chứng giả hành não hội chứng lỗ khuyết não (syndrome lacunaire)

V. NGUYÊN NHÂN

A- TAI BIẾN MẠCH MÁU NÃO:

1. Chảy máu não

a) Triệu chứng điển hình:

- Bệnh nhân trên 50 tuổi bị cao huyết áp.
- Bắt đầu đột ngột không có tiền triệu: đột quỵ chảy máu



não, hôn mê sâu liệt mềm nửa người.

- Trong giai đoạn hôn mê có cao huyết áp,
- Chọc sống thất lưng, dịch não tủy có máu
- Tiến triển: đa số tử vong nhanh

b) Thể triệu chứng:

- Chảy máu não - màng não đôi khi chết nhanh chóng do lỵ não thất (đột quỵ, hôn mê sâu, sốt cao, co cứng, co giật, Babinski 2 bên)

- Bộc máu tự phát trong sọ (hématomie intracérébral spontané) đột quỵ hôn mê, liệt nửa người, nặng dần lên với các dấu hiệu tăng áp lực nội sọ (nhức đầu, nôn, phù đĩa thị).

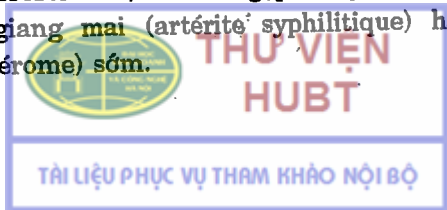
c) Thể nguyên nhân:

- Tăng huyết áp ở bệnh nhân trên 50 tuổi.
- Tăng huyết áp ác tính (hypertension maligne) ở người trẻ.
- Tăng huyết áp kịch phát (hypertension paroxystique) do u thượng thận, sản giật.
- Di dạng mạch máu: phình mạch (anérysme), u mạch (angiome).

2. Nhuyễn não (ramollissement cérébral) do huyết khối (thrombose) hoặc nghẽn mạch não (embolie).

a) Triệu chứng điển hình do huyết khối mạch não:

- Bệnh nhân trên 60 tuổi bị vữa xơ động mạch (athérosclérose) đôi khi gặp ở người trẻ bị viêm động mạch do giang mai (artérite syphilitique) hay vữa động mạch (athérome) sớm.



- Bắt đầu có tiền triệu (nhức đầu, chóng mặt, bại: parésie) các triệu chứng tăng dần, có bán hôn mê hoặc không.

- Chọc sống thất lưng, dịch não tủy không có máu.

- Tiến triển: bệnh thường lui dần, liệt mềm nửa người chuyển sang liệt cứng.

b) Triệu chứng điển hình do nghẽn mạch não:

- Bệnh nhân trẻ tuổi bị mắc bệnh tim: hẹp van hai lá (điển hình là gây liệt nửa người phải có mất ngôn ngữ) viêm nội tâm mạc Osler, phình động mạch cảnh (anévrisme carotidien).

- Bắt đầu đột ngột không có tiền triệu: bất tỉnh tạm thời, liệt một chi hoặc liệt nửa người (hiếm gặp) đôi khi có cơn co giật.

- Chọc sống thất lưng: dịch não tủy thường có máu

- Tiến triển từng đợt:

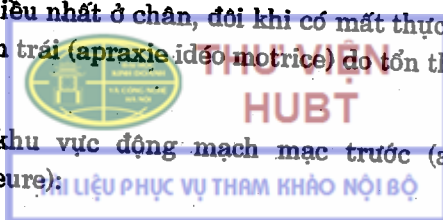
c) Thể theo vị trí tổn thương:

- Nhuyễn não khu vực ngành nông của động mạch não giữa: liệt nửa người kiểu vỏ não (type cortical).

- Nhuyễn não khu vực ngành sâu của động mạch não giữa: liệt nửa người kiểu bao trong, kèm theo mất ngôn ngữ Broca trong trường hợp tổn thương bán cầu trái.

- Nhuyễn não khu vực động mạch não trước: liệt nửa người không đồng đều, nhiều nhất ở chân, đôi khi có mất thực dụng động tác ý vận ở bên trái (apraxie idéo-motrice) do tổn thương thể chai.

- Nhuyễn não khu vực động mạch mạc trước (artère choroidienne antérieure):



Liệt nửa người đồng đều.

Mất cảm giác nửa người bên liệt.

Bán mạnh cùng bên.

Đặc biệt là không có mất ngôn ngữ trong trường hợp liệt nửa người phải

- Nhuyễn thân não hiếm gặp, biểu hiện bằng hội chứng cuống não, cầu não, hành não.

3. Nguyên nhân khác.

- Huyết khối động mạch cảnh trong: liệt mềm nửa người rồi chuyển sang liệt cứng tay liệt nhiều hơn, mù mắt bên đối diện với liệt do huyết khối động mạch trung tâm võng mạc.

- Dị dạng ở động mạch cảnh gốc, cảnh trong.

- Viêm tĩnh mạch não (phlébito cérébrale) do biến chứng viêm tai xương chũm, viêm xoang, sảy thai.

- Biến chứng tắc mạch trong các bệnh phổi, sản khoa.

B - CHẤN THƯƠNG:

1. Chấn thương sọ não.

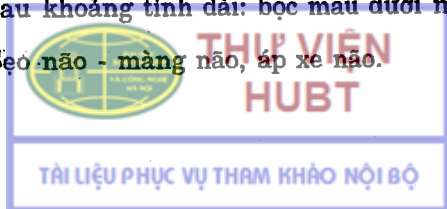
- Trực tiếp: gãy lõm xương sọ, mảnh xương vụn, đạn ở trong sọ.

- Thứ phát: sau khoảng tĩnh (intervalle libre).

. Sau khoảng tĩnh ngắn: bọc máu ngoài màng cứng.

. Sau khoảng tĩnh dài: bọc máu dưới màng cứng.

- Sẹo não - màng não, áp xe não.



2. Nguyên nhân khác.

- + Thắt (ligature) động mạch cảnh.
- + Nghẽn mạch do khí (embolie gazeuse) do chọc dò màng phổi (thoracentèse), phá thai.
- + Chảy máu ngoài nhiều và đột ngột.

C - U NÃO:

1. Triệu chứng điển hình u não.

+ Liệt nửa người nặng dần, thường có cơn động kinh Bravais - Jackson.

+ Có hội chứng tăng áp lực nội sọ (nhức đầu, nôn, phù nề đĩa thị).

+ Khám xét bổ trợ (chụp X quang sọ, chụp động mạch não, chụp não thất, CT. Scanner sọ) cho phép xác định vị trí của khối u. Trường hợp có chỉ định thì chọc sống thất lưng với kim có đường kính nhỏ và tư thế đầu thấp, dịch não tủy có phân ly albumin - tế bào.

2. Thể theo nguyên nhân

+ U ác tính (u thần kinh đệm, di căn) hay lành tính (u màng não).

+ Áp xe não.

+ Gôm giang mai

+ U lao (tuberculome).

+ Bệnh ký sinh trùng (u nang bào sán: kyste hydatique).



D - NHIỄM KHUẨN THẦN KINH

+ Giang mai gây viêm động mạch, gồm giang mai (gommesyphilitique) viêm não - màng não (bệnh liệt toàn thể tiến triển).

+ Viêm não do virus: trong giai đoạn đầu ít khi gây liệt một bên, triệu chứng thường lan tỏa cả 2 bên.

+ Viêm màng não lao và mũ.

E - NGUYÊN NHÂN KHÁC:

+ Nhiễm độc carbon oxyt, chì, đái tháo đường, hạ đường huyết.

+ Xơ cứng rải rác.

G- Ở TRẺ EM:

- Bệnh não.

- Chấn thương sản khoa

- Viêm tĩnh mạch não

- Viêm màng não, u não, giang mai

VI. ĐIỀU TRỊ

Tùy theo từng nguyên nhân



HỘI CHỨNG LIỆT HAI CHI DƯỚI

Liệt hai chi dưới biểu hiện giảm hoặc mất khả năng vận động hữu ý hai chân.

I. NHẮC LẠI GIẢI PHẪU

Liệt hai chi dưới có thể do tổn thương trung ương (tổn thương bó tháp ở tủy sống) hoặc hiếm gặp do tổn thương tiểu tủy cạnh trung tâm ở não hay do tổn thương ngoại biên (tổn thương sừng trước, rễ, dây thần kinh).

II. TRIỆU CHỨNG

Liệt hai chi dưới có thể bắt đầu đột ngột (viêm tủy, viêm sừng trước tủy), hay từ từ (u tủy).

Biểu hiện lâm sàng có hai thể: liệt mềm (flasque) và liệt cứng (spasmodique)

1. Liệt mềm.

+ Bắt đầu thường đột ngột, một số trường hợp có tiền triệu (cảm giác kiến bò, kim châm, đau ở vùng rễ thần kinh bị tổn thương chi phối hoặc ở ngón chi, một số trường hợp có sốt).

+ Toàn phát:

- Sức cơ giảm hoặc mất hẳn.

- Trương lực cơ giảm

- Phản xạ gân xương mất.



Nếu liệt cứng chắc chắn là liệt trung ương còn liệt mềm còn thể là liệt trung ương (giai đoạn sóc tủy) hay liệt ngoại vi. Chẩn đoán phân biệt dựa vào bảng 2.

2. Liệt cứng.

+ **Bắt đầu:** thường từ từ, liệt cứng có thể là giai đoạn tiếp của liệt mềm cũng có thể liệt cứng ngay từ đầu. Trường hợp này có biểu hiện rối loạn cảm giác từ từ: đau, tê bì vùng rễ thần kinh bị tổn thương.

+ **Toàn phát:**

- Sức cơ giảm, chủ yếu ở ngón chi.
- Trương lực cơ tăng kiểu co cứng thấp.
- Phản xạ gân xương tăng mạnh, có thể có rung giật bàn chân và bánh chè.
- Có phản xạ tự động tủy.
- Phản xạ bệnh lý bó tháp hai bên
- Rối loạn cảm giác nông và sâu
- Rối loạn cơ vòng.
- Không teo cơ, không có phản ứng thoái hóa điện.

3. Diễn biến:

+ **Liệt mềm chuyển sang liệt cứng:**

Trường hợp liệt mềm chuyển sang liệt cứng có ở tổn thương trung ương. Liệt mềm chuyển sang liệt cứng là tiên lượng tốt, chứng tỏ tủy có hồi phục.

+ **Liệt cứng chuyển sang liệt mềm:**



THU VIỆN
HUBT

TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

Ngược lại với trường hợp trên, liệt cứng chuyển sang liệt mềm là tiên lượng xấu, chứng tỏ tủy bị thoái hóa.

III. ĐỊNH KHU TỔN THƯƠNG

Liệt hai chi dưới có thể do tổn thương ở đoạn tủy lưng, phình thất lưng (xem chẩn đoán định khu tổn thương hệ thần kinh) hoặc sừng trước tủy sống (xem viêm sừng trước tủy sống) hoặc rễ và dây thần kinh (xem hội chứng đuôi ngựa, hội chứng Guillain - Barré, viêm đa dây thần kinh).

IV. NGUYÊN NHÂN

A - TỔN THƯƠNG NGOẠI VI

Luôn luôn liệt mềm, do các nguyên nhân sau:

1. Viêm đa dây thần kinh (polynévrite)

+ Rối loạn vận động, phản xạ, cảm giác, dinh dưỡng kiểu liệt mềm ngoại vi đối xứng hai bên, rối loạn cảm giác kiểu bít tất, các triệu chứng tăng dần có thể liệt tứ chi và dây thần kinh sọ não. Liệt rở ở ngón chi. Đau tăng khi bóp cơ tam đầu cẳng chân và ấn dọc dây thần kinh chi dưới.

+ Xét nghiệm dịch não tủy: albumin và tế bào bình thường.

+ Viêm đa dây thần kinh có thể do thiếu vitamin B1 (bệnh bériberi), nhiễm khuẩn (bạch cầu, cúm...) nhiễm độc (chì, arsenic, rượu, emetin).

2. Viêm đa rễ - dây thần kinh (Polyradiculonévrite) hay hội chứng Guillain - Barré

+ Triệu chứng lâm sàng giống như viêm đa dây thần kinh. Khởi đầu liệt hai chân, rồi sau đó liệt hai tay. Liệt các dây

thần kinh sọ não, thường gặp liệt dây VII hai bên, dây IX, X (liệt hầu họng và dây thanh âm một hoặc hai bên) dây III, VI, XII ít bị hơn.

+ Dịch não tủy có hiện tượng phân ly albumin tế bào, sớm nhất từ ngày thứ ba đến ngày thứ 45 của bệnh (albumin tăng 70 - 120mg%, tế bào bình thường).

+ Nguyên nhân chưa rõ: nghi do virus, dị ứng hay cơ chế miễn dịch.

+ Tiến triển tốt.

3. Hội chứng đuôi ngựa

Do tổn thương các rễ từ L₂ - S₅ vì gãy xương, u lành hay ác tính ở vùng đó. Biểu hiện lâm sàng.. (xem hội chứng đuôi ngựa).

4. Viêm sừng trước tủy cấp.

(Poliomyélite antérieure aiguë Hay bệnh Heine - Médine)
Viêm sừng trước tủy cấp cả hai bên mới gây liệt hai chi dưới
Biểu hiện lâm sàng:

+ Có hội chứng nhiễm khuẩn.

+ Liệt mềm teo cơ nhưng không rối loạn cảm giác, không đối xứng, không rối loạn cơ thắt.

+ Nguyên nhân do virus.

5. Viêm sừng trước tủy mạn (*Poliomyélite antérieure chronique*).

Nguyên nhân khó biết.

6. Liệt Landry hay liệt leo cấp (*Paralysie ascendante aiguë*)



THƯ VIỆN
HUBT

TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

+ Bắt đầu có sốt, viêm họng, nhức đầu

+ Liệt từ chân (hoặc từ tay) lan lên (hoặc lan xuống) nhanh chóng hàng ngày, hàng giờ. Phần lớn các trường hợp đưa đến liệt cơ hô hấp.

+ Do tổn thương ở dây thần kinh, ở rễ và sừng trước tủy sống.

+ Nguyên nhân do virus, nhất là virus bệnh dại.

B - TỔN THƯƠNG TRUNG ƯƠNG:

Có thể là liệt mềm (giai đoạn đầu) hay liệt cứng (giai đoạn sau). Tổn thương có thể ở tủy (sẽ có rối loạn về vận động, cảm giác) hay ở não (chỉ có rối loạn về vận động, không có rối loạn về cảm giác nhưng có rối loạn về trí tuệ). Có thể đột ngột (do chấn thương và vết thương tủy sống; viêm tủy do vi khuẩn và virus áp xe ngoài màng tủy, máu tụ trong tủy, ép tủy cấp tính ví dụ lao cột sống đột ngột...) hay từ từ (u tủy và các quá trình ép tủy, bệnh thoái hóa của tủy):

1. Viêm tủy (*myélite*).

Do tổn thương các động mạch tủy: động mạch bị viêm hoặc huyết khối (thrombose) sinh ra hoại tử (nécrose), nhuyễn tủy (ramollissement). Có nhiều nguyên nhân:

a) *Viêm tủy do virus* hướng thần kinh (neurovirus). Triệu chứng tủy theo vị trí tổn thương:

+ Thể viêm tủy ngang (*myélite transverse*):

- Hội chứng nhiễm khuẩn

- Liệt mềm (ở giai đoạn đầu) sau đó có thể chuyển dần sang liệt cứng.



Rối loạn cảm giác.

- Rối loạn dinh dưỡng: loét sớm các điểm tỳ.
- Rối loạn cơ vòng
- Xét nghiệm dịch não tủy: tăng nhẹ albumin và tế bào.

+ Thể có nhiều vị trí tổn thương:

- Viêm não - tủy (encéphalo - myélite) tổn thương cả ở não và tủy, liệt không đều ở hai chi, có triệu chứng viêm não.

- Viêm tủy - thị thần kinh (optico myélite) hay bệnh Devic:

. Giảm thị lực hoặc mù, thường có ám điểm trung tâm và thu hẹp thị trường.

. Liệt hai chi dưới.

Nguyên nhân chưa rõ, nghi do độc tố của virus hoặc xơ cứng từng đám.

- Viêm tủy cấp rải rác (myélite aiguë disséminée) nhiều ổ tổn thương nằm rải rác khắp tủy sống.

b) Viêm tủy do giang mai.

Xảy ra từ 2 - 3 năm sau mụn loét (có trường hợp 10 - 15 năm sau), biểu hiện:

+ Thường là thể viêm tủy Erb (1882) đặc điểm là liệt cứng hai chi dưới do tổn thương chọn lọc bó tháp.

+ Thể liệt mềm: ít gặp, khởi phát đột ngột và không chuyển sang liệt cứng.

+ Có dấu hiệu Argyll-Robertson

+ Có phản ứng BW trong máu và phản ứng BW, keo



TRƯỜNG ĐẠI HỌC Y DƯỢC HÀ NỘI
HUBT

TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

benjoin, Takata-Ara, VDRL trong dịch não tủy.

c) Viêm tủy do nhiễm khuẩn khác.

+ Tụ cầu vàng (staphylocoque doré) do mụn nhọt ngoài da, áp xe ở cơ, viêm tủy xương.

+ Liên cầu khuẩn (streptocoque) do nhiễm khuẩn hậu sản, nhiễm khuẩn đường tiết niệu.

+ Lao

d) Viêm tủy do biến chứng của các bệnh gây ra do virus

+ Virus thông thường: biến chứng của đậu mùa, thủy đậu, cúm

+ Do biến chứng của tiêm chủng.

Cơ chế bệnh sinh chưa rõ, có thể do đặc tính của virus, phản ứng của protein lạ, cơ địa dị ứng. Thường gặp:

- Viêm tủy do biến chứng chủng đậu: thường ở trẻ em 3 - 11 tuổi.

Do đó có ý kiến nên chủng đậu cho trẻ từ dưới 2 tuổi và trên 12 tuổi.

+ Viêm tủy do biến chứng tiêm phòng dại: thường xảy ra sau khi tiêm phát thứ hai hoặc phát thứ ba, cũng có trường hợp bệnh xảy ra một tháng sau khi tiêm.

Đặc điểm chung của loại viêm tủy này là tiến triển nhanh, diễn biến tủy theo phản ứng của cơ thể bệnh nhân, có thể tử vong, có thể khỏi, có thể tái phát nhiều lần. Trường hợp tái phát sẽ có từng đợt tiến triển và gây bệnh cảnh viêm não - tủy, có rối loạn thần kinh và tâm thần.

2. Ép tủy (bảng 9)

TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

Triệu chứng chung:

Giai đoạn đầu có dấu hiệu ép rễ gây nên triệu chứng đau rễ, đây là triệu chứng có giá trị, nhờ đó giúp ta chẩn đoán được vị trí tổn thương. Thường đau một bên sau đó cả hai bên, tăng khi vận động hoặc gắng sức hoặc ở tư thế nào đó. dấu hiệu ép rễ càng rõ khi có tam chứng Clovis - Vincent (đau, cứng cột sống và phản xạ chống đỡ).

Giai đoạn sau đó có dấu hiệu ép tủy gây liệt cứng hai chi dưới, liệt từ từ, có khi bắt đầu bằng hội chứng Brown - Séquard. Đồng thời có dấu hiệu tác nghẽn dịch não tủy và phân ly albumin - tế bào trong dịch não tủy (chú ý liệt cứng hai chi dưới do viêm tủy thì ở giai đoạn đầu không có triệu chứng đau rễ nhưng lại có hội chứng nhiễm khuẩn).

Có nhiều nguyên nhân gây ép tủy:

a) U tủy:

+ U ngoại tủy (tumeur extramédullaire): thường là u lành, tiến triển chậm, có các triệu chứng:

- Triệu chứng đau rễ rõ rệt
- Triệu chứng đau rễ tư thế
- Triệu chứng "kẹp u"
- Triệu chứng dồn dịch não tủy
- Hội chứng Brown - Séquard
- Triệu chứng Elberg - Dyke (hay thấy ở u ngoại tủy hơn u nội tủy).
- Chụp X quang tủy cảm quang có hình ảnh u ngoại tủy



THƯ VIỆN
HUYẾT

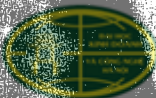
TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

+ U nội tủy (tumeur intramédullaire), hiếm gặp:

- Triệu chứng đau rễ kín đáo
- Phân ly cảm giác kiểu bệnh rỗng tủy sống (syringomyélie)
- Hội chứng thấp muộn hơn u ngoại tủy.
- Chọc sống thất lưng thấy tắc nghẽn dịch não tủy.
- Chụp X quang tủy cảm quang có hình ảnh u nội tủy.



Hình 94b:
Mai Văn T.
Tư thế
chống
đau trong
lao cột
sống cổ



THƯ VIỆN
HUBT

TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

Bảng 9: Nguyên nhân 419 trường hợp ép tủy (W.Scheid, 1968)

Nguyên nhân ngoài màng cứng	Nguyên nhân trong màng cứng, ngoài tủy
151 trường hợp (37%) . Di căn 54 . Sarcome 23 . U mạch đốt sống (angiome vertébral) 5 . Áp xe 14 . Bệnh Polt 3 . Hodgkin 3 . Umàng tủy (méningiome) 7 . U thần kinh (neurinome) 9 . U tủy cột bào (Tumeur à myélophages) 3 - Nguyên nhân khác 23 <u>154</u>	196 trường hợp (47%) . U màng tủy 86 . U thần kinh 63 . U ống nội tủy (ependymome) 5 . U quái (tératome) 5 . Viêm màng nhện 8 . U mạch tủy (angio méridiaire) 22 . Nguyên nhân khác 7 <u>196</u>
Nguyên nhân trong và ngoài màng cứng	Nguyên nhân trong tủy
17 trường hợp (4%) . U màng tủy 2 . U thần kinh 6 . U ống nội tủy 1 . Di căn 5 . Nguyên nhân khác 3 <u>17</u>	52 trường hợp 12%) . U ống nội tủy 15 . U nguyên bào xốp (Spongioblastome) 8 . U tế bào hình sao (Astrocytome) 3 . U mỡ 2 . U thần kinh đệm (gliome) 8 . Di căn 2 . Nguyên nhân khác 14 <u>52</u>



**THƯ VIỆN
Y HỌC**

TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

b) Bệnh màng tủy.

- + Viêm dày màng cứng (pachymeningite) do lao hay giang mai
- + U màng tủy (meningiome)

c) Bệnh của cột sống.

- + Lao cột sống:

- Thường ở người trẻ tuổi
- Gù cột sống tại chỗ.

- Điểm đau cột sống (khi nhặt một vật bệnh nhân phải ngồi xuống mới cầm lên được. Trẻ em bị lao cột sống cổ thường có tư thế dùng hai bàn tay tỳ vào xương hàm dưới để kéo giãn cột sống cổ cho đỡ đau).

- Áp xe lạnh cạnh cột sống (hình thoi) đôi khi lan theo cơ thắt lưng chậu (psoas - iliaque) tới mấu chuyển xương đùi hoặc bẹn (lao cột sống gây ép tủy là do áp xe lạnh: túi mủ áp xe từ thân đốt sống phá vỡ vào khoang dưới nhện dưới hai hình thức: thành túi mủ ép từ trước ra sau hoặc bao quanh tủy).

- Có thể có lao ở nơi khác (lao phổi).

- X quang: thân đốt sống xẹp (tassement) khoảng liên đốt hẹp lại (pincement intervertebral).

- + Ung thư thân đốt sống.

Thường thứ phát sau ung thư tiền liệt tuyến, tinh hoàn, vú, tử cung, thận, phổi gan, tuyến giáp.

- Thường ở người đứng tuổi, tự nhiên đau dữ dội ở lưng thường được chẩn đoán là đau thần kinh gian sườn, đau thần kinh hông.

TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

- Liệt hai chi dưới, liệt cứng nhanh chóng chuyển sang liệt mềm (có thể là ung thư xâm phạm tới mạch máu tủy gây nghyễn tủy).

- X quang: thân đốt bị hủy hoại gây xẹp hoặc rất đậm giống như bằng ngà (vertebre en ivoire).

+ Liệt hai chi dưới do thoát vị đĩa đệm ở những người bị loạn dưỡng sụn

3. Chấn thương và vết thương cột sống-tủy sống.

a) *Nếu đứt tủy hoàn toàn (section complete):*

Bảng lâm sàng và tiến triển tương tự như viêm tủy ngang chỉ khác về nguyên nhân.

b) *Nếu đứt tủy không hoàn toàn:* giai đoạn đầu có thể liệt hai chi dưới hoàn toàn (sốc tủy) sau đó có thể hồi phục dần, để lại di chứng bại hai chi dưới,

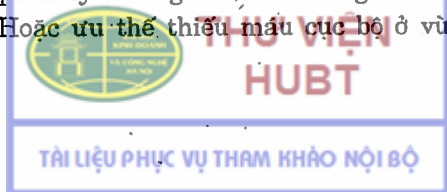
4. Liệt hai chi dưới do bệnh lý mạch máu tủy.

a) *Nhuyễn tủy (ramollissement de la moelle):*

+ Đôi khi có tiền triệu: khập khểnh cách hời (claudication intermittente) do thiếu máu cục bộ.

+ Biểu hiện lâm sàng như viêm tủy ngang: bắt đầu đột ngột, liệt mềm hai chi dưới, giai đoạn sau chuyển sang liệt cứng nhưng viêm tủy ngang có bệnh cảnh lâm sàng nặng hơn và dịch não tủy tăng anbumin, tế bào.

+ Đôi khi ưu thế tổn thương thiếu máu cục bộ ở vùng động mạch tủy trước artère spinale antérieure): liệt hai chi dưới, phân ly cảm giác (còn cảm giác xúc giác và cảm giác sâu). Hoặc ưu thế thiếu máu cục bộ ở vùng động mạch tủy



sau (artère spinale postérieure): biểu hiện bằng hội chứng cột sau. Hoặc ưu thế thiếu máu cục bộ ở một mức nửa tủy biểu hiện bằng hội chứng Brown-Séquard

+ Nhuyễn tủy ở giai đoạn cấp dịch não tủy bình thường.

Nguyên nhân nhuyễn tủy:

- Hẹp động mạch, vữa động mạch (athérome) đứt sống hay động mạch phình thất lưng. Thiếu máu cục bộ bán cấp hoặc mạn do vữa động mạch có thể teo cơ tiến triển ở chi trên hay chi dưới, đôi khi có kèm theo hội chứng thấp.

- Di dạng mạch máu tủy (u mạch, phình mạch).

- Viêm động mạch tủy do giang mai

- Viêm nút quanh động mạch (périartérite noueuse).

- Nghẽn mạch (embolie) do cục máu hoặc khí, gặp ở thợ lặn hoặc những người có bệnh lý về máu.

- Phẫu thuật lồng ngực buộc phải động mạch gian sườn.

- Biến chứng của chụp động mạch có tiêm khối lượng lớn chất cản quang vào động mạch Adamkiewicz.

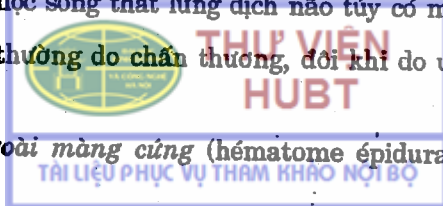
- Chèn ép động mạch tủy do u ngoài tủy, di căn.

b) Chảy máu tủy (hématomyélie):

Bắt đầu đột ngột, bệnh cảnh lâm sàng tổn thương cắt ngang tủy: liệt mềm hai chi dưới, mất cảm giác dưới nơi tổn thương, rối loạn cơ vòng, chộc sống thất lưng dịch não tủy có máu.

Nguyên nhân: thường do chấn thương, đôi khi do u mạch (angiome).

c) Bọc máu ngoài màng cứng (hématome épidural): bắt



đầu bằng đau cột sống, sau đó là triệu chứng kích thích rễ, tiếp theo là một khoảng yên lặng (intervale libre) rồi xuất hiện hội chứng ép tủy.

Nguyên nhân:

- Chấn thương
- Chấn thương rất nhỏ (traumatisme minime) nhiều lần
- Điều trị bằng thuốc chống đông máu.

5. Liệt hai chi dưới do rối loạn chuyển hóa và rối loạn thần kinh chức năng.

a) Liệt chu kỳ gia đình với giảm kali máu hay bệnh Westphal (1885):

+ Bệnh nhân đa số trẻ tuổi (thường là tuổi 20) có yếu tố gia đình và chu kỳ.

+ Bệnh xuất hiện khi hạ đường huyết, sau khi dùng insulin, thường là lúc ngủ dậy, sáng sớm.

+ Tiền triệu: đau, nhức, tê tứ chi, nặng chân, mệt mỏi.

+ Liệt mềm chủ yếu ở các cơ gốc chi, cá biệt có thể liệt các cơ hô hấp, phản xạ gân xương giảm hoặc mất, không rối loạn dinh dưỡng và cơ thất, không rối loạn ý thức.

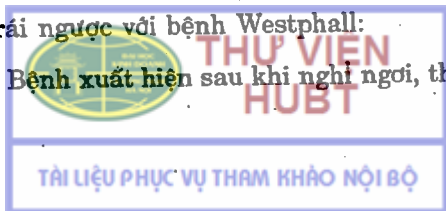
+ Kali máu giảm trong khi liệt

+ Điều trị bằng kali clorua, bệnh hồi phục nhanh và hoàn toàn.

b) Kiệt sức chu kỳ di truyền Gamstrop (*adynamie episodique héréditaire de Gamstrop*)

Trái ngược với bệnh Westphal:

+ Bệnh xuất hiện sau khi nghỉ ngơi, thường vào ban ngày.



+ Tiền triệu: có thể có dị cảm (cơn rất ngắn)

+ Kiệt sức hay liệt.

+ Kali máu tăng trong khi liệt.

+ Bệnh này hay xảy ra ở những người có myotonie (myotonie là một hiện tượng bất thường, đáng lẽ phải doãi cơ sau khi co cơ chủ động thì trái lại sự co cơ đó kéo dài. Sau khi cơ cứ co một cách chủ động liên tục thì nó sẽ tự hết, myotonie dễ xuất hiện khi làm lạnh cơ và khi thời tiết rất lạnh, gặp trong bệnh Thomsen, Steinert.

c) Hystérie thể liệt (theo ICD-10: rối loạn vận động phân ly (F44,4).

+ Có căn nguyên tâm lý, dễ bị ám thị.

+ Liệt xuất hiện đột ngột.

+ Có thể là liệt cứng hay liệt mềm nhưng khám không thấy dấu hiệu tổn thương thực thể về thần kinh.

+ Nghiệm pháp Barré chi dưới, trường hợp liệt cứng hystérie ở thì 2: gót chân rơi xuống mông, trường hợp liệt cứng do tổn thương bó tháp thì cẳng chân rơi xuống giường.

+ Giật rung bàn chân trong liệt cứng hystérie: giật rung không bền vững đều cả hai bên và không kèm theo triệu chứng thần kinh thực thể nào khác. Đặc biệt (theo nhận xét của tác giả) trong lúc đang giật rung bệnh nhân có thể *tự kiềm chế* ngừng hẳn hoặc khi đánh lạc hướng sự chú ý của bệnh nhân thì giật rung giảm.

+ Điều trị bằng tâm lý liệu pháp có thể khỏi nhanh và khỏi hoàn toàn.

TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

6. Các bệnh tủy hiếm gặp, gây liệt cứng hai chi dưới.

a) *Xơ cứng rải rác (sclérose en plaque):*

+ Hội chứng tiểu não.

+ Hội chứng tháp.

Nguyên nhân chưa rõ

b) *Bệnh rỗng tủy sống (syringomyelie), có thể do chảy máu tủy sống (hématomyélie) sau chấn thương:*

- Liệt cứng

- Teo cơ kiểu Aran - Duchenne

- Phân ly cảm giác: mất cảm giác đau, nóng, lạnh, còn cảm giác sờ.

c) *Xơ cột bên teo cơ (sclérose latérale amyotrophique): còn gọi là bệnh Charcot:*

+ Liệt cứng.

+ Teo cơ tay kiểu Aran - Duchenne

- Rung sợi cơ (fibrillation musculaire).

- Không có rối loạn cảm giác và cơ vòng.

7. Các bệnh hiếm gặp hơn (cũng gây liệt hai chi dưới):

a) *Xơ tủy người già (myélosclérose du vieillard).*

b) *Viêm tủy hoại tử bán cấp (myélite nécrotique subaigue)*

c) *Liệt hai chi dưới gia đình (paraplégie familiale):*

+ Mất điều hòa tiểu não di truyền Pierre Marie (hérédoataxie cérébelleuse de Pierre Marie):



THƯ VIỆN
HUBT

- Bắt đầu ở tuổi 20 - 45

- Liệt cứng các chi (đặc biệt hai chi dưới) tăng phản xạ gân xương, thường có phản xạ bệnh lý bó tháp.

- Rối loạn cảm giác khách quan: hiếm

- Mất điều hòa tiểu não gia đình

- Tổn thương dây thần kinh sọ não (nhiều trường hợp): sa mi mắt (ptosis), hội tụ khó khăn, teo dây thần kinh thị giác, đôi khi có dấu hiệu Argyll Robertson.

- Rối loạn tâm thần (khoảng 50% trường hợp): thiếu năng tâm thần, trầm cảm, mất trí.

- Giải phẫu bệnh: teo đốt tiểu não, thoái hóa các bó tiểu não và bó tháp ở tủy sống một số trường hợp teo nhân răng và cuống tiểu não trên.

+ Hội chứng Strumpell-Lorrain:

- Bắt đầu thường ở tuổi thanh niên

- Liệt cứng hai chi dưới tiến triển nặng dần.

- Triệu chứng chủ yếu là hội cứng tháp kèm theo:

Teo cơ (bàn chân lõm).

Gù vẹo cột sống (cypho scoliose).

Hội chứng tiểu não

Rối loạn về mắt và tiền đình: liệt vận nhãn, rung giật nhãn cầu

- Không có rối loạn cảm giác và cơ vòng.

- Tính chất gia đình hay di truyền. Di truyền kiểu trội

nhưng cũng có thể là di truyền tính ẩn (héridité récessive)

8. Liệt hai chi dưới nguyên nhân ở não, hiếm gặp.

a) *Hội chứng liệt não: (syndrome de la faux du cerveau)*

Liệt do chèn ép hai bên tiểu thùy cạnh trung tâm (lobule paracentral). Do khối u của liệt não (meningiome) hoặc do chấn thương vùng đỉnh đầu.

b) *U cạnh xoang tĩnh mạch dọc trên*

c) *Liệt hai chi dưới trong hội chứng giả hành não (syndrome pseudo bulbaire) và hội chứng lỗ khuyết não (syndrome lacunaire) (xem hội chứng này,*

d) *Ở trẻ em: hội chứng Little:*

- Liệt chứng hai chi dưới: đứa bé nằm thì không việc gì nhưng khi để đứng thì hai chân duỗi thẳng và cứng, đồng thời các cơ khép co lại nên hai chân bắt chéo nhau làm cho đứa bé không đứng được và bị ngã.

- Không có rối loạn về cảm giác và cơ vòng.

- Rối loạn về chức phận não: đứa bé không phát triển được trí tuệ, trở thành đần độn, đồng thời có những cơn động kinh hay động tác tự động ở tay chân.



HỘI CHỨNG TĂNG ÁP LỰC NỘI SỌ

(Hypertension intracranie)

A- NHẮC LẠI GIẢI PHẪU - SINH LÝ:

+ Não, vỏ não, tổ chức dưới vỏ, các não thất, màng não, một phần dây thần kinh sọ và dịch não tủy được chứa trong hộp sọ. Bình thường thể tích hộp sọ phát triển song song với thể tích của não nhưng đến 3 - 4 tuổi các khớp và thóp đóng liền.

+ Ba cơ chế gây tăng áp lực nội sọ:

- Do khối phát triển trong não.
- Do nghẽn tắc đường lưu thông dịch não tủy.
- Do phù não.

Thường tăng áp lực trong sọ được gây ra do sự kết hợp của một vài yếu tố đó.

+ Ở trẻ em còn khớp và và thóp, tăng áp lực nội sọ dẫn đến đầu to, ở người lớn dẫn đến đầy đủ hội chứng tăng áp lực nội sọ.

+ Cơ quan trong hộp sọ nhạy cảm với tăng áp lực nội sọ là sán não thất IV, màng não, gian não, hành não (có những trung tâm đời sống thực vật: tim mạch, hô hấp v.v..)

B- TRIỆU CHỨNG:

1. Triệu chứng cơ bản.

a) *Nhức đầu*: thường là triệu chứng đầu tiên, khởi đầu nhức không liên tục có thể thành từng cơn âm ỉ hay dữ dội có cảm giác "nổ tung đầu", trên cơ sở đang nhức đầu dữ dội thường xuất hiện nôn. Nhức đầu ngày càng tăng. Lúc đầu dùng thuốc giảm đau có đỡ nhưng về sau không có kết quả. Nhức đầu tăng lên khi bệnh

nhân ho, rần, vận động nhiều, khi các giác quan bị kích thích. Đặc điểm nhức đầu do khối u hố sọ sau thường nhức đầu vào ban đêm hay lúc sáng dậy. U não thất III có thể gây các cơn tăng áp lực nội sọ cấp với các triệu chứng nhức đầu dữ dội, nôn khi thay đổi tư thế, vì lúc đó khối u chèn vào lỗ Monro. U não thất IV có những cơn kịch phát, tự nhiên nhức đầu dữ dội rồi hết.

b) *Nôn*: thường xuất hiện muộn hơn nhức đầu nhưng khi đã có nó thì hội chứng tăng áp lực nội sọ đã khá nặng. Nôn vọt thường xuất hiện khi có áp lực trong sọ cao, nhức đầu nhiều khi thay đổi tư thế. Nôn mỗi ngày một tăng. Nôn xuất hiện sớm trong trường hợp u hố sọ sau hay u não thất IV.

Nhức đầu và nôn là hậu quả của tăng áp lực nội sọ chèn ép màng não và sán não thất IV (kích thích nhân dây X).

c) *Ú phù đĩa thị*

Thay đổi đĩa thị thường tiến triển qua 2 giai đoạn:

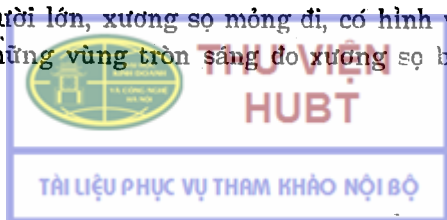
+ Giai đoạn đầu: ú phù đĩa thị, đĩa thị tăng lên về bề mặt và thể tích, lồi về phía trước (trên +3 diop), xung huyết bờ mờ, động mạch co lại, tĩnh mạch võng mạc giãn rộng và ngoằn ngoèo như bị đứt quãng ở bờ đĩa thị, có thể chảy máu ở xung quanh đĩa thị dưới dạng những vết lấm tẩm đỏ hay vết lớn hình ngọn lửa.

+ Giai đoạn sau: teo đĩa thị, nếu không được điều trị kịp thời mạch máu nhỏ dần, mặt đĩa thị trắng xám, bờ gai rần reo. Thị thực giảm rõ rệt, có khi thị lực không còn.

2. Triệu chứng thứ phát.

a) *Sự thay đổi phim X quang trong hội chứng tăng áp lực nội sọ*

Ở người lớn, xương sọ mỏng đi, có hình vết ấn ngón tay, đó là những vùng tròn sáng do xương sọ bị loãng hơn chỗ



khác vì các hồi não đè ép vào xương sọ.



Hình 95a: Hình vết ấn ngón tay trên xương sọ của BN.PTH 6 tuổi; có hội chứng tăng áp lực nội sọ.

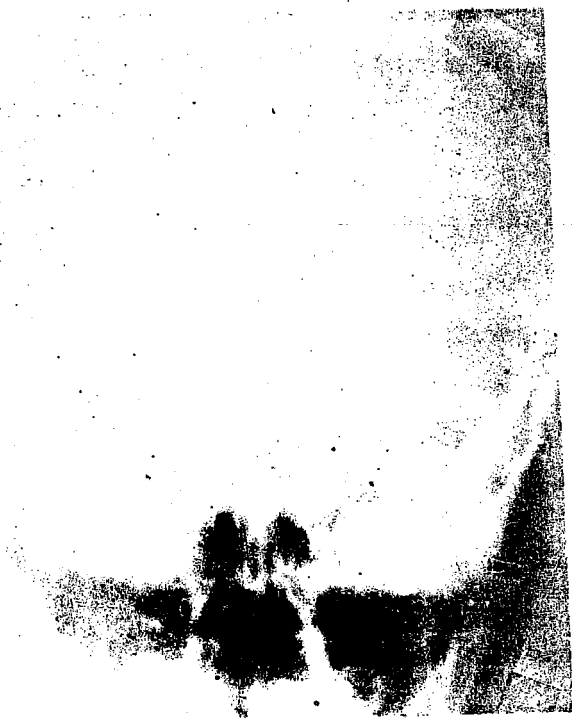
Hố yên giãn rộng: mới đầu loãng xương (osteoporosis) tới mức phá hủy toàn bộ hố yên ở giai đoạn sau.

Ủ trệ máu tĩnh mạch biểu hiện trên phim X quang dưới dạng giãn tĩnh mạch tủy xương sọ (veine diploique).

b) Rối loạn tâm thần:

Từ một môi đơn thuần kèm theo đáng trí đến rối loạn ý thức, ở những mức độ khác nhau, từ u ám, chạng vạng ý thức, lú lẫn, đến bán hôn mê (soporosis) hôn mê hoặc kích động tâm thần.

TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

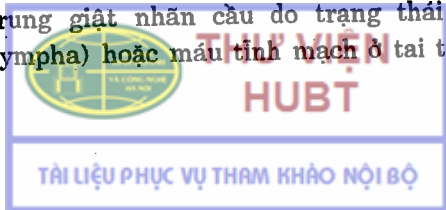


c) Tổn thương dây thần kinh sọ não:

Tổn thương dây thần kinh sọ não một bên là triệu chứng khu trú. Tổn thương dây thần kinh sọ não hai bên là biểu hiện của tăng áp lực nội sọ.

- Tổn thương dây IV: do đường đi của dây IV rất dài nên dễ bị ép vào nền sọ khi có tăng áp lực nội sọ.

- Tổn thương dây VIII tiền đình: mất thăng bằng, chóng mặt, rung giật nhãn cầu do trạng thái ứ đọng nội dịch (endolympha) hoặc máu tĩnh mạch ở tai trong (giống như ứ



phù đĩa thị). Hãn hữu có thể có rối loạn thính giác.

- Dây thần kinh thị giác: giai đoạn đầu thị lực không giảm, chỉ thỉnh thoảng có hiện tượng mắt bị mờ trong chốc lát hoặc "nảy đom đóm", có khi xuất huyết hoàng điểm hoặc teo thị thần kinh, thị lực mới bị giảm.

- Tổn thương dây khướu giác hai bên.

- Tổn thương dây V, giảm phản xạ giác mạc.

d) Con giật kiểu động kinh.

Động kinh cơn lớn là triệu chứng não chung của hội chứng tăng áp lực nội sọ.

Động kinh cục bộ Bravais Jackson và "cảm giác" là triệu chứng khu trú.

e) Rối loạn tim mạch, hô hấp.

Thường vào lúc nhức đầu dữ dội và nôn do phù não nặng ảnh hưởng đến hành não:

- Mạch chậm dưới 50 lần/phút, hiếm hơn có thể tới 40 lần/phút.

- Nhịp thở chậm kiểu Cheyne-Stokes.

g) Điện não.

Xuất hiện những rối loạn điện não đồ toàn bộ dưới dạng các sóng chậm (delta) lan tỏa, có biên độ khác nhau và nhịp alpha giảm trên nền những sóng chậm này.

3. Đặc điểm tăng áp lực nội sọ ở trẻ em.

Ở trẻ dưới 1 tuổi, triệu chứng kêu gọi bằng nôn vọt, không ngủ được.

TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

Triệu chứng đặc biệt hơn: thóp phồng không đập, vòng đầu to ra.

Biểu hiện trên phim X quang sọ băng tăng thể tích của sọ.

Ở trẻ em, trên phim X quang thường thấy vết ấn ngón tay và đường khớp giữa các xương sọ bị giãn ra.

C - BIẾN CHỨNG:

Biến chứng nặng nhất có thể tự phát hoặc sau chọc sống thất lưng là "tụt kẹt não" (engagement) do đó chọc sống thất lưng rất nguy hiểm, đặc biệt trong các khối phát triển ở hố sọ sau. Vì não bị ép trong hộp sọ không giãn nở ra được, chọc sống thất lưng làm giảm áp lực dịch não tủy ở phần dưới của hệ thần kinh, gây nên tụt kẹt não.

1. Thoát vị hồi khuy trong liềm não (*hernie cingulaire sous la faux du cerveau*): Triệu chứng lâm sàng nặng thêm và đặc biệt có rối loạn tâm thần do chèn ép bán cầu đại não bên đối diện và có thể chèn ép động mạch não trước.

2. Thoát vị qua lỗ lều tiểu não (*hernie du tissu cérébral à travers l'orifice de la tente du cervelet*), lỗ tạo bởi bờ tự do của lều tiểu não (Khe Bichat): có thể là tụt kẹt thùy trước tiểu não trong trường hợp u dưới lều hoặc tụt kẹt móc và hồi hải mã trong trường hợp u trên lều và nhất là u thùy thái dương, chèn vào cuống não: liệt dây III dây VI và co cơ tứ chi.

3. Thoát vị hạnh nhân tiểu não (*hernie des amygdales cérébelleuse*) qua lỗ chẩm, chủ yếu gặp trong u hố sọ sau: chèn ép hành não gây nên cứng gáy, rối loạn hệ hấp và tuần hoàn.



Biểu hiện lâm sàng của "tịt kẹt não": cơn co cứng cổ hay cả người; đồng tử giãn, nhức đầu dữ dội và có thể chết đột ngột. Chỉ có phẫu thuật sọ não, can thiệp cấp cứu mới mong cứu thoát được.

Hình 95b:

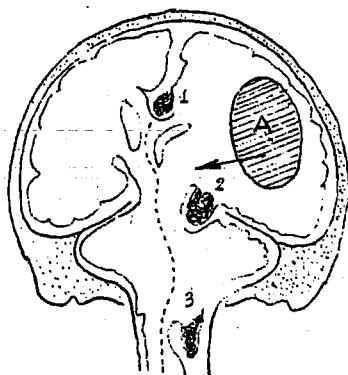
Khối u (A) giãn nở gây

"tịt kẹt não";

1: thoát vị hồi khuy,

2: thoát vị qua lỗ lều tiểu não,

3: thoát vị hạnh nhân tiểu não.



D - CHẨN ĐOÁN PHÂN BIỆT:

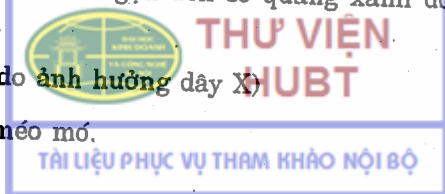
1. Bệnh tăng nhãn áp (glaucome).

Nhức đầu vùng thái dương và trên hốc mắt, đặc biệt đau nhức mắt dữ dội.

Thị lực giảm nhanh, có khi từ 10/10 tụt xuống chỉ còn thấy sáng, tối, nhìn mờ như qua một lớp sương mù (do thể thủy tinh bị phù nề) nhìn ngọn đèn có quầng xanh đỏ (do giác mạc bị phù nề).

Nôn và táo bón (do ảnh hưởng dây X)

Đồng tử giãn to méo mó.



Mất phản xạ đồng tử với ánh sáng.

Nhãn áp tăng đột ngột.

2. Hội chứng màng não.

3. Chứng đau nửa đầu (Migraine).

E - CƠ CHẾ SINH BỆNH CỦA TĂNG ÁP LỰC NỘI SỌ:

- Do tắc nghẽn đường lưu thông dịch não tủy và do sự tuần hoàn máu ở trong sọ bị rối loạn.

Các khối u, viêm hoặc rối loạn vận mạch trong não có thể trực tiếp hoặc gián tiếp ảnh hưởng tới lỗ Magendie, cống Sylvius, lỗ Monro làm tắc đường lưu thông dịch não tủy .

- Do tăng khối lượng trong não: u não, áp xe não, chảy máu não, phù não.

- Do phản ứng phù nề quanh tổ chức tân tạo.

Áp lực trong sọ càng cao thì các đường lưu thông dịch não tủy càng bị tắc, do đó áp lực trong sọ lại càng tăng. Đó là một vòng luẩn quẩn làm cho bệnh ngày càng nặng thêm.

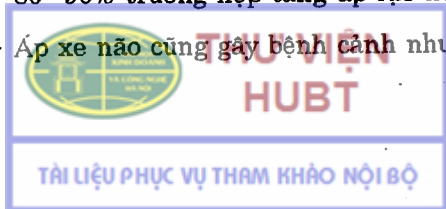
Dịch não tủy ứ đọng trong sọ sẽ được chuyển một phần xuống mắt theo đường các bao của thị thần kinh, thị thần kinh bị ngấm nước phình to, đĩa thị bị phù to và bị đẩy lùi ra phía trước gây ra hiện tượng ứ phù đĩa thị.

G - NGUYÊN NHÂN:

1. Chèn ép do u não hoặc áp xe não.

+ 80 -90% trường hợp tăng áp lực nội sọ là do u não.

+ Áp xe não cũng gây bệnh cảnh như u não, gây tăng áp



lực trong nội sọ nhưng thường có thêm những ổ nhiễm khuẩn như viêm tai, viêm tai xương chũm, viêm phổi ... và dấu hiệu nhiễm khuẩn toàn thân, toàn trạng gây nhanh.

2. Do viêm nhiễm.

+ Viêm não.

+ Rối loạn tuần hoàn não cấp.

+ Viêm màng não: có hội chứng màng não kèm theo, thường gặp viêm màng não do lao làm tắc nghẽn đường lưu thông dịch não tủy.

3. Do chấn thương sọ não.

Tăng áp lực nội sọ có thể xảy ra ngay lập tức hoặc một thời gian sau chấn thương do các bọc máu ngoài màng cứng.

4. Do phù não.

Phù não xảy ra sau chấn thương sọ não, sau phẫu thuật thần kinh hoặc phù toàn thân.

5. Rối loạn vận mạch.

+ Động mạch: phù não và màng não: thường do áp huyết quá cao. Triệu chứng: nhức đầu, ý thức u ám, phù đĩa thị.

+ Tĩnh mạch:

- Viêm tắc xoang tĩnh mạch xoang hang: với các triệu chứng toàn thân rất nặng: sốt cao, rét run, có khi hôn mê, phù mi mắt, phù kết mạc, lồi mắt, đau nhức trong hố mắt, chảy mắt: có phù đĩa thị, xuất huyết võng mạc.

TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

- Viêm tắc tĩnh mạch dọc trên: thường do viêm tủy xương sọ hoặc nhiễm khuẩn da đầu. Các tĩnh mạch ở da đầu và mặt bị sưng, có các triệu chứng tăng áp lực nội sọ (ứ phù đĩa thị rất rõ).

- Viêm tắc tĩnh mạch xoang bên: có triệu chứng tăng áp lực nội sọ, phù đĩa thị và có thể có phù ở vùng xương chũm.

HỘI CHỨNG GIẢM ÁP LỰC NỘI SỌ

1. Dấu hiệu lâm sàng chủ yếu.

- Nhức đầu như ép căng, tăng lên khi chuyển sang tư thế đứng, giảm đi khi cúi đầu xuống thấp.

- Buồn nôn và nôn.

- Có triệu chứng màng não.

- Mạch nhanh, huyết áp động mạch giảm.

- Chọc sống thất lưng: áp lực dịch não tủy giảm dưới 80mm cột nước.

2. Nguyên nhân.

- Khi có ức chế phản xạ tiết dịch não tủy từ các đám rối màng mạch ở não thất (ví dụ trong chấn thương sọ não).

- Khi huyết áp động mạch giảm và có sốc.

- Khi vỡ xương sọ, có chảy dịch não tủy vào trong hay ra ngoài.



HỘI CHỨNG MÀNG NÃO

I. NHẮC LẠI GIẢI PHẪU MÀNG NÃO

Màng não và màng tủy bao bọc não và tủy gồm có 3 màng:

- Màng cứng (dure mère, pachymeninx) là màng xơ dày dính vào mặt trong xương sọ và cột sống. Màng cứng gồm hai lá, ở trong khoang sọ hai lá này dính chặt với nhau (chỗ chúng tách ra tạo thành các xoang). Ở trong ống sống, giữa hai lá có mô mỡ xốp, có hệ thống tĩnh mạch phong phú (khoang ngoài màng cứng).

- Màng nhện (arachnoïde) là màng mỏng gồm tổ chức sợi lỏng lẻo sát mặt trong của màng cứng.

- Màng nuôi hay màng mềm (pie mère, leptomeninx) dính sát tổ chức não, có nhiều mạch máu. Giữa màng nuôi và màng nhện có khoang dưới nhện, chứa dịch não tủy. Ở tủy sống, khoang dưới nhện khá rộng.

II. NHẮC LẠI SINH LÝ DỊCH NÃO TỦY

- Dịch não tủy tiết ra trong các não thất bên bởi các đám rối màng mạch (plexus choroïdes), dịch não tủy từ não thất bên chảy vào não thất 3 qua lỗ Monro từ não thất 3 qua cống Sylvius vào não thất 4, từ não thất 4 dịch não tủy chảy vào khoang dưới nhện qua các lỗ Magendie và Luschka.

- Dịch não tủy được hấp thu bởi các hạt Pacchioni (là tổ chức đặc biệt của màng nhện), ngoài ra còn bởi các tĩnh mạch màng não. Như vậy khi tổn thương màng não, nhất định có

những thay đổi trong dịch não tủy.

III. TRIỆU CHỨNG

A - TRIỆU CHỨNG NÃO TOÀN BỘ:

Là do *phản ứng thần kinh* đi kèm theo *viêm màng não*, gây phù nề, căng kéo, đè ép màng não.

1. Các triệu chứng chức năng.

a) Nhức đầu:

Triệu chứng hay thấy nhất, đôi khi kèm theo đau dọc cột sống. Cường độ đau thường rất mạnh, có trường hợp sợ như muốn dãn bung, nhức nhối. Đôi khi bệnh nhân hôn mê mà vẫn rên rĩ vì nhức đầu. Trẻ em thường đang ngủ bỗng nhiên kêu thét (*tiếng thét màng não*).

b) Nôn:

Nôn dễ dàng, nôn vọt, không liên quan với bữa ăn, thường đột ngột, không lợm giọng, không có buồn nôn báo trước.

c) Táo bón:

Táo bón nhưng không đi kèm theo chướng bụng, thường gặp trong hội chứng màng não bán cấp.

d) Mạch:

Mạch tương đối chậm so với nhiệt độ. Ví dụ: trẻ em sốt tới 40°C mà mạch chỉ 90 lần trong một phút.

2. Các dấu hiệu thực thể.

a) *Cứng cơ*:

Khi màng não bị kích thích gây tăng trương lực cơ, cứng



cơ nhất là các cơ ở phía sau cơ thể. Đặc biệt cứng cơ nhưng không đau. Trường hợp cơ cứng cơ bệnh nhân nằm đầu ngửa ra phía sau, chân co, bụng lõm (tư thế "cò súng"). cứng cơ biểu hiện bằng các dấu hiệu sau:

+ Dấu hiệu cứng gáy.

Cách khám: bệnh nhân nằm ngửa, thầy thuốc đặt tay vào vùng chẩm của bệnh nhân và gấp cổ lại. Vì các cơ ở gáy bị cứng nên gấp cổ bị hạn chế và gây đau.

Ở trẻ nhỏ, bình thường trương lực cơ tăng nên phát hiện cứng gáy và dấu hiệu Kernig ít có giá trị, mà người ta nhắc bóng đứa trẻ lên, bình thường nó co 2 chân và đập chân tay nhưng trẻ viêm màng não thì cứ co chân mãi.

+ Dấu hiệu Kernig.

Cách khám: bệnh nhân nằm ngửa, đặt cẳng chân vuông góc với đùi, đùi vuông góc với chân. Thầy thuốc nâng từ từ cẳng chân lên thẳng với đùi. Trường hợp tổn thương màng não, các cơ phía sau đùi và cẳng chân co cứng, không nâng cẳng chân lên được hoặc nâng lên rất ít. Đó là dấu hiệu Kernig (+).

+ Dấu hiệu Brudzinski trên hay Brudzinski chẩm.

Cách khám: tay trái người khám để vào ngực bệnh nhân tay phải nâng đầu bệnh nhân 2 chân bệnh nhân sẽ gấp lại.

+ Dấu hiệu Brudzinski đối bên.

Biểu hiện bằng phản xạ gấp chân bên đối diện khi chân bên này gấp gối và ép chặt đùi vào bụng.

+ Dấu hiệu Brudzinski mu.

Biểu hiện bằng khép và kéo chi dưới vào bụng khi ấn mạnh

lên xương mu.

b) Tăng cảm giác đau:

Gãi vào da hay châm nhẹ kim vào da, bệnh nhân kêu đau và phản ứng lại rất mạnh.

c) Sợ ánh sáng:

Ánh sáng làm chói mắt, bệnh nhân thích quay vào phía tối.

d) Tăng phản xạ gân xương:

Do kích thích bố tháp.

e) Rối loạn thần kinh giao cảm;

- Mặt khi đỏ khi tái.

- Dấu hiệu vạch màng não (của Trousseau) biểu hiện rối loạn vận mạch không đặc trưng (trong hội chứng màng não vạch đỏ thẫm hơn, tồn tại lâu mới mất).

g) Rối loạn tâm thần.

Chạng vạng ý thức trầm cảm, mê sảng hoặc kích động.

B - TRIỆU CHỨNG NÃO CỤC BỘ:

Là những triệu chứng thần kinh mượn, do tổn thương tổ chức thần kinh nằm dưới màng não.

1. Đôi khi có cơn động kinh toàn thể hoặc cơn động kinh cục bộ kiểu Bravais-Jackson.

2. Bại hoặc liệt chi.

3. Tổn thương dây thần kinh sọ não.

Nền não rất gần các dây thần kinh sọ não, khi tổn thương



THƯ VIỆN
HUBT

nền não sẽ tổn thương các dây thần kinh sọ não:

a) *Độc biệt nhất là tổn thương dây thần kinh vận nhãn chung: sụp mí, giãn đồng tử, nhìn đôi, lác.*

b) *Tổn thương dây VII.*

C - THAY ĐỔI DỊCH NÃO TỦY:

Bao giờ cũng có:

1. **Áp lực dịch não tủy tăng trên 200 mm cột nước trong tư thế nằm.**

2. **Albumin tăng.**

Trên 40mg%, có thể lên tới 100mg%.

3. **Tế bào tăng.**

Từ 1-3 tế bào/1 mm³ tăng lên hàng chục, hàng trăm, thậm chí hàng nghìn. Trong viêm màng não mủ có tế bào đa nhân thoái hóa.

IV. NGUYÊN NHÂN.

1. **Viêm màng não.**

a) *Viêm màng não mủ.*

Do màng não cầu, phế cầu, liên cầu, tụ cầu, salmonella, trực khuẩn coli.

Tất cả các trực khuẩn khác có thể là nguyên nhân thuận lợi của viêm màng não.

b) *Viêm màng não lao:* thường là viêm màng não toàn bộ, không có mủ, thường kèm theo lao ở nơi khác (ví dụ lao phổi).

c) *Viêm màng não do virus.*

2. Chảy máu dưới màng nhện.

a) Tự phát.

- Do vỡ phình mạch ở trong sọ, hay gặp ở nền sọ và nhất là ở đa giác Willis .

- U động mạch hay gặp ở vùng đỉnh-chẩm, thường ở người 40 tuổi có kèm theo cơn động kinh cục bộ.

- Vừa xơ động mạch và tăng huyết áp.

b) Thủ phát.

- Sau chấn thương sọ não, bệnh nhiễm khuẩn, nhiễm độc chì, CO, rượu.

- Ở trẻ sơ sinh đẻ khó, đẻ non.

Chẩn đoán chảy máu dưới màng nhện dựa vào chọc sống thất lưng thấy dịch não tủy có máu.

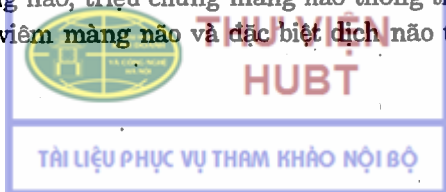
3. Chấn thương sọ não gây bọc máu ngoài màng cứng, hoặc dưới màng cứng.

4. Áp xe não.

5. U não (hố sọ sau), u màng não.

Tóm lại: hội chứng màng não bao gồm các triệu chứng chức năng (nhức đầu, nôn, táo bón,...), các triệu chứng thực thể (cứng gáy, dấu hiệu Kernig Brudzinski...) và thay đổi dịch não tủy (tăng áp lực, tăng albumin, tăng tế bào,...).

Chẩn đoán phân biệt viêm màng não với phản ứng màng não (trong sốt cao, đàm huyết cao,...) dựa vào: trong phản ứng màng não, triệu chứng màng não thông thường ít rõ rệt hơn so với viêm màng não và đặc biệt dịch não tủy vẫn bình thường.



HỘI CHỨNG THÙY TRÁN

A - NHẮC LẠI GIẢI PHẪU - SINH LÝ.

Thùy trán có:

+ Diện vận động (diện 4 của Brodmann) cho các cơ bên đối diện của thân theo thứ tự ngược chiều với vị trí cơ thể.

+ Diện tiền vận động (diện 6 của Brodmann) vận động phối hợp.

+ Vùng vận động mắt và đầu (région oculo-céphalomotrie) (diện 8) quay mắt và đầu sang bên đối diện.

+ Trung tâm mất ngôn ngữ vận động Broca.

+ Trung tâm mất viết (centre de l'agraphie)

+ Thùy trán có liên hệ với bán cầu tiểu não bên đối diện (qua bó vỏ cầu tiểu não - tractus corticopontocérébellaris)

B - HỘI CHỨNG:

1. Triệu chứng của vùng vận động.

a) Liệt nửa người không đồng đều.

b) Con động kinh cục bộ (liệt Todd: liệt thoáng qua sau cơn động kinh là dấu hiệu rất quý giá để chẩn đoán vị trí tổn thương).

2. Triệu chứng thùy trán trước.

a) Con quay mắt, quay đầu (crise oculocéphalogyres) sang



bên đối diện với tổn thương (có thể xuất hiện trước cơn động kinh cục bộ).

b) *Mất điều hòa thủy trán (ataxie frontale)*

Hiện tượng đẩy lùi (rétropulsion) bệnh nhân không đứng vững được, mỗi khi bệnh nhân đứng liền bị kéo ra sau.

Mất sử dụng động tác đi (apraxie de la marche): bệnh nhân không biết sử dụng đôi chân. Khi được người khác giữ cho thăng bằng, bệnh nhân thấy hai bàn chân dán chặt trên mặt đất, không có khả năng đi được bước nào.

Đôi khi mất đứng - mất đi (atasie - abasie)

Bệnh nhân mất khả năng đứng và đi (do rối loạn phối hợp động tác) trong khi hai chân còn khỏe không có rối loạn cảm giác.

c) *Hiện tượng thờ ơ nửa thân*: bệnh nhân ít vận động nửa thân bên tổn thương mặc dù không bị liệt. Khi bảo giờ hai tay có khi bệnh nhân chỉ giờ một tay. Khi bệnh nhân vận động tự nhiên (nói hoặc cười) ta thấy một mặt ít cử động (như liệt mặt trung ương) nhưng khi vận động cơ mặt theo lệnh thì hai bên bình thường.

d) *Rối loạn trương lực*:

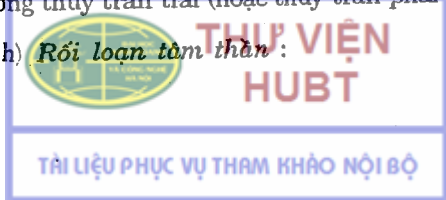
- Tăng trương lực cơ một hay hai bên, trội hơn ở các cơ cổ, gốc chi trên, cơ thân và cơ khớp.

Phản xạ nằm (phản xạ grasping)

e) *Mất khứu giác*.

g) *Mất ngôn ngữ vận động, mất viết*: trong trường hợp tổn thương thủy trán trái (hoặc thủy trán phải ở người thuận tay trái)

h) *Rối loạn tâm thần*:



+ Rối loạn khí sắc và tính tình:

- Chứng hề (moria): khoái cảm (euphorie), vui vẻ (jovialité), khuếch đại (expensivité), tính hoàn đồng (puérilisme), có khuynh hướng khôi hài, chơi chữ, đùa tếu, châm chọc.

- Dễ bị kích thích.

+ Rối loạn hoạt động: không có hứng thú, giảm sút ý chí.

+ Rối loạn trí năng:

- Quên định hình (amnésie de fixation), quên các sự việc mới xảy ra, nhưng các sự việc cũ còn nhớ.

- Mất khả năng phán đoán và tự phê bình, do đó có hành vi kỳ dị.

i) *Rối loạn thần kinh thực vật*: hay ngáp (baillement), cơn bừng đỏ mặt, vã mồ hôi, buồn ngủ, rối loạn cơ thắt, tăng hoạt động tình dục, ăn vô độ (boulimie).

HỘI CHỨNG THUYỀN ĐÌNH

A - NHẮC LẠI GIẢI PHẪU - SINH LÝ

1. Diện cảm giác - bản thể (*somato - sensitive*).

Phần trước của hồi đình lên tiếp nhận các cảm giác thô sơ, đơn giản, ở đây cũng có sự phân chia khu vực thần kinh thân thể tương tự như vùng vận động.

2. Diện tâm thần thân thể (*somato - psychique*).

Phần sau của hồi đình lên, vùng nhận thức tri giác (đi từ cảm giác thô sơ đến nhận biết hình thể, kích thước, trọng

lượng, độ bền, chất liệu của đồ vật, đánh giá khoảng cách hai kích thích xúc giác hay vùng bị kích thích.

3. Diện nhận thức xúc giác (*tacto - gnosique*).

Chân của hồi đỉnh 1 và 2 (chân của hồi đỉnh hai là phần trước của hồi trên bờ) là vùng nhận thức về các vật và từ đó nhận biết được vật nhìn thấy.

B - HỘI CHỨNG:

1. Rối loạn cảm giác bên đối diện với tổn thương.

a) *Cảm giác chủ quan*: dị cảm thường xuyên hay từng cơn (kiểu cơn động kinh cục bộ cảm giác) hay là báo hiệu của cơn động kinh vận động Bravais Jackson.

b) *Cảm giác khách quan*: mất cảm giác nửa người (nhất là ở ngón chi và các chi trên).

2. Mất nhận thức (*agnosie*).

a) *Mất nhận thức xúc giác (agnosie tactile), mất nhận thức vật do mất cảm giác ở chi trên.*

b) *Mất nhận thức sơ đồ thân thể (agnosie du schéma corporel) gặp trong hai hội chứng:*

- Hội chứng Anton-Babinski:

Liệt nửa người trái

Mất nhận thức bệnh (*anosognosie*): bệnh nhân không nhận ra bản thân bị liệt nửa người trái.

Bàng quan với bệnh (*anosodiaphorie*).

- Hội chứng Gerstmann:



THU VIỆN
HUY

TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

Mất nhận thức thân thể (asomatognosie): không nhận biết được bên trái hay bên phải cơ thể. Theo Mac Donald Critchley, khi có rối loạn hoặc mất ý thức về sơ đồ thân thể (schéma corporel) do tổn thương thùy đỉnh phải thì bệnh nhân có hiện tượng "quên" hay coi nhẹ các chi tiết bên trái. Ví dụ bảo bệnh nhân giơ hai tay xỏ một đôi găng tay hoặc đi giày, dép thì bệnh nhân chỉ thực hiện ở bên phải.

Mất viết (agraphie).

Mất tính toán (acalculie).

3. Mất ý tưởng vận động cả hai bên (*Apraxie idéo-motrice bilatérale*).

Do tổn thương nếp cong thùy đỉnh trái (*région pariéto pli courbe gauche*).

4. Mất ngôn ngữ wernicke.

5. Các rối loạn kết hợp:

a) Mất điều hòa (*ataxie*)

b) Teo cơ

c) Bán manh cùng bên

(Hội chứng Déjérine cảm giác vỏ : do tổn thương thùy đỉnh và đặc trưng bởi mất cảm giác bản thể và nhận thức vật nhưng chỉ thay đổi ít hoặc không thay đổi cảm giác sờ, đau, nhiệt và rung).



THƯ VIỆN
HUBT

TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

HỘI CHỨNG THÙY THÁI DƯƠNG

A - NHẮC LẠI GIẢI PHẪU - SINH LÝ:

- Thùy thái dương là một trong các vùng phối hợp chức năng quan trọng nhất của não. Khi tổn thương thùy thái dương sẽ mất ngôn ngữ Wernicke, mất ý tưởng động tác (apraxie idéatoire). Tổn thương đường dẫn truyền khứu giác và thính giác.

- Các tia thị giác Gratiolet đi qua sừng thái dương của não thất bên. Do đó khi tổn thương thùy thái dương có thể bị bán manh cùng bên.

B - HỘI CHỨNG:

1. Rối loạn giác quan:

a) *Thính giác*: điếc vỏ não (surdité corticale): khi tổn thương cả hai bên diện thính giác (rất hiếm gặp).

b) *Thị giác*:

Bán manh một góc cùng bên dần dần chuyển thành bán manh hoàn toàn ở các nửa thị trường bên đối diện với phía tổn thương. Nguyên nhân bán manh một góc là do tổn thương không hoàn toàn các sợi tia thị giác Gratiolet.

2. Mất ý tưởng động tác (apraxie idéatoire).

3. **Mất điều hòa thùy thái dương**: cũng như mất điều hòa thùy trán, thể hiện nặng hơn ở thân, chủ yếu là rối loạn đứng và đi. Thân bị siêu về bên, có hướng ngã ra sau và sang

bên, thường là sang bên đối diện với bán cầu bị tổn thương. Mất điều hòa thùy thái dương là do tổn thương các vùng xuất phát của bó vỏ-cầu-tiểu não. Đường đó nối liền thùy thái dương với bán cầu tiểu não bên đối diện.

4. Động kinh thái dương.

Gồm các cơn kịch phát đơn độc hay kết hợp khác nhau.

a) Cơn giác quan.

+ Thị giác: *ảo thị*: nhìn thấy hình ảnh, phong cảnh, bất động hay chuyển động (thường có màu sắc) diễn ra trước mắt bệnh nhân, ở toàn bộ thị trường hay ở 1/2 thị trường bên bán mạnh.

+ Thính giác: *ảo thính*.

- Thô sơ: nghe thấy một tiếng động, hay một tiếng vang

- Tinh vi: nghe thấy một khúc nhạc hay những lời nói mà bệnh nhân hiểu được.

+ Vị giác và khứu giác: thường rất khó chịu (hiếm gặp)

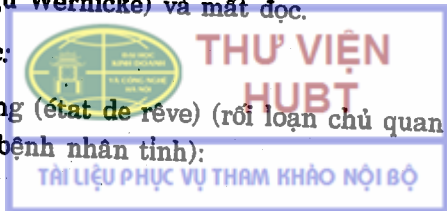
+ Các triệu chứng kèm theo: đột ngột có cảm giác chóng mặt, ngã hoặc cảm giác bay lên cao.

Ảo thị, ảo thính, ảo vị đôi khi là tiền triệu (aura) của cơn động kinh.

b) *Mất ngôn ngữ tạm thời* trong trường hợp tổn thương bán cầu trội: mất ngôn ngữ hoàn toàn hoặc chỉ không hiểu lời nói (mất ngôn ngữ Wernicke) và mất đọc.

c) Rối loạn ý thức:

+ Trạng thái mộng (*état de rêve*) (rối loạn chủ quan đột ngột và ngắn ở một bệnh nhân tỉnh):



- Bệnh nhân đang làm một việc gì tự nhiên ngừng lại, sống sờ như mê ngủ hoặc có thể làm một cách máy móc nhưng không chính xác. Con kéo dài vài phút, sau cơn bệnh nhân không nhớ gì đã xảy ra.

+ Cảm giác như đã thấy (déjà vu) như đã nghe thấy (déjà entendu): bệnh nhân cảm thấy thời gian bệnh nhân đang sống như đã từng sinh sống trước đây. Do vậy người và cảnh vật xung quanh đều thấy quen thuộc.

+ Cảm giác như chưa thấy (sentiment dérangeté):

Người và cảnh vật quen biết trở nên xa lạ như chưa quen thuộc.

- Trí nhớ toàn cảnh: (mémoire panoramique): đột nhiên thấy toàn cảnh kỷ ức thời thơ ấu và bệnh nhân sống lại một cách gập vội, phối hợp với ảo khứu, ảo vị tạo thành cơn thùy móc của Jackson

- Cơn ảo giác cấp (attaque illusionnelle):

Bệnh nhân thấy có sự thay đổi tỷ lệ thân thể với môi trường xung quanh, có khi thấy mình trở thành người nhỏ bé hoặc ngược lại thấy mình trở thành người khổng lồ (hội chứng Alice in Wonderland)

+ Cơn vắng ý thức thái dương (absence temporale):

- Toàn bộ chức năng tâm thần bị mất trong chốc lát, kèm theo mất ý thức và trí nhớ.

- Cơn vắng ý thức khác với động kinh cơn nhỏ :

. Thời gian cơn vượt quá 10 - 20 giây

. Rối loạn ý thức nặng hơn

. Cơn phối hợp với triệu chứng tổn thương thùy thái dương.



. Có biểu hiện tâm thần vận động tự động kéo dài.

+ *Con tâm thần vận động tự động:*

- Hoặc có trạng thái lú lẫn, rối loạn khí sắc và tình cảm.

- Hoặc có vận động tự động: nhai, xoa hai bàn tay, cơn bỏ nhà ra đi, có hành vi phạm pháp.

5) Mất ngôn ngữ (trong trường hợp tổn thương thùy thái dương trái của người thuận tay phải):

- Mất ngôn ngữ giác quan (aphasie sensorielle) hay mất ngôn ngữ Wernicke: do tổn thương vùng Wernicke, bệnh nhân không hiểu lời nói của người khác (điếc lời-surdité verbale), không thể đọc và viết được.

- Mất ngôn ngữ quên (aphasie amnésique): do tổn thương diện 37: phần sau hồi thái dương 2 và nền của thùy đỉnh dưới (hồi góc), bệnh nhân quên tên gọi các đồ vật, chỉ mô tả được công dụng hoặc thuộc tính của nó.

HỘI CHỨNG THÙY CHẴM

A - NHẮC LẠI GIẢI PHẪU - SINH LÝ:

1. Diện giác quan thị giác.

Diện 17 của Brodmann: tiếp nhận các ấn tượng thị giác đi từ 1/2 thị trường của mắt bên đối diện. Diện này bao gồm khe cửa và hai mép của khe cửa: mép trên, tiếp nhận các ấn tượng thị giác từ 1/2 dưới của thị trường mỗi mắt, mép dưới, tiếp nhận các ấn tượng thị giác từ 1/2 trên của thị trường mỗi mắt.

TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

2. Diện thị giác tâm thần.

Diện 18 và diện 19 của Brodmann: chính trong vùng thị giác tâm thần này diễn ra sự tổng hợp các cảm giác thô sơ, ở giai đoạn đầu cho phép ta tri giác các vật và ở giai đoạn sau cho phép ta hiểu biết giá trị biểu tượng của chúng (Delmas).

B - HỘI CHỨNG:

1. Các rối loạn thị trường.

a) *Bán manh cùng bên*: khác với bán manh thùy thái dương, bán manh thùy chẩm vẫn còn nguyên vẹn thị trường điểm vàng (maculaire)

b) *Bán manh góc tư* (hémianopsie en quadrant):

- Bán manh góc tư trên: biểu hiện tổn thương bó lưng của các tia thị giác hay của mép dưới khe cửa.

- Bán manh góc tư dưới: biểu hiện tổn thương bó lưng hay mép trên khe cửa.

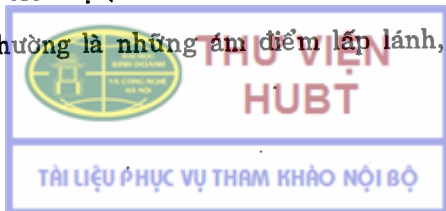
c) *Trường hợp tổn thương thùy chẩm cả hai bên*, có thể:

- Bán manh kép (hémianopsie double) mất thị trường chu vi 2 bên nhưng còn thị trường điểm vàng. Bệnh nhân cảm thấy như nhìn qua 2 nòng súng.

- *Mù vỏ não* (cécité corticale): mất thị trường chu vi và điểm vàng (mù do tổn thương vỏ não thì còn phản xạ đồng tử với ánh sáng, mù do tổn thương dây thị giác thì mất phản xạ đồng tử với ánh sáng).

2. Ảo thị (hallucination visuelle).

Thường là những ám điểm lấp lánh, các đường có màu



sắc hoặc tia lửa ở khu vực thị trường bị bán manh.

3. Mất nhận thức thị giác (xem mất nhận thức).

HỘI CHỨNG ĐÒI THỊ

Ở bên đối diện với tổn thương:

A - RỐI LOẠN CẢM GIÁC:

1. Chủ quan: cảm giác đau đặc biệt (đau đôi thị).

Đau tự phát, đau như bỏng hoặc như xoắn, vặn, cảm giác nặng nề khó chịu, lan tỏa. Đau liên tục, đôi khi thành từng cơn dữ dội.

2. Khách quan.

Mất cảm giác nửa người (hémianesthésie).

Cảm giác sâu bị rối loạn nặng, cảm giác nông bị rối loạn mỗi lúc mỗi khác. Trội ở ngón chi.

B - RỐI LOẠN VẬN ĐỘNG.

Liệt nửa người thoáng qua.

Tăng trương lực (trội ở chi trên nhưng lại nhẹ ở bàn tay).

Mất điều hòa nửa người.

Múa giật, múa vờn ở các chi liệt nhẹ

C - RỐI LOẠN VẬN MẠCH VÀ DINH DƯỠNG.

Tóm lại tổn thương đôi thị biểu hiện bằng hội chứng DéjerineRoussy ở bên đối diện với tổn thương:

Mất các loại cảm giác



Liệt nửa người.

Mất điều hòa nửa người.

Múa giật, múa vờn.

Bán manh cùng bên.

HỘI CHỨNG THỂ VÂN

A - NHẮC LẠI GIẢI PHẪU - SINH LÝ:

1. *Thể vân gồm các nhân xám từng đôi và đối xứng.*

a) *Nhân đậu (noyaux lenticulaire):*

- Nhân vỏ hén (putamen) ở ngoài.

- Nhân cầu nhạt (pallidum) ở trong.

b) *Nhân đuôi.*

2. *Tổ chức học cho phép phân biệt:*

a) *Tân thể vân (néo-striatum) gồm nhân vỏ hén và nhân đuôi.*

b) *Cựu thể vân (paléo-striatum): cầu nhạt. Cựu thể vân còn gồm thể Luys, liềm đen, nhân đỏ.*

3. Chức năng chính của thể vân.

Điều hòa trương lực cơ, điều chỉnh các cử động không tùy ý và cử động tự động.

B - HỘI CHỨNG:

1. *Tổn thương tân thể vân.*

a) *Múa giật (chorée): tổn thương nhân vỏ hén (putamen).*



b) *Múa vờn (athétose)*: tổn thương nhân đuôi.

c) *Múa vờn kép bẩm sinh (hội chứng Cécile Vogt)* biểu hiện chủ yếu múa vờn ở hai tay, mặt, cổ và thiếu năng tinh thần, gặp ở trẻ em, căn nguyên bẩm sinh.

2. Tổn thương cự thể vân: hội chứng Parkinson.

3. Tổn thương toàn bộ thể vân:

- Bệnh Wilson (thoái hóa gan-nhân đậu).

- Chứng giả xơ cứng Westphal- Strümpell: biểu hiện bằng hàng loạt những cử động không tùy ý (run) xuất hiện nhân khi cố sức chống lại các vận động bình thường của tay, chân.

HỘI CHỨNG TIỂU NÃO

A - NHẮC LẠI GIẢI PHẪU - SINH LÝ.

Tiểu não ở hố sọ sau, gắn vào thân não bởi 3 cuống tiểu não:

- Cuống tiểu não trên gắn với cuống não.

- Cuống tiểu não giữa gắn vào cầu não.

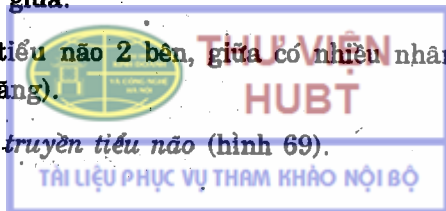
- Cuống tiểu não dưới gắn vào hành não.

Tiểu não gồm:

- Thùy nhộng ở giữa.

- Hai bán cầu tiểu não 2 bên, giữa có nhiều nhân xám (nhân má, nhân răng).

Các đường dẫn truyền tiểu não (hình 69).



1. Các đường hướng tâm tới tiểu não.

+ Bộ gai-tiểu não (*Arvus spinocerebellaris*): bộ Flechsig và Gowers khi tổn thương hai bộ này, rối loạn tiểu não xuất hiện ở bên tổn thương.

+ Bộ tiền đình-tiểu não (*tractus vestibulocerebellaris*) từ nhân tiền đình, chủ yếu là nhân Dechterew tới thùy nhộng, đặc biệt là nhân màu.

+ Các đường từ nhân Goll và Burdach phần lớn các sợi từ 2 nhân trên đi lên đồi thị một phần sợi đi vào thùy nhộng tiểu não.

+ Bộ trán-tiểu não (*tractus olivo cerebellaris*) từ thể trám dưới tới vỏ tiểu não.

+ Các bộ yỏ-cầu (bộ trán-cầu, bộ thái dương-cầu, chẩm-cầu) và bộ cầu-tiểu não.

2. Các đường ly tâm từ tiểu não:

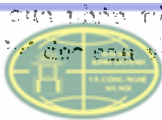
+ Từ nhân răng tiểu não các sợi qua cuống tiểu não trên bất chéo (chéo Wernicki) tới nhân đỏ bên đối diện: bộ nhân răng - nhân đỏ (*tractus dentorubralis*).

+ Từ nhân đỏ các sợi bất chéo (chéo Forell) tới tận cùng ở sừng trước tủy sống (bộ đỏ-gai).

+ Từ nhân đỏ với sợi qua đồi thị tới tiểu não.

Các sợi từ nhân mắt và nhung não của tiểu não tới nhân tiền đình, các bộ tiền đình-gai liên hệ tiểu não với tủy sống và các cơ.

Cũng cần nhắc đến nhân mắt (Dorsal) tiểu não liên hệ trực tiếp qua bộ cầu với nhân dây thần kinh vận nhãn và



THƯ VIỆN
HUBT

do đó với các cơ vận nhãn.

Chức năng sinh lý:

Thùy nhộng: chức năng thăng bằng.

Bán cầu tiểu não: chức năng phối hợp vận động.

B - TRIỆU CHỨNG:

1. Mất điều hòa (không tăng lên khi nhắm mắt).

a) Mất phối hợp vận động:

Sai tầm hoặc quá tầm: phát hiện bằng nghiệm pháp ngón tay chỉ mũi (Finger-nose test), nghiệm pháp gót chân đầu gối. Các động tác vụng về, giật cục và quá đích.

Mất đồng động: các động tác phức tạp bị phân hóa làm nhiều thì ví dụ nghiệm pháp gấp phối hợp đùi và thân.

Mất liên động: không làm được các cử động liên tiếp, phát hiện bằng nghiệm pháp múa bàn tay, nghiệm pháp sắp ngửa bàn tay liên tiếp.

b) *Khuynh hướng ngã khi đứng*, nhưng thường không ngã, chỉ lao đảo và phải đứng dạng chân.

c) Dáng đi tiểu não:

2. Run khi cử động hữu ý và hết khi nghỉ.

Phát hiện bằng cách cho bệnh nhân cầm cốc nước uống, càng gần miệng càng run rõ rệt.

3. Giảm trương lực cơ.

4. Rối loạn lời nói.

Nói chậm, ngập ngừng, dần từng tiếng và nổ bùng.



5. Rối loạn chữ viết.

Viết chậm, chữ không đều và to (mégalographie).

6. Rung giật nhãn cầu.

Tổn thương tiểu não thuần túy không bao giờ có rung giật nhãn cầu, chỉ có khi nào tổn thương xâm nhập đồng thời tới tiền đình mới có rung giật nhãn cầu.

C - HỘI CHỨNG TIỂU NÃO:

1. *Hội chứng thùy nhộng (Vermis)*: tổn thương thùy nhộng, biểu hiện bởi các rối loạn thăng bằng, rất ít có rối loạn vận động.

2. *Hội chứng bán cầu tiểu não*: tổn thương bán cầu tiểu não, biểu hiện bởi những rối loạn phối hợp vận động cùng bên, rất ít rối loạn thăng bằng.

D - NGUYÊN NHÂN:

1. Bệnh xơ cứng rải rác.

2. U tiểu não, u góc cầu tiểu não, áp xe tiểu não.

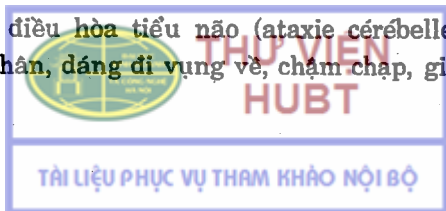
3. Rối loạn tuần hoàn ở tiểu não (chảy máu tiểu não, nhuyển tiểu não).

4. Teo tiểu não:

a) *Teo tiểu não tiên phát (teo trám-cầu-tiểu não, teo vỏ tiểu não).*

b) *Bệnh Friedreich (teo tiểu não di truyền):*

Mất điều hòa tiểu não (ataxie cérébelleuse): thường bắt đầu ở chân, dáng đi vụng về, chậm chạp, giống dáng đi tabes



(nhắc cao chân, nên mạnh gót xuống nền) nhưng cũng giống dáng đi tiểu não (dạng rộng chân đế, lảo đảo).

- Run tay, run đầu, run và nhận nhớ mặt.
- Trương lực cơ giảm.
- Phản xạ gân xương giảm hoặc mất.
- Bại chi (ở giai đoạn muộn).
- Gù vẹo cột sống.

Nguyên nhân:

Một số trường hợp bố mẹ có họ hàng thân thích bị bệnh di truyền theo kiểu lặn (đôi khi có kiểu trội). Bệnh thường xuất hiện sau nhiễm khuẩn cấp tính.

HỘI CHỨNG GIẢ HÀNH NÃO VÀ HỘI CHỨNG LỖ KHUYẾT NÃO

Các hội chứng này do các lỗ huyết nhỏ (lacune) hay các đảo (ilot) xơ cứng nằm rải rác trong não, thân não là biểu hiện của xơ cứng động mạch não tuổi già (artério-sclérose sénile).

A - HỘI CHỨNG GIẢ HÀNH NÃO (SYNDROME PSEUDE-BULBAIRE):

1. Rối loạn phát âm: giọng nói đều đều (monotone), kéo dài, tiếng đục, giọng mũi, loạn vận ngôn (dysarthrie) với giọng nói nhát gừng, bùng nổ, nói lặp (palilalie), nói lặp lại một từ hay vài từ sau cùng của một câu.

TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

2. Rối loạn nuốt và nhai, mất phản xạ màn hầu.

3. Rối loạn điệu bộ (trouble de la mimique).

Lúc nghỉ về mặt bất động, mất trương lực.

Cơn cười, khóc co cứng (accès de rire et de pleurer spasmodiques), không liên quan đến cảm xúc.

4. Các triệu chứng của xơ cứng não (cérébro-sclérose):

a) Dáng đi bước ngắn.

b) Mất đứng - mất đi (astasie - abasie).

c) Tồn thương bó thắt: liệt hai chi dưới hay liệt nửa người co cứng.

d) Tăng trương lực cơ kiểu ngoại tháp.

e) Rối loạn tâm thần: giảm các chức năng trí tuệ, dễ bị kích thích, dễ bị xúc cảm (hyperemotivité).

B - HỘI CHỨNG LỖ KHUYẾT NÃO CỦA PIE MARI
(SYNDROME LACUNAIRE DE P. MARIE)

1. Đột nhiên liệt nửa người, thoáng qua, tái phát.

2. Dáng đi bước ngắn, dẫn đến mất đứng - mất đi (astasie - abasie).



HỘI CHỨNG CUỐNG NÃO

A - NHẮC LẠI GIẢI PHẪU:

Cuống não gồm chất xám và chất trắng.

1. Chất xám.

+ Nhân dây III và dây IV.

+ Liềm đen (locus niger): hình bán nguyệt, chia cuống não ra làm 2 phần: phần trước là chân (có các bó vận động) phần sau là chỏm (có các bó cảm giác). Liềm đen thuộc hệ ngoại tháp, có nhiệm vụ giữ độ căng của cơ, phối hợp các động tác cử động theo ý muốn.

+ Nhân đỏ (noyau rouge): nhìn thấy được khi cắt ngang cuống não ở phía trên. Nhân đỏ là nơi dừng của các đường ngoại tháp, điều hòa các vận động tự động.

+ Nhân liên cuống (noyau interpedonculaire): nhìn thấy được khi cắt ngang cuống não ở phía dưới.

2. Chất trắng.

+ Bó tháp (ở 3/5 giữa chân cuống), bó gối (ở 1/5 trong), bó vỏ cầu (ở 1/5 ngoài).

+ Các bó cảm giác ở chỏm cuống não, có 2 bó:

- Bó Reil chính: gồm bó Reil giữa và bó cùng.

- Bó Reil bên hay bó thính giác

+ Bó liên hợp: bó dọc sau.

B - HỘI CHỨNG:

1. Hội chứng Weber (*hội chứng chân cuống não*)

2. Hội chứng nhân dỏ:

a) *Run hoặc múa giật, múa vờn ở bên đối diện với tổn thương.*

Hoặc run, múa giật, múa vờn bên đối diện với tổn thương phối hợp với liệt dây III bên tổn thương (hội chứng Bénédict).

b) *Hoặc mất điều hòa nửa thân (hémipataxie) kèm theo hội chứng tiểu não nửa thân (hemi-syndrome cérébelleux) bên đối diện với tổn thương.*

Hoặc mất điều hòa nửa thân, kèm theo hội chứng tiểu não nửa thân bên đối diện với tổn thương phối hợp với liệt dây III bên tổn thương (hội chứng Claude).

3. Hội chứng Parinaud (*tổn thương chòm cuống não*)

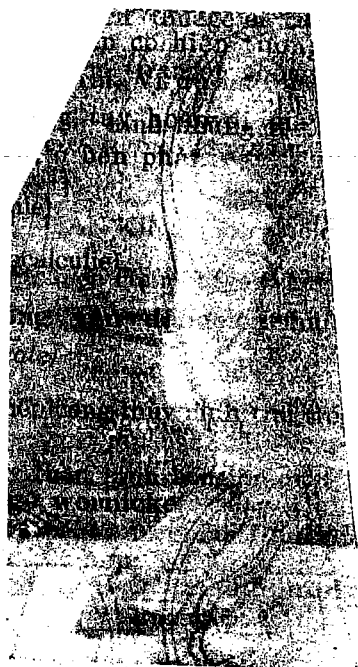
4. Hội chứng Lhermite - Van Bogaert biểu hiện bằng các ảo giác thị giác xuất hiện lúc xế chiều, hình ảnh (người, động vật, bông hoa) có màu sắc, chuyển động. Các hình ảnh này gây cho bệnh nhân một tình trạng cảm xúc dễ chịu hơn là khó chịu.

5. Hội chứng Gelineau: biểu hiện bằng những cơn ngủ rũ (narcolepsie) đột ngột, không cưỡng lại được, khi đang đi thì ngã khụy xuống và ngủ. Cơn kéo dài chừng 10 phút, có thể có nhiều cơn trong một ngày.



6. Chứng mất trương lực (cataplexie): đột ngột, tự nhiên nhất là khi xúc động, sợ hãi, đang cười, đang khóc thì ngã khụy xuống nhưng vẫn tỉnh táo.

Hình 95c:
BN.NTBL bị
HC gelineau
đi khụy chân
và ngủ



HỘI CHỨNG CẦU NÃO

A - NHẮC LẠI GIẢI PHẪU:

Cầu não gồm có:

1. Chất xám.

+ Nhân các dây thần kinh V, VI, VII, và VIII.



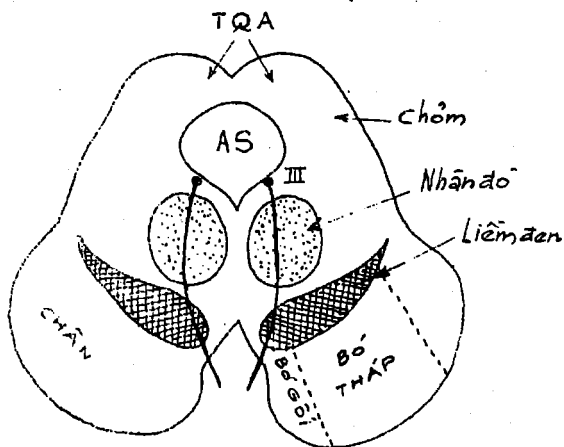
THƯ VIỆN
HUBT

TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

+ Các nhân riêng biệt của cầu não:

- Nhân của cầu não (nuclei proprii pontis)
- Trám cầu hay trám trên (oliva superier)
- Thể thang (corpus trapezoideum)
- Nhân bên (nucleus lemnisci lateralis)

Hình 98:
Cầu não



2. Chất trắng:

+ Bó tháp: đi từ vỏ não tới tủy sống, ngoài ra còn có các sợi đi từ vỏ não đến tận hết ở các nhân cầu (bó vỏ-cầu: tractus corticopontinus).

+ Bó Reil chính gồm có dải Reil giữa (lemniscus médialis) và bó cung (tractus spinothalamicus).

+ Bó tiểu não thẳng Flechsig chạy vào tiểu não qua cuống tiểu não dưới, bó tiểu não chéo Gowers, vòng qua cuống tiểu não trên để vào thùy nhộng (vermis).



THƯ VIỆN
HUBT

TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

+ Bó sợi ngang của cầu não: chạy từ các nhân của cầu não vòng quanh cầu não, phân tán bó tháp thành từng bó nhỏ rồi quạt ra sau, qua cuống tiểu não giữa vào tiểu não.

B - HỘI CHỨNG:

1. Hội chứng Millard-Giübler (*hội chứng cầu não dưới*).

2. Hội chứng Foville: hội chứng Foville cầu não trên, hội chứng Foville cầu não dưới.

3. Hội chứng Raymond - Cestan (*hội chứng cầu não trên*): tổn thương một nửa cầu não (bó tháp, dải Reil giữa, dải dọc sau, các sợi cầu tiểu não):

a) Bên đối diện với tổn thương:

- Liệt nhẹ nửa người
- Múa giật, múa vờn, mất điều hòa
- Rối loạn cảm giác nông và sâu

b) Bên tổn thương:

Liệt vận động ngang nhãn cầu về phía đối diện với tổn thương.

4. Hội chứng Gellé: tổn thương cầu não (phần dưới):

+ Bên tổn thương:

- Liệt dây VIII: giảm thính lực tới điếc, chóng mặt
- Liệt dây VI: Liệt vận nhãn ngoài

+ Bên đối diện:

- Liệt nửa người
- Mất cảm giác nửa người.



THƯ VIỆN
HUBT

TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

HỘI CHỨNG HÀNH NÃO

A- NHẮC LẠI GIẢI PHẪU:

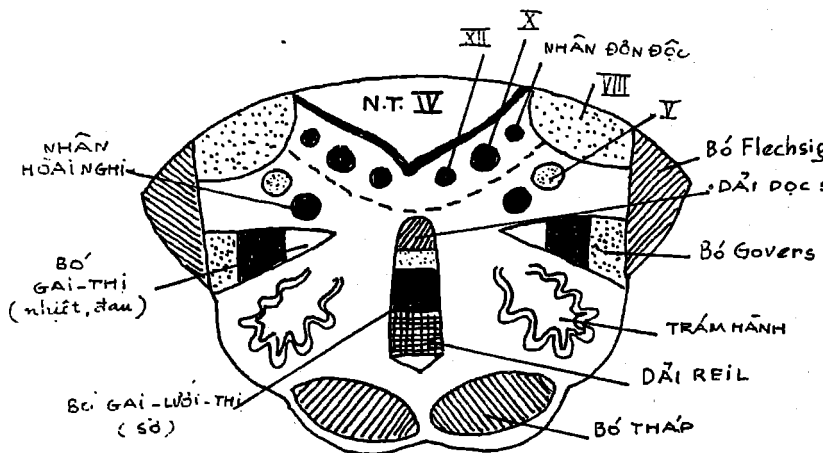
Hành não gồm có:

1. Chất xám.

- Nhân hoài nghi (noyau ambigu) là nhân vận động của dây IX, X và XI.

+ Nhân dây XII

+ Nhân cảm giác của dây V



+ Nhân bó đơn độc là nhân cảm giác của dây VII, IX, X

+ Nhân dây VIII (tiền đình và thính giác).

+ Nhân cung và nhân trám chính và phụ (oliva inferior et nucleus olivaris accessorius), nhân trám tách ra các sợi chạy qua cuống tiểu não dưới để vào tiểu não. Nó liên hệ với dây VIII (thính giác và tiền đình).

2. Chất trắng

+ Bó tháp: bắt chéo ở đầu dưới của hành não

+ Từ các nhân Goll, Burdach và Monakow các sợi chạy ra bắt chéo đường giữa (bắt chéo cảm giác: *désussation sensitive*) để tạo thành dải Reil giữa.

B- HỘI CHỨNG:

1. Hội chứng hành não trước (hội chứng cận trung tâm của Foix)

+ Bệnh tổn thương:

- Liệt nửa người (trừ mặt)

Liệt dây XII

+ Bên đối diện: mất cảm giác (khi bị tổn thương dải Reil giữa).

2. Hội chứng tổn thương các nhân xám dưới vỏ não:

a) Hội chứng *Avellis*

b) Hội chứng *Schmid*

c) Hội chứng *Jackson*

3. Hội chứng hành não bên (hội chứng Wallenberg hay hội chứng tiểu não dưới)



4. Hội chứng nửa hành não (hội chứng Babinski - Nageotte):

+ Bên tổn thương:

- Hội chứng tiểu não (hémisindrome cérébelleux)

- Hội chứng Claude Bernard-Horner (co đồng tử, hẹp khe mi, lõm mắt)

+ Bên đối diện với tổn thương:

- Liệt nửa người (trừ mặt)

- Mất cảm giác nửa người kiểu rỗng túy sống (syringomyélie)

5. Hội chứng Cestan-Chesnairs: gồm hội chứng Babinski-Nageotte và hội chứng Avellis (liệt màn hầu, liệt dây thanh âm bên tổn thương) do huyết khối (thrombose) động mạch đốt sống nơi trước khi tách ra động mạch tiểu não dưới sau và động mạch gai trước (artère spinale antérieure)

6. Hội chứng Bonnier (VIII, IX và X): tổn thương nhân tiền đình Deiters và đường kế cận:

Chóng mặt kịch phát

Triệu chứng tổn thương dây IX, X đôi khi dây III và V

Liệt nửa người bên đối diện.

Ngủ gà (thỉnh thoảng).

Sợ hãi, tim đập nhanh, yếu ớt.

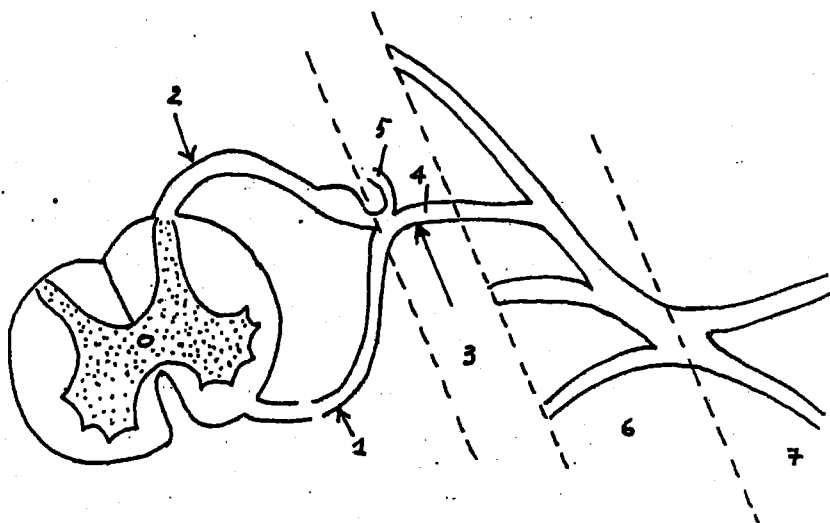


HỘI CHỨNG THẦN KINH NGOẠI VI

I. NHẮC LẠI GIẢI PHẪU - SINH LÝ

1. Giải phẫu

Các dây thần kinh sọ não vận động (III, IV, VI, VII, IX, XII), thân tế bào nằm ở các nhân, các sợi trục hợp lại thành các dây thần kinh sọ não.



Hình 98: Dây thần kinh sống

1. Rễ trước; 2. Rễ sau;
3. Thần kinh sống hỗn hợp chia ra ngành trước (4) và ngành sau (5);
6. Dám rối do các ngành trước nối với nhau;
7. Dây thần kinh sống

TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

Các dây thần kinh sống (hình 98) thân tế bào nằm ở sừng trước của tủy sống. Các sợi trục hợp thành sợi trước của dây thần kinh sống, các ngành trước hợp thành đám rối (cổ, thắt lưng - cùng), từ đám rối sinh ra các dây thần kinh sống tận cùng ở các cơ.

2. Sinh lý.

Neuron vận động ngoại vi nhận kích thích từ nhiều nơi (của neuron trung ương, của rễ sau, của đường ngoại tháp) nên gọi là đường tận cùng chung Sherrington. Từ đó chỉ có một luồng xung động đi tới các cơ.

Khi nó bị tổn thương, cơ không nhận được bất kỳ một kích thích nào nữa, vì vậy cơ bị liệt, giảm hoặc mất trương lực cơ, teo cơ sớm.

II. HỘI CHỨNG

Tổn thương sừng trước tủy sống, rễ, đám rối, dây thần kinh gây ra hội chứng thần kinh ngoại vi

A- DẶC ĐIỂM CHUNG:

Liệt mềm ở các cơ tương ứng với khu vực thần kinh bị tổn thương.

Không có rối loạn cơ vòng (trừ hội chứng đuôi ngựa)

Không có dấu hiệu bệnh lý bó tháp

Teo cơ sớm

Có phản ứng thoái hóa điện ở dây thần kinh và cơ bị liệt.

B- MỘT SỐ HỘI CHỨNG THƯỜNG GẶP:

1. Hội chứng sừng trước tủy sống.



2. Hội chứng rễ

Tổn thương ở các rễ tủy sống

Nguyên nhân: chấn thương, u chèn ép, bệnh virus, bệnh hư xương sụn (ostéochondrose) cột sống

Triệu chứng:

- Tổn thương rễ trước (vận động):

Liệt mềm các cơ do rễ thần kinh tổn thương phân bố

Mất phản xạ gân xương

Teo cơ

Có phản ứng thoái hóa điện

- Tổn thương rễ sau (cảm giác):

Dau ở khu vực rễ tổn thương chi phối (ở thân mất cảm giác từng vòng, ở chi mất cảm giác từng dài).

Khởi phát hoặc tăng lên do gắng sức ở bụng (ho, hắt hơi, đi ngoài)

Không có điểm đau Valleix

Rối loạn cảm giác khách quan ở khu vực rễ tổn thương chi phối: giảm cảm giác, mất cảm giác

a) *Hội chứng Duchenne-Erb do tổn thương rễ C5 - C6:*

Liệt chi trên, tay rơi thông trong tư thế khép và xoay trong, chỉ có thể hơi nhấc móm vai nhờ cơ thang. Không thể dạng cánh tay và gấp cẳng tay. Teo cơ ở gốc chi trên (cơ delta, cơ nhị đầu, cơ cánh tay trước, cơ qua cánh tay, cơ ngửa dài).

Mất cảm giác theo kiểu rễ vùng cơ delta và mặt ngoài cánh tay.

Mất phản xạ gân cơ nhị đầu, trán quay.

b) Hội chứng Remak do tổn thương rễ C7:

Liệt các cơ duỗi cẳng tay và bàn tay, liệt động tác duỗi và gập ngón tay cái. Mất cảm giác theo kiểu rễ vùng sau cẳng tay và nửa ngoài của mu tay. Teo cơ tam đầu, cơ duỗi cổ tay và ngón tay. Mất phản xạ gân cơ tam đầu.

c) Hội chứng Aran-Duchenne do tổn thương rễ C8 - D1 (liệt các cơ gian cốt, các cơ gập ngón tay, cơ trụ trước, cơ mô cái và mô út): liệt động tác gập bàn tay và ngón tay, liệt động tác sấp và khép bàn tay. Mất phản xạ trụ - sấp. Mất cảm giác theo kiểu rễ mặt trong cánh tay, cẳng tay và bàn tay. Teo cơ bàn tay.

d) Hội chứng sườn cổ (syndrome de la côte cervicale), hội chứng khe các cơ bậc thang (syndrome du défilé scalenique) và hội chứng khe sườn đòn (syndrome du défilé costo-claviculaire):

Đám rối thần kinh cánh tay và mạch máu dưới đòn phải chui qua 2 khe hẹp: khe cơ bậc thang (tạo bởi các cơ bậc thang trước cơ bậc thang giữa và cực trước của xương sườn 1) và khe sườn đòn (tạo bởi phần giữa của xương đòn và cực trước của xương sườn 1), hẹp 1 trong 2 khe kể trên sẽ gây ra hội chứng chèn ép đám rối thần kinh cánh tay và động mạch dưới đòn, biểu hiện bằng hai loại triệu chứng:

- Triệu chứng thần kinh (do chèn ép đám rối thần kinh cánh tay đặc biệt tổn thương dây trụ và dây giữa):

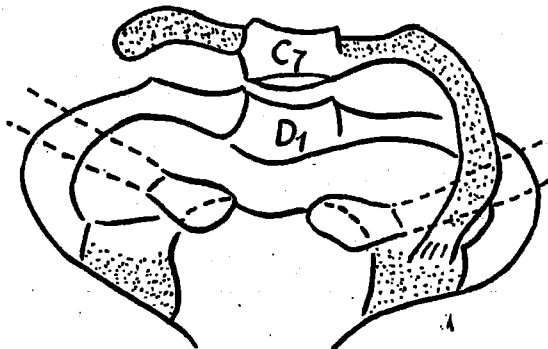
Liệt tay nhẹ: cầm nắm các vật không chặt, chóng mỏi.

Cảm giác tê và giảm cảm giác ngón 4, 5 và bờ trong bàn tay, bờ trong cẳng tay, cánh tay (rễ C8 - D1).

Teo cơ gian cốt, cơ mô út.



THƯ VIỆN
HUBT

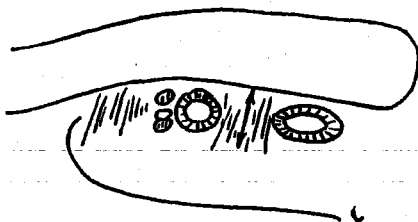
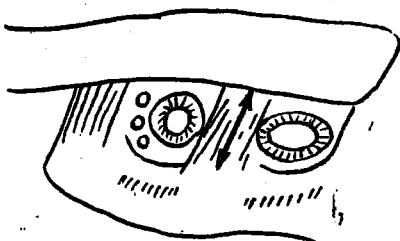


Hình 99

Hội chứng
sườn cổ
(một dạng sườn
cổ thường gặp)

Hình 99b: Khe sườn đòn

bình thường

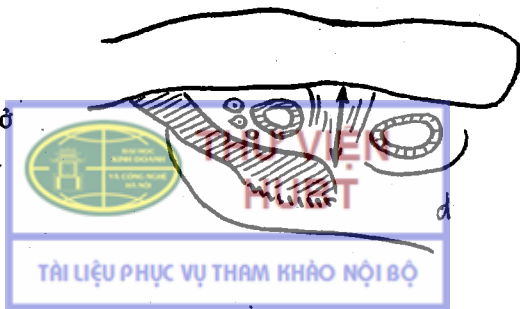


Hình 99c:

Khe sườn đòn hẹp
gây hội chứng sườn - đòn

Hình 99d:

Vị trí sườn cổ ở
giữa xương đòn
và xương sườn



Hình 100:

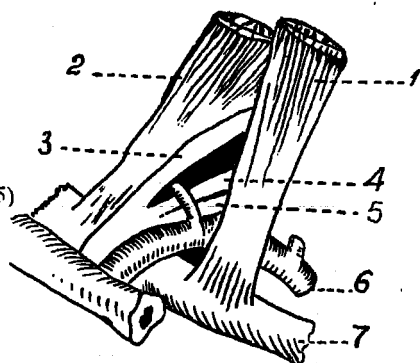
**Hội chứng khe
các cơ bậc thang**

Cơ bậc thang: trước (1), giữa (2)

Thân nhất: trên (3), giữa (4), dưới (5)

Động mạch dưới đòn (6)

Xương sườn 1 (7)



Các triệu chứng có xu hướng tăng dần và tăng lên khi dơ tay cao (tư thế gây chèn ép).

- Triệu chứng mạch máu (do chèn ép động mạch dưới đòn gây ứ trệ tuần hoàn):

Cảm giác kiến bò, cảm giác nặng nề ở chi trên hoặc có triệu chứng như bệnh Raynaud, tay tím hoặc nhợt khi ở tư thế dơ cao, đau buốt bàn tay khi trời lạnh.

Có dấu hiệu Adson - Coffey: bệnh nhân ngồi hai tay đặt lên đầu gối, đầu cúi nhẹ và nghiêng về bên đau, đồng thời hít vào mạnh sẽ xuất hiện cảm giác kiến bò, đau ở chi trên và giảm biên độ mạch (nghiệm pháp này còn có ở 25% người bình thường).

Dấu hiệu tại chỗ: có thể sờ thấy 1 khối u có nhịp đập của mạch, có tiếng thổi tâm thu, đó là kết quả của sự phình giãn sau chỗ nghẽn tắc của động mạch dưới đòn khi chui qua 1 khe hẹp. Đôi khi thấy 1 khối u rắn gồ lên ở phần giữa hố trên đòn. Đó là đầu tự do của sườn cổ hoặc chỗ dính của sườn cổ với xương sườn 1.

Chụp cản quang động mạch cánh tay ngược dòng hoặc luồn catheter seldinger từ động mạch đùi ta có thể thấy vị trí tắc nghẽn của động mạch dưới đòn.

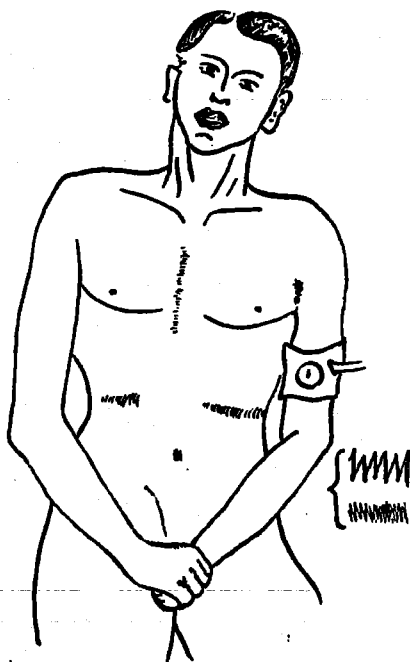
Nguyên nhân:

Hội chứng sườn cổ do môm ngang đốt sống C7 dài ra như một xương sườn cụt, gây hẹp khe sườn đòn.

Hội chứng khe cơ bậc thang do cơ bậc thang trước bị xơ hóa, phì đại, co cứng.

Hội chứng Naffziger (hội chứng cơ bậc thang trước): đau tay, vai, gáy kèm theo teo cái cơ nhỏ ở tay và tê tay vùng dây thần kinh trụ phân bố do cơ bậc thang trước chèn ép đám rối thần kinh cánh tay).

Hội chứng sườn đòn do dị dạng xương sườn 1: cực trước của xương sườn 1 phì đại.



Hình 101a: Dấu hiệu Adson - Coffey

Chẩn đoán phân biệt: cần phân biệt các hội chứng trên với:

Hội chứng Pancoast-Tobias: ung thư thượng bì (carcinome)

đỉnh phổi chèn ép đám rối thần kinh cánh tay.

Hội chứng Raynaud: mới đầu ở các ngón tay (ít khi ở chân) do co thắt động mạch nhỏ, xuất hiện khi gặp lạnh, ngón tay bị tê buồn rồi tím lại, mất cảm giác hoặc đau nhói, nhúng tay vào nước nóng hết đau, cơn đau kéo dài vài phút tới vài giờ. Tiến triển có thể khỏi hoặc tiến tới hoại thư đầu chi.

Thoát vị đĩa đệm đốt sống cổ thấp: bệnh nhân thường đau khi ho hoặc quay đầu sang bên.

Hội chứng chèn ép đám rối thần kinh cánh tay do cal ở đầu ngoài mặt trong xương đòn bị gãy cũ.

Hội chứng thiếu máu cấp tính ở chi trên do biến chứng tắc mạch ở bệnh nhân có bệnh tim.

e) Hội chứng đuôi ngựa:

- *Hội chứng đuôi ngựa toàn bộ* (syndrome complet de la queue de cheval):

. Liệt ngoại vi 2 chi dưới kèm teo cơ, mất phản xạ gân xương chi dưới và phản xạ da (da gan chân, hậu môn), mất phản xạ hành hang nhưng phản xạ đùi - bùi, phản xạ da bụng vẫn bình thường.

. Rối loạn cảm giác:

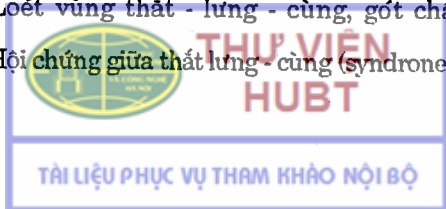
Đau ở khu vực rễ tổn thương: mất cảm giác ở 2 chi dưới (trừ phần trên của mặt trước đùi (do rễ L₁ phân bố).

. Rối loạn cơ vòng kiểu ngoại vi

. Liệt dương

. Loét vùng thắt lưng - cùng, gót chân.

- Hội chứng giữa thắt lưng - cùng (syndrome moyen lombo sacré)



1- Hội chứng khe bướm (Rochon-Divigneaud):

Liệt dây III, IV, VI và V₁

2- Hội chứng thành ngoài xoang tĩnh mạch hang (Foix): Liệt dây III, IV, VI và V₁ nhưng dây VI liệt muộn hơn kèm theo phù mi mắt và phù màng tiếp hợp. Nguyên nhân do phình mạch (anévrisme) ở động mạch cảnh trong đoạn trong xoang hang, u tuyến yên ác tính, u màng não ở cánh nhỏ xương bướm, u tị hầu (rhino - pharynx), u tuyến mang tai, u ác tính nền sọ

3- Hội chứng đỉnh ở mắt (Rollet): gồm hội chứng khe bướm (liệt dây III, VI, VI, V₁) và dây II (teo thị giác tiên phát, giảm thị lực, tiến tới mù).

4- Hội chứng ngà tư đá - bướm (Jacod): liệt dây III, IV, VI một bên và dây II, đau dây V do sarcome vòi Eustach di căn vào trong sọ, xâm phạm vùng giữa chòm xương đá, xương bướm và hạch Gasser

5- Hội chứng chòm xương đá (Garadenigo-Lannois): liệt dây VI và đau dây V nguyên nhân do chấn thương vỡ chòm xương đá (dây VI đi tắt qua chòm xương đá) hoặc do viêm màng não, thường do biến chứng viêm mũi tai giữa.

6- Hội chứng góc cầu - tiểu não (Cushing): Liệt dây VIII, đau dây V, liệt dây VII

7- Hội chứng Menkerson-Rosenthal:



+ Triệu chứng:

- Liệt nửa mặt và phù nửa mặt: thường bắt đầu bằng phù môi trên một bên, cũng có khi bắt đầu phù ở môi dưới, mi mắt, lợi. Thường phù cục bộ. Trường hợp nặng, phù lan cả nửa mặt.

- Lưỡi hay bị nứt.

+ Tiến triển:

- Phù tồn tại vài giờ đến vài tuần

- Hay tái phát, những đợt đầu ngắn, cách quãng dài. Những đợt sau dài, cách quãng ngắn, cuối cùng là đợt liên tục.

+ Căn nguyên: không rõ, đôi khi thấy yếu tố gia đình, hay gặp ở nữ nhiều hơn nam. Sinh thiết vùng bị phù: có dấu hiệu phù và thâm nhiễm tế bào Limpho không đặc hiệu.

+ Điều trị: như điều trị liệt dây VII do lạnh.

8- Hội chứng ống tai trong: liệt dây VII và dây VIII

9- Hội chứng Tapia: liệt dây X (liệt hầu và thanh quản) và liệt dây XII (liệt và teo lưỡi).

10- Hội chứng lỗ rách sau (Vernet): liệt dây IX, X, XI (ngành trong và ngoài) cùng một bên, thường do gãy xương nền sọ xâm phạm đến lỗ rách sau.

11- Hội chứng ngã tư lời cầu - lỗ rách sau (Sicard-Collet): liệt dây IX, X, XI, và XII.

12- Hội chứng khoảng sau tuyến mang tai (Villaret): liệt dây IX, X, XI, XII một bên và tổn thương giao cảm cổ (hội chứng Calude Bernard-Horner).

13- Hội chứng Collet - Bonnet gồm hội chứng Villaret



THƯ VIỆN
HUBT

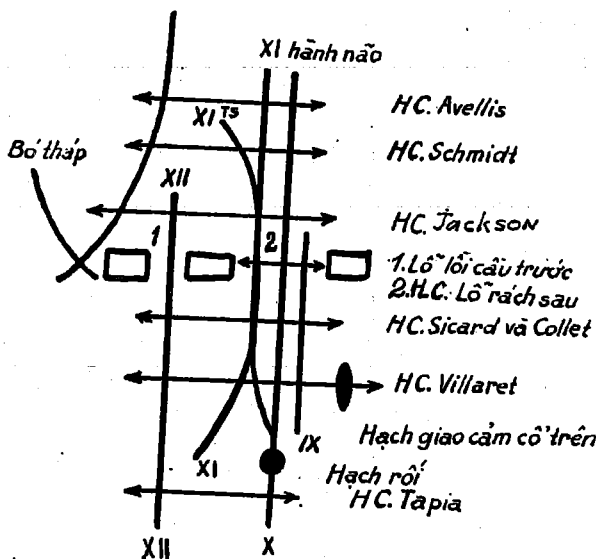
TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

và liệt dây VII ngoại vi do ung thư tuyến mang tai

14- Hội chứng Collet-Martigli-Hoffmann: gồm hội chứng Tapia và hội chứng Claude Bernard - Horner (tổn thương đồng thời dây X, XII, và giao cảm cổ trên).

15- Hội chứng Guillain-Garcin: liệt tất cả các dây thần kinh sọ não một bên, không có hội chứng tăng áp lực nội sọ.

Nguyên nhân do ung thư nền sọ nguyên phát (sarcome hay u tủy: myélome hoặc di căn do ung thư biểu mô (epithélioma) vòm họng.



Hình 102: Sơ đồ các hội chứng tổn thương dây IX, X, XI, XII.



16- Một số hội chứng thần kinh khác:

- Hội chứng Brun: chóng mặt khi cử động đầu đột ngột trong u não, hay bệnh ấu trùng sán lợn (cysticercose) não thất tư.

- Hội chứng dây thần kinh tai thái dương (hội chứng Frey): nóng và chảy mồ hôi ở nửa mặt cùng bên khi nếm, ăn; thường thấy sau chấn thương hay nhiễm khuẩn tuyến nước bọt mang tai.

- Hội chứng xoang hang (do huyết khối): phù nề màng tiếp hợp, lồi mắt, phù nề mí trên và cuống mũi, liệt dây III, IV, VI.

- Hội chứng Charcot-Wilbrand: mất nhận thức thị giác, mất khả năng tái tạo hình ảnh, thường do tắc động mạch não sau ở bán cầu trội.

- Hội chứng Kleine-Levin: ngủ gà, cuồng ăn (được cho là có liên quan đến chứng ngủ rũ), ý thức u ám và quên từng lúc, thường xảy ra ở nam giới trẻ.

- Hội chứng Laurence - Moon - Biedl: chậm phát triển tâm thần, phì đại sinh dục, thoái hóa sắc tố võng mạc, đôi khi nhiều ngón tay hơn bình thường.

- Hội chứng cận tam thoa (paratrigeminal syndrome) hay hội chứng Raeder: hiếm, do u hạch bán nguyệt (semilunar ganglion). Đặc trưng: đầu tiên đau dây V, sau đó mất cảm giác ở mặt bên tổn thương, bại hoặc liệt cơ nhai. Tiếp theo có thể có liệt dây III, hội chứng Claude Bernard - Horner cùng bên (dọa tổn thương đám rối giao cảm cảnh).

- Hội chứng bao sau đậu (retrolenticular capsule syndrome):

Liệt nửa người.



THƯ VIỆN
HUBT

TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

Giảm cảm giác đau nửa người (hemihypalgesia)

Mất cảm giác nửa người (hemianesthesia)

Bán manh (hemianopsia)

Nguyên nhân do tắc một nhánh của động mạch não sau, phân bố cho phần sau của bao trong

- Hội chứng người cứng đờ (stiff-man syndrome): cứng cơ, căng cơ và đau thắt cơ thân và lưng. Cơ lưng và cơ bụng cứng như gỗ. Dáng đi cứng đờ và có xu hướng ngã như người gỗ. Tiến triển từng đợt, không rõ nguyên nhân.

- Hội chứng Sturge - Weber: canxi hóa cục bộ và teo vỏ não, lâm sàng đặc trưng bởi: co giật, chậm phát triển tâm thần, liệt nửa người, bán manh. Xác định canxi hóa vỏ não bằng chụp X quang sọ.

- Hội chứng củ não sinh từ trên: đồng tử bất động, liệt nhìn lên do tổn thương trên cống Sylvius, thường xảy ra sau viêm não hoặc do u tuyến tùng, u gian não.

- Hội chứng Takayasu: vô mạch, xảy ra do hẹp các động mạch lớn xuất phát từ cung động mạch chủ dẫn đến mất mạch quay, có thể xảy ra nhuyển não. Căn nguyên chưa rõ một số trường hợp do giang mai

- Hội chứng Wernicke (viêm não xám, chảy máu):

Thoái hóa tiến triển của thân não do ngộ độc rượu. Liệt vận nhãn do tổn thương dây III, IV có thể sụp mí, thay đổi đồng tử. Run do tổn thương nhân đỏ. Có thể có viêm thị thần kinh, chảy máu võng mạc, mất điều hòa (ataxie) yếu cơ. Tiến triển từ ngủ gà - sững sờ - sa sút và tử vong. Thường xảy ra trong hai tuần.

TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

PHẦN III

CHẨN ĐOÁN ĐỊNH KHU TỔN THƯƠNG HỆ THẦN KINH



THƯ VIỆN
HUBT

TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

I- ĐỊNH KHU TỔN THƯƠNG Ở BÁN CẦU ĐẠI NÃO

A- ĐỊNH KHU TỔN THƯƠNG Ở VỎ NÃO

Trước đây, vỏ não được coi như một tổ chức thượng tầng cách ly, nằm trên những tầng khác của hệ thần kinh, với những khu trú hẹp, nối liền nhau bởi những vùng liên hợp và với ngoại vi bởi những vùng xuất chiếu. I.P. Pavlov đã xây dựng "học thuyết về các hệ thống phân tích". Cái mà trước đây gọi là trung tâm thì đó là phần cao cấp ở vỏ não của hệ phân tích. Mỗi hệ (cơ quan) phân tích liên quan với những vùng nhất định của vỏ đại não.

Hầu hết những vùng xuất chiếu ở vỏ não đều có cả hai bên, nằm đối xứng nhau ở từng bán cầu. Một số vùng xuất chiếu chỉ liên hệ với vỏ não bên đối diện (ví dụ hồi trước trung tâm, hồi sau trung tâm, khu quay mắt quay đầu, vùng thị giác). Những khu vực thính giác, vị giác, khứu giác ở vỏ não thuộc mỗi bán cầu đại não, liên hệ với những diện thụ cảm tương ứng ở ngoại vi, thuộc cả hai bên.

Ở vỏ não có những vùng xuất chiếu đã được xác định chắc chắn. Đó là những điểm vỏ não được nối trực tiếp với những bộ phận thần kinh nằm dưới và với ngoại vi bằng những đường riêng của nó (như vận động, cảm giác...). Khi nó bị tổn thương thì có thể định khu tổn thương chính xác. Những chức năng vỏ não phức tạp hơn thì không thể định khu tổn thương chính xác vì có sự tham gia của những vùng vỏ não rất rộng và thậm chí của toàn bộ vỏ não (ví dụ chức năng ngôn ngữ, thực dụng động tác, nhận thức, tâm thần). Brodmann (1906) đã chia vỏ não thành 52 vùng có cấu trúc khác nhau, có các chức năng riêng biệt.

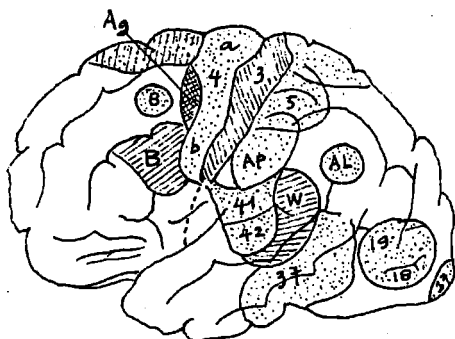
1- Đặc điểm chung của tổn thương vỏ não:

- Liệt nửa người không đồng đều (do tổn thương một phần hồi trán lên)
- Cơ động kinh cục bộ (cơn Bravais - Jackson) khi hồi trán lên bị kích thích.
- Rối loạn cảm giác (do tổn thương hồi đỉnh lên)
- Rối loạn ngôn ngữ (nếu tổn thương bán cầu trội - bán cầu trái ở người thuận tay phải).

2- Định khu tổn thương vỏ não:

Hình 103:

Mất chức năng khi tổn thương các vùng của vỏ não (mặt ngoài).



Mất các chức năng khi tổn thương các vùng của vỏ não

- Tổn thương hồi đỉnh lên, (diện 3 Brodmann): mất cảm giác nửa người (toàn bộ các loại cảm giác, nhất là cảm giác nhận thức vật;
- Tổn thương hồi trán lên, diện 4 hình 103,4): liệt nửa người bên đối diện kiểu trung ương, khi bị kích thích thì co giật, tổn thương ở phía trên (a) (khu vực phân bố của động mạch não trước) thì liệt nửa người không đồng đều (liệt chân nặng hơn tay và mặt), tổn thương ở phía dưới (b) (khu vực



THƯ VIỆN
HUBT

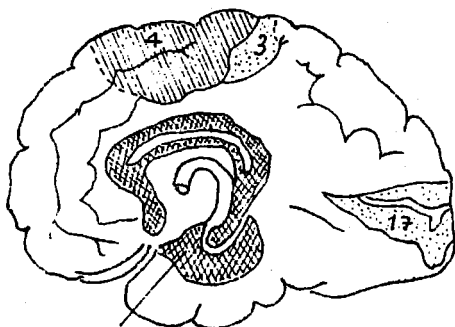
TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

phân bố của động mạch não giữa) thì liệt nửa người không đồng đều (liệt mặt và tay nặng hơn chân); -Tổn thương ở phía sau hồi đỉnh lên, diện 5, hình 103,5): mất nhận thức vật ở bên đối diện; -Tổn thương phần sau của hồi trán 2 hình 103,Ag): mất viết (agraphie); -Tổn thương ở chân của hồi trán 2, diện 8, 8 hình 103,8): quay mắt quay đầu sang bên đối diện; -Tổn thương phần sau của hồi trán 3 bán cầu ức chế, diện 44 hình 103,B): mất ngôn ngữ vận động (aphasie motrice, aphasie de Broca); -Tổn thương vỏ thùy đỉnh, vùng hồi trên bờ: supramarginales hình 103, Ap): mất thực dụng động tác (apraxie) không thể tự mặc quần áo, không tự cài khuy được. Nếu tổn thương hồi trên bờ của bán cầu ưu thế thì mất thực dụng động tác cả hai tay. Nếu cả hồi trán lên bị tổn thương thì chỉ mất thực dụng ở tay trái nhưng kèm liệt nửa người bên phải -Tổn thương phần sau hồi thái dương 1 bên trái(hình 103, W): mất ngôn ngữ giác quan aphasie sensorielle, aphasie de Wernicke hình 103,Al); -Tổn thương hồi góc (gyrus angularis) của bán cầu ưu thế ; mù đọc (alexie); -Tổn thương diện thị giác giác quan, diện 17: chiêm hai môi và hai đáy của khe cựa và một phần đốc ngoài của cực chẩm. Mỗi diện của võng mạc xuất chiếu lên một điểm tương ứng ở vỏ não. Mỗi cực dưới tương ứng với nửa trên của võng mạc và ngược lại mỗi cực trên tương ứng với nửa dưới của võng mạc): tổn thương diện 17(hình 103, 17) thì ban mạnh cùng bên; -Tổn thương diện thị giác tâm thần, diện 18, 19(hình 103, 18 và 19): mất nhận thức thị giác (khi tổn thương hai bên); -Tổn thương vùng sau hồi thái dương (2 và 3, diện 37 hình 103): quên tên gọi các đồ vật, nếu yêu cầu gọi tên đồ vật quên thuộc thì bệnh nhân không nói được tên đồ vật mà chỉ mô tả công dụng và thuộc tính của nó. -Tổn thương diện thính giác giác quan: audito- sensorielle,

diện 41 và 42 - ở phần trên của thùy thái dương 1, dọc theo
cống Sylvius. diện thính giác - tâm thần: audito - psychique)
diện 42: diện thính giác - nhận thức: audito - gnosique. Diện
41 ghi nhận các âm mà không giải đoán chung. Diện 42 tri
giác và nhận thức. Như vậy các âm trở thành các tiếng và
các tiếng trở thành một ý nghĩa): khi tổn thương diện 41 và
42 cả hai bên sẽ có rối loạn thính lực (tổn thương một bên
thì không có).

Hình 104:

Mất chức năng
khi tổn thương
các vùng vỏ não
(mặt trong).

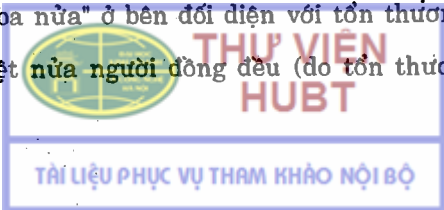


Mất chức năng khi tổn thương các vùng ở mặt trong vỏ
não (hình 104): -Tổn thương ở sau tiểu thùy cạnh trung tâm
(hình 104, 3): rối loạn cảm giác; 4. (tiểu thùy cạnh trung tâm:
lobulus paracentralis): liệt chân kiểu trung ương; -Tổn thương
ở móc hồi hải mã): mất khứu giác (anosmie) (khi tổn thương
một bên thì không có).

B- ĐỊNH KHU TỔN THƯƠNG Ở DƯỚI VỎ NÃO.

1. **Tổn thương bao trong** (hình 105): biểu hiện bằng "hội
chứng ba nửa" ở bên đối diện với tổn thương:

- Liệt nửa người đồng đều (do tổn thương nơi tập trung



các sợi của bó gối và bó tháp). Tư thế Wernicke Mann là đặc trưng cho liệt nửa người do tổn thương bao trong

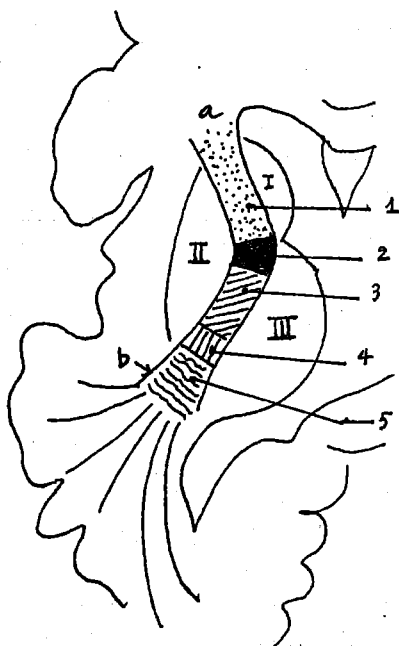
- Giảm cảm giác nửa người (do tổn thương đường cảm giác)
- Bán manh cứng bên (do tổn thương tia thị Gratiolet).

2. Tổn thương đồi thị:

đồi thị là trạm dừng cuối cùng của tất cả các đường cảm giác và các đường giác quan (trừ khứu giác). Nó là thành phần của hệ ngoại tháp. Tổn thương đồi thị biểu hiện bằng hội chứng đồi thị (hội chứng Déjérine - Roussy) ở bên đối diện với tổn thương:

- Mất cảm giác các loại (do tổn thương các nhân: nhân bên - bụng sau và bên - lưng, trạm dừng cảm giác của đồi thị)

- Liệt nửa người nhẹ: vì tổn thương phần kề bên của bao trong



Hình 105:

- Mất điều hòa nửa Bao trong; a- Đùi trước; người (hémiparésie): do tổn thương đường tiểu não b- Đùi sau; 1- Bó trán - cầu; 2 - Bó gối; 3 - Bó tháp; (một số tác giả cho là do 4 - Bó cảm giác rối loạn cảm giác sâu) 5- Bó thái dương - chẩm - cầu

- Điều chỉnh trương lực cơ, trương lực tư thế và dáng điệu.

Tổn thương thể vân thể hiện bằng mất sự tự động, bất động hay chậm chạp (người cứng, nét mặt không biểu lộ tình cảm). Rối loạn trương lực cơ (tăng hoặc giảm), giải phóng các cử động bất thường (run, co giật)

b) Định khu tổn thương thể vân:

+ Tổn thương nhân vỏ hén (putamen) múa giật

+ Tổn thương nhân đuôi: múa vờn

+ Tổn thương liềm đen (+ cầu nhạt: pallidum): hội chứng Parkinson.

II. ĐỊNH KHU TỔN THƯƠNG Ở THÂN NÃO.

- Bó gối đi từ vỏ não xuống dưới, qua gối của bao trong, bắt chéo đường giữa ở thân não để đi đến các nhân vận động của các dây thần kinh sọ não. Bó tháp đi từ vỏ não xuống tủy sống, phần lớn các sợi bắt chéo đường giữa ở phần dưới hành não tạo thành bó tháp chéo. Do đó khi tổn thương ở thân não sẽ có hội chứng giao bên (liệt dây thần kinh sọ một bên, liệt nửa người bên đối diện).

- Các đường ngoại tháp đi từ vỏ não tới neuron vận động thân não và tủy sống (bó đỏ - gai, mái - gai, tiền đình - gai, trán - gai và lưới - gai) phần lớn các sợi của chúng cũng bắt chéo để tới neuron vận động bên đối diện.

A- ĐỊNH KHU TỔN THƯƠNG Ở CUỐNG NÃO.

1. Liệt dây III một bên: (sup mí, liệt vận động nhãn cầu lên trên, vào trong và xuống dưới, lác ngoài, giãn đồng tử). Bên đối diện: liệt nửa người kiểu trung ương (hội chứng Weber do tổn thương ở chân của cuống não, hình 107)

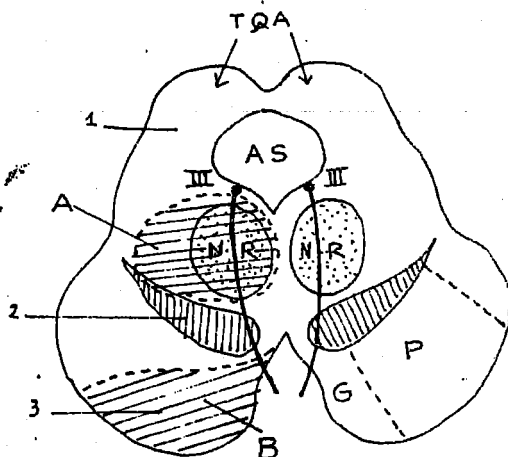
2. Liệt dây III một bên. Bên đối diện: run múa giật, múa vờn (hội chứng Bénédickt - hình 107).

Hình 107:

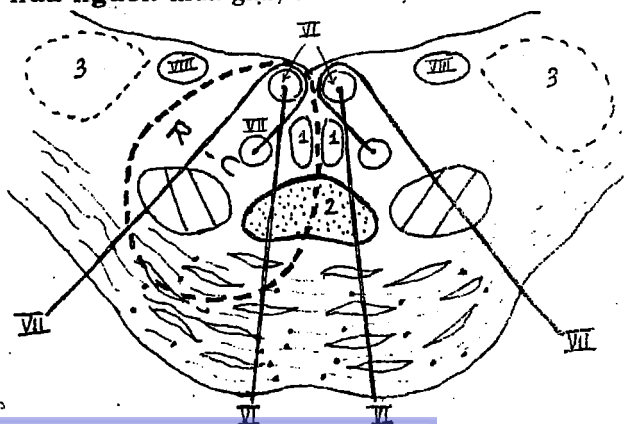
Hội chứng Bénédikt
(A), hội chứng
Weber (B)

1. chỏm; 2. liềm
đen; 3. chân
TQA - củ não
sinh trước.

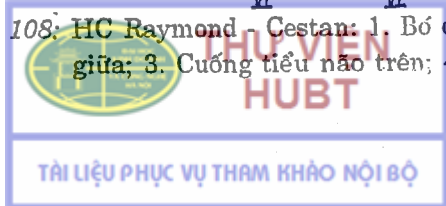
B - ĐỊNH
KHU TỔN
THƯƠNG Ở
CẦU NÃO



1. Liệt vận động nhân cầu về một bên mà ở bên đó có liệt nửa người: múa giật, múa vờn, mất điều hòa và rối



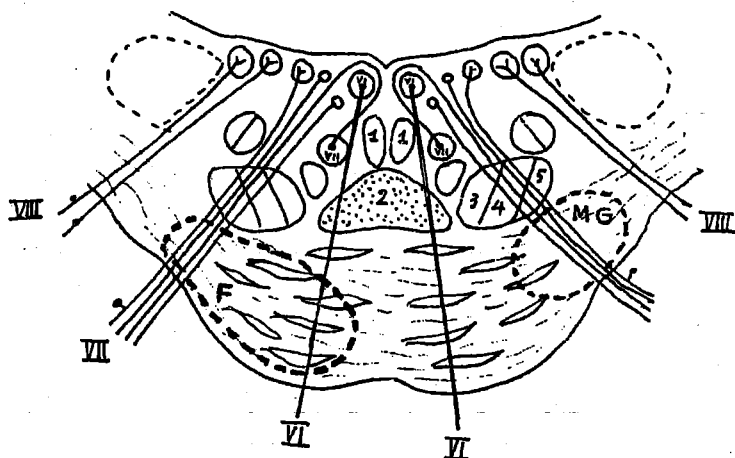
Hình 108: HC Raymond - Cestan: 1. Bó dọc sau; 2. dải Reid giữa; 3. Cường tiểu não trên; 4. Sợi cầu tiểu não.



loạn cảm giác nông sâu. Do tổn thương một nửa cầu não trên, xâm phạm bó tháp, dải Reil giữa, dải dọc sau, sợi cầu tiểu não) (hội chứng Raymond - Cestan).

2. Liệt dây VII ngoại vi ở một bên. Bên đối diện: liệt nửa người kiểu trung ương (hội chứng Millard - Gübler: hình 109).

3. Liệt mặt ngoại vi ở một bên. Bên đối diện: liệt nửa người (trừ mặt). Hai mắt nhìn sang bên nửa người bị liệt (hội chứng Foville cầu não dưới - hình 109).



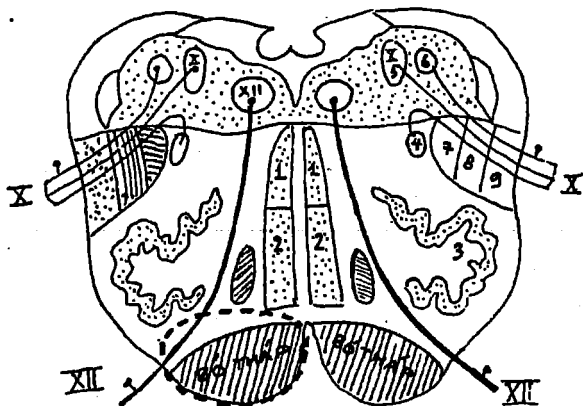
Hình 109: Hội chứng Millard - Gubelr (MG) và hội chứng Foville cầu não dưới (F)

C- ĐỊNH KHU TỔN THƯƠNG Ở HÀNH NÃO

1. Liệt dây XII một bên. Bên đối diện: liệt nửa người kiểu trung ương (tổn thương phía trước đầu dưới của hành não - hình 110).

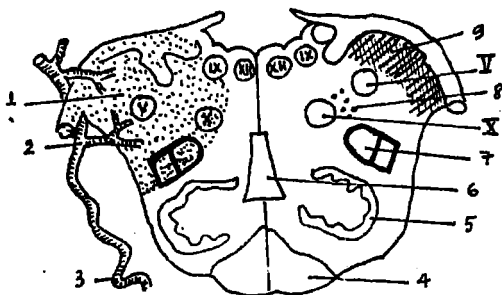
TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

Hình 110:
Cắt ngang
đầu dưới
hành não:
1. Bộ dọc
sau; 2. dải
Reil giữa.



2. Chóng mặt, đau đầu phía sau, nôn mửa.

Một bên: mất cảm giác nửa mặt (dây V), liệt một bên hầu, màn hầu, thanh quản (dây X), rung giết nhân cầu xoay, lệch ngón trở (hội chứng tiền đình), mất điều hòa, mất liên động (hội chứng tiểu não), hội chứng Claude Bernard - Horner.



Hình 111: Hội chứng Wallenberg: 1. Vùng thiếu máu;
2. Động mạch hố bên hành não; 3. DM tiểu não dưới;
4. Bó tháp; 5. trám hành; 6. Dải Reil; 7. Bó gai - thị;
8. Giao cảm; 9. Cường tiểu não dưới.



THƯ VIỆN
HUYẾT

TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

Bên đối diện: Liệt nhẹ nửa người, mất cảm giác đau và nhiệt (bó gai - thị) (tổn thương hố bên của hành não - hội chứng Wallenberg - hình 111).

III. ĐỊNH KHU TỔN THƯƠNG TIỂU NÃO

Chức năng thủy nhộng là thăng bằng, chức năng bán cầu tiểu não là phối hợp vận động. Tổn thương tiểu não biểu hiện:

- Mất điều hòa (ataxie): mất phối hợp động tác, khuynh hướng ngã khi đứng, dáng đi tiểu não.

- Run.

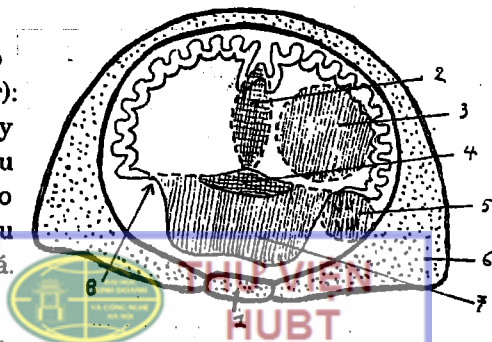
- Giảm trương lực cơ, rối loạn lời nói, rối loạn chữ viết, rung giật nhãn cầu khi xâm phạm đến đường tiền đình.

1. Di loạn choạng, run khi vận động chủ ý, mất liên động, sai tầm, quá đích, nói dần giọng, bùng nổ. Các biểu hiện bệnh lý trên có cả hai bên nhưng rối loạn đứng và đi nặng hơn các triệu chứng khác (hội chứng thủy nhộng).

2. Các biểu hiện trên ở một bên nhưng các biểu hiện mất liên động, sai tầm, quá đích nặng hơn các rối loạn đứng và

Hình 112: Sơ đồ định khu u não ở tầng dưới lều (theo Escourolle và Poirier):

1- Clivus; 2- U thủy nhộng; 3- u bán cầu tiểu não; 4- u ở não thất 4; 5- U góc cầu tiểu não; 6. xương đá; 7 - U thân não; 8. góc cầu tiểu não.



TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

đi (hội chứng bán cầu tiểu não).

3. Hội chứng tiểu não nửa người kèm theo biểu hiện liệt dây VIII và dây VII ngoại vi cùng bên (hội chứng góc cầu - tiểu não).

IV. ĐỊNH KHU TỔN THƯƠNG CÁC DÂY THẦN KINH SỌ NÃO

1. Định khu tổn thương dây I

a) *Tổn thương ở cơ quan thụ cảm*: mất hoặc giảm khứu giác (do bệnh mũi; viêm mũi cấp hoặc mạn, polip, trĩ mũi)

b) *Tổn thương ở hành khứu và dây thần kinh khứu giác*: mất hoặc giảm khứu giác một bên (do chấn thương nền sọ trước, nhất là lá sàng; phồng động mạch thông trước; u ở phần dưới thùy trán; u màng não ở rãnh khứu (thường tổn thương cả dây I và dây II); Viêm màng não mạn tính ở nền do lao, giang mai, teo dây I trong bệnh tabes, bệnh đái tháo đường, bệnh phong - lèpre).

c) *Tổn thương tam giác khứu*: giảm khứu giác cả hai bên (do u gần tuyến yên).

d) *Tổn thương các nhân vách*: giảm khứu giác.

e) *Tổn thương hồi hải mã*: ảo khứu (do u thùy thái dương, u ở móc (uncus), u phần sau thùy trán (gằm hồi hải mã), u màng não ở cánh nhỏ xương bướm).

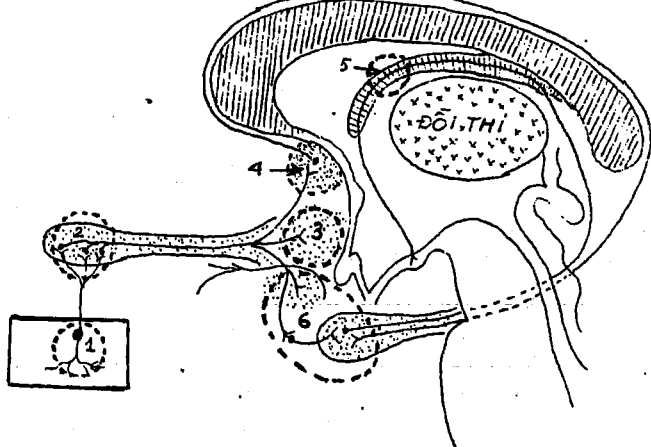
g) *Tổn thương ở dưới thể chai (callosum)*: giảm khứu giác.

2. Định khu tổn thương dây II (hình 5a và 5b)



THƯ VIỆN
HUBT

TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ



Hình 113: Định khu tổn thương khứu giác:

1. Cơ quan thụ cảm; 2. Hành khứu và dây thần kinh khứu giác; 3. Tam giác khứu; 4. Các nhân vách;
5. Dưới thể chai; 6. Hồi hải mã

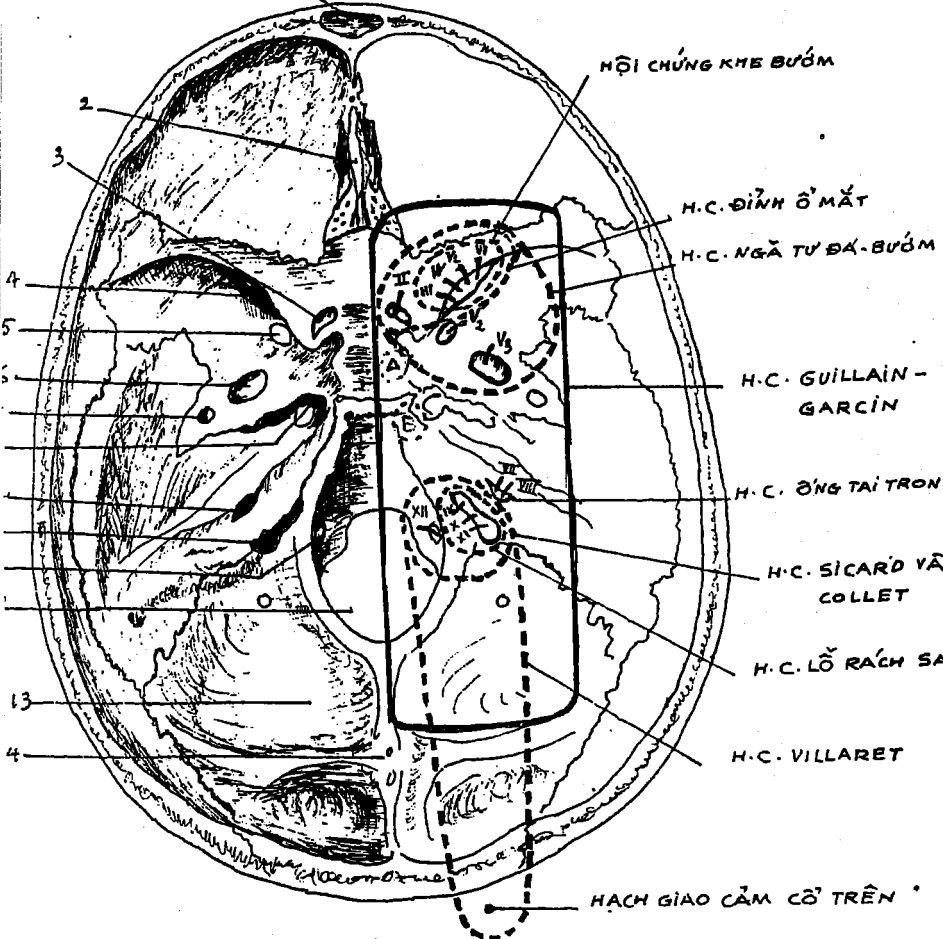
3. Định khu tổn thương dây III, IV, VI (hình 114).

a) Liệt vận nhãn hoàn toàn một bên (dây III, IV, VI), kèm theo triệu chứng tổn thương nhánh V_1 : hội chứng khe bướm (syndrome de la fente sphénoïdale)

b) Liệt vận nhãn hoàn toàn một bên (dây III, IV, VI), kèm theo triệu chứng tổn thương nhánh V_1 và giảm thị lực, teo thị giác tiên phát (dây II) cùng bên: hội chứng đỉnh ổ mắt (syndrome l'apex orbitaire)

c) Liệt vận nhãn hoàn toàn một bên (dây III, IV, VI), liệt dây II (mù), đau dây V: hội chứng ngã tư đá - bướm.

d) Liệt vận động nhãn cầu lên trên, xuống dưới vào trong và mắt bị lác ngoài (do liệt dây III, IV) giai đoạn muộn thì liệt vận động nhãn cầu hoàn toàn, nhãn cầu ở vị trí giữa



Hình 114: Định khu tổn thương các dây thần kinh sọ não ở nền sọ: A - Hội chứng thành ngoài xoang tĩnh mạch hang (dây III, IV, VI và V₁); B- Hội chứng chòm xương đá (dây V, VI). 1- Mào trán; 2- Mào gà; 3 - Lỗ thị giác; 4- Khe bướm; 5- Lỗ tròn to; 6 - Lỗ bầu dục; 7 - Lỗ tròn bé; 8 - Lỗ rách trước; 9- Lỗ ống tai trong; 10- Lỗ rách sau; 11- Lỗ lồi cầu trước; 12- Lỗ chẩm; 13- Hố chẩm dưới; 14- Mào chẩm trong.



THƯ VIỆN
HUBT

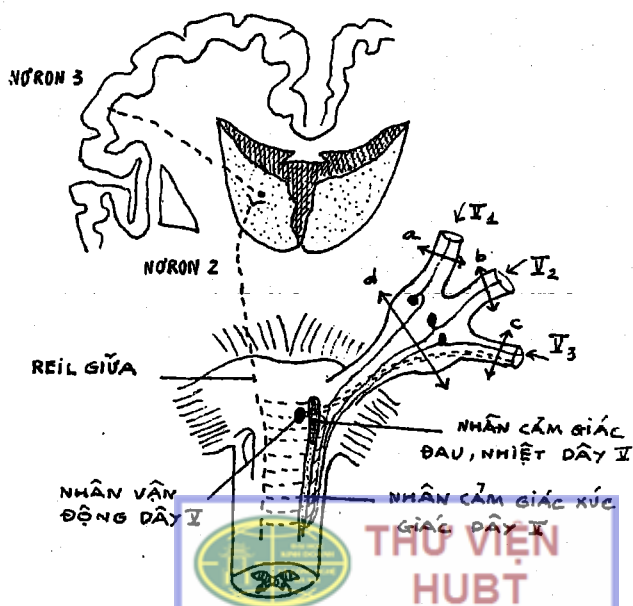
TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

(liệt dây VI muộn hơn), kèm theo liệt nhánh V₁: hội chứng thành ngoài xoang tĩnh mạch hang.

e) lác ngoài (dây VI) kèm theo những cơn đau nửa mặt cùng bên, khu trú ở vùng tương ứng khu vực cảm giác theo các nhánh dây V: hội chứng chòm xương đá (syndrome de la pointe du rocher).

4. Định khu tổn thương dây V

a) Giảm cảm giác vùng trán, mi trên góc trong mắt, sống mũi và nhân cầu, niêm mạc phần trên ở mũi, xoang trán và xoang sàng. ấn điểm xuất chiếu dây V ở lỗ trên ổ mắt đau, giảm hoặc mất phản xạ giác mạc: tổn thương nhánh V₁



Hình 115: Định khu tổn thương dây V

b) Giảm cảm giác ở mi dưới, góc ngoài mắt, phần trên của má, môi trên, hàm trên và răng của hàm trên, niêm mạc phần dưới ổ mũi, xoang hàm. ấn điểm xuất chiếu dây V ở dưới ổ mắt đau: tổn thương nhánh V2

c) Giảm cảm giác ở môi dưới, phần dưới của má, cằm, phần dưới của khoang miệng và lưỡi. Liệt các cơ nhai. ấn điểm xuất chiếu dây V ở cằm đau: tổn thương nhánh V3.

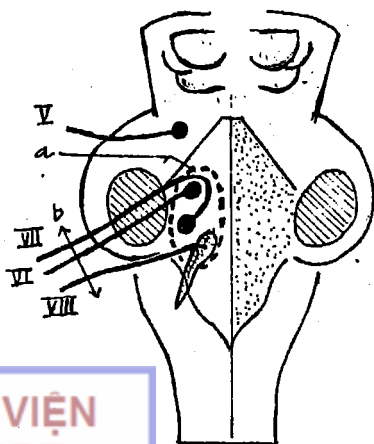
d) Giảm cảm giác ở nửa mặt, giảm hay mất phản xạ giác mạc, liệt các cơ nhai, có thể kèm theo đau nửa mặt và rối loạn tiết mồ hôi, vận mạch, dinh dưỡng. Có thể có mụn nước herpes zoster ở mặt: tổn thương hạch Gasser.

5. Định khu tổn thương dây VII (xem hình 20)

6. Định khu tổn thương dây VIII

a) Triệu chứng tổn thương dây VIII (Giảm thính lực) dây VII, VI, V và triệu chứng tiểu não một bên: hội chứng góc cầu tiểu não (syndrome de l'angle ponto cérébelleux)

b) Triệu chứng tổn thương VIII, dây VII, Dây VI: tổn thương ở nơi sau khi các dây này ra khỏi rãnh hành cầu (hình 116)



Hình 116: Hội chứng góc cầu tiểu não (a) và vị trí tổn thương dây VIII, VII, VI sau khi ra khỏi rãnh hành - cầu (b)

c) Triệu chứng tổn thương dây VIII và dây VII ngoại vi ở một bên: hội chứng ống tai trong

7. Định khu tổn thương dây IX, X, XI, XII (hình 114):

a) Mân hầu sa thấp, lưỡi gà lệch về một bên, nghẹn đặc, sặc lỏng (khi ăn thì nghẹn, khi uống thì sặc) mất vị giác 1/3 sau lưỡi, mất phản xạ họng hầu, nói khó (dây IX, X), liệt cơ thang và cơ ức đòn chũm (đầu cổ quay vẹo sang một phía, vai sa thấp, không làm được động tác so vai ở bên đó (dây XI): hội chứng lỗ rách sau (syndrome du trou déchiré postérieur).

b) Biểu hiện tổn thương dây IX, X, XI và XII cùng một bên: hội chứng ngã tư lời cầu - lỗ rách sau (syndrome du carrefour condylodéchiré postérieur).

c) Biểu hiện tổn thương dây IX, X, XI, XII và tổn thương giao cảm ở cổ (hội chứng Claude Bernard - Horner) cùng một bên: hội chứng khoảng sau tuyến mang tai (syndrome de espace rétro - parotidien postérieur).

V. ĐỊNH KHU TỔN THƯƠNG TỦY SỐNG

A - XÁC ĐỊNH GIỚI HẠN TRÊN CỦA TỔN THƯƠNG TỦY SỐNG

1. Dựa vào lâm sàng.

a) Căn cứ vào giới hạn trên của mất cảm giác nông.

Ví dụ giới hạn trên của mất cảm giác nông ở khoang da D₄ thì giới hạn trên của đoạn tủy tổn thương ở tủy D₃ (vì mỗi khoang da được phân bố thần kinh ít nhất bởi 3 khoang tủy, ngoài khoang chính còn một khoang trên và một khoang dưới).

b) *Giới hạn trên của đoạn tủy tổn thương là giới hạn dưới của phản xạ dựng lông: véo da hoặc kích thích lạnh (nước đá, ether vùng vai, gáy, phản xạ dựng lông lan xuống dưới nhưng chỉ tới mức khoanh tủy bị tổn thương.*

2. Dựa vào X quang

X quang tủy có bơm thuốc cản quang qua đường chọc dưới chẩm để xác định giới hạn trên trong trường hợp u tủy (chưa áp dụng ở Việt Nam)

B - XÁC ĐỊNH GIỚI HẠN DƯỚI CỦA TỔN THƯƠNG Ở TỦY SỐNG:

1. Dựa vào lâm sàng

a) *Căn cứ vào giới hạn trên của khoanh da có thể kích thích gây được phản xạ tự vệ (với điều kiện là giới hạn này trên nếp bẹn).*

b) *Giới hạn dưới của đoạn tủy tổn thương là giới hạn trên của phản xạ dựng lông: kích thích ở vùng thắt lưng, phản xạ dựng lông lan lên trên lưng chỉ tới khoanh tủy bị tổn thương.*

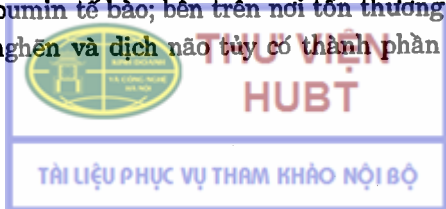
c) *Dưới mức tổn thương có rối loạn dẫn truyền vận mạch.*

2. Dựa vào X quang

Chụp tủy có bơm thuốc cản quang qua kim chọc sống thắt lưng.

3. Đôi khi chọc sống thắt lưng "kiểu bậc thang".

Ở khoảng giữa đốt sống L₂ - L₃, L₅ - S₁. Bên dưới nơi tổn thương có hiện tượng tắc nghẽn khoang dưới nhện và thấy phân ly albumin tế bào; bên trên nơi tổn thương không có hiện tượng tắc nghẽn và dịch não tủy có thành phần bình thường.



C- CHẨN ĐOÁN ĐỊNH KHU TỔN THƯƠNG TỦY SỐNG:

1. Cơ sở chẩn đoán.

a) Dựa vào lâm sàng.

+ Rối loạn vận động, phản xạ, cảm giác, dinh dưỡng, cơ vòng tương ứng với đoạn tủy tổn thương.

+ Trong u tủy sống xác định mức u dựa vào:

- Triệu chứng "kẹp u": Khi chọc sống thất lưng nếu tắc nghẽn khoang dưới nhện thì dịch não tủy chảy ra đến đâu áp lực giảm đến đó, xảy ra chênh lệch áp lực dịch não tủy trên và dưới mức tổn thương, u tủy sẽ "di động" xuống dưới bị "kẹp" làm cho đau rễ tăng lên, các rối loạn kiểu đường dẫn truyền nặng thêm v.v.. Các triệu chứng này có thể qua nhanh, nhưng đôi khi lại vững bền và bệnh tiến triển xấu đi. Triệu chứng này đặc trưng cho các u ngoài tủy, u dưới màng cứng.

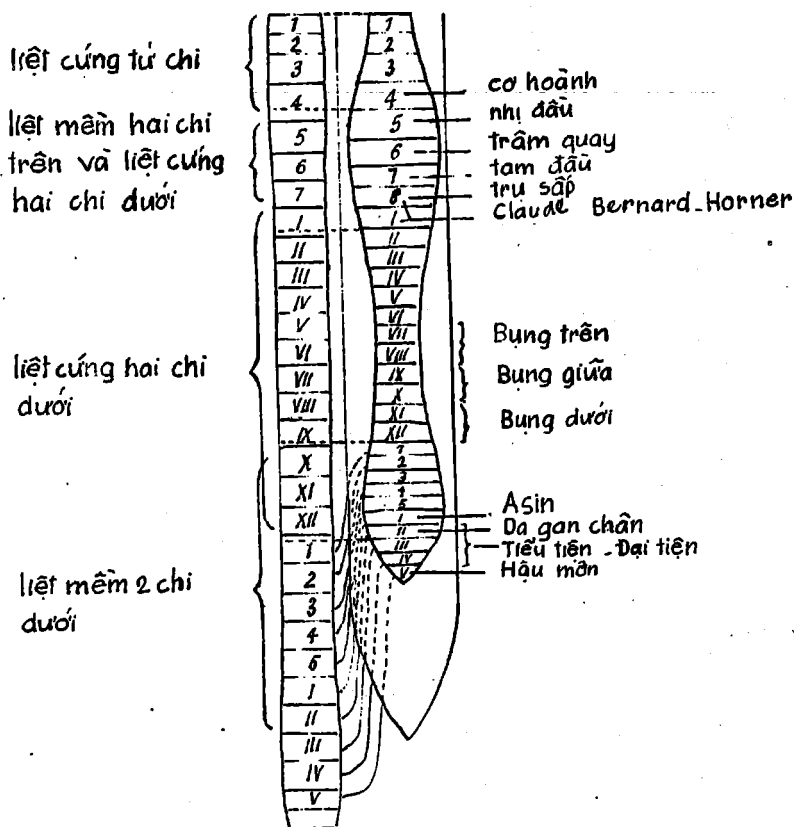
- Triệu chứng dồn dịch não tủy (I.Ia. Razdonxki): gập đầu xuống ngực hoặc ấn hai bên tĩnh mạch cảnh làm tăng áp lực dịch não tủy trên nơi tắc nghẽn vì ứ trệ máu tĩnh mạch trong sọ. Triệu chứng này đặc: trưng cho u ngoài tủy, u dưới màng cứng.

- Triệu chứng mòm gai (I.Ia Razdonxki): đau khi gõ mòm gai đốt sống (thường dấm bằng phần mềm nắm tay) ở mức có u; triệu chứng này đặc trưng cho u ngoài tủy, ngoài màng cứng (xác định các mòm gai đốt sống dựa trên các điểm sau: mòm gai cao nhất, nhìn thấy nhô ra dưới da, phía dưới gáy là mòm gai C7; đường ngang nối liền góc dưới hai xương bả đi trên đốt D7; đường ngang nối đỉnh hai mào chậu, đi qua khoảng giữa hai đốt thất lưng L₃ - L₄).

- Đau rễ tư thể (Dandy - Razdonxki): trong một tư thế

nhất định, ví dụ gây căng rễ sau mà rễ này có u dây thần kinh, xuất hiện đau rễ hoặc tăng đau, ở mức tương ứng.

+ Dựa vào tương quan giữa cột sống và tủy sống (hình 117)



Hình 117: Tương quan giữa cột sống và tủy sống. Kiểu liệt phụ thuộc vào đoạn tủy bị tổn thương (theo Khorosco).

b) Dựa vào X quang: thường có tổn thương cột sống hoặc có triệu chứng Elsberg-Dyke ở mức có u.

2. Tổn thương cắt ngang hoàn toàn tủy sống.

a) Tủy cổ trên (tủy C₁ - C₄)

Liệt trung ương tứ chi.

Liệt hoặc kích thích cơ hoành (khó thở, nấc).

Mất cảm giác kiểu dẫn truyền từ mức tương ứng trở xuống.

Rối loạn cơ vòng kiểu trung ương.

b) Phình cổ (tủy C₅ - D₁):

Liệt ngoại vi 2 tay, liệt trung ương 2 chân.

Mất cảm giác kiểu dẫn truyền từ mức tương ứng trở xuống.

Rối loạn cơ vòng kiểu trung ương.

Có thể có hội chứng Claude Bernard - Horner.

(Ở sừng bên khoanh tủy C₈ - D₁ có nhóm tế bào được gọi là trung tâm mi gai (centrum ciliospinale). Từ trung tâm này xuất phát các sợi giao cảm đi qua rễ trên rồi qua hệ thống các hạch giao cảm cổ, dây thần kinh giao cảm và đám rối cánh, qua hạch mi rồi tới mắt. Những sợi này phân bố cho 3 cơ trơn: cơ giãn đồng tử, cơ giãn khe mi (tarsalis superior), cơ hốc mắt (cơ orbitalis). Khi tổn thương trung tâm mi gai hoặc tổn thương các sợi giao cảm xuất phát từ đó, thấy hội chứng Claude Bernard-Horner).

c) Tủy lưng (tủy D₂ - D₁₂):

Liệt trung ương 2 chân.

Mất cảm giác các loại từ ngang trở xuống.



Rối loạn cơ vòng kiểu trung ương.

d) *Phình thất lưng (L1 - S2):*

Liệt ngoài biên 2 chân.

Mất cảm giác các loại ở chi dưới và đáy chậu.

e) *Chóp nón cùng (S3-S5):*

Không liệt. Mất cảm giác ở mông (kiểu yên ngựa).

Rối loạn cơ vòng (kiểu ngoại vi). Mất phản xạ hậu môn.

3. Tổn thương từng phần của tủy sống.

a) *Sừng trước:*

Do Kahn mô tả 1947 gặp trong gãy gấp kèm theo trật khớp đốt sống hay thoát vị đĩa đệm chèn ép mặt trước tủy sống và động mạch tủy trước nhưng thường gặp do viêm sừng trước tủy cấp (bệnh Heine - Medime, bệnh bại liệt trẻ em). Triệu chứng:

- Liệt mềm: liệt không kèm theo rối loạn cảm giác.
- Mất phản xạ gân xương
- Teo cơ sớm và nặng
- Có phản ứng thoái hóa điện
- Rung sợi cơ (fibrillation musculaire)

b) *Sừng sau:*

Mất cảm giác đau nóng lạnh, còn cảm giác xúc giác và cảm giác sâu có ý thức (phân ly cảm giác).

Trong bệnh Zona do virus gây viêm rễ sau, hạch gai sau và cột sau có triệu chứng tăng cảm giác, đau theo rễ thần kinh bị viêm.

c) *Hội chứng cột sau (Syndrome cordonal postérieur):*



- Mất cảm giác sâu: mất cảm giác tư thế, vị trí các đoạn chi, mất cảm giác rung, mất cảm giác bóp ép nhưng cảm giác đau nóng lạnh vẫn còn (phân ly cảm giác kiểu tabes)

- Dáng đi tabes

- Có dấu hiệu Lhermitte: bệnh nhân có cảm giác như điện giật toàn thân khi gập cổ.

d) Hội chứng cột bên:

- Liệt kiểu trung ương cùng bên (tổn thương bó tháp chéo).

- Mất cảm giác đau nóng lạnh bên đối diện

- Thường bị tổn thương cột bên cả hai bên

Nguyên nhân thường do xơ cứng cột bên teo cơ, bệnh Charcot do tổn thương cột bên (tổn thương bó tháp chéo) và sừng trước tủy sống, viêm tủy Erb trong giang mai tủy gây liệt cứng hai chi dưới.

e) Hội chứng Roussy - Lhermitte:

- Liệt hai chi dưới

- Mất cảm giác sâu

- Rối loạn cảm giác nặng nề hay nặng

g) Hội chứng tổn thương quanh ống tủy trung tâm:

R.C Schneider mô tả năm 1858, do tổn thương thoái hóa đoạn tủy cổ (tổn thương nhiều nhất ở chất xám quanh ống tủy trung tâm, ở sừng trước và một phần ở sừng bên), thường gặp ở người lớn, nguyên nhân do chấn thương gây bít hay tổn thương động mạch đốt sống. Hội chứng này gồm có:

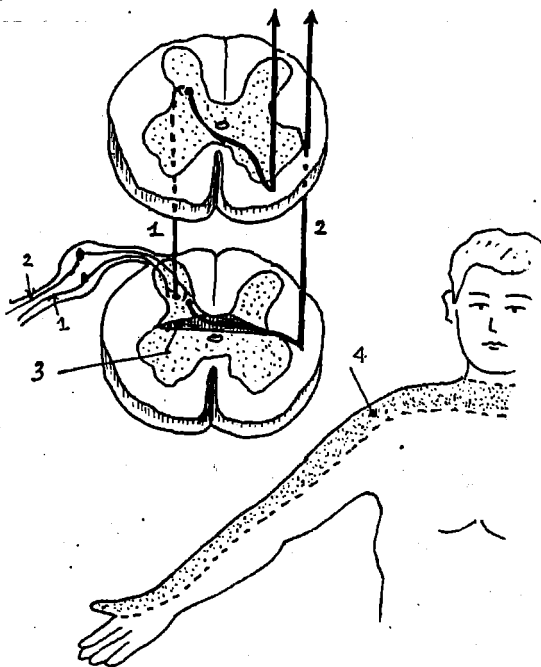
- Mất cảm giác đau nóng lạnh (do tổn thương các sợi thần kinh bất chéo ở vùng ống tủy trung tâm).

- Liệt hai chi trên (do tổn thương sừng trước tủy sống)

- Bại hai chi dưới (do thiếu máu phần sau - giữa sừng bên).

h) Tổn thương chất xám trung tâm ở phía sau ống tủy:

Tổn thương tế bào thứ hai của đường cảm giác đau và nhiệt, gặp trong bệnh rỗng tủy (syringomyélie), có đặc điểm là phân ly cảm giác nông: mất cảm giác đau và nhiệt, còn cảm giác xúc giác (hình 118).



Hình 118: Bệnh rỗng tủy: 1 - Bó gai - lười - thị (cảm giác xúc giác). 2 - Bó gai - thị (cảm giác đau và nhiệt); 3 - Vùng tổn thương; 4 - Mất cảm giác đau và nhiệt, mất phản xạ gân cơ nhị đầu.

i) Hội chứng động mạch tủy trước (do Taylor mô tả năm 1948):

Liệt cứng tứ chi.

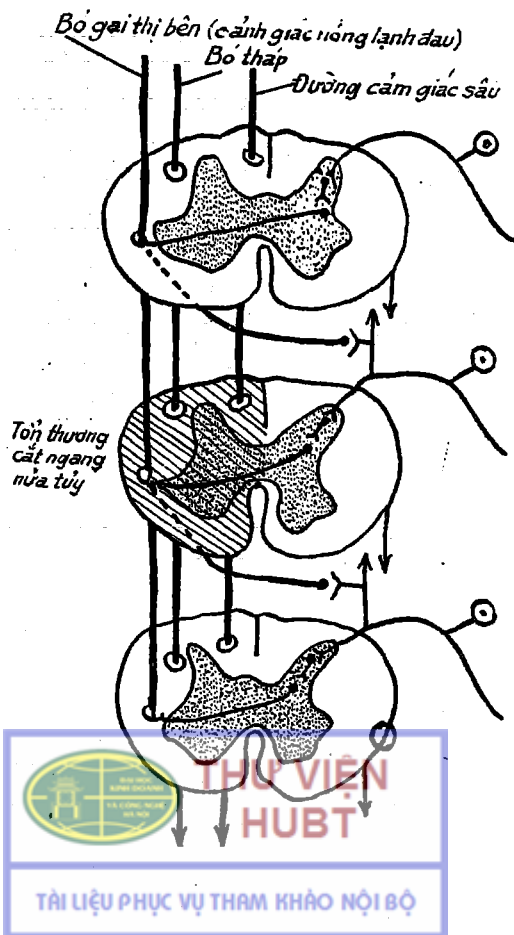


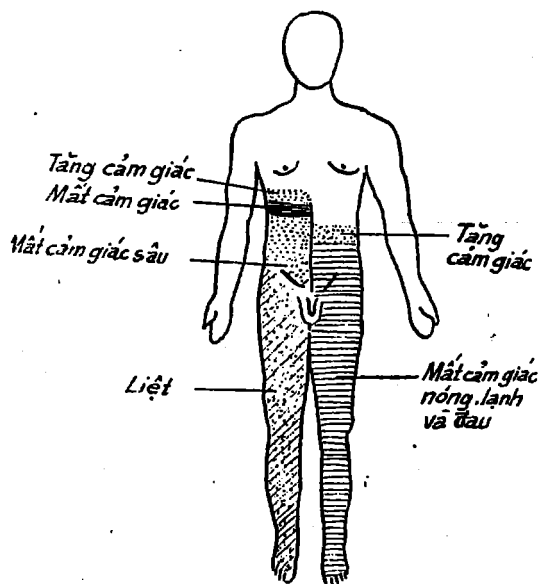
Rối loạn cảm giác kiểu phân lý cảm giác (cột sau không bị tổn thương).

Đặc điểm của hội chứng này là tiến triển chậm (đôi khi cấp tính) nguyên nhân do rối loạn cung cấp máu vùng động mạch tủy trước nuôi dưỡng ở đoạn tủy cổ, do đè ép từ ngoài vào (thoát vị đĩa đệm) hoặc do tổn thương áo động mạch hoặc do huyết khối dẫn đến thiếu máu ở vùng ống trung tâm, ở sừng trước, sừng sau, bó tháp và cột trước.

k) *Tổn thương cắt ngang nửa tủy sống (hội chứng Brown - séquard)* (hình 119):

Hình 119:
Sơ đồ hội chứng Brown - Séquard do tổn thương tủy lưng bên phải





Hình 119 (tiếp theo)

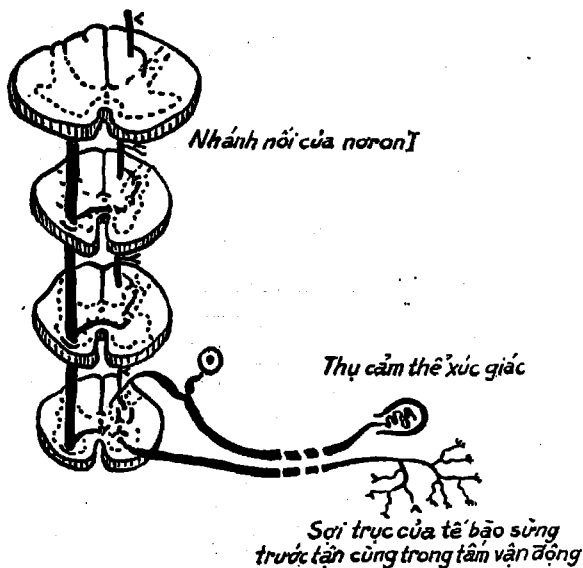
- Bên tổn thương: liệt kiểu trung ương, mất cảm giác sâu (cảm giác cơ - khớp và cảm giác rung), tăng cảm giác da trên nơi tổn thương, mất cảm giác hoàn toàn ở nơi bị cắt do sự ngắt quãng các xung động từ rễ đi vào.

- Bên đối diện: mất cảm giác đau nóng lạnh, nhưng cảm giác sâu vẫn còn, cảm giác xúc giác ít hoặc không bị ảnh hưởng (vì các đường dẫn truyền xúc giác đa số bắt chéo sang bên đối diện nhưng cũng còn một phần chi phối cùng bên). Giới hạn trên của mất cảm giác thấp hơn bên tổn thương (vì các sợi đi lên trên một hay hai đốt trước khi tới dải bên (hình 120).



THƯ VIỆN
HUBT

TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ



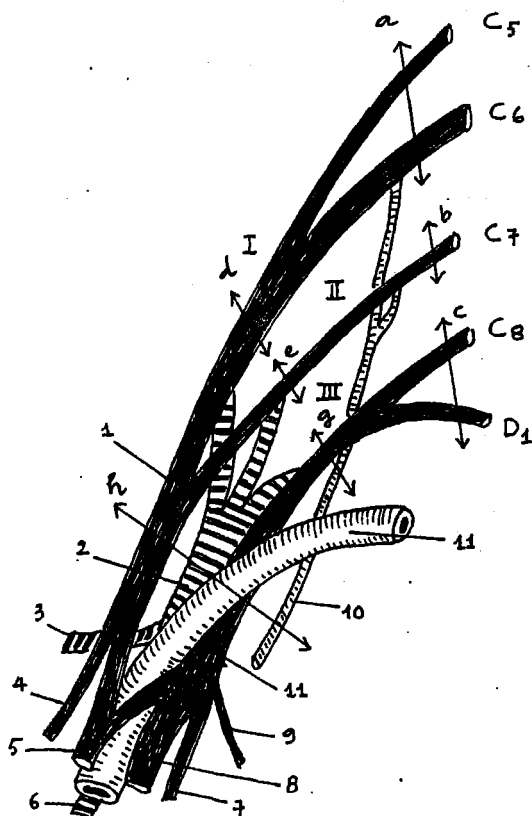
Hình 120. Đường dẫn truyền cảm giác xúc giác

VI. ĐỊNH KHU TỔN THƯƠNG CÁC RỄ VÀ DÂY THẦN KINH

1. Định khu tổn thương các rễ thần kinh thuộc đám rối thần kinh cánh tay (hình 121) :

(a) và (d), hội chứng Duchenne Erb; (b) và (e) hội chứng Remak; (c) và (g) hội chứng Aran-Duchenne; tổn thương toàn bộ đám rối thần kinh cánh tay: liệt hoàn toàn chi trên (trừ mỏm cùng vai còn nhấc lên được là nhờ cơ thang) mất phản xạ gân cơ nhị đầu, tam đầu và trâm-quay, mất cảm giác ở cánh tay, cẳng tay và bàn tay, teo cơ gian cốt, cơ mô cái, mô út.

TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ



Hình 121: Định khu tổn thương đám rối TK cánh tay; I Thân nhất trên; II - Thân nhất giữa; III - Thân nhất dưới; 1- thân nhì trước ngoài; 2- Thân nhì sau; 3- TK mũ; 4- TK cơ bì; 5- TK giữa; 6- TK quay; 7- TK bì cẳng tay trong; 8- TK trụ; 9- TK bì cánh tay trong; 10- TK cơ răng to; 11- Thân nhì trước trong.



**THƯ VIỆN
HUYẾT**

TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

2. Định khu tổn thương các dây thần kinh thuộc đám rối thần kinh cánh tay

a) *Liệt dây thần kinh quay (C5, C6, C7, C8) (liệt các cơ duỗi cẳng tay, duỗi và ngửa bàn tay, duỗi và giạng dài ngón cái): "bàn tay rũ cổ cò" (Col de cygne). Mất cảm giác mặt sau cánh tay, cẳng tay và nửa ngoài mu tay (hình 72), mất phản xạ gân cơ tam đầu và trâm quay.*

b) *Liệt dây thần kinh giữa (C6, C7, C8, D1)*

Bàn tay có hình dạng "bàn tay khỉ" (main de singe) (do mô cái teo, ngón cái nằm cùng mặt phẳng với các ngón khác, ngón cái không gấp và không đối chiếu được). Liệt động tác gấp bàn tay và ngón tay I, II, III (cơ gan tay lớn, cơ gấp chung sâu, cơ gấp chung nông các ngón tay). Liệt động tác sấp bàn tay (cơ sấp tròn, cơ sấp vuông) Liệt động tác giạng ngón cái (cơ giạng ngắn ngón cái) và đối chiếu ngón cái (cơ đối chiếu ngón cái). Mất cảm giác 2/3 ngoài của gan tay và mặt trước các ngón I, II, III (hình 72).

Hội chứng dây thần kinh giữa ở ống cổ tay (Syndrome du nerf médian au canal carpien):

Liệt động tác gấp và đối chiếu ngón tay cái.

Cảm giác tê, kiến bò, đau cháy (causalgie) đầu ngón tay trở và ngón giữa tăng lên khi dơ tay lên cao. Teo cơ mô cái.

Nguyên nhân: hẹp khe xương - dây chằng do một bệnh toàn thân (thoái hóa dạng tinh bột amylose), phù niêm (myxoedème), bệnh tại chỗ (viêm bao hoạt dịch, gân ténô - symovite, bệnh hư khớp: arthrose). Các vi chấn thương khớp cổ tay. Bệnh nghề nghiệp (rửa, giặt, mài, là quần áo...).

TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

c) Liệt dây thần kinh trụ (C8, D1)

Bàn tay có hình vuốt trụ (griffe cubitale) do mô út teo nhỏ, bẹt xuống. Các khe gian đốt lồi xuống để lộ rõ xương bàn tay co quắp như móng chân chim. Đốt 1 ngón tay (nhất là ngón 4 và 5) quá dài và hai đốt khác gấp. Các ngón tay luôn luôn ở tư thế giăng (vì liệt các cơ gian đốt gan tay, mu tay và cơ giun).

Yếu động tác gấp bàn tay, mất động tác gấp ngón IV và V. Mất khả năng khép và giăng ngón tay, đặc biệt là ngón IV và V.

Mất khả năng khép ngón cái.

Mất cảm giác ở ngón V, mô út và một nửa ngón IV (hình 72).

Mất phản xạ trụ - sắp.

d) Liệt dây thần kinh mũ (C5, C6):

- Liệt động tác giăng cánh tay, không thể đưa tay ra trước, ra sau được, cánh tay rơi tự do. Khi tổn thương dây mũ ở gần chỗ tận cùng (ở mặt ngoài của vai) thì chỉ có nhánh trước của cơ delta bị liệt. Do đó động tác của cánh tay vẫn bình thường.

- Giảm cảm giác ở mặt ngoài vai.

- Teo cơ delta xuất hiện sớm, móm cùng vai nhô ra rất rõ.

e) Liệt dây thần kinh cơ bì (C5, C6)

- Liệt động tác gấp cẳng tay vào cánh tay, khó ngửa tay.

- Mất cảm giác vùng trước ngoài cẳng tay.

- Mất phản xạ gân cơ nhị đầu.

- Teo cơ nhị đầu.



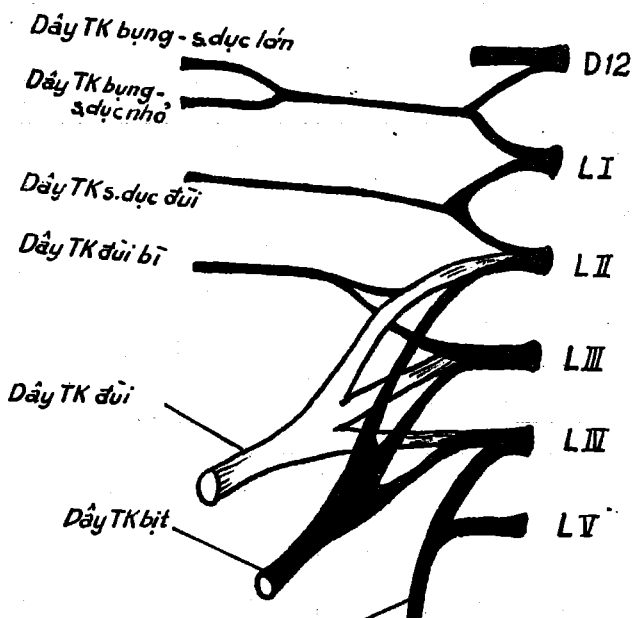
THƯ VIỆN
HUYẾT

TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

Trong thực tế lâm sàng, trường hợp bàn tay đã bị bó bột, người ta có thể căn cứ vào vận động của ngón cái để xác định liệt dây trụ (không khép ngón cái được), liệt dây giữa (không gấp ngón cái được) hay liệt dây quay (không duỗi ngón cái được).

3. Định khu tổn thương các rễ thần kinh "thuộc đám rối thắt lưng - cùng (xem bảng 6).

4. Định khu tổn thương các dây thần kinh thuộc đám rối thần kinh thắt lưng:



Thần thất lưng cũng
(tới đám rối cũng)

THƯ VIỆN
HUBT

Hình 122: Đám rối thần kinh thắt lưng.

TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

- Tổn thương dây TK sinh dục - đùi (L1 - L2): mất cảm giác 1/3 trên mặt trước và trong đùi, mất phản xạ đùi - bìn.

- Tổn thương dây TK đùi - bì (L2, L3): mất cảm giác mặt ngoài đùi không liệt.

- Tổn thương dây TK đùi (L2, L3, L4).

Liệt động tác duỗi cẳng chân.

Giảm cảm giác ở mặt trong đùi.

Mất phản xạ gối.

Teo cơ tứ đầu đùi.

- Tổn thương dây TK bịt (L2, L3, L4):

Liệt động tác khép đùi và xoay đùi ra phía ngoài khó khăn.

Giảm cảm giác ở mặt trong đùi.

5. Định khu tổn thương các dây thần kinh đám rối thần kinh cùng

- Tổn thương dây TK hông to (L4, L5, S1, S2, S3):

Liệt hoàn toàn bàn chân.

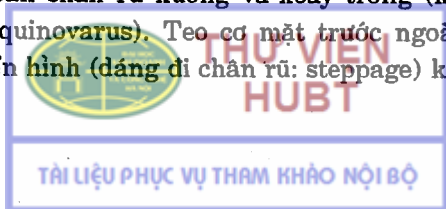
Mất các loại cảm giác ở bàn chân, cẳng chân, mặt sau đùi.

Mất phản xạ gân gót.

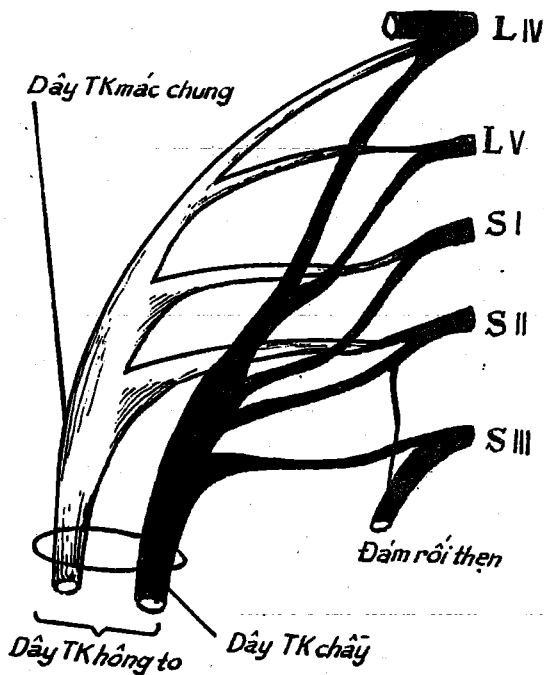
Teo cơ rở ở cẳng chân và mặt sau đùi

- Tổn thương dây TK hông khoeo ngoài (hay dây TK mác chung):

Liệt các cơ duỗi bàn chân và các cơ xoay bàn chân ra ngoài làm bàn chân rũ xuống và xoay trong (kiểu bàn chân ngựa pes equinovarus). Teo cơ mặt trước ngoài cẳng chân. Dáng đi điển hình (dáng đi chân rú: steppage) khi đi bàn chân nhấc



cao để khỏi quỵ xuống đất. Bệnh nhân không thể đi bằng gót chân được.



Hình 123: Đám rối thần kinh cùg

Mất cảm giác mặt ngoài cẳng chân và mu chân.

- Tổn thương dây TK hông khoeo trong (hay dây TK chày):
Liệt các cơ gấp bàn chân và các cơ xoay bàn chân vào trong
(cơ tam đầu cẳng chân, cơ gấp chung ngón chân, cơ dài gấp

ngón chân cái), làm cho bàn chân có hình "bàn chân lõm" (pes calcaneus), hình vuốt: các đốt 1 ngón chân quá duỗi, các đốt 2 và 3 quắp lại, teo cơ phía sau cẳng chân và gan chân, vòm gan chân hõm sâu

Dáng đi lết gót chân trên mặt đất, không thể nhấc gót chân lên được (liệt cơ tam đầu cẳng chân), bàn chân vẹo ngửa ra ngoài và tỳ bờ trong bàn chân xuống đất

Không thể đứng bằng đầu ngón chân được.

Mất cảm giác ở phía ngoài mặt sau cẳng chân, ở rìa ngoài mu chân.

Mất phản xạ gót và phản xạ gan bàn chân

- Tổn thương dây thần kinh mông trên (n.gluteus superior) (L4, L5, S1):

Liệt cơ mông nhỏ, mông bé và cơ căng cân đùi, bệnh nhân dạng đùi khó khăn. Trường hợp tổn thương hai bên, bệnh nhân có dáng đi lạch bạch kiểu "vịt".

Không có rối loạn cảm giác.

- Tổn thương dây thần kinh mông dưới (n.gluteus inferior). Hay dây TK hông bé (L5, S1, S2):

Liệt cơ mông to, yếu động tác duỗi đùi (đưa ra sau), các động tác của thân bị khó khăn.

- Tổn thương dây TK da đùi sau (n.cutaneus femoris posterior) (S1 - S2 - S3):

Mất cảm giác mặt sau đùi (có thể có đau và dị cảm).

Không liệt.

VII. ĐỊNH KHU TỔN THƯƠNG ĐUỐI NGŨA (xem hình 101).



PHẦN IV

CÁC KHÁM XÉT BỔ SUNG



THƯ VIỆN
HUBT

TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

Khám lâm sàng hệ thần kinh là một phần thống nhất của khám nội chung. Vì vậy không thể tách rời khám thần kinh ra khỏi khám xét chung. Để đánh giá bệnh lý thần kinh cần phải bổ sung thêm các test khác ngoài các test trực tiếp thăm dò hệ thần kinh.

Việc lựa chọn khéo léo các khám xét thích hợp phải được dựa trên bệnh cảnh lâm sàng và luôn luôn phải tính toán đến các bất tiện và các tai biến của kỹ thuật. Một số ít trường hợp lâm sàng rất khẩn cấp đòi hỏi cần thiết phải thực hiện ngay test có tính chất quyết định, dù cho test đó có gây đau. Trong nhiều trường hợp khác, trước hết phải làm các khám xét ít gây rối loạn nhất, sau đó mới làm tới các test không dễ chịu hoặc nguy hiểm.



CHƯƠNG I

CÁC XÉT NGHIỆM

Việc lựa chọn các xét nghiệm phải căn cứ vào vị trí tổn thương thần kinh.

A- CÁC XÉT NGHIỆM SINH HÓA CẦN LÀM:

1. Trong bệnh cơ

- Các test đánh giá các enzym trong huyết thanh như aldolaza, latic dehydrogena.
- Test đặc hiệu nhất là créatinephosphokinaza, đậm độ enzym này phản ánh tốc độ và quy mô phân hủy cao sợi cơ.

2. Trong bệnh thần kinh ngoại vi

+ Định lượng vitamin B1:

- Bình thường, nồng độ vitamin B1 là 3 - 10 microgam trong 100ml máu và có trong nước tiểu từ 144 - 323 microgam (trung bình 277 microgam)/24 giờ.

- Giảm trong bệnh béribéri.

+ Nghiệm pháp acid pyruvic (phát hiện thiếu vitamin B1):

- Lấy máu ở bệnh nhân khi nhịn ăn và đang nghỉ ngơi, định lượng acid pyruvic.

- Cho bệnh nhân uống 50g glucose pha trong 200ml nước

TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

- Lấy máu xét nghiệm lúc 60 phút và 90 phút sau khi uống glucose.

Trường hợp thiếu vitamin B1, lượng acid pyruvic tăng quá mức bình thường (bình thường acid pyruvic trong máu là $0,8 \pm 0,2\text{mg}/100\text{ml}$).

3. Trong bệnh vừa xơ động mạch não:

a) *Lipid (tổng lượng bình thường 4-7 g/l)*

b) *Cholestrol máu:*

- Cholesterol (tổng lượng bình thường là 3,9 - 4,9mmol/l.

- Cholesterol este - hóa bình thường là 0,60 - 0,75mmol/l (theo phương pháp Lieberman Burchard). Tăng trong xơ cứng động mạch (artériosclérose).

- Cholesterol-HDL (high density lipoprotein) là lipoprotein có tỷ trọng cao) bình thường là 0,90 - 1,50 mmol/l.

- Cholesterol-LDL (Low density lipoprotein) bình thường là 3,1 - 4,4 mmol/l.

- Cholesterol-VLDL (Very low density lipoprotein) bình thường là 0,15 - 0,30 mmol/l.

c) *Điện li lipoprotein:*

α . Lipoprotein: bình thường 25 - 45%

β . Lipoprotein: bình thường 55 - 75%. Trong bệnh vừa xơ động mạch thì Lipoprotein tăng.

d) *Triglycerid:* bình thường $<2,3$ mmol/l (phương pháp Handel Zinveismit).

Dấu hiệu đe dọa vừa xơ động mạch (athérosclérose):



THƯ VIỆN
HUBT

TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

Tăng cholesterol

Tăng triglycerid

Tăng LDL-C (phần cholesterol trong Low density lipoprotein)

Giảm HDL-C (phần Cholesterol trong high density lipoprotein)

Giảm apoprotein A₁

Tăng apoprotein B

Tăng apoprotein E

Giảm chỉ số apo A₁/B

Giảm apoprotein A₁, tăng apoprotein B và tăng apoprotein E có thể được coi là những dấu hiệu trung thành nhất của bệnh vữa xơ động mạch, nhạy hơn cả trị số về các thành phần lipid máu kể cả HDL-C, LDL-C.

B - CÁC TEST HUYẾT THANH VỀ GIANG MAI

Phản ứng BW (Bordet - Wasserman), phản ứng keo Benjoin, phản ứng Takata-Ara)

C - XÉT NGHIỆM DỊCH NÃO TỦY

Theo R. Stefaniak dịch não tủy chiếm gần 10% dung tích hộp sọ (khoảng 150nml). Nó được tiết ra khoảng 0,30ml/phút và khoảng 432ml/24 giờ. Như vậy là dịch não tủy được thay tới 3 lần trong 24 giờ. Theo M.Schuller lượng dịch não tủy ở người lớn là $140 \pm 30\text{ml}$ và được phân bố như sau: 34ml trong các não thất, 25ml bao bọc quanh não và 75ml trong khoang dưới nhện tủy sống. Việc nghiên cứu thành phần và áp lực dịch não tủy có giá trị lớn trong chẩn đoán các bệnh thần kinh.

TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

Có nhiều phương pháp lấy dịch não tủy nhưng phương pháp thông dụng nhất là chọc sống thắt lưng, chọc dưới chẩm và chọc buồng não thất ở trẻ sơ sinh.

1. Chọc sống thắt lưng (ponction lombaire)

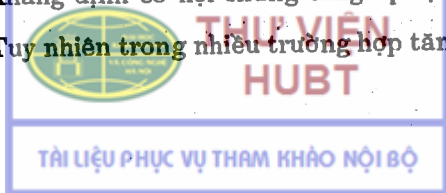
a) Chỉ định

- Chỉ định chính trong hội chứng màng não.
- Các trường hợp nghi ngờ có viêm nhiễm của hệ thần kinh: viêm màng não, viêm não, viêm tủy, giang mai thần kinh, viêm sừng trước tủy cấp (PAA).
- Các bệnh thoái hóa của hệ thần kinh: bệnh xơ cứng rải rác (sclérose en plaque), bệnh xơ cứng cột bên teo cơ (sclérose latérale amyotrophique).
- Các trường hợp tai biến mạch máu não: xuất huyết màng não, xuất huyết não.
- Các trường hợp nghi có chèn ép tủy: u tủy, viêm dày dính màng nhện tủy.
- Để chẩn đoán: chụp X quang tủy sống (myélographie), chụp bao rễ thần kinh.
- Để điều trị: bơm thuốc vào khoang dưới nhện.

b) Chống chỉ định

+ *Chống chỉ định tuyệt đối* trong hội chứng tăng áp lực nội sọ (đặc biệt là do u dưới lều tiểu não) để tránh biến chứng tụt kẹt não (engagement cérébral). Vì vậy trước mọi trường hợp chọc sống thắt lưng đều nhất thiết phải khám đáy mắt để khẳng định có hội chứng tăng áp lực nội sọ hay không.

Tuy nhiên trong nhiều trường hợp tăng áp lực nội sọ chúng



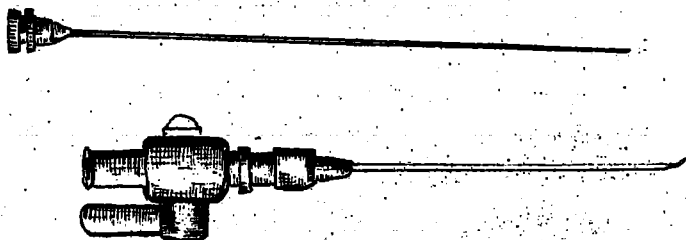
tôi vẫn chọc sống thắt lưng nhưng với điều kiện sau:

- Dùng kim chọc sống thắt lưng rất nhỏ (số 22 hoặc 24)

Nên dùng kim nhỏ có khóa (hình 124) để cho DNT chảy ra chậm, từng giọt (cải tiến của Hồ Hữu Lương).

- Bệnh nhân nằm đầu thấp.

- Tuyệt đối không dè vào tĩnh mạch cảnh để làm nghiệm pháp Queckenstedt - Stookey.



Hình 124: Kim chọc sống thắt lưng trong trường hợp tăng áp lực nội sọ

+ Chống chỉ định tương đối:

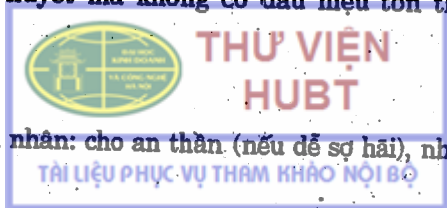
- Có ổ nhiễm khuẩn ở nơi chọc kim.

- Nghi ngờ có nhiễm khuẩn ở mô dưới da hay xương tại nơi chọc kim (lao cột sống).

- Nhiễm khuẩn huyết mà không có dấu hiệu tổn thương thần kinh.

c) Kỹ thuật:

- + Chuẩn bị bệnh nhân: cho an thần (nếu dễ sợ hãi), nhịn ăn.

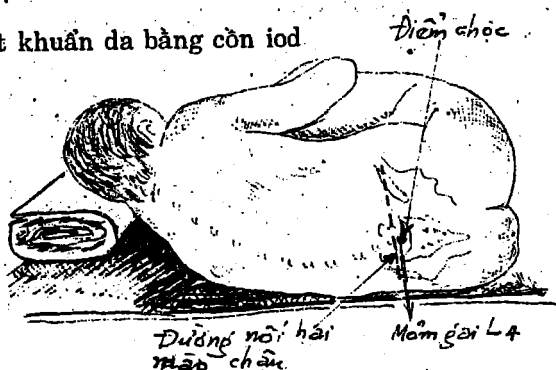


+ Tư thế bệnh nhân: nằm nghiêng "con lưng tôm" (đưa cằm sát vào đầu gối tới mức tối đa để mở rộng các khoảng liên gai).

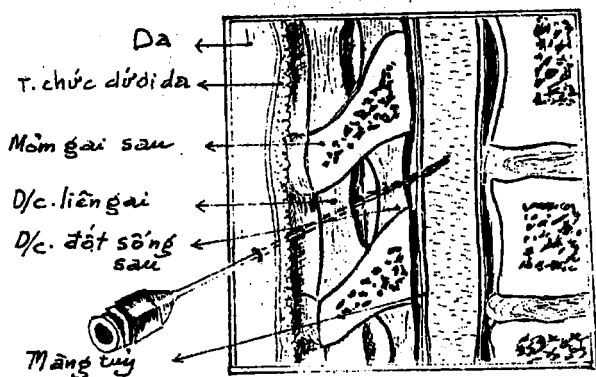
+ Dụng cụ: kim chọc ống sống thắt lưng có thông kim

+ Thao tác chọc: khoảng liên gai giữa L4 - L5 (trên đường nối hai mào chậu), cũng có thể chọc ở các khoảng liên gai L3 - L4 hoặc L5 - S1.

- Sát khuẩn da bằng cồn iod



Hình 125a.



Hình 125b: Chọc ống thắt lưng



- Chọc ở điểm đã lựa chọn: đưa kim hơi chéch lên trên lần lượt qua da, tổ chức dưới da, dây chằng liên gai, dây chằng vàng (gây một lực cản nhất định), khi vượt qua được thì mũi kim vào tới trong khoang dưới màng nhện, rút thông kim, dịch não tủy chảy ra.

+ Lấy dịch: hứng vào 3 ống nghiệm vô khuẩn để xét nghiệm, tổng số dịch lấy ra từ 5 đến 8 phân khối; trường hợp chảy máu màng não thì chỉ lấy từ 2 - 3 phân khối dịch để xem màu sắc.

+ Lấy dịch xong: đặt lại thông kim, rút nhanh kim ra

+ Sau khi chọc: bệnh nhân nằm sấp, đầu thấp vài giờ để tránh DNT tiếp tục thoát ra qua lỗ thủng do kim châm (nên dùng kim nhỏ - số 20). Nếu bệnh nhân nhức đầu thì nên tiêm các dung dịch nhược trương vào tĩnh mạch (thường tiêm tĩnh mạch 2 - 3 lần mỗi lần 10ml nước cất).

d) Các xét nghiệm DNT:

- Quan sát: màu sắc, trong, đục, độ quán tính (hiện tượng Froin)...
- Đo áp lực và khảo sát thủy động học (thử nghiệm pháp dịch não tủy động, Queckenstedt...).
- Tế bào
- Protein, đường, muối
- Phản ứng Pandy, Nonne - Appelt, benjoin colloidal
- Phản ứng giang mai (BW...)
- Điện di protein
- Xét nghiệm một số sắc tố (bilirubin...)



THƯ VIỆN
HUBT

TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

- Đôi khi còn xác định hàm lượng NH_3 , xác định pH, định lượng nồng độ CO_2 , một số enzym.

- Nuôi cấy vi khuẩn.

- Phân lập virus

e) Dịch não tủy bình thường:

+ Không màu

+ Trong suốt

+ Áp lực: nằm: 12cm nước. Ngồi: 18 - 22cm nước.

(Đo bằng áp kế Henry Claude hoặc đo bằng một ống thủy tinh có đường kính bên trong 1mm. (Chú ý không cho thoát ra một giọt DNT nào trước khi gắn áp kế vào).

- Nghiệm pháp Queckenstedt - Stookey: đè vào tĩnh mạch cảnh (cả hai bên) áp lực DNT tăng lên nhanh, sau đó bỏ tay ra thì áp lực trở về vị trí ban đầu (cơ chế: đè vào tĩnh mạch cảnh gây cương tụ các tĩnh mạch trong sọ nên dẫn tới tăng áp lực DNT). Nếu bóp tĩnh mạch cảnh mà không thấy tăng áp lực DNT hoặc tăng rất ít và không trở về vị trí ban đầu khi bỏ tay ra nghĩa là có tắc hay bán tắc khoang dưới nhện.

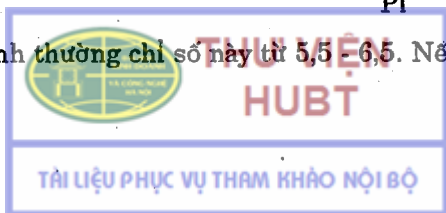
- Ép bụng để bổ sung và kiểm tra nghiệm pháp nói trên.

- Chỉ số Ayala: đo áp lực DNT ban đầu (PI), sau đó lấy một lượng dịch để thử (tính bằng ml) và đo lại áp lực lần thứ hai (PF).

Chỉ số được tính theo công thức sau:

$$\text{Chỉ số Ayala} = \frac{\text{Lượng DNT lấy (ml)} \times \text{PF}}{\text{PI}}$$

Bình thường chỉ số này từ 5,5 - 6,5. Nếu trên 7 thì có hiện



tượng tràn dịch não (hydrocéphalie) hay viêm màng não. Nếu dưới 5 thì có bản tắc.

+ Tế bào: 1 - 3 bạch cầu lymphocyt/ 1mm^3 . Ở trẻ sơ sinh bình thường có thể lên tới 27 tế bào.

+ Thành phần hóa học:

- Albumin: 20 - 30mg/100ml (ở trẻ sơ sinh cao hơn một ít).

- Glucose: 2,8 - 4,2 mml/l (PP. Folin Wu)

- Clorua natri : 120 - 130mmol/l

- Phản ứng Nomme - Appelt: âm tính

- Phản ứng Pandy: âm tính.

- Phản ứng giang mai (BW, VDRL: (Venereal disease research laboratory), phản ứng lên hồng với keo benjoin) âm tính.

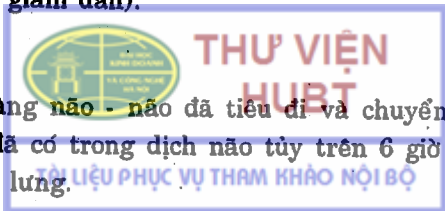
g) Biến đổi bệnh lý của dịch não tủy:

+ Màu sắc:

- Màu đỏ như máu không đông hoặc hồng nhạt gặp trong chảy máu não, chảy máu màng não (cần phân biệt với trường hợp chọc phải tĩnh mạch xung quanh tủy, trong trường hợp này nếu ly tâm ngay thì hồng cầu lắng xuống, dịch ở trên trong hoặc ta hứng trong ba ống thì thấy màu của ba ống nhạt dần. Nhưng nếu chạm mạch lớn thì màu sắc ba ống như nhau và khi đó ta phải đếm lượng hồng cầu trong từng ống, lượng hồng cầu sẽ giảm dần).

- Màu vàng:

- Chảy máu màng não - não đã tiêu đi và chuyển màu, thường máu này đã có trong dịch não tủy trên 6 giờ kể từ khi chọc sống thất lưng.



. U tủy hoặc u não gây rối loạn tuần hoàn làm cho huyết thanh tràn vào DNT.

. Hội chứng vàng da.

- *Dịch não tủy đục*: do mủ lẫn vào dịch não tủy, gặp trong:

. Viêm màng não mủ

. . Trạng thái sinh mủ vô khuẩn: trong dịch não tủy xét nghiệm thấy nhiều bạch cầu nhưng không thấy vi khuẩn.

+ Tăng tế bào khi có viêm-nhiễm ở hệ thần kinh trung ương:

- DNT có rất nhiều hồng cầu trong chảy máu màng não.

- DNT có nhiều bạch cầu đa nhân gặp trong viêm màng não do vi khuẩn và trong giai đoạn sớm của viêm màng não do lao và virus.

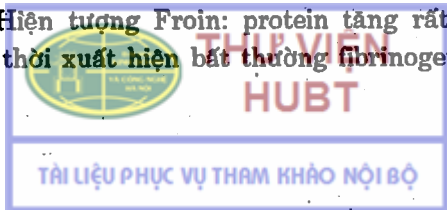
- Tăng lymphocyt trong DNT có thể gặp trong viêm màng não do virus, trong viêm não, giang mai thần kinh, lao màng não hoặc trong bệnh xơ cứng rải rác.

+ *Tăng protein* trong DNT là một dấu hiệu hay gặp song không đặc hiệu:

- Protein tăng song song với bạch cầu gặp trong viêm tủy, viêm màng não, áp xe não...

- Hiện tượng phân ly protein tế bào: trong bệnh viêm não, protein tăng ít hoặc không tăng trong khi đó bạch cầu tăng nhiều. Trái lại, bệnh u não, u tủy, lao cột sống (Pott) protein tăng rất nhiều nhưng bạch cầu tăng rất ít hoặc không tăng. Trong hội chứng Guillain - Barré cũng có phân ly protein tế bào.

- Hiện tượng Froin: protein tăng rất nhiều trong DNT đồng thời xuất hiện bất thường fibrinogen trong đó, khi hút



vào ống nghiệm, protein có thể đông lại rất nhanh, gặp trong u tủy.

- Tỷ lệ gama globulin trong điện lipoprotein DNT bình thường là 12,4%. Trong xơ cứng rải rác, giang mai thần kinh hoặc bệnh tổ chức liên kết, tỷ lệ này có thể tăng lên đến trên 30%.

+ *Tăng glucose* trong bệnh đái tháo đường.

+ *Giảm glucose* trong viêm màng não mủ, lao màng não.

+ *Tăng natri clorua* trong viêm thận mạn tính có phù, các cơn động kinh.

+ *Giảm natri clorua* trong lao màng não (500 - 600mg), viêm màng não mủ (600 - 680mg), xung huyết màng não (600mg).

2. Chọc dưới chẩm (ponction sous occipitale)

Không thông dụng, dễ tai biến. Tuy nhiên nó cho phép ta lấy DNT ở cao có khi là bên trên u tủy để so sánh với các xét nghiệm DNT ở phía dưới khối u. Kỹ thuật này còn cho phép đưa chất cản quang vào để có thể chụp X quang tủy sống, thấy được ranh giới phía trên của khối u.

D - NGHIỆM PHÁP NGHIÊN CỨU ĐỘNG NÃO TỦY (TEST CSF DYNAMIC STUDYING)

1. Mục đích:

- Đánh giá độ đàn hồi của khoang dưới nhện.

- Đánh giá sự lưu thông của dịch não tủy

- Đo áp lực dịch não tủy

Nghiệm pháp có ý nghĩa quan trọng trong việc chẩn đoán bệnh, nghiên cứu bệnh căn, bệnh sinh và đánh giá kết quả điều trị một số bệnh lý của não và tủy sống.

2. Chỉ định:

- Nghi ngờ có tăng hoặc giảm áp lực nội sọ.
- Nghi ngờ có nghẽn tắc lưu thông dịch não tủy.
- Tăng hoặc giảm áp lực nội sọ chưa rõ nguyên nhân.
- Đánh giá kết quả điều trị tăng áp lực nội sọ và điều trị phù não.

3. Chống chỉ định:

- Tăng áp lực nội sọ quá cao (có phù nề đĩa thị nặng).
- Có hội chứng tăng áp lực nội sọ kèm theo tổn thương thần kinh khu trú ở não.

4. Kỹ thuật:

- Chọc ống sống lưng, chọc 2 kim: 1 kim ở giữa L3 - L4, 1 kim ở giữa L4 - L5.

- Lắp dụng cụ đo áp lực DNT vào kim số 1 và tiến hành đo áp lực dịch não tủy khởi phát (Po), làm nghiệp pháp Queckenstedt - Stookey.

- Bơm từ từ 15ml huyết thanh mặn 9‰ vào khoang dưới nhện qua kim số 2 (tốc độ 0,25ml/giây) (Δv là số lượng huyết thanh mặn được dùng tính bằng mililit).

- Khi hết lượng dịch bơm vào thì bấm giờ và ghi kết quả áp lực dịch não tủy (P1).

- Theo dõi áp lực dịch não tủy khi tụt xuống áp lực (P2) thì bấm đồng hồ tính thời gian (T2).

- Áp dụng công thức Marmarou để tính chỉ số đàn hồi của khoang dưới nhện:



**THƯ VIỆN
HUBT**

TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

$$R = \frac{T2 \cdot P_o}{\frac{\Delta v}{P1} \cdot \lg \frac{P2}{P1} \cdot \frac{P1 - P_o}{P2 - P1}}$$

Theo Marmarou người bình thường $R = 2,87 \pm 0,82$.

Theo Nguyễn Xuân Thành, Nguyễn Văn Chương, Phan Việt Nga, người Việt Nam bình thường $R = 1,9 \pm 0,398$, trong rối loạn tuần hoàn não $R = 8,135 \pm 1,478$.



**THƯ VIỆN
HUBT**

TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

CHƯƠNG II

MỘT SỐ TEST CÓ TÁC DỤNG NÂNG CAO VÀ HỖ TRỢ CHO KHÁM LÂM SÀNG

A - KHÁM MẮT BẰNG ĐÈN KÊ

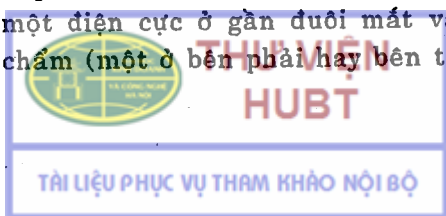
- Thấy được vòng xanh nâu ở vùng diềm của giác mạc trong bệnh Wilson.
- Thấy rõ đục nhân mắt dốm nhỏ của chứng loạn trương lực cơ (dystrophie myotonique).

B - GHI RUNG GIẬT NHÃN CẦU (NYSTAGMOGRAPHIE)

Rung giật nhãn cầu được ghi thành biểu đồ, để có một bảng chứng khách quan có thể định lượng được về biên độ và tần số các động tác giật. Phương pháp này dựa trên nguyên lý là khi nhãn cầu vận chuyển sẽ gây nên thay đổi điện thế giác mạc - võng mạc, có thể tiếp nhận bằng những điện cực đặt trên các mô xung quanh hốc mắt (Gabersek và Scherrer J. Rev neurol 1967, 117, 1,35).

C - GHI ĐIỆN VÔNG MẠC: (ÉLECTRORÉTINOGRAPHIE)

Là ghi dòng điện do hoạt động của võng mạc khi nó bị kích thích bởi một luồng ánh sáng liên tục, hoặc bởi đèn chớp. Thường người ta đặt một điện cực ở giác mạc, một điện cực ở gần đuôi mắt và hai điện cực ở vùng chẩm (một ở bên phải hay bên trái tùy theo mục



đích khám và một ở đường giữa). Điện võng mạc đồ (électrorétinogramme) thường được phân tích thành các sóng a, b, c và d có thể mang lại thông tin rất có giá trị (theo Einthoven và Jolly 1908, Piper 1911 và Granit 1933 Jayle G.E. Boyer R.L và Saracco J.B. L'électroretinographie, Paris 1965).

D - CHẨN ĐOÁN ĐIỆN THẦN KINH VÀ CƠ

1. Chẩn đoán điện cổ điển

a. *Nguyên tắc:* dùng dòng điện ganvanic (điện một chiều) (lúc đóng và lúc mở điện) và dòng faradic (điện ứng).

b. *Nơi kích thích:*

Đối với thần kinh: ở nơi dây thần kinh gần da nhất (ví dụ rãnh trên ròng rọc đối với dây thần kinh trụ).

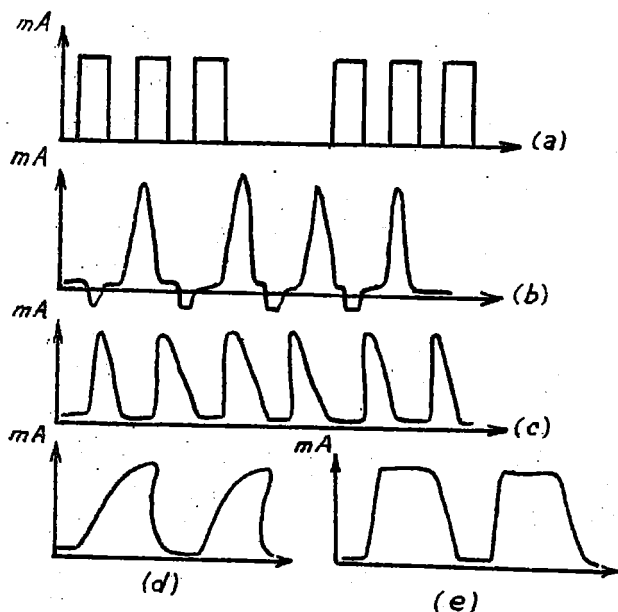
Đối với cơ: điểm vận động.

Nếu kích thích ngắt quãng bằng dòng điện ganvanic (dòng điện một chiều) sẽ có xung chữ nhật (hay còn gọi là xung vuông). Dòng điện faradic (điện ứng, có xung đỉnh nhọn hai pha: một pha âm, một pha dương lớn hơn. Bình thường khi kích thích thần kinh bằng dòng điện ganvanic và dòng faradique sẽ gây co cơ do dây thần kinh đó phân bố. Nếu kích thích trực tiếp vào cơ cũng gây được co cơ.

c. *Cường độ cơ sở (rheobase hay ngưỡng kích thích)*

Cường độ cơ sở là cường độ nhỏ nhất để gây được co cơ. Các dây thần kinh có ngưỡng kích thích khác nhau được tính bằng mA (milliampère)

TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ



Hình 126a: Các loại xung thường dùng trong chẩn đoán điện
a- Xung chữ nhật b- Xung faradic c- Xung giả faradic
d- Xung lưỡi cày e- Xung hình thang

Bảng 9 Ngưỡng kích thích của các dây thần kinh

Dây thần kinh	Ngưỡng kích thích (mA)
- DTK mặt	1 - 2,5
- DTK trụ	0,2 - 0,9
- DTK giữa	0,3 - 1,5
- DTK quay	0,9 - 2,7
- DTK cơ bì	0,04 - 0,28
- DTK đùi	0,44 - 1,7
- DTK hông to	0,4 - 2,5
- DTK chày	0,4 - 2,5
- DTK mắt	0,2 - 2
- DTK hông bé	0,2 - 2
- Chỉ số ngưỡng: bình thường là:	

Ngưỡng ganavanic

Khi có tổn thương thoái hóa thần kinh thì chỉ số phân ly ngưỡng lớn hơn 2.

d. Thời trị (chronaxie):

Là thời gian tối thiểu làm cho cơ cơ với một cường độ gấp hai cường độ cơ sở.

+ Thời trị dây thần kinh: theo Bùi Thiệu Sự và Lại Thế Vinh bình thường thời trị trung bình của các dây thần kinh là:

Dây quay:	0,094	miligiây
Dây trụ:	0,110	- "
Dây giữa:	0,124	- "
Dây chày:	0,141	- "
Dây mác:	0,125	- "

+ Thời trị các cơ: bình thường thời trị các cơ trong cơ thể từ 0,08 đến 0,72 miligiây.

- Các cơ ở cổ, thân và gốc chi (vai, cánh tay, hông, đùi):

. Cơ mặt trước: 0,08 - 0,16 miligiây

. Cơ mặt sau là: 0,16 - 0,32 miligiây

- Các cơ ở đầu, mặt và ở ngọn chi (cẳng tay, bàn tay, cẳng chân, bàn chân):

. Cơ mặt trước là: 0,16 - 0,32 miligiây



Cơ mặt sau là: 0,44 - 0,72 miligiây

Khi có hiện tượng thoái hóa thần kinh hoàn toàn thì thời trị có thể tăng gấp 100 lần so với bình thường. Trong quá trình hồi phục thần kinh, thời trị sẽ giảm dần, Nhờ vậy ta theo dõi được sự hồi phục thần kinh.

2 Một số phản ứng điện bình thường và bệnh lý

+ Phản ứng Erb

Bình thường khi kích thích bằng dòng gavanic cơ co chớp nhoáng và có đặc điểm là cơ co (C) khi đóng (D) điện ở âm cực (A) mạnh hơn khi đóng cực dương (D) ($CDA > CDD$). Hiện tượng đảo lộn công thức $CDD > CDA$ là phản ứng Erb dương tính. Phản ứng này xuất hiện vài tuần sau tổn thương thần kinh.

Phản ứng Erb dương tính thường đi kèm theo phản ứng cơ cơ chậm (Remak dương tính) phản ánh tình trạng tổn thương trầm trọng của dây thần kinh và tế bào thần kinh

+ Phản ứng chiều dọc

Bình thường kích thích cơ với dòng ganvanic tại điểm vận động thì nhạy hơn ở hai đầu cơ. Nhưng sau khoảng hai tháng tổn thương dây thần kinh thì đáp ứng dần dần ngược lại, đến khi đáp ứng ở đầu cơ lại nhạy hơn ở điểm vận động thì tạo nên trạng thái phản ứng chiều dọc.

+ Phản ứng thoái hóa điện

Có phản ứng thoái hóa điện sau khi tổn thương dây thần kinh (dtk) hoặc tế bào sừng trước tủy 12 - 15 ngày (bảng 10)



Bảng 10: Phản ứng thoái hóa (PUTH) điện

	Dòng faradic - dtk	Dòng gan- vanic-dtk	Dòng faradic cơ	Dòng gan- vanic-cơ
Bình thường	Co cơ	Co cơ	Co cơ	Co cơ chớp nhóang CDA>CDD
PUTH 1 phần	Co cơ yếu	Co cơ yếu	Co cơ yếu	Co cơ lơ dờ CDD>CDA
PUTH hoàn toàn	Không	Không		Co cơ lơ dờ CDD>CDA
Mất hoàn toàn tính chịu kích thích điện	Không	Không	Không	Không

Tiến triển của phản ứng thoái hóa điện:

- Thời kỳ đầu (vài ngày sau tổn thương tế bào thần kinh ngoại vi): ngưỡng kích thích dây thần kinh và cơ vẫn bình thường nhưng thời trị đã thay đổi, kích thích dây thần kinh trên chỗ bị thương thấy mất hoặc giảm dẫn truyền. Trong một số trường hợp kích thích dây thần kinh bằng dòng điện ganvanic và faradic đều có phản ứng điện nhạy hơn bình thường (sơ đồ Guillemainot - hình 8)

- Thời kỳ toàn phát (vài ngày, vài tháng, có khi hàng năm)

Phản ứng điện ganvanic và faradic đối với dây thần kinh giảm dần tới mất hẳn.

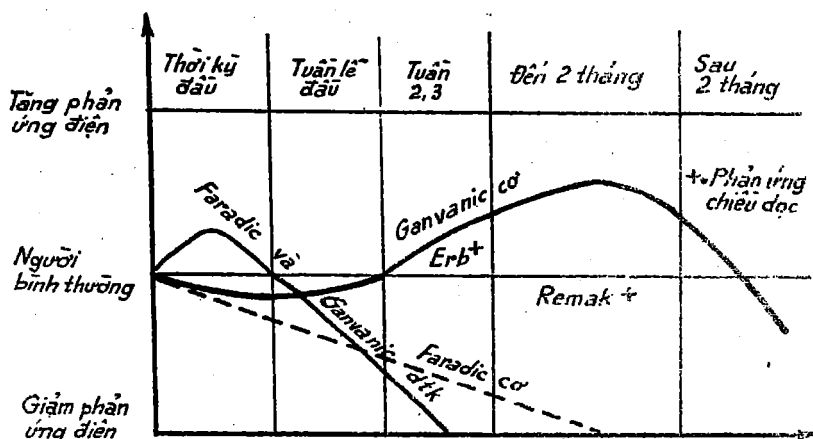
Kích thích của cơ đối với dòng điện faradic cũng giảm dần. Riêng đối với dòng điện galvanic thì được chia ra ba giai đoạn:

Tuần lễ đầu: phản ứng giảm nhẹ.

Tuần 2, 3 đến 2 tháng: phản ứng lại nhạy hơn (ngưỡng kích thích giảm xuống).

Sau hai tháng: phản ứng giảm dần đồng thời xuất hiện phản ứng Remak, phản ứng Erb dương tính CDD > CDA chỉ số ngưỡng faradic/galvanic lớn hơn 2. Thời trị tăng lên cao dần rồi giữ ở mức cao, tiếp sau đó xuất hiện phản ứng chiều dọc.

Nếu tiến triển xấu dần: tính chất cơ cơ ngày càng chậm dần, phản ứng Erb ngày càng dương tính mạnh, phản ứng chiều dọc càng rõ, sau đó đáp ứng của cơ đối với dòng điện faradic mất và tiếp theo thì đáp ứng của cơ đối với dòng điện galvanic cũng mất hẳn.



Hình 126b: Sơ đồ tiến triển của các kích thích dây thần kinh và cơ trong phản ứng thoái hóa điện (theo Guilleminot)

- Tuy nhiên phản ứng thoái hóa hoàn toàn cũng chưa hẳn là tiên lượng xấu. Trong quá trình hồi phục sợi dây thần kinh, phản ứng thoái hóa hoàn toàn có thể chuyển sang phản ứng thoái hóa một phần, rồi sang tính chịu kích thích bình thường, nhưng nếu trong liệt kiểu ngoại vi cơ bị mất thần kinh hoàn toàn trên 12 - 14 tháng (đôi khi hơn nữa) thì lúc đó do sự thoái hóa tuần tiến, các sợi cơ bị hủy hoại hoàn toàn, được thay đổi bằng tổ chức mỡ và tổ chức liên kết. Xuất hiện cơ chai có kèm theo mất phản ứng cơ đối với dòng điện ganvanic, nghĩa là mất hoàn toàn tính chịu kích thích điện (mất khả năng hưng phấn), tình trạng này chứng tỏ các biến đổi xảy ra trong cơ không còn khả năng hồi phục.

2. Ghi điện cơ

Dubois Raymond (1851) đã đề xuất phương pháp ghi điện cơ

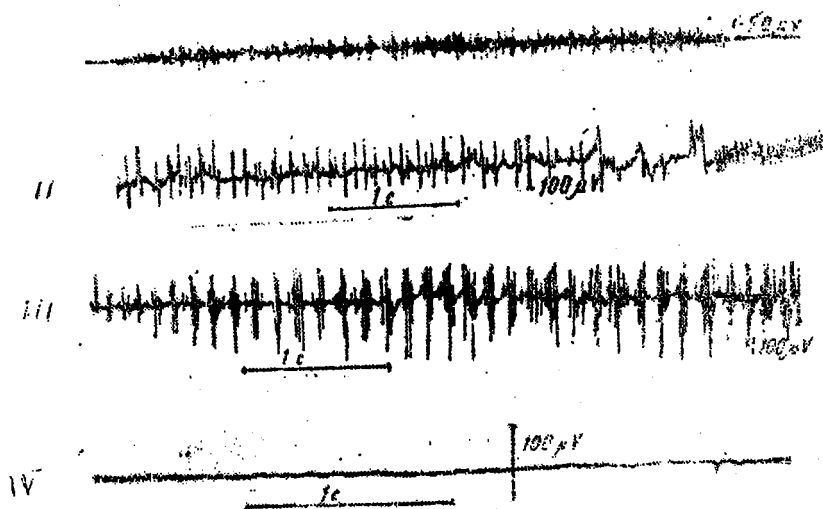
C.S. Sherington (1925) đề xuất danh từ đơn vị vận động (cấu trúc chức năng của cơ). Đơn vị vận động gồm tất cả các sợi cơ được chi phối bởi các nhánh tận cùng của một neuron thần kinh. Những sợi cơ được tổ chức thành bó. Theo Wohlfart (1935) mỗi bó gồm 20 - 60 sợi. Wohlfart (1949), Buchthal (1957) nhận thấy mỗi đơn vị vận động chỉ chi phối một số sợi cơ không chi phối cả bó sợi cơ. Grannit (1970), Palard, Laparte (1959) còn nhận thấy các sợi thần kinh chi phối cơ có những đường kính rất khác nhau. Tốc độ dẫn truyền và khả năng hưng phấn của chúng tỷ lệ thuận với đường kính. Số lượng sợi cơ do một axôn chi phối từ 100 - 151 (theo B. Clark, 1930), từ 400 - 700 (theo Pritz Bachtal, 1962). Theo Yuxevich (1958) khi đơn vị vận động hoạt động (co cơ), nó sẽ tạo ra một sóng điện thế. Nếu đơn vị vận động đó bình thường thì sóng điện thế sẽ có hình dáng nhất định,

THƯ VIỆN
HUY
TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

đại diện cho sự phóng điện đồng bộ, hoàn hảo của đơn vị.

a) Nguyên tắc ghi điện cơ

Khi có hoạt động, do hiện tượng khử cực và tái cực sẽ sinh ra sự thay đổi về điện. Bằng cách chọc kim trực tiếp vào cơ (hoặc bằng điện cực đặt trên da) ta có thể ghi lại những thay đổi điện cơ. Sau khi đã phóng đại lên nhiều lần rồi chuyển thành những tín hiệu quang học và âm thanh, ta được những kết quả có thể nhìn thấy trên màn huỳnh quang và trên phim ảnh hoặc trên giấy ghi để nhận định so sánh.



Hình 126c: Những dạng điện cơ chính (theo Yu. S. Yusvich)

Dạng I: Loại nhanh

Dạng II: Loại điện thế riêng lẻ được nhắc lại có nhịp độ

Dạng III: Loại từng "loạt" dao động nhanh, đôi khi kết hợp với dao động chậm điện thế thấp xuất hiện khi run.

Dạng IV: Loại điện thế yên lặng hoàn toàn

b) Điện cơ đồ bình thường

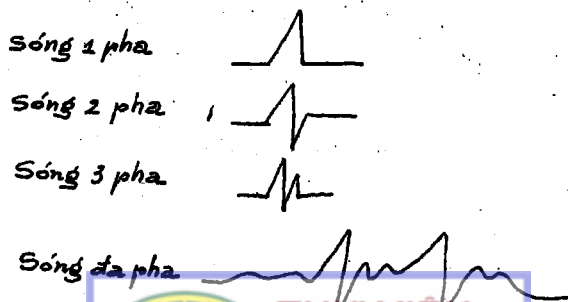
+ Hình ảnh điện cơ đồ bình thường

- Lúc cơ nghỉ, điện cơ biểu hiện yên lặng điện: điện cơ là một đường thẳng, trên loa cũng không thấy tiếng nổ nào phát ra.

- Lúc cơ co nhẹ: Chỉ có một đơn vị vận động hoạt động, điện cơ thấy rõ những sóng ba pha lẻ tẻ để phân biệt. Buchthal gọi điện cơ đồ này là đồ thị giản đơn.

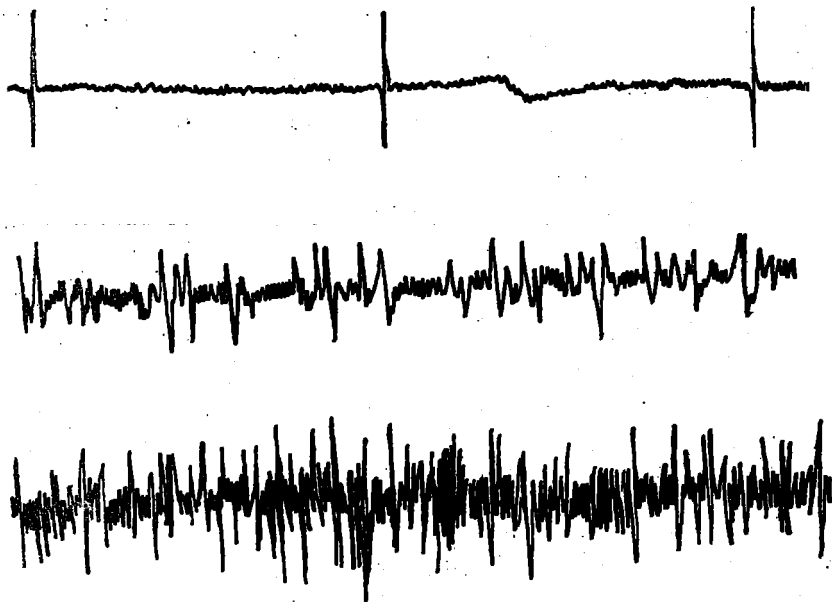
- Lúc cơ co vừa: Có thêm một số đơn vị hoạt động, đường đẳng điện không rõ nữa. Trên loa tiếng nổ nghe thấy cũng dày hơn, to hơn. Do nhiều điện thế hợp lại nên biên độ tăng: Buchthal gọi loại điện cơ đồ này là đồ thị trung gian.

- Lúc cơ co tối đa: Có thêm nhiều đơn vị vận động nữa hoạt động. Các sóng chồng lên nhau, biên độ tăng cao hơn, đôi khi có dạng hình sin không đều đặn. Buchthal gọi điện cơ đồ này là đồ thị giao thoa, cũng còn gọi là nhịp Piper.



Hình 126d: Sóng điện cơ

TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ



Hình 127a: Đồ thị giản đơn: Cơ tử đầu đui cơ nhẹ (kim Bronk, tốc độ quét 30cm/giây nhịp 8 giây, dạng 3 pha, biên độ 800 micrôvon thời gian 3 miligiây).

c) Đồ thị trung gian: cơ nhị đầu cánh tay cơ vừa (kim Bronk, tốc độ quét 30cm/giây) nhịp trung gian, dạng bình thường biên độ 800 micrôvon, thời gian 3 miligiây.

d) Đồ thị giao thoa: cơ mông nhỡ cơ tối đa (kim Bronk, tốc độ quét 7 cm/giây) nhịp giao thoa, biên độ 1,5 milivon.

+ Chỉ số điện cơ đồ bình thường:

- Biên độ: thường từ 300 microvon (mcv) đến 2 milivon
- Thời gian xung: Trung bình từ 3 đến 6 miligiây, có thể

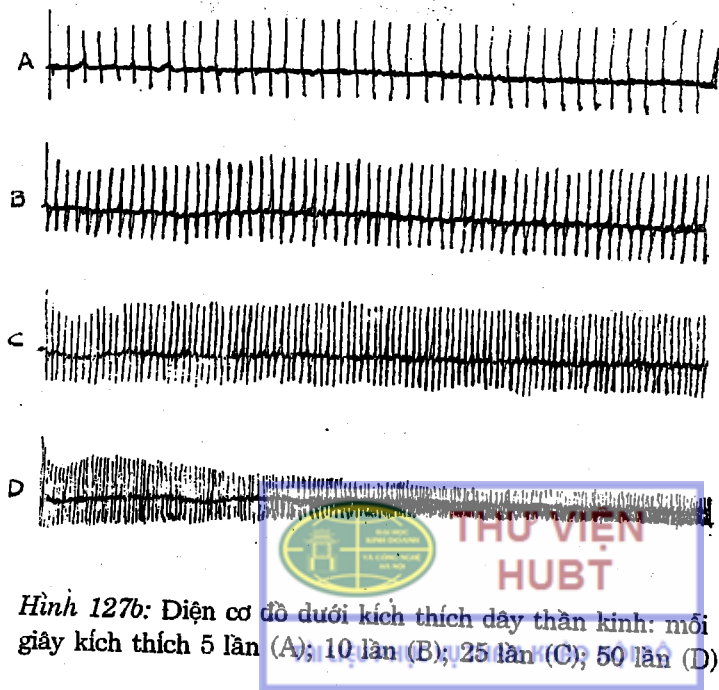


**TRƯỜNG ĐẠI HỌC
HUBT**

TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

đến 15,7 miligiây. Có những đơn vị vận động bé như ở mắt, ở mắt; Đơn vị vận động lớn như ở đùi, ở mông. Do đó thời gian xung của mỗi cơ có khác nhau. Thời gian xung còn tăng dần theo tuổi. Người già tăng gấp hai lần trẻ nhỏ.

- Dạng xung: thường gặp nhất là sóng ba pha, nhưng cũng có thể là sóng hai pha, một pha hay đa pha. Cơ bình thường có tỷ lệ sóng đa pha dưới 10%. người lớn có tỷ lệ sóng đa pha nhiều hơn trẻ nhỏ. hai yếu tố làm xuất hiện sóng đa pha là sự kém đồng bộ của dòng điện ở các sợi cơ cùng trong một đơn vị vận động và vị trí kim tiếp xúc với hai đơn vị vận động cạnh nhau sẽ ghi nhận đồng thời điện thế của hai điện trường này.



Hình 127b: Điện cơ đồ dưới kích thích dây thần kinh: mỗi giây kích thích 5 lần (A); 10 lần (B); 25 lần (C); 50 lần (D).

- Tần số: tần số do một đơn vị vận động từ 4 - 12 chu kỳ/giây. tần số do nhiều đơn vị vận động giao thoa, tối đa là 50 chu kỳ/giây.

e) Điện cơ đồ trong tổn thương thần kinh ngoại vi.

- Điện cơ cung cấp số liệu về mức độ tổn thương thần kinh và cho phép ta phát hiện ra những dấu hiệu đầu tiên của sự phục hồi vận động khi mà xem xét lâm sàng còn chưa rõ rệt. Điện cơ còn cho phép ta theo dõi sự phát triển của quá trình hồi phục thần kinh.

- Trường hợp vết thương hở không cần thiết phải ghi điện cơ vì tổn thương thần kinh thường đã được xác định.

- Trường hợp vết thương kín, ở giai đoạn đầu trước khi xảy ra thoái hóa Waller (21 ngày), khi lâm sàng khó xác định mức độ tổn thương thần kinh thì qua nghiên cứu biên độ và tần số điện cơ ta có thể xác định được.

- Trong một số trường hợp có biểu hiện chèn ép thần kinh, theo dõi tiến triển về điện cơ ở những thời gian khác nhau thấy giảm dần số lượng đơn vị vận động thì cần phải phẫu thuật.

- Ghi điện cơ còn cho phép phân biệt teo cơ do thần kinh hay do bệnh cơ và chẩn đoán phân biệt tổn thương thực tế với bệnh hystérie, giả vờ.

- Phương pháp đo tốc độ dẫn truyền xung qua dây thần kinh giúp đánh giá sâu hơn tình trạng thoái hóa của dây thần kinh vì dây thần kinh càng thoái hóa nặng thì tốc độ dẫn truyền xung càng giảm (phương pháp này cũng phải tiến hành cả hai bên chi lành và chi bệnh để tiện so sánh).



THƯ VIỆN
HUYẾT

TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

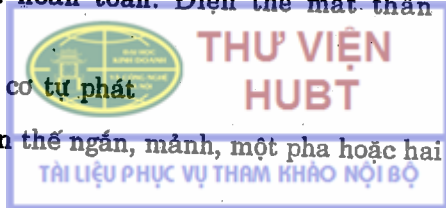
Bình thường với một xung kích thích đủ thời gian một miligiây sẽ luôn luôn có sự đáp ứng của cơ bị kích thích. Khoảng cách giữa xung kích thích và xung đáp ứng là thời gian dẫn truyền xung qua dây thần kinh từ điểm kích thích đến điểm đâm kim vào cơ, giúp ta tính được tốc độ dẫn truyền thần kinh vận động. Ví dụ đo tốc độ dẫn truyền của dây thần kinh giữa: điểm kích thích ở nếp khuỷu có thời gian dẫn truyền xung từ nếp khuỷu đến chỗ đâm kim vào cơ đối chiếu ngón cái là 8,6miligiây; điểm kích thích ở cổ tay có thời gian dẫn truyền xung từ cổ tay đến chỗ đâm kim vào cơ đối chiếu ngón cái là 4msec thì thời gian dẫn truyền từ nếp khuỷu đến cổ tay là $8,6 - 4 = 4,6$ miligiây; khoảng cách từ nếp khuỷu đến cổ tay là 243,8mm thì tốc độ dẫn truyền là $243,8 : 4,6 = 53$ mét mỗi giây.

Theo Bouche (1983), tốc độ dẫn truyền thần kinh bình thường của dây thần kinh giữa từ 48 - 50 mét/giây của dây thần kinh trụ là 42 - 45mét/giây

* Trường hợp liệt ngoại vi hoàn toàn (liệt độ 5) kèm theo thoái hóa hoàn toàn những sợi cơ và thần kinh: diện cơ đồ có đặc điểm là "yên lặng điện sinh vật". Nếu thoái hóa chưa hoàn toàn thì có thể thấy những "điện thế mất thần kinh" sau khi tổn thương thần kinh 15 - 20 ngày. Đó là những điện thế tự phát, xuất hiện lúc cơ nghỉ, tồn tại hàng năm và chỉ mất khi có hồi phục thần kinh hoặc khi cơ teo, xơ hóa hoàn toàn. Điện thế mất thần kinh thường gặp là:

+ Điện thế rung cơ tự phát

Đây là những điện thế ngắn, mảnh, một pha hoặc hai pha,



biên độ 50 - 200 mcv tần số thưa và đều (từ 4 - 18 chu kỳ/giây). Trên loa nghe thấy những âm ngắn, thô khác hẳn những âm của các đơn vị vận động bình thường. Những điện thế này phát ra tự nhiên nhưng có một số yếu tố làm tăng thêm hoặc giảm bớt đi.

Các yếu tố làm tăng rung cơ tự phát bao gồm: nhiệt độ nóng, tiêm thuốc prostigmin, một số phương pháp lý liệu. Còn những yếu tố làm giảm rung cơ tự phát bao gồm nhiệt độ lạnh, tiêm cura, bất động.

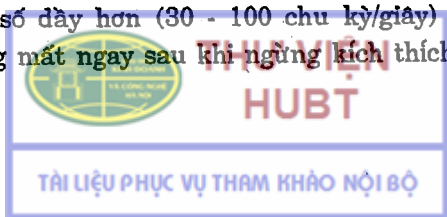
Rung cơ tự phát chứng tỏ có hủy hoại tế bào thần kinh hoặc có mất dẫn truyền liên tục từ tế bào thần kinh đến thớ cơ vì vậy trong hystérie, giả liệt không có rung cơ tự phát.

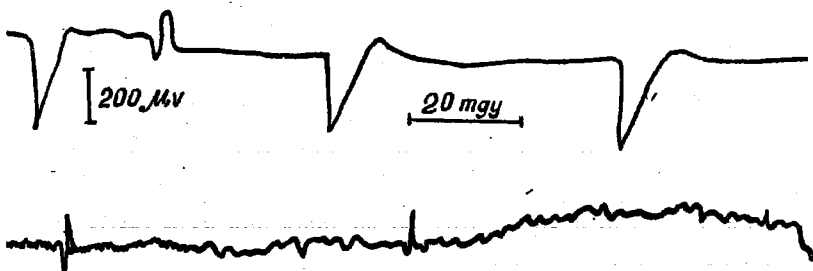
+ Điện thế chậm mất thần kinh: (hiếm gặp hơn rung cơ tự phát, cũng là một dấu hiệu chắc chắn của mất thần kinh): sóng hai pha, biên độ từ 200 - 1000 mcv, thời gian xung từ 50 - 100 miligiây, tần số 5 - 10 xung mỗi giây.

+ Rung cơ do kích thích: 20% trường hợp có mất hoàn toàn thần kinh chi phối không xuất hiện rung cơ tự phát và điện thế chậm mất thần kinh. Trong những trường hợp này có thể gây xuất hiện rung cơ bằng hai cách:

- Kích thích cơ học (gõ lên cơ, kéo dài cơ ra) hoặc đâm kim vào cơ.

- Kích thích bằng xung vuông dài cũng có thể gây được rung cơ. So với rung cơ tự phát thì rung cơ do kích thích có tần số dày hơn (30 - 100 chu kỳ/giây) biên độ cao hơn và xung mất ngay sau khi ngừng kích thích.





Hình 127c: a) Rung cơ tự phát: cơ cẳng chân trước lúc nghỉ (Kim Bronk, tốc độ quét 30cm/giây) nhịp 9/giây, dạng hai pha, biên độ 200mcv, thời gian 2 miligiây.

b) Điện thế chậm mất thần kinh

c) Rung cơ khi đâm kim: cơ vuông cằm khi nghỉ (Kim Bronk, tốc độ quét 30 cm/giây), nhịp 9/giây, dạng hai pha, biên độ 300mcv, thời gian 2 miligiây.

* Trường hợp liệt ngoại vi không hoàn toàn

Điện cơ đồ trong liệt ngoại vi không hoàn toàn có đặc điểm là giảm các dao động (lúc cơ cơ chủ động) tương ứng với mức độ lúc rối loạn dẫn truyền thần kinh.

+ Trường hợp liệt ngoại vi nặng: nhiều đơn vị vận động bị mất thần kinh nên lúc cơ nghỉ cũng phát ra những điện thế mất thần kinh như rung cơ tự phát điện thế chậm mất thần kinh... như trong liệt hoàn toàn, nhưng lúc cơ cơ chủ động tối đa cũng chỉ có hình ảnh một đồ thị đơn giản. Trường hợp tổn thương nặng lâu ngày ở tuỷ sống, ở rễ hay dây thần kinh lúc cơ cơ chủ động tối đa, đôi khi ghi được điện thế đa pha kiểu điện thế nhóm: biên độ khoảng 1000 mcv, thời gian xung 20 miligiây, dạng đa pha từ 5 - 20 mũi

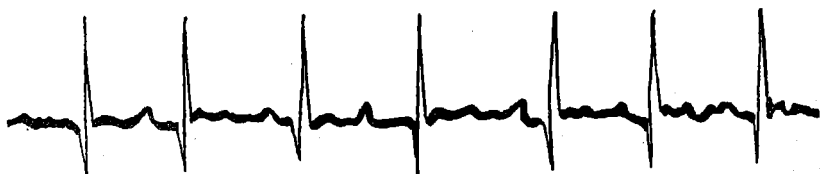
TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

tần số 30 - 40 chu kỳ giây, nghe trên loa có tiếng trầm thồ (hình 127d)



Hình 127d: Sóng đa pha kiểu điện thế nhóm (cơ cẳng chân trước co tối đa, kim Bronk, tốc độ quét 30 cm/giây, tần số 24 giây, biên độ 15 milivon, thời gian 20 mili giây).

Trường hợp viêm sùng trước tủy cấp (PAA) điện cơ đồ thường gặp những biên độ dao động lớn, thời gian xung dài, tần số thấp (hình 127e) thời gian điện thế hoạt động tỷ lệ với mức độ nặng nhẹ của tổn thương.



Hình 127e: Viêm sùng trước tủy cấp (PAA): Sóng đồng bộ biên độ cao (điện cơ đồ cơ cẳng chân trước, co tối đa, kim Bronk, tốc độ quét 30 cm/giây, tần số 24/giây, dạng xung hai pha, biên độ 2 milivon, thời gian xung 9 mili giây).

d) Điện cơ đồ trong tổn thương thần kinh trung ương.

+ Điện cơ đồ trong liệt cứng.

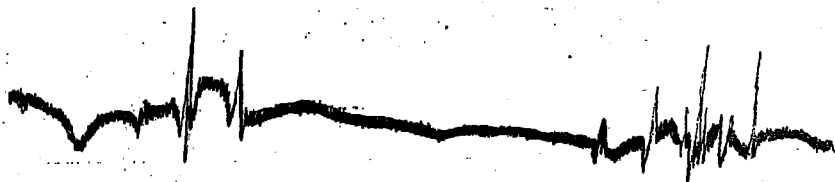
- Khi cơ nghỉ 15,3% cơ có hiện tượng rung sợi cơ tự phát do mất sự chi phối thần kinh. Điện cơ đồ xuất hiện sóng đặc hiệu, điện thế đơn độc, tự phát, biên độ thấp, hình một pha

hay hai pha giống như cái gai, tần số từ 4 - 10 cái trong một giây. Các cơ khác biểu hiện "yên lặng điện sinh vật".

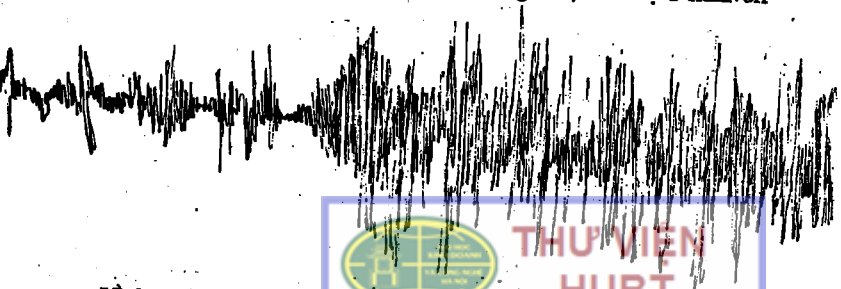
- Khi vận động tùy theo sức cơ còn lại mà biên độ và tần số điện cơ thay đổi khác nhau.

Những trường hợp liệt cứng nhẹ, biên độ giao động tăng cao nhưng tần số bình thường. Ngoài ra trên đường biểu diễn giao thoa đôi khi còn thấy những giao động riêng lẻ.

+ Điện cơ trong bệnh Parkinson: triệu chứng rung của bệnh này thể hiện trên điện cơ bằng những hoạt động điện nhịp nhàng, tần số 4 đến 6 chu kỳ giây, nhịp không đều hay xen kẽ. Khi bệnh nhân ở tư thế cố định thì mất điện thế hoạt động. Khi bệnh nhân cử động lại có từng tràng điện thế rộng.

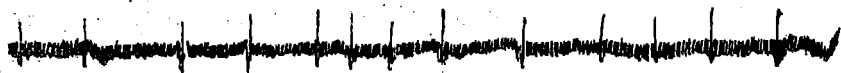


Hình 127g: Bệnh Parkinson: điện cơ đồ cơ gấp ngón cái khi nghỉ (kim Bronx, tốc độ quét 30cm/giây) vẫn có những cơn rung không chủ động nhịp 6/giây, dạng đa pha không đều, biên độ 1 millivon



Hình 127h: Bệnh nhân Parkinson: điện cơ đồ cơ gấp ngón cái khi cơ cơ chủ động (cường độ tăng dần), tốc độ quét 7cm/giây, đồ thị trung gian rồi giao thoa, dạng sóng bình thường biên độ 1,5 millivon, thời gian xung bình thường.

+ Điện cơ trong múa vờn: lúc cơ nghỉ có hoạt động điện bột phát. Khi gõ cơ, kéo cơ có phản ứng bột phát.



Hình 127i: Điện cơ đồ trong múa vờn (trẻ 12 tuổi, điện cơ đồ cơ đối chiếu ngón cái lúc cử động tự phát (kim Bronk, tốc độ quét 7cm/giây, nhịp 9/giây, thời gian xung bình thường, dạng xung đa pha, biên độ 2000mcv.



Hình 127k: Múa vờn: lúc đầu không có cử động tự phát thì yên lặng điện. Khi bắt đầu co bóp chủ động, có điện cơ đồ giao thoa ngay.

+ Bệnh xơ cột bên teo cơ Charcot Marie: làm phản ứng điện và điện cơ ở chi, đo tốc độ dẫn truyền thần kinh để phát hiện teo cơ do nguồn gốc thần kinh và giảm tốc độ dẫn truyền thần kinh.

e) Điện cơ trong một số bệnh cơ.

+ Bệnh cơ và viêm đa cơ: thời gian và biên độ các sóng giảm (dưới 600 mcv), tăng sóng đa pha biên độ thấp (do trong từng đơn vị vận động có những thớ cơ bệnh lý nên khử cực không đồng bộ với các thớ cơ lành).

+ Bệnh Steinert: thời gian xung ngắn, biên độ sóng thấp, tần số xung tăng giảm dần xen kẽ nhau nhưng không vượt quá 50 chu kỳ/giây, có dạng sóng trung gian giữa rung cơ và các loại sóng bình thường, nghe trên loa như tiếng một máy bay lao phóng xuống.



Hình 128a: Bệnh cơ: cơ cơ nhẹ đã có đồ thị giao thoa (điện cơ đồ cơ tứ đầu đùi cơ nhẹ, kim Bronk tốc độ quét 30cm/giây, nhịp giao thoa, biên độ 150mcv.



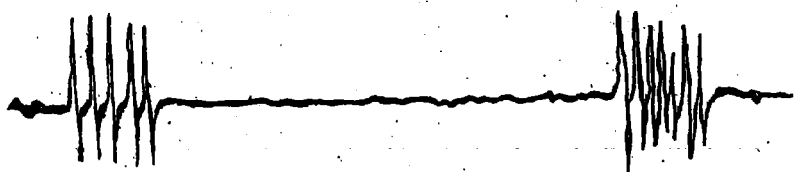
Hình 128b: Bệnh Steinert: một tràng cường cơ.

+Điện cơ trong bệnh nhược cơ: tần số vẫn bình thường nhưng biên độ giảm dần. Tiêm Prostigmin thì biên độ sóng trở lại bình thường. Điện cơ đồ điển hình là bắt đầu bằng một tràng sóng nhọn, mảnh, biên độ giảm dần, tiếp theo là đồ thị kiểu trung gian. Khi mệt thì số lượng xung, biên độ xung, thời gian xung càng giảm. Phương pháp điện cơ kích thích điện càng giúp chẩn đoán bệnh này dễ dàng hơn.

g) - Điện cơ trong bệnh tetani: có dấu hiệu điện thế kép từng nhịp hai sóng 3 pha ghép vào nhau, thời gian 12

TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

milligiây, các nhịp cách nhau khoảng 130milligiây



Hình 128c: Bệnh tetani: điện thế bội kép (multiplet) cơ gian đợt 1, tần số nhịp kép 100/giây, tần số đợt 4 giây, khoảng cách giữa hai đợt 250 milligiây càng bội sóng kép thì khoảng cách càng dài, trong mỗi sóng bội kép cũng có biên độ và tần số thay đổi.

h) Dấu hiệu hồi phục thần kinh

Điện cơ giúp ta thấy được những triệu chứng sớm nhất rồi đến dấu hiệu lâm sàng, sau mới đến dấu hiệu chẩn đoán điện về hồi phục thần kinh.

+ Dấu hiệu hồi phục lâm sàng

Cảm giác được hồi phục đầu tiên, tiếp theo là trương lực cơ, sau đó hồi phục vận động.

+ Dấu hiệu hồi phục phản ứng điện (sau vài tuần khi có dấu hiệu hồi phục lâm sàng mới xuất hiện dấu hiệu hồi phục phản ứng điện).

Phản ứng thoái hóa hoàn toàn chuyển sang phản ứng thoái hoá một phần, rồi sang tính chịu kích thích điện bình thường: trước đây mất hoàn toàn phản ứng điện thì nay lại thấy dây thần kinh bắt đầu chịu kích thích với xung ganvanic, lúc đầu nguồn cao, sau thấp dần và sau đó dây thần kinh chịu kích thích với xung faradic nguồn cao rồi thấp dần. Phản ứng chiều dọc mất. Các bước tiến triển từ từ hàng tháng ăn khớp

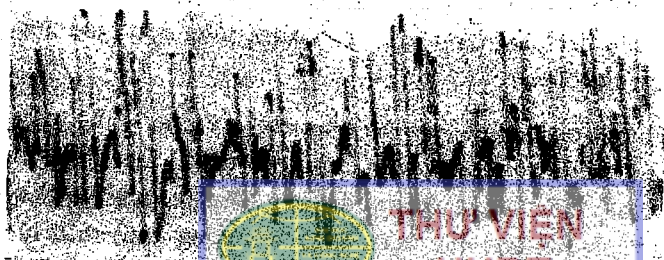
với sự tiến triển hồi phục về giải phẫu và tổ chức học-hệ thần kinh cơ.

+ Dấu hiệu hồi phục điện cơ.

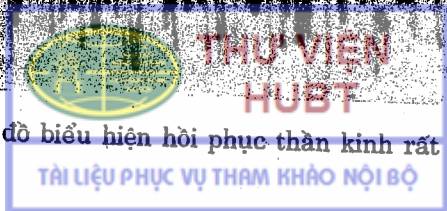
Sự xuất hiện các sóng đa pha thấp biên độ từ 50-300 microvon hợp thành từng nhóm nhỏ chứng tỏ sự hồi phục thần kinh tiếp tục tiến triển tốt. Nhưng điện cơ không cho biết được mức độ hồi phục thần kinh tối đa trong mỗi trường hợp, chỉ qua ghi điện cơ nhiều lần, khi mà không thấy điện cơ đồ tiến triển nữa là chứng tỏ thần kinh không có khả năng hồi phục thêm.

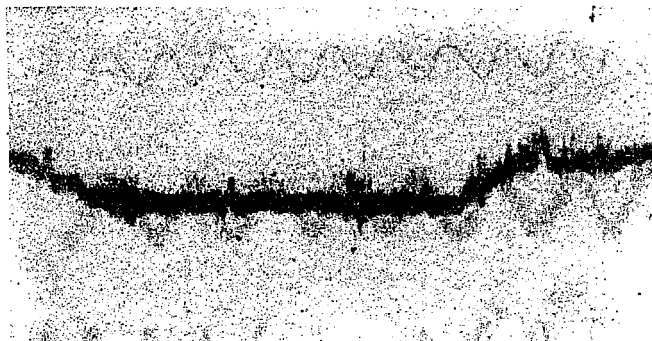


Hình 128d: Điện cơ đồ điện thế thấp
(biểu hiện hồi phục thần kinh)

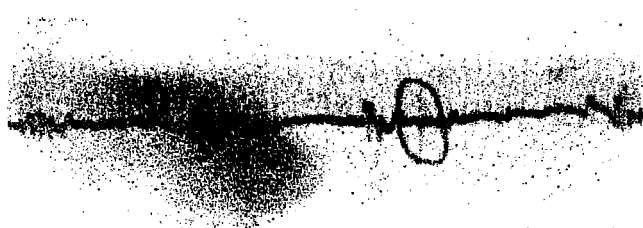


Hình 128e: Điện cơ đồ biểu hiện hồi phục thần kinh rất kém





Hình 128g: Điện cơ đồ có sóng đa pha nhỏ chức năng vận động được hồi phục tốt

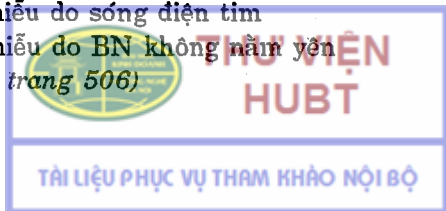


Hình 128h: Điện cơ đồ có nhiều đơn vị vận động (chức năng đã được hồi phục hoàn toàn)

Ảnh nhiễu thường gặp trong điện cơ đồ

Có nhiều loại nhiễu ảnh hưởng đến điện cơ đồ (hình 128i).

- Hình 128i:**
- a) Nhiễu do dòng điện xoay chiều trong phòng
 - b) Nhiễu do bệnh nhân không được tiếp xúc đất tốt
 - c) Nhiễu do có máy sóng ngắn hoạt động ở gần
 - d) Nhiễu do có động cơ điện hoạt động ở gần
 - e) Nhiễu do sóng điện tim
 - g) Nhiễu do BN không nằm yên
- (Xem trang 506)





E - GHI ĐIỆN NÃO (Électroencéphalographic):

Năm 1929 Caton đã phát hiện ra hiện tượng sinh lý điện của neuron. Năm 1929 Hans Berger nhà tâm thần học Đức đã ghi được điện não trên bệnh nhân.

1. Kỹ thuật

a) Có 2 cách ghi:

- Ghi ngoài da đầu các dòng điện sinh ra do hoạt động của não. Muốn thu được hoạt động này người ta đặt trên da đầu bệnh nhân một mũ gồm 20 - 30 điện cực.

Sự sắp xếp các điện cực trên da đầu thay đổi tùy theo từng trường phái, nhưng bao giờ cũng thành ô đều đặn và đối xứng với mặt phẳng đứng dọc (trước sau).

Các hiệu số điện thế thu được ở từng đôi điện cực được chuyển qua máy khuếch đại có thể khuếch đại lên hàng triệu lần, sau đó được ghi lại bằng bộ ghi điện tử hay bằng giao động ký catốt.

- Ghi trực tiếp trên neuron, dùng trong các phòng thí nghiệm sinh lý thần kinh. Hoặc ghi trực tiếp tại vỏ não hoặc lớp sâu dưới vỏ não dùng trong phẫu thuật thần kinh.

b) Điều kiện ghi điện não:

- Thường phải đặt máy trong phòng tránh nhiễu theo phương pháp lồng Faraday, cách ly ánh sáng, tiếng ồn.

- Bệnh nhân nghỉ, thư giãn hoàn toàn, nhắm mắt.

c) Các nghiệm pháp chức năng sử dụng trong ghi điện não:

Làm xuất hiện hoặc tăng cường những biến đổi dòng điện sinh vật ở vùng não tổn thương.



THƯ VIỆN
HUBT

TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

- Nghiệm pháp nhắm mắt và mở mắt (do H.Berger nêu ra năm 1929).

- Kích thích ánh sáng nhịp (do Adrian nêu ra năm 1934).

- Kích thích ánh sáng trùng với tần số nhịp sóng điện sinh vật của chính não bệnh nhân.

- Tăng thông khí: bảo bệnh nhân thở sâu 20 lần một phút với thể tích thông khí 30 - 40 lít/phút.

- Ấn lần lượt các mạch máu lớn nuôi não: động mạch cảnh, động mạch đốt sống (ấn động mạch đốt sống bằng nghiệm pháp thay đổi tư thế của đầu: quay đầu về một bên hoặc ngửa cổ ra phía sau).

- Nghiệm pháp giấc ngủ (do Gibbs nêu lên năm 1947): dùng thuốc ngủ trong trường hợp rối loạn toàn bộ não che lấp vùng tổn thương. Dùng aminazin để phát hiện động kinh tâm thần rất có hiệu quả.

- Nghiệm pháp vận động: bảo bệnh nhân nắm tay lại trong một phút và làm từ 3 lần đến 4 lần.

- Kích thích hóa học: ví dụ dùng méginide (một thuốc gây co giật) để làm rõ ổ động kinh

d) Trên bản ghi điện não, phải có sơ đồ mức các điện cực thì mới đọc được kết quả.

2. Kết quả

a) Điện não đồ bình thường (hình 97)

+ Nhịp alpha, còn gọi là nhịp Berger:

- Tần số từ 8 - 13 chu kỳ/giây, biên độ tương đối cao (khoảng 50 microvon).

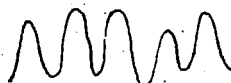
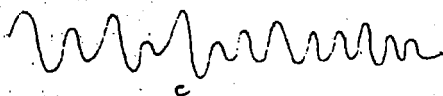
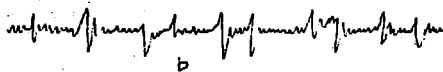
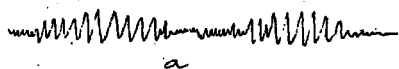
TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

- Các sóng thường tạo thành hình thoi.
- Xuất hiện ở người khi thức, nghỉ ngơi, mắt nhắm chủ yếu ở các vùng chẩm và đỉnh.
- Mắt khi mở mắt (phản ứng tắt) và được thay thế bằng các nhịp nhanh không đồng bộ.
- Nhịp alpha đồng bộ nhưng thông thường không đối xứng về biên độ (bên não ưu thế có biên độ thấp hơn, ví dụ bên trái ở người thuận tay phải).
- Chỉ số alpha: là số lượng nhịp anpha trên một đoạn dài 1mm, bình thường chiếm 50 - 70% tổng số các nhịp.
- + Nhịp bêta:
- Tần số nhanh (từ 17 đến 30 chu kỳ/giây hoặc cao hơn).
- Biên độ thấp (từ 5 đến 10 microvon). Nhịp bêta chiếm ưu thế trên các thùy trán, thường khu trú ở các vùng Rolando và trước Rolando.

Hình 129a:

Điện não đồ bình thường

- Nhịp alpha
- Nhịp theta
- Nhịp bêta
- Nhịp delta



(Người ta còn chia ra nhịp béta tần số thấp 13 - 25 chu kỳ/giây) và béta tần số cao (trên 25 chu kỳ/giây). Nhịp béta tần số cao còn được chia thành nhịp béta chính (tần số 25 - 35 chu kỳ/giây) và nhịp gama có tần số cao hơn 35 chu kỳ/giây).

+ Nhịp theta: tần số từ 4 - 7 chu kỳ/giây, biên độ thay đổi. Nhịp theta chiếm ưu thế ở các vùng thái dương và trán.

+ Nhịp delta: tần số dưới 4 chu kỳ/giây, biên độ lớn khoảng 10 microvon. Nhịp delta chỉ thấy ở người bình thường trong giấc ngủ.

+ Nhịp mu: tần số bằng tần số của alpha.

- Nhịp mu chỉ thấy ở vùng Rolando.

- Có dạng hình vòm:

- Không hằng định, chủ yếu thấy ở người xúc động. Mờ mắt không làm mất nhịp mu.

+ Nhịp sigma (tần số 14 chu kỳ/giây) xuất hiện theo chu kỳ trong các giai đoạn của giấc ngủ.

b) Điện não đồ bệnh lý:

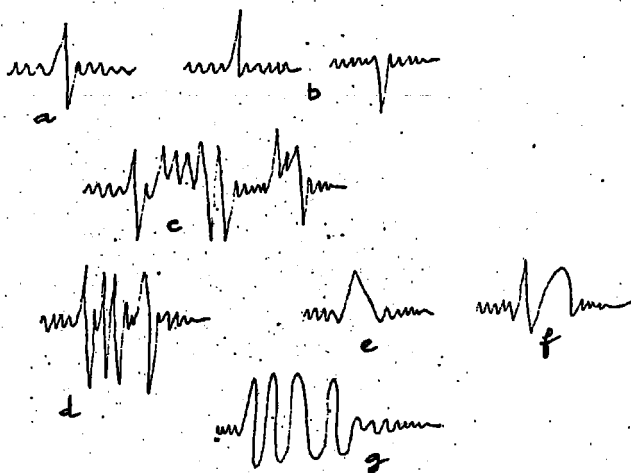
. Các thay đổi bệnh lý của điện não đồ (có thể là thường xuyên hoặc từng cơn kịch phát (hình 129B):

- Nhịp nhanh phong phú và lan tràn (do mất ngủ, lo âu, chấn thương sọ hoặc tổn thương thân não).

- Các nhịp theta phong phú, thấy chủ yếu ở vùng thái dương, do tổn thương não nhẹ (*souffrance cérébrale modérée*).

- Các nhịp delta ngoài giấc ngủ: có thể là sóng đơn dạng (monomorphe) (trên đường đi của sóng không có những sóng phụ), thể hiện tổn thương não sâu, hoặc sóng đa dạng

(polymorphe) (trên đường đi của sóng có những sóng phụ),
thể hiện tổn thương nặng.



Hình 129b: Điện não đồ bệnh lý

- a) Mũi nhọn hai pha b) Mũi nhọn một pha
c) Nhiều mũi nhọn d) Nhóm mũi nhọn
e) Mũi nhọn chậm f) Mũi nhọn - sóng chậm
g) Các sóng chậm tăng đồng bộ

- Điện não đồ dẹt (biên độ thấp dưới 5 microvon) thể hiện một sự kiệt về điện (épuisement électrique): hôn mê sâu.

- Điện não đồ loạn nhịp: các nhịp từ delta đến beta tần số thấp, nằm lộn xộn và biên độ của chúng gần giống nhau nên không thể phân biệt được nhịp ưu thế.



THƯ VIỆN
HUBT

TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

- Sóng pic (gai hay mũi nhọn), có thời khoảng (bước sóng) rất nhỏ: khoảng 10 đến 20 msec (millisecond) biên độ 2 - 5 microvon, xuất hiện ở vùng có ổ động kinh.

- Spaiک có bước sóng nhỏ hơn 10 msec, biên độ có thể đạt tới hàng trăm microvon.

- Sóng nhọn (mũi nhọn chậm): có đáy rộng, đỉnh nhọn, biên độ cao hơn những sóng cạnh nó (bước sóng 70 - 80 đến 200 msec, biên độ 20 - 200 microvon).

- Spaiک chậm: giống như sóng nhọn nhưng đỉnh nhọn hoặc tròn,

- Phức hợp mũi nhọn - sóng chậm: khởi đầu là một mũi nhọn, tiếp theo là một sóng chậm hoặc khởi đầu là sóng chậm, tiếp theo là một mũi nhọn, tần số 2 - 4 chu kỳ/giây, điện thế 100 - 200 microvon hay hơn nữa, chỉ gặp trong động kinh.

- "Chớp sóng" và "cơn kịch phát": một loại sóng nào đó chiếm ưu thế, xuất hiện trong một thời gian ngắn. Không có sự phân biệt rõ ràng giữa hai khái niệm này nhưng "chớp sóng" thì có sóng tương đối ổn định, biên độ không vượt quá biên độ của sóng cơ sở. "Cơn kịch phát" có biên độ cao hơn hẳn biên độ sóng cơ sở.

Các sóng bất thường này có thể là lan tràn hoặc cục bộ. Các tổn thương cấp tính (như áp xe não) có các bất thường về điện não rõ hơn các tổn thương tiến triển chậm hoặc mạn tính. Các tổn thương trong chất não (như u thần kinh đệm) gây ra các bất thường rõ hơn và sớm hơn các u màng não hoặc các u mạch ngoài tổ chức não. Điện não đồ phát hiện được các tổn thương ở bán cầu đại não chính xác hơn các tổn thương ở hố sọ sau. Điện não đồ

TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

thường cho thấy các phòng điện động kinh, song một mình dấu hiệu đó chưa đủ để chẩn đoán là động kinh được.

+ Điện não đồ trong động kinh (129B)

- Nhóm mũi nhọn (polypointes) (hình 129d): các mũi nhọn tập trung thành nhóm trong một thời gian ngắn và luôn luôn xuất hiện trong các cơn co giật

- Mũi nhọn chậm (point lente) (hình 129e).

- Mũi nhọn - sóng chậm (pointe onde lente): các mũi nhọn rất nhanh và tiếp sau là một sóng chậm.

- Các sóng chậm tăng đồng bộ (ondes lentes hypersynchrone) (hình 129g): tần số chậm (dưới 4 chu kỳ/giây), biên độ cao (trên 200 microvon): chúng xuất hiện và mất đi ít đột ngột hơn các mũi nhọn.

- Cơn kịch phát theta và delta.

+ Điện não đồ trong u não:

Các sóng bệnh lý tăng lên theo đà phát triển của khối u

- Những biến đổi toàn bộ não:

. Mức độ nhẹ: loạn nhịp nhưng phản ứng hoạt hóa còn

. Mức độ rõ rệt: nhiều sóng delta lan tỏa nhịp alpha giảm, phản ứng hoạt hóa mất ở phía khối u

. Mức độ trầm trọng: các sóng chậm (1 - 2,5 chu kỳ/giây) chiếm ưu thế, mất sóng alpha, beta, phản ứng hoạt hóa mất trên cả hai bán cầu.

Khi phù não và thiếu oxy não quan sát thấy hai giai đoạn biến đổi chung trên điện não đồ: giai đoạn tăng cường biên độ các sóng chậm lan tỏa và giai đoạn giảm biên độ tất cả

các sóng cho đến khi điện não đồ dẹt.

- Những biến đổi khu trú của điện não đồ ở vùng có khối u.

. Khi chưa có các biểu hiện lâm sàng, trên điện não đồ có:

Nhịp alpha có biên độ tăng (70-150 microvon), tăng đồng bộ nhịp alpha. Tần số nhịp alpha giảm (2-3 chu kỳ /giây). Sóng alpha có dạng nhọn

Nhịp Rolando có biên độ cao trong u màng não vùng đỉnh và vùng rãnh Rolando

Sóng động kinh .

Nhịp beta tần số thấp, biên độ cao, mất đối xứng về tính phản ứng (giảm ở phía tổn thương).

. Khi đã có các biểu hiện lâm sàng, điện não đồ xuất hiện các sóng chậm (delta) ở vùng có khối u. Giảm nhịp alpha và beta trên điện não đồ.

- Những biến đổi điện não đồ thứ phát ở xa khối u:

Xuất hiện các nhịp sóng chậm biên độ lớn (350-400 microvon) dạng hình sin đều đặn ở hai phía, tạo thành các thoi sóng , đặc biệt ở vùng trán, có tính chất chu kỳ gọi tắt là FIRDA (frontal intermittent rhythmic delta). Những sóng này được gọi là "chớp thân não", xuất hiện khi có u não sâu. Đây là phản ứng của vỏ não đối với các ảnh hưởng từ các vùng trên của thân não đi đến vỏ não.

+ Điện não đồ trong rối loạn tuần hoàn não:

Điện não đồ có những biến đổi khu trú hoặc lan tỏa: xuất hiện các nhịp chậm biên độ thấp, các pic, sóng nhọn, các loạt sóng kích phát và vùng "im lặng điện"

TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

Sự thể hiện các dấu hiệu này phụ thuộc vào mức độ nặng, mức độ rộng, tốc độ và thời gian rối loạn tuần hoàn não và phụ thuộc rất nhiều vào trạng thái các mạch máu bên.

+ Điện não đồ trong tác động mạch đột sống - thần nền:

. Mất nhịp alpha hoặc nhịp alpha xuất hiện rất thưa thớt.

. Tăng cường sóng béta tần số thấp.

. Sóng chậm (nhất là nhịp thêta) không đều đặn, biên độ thấp chiếm ưu thế.

. Các loạt kích phát sóng thêta và delta đồng bộ.

. Khi ngửa cổ và xoay đầu gây ra các sóng bệnh lý trên điện não đồ.

+ Điện não đồ trong cơn đau nửa đầu:

. Giảm nhịp alpha ở một phía và xuất hiện sóng thêta ở đạo trình nền não (Schwab. 1951).

. Trong giai đoạn báo hiệu cơn đau nửa đầu, đôi khi ghi được các loạt sóng động kinh.

. Trong giai đoạn ngoài cơn, điện não đồ bình thường. Đôi khi thấy loạn nhịp.

G- GHI VANG SIÊU ÂM NÃO (Écho- encéphalographie)

Là một phương pháp dựa trên tính chất của siêu âm do Leksell phát minh năm 1955. Siêu âm có khả năng xuyên qua các vật thể và khi gặp một sự thay đổi mật độ trong vật thể đó sẽ bị phản chiếu, dội lại.

Để thăm dò các cấu trúc trong hộp sọ, có hai cách ghi vang não:

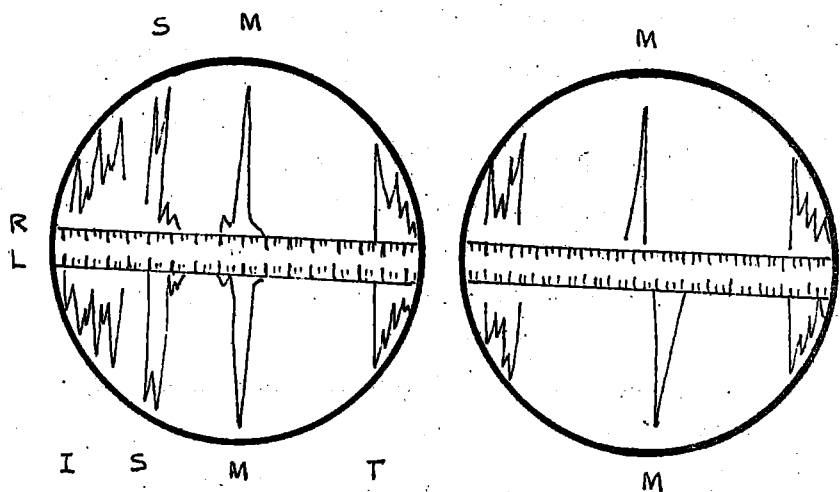


THU VIỆN
HUBT

TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

1. Ghi vang não kiểu A (thông dụng nhất)

Đặt nguồn phát siêu âm tại một điểm bên phải sọ, chùm siêu âm được phát vào trong sọ. Các phản chiếu siêu âm được ghi trên một dòng cố vạch milimet (gọi là thang) hiện trên màn huỳnh quang và có thể chụp ảnh. Người ta dùng một nguồn phát sáng đồng thời là nơi tiếp nhận các sóng phản chiếu đặt vào vùng thái dương phải. Trên màn huỳnh quang sẽ xuất hiện một đường (right: phải) với ba dấu hiệu phản chiếu (hình 130).



Hình 130: Vang siêu âm não đồ

A - Vang não đồ bình thường

B - Vang giữa lệch sang phải do khối phát triển bên trái

I: Vang khởi phát

S: Vang sylviens

M: Vang giữa

T: Vang tận cùng

+ I (inital): vang khởi phát là các sóng bị phản chiếu ngay khi áp nguồn phát sóng vào xương sọ, màng não ở vùng thái dương phải. Điểm này tương ứng với điểm O trên thang.

+ S (Vang sylviens): vang bên, là các sóng gây ra bởi các não thất, nhu mô não.

+ M (median): vang giữa, là các sóng phản chiếu khi gặp mặt phẳng giữa (gồm tuyến tùng, vách trong suốt và nhất là thành não thất 3, thường có hình hai mũi nhọn).

+ T (terminal): vang tận cùng, là các sóng phản chiếu khi gặp màng não, xương sọ và da đầu ở phía đối diện (thái dương trái).

Sau đó ta đặt nguồn phát sóng vào điểm đối xứng với điểm bên phải (nghĩa là ở vùng thái dương trái) và ghi được dòng L (left: trái). Ở người bình thường hai dòng R và L sẽ đối xứng nhau hoàn toàn.

Trường hợp có di lệch các cấu trúc đường giữa do chèn ép (khối phát triển ở một bên não) thì M bị lệch về một bên.

2. Ghi vang não kiểu B (ít thông dụng).

Đặt nguồn phát siêu âm tại nhiều điểm ở bên phải rồi cũng làm như vậy ở bên trái sọ. Các điểm phản chiếu hiện lên thành những điểm sáng và khi tập hợp những điểm sáng đó lại, ta có thể vẽ ra khối hình của cấu trúc và mật độ khác với não bình thường (ví dụ khối u trong não).

Ghi vang não là một kỹ thuật chẩn đoán nhanh, không đau, có thể làm ở giường bệnh và hiện nay là một xét nghiệm thường qui đối với bệnh nhân nghi bị u não, áp xe não hoặc máu tụ ở một bên não.



THƯ VIỆN
HUBT

1. Nguyên tắc

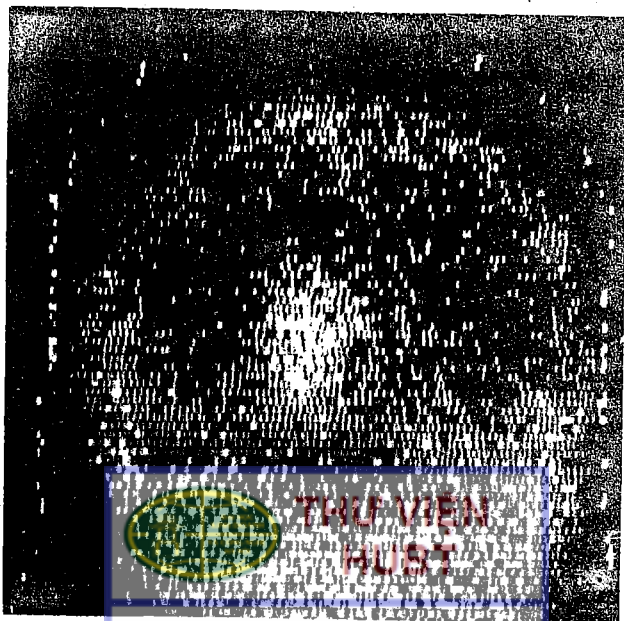
Gama não đỏ nghiên cứu sự phóng xạ gama ở tổ chức não sau khi tiêm tĩnh mạch một chất đánh dấu bằng một đồng vị phóng xạ phát sóng gama.

Các chất phóng xạ thường dùng nhất là:

- Huyết thanh albumin người có iốt 131, xét nghiệm cần tới 48 giờ đối với các ổ muện.
- Neohydrin (Néohydrine) có thủy ngân 203 hay 197, chất này độc đối với thận. Xét nghiệm cần 3 đến 6 giờ. Neohydrin phân tán nhanh hơn huyết thanh albumin.

Hình 131:

U màng
não đỉnh
- chằm
trái (nhìn
phía sau)



TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

2. Kỹ thuật

Hai loại kỹ thuật được sử dụng là:

+ Kỹ thuật tự động cho các hình ảnh nhấp nháy của tổ chức não. Bộ phận dò xạ (détecteur) chuyển động đều trên bề mặt sọ, bộ phận ghi, ghi một dấu cho một số lần đếm.

+ Kỹ thuật không tự động cho ta các đường biểu diễn tương ứng với mỗi nửa sọ, bộ phận dò xạ di chuyển bằng một mô tơ điện cho phép đếm các xung động trong một thời gian nhất định trên các điểm nhất định.

3. Kết quả

Gama não đồ vẽ thành bản đồ vùng bất thường. Bằng cách đó có thể xác định được các u não, đặc biệt là các u màng não:

- Các di căn lên não cho những ổ muộn và rõ, giờ thứ 24.
- Các u tế bào đệm cho những ổ muộn và mờ, giờ thứ 24.
- Các u màng não cho những ổ sớm và rõ ngay từ giờ thứ 2.
- Các u mạch cho những ổ tức thì, rõ và hàng định
- Các ổ máu tụ cho các ổ "hình bánh dẹt" muộn ở một bên nửa sọ.

I - GHI NHIỆT TRONG BỆNH LÝ Ở NÃO (Thermographie)

Đây là phương pháp ghi nhiệt do bức xạ tia hồng ngoại phát ra từ các bộ phận khác nhau của cơ thể nói chung và của não nói riêng, có thể ghi thành hình ảnh các biến đổi nhiệt độ vào khoảng $0,1$ đến $0,2^{\circ}$. Phương pháp này có thể giúp ích trong chẩn đoán các trường hợp tai biến mạch máu não, u não... Vì khu vực nào có nhiệt độ cao hơn sẽ được biểu hiện sáng hơn trên phim chụp.



THƯ VIỆN
HUBT

TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

Ở một số trung tâm đặc biệt, người ta đưa dụng cụ soi trong vào não thất. Ta có thể trông thấy trực tiếp các não thất bên và não thất III với các đám rối màng mạch.

L - GHI ĐIỆN TRỞ NÃO (Rheoencéphalographie - REG)

+ *Phương pháp dựa trên nguyên lý*: một dòng điện xoay chiều, cao tần đi qua một mô hay một cơ quan sống gây nên một biến trở kháng (impédance). Trở kháng là sự chống đối lại của mô đối với dòng điện xoay chiều chạy qua nó, cơ sở của trở kháng là: điện trở, điện dung và sự cảm ứng. Các biến đổi trở kháng phụ thuộc vào lưu lượng máu thì tâm thu, lượng máu về theo tĩnh mạch, tốc độ tuần hoàn...

+ *Các đạo trình*: để ghi REG người ta đặt nhiều điện cực, nhưng thường dùng: - Đạo trình trán - xương chũm (F - M): đánh giá tuần hoàn não của động mạch cảnh trong (chủ yếu là động mạch não trước và động mạch não giữa).

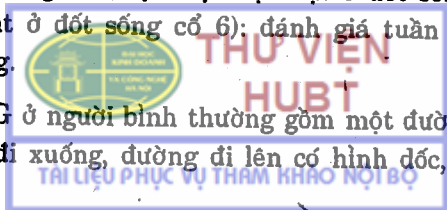
- Đạo trình chũm - chẩm (M - O): đánh giá tuần hoàn của động mạch thân nền (artère tronc basilaire).

----- Đạo trình trán - trán (F - F): đánh giá tuần hoàn động mạch não trước.

- Đạo trình chẩm - chẩm (O - O): đánh giá tuần hoàn động mạch não sau.

- Đạo trình cột sống cổ (một điện cực đặt ở đốt sống cổ 2, một điện cực đặt ở đốt sống cổ 6): đánh giá tuần hoàn động mạch đốt sống.

Đường cong REG ở người bình thường gồm một đường đi lên và một đường đi xuống, đường đi lên có hình dốc, biên



độ cao, đỉnh sóng tròn, tương ứng với thời gian máu qua các động mạch não. Đường đi xuống thoải thoải, có 1 - 2 sóng phụ ở khoảng giữa đoạn đi xuống, tương ứng với thời gian máu qua các mao mạch và tĩnh mạch. Các đỉnh sóng phụ biểu hiện sự co bóp tiếp theo của quai động mạch chủ.

+ Các chỉ tiêu đánh giá:

- *Chỉ tiêu thời gian* (hình 132)

Qa: thời gian truyền sóng mạch đoạn tim - não, đánh giá tương lực động mạch chủ, đồng thời đánh giá tương lực mạch não.

. T: thời gian một nhịp mạch

. α_1 : thời gian giãn mạch máu lớn

. Chỉ số α_1/T là thời gian giãn mạch máu lớn so với thời gian một nhịp mạch

. α : thời gian giãn mạch cực đại ở vùng não nghiên cứu, đánh giá tương lực mạch, độ đàn hồi của mạch máu vùng đó.

. Chỉ số $\alpha/T\%$ là thời gian giãn mạch cực đại so với thời gian một nhịp mạch.

- *Chỉ tiêu về biên độ*:

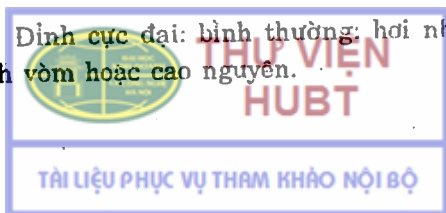
. Biên độ Ab tính ra Ôm (Ω) và chỉ số Ab/K (K là biên độ chuẩn).

. Biên độ Am và chỉ số Am/K

- *Chỉ tiêu hình dạng*: đánh giá tương lực.

. Đường đi lên nhanh hoặc chậm căn cứ vào góc lên (bình thường bằng 80°).

. Đỉnh cực đại: bình thường: hơi nhọn, tăng tương lực hình vòm hoặc cao nguyên.



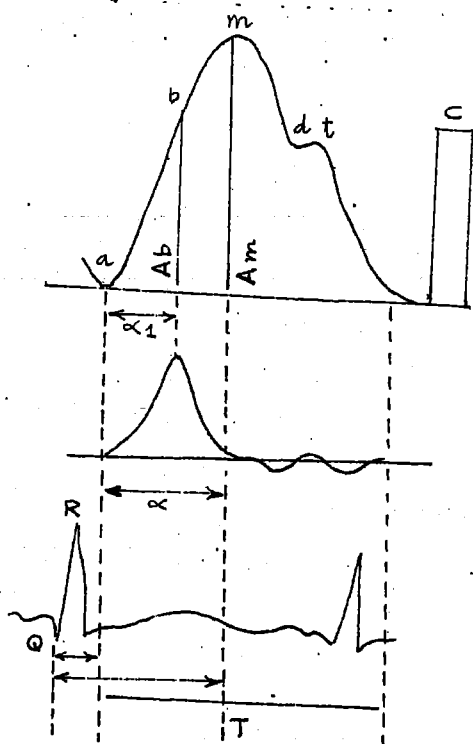
. Đường xuống:
lưu ý số sóng phụ,
vị trí sóng phụ

. Thời gian tác
động của nitroglycerin
thấy rõ rệt ở phút thứ
nhất (sau khi
ngậm một viên
nitroglycerin).

+ Các chỉ tiêu
REG bình thường:

Nói chung tuổi
càng cao thì thời
gian giãn mạch
cực đại càng kéo
dài và biên độ
càng giảm, không
thấy sự khác biệt
giữa hai bán cầu.

Theo kết
quả nghiên
cứu REG của
người bình
thường từ 18 -
40 tuổi của Vũ
Đăng Nguyên
(bảng 9).



**Hình 132: REG bình thường b - Thời
điểm mạch máu lớn giãn cực đại**
m - Lúc cường độ dòng máu cực đại,
tốc độ dòng máu bằng 0.
d - sóng phụ (ở mức 1/2 sóng chính):
ở thời điểm đóng van hai lá.

TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

Bảng 9: Các chỉ tiêu về thời gian của REG

DẠO TRÌNH CHỈ TIÊU	TRÁN - CHŨM	CHŨM - CHĂM
α_1	$0,0677 \pm 0,005$	$0,0681 \pm 0,0015$
α_1		
$\frac{\alpha_1}{T} \%$	$8,463 \pm 0,127$	$8,5 \pm 0,158$
T		
α	$0,146 \pm 0,002$	$0,1440 \pm 0,0019$
α		
$\frac{\alpha}{T} \%$	$18,17 \pm 0,35$	$18,03 \pm 0,31$
T		
Q_a	$0,1413 \pm 0,0015$	$0,1469 \pm 0,0015$

Bảng 10: Các chỉ tiêu về biên độ của REG

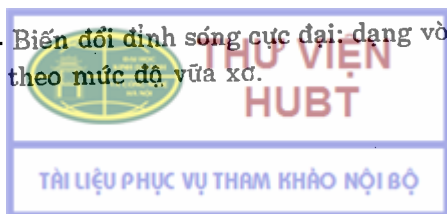
DẠO TRÌNH CHỈ TIÊU	TRÁN - CHŨM	CHŨM - CHĂM
$Ab (\Omega)$	$0,1413 \pm 0,005$	$0,1245 \pm 0,0057$
$Am (\Omega)$	$0,1682 \pm 0,069$	$0,1536 \pm 0,005$

+ REG trong vữa xơ động mạch (athérosclérose):

- Tăng thời gian giãn mạch cực đại (α)

- Giảm biên độ REG.

- Biến đổi dinh sống cực đại: dạng vòm, thẳng, cao nguyên tùy theo mức độ vữa xơ.



- Sóng phụ: xuất hiện rất kém hoặc không xuất hiện; nếu có sóng phụ thì vị trí ở cao (gần sát đỉnh cực đại).

- Các biến đổi khác: góc lên của sóng giảm vì mạch giãn chậm. Nó biểu hiện tăng trương lực của mạch, đàn hồi kém và giảm tuần hoàn.

+ *REG trong thiếu năng động mạch dốt sóng do thái hóa cột sống cổ: đạo trình chũm - chắm có biên độ REG giảm rõ rệt phía cột sống cổ bị bệnh. Dạng sóng thay đổi: đỉnh sóng rộng, bằng, sóng phụ nằm sát đỉnh cực đại. REG thay đổi rõ khi quay đầu về phía tổn thương.*

+ *REG trong thiếu năng động mạch thân nền: đạo trình chũm - chắm giảm biên độ cả hai phía. Trường hợp này REG không thay đổi khi quay đầu.*



THƯ VIỆN
HUBT

TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

CHƯƠNG III

KHÁM X QUANG

I. KHÁM X QUANG SỌ KHÔNG CHUẨN BỊ

A - CÁC TƯ THẾ CƠ BẢN

1. Kỹ thuật (hình 133 - trang 526)

Tư thế

- a) *Thẳng*: mũi - trán/phim, bóng hợp với đường Reid (đường nối góc ngoài mắt với lỗ tai ngoài) thành một góc $20 - 25^\circ$.
- b) *Tư thế Worms - Bretton chằm/phim*, bóng hợp với đường Reid một góc $30 - 35^\circ$
- c) *Tư thế nghiêng*: bóng thẳng góc với mặt phẳng đứng dọc
- d) *Tư thế Hirtz*: đỉnh đầu/phim, bóng thẳng góc với đường Reid.

2. Các kết quả bình thường

a) *Phim sọ nghiêng* (hình 134- trang 527)

Cho thấy phần lớn các cấu trúc của sọ, có thể trình bày sơ lược như sau:

+ Nền sọ với ba tầng: trước, giữa và sau

- Tầng trước: xoang trán (1), mái của các ổ mắt (2), lá sàng (*lame criblée*) (3), vách xương bướm (*jugum sphénoïdale*) (4), củ của hố yên (5), mỏm yên trước (*apophyse clinoidale*)



THƯ VIỆN
HUBT

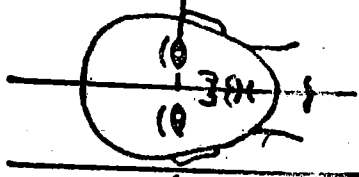
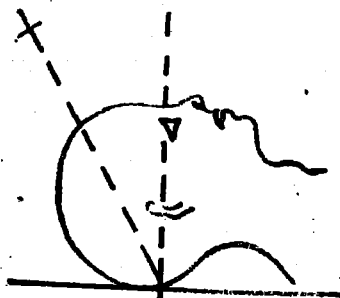
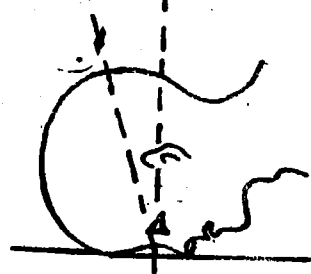
TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

antérieure) (6).

- Tầng giữa: cánh lớn xương bướm (nhìn ngang) (7), xoang bướm (8), mỏm nền và mảnh vuông (9), mỏm yên sau (apophyse clinoid postérieure) (10). Hố yên có chiều sâu từ 8 - 10 mm, dài 10 - 12 mm.

- Tầng sau: hố thái dương (11), bờ trên các xương đá (12), ụ chẩm trong (13), ống tai ngoài (14), mỏm chũm (15).

+ Vòm sọ: bán ngoài (16), bán trong (17), túy xương sọ (18), các đường khớp trán - đỉnh (19), đường khớp lam đa (20), đường khớp thái dương - đỉnh (21); có thể thấy một số rãnh mạch máu: xoang tĩnh mạch ngang (sinus transverse) (22), sao tĩnh mạch đỉnh (23) do các tĩnh mạch túy xương sọ (veines diploïques) hợp thành xoang tĩnh mạch bướm - đỉnh (24), rãnh động mạch màng não giữa (25), trên



Hình 133: Bốn tư thế cơ bản trong chụp quang sọ

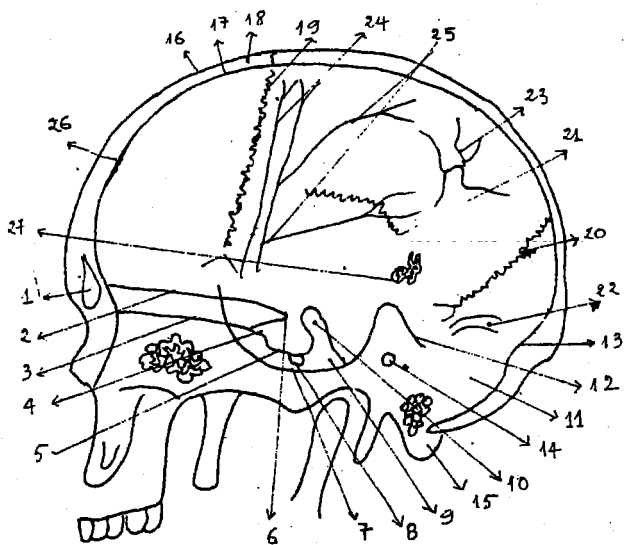
phim còn
thấy hình
ảnh dày
xương trán
(26) ngấm
vôi tuyến
tùng (27).

b) Phim sọ
thẳng (hình 135)

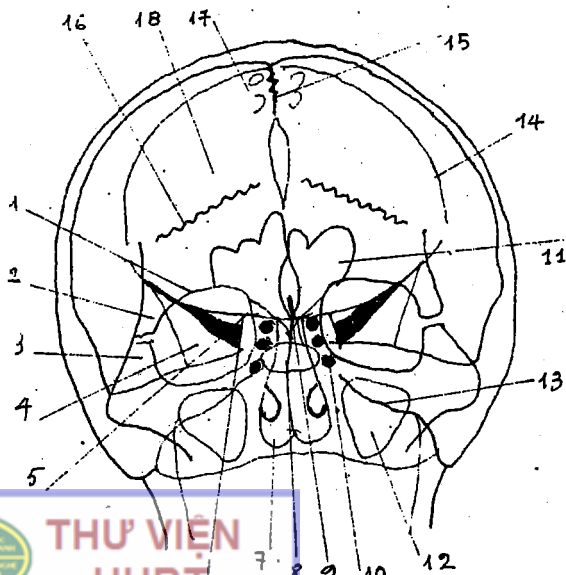
Cho thấy
nền sọ chõng
lên khối
xương mặt
và vòm sọ.

- Nền sọ
và khối
xương mặt:
ở hai bên
đường giữa
là các ổ mắt
(1), ở phía
ngoài là các
mỏm ổ mắt
của xương
trán (2) và
của xương
gò má (3).

Trong ổ
mắt - thấy
cánh lớn



Hình 134: Phim sọ nghiêng



Hình 135: Phim sọ thẳng

xương bướm (4), khe bướm (5), cánh nhỏ xương bướm (6).

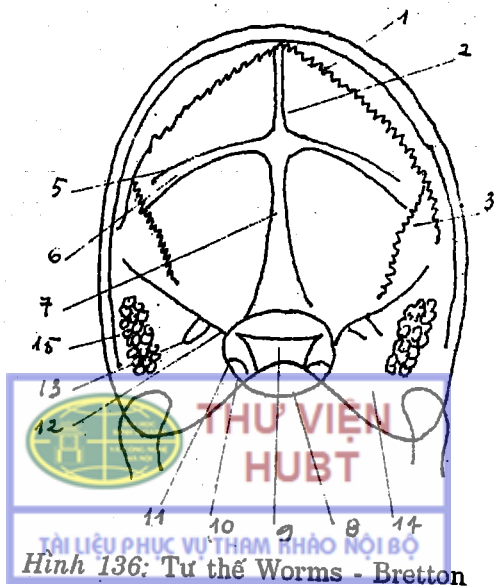
Giữa các ổ mắt là các hốc mũi (7) có các xương cuốn dưới, xoang bướm (8), mỏm mào gà (apophyse cristagalli) (9), các tế bào sàng (10) ở hai bên hốc mũi, xoang trán (11), ở phía dưới mỗi bên có xoang hàm (12), cắt ngang bởi bờ dưới các xương đá (13).

- Vòm sọ: các đường khớp trán đỉnh (14), khớp dọc giữa (15) và khớp lamda (16), các hạt Pacchioni dưới dạng các lỗ khuyết nhỏ (17).

c) *Tư thế Worms - Bretton* (hình 136).

Tư thế này cho phép nghiên cứu hố sọ sau. Ta thấy đường khớp lam đa (1), xoang tĩnh mạch dọc trên (2) (sinus longitudinal superieur), đường khớp đỉnh - thái dương (3), ụ chẩm trong (4) với tuyến tùng, ở khu vực đó khi tuyến ngấm

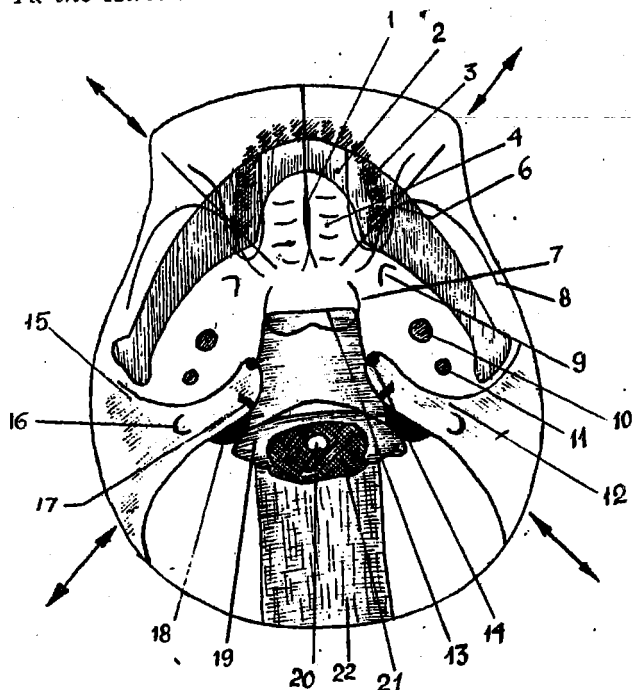
vôi (5), ở hai bên ụ chẩm trong là rãnh của xoang tĩnh mạch bên (6), bên dưới là mào trong của xương chẩm (7). Người ta cũng thấy bờ lỗ chẩm (8) trong đó có hình chiếu của mảnh vuông (9), các mỏm yên trước (10) và sau (11) (apophyses clino des antérieures et postérieures), ở mỗi



Hình 136: Tư thế Worms - Bretton

bên lỗ chấm là bờ trên của xương đá (12) cùng với ống tai trong (13); các hố thái dương (14) và các móm chũm (15).

d) Tư thế Hirtz (hình 137).



Hình 137: Tư thế Hirtz

Tư thế này cho phép nghiên cứu nền sọ, song cách đọc phim rất phức tạp: tuy nhiên cũng cần biết những cấu trúc chính sau đây:

- Tầng trước: thấy được vách ngăn của các hốc mũi giữa (1), xương hàm dưới (2) cùng với hàm răng dưới (3), xương sàng (4) phần ổ lớn của cánh lớn xương bướm (6).



THƯ VIỆN
HUBT

TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

Tầng giữa: thấy được danh giới sau của xoang bướm hình ô-mê-ga (7), bờ sau của các cánh nhỏ xương bướm (8), các mỏm chân bướm (9), lỗ bầu dục (10), lỗ tròn nhỏ (11), bờ trước của các xương đá (12), mảnh vuông (13), lỗ rách trước (14).

Tầng sau: thấy được khối xương đá (15) cùng với rãnh cảnh (16) và ống tai trong (17), lỗ rách sau (18), các khối bên của đốt đội (19), mỏm răng (20), lỗ chấm (21), bóng của cột sống cổ (22).

3. Hình ảnh đặc biệt nhưng không có ý nghĩa bệnh lý

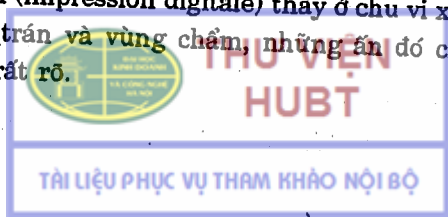
- Dày xương trán (xem phim nghiêng (26) (hình 134)) do kết tụ xương, thường gặp ở nữ giới ngoài 50 tuổi.

- Ngắm với tuyến tùng (hình 134, 27): không có ý nghĩa bệnh lý nhưng nếu nó bị di lệch vị trí thì đó là dấu hiệu gián tiếp gợi ta nghĩ tới khối choán chỗ trong sọ. Theo Lorenz, vị trí bình thường của tuyến tùng trên phim sọ nghiêng: tuyến tùng (P) nằm trên vòng cung có bán kính NO ($N = \text{góc mũi - nasion}$, $O = \text{củ yên - tubercule de la selle}$), tâm N và $13^\circ < \text{PÔN} < 17^\circ$. Trên phim sọ thẳng dù tư thế có xoay bao nhiêu theo trục thẳng đứng của đầu thì tuyến tùng vẫn nằm trên đường thẳng góc với điểm giữa đường nối liền hai mỏm xương chũm.

- Ngắm với các đám rối mạch mạc (hình 125, 18).

- Ngắm với liềm não.

- Các ấn điểm chỉ (impression digitale) thấy ở chu vi xương sọ, nhất là ở vùng trán và vùng chẩm, những ấn đó chỉ có giá trị bệnh lý khi rất rõ.



B - CÁC TƯ THẾ PHÂN TÍCH CHÍNH

Các hình chiếu tổng quát của sọ nhiều khi chỉ là x quang định hướng. Muốn nghiên cứu một số vùng và tùy theo từng trường hợp cần phải có thêm một số tư thế đặc biệt nữa.

1. Chụp x quang hố yên

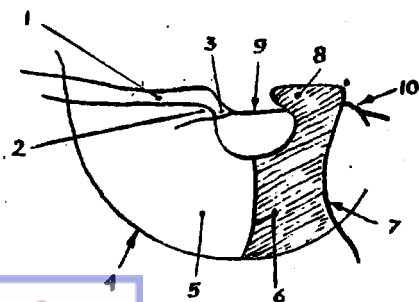
Thường chụp x quang hố yên ở tư thế nghiêng và cắt lớp.

- Phim nghiêng tập trung đúng vào hố yên (hình 138): cho thấy từ trước ra sau vách xương bướm (1), củ hố yên (2), mỏm yên trước (3), cánh lớn xương bướm (4), xoang bướm (5), mỏm nền (6), mảnh vuông (7), mỏm yên sau (8).

Đôi khi còn thấy các hình ngấm vôi không có ý nghĩa bệnh lý của các dây chằng liên mỏm yên (9) và mỏm yên đá (clinopétreux) (10).

- Phim chụp cắt lớp thẳng cho thấy rõ hố yên (nhằm phát hiện sớm u tuyến yên).

Bình thường hình dạng: cạn, đáy tròn hoặc bầu dục. Kích thước: chiều sâu (đường thẳng góc từ chỗ sâu nhất với đường nối củ yên với đỉnh của lưng yên) = 4- 12 mm (trung bình 8 mm), chiều rộng (nối từ củ yên đến điểm xa nhất về phía sau trên vách của lưng yên) = 5 - 16 mm (trung bình 10 mm).



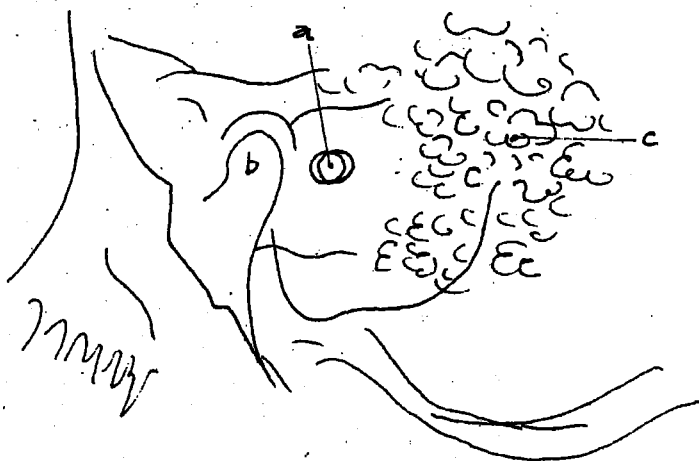
Hình 138: Hố yên
(nghiêng)

2. Chụp x quang tư thế Blondeau.

Chủ yếu để nghiên cứu các xoang hàm và các xương của khối xương mặt, đó là tư thế thẳng, bệnh nhân tì mũi và cằm lên phim.

3. Tư thế Schüller.

Nghiên cứu các xương chũm, thể hiện rõ tế bào chũm, đồng thời cũng để nghiên cứu tháp của xương đá và khớp thái dương hàm (hình 139).



Hình 139: Tư thế Schüller (bên phải)

- a) Lỗ tai trong và ngoài trùng nhau;
- b) Lõm cầu xương hàm dưới;
- c) Tế bào xương chũm;
- d) Xương chẩm

4. Tư thế Schüller II hay "xương đá trong ổ mắt" biến

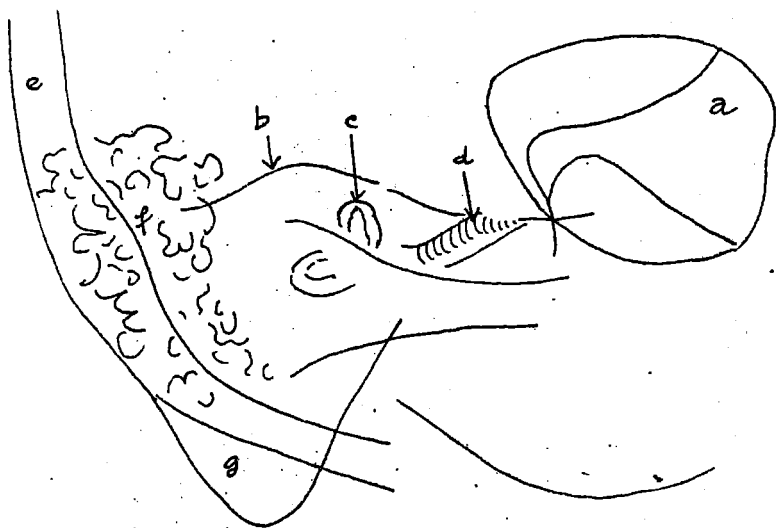
thể của phim thẳng, cho hình ảnh đối xứng của hai ống tai trong theo đường kính dọc.

5. Tư thế Chaussée III.

Nghiên cứu viêm tai mạn tính vì cho hình tai giữa rất chi tiết.

6. Tư thế Stenvers-Chaussée IV

Rất có ích trong quang thần kinh vì cho hình ảnh tháp xương đá và ống tai trong rất rõ.



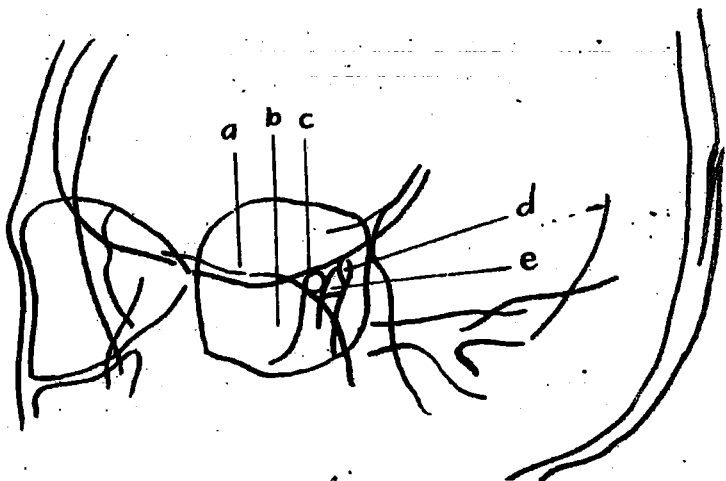
Hình 140: Tư thế Stenvers (bên trái)

- a) Hốc mắt; b) Bờ trên xương đá; c) Ống bán khuyên;
d) Ống tai trong; e) Xương chũm;
f) Tế bào xương chũm; g) Mỏm xương chũm

7. Tư thế Rheese (hình 141)

Chụp lỗ thị giác khi nghi ngờ u hoặc teo dây thần kinh thị giác.

Bình thường lỗ thị giác hiện ra ở $1/4$ ngoài và trên của hốc mắt, phía dưới và ngoài lỗ thị giác là khe bướm kéo dài ra, vách trong của lỗ thị giác là xoang bướm.



Hình 141: Tư thế Rheese

- a) Lá sàng của xương sàng; b) Xoang bướm;
c) Lỗ thị giác; d) Mỏm yên trước; e) Khe bướm

C - MỘT VÀI HÌNH ẢNH BỆNH LÝ TRONG X QUANG SỌ KHÔNG CHUẨN BỊ

1. Các tổn thương của hố yên, thường do các nguyên nhân sau

+ Tăng áp lực nội sọ: do u não hoặc do tràn dịch não tắc (hydrocéphalie non communicante);

- Giai đoạn đầu: vôi từ lưng và sàn hố yên, tới khoảng xoang bướm (không được nhầm với mất vôi do thưa xương tuổi già).

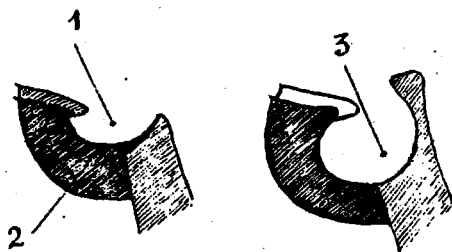
- Giai đoạn muộn hơn: phá hủy lưng hố yên, xẹp sàn hố yên. Đôi khi hố yên có hình ômega do giãn phần trước của não thất 3.

+ *U tuyến yên ưa acid* (adénomeéosinophile) trong bệnh to cực (ácromégalie), cho hình ảnh hố yên căng phồng (hình 142) đôi khi còn phỉ đại các mồm yên trước và củ hố yên.

+ *Các u sọ hầu* (cranio - pharyngiomes): là các u phát triển từ các di tích của dải hầu tuyến yên (túi Rathke) (Poche de Rathke) u có thể bắt đầu từ trong hay từ trên hố yên:

Hình 142:

- a) U tuyến kỵ màu
b) U tuyến ưa acid
1. Hình chậu nước phép;
2. Đường viền kép

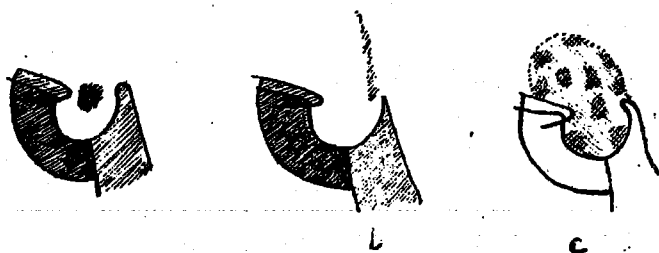


- Trong hố yên, cho những hình ảnh tương tự như trong u tuyến kỵ màu.

- Trên hố yên, cho hình ép từ trên xuống, làm cho hố bị dẹt và các mồm yên bị mỏng đi.

- Nhiều khi có ngấm vôi kèm theo các biến dạng hố yên, tạo thành các dạng khác nhau: ngấm vôi hình hạt dẻ (143 a) trong hố yên, ngấm vôi hình làn khói (hình 143 b), hình vỏ

trứng (hình 143 c) trên hố yên.



Hình 143: U sọ hầu

2. Các hình ngấm vôi bất thường

+ Các hình ngấm vôi trong u sọ - hầu (xem phần trên).

+ các hình ngấm vôi trong bệnh do toxoplasma: hình hạt như đầu đinh ghim, rải rác trong các bán cầu, thành từng đám hay riêng rẽ.

+ Các hình ngấm vôi trong u màng não:

- Hình hạt lấm tấm, kích thước không đều.

- Đôi khi hạt dày đặc, làm thành hình ảnh "đá não" (pierrecéréblale).

+ Các hình ngấm vôi của các u tế bào đệm:

- Hình ngấm vôi duy nhất, không đều, kích thước khác nhau, thành giải, dạng bông.

- Hình ngấm vôi kiểu "chùm hoa" của u tế bào đệm ít nhánh, ở đỉnh.

+ Các ổ máu tụ ngấm vôi.

3. Các hình khuyết, so



- Các hình khuyết nhiều nơi trong bệnh Kahler có *đường viền đều đặn*, rõ ràng, dứt khoát, tròn, đôi khi tụ thành đám, kích thước khác nhau.

- Các hình khuyết nhiều nơi của di căn vòm sọ có *đường viền không đều*, nhám nhở hơn.

- Bệnh Paget: hình những vùng thưa xương hơn là những hình khuyết thực thụ, làm thành các "đám mờ" xen kẽ với những vùng kết tụ xương.

- Các hình khuyết nhiều nơi của bệnh Recklinghausen: có *đường viền đều đặn*, tròn, có bờ kết tụ xương, dạng nang nhất là ở nền sọ.

- Các hình khuyết nhiều nơi của bệnh Hans - Schuller Christian: có *đường viền đều đặn*, cắt thành hình bản đồ, thường có cỡ lớn.

- Các lỗ khuyết đơn độc: đôi khi là u màng não, có *đường viền không đều*, kèm theo tăng mạch máu ở tủy xương sọ.

- Các sarcom xương (ostéosarcome): có *đường viền không đều*, nhám nhở, kèm theo hình ngọn lửa rơm (feu d'herbe), có bờ mờ, tạo thành hình ảnh như bị mọt (aspect vermoulu).

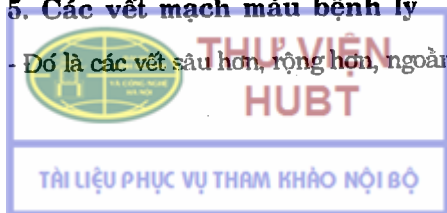
- U hạt ưa acid, có *đường viền rõ*, đều đặn, tròn, có bờ kết tụ xương.

4. Giãn đường khớp

Có thể do chấn thương, do tăng áp lực nội sọ, liên quan với tràn dịch não hoặc u não, nhất là ở trẻ em và trẻ sơ sinh.

5. Các vết mạch máu bệnh lý

- Đó là các vết sâu hơn, rộng hơn, nghèo nàn hơn bình thường.



- Phản ánh là cơ u não giàu mạch máu, chủ yếu là các u màng não, các u mạch.

Trường hợp chỉ thấy các vết đỏ một bên thì càng có ý nghĩa bệnh lý.

II. CHỤP X QUANG NÃO THẤT

Tủy và não cản quang ít cho nên muốn chụp phải cần tới các chất cản quang, các chất này được chia làm hai loại:

- Cản quang âm tính (không khí, oxy ít cản quang hơn chất não) thể hiện trên phim thành các hình nhạt hơn cấu trúc xung quanh.

- Cản quang dương tính (cản quang hơn chất não nhiều) thể hiện trên phim thành các hình đậm, các chất đó có iot, chủ yếu là:

- . Các chất cản quang dầu (các dầu iot).

- . Các dẫn chất iot tan trong nước để chụp động mạch, não thất hoặc chụp tủy cản quang.

1. Các phương pháp

a) Chụp não thất bằng cách bơm chất cản quang vào não thất qua một lỗ khoan ở sọ (ventriculographie: VG) do Dandy đề xướng (1918). Không khí được bơm vào não thất bằng kim chọc qua một lỗ khoan sọ (có thể dùng oxy, helium... thay không khí vì các khí này tiêu đi nhanh hơn không khí, rút bớt thời gian nhức đầu giữ dội sau thủ thuật). Phương pháp này có hai bất tiện:

Không cho thấy các khoảng xung quanh não.

Cần phải khoan sọ (ở người lớn).

Chỉ định: chủ yếu trong hội chứng tăng áp lực nội sọ nghi ngờ do u não.

b) Chụp não thất và khoang dưới màng nhện trong sọ bằng cách bơm chất cản quang qua kim chọc sống thất lưng hoặc chọc dưới chẩm (pneumoencéphalographie: PEG). Có hai phương pháp:

- Chụp não bơm khí toàn phần (encéphalographie gazeuse totale) cũng do Dandy đề xướng ra (1919), bơm không khí qua kim chọc sống thất lưng hay đường dưới chẩm để thay cho một lượng dịch lớn đã lấy ra trước khi bơm khí. Hiện nay phương pháp này không được dùng nữa.

- Chụp não bơm khí từng phần (encéphalographie gazeuse fractionnée): do Robertson ở Áo (1946) và Lindgren ở Thụy Điển (1946) mô tả và hoàn chỉnh. Trong phương pháp này người ta thường bơm qua kim chọc sống thất lưng những lượng khí nhỏ từ 5 đến 10 ml, không lấy dịch ra trước.

Chụp các tư thế khác nhau của bệnh nhân, thoát tiên ngồi, sau đó nằm, để có các hình chi tiết của tất cả các buồng não và các bể chứa. Tối thiểu cần chụp 4 phim X quang để thấy rõ các não thất (2 phim nghiêng, 1 phim nằm sấp, 1 phim nằm ngửa).

2. Kết quả

a) Hình ảnh bình thường.

+ Phim nghiêng (hình 144a) chụp não thất bơm khí (PEG):

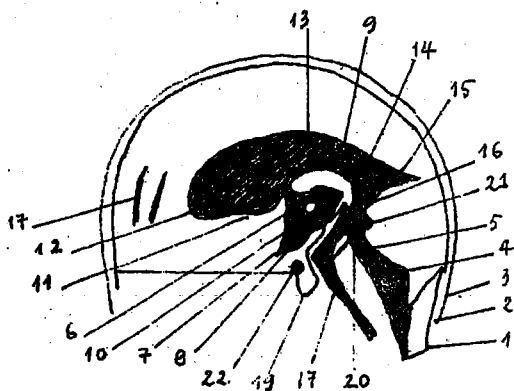
Không khí trước tiên vào đầy khoang dưới nhện quanh tủy sống (1) rồi tới bể lớn (2) bằng cách qua lỗ Magendie (3) vào não thất tư (4), sau đó qua cống Sylvius (5) lên não thất ba (6).

Ở não thất ba thấy: ngách phẫu (7), ngách giao thoa (8) ngách trên tuyến tùng (9), mép xám (commissure grise) (10). Từ não thất ba, không khí qua lỗ Monroe (11) vào não thất bên, ra sừng trước của não thất bên (12), thân não thất bên (13),

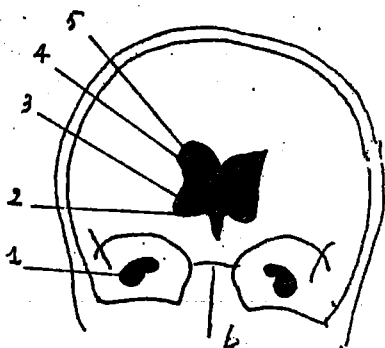
hội lưu não thất
(14), sừng chằm
(15), sừng thái
duương (16).

Hình 144:

- a) Phim nghiêng;
b) Phim thẳng
trước - sau
(bệnh nhân
nằm ngửa)



Trên phim
nghiêng còn thấy: các
rãnh trán (17), bể chứa
trước cầu não (18), bể
chứa liên cuống não (19),
bể chứa quanh cuống
não (20), bể này hợp với
bể Gallien (21) làm
thành bể bao quanh
trung não (cisterne
ambiante), cuối cùng là
bể trên yên (22).



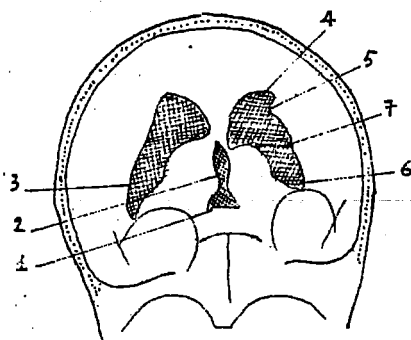
+ *Phim thẳng* (bệnh nhân nằm ngửa) (hình 144b)

Sừng thái dương chiếu vào trong ổ mắt (1), não thất ba
(2), sừng trán của não thất bên (3), hội lưu não thất (5).

+ *Phim thẳng* (bệnh nhân nằm sấp) (hình 145):

Phần sau não thất tư (1), phần sau của não thất ba (2),
các sừng chằm (3), phần giữa của não thất bên (4 và 5), sừng
thái dương (6) và hội lưu não thất (7).

Hình 145:
Phim thẳng (bệnh
nhân nằm sấp)



b) Một số ví dụ bệnh lý:

- **Teo não:** thể hiện trên phim chụp não bơm khí bởi các não thất giãn rộng do nhiều nguyên nhân: u não và tràn dịch não, các tổn thương do chấn thương, nhiễm độc etylic, bệnh não Gayet - wernicke.

- **Khối u:**

Các hình ảnh X quang khác nhau tùy theo khu trú của các khối u, ta thấy tùy từng trường hợp: não thất không đối xứng, một số khoang bị đầy, khí không vào não thất hay bể chứa, đôi khi thấy bóng của u ở giữa đám khí trong não thất (hình 145a).

- **Các dị tật não:** có nhiều dị tật khác nhau phát hiện bằng chụp não thất, chụp não bơm khí hoặc phối hợp cả hai phương pháp. Sau đây là một vài ví dụ:

. **Tràn dịch não tắc (hydrocéphalie obstructive)** do dị tật: hình ảnh giãn các não thất khi chụp não thất bơm khí (VG) hoặc không có khí vào hệ thống các não thất khi chụp não bơm khí (PEG).

. Trần dịch não thông (hydrotocéphalie communicante): chụp não bơm khí thấy tất cả các não thất bị giãn.

. *Thế chai không phát triển* (agénésie des corps calleux, hình 145b).

Trên phim thẳng bệnh nhân nằm ngửa, thấy biến dạng các thân não thất và các sừng trán, mái não thất ba lan về phía lưng, phân cách đối xứng các sừng trán và các não thất.

. *Các nang* (kyste): có thể thông hoặc không thông; chẳng hạn như nang thông của vách trong suốt giống như "não thất thứ năm" xen vào giữa các não thất bên (hình 146).

3. Chụp não thất bơm cản quang dầu

Bơm 2 - 5 ml lipiodol hoặc myodil, pantopaque vào não thất qua lỗ khoan sọ, thường chỉ chụp một phim thẳng và một phim nghiêng để thấy phía sau não thất 3, kênh sylvius và não thất 4.

Chỉ định rất hẹp và hầu hết thuộc phẫu thuật thêm kinh:

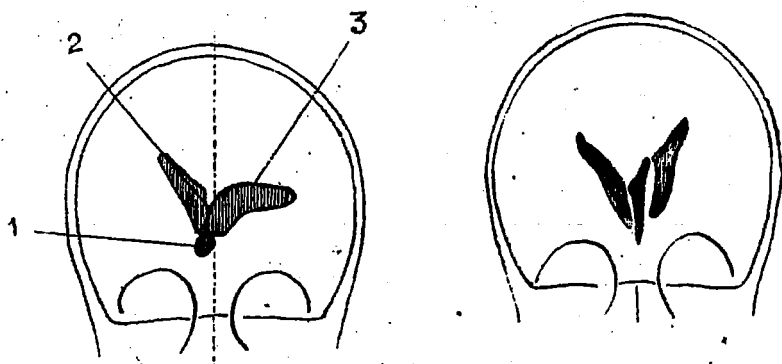
- Nghi ngờ tắc đường lưu thông dịch não tủy, đặc biệt khi khối u ở não thất 3, kênh sylvius, não thất 4.

- Kết quả chụp não bơm khí có nghi ngờ.

- Kết quả bơm khí hơi không vào được não thất (nghi có u hố sọ sau chèn ép lỗ Magendie).

4. Chụp não thất bơm chất cản quang nước

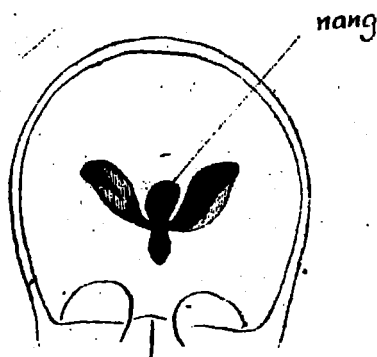
Năm 1962 Dotter, Kodama, Foster và cộng sự đã làm thí nghiệm trên súc vật và thấy một muối iode tan.



Hình 146: a) U cạnh đường giữa thuộc vùng Rolando trái;
b) Thể chai không phát triển

Hình 147a:

Nang thông của
vách trong suốt.



III. CHỤP ĐỘNG MẠCH NÃO (Arteriographie cérébral)

Năm 1927 Ergas Monitz đã chụp được hình hệ động mạch cảnh và năm 1933 ông đã chụp được hệ động mạch đốt sống bằng cách bơm thuốc ngược dòng động mạch dưới đòn, từ đó đến nay đã có nhiều cải tiến về phương pháp chụp động mạch

nhất là về kỹ thuật X quang:

- Kỹ thuật chụp liên tục các thì động mạch (séroangiographie) (chụp tới 6 phim trong một giây, tuần hoàn não thực hiện trung bình từ 5 đến 6 giây) chụp hai loại phim thẳng và nghiêng.

- Kỹ thuật xóa mờ hình ảnh xương (méthode de soustraction):

Trên các phim mạch não đồ, nhiều khi có chi tiết mạch máu bị hình ảnh các khối xương dày đặc (ví dụ xương đá) che lấp. Để khắc phục trở ngại này, năm 1961 Ziedses Des Plantes đã đề ra kỹ thuật lấy một phim mạch não đồ âm bản (như phim hay dùng trong lâm sàng) đối chiếu hoàn toàn trên dương bản của phim đó, kết quả của sự đối chiếu đó là một phim dương bản của hình ảnh mạch máu hiện lên đen, nổi bật trên hình các xương đã bị "khử bớt".

- Kỹ thuật mạch não đồ phóng đại (Magnification angiographie).

Đây là kỹ thuật sử dụng một tiêu điểm nhỏ khoảng 0,1 đến 0,3 mm, cơ quan được chụp đặt cách xa phim hơn so với cách chụp phim thông thường. Với kỹ thuật này các chi tiết vốn rất nhỏ bé sẽ hiện lên phim rất lớn, để phát hiện các hình ảnh bệnh lý.

A - CHỈ ĐỊNH VÀ CHỐNG CHỈ ĐỊNH:

1. Chỉ định

- Các trường hợp nghi ngờ có khối u phát triển trong sọ: u não, áp xe não, ổ máu tụ.

- Các trường hợp nghi ngờ dị dạng mạch máu não: phình

động mạch hoặc phình động - tĩnh mạch.

Trong hai trường hợp trên, nếu tổn thương ở trên lều tiểu não thì tiến hành chụp động mạch cảnh (artériographie carotidienne), nếu tổn thương dưới lều thì tiến hành chụp động mạch đốt sống (artériographie vertébrale)

- Huyết khối (thrombose) hoặc hẹp (sténose) một bên động mạch cảnh, động mạch đốt sống hay một nhánh của các động mạch đó.

2. Chống chỉ định

Các trường hợp dị ứng với iod.

Suy thận cấp.

Suy chức năng gan nặng.

Rối loạn đông máu.

Các trường hợp bệnh tim mạch chưa điều trị ổn định: cao huyết áp, viêm nội tâm mạc, nhồi máu cơ tim.

B - KỸ THUẬT:

1. Chụp động mạch cảnh

a) Chuẩn bị:

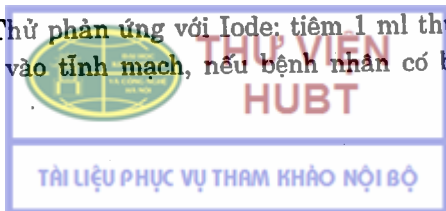
+ Bệnh nhân:

- Làm các xét nghiệm máu đông, máu chảy, thời gian Quick, urê máu, urê niệu, đường niệu.

- Ghi điện tim

- Thử phản ứng với novocain

- Thử phản ứng với Iode: tiêm 1 ml thuốc cản quang định dùng vào tĩnh mạch, nếu bệnh nhân có biểu hiện phản ứng



với thuốc (cảm giác choáng váng, rét run, buồn nôn, huyết áp tụt v.v...) thì không được tiến hành chụp.

- Trước khi chụp không cho bệnh nhân ăn no vì dễ nôn, nhưng cũng không nên nhịn đói.

+ *Thuốc tiền mê*: 15 phút trước khi làm thủ thuật, cho bệnh nhân các thuốc sau:

. Atropin 0,25mg (lống) tiêm dưới da, có tác dụng ngăn phản xạ ức chế tim của dây X, phản xạ này có thể làm ngừng tim.

. Prométhazin (Phénergan, Pipolphen) 25 mg tiêm bắp có tác dụng kháng Histamine, làm giảm các phản ứng dị ứng.

. Diazépam 10 mg (1 ống) tiêm tĩnh mạch thật chậm có tác dụng an thần, ngoài ra còn có tác dụng phòng ngừa các cơn co giật do thuốc cản quang.

. Hoặc thay Diazépam bằng Dolargan 100 mg tiêm bắp. Tuy nhiên thuốc dễ gây nôn, trong các trường hợp có tăng áp lực nội sọ thì thuốc có thể làm tình trạng phù não nặng hơn vì gây ức chế hô hấp.

+ Thuốc cản quang loại nước; cardiotrast, visotrast, diodone, conray 60, nồng độ thường dùng 35 - 50%, telebrix N 300 (hoạt chất: Loxitalaminsauril, megluminsaiz).

+ Kim dùng để chụp động mạch,

Kim đầu tày polyéthylène có nồng là một kim thép sắc, đầu vát không nhọn lắm, khi đã chọc đúng động mạch thì rút nòng kim loại ra và luồn ống polyéthylène vào.

Hoặc dùng kim có ống thông mềm (kim Long well), khi đã chọc đúng động mạch thì luồn ống thông mềm vào và rút kim sắt ra.

TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

Hoặc dùng kim sắt (kim courmand), đầu kim tròn đều, một thông kim nhọn để đâm kim vào động mạch, một thông kim đầu tù vừa bằng đầu kim giúp cho luồn kim vào sâu trong động mạch ít gây tổn thương thành mạch.

b) Kỹ thuật:

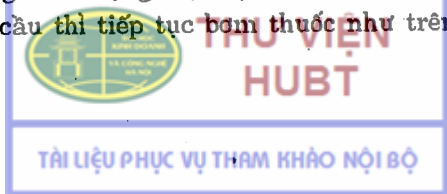
+ Phương pháp chọc trực tiếp:

- Tư thế bệnh nhân: nằm ngửa, hai vai kê cao để đầu ngửa ra sau.

- Chọc kim vào động mạch cảnh: dùng ngón trỏ và ngón giữa bàn tay trái sờ cho rõ nhịp đập của động mạch, Xem động mạch di chuyển như thế nào. Sờ cho thấy động mạch đập ở cả hai ngón tay và cố định động mạch. Chọc kim qua da ở điểm lằn giữa hai ngón tay (điểm chọc khoảng 1/3 dưới bờ trước cơ ức - đòn - chũm, như vậy sẽ đâm kim vào động mạch cảnh gốc), hướng kim chếch lên phía đầu bệnh nhân và nhằm vào phía có mạch đập, đâm nhanh để kim xuyên qua cả hai thành trước và sau động mạch, rút thông kim nhọn sau đó rút dần kim ra, khi thấy máu vọt ra thì luồn ống thông kim đầu tù vào theo hướng lên phía trên và ra sau để luồn kim vào động mạch cảnh trong; rút gối kê ở vai để bệnh nhân nằm tư thế đầu ngang bằng với mặt bàn X quang

- Bơm thuốc cản quang để chụp động mạch:

Sau khi đặt phim, chỉnh máy X quang, lắp bơm tiêm đã lấy 10 ml thuốc cản quang, bơm hết sức mạnh bằng tay trong thời gian 2 - 3 giây (có máy bơm thì càng tốt). Khi còn 3 ml thuốc trong kim tiêm thì ra lệnh chụp. Ta sẽ có một phim thẳng ở thì động mạch. Xem kết quả trên phim ướt, nếu đạt yêu cầu thì tiếp tục bơm thuốc như trên để chụp thêm một



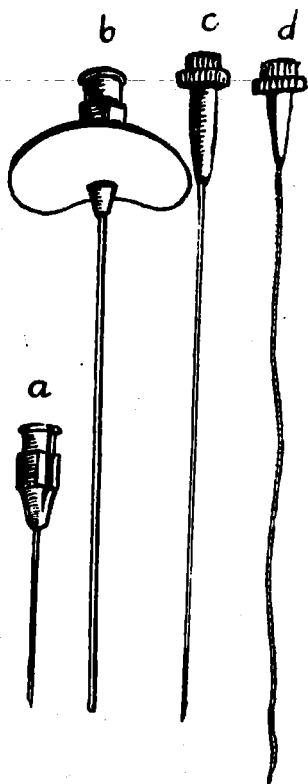
phim ở tư thế nghiêng.

Chụp xong, rút nhanh kim, đè chặt động mạch 8 - 10 phút (ngăn ngừa máu tụ gây chèn ép khí quản) sau đó đặt một cuộn băng dọc trên động mạch, băng lại, đưa bệnh nhân nhẹ nhàng về buồng bệnh.

Nếu muốn có hình ảnh của hệ mạch máu não bên đối diện thì lúc bơm thuốc cản quang để chụp, cần dùng ngón tay đè thật mạnh động mạch cảnh bên đối diện. Làm như vậy trên phim thẳng ta có hình ảnh các động mạch não cả hai bên để so sánh với nhau.

Để giúp cho chụp động mạch được dễ dàng, nhất là ở một số trường hợp khó (thường gặp ở người béo, phụ nữ, lứa tuổi thiếu niên), chúng tôi đã tạo ra "kim dẫn kim chụp động mạch". Đó là một kim nhỏ (số 6 1/2) được đưa thêm một rãnh ở đốc kim (hình 147a). Kim dùng để vừa gây tê vừa hút, khi vào động mạch thì máu phụ lên, tiếp tục đâm kim để xuyên qua cả hai thành trước, sau của động mạch, tháo bơm tiêm, tay trái giữ cố định kim đó lại, tay phải đặt kim (b) vào rãnh và đâm theo hướng kim nhỏ khi dự đoán kim đã xuyên qua động mạch thì rút thông kim nhọn ra, sau đó rút dần kim chụp động mạch ra như thường lệ. Cải tiến thông kim: dùng sợi dây dẫn (guide) của bộ Seldinge thay cho thông kim đầu tù (nhưng thông kim bằng dây dẫn này dài hơn kim chụp động mạch khoảng 1,5 cm, đoạn dây dẫn dài hơn này đã được lấy bỏ lõi sắt để cho mềm mại) để khi luồn kim vào sâu trong động mạch được dễ dàng và không gây tổn thương thành mạch. Cải tiến bơm tiêm (hình 147b): từ bơm tiêmrecord, lắp thêm đầuambu xoay vào đầu bơm tiêm để có thể vận chặt vào đốc kim của đoạn dây nối bằng polyethylène (đoạn dây polyethylène này dài khoảng 20cm, một đầu đốc kim nối với

kim tiêm, đầu kia là ambu xoay nối với đốc kim chụp động mạch). Đồng thời làm một cái vòng ôm lấy phần cuối của bơm tiêm, vòng này được gắn hai vòng tròn nhỏ ở hai bên để lườn ngón tay trở và ngón giữa. Cán của pittông - nơi để ty ngón tay cái cũng được gắn thêm một vòng tròn nhỏ nữa. Với hệ thống bơm tiêm và dây nối này, ta có thể bơm thuốc cần quang với một áp lực lớn mà thuốc không bị phụt ra ngoài. Do có thể bơm thuốc với một áp lực mạnh nên có thể dùng loại kim chụp động mạch nhỏ hơn để đâm kim vào động mạch dễ dàng hơn mà vẫn chụp được động mạch có hình ảnh rõ ràng (bình thường kim chụp động mạch có đường kính 1,41 mm nhưng kim cải tiến chỉ cần đường kính nhỏ hơn hoặc bằng 1,26 mm).



Hình 147b:

Khi bơm tiêm bị vỡ, ta có thể chuyển những phần lắp thêm này sang bơm tiêm record khác một cách nhanh chóng.

- a- Kim dẫn kim động mạch.
- b- Kim dùng trong chụp động mạch
- c- Thông kim nhọn.
- d- Thông kim cải tiến.



+ Chụp hình động mạch cảnh bằng phương pháp Seldinger: dùng ống thông đẩy từ động mạch đùi ở nếp bẹn lên động mạch cảnh hay dùng phương pháp chụp ngược dòng động mạch dưới đòn(chỉ dùng động mạch cảnh bên phải).

+ Kỹ thuật chiết suất hay đối chiếu âm dương bản (substracsion): năm 1961 Ziedees Des Plantea đã đề ra một kỹ thuật lấy một phim chụp động mạch âm bản(như phim thường dùng trong lâm sàng) đối chiếu hoàn toàn trên dương bản của phim đó,kết quả được một phim dương bản của hình ảnh mạch máu hiện lên đen,nổi bật trên hình ảnh các xương đã bị "khử bớt", giúp ta nhìn rõ các chi tiết các mạch máu.

+ Kỹ thuật chụp động mạch não khuếch đại (magnification angiography):

Dùng một tiêu điểm nhỏ từ 0,1-0,3 mm.

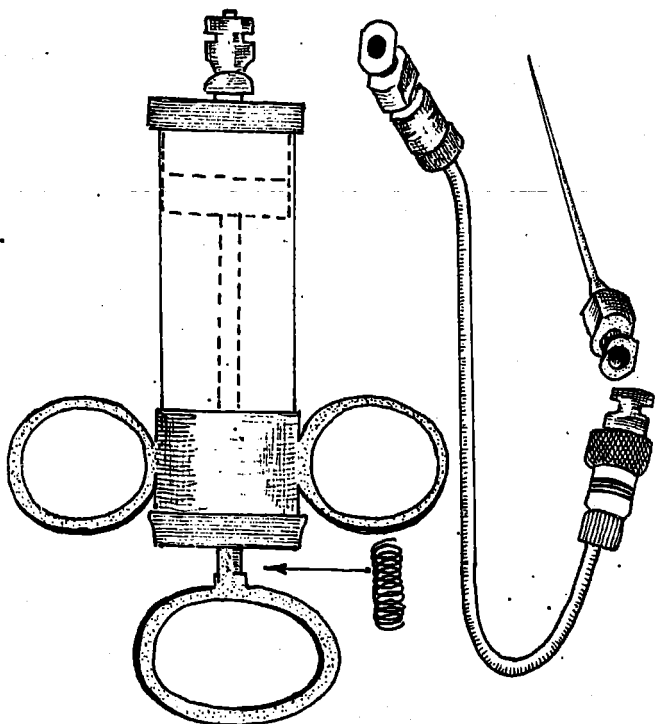
Cơ quan chụp đặt cách xa phim hơn so với cách chụp phim thông thường. Với kỹ thuật này,các chi tiết nhỏ bé sẽ hiện lên phim rất lớn, đặc biệt có lợi trong chẩn đoán bệnh lý mạch máu não.

2. Chụp động mạch đốt sống

- Đâm kim vào động mạch đốt sống tại vùng cổ, phương pháp này khó thực hiện và có thể gây nhiều tai biến.

- Phương pháp Seldinger : luồn dưới X quang ống cathéter từ động mạch đùi qua động mạch chủ đến động mạch đốt sống. Ở người trên 30 tuổi, luồn ống cathéter vào động mạch chủ khó khăn phải chọc vào động mạch dưới đòn ở dưới xương đòn hoặc luồn ống cathéter vào động mạch cảnh tay.

TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ



Hình 147c: Bơm tiêm cải tiến dùng trong chụp động mạch não và chụp đĩa đệm. Khi lắp thêm lò xo vào có thể dùng hút liên tục

C - KẾT QUẢ:

1. Phim chụp động mạch cảnh trong bình thường

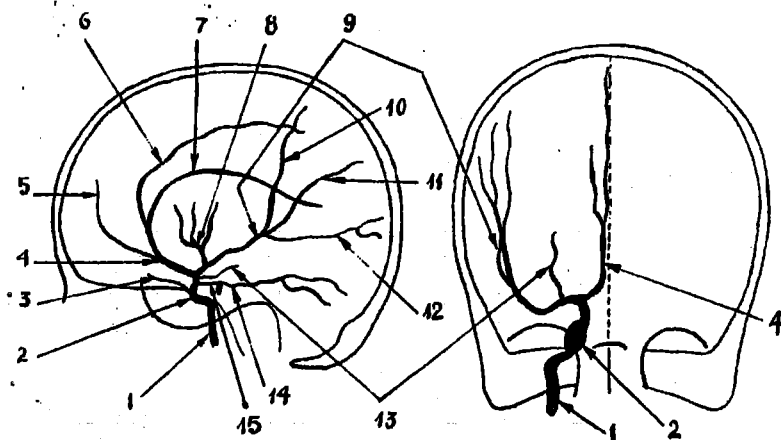
Các phim chia thành ba nhóm theo trình tự: thì động mạch, thì mao mạch, thì tĩnh mạch.



**THƯ VIỆN
HUBT**

TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

a) *Thì động mạch (hình 148):*



Hình 148: Động mạch cảnh (thì động mạch) nghiêng, thẳng.

Động mạch cảnh gốc (*artère carotis communis*) khi tới bờ trên của sụn giáp thì phình to thành xoang (*sinus*) cảnh rồi chia ra động mạch cảnh trong và động mạch cảnh ngoài. Động mạch cảnh trong là nhánh chính nuôi não (hình 148). Động mạch cảnh trong (1) sau khi chui qua lỗ rách trước vào sọ thì nó đi qua xoang tĩnh mạch hang, ở đoạn này động mạch có hình giống như siphon (2). Sau khi ra khỏi xoang tĩnh mạch hang động mạch cho các nhánh sau:

- Động mạch mắt (3) đi ra phía trước.
- Động mạch nối sau (14) đi ra phía sau nối với động mạch não sau (15) (nhánh tận của động mạch thân nền, không phải bao giờ cũng thấy).
- Động mạch màng mạch trước (*artère choroïdienne*)

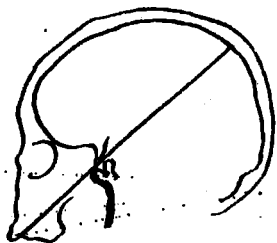
antérieure) (13).

- Động mạch não trước (4) vòng quanh gối của thể chai, có tên là động mạch quanh thể chai (7), trước đó nó cho nhánh cực trán (artère fronto polaire) (5) và chai - bờ (calloso marginale) (6).

- Động mạch não giữa hay động mạch sylvius (9) là nhánh tận cùng của động mạch cảnh trong, cho động mạch thùy đảo (artère insulaire) (8), động mạch đỉnh sau (10), động mạch thái dương sau (12). Nhánh sau cùng của động mạch não giữa là động mạch nếp cong (artère du plicourbe) (11). Nhánh này cùng với động mạch não giữa làm thành trục động mạch của não trên phim nghiêng.

Trên phim nghiêng động mạch não giữa có vị trí trùng với đường từ chân răng cửa tới đoạn gối (génou) của siphon (đường Richter, hình 149).

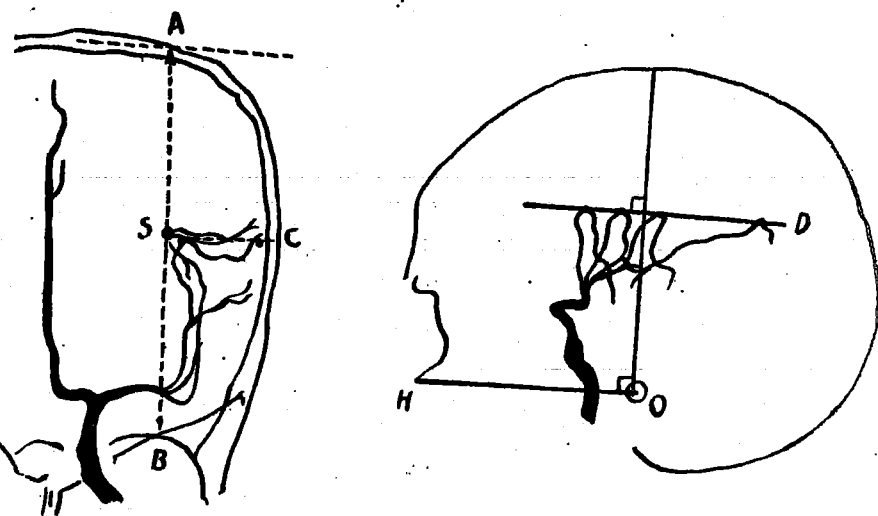
Trên phim thẳng, nơi các nhánh động mạch não giữa bắt đầu cong xuống thường trùng nhau một điểm, đó là điểm Sylvien. Bình thường điểm này nằm cách mặt trong sọ khoảng 30 - 40 mm và ở giữa đường nối mặt trên xương đá với mặt trong vòm sọ (hình 150).



Hình 149: Đường chân răng cửa - siphon

Trên phim nghiêng, nơi các nhánh lên của động mạch não giữa bắt đầu uốn cong thường nằm trên một đường thẳng, đường này được gọi là đường thùy đảo vì nó tượng trưng cho giới hạn trên của thùy đảo. Bình thường đường này thẳng góc với đường vẽ từ ống tai

ngoài thẳng góc với đường nối ống tai ngoài - bờ dưới hốc mắt (đường Vlaovitch).



Hình 150: Vị trí bình thường của điểm sylvien
và vị trí bình thường của thùy đảo.

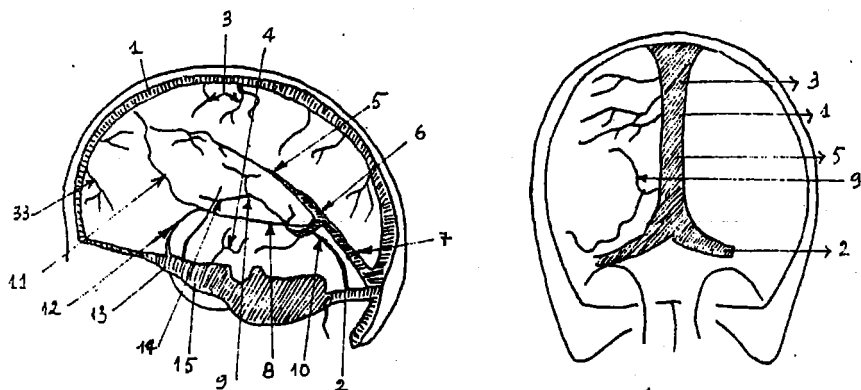
S: Điểm Sylvien; $SA = SB$; $SC = 30 - 40$ mm

H: Bờ dưới hốc mắt; O: Ống tai ngoài; D: Đường thùy đảo

b) Thụ tĩnh mạch (hình 151):

- Xoang tĩnh mạch dọc trên (1) có các tĩnh mạch nông (3) chảy vào.

- Xoang tĩnh mạch bên (2) có tĩnh mạch liên lạc nông Labbe (10) chảy vào, tĩnh mạch này nối với xoang tĩnh mạch dọc trên bởi tĩnh mạch liên lạc troland (11) và nối với xoang hạng (13) bởi tĩnh mạch Sylvius nông (12).



Hình 151: Động mạch cảnh (thì tĩnh mạch)

Xoang tĩnh mạch thẳng (7) có xoang tĩnh mạch dọc dưới (5), tĩnh mạch Galien (8) hay tĩnh mạch trong chảy vào ở chỗ tĩnh mạch lớn hoặc bóng Galien (6).

Tĩnh mạch Galien (8) do các tĩnh mạch thị - vân (9) và tĩnh mạch của vách trong suốt (14) hợp thành.

- Hình đậm khu trú không rõ (15) tương ứng với các xoang tĩnh mạch ở nền (các xoang tĩnh mạch đá dưới và trên, các xoang tĩnh mạch đá - chấm, xoang tĩnh mạch vành).

2. Phim chụp động mạch cảnh trong bệnh lý

a) Phình động mạch (anévrisme)

Phình chỗ phân chia của động mạch cảnh (hình 152a).

Phình động mạch não giữa (hình 152b).

b) Phình động - tĩnh mạch:

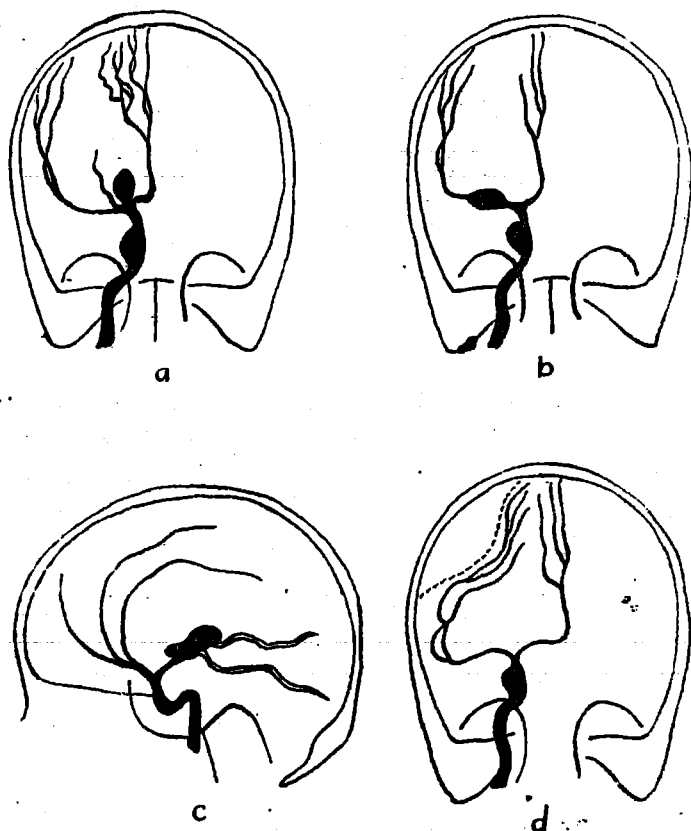
Thực ra là các u mạch (angiome), khối mạch máu dị dạng



**THƯ VIỆN
HUBT**

TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

làm thành đường đi tắt giữa hệ thống mạch và hệ tĩnh mạch.
 Phình động - tĩnh mạch Sylvius, trên phim nghiêng chụp động
 mạch cảnh cho thấy ở sau phình động - tĩnh mạch có các tĩnh
 mạch li tâm dẫn một cách bất thường (hình 152c)



Hình 152:

- a) Phình động mạch chỗ phân chia của động mạch cảnh
- b) Phình động mạch não giữa
- c) Phình động - tĩnh mạch não giữa
- d) Ổ máu tụ dưới màng cứng

c) Ổ máu tụ dưới màng cứng:

Hình ảnh một ổ máu tụ dưới màng cứng có vỏ bọc, các nhánh thái dương và đỉnh của động mạch Sylvius bị ép và đẩy vào trong, động mạch não trước bị đẩy sang trái của đường giữa (chụp động mạch cảnh, bên phải) (hình 152d).

d) U não:

+ U bán cầu đại não: trên phim thẳng thường thấy di lệch động mạch não sang bên đối diện:

- U thùy trán: động mạch não trước bị đẩy rất nhiều, động mạch não giữa có thể bị đẩy ra sau.

- U thùy đỉnh: trên phim thẳng, điểm Sylvien bị đẩy tụt xuống dưới, trên phim nghiêng các nhánh của động mạch não giữa cũng bị đẩy xuống.

- U thùy thái dương: trên phim thẳng điểm Sylvien bị đẩy lên trên, trên phim nghiêng các nhánh não giữa cũng bị đẩy lên trên.

- U não thất: thường chỉ cho thấy tình trạng tăng áp lực nội sọ.

- U thùy chẩm: thường ít thay đổi trên phim chụp động mạch cảnh, tuy nhiên nếu u lớn nó cũng có thể đẩy các nhánh não giữa ra phía trước.

Dấu hiệu *Fischer gần*: trên phim thẳng, động mạch não trước bị đẩy vòng qua đường giữa do u thùy trán đè trực tiếp vào liên đại não.

Dấu hiệu *Fischer xa*: động mạch não trước bị đẩy qua đường giữa nhưng không đẩy vòng mà chạy song song với đường giữa do khối u ở xa (ví dụ u thùy thái dương, u thùy chẩm) không đè trực tiếp vào liên đại não.

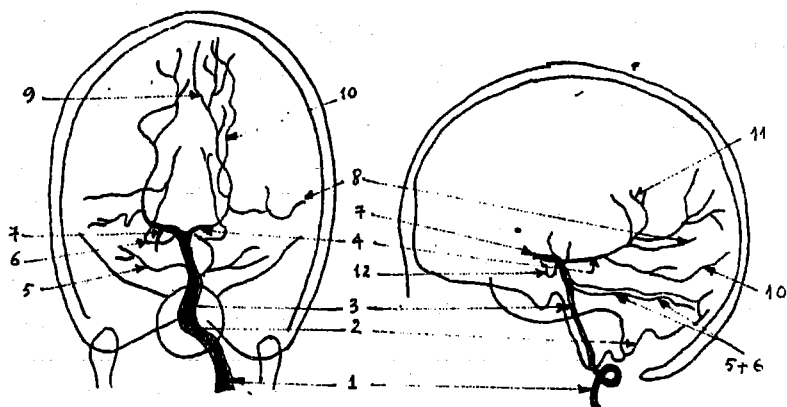


THƯ VIỆN
HUBT

TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

3. Phim chụp động mạch đốt sống bình thường

a) Thì động mạch.



Hình 153: Động mạch đốt sống (thì động mạch)

Động mạch đốt sống (1) đi qua lỗ chấm vào sọ, nối với động mạch đốt sống đối diện ở trước hành não làm thành động mạch thân nền (3). Trước đó, động mạch đốt sống đã cho động mạch tiểu não dưới (2). Thân nền cho các động mạch tiểu não giữa (5) và trên (6) sau đó chia thành hai nhánh chính, đó là các động mạch não sau (4), động mạch này cho: động mạch nối sau (7), các động mạch màng mạch sau (11), các nhánh thái dương (8), thái dương - chấm (9) và các động mạch chấm trong (10). Ở gần chỗ phân chia, thân nền còn cho các động mạch mảnh (artères grêles) đến các đồi thị (12) (hình 153).

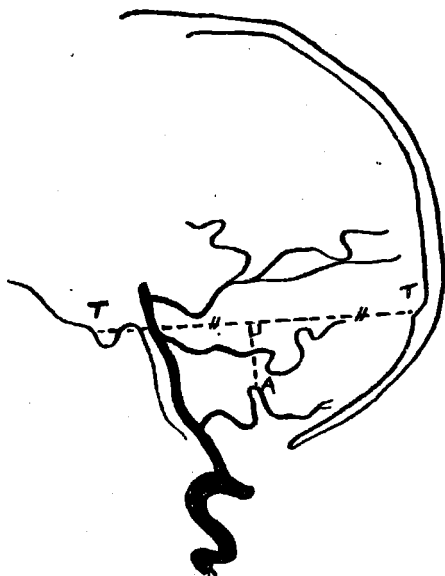
Trên phim nghiêng động mạch tiểu não dưới vẽ thành hai đường cong: đường cong đầu tiên có bề lồi hướng xuống dưới

gọi là đường cong hành não vì nó ôm sát hành não, đường cong thứ hai có bề lõm hướng lên trên gọi là đường cong hạnh nhân vì nó bao quanh hạnh nhân tiểu não, hai đường cong này nối nhau tại điểm mạng mạch, điểm này thường nằm trên đường trung trục của đường nối mẫu yên trước với ụ chẩm trong.

b) Thì tĩnh mạch:

Trên phim ta thấy xoang tĩnh mạch dọc trên (1), các xoang tĩnh mạch bên (2), xoang tĩnh mạch thẳng (4) họp lại ở chỗ hội lưu Herophile (11).

Thì tĩnh mạch còn cho thấy: các tĩnh mạch chẩm (3), các tĩnh mạch tiểu não trên (9) và dưới (8) các xoang tĩnh mạch đá (6) chảy vào đó có các tĩnh mạch đá (7), các xoang tĩnh mạch vành và hang (14), bóng Galien (12) và tĩnh mạch nền (13) (hình 155).

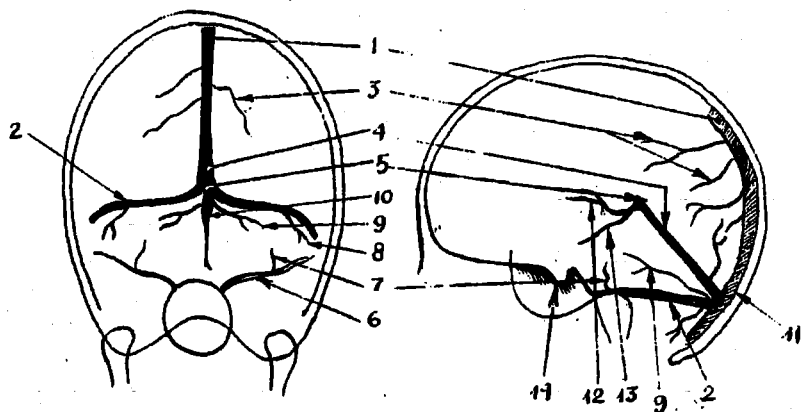


Hình 154: A Điểm mạng mạch
T Mỏm yên trước T U chẩm trong

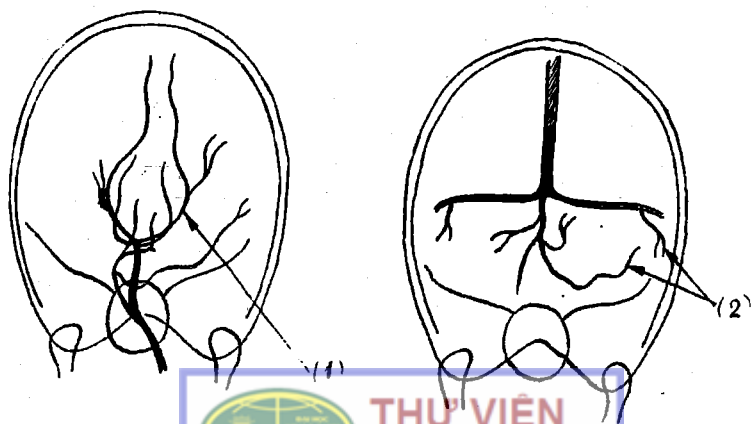
4. Phim chụp động mạch đốt sống bệnh lý

+ Trên phim chụp động mạch đốt sống, động mạch não sau bên có

u bị đẩy lên trên hay vào trong, ra ngoài tùy theo vị trí của u. sự đẩy lệch này làm mất đối xứng của động mạch não sau.

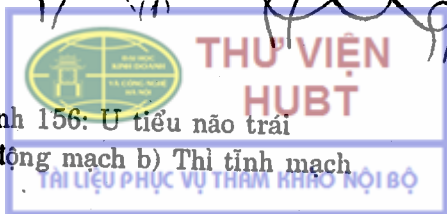


Hình 155: Động mạch đốt sống (thì tĩnh mạch)



Hình 156: U tiểu não trái

a) Thì động mạch b) Thì tĩnh mạch



+ U tiểu não trái (hình 156): phim thẳng thì động mạch (hình 156a) cho thấy hình hoa tulipe của động mạch não sau, động mạch tiểu não dưới bị đẩy sang phải và kéo dài các nhánh tận (1) thì tĩnh mạch (hình 156b) cho thấy các tĩnh mạch tiểu não biến dạng, bao quanh u (2).

IV. CHỤP X QUANG CỘT SỐNG

Chụp X quang cột sống tư thế thẳng, nghiêng và chệch 3/4 mỗi khi có nghi ngờ tổn thương cột sống hoặc rễ thần kinh. Các hình ảnh bất thường của thân đốt ống, cuống sống và khe liên đốt có thể giúp cho việc chẩn đoán định khu và gợi ý về căn nguyên chèn ép rễ thần kinh hoặc tủy sống.

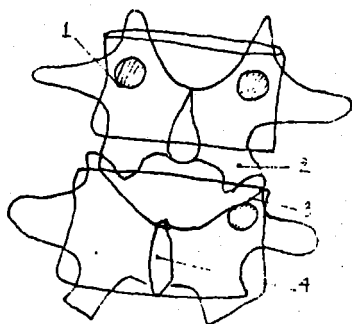
1. Hình cột sống bình thường

a) *Phim thẳng* (hình 157)

Hình 157: Phim thẳng 2

đốt sống thắt lưng

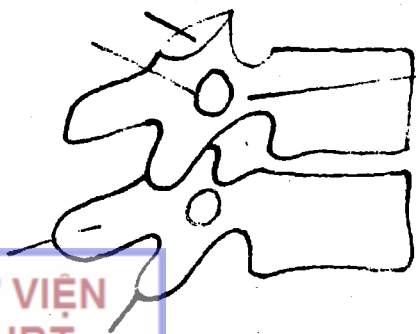
1. Cuống sống
2. Mấu khớp dưới
3. Mấu khớp trên
4. Gai sau



Hình 158: Phim nghiêng

2 đốt sống thắt lưng

1. Mấu khớp trên
2. Mấu ngang
3. Cuống sống
4. Gai sau
5. Mấu khớp dưới



THƯ VIỆN
HUBT

TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

Thân đốt sống là một hình chữ nhật, góc vuông, cuống sống là hình mờ gần tròn bằng hạt ngô nằm gần hai góc trên, đối xứng, đậm độ vôi cao. Cung sau cùng với các mấu khớp, và mấu ngang hiện lên trên thân đốt thành hình hai nửa con chó quay lưng vào nhau và nối liền vào nhau với các chi tiết giải phẫu sau: hai mắt chó là hai cuống sống, hai tai là hai mấu khớp sống trên, 2 chân là hai mấu khớp sống dưới, 2 mồm chó là hai mấu ngang. Từ cổ chó chạy về chỗ liền hai nửa thân là hai mảnh đứng. Chỗ liền thân (hình giọt nước) là gai sau. Các chi tiết trên đều thành cặp đối xứng so với đường giữa cột sống.

b) Phim nghiêng (hình 158)

Thân đốt hình chữ nhật gần vuông, mặt trước hơi lồi lõm. Sau thân đốt là cuống sống rồi đến mấu khớp, gai sau.

c) *Phim chếch 3/4 (từ bên phải, trái):* thấy được các lỗ tiếp hợp (trou de conjugaison). Trường hợp gãy cung sau thường xảy ra ở cuống sống và mảnh đứng, trên phim chụp chếch 3/4 có hình "cổ chó đeo vòng sáng".

Hình 159:

Phim chếch 3/4 hai đốt sống thắt lưng

1. Cuống sống
2. Mảnh đứng
3. Mấu khớp dưới



d) *Kích thước ống sống*

Trên phim X quang thường cột sống thắt lưng, kích thước ống sống được xác định bằng chỉ số Zone, tính bằng tỷ lệ,

$$\frac{A \times B}{C \times D}$$

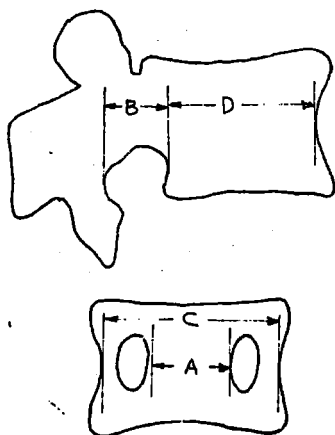
A: là khoảng cách liên cuống

B: là đường kính trước sau của ống sống

C và D là chiều dài tương ứng của thân đốt sống (hình 160)

Theo R.Roy Camille, G.Saillant và B. Reigner (1984) chỉ số Zone 0,25 - 0,50: bình thường; trên 0,5: ống sống rộng; 0,22 - 0,25: ống sống hơi hẹp dưới 0,22: ống sống hẹp.

Nghiên cứu ở 100 thanh niên bình thường và 85 người đau thần kinh hông chúng tôi nhận thấy kích thước ống sống tính theo chỉ số Zone như sau:



Hình 160: Kích thước ống sống

Bảng 11: Kích thước ống sống

Ống sống	Chỉ số zone
Hẹp	Dưới 0,18
Tương đối hẹp	0,18 - 0,19
Bình thường	0,20 - 0,32
Tương đối rộng	0,33 - 0,40
Rộng	Trên 0,4

2. Hình cột sống bệnh lý

a) Các biến dạng

+ Vẹo cột sống (scoliose) cột sống mất đường thẳng khi nhìn trước sau. Theo nhiều tác giả (Arseni, Simionescu 1973, Yumashev và Furman 1973) *tam chứng Barra* (vẹo cột sống, mất ưỡn thắt lưng, giảm chiều cao khoảng gian đốt sống) là triệu chứng đáng tin cậy của thoát vị đĩa đệm.

+ Gù: Cột sống tăng phần cong lõm ra sau do tư thế xấu nhiều năm hoặc xẹp hình chêm của nhiều thân đốt (chấn thương, lao hay viêm).

+ Gai đôi (spina - bifida): hở cung sau tại chỗ nối của hai nửa mấu gai. Trường hợp hở rộng (thiếu một nhân xương của đốt sống trong quá trình phát triển phôi) có thể gây kẹt, cọ sát dây chằng vàng, do đó gây viêm do yếu tố cơ học.

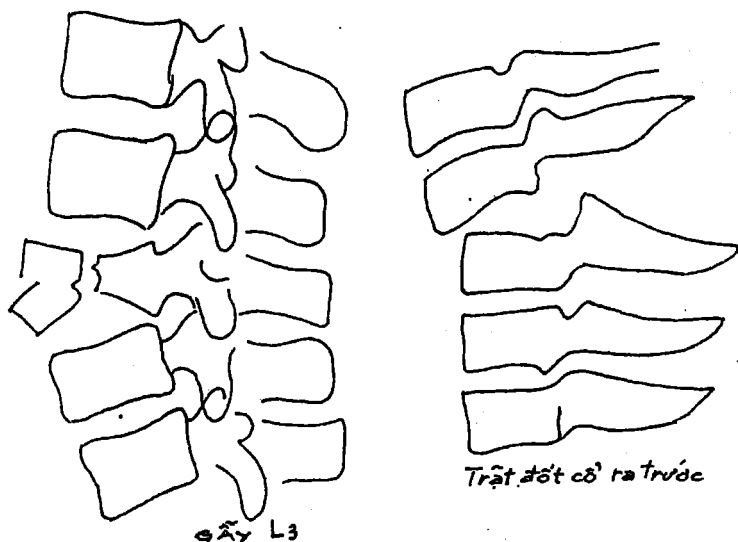
+ Cùng hóa đốt L5 (sacralisation): đốt L5 biến thành một xương cùng mới, có mấu ngang lớn dần ra bắt khớp với cánh

chậu và xương S1. Thường có dày đặc xương dọc theo khe khớp tân tạo.

+ Thất lũng hóa đốt S1 (lombalisation): xương S1 có một hay cả hai cánh teo dần lại, tạo nên khớp tân tạo giữa S1 và S2 và cuối cùng đốt S1 tách rời khỏi hai cánh chậu, trở thành đốt L6 có hai mấu ngang tự do.

b) Gãy, xẹp, trật đốt sống do chấn thương (hình 161)

Gãy có thể xảy ra ở thân đốt hay ở cung sau:



Hình 161: Gãy và trật đốt sống



- Gãy ở thân đốt: có thể xẹp hình chêm, gãy mặt trước, mặt sau, mặt bên. Gãy mặt sau nặng vì mảnh gãy có thể chèn hoặc đâm vào tủy. Trường hợp xẹp nhẹ thân đốt, không thấy giảm chiều cao rõ nhưng thể hiện bằng đậm độ với cao trên thân đốt sống so với các thân đốt trên và dưới nó.

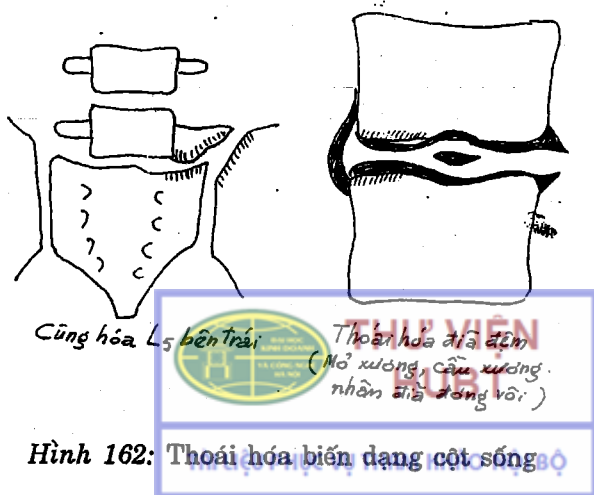
- Gãy cung sau hay xảy ra ở cường sống và mảnh đứng (hình "cổ chó đeo vòng sáng" trên phim chụp chéo 3/4) .

- Gãy mỏm răng đốt sống cổ 2: phát hiện dễ dàng mỏm răng (apophyse odontoide) bị kéo ra trước bằng phim chụp thẳng và nghiêng qua mỏm há rộng. Gãy mỏm răng gây nên chèn ép tủy cổ, tiên lượng xấu.

- Trật đốt sống: xảy ra sau chấn thương lớn, thấy rõ trên phim nghiêng,

c) Thoái hóa biến dạng cột sống (hình 162)

Đĩa đệm bị thoái hóa mất sự đàn hồi dẫn đến hậu quả sau:



Hình 162: Thoái hóa biến dạng cột sống

+ Các thân đốt bị sức nặng dồn lại, hai mặt trên dưới bị nhân đĩa đệm chèn vào, bị lõm dần, tiến tới có hình giống như đốt sống cá.

+ Chiều cao các thân đốt ngắn dần, các mặt trên và dưới có một viền xương đặc, phản ứng đối với các động chạm mạnh, dẫn tới bị nham nhở và có mỏ xương.

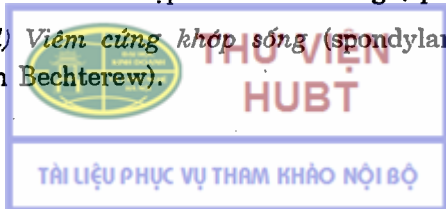
+ Đĩa đệm bị dồn mạnh lồi ra ngoài khoảng liên đốt, làm căng các dây chằng ở mặt trước và hai bên, trong trạng thái bị căng dây chằng sẽ đóng vôi, hình thành các mỏm xương và cầu xương. Trên phim chụp chếch 3/4 có thể thấy những mảnh xương nhọn nhỏ đâm vào lỗ tiếp hợp gây tổn thương rễ thần kinh.

+ Cuối cùng nhân đĩa đệm cũng đóng vôi

Theo Yumashev (1973) hư xương sụn cột sống có 12 dấu hiệu trên phim X quang thường:

1. Mất đường cong sinh lý
2. Vẹo cột sống
3. Mất ổn định của cột sống (trong chụp chức năng)
4. Giảm chiều cao khoang gian đốt sống
5. Xơ hóa dưới tấm sụn
6. Gai xương
7. Hạch sụn Schmorl
8. Giả trượt thân đốt sống
9. Can xi hóa đĩa đệm
10. Dị tật của đoạn thắt lưng cùng
11. Chèn ép do gãy xương cũ của đốt sống
12. Phối hợp với hư đốt sống (spondylosis)

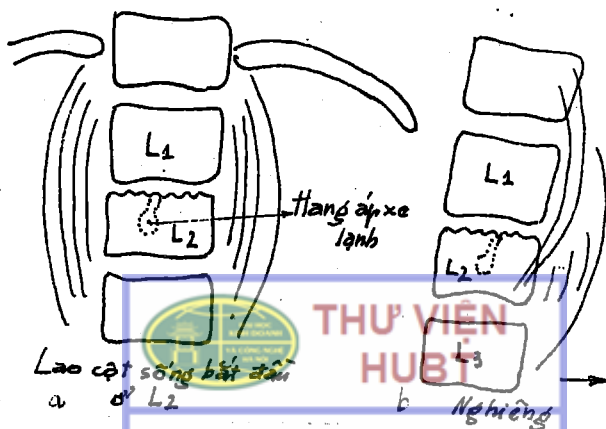
d) Viêm cứng khớp sống (spondylarthrite ankylosante - bệnh Bechterew).



Bệnh bắt đầu từ khớp cùng chậu rồi lan lên cột sống, với triệu chứng chính và sớm là cứng khớp, sau đó là đau. Dấu hiệu X quang xuất hiện chậm sau nhiều tháng hoặc nhiều năm với hình ảnh viêm khớp cùng chậu hai bên: khe khớp hai bên mờ, nhám nhỏ, đặc xương dọc bờ khe khớp, thân các đốt L4, L5 ít nhiều có thưa xương. Khoảng 3 năm sau mới xuất hiện hình các dây chằng và khớp sống dính với kèm theo xuất hiện mô xương ở các thân đốt. Các dây chằng nối liền các khớp sống bị dính với thành một đường dài, lúc đầu một bên, sau cả hai bên, cuối cùng dây chằng đĩa đệm dính với. Hình cột sống lúc này giống như *thân cây tre*.

e) *Lao cột sống* (bệnh Pott):

X quang có thể phát hiện được lao cột sống trước khi xuất hiện gù lưng và liệt chi dưới. Trên phim thấy hẹp đĩa liên đốt; muộn hơn, đĩa liên đốt sẽ mờ và bờ nhám nhỏ, thưa xương thân đốt trên và dưới, hai bên có hình mờ dạng thoi của áp xe lạnh. Trên phim X quang có thể thấy được hang lao nằm trong xương xẹp (khi hang đã lớn) và thân đốt xẹp thành hình chêm.



Hình 163: Lao cột sống ở L2 - Giai đoạn đầu

g) Ung thư cột sống

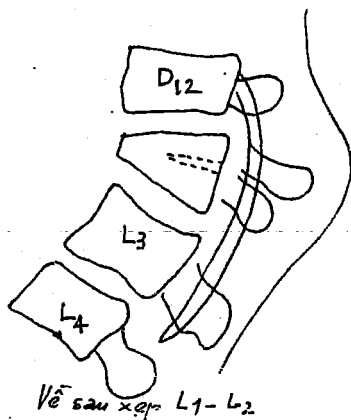
Thường là hậu quả của di căn (métastase) ung thư tuyến tiền liệt, ung thư tinh hoàn hay ung thư tử cung di căn vào cột sống, ít có ung thư nguyên phát. Có hai thể di căn:

- Thể tạo xương làm cho một vài đốt sống mờ đặc đều, gọi là "đốt sống ngà" (vertèbre d'ivoire) phim không còn thấy vân xương.

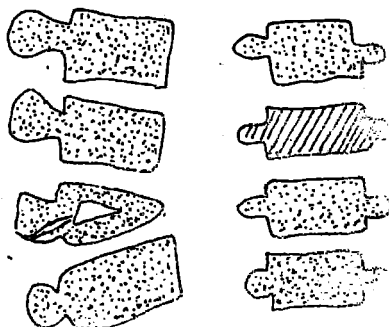
- Thể tiêu xương làm cho các đốt có nhiều hình khuyết xương và xẹp nhiều, nhưng các khe liên đốt vẫn rộng bình thường.

g) Triệu chứng Elsberg - Dyke.

Khoảng cách giữa các chân cùng sau rộng ra bất thường từ 2 - 4mm ở mức có u (hay thấy hơn cả trong u ngoài màng cứng). Theo chúng tôi khoảng cách liên cuống của đốt sống L4 bình thường là 25 - 33mm ở người Việt Nam.



Hình 163: Lao cột sống ở L2
c- Giai đoạn sau



Hình 164: Ung thư cột sống
a) Đốt sống ngà (di căn thể đặc xương).
b) Xẹp một đốt sống do di căn thể tiêu xương (di căn thể tiêu xương).



THƯ VIỆN
HUBT

TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

V. CHỤP TỤY SỐNG VỚI CHẤT CẢN QUANG.

Là phương pháp chụp X quang sau khi đưa chất cản quang vào khoang dưới nhện của tủy sống.

Năm 1919 lần đầu tiên Dandy đã chụp tủy bơm khí (myelographie gazeuse) bằng các loại cản quang âm tính (không khí, oxy), nhưng do không thấy được hình ảnh của các rễ thần kinh và rất khó nhận định hình ảnh của cột khí nên giá trị chẩn đoán của phương pháp này bị hạn chế. Năm 1922 Sicard và Forestier lần đầu tiên chụp tủy bằng chất cản quang dương tính (loại dầu chứa iode). Từ đó đến nay hàng loạt các chất cản quang tan trong nước đã được sử dụng thay thế các chất cản quang dạng dầu như miodil, pantopaque.... nhất là từ khi ra đời của omnipaque, amipaque (métrisamide), chỉ định chụp tủy ngày càng mở rộng. Đây là thuốc cản quang tan trong nước, chứa iode, không phân ly. Tác dụng độc đối với hệ thần kinh không đáng kể và đặc biệt không gây kích thích tủy kể cả khi thuốc dâng lên cao, nên có thể dùng chụp cả tủy đồ hoặc chụp các não thất mà không sợ biến chứng nguy hiểm.

A - CHỤP TỤY LIPIODOL (mélographie lipiodolée)

+ *Chỉ định:*

Chủ yếu là các trường hợp nghi ngờ có chèn ép tủy.

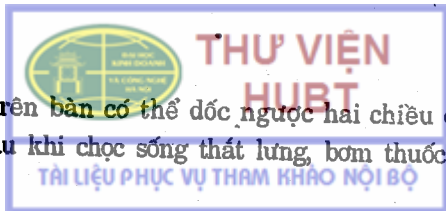
+ *Chống chỉ định:*

- Bệnh pott

- Dị ứng với iode

+ *Kỹ thuật:*

Bệnh nhân nằm trên bàn có thể dốc ngược hai chiều dưới màn huỳnh quang. Sau khi chọc sống thất lưng, bơm thuốc cản

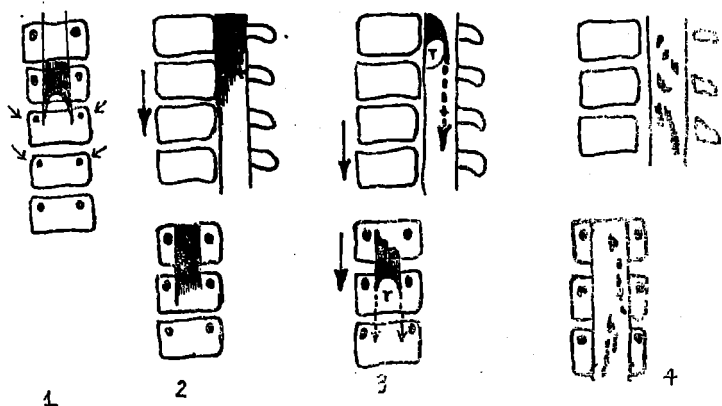


quang vào khoang dưới nhện với số lượng tùy theo từng trường hợp (nếu tắc hoàn toàn thì chỉ cần 3 - 4ml, nếu bán tắc phải cần 8 - 10 ml), cho bệnh nhân nằm đầu cao trên bàn và quan sát sự tụ tập thuốc ở vùng túi cùng. Sau khi đã thấy rõ chất cản quang ta cho đầu bệnh nhân thấp dần và theo dõi sự di chuyển của thuốc trên màn ảnh (tránh dốc bệnh nhân quá nhanh, khối cản quang sẽ vỡ thành từng giọt nhỏ và không cho hình ảnh rõ nơi bị tắc). Khi thấy chất cản quang tới nơi bị tắc thì ta chụp ở 3 tư thế: nằm nửa, nằm nghiêng, nằm sấp. Trong khi quan sát ta có thể làm cho nơi bán tắc rõ hơn bằng cách bóp nhẹ tĩnh mạch cảnh ngoài của bệnh nhân.

+ *Khó khăn và biến chứng:*

Lipiodol không hấp thụ được nên sau khi chụp xong phải rút lipiodol ra. Song chỉ có thể rút ra được một phần, do đó gây ra viêm dính màng nhện tủy. Nhưng nếu dùng lipiodol lỏng (lipiodol fluide, hoặc lipiodol cực lỏng (lipiodol ultra fluide) thì có thể hạn chế được các biến chứng này.

+ Một số hình ảnh bệnh lý (hình 165):



Hình 165: 1- U nội tủy, 2. U ngoại tủy,
3. U thần kinh, u màng tủy, 4. Viêm dính màng ngoài

- U nội tủy: thuốc nhuộm thành hình "gọng tôm hùm" (pince de homard) hay hình "càng cua"

- U thần kinh (neurinome) hay u màng tủy (méningiome): "hình vòm" hay "hình đáy chén" (image en cupule) đều.

- U ngoại tủy: hình "diềm" (frange), không đều:

- Viêm dính màng nhện: hình những vết không đều dọc theo cột sống.

B- CHỤP BAO RỄ THẦN KINH (Saccoradiculographic):

Phương pháp này đã được Heimburger và cộng sự làm từ năm 1967 với chất conray 60 (meglumin iothalamat).

1. Chỉ định

- Thoát vị đĩa đệm cột sống thắt lưng

- Hội chứng rễ dây thần kinh hông to điều trị nội khoa kéo dài không đỡ.

- Trước khi mổ đĩa đệm

- Trước khi điều trị bằng phương pháp tiêm thuốc tiêu nhân vào đĩa đệm.

- Hội chứng đuôi ngựa

2. Chống chỉ định

- Dị ứng với iode

- Các chống chỉ định của chọc sống thắt lưng (tăng áp lực nội sọ, lao cột sống...)

- Đang có hội chứng nhiễm khuẩn cấp tính

- Có bệnh tim, gan, thận nặng



3. Kỹ thuật

Có thể dùng hai loại cản quang khác nhau:

- Loại cản quang tan trong dầu: gồm có lipiodol và pantopaque. Lipiodol đã được bỏ không sử dụng tại các nước tiên tiến vì có độ quán quang cao nên khó rút ra, tỷ lệ gây viêm dính mạng nhện cao.

Pantopaque (ethyl ester of isomeric iodophenylundecyclic acid) cũng là cản quang tan trong dầu nhưng có độ quán quang thấp, chỉ bằng 1/20 lipiodol nên dễ rút ra, ít gây tai biến viêm màng nhện. Phương pháp chụp bao rỗng với cản quang tan trong dầu rất đơn giản, sau khi chọc sống thất lưng, ta bơm vào khoang dưới nhện 8 - 10 ml thuốc cản quang, sau đó cho bệnh nhân đứng thẳng và chụp X quang từ L1 - S5 ở hai tư thế: thẳng và nghiêng.

- Loại cản quang tan trong nước: conray 60 (meglumin iothalamat), dimer x (methyl. glucamin mocraminic 60%), omnipaque amipaque (métrisamide).

Sau khi chọc sống thất lưng, lấy 6ml dịch não tủy làm xét nghiệm, để bệnh nhân ở tư thế đầu cao (mặt bàn tạo với mặt phẳng ngang một góc 45°), lấy 4ml conray 60 vào bơm tiêm rồi lấy thêm 2ml nước cất, lắc đều rồi bơm từ từ vào khoang dưới nhện và chụp ngay ở hai tư thế: thẳng và nghiêng. Bệnh nhân phải được giữ đầu cao liên tục sau 12 giờ, kể cả khi chuyển từ bàn X quang sang xe đẩy và từ xe đẩy về buồng bệnh.

4. Các biến chứng

- Nhức đầu giống như sau chọc sống thất lưng. Triệu chứng này tự biến dần khi nằm nghỉ.



- Phản ứng màng não gặp khoảng 2 - 3 % trong tổng số trường hợp chụp bao rỗng và thường thoái lui sau 3 - 4 ngày bất động và dùng thuốc giảm đau, an thần.

- Động kinh túy: gặp khoảng 3 - 4% trường hợp chụp bao rỗng bằng conray 60. Thường thấy co giật các cơ ở cẳng chân, mông, đùi ít gặp ở cơ bụng. Tất cả đều được giải quyết tốt khi dùng seduxen 10mg tiêm bắp thịt hoặc tĩnh mạch rất chậm, kết hợp bất động tuyệt đối ở tư thế đầu cao.

Nguy cơ động kinh túy tăng ở những người bệnh hẹp ống sống hoặc tắc hoàn toàn khoang dưới nhện hoặc chọc sống thất lưng cao. Trong trường hợp đe dọa suy hô hấp cần kịp thời hồi sức tích cực và hô hấp điều khiển.

5. Hình ảnh X quang

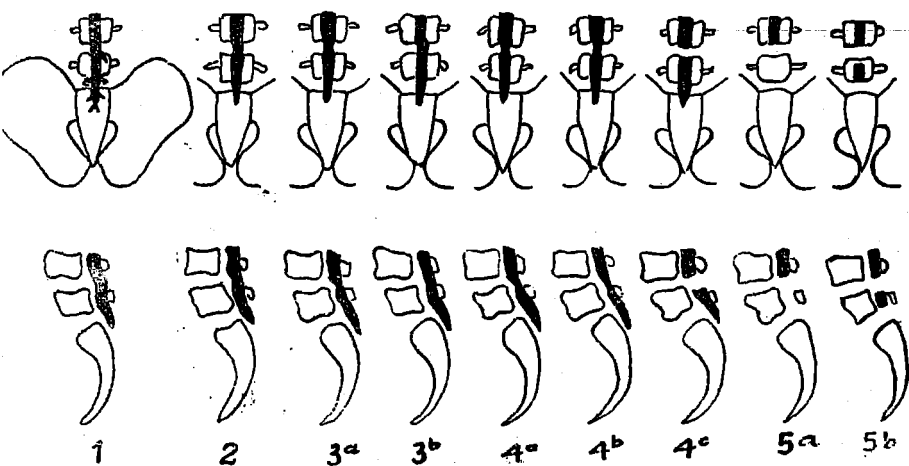
Trên phim thẳng bình thường thấy rõ các rễ của đuôi ngựa chạy trong khoang dưới nhện và đi ra khỏi bao rỗng, kích thước và hình thể các rễ đối xứng nhau. Trong thoát vị đĩa đệm có thể thấy hình ảnh cắt cụt hoàn toàn bao rỗng, hình khuyết lõm một bên hoặc cả hai bên (hình đồng hồ cát) và thường thấy sự gián đoạn hoặc cắt cụt của 1 - 2 rễ tương ứng với vị trí thoát vị đĩa đệm.

Trên phim nghiêng cũng có thể thấy hình cắt cụt hoàn toàn bao rỗng hoặc hình khuyết lõm vào cột cân quang ở các mức độ khác nhau.

Chụp bao rỗng còn giúp chẩn đoán u trong ống sống, hẹp ống sống, rộng ống sống và một số dị dạng của bao rỗng thần kinh. Theo chúng tôi, 86,9% thay đổi trên phim chụp bao rỗng tỷ lệ thuận với triệu chứng lâm sàng thoát vị đĩa đệm thất

TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

lưng và căn cứ vào hình ảnh khuyết lõm của bao rế thần kinh nhiều hay ít mà chia ra 5 độ thoái vị đĩa đệm (hình 166a):



Hình 166a: 5 mức độ thoát vị đĩa đệm trên phim chụp bao rế thần kinh

Mức độ 1: hình khuyết lõm rất nhẹ hoặc hình rế thần kinh bị cắt cụt trên phim thẳng.

Mức độ 2: hình khuyết lõm dưới một nửa đường kính ngang bao rế thần kinh.

Mức độ 3: hình khuyết lõm chiếm một nửa đường kính ngang bao rế thần kinh (3a) hoặc phim thẳng và nghiêng đều có hình ảnh đè dẩy nhưng không gây khuyết lõm (3b).



THƯ VIỆN
HUYẾT

TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

Mức độ 4: hình khuyết lõm trên một nửa đường kính ngang bao rế thần kinh (4a) hoặc hình đồng hồ cát (4b) hoặc đứt đoạn bao rế thần kinh (4e).

Mức độ 5: hình bao rế bị cắt đứt.



Hình 166b: Hẹp ống sống thất lưng và TVDD

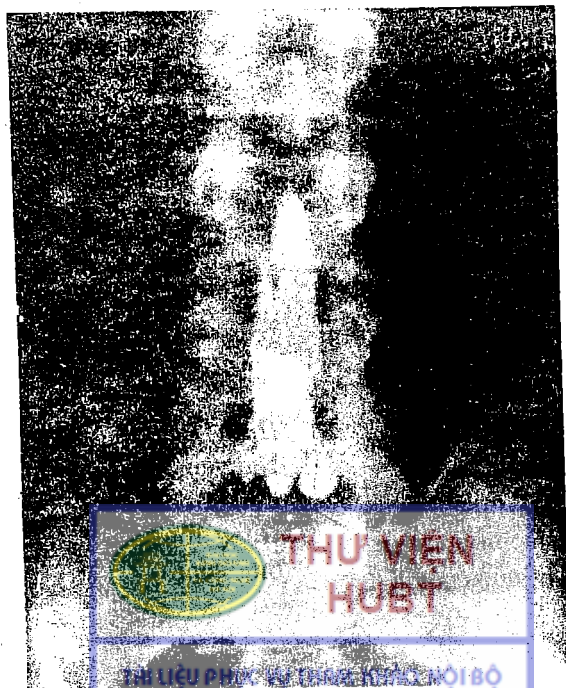
L4 - L5 hình đồng hồ cát



THƯ VIỆN
HUBT

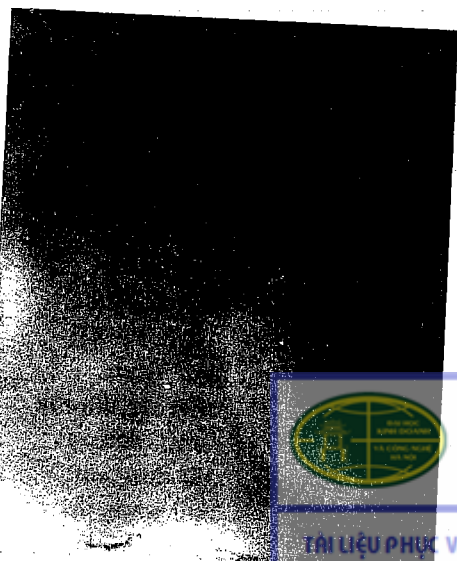
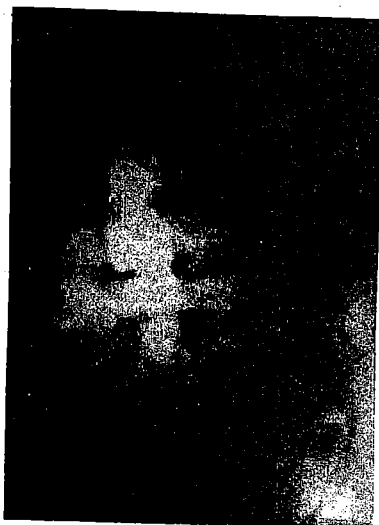
TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

Hình 166c:
Trịnh Duy B.
30 tuổi.
Đau chấy
(causalgie)
chân trái.
Phim chụp
BRTK bằng
Dimer X,
bao của rễ
S1 trái có
hình nang
(kyste).



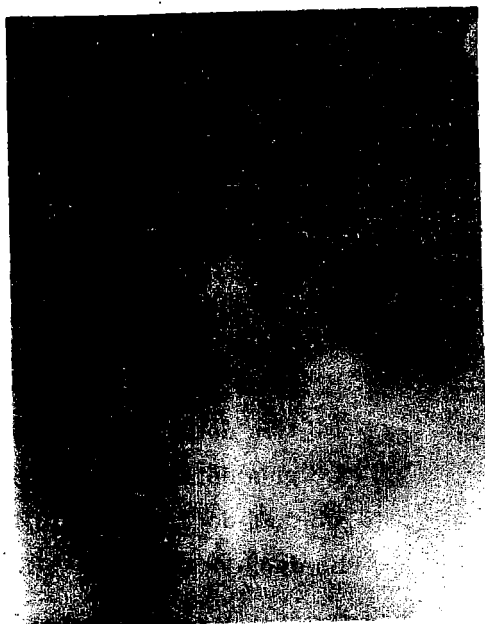
Hình 166d:
Đinh văn I.
22 tuổi.
Đau thần kinh
hông to hai
bên rất nặng.
Phim chụp
BRTK bằng
Dimer X,
bao của rễ
S1 có hình
nang cả hai
bên. Sau
điều trị kháng
sinh, corticoit
dở dần, sau
hai năm thì
đi lại và làm
việc bình thường.

Hình 166e: Nguyễn Thị O.
 chụp X quang BRTK
 ngày 12-7-1986 tại
 Viện QY 103 -
 hình ảnh thoát vị
 nhiều đĩa đệm.



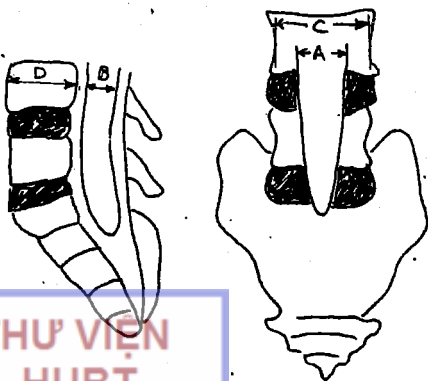
Hình 166g:
 Nguyễn Thị T.,
 hình BRTK
 trong rộng
 ống sống

Hình 166h:
 Nguyễn Đức D.
 TVDD L5-S1
 lọt vào ống sống
 gây hẹp ống
 sống ở phía
 dưới đốt L5
 (đã mổ, kết quả tốt).



6. Kích thước cột cân quang bao rãnh thần kinh

Hình 167:
 Bao rãnh thần kinh
 A. Đường kính ngang
 bao rãnh thần kinh
 B. Đường kính
 trước sau bao
 rãnh thần kinh
 C. Đường kính
 ngang đốt sống
 D. Đường kính trước
 sau đốt sống



Do kích thước bao rễ thần kinh ở 85 bệnh nhân đau thần kinh hông chúng tôi nhận thấy bao rễ thần kinh bình thường có đường kính trước sau từ 14 - 17mm và đường kính ngang từ 15 - 18mm (ở vị trí ngang với điểm giữa thân đốt sống L4).

7. Đầu tận cùng của bao rễ thần kinh

Nghiên cứu trên 81 trường hợp chụp X quang bao rễ thần kinh, chúng tôi nhận thấy bình thường đầu tận cùng của bao rễ thần kinh dừng ở:

- Bờ trên đốt sống S1: 2,4%
- 1/3 trên đốt sống S1: 28,3%
- 1/3 giữa đốt sống S1: 35,8%
- 1/3 dưới đốt sống S1: 23,4%
- Bờ dưới đốt sống S1: 9,8%

8. Hình ảnh bao của từng rễ thần kinh đuôi ngựa

Nghiên cứu trên phim X quang chụp bao rễ thần kinh của 90 bệnh nhân bị đau thần kinh hông do thoát vị đĩa đệm chúng tôi nhận thấy 59% trường hợp có hình ảnh bao của từng rễ thần kinh bị biến dạng to và dài (mégadolichoracine) với những hình dạng khác nhau (hình 168a): hình vẩy cá (1), hình đuôi cá (2), hình ống nghiệm (3) hình đầu dứa (4), hình cái muôi (5), hình mỏ chim (6), hình túi mật (7), hình quả bí đao (8) hình hai rễ thần kinh có một bao chung hoặc hình hai rễ thần kinh đi sát nhau (9), hình hai rễ thần kinh nối nhau (10, 11), hình hạt đậu.

TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ



Hình 168a Hình ảnh bao của từng rẽ thần kinh ngựa bị biến dạng

9. Các sai lầm về kỹ thuật chụp bao rẽ thần kinh

a) Hình ảnh chèn ép giả do tụ dịch não tủy dưới màng cứng:

Sau khi chọc sống thất lưng nhiều lần, dịch não tủy thoát ra khoang dưới cứng, làm khoang dưới nhện bị xẹp xuống, cột cản quang tại đây bị hẹp lại giống như bị chèn ép từ ngoài vào. Nhưng trong trường hợp này chỗ tắc ở cách chỗ chọc sống thất lưng và thường chỉ bán tắc, vùng tắc không tương ứng với chẩn đoán lâm sàng, trường hợp này nên đợi một tuần lễ sau cho dịch não tủy hấp thu hết và chụp lại.



THƯ VIỆN
HUBT

37*LS.

581

TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

b) *Tiêm cán quang vào dưới màng cứng:*

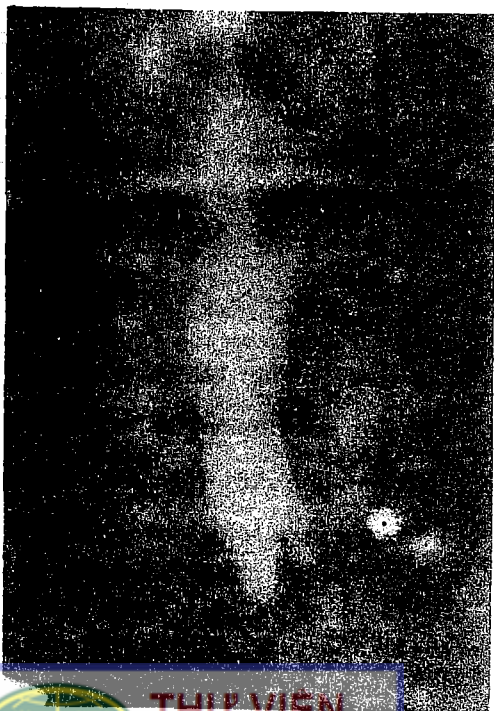
Do đầu vát của kim dài, đầu kim chưa nằm hẳn trong khoang dưới nhện, khi bơm, thuốc sẽ chui vào khoang dưới cứng. Trong trường hợp này, hình ảnh cột cán quang thường không đồng nhất, có thể di chuyển rất chậm theo trọng lực.

Nếu chụp nghiêng với tư thế nằm sấp thì sẽ thấy hình cán quang gồm hai phần: phần trên nằm ở dưới màng cứng, phần dưới nằm ở trong khoang dưới nhện.

Có thể tránh sai lầm này bằng cách dùng kim có đầu vát ngắn, sau khi thấy dịch não tủy chảy ra, nếu đâm kim vào thêm 1mm nữa trước khi bơm thuốc.

c) *Tiêm cán quang ngoài màng cứng:*

Do sự di chuyển của kim trong khi bơm thuốc làm đầu kim tụt ra ngoài hoặc là chất cán quang bị dò ra ngoài lỗ qua chọc sống thất lưng lần trước, hình ảnh cán quang rất nhảm nhò, lan tạt ra các phần mềm cạnh cột



THƯ VIỆN
HUYỆN

Hình 168b. Hình bao rế

L4 trái to và dài

TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

sống theo các rễ thần kinh. Do đó nên tiến hành chụp bao rễ thần kinh xa lần chọc sống thất lưng trước.

V. CHỤP NGOÀI MÀNG CỨNG PHÍA TRƯỚC

(Antériopéridurographie)

Từ năm 1956 K.D Gaziev và S.M.Sentumerov đã chụp ngoài màng cứng phía trước sau khi bơm thuốc cản quang tan trong nước vào khoang đó.

Hình 168c:

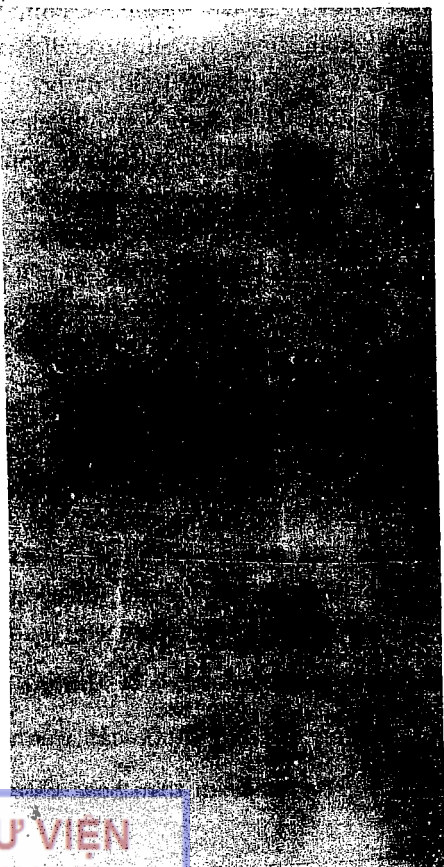
Nguyễn Văn M.

28 tuổi, chụp cản

quang ngoài bao

cứng phía trước

ngày 13-6-1986.



1. Chỉ định

- Nghi ngờ thoát vị đĩa đệm ra sau.

- Hội chứng thất lưng hông do thoái hóa đĩa đệm với viêm phản ứng cục bộ ở ngoài màng cứng.

2. Chống chỉ định



THƯ VIỆN
HUBT

TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

3. Kỹ thuật

Chọc sống thất lưng ở tư thế nằm nghiêng, điểm chọc là khe L3 - L4 (nếu cần có thể lấy dịch não tủy làm xét nghiệm khi đầu kim nằm trong khoang dưới nhện). Sau khi chọc qua màng cứng lần thứ hai tới khoang ngoài màng cứng, lúc này tay thủ thuật viên cảm thấy kim chạm vào xương của thân đốt sống hoặc vòng sợi phía sau đĩa đệm (cảm giác cứng hoặc nặng tay). Rút que thông nếu không thấy có máu hoặc dịch não tủy chảy ra thì bơm 5ml nước muối sinh lý (9/1000) để bóc tách khoang ngoài màng cứng phía trước. Nâng bàn X quang cho đầu bệnh nhân ở tư thế đầu cao (nâng khoảng 30°). Bơm 6 - 8ml thuốc cản quang tan trong nước (conray 60 hoặc visostrast 290, dimer X, amipaque). Sau khi rút kim, băng vết chọc bằng băng vô khuẩn, rồi chụp X quang ngay (chụp 1 phim nghiêng) vì sau 7 - 10 phút thuốc cản quang bị hấp thu hết. Sau chụp, đưa bệnh nhân về giường bất động 24 giờ (chú ý dùng kim chọc sống thất lưng nhỏ, có độ vát ngắn).

4. Hình ảnh X quang

+ Bình thường chất cản quang tạo thành một vạch dài, mỏng chạy theo mặt sau của các đĩa đệm và thân đốt sống, phía dưới đi tới tận mặt sau của đốt S2, phía trên có thể lên tới các đốt sống ngực dưới. Bệnh nhân không có cảm giác khó chịu gì, trong và sau khi tiêm thuốc cản quang. Đôi khi có cảm giác đỡ đau rễ so với trước khi chụp.

• Các hình ảnh bệnh lý thường có hai mức độ:

- Chèn dầy cột thuốc cản quang
- Nghẽn tắc hoàn toàn hoặc không hoàn toàn cột cản quang.

TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

Các hình ảnh này là do lỗi hoặc thoát vị đĩa đệm ra sau.

Ưu điểm cơ bản của phương pháp là tránh được các tai biến do thuốc cản quang có thể gây ra khi chụp bao rễ thần kinh, đặc biệt là biến chứng "động kinh tử". Hạn chế của phương pháp này là chỉ có khả năng chẩn đoán được thể thoát vị đĩa đệm ra sau

VII. CHỤP TỈNH MẠCH THẮT LƯNG (PHLÉBOGRAPHIE LOMBAIRE)

Năm 1952 lần đầu tiên Fischgold chụp tĩnh mạch thắt lưng bằng đường xuyên móm gai. Năm 1955, Holander và Lindblom mô tả phương pháp tiêm chất cản quang vào tĩnh mạch đùi, (có ép bụng) đã chụp được đám rối tĩnh mạch ngoài màng cứng vùng thắt lưng.

Hình 168d:

Trần Lương C.

Chụp X quang tĩnh mạch thắt lưng lên, hình tĩnh mạch dọc bị cắt cụt cả hai bên tương ứng vị trí đĩa đệm L4 - L5 do thoát vị đĩa đệm ở vị trí giữa (đã phẫu thuật kết quả tốt).



THƯ VIỆN
HUBT

TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

Do ưu điểm cơ bản của chụp tĩnh mạch thất lưng là không gây nguy hiểm gì đối với tủy sống và màng não tủy, lại có thể thăm dò cả những đoạn ống sống ở mức cao hơn so với chụp bao rể thần kinh nên phương pháp này vẫn được sử dụng trong chẩn đoán các bệnh lý thất lưng.

Nhìn chung có hai kỹ thuật đã được sử dụng: kỹ thuật chụp tĩnh mạch gai sống thất lưng (veinospondylographie lombaire) và chụp tĩnh mạch thất lưng lên.

1. Chụp tĩnh mạch gai sống

Chọc kim qua nền mông gai đốt sống L3 hoặc L4, L5

a) Chỉ định:

- Thoát vị đĩa đệm ra sau
- U rể thần kinh
- Bệnh lý hệ tĩnh mạch vùng ống sống (u, giãn tĩnh mạch)
- Các quá trình bệnh lý khác ở khoang ngoài màng cứng

b) Chống chỉ định:

- Nhiễm khuẩn vùng thất lưng
- Rối loạn đông máu và chảy máu
- Dị ứng thuốc cản quang

c) Kỹ thuật:

Bệnh nhân nằm sấp trên bàn X quang. Gây tê tại chỗ vào vùng nền mông gai đốt sống bằng novocain 0,25%. Chọc kim Trocart qua da và điểm nền mông gai, thường ở cách đường giữa khoảng 1cm, chúng tôi thường dùng loại kim nhỏ cứng và sắc, đường kính 1,26mm, dài 6cm, cơ que thông, chọc chếch

45° so với mặt phẳng thất lưng vào nền mòm gai, khi xuyên qua màng xương vào phần xương xốp, rút que thông ra và nếu có máu tĩnh mạch chảy ra là đạt yêu cầu. Bơm 10ml thuốc cản quang (conray 60 hoặc 400, visostrast 290) trong vòng 4 - 5 giây và ngay sau khi bơm hết thuốc, chụp hai phim tư thế thẳng và nghiêng.

2. Chụp tĩnh mạch thất lưng lên

Bệnh nhân nằm ngửa trên bàn X quang. Chọc hai tĩnh mạch đùi bằng hai kim, lắp vào hai đốc kim một ống dây hình chữ T, đầu dài của ống lắp vào bơm tiêm đựng thuốc cản quang. Trước khi bơm thuốc cản quang cần nén động mạch chủ bụng. Sau khi bơm hết thuốc chụp ngay một phim ở tư thế thẳng.

3. Hình ảnh X quang hệ tĩnh mạch ống sống

a) Hình ảnh bình thường.

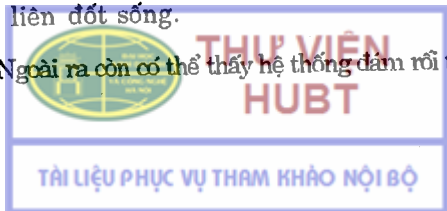
-Trên phim thẳng thấy được (hình 169)

Các tĩnh mạch dọc (5) ở hai bên kéo dài 3 - 4 đốt sống, chúng tách xa nhau (vòng ra hai bên) ở vùng giữa khe liên đốt và xích lại ở vùng thân đốt sống.

Các tĩnh mạch ngang (6) nối thông với hai tĩnh mạch dọc hai bên phải và bên trái ở chỗ hai tĩnh mạch dọc xích lại gần nhau nhất. Các tĩnh mạch dọc và ngang tạo lên những chấm tĩnh mạch. Nơi rộng nhất của chấm tĩnh mạch là chỗ hai tĩnh mạch dọc xa nhau nhất (khoảng 20 - 25mm).

Các tĩnh mạch tiếp hợp (4) đi khỏi ống sống từ các tĩnh mạch dọc qua các lỗ tiếp hợp, chúng đi chệch từ trên xuống dưới, từ trong ra ngoài và tương ứng với bờ trên của lỗ tiếp hợp liên đốt sống.

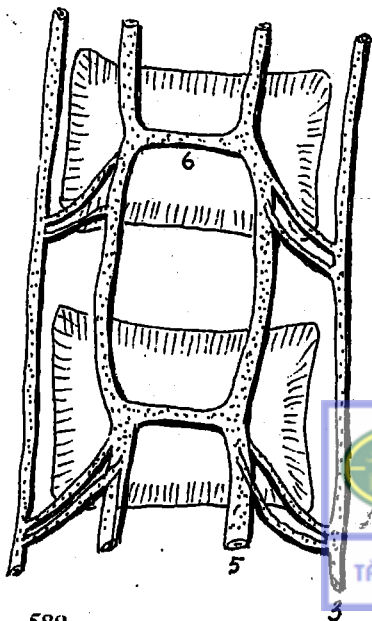
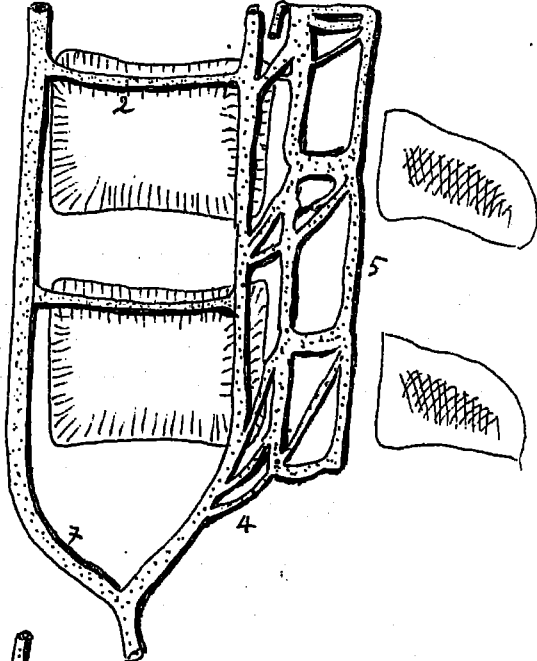
Ngoài ra còn có thể thấy hệ thống đám rối tĩnh mạch ngoài đốt sống.



Hình 169:

Hệ tĩnh mạch ống sống

1. Tĩnh mạch chủ dưới;
2. Tĩnh mạch thất lưng ngang
3. Tĩnh mạch thất lưng lên
4. Tĩnh mạch tiếp hợp
5. Tĩnh mạch dọc
6. Tĩnh mạch ngang;
7. Tĩnh mạch chậu



THƯ VIỆN
HUYẾT

TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

- Trên phim nghiêng thấy được:

Các tĩnh mạch dọc trước và dọc sau, cách nhau khoảng 10mm. Ở vùng giữa thân đốt sống có các tĩnh mạch ngang nối các tĩnh mạch dọc với nhau.

b) Hình ảnh bệnh lý:

Trong thoát vị đĩa đệm thường gặp các hình ảnh bệnh lý sau:

- Hình cắt cụt tĩnh mạch là dấu hiệu đáng tin cậy thường gặp nhất. Hình cắt cụt hoàn toàn cả hai bên tĩnh mạch dọc trước thường tương ứng với thoát vị đĩa đệm ở vị trí giữa, có kích thước khá lớn. Hình cắt cụt ở một bên của tĩnh mạch dọc tương ứng với thoát vị sau bên.

- Hình các tĩnh mạch dọc bị đẩy vào trong là thoát vị đĩa đệm ở vị trí bên. Ngược lại các tĩnh mạch dọc bị đẩy ra ngoài là thoát vị đĩa đệm ở vị trí giữa.

- Hình tĩnh mạch dọc bị mờ (thường là đối xứng) và nếu nó không đi kèm với các loại hình ảnh đã nêu trên thì một mình dấu hiệu này không tương ứng với thoát vị đĩa đệm.

VIII - CHỤP X QUANG ĐỘNG MẠCH TỦY

+ Mục đích: đưa chất cản quang vào động mạch, chủ yếu là các động mạch của khối u, nhờ một ống thông đặt vào một nhánh động mạch chính nuôi khối u (thường là một động mạch liên sườn hoặc động mạch Adamkiewicz tùy theo vị trí của khối u).

+ Chỉ định: trong trường hợp lâm sàng hoặc hình ảnh chụp tủy cản quang có nghi ngờ các khối u sau đây:

Bệnh nhân nằm ngửa trên bàn X quang. Chọc hai tĩnh

- U mạch máu tủy sống (angiome)



THƯ VIỆN
HUBT

TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

- U nguyên bào mạch tủy sống (hémangioblastome)

IX. CHỤP ĐĨA ĐỆM (Discographie)

Chụp cản quang đĩa đệm cột sống đã được Junghans nghiên cứu từ năm 1931 và Lindblom đưa vào sử dụng trong lâm sàng từ năm 1948.

1. Chỉ định

- Đau thắt lưng hoặc đau rễ thắt lưng cùng chưa xác định được nguyên nhân bằng các phương pháp khác.

- Nghi ngờ thoát vị đĩa đệm nhưng chụp bao rễ thần kinh chưa phát hiện được.

- Trước khi phẫu thuật đĩa đệm.

- Chỉ định bắt buộc trước khi điều trị thoát vị đĩa đệm bằng phương pháp tiêu nhân (chimionucléolyse).

2. Chống chỉ định

- Dị ứng với thuốc cản quang định dùng, novocain

- Đang có bệnh gan, thận, máu, tim.

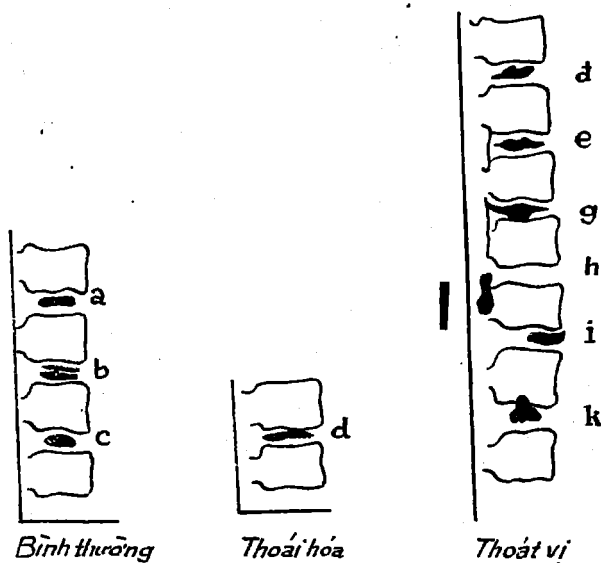
- Viêm đĩa đệm.

- Nhiễm khuẩn toàn thân, nhiễm khuẩn cục bộ (lao cột sống, viêm cơ...)

3. Kỹ thuật

Tiến hành trên bàn X quang trong điều kiện vô khuẩn như một phẫu thuật. Bệnh nhân đã được giải thích, yên tâm và tự nguyện xin chụp đĩa đệm. Chọc kim (dài 12 - 13 cm đường kính 1mm) vào các đĩa đệm định chụp sau khi gây tê điểm chọc và đường chọc bằng novocain 0,25%.

Chọc đĩa đệm theo đường giữa sau, trong tư thế bệnh nhân nghiêng, co hai chân, "cong lưng tôm" như trong thủ thuật chọc thất lưng, nhưng đường này bắt buộc kim phải xuyên qua bào nhân kinh và có thể tạo hình giả do thuốc cản quang tràn ngược ổ chọc kim ở phía sau của đĩa đệm và chảy vào khoang ngoài cứng. Do đó nhiều tác giả áp dụng chọc đường bên (nhất là hợp bơm thuốc vào đĩa đệm với mục đích điều trị).



Hình 170: Hình ảnh chụp đĩa đệm

- Bình thường: a) Hình bánh qui
 b) Hình bánh dày kẹp chả (hay bánh sandwich)
 c) Hình quả bóng bầu dục - Thoái hóa đĩa đệm (d) - TVDD:
 d) Dứt vòng sợi e) Lõi đĩa đệm
 g) Đĩa đệm xuyên qua dây chằng dọc sau
 h) Thoát vị toàn bộ đĩa đệm gây hẹp ống sống
 i) TVDD ra trước k) TVDD kiểu Schmorl

Trường hợp chọc đĩa đệm theo đường bên, chọc kim từ bờ ngoài khối cơ lưng to theo một góc 45° hướng về đĩa đệm định chụp. Người làm thủ thuật có kinh nghiệm sẽ nhận biết dễ dàng bằng cảm giác của tay khi chọc kim qua vòng sợi đĩa đệm. Để kỹ thuật tiến hành được thuận lợi, Vũ Quang Bích, Nguyễn Xuân Thân và Ngô Thanh Hồi đã tạo ra "thuốc dẫn kim" có điểm tựa để dẫn mũi kim đúng hướng vào đĩa đệm.

Trước khi chụp cần phải kiểm tra chắc chắn là đầu kim đã nằm ở trong đĩa đệm hay chưa bằng một phim chụp nghiêng hoặc chệch 45° (nếu không có máy X quang có màn vô tuyến tăng sáng để theo dõi kim).

Bơm thuốc cản quang Medio - Contrix 380 (Sodium isothalamat) hoặc Dimer X hoặc Conray 60, Conray 400 (1ml thuốc có 400 iod, khi dùng pha với tỷ lệ 3ml conray + 2ml nước cất) vào trong đĩa đệm rồi chụp X quang thẳng, nghiêng và các tư thế khác nếu cần. Đĩa đệm thắt lưng của người lớn bình thường chứa 1ml đến 1,5ml chất lỏng. Khi bơm dưới áp lực bằng tay bơm thuốc vào một đĩa đệm bình thường (không bị bệnh) thì không gây đau. Sau 24 giờ thuốc cản quang sẽ được hấp thu hoàn toàn không còn dấu vết trên chụp phim đĩa đệm.

Khi bơm thuốc vào đĩa đệm nếu cảm giác thấy nhẹ tay và lượng thuốc có thể bơm được trên 2ml thì có thể coi đó là dấu hiệu của thoái hóa đĩa đệm với sự lỏng lẻo của tổ chức và rạn rách vòng sợi đĩa đệm về nhiều phía. Do đó khi bơm thuốc vào đĩa đệm có thể gây đau cục bộ ở thắt lưng.

Nếu bơm thuốc vào dễ dàng và khả năng số lượng dịch bơm vào không giới hạn thì cần ngừng bơm và cho chụp X quang ngay. Hình ảnh thường gặp trong trường hợp này là thoát vị đĩa đệm toàn bộ vào ống sống. Thuốc cản quang chỉ

còn rất ít trong khoang liên đốt sống mà phần lớn đã chảy qua chỗ rách lớn ở vòng sợi phía sau, theo đường thoát ra của nhân nhầy tràn vào khoang ngoài màng cứng.

4. Kết quả

+ Đĩa đệm bình thường: trên phim chụp có hình bánh qui, hình bánh dày kẹp chả, hình bầu dục. Ranh giới giữa nhân nhầy với vòng sợi đều đặn và rõ nét. Không có sự lan tỏa của chất cản quang theo các hướng.

+ *Những hình ảnh bệnh lý:*

- Thay đổi hình dạng nhân nhầy, thoát vị nhân nhầy về các hướng

- Thay đổi của vòng sợi: các kẽ nứt, vết rạn, rách hình tia, hình nan hoa, những đứt rách lớn gây thoát vị đĩa đệm.

- Các biến đổi bất thường khác như tăng sinh mạch máu trong đĩa đệm...

Cần phân tích và mô tả kỹ mọi hình ảnh bất thường của đĩa đệm để đối chiếu với lâm sàng mới có thể kết luận chẩn đoán đúng đắn.

+ *Khả năng chẩn đoán của chụp đĩa đệm:*

- Chụp đĩa đệm có thể chẩn đoán chính xác từng giai đoạn của hư đĩa đệm (thoái hóa) gần như tương ứng với phần chia giai đoạn theo giải phẫu bệnh lý. Nó có khả năng chẩn đoán hư đĩa đệm ở giai đoạn sớm chưa có biểu hiện trên lâm sàng và X quang thường.

- Chẩn đoán đúng và đầy đủ các tự thể của thoát vị đĩa đệm:

Thoát vị đĩa đệm ra sau đã gây đứt dây chằng dọc sau hay chưa. Có thể thoát vị phần trên, phần dưới hoặc cả 2 phần

Hình 171:

TVDD L3-L4 ra trước
và TVDD L4-L5 ra sau

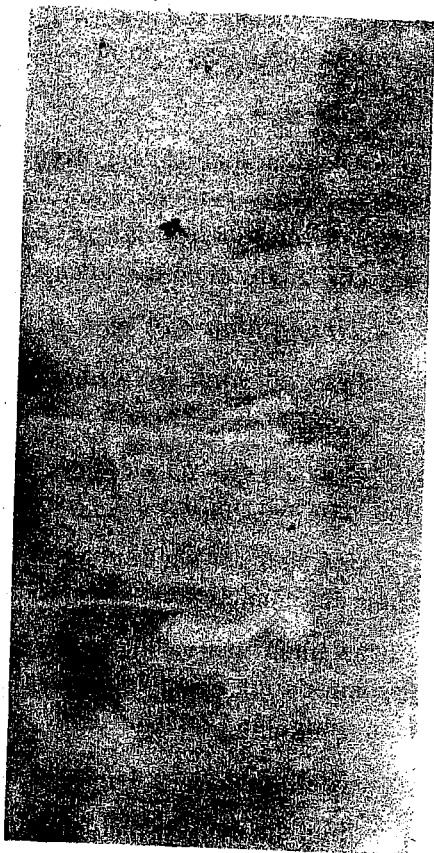
. Thoát vị đĩa đệm ra
trước

. Thoát vị đĩa đệm ra
phía bên vào lỗ ghép liên
đốt sống.

. Thoát vị đĩa đệm
vào thân đốt sống kiểu
Schmorl.

. Thoát vị đĩa đệm xiên
qua xương đốt sống...

Những hình thái
phức tạp này của thoát
vị đĩa đệm chỉ có thể
chẩn đoán được bằng
chụp đĩa đệm.



+ Chụp đĩa đệm giúp phát hiện tình trạng tăng phân bố
mạch máu bất thường trong đĩa đệm. Đây là trường hợp phản
chỉ định quan trọng của phương pháp điều trị tiêu nhân bằng
cách tiêm vào đĩa đệm một loại enzym (gây tai biến sốc nguy
hiểm nếu enzym vào máu). Trong lâm sàng hiện nay sử dụng
hai chất tiêu nhân đĩa đệm là chymopapain (enzym tiêu sụn)
và aprotinin (hay trasylol là một polypeptide kiềm).

5. Các biến chứng cần phòng tránh khi chụp đĩa đệm.

- Nhiễm khuẩn đĩa đệm
- Sốc phản vệ do thuốc tê hoặc thuốc cản quang.
- Chọc phải các tạng (động, tĩnh mạch chủ, thận, niệu quản)
- Gãy kim trong đĩa đệm
- Trường hợp chụp đĩa đệm theo đường giữa sau cần đề phòng nhiễm khuẩn màng não hoặc nhiễm khuẩn ngoài màng cứng.

CHỤP X QUANG CẮT LỚP VI TÍNH

(X ray computed tomography)

Chụp X quang cắt lớp vi tính (C.T Scanner , hay chụp cắt lớp đo tỷ trọng - tomodensitometrie) là phương pháp chẩn đoán nhanh, độ tin cậy cao. Với 9-10 thiết đồ cắt ngang từ lỗ chấm đến đỉnh đầu cách nhau 6-10 mm đủ để kiểm tra thương tổn trong hộp sọ. Hình ảnh CT - Scanner cho phép xác định sớm u não, áp xe não, ổ máu tụ sau chảy máu não hoặc các thương tổn do chấn thương sọ não: xác định ổ máu tụ không cần chờ đợi khi trí giác xấu đi hoặc có những dấu hiệu khu trú (giãn đồng tử một bên, liệt nửa người bên đối diện... nhờ đó hạ thấp được tỷ lệ tử vong.

Theo các tác giả Pháp (D. Heanbourquin, Ch. Pharabon,



THƯ VIỆN
HUYẾT

TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

Ch. Dersier.... 1985) CT Scanner chẩn đoán thoát vị đĩa đệm cột sống chính xác tới 89,5% (trường hợp chẩn đoán sai là do thoát vị đĩa đệm kết hợp với hẹp ống sống và do thiếu sót về kỹ thuật (cắt lớp theo milimet không hoàn toàn thẳng góc với cột sống) và đọc kết quả thiếu thận trọng.

Ở Việt nam chiếc máy chụp X quang cắt lớp vi tính đầu tiên bắt đầu hoạt động tại bệnh viện Việt Xô từ đầu năm 1991.

I- NGUYÊN LÝ CƠ BẢN CỦA CHỤP X QUANG CẮT LỚP VI TÍNH

Dựa vào lý thuyết về tái tạo ảnh cấu trúc một vật thể ba chiều, Housfield (1973) đã thiết kế một máy chụp cắt lớp vi tính (Computerized tomography Scans - viết tắt CT) gồm một hệ thống phát xạ quang tuyến X và những đầu dò đặt đối diện. Hệ thống này quay quanh một đường tròn của một mặt phẳng vuông góc với trục cơ thể. Chùm tia đi qua một cửa sổ rất hẹp (vài milimét) qua cơ thể bị hấp thu một phần, phần còn lại sẽ được đầu dò ghi lại. Kết quả ghi được ở nhiều vị trí khác nhau của bóng X quang sẽ chuyển vào bộ nhớ của một máy vi tính để phân tích. Phương pháp này cho phép phân biệt các cấu trúc cơ thể trên cùng một mặt phẳng có độ chênh lệch tỷ trọng 0,5%.

II. KỸ THUẬT MÁY X QUANG CẮT LỚP VI TÍNH

Máy thế hệ 1: có một đầu dò (detector). Bóng quang tuyến quay và tịnh tiến. Chùm tia X cực nhỏ chiếu qua cơ thể tới một đầu dò để nhận kết quả. Bóng quang tuyến X quay quanh cơ thể 180° . Khi quay 1° lại quét ngang cơ thể và phát tia để đo. Thời gian chụp một quang ảnh là vài phút.

Máy thế hệ 2: có nhiều đầu dò. Bóng quang tuyến quay và tịnh tiến. Chùm tia X có góc mở khoảng 10° . Thời gian

chụp một quang ảnh 6 - 20 giây.

Máy thế hệ 3: Có nhiều đầu dò. Bóng quay tuyến quay đơn thuần. Chùm tia X có góc mở rộng hơn. Thời gian chụp một quang ảnh 1 - 4 giây.

Máy thế hệ 4: có tới hàng nghìn đầu dò gá cố định vào 360° của đường tròn. Bóng quang tuyến quay quanh trục cơ thể và phát tia. Thời gian chụp một quang ảnh dưới 1 giây.

III. ĐƠN VỊ THỂ TÍCH, ĐƠN VỊ ÁNH, TỶ TRỌNG

Một lớp cắt chia ra nhiều đơn vị thể tích. Số đơn vị thể tích của một lớp cắt trong toán học gọi là ma trận (matrix). Mỗi đơn vị thể tích sẽ hiện lên ảnh như một điểm nhỏ. Tổng các điểm hợp thành một quang ảnh (picture element). Dựa vào độ hấp thu tia X của từng đơn vị thể tích máy tính sẽ tính ra tỷ trọng trung bình của mỗi đơn vị thể tích và ghi nhớ lại. Cấu trúc hấp thu càng nhiều tia X thì tỷ trọng càng cao. Dựa vào hệ số suy giảm tuyến tính của chùm tia X người ta tính ra tỷ trọng của cấu trúc theo đơn vị Housfield:

Nước (H_2O) có trọng khối $1,000 \text{ g/cm}^3 = 0$ đơn vị Housfield

Không khí có trọng khối $0,003 \text{ g/cm}^3 = -1000$ đơn vị Housfield.

Xương đặc có trọng khối $1,7000 \text{ g/cm}^3 = +1700$ đơn vị Housfield.

Chất trắng của não: 29 - 36 đơn vị Housfield.

Chất xám của não: 33 - 35 đơn vị Housfield.

Dựa vào số đo tỷ trọng trung bình của mô lành, ta có ba loại cấu trúc:

- Tăng tỷ trọng (hyperdense): tỷ trọng cao hơn mô lành.
- Cùng tỷ trọng (isodense): tỷ trọng như mô lành

- Giảm tỷ trọng (hypodense): tỷ trọng thấp hơn mô lành.

IV. CHỈ ĐỊNH C.T. SCANNER SỌ NÃO

1- Chấn thương sọ não: trường hợp nghi ngờ có ổ máu tụ ngoài màng cứng hoặc dưới màng cứng, nhất là các ổ máu tụ mạn tính không có vỡ xương sọ. Đặc biệt trong trường hợp máu tụ cả hai phía đối diện của hộp sọ hoặc ở những vùng không gây chuyển dịch vị trí của động mạch não, thường không thể phát hiện được bằng chụp động mạch não.

2- U não: trường hợp nghi u não, u nền sọ, u dây VIII u hố mắt, ung thư di căn lên não. CT Scanner cho phép xác định vị trí, độ lớn và dự đoán cấu trúc của u. Để dự đoán bản chất của u thường phải tiêm cản quang tĩnh mạch để đánh giá tưới tuần hoàn trong u. Tuy nhiên để phân biệt u não, áp xe não và nhồi máu não bao giờ cũng phải kết hợp với bệnh cảnh lâm sàng.

3. Tai biến mạch máu não: trường hợp nghi ngờ có ổ máu tụ do xuất huyết não. CT Scanner giúp phân biệt ổ máu tụ do xuất huyết não với những ổ giảm tỷ trọng do nhồi máu hoặc tắc mạch, giúp chỉ định điều trị phẫu thuật sớm ổ máu tụ.

4- Viêm não

- Trường hợp nghi viêm não nhưng lâm sàng chưa loại trừ hẳn được áp xe não hoặc u não.

- Nghi có các ổ viêm khu trú ở não.

V. CHỈ ĐỊNH CT SCANNER TRONG THOÁT VỊ ĐĨA ĐỆM

- Hướng dẫn phẫu thuật đĩa đệm

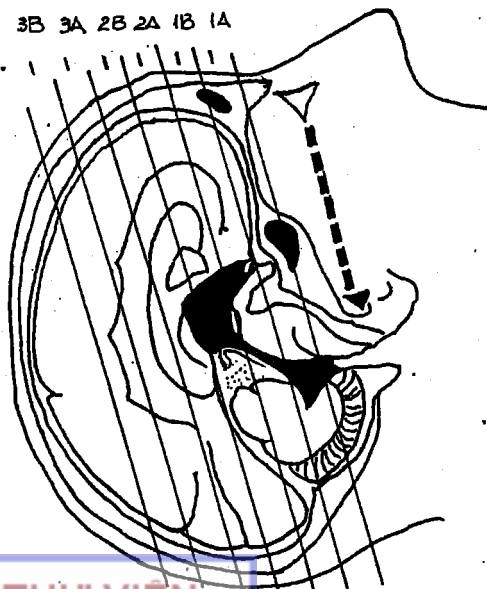
- Trước khi tiến hành phương pháp hóa tiêu nhân (chimio

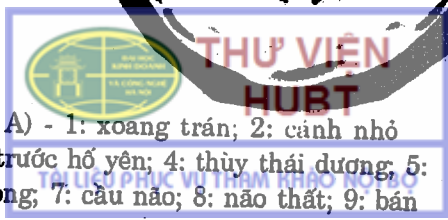
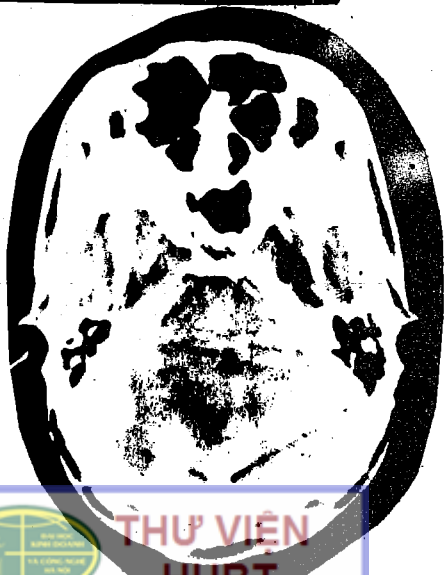
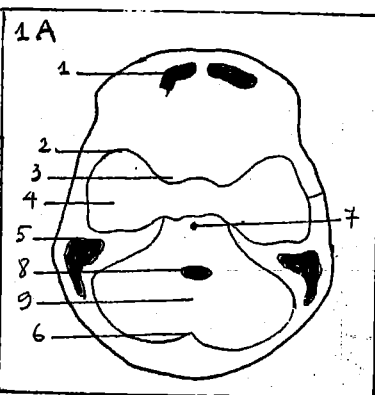
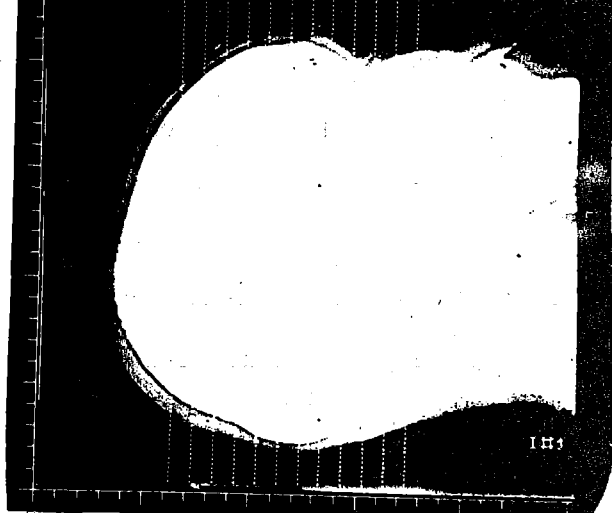
- nucléolyse) để tiêu hủy nhân nhầy đĩa đệm bị thoát vị
- Phát hiện những chống chỉ định của hóa tiêu nhân như:
Hẹp ngách bên (récessus lateral) của ống sống
Thoát vị đĩa đệm thành khối lớn.
Thoát vị đĩa đệm đã bị tách rời (hernie discale exculue)
Thoát vị đĩa đệm trên một đĩa đệm đã thoái hóa.

VI. HÌNH ẢNH CT SCANNER

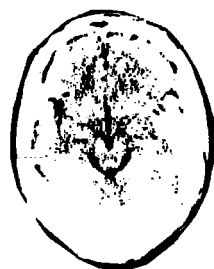
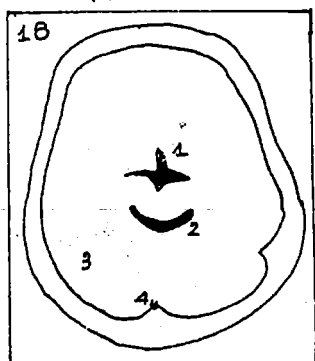
1. Các lớp cắt cơ bản và hình ảnh bình thường

Hình 172 :
Các lớp
cắt cơ
bản đối
với hộp
sọ theo
đường lỗ
tai - đuôi
mắt.

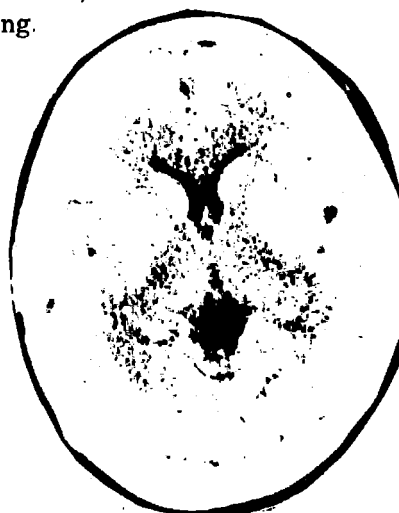
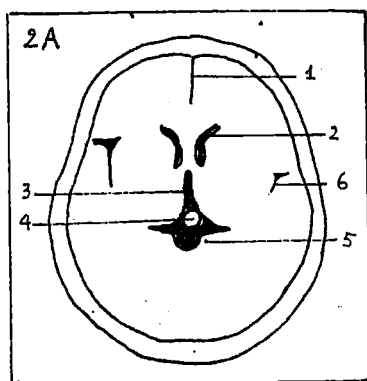




Hình 173a (lớp cắt 1 A) - 1: xoang trán; 2: cánh nhỏ xương bướm 3: mỏm trước hố yên; 4: thùy thái dương; 5: tháp đá; 6: ụ chẩm trong; 7: cầu não; 8: não thất; 9: bán cầu tiểu não.



173b (lớp cắt 1B)- 1: bể đáy; 2: bể Ambien;
3: bán cầu tiểu não; 4: ụ chấm trong.

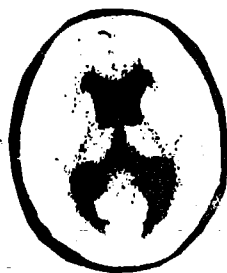
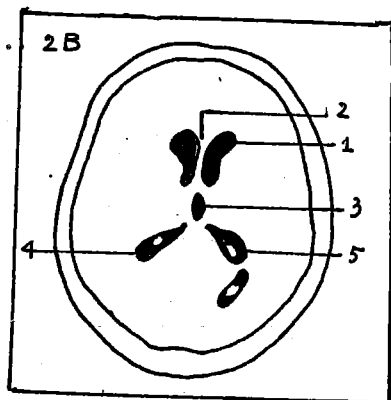


Hình 173c (Lớp cắt 2A) - 1: bể liên bán cầu. 2: sừng
trán NTB; 3: não thất 3; 4: ổ vòi hóa tuyến tùng;
5: bể tĩnh mạch lớn; 6: bể đảo.

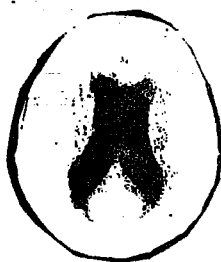
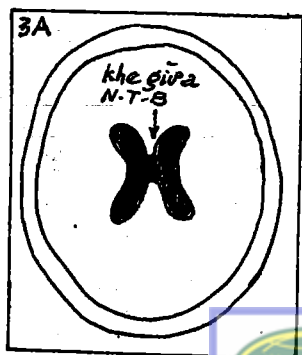


THƯ VIỆN
HUYẾT

TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

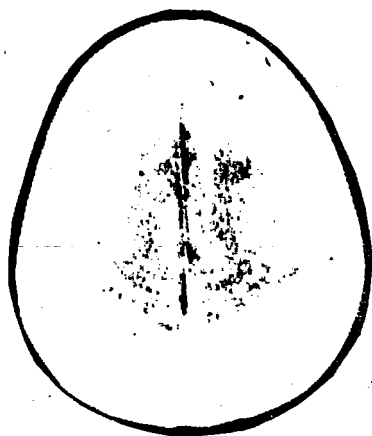
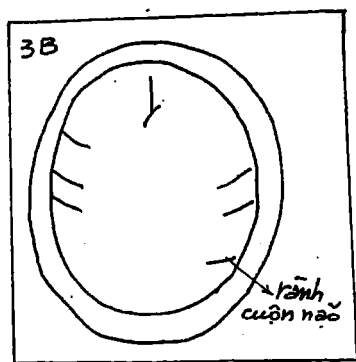


Hình 173d (lớp cắt 2B)- 1: sừng trán NTB; 2: vách trong 3: não thất 3; 4: ụ tam giác; 5: sừng chẩm NTB



Hình 173e: lớp cắt 3A





Hình 173g: lớp cát 3B

2. Hình ảnh bệnh lý:

a) *Máu tụ ngoài màng cứng*: vùng tăng tỷ trọng hình thấu kính hai mặt lồi, sát xương sọ, ranh giới rõ. Sau chảy máu ngày thứ 7 thì tỷ trọng giảm dần, thấp hơn phần mềm và cuối vùng có thể hình thành một kén dịch.

b) *Máu tụ dưới màng cứng cấp và bán cấp*: vùng tăng tỷ trọng hình liềm, giãn rộng não thất bên, di lệch đường giữa của não, xóa các rãnh, nhất là các rãnh liên bán cầu dọc theo liềm não.

c) *Ố áp xe*: thông thường mũ có tỷ trọng 30 đơn vị Hounsfield. Ố áp xe mới có tổ chức hạt bao quanh rất gần tuần hoàn nên khi đưa thuốc cản quang vào tĩnh mạch sẽ có một bao tăng tỷ trọng bọc quanh ổ áp xe. Ố áp xe mạn tính: khi đưa thuốc cản quang vào tĩnh mạch sẽ có vỏ hiện rõ. Tỷ trọng mũ chứa trong ổ áp xe có thể giảm gần xuống dần với nước.

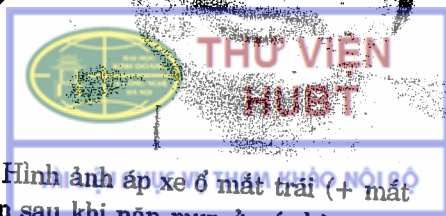
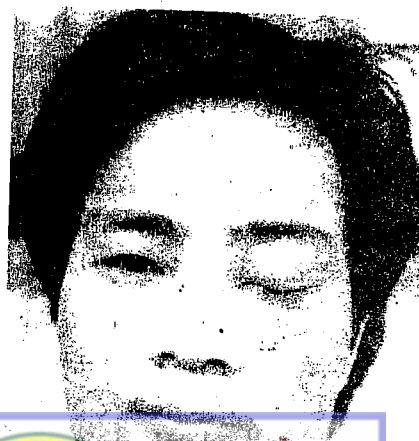


THƯ VIỆN
HUYẾT

TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

Hình 174:

CTT. 51 tuổi -
Hình ảnh khối
choán chỗ giảm tỷ
trọng hình cầu ở
bán cầu tiểu não
phải (có vỏ ngấm
thuốc cản quang), đè
xẹp não thất tư và
có vùng phù não ở
khu vực cầu - tiểu
não. Lâm sàng có
hội chứng tăng áp
lực nội sọ và hội
chứng nhiễm khuẩn.
Kết quả phẫu thuật:
áp xe tiểu não.

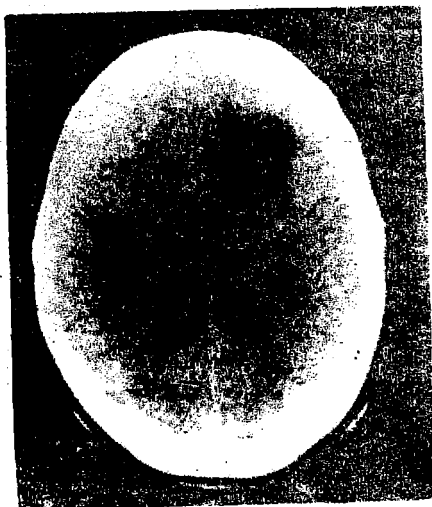


Hình 175 - CVT 30 tuổi - Hình ảnh áp xe ổ mắt trái (+ mắt
lồi, sụp mí). Bệnh xuất hiện sau khi nặn mụn ở góc hàm trái.

d) Viêm não: ổ giảm tỷ trọng trong não.

Hình 176:

NKA 36 tuổi. Hình ảnh viêm não: nhiều ổ giảm tỷ trọng ở mô trắng, ranh giới không rõ, chủ yếu ở vùng trán đỉnh hai bên.

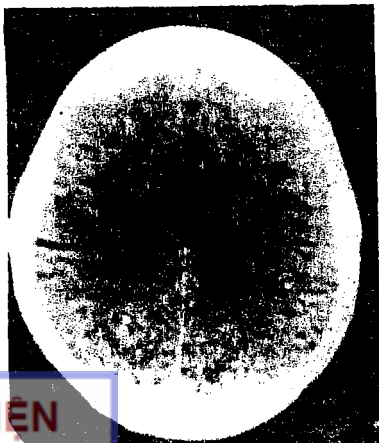


e) U não:

Hình khối choán chỗ tăng hoặc giảm tỷ trọng tùy theo loại u, kèm theo di lệch đường giữa của não, phù não, tràn dịch não... tùy thuộc vị trí của u.

Hình 177a: TTT.

Bệnh ấu trùng sán lợn (cysticercose): hình ảnh nang sán hoạt động (nang + vôi hóa đầu sán) ở khắp hai bán cầu và hình vôi hóa của sán chết ở vỏ não vùng đỉnh.

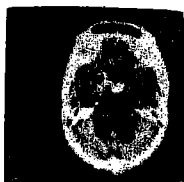
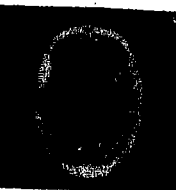
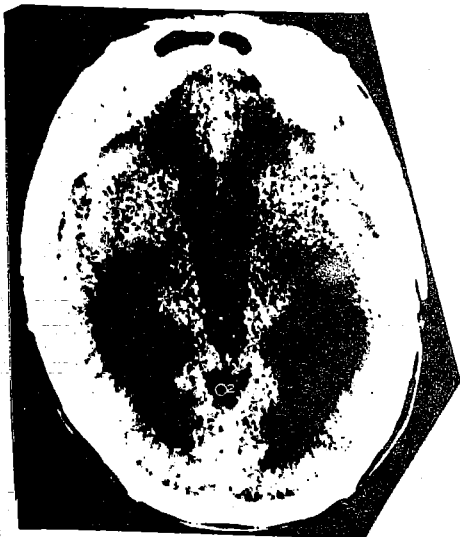


THƯ VIỆN
HUBT

TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

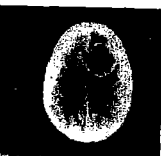
Hình 177b:

NQT - 27 tuổi. Hình ảnh một khối choán chỗ không đồng nhất về tỷ trọng ở nền thùy nhộng tiểu não, tràn dịch não (hydrocéphalie) do u nang nước chèn ép cống Sylvius.



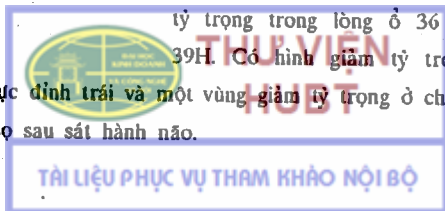
Hình 178:

NNL. Hình ảnh u tuyến yên.



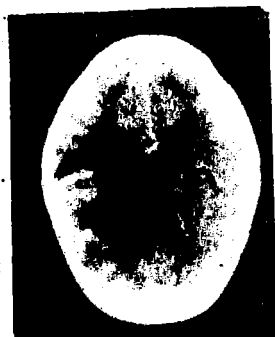
Hình 179a: KTQ. 50 tuổi: khối phát triển nội sọ: ổ tròn, đường kính 43mm ở vùng trán - đỉnh trái, có viền đậm và ngấm thuốc cản quang.

tỷ trọng trong lòng ổ 36 và 39H. Có hình giảm tỷ trọng dạng phù não ở khắp khu vực đỉnh trái và một vùng giảm tỷ trọng ở chẩm phải và tỷ trọng tăng ở hố sau sát hành não.



Hình 179b:

DVD: U nang nước ở sán não thất tư, viêm dính tổ chức xung quanh làm nghẽn tắc lưu thông DNT, gây nên hội chứng tăng áp lực nội sọ (làm CT tại Bệnh Viện Việt Xô, Mổ tại Viện quân Y 103).



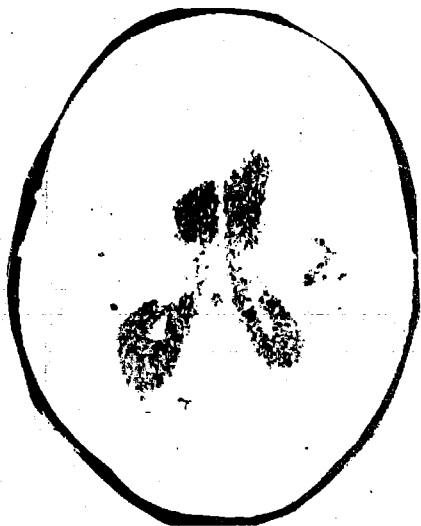
Hình 180: BTM u màng não thất (épendymome) hình khối chón chỗ ở thùy thái dương trái.

g) Ổ hoại tử:

Ổ hoại tử có tỷ trọng giảm do quá trình dịch hóa tổ chức (ổ hoại tử gặp trong viêm không hồi phục, trong các u phát triển nhanh do thiếu oxy tổ chức hoặc chảy máu trong u)

h) Vôùi hóa ổ hoại tử hoặc vôùi hóa protein thoái hóa:

Tỷ trọng ổ vôùi hóa cao hơn tỷ trọng ổ máu tụ, có thể tăng dần tới tỷ trọng xương cứng tùy thuộc mức độ thấm vôùi.



Hình 181: DTN.
U não thất bên, bên phải.

i) Dịch trong kén, dịch viêm, dịch thấm

Dịch trong kén có tỷ trọng gần với nước. Tỷ trọng này phụ thuộc nhiều nhất vào lượng protein trong dịch. Kén là một khoang vô mạch nên tỷ trọng sẽ không đổi khi tiêm thuốc cản quang vào mạch máu.

Dịch tiết hay dịch viêm có lượng anbumin trên 30g/lít có thể đạt tỷ trọng 20 - 30 đơn vị H. Dịch thấm ít anbumin hơn, tỷ trọng gần với nước.

k) Phù não:

Giảm tỷ trọng chất não nói chung hoặc giảm tỷ trọng khu



THƯ VIỆN
HUBT

TÀI LIỆU PHỤC VỤ THỰC HÀNH NỘI BỘ

chú ở một vùng nhất định. Giảm kích thước hoặc vắng mặt hệ thống não thất, không có di lệch cấu trúc đường giữa của não.

CHỤP CỘNG HƯỞNG TỪ

(MAGNETIC RESONANCE IMAGING)

Đây là phương pháp hiện đại nhất chẩn đoán hiện đại nhất đã được sử dụng ở một số nước.

1- Nguyên lý chung:

Bệnh nhân được đưa vào một từ trường mạnh và phát sóng radio vào những cuộn dây đồng xung quanh bệnh nhân. Sau khi tắt sóng radio thì bệnh nhân sẽ phát ra những tín hiệu (từ hạt nhân của nguyên tử hydrogen có mặt ở các mô của cơ thể). Hệ thống máy tính thu tín hiệu đó chuyển sang ảnh.

2- Lợi ích của chụp cộng hưởng từ:

- Có thể cắt ở bất kỳ mặt phẳng nào (cắt ngang, cắt nghiêng, cắt theo mặt phẳng trán...).
- Có thể chuẩn đoán phần mềm.
- Có thể chụp mạch máu (AG) không phải chọc kim vào bệnh nhân.
- Không bức xạ ion hóa (không gây hại cho bệnh nhân, không đe dọa ung thư hóa).

Tuy nhiên, không thể chụp cho bệnh nhân có kim loại trong cơ thể (mảnh bom, đạn...).



THƯ VIỆN
Y HỌC

TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

3- Chụp cộng hưởng từ cho thấy:

Ảnh chỉ tiết sọ não: cuộn não, não thất, hệ động mạch não.

Hình ảnh bệnh lý: u não, ổ máu tụ, xơ cứng rải rác (sclérose en plaques). Đặc biệt là bệnh mạch lý mạch máu não (dạng động - tĩnh mạch, nhồi máu não) và bệnh lý tuỷ sống.

4- Chỉ định: giống như CT. Scanner nhưng đặc biệt hơn là có chỉ định chụp động mạch não và chụp ống tủy.

TÓM LẠI

Có nhiều phương pháp và kỹ thuật khám thần kinh nhưng phải sử dụng một cách có chọn lọc và không bao giờ được dùng các xét nghiệm cận lâm sàng thay cho việc khai thác bệnh sử và khám xét lâm sàng tỷ mỉ. Dù có những phương tiện cận lâm sàng hiện đại cũng cần kết hợp chặt chẽ với khám xét lâm sàng mới có chẩn đoán chính xác.



TÀI LIỆU THAM KHẢO

- 1- Aitken J.T. Sholl D.A Webster K.E. Young J.Z - A manual of human anatomy, London, 1967.
- 2- Akhundov C.G Chẩn đoán và điều trị tổn thương thần kinh ngoại vi do chấn thương, kisenev, 1956.
- 3- M. W.Van Allen - pictorial manual of neurologie tests, Chicago, 1969
- 4- Vũ Triệu An - Đại cương sinh lý bệnh học Nhà xuất bản y học, Hà Nội, 1978
- 5- Trần Ngọc Ân - Bệnh thấp khớp, Nhà xuất bản y học, Hà Nội 1991
- 6- Vũ Quang Bích, Nguyễn Xuân Thân, Thái Khắc Châu, Ngô Thanh Hồi - Chụp cản quang đĩa đệm cột sống thắt lưng theo đường bên (discographie lombaire par voi latérale). Tư liệu y học quân sự 1983, 15, 56.
- 7- Vũ Quang Bích, Nguyễn Xuân Thân, Ngô Thanh Hồi - Đau thắt lưng. Cục quân y 1988.
- 8- Vũ Quang Bích - Giá trị chụp CT trong chẩn đoán thoát vị đĩa đệm cột sống thắt lưng. Tạp chí y học thực hành, 1992, 5, 31-32.
- 9- Born J. D: The Glasgow - Liège scale. Prognostic Value and evolution of motor response and brain stem reflex after severe head injury - "Acta neurochir" 1988, 91, N^o 1-2, 1-11
- 10- Bộ môn X quang. Bài giảng chẩn đoán X quang, Học Viện quân y, 1985.
- 11- Cambier J, Masson M. Luchevalier B. Creissard P.



THƯ VIỆN
HUBT

TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

Delaporte P. Delen H. Abrégé de neurologie. Paris 1972.

12- Castan Ph - Saccoradiculographie. technique, resultats, limites, Insuffisances Rev neurolo. 1979, 9, 650.

13- Đặng Văn Chung - Bệnh học nội khoa, Nhà xuất bản y học 1974. 12- Joseph G. Chusid, Joseph J. McDonald - Correllation neuroanatomy and Functional neurology. California, 1960

14- Nguyễn Chương - Bài giảng thần kinh Nhà xuất bản y học, 1988

15- Phạm Tử Dương. Hội chứng tăng Lipid máu và bệnh vữa xơ động mạch. Hội thảo - tập huấn lão khoa lâm sàng. Hà Nội 1991, 143 - 154.

16- Ivan T. Draper - Lectur notes on neurology - PG Asian Ecomony edition, 1987.

17- Nguyễn Văn Đăng - Động kinh - Bách khoa thư học. Hà Nội 1991, 154-157.

18- Nguyễn Văn Đăng - Một số nhận xét kết quả chụp não cắt lớp vitinh trong xuất huyết nội sọ - Tóm tắt báo cáo hội nghị khoa học chuyên đề tai biến mạch máu não. Hà Nội, 1992, 57 - 59

19- Von L. Engelmann, Hähnel, Pfeiffer U. - Der stellenvert der diskografic bei der indikationsstellemg Zur Therapie bandscheibenbedingter Erkrankungen. Orthop. Traumatol. 1990, 37, 2

20- Frank A. Elliott - Clinical neurology London, 1952

21- Frank A. Elliott - Clinical neurology - Philadelphia and London 1966.

22- Fattorusso V. et Ritter O - Vademecum clinique du medecin praticien, Paris, 1967.

23- T. J Fowler, R. W. May = Neurology. PG Asian Economy Edition, 1988.

24- Freidin - Tổn thương tủy và điều trị tổn thương tủy bằng phương pháp vật lý. Mockva, 1957.

25- Grinker R.R.- Neurologie, Chicago, 1951

26- André Gübert - Schémas d'anatomie du systeme nerveux central, Paris, 1965

27- André Gübert - Les précis pratiques du symptome a la maladie en neurologie, Paris 1955

28- Vũ Đình Hải, Vũ Khánh, Nguyễn Lung, Nguyễn Văn Tiệp - Những nhiễm độc cấp tính thường gặp, Trường đại học y Hà Nội, 1985.

29- Đỗ Xuân Hợp - Giải phẫu đại cương, giải phẫu đầu mặt cổ - Nhà xuất bản y học, 1971.

30- Đặng Minh Hùng - Áp dụng kỹ thuật chụp cản quang tĩnh mạch thất lưng không dùng ống thông (Phlebographie Lominaire sans catheterisme), công trình nghiên cứu y học quân sự, 1988, 1, 19-22.

31- R. Kanagasuntheram, P. Sivanandasingham, A. Krishnamurti-Anatomy regional, Functional and clinical, PG publishing Singapore, Hong Kong, New Delli, 1987

32- Hà Văn Khánh, Đinh Văn Bền, Lê Đức Hình, Trần Thu Hương - Động kinh có thất gặp ở trẻ em. Tóm tắt hội nghị khoa học trường đại học y Hà Nội, 1988, 37-38.

33- Đỗ Thanh Kiểm - Hội chứng khe trên lồng ngực ở những người đeo ba lô nặng. Tư liệu y học quân sự, 1980, 6, 49 - 55.

34- Hoàng Đức Kiệt - Phương pháp chụp X quang cắt lớp - Vi tính (xray Computed - tomography) - Hội thảo - Tập huấn. lão khoa lâm sàng, Hà Nội, 1991, 105 - 116.

35- Trần Thụy Lâm, Nguyễn Thường Xuân - Hội chứng sườn cổ. Nhân 3 bệnh án. Tập san ngoại khoa, 1980, 2, 50 - 56.

36- Guy Lazorthes - Le systeme nerveux central, Masson. (Nguyễn Chương dịch, Hà Nội, 1981)

37- Lemke R., Rennert H. Neurologie und Psychiatrie, Leipzig, 1970. Hồ Hữu Lương - Hình thái các bao rễ thần kinh đuôi ngựa ở 90 bệnh nhân thoát vị đĩa đệm cột sống thắt lưng. Công trình nghiên cứu ý học quân sự. Học Viện quân y, 1987, 4, 24-25.

38- Hồ Hữu lương - Nhận xét về kích thước ống sọng thắt lưng và kích thước bao rễ thần kinh ở 85 bệnh nhân đau thần kinh hông. Công trình nghiên cứu y học quân sự. Học viện quân y 1987, 4, 21-24

39- Hồ Hữu lương. Nhận xét lâm sàng một trường hợp chảy máu thân não. Tư liệu y học quân sự. Học Viện quân y 1984, 2, 73-74.

40- Hồ Hữu Lương - Nhận xét một số đặc điểm lâm sàng và kết quả phục hồi chức năng trong tổn thương cột sống - tùy sống có liệt hai chi dưới. Luận án Phó tiến sĩ khoa học 1987.

41- Hồ Hữu Lương - Nhận xét về đặc điểm lâm sàng thoát vị đĩa đệm cột sống thắt lưng, đối chiếu với kết quả chụp bao rễ thần kinh. Nội san thần kinh, tâm thần và phẫu thuật thần kinh, 1986, 1-8.

42- Hồ Hữu Lương - Khám lâm sàng hệ thần kinh. Học viện quân y 1982, 80 trang.

43- Hồ Hữu Lương - Khám lâm sàng, triệu chứng và hội chứng thần kinh. Học Viện quân y 1989, 272 trang.

44- Hồ Hữu Lương - Bệnh thần kinh ngoại vi, chấn thương và vết thương cột sống - tùy sống. Học Viện quân y, 1992, 296 trang.

45- M. D. Mackay, Wortis, Bailey, Sugar - Year Book of neurology psychiatry and neurology - Chicago 1955 - 1956, 25-27.

46- John Maleot - Clinical examination, Lodon 1973 (Phan Chúc Lâm dịch).

47- Michon J. Moberg E.- traumatic avec lesions of the upper limb.

48- Mikheev V.V. Bệnh thần kinh. Mockva, 1974

49- Nguyễn Văn Nguyên, Ngô Như Hòa, Nguyễn Duy Hòa, Hà Huy Tiến, Phan Đức Khâm, Cù Nhân Nại, Nguyễn Trọng Nhân, Phan Dân, Đoàn Trọng Hậu - Nhân khoa, Hà Nội, 1970

50- Obraska, Perlemuter L. Quevauvilliers J. Médecine, Paris, 1972.

51- World health Organization - The ICD-10 Classification of mental and behavioural disorders - clinical description and diagnostic guidelines. Geneva, 1992

52- Henri Pequignot - Précis de pathologie médicale, Paris, 1966.

53-Perelman R. Margairaz - Feuillet de pathologie médicale, Paris, 1960.

54- L. Rimbaud - Précis de neurologie, Paris, 1950

55- M.Riser - Pratique neurologique, Paris, 1952.

56- Joseph G. Rushton - Clinical examination - W.B. Sauder Company, Philadelphia. London. Toronto, 1971.

57- M. Schuller - La revue du praticien, 1976.XXVI, 23

58 - J. D. Spillane - An atlas of Clinical neurology. New York. Toronto, 1975.

59- R. Stefaniak - Application d'une nouvelle methode de mesure indirecte de la capacité crânienne. Bordecaux, 1966



THƯ VIỆN
HUY

60- Nguyễn Sĩ Tân, Hồ Hữu Lương - Bài giảng thần kinh. Đại học quân y, 1972, 90 trang.

61- B. Teasdale and B. Jennett - Assessment of coma and impaired consciousness. A Practical scale. Lancet, July 13, 1974, 81-83

62- Nguyễn Xuân Thân - Chương trình hóa chấn đoán định khu tổn thương hệ thần kinh. Học Viện quân y 1985..

63- Lê Văn Thành - Hội chứng và bệnh học thần kinh. Nhà xuất bản Y học, 1984.

64- Trần Trọng Thủy - Khoa học chấn đoán tâm lý. Nhà xuất bản Giáo dục, 1982.

65- Lê Văn Tiến và cs - Nhận xét kết quả phương pháp chụp cản quang trước ngoài màng cứng chấn đoán thoát vị đĩa đệm vùng thắt lưng cùng. Y học quân sự, cục quân y, 1990.

66- Triumfov A.V - Chẩn đoán định khu các bệnh thần kinh. Mockva, 1974 (Đặng Đình Huấn, Dương Văn Hạng dịch),

76- Lê Xuân Trung - Triệu chứng học thần kinh, lâm sàng và X quang. Nhà xuất bản Y học, 1985.

68- Trường Đại học Y Hà Nội - Bài giảng mắt, răng hàm mặt, tai mũi họng. Nhà xuất bản Y học, 1973.

69- Trần Quang Việp - Vai trò và giá trị của chấn đoán X quang trong phát hiện những nguyên nhân về cột sống của chứng đau vùng thắt lưng và đau dây thần kinh hông. Tạp chí y học quân sự, 1986, 3, 53-56.

70- Nguyễn Thường Xuân và cs - Critiques de l'échelle de coma de Glasgow avec proposition d'une échelle de Glasgow modifiée - Société de neurochirurgie de langue Française - Reunion de Décembre, Paris.

TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

MỤC LỤC

(THEO THỨ TỰ A B C)

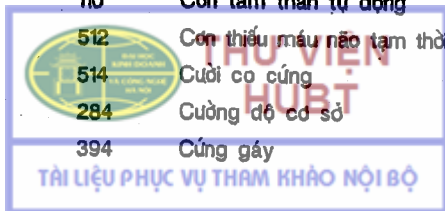
	Trang		Trang
A			
Adie (hc)	68	Bánh xe răng cưa (ht)	151
Adson -Cofey (dh)	423	Bárány (np)	159
Alice in Wonderland (hc)	399	Barra (tam chủng)	564
Ấm điểm trung tâm	42	Barré(np)	145
Anton-Babinski(hc)	395	Barré-Liéou (hc)	293
Ảo giác	399	Basedow (bệnh)	138
Ảo khứu	31	Bauer (np)	323
Ảo thị	401	Benedikt (hc)	72
Ảo thính	398	Bệnh cơ	72
Áp xe lạnh	368	Bệnh cơ của mắt	72
Áp xe não	315,383	Bệnh rỗng tuỷ sống	373
Aran-Duchenne (teo cơ kiểu)	373	Bệnh tăng nhãn áp	382
Aran-Duchenne (hc)	421	Benjoin colloidal (pu)	478
Argyll-Robertson (dh)	71	Béribéri(bệnh)	360
Aschner (fx)	232	Blondeau (tư thế)	532
Avellis (hc)	122	Bọc máu ngoài màng cứng	370
Ayala (chỉ số)	477	Bọc máu tự phát trong sọ	353
B			
Babinski (dh)	182	Bonnet(dh)	272
Babinski (dh cơ-da)	89	Bordet-Wassermann (pu)	472, 478
Babinski giả(dh)	85	Brissaud (hc)	93
Babinski-Nageotte(hc)	417	Brown-Séquard (hc)	458
Babinski-Weil (np)	162	Brudzinski (dh)	261, 388
C			
Bán mạnh	41	Cảm giác bản thể	205



**THƯ VIỆN
HUBT**

TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

	Trang		Trang
Cảm giác (dập tắt)	207	Chứng mất trương lực	412
Cảm giác (phân ly)	201, 457	Chuỗi hạch giao cảm	
Cảm giác tư thế	205	cạnh sống	236
Cảm giác về da	207	Chụp bao rễ TK	572
Cắt ngang tủy (hc)	215	Chụp cắt lớp vi tính	595
Cestan-Chesnairs (hc)	417	Chụp cộng hưởng từ	609
Chấn thương sọ não	355	Chụp đĩa đệm	590
Chẩn đoán điện cổ điển	484	Chụp động mạch đốt sống	550
Charcot (bệnh)	219, 373	Chụp động mạch não	543
Charles-Bell (dh)	89	Chụp động mạch tủy	589
Chaussée (tư thế)	533	Chụp não bơm khí	590
Chậu nước phép (hình ảnh)	535	Chụp não thất	542
Chảy máu dưới màng nhện	287, 391	Chụp ngoài bao cứng phía trước	283
Chảy máu màng não	265	Chụp tm. thất lưng lên	221
Chảy máu não	352	Chvostec (dh)	142
Chảy máu tủy	370	Claude-Bernard-Horner (hc)	454
Cheyne-Stokes (nhịp thở)	380	Clovie-Vineent (tam chứng)	365
Chỉ số anpha	509	Cơ cơ nửa mặt	92
Chỉ số Ayala	477	Cơ cứng ngoài tháp	153
Chỉ số trí tuệ	255	Cơ cứng tháp	151
Chín mé không đau	218	Cơ cứng vẹo cổ	141
Chipaul (quí tắc)	453	Cơ thất xoắn vặn	140
Chọc dưới cằm	480	Cơ co giật	141
Chọc sống thất lưng	473	Cơ kích phát	512
Chỏm xương đá (hc)	448	Cơ sụp quỳ	294
Chóng mặt	110	Cơ tâm thần tự động	400
Chóp sống	512	Cơ thiếu máu não tạm thời	287
Chóp thần não	514	Cười cơ cứng	140
Chứng đau nửa đầu	284	Cường độ cơ sở	484
Chứng hề (moria)	394	Cứng gáy	261, 388



D

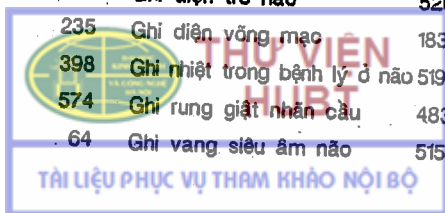
		Dấu hiệu mặt trời lặn	332
Dáng đi chân rũ	14	Dấu hiệu Pool chân và tay	143
Dáng đi gà	14	Dấu hiệu Souques	90
Dáng đi hystérie	15	Dấu hiệu Tinel	209
Dáng đi kiểu múa balê	14	Dấu hiệu vén rèm	118
Dáng đi ngỗng	15	Dấu hiệu xòe nan quạt	182
Dáng đi lết vòng	14	Dấu hiệu Wassermann	274
Dáng đi Parkinson	14	Dây thần kinh bị (tổn thương)	465
Dáng đi ta bet	14	Dây thần kinh cơ bì	463
Dáng đi tiểu não	14	Dây thần kinh đùi	465
Dáng đi vịt	467	Dây thần kinh đùi bì	465
Dấu hiệu Abadie	220	Dây thần kinh đùi sau	467
Dấu hiệu Biermacki	221	Dây thần kinh giữa	462
Dấu hiệu Bonnet	272	Dây thần kinh hông kheo ngoài	465
Dấu hiệu cánh bướm	303	Dây thần kinh hông kheo trong	466
Dấu hiệu chuông bấm	270	Dây thần kinh hông to	465
Dấu hiệu cửa sổ	337	Dây thần kinh mông dưới	467
Dấu hiệu Déjérine	273	Dây thần kinh mông trên	467
Dấu hiệu Dupuy Dutemps và		Dây thần kinh mũ	463
cestan	90	Dây thần kinh quay	462
Dấu hiệu Erb	143	Dây thần kinh sinh dục đùi	465
Dấu hiệu gấp dao díp	151	Dây thần kinh trụ	463
Dấu hiệu ghế di động	202	Déjérine (dh)	273
Dấu hiệu góc gầy	269	Déjérine-Klumpke (hc)	421
Dấu hiệu Hoover	148	Déjérine-Roussy (hc)	215
Dấu hiệu hút diếu	303	Déjérine-Sottas (bệnh)	71
Dấu hiệu khăn quàng cổ	336	Devic (bệnh)	363
Dấu hiệu Lasègue	271	Dupuy Dutemps-Cestan (dh)	90
Dấu hiệu Lasègue chéo	272	Duchenne-Erb (hc)	420
Dấu hiệu Lhermitte	202	Dưỡng cứng mắt não	136



THƯ VIỆN
HUBT

TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

Dải dầm cách hồi	225	Dòng tử giãn	66
Đảo ngược phản xạ	177	Dòng tử không đều	64
Dau	208	E	
Đau cháy	236	Elberg-Dyke (triệu chứng)	569
Đau dây IX	118	Ép tủy	364
Đau dây V	85	Erben (np)	234
Đau dây thần kinh chẩm Arnold	291	F	
Đau rễ tư thế	425	Fischer gần (dh)	557
Điếc dẫn truyền	100	Fischer xa (dh)	557
Điếc hỗn hợp	103	Foix-Thévenard (np)	162
Điếc lời	251	Foster-Kennedy (hc)	51
Điếc lời đơn thuần	251	Fournier (np)	163
Điếc tiếp nhận	100	Foville (hc)	76
Điếc vỏ não	397	Friedreich (bệnh)	407
Điểm đau cạnh sống	267	Froin (ht)	479
Điểm đau cột sống	267	G	
Điện não đồ bệnh lý	510	Galant (px)	344
Điện não đồ bình thường	508	Gama não đồ	518
Điện trở não bệnh lý	523	Garnstrop (bệnh)	371
Điện trở não bình thường	522	Garcin (np)	162
Đo độ nghiêng và xoay cột sống	268	Gayet-Wernicke (bệnh)	541
Đo nhiệt độ da	232	Gerstmann (hc)	395
Đo thính lực	101	Ghi điện cơ	490
Đồng động	152	Ghi điện não	262
Đồng động (mất)	406	Ghi điện trở não	520
Đồng kinh	141	Ghi điện võng mạc	183
Đồng kinh gian não	235	Ghi nhiệt trong bệnh lý ở não	519
Đồng kinh thái dương	398	Ghi rung giật nhãn cầu	483
Đồng kinh tủy	574	Ghi vang siêu âm não	515
Đồng tử co	64		



Giật cơ	139	Hội chứng Bénédickt	73
Giật cứng cơ úc-dòn-chũm	124	Hội chứng Brissaud	93
Giật rung bàn chân	178	Hội chứng Brown-Séquard	221
Giật rung bánh chè	199	Hội chứng Brun	431
Giật rung cơ úc-dòn-chũm	124	Hội chứng cận tam thoa	431
Góc manh dưới cùng bên	41	Hội chứng cận trung tâm Foix	416
Góc manh trên cùng bên	42	Hội chứng cắt ngang tủy sống	215
Gọng kìm (np)	326	Hội chứng cầu não	412
Guillain-Barré (hc)	360	Hội chứng Cécile Vogt	404
H		Hội chứng Cestan-Chesnairs	417
Hạch Gasser (tt)	449	Hội chứng Charcot-Wilbrand	431
Hạch giao cảm cạnh sống (tt)	236	Hội chứng Charlin	86
Hạch gối (tt)	94	Hội chứng chỏm xương đá	428
Hạch sao (tt)	236	Hội chứng Claude	411
Hans-Schuller-Christian (bệnh)	537	Hội chứng Claude-Bernard-Horner	454
Heine-Méline (bệnh)	516	Hội chứng cu não sinh tư trên	432
Hiện tượng thờ ở nửa thân	393	Hội chứng Collet-Bonnet	429
Hiện tượng mất búp bê	302	Hội chứng collet-Martighi	
Hình đồng hồ cát	574	-Hoffmann	430
Hirschberg (triệu chứng)	189	Hội chứng cột bên	456
Hirtz (tu thể)	525. 529	Hội chứng cột sau	455
Horton (bệnh)	288	Hội chứng cuống não	410
Hội chứng Adie	68	Hội chứng cùng	427
Hội chứng Alice in Wonderland	399	Hội chứng dây thần kinh	427
Hội chứng Anton-Babinski	395	Hội chứng DTK giữa ở	
Hội chứng ba nửa	437	ống cổ tay	462
Hội chứng Aran-Duchenne	421	Hội chứng Déjérine cảm giác vỏ	396
Hội chứng Avellis	122	Hội chứng Déjérine-Klumpke	421
Hội chứng Babinski-Nageotte	417	Hội chứng Déjérine-Roussy	215
Hội chứng bán cầu tiểu não	407	Hội chứng Duchenne-Erb	420
Hội chứng bao sau đầu	431	Hội chứng đám rối	427
Hội chứng Barré-Liéou	293	Hội chứng dính ổ mắt	428

Hội chứng dôi thị	402	Hội chứng lỗ khuyết não	408
Hội chứng động mạch tuỷ trước	457	Hội chứng lỗ rách sau	429
Hội chứng đuôi ngựa	361, 425	Hội chứng màng não	386
Hội chứng Foster-Kennedy	51	Hội chứng Menière	113
Hội chứng Foville	76	Hội chứng Menkerson-	
Hội chứng Frey	431	Rosenthal	428
Hội chứng Gelineau	411	Hội chứng tổn thương	
Hội chứng Gellé	414	quanh ống tuỷ trung tâm	456
Hội chứng Gerstmann	395	Hội chứng Millard-Gubler	94
Hội chứng giám áp lực nội sọ	385	Hội chứng Moebius	74
Hội chứng giả hành não	408	Hội chứng Naffziger	424
Hội chứng giữa thất lưng-cứng	425	Hội chứng ngã tư đá-bướm	428
Hội chứng góc cầu tiểu não	428	Hội chứng ngã tư lõi cầu-lỗ	
Hội chứng Grandeigo-Lannois	428	rách sau	429
Hội chứng Guillain-Barré	360	Hội chứng người cứng đờ	432
Hội chứng Guillain Garcin	430	Hội chứng nhân đỏ	411
Hội chứng hành não	415	Hội chứng Nothnagel	74
Hội chứng hành não bên	416	Hội chứng ống tai trong	429
Hội chứng hành não trước	416	Hội chứng Pancoas-Tobias	424
Hội chứng Jackson	123	Hội chứng Parinaud	411
Hội chứng khe bướm	428	Hội chứng Parkinson	137
Hội chứng khe các cơ		Hội chứng Pourfour du Petit	236
bạc thang	423	Hội chứng Raeder	431
Hội chứng khoảng sau tuyến		Hội chứng Raynaud	425
mang tai	429	Hội chứng Raymond-Cestan	414
Hội chứng Klein-Levin	431	Hội chứng rẽ	420
Hội chứng Laurence-Moon-Biedl	431	Hội chứng Remak	421
Hội chứng Lhermitte-Van		Hội chứng Roussy-Lhermitte	456
Borgaert	411	Hội chứng Schmidt	122
Hội chứng liềm não	375	Hội chứng Sicard - Collet	429
Hội chứng liệt hai chi dưới	358	Hội chứng Sluder	86
Hội chứng liệt nửa người	348, 408	Hội chứng Sturges Weber	432

Hội chứng Strumpell-Lorrain	374
Hội chứng sùng trước tủy	419
Hội chứng sườn cổ	420
Hội chứng sườn đòn	424
Hội chứng Takayasu	432
Hội chứng tăng áp lực nội sọ	376
Hội chứng thần kinh ngoại vi	418
Hội chứng thành ngoài xoang hang	74, 248
Hội chứng TK giữa trong ống cổ tay	462
Hội chứng thất lưng-cùng	425
Hội chứng thể vân	403
Hội chứng thiếu năng đ.m. sống nền	294
Hội chứng thủy چشم	400
Hội chứng thủy đỉnh	394
Hội chứng thủy nhộng	407
Hội chứng thủy thái dương	397
Hội chứng thủy trán	392
Hội chứng tiền đình	112, 194
Hội chứng tiểu não	404
Hội chứng tiểu não nửa thân	411
Hội chứng trám hành Déjérine	416
Hội chứng Vail	86
Hội chứng Vernet	429
Hội chứng Villaret	429
Hội chứng Wallenberg	416
Hội chứng Weber	411
Hội chứng Wernicke	432
Hội chứng West	442
Hội chứng xoang hang	431

Holmes-Stewart (np)	159
Hôn mê	298
Huyết khối đ.m. cảnh trong	355
Huyết khối mạch não	372
Hystérie	353
J	
Jackson (hc)	123
Jendrassik (np)	172
K	
Kayser-Fleischer (vòng)	140
Kernig (dh)	261
Khám các cử động tinh vi	239
Khám cảm giác	196
Khám chức năng cảm giác của võ não	205
Khám chức năng ngôn ngữ	243
Khám cơ vòng	222
Khám dinh dưỡng	216
Khám đáy mắt	42
Khám hệ TK thực vật nội tạng	227
Khám hệ vận động	129
Khám hội chứng thất lưng hông	266
Khám màng não	258
Khám 12 đôi dây TK sọ não	28
Khám bệnh nhân hôn mê	298
Khám một bệnh nhân nhức đầu	279
Khám phản xạ	164

Khám phối hợp vận động và thăng bằng	156	Loạn trương lực cơ (bệnh)	72
Khám TK ngắn gọn	320	Loạn trương lực xoắn vặn	140
Khám TK trẻ sơ sinh	331	Loãng xương	221
Khám thực dụng động tác	240	Loét khoét	216, 218
Khập khểnh cách hồi	369	Lòi mắt	63
Khe buồn (hc)	428	Lồm mắt	64
Không nói	254	Lục lảo thất	353
Khớp to và không đau	220	M	
Kiệt sức chu kỳ di truyền	371	Mac Carthy (px)	91
Kleyne (np)	323	Mãn hầu (px)	120
Kussmaul (nhịp thở)	305	Marcus Gunn (hiện tượng)	63
L		Máy cơ	141
Lao cột sống	368, 568	Mắt búp bê (hiện tượng)	302
Lasègue (dh)	271	Mặt nạ tabes	87
Lê Văn Thành (dh)	183	Mặt trời lặn (dh)	332
Leber (bệnh)	45	Mất cảm giác dây V	86
Liệt cơ ức-dòn-chũm	125	Mất điều hòa (ataxie)	393, 397
Liệt cơ thang	148	Mất điều hòa thủy thái dương	397
Liệt chu kỳ gia đình	356, 371	Mất đứng-mất đi	393
Liệt giả hành não	192, 325	Mất khúu giác	30
Liệt hai chi dưới gia đình	373	Mất liên động	161
Liệt Landry	361	Mất ngôn ngữ Broca	249
Liệt lưỡi	127	Mất ngôn ngữ quên	251, 400
Liệt mặt kiểu ngoại vi	94, 324	Mất ngôn ngữ Wernicke	250
Liệt mặt kiểu trung ương	92, 324	Mất nhận thức	395
Liệt toàn thể tiến triển (bệnh)	137	Mất nhận thức vật	207
Liệt Todd	329	Mất nhận thức thị giác	402
Little (bệnh)	375	Mất thực dụng động tác	241
Loạn khúu giác	31	Mất viết	250, 252
Loạn TK chức năng	138	Mất ý tưởng động tác	241
		Mất ý tưởng vận động	241
		Máy cơ	141

Ménrière (hc)	113	Nghiệm pháp Fournier	163
Mingazzini (np)	148	Nghiệm pháp gấp phổi	
Moro (px)	340	hợp đùi và chân	160
Mù đọc	251	Nghiệm pháp Garcin	162
Mù một mắt	41	Nghiệm pháp giác ngủ	508
Mù vỏ não	401	Nghiệm pháp gong kìm	326
Múa giật	139	Nghiệm pháp gót - gối	157
Múa giật Huntington	139	Nghiệm pháp Holmes-Stewart	159
Múa giật Sydenham	139	Nghiệm pháp Jendrassik	172
Múa giật triệu chứng	139	Nghiệm pháp lệch ngón trỏ	106, 159
Múa vờn	140	Nghiệm pháp Minor	232
Múa vung nửa thân	140	Nghiệm pháp Mingazzini	148
Myotonie (hiện tượng)	327	Nghiệm pháp Naffziger	274
N		Nghiệm pháp nghiên cứu dịch	
		não tủy động	48
Não nước	332	Nghiệm pháp ngón-ngón	157
Naffziger (np)	274	Nghiệm pháp nhấc bàn chân	160
Négro (dh)	90	Nghiệm pháp nhắm mắt	
Néri (dh)	148	và mở mắt	508
Nghẽn mạch não	353	Nghiệm pháp nhiệt	109
Nghiệm pháp axit pyruvic	470	Nghiệm pháp Pierre Marie-Foix	303
Nghiệm pháp Barany	159	Nghiệm pháp quay	108
Nghiệm pháp Barré	145	Nghiệm pháp Queckenstedt-	
Nghiệm pháp căn bản	193	Stookey	477
Nghiệm pháp con rối	160	Nghiệm pháp Raademakers	
Nghiệm pháp đi lệch hình sao	106	- Garcin	193
Nghiệm pháp điện	110	Nghiệm pháp Raimiste	146
Nghiệm pháp điều		Nghiệm pháp Schöber	268
chỉnh tư thế	193	Nghiệm pháp trò-mũi	156
Nghiệm pháp đứng-nằm	233	Nghiệm pháp Valsalva	273
Nghiệm pháp Erben	234	Nghiệm pháp vận động	508
Nghiệm pháp Foix-Thévenard	162		



**THƯ VIỆN
HUBT**

TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

Ngu và mù gia đình (bệnh)	52	Phản xạ bụng sâu	170
Nhân cầu trời	302	Phản xạ cánh	233
Nhận thức đồ vật	206	Phản xạ Chaddock	184
Nhiễm khuẩn thần kinh	357	Phản xạ chấy-dũi sau	175
Nhìn đôi	60	Phản xạ co cứng do tư thế cổ	340
Nhức đầu (căn nguyên)	284	Phản xạ cổ	233
Nhuộc cơ (bệnh)	73	Phản xạ cơ bán mạc	
Nhuyễn hành não	128	và bán gân	175
Nhuyễn não	353	Phản xạ cơ bụng	170
Nhuyễn tủy	369	Phản xạ cơ khớp	174
Nói chậm quá	254	Phản xạ cơ khớp bên đối diện	178
Nói lắp	253	Phản xạ cơ móng	181
Nói lắp cuối	254	Phản xạ cơ nhị đầu dài	174
Nói nhanh quá	254	Phản xạ da bụng	179
Nói theo	254	Phản xạ da gan chân	181
O			
Oppenheim	183	Phản xạ dụng lông	231
P			
Paget (bệnh)	192, 297, 537	Phản xạ duỗi chéo	190
Parimaud (hc)		Phản xạ duỗi gan bàn chân	175
Phản ứng Erb	487	Phản xạ đồng tử với ánh sáng	70
Phản ứng màng não	265, 391	Phản xạ đồng tử điều tiết	
Phản ứng thoái hóa điện	487	và hội tụ	59
Phản xạ đảo ngược	177	Phản xạ đồng tử lười	72
Phản xạ ánh sáng trực tiếp	58	Phản xạ đùi-bù	180
Phản xạ Aschner	232	Phản xạ Galant	344
Phản xạ ba co	190	Phản xạ gấp gan bàn chân	175
Phản xạ ba duỗi	190	Phản xạ gan tay-cầm	192, 344
Phản xạ bánh chè	171	Phản xạ gan tay Déjérine	169
Phản xạ Bechterew-Mendel	189	Phản xạ gân Asin	173
Phản xạ bú	339	Phản xạ gân cơ tam đầu cánh tay	168
		Phản xạ gân cơ tứ đầu đùi	171

TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

Phản xạ gân cơ đen ta	169	Phản xạ nuốt	303
Phản xạ gân cơ nhị		Phản xạ Oppenheim	183
dầu cánh tay	166	Phản xạ quay-sấp	168
Phản xạ gân cơ ngựa dài	167	Phản xạ Rossolimo	186, 188
Phản xạ gấp bàn tay		Phản xạ Rossolimo-Vendrovits	186
và ngón tay	169	Phản xạ rúc	339
Phản xạ gấp gan bàn chân	175	Phản xạ Schaeffer	183
Phản xạ giác mạc	83, 91	Phản xạ sườn-bụng.	170
Phản xạ Giukopxki	189	Phản xạ thể đứng	233
Phản xạ gối	171	Phản xạ thể nằm	233
Phản xạ Gónđa	185	Phản xạ thị-mi	91
Phản xạ Gordon	185	Phản xạ thính-mi	91
Phản xạ gót	173	Phản xạ thượng vị	234
Phản xạ Grasping	191	Phản xạ tìm kiếm	339
Phản xạ hành hang	180	Phản xạ tinh thần-mí mắt	36
Phản xạ hàm dưới	84	Phản xạ trâm quay	167
Phản xạ hậu môn	180	Phản xạ trên ổ mắt	91
Phản xạ Hoffmann	187	Phản xạ uốn mình	344
Phản xạ Klippel-Weil	188	Phản xạ trômner	185
Phản xạ Léri	194	Phản xạ trụ-sấp	168
Phản xạ Mac-Carthy	91	Phản xạ vôi	192
Phản xạ mác-dù sau	174	Phản xạ vòng mi	91
Phản xạ màn hầu	120	Phản xạ Wartenberg	169
Phản xạ mắt-tim	232	Phản xạ xương bả vai	170
Phản xạ Mayer	194	Phản xạ xương bả	
Phản xạ miệng tù xa	192	vai-cánh tay	169
Phản xạ Moro	340	Phản xạ xương đòn	169
Phản xạ mũi -mi	91	Phản xạ xương mu	170
Phản xạ mũi-môi	191	Phím sọ nghiêng	527
Phản xạ mút	192	Phím sọ thẳng	527
Phản xạ nắm	343	Phình mạch	555
		Phù đĩa thị	45



Phù não	315, 384	Rung thỏ cơ	138
Pierre Marie-Foix (np)	303	S	
Pool (dh)	143	Sắc giác	52
Pourfour du Petit (hc)	236	Salus-Gunn (dh)	51
Puxep (triệu chứng)	189	Sân giật	314
Q		Schöber (np)	268
Quay mắt quay đầu		schuler (tu thế)	532
về một bên	302	Schwabach (np)	99
Queckenstedt-Stookey (np)	477	Sọ dáy dẹt	292
R		Soi não thất	520
Raadoemaker và Garcin (np)	193	Souques (dh)	90
Raimiste (np)	146	Souques (hiện tượng)	153
Ramsay-Hunt (vùng)	88	Steinert (bệnh)	502
Raynaud (bệnh)	423, 425	Stenvers (tu thế)	533
Reid (đường)	525	Strumpell (hiện tượng)	153
Rheese (tu thế)	534	Sylvien (điểm)	553
Richter (đường)	553	Sụp mí	62
Rinne (np)	99	Sturge Weber (bệnh)	87, 432
Rối loạn đại tiện	226	T	
Rối loạn tiểu tiện	225	Tabes (bệnh)	210, 220
Rối loạn vận nhãn	72	Tabes (mặt nạ)	87
Romberg (dh)	106, 161	Tai biến mạch máu não	352
Rỗng hành não	128	Tắc niệu nghịch thường	226
Rỗng tủy-hành não	290	Tăng áp lực nội sọ	376
Rỗng tủy sống (bệnh)	373	Tăng khủu giác	39
Run	137	Tăng nhãn áp (bệnh)	69
Rung bó cơ	138	Teo cơ	219
Rung cơ	137	Teo cơ ức-dòn-chũm	125
Rung giật nhãn cầu	107, 110	Teo đĩa thị thụ phát	45
Rung giật nhãn cầu bẩm sinh	324	Teo não	541
Rung giật nhãn cầu tú thế	323	Test bấm huyết ấn đường	329
		Test bấm huyết nội quan	329

Tétanie	502	U mạch ở võng mạc	52
Thị trường thu hẹp	42	U màng não	291
		U màng tủy	368
Thiếu máu não tạm thời	287	U não	356, 557, 283
Thoát vị đĩa đệm sau bên	589	U ngoại tủy	365, 572
Thoát vị đĩa đệm giữa	589	U nội tủy	366, 572
Tổn thương bao trong	437	U sọ hầu (X quang)	335
Triệu chứng dồn DNT	452	U tế bào hình sao	367
Triệu chứng kẹt ư	452	U thủy thái dương	31, 557
Triệu chứng mồm gai	452	U thủy trán	31, 557
Trousseau (bệnh)	85	U tiểu não	561
Trousscau (dh)	142	U trên lều tiểu não	286
Tụt kẹt não	381	U tủy	365
Tư thế bất buộc	17	U tuyến kỵ màu (X quang)	535
Tư thế Blondeau	532	U tuyến yên ưa axit	535
Tư thế Chaussée	533	Ung thư thần đốt sống	368, 569
Tư thế "cò súng"	261	V	
Tư thế co cứng mất vỏ não	16	Vạch màng não (dh)	389
Tư thế duỗi cứng mất não	15	Valleix (diễn đau)	270
Tư thế Hirtz	329	Valsalva (np)	273
Tư thế Parkinson	136	Vắng ý thức	399
Tư thế Rheese	534	Vận động chậm	154
Tư thế Schüller	532	Vẽ da nổi	230
Tư thế Stenvers	533	Vẽ da phản xạ	230
Tư thế Wernicke-Mann	136, 153	Vẹo cổ (chúng)	124
Tư thế Wormes-Bretton	528	Vitamine B1 (dinh lượng)	470
U		Viêm cứng khớp sống	567
U bán cầu đại não	286, 557	Viêm dầy màng cứng	368
U dưới liều tiểu não	286	Viêm dính màng nhện	572
U góc cầu tiểu não	87	Viêm da dây TK	360
U hố sọ sau	286	Viêm da rễ-dây TK	360
U mạch (Angiome)	87, 286	Viêm d.m. thái dương nông	288



**THƯ VIỆN
HUBT**

TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

Viêm đ.m. tủy do giang mai	370		
Viêm màng bồ đào	45	W	
Viêm màng não	313	Wassermann (dh)	274
Viêm màng não lao	390	Weber (hc)	73
Viêm nang não mù	390	Weber (np)	99
Viêm mắt	71	Wernicke-Mahn (tu thể)	136, 153
Viêm não	51, 313	Westphal (bệnh)	371
Viêm não dịch VonEconomo	140	Westphal-Strumpell	
Viêm não-màng não	51	(già xơ cứng)	404
Viêm não-tủy	363	Wilson (bệnh)	137, 140
Viêm sùng trước tủy cấp	361	Wormes-Bretton (tu thể)	525, 528
Viêm sùng trước tủy mạn	361	X	
Viêm tắc t.m. xoang bên	64	Xơ cột bên teo cơ (bệnh)	501
Viêm tắc xoang t.m. hang	384	Xơ cứng rải rác	373
Viêm thị TK cấp	69	Xơ tủy người già	373
Viêm thị TK sau nhãn cầu	42	Z	
Viêm t.m. não	384	Zakharin-Head (vùng)	238, 378
Viêm tủy	362	Zona	
Viêm tủy hoại tử bán cấp	373	Zone (chỉ số)	563
Viêm tủy cấp rải rác	363		
Viêm tủy do chứng đậu	364		
Viêm tủy do giang mai	363		
Viêm tủy do tiêm phòng dại	364		
Viêm tủy Erb	363		
Viêm tủy ngang	362		
Viêm tủy - thị thần kinh	363		
Viêm xoang t.m. hang	289		
Vlaovitch (đường)	554		
Von Hippel Lindau (bệnh)	52		
Vùng bùng nổ	85, 118		
Vùng Ramsay-Hunt	88		



MỤC LỤC

	Trang
Phần I: Khám lâm sàng hệ thần kinh	6
Chương I - Phương pháp khám và làm bệnh án thần kinh	7
Chương II - Khám 12 đôi dây thần kinh sọ não	28
Chương III - Phương pháp khám hệ vận động	129
Chương IV - Khám phối hợp vận động và thăng bằng	156
Chương IV - Khám các phản xạ	164
Chương IV - Khám cảm giác	196
Chương IV - Khám dinh dưỡng	216
Chương IV - Khám cơ vòng	222
Chương IV - Khám hệ thần kinh thực vật nội tạng và các triệu chứng rối loạn	227
Chương IV - Khám các cử động tinh vi, khám thực dụng động tác, khám chức năng ngôn ngữ, chỉ số trí tuệ	239
Chương IV - Khám màng não	259
Chương IV - Khám hội chứng thất lưng hông	266
Chương IV - Khám một bệnh nhân nhức đầu	279
Chương IV - Khám bệnh nhân hôn mê	298
Chương IV - Phương pháp khám thần kinh ngắn gọn ở phòng khám bệnh và khi khám hàng loạt	320
Chương IV - Khám thần kinh trẻ sơ sinh	331
Phần II: các hội chứng thần kinh	347



**THƯ VIỆN
HUBT**

TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

Phần III: Định khu tổn thương hệ thần kinh	43
Phần IV: các khám xét bổ sung	468
Chương I - Các xét nghiệm	470
Chương II - Một số test có tác dụng nâng cao và hỗ trợ cho khám lâm sàng	483
Chương III - Khám X quang	525
Tài liệu tham khảo	611
Mục lục (theo thứ tự a b c)	617

NHÀ XUẤT BẢN Y HỌC

LÂM SÀNG THẦN KINH

Biên tập : Thanh Quỳnh
 Sửa bản in : Thanh Quỳnh
 Trình bày bìa: Trần Việt Sơn





HỒ HỮU LƯƠNG

PGS. PTS CHỦ NHIỆM
KHOA THẦN KINH VIỆ
103 - CHUYÊN VIÊN K
THUẬT VỀ THẦN KINH

CÙNG MỘT TÁC GIẢ

- Khám lâm sàng hệ thần kinh, 1982
- Khám lâm sàng - Triệu chứng và hội chứng thần kinh, 1989
- Bệnh thần kinh ngoại vi - chấn thương và vết thương cột sống - tuỷ sống, 1992



**THƯ VIỆN
HUBT**

TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ