

GS. TS. HỒ HỮU LƯƠNG
GIẢNG VIÊN CAO CẤP

KHÁM LÂM SÀNG HỆ THẦN KINH



ÊN
U



NHÀ XUẤT BẢN Y HỌC

GS.TS. HỒ HỮU LƯƠNG
GIẢNG VIÊN CAO CẤP

*Nguyên chủ nhiệm khoa thần kinh Viện Quân y 103 –
Phó chủ nhiệm bộ môn thần kinh Học Viện Quân y*

KHÁM LÂM SÀNG
HỆ THẦN KINH

(Tái bản lần thứ hai có sửa chữa và bổ sung)

ĐẠI HỌC THAI NGUYÊN
TRUNG TÂM HỌC LIỆU

NHÀ XUẤT BẢN Y HỌC
HÀ NỘI - 2006

Khám lâm sàng thần kinh là một 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.

"Khám lâm sàng hệ thần kinh" đã được xuất bản lần đầu (1982), tái bản có sửa chữa và bổ sung lần thứ nhất (2001). Tái bản lần thứ hai này (2005) có sửa chữa và bổ sung nhiều. Nguyên vọng của tác giả là cung cấp những kiến thức cơ bản nhất và cập nhật nhất về khám lâm sàng hệ thần kinh cho bạn đọc, đặc biệt là những kinh nghiệm nhỏ của bản thân sau 43 năm chuyên ngành thần kinh học, tích lũy kinh nghiệm khám lâm sàng, điều trị bệnh thần kinh kết hợp giảng dạy với lòng yêu nghề, say mê và gắn bó với chuyên ngành Thần kinh học.

Hiện nay có nhiều phương pháp và kỹ thuật khám thần kinh nhưng phải sử dụng một cách có chọn lọc và không bao giờ được sử dụng các xét nghiệm cận lâm sàng thay cho việc khai thác bệnh sử và khám xét lâm sàng tử 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.

Chúng tôi hy vọng cuốn sách này sẽ đáp ứng được phần nào nhu cầu của bạn đọc, song cũng không tránh khỏi thiếu sót, mong bạn đọc góp ý.

TÁC GIẢ

GS.TS. HỒ HỮU LƯƠNG

Chương I

PHƯƠNG PHÁP LÀM BỆNH ÁN THẦN KINH

Bệnh án là một tài liệu y học quan trọng có tính pháp lý, vì vậy cần phải chính xác, chi tiết, trình bày sáng sủa.

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 nên có một người phụ giúp để nâng đỡ tránh cho bệnh nhân khỏi ngã, hoặc giúp bệnh nhân mặc quần áo dễ dàng hơn nhất là những bệnh nhân bị liệt.

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

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 màu. Ngược lại có những trường hợp tưởng như thuộc về bệnh chuyên khoa (nhãn khoa, phụ khoa...) nhưng nguyên nhân chính lại là bệnh ở hệ thống thần kinh. Ví dụ sụp mi mắt có thể là thương tổn dây III nhưng cũng có thể là biểu hiện của bệnh nhược cơ (myasthenia). 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

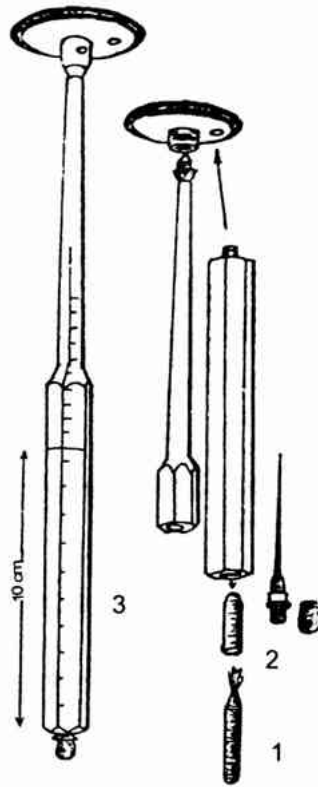
khám một bệnh nhân (nam giới), đứng tuổi bị đau nhức ở cột sống, liệt chi dưới, bao giờ cũng phải thăm trực tràng (toucher rectal) để xem có phải là do u ác tính ở tuyến tiền liệt không.

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 nhanh tay lại gần mắt mà bệnh nhân chớp mắt ngay, ta vội kết luận phản xạ giác mạc còn tốt là không chính xác (vì chớp mắt đó 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) đã cải tiến búa phản xạ (hình 1.1) và sáng kiến cải tiến "ống nghe kết hợp với búa phản xạ (hình 1.2).
- 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
- Khớp kê đo độ gập, duỗi, nghiêng, xoay cột sống của Hồ Hữu Lương (hình 12.5)



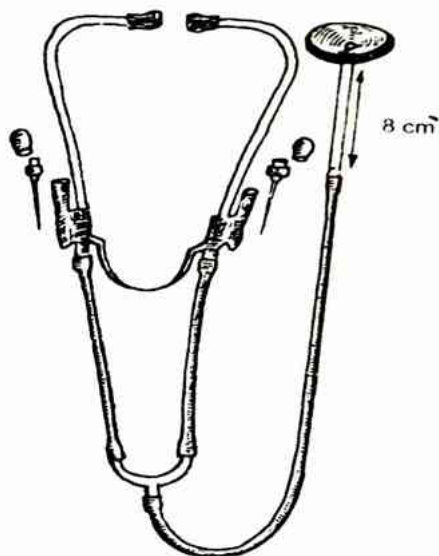
Hình 1.1:

Búa phản xạ cải tiến của Hồ Hữu Lương (sáng kiến cải tiến cấp I. Quyết định số 274/NC do Trường đại học Quân y công nhận ngày 31-3-1981).

1. Chổi lông (bỏ vào ống trong thân búa)
2. Kim (đốc kim rỗng chứa nước hoa để khám khứu giác)
3. Trên cán búa có vạch từ 0-15cm để đo khoảng cách schöber.

Phần cán búa có thể tháo thành hai nửa, lắp vào đầu búa để bỏ túi rất tiện

Hình 1.2: Ống nghe kết hợp với búa phân xạ (Sáng kiến cải tiến cấp bệnh viện, quyết định khen thưởng số 372/NC do Thủ trưởng Học viện Quân y ký ngày 4-6-1990).



II. PHƯƠNG PHÁP LÀM BỆNH ÁN THẦN KINH

A. KHÁM BỆNH VÀ LÀM BỆNH ÁN

Bệnh án thường gồm ba 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 thương tổn.

1. Phần hành chính

Họ và tên, tuổi, giới (nam, nữ), dân tộc, nghề nghiệp, địa chỉ, điện thoại, ngày vào viện

2. 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.

b. Bệnh sử

Bệnh sử có vai trò rất to lớn trong lâm sàng học và đóng góp không nhỏ trong chẩn đoán bệnh. Do đó thu thập bệnh sử cần tỉ mỉ, chi tiết hóa từng hiện tượng, trung thực, thận trọng, thật chính xác, thú tỵ, rõ ràng, mạch lạc, nhất quán từ đầu đến cuối.

Khi tư liệu thu thập không đầy đủ và thiếu chính xác cần phải kiểm tra lại. Trong quá trình hỏi bệnh không nên đặt những câu hỏi có tính chất gợi ý, gò ép làm cho bệnh nhân trả lời không đúng, đặc biệt với những bệnh nhân dễ bị ám thị. Thầy thuốc cần chính xác hóa và chi tiết hóa những lời khai của bệnh nhân trong quá trình khám xét tiếp theo sau này. Thầy thuốc cần lắng nghe những lời khai của bệnh nhân, không bao giờ có thái độ hoài nghi đối với các lời khai đó.

Cuối cùng thầy thuốc cần chú ý tới cường độ (mức độ) các lời khai và thái độ của bệnh nhân đối với những lời phản nản ấy. Một số bệnh nhân mô tả các cảm giác chủ quan của mình không rõ ràng, không chính xác, hoặc cường điệu, khuyếch đại các cảm giác đó không phù hợp với biểu hiện lâm sàng. Ngược lại một số khác lại không để ý đến những biến đổi về bệnh tật của mình hoặc không chú ý đến những chi tiết

Khi khai thác bệnh sử cần chú ý:

- Thời gian xuất hiện, triệu chứng đầu tiên của bệnh
- 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)

Thương tổn bên ngoài (cắn lưỡi)

Cơn kéo dài bao lâu?

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?

c. 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.

d. Tiền sử

Phần tiền sử sẽ bổ sung 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 đái 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 đẻ chưa, đẻ 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 lào, những chất ma túy khác)?

– Hoàn cảnh sinh hoạt và thói quen?

* Tiến sử gia đình

Sức khoẻ 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

Phần khám xét khách quan cần tỷ mỉ để phát hiện, đánh giá đúng các triệu chứng, các hội chứng; hội chứng nào là chủ yếu và trội hơn cả. Trong các hội chứng chung toàn thân, hội chứng lan toả, hội chứng thương tổn thần kinh khu trú, hội chứng nào có tính cố định, bền vững, hội chứng nào có tính thay đổi, hội chứng nào là kịch phát v.v... Phần khám xét thường còn được bổ sung các tư liệu của các loại xét nghiệm cận lâm sàng khác nhau.

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 hai chi dưới: căng chân cứng

bị đẩy ra phía ngoài, bệnh nhân đi như vung lưôi 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 hoà (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 thông, hơi quay vào trong, các ngón chân hơi gập. Để khỏi quệt 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 thương tổn thần kinh hông khoeo ngoài. Bàn chân rữ hai bên do viêm da dễ dây thần kinh.

- Dáng đi kiểu múa Balett: 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 lồi ra trước, dít cong lồi 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 gổ, kéo bàn chân trên nền nhà.

– Quan sát tư thế

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

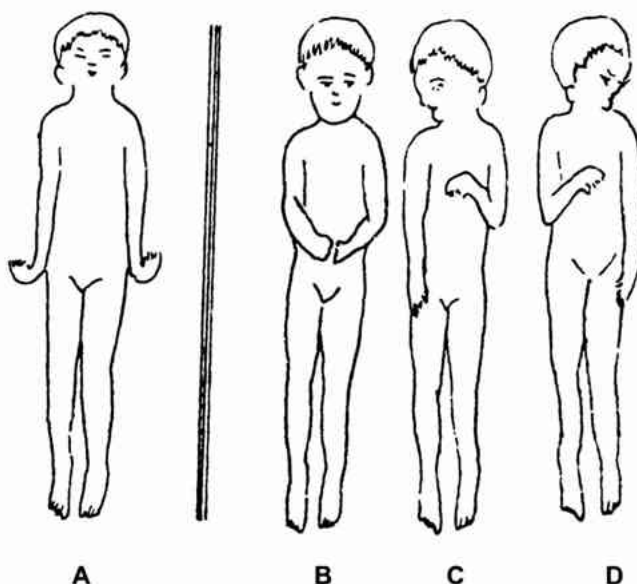
- Tư thế "cò súng" bệnh nhân nằm ngửa cổ ra phía sau, chân co, bụng lõm do màng não bị kích thích gây tăng trương lực co cứng cơ, nhất là các cơ ở phía sau cơ thể.

- Tư thế "đuôi cứng mất não" (decerebrated posture): uốn cổ và lưng, hai chân, hai tay duỗi, khép và xoay trong, cổ tay gấp. Tư thế này gợi ý ta nghĩ tới thương tổn các đường vận động ở não giữa (đuôi 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" (decorticated posture): hai tay co gấp, hai chân và toàn thân duỗi cứng (co cứng mất vỏ não do giải phóng trung tâm kế 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 co cứng.

- Tư thế bệnh nhân Parkinson: gấp 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 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.

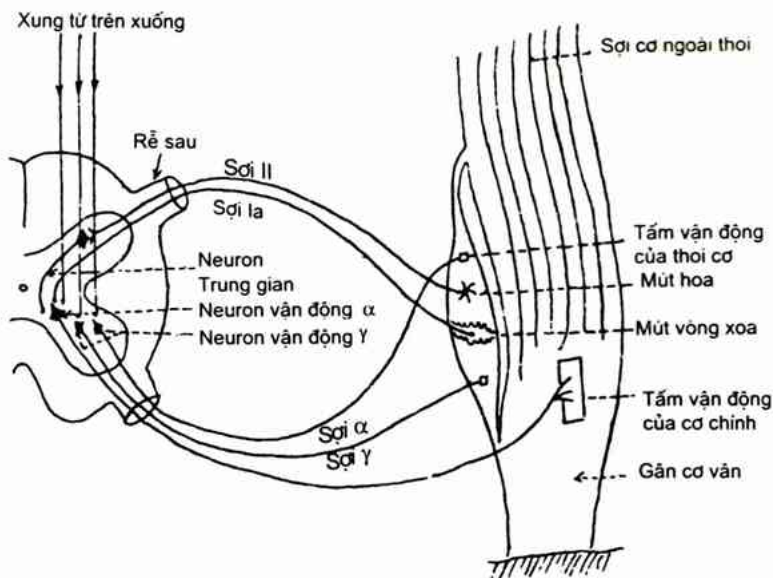


Hình 1.3:

A. Tư thế duỗi cứng mất não

B,C,D: Tư thế co cứng mất 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 phía bên kia)

– Quan sát khi bệnh nhân ngồi gơ hai tay, các ngón tay giạng, 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 chi đó bị liệt, nếu thấy run ta cần khám kỹ chức năng ngoại tháp, tiểu não.



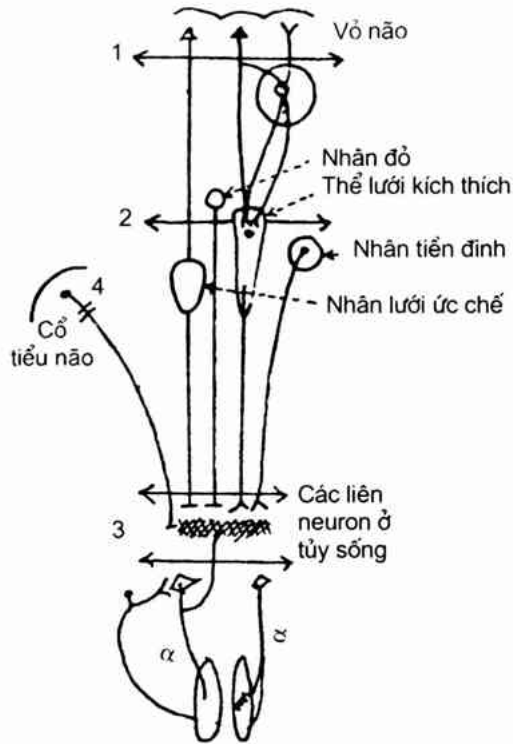
Hình 1.4:

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

A. KHÁM TOÀN THÂN

– Trạng thái toàn thân:

- Tư thế toàn thân: có "tư thế bắt 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 thường, 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 1.5: Tăng tương lực cơ thực nghiệm

- | | |
|------------------|--------------------|
| 1. Bóc bỏ vỏ não | 2. Cắt bỏ não |
| 3. Cắt tủy sống | 4. Cắt bỏ tiểu não |

– 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 mũ 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, 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 lép 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 bí 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 tường 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

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 năm 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 sung để chẩn đoán định khu vị trí thương tổn

- 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 sung 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.

B. BỆNH ÁN MẪU

Trong thực tế lâm sàng, để giảm bớt thời gian ghi kết quả khám thần kinh trong bệnh án, từ 1965 tại khoa thần kinh Viện Quân y 4 đã sử dụng bệnh án mẫu ngắn gọn của Hồ Hữu Lương in sẵn những chữ cố định và để trống phần ghi các triệu chứng cụ thể của từng bệnh nhân. Trong hoàn cảnh chiến tranh, bệnh án mẫu đã được in bằng cách viết nội dung bệnh án trên giấy bằng mực tím đặc rồi úp lên mặt một khay đất sét, miết nhẹ cho chữ thấm vào đất, bóc tờ bệnh án đó ra, sau đó áp giấy vào để in bệnh án (hình 1.6). Mỗi lần có thể in được 6 đến 7 bản. Do có bệnh án mẫu in sẵn nên có thời gian một bác sĩ phải phụ trách tới 60 giường bệnh mà vẫn làm bệnh án chuyên khoa kịp thời, có chất lượng. Từ năm 1982, bệnh án mẫu này đã được in typo và được sử dụng tại Khoa thần kinh Viện quân y 103, được công nhận là sáng kiến cải tiến cấp học viện. Quyết định khen thưởng số 981, sáng kiến cải tiến cấp học viện Quân y ngày 26-11-1988

KHÁM THỰC THỂ

CHÂN THÂN Đang nghỉ 100 100 100 100 100
 Nằm mặt trái 100 100 100 100 100

100

100

100

100

100

CHÂN THÂN

Đầu gối thẳng

Đầu gối thẳng

Đầu gối thẳng

Đầu gối thẳng

Đầu gối thẳng

Đầu gối thẳng

Đầu gối thẳng

Đầu gối thẳng

Đầu gối thẳng

Đầu gối thẳng

Đầu gối thẳng

Đầu gối thẳng

Đầu gối thẳng

Đầu gối thẳng

Đầu gối thẳng

Đầu gối thẳng

Đầu gối thẳng

Đầu gối thẳng

Đầu gối thẳng

Đầu gối thẳng

Đầu gối thẳng

Đầu gối thẳng

Đầu gối thẳng

Đầu gối thẳng

Đầu gối thẳng

Đầu gối thẳng

Loại	Tên	Đơn vị	Tên	Đơn vị	Đơn vị	Đơn vị
I	Phổi	Phổi	Phổi	Phổi	Phổi	Phổi
	Tim	Tim	Tim	Tim	Tim	Tim
	Thận	Thận	Thận	Thận	Thận	Thận
	Đầu gối	Đầu gối	Đầu gối	Đầu gối	Đầu gối	Đầu gối
	Đầu gối	Đầu gối	Đầu gối	Đầu gối	Đầu gối	Đầu gối
	Đầu gối	Đầu gối	Đầu gối	Đầu gối	Đầu gối	Đầu gối
	Đầu gối	Đầu gối	Đầu gối	Đầu gối	Đầu gối	Đầu gối
	Đầu gối	Đầu gối	Đầu gối	Đầu gối	Đầu gối	Đầu gối
	Đầu gối	Đầu gối	Đầu gối	Đầu gối	Đầu gối	Đầu gối
	Đầu gối	Đầu gối	Đầu gối	Đầu gối	Đầu gối	Đầu gối
II	Đầu gối	Đầu gối	Đầu gối	Đầu gối	Đầu gối	Đầu gối
	Đầu gối	Đầu gối	Đầu gối	Đầu gối	Đầu gối	Đầu gối
	Đầu gối	Đầu gối	Đầu gối	Đầu gối	Đầu gối	Đầu gối
	Đầu gối	Đầu gối	Đầu gối	Đầu gối	Đầu gối	Đầu gối
	Đầu gối	Đầu gối	Đầu gối	Đầu gối	Đầu gối	Đầu gối
	Đầu gối	Đầu gối	Đầu gối	Đầu gối	Đầu gối	Đầu gối
	Đầu gối	Đầu gối	Đầu gối	Đầu gối	Đầu gối	Đầu gối
	Đầu gối	Đầu gối	Đầu gối	Đầu gối	Đầu gối	Đầu gối
	Đầu gối	Đầu gối	Đầu gối	Đầu gối	Đầu gối	Đầu gối
	Đầu gối	Đầu gối	Đầu gối	Đầu gối	Đầu gối	Đầu gối

Hình 1.6: Bệnh án của Khoa thần kinh Viện quân y 4, 1965 (in trên đất sét, đây là phần khám thực thể của bệnh án).

BỆNH ÁN

Số.....

Họ và tên.....tuổi.....giới.....

Dân tộc..... Nghề nghiệp.....

Địa chỉ.....

Điện thoại.....

Ngày vào viện.....

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

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	P		T	P
Nhị đầu	()	()	PX da bụng trên	()	()
Tam đầu	()	()	giữa	()	()
Trâm quay	()	()	dưới	()	()
Gối	()	()	PX đùi - bìu	()	()
Gót	()	()	PX hậu môn	()	()
Rung giật bàn chân	()	()	PX Hoffmann	()	()
Rung giật bánh chè	()	()	Rossolimo chi trên	()	()
Dấu hiệu ba co	()	()	Rossolimo chi 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 lưỡng hông

Điểm đau cột sống

KC Schöber

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
- 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 ký tên

(Ghi rõ họ tên)

III. TEST BẮM HUYỆT ẨM ĐƯỜNG VÀ TEST BẮM HUYỆT NỘI QUAN TRONG CHẨN ĐOÁN BỆNH HYSTERIA (HỒ HỮU LƯƠNG, 1987)

1. Đặt vấn đề

Trong lâm sàng thần kinh, tâm thần cũng như trong giám định y khoa, nhiều trường hợp khó phân biệt bệnh hysteria với bệnh thực thể. Căn cứ vào đặc điểm bệnh nhân hysteria dễ bị ám thị, Hồ Hữu Lương (1987) đã đề xuất và tiến hành nghiên cứu test bám huyết Ẩm đường và test bám huyết Nội quan nhằm mục đích xác định bệnh nhân có dễ bị ám thị hay không, góp phần vào chẩn đoán bệnh hysteria.

2. Đối tượng nghiên cứu

Gồm 150 sinh viên Học viện Quân y (138 nam, 12 nữ) khoẻ mạnh, sinh hoạt, học tập bình thường và 32 bệnh nhân hysteria (23 nam, 9 nữ) đã được điều trị và theo dõi, xác định chẩn đoán tại khoa thần kinh Viện quân y 103 từ 1982 đến 1985.

3. Phương pháp nghiên cứu

a. Test bám huyết ẩm đường

Huyết ẩm đường (kỳ huyết) nằm ở điểm gặp nhau của đường nối hai đầu lông mày và sống mũi thẳng lên. Thầy thuốc dùng ngón cái của tay phải (hoặc búa phản xạ) vừa ấn mạnh vào huyết, vừa đẩy xuống phía mũi và yêu cầu bệnh nhân nhắm nghiền hai mắt lại đồng thời thầy thuốc ám thị (giải thích thao tác như vậy thì hai mắt sẽ không mở ra được....) rồi yêu cầu bệnh nhân mở mắt ra. Nếu

không mở mắt ra được nữa hoặc chỉ có thể nâng nhẹ hai mí mắt trên và đưa nhãn cầu lên trên giống như dấu hiệu Charles - Bell trong liệt ngoại vi dây VII. Đó là test bấm huyết ấn đường dương tính (hình 1.7) (bệnh nhân dễ bị ám thị)



Hình 1.7: Test bấm huyết ấn đường của Hồ Hữu Lương (1987).

b. Test bấm huyết Nội quan

Huyết Nội quan: huyết thứ 6 thuộc đường kinh Thủ quyết âm tâm bào. Vị trí huyết Nội quan: ở khe giữa gân cơ gan tay lớn và gân cơ gan tay bé, trên lằn cổ tay hai thốn.

Thầy thuốc bấm huyết Nội quan cho đến khi bệnh nhân cảm thấy đau nhẹ tại huyết thì yêu cầu bệnh nhân nắm chặt tay lại. Sau đó thầy thuốc ám thị (giải thích cho bệnh nhân cảm thấy bấm huyết ấn đường thì bàn tay không mở ra được....) nếu bệnh nhân không xoè bàn tay ra được nữa thì đó là test bấm huyết Nội quan dương tính - bệnh nhân dễ bị ám thị (hình 1.8).



Hình 1.8: Test bấm huyết Nội quan của Hồ Hữu Lương (1987)

3. Kết quả nghiên cứu

Nghiên cứu trên 150 sinh viên bình thường đều thấy test bấm huyết ấn đường và Nội quan âm tính. Kết quả nghiên cứu hai test này trên 32 bệnh nhân hysteria có tỷ lệ dương tính cao bằng (1.1)

Bảng 1.1. Kết quả nghiên cứu test bấm huyết ấn đường và test bấm huyết Nội quan

Hysteria (thể bệnh)	Số BN	Test Á.Đ (+)	Test N.Q (+)
Liệt 2 chi dưới	12	10	9
Liệt 3 chi	3	2	2
Liệt tứ chi	3	2	1
Co giật tay chân	5	4	3
Co giật cơ mặt	4	3	3
Lịm	3	3	3
Run tay chân	1	1	1
Nấc	1	1	1
Cộng	32	26	23

4. Kết luận

– 150 người bình thường đều có test bấm huyết Ấn đường và test bấm huyết Nội quan âm tính (không có đáp ứng). Trong số 32 bệnh nhân hysteria, test bấm huyết Ấn đường dương tính 26/32 trường hợp (81%), test bấm huyết Nội quan dương tính 23/32 trường hợp (27,2%).

– Test bấm huyết Ấn đường và test bấm huyết Nội quan góp phần trong chẩn đoán bệnh hysteria.

– Những trường hợp còn nghi ngờ giữa bệnh hysteria hay bệnh thực thể thì hai test này có thể góp phần chẩn đoán phân biệt nhanh chóng hơn.

IV. NGHIỆM PHÁP KÉO GIÃN CỘT SỐNG CỔ CỦA HỒ HỮU LƯƠNG (1995)

Bệnh nhân ngồi trên ghế, hai tay đặt lên đầu gối, cổ mềm mại. Thầy thuốc đứng phía sau và hơi lệch sang bên phải bệnh nhân, tay phải luôn dưới cằm, nếp gấp khuỷu đỡ cằm bệnh nhân (phần tay đỡ cằm đã được chải trước bằng một khăn mỏng nhỏ: champ). Bàn tay phải ôm nhẹ đầu bệnh nhân. Ngón cái và ngón trỏ tay trái đỡ dưới xương chẩm và đẩy cho đầu bệnh nhân gấp khoảng 15 độ. Tay phải từ từ kéo xương hàm dưới lên đồng thời tay trái đẩy xương chẩm lên với một lực khoảng 10kg và giữ nguyên trong 5 giây. Nếu các triệu chứng rễ thần kinh cổ giảm hoặc mất là nghiệm pháp dương tính (hình 1.9)

Theo tác giả, nghiệm pháp kéo giãn cột sống cổ (Np.KG/CSC) của Hồ Hữu Lương dương tính tới 88,8% trường hợp thoát vị đĩa đệm cột sống cổ có hội chứng rễ.



Hình 1.9: Nghiệm pháp kéo giãn cột sống của Hồ Hữu Lương (1995)

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.

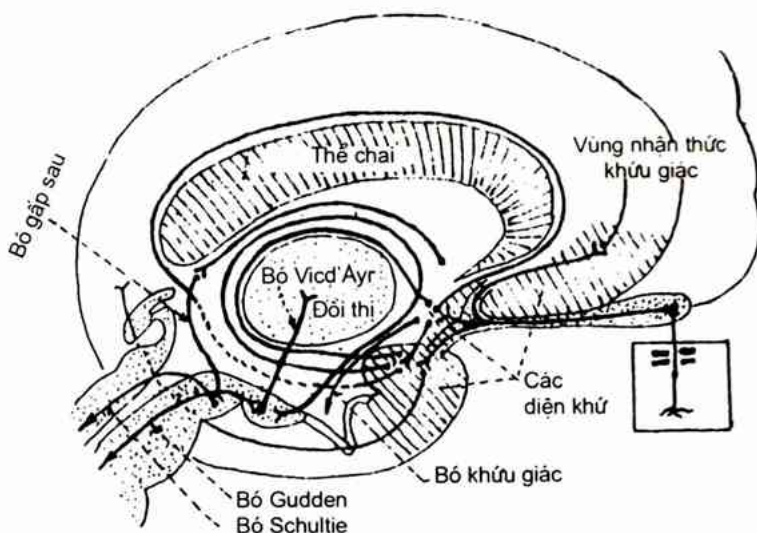
I. DÂY I - DÂY THẦN KINH KHÚC GIÁC (NERF OLFACTIF)

1. Giải phẫu

Đường khứu giác gồm:

– Neuron 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.

– Neuron 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)



Hình 2.1: Đường khứu giác

Cần nhớ là tam giác khứu 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 khứu giác khi thương tổn trung khu khứu giác một bên

2. Khám khứu giác

Mất khứu giác nhiều khi do bệnh ở mũi hơn là do bệnh thần kinh, vì vậy trước khi khám khứu giác, cần hỏi xem bệnh nhân có bị các bệnh ở mũi không và phải khám mũi

Cần khám khứu giác ở từng bên mũi (hình 2.2): dùng ngón tay bịt một bên



Hình 2.2: Khám khứu giác

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

- Nhanh chóng nhận biết được chính xác chất thử hoặc:
- 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 thương tổn 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 sọ 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, đau 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 thương tổn 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 (gân hồi hải mã)
- U màng não ở cánh bướm nhỏ
- Bệnh tâm thần phân liệt

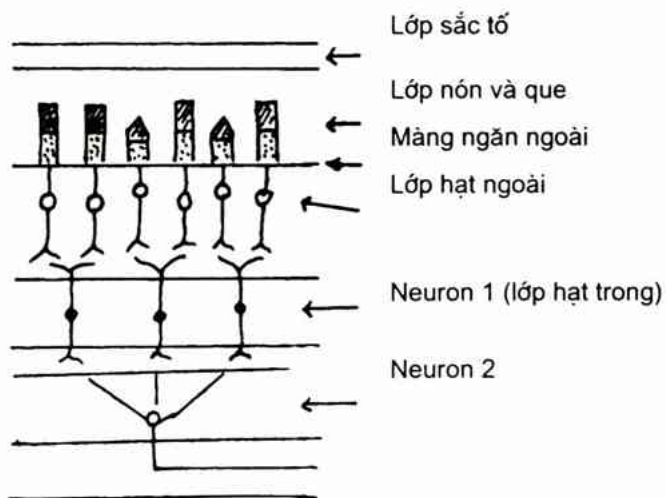
Các rối loạn về chức năng khứu giác tuy ít gặp (vì dây thần kinh khứu giác đi qua vùng ít bị chèn ép và nó có đường dẫn truyền hai bên), nhưng nếu trong bệnh sử có nghi ngờ thương tổn hố sọ trước cần phải khám kỹ mỉ về khứu giác.

II. DÂY II - DÂY THẦN KINH THỊ GIÁC (N.OPTIQUE)

A. GIẢI PHẪU

Đường thị giác gồm 3 neuron (hình 2.4)

- 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 (diencephale) 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

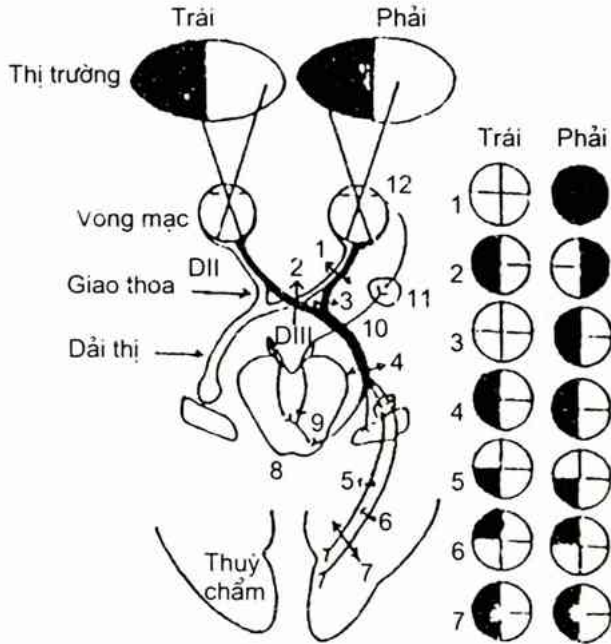


Hình 2.3: Cấu tạo của võng mạc (theo Masquin và Tretles).

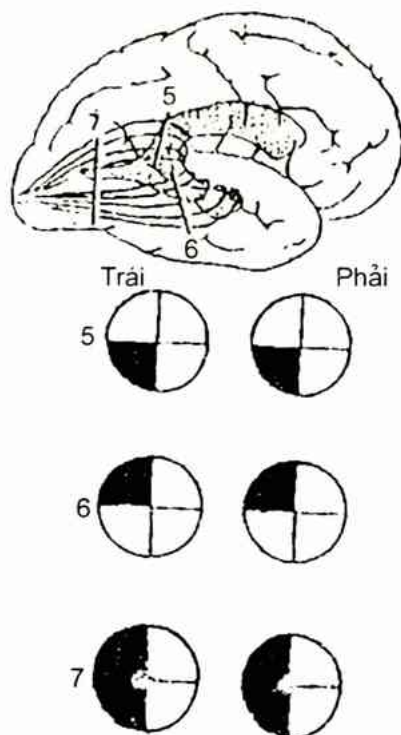
- Sợi trục làm thành sợi thị giác, khớp với neuron 3 ở thể gối ngoài. Các sợi thị giác liên tiếp tạo thành dây thần kinh thị giác, giao thoa thị giác, giải thị giác. Dải thị giác đi vòng quanh ngoài cuống não vào trung khu thị giác dưới vỏ (gồm có pulvinar (gối) của đồi thị, thể gối ngoài và củ não sinh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



Hình 2.4: Sơ đồ dẫn truyền thị giác (đen: thị trường mù)



Hình 2.5: Thương tổn tia thị và thị trường mù

B. KHÁM XÉT

Khám thị lực, thị trường, 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. Phương pháp khám

Khám từng mắt

Cần có bảng chữ cái (bảng Snellen), bảng chữ E của Armaignac, bảng thị lực vòng hở của Landolt hoặc hình vẽ con chim, chìa khoá cho trẻ em, người không biết chữ v.v... Bảng chữ được chiếu đủ ánh sáng, bệnh nhân đứng cách xa bảng 5m. Tùy theo bệnh nhân đọc được hàng chữ nào mà đánh giá thị lực mắt ấy là bao nhiêu (bình thường thị lực là 1 (10/10) (thị lực (V) tính theo công thức Snellen: $V = d/D$, d là khoảng cách từ chỗ bệnh nhân đứng đến bảng chỗ có thể đọc được chữ. D là khoảng cách mắt người bình thường đọc được chữ trên bảng)

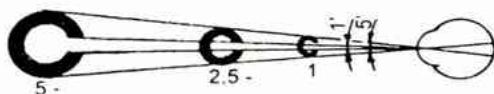
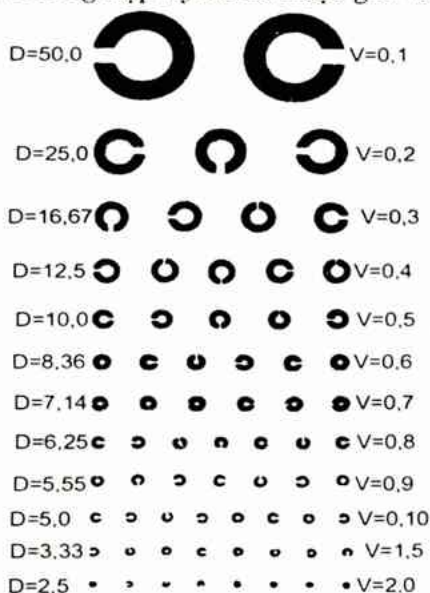
Bảng 2.1. Tương quan giữa thị lực với cỡ chữ và nét chữ của bảng snellen

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.

Cách đánh giá thị lực khi khám bằng cách đếm ngón tay.
 Đếm được ngón tay cách: 1m, thị lực tương đương là 0,02; 2m, thị lực tương đương 0,04; 3m, thị lực tương đương 0,06; 4m, thị lực tương đương 0,08; 5m, thị lực tương đương là 0,1...

- Phản xạ tinh thần - mi mắt (réflex psycho -palpébral):
 đưa đầu ngón 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 hysteria hoặc giả vờ thì vẫn chớp.



Hình 2.7: Nguyên lý tính thị lực Landolt

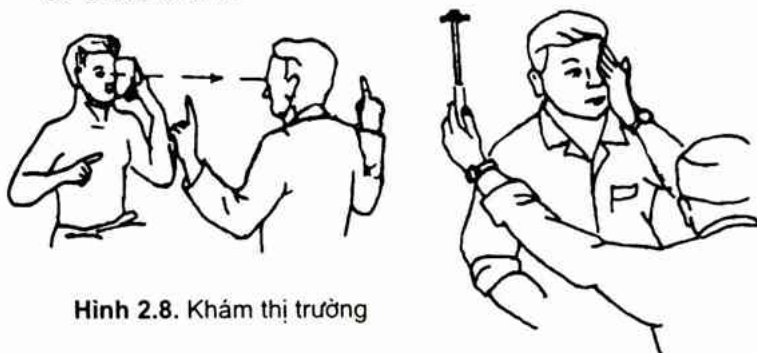
b. Nhận định

- 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 nhìn cố định vào một điểm

a. Cách khám



Hình 2.8. Khám thị trường

- Để bệnh nhân bịt một mắt (hình 2.8A) mắt kia 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 2.8) bảo bệnh nhân xác định thời điểm đầu tiên khi nhìn thấy vật xuất hiện.

Trường hợp bệnh nhân hoàn toàn không phối hợp được lo rối loạn ý thức hoặc rối loạn ngôn ngữ, có thể dùng cách lùa 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 báo bệnh nhân chia đôi (chỉ điểm giữa) của một cái gậy ngắn (hoặc một sợi dây ngắn, một khăn mặt v.v...). nếu bệnh nhân chỉ chia đúng với khoảng 3/4 chiều dài của cái gậy, (vì bệnh nhân không nhìn thấy 1/4 độ dài kia) thì đoạn 1/4 này chính là đoạn thị trường bệnh nhân bị bán manh (hình 2.9)



Hình 2.9: 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 thương tổn thì thị lực đối với ánh sáng màu thường bị thu hẹp sớm hơn và nhiều hơn đối với ánh sáng trắng. Bình thường, thị trường

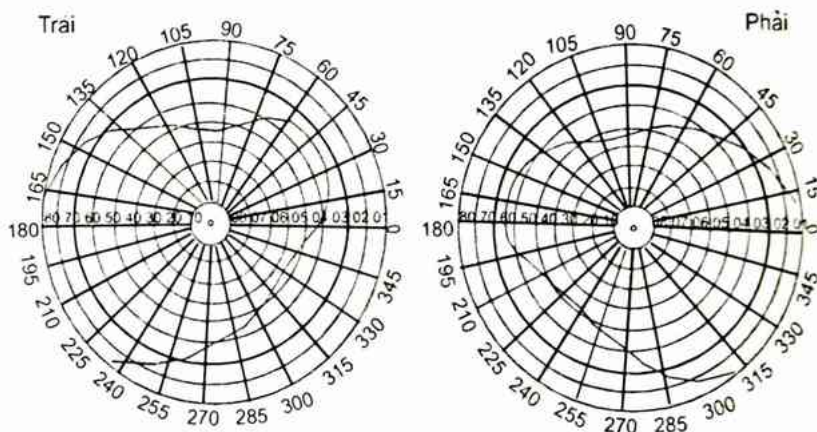
đôi với màu xanh lam là rộng nhất rồi đến màu đỏ và hẹp nhất là đối với màu xanh lá cây. Trong bệnh hysteria có khi trái lại thị trường chỉ thu hẹp đối với màu xanh lam, còn thị trường với màu xanh lá cây thì bình thường.

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 2.10: Giới hạn bình thường của thị trường

Thị trường thái dương: 90°

Thị trường mũi: 60°

Thị trường trên: 60°

Thị trường dưới: 70°

* Các hình thức mất thị trường (hình 2.4 và 2.5)

– Mất hoàn toàn thị trường một bên mắt (mù một mắt) do thương tổn 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 thương tổn 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): thương tổn ở đoạn từ dải thị đến vùng chằm. Thương tổn ở vùng rãnh chạ: bán manh cùng bên nhưng còn thị trường trung tâm.

Nguyên nhân: tai biến mạch 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 thương tổn nguyên nhân thương tổn tia thị giác (các sợi dẫn tới vùng trên khe chạ) hoặc thương tổn 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 thương tổn nguyên nhân thương tổn tia thị giác (các sợi dẫn tới vùng dưới khe chạ) hoặc thương tổn 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 thương tổn điểm vàng hoặc thương tổn chọn lọc bó điểm vàng của thần kinh thị giác trong viêm thần kinh thị giác sau nhãn cầu (nérvite optique rétrobulbaire) hoặc thương tổn 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, thương tổn hai bên phần trước của trung tâm thị giác ở vỏ não.
- Thu hẹp không đều: teo thần kinh thị giác do bệnh tabest.
- Thu hẹp về phía mũi trong bệnh glaucoma

3. Khám đáy mắt

a. Cách khám

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 thương tổn 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 thương tổn ở đáy mắt, người ta đo độ chênh lệch bằng dioptry giữa các bình diện quan sát với máy soi đáy mắt hình thẳng, 1 milimet tương đương với 3 điốp. Ví dụ nếu phải cộng 3 dioptry 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 nhìn 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 lìa vẫn rõ nét là hình ảnh teo đĩa đệm nguyên phát (teo này không trải qua quá trình phù nề). Nguyên nhân thường tồn tại đĩa thị do chèn ép, chấn thương, chất độc, bệnh thoái hóa myelin, tabes, 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.

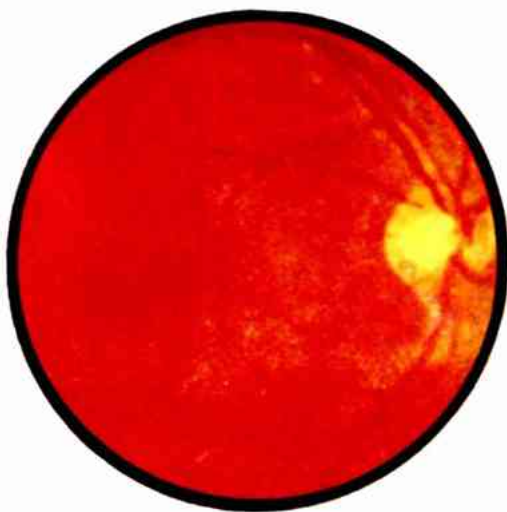
- Phù đĩa thị (oedème papillaire):

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 chảy máu lấm tẩm 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.

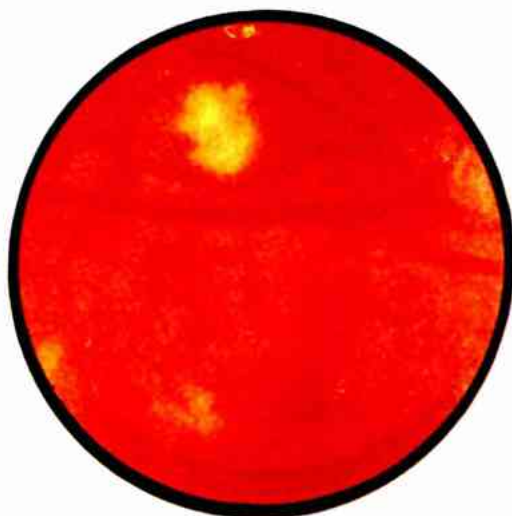
- Cơ chế phù đĩa thị: dây thần kinh thị giác phải chui qua một cái cửa chật hẹp (ống thị giác) và được bao bọc bởi một lớp vỏ màng nhện cho đến gân nhãn cầu. Nhờ có vỏ bọc xung quanh này, dây thần kinh thị giác có liên quan đến khoang dưới màng nhện trong sọ và được cách ly khỏi ống thị giác. Trong đó 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 tuỷ 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 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.

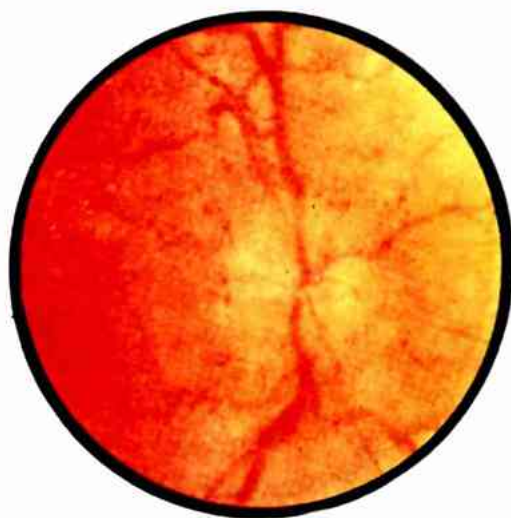
Sau khi tình trạng áp lực nội sọ thực sự đã giảm (đã cắt bỏ u não, đã lấy áp xe não...) chỉ vài ngày sau phù nề đĩa thị đã giảm nhưng phải từ 4 đến 6 tuần sau mới hết hẳn. Riêng ở trẻ em và thanh niên có thể sớm hơn vì phù nề đĩa thị do tăng áp lực nội sọ chỉ do ứ nước nhiều trong các khoang kẽ, trong 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 thương tổn mặc dù mới phù đĩa thị rất nhẹ mà thị lực đã giảm rõ rệt và rất sớm.



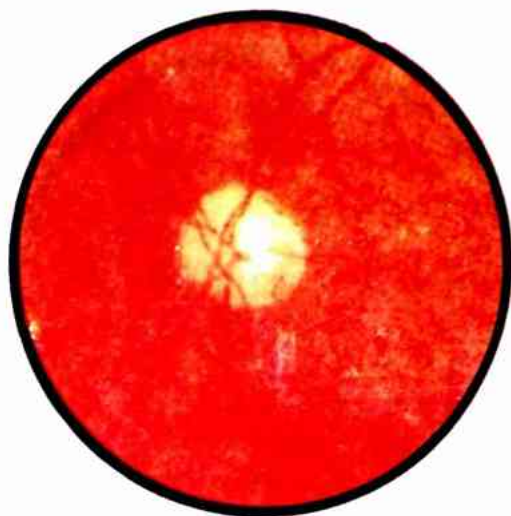
A. Đáy mắt bình thường (mắt phải người trẻ)



Hình 2.11:
B. Dấu hiệu Salus-Gunn (mắt phải)

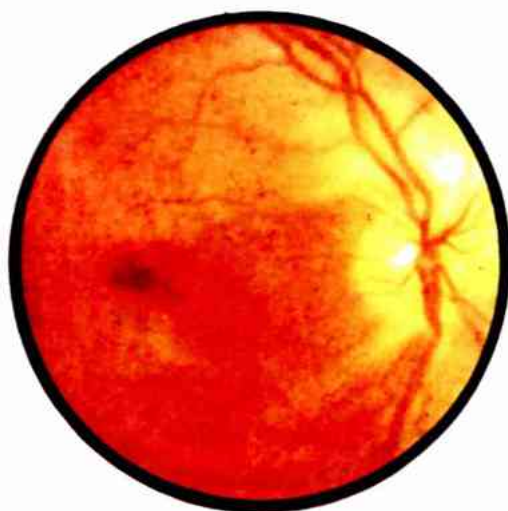


A. Mắt phải

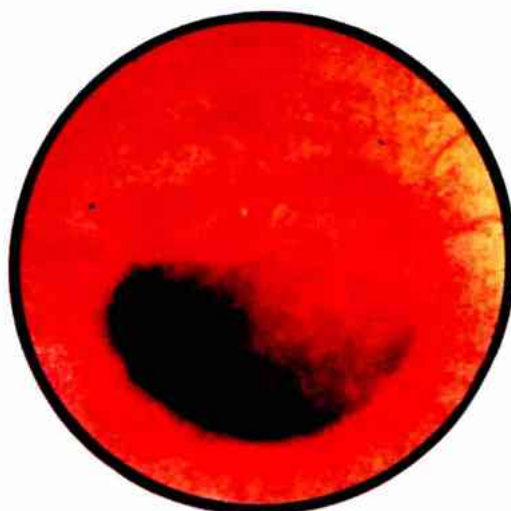


B. Mắt trái

Hình 2.12: Hội chứng giả Foster - Kennedy do viêm dính giao thoa thị giác với màng nhện không phải do khối u

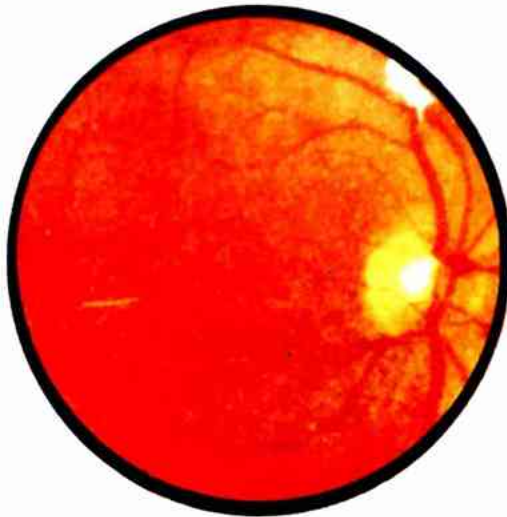
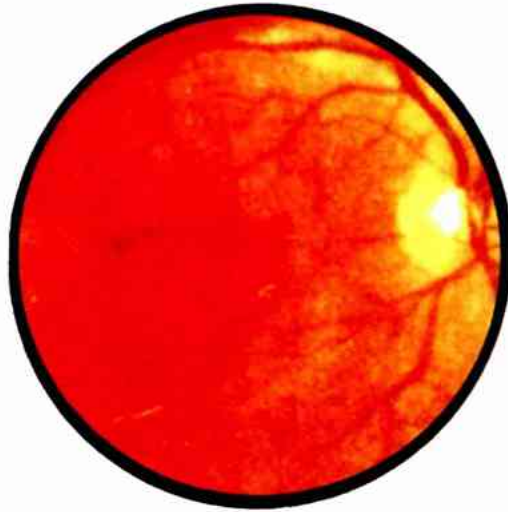


A. Tắc động mạch trung tâm võng mạc (mắt phải)



B. Chảy máu võng mạc (bờ trên ngang, bờ dưới lan tỏa – mắt)

Hình 2.13:



Hình 2.14:

A và B. Chảy máu ở vùng điểm vàng (giai đoạn đầu bờ trên ngang, giai đoạn sau máu tiêu bớt - mắt phải)

- Nguyên nhân phù đĩa thị

Do tăng áp lực nội sọ bất cứ nguyên nhân nào

Các u hố sọ sau (gân cống Sylvius, gân 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 tăng huyết áp 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 ngát 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. Mầu 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 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, thương tổn ở điểm vàng, thị lực ngày càng giảm, trí tuệ kém phát triển, bại liệt rồi chết.

* Vỡng mạc:

Bình thường: vỡng mạc vùng gân 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 tụy, ở thận.

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 thẫm hay màu hồng nhạt, nếu bệnh nhân chọn đúng các sợi len màu đỏ nhưng lại chọn thêm cả màu xanh và nâu tím và 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) + Thallium (đỏ) = Natrium (vàng)

Tuỳ theo các loại màu sắc mà bệnh nhân hoà 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 tricoloromat bình thường. Nếu nhận được 3 màu cơ bản nhưng không thật đúng được gọi là tricoloromat 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 màng 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 thương tổn võng mạc, viêm hắc mạc cực sau.

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

- Nhìn màu sắc của vật thay đổi: 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.

- Thương tổn ở võng mạc: bong võng mạc, thoái hoá sắc tố võng mạc, võng mạc albumin niệu hay võng mạc đái tháo đường; mắt nhìn sai màu vàng và nhìn mọi vật thành màu xanh.

- Thương tổn 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

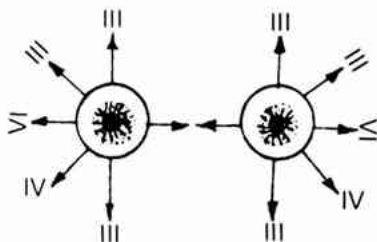
1. Các cơ ở mắt

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 vận động không tùy ý: cơ mi (muscle palpébral).

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

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 2.15, cơ thẳng ngoài là cơ hầu như duy nhất đưa mắt ra ngoài (giàng) cơ thẳng trong 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.



Hình 2.15: Chức năng các dây vận nhãn

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 cơ đồng tử (cận 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 (đọc theo mặt bên), khe bướm, ổ mắt.

– Phân bố: cơ thẳng ngoài.

B. KHÁM XÉT

1. Khám sa mi mắt và khám đồng tử

– Khám sa mi mắt (ptosis)

Khe mi có hẹp không? hẹp một hoặc hai bên.

Nếu sa mi: bệnh nhân nhìn lên trần nhà, lúc này mi bên bệnh không thể nào nâng lên được hoặc nâng kém hơn bên lành.

– Khám 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. Tùy thuộc vào mức độ đồng tử co nhanh, mạnh, yếu hoặc không co được mà kết luận đồng tử co lười, yếu hoặc mất phản xạ đồng tử trực tiếp với ánh sáng. Phản xạ này là một trong những tiêu chuẩn đánh giá mức độ (giai đoạn) hôn mê.

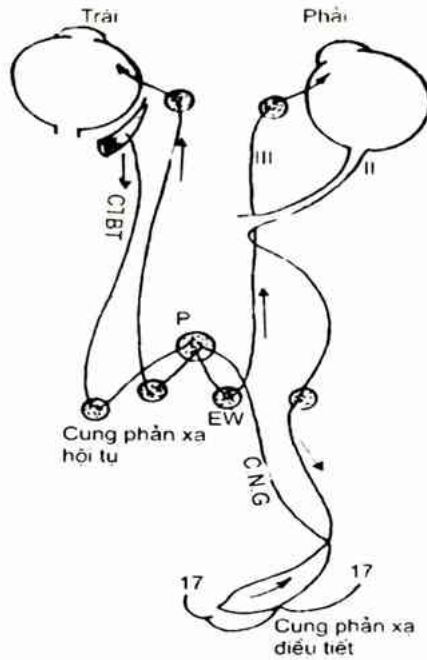
- Phản xạ đồng tử điều tiết và hội tụ (réflex pupillaire à l'accommodation convergence):

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

- Cung phản xạ điều tiết: đường thị giác đến vỏ não vùng 17,19, bó chiasm - não giữa (CNG), nhân perlia, nhân Edinger Westphal, thân dây III, hạch mi, cơ vòng móng mắt.

- Khám hội tụ: bảo bệnh nhân nhìn vào ngón tay của thầy thuốc, lúc đầu đặt ngón tay ở xa, sau đưa lại gần mắt bệnh nhân. Bình thường: hai mắt sẽ từ từ khép vào đường giữa.

- Khám điều tiết: bảo bệnh nhân nhìn một 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.



Hình 2.16: Cung phân xạ điều tiết và hội tụ

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. Nếu nghi ngờ có hạn chế vận động nhãn cầu thì sau đó cần khám thêm vận động nhãn cầu từng mắt.

4. Song thị (diplopia)

Hỏi kỹ bệnh nhân có thấy nhìn một hóa hai khi đưa mắt nhìn theo 6 hướng kể trên. Nếu có song thị cần hỏi xem khi mắt nhìn theo hướng nào thì các hình cách xa

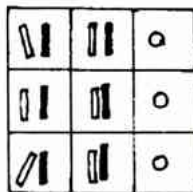
nhất. Trong tư thế có hai hình cách xa nhau tối đa thì hình bên ngoài là hình giả và có liên quan tới mắt bị liệt. Có thể xác định được thương tổn đó bằng cách che lần lượt từng bên mắt và hỏi bệnh nhân khi nào thì hình bên ngoài mất đi. Cơ liệt là cơ khi bình thường có tác dụng đưa mắt thương tổn về hướng song thị.

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

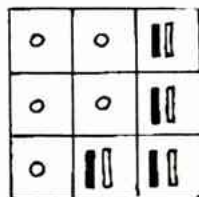
Cơ thẳng trên và dưới không những đưa mắt lên trên hay xuống dưới mà còn đưa mắt vào trong.

Cơ chéo to đưa mắt ra ngoài và xuống dưới. Cơ chéo bé đưa mắt ra ngoài và lên trên.

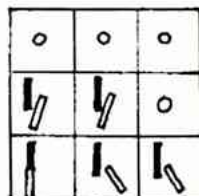
Song thị khi nhìn sang trái
(do thương tổn cơ thẳng trong mắt phải):
liệt dây III bên phải



Song thị khi nhìn sang phải
(do thương tổn cơ thẳng ngoài mắt phải):
liệt dây VI bên phải

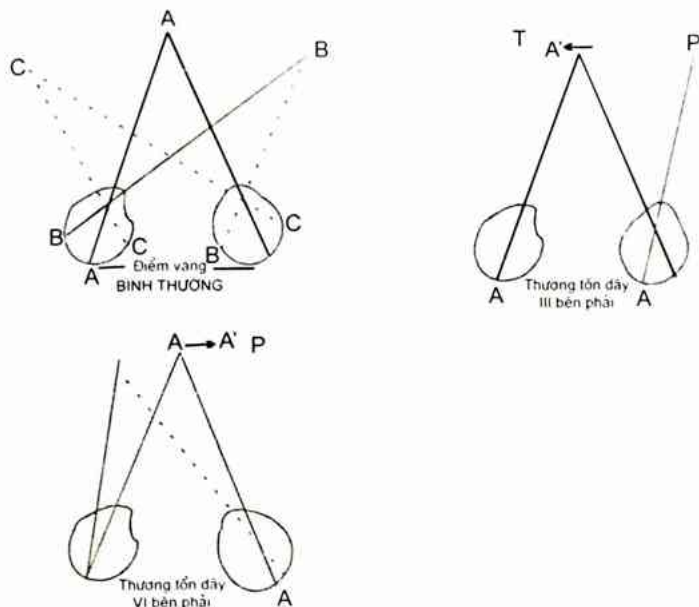


Song thị khi nhìn xuống dưới
(do thương tổn cơ chéo to mắt phải): liệt
dây IV bên phải



Hình 2.17: Sơ đồ song thị (theo Lõgalepôp), ảnh thật: đen, ảnh ảo: trắng

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



Hình 2.18: Sơ đồ giải thích song thị

A: Ảnh thật

A': Ảnh giả

→ chỉ chiều nhìn của mắt sẽ có song thị

C. NHẬN ĐỊNH

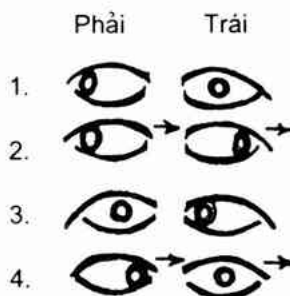
1. Sa mi

Sa mi do nhiều nguyên nhân:

- Thương tổn tại cơ nâng mi trên

- Một số bệnh cơ: bệnh nhược cơ, bệnh Stéinert (loạn trương lực cơ -dystrophie myotonique). 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 mí liên tục và một lúc sau sa mí sẽ rõ hơn.

- Liệt dây III: sa mí do liệt dây III thường có giãn đồng tử lác ngoài, song thị.



Hình 2.19: Vị trí nhãn cầu trong liệt dây III bên phải (1: khi nhìn thẳng; 2: khi nhìn sang trái) và liệt dây VI bên trái (3: khi nhìn thẳng, 4: khi nhìn sang trái).

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

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

- Giật mí 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 sa mi mắt bẩm sinh

2. Lỗi mắt (éxophtalmie)

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

- Các bệnh gây lỗi mắt:

- Bệnh Basedow
- Tiêm thuốc vào hậu nhãn cầu
- Phù nề kết mạc mắt.
- Do hộp sọ kém phát triển
- Lỗi mắt một bên: u hốc mắt hay u hậu nhãn cầu
- Lỗi 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)

- Thương tổn 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, sảng rượu cấp (deliriumtremens).

- Thương tổn 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 ra co đồng tử:

Thương tổn 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 (mô điều trị glaucome, đục thể thủy tinh: cristallin).

- Co đồng tử do co thất 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 mù, nhiễm khuẩn cấp tính mạch xoang hang, thương tổn 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

- Thương tổn tuỷ

Bệnh tabes.

- Các thuốc làm co đồng tử:

Các thuốc tăng cường cận giao cảm:

Dung dịch pilocarpin khi nhỏ vào mắt gây co thất cơ vòng mỏng mắt.

Eserin, DFP (difurophosphat): ức chế men cholinesterase và do đó tạo điều kiện cho acetylcholin hoạt động gây co đồng tử.

Ngộ độc morphin: đồng tử co nhỏ như đầu kim (các 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 thương tổn 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 cận 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 2.20)

Neuron 1 (trung tâm) đi từ vùng dưới đồi (hypothalamu) 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 cận giao cảm (dây III). Đường cận giao cảm làm co đồng tử có thể bị thương tổn ở nhiều chỗ khác nhau:

Trong hội chứng khe bướm, thương tổn dây III, IV, V và V₁): 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 thủy 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%.

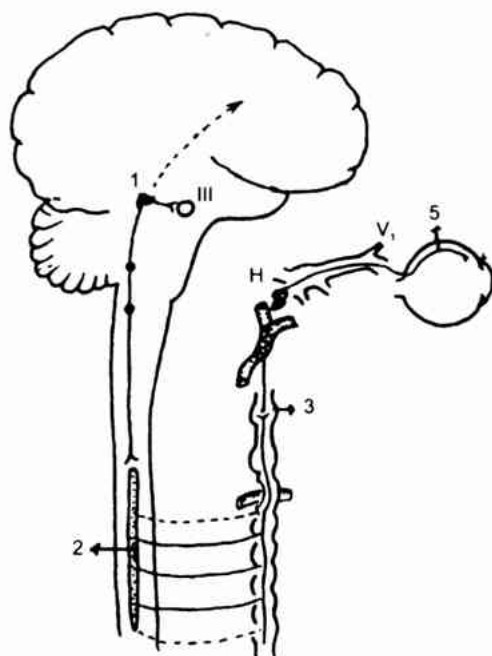
- Thương tổn ở khoảng giữa các nhân của đồng tử và hạch mi: đồng tử giãn không hoàn toàn, cơ vòng của đồng tử có khi còn co nhẹ.

- Thương tổn ở hạch mi: đồng tử giãn cực đại

- Thương tổn giữa hạch mi và mắt: đồng tử giãn cực đại.

Trường hợp thương tổn 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) mắt, 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.



Hình 2.20: Đường giao cảm làm giãn đồng tử

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

- 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 tuỷ sống cổ, u trung thất.
- U máu đè vào vùng giao cảm cổ
- Các túi phình của mạch máu vùng ngực, của quai động mạch chủ.
- Các thương tổn ở đỉnh phổi, nhất là viêm màng phổi đỉnh.
 - Các thuốc làm giãn đồng tử.
 - Thuốc làm liệt thần kinh cận 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.
 - Đụng 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 (gardenal, veronal, 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.
- 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

– Cung phản xạ:

- 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 đồng tử với ánh sáng: 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 thắt đồng tử (sphincter pupillaire).

- Đường ly 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 đồng tử với ánh sáng có thể bị giảm hay mất khi các phần hướng tâm hoặc ly tâm của cung phản xạ bị gián đoạn:

- Thương tổn 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).

- Thương tổn trên đường ly tâm (dây III): mất phản xạ ánh sáng trực tiếp và mất phản xạ ánh sáng đồng cảm

– Dấu hiệu Argyll - Robertson (1869) (do thương tổn 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 thương tổn các củ não sinh tư. Nguyên nhân do:

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

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

- Viêm não dịch tễ (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 thương tổn 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 mống 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 thương tổn tại trung não.

– Nếu mù cả hai mắt, không còn phản xạ ánh sáng là do thương tổn 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 bằng bệnh cảnh tương tự như trên.

– Bệnh nhược cơ (myasthénie)

Thường sa mí 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: sa mí, lác ngoài, song thị, 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 sa mí, nhưng có hiện tượng song thị.

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

Nguyên nhân liệt dây III:

• Thương tổn ở cuống não do khối u hay thương tổn mạch máu:

Hội chứng weber do thương tổn nhân dây III:

Bên thương tổn liệt dây III

Bên đối diện với thương tổn liệt nửa người.

Hội chứng Bénédikt do thương tổn nhân đỏ:

Bên thương tổn: liệt dây III

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

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

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

- Tụt kẹt (engagement) thùy thái dương trong khe Bichat gây ra thương tổn dây thần kinh ở thân não và xoang tĩnh mạch hang. Những sợi đồng tử bị thương tổn 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 thương tổn 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), triệu chứng chủ yếu là không thể đưa mắt phối hợp sang hai bên; liệt mắt cùng bên và rối loạn nuốt, đôi khi có dị dạng các chi.

– Liệt dây IV:

Ít khi đơn độc, do thương tổn ở cuống não

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

Nhãn cầu hơi nhìn lên trên.

– Liệt dây VI:

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

- Lác trong (strabisme convergent)

Nguyên nhân liệt dây VI:

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

- Thương tổn ở cầu não thường kèm liệt dây VII cùng bên về 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 bó 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. 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 nhân cầu về bên đối diện với bán cầu đã sinh ra xung động.

Do đó trường hợp liệt chức năng liếc ngang kèm liệt dây VI là hội chứng Foville cầu não hay Foville thẳng (trung điểm phối hợp nhìn sang bên đối diện ở cùng bên với nhân dây VI (hình 2.21). Trường hợp liệt chức năng liếc ngang kèm liệt dây III bên đối diện là hội chứng Foville cuống não hay Foville chéo (trung điểm phối hợp nhìn về bên đối diện ở khác bên với nhân dây III).

1.1. Liệt chức năng nhìn

a. Vận động mắt và chức năng nhìn

Có ba dây thần kinh vận động nhãn cầu, dây III, dây IV, dây VI chi phối trực tiếp các cơ vận động nhãn cầu.

Hoạt động của hai mắt luôn luôn được phối hợp nhịp nhàng, có hệ thống. Hai mắt có thể cùng nhìn lên trên, xuống dưới, sang phải, sang trái. Tất cả những động tác đó được sự điều khiển của các trung tâm trên nhân ở thân não, ở vỏ não. Đó là trung điểm Perlia (chức năng hội tụ), Darkchwitz (liếc dọc), Foville (liếc ngang), các trung tâm phản xạ (ở não giữa) với củ não sinh tư: phản xạ thính, thị giác (qua bó mái gai) với nhân tiền đình (sự phối hợp giữa tư thế và vị trí của đầu với tư thế, vị trí của đôi mắt - cắt nghĩa rung giật nhãn cầu), các trung tâm ở vỏ não: trung tâm thần quay mắt quay đầu ở diện 8, trung tâm thị giác quay mắt quay đầu ở gần nếp cong có liên hệ với diện 18,19, trung tâm thính giác quay mắt quay đầu ở cạnh diện thính giác, diện 21, các trung tâm khác ở diện vận động.

b. Liệt chức năng nhìn

Liệt chức năng nhìn là liệt sự phối hợp vận động của hai nhãn cầu, khác với liệt đơn độc của các dây thần kinh sọ não vận động nhãn cầu. Khi trung điểm phối hợp vận động bị thương tổn, chức năng liếc ngang, liếc dọc hoặc hội tụ bị liệt (mặc dầu các dây thần kinh vận nhãn không bị thương tổn). Nếu ở vỏ não bị thương tổn thì những phản xạ liếc ngang, liếc dọc vẫn còn tốt nhưng không còn động tác kết hợp hữu ý.

* Liệt chức năng nhìn ngang (hình 2.21)

- Hội chứng Foville cuống não (1):

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

Liệt nửa người bên đối diện với ổ thương tổn

- Hội chứng Foville cầu não trên (2):

Hai mắt tránh nhìn ổ thương tổn.

Liệt nửa người bên đối diện với ổ thương tổn

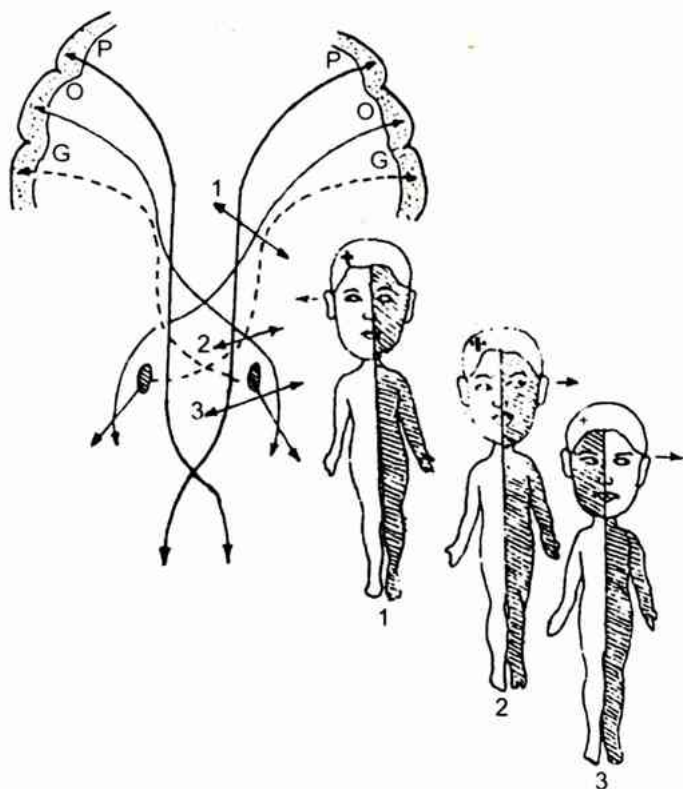
- Hội chứng Foville cầu não dưới (3):

- Hai mắt tránh nhìn ổ thương tổn.
- Liệt giao bên: liệt nửa người (trừ mặt) bên đối diện với ổ thương tổn, liệt mặt bên ổ thương tổn.

- Liệt chức năng liếc dọc:

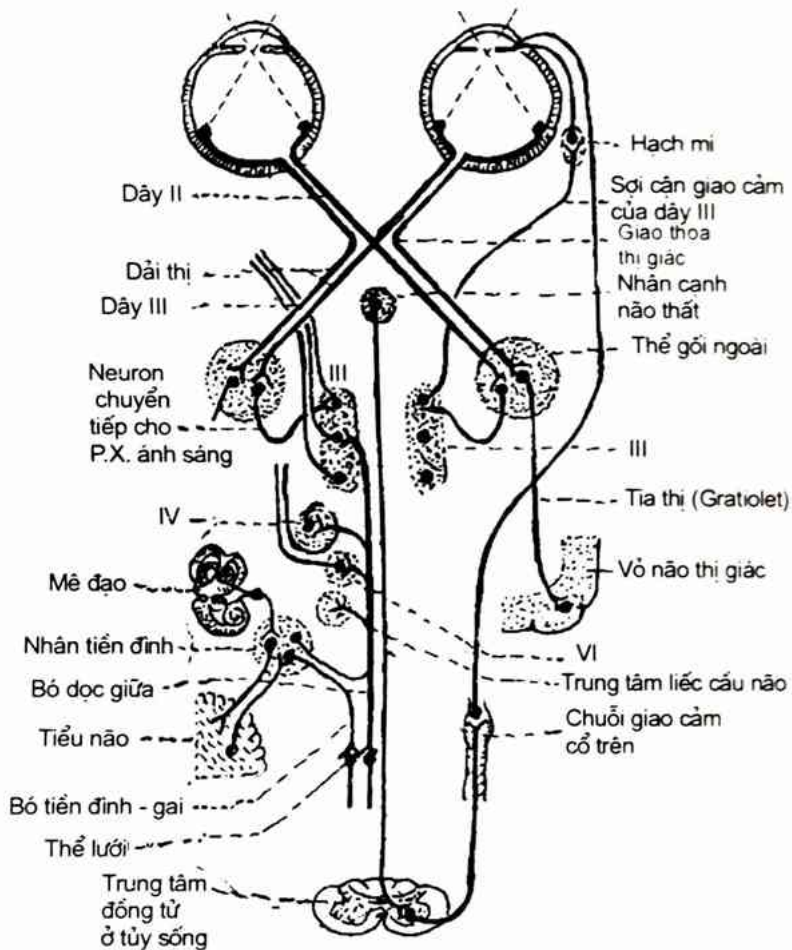
- Hội chứng Parinaud:
- Liệt chức năng nhìn lên trên, đôi khi cả nhìn xuống dưới
- Liệt chức năng hội tụ hai mắt.

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



Hình 2.21: Hội chứng Foville - nhìn phía sau, hình ảnh minh họa lâm sàng theo Hồ Hữu Lương (1998)

P: bó tháp; O: đường 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; +: ổ thương tổn.



Hình 2.22: 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.

DÂY V. DÂY THẦN KINH SINH BA (NERF TRIJUMEAU)

A. GIẢI PHẪU

Dây V là dây hỗn hợp (hình 2.23)

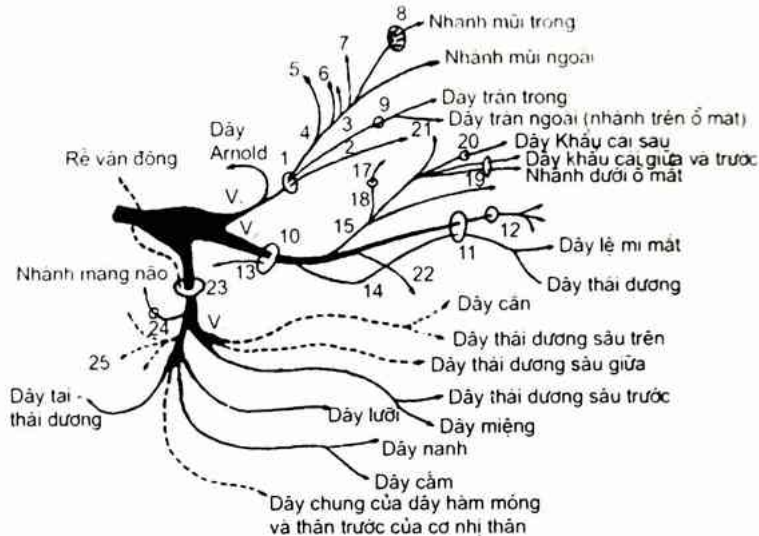
1. Nhánh vận động

- 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 thương tổn dưới nhân, nghĩa là thương tổn ngoại vi.

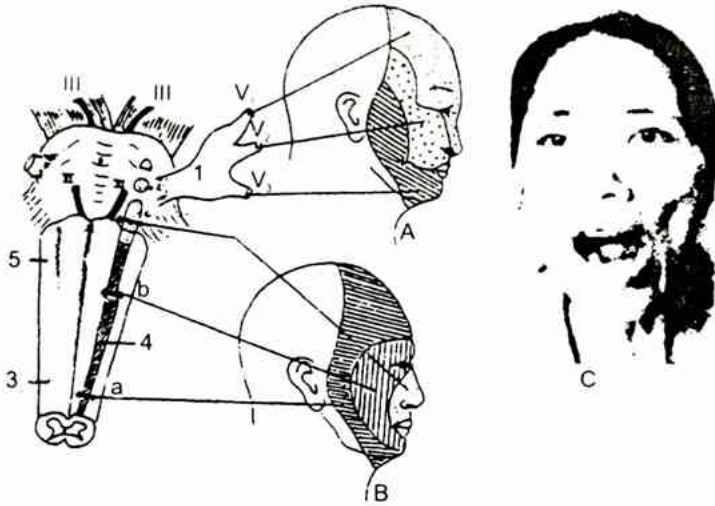
2. Nhánh cảm giác

- Thân tế bào nằm ở hạch Gasser
- Đuôi 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



Hình 2.23: 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 sàng | 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 2.24: Sơ đồ phân bố thần kinh da mặt

A. Theo dây: V₁ nhánh mắt; V₂ nhánh hàm trên; V₃ nhánh hàm dưới

B. Theo khoanh:

1. Hạch Gasser; 2. Nhân vận động dây thần kinh V;

3. Tuỷ sống; 4. Nhân cảm giác dây thần kinh V;

5 Hành não; 6. Cầu não

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

C. Liệt dây V bên trái

+ Các xung động đau, nóng, lạnh và một phần xúc giác tận cùng ở nhân bó đi xuống hay bó tuỷ sống, bó này tiếp theo nhân cảm giác chính của dây V qua cầu não và hành não tới đoạn tuỷ 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 neuron trong bó đi xuống bắt chéo sang bên đối diện và đi lên đối thị. sau đó cùng các sợi cảm giác của thân đi lên vỏ não cảm giác.

B. KHÁM XÉT

1. Khám cảm giác

a. Khám cảm giác nông

Dùng túm 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 mồm) với cảm giác ở phía ngoại 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 vùng 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.

b. Khám các điểm xuất chiếu của các nhánh

Nhánh mắt: ta ấn lỗ trên ổ mắt, nhánh hàm trên: ấn lỗ dưới ổ mắt, nhánh hàm dưới: ấn lỗ xương hàm. Khi đau dây V, ta ấn vào các lỗ này gây đau dữ dội.

2. 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 nhai:

- 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 thương tổn vì hai cơ chân bướm trong và ngoài không còn đủ sức đưa lõi 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 dễ làm cho lầm 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.

3. Khám phản xạ

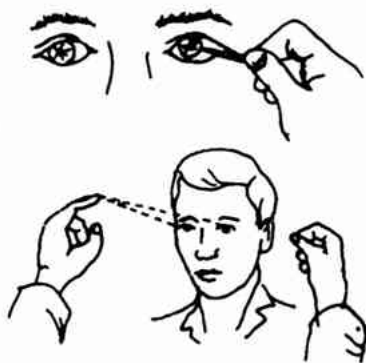
a. Phản xạ giác mạc (hình 2.25)

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

– Kích thích: dùng một miếng bông vệ 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.



Hình 2.25: Phản xạ giác mạc

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 thương tổn dây V với các thương tổn trên đường ly tâm của cung phản xạ. Nếu liệt dây VII thì khi kích thích sẽ không có

đáp 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 thương tổn 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 2.26) hoặc gõ búa trên chiếc đũa lưỡi đặt trên hàm răng dưới.

- Đáp ứng: co các cơ nhai, ngậm miệng

– Cung phản xạ: sợi cảm giác nhánh V₃, nhân cảm giác dây V, nhân vận động dây V ở cầu não, sợi vận động của nhánh V₃.



Hình 2.26: Phản xạ hàm dưới.

4. Nhận định

a. Rối loạn cảm giác do dây V

* 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 những 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 từng cơn dữ dội 10-30 giây, khám thực thể không thấy dấu hiệu thương tổn 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 thương tổn 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 thuộc khu vực phân bố của nhánh mắt.
- Quá trình tân sản ở nền sọ chèn ép dây V (ung thư vòm họng).

- 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 và 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 toả (đau giao cảm) ấn vào điểm giữa hai lông mày và điểm góc trong của mắt rất đau. Trong cơn đau có số mũi nhiều, trào nước mắt, vã mồ hôi. Muốn gây cơn đau chỉ cần chạm nhẹ vào xương xoăn 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 VII tạo thành dây Vidien, dây này chạy vào hạch bướm khẩu cái).

 - * Mất cảm giác dây V:
 - Mất hoàn toàn cảm giác dây V

Nguyên nhân: thương tổn 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 mũi và môi trong thể bệnh "mặt nạ tabes" do thương tổn phần trên của nhân dây V. Mất cảm giác giác mạc do thương tổn nhánh mắt.

– Mất cảm giác đau và liệt nửa mặt bên thương tổn và mất cảm giác nửa thân bên đối diện do thương tổn 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.

b. Liệt cơ nhai

– Do thương tổn tại cơ nhai.

– Do thương tổn nhánh vận động của dây V

– Do thương tổn 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).

c. Rối loạn phản xạ

– Phản xạ giác mạc:

• Giảm phản xạ giác mạc một bên có thể do thương tổn dây V (đường ly tâm) của cung phản xạ giác mạc.

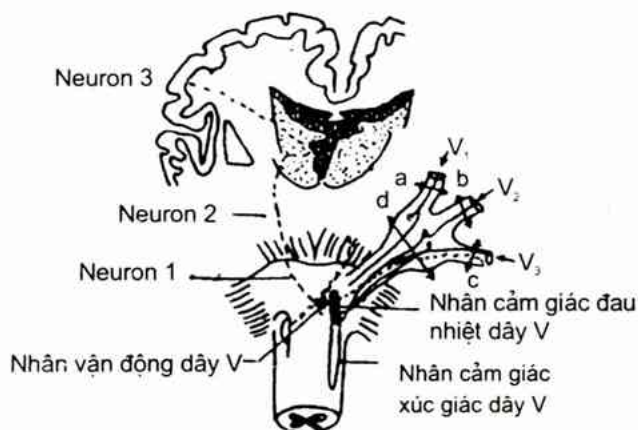
• Mất phản xạ giác mạc có thể là dấu hiệu sớm nhất trong u góc cầu tiểu não.

– Phản xạ hàm dưới:

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

c. Định khu thương tổn dây V



Hình 2.27: Định khu thương tổn

– Thương tổn nhánh V₁:

Giảm cảm giác vùng trán, mí trên, góc trong mắt, sống mũi, nhân cầu, niêm mạc phần trên của mũi, xoang trán và xoang sàng.

Ấn điểm xuất chiếu của nhánh V₁ ở lỗ trên ổ mắt: đau, giảm hoặc mất phản xạ giác mạc.

– Thương tổn nhánh V₂:

Giảm cảm giác ở mí dưới, góc ngoài mắt, phần trên của má, môi trên, hàm trên và răng của hàm trên, niêm mạc phần dưới của mũi xoang hàm.

Ấn điểm xuất chiếu nhánh V_2 ở dưới ổ mắt: đau

- Thương tổn nhánh V_3 :

Giảm cảm giác ở môi dưới, phần dưới của má, cằm, phần dưới của khoang miệng và lưỡi.

Ấn điểm xuất chiếu nhánh V_3 ở cằm: đau

Liệt các cơ nhai

- Thương tổn hạch Gasser:

Giảm cảm giác nửa mặt

Giảm hoặc 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.

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) (hình 2.31 và 2.32)

- Thân tế bào: nằm ở cầu não (nhân mặt)
- Sợi trục: vòng quanh nhân dây VI tạo thành gôđi (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 gôđi (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 gôđi
- 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 thừng 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, huýt 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

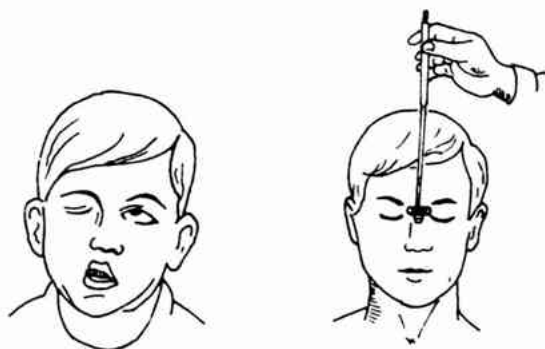
- Dấu hiệu Charles - Bell (hình 2.28): khi nhắm mắt, nhân cầu (bên cơ mặt bị liệt) chạy từ từ lên trên và hơi ra ngoài (động tác đồng vận thuộc dây III bình thường), đồng thời mắt nhắm không kín (hở mi: lagophtalmie) do liệt cơ vòng mi.

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

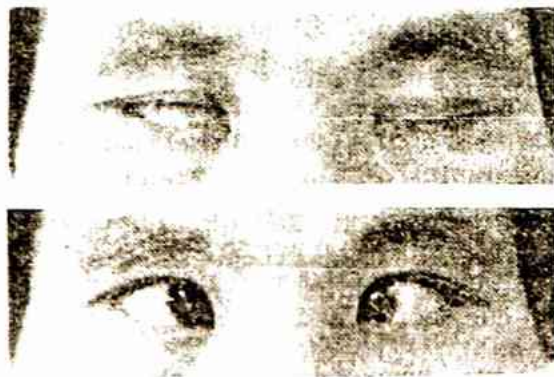
- Dấu hiệu Souques: trong khi nhắm nghiền 2 mắt thì lông mi của bên thương tổn dai hơn bên lành.

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



Hình 2.28. Dấu hiệu Charles – Bell

Hình 2.29. Phản xạ mũi - mí



Hình 2.30. Bùi Văn Đ 38 tuổi. Liệt dây VII ngoại vi bên phải (d.h.Charles - Bell) và liệt dây VI hai bên sau chấn thương sọ não.

- Phản xạ vòng mi:
 - Phản xạ mũi - mi (của Guillain): dùng búa hoặc ngón tay gõ vào góc mũi (2.29)
 - Phản xạ trên ổ mắt của Mac Carthy gõ vào vùng trên ổ mắt.
- Phản xạ giác mạc: thương tổn dây VII thì mất phản xạ giác mạc nhưng vẫn còn cảm giác của giác mạc.
- Phản xạ ốc tai - 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 thương tổn 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 thương tổn 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 nói (vì nếu rụt lưỡi lại để nói 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 facial*)

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

2. Định khu thương tổn

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

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

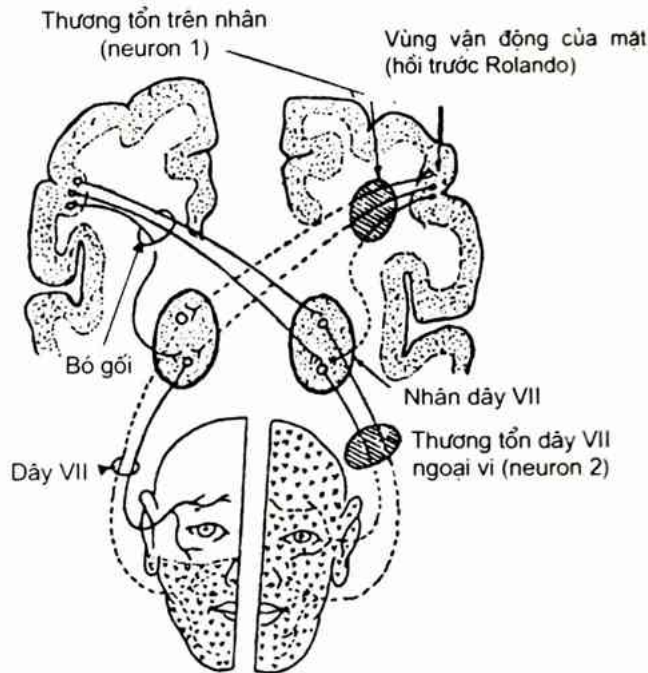
- Liệt nửa dưới của mặt nặng hơn.

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 2.31)

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

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



Hình 2.31: Dây thần kinh mặt

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

- Thương tổn nhân dây VII ở cầu não (hình 2.32,1)
 - Hội chứng Millard - Gubler: (thương tổn ở chòm cầu não): liệt dây VII bên thương tổn liệt kiểu trung ương các chi bên đối diện

- Hội chứng Foville cầu não dưới

- Thương tổn 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 2.32,2): thương tổn 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.

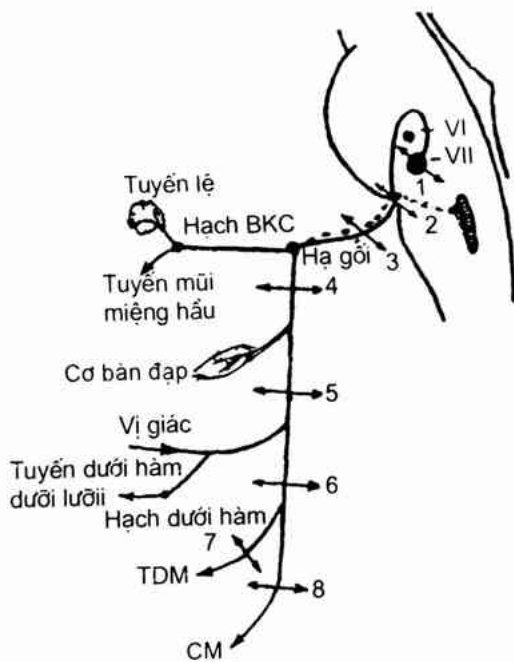
- Thương tổn dây VII trong cống Fallope có thể là:

- Vị trí thương tổn đoạn từ góc cầu tiểu não tới hạch gối (hình 2.32,3) (nơi dây VII đi vào cống Fallope hoặc ở trong cống 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.

- Thương tổn ở trước chỗ tách dây thần kinh cơ bàn đạp (hình 2.32,4): 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 (hyperacusis douloureuse) ở tai cùng bên. Bệnh cảnh này gặp trong thương tổn hạch gối, phần nhiều do Zona (harpès Zoster) gây nên, chẩn đoán dựa trên các nốt phỏng ở 2/3 trước của lưỡi và ở ống tai ngoài.

- Thương tổn trước thừng nhĩ (hình 2.32,5); liệt mặt, mắt không bị khô, mất vị giác 2/3 trước của một bên lưỡi, giảm tiết nước bọt.

- Thương tổn dây VII sau khi ra khỏi lỗ trâm chũm (hình 2.32,6): liệt vận động đơn thuần, không có rối loạn cảm giác và vị giác.



Hình 2.32: Định khu thương tổn dây VII

Thương tổn dây VII trong tuyến mang tai: có thể chỉ thương tổn một nhánh cùng: liệt từng phần (phần trên hoặc phần dưới mặt) (hình 2.32,7,8)

c. Thương tổn các cơ mặt:

Liệt mặt do bệnh cơ bao giờ cũng bị cả hai bên và đối xứng, môi dưới trề 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 còn có thương tổn 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

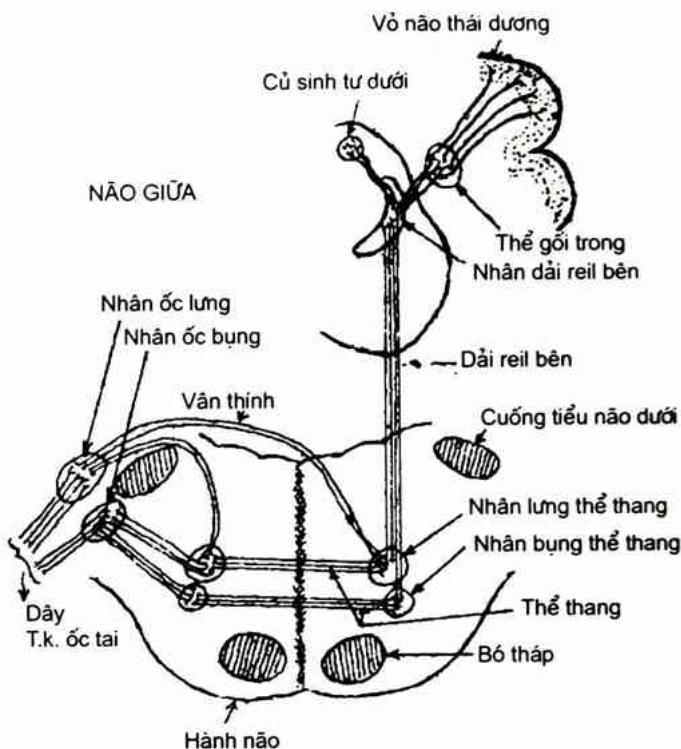
1. Giải phẫu

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 VIII phụ, qua rãnh hành cầu (ở góc cầu - tiểu não) để vào trong thân não 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 Rell bên và tới thể gối trong, ở đây nó khớp với neuron 3.



Hình 2.33. 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 thương tổn tai giữa, tai trong, phần ốc tai và nhân thính giác. Khi thương tổn 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:

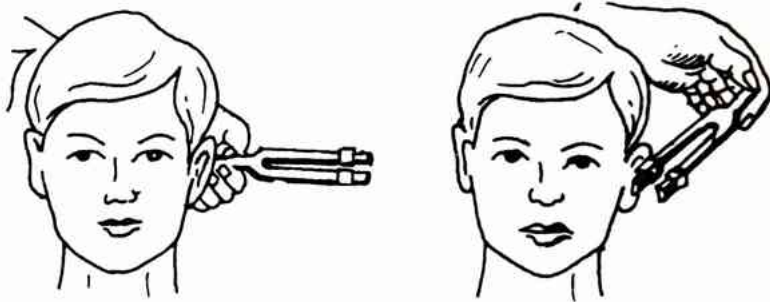
– Yêu cầu bệnh nhân nhắm mắt bịt một tai và nhắc lại tiếng nói thầm của người khám ở những khoảng cách khác nhau. Tiếng nói thầm được truyền bằng đường không khí (tiếng nói to được truyền bằng đường không khí và xương); bình thường nghe được tiếng nói thầm ở cách 3 mét.

– 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 bập ngón giữa và ngón cái thành tiếng động cạnh tai của bệnh nhân.

b. Nghiệm pháp cổ điển

Nghiệm pháp Rinne: đặt âm thoa rung (256 chu kỳ/giây) lên xương chũm (hình 2.34A). Khi âm thanh ngừng, tiếp tục để ở cạnh ống tai ngoài (hình 2.34B). Bình thường dẫn truyền âm theo đường không khí rõ hơn và dài hơn: Rinne (+) bình thường.



Hình 2.34: Nghiệm pháp Rinne

– Nghiệm pháp Weber (hình 2.35) 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 thương tổn 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, ráy tai.

– Điếc tiếp nhận (surdité de perception): dẫn truyền hai đường đều giảm do thương tổn 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), tắc động mạch trong tai.

- Tại dây thần kinh: do tuổi già, sau 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 tần số cao (thường từ 64 Hz, tới 8192 Hz),



Hình 2.35: Nghiệm pháp Weber

ở mỗi âm lại thay đổi được 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: đường liền

Biểu đồ đường xương tuyệt đối: từng nét gạch

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 chếch lên ở các âm tần cao. Nó thấp nhiều hay ít tùy theo mức độ điếc nhưng nói chung không quá 60db.

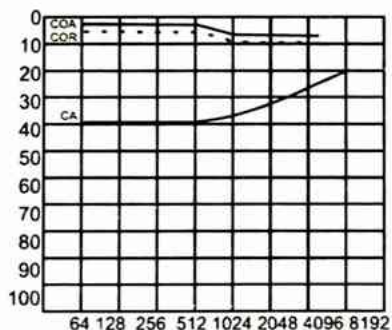
- Đường xương bao giờ cũng ở trên đường không khí và thường gần như bình thường

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

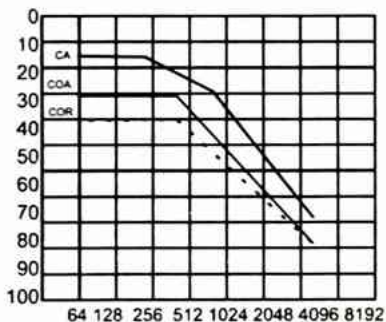
- Tổng số khoảng cách hai đường ở ba tần số 512, 1024, 2048 gọi là chỉ số Sullivan. Khi hai đường xương tương đối và tuyệt đối chập vào nhau tức là chỉ số Sullivan = 0 là có cứng khớp bàn đạp (bình thường chỉ số Sullivan > 20).

– 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.

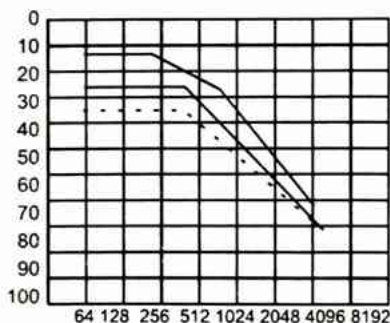


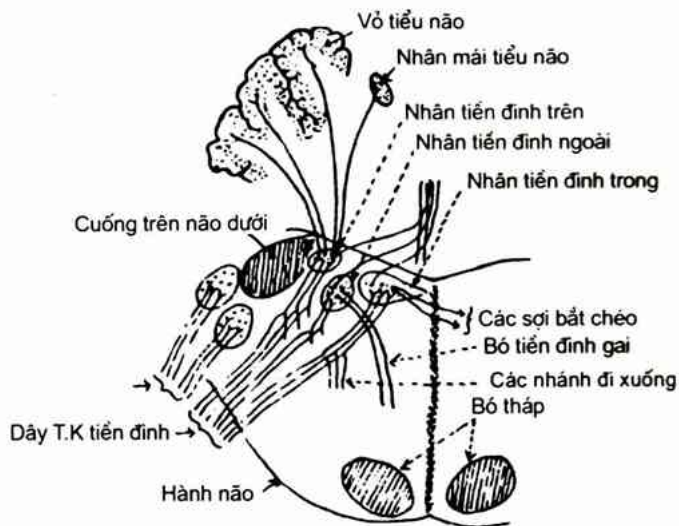
Hình 2.36: Điếc dẫn truyền



Hình 2.37: Điếc tiếp nhận

Hình 2.38: Điếc hỗn hợp





Hình 2.39: Dây thần kinh tiền đình

- 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 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.

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

B. DÂY THẦN KINH TIỀN ĐÌNH

1. Giải phẫu

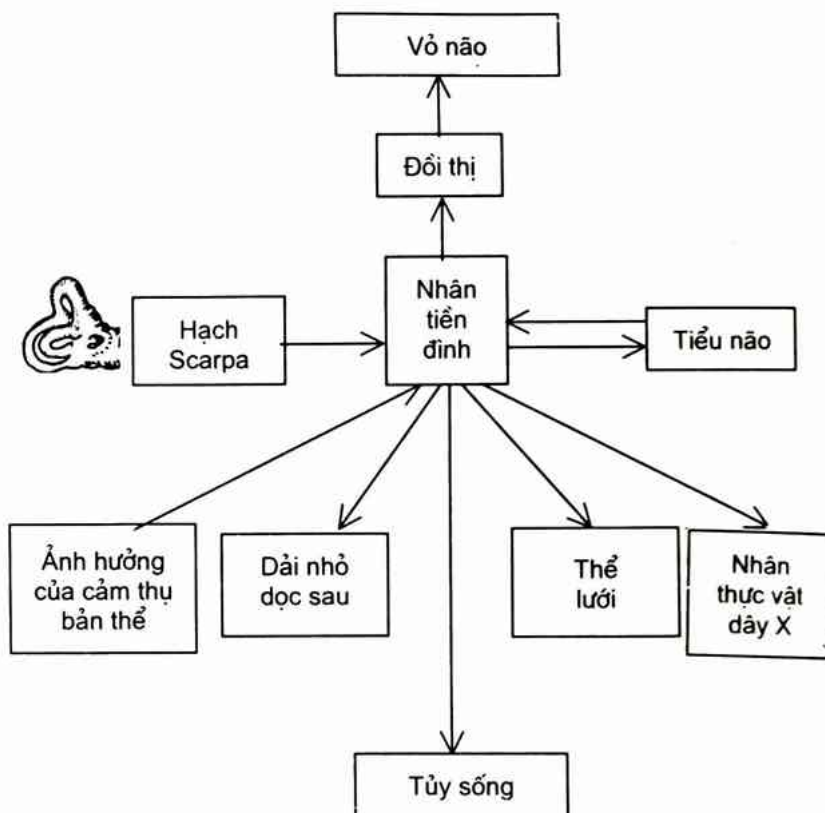
Đường tiền đình gồm 2 neuron:

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.
- 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.

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 2.40)
 - 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.



Hình 2.40: Sơ đồ liên hệ của 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 nhãn 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 (signe de 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 (hình 2.41):

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

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

Rung giật nhãn cầu xoay: thương tổn hành não.

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

Rung giật nhãn cầu kiểu "con lắc": dao động 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

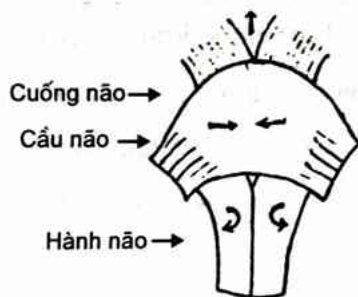
một hướng tiếp theo là chuyển động rất nhanh theo hướng ngược lại. Hướng nhịp nhanh được quy ước là hướng của rung giật nhãn cầu.

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 thương tổn ở vùng xương đá. Nếu rung giật nhãn cầu kéo dài thì thường do thương tổn ở thân não hoặc tiểu não. Ở người bình thường test này không gây rung giật nhãn cầu.

- Nghiệm pháp Kleyne



Hình 2.41: 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)

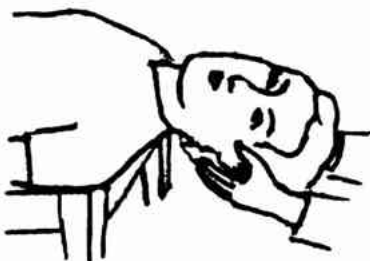
Bệnh nhân ngồi trên một ghế quay, đầu dựa vào một cái tựa, có thể cố định đầu ở một tư thế ta muốn khám. Để khám hai ống bán khuyên của mặt phẳng ngang, ta cho bệnh nhân hơi cúi đầu (vì mặt phẳng của hai ống bán khuyên ngang tạo một góc 30° so với mặt phẳng ngang, cho ghế quay 10 vòng trong 20 giây, 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 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° ta thấy rung giật nhãn cầu theo hướng đối lập với tai bơm nước, rung giật nhãn cầu kéo dài từ 60-100 giây. Nếu bơm 100-180ml nước nóng từ $45-55^{\circ}\text{C}$ 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 nghiêng sang một bên 45° . Để quan sát hiện tượng rung giật nhãn cầu (có khi kín đáo tinh vi), ta dùng kính Bartell lồi 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.



Hình 2.42: Tim rung giật nhãn cầu tư thế

- Nghiệm pháp điện (épreuve galvanique)

Cho dòng điện một chiều qua hai cực đặt sát vào hai xương chũm. Rung giật nhãn 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:

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

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

- Thương tổn thân não và tiểu não: chóng mặt có ù tai và giảm thính lực

- Chóng mặt lúc đứng: do hạ huyết áp tư thế.

b. Ù tai

Thương tổn thân vỏ não và tiểu não: chóng mặt, ù tai.

Hội chứng tiền đình ngoại vi

Do bệnh lý ốc tai. ù tai một bên có thể do khối u sau ốc tai.

c. Rung giật nhãn cầu có nhiều nguyên nhân.

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

- 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.

d. Rối loạn khách quan:

- Lệch ngón trỏ theo một hướng nhất định.

- Romberg (+): ngã về bên thương tổn. Trong thương tổn tiền đình ngoại vi, bệnh nhân thường ngã theo tư thế của đầu.

- Nghiệm pháp đi hình sao của Babinski - Well
- 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 (ngoại vi và trung ương).

e. Hội chứng tiền đình ngoại vi thương tổn ở neuron 1)

- Triệu chứng
 - Chóng mặt có hệ thống: các vật 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 thương tổn.

Đặc điểm của hội chứng tiền đình ngoại vi là hội chứng tiền đình hoà hợp: chiều lệch ngón trỏ, 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 thương tổn dây thần kinh ốc tai).
- Căn nguyên hội chứng tiền đình ngoại vi
 - Thương tổn tai trong
 - Chấn thương vỡ xương đá
 - Viêm tai xương chũm.
 - Chảy máu, nhất là trong quá trình bệnh máu.

- Nhiễm độc streptomycin, quinin.
- Thương tổn 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.

Ù tai, điếc tăng dần.

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

g. Hội chứng tiền đình trung ương (thương tổn 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 thương tổn cuống não, (rung giật nhãn cầu dọc luôn luôn là thương tổn trung ương).
- Nghiệm pháp tiền đình không hoà hợp.
- Không thương tổn dây thần kinh ốc tai: thính lực bình thường.

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

* Nguyên nhân hội chứng tiền đình trung ương.

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

- Bên thương tổn

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

Thương tổn 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 trỏ.

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

Hội chứng Claude Bernard - Horner.

- Bên đối diện với thương tổn

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

Mất cảm giác nửa người (trừ mặt) (do thương tổn 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.

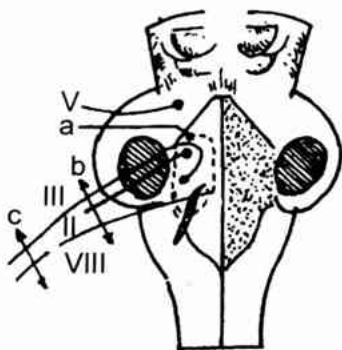
- Bệnh xơ cứng rải rác.
- Bệnh rỗng hành não.

4. Định khu thương tổn dây VIII

– Thương tổn dây VIII ở góc cầu tiểu não: thương tổn dây VIII (giảm thính lực), dây VII, dây VI, dây V và triệu chứng tiểu não cùng bên (hội chứng góc cầu tiểu não).

– Thương tổn dây VIII ở nơi sau khi ra khỏi rãnh hành cầu: thương tổn dây VIII, dây VII, dây VI.

– Thương tổn dây VIII ở ống tai trong: liệt dây VIII và dây VII ngoại vi ở một bên (hội chứng ống tai trong)



Hình 2.43: Định khu thương tổn dây VIII

- a: Ở góc cầu tiểu não b: Ở nơi sau khi đã ra khỏi rãnh hành cầu
c: Ở ống tai trong

DÂY IX - DÂY THẦN KINH THIẾT HẦU (NERF - GLOSO PHARYNGIEN)

A. GIẢI PHẪU

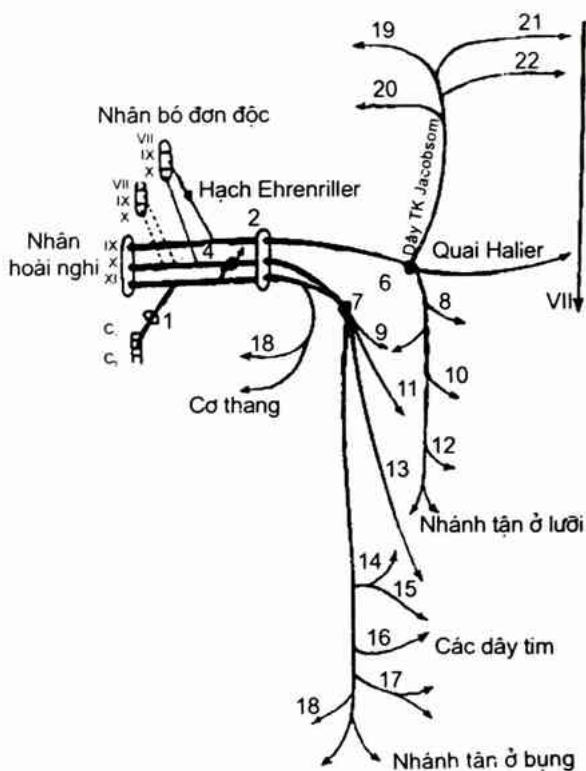
Dây IX là dây thần kinh hỗn hợp:

1. Dây thần kinh vận động

Thân tế bào nằm trong hành não (nhân hoại 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 khít 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 2.44: Dây thần kinh IX, X và XI

- | | | | |
|---|----------------------------|--------------|-------------------|
| 1. Lỗ chấm | 2. Lỗ rách sau | 3. Hạch cảnh | 4. Nhánh màng não |
| 5. Nhánh cơ ức đòn chũm | 6. Hạch Andersh | 7. Hạch rỗi | |
| 8. Dây cảnh: chạy và đám rối cảnh | | | |
| 9. Dây hầu: chạy vào 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 (hõm nhĩ) | 20. Dây của tròn (hõm nhĩ) | | |
| 21. Dây đá sâu lớn | 22. Dây đá sâu bé | | |

2. Dây thần kinh cảm giác

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

+ Đuôi gai chi phối cảm giác.

- Cảm giác vị giác 1/3 sau lưỡi.

- Cảm giác chung 1/3 sau lưỡi, vòm mũi, hõm tai, nhận cảm giác ở hầu, khẩu cái, màn hầu và khu hạnh nhân) do đó dây IX là nguyên uỷ 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.

3. Tiết dịch: tuyến mang tai. Sợi tiết dịch của dây IX mượn đường đi của dây tai thái dương (một nhánh của dây hàm dưới)

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 thương tổn dây IX đơn độc. Dây IX thường bị thương tổn 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 một bên phía sau họng, lan ra góc hàm và vùng dưới xương hàm, tai (đặt biệt ở màng nhĩ).

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

2. Liệt cơ khít trên của hầu

– Khó nuốt (ở thì cuối khi ăn các thức ăn đặc), thương tổn 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 thương tổn đồng thời dây XI 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 (NERF 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 rôi (dây X có hai hạch: hạch cảnh và hạch rôi, hạch cảnh ở ngay dưới lỗ rách sau, hạch rôi ở dưới hạch cảnh) nên khi dây X thoát ra ở hạch rôi (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)
- Dây quặt ngược (hình 2.44, 14)

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" "ơ"
- Khi uống, khi ăn

b. Khám thanh quản

- Giọng nói: nói khàn, giọng mũi, đờn 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 2.45): 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 thương tổn dây IX và X bên đó.

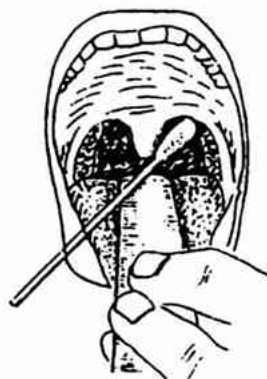
C. NHẬN ĐỊNH

Thương tổn 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, sặc lỏng (uống nước bị sặc trào lên mũi, ăn bị nghẹn)
- Màn hầu mất đối xứng
 - Rủ màn hầu bên thương tổn. Trường hợp thương tổn 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".



Hình 2.45: Phản xạ màn hầu

- Mất phản xạ màn hầu bên thương tổn .

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

D. CĂN NGUYÊN

- Dây X bị chèn ép do:
 - Hạch cổ, u vùng cổ
 - Phình động mạch cảnh trong (anévrisme)
 - Chấn thương

- Dây thần kinh quặt ngược bị chèn ép 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 các bệnh:
 - Viêm đa dây thần kinh (do thiếu vitamin B1, do bệnh bạch hầu).
 - Viêm đa rễ - dây thần kinh (hội chứng Guillain Barré)
- Nhân dây X bị thương tổn trong các bệnh:
 - Viêm sừng trước tủy cấp (PAA)
 - Bệnh xơ cứng cột bên teo cơ (SLA)
 - Hội chứng Wallenberg
- Dây X bị thương tổn ở trên nhân cả hai bên:
 - + Hội chứng giả hành não: thương tổn dây X ở trên nhân cả hai bên.
 - + Các hội chứng thương tổn phía sau nhân trám hành não:
 - Hội chứng Avellis:

Thương tổn dây X (liệt màn hầu) và ngành trong dây XI (liệt dây thanh âm)

Liệt nửa người bên đối diện.
 - Hội chứng Schmidt:

Thương tổn dây X, XI (cả ngành ngoài: liệt cả cơ thang và cơ ức đòn chũm)

Liệt nửa người bên đối diện

- Hội chứng Jackson (thương tổn ở phía trước một bên hành não):

Thương tổn dây IX, X, XI, XII (teo và liệt nửa lưỡi)

Liệt nửa người bên đối diện

DÂY XI - DÂY THÂN KINH GAI (NERF SPINAL)

Dây gai chỉ có ngành ngoài (ngành tủy sống) còn ngành trong (ngành hành não) chỉ là một nhánh của dây X. Ngành hành não và dây X cùng bắt nguồn từ nhân hoài 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 thớ cơ và sờ cơ ức đòn chũm khi bệnh nhân quay đầu sang bên đối diện.

- Khám sức cơ ức đòn chũm (hình 2.46): bệnh nhân quay mặt sang một bên, người khám dùng tay chống lại và so sánh sức cơ hai bên.

2. Khám cơ thang

a. Quan sát

- Hố trên đòn
- Mỏm cùng vai

b. Khám sức cơ (hình 2.47): bệnh nhân tự so hai vai, người khám dùng tay đẩy cả hai vai xuống. Vai bên thương tổn sẽ bị đẩy xuống dễ hơn.



Hình 2.46: Khám sức cơ ức đòn chũm

C. NHẬN ĐỊNH

Khám xét có thể thấy.

1. Giật các cơ cơ 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 (torticolis)
- 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.



Hình 2.47: Khám cơ thang

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

- Bệnh cơ: loạn dưỡng cơ
- Thương tổn thần kinh

D. CĂN NGUYÊN

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

- Hạch cổ, u vùng cổ
- Chấn thương hoặc vết thương hở 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 THIỆT (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 lưỡi cùng bên.

B. KHÁM XÉT

- Quan sát xem lưỡi có bị teo không, có rung thứ 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, chậm 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

- Rung (fibrillation) và teo nửa lưỡi.
- Lệch lưỡi:
 - Khi nghị 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 vi dây XII:
 - Bệnh xơ cứng cột bên teo cơ (sclérose latérale amyotrophique)

- Viêm sừng trước tủy cấp (PAA).
- Rỗng 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 thương tổn 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

KHÁM VẬN ĐỘNG

Trên lâm sàng để cho thuận tiện, người ta tách riêng các chức năng vận động và cảm giác, xong thực ra mọi cử động chính xác, khéo léo, tùy ý 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 (dyspraxia) hoặc mất thực dụng (apraxia).

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 thương tổn

I. GIẢI PHẪU

1. Bó tháp

Đường vận động tùy ý gồm có hai neuron tiếp khớp synáp với nhau ở sừng trước tuỷ sống (hình 3.1)

a. *Neuron I*: 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 tuỷ sống.

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

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

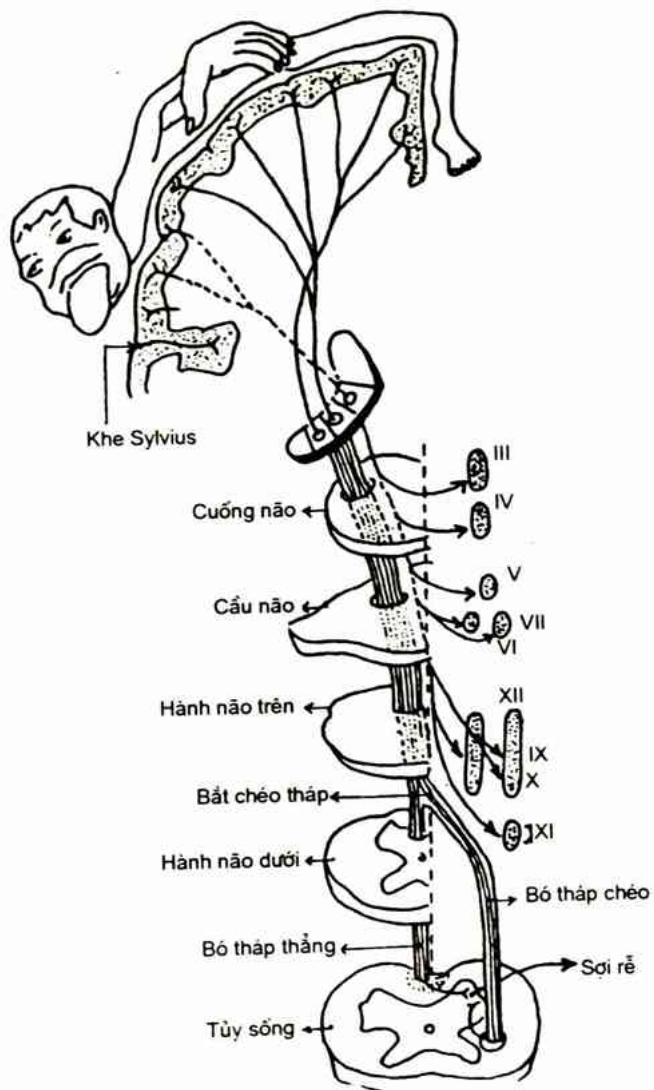
- Sợi trục đi theo bó tháp:

Đi xuống dưới qua trung tâm bầu dục, gôi 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 thân thể (hình 3.2).



Hình 3.1: 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.

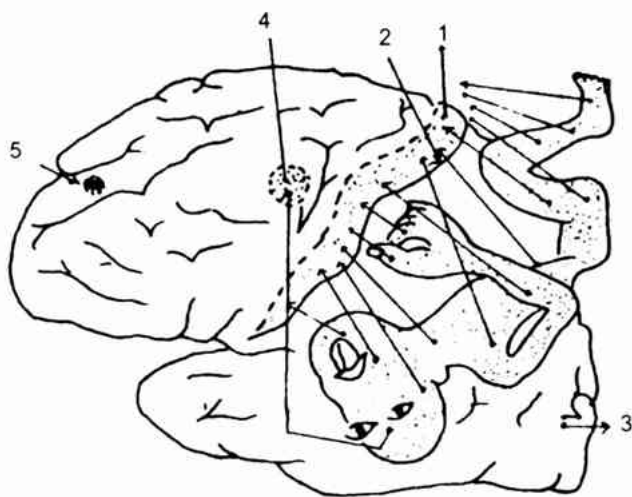
– Bán cầu đại não chi phối vận động nửa thân ở bên đối diện.

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

* **Ố tủy**

– Thân tế bào ở sừng trước của tủy sống

– Sợi trục



Hình 3.2: Biểu diễn hồi trăn lên của vỏ não:

1. Hồi trăn lên 2. Rãnh Rolando 3. Thùy chẩm

4. Vùng quay mắt quay đầu 5. Thùy trăn

• Các sợi trục cùng một khoang 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.

Thương tổn 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 ngoại tháp

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

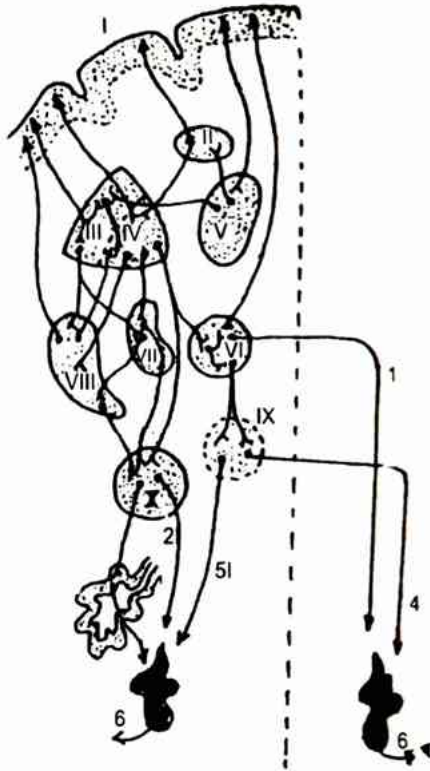
b. Các phần ngoại tháp ở dưới vỏ gồm có:

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

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

Hình 3.3: Hệ ngoại tháp

- I. Vỏ não
- II. Nhân đuôi
- III. Nhân vỏ hén
- IV. Cầu nhạ
- V. Đồi thị
- VI. Nhân đỏ
- VII. Thể Luys
- VIII. Liềm đen
- IX. Thể lưới
- X. Nhân mắt
- XI. Nhân trám dưới
- 1. Bó đỏ - gai
- 2. Bó mái - gai
- 3. Bó trám - gai
- 4. Bó lưới - gai ngoài
- 5. Bó lưới - gai trong
- 6. Tế bào sừng trước



c. Các đường ngoại tháp

- Đường liên lạc giữa các nhân ngoại tháp.
- Đường đi xuống gồm:
 - Bó đỏ - gai: từ nhân đỏ đến cột bên tuỷ 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 hai bó:

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

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

III. CÁCH KHÁM VẬN ĐỘNG

Mục đích của khám vận động là xác định xem bệnh nhân có liệt không? có vận động bất thường không? kết hợp với các dấu hiệu khác như rối loạn phản xạ, cảm giác để định khu các thương tổn.

A. QUAN SÁT

1. Quan sát tư thế

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

– Tư thế "đuỗi cứng mất não", "tư thế co cứng mất vỏ não".

– Tư thế đặc biệt của bệnh nhân Parkinson: gáp 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:

a. Quan sát dáng đi

(Xem phương pháp làm bệnh án thần kinh)

b. Yêu cầu người bệnh làm một số động tác

Giơ tay, giơ chân cả hai bên, so sánh để sơ bộ phát hiện liệt nửa người, liệt hai chi dưới, liệt một chi.

– 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 nửa người thì nghĩ đến liệt nửa người.

4. Quan 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 vận động bất thường hay gặp là: run, rung thô cơ, rung cơ, giật cơ, múa giật, múa vờn, múa vung nửa thân, loạn trương lực xoắn vặn, co cứng vẹo cổ, máy cơ, cơn giật cơ (xem khám vận động bất thường).

B. KHÁM SỨC CƠ

1. Cách khám

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

b. Khám sức cơ khúc chi: nhằm bổ sung và chính xác thêm các nhận định trên hoặc để phát hiện mức độ 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 sức cơ cánh tay, cổ tay và ngón tay.
- Ở chi dưới: khám sức cơ đùi, cẳng chân, bàn chân, ngón chân.

Tùy theo chức năng của từng khúc chi mà khám động tác gấp duỗi, giang, khép, đối chiếu.

- 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. Đánh giá sức cơ bằng chữ số hoặc bằng chữ.

Đánh giá sức cơ theo hệ thống số từ 0 đến 10 và 5 độ liệt (theo Hồ Hữu Lương 1976):

Hồ Hữu Lương (1976), trên cơ sở nghiên cứu phục hồi chức năng vận động cho các bệnh nhân liệt hai chi dưới do chấn thương cột sống - tủy sống đã đề xuất hệ thống số từ 0 đến 10 để đánh giá sức cơ và theo dõi quá trình phục hồi chức năng vận động, đồng thời căn cứ vào sức cơ mà chia ra 5 độ liệt (bảng 3.1).

– Ý nghĩa thực tiễn:

Trong phục hồi chức năng vận động, dùng phương pháp lượng giá sức cơ, nghĩa là tính đến sức cơ còn mà không quan tâm đến sức cơ đã mất (độ liệt) ("it is not what you have lost, but what you have left, that count" - Dr.L. Guttmann). Như vậy tiện cho việc đánh giá kết quả phục hồi chức năng vận động. Nhưng trong lâm sàng thần kinh lại thường quan tâm đến sức cơ đã mất (độ liệt) để giúp cho việc xác định mức độ nặng của bệnh.

Bảng 3.1: Đánh giá sức cơ theo hệ thống số từ 0 đến 10 và 5 độ liệt (theo Hồ Hữu Lương, 1976).

Sức cơ 5 độ liệt	Biểu hiện lâm sàng
10-9 Bình thường	Biên độ vận động khúc chi bình thường, chống lại trọng lực và sức cản tốt
8-7 Liệt độ 1 (liệt nhẹ)	Biên độ vận động bình thường Chống lại trọng lực và sức cản yếu
6-5 Liệt độ 2 (liệt vừa)	Biên độ vận động bình thường Chống lại trọng lực và sức cản rất yếu
4-3 Liệt độ 3 (liệt nặng)	Biên độ vận động bị hạn chế (dưới 3/4 biên độ bình thường). Nhưng khi không có trọng lực (đỡ cho khúc chi vận động được tự do) thì biên độ vẫn bình thường
2-1 Liệt độ 4 (liệt rất nặng)	Nhìn thấy cơ cơ nhưng không vận động được khúc chi hoặc chỉ vận động được dưới 1/4 biên độ bình thường
0 Liệt độ 5 (liệt hoàn toàn)	Hoàn toàn không cơ cơ

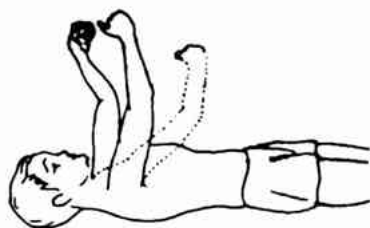
Đánh giá sức cơ theo hệ thống số từ 0 đến 10 tương ứng với 5 độ liệt của Hồ Hữu Lương (1976) rất thuận tiện trong lâm sàng thần kinh cũng như trong đánh giá phục hồi chức năng vận động.

Lượng giá sức cơ theo hệ thống số từ 0 đến 10 và 5 độ liệt tương ứng có đặc điểm là mỗi độ liệt tương ứng với hai bậc số sức cơ. Người bình thường có hai bậc số sức cơ là 9 và 10, thuận tay nào thì sức cơ tay đó là 10, tay bên kia có sức cơ là 9

d. Một số nghiệm pháp khám sức cơ

- Nghiệm pháp Barré

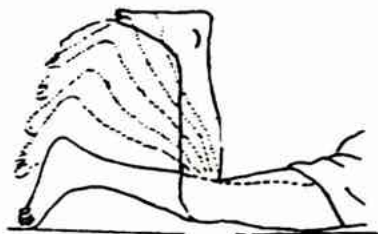
- Chi trên: bệnh nhân giơ thẳng hai tay ra phía trước và giữ nguyên tư thế này. Bên nào liệt, tay sẽ rơi xuống



Hình 3.4: Nghiệm pháp Barré chi trên

Nghiệm pháp Barré chi dưới: bệnh nhân nằm sấp căng chân gấp 90° so với mặt giường, bên nào liệt sẽ rơi xuống. Để cho nhạy cảm có thể dễ căng chân 45° so với mặt giường. Đôi khi còn phân ra Barré thì 1 và thì 2. Barré thì 2 nhằm phân biệt liệt do bệnh thực thể hay hysteria.

Hình 3.5: Nghiệm pháp Barré chi dưới (thì 1)



Hình 3.6: Nghiệm pháp Barré chi dưới (thì 2)

- **Nghiệm pháp Raimiste**

Bệnh nhân nằm ngửa, hai cẳng tay vuông góc với mặt giường, bàn tay duỗi thẳng, tay bên nào liệt sẽ rơi xuống.



Hình 3.7: Nghiệm pháp Raimiste (liệt tay trái)

Hình 3.8: Nghiệm pháp Mingazzini (liệt chân trái)



- **Nghiệm pháp Mingazzini**

Bệnh nhân nằm ngửa, đặt cẳng chân vuông góc với đùi, đùi thẳng góc với giường, chân nào liệt sẽ rơi xuống.

- **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.

e. Một vài nghiệm pháp khám sức cơ của Hồ Hữu Lương

Trong thực hành lâm sàng thần kinh, liệt vận động các chi là triệu chứng rất quan trọng, cần được phát hiện sớm để tìm nguyên nhân và điều trị kịp thời.

Hiện nay có nhiều nghiệm pháp khám sức cơ nhưng nghiệm pháp nào có thể phát hiện sớm và nhanh nhất là vấn đề người thầy thuốc lâm sàng rất quan tâm.

Liệt do nguyên nhân thần kinh thường liệt sớm và rõ ở ngón chi. Trên cơ sở đó, Hồ Hữu Lương đã đề xuất bảy nghiệm pháp sức cơ nhằm phát hiện sớm liệt vận động chi trên và chi dưới.

– Nghiệm pháp đối chiếu ngón cái - ngón trỏ (Hồ Hữu Lương, 1976):

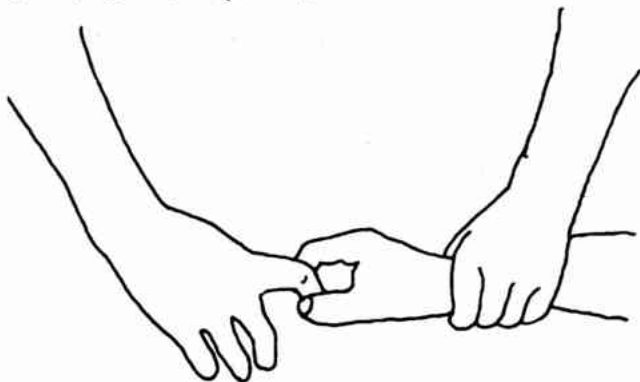
Bệnh nhân làm động tác đối chiếu đầu ngón tay cái với đầu ngón trỏ và giữ thật chặt. Người khám một tay giữ cổ tay bệnh nhân, tay kia đặt ngón tay trỏ trong vòng của ngón cái và ngón trỏ của bệnh nhân (ở sát đầu ngón cái và ngón trỏ) rồi từ từ kéo ra. Bên nào liệt ngón trỏ người khám sẽ qua được vòng đó ra ngoài trong khoảng ba giây.

Nghiệm pháp này nhằm phát hiện sớm liệt chi trên

Nghiệm pháp này còn có thể phân biệt ra 5 độ liệt.

- Bình thường: ngón trỏ không qua được vòng đó
- Liệt độ 1 (liệt nhẹ): sức cơ 7-8 ngón tay trỏ người khám qua được vòng đó sau 4-5 giây
- Liệt độ 2 (liệt vừa): sức cơ 5-6, ngón trỏ qua được vòng đó sau 2-3 giây.

- Liệt độ 3 (liệt nặng): sức cơ 3-4, có thể bệnh nhân làm được đối chiếu ngón cái nhưng không còn sức cản.
- Liệt độ 4 (liệt rất nặng): sức cơ 1-2, nhìn thấy nhúc nhích ngón trỏ và ngón cái nhưng không đối chiếu được.
- Liệt độ 5 (liệt hoàn toàn): sức cơ bằng 0, hoàn toàn không vận động được ngón tay.



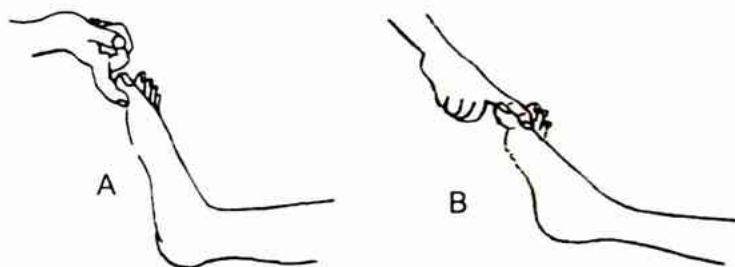
Hình 3.9. Nghiệm pháp đối chiếu ngón cái - ngón trỏ (Hồ Hữu Lương, 1976).

- Nghiệm pháp gấp ngón chân cái (Hồ Hữu Lương, 1976)

Bệnh nhân nằm ngửa, hai chân duỗi thẳng, gấp mạnh ngón chân cái chống lại sức cản từ đầu ngón tay trỏ của người khám (hình 3.10A). Chân bên nào bị liệt ngón chân cái sẽ không chống lại được sức cản.

- Nghiệm pháp duỗi ngón chân cái (Hồ Hữu Lương, 1976)

Bệnh nhân nằm ngửa, hai chân duỗi thẳng, duỗi mạnh ngón chân cái về phía mu chân chống lại sức cản từ đầu ngón tay trỏ của người khám (hình 3.10B). Chân bên nào liệt thì ngón chân cái không chống lại được sức cản.



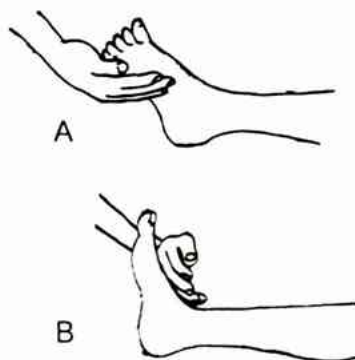
Hình 3.10: Nghiệm pháp gấp ngón chân cái (A) và nghiệm pháp duỗi ngón chân cái (B) (Hồ Hữu Lương, 1976)

– Nghiệm pháp gấp bàn chân (Hồ Hữu Lương, 1976)

Bệnh nhân nằm ngửa, hai chân duỗi thẳng, gấp mạnh bàn chân về phía gan bàn chân chống lại sức cản từ gan bàn tay của người khám (hình 3.11A). Chân bên liệt sẽ không chống lại được sức cản.

– Nghiệm pháp duỗi bàn chân (Hồ Hữu Lương, 1976)

Bệnh nhân nằm ngửa, hai chân duỗi thẳng, duỗi mạnh bàn chân về phía mu chân chống lại sức cản từ mu bàn tay của người khám (hình 3.11B). Chân bên liệt sẽ không chống lại được sức cản.



Hình 3.11: Nghiệm pháp gấp bàn chân (A)
Nghiệm pháp duỗi bàn chân (B) (Hồ Hữu Lương, 1976)

– Nghiệm pháp nâng - thả tay (Hồ Hữu Lương, 1976)
(Xem phần khám bệnh nhân hôn mê)

– Nghiệm pháp nâng - thả chân (Hồ Hữu Lương, 1976)
(Xem phần khám bệnh nhân hôn mê)

2. Đánh giá kết quả sau khi khám sức cơ

- Mức độ liệt: theo 5 độ liệt
- Vị trí liệt:
 - Liệt một cơ hay một nhóm cơ
 - Liệt một chi
 - Liệt hai chi trên
 - Liệt hai chi dưới
 - Liệt nửa người
 - Liệt tứ chi

3. Định khu thương tổn

a. Liệt trung ương

Liệt do thương tổn tế bào thần kinh trung ương (thương tổn bó tháp) ở não hay tủy sống.

– Thương tổn ở não (thương tổn ở trên chỗ bắt chéo của bó tháp): liệt nửa người bên đối diện với thương tổn.

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

Thương tổn bao trong: liệt nặng, mức độ liệt ở tay, chân, mặt đều nhau.

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

– Thương tổn ở tủy sống (dưới chỗ bắt chéo bó tháp): liệt cùng bên với thương tổn

Thương tổn tủy trên hành cổ: liệt cứng tứ chi

Thương tổn tủy hành cổ: liệt mềm hai chi trên, liệt cứng hai chi dưới.

Thương tổn tủy lưng: liệt cứng hai chi dưới

Thương tổn tủy hành thắt lưng: liệt mềm hai chi dưới

b. Liệt ngoại vi

Liệt do thương tổn neuron vận động ngoại vi: gây liệt mềm, giảm hoặc mất phản xạ gân xương, rối loạn cảm giác và teo cơ tương ứng với phân bố của rễ, dây thần kinh bị thương tổn. Có thể bị thương tổn ở những vị trí khác nhau.

– Thương tổn thân neuron ngoại vi ở sừng trước tủy sống.

– Thương tổn rễ trước gây liệt một nhóm cơ do rễ thần kinh đó phân bố.

– Thương tổn ở dây thần kinh ngoại vi gây liệt các cơ do nó phân bố. Ví dụ thương tổn dây thần kinh quay: xuất hiện bàn tay "rũ cổ cò" do liệt các cơ duỗi cẳng tay, bàn tay và đốt một các ngón tay.

4. Đánh giá mức độ hồi phục vận động trong liệt hai chi dưới (theo Hồ Hữu Lương, 1979).

Trên cơ sở nghiên cứu phục hồi vận động sớm cho 14 bệnh nhân liệt hai chi dưới do chấn thương cột sống, Hồ Hữu Lương (1979) đã đưa ra tiêu chuẩn phân loại mức độ hồi phục vận động gồm 8 độ (bảng 3.2)

Bảng 3.2: Độ hồi phục vận động trong liệt hai chi dưới
(theo Hồ Hữu Lương, 1979)

Hồi phục	Tình trạng vận động	Mức độ hồi phục
Độ 1	Liệt hoàn toàn	Chưa thấy hồi phục
Độ 2	Vận động một vài cơ nhưng chưa vận động được khúc chi	Hồi phục rất ít
Độ 3	Vận động khúc chi nhưng chưa đứng được	Hồi phục ít
Độ 4	Đi hai nạng nách	Hồi phục khá
Độ 5	Đi hai nạng tay	Hồi phục rất khá
Độ 6 Đi một nạng	Hồi phục tốt	
Độ 7	Đi không nạng được 10 mét	Hồi phục rất tốt
Độ 8	Đi bình thường	Hồi phục hoàn toàn.

Bảng 3.3: Khả năng bước đi ở bệnh nhân liệt hai chi dưới
(theo Hồ Hữu Lương, 1987)

Sức cơ Độ liệt	Khả năng vận động
10-9 B.thường	Đi bộ bình thường
8-7 Liệt độ 1	Tự đi được 50m
6-5 Liệt độ 2	Đi được nhưng cần nẹp ngắn ở hai chân
4-3 Liệt độ 3	Đi được nhưng cần dầm, vịn hoặc dùng hai nạng với nẹp ngắn ở hai chân
2-1 Liệt độ 4	Đứng được nhưng cần vịn và nẹp ngắn ở hai chân
0 Liệt độ 5	Tự di chuyển bằng xe lăn. Nếu sức cơ bụng còn 6-5 (liệt độ 2), có thể di chuyển kiểu lằng người với hai nạng và nẹp dài ở hai chân. Nếu sức cơ đùi chậu còn 4-3 (liệt độ 3) có thể di chuyển kiểu bốn thì với hai nạng và nẹp dài ở hai chân.

C. KHÁM 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 tuỷ sống, có sự tham gia điều hoà 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, mềm mại. Nên khám trương lực cơ theo một thứ tự nhất định:

- 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 díp (hình 3.12)

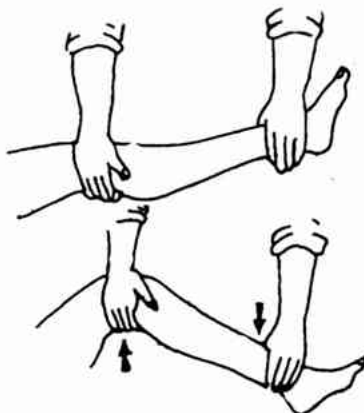
Chân bệnh nhân ở tư thế duỗi tự nhiên, một tay thầy thuốc cầm cổ chân bệnh nhân, còn tay kia đặt vào khoeo để gấp căng chân. Lúc mới gấp căng chân thì cảm thấy cứng, sau đó tiếp tục gấp vào dễ dàng như ta gấp con dao nhíp.

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

- Hiện tượng bánh xe răng cưa:

Cầm cổ tay bệnh nhân rồi gấp duỗi thụ động căng 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 thương tổn ngoại tháp (hội chứng Parkinson).



Hình 3.12: Dấu hiệu gập dao díp

2. Nhận định

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

a. 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:

* Tăng trương lực cơ kèm với liệt (liệt cứng, co cứng thâp)

Là một triệu chứng của thương tổn bó thâp. Đó là co cứng thâp. Co cứng thâp 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.

Điển hình là tư thế Wernicke - Mann (hình 3.13): 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, gan 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 thương tổn bó tháp:

- Liệt

- Tăng phản xạ gân xương, có phản xạ Babinski và dấu hiệu Hồ Hữu Lương

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

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

Đồng động bắt chước (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 giạng đùi bên lành thì bên liệt cử động theo.

Động 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.

Hình 3.13: Tư thế Wernicke - Mann



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 giạng ra.

*** Tăng trương lực cơ không kèm theo liệt**

Là một triệu chứng của thương tổn ngoại tháp. Đó là co cứng ngoại tháp do thương tổn 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.

– Có hiện tượng tạo hình, dễ uốn như sáp: tư thế cứng đỡ 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 có 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 thương tổn ngoại tháp:

- Vận động chậm (bradykinésie): đi chậm 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.

- Mặt 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 nhẽ, 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 có kèm theo liệt (liệt mềm) do thương tổn tế bào thần kinh ngoại vi. Trường hợp thương tổn tế bào thần kinh trung ương giai đoạn đầu có thể liệt mềm (sốc tuỷ), giai đoạn sau mới chuyển sang liệt cứng.

– Giảm trương lực cơ không kèm theo liệt, gặp trong hai trường hợp:

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

Trương lực cơ giảm do thương tổn tiểu não.

c. Phân biệt liệt trung ương và liệt ngoại vi

Liệt cứng (liệt có tăng trương lực cơ và tăng phản xạ gân xương) là liệt trung ương; liệt mềm (liệt có giảm trương lực cơ và giảm phản xạ gân xương) có thể là liệt trung ương hoặc liệt ngoại vi. Phân biệt liệt trung ương và liệt ngoại vi trong trường hợp liệt mềm căn cứ vào "hai có và hai không" (bảng 3.4).

Bảng 3.4: Phân biệt liệt trung ương và liệt ngoại vi trong trường hợp liệt mềm

Phân loại	Dấu hiệu thương tổn bó tháp	Rối loạn cơ vòng	Teo cơ	Phản ứng thoái hoá điện
Liệt trung ương	Có	Có	Không	Không
Liệt ngoại vi	Không	Không (trừ hội chứng đuôi ngựa)	Có teo cơ sớm	Có

D. KHÁM VẬN ĐỘNG BẤT THƯỜNG

Khi có thương tổn hệ thống ngoại tháp người ta thấy tăng trương lực cơ, tăng phản xạ tư thế và có các vận động bất thường.

1. Nguyên tắc khám

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

2. Các cử động bất thường hay gặp

a. Run

– Đặc điểm lâm sàng: là cử động nhịp nhàng luân phiên gập và duỗi các nhóm cơ. Thường thấy run ở đầu chi, run nhanh, biên độ nhỏ. Có thể khuyếch đại run bằng cách đặt một tờ giấy to lên bàn tay duỗi thẳng của bệnh nhân ta thấy tờ giấy rung nhẹ liên tục. Chú ý phát hiện run tăng khi nghỉ hay khi vận động.

– Giá trị triệu chứng: ngoài những nguyên nhân sinh lý (do lạnh, cảm xúc, giữ nặng quá lâu) run thường gặp trong các trường hợp sau:

- Hội chứng Parkinson (do thương tổn cầu nhạt, 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 hữu 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 toả do giang mai, run chậm, xuất hiện khi vận động hữu 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.

- Xơ cứng rải rác (sclérose en plaques) run do thương tổn 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, 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 hữu ý, khi bệnh bớt dần, run khu trú ở môi và lưỡi.

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

b. 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 thương tổn sừng trước tủy sống hoặc các đuôi gai của neuron vận động tương ứng với bó cơ đó.

- Giá trị triệu chứng: rung thớ cơ thường do thương tổn chậm và tiến triển ở sừng trước tủy 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, mô cái, không có teo cơ kèm theo.

c. Rung cơ (myokimie)

Ở cơ vòng mắt, cơ nâng mi trên, các cơ mặt khác, thường xảy ra khi mệt nhọc, lo âu.

d. Giật cơ (*myoclonus*)

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.

e. Múa giật (*chorea*)

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 thì 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 thương tổn 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 thương tổn thần kinh mạch máu não, thương tổn 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)

g. Múa vờn (*athetosis*)

– Là những động tác không hữu ý, rất chậm, uốn éo thay đổi luôn nhưng nối tiếp nhau, hầu như không ngừng. Chủ yếu là các ngón chi do thương tổn nhân dưới.

- Múa vờn là một triệu chứng của hội chứng Little, hội chứng đôi 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 thương tổn 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 Kaidơ - Fláidơ (Kaiser Fleicher) màu xanh nâu xung quanh giác mạc, xét nghiệm thấy chất đồng tăng trong nước tiểu.

- Các thể lâm sàng

- 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 dễ gây nên thương tổn thể vân, nhân đỏ, đôi khi ở đôi thị.

- Múa vờn nửa người (hemiathetosis): 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 thương tổn bó tháp và thể vân.

h. Múa vung nửa thân (hemiballism):

Là những động tác không hữu ý, bắt buộc như vung tay ném vật gì, gặp trong thương tổn thể Luys bên đối diện.

i. Loạn trương lực xoắn vặn (co thắt xoắn vặn - torsion spasm)

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 chi xuất hiện khi đi, do đó đi lại rất khó khăn.

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

k. Co cứng vẹo cổ (torticolis)

Đầu và cổ quay sang một bên, thường kèm theo ngửa cổ ra sau do cứng gáy, cứng cổ, gặp trong loạn thần kinh chức năng (névrose) hoặc sau viêm não, chấn thương.

l. Máy cơ (tics)

Là những vận động thói quen bất buộ̣c 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 thương tổn thực thể.

m. Cơ co giật (convulsion):

Là những động tác 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:

– Cơn 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 đau đầu và không nhớ những gì vừa xảy ra.

– Cơ động kinh cục bộ vận động còn gọi là cơn Bravais - Jackson. Đây là những cơn co giật ở một bộ phận cơ thể, tương ứng với các thương tổn ở vùng vỏ não vận động trước rãnh Rolando.

– Động kinh co thắt gập ở trẻ em (hội chứng West): cơn chớp nhoáng gập đầu, hai tay khép, đùi gập 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 chi do hạ calci máu. Các ngón tay chụm lại như bàn tay người đờ đẻ. Mỗi cơn kéo dài chừng 3 phút đến hàng giờ.

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

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

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

- Dấu hiệu Hoffmann trong tetanie: 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 cách dang 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.

– Rung cơ (myokymie)

Giật nhẹ trên mặt cơ kéo dài giống như chuyển động của con sâu. Điện cơ đồ kiểu điện thế nhóm. Nguyên nhân do sự chèn ép rễ hay dây thần kinh hoặc do rối loạn chuyển hóa chung.

– Chuột rút crampe musculaire)

Cơ cơ ngoài ý muốn mạnh và đau một cơ hay một phần cơ, thường xuất hiện khi định cơ cơ. Nguyên nhân do sự thiếu máu cơ hoặc sự rối loạn chuyển hóa như muối, thiếu thiamine hay do bệnh lý neuron vận động.



Hình 3.14: Bàn tay đờ đờ

Chương IV

KHÁM PHỐI HỢP VẬN ĐỘNG VÀ THĂNG BẰNG

Phối hợp vận động là khả năng huy động nhiều cơ hay nhiều nhóm cơ để thực hiện một động tác thăng bằng, là sự điều hoà các động tác và các tư thế của toàn bộ thân thể để duy trì một tư thế đứng trong không gian.

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

Sự mất thăng bằng và phối hợp động tác gọi là mất điều hoà (ataxia) đặc biệt thường gặp trong những rối loạn cảm giác sâu (ví dụ: bệnh tabes), hội chứng tiểu não, hội chứng tiền đình.

I. KHÁM PHỐI HỢP VẬN ĐỘNG KHÚC CHI

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

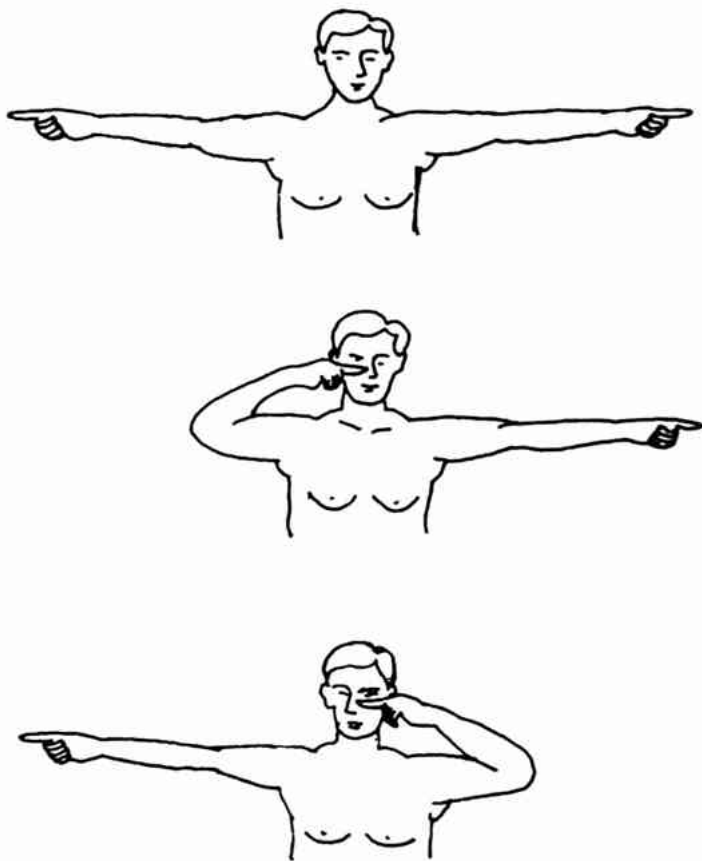
A. CÁC VẬN ĐỘNG ĐƠN GIẢN

1. Chi trên

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

- 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?



Hình 4.1: Nghiệm pháp ngón tay trở - mũi



Hình 4.2: Nghiệm pháp ngón - ngón

– Nghiệm pháp ngón - ngón

Bệnh nhân dang 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 0,5cm và không được chạm vào nhau.

– Nghiệm pháp 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

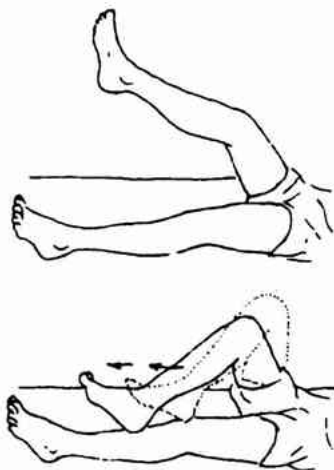
Nghiệm pháp gót - gối: bệnh nhân nằm ngửa, chân duỗi thẳng, yêu cầu bệnh nhân đưa một chân lên cao và đặt gót lên đầu gối bên đối diện, sau đó lướt dọc gót theo mào chày xuống tới cổ chân.

3. Nhận định

– Thương tổn tiểu não:

Bình thường tiểu não tham gia phối hợp vận động đoạn chi bằng cách điều hoà sự co của các cơ hoạt động và các cơ đối kháng trong mỗi vận động.

Thương tổn tiểu não thì hướng chung của vận động vẫn đúng nhưng biên độ vận động tăng làm cho quá đích, quá tầm (hupermétrie) sau đó mới trở lại đích. Rối loạn này không điều chỉnh lại bằng mắt được.



Hình 4.3: Nghiệm pháp gót – gót

- Thương tổn đường cảm giác sâu:

Bệnh nhân có thể làm được các nghiệm pháp đó, nhưng nếu nhắm mắt thì các vận động sẽ lệch cả về biên độ lẫn về hướng (sai tầm - dysmétrie).

B. ĐỘNG TÁC PHỐI HỢP

1. Chi trên

- Nghiệm pháp lệch ngón trỏ:

Thầy thuốc gờ hai ngón tay cái cố định trước mặt để làm chuẩn, bệnh nhân gờ hai tay thẳng trước mặt, sao cho hai ngón trỏ gần sát hai ngón cái thầy thuốc, sau đó bệnh

nhân nhắm mắt lại. Bình thường ngón trở không bị lệch. Trong thương tổn tiền đình: ngón trở sẽ bị lệch về bên tiền đình bị thương tổn.

– Nghiệm pháp Barány:

Thầy thuốc giơ hai ngón 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 thương tổn luôn luôn bị sai lệch.

– Nghiệm pháp Holmes Stéwart (hình 4.4)

Bệnh nhân gấp cẳng tay, cố kéo cho bàn tay gấn lại vai, trong khi đó người khám cản lại bằng cách giữ lấy cổ tay rồi buông ra đột ngột. Bình thường tay sẽ dừng lại. Nếu có thương tổn tiểu não thì không hãm lại được và tay bệnh nhân sẽ đập mạnh vào vai mình (bàn tay trái người khám đặt lên vai bệnh nhân để đỡ không cho tay bệnh nhân đập vào ngực)



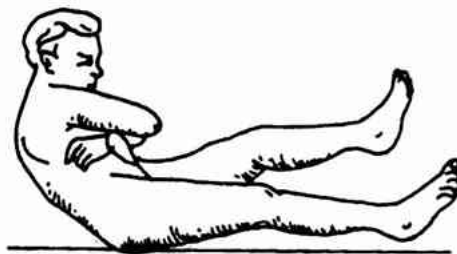
Hình 4.4. Nghiệm pháp Holmes - Stéwart

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 thương tổn 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 thương tổn tiểu não thì chân bị nâng lên cao và không ngồi dậy được.



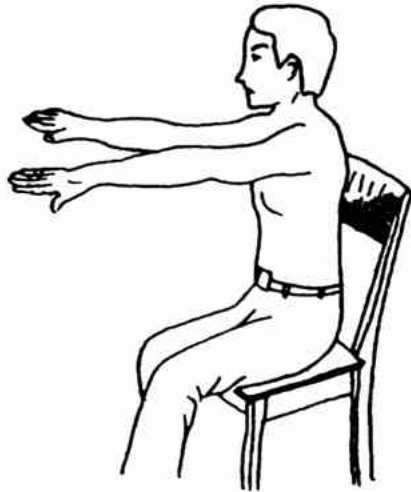
Hình 4.5: Nghiệm pháp gấp phối hợp đùi và thân (Babinski):
(thương tổn tiểu não bên trái).

C. ĐỘNG TÁC LIÊN ĐỘNG (DIADOCOCINÉTIQUE)

1. Cách khám

- Nghiệm pháp con rối (hình 4.6)

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.



Hình 4.6: Nghiệm pháp con rỗi

- Nghiệm pháp sắp ngửa bàn tay liên tiếp

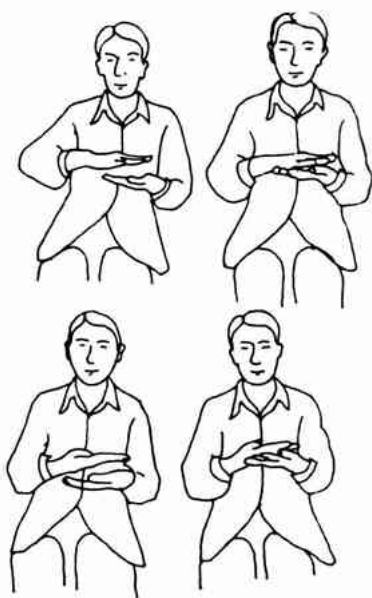
Bệnh nhân ngồi, một tay để ngửa trước mặt, tay còn lại sắp ngửa bàn tay liên tiếp trên bàn tay này với tốc độ khác nhau (hình 4.7)

- Tạc lưới liên tiếp

2. Nhận định

Nếu các động tác trên vụng về, chậm chạp, nhảm lẫn, không đều hoặc không thể làm được thì gọi là mất liên động.

Trong thương tổn tiểu não thường có mất liên động cùng bên.



Hình 4.7: Nghiệm pháp sắp ngửa bàn tay liên tiếp

II. KHÁM TƯ THẾ ĐỨNG

– Dấu hiệu Romberg (hình 4.8): 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 (hình 4.9): bệnh nhân đứng thẳng hai bàn chân nối tiếp nhau thành một đường thẳng, hai tay đưa ra trước, mắt nhắm.

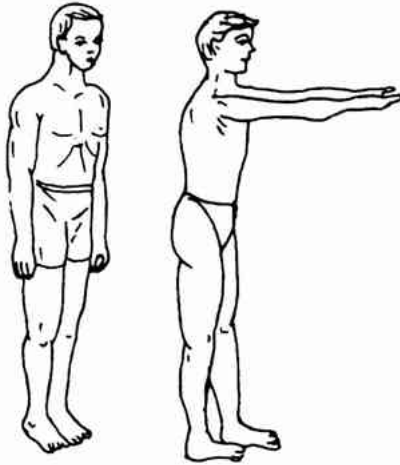
Cả hai trường hợp, bệnh nhân ngã về bên nào thì được đánh giá là dấu hiệu Romberg (+) về bên đó. Trong thương tổn tiền đình bệnh nhân thường ngã theo tư thế của đầu. Trong bệnh tabes bệnh nhân bị lảo đảo tăng lên và ngã khi nhắm mắt. Trong thương tổn tiểu não bệnh nhân bị lảo đảo, phải đứng giạng hai chân nhưng không ngã.

- Nghiệm pháp Foix - Théverand

Bệnh nhân đứng thẳng, hai tay buông thõng, bắt chợt ta xô đẩy ra sau. Trong thương tổn tiểu não ngón chân bên lành sẽ nhấc lên ngón chân bên thương tổn không nhấc được.

+ Nghiệm pháp Garcin.

Bệnh nhân đang đứng chân lành trước chân bệnh, ta xô bệnh nhân ra trước. Trong thương tổn tiểu não, bệnh nhân bị ngã vì ở tư thế chân lành trước, chân bệnh không vận



động kịp.

Hình 4.8: Dấu hiệu Romberg

Hình 4.9: Dấu hiệu Romberg phức tạp

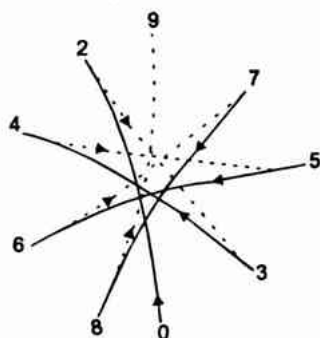
III. KHÁM KHI ĐI

- 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 lần.

Trong hội chứng tiền đình, đường đi sẽ tạo thành 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.



Hình 4.10: Nghiệm pháp đi hình sao

IV. TRIỆU CHỨNG RỐI LOẠN PHỐI HỢP VẬN ĐỘNG

Vận động bình thường có thể bị rối loạn (mất điều hoà) do thương tổn đường cảm giác sâu (bệnh tabes) tiểu não, tiền đình (bảng 4.1).

Bảng 4.1: Phân biệt mất điều hoà

Mất điều hoà		Tabès	Hội chứng tiểu não	Hội chứng tiền đình
Vận động khúc chi	Rối tầm	+	0	0
	Quá tầm	0	+	0
	Mất phối hợp vận động	0	+	0
Dáng đi		Dáng đi tabès	Dáng đi tiểu não	Đi hình sao
Dấu hiệu Romberg		+	0	+ Theo tư thế của đầu
Ảnh hưởng của nhắm mắt		+	0	0

Chương V

KHÁM 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 không điều kiện.

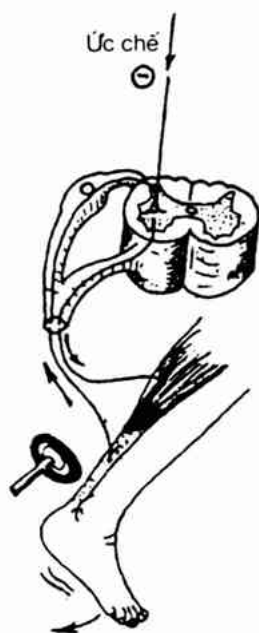
I. CUNG PHẢN XẠ

Cung phản xạ là một mô hình phản ánh phương thức hoạt động của hệ thần kinh.

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 5 khâu:

1. Cơ quan cảm thụ (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 quan đáp ứng (cơ, tuyến)

Cung phản xạ đơn giản (hình 5.1) 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 tám) 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 đơn 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 (gọi là phản xạ đa synap).



Hình 5.1: Cung phản xạ đơn giản

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 kìm 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 nhạy.

Thương tổn 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 thương tổn một cung phản xạ có giá trị định khu chính xác.

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).

1. Nguyên tắc khám phản xạ

- Các chi của bệnh nhân ở thư thế thoải mái, không có sự co cơ chủ động, thường trong khi khám thấy thuốc nối 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, dứt khoát 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.

2. 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 5.2)

- Tư thế: khớp khuỷu gấp 120° và quay ngửa.
- 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 – C6



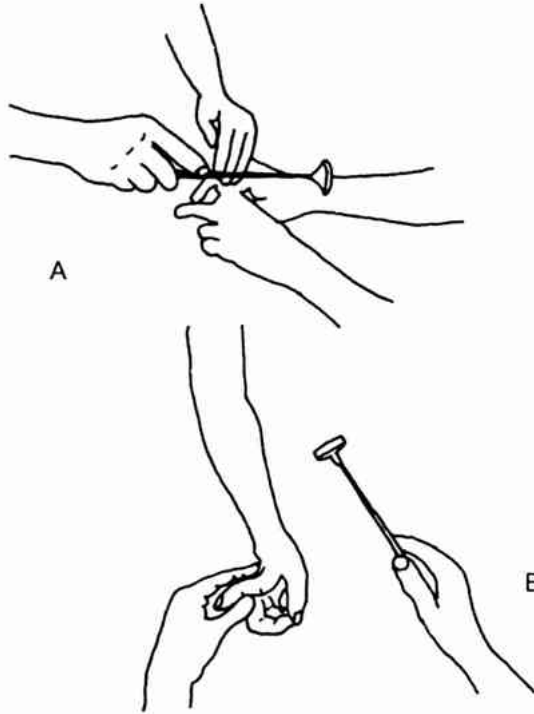
Hình 5.2: Phản xạ gân cơ nhị đầu cánh tay

b. Phản xạ trâm - quay hay phản xạ gân cơ ngửa dài.

- Tư thế: khớp khuỷu gấp 120° , cẳng tay quay sấp.
- Nơi gõ: móm trâm xương quay (gõ nhẹ, dứt khoát).
- Đáp ứng: co cơ ngửa dài, gấp và quay ngửa cẳng tay.
- Cung phản xạ: C6

Thao tác khám phản xạ trâm - quay của Hồ Hữu Lương, 1968 (hình 5.3): bệnh nhân ngồi trên ghế, khám hai tay cùng một lúc, tay trái người khám giữ hai ngón trỏ bệnh

nhân duỗi một góc 60° , cổ tay hơi duỗi, cẳng tay hơi ngửa, các khớp ngón tay hơi gấp. Hai tay để ở tư thế đối xứng nhau, đoãi mềm các cơ. Người khám gõ vào mỏm trâm xương quay để tìm phản xạ trâm quay (hình 5.3A). Khám phản xạ trâm quay từng bên (hình 5.3B)

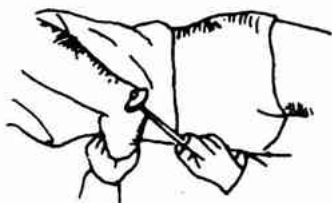


Hình 5.3: Thao tác khám phản xạ trâm - quay của Hồ Hữu Lương (1968) A. Khám phản xạ trâm quay hai bên
B. Khám phản xạ trâm quay từng bên một

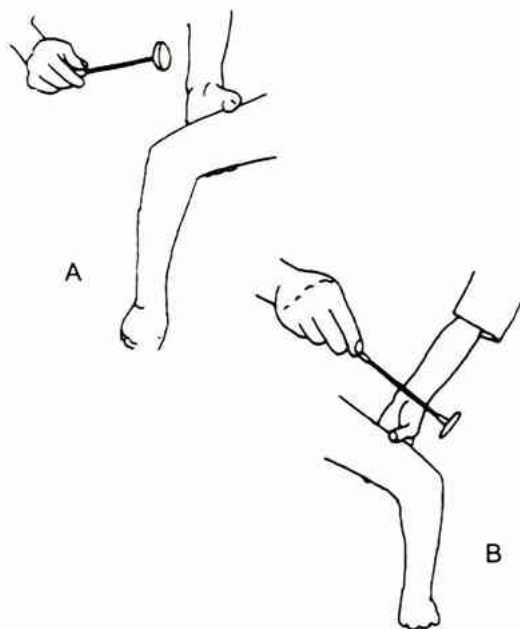
c. Phản xạ gân cơ tam đầu cánh tay (hình 5.4 và hình 5.5)

– 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: cơ tam đầu, phía trên mỏm khuỷu
- Đáp ứng: co cơ tam đầu, duỗi cẳng tay
- Cung phản xạ: C7



Hình 5.4. Phản xạ gân cơ tam đầu cánh tay



Hình 5.5: Thao tác khám phản xạ gân cơ tam đầu cánh tay tư thế ngồi của Hồ Hữu Lương (1968) A. Bên phải, B. Bên trái

d. Phản xạ quay - sấp (r.radio - pronateur)

- Tư thế: khớp khuỷu gấp 120° , cẳng tay hơi 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)

- 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 đốt một 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.
- Nơi gõ: móm cùng vai (phản xạ xương bả vai - cánh tay: réflexe - scapulo - humeral) hay góc dưới của xương bả vai (phản xạ xương bả vai: rélexe de l'omoplate).
- Đáp ứng: cơ cơ delta, cơ nhẹ cánh tay
- Cung phản xạ: C5

3. 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 gặp 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 thuốc sẽ nảy lên.

c. Phản xạ xương mu (réflexe pubien)

- Tư thế: nằm ngửa, hai đùi hơi co và giạng

- 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 u 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.

4. Phản xạ chi dưới

a. Phản xạ gối (phản xạ bánh chè hay phản xạ gân cơ tứ đầu đùi) (hình 5.6)

- Tư thế: bệnh nhân nằm ngửa (hình 5.6A) khớp gối gấp 120° , người khám luôn cẳng tay trái hay bàn tay xuống dưới khoeo chân và hơi nâng hai chân bệnh nhân lên.

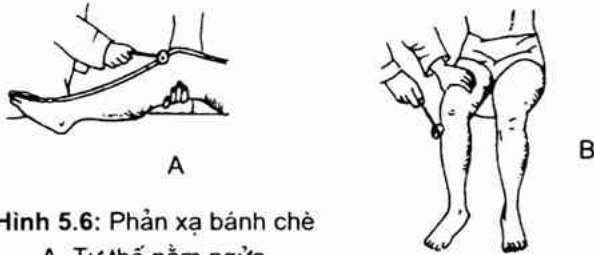
Hoặc cũng ở tư thế nằm ngửa, chân nọ bắt chéo lên chân kia, có thể tay trái người khám đặt lên đùi bệnh nhân để đánh giá mức độ co cơ tứ đầu đùi.

Hoặc ở tư thế ngồi (hình 5.6B), cẳng hai chân bệnh nhân buông thõng bên thành giường, thẳng góc với đùi, hai bàn chân không được chạm mạnh xuống đất.

- Nơi gõ: gân cơ tứ đầu đùi, bên dưới xương bánh chè.

– Cung phản xạ: tủy L3

Khi căng cơ phản xạ gối có 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, nghiến chặt răng, trả lời các câu hỏi v.v... để đánh lạc chú ý của bệnh nhân.



Hình 5.6: Phản xạ bánh chè
A. Tư thế nằm ngửa
B. Tư thế ngồi.



Hình 5.7: Nghiệm pháp
Jendrassik

b. Phản xạ gót (phản xạ gân Asin)

– Tư thế: bệnh nhân nằm ngửa (hình 5.8A) 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 5.8B) 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 cẳng chân.

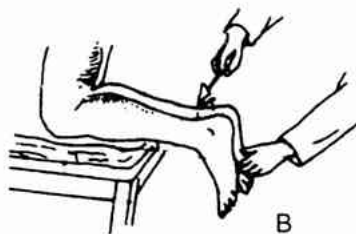
– Nơi gõ: gân gót (chú ý gõ với các lực đều nhau ở cả hai bên và gõ chính xác nhằm loại trừ sự chênh lệch giả giữa các phản xạ).

Đáp ứng: co cơ tam đầu cẳng chân, gấp bàn chân về phía gan chân.

– Cung phản xạ: S1



A



B

Hình 5.8: Phản xạ gót

c. Phản xạ cơ khép (réflexe des adducteur)

- Tư thế: nằm ngửa, đùi hơi giạng (khớp gối nửa sấp)
- Nơi gõ: lõi 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 mác - đùi sau

Phản xạ mác - 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 gập.
- Nơi gõ: ở trên đầu xương mác.
- Đáp ứng: cơ nhị đầu co (có thể nhìn thấy được) đôi khi gập 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 sấp, căng chân và gan bàn chân để vuông góc.
- Nơi gõ: phía trước của gan bàn chân.
- Đáp ứng
 - Gập các ngón chân (phản xạ gập 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

B. NHẬN ĐỊNH

Qua khám xét có thể phát hiện ba loại thay đổi bệnh lý:

1. Mất phản xạ

a. Biểu hiện của mất phản xạ

- 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 thương tổn tại một điểm nào đó của cung phản xạ đơn giản. Người ta có thể xác định vị trí thương tổn của cung phản xạ.

– Thương tổn tiểu não có thể ức chế tất cả hoạt động phản xạ ở dưới mà không có thương tổn cung phản xạ đơn giản (ví dụ: mất phản xạ gân xương nửa cơ thể trong liệt mềm nửa người).

– 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.

– Bệnh thần kinh ngoại vi: thường gây mất phản xạ gân xương rất sớm.

– Bệnh nhược cơ: thương tổn synap thần kinh - cơ trong bệnh nhược cơ, thường không gây ra rối loạn 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 vận)

b. *Đảo ngược phản xạ* chúng tỏ thương tổn 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 cơ 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 thương tổn 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 thương tổn 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 toả: cơ cơ bình thường kèm theo co các cơ khác (ví dụ 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 cơ tam đầu cẳng chân, có thể kèm theo co các cơ khớp cùng bên), đôi khi co cơ khớp bên đối diện (phản xạ khớp bên đối diện của Pie Marie (*réflexe 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.

– Đa động: gõ một lần, đáp ứng cơ 3-4 lần liên tiếp.

– Đôi khi kèm theo giật rung (clonus).

• Giật rung bàn chân (clonus du pied) (hình 5.9): 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.

• Giật rung bánh chè (hình 5.10): 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. Hoặc người khám dùng một tay đột nhiên đẩy mạnh xương bánh chè hướng về phía bàn chân, rồi giữ nguyên tư thế đó. Tay còn lại đặt ở phía dưới và đỡ nhẹ xương bánh chè.

• Giật rung ở chi trên hiếm gặp, thường thấy hơn cả là giật rung bàn tay, khi duỗi bàn tay bằng một động tác đẩy mạnh ra sau:

b. Tăng phản xạ gân xương không do thương tổn bó tháp.

– Bệnh uốn ván (tetanos)

– Nhiễm độc Strychnin

III. KHÁM PHẢN XẠ DA (HAY PHẢN XẠ NÔNG)

Phản xạ da là sự co cơ không tùy ý và đột ngột do kích thích nhẹ trên da bởi một kim cùn.



Hình 5.9: Giật rung bàn chân

Hình 5.10: Giật rung bánh chè



A. KHÁM XÉT

1. Phản xạ da bụng (hình 5.11)

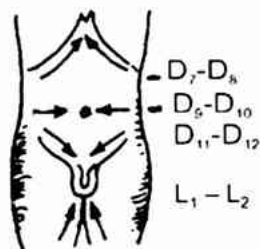
- Tư thế bệnh nhân nằm ngửa, hai chân hơi co (cho da bụng mềm)
- Kích thích thành bụng bằng kim vạch nhanh từ phía ngoài rốn hướng vào trong.
- Đáp ứng: cơ bụng co giật mạnh
- Phản xạ da bụng được chia ra:
 - Phản xạ da bụng trên: kích thích dưới bờ sườn, cung phản xạ D7-D8.
 - Phản xạ da bụng giữa: 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 - biau (réflexe crémasterien):

- Tư thế: bệnh nhân nằm ngửa, đùi hơi giạng
- Kích thích: dùng kim vạch nhẹ phần trên và mặt trong đùi.
- Đáp ứng: cơ biau co lại nhanh, đẩy 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



Hình 5.11: Phản xạ da bụng và phản xạ đùi - biau

- 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.
- 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

Mất phản xạ da chứng tỏ có thương tổn ở một điểm nào đó trên cung phản xạ (cũng như phản xạ gân xương)

2. Đảo ngược của phản xạ da gan chân

Là dấu hiệu Babinski (dấu hiệu thương tổn bó tháp)

IV. PHẢN XẠ BỆNH LÝ BÓ THÁP

Có hai loại phản xạ bệnh lý bó tháp:

A. LOẠI DUỖI

1. Phản xạ Babinski (1896)

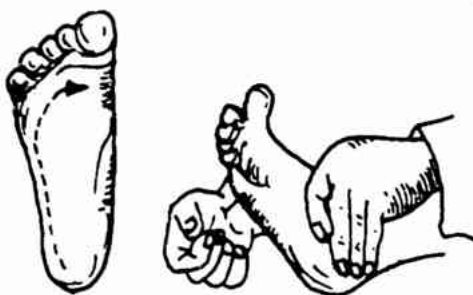
Là phản xạ da gan chân đảo ngược (hình 5.12)

– 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: duỗi từ từ ngón chân cái, đôi khi đồng thời kèm theo giạng các ngón chân còn lại (dấu hiệu "xoè nan quạt").

– Cần phân biệt phản xạ Babinski giả thể hiện như sau: khi kích thích, ngón cái gập rồi mới duỗi ra hoặc kích thích mạnh quá bệnh nhân phản ứng đột ngột duỗi các ngón chân. Theo kinh nghiệm của Hồ Hữu Lương (1965) khi nghi ngờ dấu hiệu Babinski giả thì trong lúc khám ta yêu cầu bệnh nhân gập ngón chân cái lại. Nếu là dấu hiệu Babinski do thương tổn bó tháp thì ngón chân cái vẫn duỗi.



Hình 5.12: Phản xạ Babinski

2. Dấu hiệu Lê Văn Thành (1964)

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".



Hình 5.13: Dấu hiệu Lê Văn Thành

3. Phản xạ Oppenheim (1902)

Vuốt dọc mặt trước xương chày từ trên xuống dưới bằng ngón cái và ngón trỏ (hình 5.13). Đáp ứng giống phản xạ Babinski



Hình 5.14: Phản xạ Oppenheim.

4. Phản xạ Schaeffer (1899)

Bóp mạnh vào gân Achilles. Đáp ứng giống phản xạ Babinski



Hình 5.15: Phản xạ Schaeffer

5. Phản xạ Chaddock (1911): vạch kim quanh mắt cá ngoài (hình 5.1)



Hình 5.16: Phản xạ Chaddock.

6. Phản xạ Gardon (1904)

Bóp vào khối cơ bắp chân. Đáp ứng giống phản xạ Babinski



Hình 5.17: Phản xạ Gordon

7. Phản xạ Gonda (1942)

Gấp bốn ngón chân (ngón 2,3,4,5). Đáp ứng giống phản xạ Babinski

8. Dấu hiệu Hồ Hữu Lương (1965)

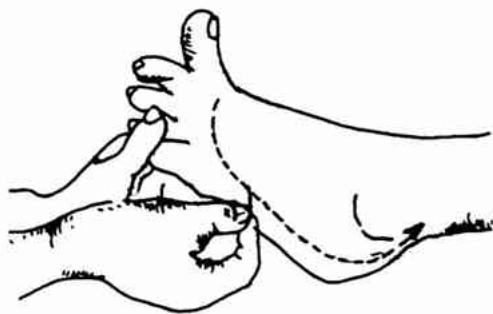
Đã có nhiều phản xạ bệnh lý bó tháp như Babinski (1896), Schaeffer (1899), Oppenheim (1902), Chaddock (1911), Gordon (1904), Gonda (1942), Lê Văn Thành (1964). Trong đó phản xạ Babinski được đánh giá cao. Tuy nhiên không phải trong tất cả các trường hợp phản xạ Babinski đều tỏ ra hữu hiệu. Ví dụ các trường hợp da gan chân quá dày (do đi chân đất nhiều) hoặc bị mất da gan chân.

Khi khám thần kinh cho bệnh nhân liệt nửa người do tai biến mạch máu não. Hồ Hữu Lương (1965) đã phát hiện dấu hiệu mới xuất hiện sớm và nhạy hơn các phản xạ bệnh lý bó tháp khác. Dấu hiệu mới này đã được giới thiệu trong sách khám lâm sàng triệu chứng và hội chứng thần kinh của Hồ Hữu Lương, HVQY, 1989, trang 87. Dấu hiệu này đã được báo cáo tại Hội nghị khoa học lần thứ IV hội Thần kinh học Việt Nam, tại thành phố Hồ Chí Minh năm 2003; được giáo sư Phan Chúc Lâm (Chủ tịch Hội thần kinh học Việt Nam, chủ tịch hội nghị) hoan nghênh và đề nghị phổ biến, áp dụng rộng rãi trong thực hành lâm sàng thần kinh.

a. Giới thiệu dấu hiệu Hồ Hữu Lương (hình 5.18)

– Tư thế: bệnh nhân nằm ngửa, thầy thuốc dùng ngón tay cái bên trái đặt lên trên ngón chân 4 và 5 của bệnh nhân, các ngón tay còn lại đặt ở dưới bàn chân, sau đó gấp và xoay bàn chân bệnh nhân vào trong.

– Kích thích: tay phải thầy thuốc dùng kim đầu tù, vạch liên tục trên mu chân bệnh nhân theo đường vòng từ gân duỗi ngón cái qua các gân duỗi ngón chân khác, chạy vòng ra bờ ngoài mu chân rồi vòng quanh mắt cá ngoài, khi gần cuối nhấn mạnh hơn một chút. Đường vạch của dấu hiệu Hồ Hữu Lương được chia thành ba đoạn: Đoạn I bắt đầu từ gân duỗi ngón cái tới gân duỗi ngón út. Đoạn II từ gân duỗi ngón út tới bờ dưới mắt cá ngoài (đoạn này đi trên mu chân, ở phía trên và trong của đường vạch Pussep. Triệu chứng Pussep là biểu hiện không đầy của dấu hiệu xoè nan quạt, là triệu chứng thương tổn bó tháp). Đoạn III tiếp theo đoạn II, vòng quanh mắt cá ngoài ra sau, lên trên (đoạn này trùng một phần với đường vạch của phản xạ Chaddock).



– Đáp ứng: dấu hiệu dương tính khi ngón chân cái duỗi từ từ (giống dấu hiệu Babinski)

Hình 5.18: Dấu hiệu Hồ Hữu Lương

b. Các đề tài nghiên cứu về dấu hiệu Hồ Hữu Lương

Những năm gần đây nhiều bệnh nhân đã có thể chụp cắt lớp vi tính hoặc cộng hưởng từ nên Hồ Hữu Lương và CS đã tiến hành nghiên cứu đánh giá dấu hiệu này.

Đề tài 1: Dấu hiệu Hồ Hữu Lương trong phát hiện thương tổn bó tháp

– Tác giả: Hồ Hữu Lương và CS (Phạm Đức Minh, Lương Bá Phương, Đặng Thành Quyết, Hà Tường, Phạm Ngọc Thắng). Tập san Thần kinh học, Hội thần kinh Việt Nam, 2003, số 4, trang 16-19.

– Đối tượng nghiên cứu

Nhóm nghiên cứu gồm 203 bệnh nhân liệt nửa người kiểu trung ương cùng bên, tất cả bệnh nhân đều được chụp cắt lớp vi tính có hình ảnh thương tổn thuộc vùng bó tháp (106 xuất huyết não, 94 nhồi máu não, 3 u não), tuổi từ 15 đến 82, điều trị tại Khoa thần kinh Viện quân y 103, Bệnh viện Bạch Mai, Bệnh viện trung ương quân đội 108, thời gian từ 01/12/2000 đến 01/12/2001.

Nhóm chứng 1:

Gồm 64 bệnh nhân liệt chi dưới kiểu ngoại vi do thoát vị đĩa đệm. Tất cả bệnh nhân đều được xác định bằng chụp bao rễ thần kinh.

Nhóm chứng 2:

Gồm 400 sinh viên Học viện quân y, khỏe mạnh (lớp dài hạn 31, 32 bác sĩ cơ sở A4, A5, A6a, A6b, Hà Tây 2)

Phương pháp nghiên cứu.

- Thiết lập nghiên cứu

Sử dụng phương pháp thử nghiệm lâm sàng ngẫu nhiên có đối chứng (randomized controlled clinical trial).

- Cách tiến hành

Khám tất cả bệnh nhân đầy đủ các dấu hiệu như: Babinski, Schaeffer, Oppenheim, Chaddock, Gordon, Gonda, Lê Văn Thành, đoạn I, đoạn II của dấu hiệu Hồ Hữu Lương và dấu hiệu Hồ Hữu Lương. Nhóm chứng 2 được khám dấu hiệu Hồ Hữu Lương để phát hiện xem có dương tính giả không.

- Các chỉ tiêu đánh giá

Độ nhạy, độ đặc hiệu, mức độ phù hợp chẩn đoán giữa các dấu hiệu.

- Xử lý số liệu

Bằng chương trình EPI - INFO 6.0 tính hệ số kappa.

- Kết quả nghiên cứu

Bảng 5.1: Kết quả khám các dấu hiệu

Số TT	Dấu hiệu	Có (n=203)		Không (n=64)	
		(+)	(-)	(+)	(-)
1	Babinski	163	40	0	64
2	Chaddock	154	49	0	64
3	Schaeffer	51	152	0	64
4	Oppenheim	57	146	0	64
5	Gordon	67	136	0	64
6	Gonda	56	147	0	64
7	Lê Văn Thành	120	83	0	64
8	Đoạn 1 Hồ Hữu Lương	150	53	0	64
9	Đoạn 2 Hồ Hữu Lương	140	63	0	64
10	Hồ Hữu Lương	169	34	0	64

Nhận xét

Dấu hiệu Hồ Hữu Lương cũng như các dấu hiệu khác đều không gặp dương tính giả. Các dấu hiệu đều có những trường hợp âm tính giả (âm tính trên những bệnh nhân có thương tổn thực thể bó tháp). Dấu hiệu gặp âm tính giả nhiều nhất là Schaeffer (152/203), ít nhất là dấu hiệu Hồ Hữu Lương (chỉ có 34/203 trường hợp), phản xạ Babinski (có 40/203 âm tính giả). Dấu hiệu Hồ Hữu Lương có khả năng phát hiện những bệnh nhân có thương tổn bó tháp ở giai đoạn lui bệnh tốt hơn dấu hiệu Babinski.

Nhóm chứng 2: không có trường hợp nào dương tính giả.

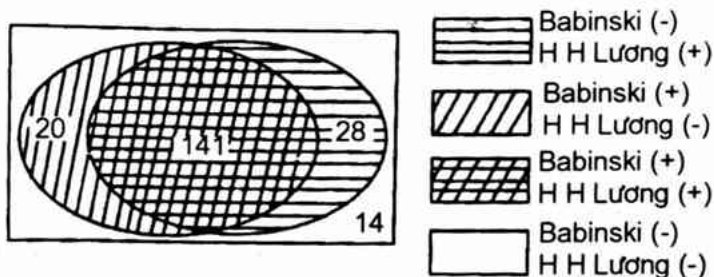
- Độ nhạy của các dấu hiệu

Hai dấu hiệu có độ nhạy cao nhất là Babinski (80,29%) và dấu hiệu Hồ Hữu Lương (83, 25%) rồi đến chaddock (75,86%), đoạn I (73,89%), đoạn II (86,96%), Lê Văn Thành (59,11%), Gordon (33,21%), Oppenheim (28,07%), Gonda (27,58%). Dấu hiệu Schaeffer có độ nhạy thấp nhất (25,12%).

- Mức độ phù hợp chẩn đoán giữa dấu hiệu Hồ Hữu Lương với các dấu hiệu khác.

Dấu hiệu Hồ Hữu Lương có mức độ phù hợp chẩn đoán khá với dấu hiệu Babinski ($K=0,6196$) và dấu hiệu Chaddock ($K=0,7923$), vừa với dấu hiệu Lê Văn Thành ($K=0,4529$) và thấp với dấu hiệu Gordon ($K=0,372$), Gonda ($K=0,3009$), Oppenheim ($K=0,2819$), Schaeffer ($K=0,2413$)

- Kết quả khám dấu hiệu Babinski và dấu hiệu Hồ Hữu Lương



Biểu đồ 5.1: Trong 203 bệnh nhân nghiên cứu, có 141 trường hợp dấu hiệu Babinski và Hồ Hữu Lương để (+), có 28 trường hợp Hồ Hữu Lương (+) nhưng Babinski (-), có 20 trường hợp Hồ Hữu Lương (-) nhưng Babinski (+).

Bảng 5.2: Đặc điểm của các bệnh nhân có kết quả khám dấu hiệu Hồ Hữu Lương và dấu hiệu Babinski trái ngược nhau.

Đặc điểm bệnh nhân		Hồ Hữu Lương (+) Babinski (-) (n=28)	Hồ Hữu Lương (-) /Babinski (+) (n = 20)
Tuổi (mean)		65	40
Giới tính	Nam	16	12
	Nữ	12	8
Nghề nghiệp			
+ Làm ruộng		24	7
+ Không làm ruộng		4	13

Nhận xét: trong số 28 bệnh nhân mà dấu hiệu Hồ Hữu Lương (+) nhưng dấu hiệu Babinski (-) thì đa số là bệnh nhân tuổi cao (Me = 65), làm ruộng 24/28 (85,71%). Ngược lại trong số 20 bệnh nhân mà dấu hiệu Hồ Hữu Lương (-) nhưng dấu hiệu Babinski (+) thì tuổi thường trẻ hơn (Me = 40) và không làm ruộng 13/20 (65%)

- Kết luận

Dấu hiệu Hồ Hữu Lương trong thương tổn bó tháp có độ nhạy cao (83,25%) và có độ đặc hiệu 100%.

Trong các dấu hiệu thương tổn bó tháp nhóm dưới như: Babinski, Schaeffer, Oppenheim, Chaddock, Gordon, Gonda, Lê Văn Thành thì dấu hiệu Babinski là dấu hiệu có độ nhạy cao nhất (80,29%) tương đương với dấu hiệu Hồ Hữu Lương (83,25%).

Hơn nữa, hệ số phù hợp chẩn đoán giữa hai dấu hiệu này đạt mức độ khá ($K = 0,6196$), như vậy có thể dùng dấu hiệu Hồ Hữu Lương để hỗ trợ và thay thế cho dấu hiệu Babinski trong các trường hợp dấu hiệu Babinski không khám được (bỏng hoặc mất da gan chân) hoặc không nhạy (da gan chân quá dày hay ở bệnh nhân có thương tổn bó tháp giai đoạn lui bệnh).

*** Đề tài 2:** Luận văn thạc sĩ y học của bác sĩ Phùng Đức Lâm, 2005 (thầy hướng dẫn: GS.TS. Hồ Hữu Lương)

- Tên đề tài "Nhận xét phản xạ bệnh lý bó tháp trên bệnh nhân xuất huyết não và u tủy sống"
- Đối tượng nghiên cứu

Nghiên cứu 135 bệnh nhân (xuất huyết não, u tủy sống và thoát vị đĩa đệm cột sống thắt lưng). Các bệnh nhân này đã được chẩn đoán xác định và điều trị nội trú tại khoa thần kinh, khoa phẫu thuật thần kinh Viện quân y 103, Khoa thần kinh Bệnh viện Bạch Mai và Khoa phẫu thuật thần kinh Bệnh viện trung ương quân đội 108 từ tháng 2 năm 2004 đến tháng 6 năm 2005.

Nhóm nghiên cứu gồm 104 bệnh nhân (73 xuất huyết não, tiêu chuẩn đoán lâm sàng theo WHO (1989), có liệt nửa người, CT có hình ảnh khối tăng tỷ trọng 50-90 đơn vị HU; 31 u tủy có liệt tứ chi, hai chi dưới hoặc hội chứng Brown Séquard, chụp MRI có hình ảnh chèn ép tủy).

Nhóm chứng gồm 31 bệnh nhân thoát vị đĩa đệm có bại chi dưới, chụp MRI hoặc chụp bao rễ thần kinh có hình ảnh thoát vị đĩa đệm cột sống thắt lưng.

– Kết quả nghiên cứu

• Độ nhạy

Dấu hiệu Hồ Hữu Lương: 80,8% (đoạn I: 76,9%; đoạn II: 69,2%); Chaddock: 76%; Babinski 73,1%; Lê Văn Thành: 61,5%; Gonda: 60,6%; Oppenheim 52,9%; Schaeffer: 51,9%; Gordon: 51%; Hirschberg: 44,2%; Giukovski: 27,9%; Rossolimo: 24%; Bechterew - Mendel: 15,4%.

• Độ đặc hiệu: tất cả các phản xạ bệnh lý bó tháp đều có độ đặc hiệu 100%.

• Mức độ phù hợp chẩn đoán của các phản xạ bệnh lý bó tháp với dấu hiệu Hồ Hữu Lương:

Khá: với phản xạ Chaddock (hệ số Kappa (K) = 0,75), với Babinski (k = 0,68)

Vừa: với dấu hiệu Lê Văn Thành (K = 0,56)

Gonda (K = 0,50)

Thấp: với phản xạ Oppenheim (K = 0,39)

Schaeffer (K = 0,33), Hirschberg (K = 0,33); Gordon (K = 0,29).

Quá ít: với Rossolimo (K = 0,11), Giukovski (K = 0,08), Bechterew - Mendel (K = 0,06).

• Mức độ biểu hiện của phản xạ bệnh lý bó tháp theo định tính:

Dấu hiệu rõ nhất (+++): dấu hiệu Hồ Hữu Lương 69/84 (82,1%), Babinski 53/76 (69,7%); Chaddock 53/79 (67,1%) Gonda 42/53 (66,7%), Lê Văn Thành (40/64 (62,5%), Gonda 32/53 (60,4%) Oppenheim 32/55 (58,2%), Schaeffer 31/54 (57,4%), Hirschberg 26/46 (56,5%), Giukovski 14/29 (48,3%) Rossolimo 12/25 (48%), Bechterew - Mendel 7/16 (43,8%) trường hợp.

- Thời gian xuất hiện và tồn tại của các phản xạ bệnh lý bó tháp:

Tần số xuất hiện trước 48 giờ sau khi bị xuất huyết não:

Dấu hiệu Hồ Hữu Lương: 96,7%, Lê Văn Thành: 96,4%, Chaddock: 93,9, Babinski: 84,3%, Hirschberg: 75%, Gordon: 69,6%, Rossolimo: 66,7%, Oppenheim: 65,2%; Giukovski: 64,7%, Schaeffer: 63,6%, Gonda: 60,7%, Bechterew - Mendel: 55,6%.

Tần số tồn tại của phản xạ bệnh lý bó tháp sau mổ 7 ngày:

Dấu hiệu Hồ Hữu Lương: 100%, Lê Văn Thành: 100% Chaddock: 96,2%; Babinski: 84,6%; Hirschberg: 75%; Gonda: 65%; Schaeffer: 63,6%; Gordon: 58,3%, Giukovski: 58,3%; Oppenheim: 56,3%; Rossolimo: 45,5%, Bechterew - Mendel: 42,9%.

- Liên quan giữa các phản xạ bệnh lý bó tháp với rối loạn ý thức, rối loạn vận động, vị trí, thể tích khối máu tụ và u tủy sống:

Khi thương tổn bó tháp, tất cả các phản xạ bệnh lý bó tháp không liên quan đến ý thức, độ liệt và thể tích khối máu tụ của xuất huyết não và u tủy sống.

Các phản xạ bệnh lý bó tháp khi có khối máu tụ ở não hoặc u tủy sống có tần số xuất hiện tăng dần từ thương tổn ở thùy não (52,2%), bao trong - nhân xám trung ương (70,7%), thân não (80%) đến tủy sống (90,3%).

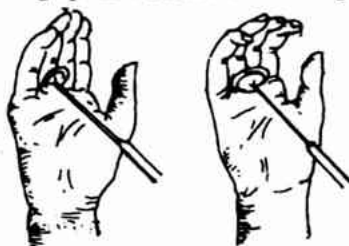
B. LOẠI GẤP

1. Ở tay

a. Phản xạ Rossolimo bàn tay (1908)

- Tư thế: ngón tay bệnh nhân hơi gấp

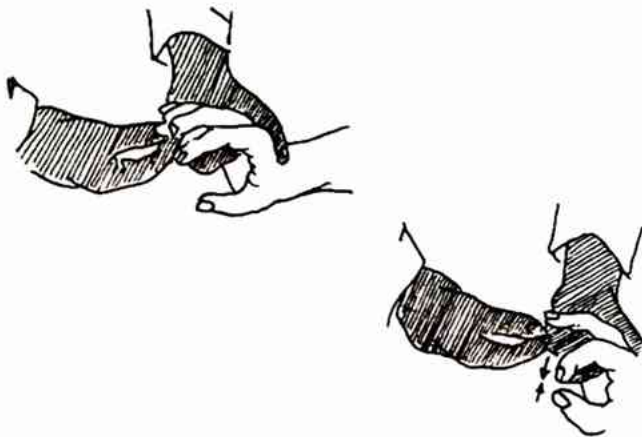
- Nơi gõ: nên gõ một ngón tay
- Đáp ứng: gấp phản xạ đốt cuối của ngón tay cái, thường đồng thời gấp đốt cuối của các ngón khác.



Hình 5.19: Phản xạ Rossolimo

b. Phản xạ Hoffmann (1900)

- Tư thế: bàn tay bệnh nhân rủ mềm mại.
- Cách khám: thầy thuốc đỡ bàn tay bệnh nhân, gấp đốt ngón đốt cuối của ngón trỏ hay ngón giữa rồi thả ra đốt ngón.
- Đáp ứng: như phản xạ Rossolimo



Hình 5.20: Phản xạ Hoffmann

c. Phản xạ Rossolimo - Venderovits

- 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 băng búa phản xạ.
- Đáp ứng: các ngón đó gấp lại.



Hình 5.21: Rossolimo - Venderovits

d. Phản xạ Trömner (1912)

- Tư thế: bàn tay bệnh nhân để rỗng, 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.



Hình 5.22: Phản xạ Trömner

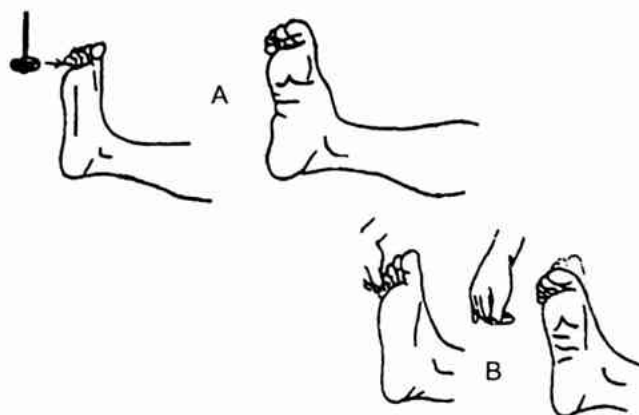
e. Phản xạ Klippel - Weil

- Duỗi thụ động đột ngột ngón tay (giống như phản xạ Trömner)
- Đáp ứng: gấp ngón cái

2. Ở chân

a. Phản xạ Rossolimo (1902-1908)

- Tư thế: bệnh nhân nằm ngửa
- Kích thích: người khám dùng ngón tay hoặc búa phản xạ (hình 4.20) gõ nhanh gọn vào đầu ngón chân II - V.
- Đáp ứng: gấp các ngón chân



Hình 5.23: Phản xạ Rossolimo

A. Khám bằng búa P.X

B. Khám bằng tay

b. Phản xạ Mendel - Bechterew (1904 - 1906)

Gõ vào xương hộp vùng trước ngoài mu chân. Đáp ứng như phản xạ Rossolimo



Hình 5.24: Phản xạ Mendel - Bechterew

c. Triệu chứng Giukopski

Gõ búa phản xạ vào giữa gan bàn chân.

Đáp ứng như phản xạ Rossolimo.

d. Triệu chứng Pussep

Giạng ngón chân thứ năm khi vạch kim trên bờ ngoài bàn chân.

V. PHẢN XẠ TỰ ĐỘNG TỦY (PHẢN XẠ TỰ VỆ)

A. CÁC LOẠI PHẢN XẠ TỰ VỆ TỦY

Thường biểu hiện ở chi dưới, xuất hiện khi kích thích ngón chi (véo da, châm kim, nóng, lạnh, gấp thụ động các ngón chân). Có 3 loại:

1. Phản xạ ba co

Kích thích chi dưới (bẻ gấp các ngón chân) 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).



Hình 5.25: Phản xạ ba co

Phản xạ hai thì: hiện tượng ba co xuất hiện rồi tiếp theo là hiện tượng 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 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 duỗi) chi dưới cùng 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 thương tổn trên đoạn tủy D12.

B. GIÁ TRỊ TRIỆU CHỨNG

1. Những phản xạ này chứng tỏ có thương tổn bó tháp.

2. Giới hạn trên của vùng gây phản xạ ba co có giá trị chẩn đoán định khu thương tổn

VI. PHẢN XẠ NẮM

Phản xạ nắm còn gọi là phản xạ grasping (grasping reflex)

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 thương tổn 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 vòm

- 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 búa phản xạ từ xa vào gần miệng
- Đáp ứng: hai môi chúm như cái vôi (co cơ vòng miệng)



Hình 5.26: Phản xạ vôi

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 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 mắt liên hệ với vỏ não nên mất ảnh hưởng ức chế của vỏ não trên các bộ máy khoan đoạn ở thân não.
- Có thể gặp trong hội chứng Parkinson.



Hình 5.27: Phản xạ vùi
Bệnh nhân C bị tai biến mạch máu não nằm điều trị tại
Khoa Thần kinh Viện Quân y 103, 1994

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 nhấc đầu giường lên cao cho cơ thể lệch về bốn phía khác nhau. Lúc đầu nhấc đột ngột về sau nhấc chậm.

- Đáp ứng: bệnh nhân bị ngã nhào khi có thương tổn 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 thương tổn 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 thương tổn 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 thương tổn bó tháp và tiểu não.

6. Phản xạ leri

- 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 thương tổn 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 quả 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.

Điều cần chú ý là chức năng cảm giác chịu ảnh hưởng nhiều các yếu tố chủ quan và tâm lý. Do đó khám cảm giác phải tỉ mỉ và thầy thuốc phải có kinh nghiệm.

I. CÁC ĐƯỜNG CẢM GIÁC

1. Đường cảm giác nông

Đường cảm giác (nông và sâu) có ý thức gồm ba neuron (hình 6.1)

a. Neuron 1

- Thân tế bào nằm ở hạch gai
- Đuôi gai (sợi ngoại vi: *prolongement cellipete*) nhận các kích thích từ các thụ 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.

b. Neuron 2.

- Thân tế bào nằm ở sừng sau của tủy
- Đuôi gai: khớp nối với neuron 1
- 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: bó cung trước).

- Cảm giác đau và nhiệt: sợi trục đi qua mép xám sau và tới cột bên của bên đối diện, làm thành bó gai - thị (faisceau spino - thalamique - bó cung sau).

c. Neuron 3: đi từ đồi thị lên vỏ não cùng bên và tận cùng ở đó. 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 6.1)

- Neuron 1

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 Neuron 1

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).

b. Đường cảm giác sâu không ý thức, gồm 2 neuron (hình 6.2)

– Neuron 1:

Thân tế bào nằm trong hạch gai

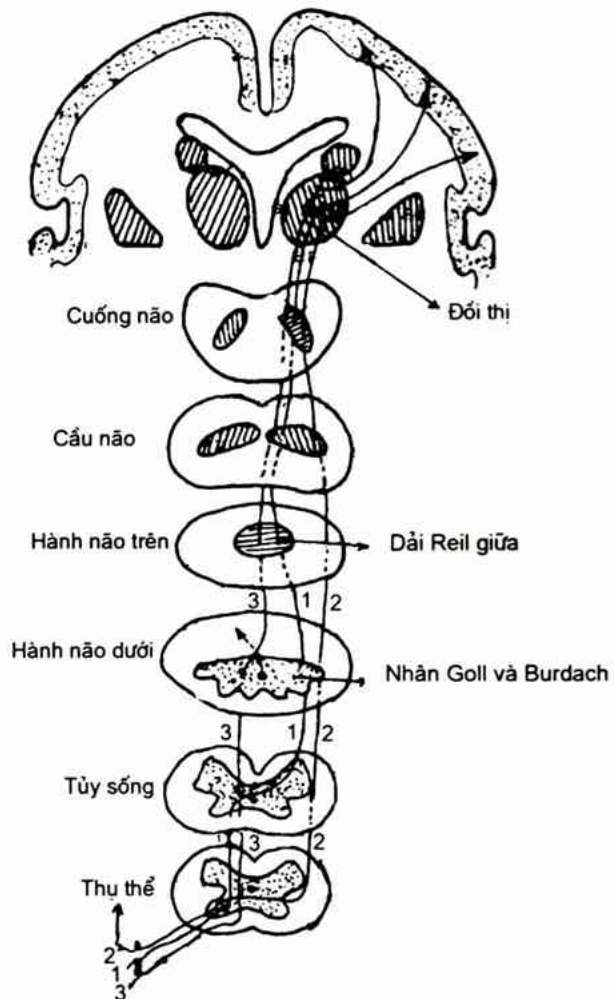
Đuôi gai (sợi ngoại vi) tiếp nhận các cảm giác ở thoi cơ, các gân cơ.

Sợi trục (sợi trung ương) tận cùng ở đầu sừng sau tạo thành hai nhân: bọng Clarke và nhân Bechterew

– Neuron 2

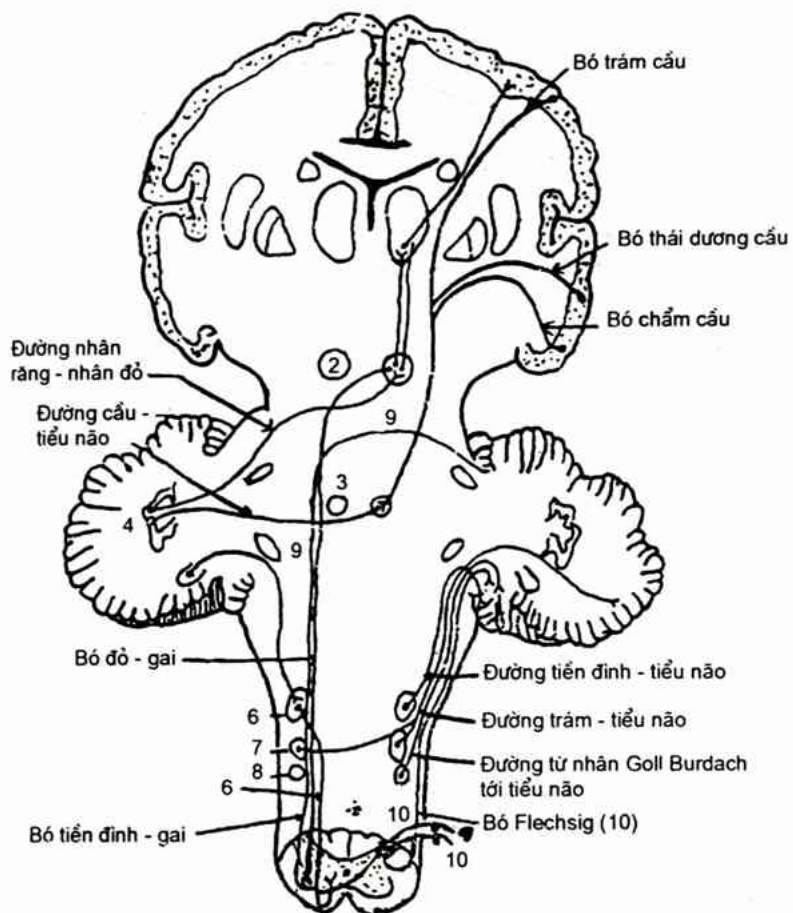
Các tế bào bọng Clarke đi lên ở nửa tủy cùng bên tạo thành bó gai tiểu não thẳng (hay bó Flechsig) qua cuống tiểu não dưới và tiểu não.

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.



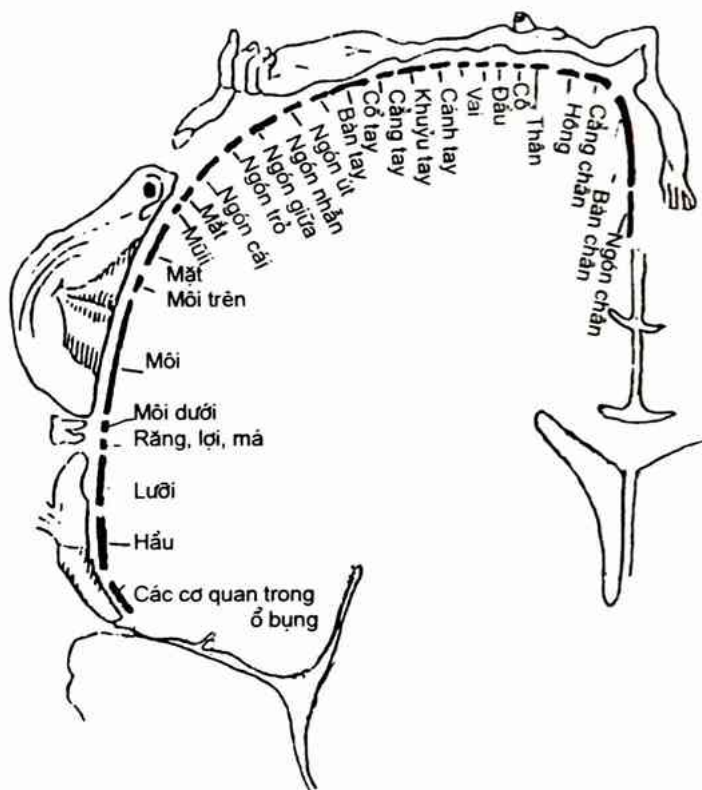
Hình 6.1: Đường cảm giác (nông và sâu) có ý thức

1. Bó gai - lưới - thị (cảm giác sờ)
2. Bó gai - thị (cảm giác đau và nhiệt)
3. Đường cảm giác sâu có ý thức



Hình 6.2: Đường cảm giác sâu không ý thức

1. Đồi thị 2. Nhân đỏ 3. Nhân cầu não 4. Nhân răng 5. Nhung não
 6. Nhân tiền đình 7. Nhân trám dưới 8. Nhân Goll, Burdach



Hình 6.3: Sơ đồ phân bố cảm giác ở vỏ não (sơ đồ Penfield)

II. PHÂN LOẠI CẢM GIÁC THEO LÂM SÀNG

1. Cảm giác nông

- Cảm giác đau
- Cảm giác nhiệt (nóng, lạnh): chỉ nhận biết được khi đồ vật có nhiệt độ chênh lệch với nhiệt độ của da từ 5° trở lên.
- Cảm giác xúc giác (sờ)

2. Cảm giác sâu

- Cảm giác cơ - khớp
- Cảm giác rung
- Cảm giác đè ép.
- Cảm giác trọng lượng

3. Cảm giác phức tạp

- Cảm giác vẽ da: viết chữ hoặc số rộng và cao từ 2cm trở lên trên mặt da cơ thể con người mới xác định được các số và chữ đó.
- Cảm giác nhận thức đồ vật.

III. KHÁM CẢM GIÁC

A. KHÁM CẢM GIÁC CHỦ QUAN

Hỏi bệnh nhân

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. Dị cảm (paresthesia)

Là các loại cảm giác lạ như kiến bò, kim châm, dòng nước nóng, lạnh....

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.

Những kết luận về rối loạn cảm giác ở những bệnh nhân đang rối loạn ý thức cần hết sức thận trọng (nếu như không nói là hoàn toàn không có ý nghĩa).

1. Cảm giác nóng hay cảm giác ở da

a. Khám 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 (hình 6.4). Đôi khi vùng thương tổn tăng cảm giác thì phải chuyển kích thích từ vùng lạnh vào vùng tăng cảm giác.

b. Khám cảm giác đau

– Dùng kim đầu nhọn, châm nhẹ trên da. Bệnh nhân nhận biết đau hay không đau, thứ tự châm giống như phần khám cảm giác sờ.

– 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 thương tổn 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 rong tủy sống (syringomyélie), thiếu vitamin B₁₂ hoặc trong bất kỳ thương tổn 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 (không nóng quá (thường nóng 40°C) cũng không lạnh quá (thường lạnh 20°C)). 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 6.4: Các định mức rối loạn cảm giác.

2. Cảm giác sâu

a. Cảm giác rung

Dùng âm thoa ký hiệu là C1 (có tần số là 250 dao động/phút)

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 thương tổn đầu tiên ở ngón chi cho nên người ta thường đặt âm thoa lên các mòm xương (mu đốt cuối của ngón chân cái, mắt cá ngoài, đầu xương chày, mào chậu) 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 6.5: 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

Cảm giác tư thế (posture sense, statesthesia) 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 trở) 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 (kinesthesia)

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 2-3 mm. Ở cẳng chân thì 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 ngọn chi chính xác hơn ở phần gốc chi.

c. Nhận thức đồ vật (stereognosis)

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 tránh 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 đồ 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 thương tổn 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 thương tổn, kích thích ở bên đối diện với thương tổn bị dập tắt. Test này chỉ đúng khi cảm giác da cả hai bên đều bình thường.

IV. NHẬN ĐỊNH

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 (neuralgia) 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 (psychalgia)

– 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 toả.

– 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 (dysesthesia)

Là những dị cảm hoặc 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

– Mất cảm giác (anesthesia): mất tất cả cảm giác.

– Mất cảm giác đau (analgie): hoàn toàn không còn nhận biết được các kích thích đau.

– Giảm cảm giác (hypoesthesia): cảm giác kém hơn bình thường.

- Tăng cảm giác (hyperesthesia): nhạy cảm quá mức.
- 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
- Loạn cảm đau (hyperpathia)

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 này gặp trong các trường hợp thương tổn các dây thần kinh có nhiều sợi thực vật (dây giữa, dây hông to).

- Dị cảm (paresthesia)

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)

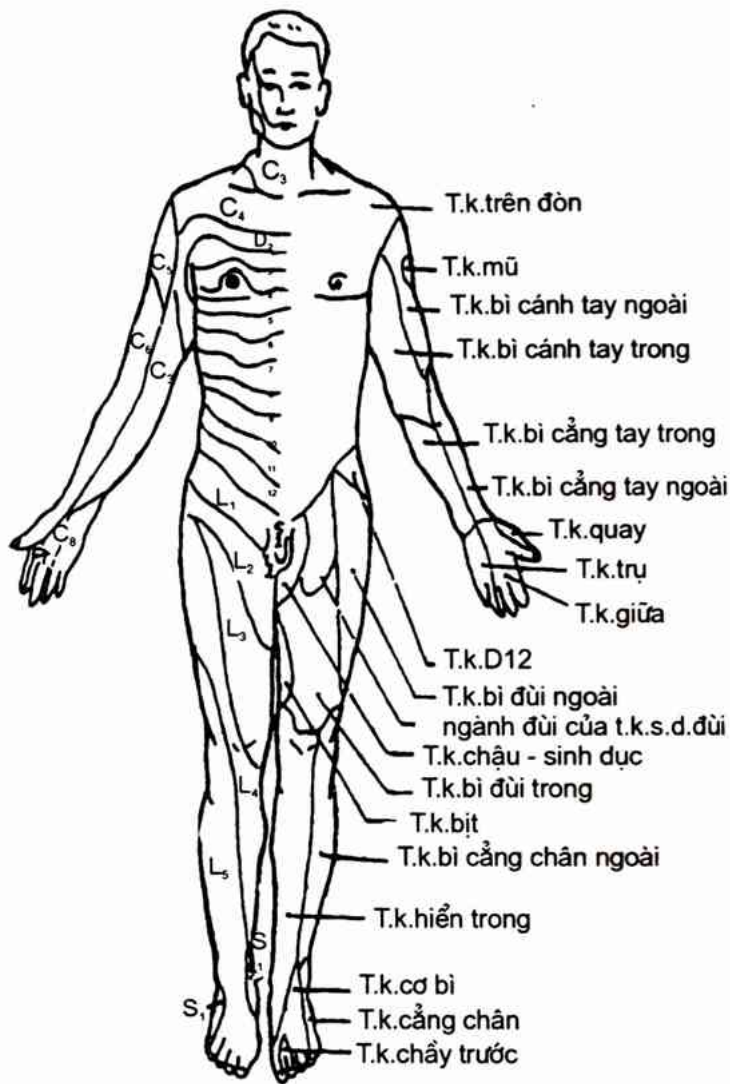
Mất cảm giác nhiệt, đau nhưng còn cảm giác sờ (phân ly cảm giác kiểu rỗng túy sống).

3. Định khu rối loạn cảm giác

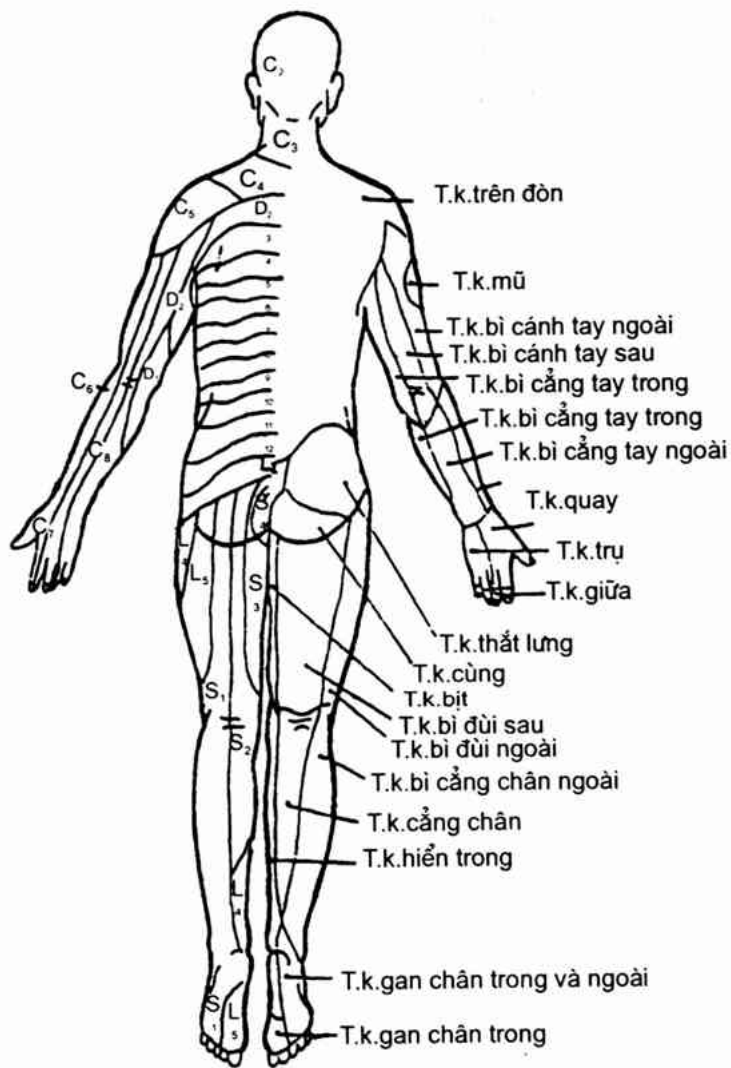
a. Ngoại vi

Thương tổn rễ hay dân thần kinh:

- Thương tổn 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 6.6 và 6.7)



Hình 6.6: Khu vực cảm giác theo rễ và dây (phía trước)



Hình 6.7: Khu vực cảm giác theo rễ và dây (phía sau)

– Thương tổn một phần của dây thần kinh ngoại vi đôi khi gây ra đau chát (causalgie): thường gặp trong thương tổn 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 thích 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 thích lớn dẫn truyền.

– Viêm đa dây thần kinh thường gây ra tê bì hoặc dị cảm. Rối loạn cảm giác chủ quan và khách quan ở ngón chi kiểu "bít tất" chân và "găng tay", chi dưới bị sớm hơn chi trên. Cảm giác sâu như cảm giác bản thể, cảm giác rung ít gặp trong viêm đa dây thần kinh. Vì vậy nếu có rối loạn cảm giác sâu kèm theo mất cảm giác kiểu bít tất chân hoặc găng tay cần phải nghĩ tới thương tổn lan tràn ở cột sau.

b. Trung ương

* Do thương tổn neuron 2 và 3

– Khi bó gai - thị bị gián đoạn sẽ gây ra giảm cảm giác đau và nhiệt dưới chỗ bị thương tổn bên đối diện của thân. Bờ trên của vùng mất cảm giác đau và nhiệt này không nhất thiết là tương ứng với đoạn tủy bị thương tổn 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 dải nằm lần lượt phía ngoài. Vì vậy một thương tổn 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 thương tổn. Trường hợp thương tổn 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 ít kết quả) với u ngoài tủy (điều trị phẫu thuật sớm sẽ mang lại kết quả cao).

- Thương tổn 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: ví dụ cảm giác đau và nhiệt 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.

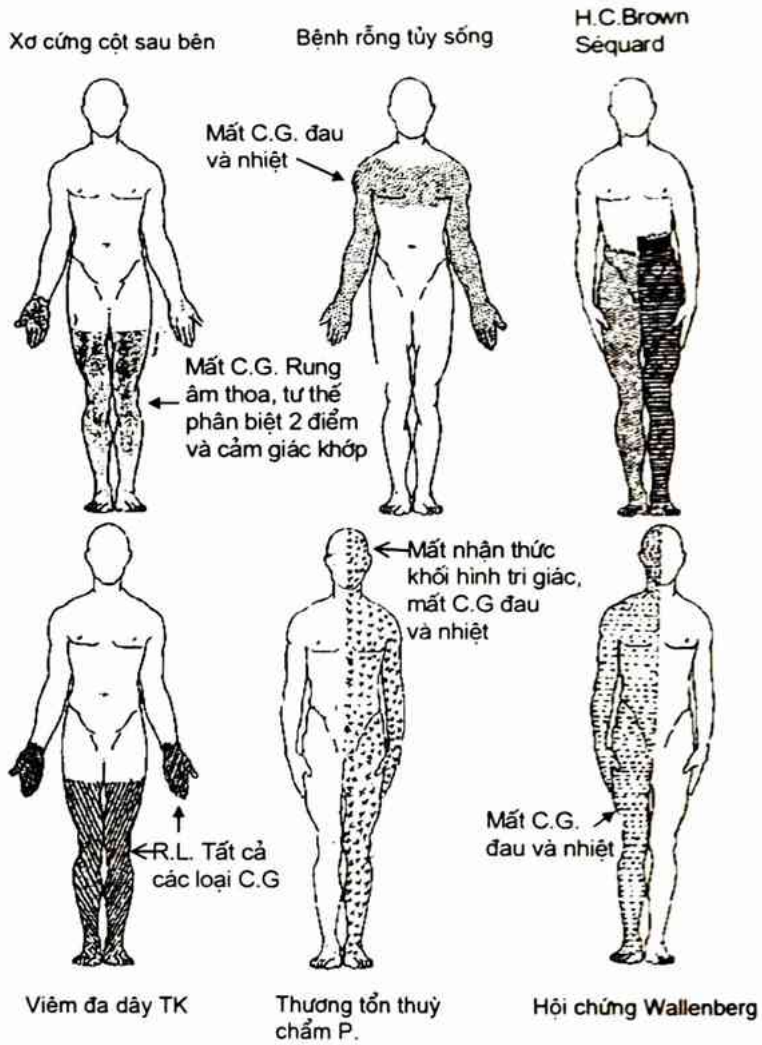
- Thương tổn cắt ngang nửa tủy (gây ra hội chứng Brown - Séquard)

- Thương tổn cắt ngang tủy sống (hội chứng cắt ngang tủy sống)

* Thương tổn ở não

- Thương tổn ở phần dưới của thân não có thể gây ra rối loạn cảm giác đau và nhiệt ở mặt cùng bên với thương tổn và ở thân bên đối diện (còn gọi là mất cảm giác giao bên)

- Thương tổn ở đồi thị gây ra hội chứng đồi thị (hội chứng Déjérine - Roussy).



Hình 6.8: Một số kiểu rối loạn cảm thường gặp

V. CÁC HỘI CHỨNG RỐI LOẠN CẢM GIÁC

– Hội chứng rối loạn cảm giác ngoại vi (thương tổn dây thần kinh và đám rối)

Rối loạn (mất hoặc giảm) tất cả các loại cảm giác ở khu vực da mà dây thần kinh đó chi phối.

– Hội chứng rễ (rễ sau)

Rối loạn tất cả các loại cảm giác trên một đoạn da theo hình dải (ở chi) theo hình khoanh đoạn (ở thân). Đau dọc theo vùng phân bố thần kinh, tăng lên khi ho, hít hơi và khi làm căng rễ. Hội chứng này hay gặp trong bệnh tabes, zona, u tủy sống, lao cột sống, thoát vị đĩa đệm v.v...

– Hội chứng sừng sau

Rối loạn cảm giác theo kiểu phân ly ở trên một đoạn da theo hình khoanh hoặc dải giống như hội chứng rễ.

– Hội chứng mép xám trước

Rối loạn cảm giác theo kiểu phân ly nhưng ở vùng da hai bên cân xứng nhau giống như cánh bướm.

Hai hội chứng này (sừng sau và mép xám trước) thường gặp trong bệnh rộng tủy sống, chảy máu tủy sống (haematomyelia) u nội tủy, giang mai tủy sống (bệnh tabes)

– Hội chứng cột bên:

Rối loạn cảm giác đau và nhiệt theo kiểu đường dẫn truyền ở bên đối diện

– Hội chứng cột sau

Rối loạn cảm giác sâu (cảm giác cơ khớp, cảm giác rung) bên phía thương tổn theo kiểu đường dẫn truyền.

- Hội chứng Brown - Séquard (thương tổn cắt ngang nửa tủy)

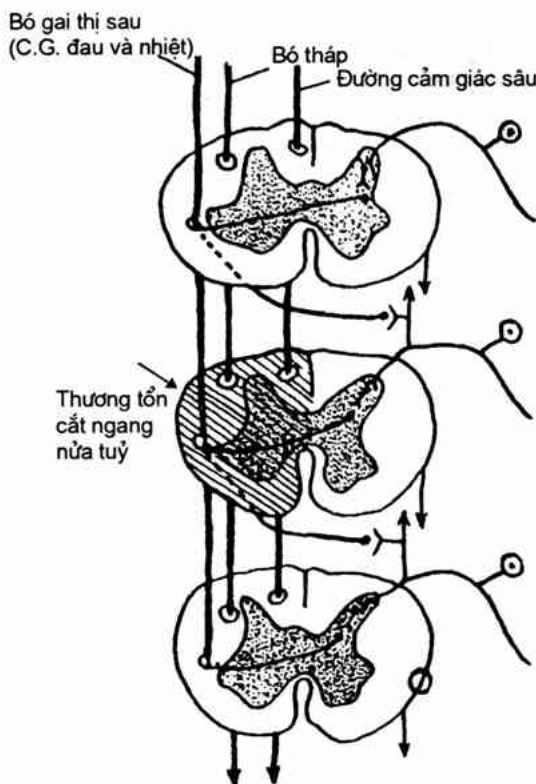


Hình 6.9: Hội chứng Brown - Séquard

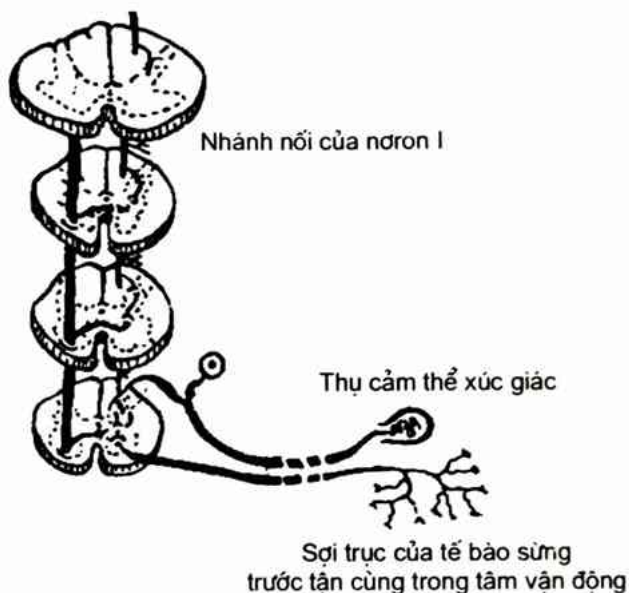
- Bên thương tổn liệt kiểu trung ương, mất cảm giác sâu (cảm giác cơ - khớp và cảm giác rung), tăng cảm giác da trên nơi thương tổn, mất cảm giác hoàn toàn ở nơi bị cắt do sự ngắt quãng các xung động từ rễ đi vào.
- Bên đối diện: mất cảm giác đau và nhiệt nhưng cảm giác sâu vẫn còn, cảm giác xúc giác 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 thương tổn (vì các sợi đi lên trên một hay hai đốt trước khi tới dải bên (hình 6.1 và 6.9)

Trong trường hợp chèn ép tủy, đặc biệt là chèn ép do u trong ống sống, nếu lâm sàng có biểu hiện hội chứng Brown - Séquard thì đó là chèn ép từ ngoài vào, không phải là u nội tủy (hội chứng Brown - Séquard hay gặp trong u ngoại tủy).



Hình 6.10: Sơ đồ H.C. Brown - Séquard do thương tổn cắt ngang nửa tủy lưng phải.



Hình 6.11: Đường dẫn truyền cảm giác xúc giác

- Hội chứng cắt ngang tủy sống
 Liệt trung ương các chi phía dưới chỗ thương tổn
 Mất mọi cảm giác phía dưới chỗ thương tổn 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....
- Hội chứng đôi thị
 Ở bên đối diện với thương tổn (hội chứng ba nửa)
 Mất cảm giác (nông, sâu) nửa người (kiểu đường dẫn truyền).

Mất điều hoà nửa người (hemiataxia)

Bán manh: mất nửa thị trường hai mắt.

Khi đôi thị bị kích thích: đau dữ dội (đau đôi thị) ở nửa người bên đối diện (đau lan toả, lan xuyên), nóng rát, điều trị bằng các thuốc giảm đau không có kết quả.

- Hội chứng vỏ não.

(Thương tổn hồi sau trung tâm)

- Rối loạn tất cả các loại cảm giác ở nửa người bên đối diện (giống như ở đôi thị hoặc bao trong) nhưng thực ra trên lâm sàng thường thấy rối loạn cảm giác này biểu hiện rõ ở ngón chi, còn ở thân biểu hiện không rõ lắm. Nguyên nhân của hiện tượng này có thể giải thích rằng, thông thường: thương tổn trên vỏ não không hoàn toàn mà chỉ khu trú ở một nơi nào đó thôi.

- Ngoài ra ta còn thấy rối loạn các loại cảm giác phức tạp.

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, khô, cứng, tím hoặc màu đá vân, có những nốt phỏng nước, phù toàn thân hoặc cục bộ.

2. Lông, tóc: rụng

3. Móng: dần deo, nứt nẻ, dễ gãy

4. Loét (escarre)

Ở các điểm tỳ vùng xương cụt, mấu chuyển to, gót chân, mặt trong đầu gối (hình 7.1).

Loét khoét (malperforant): ở lòng bàn chân hoặc bàn tay

5. Chín mé không đau (panaris analgésique): đầu ngón chân, tay sưng mọng, chảy mủ, không đau, dai dẳng, có thể dẫn đến cụt đầu ngón tay, ngón chân.

B. KHÁM DINH DƯỠNG Ở CƠ

Khi khám teo cơ cần chú ý:

– Cách xuất hiện (đột ngột, sau viêm hoặc sau chấn thương).

- 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 chi, Hồ Hữu Lương (1976) dùng các điểm mốc sau:

Cánh tay: mỗm trên ròng rọc hay mỗm trên lồi cầu trong (medial epicondyle), đo vòng cánh tay trên điểm này 10cm.

Cẳng tay: mỗm trâm trụ, đo vòng cẳng tay trên mỗm trâm trụ 10cm.

Đùi: gai chậu trước trên, đo vòng đùi dưới gai chậu trước trên 20cm.

Cẳng chân: chỏm xương mác, đo vòng cẳng chân dưới chỏm xương mác 10cm.

Hồ Hữu Lương (1976) chia ra 4 mức độ teo cơ (xem Hồ Hữu Lương - Phục hồi chức năng đối với người liệt hai chi dưới do chấn thương cột sống tủy sống, NXB Y học, 2005, trang 72)

- 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 diện.

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 thương tổn xương khớp cần chụp X quang

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 không có giá trị đặc biệt

- Da mỏng, khô, cứng, tím phù, có những nốt phỏng nước (phlycten).
- Lông, tóc rụng
- Móng dần deo, nứt nẻ dễ gãy.

2. Rối loạn có giá trị chẩn đoán

- Loét khoét (malperforant) ở lòng bàn chân hoặc bàn tay gặp trong bệnh tabes, hiếm hơn có thể gặp trong bệnh rỗng tủy (syringomyélie).
- Chín mé không đau (panaris analgésique) ở đầu ngón tay, ngón chân gặp trong bệnh rỗng tủy, bệnh hủi (lepra).

3. Rối loạn có giá trị tiên lượng

Trong viêm tủy cấp hoặc vết thương tủy sống, nếu thấy xuất hiện loét điểm tỳ tiến triển nhanh (có khi lòi xương ra ngoài, bị nhiễm khuẩn) thì tiên lượng xấu.

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 thương tổn tế bào thần kinh ngoại vi. Cần phân biệt hai thể chính:

a. Teo cơ do thương tổn tủy sống

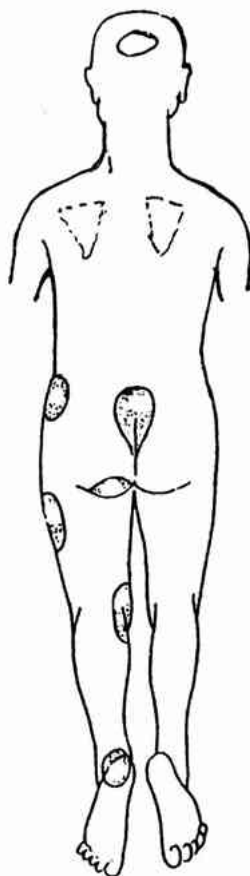
– Chủ yếu do quá trình bệnh lý ở sừng trước tủy sống (ví dụ bệnh viêm tủy xám trước cấp: PAA).

– Teo cơ phối hợp với hội chứng tháp trong bệnh xơ cứng cột bên teo cơ hay bệnh Charcot.

– Teo cơ phối hợp với rối loạn cảm giác: bệnh rong tủy sống (mất cảm giác đau và nhiệt, còn cảm giác xúc giác).

b. Teo cơ do thương tổn 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



Hình 7.1: Các điểm hay bị loét

chọc sống thắt lưng, nếu có thay đổi dịch não tủy thì chắc chắn có thương tổn rễ thần kinh.

2. Teo cơ do bệnh cơ: có những đặc điểm khác so với teo cơ do thần kinh.

Bảng 7.1: Phân biệt 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	- Không có tính chất gia đình
- Teo ở gốc chi hai bên và đối xứng	- Teo ở ngọn chi
- Mất phản xạ cơ	- Không mất phản xạ cơ
- Không rối loạn phản xạ gân xương	- Có rối loạn phản xạ gân xương
- Không rối loạn cảm giác	- Có rối loạn cảm giác
- Không rung thớ cơ	- Rất hay có rung thớ cơ
- Không có phản ứng thoái hóa điện	- Có phản ứng thoái hoá điện
- Các men trong máu tăng	- Bình thường
- Sinh thiết cơ có thay đổi đặc hiệu tùy từng bệnh và có thương tổn tản mạn	- Thay đổi không đặc hiệu, teo cơ đồng đều, thương tổn từng nhóm cơ/
- Điện cơ đồ: giảm dần thế hiệu, nhiễu giao thoa (interference)	- Rung sợi cơ, hình ảnh một đồ thị đơn giản.

C. RỐI LOẠN DINH DƯỠNG Ở XƯƠNG, KHỚP

1. Khớp to và không đau

Gặp trong các bệnh:

- Bệnh tabes (thường ở các khớp chi dưới):
 - Dấu hiệu Abadie (chẩn đoán tabes): mất cảm giác đau khi bóp mạnh gân gót.

- Dấu hiệu Biermacki: 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 (osteoporosis)

Phát hiện loãng thường dựa vào dấu hiệu X quang.

Loãng xương gây nên gãy xương tự nhiên, gặp trong bệnh tabes, rỗng tủy sống.

3. Xương không phát triển gặp trong các bệnh:

- Viêm tủy xám trước cấp (acute anterior polimyelitis)
- Liệt nửa người ở trẻ em do thương tổn ở não.
- Bệnh rỗng tủy sống.

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
- Đẩy nước tiểu ra ngoài (đi tiểu)

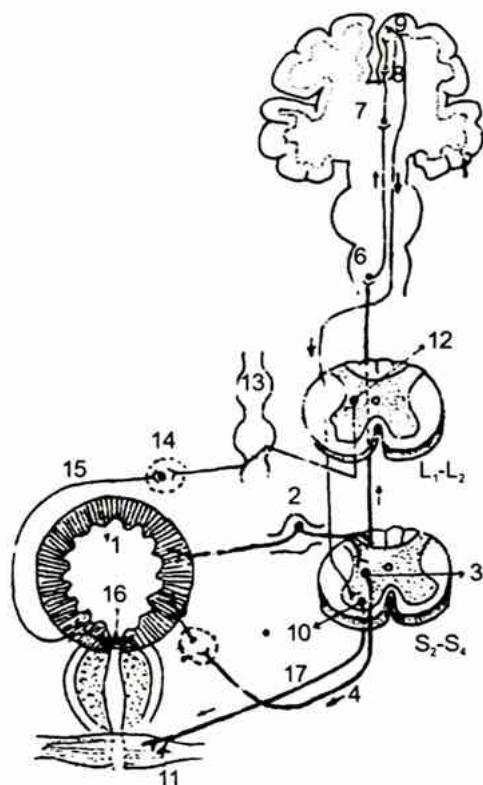
Đi tiểu là do sự co bóp của cơ tổng đẩy (détrusor) phối hợp với sự co giãn cơ thắt trong và ngoài bàng quang cùng với sự tham gia của cơ thành bụng, cơ hoành, cơ thắt lưng chậu. Bí tiểu tiện là do cơ chế ngược lại.

Chức năng tiểu tiện cơ bản là do cung phản xạ cận 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. pelvius) đến các cơ quan cảm thụ bản thể ở bàng quang. Các sợi trục đi theo rễ sau vào tủy sống tiếp xúc với neuron thực vật cận giao cảm ở sừng bên tủy sống $S_2 - S_4$ (3) (trung tâm cận 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.



Hình 8.1: Sơ đồ phân bố thần kinh bàng quang và cơ vòng của nó

- | | |
|-----------------------------|------------------------------|
| 1. Cơ détrusor | 2. Hạch gai |
| 3. Sừng bên | 4. Dây thần kinh chậu |
| 5. Đám rối bàng quang | 6. Nhân Goll |
| 7. Đồi thị | 8. Vùng cảm giác tiểu tiện |
| 9. Tiểu thủy cạnh trung tâm | 10. Neuron vận động ngoại vi |
| 11. Cơ thắt ngoài | 12. Sừng 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 | |

2. Tế bào giao cảm ở sừng bên đoạn tủy L₁ - L₂ (12).

Các sợi của tế bào này đi theo rễ trước dây thần kinh sống L₁-L₂ 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 bàng quang.

3. Tế bào thần kinh cảm giác ở hạch gai S₂ - S₄ (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 bó 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 thụỷ cạnh trung tâm (lobule paracentral) (9) của vỏ não (vùng vận động tiểu tiện). Các sợi trục của các tế bào này theo bó tháp xuống sừng trước tủy sống S₂ - S₄ (10) đi cùng với rễ trước tới cơ thắt ngoài bàng quang (11) điều hoà cơ 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 (S₂ - S₄) và có sự kiểm soát phối hợp của trung khu cao cấp.

II. CÁCH KHÁM

Hỏi bệnh:

– Bí đại, đại dầm dề, có cảm giác mót đại, mót đại không nhận 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 hoà bằng những đường đi qua cột bên tủy sống. Các trung tâm đó được vỏ não hai bên phân bố nên chỉ khi thương tổn cột bên cả hai bên mới có rối loạn tiểu tiện và đại tiện kiểu trung ương. Khi thương tổn 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 nhịn được là mức độ nhẹ của đái dầm cách hồi
- 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 (incontientia vera) hay đái dầm không thể kiềm chế được (incontinence of urine): nước tiểu chảy vào bàng quang đến đâu lại thoát ra từng giọt đến đó, không tích lại trong bàng quang.

- 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.
- Ía không kiềm 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. Thương tổn não nặng: hôn mê

2. Thương tổn 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

Chương IX

KHÁM HỆ THẦN KINH THỰC VẬT VÀ TRIỆU CHỨNG RỐI LOẠN

I. GIẢI PHẪU VÀ SINH LÝ HỆ THẦN KINH THỰC VẬT

1. Giải phẫu

Hệ thần kinh thực vật phân bố cho tim, mạch máu, các tuyến, phủ tạng và các cơ trơn, nó điều hoà 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 (hình 9.1) gồm hai hệ: giao cảm và cận giao cảm (parasympathetic) ở trong trạng thái đối lập lẫn nhau về mặt chức năng.

Cấu tạo hệ thần kinh thực vật (TKTV) gồm ba phần

a. Trung khu thực vật

Các trung khu thực vật nằm ở não và tủy sống (hình 9.2)

– Ở não: có các trung khu thực vật ở vỏ não (chủ yếu ở hồi trán lên), ở các nhân xám trung ương, ở sần não thất IV, ở chất xám quanh cống Sylvius.

– Ở gian não: các nhân của gian não có vai trò rất lớn trong việc điều hoà các quá trình bên trong của cơ thể. Vùng dưới đồi (hypothalamus) (hình 9.4) có nhân cạnh não thất (NPV- nucleus paraventricularis) nhân trên thị (NSO - nucleus supraopticus), các nhân củ xám (NT - nuclei tuberales) nhân núm vú phễu (nucleus mamillo infundibularis).... Ở vách

não thất III có một nhân cạnh giữa (nucleus medianus) và nhân liên hợp (NR- nucleus reuniens). Ở các thể núm vú (CM - corpora mamillaria) có các nhân thể núm vú.

– Trung khu giao cảm: ở sừng bên đoạn tủy từ C₈ đến L₂

Từ C₈ đến D₂: trung khu mi - gai của Budge chi phối giãn đồng tử (các cơ mi) và trung khu tăng nhịp tim.

Từ D₂ đến D₅: trung khu khí - phế

Từ D₆ đến L₂: trung khu nội tạng bụng và chậu hông.

Các trung khu vận mạch, vận lông, tiết mồ hôi cũng nằm trong cột này theo một trật tự khoan dần đoạn.

– Trung khu cận giao cảm

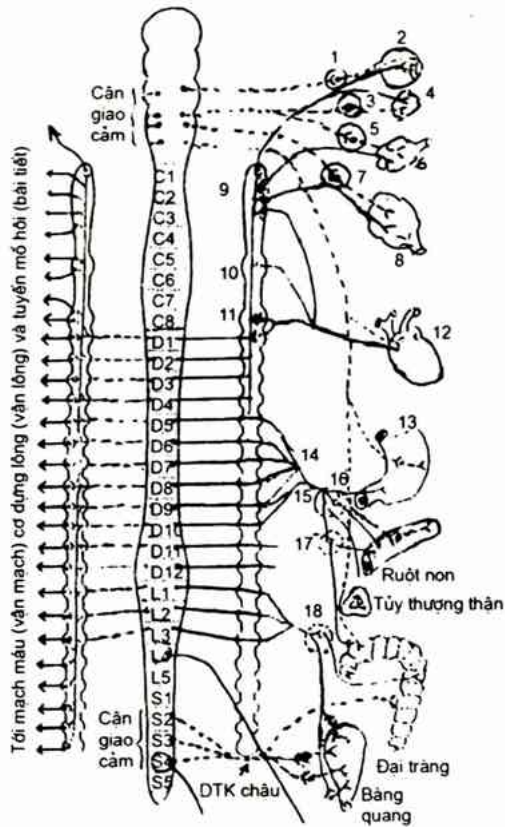
- Ở thân não: ở các nhân thực vật của dây thần kinh (DTK) sọ não: dây III (nhân đồng tử), dây VII (nhân lệ ty), dây VII phụ (nhân bọt trên), dây IX (nhân bọt dưới), dây X (nhân lưng).

- Ở tủy sống: đoạn tủy S₂ - S₄

b. Các hạch giao cảm cạnh sống và hạch ngoại vi

Các hạch gồm ba loại: hạch giao cảm cạnh sống, hạch trước sống (hay hạch trước tạng) và hạch gần tạng (hay hạch nội thành)

Hạch giao cảm, cạnh sống có hai chuỗi hạch ở hai bên cột sống, mỗi chuỗi có 22 hay 23 hạch: 3 hạch cổ (trên, giữa, dưới), 5 hạch ngực trên, 6 hạch ngực cuối, 4-5 hạch thất lưng, 4 hạch cùng và 1 hạch cụt. Hạch cổ dưới kết hợp với hạch lưng thành hạch sao, từ hạch sao xuất phát ra thường giao cảm cổ đi tới các hạch cổ giữa và trên.



Hình 9.1: Sơ đồ giải phẫu hệ TKTV

- | | |
|------------------------------|------------------------------|
| 1. Hạch mi | 2. Mắt |
| 3. Hạch bướm khẩu cái | 4. Tuyến lệ |
| 5. Hạch dưới hàm | 6. Tuyến nước bọt dưới hàm |
| 7. Hạch tai | 8. Tuyến mang tai |
| 9. Hạch cổ trên | 10. Hạch cổ giữa |
| 11. Hạch sao | 12. Tim |
| 13. Dạ dày | 14. DTK tạng lớn |
| 15. DTK tạng bé | 16. Hạch tạng |
| 17. Hạch mạc treo tràng trên | 18. Hạch mạc treo tràng dưới |
| 19. Đám rối bàng quang | |

c. Các đường

– Các đường của hệ giao cảm:

- Các đường chi phối giao cảm khoanh đoạn da (mạch, lông, tuyến mồ hôi) và chi phối giao cảm nội tạng vùng mặt cổ ngực: cơ mi (giãn đồng tử), tuyến nước bọt, tuyến lệ, khí phế quản, tim. Các đường này dừng ở hạch giao cảm cạnh sống.

- Các đường chi phối giao cảm cho các tạng trong bụng và chậu hông đi qua hạch giao cảm cạnh sống (không dừng ở đó), hợp thành DTK tạng lớn và DTK tạng bé rồi đến dừng ở các hạch trước sống, hạch tạng, hạch mạc treo tràng trên, hạch mạc treo tràng dưới.

– Các nhánh thông (hình 9.3)

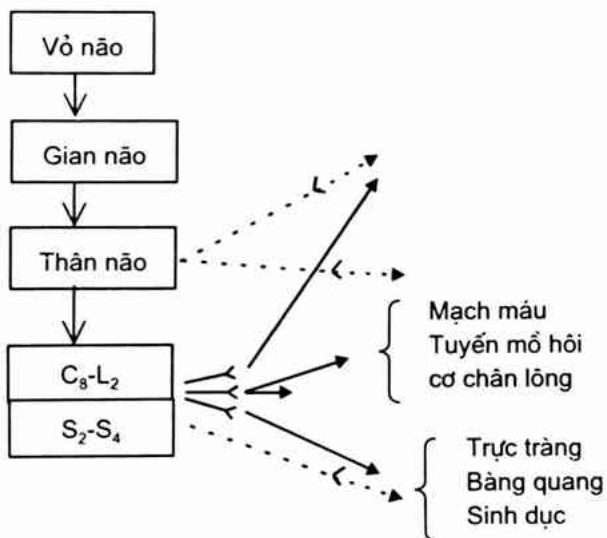
Các nhánh thông trắng nối các rễ trước DTK sống với chuỗi hạch giao cảm cạnh sống. Các nhánh này do các neuron trước hạch (có myelin) tạo nên. Các nhánh thông xám nối chuỗi hạch giao cảm cạnh sống với các DTK sọ não và DTK sống. Các nhánh này do các neuron sau hạch (không có myelin) tạo nên.

– Các đường của hệ cận giao cảm

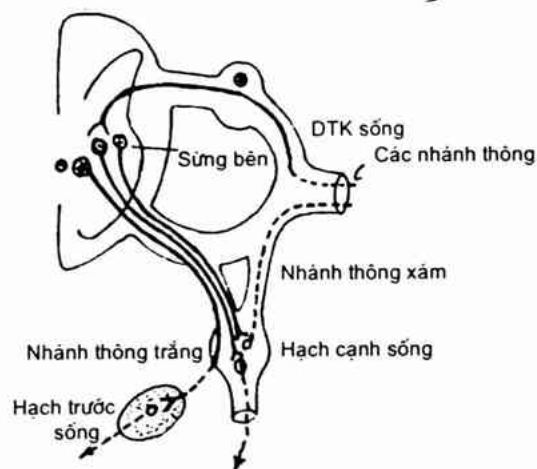
Các đường chi phối cận giao cảm cho các tạng trong chậu hông:

Từ sừng bên tủy S2 - S4, các sợi trước hạch theo rễ trước thần kinh sống cùng và các thần kinh cường dương để đến đám rối hạ vị (hạch hạ vị) tiếp nối với các neuron sau hạch. Sợi sau hạch đến các tạng gần nhất của vùng chậu phục vụ cho đại tiểu tiện, cường dương.

Các đường chi phối cận giao cảm cho các tạng ở cổ, mặt, bụng (hình 9.1): từ các nhân vận tạng của các dây thần kinh sọ não, các sợi trước hạch theo các dây thần kinh sọ tương ứng đến hạch trước tạng để tiếp nối với neuron sau hạch, các sợi sau hạch sẽ đến các tạng:



Hình 9.2: Sơ đồ liên hệ của thần kinh thực vật: - là giao cảm, ... là cận giao cảm



Hình 9.3. Các nhánh thông

Từ nhân đồng tử của dây III, neuron trước hạch đến hạch mi để tiếp nối với neuron sau hạch, các sợi sau hạch đến các sợi vòng của cơ mi (co đồng tử). Thương tổn dây III sẽ gây giãn đồng tử.

Nhân lệ ty của dây VII chi phối tuyến lệ (4) qua trung gian là hạch bướm khẩu cái (3).

Nhân bọt trên của dây VII phụ chi phối tuyến nước bọt dưới hàm và dưới lưỡi (6) qua trung gian là hạch dưới hàm (5)

Nhân bọt dưới của dây IX chi phối tuyến mang ai (8), qua trung gian là hạch tai (7)

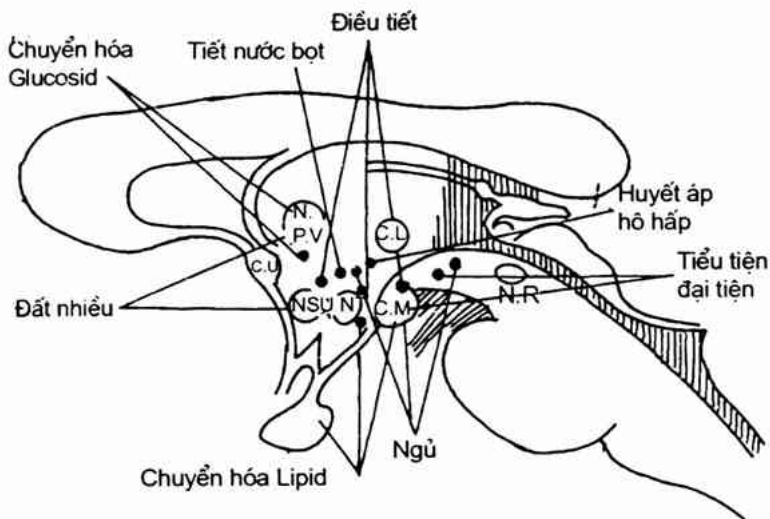
Nhân lưng của dây X (nhân tâm - phế - tràng) chi phối tim, phế quản - phổi, đường tiêu hóa (qua trung gian các hạch tạng (16) hạch mạc treo tràng trên (17) hạch mạc treo tràng dưới (18))

2. Sinh lý hệ thần kinh thực vật

Hệ thần kinh thực vật điều hoà các chức năng đời sống thực vật của cơ thể và điều hoà môi trường bên trong (tuần hoàn, hô hấp, bài tiết v.v...). Nếu xét một cách riêng rẽ thì chức năng của nó đối lập lẫn nhau (xem bảng 9.1) nhưng thực tế lại bổ sung cho nhau để đảm bảo cân bằng hài hoà thường xuyên của các chức năng quan trọng trong đời sống thực vật ở người bình thường.

Vùng dưới đồi (chịu sự điều hoà của vỏ não) là một bộ não thực vật thực sự. Vùng này kiểm soát hai hệ thần kinh giao cảm và cận giao cảm, thống nhất là phối hợp toàn bộ các chức năng thực vật với nhau. Hoạt động điều hoà của vùng dưới đồi được thực hiện theo hai đường: đường trực tiếp xuống thân não và tủy sống và đường qua tuyến yên

đề tới các tuyến nội tiết khác và điều hoà hoạt động của chúng. Mặt khác các hormon do tuyến nội tiết tiết ra kích thích bộ phận thực vật - nội tạng của hệ thần kinh (điều hoà thần kinh thể dịch).



Hình 9.4. Sơ đồ định khu chức năng ở gian não (theo Ruxetxki)

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
 - Mắt đỏ

- Mô 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 tại chỗ hay vẽ da nổi (dermographismus)

– Cách khám: dùng đầu cán búa phản xạ (hoặc mũi kim tù) vạch mạnh lên da.

- Kết quả
 - Bình thường: vẽ da đỏ dọc theo đường vạch
 - Cường cận giao cảm (gây giãn mạch); vẽ da đỏ lan rộng (dải 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 vẽ da trắng.

2. Vẽ da phản xạ (dermographie réflex)

- Cách khám: vạch mũi kim nhọn lên da.
- Kết quả
 - Bình thường sau mấy giây có hiện tượng vẽ da dưới dạng một dải đỏ, đó là hậu quả của sự giãn mạch.

- Vết da phản xạ không có ở những khu vực thương tổn dây thần kinh ngoại vi và rễ sau (các sợi giãn mạch đi qua rễ sau) hoặc ở những khoanh đoạn tương ứng với thương tổn 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 thắt 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 thương tổn cắt ngang tủy sống: nếu kích thích da ở vùng trên thương tổn phản xạ dựng lông lan xuống dưới, nhưng chỉ tới mức những khoanh tủy bị thương tổn (nghĩa là có thể xác định giới hạn trên các thương tổn)

Nếu kích thích da ở vùng thấp hơn, phản xạ dựng lông lan lên trên nhưng chỉ tới mức khoanh tủy bị thương tổn (nghĩa là có thể xác định giới hạn dưới của thương tổn)

Ở tại vùng do những khoanh tủy sống bị thương tổn chi phối không thấy phản xạ dựng lông.

Trong thương tổn thần kinh ngoại vi, phản xạ dựng lông mất ở chỗ thương tổn.

- 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. Tình bột làm iod chuyển màu. Do đó xác định tăng tiết mồ hôi.

5. Phản ứng da tại chỗ đối với các chất hướng giao cảm và hướng cận giao cảm

– Adrenalin: tiêm trong da 0,1 ml (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 nhạt màu ở giữa, xung quanh có màu đỏ nhạt, lúc đầu giải viên đỏ rộng khoảng 2x3cm, 3 phút sau lan rộng, tối đa tới 6x10cm và biến đi trong vòng 15-25 phút. Phản ứng mạnh chứng tỏ cường cận giao cảm.

D. 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 cận giao cảm.

E. CÁC PHẢN XẠ TIM - MẠCH

1. Phản xạ mắt - tim (phản xạ Aschner)

– Cách khám: bệnh nhân nằm nghỉ sau một thời gian ngắn và được đếm mạch.

Người khám lấy tay ấn nhãn 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 nhãn cầu, ấn khá chặt nhưng không gây đau (không nên ấn vào buồng trước nhãn 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.

– Kết quả

- Bình thường: mạch chậm lại 5-10 nhịp trong 1 phút.
- Nếu mạch chậm hơn nữa là cường cận giao cảm.
- Nếu mạch không chậm đi hoặc ngược lại mạch nhanh lên là cường giao cảm.

2. Nghiệm pháp đứng - nằm (nghiệm pháp tư thế)

Gồm 2 nghiệm pháp

– Nghiệm pháp thể đứng

– Cách khám: bệnh nhân nằm, đếm mạch, sau đó chuyển sang thể đứng và đếm mạch trong 1 phút 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.

– Nghiệm pháp 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)

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 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 cận 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).

– 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)

– 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 mạch chủ bụng đập rõ.

– Kết quả: mạch chậm đi và huyết áp giảm. Nếu mạch chậm nhiều và huyết áp giảm nhiều là cường cận giao cảm.

5. Nghiệm pháp Erben

– Cách khám: bệnh nhân ngồi xổm, tới mức chạm cằm vào đầu gối.

– Kết quả: mạch chậm lại 8-12 lần một phút, chậm hơn nữa là cường cận giao cảm.

III. GIÁ TRỊ TRIỆU CHỨNG

1. Chẩn đoán định khu

Khám xét các rối loạn thần kinh thực vật cục bộ, khu vực da (rối loạn mạch máu, dựng lông, tiết mồ hôi v.v...) là phương pháp bổ sung có giá trị để giải quyết.

a. Quá trình bệnh lý ở vỏ não

Vỏ não có vai trò lớn trong việc điều hoà hoạt động của hệ thần kinh thực vật. Do đó khi chức năng của vỏ não bị suy yếu thì hoạt động thần kinh thực vật mất cân đối, điển hình trong bệnh tâm căn suy nhược (F48.0, neurasthenia) có nhiều biểu hiện rối loạn thần kinh thực vật như: chân tay lạnh, mạch nhanh, đau ngực, khó thở, giảm tiết nước bọt, táo bón, di tinh....

Khi kích thích vỏ não ở thùy thái dương gây những cơn rối loạn thần kinh thực vật mạnh.

b. Thương tổn gian não

Thường biểu hiện bằng cơn động kinh gian não:

- Tiền triệu xa (mấy giờ trước hoặc ngày hôm trước): thay đổi khí sắc, dễ kích thích, đau đầu, đôi khi chán ăn hoặc uống nhiều.
- Triệu chứng bắt đầu: lo âu 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 lồi, chảy nước mắt, chảy dãi, khó thở, nhịp tim nhanh, tăng huyết áp động mạch, chóng mặt, ù tai, mệt lử.

– Cuối cơn: vã mồ hôi, bí đái hoặc đái dắt, mót đại tiện, đôi khi ỉa chảy, chán ăn hoặc ăn nhiều, ngủ nhiều

– Thời gian mỗi cơn: khoảng 20 phút.

c. Thương tổn các nhân dây thần kinh thực vật

– Thương tổn dây X gây những rối loạn nghiêm trọng về tim mạch, hô hấp.

– Thương tổn nhân thực vật dây III gây giãn đồng tử.

– Thương tổn nhân thực vật dây VII phụ gây giảm tiết nước mắt và nước bọt.

d. Thương tổn 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 (hyperpathia), hoặc kiểu đau cháy, rối loạn tiết mồ hôi, dựng lông, rối loạn mạch máu và dinh dưỡng da, có thể xuất hiện cơn đau và co thắt các nội tạng.

Thương tổn hạch giao cảm cổ trên có hội chứng Claude - Bernard - Herner: co đồng tử, hẹp khe mi, lờ mờ mắt (enophthalmus). Thương tổn giao cảm cổ dưới (thường hay phối hợp với hạch ngực trên gọi là hạch sao): biểu hiện bằng các rối loạn hoạt động tim.

e. Thương tổn tế bào thần kinh thực vật ở sừng bên tủy sống

Thương tổn tế bào thần kinh giao cảm ở sừng bên tủy sống vùng lưng và thắt lưng gây những rối loạn về dinh dưỡng vận mạch và bài tiết theo kiểu khoanh đoạn. Thương tổn các tế bào thần kinh cận giao cảm ở vùng tủy cùng S2 - S4, gây nên rối loạn cơ vòng và rối loạn sinh dục: đái dầm liên tục, đại tiện không chủ động, liệt dương.

g. Thương tổn 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.

Thương tổn hạch giao cảm cổ trên có hội chứng Claude Bernard - Horner: co đồng tử, hẹp khe mi, mắt lồm (énophtalmie). Trái lại hạch giao cảm bị kích thích sẽ có hội chứng Poufour du petit: mắt lồi, rộng khe mi, giãn đồng tử.

Thương tổn 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.

Thương tổn hạch giao cảm ngực dưới kết hợp với hạch giao cảm thắt lưng trên: rối loạn cảm giác ở vị trí kiểu quần một ống.

Thương tổn các hạch giao cảm cạnh sống khác gây rối loạn ở khu vực nó chi phối: đau chảy (causalgie), rối loạn vận mạch và dinh dưỡng da, rối loạn tiết mồ hôi, đau và co thắt các nội tạng.

h. Thương tổn 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 thương tổn thường có triệu chứng đau cháy (causalgie), liệt và co cứng phản xạ.

i. 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

Xác định khả năng hưng phấn của thần kinh giao cảm và cận giao cảm. Căn cứ vào tác dụng của chúng (bảng 9.1)

Bảng 9.1: Tác dụng của thần kinh giao cảm và cận giao cảm

Cơ quan	TK giao cảm	TK cận giao cảm
Mắt	Giãn đồng tử, lõi mắt, rộng khe mi	Co đồng tử, thực nhãn cầu, hẹp khe mi
Tim	Nhịp tim nhanh, tăng huyết áp	Nhịp tim chậm, giảm huyết áp
Phế quản	Giãn, giảm tiết miễn dịch	Co, tăng tiết niêm dịch
Thực quản, dạ dày, ruột	Giảm nhu động, giảm tiết dịch	Tăng nhu động, tăng tiết dịch
Da	Co mạch, tái nhợt, nổi da gà, vã mồ hôi	Giãn mạch, đỏ bừng, vã mồ hôi
Thuốc gây hưng phấn	Ephedrin, Adrenalin, cocain	Pilocacpin, Eserin, Acetylcholin, Kali, DEP, Morphin
Thuốc gây ức chế	Chloralhydrate Brom	Atropin, Homatropin, Scopolamin.

3. Chẩn đoán sớm

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 thương tổn vỏ não, gian não hoặc tủy sống.

4. Xác định vùng da phản chiếu

Xác định biến đổi thần kinh thực vật ở những vùng "da phản chiếu" (các vùng Zakharin - Head) gặp trong bệnh của cơ quan nội tạng.

5. Xác định tính không bền vững khả năng tăng hưng phấn

Sự xác định tính không bền vững khả năng tăng hưng phấn của hệ thần kinh thực vật có tầm quan trọng trong việc đánh giá kết quả các trạng thái loạn thần kinh cũng như việc tuyển lựa đặc biệt một số nghề nghiệp.

IV. MỘT SỐ BỆNH CẢNH LÂM SÀNG

1. Triệu chứng rối loạn thần kinh thực vật

Rối loạn TKTV thường có một số biểu hiện như rối loạn bài tiết mồ hôi, huyết áp không ổn định, rối loạn nhịp mạch, khó thở, rối loạn chức năng bàng quang, ruột, sinh dục v.v.... Các biểu hiện đó xảy ra dai dẳng hoặc thành cơn và nhiều khi liên quan đến tình trạng cảm xúc.

Rối loạn TKTV có thể do thương tổn hệ thần kinh trung ương (bệnh Parkinson, bệnh Huntington, tabét) hoặc ngoại vi (hội chứng Guillain Barré), có thể toàn bộ, cục bộ hay khoan đoán. Nếu không có điều kiện xác định cụ thể nguyên nhân thì phải dừng ở chẩn đoán là rối loạn TKTV.

2. Động kinh gian não

3. Chứng đau cháy (causalgia)

Cảm giác đau kiểu rất bỏng nhức nhối kèm theo rối loạn dinh dưỡng ở móng, da mỏng và bóng, mất tuyến mồ hôi và nang lông. Dây thần kinh giữa và dây thần kinh hông to có nhiều sợi thần kinh giao cảm đi kèm, khi các dây này bị kích thích thường có triệu chứng đau cháy.

4. Hội chứng giao cảm - mắt

– Hội chứng Claude - Bernard - Horner (hội chứng liệt giao cảm - mắt): co đồng tử, hẹp khe mi, mắt lồi, kèm theo liệt vận mạch ở đầu và vùng cổ cùng bên, nửa mặt cùng bên không có hoặc có rất ít mồ hôi, phản xạ vận lông rõ rệt khi kích thích da ở cổ và khu vực của dây V.

– Hội chứng Pourfour du Petit (hội chứng kích thích giao cảm - mắt): giãn đồng tử, rộng khe mi, mắt lồi.

Hội chứng liệt hoặc kích thích giao cảm - mắt đứng riêng biệt thường hiếm gặp và thường lẫn trong bệnh cảnh lâm sàng phức tạp.

5. Bệnh Raynaud (còn được gọi là hội chứng raynaud)

Thường gặp ở phụ nữ trẻ tuổi do rối loạn vận mạch ngoại vi.

Biểu hiện lâm sàng: có thể thấy ở ngón tay hai bên (ít khi ở chân) hoặc ở vành tai, đầu mũi. Ngón tay bị tê buồn, da lạnh rồi dần dần tím lại, mất cảm giác hoặc đau nhói, nhúng tay vào nước nóng đỡ đau. Cơ đau có thể kéo dài vài phút tới vài giờ.

Tiến triển có thể khỏi hoặc tiến tới hoại thư đầu chi.

Bệnh được coi là tự phát nhưng chắc chắn có liên quan mật thiết đến sự co các động mạch và tiểu động mạch ở hai bên cơ thể.

6. Đau đỏ ngón chi (erythromelalgia)

Đau ngón chi kèm theo ban đỏ da (đôi khi màu tím, ấn mất đi, bỏ ra xuất hiện lại ngay, sờ thấy mạch đập, tay không lạnh, đôi khi thấy nóng do giãn mạch ở da.

7. Bệnh xơ cứng bì

Bệnh xơ cứng bì: (sclerodermie, sclérodème, arcosclérose) hay xảy ra ở nữ giới từ 20-40 tuổi.

Bệnh do rối loạn vận mạch và dinh dưỡng da: phù nề dưới da rồi dần dần da cứng, teo da, mất sắc tố, xơ cứng da ở đầu chi và lan toả toàn thân, tiếp theo là thương tổn ở nội tạng, ở ống tiêu hóa (co thắt thực quản, ợ nóng, khó nuốt do thực quản bị cứng, kém hấp thu, bán tắc ruột), ở phổi (khó thở, giảm chức năng hô hấp do lồng ngực cứng), ở thận (suy thận, protein niệu, thiếu máu, tăng huyết áp), ở tim (nhịp tim nhanh, ngoại tâm thu, suy tim), có thể biểu hiện ở gan, tụy, xương (mất chất vôi, dễ gãy). Bệnh kéo dài, có khi nặng dần dần đến tử vong.

8. Phù Quincke (còn được gọi là phù mạch, phù mạch - thần kinh, mề đay khổng lồ, bệnh Bannister

- Thường gặp ở nữ giới trẻ hoặc do phản ứng kiểu dị ứng đối với thức ăn hoặc thuốc.
- Bệnh có thể xảy ra sau một kích thích tâm lý cảm xúc.
- Các cơn phù cấp tính khu trú ở môi, mặt, quanh mắt, cánh tay kèm theo cảm giác khó chịu, rét và sốt nhẹ. Cơn kéo dài không quá vài giờ, có thể tái phát nhiều lần.

9. Teo cơ nửa mặt tiến triển (bệnh pary - Romberg)

- Là một bệnh tiến triển, hiếm gặp.
- Khởi phát bệnh ở trẻ em, đôi khi ngay từ sơ sinh, khoảng 75% trường hợp khởi phát trước 20 tuổi.
- Khoảng 25% trường hợp có tiền sử chấn thương ở mặt.
- Đặc điểm lâm sàng

+ Teo cơ nửa mặt tiến triển từ từ (teo cả tổ chức dưới da, mỡ, cơ và đôi khi cả sụn lẫn xương), khởi đầu là thương tổn tổ chức dưới da khu vực xương hàm hoặc góc trên của rãnh mũi - má và cũng thường thấy rối loạn sắc tố ở đó. Tóc và da mặt bên bị teo cũng bị rối loạn sắc tố. Đôi khi kèm theo đau nửa mặt cùng bên.

+ Có thể có các triệu chứng của não như các cơn động kinh toàn bộ hoặc cục bộ, các dấu hiệu thương tổn bó tháp kín đáo, chậm phát triển trí tuệ.

- X quang thường có thể thấy thưa xương nửa mặt bên bị teo cơ. CT.scan bình thường hoặc có hình ảnh teo não cùng bên nửa mặt bị teo hoặc đối bên hoặc lan toả.

- Giải phẫu bệnh lý không phát hiện được gì đặc biệt.

10. Hội chứng Morgani - Morell

- Gặp ở phụ nữ thời kỳ mãn kinh do co thắt mạch máu ngoại vi nhất là ở cẳng chân và bàn chân.

- Biểu hiện lâm sàng: đau ở cẳng chân, lạnh và có khi loét hoại tử ở cẳng chân, thường kèm theo tăng huyết áp, thiếu máu và những rối loạn TKTV, nội tiết khác.

11. Bệnh Hirschpreng

- Phi đại và giãn rộng đại tràng kèm theo táo bón dai dẳng.

- Thành đại tràng thường không có hoặc có rất ít hạch cận giao cảm bẩm sinh nhưng lại có những sợi tơ thần kinh bất thường.

12. Hội chứng Riley - Day

- Gặp ở trẻ em và nhũ nhi
- Bệnh di truyền kiểu autosome lặn
- Triệu chứng chủ yếu là hạ huyết áp tư thế và huyết áp không ổn định, rối loạn điều hoà nhiệt, ra nhiều mồ hôi, mất cảm giác đau, da có nhiều điểm sùng tấy, giảm thính lực, nôn và cảm xúc không ổn định, suy giảm neuron ở hạch giao cảm cổ và sừng bên tủy sống.

13. Hội chứng suy hệ thần kinh thực vật thuần túy.

Còn được gọi là thiếu năng thực vật sau hạch mạn tính hoặc hội chứng hạ huyết áp tư thế tự phát để phân biệt với hội chứng hạ huyết áp thứ phát trong nhiều bệnh thần kinh ngoại vi (do đái tháo đường, do rượu và dinh dưỡng hoặc hội chứng Guillain Barré...)

Hội chứng này được Bradbury và Eggleston mô tả năm 1925 bao gồm các triệu chứng: hạ huyết áp tư thế, rối loạn bàng quang, rối loạn tiết mồ hôi và liệt dương. Chẩn đoán giai đoạn đầu thường khó vì có thể chỉ thấy hạ huyết áp tư thế.

Nguyên nhân: thường không rõ, không có tính di truyền và cũng không kèm bệnh thần kinh ngoại vi, người ta cho là do mật độ neuron bị giảm ở các hạch giao cảm.

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:
 - Thương tổn neuron vận động trung ương (và đồng thời cũng là những vận động phục hồi muộn nhất).
 - Thương tổn nhân xám dưới vỏ: các cử động tinh vi của ngón tay bị chậm và nghèo nàn do giảm động.
 - Thương tổn 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 thương tổn 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 thấp đèn khi có bao diêm để bên cạnh, thắt nút một sợi dây....
- Mặc quần áo: yêu cầu bệnh nhân mặc quần áo.
- 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 bắt chước 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, băm xương...
 - Yêu cầu bệnh nhân bắt chước động tác người khám: cầm bút, gờ tay cầm cuốn 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 idéatoie): 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 sổ 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...

– Mất thực dụng thường kết hợp với mất nhận thức (agnosie) hoặc loạn phối hợp từ (dysphasie)

b. Định khu thương tổn gây mất thực dụng động tác.

Do thương tổn thùy đỉnh, thê trai, thùy trán (xem Hồ Hữu Lương (2006). Chẩn đoán định khu thương tổn hệ thần kinh, NXB Y học).

III. QUY TRÌNH KHÁM CHỨC NĂNG NGÔN NGỮ CỦA HỒ HỮU LƯƠNG 1974 (Bảng 10.1 và bảng 10.2)

Trong thời gian nghiên cứu rối loạn ngôn ngữ của các thương binh vết thương sọ não ở Đoàn điều dưỡng Nam Hà

cùng với tiến sĩ ngôn ngữ học Nguyễn Hàm Dương, Hồ Hữu Lương (1974) đã đề xuất quy trình khám chức năng ngôn ngữ (bảng 10.1) đồng thời đánh giá chức năng ngôn ngữ theo thang điểm 10 và 5 mức độ mất ngôn ngữ tương ứng (bảng 10.2). Mỗi triệu chứng hoặc nhiệm vụ trong bảng 10.1 đều được tính thành điểm theo cách cho điểm của bảng 10.2 và được ghi vào ô trống.

Trước khi khám chức năng ngôn ngữ, cần phải biết ngôn ngữ mẹ đẻ, khả năng đọc, viết, trình độ học vấn và xác định bán cầu ưu thế.

A. XÁC ĐỊNH BÁN CẦU ƯU THẾ

Trung khu ngôn ngữ ở bán cầu ưu thế, 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. Test mắt trội cuộn tờ giấy lại và đưa cho bệnh nhân nhìn qua đó như một ống nhòm. Phần nhiều bệnh nhân đưa ống nhòm giả đó lên mắt trội. Test mắt trội này không có giá trị nếu thị lực hai mắt chênh lệch rõ rệt.

Theo nhận xét của Hồ Hữu Lương, ở trẻ em thuận tay trái, ngoài những biểu hiện cầm thìa, cầm đũa tay trái khi ăn và cầm đồ chơi bằng tay trái còn có thể có những biểu hiện sau:

1. Nói ngược vị trí chủ ngữ:

Ví dụ: Nhà ông Hiệp có con chó Nhật thì lại nói "Nhà ông Nhật có con chó Hiệp".

Bà xích cổ con chó thì lại nói "con chó xích cổ bà"

2. Đường kẻ ngược

Khi bảo kẻ một đoạn thẳng thì kẻ ngược từ phải sang trái.

3. Viết ngược

Khi bảo viết số 7 thì viết số 7 ngược (Γ) khi bảo viết chữ C thì viết chữ C ngược (c)

B. 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 tỷ mỉ các câu trả lời hoặc các thể hiện đáp ứng khác của bệnh nhân.

1. Khám chức năng ngôn ngữ vận động

1.1. Nói tự nhiên: bệnh nhân tự kể về bản thân và gia đình.

1.2. Nói nhắc lại

– 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:
Đèn, lò.
Đèn, lò, trắng.
Đèn, lò, trắng, khóa.
Tre, vôi, gà, than

1.3. Nói tự động

- Đếm từ 1 đến 10 và ngược lại
- Đếm các mùa trong năm xuôi và ngược.
- Kế tiếp một câu cách ngôn:
"Gần mực thì đen, gần đèn thì..."

1.4. Ngôn ngữ phản chiếu: yêu cầu bệnh nhân nhắc lại quay một số từ, hay một câu của người khám.

- "Việt Nam" Việt Nam hoà bình thống nhất"
- "Mũ, giường, gương, trắng", "tôi đọc báo"

1.5. Tính toán

(Xem bảng 10.1)

2. Khám chức năng ngôn ngữ giác quan

2.1. Khả năng hiểu từ (hiểu từ)

- Khả năng hiểu từ quen thuộc: yêu cầu bệnh nhân chỉ tay vào mũi, tai, cúc áo.

- Khả năng hiểu từ đồng nghĩa: yêu cầu bệnh nhân tìm từ đồng nghĩa với từ "cha"
- Khả năng hiểu từ đồng âm: yêu cầu bệnh nhân tìm từ đồng âm với từ "đường: (đường trong nước đường với đường trong đường đi).
- Khả năng hiểu từ đa nghĩa: hỏi bệnh nhân "quả chưa chín" còn gọi là quả gì? "Tuổi trẻ" còn gọi là tuổi gì?"
- Khả năng hiểu từ trái nghĩa: yêu cầu bệnh nhân tìm từ trái nghĩa với từ phải, đúng, trên, trắng...

2.2. Khả năng hiểu câu (hiểu câu):

- Khả năng hiểu câu đơn giản (yêu cầu bệnh nhân trả lời câu hỏi):
 - Tên anh là gì?
 - Quê ở đâu?
 - Bao nhiêu tuổi?
 - Nghề màu gì?
 - Vôi 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 cuốn 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".

2.3. Khả năng hiểu các cấu trúc ngữ pháp phức tạp

2.3.1. 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 cuốn sách, để cuốn sách vào trong cặp, để cặp vào ngăn kéo.

2.3.2. Khả năng hiểu quan hệ thời gian:

- Yêu cầu bệnh nhân đứng dậy sau khi cài bút vào túi áo.

- Hỏi bệnh nhân: ngày nào sau hôm nay (có phải ngày mai không?)

2.3.3. 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?

2.3.4. Thực hiện các mệnh lệnh:

(Đặt trước mắt bệnh nhân một cái bút, một cái chìa khoá và một cái lược).

- Mệnh lệnh 1: dùng bút chỉ chìa khoá rồi chỉ lược.
 - Mệnh lệnh 2: chỉ chìa khoá bằng bút, chỉ bút bằng lược.
 - Mệnh lệnh 3: chỉ bút bằng lược, chỉ chìa khoá 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

2.4. Khám sự hiểu ngôn ngữ trần thuật:

2.4.1. Đưa một bức tranh đơn giản, yêu cầu bệnh nhân kể lại nội dung

2.4.2. Kể một chuyện ngắn, sau đó yêu cầu bệnh nhân kể lại (qua đó phát hiện chứng nói loạn).

3. Khám ngôn ngữ định danh

3.1. **Yêu cầu bệnh nhân** gọi tên các đồ vật trước mặt: cốc áo, giường, chiếu, chăn, màn, khăn mặt, bát, đũa, bút máy....

3.2. **Thấy thuốc** gọi tên các đồ vật rồi yêu cầu bệnh nhân chỉ vào vật đó

3.3. **Yêu cầu bệnh nhân** gọi tên các đồ vật qua mô tả thuộc tính, công dụng của nó:

3.3.1. 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?

3.3.2. Gọi tên các động tác tượng trưng của người khám như:

Chải tóc, viết, đóng đinh, hút thuốc, rót nước, đánh răng, bầm xương, thái thịt, bắn súng.

4. Khám ngôn ngữ viết

4.1. Chép lại: a,b,c,p,v, bệnh nhân

A,B,C,P, V, bệnh viện

4.2. 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...)

4.3. Tự viết

Bệnh nhân tự viết: họ tên, tuổi, quê quán, viết tên các đồ vật hiện có trước mặt.

4.4. Viết tượng trưng:

Bệnh nhân viết tên mình trong không khí.

4.5. Khám khả năng vẽ

4.5.1. 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.

4.5.2. Vẽ lại

Đưa một hình đơn giản, yêu cầu bệnh nhân vẽ lại

5. Khám ngôn ngữ 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, bô, 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.

6. Khám ngôn ngữ động tác (xem bảng 10.1)

Bảng 10.1: Quy trình khám chức năng ngôn ngữ của Hồ Hữu Lương (1974)

A. Xác định bán cầu ưu thế	<input type="checkbox"/>
BN thuận tay nào?	()
Cầm bút viết tay nào	()
Cắt bánh bằng tay nào?	()
Dùng chân nào đá bóng?	()
Test mắt trội (bên nào)?	()
B. Khám chức năng ngôn ngữ	
1. Khám ngôn ngữ vận động	<input type="checkbox"/>
1.1. Nói tự nhiên (BN tự kể họ tên, tuổi, quê quán)	<input type="checkbox"/>
1.2. Nói nhắc lại	<input type="checkbox"/>

1.2.1. Âm vị, từ gần giống nhau: b-p, d-t, r-s,
tất - đất, phở - vở. ()

1.2.2. Từ có quan hệ ngữ nghĩa ()

"nồi đồng nấu ốc, nồi đất nấu ếch"

1.2.3. Từ không liên quan ngữ nghĩa ()

(đèn, lò; tre, vôi, gà, than; đèn, lò, trắng, khoá)

1.3. Nói tự động

1.3.1. Đếm từ 1 đến 10 và ngược lại ()

1.3.2. Đếm các mùa trong năm xuôi và ngược ()

1.3.3. Kể tiếp: "Gần mực thì đen, gần đèn thì..." ()

1.4. Ngôn ngữ phản chiếu
(nhắc lại ngay: "mũ, giường, gương trắng", "tôi đọc báo")

1.5. Tính toán

1.5.1. Ghi và đọc số từ 1 đến 10 ()

1.5.2. Ghi và đọc những số 20, 100, 623, 705, 2017 ()

1.5.3. Cộng trừ nhân chia đơn giản:
1+2, 8-3; 5x5; 20: 2 ()

1.5.4. Trừ 100-5 liên tiếp ()

1.5.5. So sánh các số: 17-71, 15-51, IV - VI,
IX - XI số nào lớn ()

2. Khám ngôn ngữ giác quan

2.1. Hiểu từ

2.1.1. Hiểu từ quen thuộc:
yêu cầu chỉ tay vào mũi, tai, tóc ()

2.1.2. Hiểu từ đồng nghĩa:
tìm từ đồng nghĩa với từ cha ()

2.1.3. Hiểu từ đồng nghĩa ()

(yêu cầu tìm từ đồng âm với từ "đường")

- 2.1.4. Hiểu từ đa nghĩa ()
(quả chưa chín còn gọi là quả gì? tuổi trẻ còn gọi là tuổi gì?)
- 2.1.5. Hiểu từ trái nghĩa:
tìm từ trái nghĩa với phải, đúng, trắng ()
- 2.2. Hiểu câu
- 2.2.1. Hiểu câu đơn giản và trả lời:
nghệ màu gì? với màu gì? ()
- 2.2.2. Hiểu và thực hiện câu đơn giản ()
(cắm lược chải tóc, cài bút vào túi, cho kính vào bao)
- 2.2.3. Hiểu và thực hiện câu phức tạp
có 2-3 hành động liên tiếp ()
- 2.2.3.1. Chạm ngón tay cái vào mũi rồi cúi đầu xuống
- 2.2.3.2. Gấp quyển sách lại rồi để lên bàn
và cài bút vào túi
- 2.2.4. Hiểu sự diễn tả bóng bẩy ()
(Yêu cầu giải thích: "khéo tay", "ăn khoẻ như voi")
- 2.3. Hiểu các cấu trúc ngữ pháp phức tạp
- 2.3.1. Hiểu quan hệ không gian ()
(Yêu cầu để thước kẻ ở giữa, bút chì ở bên phải, bút mực ở bên trái)
- 2.3.2. Hiểu quan hệ thời gian ()
(Yêu cầu bệnh nhân đứng dậy sau khi cài bút vào túi áo)
- 2.3.3. Hiểu mối quan hệ lời nói ()
(Hỏi bệnh nhân "em bố gọi là gì" bố chồng của em đâu gọi là gì)
- 2.3.4. Thực hiện các mệnh lệnh ()
- 2.3.4.1. Mệnh lệnh 1:
dùng bút chì chia khoá rồi chỉ lược
- 2.3.4.2. Mệnh lệnh 2:
chỉ chìa khoá bằng bút, chỉ bút bằng lược.

- 2.3.4.3. Mệnh lệnh 3:
chỉ bút bằng lược, chỉ chia khoá bằng bút
- 2.3.5. Khả năng phân tích và tổng hợp lời nói
- 2.3.5.1. Ghép chữ cái thành từ: c+a, c+a+m
- 2.3.5.2. Điền vào chỗ trống: tôi... cơm, tôi.... kịch
- 2.4. Hiểu ngôn ngữ trần thuật
- 2.4.1. Đưa một bức tranh đơn giản,
yêu cầu bệnh nhân kể lại nội dung
- 2.4.2. Kể một chuyện ngắn,
sau đó yêu cầu bệnh nhân kể lại
- 3. Khám ngôn ngữ định danh**
- 3.1. Bệnh nhân gọi tên đồ vật trước mặt:
cúc áo, giường, chiếu bút máy...
- 3.2. Thấy thuốc gọi tên các đồ vật,
yêu cầu bệnh nhân chỉ vào vật đó
- 3.3. Bệnh nhân gọi tên đồ vật
qua mô tả thuộc tính, công dụng của nó
- 3.3.1. Đồ dùng chải tóc gọi là gì?
đồ dùng để chỉ thời gian gọi là gì?
- 3.3.2. Gọi tên các động tác tượng trưng
của người khám (chải tóc, viết, đóng đinh)
- 4. Khám ngôn ngữ viết**
- 4.1. Chép lại: a,b,c,p,v, bệnh viện; A,B,C,P,V
- 4.2. Viết chính tả
- 4.2.1. Đọc cho BN viết các chữ cái (a,m,n,p,q)
- 4.2.2. Đọc cho BN viết các chữ số (1,2,3,4,5...)
- 4.2.3. Câu đơn giản (tôi đi chợ, tôi ăn cơm)
- 4.3. Tự viết: viết tên các đồ vật trước mặt

4.4. Viết tượng trưng

(BN viết tên mình trong không khí)

4.5. Khám khả năng vẽ

4.5.1. Tự vẽ

4.5.1.1. Yêu cầu vẽ một hình vuông,
hình tròn, hình chữ nhật



4.5.1.2. Vẽ một cái nhà mỗi bên có một cây rau



4.5.2. Vẽ lại: đưa một hình đơn giản, yêu cầu vẽ lại

5. Khám ngôn ngữ đọc

5.1. Đọc xuôi rồi đọc ngược bằng sau

a b c d m n p

Ba, bi, bô, bộ, bi ba, quanh co, khúc khuỷu

5.2. Đọc thầm và viết trả lời câu hỏi đã ghi sẵn (quê ở đâu?
bao nhiêu tuổi? Gấp tờ giấy lại rồi cài bút vào túi.

6. Khám ngôn ngữ động tác

6.1. Yêu cầu biểu hiện nét mặt khi giận dữ

6.2. Yêu cầu biểu hiện nét mặt khi đồng ý

6.3. Yêu cầu biểu hiện nét mặt khi không đồng ý

Ghi chú bảng 10.1: Ô trống mục A để ghi P (phải) hoặc T (trái). Ô trống thuộc mục B để ghi điểm. Điểm của ô Bảng điểm trung bình của các ô trong mục đó. Điểm của ô bằng điểm trung bình của các ô (). Điểm của ô () bằng điểm trung bình của các ô tròn trong mục đó.

Bảng 10.2: Đánh giá chức năng ngôn ngữ (CNNN) theo thang điểm 10 và 5 mức độ mất ngôn ngữ (MNN) của Hồ Hữu Lương (1974)

Điểm CNNN 5 độ MNN	Hoàn thành nhiệm vụ
9-10 điểm Bình thường	Hoàn thành đầy đủ, chính xác (thực hiện được 9-10/10 nhiệm vụ)
7-8 điểm MNN nhẹ (MNN độ 1)	Hoàn thành đầy đủ, sai ít (thực hiện được 7-8/10 nhiệm vụ)
5-6 điểm MNN vừa (MNN độ 2)	Hoàn thành đầy đủ, sai nhiều (thực hiện được 3-4/10 nhiệm vụ)
3-4 điểm MNN nặng (MNN độ 3)	Hoàn thành không đầy đủ (thực hiện được 3-4/10 nhiệm vụ)
1-2 điểm MNN rất nặng (MNN độ 4)	Thực hiện được rất ít (chỉ được 1-2/10 nhiệm vụ)
0 điểm MNN hoàn toàn (MNN độ 5)	Không thực hiện được nhiệm vụ

C. ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ KHÁM NGÔN NGỮ

(Bảng 10.3)

1. Xác định bán cầu ưu thế

Bán cầu ưu thế là bán cầu bên đối diện với tay (chân và mắt) thuận

2. Xác định bệnh nhân có các biểu hiện sau hay không

a. *Loạn phối hợp từ (dysphasia)*

b. *Loạn vận ngôn (dysarthria)*

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 loạn vận ngôn

- Nguyên nhân tại môi, lưỡi, răng, miệng:

Răng giả không khớp thường gây ra nói líu các phụ âm

Vòm miệng sứt 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 gằn như nói lắp

- Thương tổn tiểu não: nói "rần tiếng"
- Bệnh nhược cơ: đặc điểm là nếu bệnh nhân tiếp tục nói thì rối loạn phát âm ngày càng nặng thêm.

c. *Khó phát âm (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 khó phát âm.

- Do rối loạn chức năng của dây thanh âm hoặc do rối loạn chức năng hô hấp làm cho luồng không khí tống ra

không thích hợp. Có thể là dây thanh âm lẫn cơ hô hấp đều bị thương tổn.

- Do thương tổn 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: khó phát âm có khuynh hướng thay đổi

d. 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 (verbigeration): 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 thoạt nghe có thể tưởng là nói lắp.

- Nói chậm quá (bradylalia):

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 hưng cảm nhẹ (hypomania)

- Lắp lờ nói (echolalia)

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 thương tổn rộng ở vỏ não.

- Nói lặp âm cuối (palilalia)

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.

- Lặng thính (mutism)

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.

3. Mất ngôn ngữ (aphasia)

3.1. Các loại mất ngôn ngữ

Chúng tôi chia ra mất ngôn ngữ Broca, mất ngôn ngữ Wernicke, mất ngôn ngữ đơn độc, mất ngôn ngữ toàn bộ.

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.

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 chỉ nói được một vài kiểu định hình.

- Nói nhắc lại bị rối loạn 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 (alexia): 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 thương tổn: mất ngôn ngữ vận động do thương tổn ở vùng sau của hồi 3 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:

- Ngôn ngữ nói:

- Ngôn ngữ nói: ngược lại với rối loạn ngôn ngữ Broca, ở đây bệnh nhân nói lưu loát, trôi chảy, rất tự nhiên nhưng dùng từ và cú pháp (syntaxe) không thích hợp, từ đó dẫn

đến chúng nói loạn (paraphasia) bịa tiếng (Jargonaphasia), nói nhiều (logorrhea)

- Rối loạn rất nhiều về hiểu ngôn ngữ nói: điếc lời (verbal surdity): 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 (agraphia)

- Mù đọc (alexia)

- 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: psychical surdity)

- Thân kinh: bại nửa người tạm thời, bán manh đồng danh bên phải, mất khả năng tính toán.

- Định khu thương tổn: mất ngôn ngữ Wernicke do thương tổn hồi trên viền, hồi góc (angular gyrus) 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 thương tổn 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.

- Thương tổn 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 (agraphia): mất khả năng viết do thương tổn phần sau của hồi trán 2 (diện 8 và 9)

Bảng 10.3: Đánh giá kết quả khám ngôn ngữ

1. Xác định bán cầu ưu thế (bán cầu đối diện với tay chân và mắt thuận)

2. Xác định xem bệnh nhân có các biểu hiện sau hay không

2.1. Loạn phối hợp từ (dysphasia)

2.2. Loạn vận ngôn (dysarthria)

2.3. Khó phát âm (dysphonia)

3. Đánh giá chức năng ngôn ngữ và 5 mức độ mất ngôn ngữ

Trên cơ sở khám chức năng ngôn ngữ (bảng 10.1), cho điểm hoàn thành từng nhiệm vụ của các chức năng đó (theo thang điểm 10 và 5 mức độ mất ngôn ngữ, bảng 10.2). Bệnh nhân đạt 9 hoặc 10 điểm: không bị mất ngôn ngữ, đạt từ 8 điểm trở xuống: mất ngôn ngữ.

Điểm của mỗi loại mất ngôn ngữ là điểm trung bình của các triệu chứng mất ngôn ngữ trong loại đó.

Điểm của mỗi triệu chứng mất ngôn ngữ là điểm trung bình của các nhiệm vụ thuộc triệu chứng đó

IV. CHỈ SỐ TRÍ TUỆ

Nhiều tác giả đã sử dụng các test tâm lý (psychologie test) để đánh giá sự phát triển trí tuệ.

1. Test đánh giá trí tuệ của trẻ em

Binet và Simon (1905) đã đánh giá trí tuệ của trẻ em bằng các test xếp theo tuổi, nghĩa là 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:

$$IQ = \frac{\text{tuổi trí tuệ} \times 100}{\text{tuổi thật}}$$

2. Test trí thông minh người lớn của Wechsler

Test trí thông minh người lớn của wechsler ("WAIS" - Wechsler adult interlligence 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 có 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 những 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 lôgic.

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 \geq 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)

3. Test trí tuệ Raven

Nghiên cứu trí tuệ của trẻ 13-18 tuổi

a. Cách tiến hành

Phát cho mỗi đối tượng nghiên cứu một cuốn có 60 hình vẽ trắc nghiệm, 1 tờ giấy, 1 bút.

Hướng dẫn làm test từng hình một: ở mỗi hình vẽ có một ô trống, ở dưới mỗi hình có các hình vẽ khác nhau. Yêu cầu trẻ chọn một hình ở dưới lấp vào ô trống ở trên cho phù hợp với quy luật bố cục của mỗi hình vẽ (ghi rõ số hình được chọn vào tờ giấy).

Ví dụ: hình A1 ghép hình số 4 vào và ghi là A1 – 4 vào tờ giấy.

b. Cách chấm điểm

Nếu mỗi hình chọn đúng (theo bảng đáp án có sẵn): được 1 điểm

Nếu chọn sai: không cho điểm

Tổng số điểm là: 60

c. Cách đánh giá

Căn cứ vào số điểm đạt được của mỗi em, đối chiếu với bảng điểm chuẩn test Raven để có chỉ số IQ của mỗi em.

Bảng 10.4: Đáp án Test Raven

Hình Số	A	B	C	D	E
1	4	2	6	3	7
2	5	6	2	4	6
3	1	1	3	3	8
4	2	2	8	7	2
5	6	1	7	8	1

6	3	3	4	6	5
7	6	5	5	5	2
8	2	6	1	4	4
9	1	4	7	1	1
10	3	3	6	2	6
11	5	4	1	5	3
12	4	5	2	6	5

Bảng 10.5: Điểm chuẩn test Raven

Điểm	Chỉ số IQ	Điểm	Chỉ số IQ
10	55	36	90
11	57	37	91
12	58	38	92
13	59	39	94
14	61	40	95
15	62	41	96
16	65	42	98
17	65	43	99
18	66	44	100
19	67	45	102
20	69	46	104
21	70	47	106
22	71	48	108
23	72	49	110
24	74	50	112
25	75	51	114
26	76	52	116
27	78	53	118

28	79	54	120
29	80	55	122
30	82	56	124
31	83	57	126
32	84	58	128
33	86	59	130
34	87	60	130
35	88		

4. Test trí tuệ Gille

Nghiên cứu trí tuệ của trẻ 6-12 tuổi, một người có thể nghiên cứu một lúc 10-15 trẻ.

a. Cách tiến hành

Phát cho mỗi đối tượng nghiên cứu một tập tài liệu có 62 hình trắc nghiệm

Hướng dẫn làm test từng hình một, từ hình 1 đến hình 62 theo bảng hướng dẫn đã in sẵn, làm xong hình 1 mới chuyển sang hình 2.... Tuyệt đối không gợi ý, sửa chữa hộ cho trẻ.

Ví dụ hình 1: trên tám ván có mấy cái đinh, em hãy đánh dấu (+) vào vật mà theo em là có thể đóng xuống tám ván nhanh nhất.

b. Cách chấm điểm

Mỗi trả lời đúng: cho 1-4 điểm tùy theo quy định của từng hình. Tổng số điểm là 204 điểm.

c. Cách đánh giá

Căn cứ vào số điểm đạt được của mỗi em, đối chiếu với bảng điểm chuẩn để đánh giá trí tuệ.

Chương XI

KHÁM MÀNG NÃO

I. GIẢI PHẪU VÀ SINH LÝ

1. Giải phẫu

a. *Màng não gồm 3 màng*

- Màng cứng (*dura mater*): màng sợi dính sát vào mặt trong xương sọ.
- Màng nhện (*arachnoidea*) màng mỏng sát mặt trong màng cứng.
- Màng mềm (*pia mater*) màng có nhiều mạch máu dính sát vào mô não.

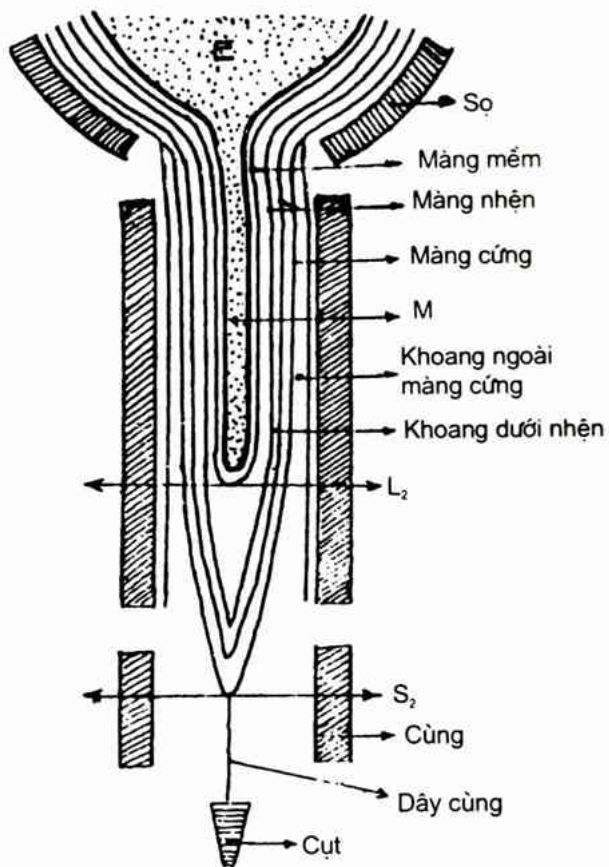
b. *Màng não tạo thành 3 khoang (hình 11.1)*

- Khoang ngoài màng cứng (*espace épidural*) ở giữa ống xương sống và màng cứng. Bao cứng dừng ở đốt sống S_2
- Khoang ngoài màng cứng (*espace sous dural*) ở giữa màng cứng và màng nhện.
- Khoang dưới nhện: ở giữa màng nhện và màng mềm, chứa dịch não tủy.

c. *Sinh lý dịch não tủy*

- Dịch não tủy được tiết ra trong các não thất bởi các đám rối màng mạch.
- Chảy vào khoang dưới màng nhện qua lỗ Magendie và Luschka

- Hấp thu bởi mô đặc biệt của màng nhện, các hạt pacchioni và các tĩnh mạch màng não.



Hình 11.1: Màng não

II. KHÁM XÉT LÂM SÀNG

1. Hỏi bệnh

- Đau đầu (thời gian, mức độ, vị trí, tăng hoặc giảm khi nào)

- Nôn?

- Táo bón?

- Tăng cảm giác toàn thân

Co giật ở mặt hoặc ở chi?

2. Khám xét

a. Ý thức

Bệnh nhân tỉnh? tiếp xúc tốt? định hướng không gian, thời gian đúng?

b. Phát hiện cứng màng não (*meningée raideur*)

- Tư thế cò súng

Phản xạ co cứng các cơ cạnh sống đôi khi có tư thế đặc hiệu (tư thế cò súng: hai chân co vào bụng, 2 tay co, đầu ngửa ra sau, lưng uốn cong ra sau.

- Cứng gáy (*nuchal rigidity*) (hình 11.2)



Hình 11.2: Tìm cứng gáy

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 11.3)



Hình 11.3: Dấu hiệu Kernig

- Dấu hiệu Kernig (hình 11.3)

Bệnh nhân nằm ngửa, một 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: gấp gáy bệnh nhân sẽ gấp không tùy ý hai chân (hình 11.4)

- Dấu Brudzinski dưới: gấp mạnh cẳng chân một bên sẽ gây gấp chân bên đối diện (hình 11.5)



Hình 11.4: Dấu hiệu Brudzinski trên



Hình 11.5: Dấu hiệu Brudzinski dưới

- Dấu hiệu Brudzinski mu:

Bệnh nhân nằm ngửa, hai chân duỗi thẳng thoải mái. Người khám dùng ngón cái ấn mạnh trên xương mu bệnh nhân. Nếu có hội chứng màng não, hai chân bệnh nhân khép và co lại.

III. NHẬN ĐỊNH

Hội chứng màng não gồm có:

1. Triệu chứng chức phận: tam chứng màng não

Đau đầu, nôn, táo bón tạo thành tam chứng màng não:

- Đau 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 thương tổn bó tháp hai bên và hiện tượng ba co.

4. Rối loạn toàn thân

- Có thể gặp hội chứng nhiễm khuẩn: sốt cao 39 - 40°C, sáng sốt cao hơn chiều, lưỡi bự, khát nước, đái ít.
- 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

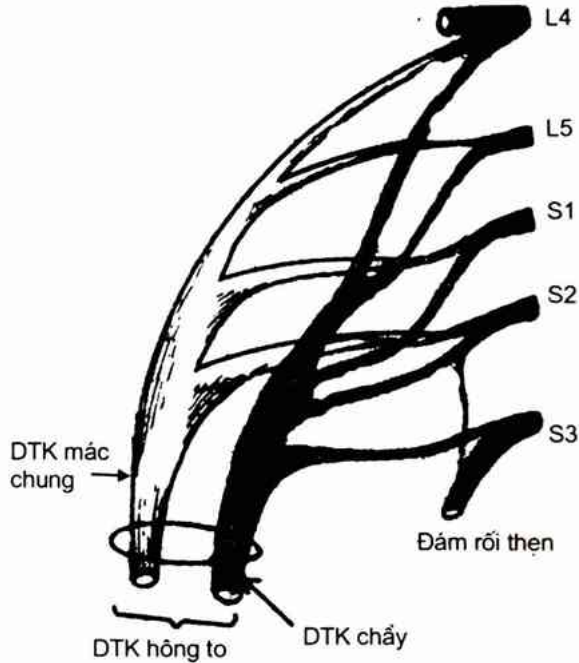
- U não (đặc biệt u hố sọ sau), u màng não, áp xe não.
- Phản ứng màng não (ménagisme): khi bị sốt cao, tăng urê huyết, nhiễm độc (chì, rượu, oxyt carbon). Trường hợp này không có viêm màng não hoặc chảy máu màng não, dịch não tủy bình thường.

Chương XII

KHÁM HỘI CHỨNG THẮT LƯNG - HÔNG

I. GIẢI PHẪU

Hội chứng thắt lưng - hông gồm triệu chứng cột sống thắt lưng và triệu chứng rễ thần kinh, thuộc đám rối cùng. Đám rối cùng do nhánh trước của rễ thần kinh L4, L5, S1, 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 12.1)



Hình 12.1: Đám rối thần kinh cùng

II. KHÁM HỘI CHỨNG THẮT LƯNG - HÔNG

A. HỎI BỆNH

1. Đặc điểm bệnh nhân

- Tuổi
- Nghề nghiệp và công việc thường làm

2. Tiền sử: chấn thương cột sống? sốt?

3. 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.
- Đau tăng khi vận động cơ thể? hoặc khi hít hơi hay không? (do làm tăng áp lực ổ bụng).

4. Tiến triển

Hạn chế vận động cột sống thắt lưng?

Đau lan theo rễ thần kinh hông

B. Khám lâm sàng

1. Hội chứng cột sống

a. Biến dạng cột sống

Bệnh nhân ở tư thế đứng thẳng, thầy thuốc nhìn vùng thắt lưng theo hướng nghiêng nhằm phát hiện:

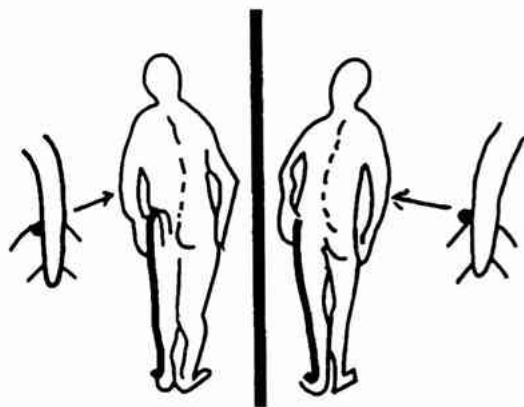
- Mất uốn thất lưng: trong thoát vị đĩa đệm, triệu chứng này tăng giảm theo mức độ của hội chứng đau và thường kèm theo co cứng phản xạ các cơ cạnh sống thất lưng.

- Uốn quá mức: tăng độ uốn của cột sống thất lưng, ít gặp trong thoái hóa hoặc thoát vị đĩa đệm cột sống thất lưng, hay gặp trong trượt đốt sống ra trước, các cơ giữ tư thế cột sống bị yếu (bệnh cơ, liệt các cơ thân...) hoặc là phản ứng bù cho đoạn ngực bị gù...

- Gù:

Gù nhọn: thương tổn 1-2 đoạn vận động do chấn thương, viêm đốt sống đĩa đệm do vi khuẩn, lao xẹp đốt sống do ung thư...

Gù tròn: ở người già do hư đĩa đệm lâu năm. Ở người trẻ bệnh Scheuermann (xem Hồ Hữu Lương, lâm sàng thần kinh, NXB Y học, tập II, 1996, 313), một số trường hợp viêm cột sống dính khớp.



Hình 12.2: Tư thế chống đau trong thoát vị đĩa đệm

- Vẹo cột sống (scoliosis)

Vẹo cột sống thắt lưng trong hư đĩa đệm phát triển từ từ trên nền đau thắt lưng mạn tính tái phát.

Vẹo cột sống trong thoát vị đĩa đệm là biểu hiện của tư thế chống đau do co cứng các cơ cạnh sống.

Vẹo cột sống còn là hậu quả của các tư thế sai lệch kéo dài, do nghiêng khung chậu, do hai chân dài ngắn không đều.

b. Co cứng cạnh sống thắt lưng

Bệnh nhân đứng thẳng, thầy thuốc quan sát từ phía sau xem khối cơ cạnh sống hai bên có cân đối không, sau đó nắn xem trương lực hai khối cơ đó có đều nhau không. Cơ bên nào bị co cứng sẽ nổi vồng lên, khi sờ, nắn, ấn tay thấy khối cơ căng chắc.

c. Điểm đau cột sống

Ấn hoặc gõ trên các mòm gai đốt sống bệnh nhân để tìm điểm đau. Trường hợp thương tổn rễ thần kinh thường có điểm đau ở cột sống tương ứng. Ví dụ bệnh nhân thoát vị đĩa đệm LIV - LV có điểm đau cột sống L IV và LV.

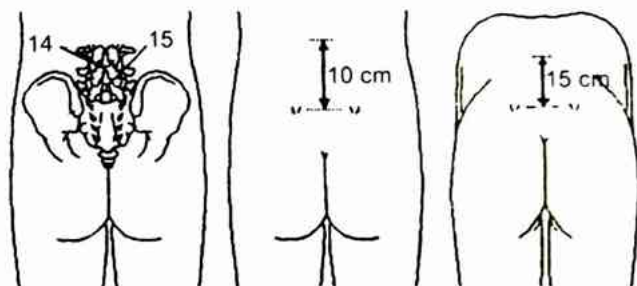
d. Tầm hoạt động cột sống thắt lưng

– Yêu cầu bệnh nhân cúi, ngửa, nghiêng phải, nghiêng trái, xoay và quan sát tầm hoạt động

– Đo độ giãn cột sống thắt lưng (test Schöber)

Bệnh nhân đứng thẳng gôi, hai gót chân sát nhau, hai chân mở một góc 60° . Xác định mòm gai đốt sống LV và đánh dấu điểm này (hoặc điểm nối giữa gai chậu sau trên hai bên), dùng thước dây đo từ điểm này theo đường giữa cột sống lên trên 10cm và đánh dấu một điểm thứ hai. Yêu cầu bệnh nhân cúi hết sức. Đo khoảng cách giữa hai điểm đã đánh dấu (bình thường ở tuổi thanh niên là 15cm).

Số đo lần 2/số đo lần 1 là chỉ số Schöber. Chỉ số Schöber bình thường ở tuổi thành niên là 14/10 đến 15/10. Nếu dưới 12,5/10 là độ giãn cột sống thắt lưng bị hạn chế. tức là test Schöber (+)



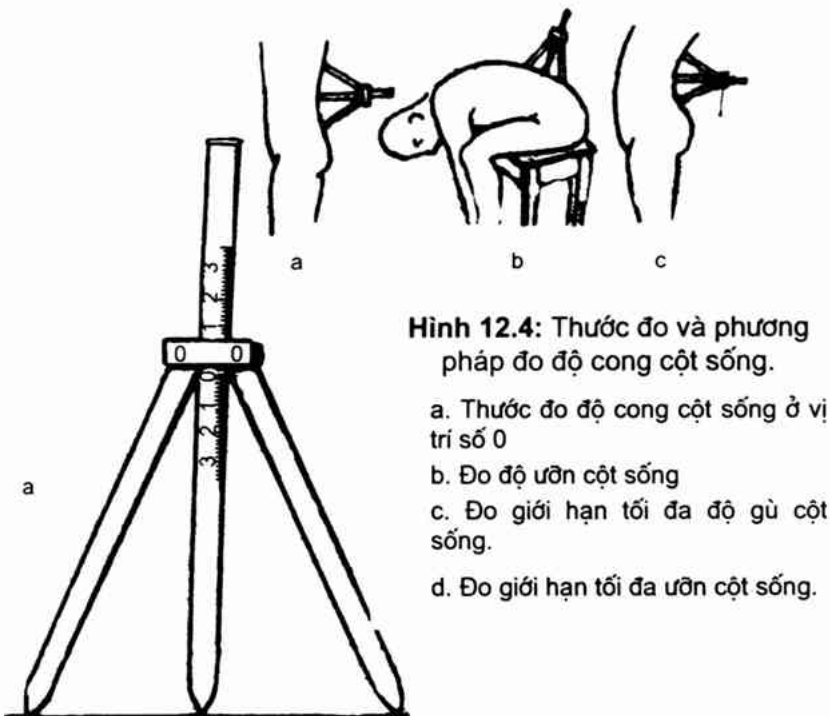
Hình 12.3: Đo độ giãn cột sống thắt lưng (Schöber test)

Đo độ cong cột sống thắt lưng bằng thước đo độ cong (hình 12.4) (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.

– Đo độ gập, duỗi, nghiêng, xoay cột sống thắt lưng bằng khớp kế đo tầm hoạt động cột sống của Hồ Hữu Lương.

e. *Khớp kế đo tầm hoạt động cột sống của Hồ Hữu Lương (1985)*

Mặc dù đã có nhiều loại khớp kế (goniometer) để đo tầm hoạt động khớp (articular amplitude), nhưng loại được sử dụng rộng rãi nhất cho đến nay là khớp kế hai nhánh và khớp kế trọng lực. Tuy nhiên các loại khớp kế này có nhược điểm là nếu sử dụng riêng rẽ thì không thể đo được tất cả các chỉ tiêu về tầm hoạt động của cột sống (gập, duỗi, nghiêng, xoay) và trong quá trình đo thì việc cố định điểm đo rất khó khăn. Do đó, từ năm 1985 Hồ Hữu Lương đã tự tạo ra một loại khớp kế mới để có thể đo được các tầm hoạt động cột sống nhằm khắc phục nhược điểm của các khớp kế khác.

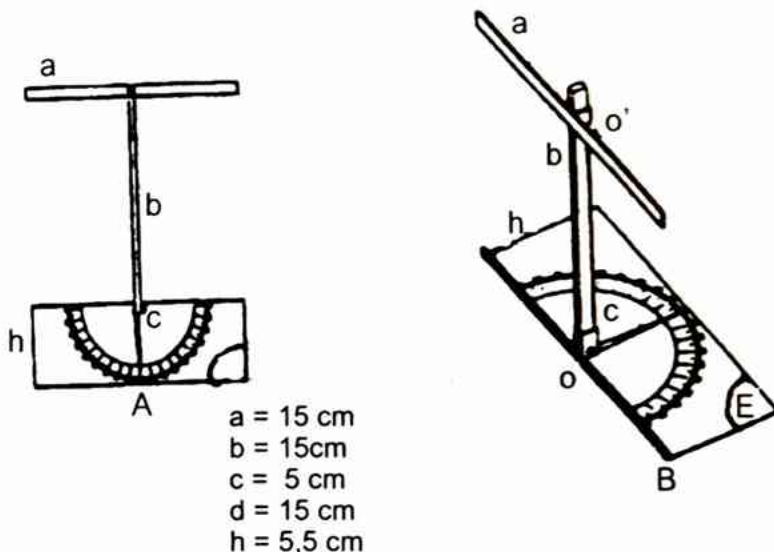


Hình 12.4: Thước đo và phương pháp đo độ cong cột sống.

- a. Thước đo độ cong cột sống ở vị trí số 0
- b. Đo độ uốn cột sống
- c. Đo giới hạn tối đa độ gù cột sống.
- d. Đo giới hạn tối đa uốn cột sống.

- Cấu tạo của khớp kế Hồ Hữu Lương

Đây là loại khớp kế đầu tiên được thiết kế theo nguyên tắc mới (hình 12.5), có thể đo được độ gấp, duỗi, nghiêng và xoay của cột sống. Hơn nữa do chiều cao của khớp kế có thể điều chỉnh cho đúng bằng chiều cao của cột sống thất lưng hoặc chiều cao cột sống cổ của mỗi bệnh nhân nên số đo tầm hoạt động khớp có độ chính xác cao.



Hình 12.5: Khớp kế đo tầm hoạt động cột sống của Hồ Hữu Lương (1985): A: Đo độ gấp, duỗi, nghiêng; B: đo độ xoay (b có thể xoay và gấp trên thước đo độ E, chiều dài b có thể thay đổi được nhờ sự di chuyển của a dọc theo trục b, o gắn vào kim chỉ độ c, o' ở giữa đoạn d, o' ở giữa đoạn a)

- Phương pháp đo tầm hoạt động cột sống

Chúng tôi đo tầm hoạt động khớp theo tài liệu "Tầm hoạt động khớp, phương pháp đo và ghi" của Viện hàn lâm phẫu thuật chỉnh hình Mỹ, dựa trên nguyên tắc Zero trung tính do Cave và Robert đề xuất năm 1936, đã được chính thức thừa nhận tại Hội nghị đại biểu các Hội phẫu thuật chỉnh hình các nước nói tiếng Anh họp tại Vancouver (Canada) năm 1962.

- Kết quả nghiên cứu

+ Nghiên cứu tầm hoạt động cột sống thất lưng ở người bình thường bằng khớp kế đo tầm hoạt động cột sống của Hồ Hữu Lương:

- Hồ Hữu Lương và CS (2000) nghiên cứu tầm hoạt động cột sống thắt lưng (THĐ/CSTL) trên 253 người Việt Nam bình thường, tuổi từ 25 đến 29, tại Học viện Quân Y và 33 bệnh nhân TVĐĐ/CSTL nằm điều trị tại Khoa thần kinh Viện Quân y 103. Tầm hoạt động cột sống thắt lưng bình thường: gấp 110° , duỗi 31° , nghiêng 20° , xoay 24° (hình 12.1); tầm hoạt động nghiêng và xoay hai bên là tương tự nhau (bảng 12.2). Tầm hoạt động cột sống thắt lưng bệnh nhân TVĐĐ/CSTL bị hạn chế rõ rệt so với người bình thường (hình 12.1)

Bảng 12.1: THĐ/CSTL của người bình thường và bệnh nhân TVĐĐ

Cử động CSTL	Bình thường (n = 253)	THĐ/CSTL (n = 33)	P
Gấp	110,86±2,93	61,06±13,5	P < 0,01
Duỗi	31,79± 2,08	18,70±4,25	P < 0,05
Nghiêng F	20,19±1,44	13,21±4,04	P < 0,01
Nghiêng T	20,23±1,51	13,15±3,82	P < 0,01
Xoay F	24,62±1,60	14,73±3,66	P < 0,05
Xoay T	24,91±1,48	15,06±3,93	P < 0,05

Bảng 12.2: So sánh THĐ/CSTL nghiêng phải, nghiêng trái và xoay phải, xoay trái ở 253 người bình thường.

Cử động	Phải	trái	P
Nghiêng	20,19±1,44	22,23±1,51	P > 0,05
Xoay	24,62±1,60	24,91±1,48	P > 0,05

- Nghiên cứu tầm hoạt động cột sống cổ người bình thường

Hồ Hữu Lương và CS (2000) đã xác định tầm hoạt động cột sống cổ (THĐ/CSC) bằng khớp kế đo tầm hoạt động cột sống của Hồ Hữu Lương trên 200 sinh viên Học viện Quân y, khoẻ mạnh, tuổi từ 21 đến 25. THĐ/CSC bình thường: gập 52° , duỗi 65° , nghiêng 51° , xoay 75° (bảng 12.3)

Bảng 12.3: Tầm hoạt động cột sống cổ người bình thường:

THĐ/CSC	Bình thường (n = 200)
Gấp	52,91±6,61
Duỗi	65,31±2,41
Nghiêng F	51,64±1,50
Nghiêng T	51,42±1,37
Xoay F	75,45±1,93
Xoay T	75,86±1,74

- Khớp kế này đã được xét khen thưởng, được sử dụng trong lâm sàng và nghiên cứu.

+ Đã được Học viện Quân y xét công nhận là sáng kiến cấp Học Viện. Quyết định số 372/NC/Ngày 4-6-1990.

+ Giải nhất hội thao kỹ thuật sáng tạo tuổi trẻ Học Viện quân y.

Quyết định 1395/QĐ/Tư ĐTN/Ngày 15 - 12 - 200

+ Giải nhì hội thao kỹ thuật sáng tạo tuổi trẻ ngành Y tế khu vực Hà Nội lần thứ XIX/2001.

+ Giải thưởng sáng tạo kỹ thuật Vifotec năm 2001. Quyết định số 180/QĐKT/Ngày 18-12-2001

+ Đã có một số đề tài nghiên cứu ứng dụng khớp kế này.

- Hồ Hữu Lương và Nguyễn Văn Nam (1992) " Nhận xét về tầm hoạt động cột sống thắt lưng ở công nhân có hội chứng thắt lưng - hông". Công trình nghiên cứu Y học quân sự, HVQY - 1992 số 3, trang 21,24.

- + Luận văn thạc sĩ của Lê Thị Kiều Hoa "Nghiên cứu hiệu quả phục hồi chức năng vận động ở bệnh nhân thoát vị đĩa đệm thắt lưng bằng Eltrac 471. Đại học Y Hà Nội năm 2001 (trang 30-33).

- + Luận án Tiến sĩ Nguyễn Văn Thông "Đánh giá kết quả điều trị thoát vị đĩa đệm cột sống thắt lưng bằng phương pháp xoa bóp bấm huyệt" - Học viện Quân Y, 1993, trang 52.

- + Hồ Hữu Lương (2004). Khớp kế mới đo tầm hoạt động cột sống thắt lưng và cột sống cổ. Tập san Thần kinh học, số 7, trang 146- 149.

2. Khám hội chứng rễ thần kinh

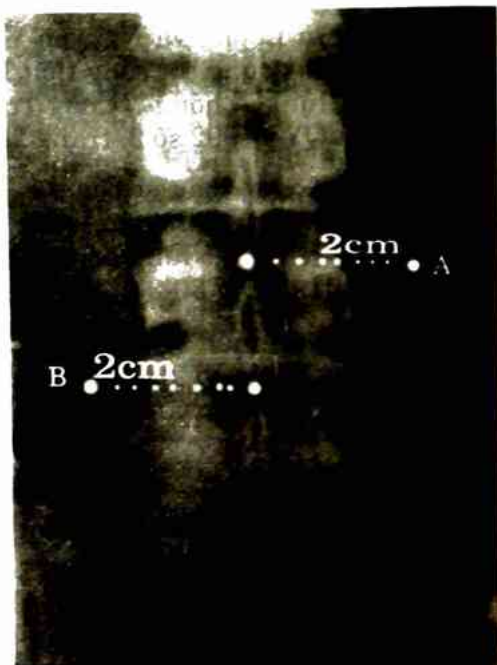
a. Các điểm đau

- Điểm đau cạnh sống: ấn vào các điểm nằm cách đường liên mồm gai khoảng 2cm về phía phải và trái ngang mức điểm giữa khoảng cách hai mồm gai trên và dưới. Các rễ thần kinh bị thương tổn sẽ có cảm giác đau khi ấn tại các điểm tương ứng. Ví dụ điểm đau cạnh sống L4- L5 bên phải dương tính (hình 12.6)

- b. Hệ thống các điểm Valleix là những điểm dây thần kinh hông to đi qua, gồm có:*

- Điểm giữa ụ ngồi và mấu chuyển lớn.
- Điểm giữa nếp lằn mông.
- Điểm giữa mặt sau đùi.
- Điểm giữa nếp khoeo chân.

Hình 12.6:
Điểm đau cạnh
sống (A và B)

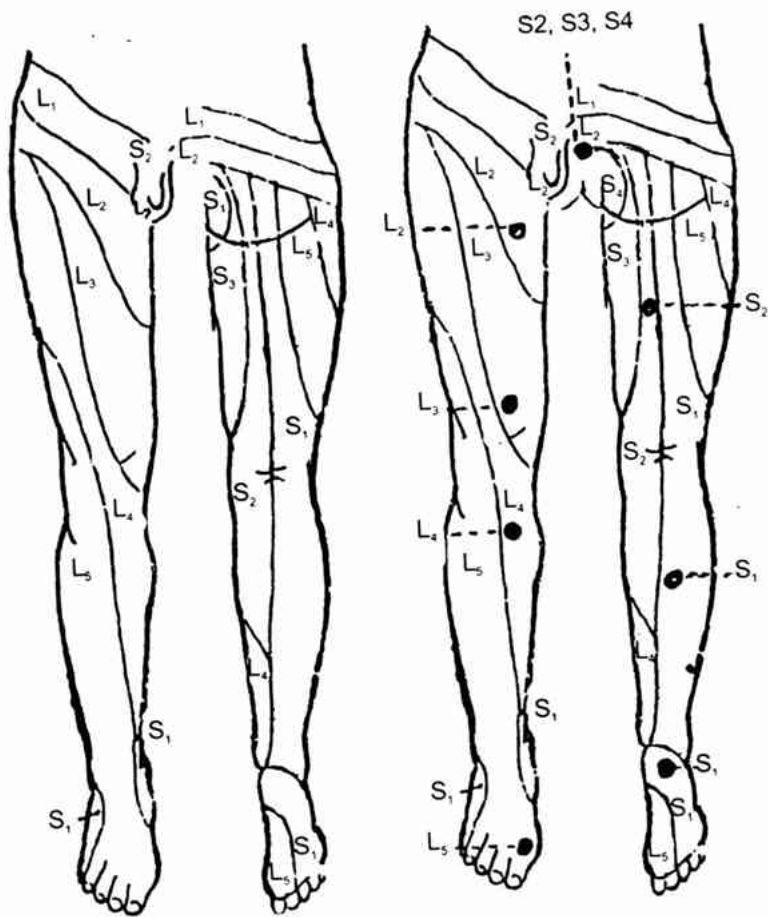


Dùng ngón tay cái ấn sâu vào các điểm trên. Trường hợp dây thần kinh hông to bị thương tổn, bệnh nhân sẽ có cảm giác đau nhói tại chỗ bị ấn.



Hình 12.7: Hệ thống điểm
Valleix

- Các điểm đau đặc biệt tương ứng với rễ thần kinh chi phổi.



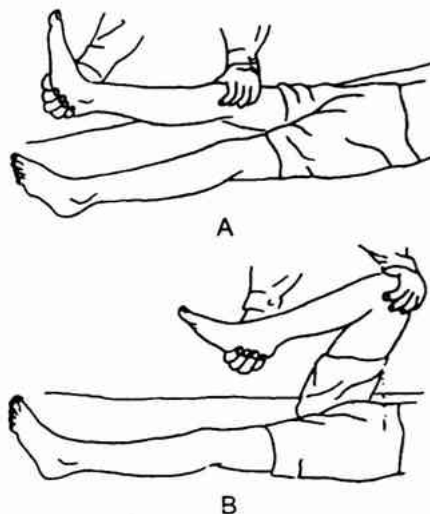
Hình 12.8: Khu vực cảm giác theo rễ TK thắt lưng cùng và các điểm đau đặc biệt tương ứng với rễ TK chi phổi.

b. Dấu hiệu chuông bấm (signe de la sonnette)

Ấn tại các điểm đau cạnh sống thắt lưng, xuất hiện đau dọc xuống chân theo khu vực phân bố của rễ thần kinh tương ứng. Ví dụ dấu hiệu chuông bấm dương tính tại L4 - L5 bên phải.

c. Các dấu hiệu căng rễ

Dấu hiệu Lasègue (hình 12.9)



Hình 12.9: Dấu hiệu Lasègue, A: thí 1, B: thí 2

Cách khám: bệnh nhân nằm ngửa, duỗi thẳng chân, thầy thuốc nâng cổ chân và giữ gối cho chân thẳng và thao tác khám theo hai thí:

Thí 1 (hình 12.9A): từ từ nâng cao chân bệnh nhân (luôn ở tư thế duỗi thẳng) hướng tới góc 90° với mặt giường, tới khi bệnh nhân cảm thấy đau, căng ở mông và mặt sau chân thì dừng lại. Xác định góc giữa chân và mặt giường (ví dụ tới góc 45° thì bệnh nhân kêu đau, tức là dấu hiệu Lasègue (+) 45°).

Thì 2 (hình 12.9B): tiếp theo thì 1, tới khi bệnh nhân kê đầu thì gấp cẳng chân lại sẽ hết đau (nếu ở thì này vẫn xuất hiện đau, là do thương tổn khớp hoặc các cơ khớp hoặc cơ phía sau cẳng chân: không phải là đau rễ thần kinh hông to).

- Đánh giá kết quả

- Người bình thường có thể nâng chân 90° .
- Dấu hiệu Lasègue dương tính phải biểu hiện đồng thời hai thì.

- Dấu hiệu Lasègue chéo

Làm dấu hiệu Lasègue như trên ở bên lành thì chân đau sẽ đau tăng lên. Dấu hiệu này do thương tổn rễ thần kinh hông to. Vì khi kích thích rễ thần kinh bên lành, làm co kéo rễ thần kinh bên bị thương tổn.

- Dấu hiệu Bonnet (signe de Bonnet)

Bệnh nhân nằm ngửa hai chân duỗi thẳng.

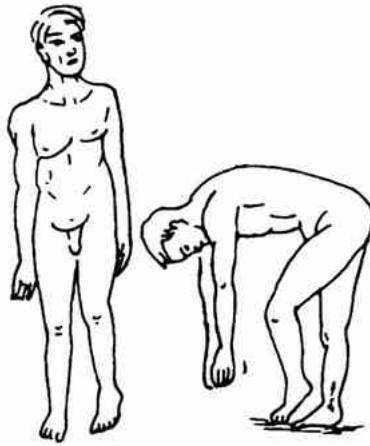
Thầy thuốc cầm cổ chân và giữ gối bệnh nhân, gấp cẳng chân vào đùi, gấp đùi vào bụng, đồng thời đẩy khớp gối vào trong và đưa khớp cổ chân ra ngoài để xoay khớp háng ra ngoài.

Dấu hiệu Bonnet dương tính khi bệnh nhân thấy đau hông và mặt sau đùi, gấp trong hội chứng thắt lưng - hông.

- Dấu hiệu Néri (signe de Néri)

• Cách khám: bệnh nhân đứng thẳng, giữ thẳng hai gối, hai tay giơ ra trước, từ từ cúi gập người hướng cho hai tay chạm đất (hình 12.10).

• Dấu hiệu Néri dương tính khi bệnh nhân thấy đau dọc dây thần kinh hông to và chân đau co lại.



Hình 12.10: Dấu hiệu Néri

– **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).

– **Dấu hiệu Déjérine**

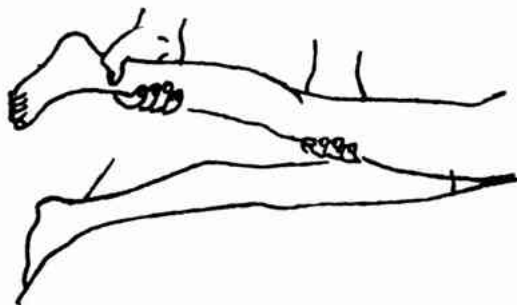
Ho, hắt hơi, rặn, xuất hiện đau vùng thắt lưng: gặp trong hội chứng đau rễ thần kinh thắt lưng - cùng (theo cơ chế tương tự như trong nghiệm pháp Valsalva):

– **Nghiệm pháp Naffziger:**

Đè 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 - cùng)

k. Dấu hiệu Wassermann (hình 12.11)

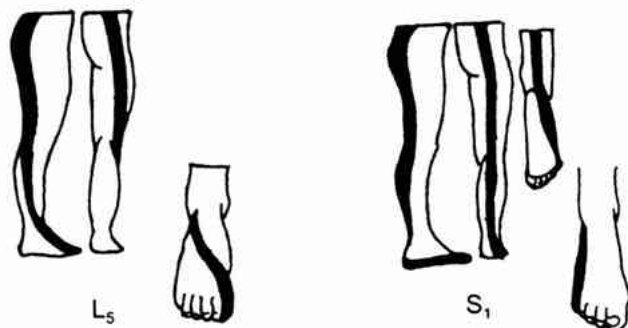
Bệnh nhân nằm sấp, nâng đùi lên khỏi mặt giường. Nếu đau ở phía trước đùi là thương tổn dây thần kinh đùi, nếu đau ở khớp cùng chậu tức là thương tổn ở khớp đó.



Hình 12.11: 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 thương tổn (hình 12.12)



Hình 12.12: Vùng da bị giảm cảm giác do thương tổn rễ L5, S1.

4. Khám vận động chi dưới

Cần xác định giảm sức cơ, thuộc khu vực rễ thần kinh não phân bố.

5. Khám phản xạ gân xương (phản xạ gối, phản xạ gót, phản xạ đùi - bìu.

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 da khô.
- 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.

7. Định khu thương tổn các rễ thần kinh thắt lưng - cùng (bảng 12.4)

Bảng 12.4: Định khu thương tổn các rễ thần kinh thắt lưng - cùng

Rễ TK bị thương tổn	Rối loạn cảm giác	Liệt vận động	Giảm hoặc mất 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 gối.
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 (một phần)	Các cơ nhỏ ở bàn chân (giàng khếp, gập các ngón)	Phản xạ gan chân
S3, S4, S5	Vùng "yên ngựa" đáy chậu	Cơ thắt hậu môn và bàng quang	Phản xạ hậu môn

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 cụt...

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 BỆNH NHÂN HÔN MÊ

I. MỞ ĐẦU

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 tỉ mỉ, chính xác và có hệ thống, kích thích bằng nhiều cách khác nhau, mới phát hiện được các triệu chứng lâm sàng.

Khám bệnh nhân hôn mê nhằm trả lời các câu hỏi

- Bệnh nhân có thực sự hôn mê không?
- Hôn mê độ mấy?
- Có kèm theo triệu chứng thương tổn các cơ quan khác không?
- Hôn mê do nguyên nhân gì?

II. 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. Bệnh sử

a. Cách bắt đầu và hoàn cảnh xuất hiện hôn mê

- Ngày giờ xảy ra hôn mê
- Cách bắt đầu: khởi phát đột ngột hoặc từ từ tuần tiến.
- Có tiền triệu gì không? (chóng mặt, đau đầu, bại một chi, nói khó, rối loạn tâm thần...).
- 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:

Chấn thương sọ não.

Sau khi dùng một số thuốc có thể gây tai biến hôn mê như: thuốc ngủ, Insulin.

Các thuốc bệnh nhân đang dùng (nếu có)

Khi đói (xa bữa ăn).

Hành quân lâu dưới nắng to.

Yếu tố dịch tễ: sốt rét, sốt mò, xoắn trùng, côn trùng đốt.

Điều kiện sinh hoạt: nghiện rượu, thuốc...

Đang có vướng mắc về tình cảm, tư tưởng.

b. Các biểu hiện kèm theo

Sốt

Cơn co giật.

c. Diễn biến: nặng dần hay đỡ dần?

3. 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...

III. KHÁM THẦN KINH

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 co cứng mất vỏ não.
 - Quay mắt quay đầu về một bên: quay mắt quay đầu về bên ổ thương tổn (ngắm nhìn ổ thương tổn) là thương tổn cuống não hoặc đại não; quay mắt quay đầu về bên liệt (ngắm nhìn bên liệt) là thương tổn ở cầu não.
 - Tư thế "bàn chân đổ": (Hồ Hữu Lương, 1965): chân bên nào liệt thì bàn chân bên đó đổ, bàn chân nằm nghiêng sát mặt giường hơn.

- Quan sát các cơn co giật.

a. Đánh giá tình trạng 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 ngửi 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?

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 thương tổn phần phối hợp vận động nhãn cầu của dây III.

– Hai nhãn cầu bị kéo lệch về phía mũi (nhãn cầu hội tụ) do thương tổn dây VI hai bên, thường do tăng áp lực nội sọ, phù não nặng.

– Hai nhãn cầu bị kéo lệch ra ngoài (nhãn cầu dạng) do thương tổn dây III hai bên.

– Hiện tượng trôi nhãn cầu (mắt 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 thương tổn)

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, glutethimit.

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 thương tổn dây II hoặc dây III ở bên đó (phân biệt thương tổn 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 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

* Liệt mặt

- Mặt bị méo, nhân trung lệch về bên lành, rãnh mũi má mờ ở bên liệt.

- Dấu hiệu cánh bướm, dấu hiệu "hút diếu" (fume la pipe hay dấu hiệu thổi lửa): ở bên liệt má bị mất trương lực cơ vì vậy khi thổi ra má phồng lên, khi thổi vào má sẽ lõm xuống.

- Nghiệm pháp Pierre Marie - Foix người khám đứng phía sau bệnh nhân, lấy hai ngón tay ấn mạnh vào hai góc hàm (gần dái tai) hoặc giật tóc mai, bên lành sẽ nhăn mặt, bên liệt không có phản ứng.

* Liệt nửa người

- Tư thế "bàn chân đờ" bên liệt.
- Cấu véo da thịt, bên liệt không có phản ứng hoặc chỉ nhúc nhích
- Nghiệm pháp Raimiste (+) bên liệt.
- Nghiệm pháp nâng - thả tay (Hồ Hữu Lương, 1968)

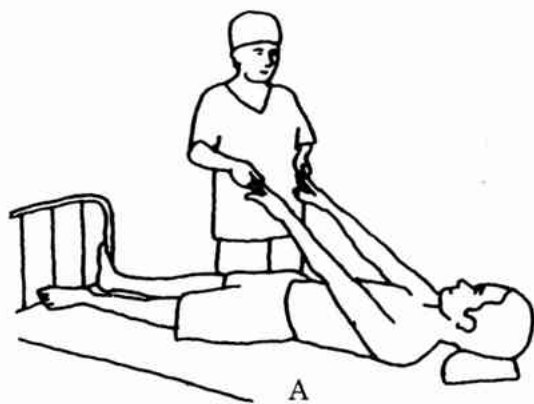
Thấy thuốc cầm 3 ngón tay 2,3,4 hai bên nâng thẳng hai tay bệnh nhân lên tạo thành một góc 60° với mặt giường (thì 1), khi buông tay ra (thì 2) tay bị liệt (ví dụ tay trái) rơi nhanh hơn và nặng nề hơn bên lành (nghiệm pháp nâng - thả tay (+) bên trái).

- Nghiệm pháp nâng - thả chân

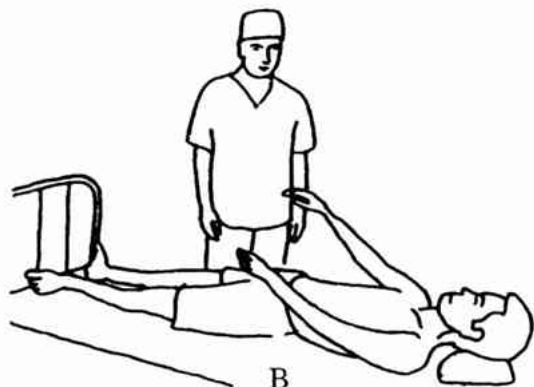
Thấy thuốc đứng bên phải bệnh nhân dùng cẳng tay trái đặt dưới hai khớp gối, nâng hai chân bệnh nhân tạo thành một góc khoảng 45° với mặt giường (thì 1) cẳng tay phải đặt dưới hai gân gót (gân Achilles), nâng cẳng chân bệnh nhân lên, tạo thành một góc 180° với đùi (thì 2) sau đó buông tay phải ra (thì 3). Bên liệt rơi nhanh hơn và nặng nề hơn bên lành.

- Nghiệm pháp "day mũi xương ức" (Hồ Hữu Lương, 1968)

Trong trường hợp hôn mê (trừ trường hợp hôn mê quá sâu), để phát hiện nhanh liệt nửa người, Hồ Hữu Lương (1968) đã dùng đầu ngón tay cái day mạnh vào mũi xương ức, tay và chân bên lành sẽ vận động; tay và chân bên liệt (ví dụ tay chân bên phải liệt) không đáp ứng (nghiệm pháp day mũi xương ức dương tính bên phải).

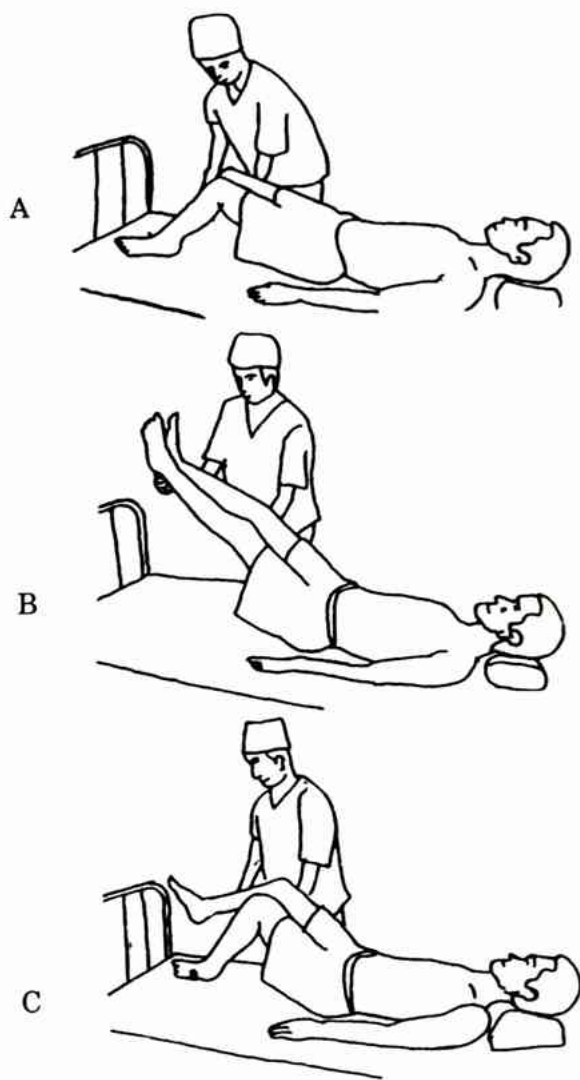


A



B

Hình 13.13: Nghiệm pháp nâng - thả tay của Hồ Hữu Lương (1968), A. thì 1, B - thì 2 (nghiệm pháp dương tính bên trái)



Hình 13.14: Nghiệm pháp nâng - thả chân của Hồ Hữu Lương (1968), A - thí 1, B - thí 2, C - thí 3.

- Trương lực cơ: giảm ở bên liệt
- Khám các phản xạ

Phản xạ gân xương, phản xạ da bụng, phản xạ đùi - bìu đều giảm.

Trường hợp hôn mê do xuất huyết não gây ngập não thất, (inondation ventriculaire) có tăng phản xạ gân xương rất sớm (2-3 giờ sau khi khởi bệnh).

Phản xạ bệnh lý bó tháp dương tính bên liệt.

- Khám tìm dấu hiệu màng não: cứng gáy, Kernig, thóp phồng ở trẻ em.
- Tìm dấu hiệu Chvostek
- Soi đáy mắt: phát hiện phù đĩa thị.

IV. KHÁM TOÀN THÂN

a. Tìm vết thương

- Tìm vết thương đầu, mặt, chảy máu mũi, tai (do chấn thương sọ não), sẹo da đầu.
- Tìm trên cơ thể bệnh nhân vết kim, vết thương? đốm xuất huyết? túi của bệnh nhân có thuốc gì không? có thư không?

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 khò khè, nông, nhanh (trên 20-30 lần/phút) (hay gặp sau chấn thương sọ não).

- Nhịp thở Cheyne - Stokes:

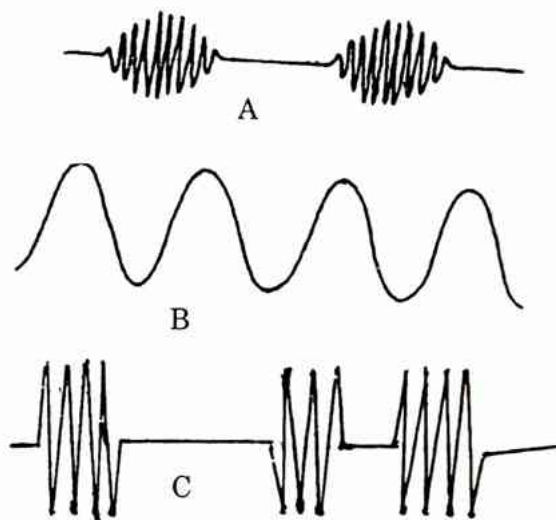
Thở tăng dần biên độ, nhịp đều rồi thở giảm dần biên độ, sau đó nghỉ ít hoặc nhiều. Rồi lại tiếp tục như trên (do trung tâm hô hấp ở hành não bị ức chế nặng)

- Nhịp thở Kussmaul:

Thở chậm: hít vào, nghỉ, thở ra, nghỉ, rồi lại tiếp tục như trên (thường gặp trong hôn mê do nhiễm acide do đái tháo đường hoặc hôn mê do tăng urê huyết).

- Nhịp thở Biot:

Các nhịp thở đều, biên độ bằng nhau, bị ngắt quãng bởi các thời gian ngừng thở dài ngắn khác nhau (thường do mất đáp ứng của trung khu hô hấp với nồng độ CO_2 trong máu, thay vào đó là O_2 kích thích trung khu hô hấp thông qua các thụ cảm thể hóa học).



Hình 13.3: Nhịp thở Cheyne - Stokes (A), nhịp thở Kussmaul (B) và nhịp thở Biot (C).

c. Khám tim mạch

- Mạch chậm: tăng áp lực nội sọ, áp xe não, bloc nhĩ thất v.v...
- Mạch nhanh: tim nhanh, tim loạn nhịp, rối loạn tuần hoàn não.
- Huyết áp tăng: đột quỵ xuất huyết não, urê máu tăng, phù não - màng não.
- Huyết áp giảm: đái tháo đường, ngộ độc rượu, thuốc ngủ, truy tim mạch, sốt rét ác tính.

d. Khám bụng: gan, lách

e. Thân nhiệt

4. Khám mắt

- Quan sát: sụp mi? cử động chớp mắt tự phát?
- Đồng tử co? đồng tử giãn? đồng tử không đều? (ghi rõ đường kính giãn bao nhiêu ly)
- Quan sát nhãn cầu: vị trí? vận động? test mắt búp bê (Doll - eyes)?
- Mắt có phù đĩa thị không? (do 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.

V. 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 (tuỳ theo từng trường hợp để xác định nguyên nhân hôn mê):

- Máu: chất barbituric, cồn.

 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)

- Chọc sống thất lưng, xét nghiệm dịch não tủy (nếu đầy mắt bình thường).

- Xét nghiệm dịch dạ dày (nếu nghi ngờ độc đường tiêu hóa).

- Chụp X quang sọ não, CT.Scanner hoặc MRI (nếu nghi u não hoặc ổ máu tụ sau chấn thương sọ não hoặc đột quỵ não).

- Chụp X quang tim phổi.

- Ghi điện não.

VI. NHẬN ĐỊNH

A. CHẨN ĐOÁN 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 vờ, giãy giụa.

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 13.1)

Bảng 13.1: Tóm tắt bốn mức độ hôn mê (theo Hồ Hữu Lương, 1993)

Đáp ứng / Kích thích	Độ I	Độ II	Độ III	Độ IV
Gọi tên	(-)	(-)		(-)
Kích thích đau	(+)	(-)		(-)
Đồng tử	Bình thường	Giãn nhẹ	Giãn to	Giãn hết
Px ĐT - As	Giảm nhẹ	Giãn nhiều	(-)	(-)
Px Giác mạc	Giảm nhẹ	Giảm nhiều	(-)	(-)
Px nuốt thì I	(+)	(-)	(-)	(-)
thì II	(+)	(±)	(-)	(-)
RL hô hấp	0	Kiểu Cheyne - Stoke hoặc kiểu Kussmaul	Kiểu Kussmaul hoặc ngừng thở từng lúc	Thở bằng máy

RL tim mạch •	0	Mạch nhỏ HA dao động	Tim đập yếu, HA giảm	Tim đập yếu, HA tụt có khi không đo được
RL thân nhiệt	0	Rối loạn nhẹ	Giảm	Giá lạnh

Ghi chú: (+) có đáp ứng, (-) không đáp ứng, (±) có hoặc không đáp ứng.

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).

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 thương tổn 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.

Bảng 13.2: Đánh giá mức độ rối loạn ý thức theo thang điểm Glasgow

Đáp ứng mở mắt	Mở mắt tự nhiên	4 điểm
	Mở mắt khi gọi	3 điểm
	Mở mắt khi kích thích đau	2 điểm
	Không mở mắt khi kích thích đau	1 điểm

Đáp ứng lời nói	Trả lời đúng câu hỏi	5 điểm
	Trả lời chậm chạp mất định hướng	4 điểm
	Trả lời không phù hợp với câu hỏi	3 điểm
	Lời nói vô nghĩa	2 điểm
	Không còn đáp ứng với lời nói	1 điểm
Đáp ứng vận động	Đáp ứng vận động đúng theo yêu cầu	6 điểm
	Đáp ứng vận động phù hợp khi kích thích đau	5 điểm
	Đáp ứng vận động không phù hợp khi kích thích đau	4 điểm
	Co cứng mất vỏ não	3 điểm
	Duỗi cứng mất não	2 điểm
	Không đáp ứng khi kích thích đau	1 điểm
Cộng		15 điểm

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 có thể là giai đoạn cuối cùng của một bệnh nặng). Theo Hồ Hữu Lương (1993) chia ra hai nhóm: hôn mê có triệu chứng thần kinh khu trú và hôn mê không có triệu chứng thần kinh khu trú. Mỗi nhóm lại được chia hai là hôn mê có triệu chứng thần kinh khu trú kèm theo sốt (nhiễm khuẩn) và không sốt, hôn mê không có triệu chứng thần kinh khu trú kèm theo sốt và hôn mê không có triệu chứng khu trú, không sốt (bảng 13.3)

1. Hôn mê có triệu chứng thần kinh khu trú

a. Hôn mê có liệt nửa người.

- Hôn mê có liệt nửa người và có sốt.

Thường do áp xe não.

- Hôn mê có liệt nửa người; nhưng không sốt.

Thường do tai biến mạch máu não (TBMMN: xuất huyết não, huyết khối mạch não (thrombose, nghẽn mạch não: embolie); chấn thương sọ não (CTSN).

b. Hôn mê có hội chứng màng não.

- Hôn mê có hội chứng màng não và có sốt. Thường do viêm não:

- Hay gặp viêm màng não mủ cấp do màng não cầu: 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 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.

- Hôn mê có hội chứng màng não nhưng không sốt.

Thường do xuất huyết dưới màng nhện (XHDMN), đặc điểm của XHDMN là:

Tiểu sử có tăng huyết áp.

Tiền triệu: đau đầu dữ dội trước khi hôn mê.

Hôn mê chậm chạp (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.

c. Hôn mê có hội chứng tăng áp lực nội sọ.

- Hôn mê có hội chứng tăng áp lực nội sọ và có sốt thường do áp xe não:

- Hôn mê có hội chứng tăng áp lực nội sọ nhưng có sốt. Thường do u não.

d. Hôn mê có co giật

- Hôn mê có co giật và có sốt.

- Viêm màng não.

- 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 cơn hay vài cơn.

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.

- Hôn mê có co giật nhưng không có sốt.

- Hôn mê sau động kinh

Hôn mê chỉ là giai đoạn cuối cùng của cơn động kinh, giai đoạn này thường ngắn, chỉ khoảng vài ba phút.

- 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 glucid 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 đau 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 phản xạ bệnh lý bó tháp.

Xảy ra trên một cơ địa dễ đưa đến phù não như: viêm thận có phù to, tăng huyết áp.

e. Hôn mê có đồng tử co hai bên, không có sốt

- Hôn mê do ngộ độc thuốc ngủ

Hôn mê xảy ra rất nhanh ở một người trước đó vài giờ vẫn khỏe mạnh, hai đồng tử co nhỏ.

Hôn mê sâu, thở phì phò, nhịp tim chậm, huyết áp giảm.

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 nhiễm độc 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 tăng urê huyết.

- Hôn mê do ngộ độc 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 (Chloroforme) không có mùi. Phospho hữu cơ gây độc bằng cách ức chế men cholinesterase làm cho axetylcholin ứ đọng trong cơ thể. Chẩn đoán hôn mê do ngộ 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 cơ đồng tử.
- Men cholinesterase 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 thiphot và wofatox).

g. Hôn mê có đồng tử giãn hai bên, không có sốt những trường hợp hôn mê sâu đều có giãn đồng tử hai bên. Những trường hợp hôn mê có giãn đồng tử khác, thường gặp trong đái tháo đường, tăng urê huyết, hôn mê gan, truy tim mạch, shock.

2. Hôn mê không có triệu chứng thần kinh khu trú

a. Hôn mê không có triệu chứng thần kinh khu trú nhưng có sốt.

- 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, mắt 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.

- Giai đoạn cuối cùng của một bệnh nhiễm khuẩn nặng hoặc nhiễm khuẩn huyết

- Suy thận cấp trong viêm cầu thận hoặc viêm ống thận cấp.

- Suy gan cấp trong viêm gan cấp diễn, teo gan bán cấp, (atrophie subaigue de foie).

b. Hôn mê không có triệu chứng thần kinh khu trú, không có sốt.

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 kiểm giảm, xét nghiệm nước tiểu có đường và thể aceton.

- Hôn mê do tăng urê huyết.

Có tiền sử viêm thận mạn

Hôn mê xuất hiện từ từ

Da xanh xao, có khi giật 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.

- 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.

- Truy tim mạch

- Shock do những nguyên nhân khác nhau (chấn thương, vết thương nặng, bỏng rộng, mất máu nhiều...). Shock nặng quá gây hôn mê, thường vào giai đoạn cuối.

Bảng 13.3: Chẩn đoán nguyên nhân hôn mê
(theo Hồ Hữu Lương, 1993)

Hôn mê	Triệu chứng Tk khu trú	Sốt	Nguyên nhân
	Liệt nửa người	Có	Áp xe não
		o	TBMMN, CTSN
	Hội chứng màng não	Có	Viêm màng não
		o	XHDMN
	Hội chứng TALNS	Có	Áp xe não
		o	U não
	Co giật	Có	Viêm màng não, viêm não
		o	Hôn mê sau động kinh, hôn mê do hạ đường huyết, sản giật, phù não
	Đồng tử co	o	Thuốc ngủ, thuốc phiện, Morphin, tăng urê huyết, Phospho hữu cơ, pilocarpin
Đồng tử giãn	o	Belladon, rượu, Ephedrin, Adrenalin, cocain, Ete, Chloroforme, Isupren, papaverin	
O	Có	Sốt rét ác tính, giai đoạn cuối của bệnh nhiễm khuẩn nặng, suy thận cấp, suy gan cấp	
	O	Đái tháo đường, tăng urê huyết, hôn mê gan, trụy tim mạch, shock	

Chương XIV

KHÁM THẦN KINH NGƯỜI CAO TUỔI

I. ĐẶC ĐIỂM NGƯỜI CAO TUỔI

1. Giải phẫu

Khối lượng não giảm dần trong quá trình lão hóa não, người 80 tuổi chỉ còn 1180g ở nam và 1060 ở nữ (lúc 20-25 tuổi là 1400-1260g), có thể có những biến đổi kiểu mảng già (plaque senile)

2. Sinh lý

- Giảm khả năng thụ cảm: giảm thị lực, thính lực, khứu giác, vị giác, xúc giác.
- Giảm tính linh hoạt của các synap trong sự dẫn truyền xung động. Hậu quả là phản xạ không điều kiện hình thành chậm hơn, yếu hơn.
- Hoạt động thần kinh cao cấp bị biến đổi: giảm ức chế rồi giảm hưng phấn. Sự cân bằng giữa hai quá trình đó kém đi. Hậu quả là rối loạn hình thành phản xạ có điều kiện.
- Thường gặp trạng thái cường giao cảm
- Rối loạn giấc ngủ: giấc ngủ không sâu, ban ngày dễ ngủ gà.

3. Tâm lý và tư duy

- Giảm tốc độ và giảm linh hoạt
- Giảm quan tâm đến người xung quanh

- Ít hướng về cái mới mà thường quay về đời sống nội tâm
- Giảm khả năng ghi nhớ những việc mới xảy ra, những vấn đề trừu tượng.
- Trí nhớ và kiến thức chung về nghiệp vụ vẫn khá tốt.

4. Bệnh lý người cao tuổi

a. Đặc điểm chung

- Tuổi già tạo điều kiện cho bệnh phát sinh và phát triển vì:
 - Giảm các quá trình tự điều chỉnh thích nghi của cơ thể.
 - Giảm phản ứng cơ thể nhất là giảm sự tự vệ đối với các yếu tố gây bệnh như nhiễm khuẩn, nhiễm độc, các stress...
 - Giảm khả năng hấp thu và dự trữ các chất dinh dưỡng.

Khi thăm khám người cao tuổi cần phân biệt đâu là sinh lý của quá trình lão hóa hệ thần kinh do tuổi già (ví dụ như giảm thị lực, giảm thính lực, mỏi mệt, trí nhớ giảm....) và đâu là bắt đầu bệnh lý....

- Tính chất đa bệnh lý thường mắc nhiều bệnh cùng một lúc, nhất là các bệnh mạn tính, có bệnh dễ phát hiện nhưng cũng có bệnh biểu hiện kín đáo, cần đề phòng bỏ sót (khoảng 70% người cao tuổi có ít nhất một bệnh mạn tính).
- Các triệu chứng của bệnh ít khi điển hình

Bệnh bắt đầu không ồ ạt, các dấu hiệu không rõ rệt nên phát hiện bệnh thường chậm. Khi bệnh đã toàn phát các triệu chứng cũng không rõ rệt như ở người trẻ.

Bệnh mau ảnh hưởng đến toàn thân dẫn đến suy kiệt nhanh chóng. Bệnh dễ chuyển sang nặng

Tiền lượng bệnh thường nặng, không lường trước được như ở người trẻ nên phải rất thận trọng, dựa vào nhiều yếu tố để tiên lượng.

– Khả năng hồi phục bệnh kém. Khi đã qua giai đoạn cấp tính, cơ thể thường hồi phục rất chậm nên phải có một giai đoạn an dưỡng hoặc điều dưỡng và kết hợp điều trị phục hồi chức năng.

b. Những bệnh thường gặp ở người cao tuổi

– Bệnh thần kinh: tai biến mạch máu não, u não, hội chứng ngoại tháp (nhất là bệnh Parkinson), run tự phát, rối loạn mạch máu tiểu não, thiếu năng tuần hoàn não mạn tính, bệnh tủy sống nguyên nhân mạch máu, chèn ép tủy, rễ thần kinh. Viêm đa dây thần kinh.

– Bệnh tâm thần: loạn tâm thần trước tuổi già (trạng thái trầm cảm, hoang tưởng) và loạn tâm thần tuổi già (bệnh Alzheimer thể nhớ bịa, thể mê sảng)

II. KHÁM LÂM SÀNG THẦN KINH

A. HỎI BỆNH

Kết hợp hỏi bệnh nhân và người nhà

Hỏi trực tiếp bệnh nhân thường khó vì người già trả lời chậm hơn người trẻ, có khi phải nói to, nhắc lại nhiều lần và người già thường giảm thính lực và suy giảm trí lực.

Trước tiên, có một vài câu chào hỏi đơn giản để kiểm tra khả năng định hướng của bệnh nhân. Trường hợp bệnh nhân bị lú lẫn sa sút trí tuệ, khó tiếp xúc hoặc không hợp tác thì phải hỏi người thân cận nhất của bệnh nhân. Nhưng khi bệnh nhân đã ổn định, thoải mái và bình tĩnh thì vẫn cần phải hỏi lại trực tiếp với bệnh nhân. Nội dung cần hỏi là:

- Tiền sử cá nhân và gia đình: sức khỏe, bệnh tật, môi trường và điều kiện sinh sống của bệnh nhân, thói quen nghiện rượu, thuốc lá... Trình độ học vấn, kiến thức nghề nghiệp (độc hại ảnh hưởng đến sức khỏe). Đặc điểm về tính tình, tác phong sinh hoạt, ứng xử, khả năng lao động và những lời than phiền.

- Bệnh sử (quá trình bị bệnh):

Thời gian xuất hiện, triệu chứng đầu tiên.

Khởi phát từ từ, đột ngột, sau chấn thương....

Tính chất và đặc điểm chính của các triệu chứng

Tiến triển của các triệu chứng: cấp tính, mạn tính, từng đợt tăng dần hay thoái lui...

Chẩn đoán cũ.

Điều trị cũ: phương pháp? kết quả?

- 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.

Khả năng đi, đứng, ăn mặc, vệ sinh và tiếp xúc với người xung quanh, mức độ chủ động của bệnh nhân trong đời sống hàng ngày.

B. KHÁM LÂM SÀNG

Khám lâm sàng thần kinh người cao tuổi cũng theo thứ tự khám thần kinh nói chung nhưng mỗi thầy thuốc chuyên khoa đều có những trình tự, phong cách khám riêng tùy theo tình huống và bệnh cảnh lâm sàng nhưng bao giờ cũng đảm bảo khám toàn diện, hệ thống, tỷ mỉ, tránh bỏ sót trong quá trình thăm khám. Thông thường khám theo thứ tự sau:

1. Khám đầu mặt cổ

- Quan sát mặt bệnh nhân:

Vẻ mặt cân đối bình thường

Vẻ mặt sưng sờ hoặc nghèo nàn của bệnh nhân Parkinson

Các động tác tự động mặt, miệng, lưỡi trong hội chứng ngoại tháp.

Liệt nửa người ở bệnh nhân hôn mê, liệt dây VII ngoại vi

Hạn chế quay đầu cổ trong thoái hóa cột sống cổ

- Gõ (bằng đầu ngón tay giữa của thầy thuốc): tìm điểm đau ở đầu.

- Sờ, nghe động mạch vùng đầu cổ (động mạch cảnh, động mạch thái dương, động mạch mắt) nghe có thể phát hiện tiếng thổi trong những trường hợp tắc nghẽn động mạch cảnh trong hoặc cảnh ngoài, sờ có thể thấy động mạch không đập trong trường hợp bị tắc nghẽn).

2. Khám các dây thần kinh sọ não

Ở người cao tuổi cần lưu ý:

- Dây I:

Giảm khứu giác sinh lý: 60%

Bệnh Parkinson, Alzheimer có thể giảm khứu giác do thoái hóa tiến triển các tế bào khứu giác. U màng não ở tầng trước nên sọ có thể giảm dần khứu giác.

- Dây II:

Giảm thị lực sinh lý: 10-12%

Giảm thị lực do bệnh: đục thể thủy tinh, thoái hóa hoàng điểm.

Soi đáy mắt thường khó vì đồng tử co hoặc đục thể thủy tinh.

- Dây III, IV, VI:

Chức năng thần kinh thực vật

Đồng tử thường bị co: do yếu các sợi vòng của cơ mi (thể mi gồm cơ mi và tụ mạch mi)

Phản xạ đồng tử điều tiết và hội tụ: chậm hoặc mất, đôi khi thấy dấu hiệu Argyll - Robertson giả.

- Vận động nhãn cầu

Động tác liếc dọc, liếc ngang thường bị hạn chế.

Có thể có động mắt từng hồi ở bệnh nhân Parkinson hoặc Alzheimer làm cho mắt nhìn bị mờ.

Liệt dây III đơn độc có thể do đái tháo đường.

- Dây V

Phản xạ giác mạc và phản xạ nháy mắt có thể bị giảm

Zona thể mắt: giảm cảm giác dây mắt kết hợp với giảm phản xạ giác mạc.

- Dây VII:

Cần phân biệt rãnh mũi - má không cân đối trong liệt dây VII với người mang hàm răng giả, người bị rụng răng.

Khả năng phân biệt vị giác thường giảm song song với giảm khứu giác.

Nguyên nhân liệt dây VII ngoại vi ở người cao tuổi thường do đái tháo đường và zona hạch gối. Nguyên nhân

rối loạn vị giác có thể là do biến chứng của suy thận, do thiếu vitamin (vitamin B₁₂), tác dụng thứ phát của thuốc (như carbamazepin, nifedipin, lithium....)

– Dây VIII

Thính lực người cao tuổi thường bị giảm (25%). Nhưng cũng có thể do biến chứng của bệnh Paget

– Dây IX, X, XI và XII:

Liệt dây IX, X, XI và XII có thể gặp trong hội chứng giả hành não.

3. Khám vận động

Một số đặc điểm ở người cao tuổi:

– Sức cơ giảm khoảng 20-30%, nhất là giảm sức cơ ở chi dưới và ở phía thuận của cơ thể. Trương lực cơ có xu hướng hơi tăng. Hậu quả là:

- Đi đứng khó khăn

Dáng đi (điển hình ở nam giới): khi đi, thân người hơi cúi về phía trước, cánh tay và đầu gối hơi gấp, độ ve vẩy của chi trên giảm, bước đi thu hẹp. Rất khó đứng nhắm mắt co một chân.

Đi và đứng thường giạng chân để, tốc độ di chuyển chậm.

- Các nghiệm pháp phối hợp vận động và thăng bằng vẫn có thể thực hiện nhưng hơi chậm

Khi vận động khó khăn cần chú ý phát hiện thoái hóa khớp (arthrosis), hội chứng ngoại tháp, hội chứng tiền đình, hội chứng tiểu não.

4. Khám phản xạ

Phản xạ gân xương thường giảm: phản xạ gót chỉ tìm được khoảng 50%, phản xạ ở chi trên khó thấy

Phản xạ da bàn chân đôi khi đáp ứng duỗi.

Phản xạ da bụng thường mất.

Phản xạ gan tay có thể phát hiện được ở 30% người cao tuổi và thường xuất hiện hai bên, phản xạ bìu môi phát hiện được ở 20%, phản xạ nắm (grasping) cũng hay gặp mặc dù không thấy thương tổn thùy trán.

5. Khám cảm giác

- Người cao tuổi thường bị giảm cảm giác và phản ứng chậm đối với kích thích bên ngoài, tốc độ dẫn truyền thần kinh bị giảm (giảm cảm giác sờ ở lòng bàn tay và gan chân (30% trường hợp), giảm cảm giác rung ở chi dưới (60% trường hợp) tốc độ dẫn truyền thần kinh bị giảm ở chi dưới).

- Nguyên nhân rối loạn cảm giác do giảm các thụ thể (receptor) ngoại vi (như tiểu thể Meissner và Pacini), do lão hóa các dây thần kinh ngoại vi, đồi thị, vỏ não thùy đỉnh, do giảm tế bào thần kinh ở các hạch, mất dần các sợi thần kinh ở rễ sau và tủy sống, nhất là các rễ thắt lưng - cùng.

6. Khám dinh dưỡng

- Da người cao tuổi bị tiêu tổ chức mỡ, teo da - biểu bì, thương tổn tổ chức chun và mạch máu ở da. Do đó da bị mỏng đi, khô, mất khả năng đàn hồi, có nhiều nếp nhăn nhỏ. Teo da, rõ nhất ở các vùng hở, tiếp xúc với ánh sáng

(mu bàn tay, cổ tay, cẳng tay, trán, vùng sụn tai). Thương tổn tổ chức chun lại rõ nhất ở mặt, cổ, gáy, dải tai.

- Xuất huyết dưới da ở mu bàn tay, cẳng tay (xuất huyết dưới da tuổi già Bateman): các vết xuất huyết tự phát bằng đồng xu, không đều, màu đỏ thẫm, mất đi sau vài ngày, để lại nhiễm sắc thể kín đáo, hay tái phát.

- Các vết sắc tố (do ứ sắc tố ở biểu bì): màu nâu sẫm, mặt nhẵn, tròn, hình tròn hoặc bầu dục không đều, ở mu tay, cẳng tay, có thể tiến triển thành mụn cơm.

- Mụn cơm tuổi già do tăng tiết bã: màu nâu nhạt, ranh giới rõ rệt, mặt không đều, thường được phủ bằng lớp vảy, hay thấy ở mặt và ngực.

- Teo cơ thoái triển: thấy rõ ở đùi, cẳng chân và lòng bàn tay, không có giập sợi cơ.

- Râu tóc bạc ở lứa tuổi không giống nhau, có thể bị bạc trước khi da bị lão hóa.

Rụng tóc: có thể không xảy ra cùng với tóc bạc, thường rụng tóc lan toả, mức độ khác nhau tùy từng người, tiến triển rất chậm.

- Móng chân, móng tay: thường bị thoái hóa, dày sừng, vồng cong (nhất là ở ngón chân cái)

- Loãng xương: hay gặp nhất là ở các đốt sống lưng - thắt lưng, đầu trên của xương đùi do teo xương xốp. Loãng xương tuổi già ít gây đau nhưng gây biến dạng cột sống, gãy xương nhất là gãy cổ xương đùi.

- Thoái hóa khớp: do loét ở sụn và hình thành các gai ở bờ khớp, thường gặp thoái hóa khớp háng, khớp gối, khớp cột sống; gây đau, ảnh hưởng tới vận động, trường hợp thoái hóa khớp nặng có thể teo cơ. Thoái hóa khớp bắt đầu từ lúc 30 tuổi và tăng dần cùng với tuổi càng cao.

7. Khám cơ vòng

Rối loạn tiểu tiện: khoảng 10% người già có rối loạn tiểu tiện do rối loạn chức năng ở bàng quang. Nhưng đặc biệt cần phải chú ý tới bệnh lý của hố chậu và trực tràng.

Rối loạn đại tiện: có thể kết hợp với rối loạn tiểu tiện.

Nguyên nhân có thể do thương tổn hệ thần kinh (thủy trán, tiểu thụ cận trung tâm, tủy sống, dây thần kinh ngoại vi) rối loạn đại tiện ở người già phần lớn không do nguyên nhân thần kinh.

8. Khám tâm thần

- Người cao tuổi thường ngủ ít (giấc ngủ ban đêm bị gián đoạn vì những lần tỉnh giấc kèm theo cảm giác muốn đi tiểu, sáng tỉnh dậy rất sớm) trưa hoặc ban ngày thường ngủ bù. Các chức năng trí tuệ bị giảm sút. Khả năng phản ứng trước một hoàn cảnh mới, khả năng tiếp thu và nhận thức, khả năng tập việc (apprentissage) thường bị kém. Hoạt động tâm thần bị chậm chạp, có khuynh hướng trầm cảm.

- Khám tâm thần bao gồm ý thức, tri giác, chú ý trí nhớ, tình cảm, tư duy, phán đoán, hành vi và các nghiệm pháp tâm lý để đánh giá các chức năng cơ bản và trí tuệ của bệnh nhân.

Chương XV

KHÁM THÂN KINH TRẺ SƠ SINH

Khoảng hai 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? (co giật, dễ kích động, nôn mửa, ngủ gà hoặc cơn xanh tím...)

II. KHÁM LÂM SÀNG

Đẻ 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 giạng thẳng góc, đầu gối 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.

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, rụt cẳng chân vào khi bị châm kim vào gan bàn chân.

4. Các phản xạ miệng: mức độ dễ khêu gợi 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 SỌ NÃO

- Dây I: cho người mù khó chịu, trẻ bình thường sẽ nhắm mắt.

- 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 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 các phản xạ giác mạc:

- Dây VII

- Phát hiện liệt mặt khi đưa 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 bập 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 15.1) rồi quay đứa trẻ hai ba vòng. Trong khi quay nhãn cầu đứa trẻ sẽ ngã về phía quay. Khi ngừng quay thì nhãn cầu quay ngược lại hướng cũ.

- Dây IX, X, XII:

- Tìm bất thường ở vòm miệng.
- Khám phản xạ nuốt và tiếng khóc.
- Khám các động tác của lưỡi

- Dây XI:

Quan sát khi đứa trẻ quay đầu và mặt để phát hiện sức cơ thang và cơ ức - đòn - chũm.



Hình 15.1: Khám rung giật nhãn cầu

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.

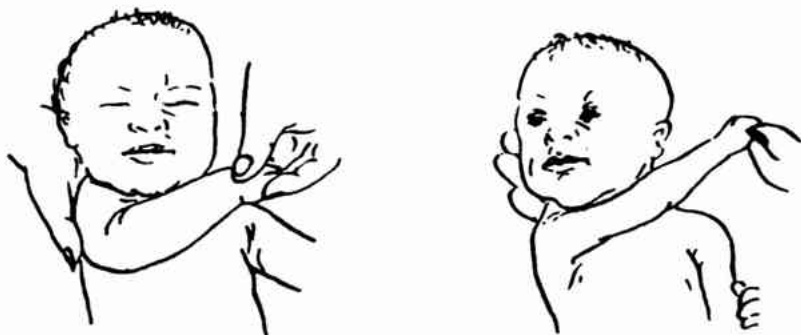
Trương lực cơ ở cổ và gáy được đánh giá bằng động tác gấp đầu ra trước, ngửa đầu ra sau, nghiêng sang hai bên

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 cằm 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 15.2)

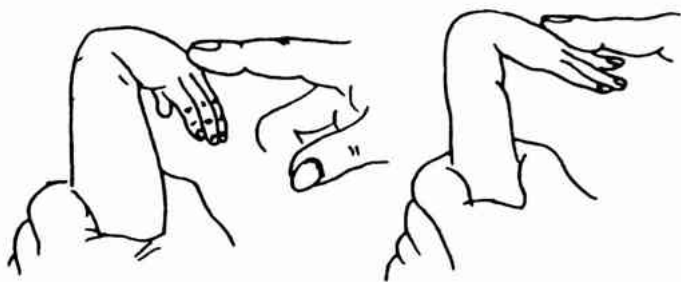


Hình 15.2: Dấu hiệu khăn quàng cổ
A. Ở trẻ em đủ tháng, B. Ở trẻ em đẻ non

- 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 15.3)

- Trương lực cơ của chi dưới được đánh giá bằng động tác khớp háng, khớp gối và khớp cổ chân.



Hình 15.3: Dấu hiệu của sổ

A. Trẻ bình thường; B. Trẻ bị liệt cứng

- Gấp đùi thẳng góc với cẳng chân rồi giạng ra. Bình thường đầu gối gần sát mặt bàn. Động tác giạng 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 15.4) nhưng ở trẻ đẻ non có thể duỗi được hoàn toàn (hình 15.5)



Hình 15.4: Duỗi khớp gối

- Trẻ đủ tháng



Hình 15.5: Trẻ đẻ non

- Gấp bàn chân thụ động về phía mu chân thì mu bàn chân tới sát mặt trước cẳng chân (ở trẻ sơ sinh đủ tháng) (hình 15.6). 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?



Hình 15.6: 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 khoé 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.

- Kích thích ở giữa môi trên, môi đứa trẻ sẽ nâng lên, để hở lợi và lưỡi hướng tới nơi kích thích. Lưỡi 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.

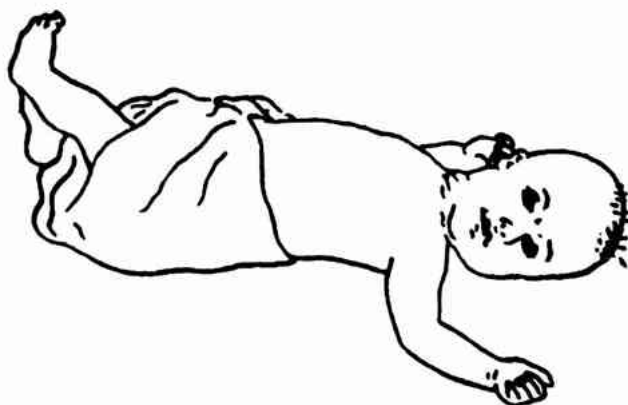
b. Phản xạ co cứng do tư thế cổ:

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 15.7). 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

Có ba cách gây phản xạ Moro:



Hình 15.7: 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 15.8) 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 giạng và duỗi tay, bàn tay mở ra (hình 15.8) (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 15.8: Cách khám phản xạ Moro



Hình 15.9: 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: tối 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 thương tổn não.

Phản xạ Moro ở trẻ đẻ non có khuynh hướng rơi xuống mặt giường trong giai đoạn giật

- Phản xạ Moro không đối xứng thường gặp trong:

- Chấn thương khi lọt lòng gây thương tổn đám rối thần kinh cánh tay, gãy xương đòn hoặc xương cánh tay.
- Liệt nửa người

d. Phản xạ nắm

- Cách khám

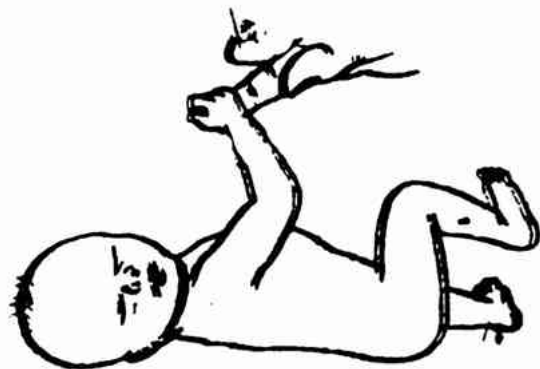
Người khám đưa ngón tay của mình cho đứa trẻ nắm, sau đó nhẹ nhàng nhắc ngón tay lên.

- 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 15.10)

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 nhắc 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 thương tổn não.
- Phản xạ nắm mất đối xứng gặp trong liệt nửa người.
- Phản xạ nắm tồn tại lâu: biểu hiện liệt cứng do thương tổn não.



Hình 15.10: 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 mũi chéch lên. Phản xạ này gặp 75% ở trẻ em trong tháng đầu, tới 5-6 tháng thì phản xạ này không nhạy nữa.

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 thất 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 thương tổn não.

2. Phản xạ gân xương

Ở trẻ sơ sinh phản xạ gân xương có giá trị nhất và dễ khêu gọi nhất là phản xạ gân cơ nhị đầu cánh tay, phản xạ bánh chè. Phản xạ gót chỉ dễ khêu 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 - bìu.

Nếu khám kiên trì có thể phát hiện được phản xạ da bụng, phản xạ đùi - bìu (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 thương tổn thần kinh.

4. Phản xạ da bàn chân

André 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 bọc máu dưới màng cứng.
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
8. Chụp cắt lớp vi tính (Computed Tomography)
9. Chụp cộng hưởng từ (MRI, MRA)
10. Chụp cắt lớp phát xạ photon đơn (SPECT)
11. Chụp cắt lớp phát xạ positron (PET)

Chương XVI

CHƯƠNG TRÌNH KHÁM THẦN KINH NGẮN GỌN (HỒ HỮU LƯƠNG, 1989)

Trong thực hành lâm sàng thần kinh, nhiều khi người thầy thuốc phải khám xét nhiều người trong một thời gian ngắn, cần có một chương trình khám thần kinh ngắn gọn. Tuy nhiên nếu phát hiện được triệu chứng gì nghi ngờ về một bệnh thần kinh cần phải khám lâm sàng kỹ lưỡng và hệ thống về bệnh đó.

I. HỎI BỆNH

1.1. Họ, tên, tuổi

1.2. Quá trình phát triển của bệnh

1.3. Tiền sử bản thân và gia đình

1.4. Nghề nghiệp

1.5. Điều kiện sinh hoạt

II. KHÁM THẦN KINH

Cần được khám một cách toàn diện (mặc dù chỉ là định hướng)

Chú ý lời nói, khả năng linh hoạt, tốc độ và mức độ thực hiện chính xác các động tác có thể cho một vài khái niệm về tâm lý người bệnh

2.1. Quan sát (nhìn)

2.1.1. Quan sát dáng đi

- Dáng đi lết vòng hay dáng đi như gà gập trong liệt cứng nửa người hay liệt cứng hai chi dưới.
- Dáng đi Parkinson
- Dáng đi tiểu não (dáng đi mất điều hoà - ataxia)
- Dáng đi tabes
- Dáng đi chân rữ: bàn chân rữ một bên do thương tổn dây thần kinh hông khoeo ngoài, bàn chân rữ hai bên do viêm đa rễ dây thần kinh.
- Dáng đi kiểu múa Ballet: gập trong bệnh não trẻ em, bệnh Little.
- Dáng đi ngồng: thường gặp trong các bệnh cơ
- Dáng đi Hysteria: đi kiểu kéo gối, kéo bàn chân trên sàn nhà

2.1.2. Quan sát tư thế

- Tư thế Wernicke - Mann: gặp trong liệt cứng nửa người do thương tổn bó tháp.
- Tư thế bệnh nhân Parkinson
- Tư thế "cò súng": gặp trong hội chứng màng não
- Tư thế duỗi cứng mất não.
- Tư thế co cứng mất vỏ não.

2.1.3. Quan sát nét mặt

- Nét mặt ít sinh động: có thể là do sần uất, hoặc do giảm vận động trong hội chứng Parkinson.

– Nét mặt trong bệnh liệt cơ: trong quá trình hồi bệnh có thể thấy liệt mặt tăng lên.

2.1.4. Quan sát tình trạng teo cơ

2.1.5. Quan sát vận động tùy ý

2.1.6. 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) có cứng vẹo cổ (torticolis), máy cơ (tics), cơn co giật.

2.1.7. Quan sát khi bệnh nhân ngồi gờ 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 chi đó bị liệt, nếu thấy run ta cần khám kỹ chức năng ngoại tháp, tiểu não.

2.2. Sờ

2.2.1. Sờ nắn sọ và các mỏm gai đốt sống đôi khi có thể phát hiện chỗ khuyết lõm do chấn thương, các sẹo, các thương tổn phá hủy hoặc khối u.

2.2.2. Sờ nắn các động mạch cảnh ở cổ và tìm sự mất đối xứng giữa các mạch đó.

2.3. Gõ

Gõ vào sọ và các mỏm gai có thể thấy đau tại chỗ trong trường hợp bị áp xe ngoài màng cứng, đốt sống bị chấn thương hoặc bị lao....

2.4. Nghe

2.4.1. 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.

2.4.2. 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, nghi tới căn nguyên mạch máu gây ra thương tổn trong sọ.

2.5. 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.

2.5.1. Khám đồng tử

Bệnh nhân đứng đối diện với nguồn sáng

2.5.11. Xác định hình dạng và kích thước đồng tử bằng cách quan sát.

– Đồng tử co hay giãn

• Đồng tử co (khi đường kính đồng tử dưới 3mm) do các nguyên nhân

Các nguyên nhân ở não

Thương tổn cung phản xạ đồng tử hoặc các trung tâm của đồng tử

Thương tổn tủy (bệnh tabes)

Các thuốc làm co đồng tử

- Đồng tử giãn (khi đường kính đồng tử trên 5mm) do các nguyên nhân (xem trang 68):

Liệt dây III

Các nguyên nhân gây liệt dây III cũng là những nguyên nhân gây giãn đồng tử.

Thương tổn ở khoảng giữa các nhân của đồng tử và hạch mi

Thương tổn ở hạch mi

Thương tổn giữa hạch mi và mắt

Do kích thích thần kinh giao cảm

Các thuốc làm giãn đồng tử

Các bệnh của mắt gây giãn đồng tử

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

- Đồng tử không đều:

Do dị dạng bẩm sinh hoặc do phân bố không đều thần kinh giao cảm của mắt.

Do viêm mống mắt hay dính mống mắt.

Do bệnh liệt toàn thể tiến triển do giang mai

Biến dạng đồng tử có thể là do thương tổn 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:

2.5.1.2. Khám phản xạ đồng tử với ánh sáng, phản xạ đồng tử điều tiết và 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 tủy, rạn nền sọ, thương tổn thân não, nghiện rượu).

2.5.2. Quan sát vị trí và vận động của nhãn cầu

2.5.2.1. Lác (lác trong hay lác ngoài)

- Nguyên nhân: do thương tổn dây III (lác ngoài), thương tổn dây VI (lác trong), do dị tật bẩm sinh hoặc do nguyên nhân bất thường ở mắt.

Trường hợp lác bẩm sinh hoặc do nguyên nhân ở mắt không thấy có song thị.

Trường hợp lác do thương tổn dây III hoặc dây VI, bệnh nhân bị song thị khi liếc mắt về bên liệt.

Phân biệt song thị thực sự với song thị hysteria: lấy bàn tay bịt một mắt lại, song thị thực sự sẽ mất.

2.5.2.2. 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 đè động mạch cảnh sẽ có rung giật nhãn cầu, chóng mặt). Nguyên nhân do thiếu năng 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 mạnh. 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).

2.5.3. Quan sát các cơ mặt

2.5.3.1. Liệt mặt kiểu ngoại vi

- Khi nghỉ thì mặt không cân xứng, khe mi rộng, mắt nhắm không chặt rãnh mũi má mờ, góc miệng hạ thấp.

- Yêu cầu bệnh nhân: nhắm trán, nhắm nghiêng mắt, nhắm mũi, há rộng miệng hoặc nhe răng v.v... biểu hiện mất cân xứng càng rõ.

- Dấu hiệu Charles - Bell ở bên liệt
- Phản xạ trên ổ mắt (phản xạ Mac Carthy)
- Phản xạ mũi - mi bên liệt bị giảm hoặc mất
- Nếu liệt mặt chuyển sang liệt mặt cơ cứng:

Nét mặt khi thành thoi: mặt bên liệt hẹp khe mi, rãnh mũi - má sâu hơn, góc miệng lệch ra ngoài và lên trên đôi khi nhìn thấy đầu mũi hơi lệch về phía bên bệnh, da phần bên của cổ bị co kéo; mặt lệch về bên liệt; thỉnh thoảng thấy giật các bó cơ và sợi cơ tự phát ở cơ dưới cằm, góc miệng, gò má, trán; tăng kích thích các cơ mặt, có dấu hiệu Chvostek, có đồng động bệnh lý các cơ mặt (khi nhắm mắt thì môi và góc miệng bên bệnh nhích lên hoặc khi nhắm mắt thì cánh mũi bên bệnh nhấc lên; cơ cứng cơ mặt bao giờ cũng kèm theo triệu chứng đau ở bên liệt, ấn đau vùng đuôi lông mày, gò má, sau tai.

2.5.3.2. Liệt mặt kiểu trung ương

Chỉ nhóm cơ nửa dưới mặt bị liệt, không có dấu hiệu Charles - Bell, phản xạ Mac Carthy, phản xạ mũi - mi không bị giảm và thường kèm theo liệt nửa người kiểu trung ương.

(Chú ý: 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).

2.5.4. Quan sát các cơ lưỡi.

2.5.4.1. Liệt các cơ lưỡi kiểu trung ương.

Lệch lưỡi kết hợp với liệt nhóm cơ nửa dưới mặt và các triệu chứng của bó tháp. Bên thương tổn có:

- Teo nửa lưỡi
- Rụng thớ cơ
- Yêu cầu phát âm từ cần vận động lưỡi (r,e,...)
- Lệch lưỡi: thè lưỡi thì lưỡi bị lệch về bên bệnh. Khi rút lưỡi vào thì lệch về bên lành.

• Nghiệm pháp ấn lưỡi vào má: 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 bên lành được.

Thương tổn dây XII cả hai bên sẽ gây liệt và teo lưỡi hoàn toàn dẫn tới loạn vận ngôn (dysarthria) hoặc mất vận ngôn (anarthria)

2.5.4.2. 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).

Thương tổn cả hai bên dây XII, X, IX: có thể do thương tổn hai bên hành não (hội chứng liệt hành não) hoặc do thương tổn 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.

2.6. Khám chi trên

2.6.1. Khám sức cơ chi trên

– Yêu cầu bệnh nhân giơ hai tay bằng vai ra trước, đồng thời xòe 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:

- Nghiệm pháp đối chiếu ngón cái - ngón trỏ (hình 3.9)

Bên nào liệt thì ngón trỏ của người khám qua được vòng tạo bởi ngón cái và ngón trỏ bệnh nhân trong vòng 3 giây.

2.6.2. Khám phối hợp vận động chi trên

Để định hướng nhanh chóng về sự mất điều hoà (ataxie):

- Nghiệm pháp ngón tay trỏ - mũi
- Nghiệm pháp ngón - ngón

2.6.3. Khám phản xạ gân xương chi trên

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 phản xạ gân cơ nhị đầu (hình 5.2)
- Khám phản xạ trâm - quay (hình 5.3A và B)
- Khám phản xạ gân cơ tam đầu (hình 5.4 và hình 5.5)

Nếu mất phản xạ ở một bên hoặc phản xạ không đều có ý nghĩ bệnh lý rất lớn

2.6.4. Khám phản xạ bệnh lý bó tháp chi trên

Phản xạ Rossolimo, phản xạ Hoffmann

2.7. Khám chi dưới

2.7.1. Khám sức cơ chi dưới

- Nghiệm pháp gấp mạnh ngón chân cái (hình 3.10A)
- Nghiệm pháp duỗi mạnh ngón chân cái (hình 3.10B)
- Nghiệm pháp gấp bàn chân (hình 3.11A)
- Nghiệm pháp duỗi bàn chân (hình 3.11B)

2.7.2. Khám phối hợp vận động của chi dưới

Nhằm phát hiện sự mất điều hoà (ataxia) ở chi dưới trong thương tổn tiểu não hoặc trong rối loạn cảm giác sâu.

- Nghiệm pháp gót - gối.
- Nghiệm pháp gấp phối hợp đùi với thân (Babinski)

2.7.3. Khám phản xạ gân xương chi dưới

- Phản xạ gối: (chú ý dùng biện pháp Jendrassik)

- Phản xạ gót: khám ở tư thế quỳ

2.7.4. Khám phản xạ bệnh lý bó tháp

Khám phản xạ bệnh lý bó tháp Babinski, dấu hiệu Hồ Hữu Lương (dấu hiệu này xuất hiện sớm và có độ nhạy cao nhất trong các phản xạ bệnh lý bó tháp).

2.8. Khám phản xạ da bụng

Bệnh nhân nằm ngửa, co hai chân, quệt kim khi thở ra (lúc nghỉ ngấn trước khi thở vào)

Phản xạ da bụng mất hoặc không đều là một trong những triệu chứng sớm của thương tổn 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.

2.9. Test tâm lý

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 (hình 1.7)
- Test bấm huyết nội quan (hình 1.8)

Nếu test bấm huyết ấn đường và Nội quan dương tính (không mở mắt, không xoè bàn tay ra được) chứng tỏ bệnh nhân dễ bị ám thị. Hai test này góp phần chẩn đoán phân biệt bệnh thực thể và hystéria.

2.10. Chẩn đoán

Quá trình chẩn đoán thường theo thứ tự sau

2.10.1. Đánh giá tỷ mỉ và có trình tự các triệu chứng chủ quan và khách quan.

2.10.2. Tập hợp các triệu chứng thành các hội chứng

2.10.3. Chẩn đoán định khu thương tổn

2.10.4. Chẩn đoán nguyên nhân thương tổn

Tập hợp các tư liệu thu được từ bệnh sử, khám nội chung, khám chuyên khoa và khám thần kinh, nhiều trường hợp cốt hệ 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.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. M.W.Van Allen - pictoral manual of neurologic tests, Chicago, 1969
2. Cambier J., Masson M., L chevalier, B. (Creissard) P., Delaporte P., Dehen H.-Abrégé de neurologie Paris, 1972
3. Joseph G.Chusid, Joseph J. McDonald - Corela - tive neuroanatomy and Functional neurology. Lange medical publications Los Altos California, 1960.
4. Andre Gouazé, Jacques Lafont, Jean - Jacques Santini - Giải phẫu thần kinh lâm sàng - Nguyễn Văn Đăng và Lê Quang Cường dịch, Nhà xuất bản y học, 1994.
5. Lê Đức Hình - Khám lâm sàng thần kinh người cao tuổi Hội thảo y học lần thứ 2 về lão hoá não, Hà Nội 23-2-3000, 3-10.
6. Hồ Hữu Lương - Phục hồi chức năng đối với người liệt hai chi dưới do chấn thương cột sống - tủy sống. Nhà xuất bản Y học, 2005.
7. Hồ Hữu Lương - Dấu hiệu mới trong phát hiện thương tổn bó tháp. Tập san thần kinh học, 2005, trang 16-19
8. Hồ Hữu Lương - Nhận xét 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, 1-7

9. Hồ Hữu Lương - Nhận xét một số đặc điểm lâm sàng và kết quả phục hồi chức năng trong thương tổn cột sống có liệt hai chi dưới. Luận án tiến sĩ Y học, 1987, trang 27-30
10. Hồ Hữu Lương - Nhận xét kết quả phục hồi vận động sớm ở 14 thương binh liệt do chấn thương và vết thương cột sống. Tư liệu Y học quân sự. tổng cục hậu cần, 1979, tập 4, trang 77-84
11. John Maleot - Clinical axamination, London 1973
12. Pesquignot H.-Précis de pathologie medicale Masson, 1966, tome VIII, 340
13. Joseph G. Rushton - Clinical axamination - W.B Sauder company, Philadelphia. London Toronto, 1971
14. Nguyễn Sĩ Tân, Hồ Hữu Lương - Bài giảng thần kinh. Đại học quân y, 1972
15. Triumfov A.V - Chẩn đoán định khu các bệnh thần kinh. Moskva, 1974, 205 - 208

MỤC LỤC

CHƯƠNG I: Phương pháp làm bệnh án thần kinh	5
CHƯƠNG II: Khám 12 đôi dây thần kinh sọ não	33
CHƯƠNG III: Khám vận động	135
CHƯƠNG IV: Khám phối hợp vận động và thăng bằng	167
CHƯƠNG V: Khám phản xạ	177
CHƯƠNG VI: Khám cảm giác	217
CHƯƠNG VII: Khám dinh dưỡng	242
CHƯƠNG VIII: Khám cơ vòng	248
CHƯƠNG IX: Khám hệ thần kinh thực vật và các triệu chứng rối loạn	253
CHƯƠNG X: Khám các cử động tinh vi, khám thực dụng động tác, khám chức năng ngôn ngữ, chỉ số trí tuệ	274
CHƯƠNG XI: Khám màng não	301
CHƯƠNG XII: Khám hội chứng thất lưng hông	308
CHƯƠNG XIII: Khám bệnh nhân hôn mê	326
CHƯƠNG XIV: Khám thần kinh người cao tuổi	350
CHƯƠNG XV: Khám thần kinh trẻ sơ sinh	360
CHƯƠNG XVI: Chương trình khám thần kinh ngắn gọn	375

NHÀ XUẤT BẢN Y HỌC

KHÁM LÂM SÀNG HỆ THẦN KINH

Chịu trách nhiệm xuất bản
HOÀNG TRỌNG QUANG

<i>Biên tập:</i>	BS. VŨ THỊ BÌNH
<i>Sửa bản in:</i>	VŨ THỊ BÌNH
<i>Trình bày bìa:</i>	CHU HÙNG
<i>Kt vi tính:</i>	HUỆ CHI

In 1.000 cuốn, khổ 13 x 19cm tại Xưởng in Nhà xuất bản Y học.
Số đăng ký kế hoạch xuất bản: 23-2006/CXB/522-271/YH.
In xong và nộp lưu chiểu quý I năm 2006.