

PGS.TS. NGUYỄN VĂN CHƯƠNG

THỰC HÀNH LÂM SÀNG

THẦN KINH HỌC

TẬP I - KHÁM LÂM SÀNG HỆ THẦN KINH



NHÀ XUẤT BẢN Y HỌC



BÁC SĨ HOA SÚNG

MỤC LỤC

Lời nói đầu	3
Phương pháp làm bệnh án thần kinh	7
Khám các dây thần kinh sọ não	28
Khám chức năng vận động	81
Khám chức năng cảm giác	98
Khám phối hợp vận động và thăng bằng	113
Khám chức năng phản xạ	124
Khám hội chứng thất lưng - hông	147
Khám hội chứng màng não	159
Khám chức năng thực vật	166
Khám bệnh nhân hôn mê	171

PHƯƠNG PHÁP LÀM BỆNH ÁN THẦN KINH

I. MỞ ĐẦU

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

Trong khi tiếp xúc với bệnh nhân cũng như người hộ tống, hoặc người nhà bệnh nhân để khai thác bệnh sử và làm bệnh án, người thầy thuốc cần kiên trì lắng nghe họ trình bày, đồng thời xen vào những câu hỏi có tính chất định hướng để lời kể bệnh được sát thực hơn với nội dung cần thiết của bệnh án.

Cách khai thác bệnh sử, cách khám bệnh cần được tiến hành tuần tự và tiêu chuẩn hoá để tránh nhầm lẫn, bỏ sót.

Cũng như bệnh án của các chuyên ngành khác, ngoài phần thủ tục hành chính và các dữ kiện để xác định các yếu tố chung về danh tính của bệnh nhân thì nội dung bệnh án thần kinh gồm có 3 phần: phần hỏi bệnh; phần khám bệnh và phần kết luận. Tuy nhiên bệnh án thần kinh còn có những đặc điểm riêng về trình tự và về cách mô tả các triệu chứng lâm sàng.

Bệnh án thần kinh dành cho các bệnh nhân vào thường quy có mẫu in sẵn. Sau đây chúng tôi xin giới thiệu phương pháp trình bày và hoàn thành một bệnh án chuyên ngành này.

II. TIẾN HÀNH LÀM BỆNH ÁN

1. Phần hỏi bệnh

1.1. Lý do vào viện

Trong phần này cần hỏi kỹ bệnh nhân và ghi vào đây triệu chứng chính làm cho bệnh nhân thấy phiền hà, lo lắng khiến bệnh nhân phải đi khám bệnh.

Ví dụ: Đau đầu, mất ngủ.

Đau thắt lưng lan xuống chân (phải hoặc trái).

Liệt 2 chân.

Liệt nửa người.

Co giật tứ chi...

1.2. Bệnh sử

Khi khai thác bệnh sử người thầy thuốc nhất thiết phải yêu cầu bệnh nhân hoặc người nhà, người hộ tống trả lời những câu hỏi sau:

Thời gian khởi phát của bệnh: cần khai thác và ghi rõ ràng thời gian khởi phát của bệnh, tốt nhất là theo ngày-tháng-năm công lịch.

Ví dụ: bệnh phát bệnh ngày 28-02-2002..., và hạn chế càng nhiều càng tốt cách diễn đạt theo kiểu: cách đây 2 tháng...hay; từ một năm nay...

Cách khởi phát: ghi rõ bệnh khởi phát đột ngột hay từ từ? Các triệu chứng đạt mức độ nặng nề tối đa ngay từ những giờ phút đầu tiên khi khởi phát hay tăng nặng dần trong những giờ, những ngày tiếp theo?

Hoàn cảnh khởi phát: cần làm sáng tỏ khi khởi phát bệnh nhân đang làm gì? đang nghỉ ngơi hay đang làm việc, có liên quan tới căng thẳng thể lực và tinh thần không? Có liên quan tới rượu bia không? có liên quan tới chấn thương không? Trong trường hợp có liên quan với chấn thương cần nêu rõ mức độ ảnh hưởng của chấn thương (có ảnh hưởng tới sọ não không? Có gây mất ý thức không; có thấy tê, yếu một nửa người không, có đau đầu, nôn hoặc buồn nôn sau chấn thương không?...)

Các triệu chứng trong giai đoạn khởi phát: trong phần này cần nêu cho được bệnh bắt đầu với những triệu chứng gì. Khai thác rõ đặc điểm, tính chất của các triệu chứng. Thông thường trong giai đoạn khởi phát, bên cạnh các triệu chứng đặc trưng của bệnh còn có nhiều các triệu chứng không đặc trưng khác. Chúng ít có ý nghĩa trong chẩn đoán định khu nhưng lại có thể là những cứ liệu tốt để chẩn đoán nguyên nhân; ví dụ triệu chứng sốt...

Diễn biến của bệnh: nói một cách ngắn gọn diễn biến của bệnh, có nghĩa là: các triệu chứng đã xuất hiện (đã có) thay đổi như thế nào, và những triệu chứng nào mới xuất hiện trong những giờ (ngày) sau khi bệnh khởi phát. Sự thay đổi các triệu chứng này cần được nêu rõ vào ngày thứ bao nhiêu của bệnh. Ví dụ: vào ngày thứ 5 của bệnh, bệnh nhân hết sốt..., ngày thứ 10 của bệnh, bệnh nhân có biểu hiện rối loạn cơ vòng... Các triệu chứng cần được mô tả kỹ càng (ở đâu, tính chất, mức độ, đặc điểm...). Nếu là cơn động kinh hoặc cơn đau đầu mạn tính cần được mô tả tỷ mỉ và được lưu trong nhật ký bệnh.

Ngoài ra cần nêu rõ cách tiến triển của bệnh: cấp tính, mạn tính, thành đợt, thành nấc hay giảm dần?

Bệnh nhân đã được khám ở những đâu, được chẩn đoán và điều trị như thế nào? kết quả ra sao?

Trong phần này cần tóm tắt những chẩn đoán (đã hoặc chưa được xác minh bằng các phương pháp cận lâm sàng) và các phương pháp điều trị đã được vận dụng cũng như kết quả điều trị đã đạt được.

Tình trạng hiện tại: cần nêu rõ bệnh nhân còn những triệu chứng gì? triệu chứng nào khiến cho bệnh nhân khó chịu nhất vào thời điểm làm bệnh án.

Tình trạng hiện tại so với khi khởi phát có thay đổi gì (hoặc tăng nặng) không?...

1.3. Tiền sử

– Tiền sử bản thân: trong phần này cần có một số câu hỏi định hướng như sau:

Thời thơ ấu: con thứ mấy, đặc điểm sinh nở, quá trình phát triển, tuổi dậy thì, tình hình học tập.

Đời sống cá thể: cuộc sống tự lập, nghề nghiệp, hôn nhân.

Tiền sử bệnh tật: đã mắc bệnh này bao giờ chưa? còn có bệnh mạn tính nào khác không?

– Tiền sử gia đình :

Trong gia đình có ai mắc bệnh truyền nhiễm không?

Trong gia đình có ai mắc bệnh tương tự không? (quan trọng nhất là những người có mối quan hệ huyết thống cấp I - cùng cha cùng mẹ và cấp II - cùng cha khác mẹ

hoặc cùng mẹ khác cha với bệnh nhân): để xác minh các bệnh có tính chất gia đình và di truyền.

1.4. Điều kiện sinh hoạt và lao động

Xác định điều kiện ăn ở, sinh hoạt, lao động và mức sống của bệnh nhân (có thể có ảnh hưởng tới điều kiện phát sinh bệnh tật).

1.5. Yếu tố dịch tễ

Đối với các bệnh có thể xảy ra thành dịch, cần khai thác xem ở cơ quan, đơn vị, trong gia đình hoặc nơi ở và sinh hoạt của bệnh nhân còn có ai mắc bệnh như vậy không?

2. Phần khám bệnh

2.1. Khám toàn thân

Trong phần này cần đánh giá được toàn trạng bệnh nhân, đưa ra những nhận xét về hình dáng, tầm vóc cơ thể, tình trạng của da, niêm mạc, độ lớn của tuyến giáp, hệ thống hạch lympho...

2.2. Khám tuần hoàn

Tim: nhận xét tần số, nhịp và tiếng đập của tim, có tạp âm không?; mạch: nhịp, tần số và độ nảy của mạch, tuần hoàn bàng hệ... ; huyết áp...

2.3. Khám tiêu hoá

Hình dáng bụng, thành bụng (mềm hay chướng căng, tham gia nhịp thở...); độ lớn và mật độ của gan lách, có dịch cổ trướng không? các điểm ngoại khoa...

2.4. Khám hô hấp

Hình dáng lồng ngực, tình trạng thở, tính chất tiếng gõ và các giới hạn của phổi khi thở ra, hít vào (hít sâu, thở ra tối đa...), nghe và nhận xét tiếng thở, các tiếng ran (nếu có), tiếng cọ màng phổi...

2.5. Khám tiết niệu- sinh dục

Tình trạng tiểu tiện (đái dầm, đái khó...), các dấu hiệu về thận (rung thận, chạm thận, bập bênh thận...), các điểm niệu quản ấn có đau không? tình trạng phát triển của bộ phận sinh dục ngoài.

2.6. Khám các chuyên khoa

Cần khám tai - mũi - họng, răng- hàm- mặt và đưa ra những nhận xét sơ bộ.

2.7. Khám tâm thần

Nhận xét về hành vi, tác phong, cách ăn mặc: tình trạng trang phục và tình trạng vệ sinh cơ thể...; đánh giá các chức năng tâm thần (ý thức, định hướng, trí nhớ, khí sắc, tư duy (nội dung, kết cấu và hình thức, có hoang tưởng không...); tri giác (điều tra xem bệnh nhân có ảo giác không)...

2.8. Khám thần kinh

2.8.1. Khám 12 đôi dây thần kinh sọ não:

- Dây I: khứu giác giảm, mất hay có ảo khứu?
- Dây II:

Thị lực: bình thường, mất (amaurosis), mất thoáng qua (amaurosis fugax) hay giảm (mức độ giảm), có rối loạn nhìn màu không?

Thị trường: còn hay mất, mất hoàn toàn hay mất một phần (còn gọi là ám điểm hay scotom), có bán manh (hemianopsie) không và bán manh loại gì (cùng tên, khác tên)?...

Đáy mắt: nhận xét tình trạng gai thị thần kinh (bình thường, teo hay phù nề...), có dấu hiệu Salus - Gun không? Hình dáng động và tĩnh mạch, có xuất tiết xuất huyết không, hoàng điểm có ánh trung tâm không?...

Khả năng phân biệt màu sắc?

Có rối loạn phản xạ thị - mi không?

– Dây III, IV, VI:

Vận động nhãn cầu về các phía có hài hoà cân đối không? Có lác không? Có song thị không và có khi nhìn về phía nào?

Có giãn đồng tử, lác ngoài, sụp mi hoặc rối loạn điều tiết và hội tụ không? đó là những triệu chứng biểu hiện tổn thương dây III hoàn toàn.

– Dây V:

Cảm giác từ đỉnh đầu ra trước và toàn bộ phần da mặt có rối loạn không? ấn các điểm xuất chiếu bệnh nhân có đau không?

Vận động các cơ nhai, cơ cắn: khi nhai, há miệng thì cằm có lệch về bên nào không?

Khám và nhận xét phản xạ giác mạc.

– Dây VII:

Cảm giác vị giác 2/3 trước lưỡi, cảm giác vùng trước ngoài ống tai ngoài (tam giác Ramsay - Hunt).

Vận động các cơ bám da mặt (các nếp nhăn trán, má, và mép, vị trí của nhân trung), có nghe vang đau không?

Chức năng thực vật, dinh dưỡng: tiết nước mắt, tiết nước bọt.

Chức năng phản xạ: phản xạ mũi - mi, thị - mi, giác mạc.

– Dây VIII:

Chức năng tiền đình: có mất thăng bằng không, có chóng mặt và rung giật nhãn cầu không?.

Chức năng thính giác: có giảm, mất thính lực hoặc có ảo thanh không?.

– Dây IX và dây X: hai dây này có nhiều chức năng giống nhau nên thường được khám và đánh giá cùng nhau.

Vận động các cơ vùng họng- hầu phục vụ động tác nuốt và phát âm (có nói ngọng không, có nghẹn đặc sắc lỏng không?).

Cảm giác: cảm giác vị giác 1/3 sau lưỡi và cảm giác vùng họng- hầu

Thực vật: chi phối cho tuyến nước bọt mang tai.

– Dây XI: vận động cơ thang và cơ ức- đòn- chũm có bình thường không?

– Dây XII:

Vận động cơ lưỡi: có teo lưỡi không, khi thè lưỡi ra và rút lưỡi vào đầu lưỡi có lệch về bên nào không?

2.8.2. Khám vận động:

Bằng các phương pháp khám khác nhau (yêu cầu bệnh nhân vận động chủ động từng chi, các khúc chi, sử dụng các nghiệm pháp khám sức cơ và cho bệnh nhân co cơ chống lại sức cản do thầy thuốc tạo ra) cần phát hiện cho ra các rối loạn vận động sau:

- Liệt (giảm hoặc mất sức cơ).
- Những rối loạn trương lực cơ (tăng, giảm, mất).
- Các động tác cử động bất thường (co giật, run, các động tác múa vờn, múa giật, múa vung nửa người...).

2.8.3. Khám phản xạ:

Nhận xét sự đáp ứng của các phản xạ sinh lý: phản xạ gân xương, phản xạ da bụng, phản xạ da đùi- bìn, phản xạ da hậu môn....

Phát hiện các phản xạ bệnh lý như phản xạ bệnh lý bó tháp (nhóm gấp và nhóm duỗi), phản xạ tự động tuỷ (phản xạ ba co); các phản xạ tự động miệng (phản xạ trọc)....

2.8.4. Khám cảm giác:

Nhận xét chức năng cảm giác của các vùng khác nhau trên cơ thể, ghi rõ cụ thể loại cảm giác nào bị rối loạn (cảm giác nông, sâu hay cảm giác phức tạp) và rối loạn cảm giác kiểu gì (tăng, giảm hay phân ly...).

2.8.5. Khám hội chứng tiền đình- tiểu não:

Bệnh nhân có rối loạn thăng bằng không, có rung giật nhãn cầu (Nystagmus), có chóng mặt không và sự hài hoà của các triệu chứng đó?

Rối loạn điều chỉnh, nói, chữ viết, trương lực cơ....?
Khả năng thực hiện các động tác đối lập liên tục...?

2.8.6. Khám hội chứng màng não:

Các triệu chứng cơ năng: táo bón, đau đầu, nôn, tăng cảm toàn thân...

Các dấu hiệu: cứng gáy, Kernig, Brudzinski, vạch màng não....

2.8.7. Khám thực vật, dinh dưỡng, cơ vòng: nhận xét bệnh nhân có teo cơ, có loét các điểm tỳ không? tình trạng da có khô không...

2.8.8. Khám hội chứng thất lưng - hông: tìm các dấu hiệu, triệu chứng biểu hiện tổn thương cột sống và các rễ thần kinh của đám rối thần kinh thất lưng- cùng.

3. Phần kết luận

3.1. Tóm tắt bệnh án

Do phần tóm tắt chỉ chiếm một tỷ trọng nhỏ trong bệnh án nên yêu cầu nêu ngắn gọn những yếu tố bệnh sử và kết quả thăm khám dương tính phục vụ cho chẩn đoán bệnh hiện hữu của bệnh nhân. Không nên ôm đồm đưa tất cả kết quả hỏi và khám bệnh trong các phần trên của bệnh án vào phần này.

Ví dụ trong phần tóm tắt bệnh án của một bệnh nhân tai biến mạch máu não ta cần nêu những vấn đề sau:

— Tóm tắt phần bệnh sử:

Chỉ nên nêu giới tính, tuổi của bệnh nhân, tiền sử liên quan (tăng huyết áp, bệnh lý tim- mạch...) và phần bệnh sử chỉ nên nêu bật các đặc điểm: khởi phát đột ngột, có triệu chứng biểu hiện tổn thương não (thường là tổn thương khu trú), các triệu chứng tồn tại quá 24 giờ và không có yếu tố chấn thương. Ngoài ra cần nêu rõ bệnh nhân có đau đầu, nôn, sốt khi khởi phát không.

– Tóm tắt phần khám bệnh:

Nêu tình trạng ý thức của bệnh nhân, triệu chứng tổn thương các dây thần kinh sọ não (ví dụ dây VII, dây VI...) nếu có, triệu chứng rối loạn vận động (liệt chân, tay; ở đâu liệt nặng hơn, có rối loạn ngôn ngữ kèm theo không), cảm giác, thực vật dinh dưỡng, phản xạ, cơ vòng, hội chứng màng não....

3.2. Chẩn đoán

Một chẩn đoán chuyên khoa thần kinh bao giờ cũng bao gồm các phần sau:

Chẩn đoán hội chứng: cần chỉ ra phần cơ thể nào của bệnh nhân có biểu hiện bệnh lý. Ví dụ hội chứng liệt nửa người, hội chứng hạ liệt, hội chứng suy nhược thần kinh, hội chứng thất lưng hông...

Chẩn đoán định khu: cần chỉ rõ vị trí nào của hệ thần kinh bị tổn thương. Ví dụ tổn thương bán cầu não (phải hoặc trái); tổn thương thân não; tuỷ sống hay hệ thần kinh ngoại vi; cơ...

Chẩn đoán nguyên nhân: chỉ rõ nguyên nhân gây tổn thương trên. Ví dụ do nhồi máu não; do thoát vị đĩa đệm; do u tuỷ...

Chẩn đoán giai đoạn bệnh: nhiều quá trình bệnh lý (bệnh Parkinson, thoát vị đĩa đệm, u ngoại tuỷ...) được xác

định là có các giai đoạn bệnh với những tiêu chuẩn nhận biết rõ rệt, thì cần nêu rõ giai đoạn của bệnh. Nhưng cũng có nhiều bệnh, việc chia giai đoạn bệnh không được rõ ràng thì cũng phải chỉ ra được thời gian mắc bệnh của bệnh nhân. Ví dụ một chẩn đoán: huyết khối động mạch não tuần thứ 2, hoặc động kinh toàn thể co cứng- co giật năm thứ nhất...

Chẩn đoán các bệnh kèm theo: Trong trường hợp này nên dùng cụm từ như: trên bệnh nhân có tiền sử tăng huyết áp hoặc trên bệnh nhân có tiền sử chấn thương sọ não...., vì ta chưa thể khẳng định được ngay bệnh trong tiền sử của bệnh nhân có phải là nguyên nhân của bệnh mới mắc không.

Ví dụ một chẩn đoán như sau:

Liệt nửa người phải do huyết khối động mạch não giữa, bán cầu trái, giai đoạn ổn định và hồi phục, trên bệnh nhân có tiền sử tăng huyết áp.

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

3.3. Kế hoạch điều trị

3.3.1. Các xét nghiệm cần làm:

– Xét nghiệm thường quy gồm có:

Máu: công thức máu (hồng cầu, bạch cầu, công thức bạch cầu, huyết sắc tố, máu lắng, hematocrit; sinh hoá máu: urê, creatinin, glucose, các xét nghiệm chức năng gan, xét nghiệm cholesterolon và triglycerid máu...).

Xét nghiệm nước tiểu: xét nghiệm 10 chỉ tiêu.

Ghi điện tim.

X quang : chiếu hoặc chụp tim phổi.

– Các xét nghiệm chuyên biệt: tùy theo tính chất bệnh lý mà cho chỉ định thêm các xét nghiệm khác như:

Xét nghiệm dịch não tủy.

Ghi điện não: trong trường hợp bệnh nhân có các cơn co giật hoặc nghi ngờ các bệnh lý khác của não bộ.

Chụp tuỷ cản quang, chụp bao rễ thần kinh trong trường hợp cần loại trừ các quá trình bệnh lý trong ống sống hoặc chẩn đoán thoát vị đĩa đệm cột sống thắt lưng...

Chẩn đoán bệnh lý trục thần kinh bằng các phương pháp chẩn đoán hình ảnh hiện đại như chụp cắt lớp vi tính (computed tomography hay còn được gọi tắt là chụp CT) hoặc chụp cộng hưởng từ (magnetic resonance imaging còn được gọi tắt là MRI), chụp mạch cộng hưởng từ (magnetic resonance angiography còn gọi là MRA).v.v...

– Khám chuyên khoa: tim mạch, tiêu hoá, hô hấp, tai-mũi-họng.v.v... khi bệnh nhân có tiền sử bệnh chuyên khoa tương ứng.

3.3.2. Thuốc điều trị:

– Việc lựa chọn thuốc điều trị có vai trò rất quan trọng, nó phản ánh kinh nghiệm sử dụng thuốc và sự tinh tế của người thầy thuốc. Cần chú trọng cho các loại thuốc điều trị nguyên nhân của bệnh. Tránh cho thuốc theo kiểu mỗi triệu chứng cho một loại thuốc điều trị.

– Kê đơn điều trị phải rõ ràng, cụ thể: tên thuốc, hàm lượng, liều lượng, cách sử dụng và liệu trình điều trị dài bao nhiêu ngày?

3.3.3. Các phương pháp điều trị kết hợp:

Lý liệu.

Đông y.

Chế độ luyện tập...

3.4. Tiên lượng

Ghi rõ tiên lượng bệnh thuận lợi, dè dặt hay nặng nề đe dọa tử vong.

Người làm bệnh án ký tên

(Ghi rõ họ và tên)

3. Ghi chép diễn biến hàng ngày

Tuỳ từng bệnh viện mà chế độ bệnh án được quy định có khác nhau, chế độ ghi chép theo dõi bệnh nhân hàng ngày cũng khác nhau. Việc ghi chép diễn biến được trình bày trên các tờ bệnh trình và được dán vào bệnh án. Nội dung ghi là những diễn biến của bệnh, các y lệnh về thuốc men và các chế độ hộ lý cũng như các ý kiến hội chẩn và kết quả thăm khám chuyên khoa... Để tiện lợi cho việc làm bệnh án, khoa Thần kinh Bệnh viện 103 đã sử dụng mẫu bệnh án và phần tổng kết ra viện được in sẵn, rất thuận lợi cho công việc hàng ngày.

4. Tổng kết ra viện

Có mẫu tổng kết riêng.

Dưới đây chúng tôi xin giới thiệu bệnh án mẫu của Bệnh viện 103 dành cho chuyên ngành thần kinh.

Bệnh viện.....
Khoa.....
Buồng.....Giường...

Số vào viện.....
Số lưu trữ.....
Chế độ ăn.....
Phim X-quang.....

BỆNH ÁN

Thần kinh

1. Hành chính

Họ và tên..... Nam/nữ Nguyên quán,.....
Năm sinh..... Dân tộc..... Trú quán.....
Nghề nghiệpChiến trường.....
Chức vụ:.....Quân hàm:.....
Có, chưa vợ (chồng):.....con:.....
Đơn vị: Khi cần báo tin cho ai?.....
Đối tượng:..... Ở đâu:.....

2 . Quản lý người bệnh: tiền sử liên quan đến dị ứng

Vào viện giờ:.....ngày:.....mắc bệnh giờ:.....ngày:.....
Vào khoa giờ:ngày:
Điều trị ở tuyến trước từ:.....đến:.....
Đơn vị giới thiệu đến:.....Chuyển khoa ngày:.....
Phương tiện đến..... Chuyển viện ngày.....
Vào viện lần thứ mấy do bệnh này.....
Tính chất bệnh: cấp cứu - cấp tính - mạn tính
Ra viện ngày.....Số ngày nằm viện.....
Số TT trong ngày.....chết giờ..... ngày.....

3- Chẩn đoán

a. Chẩn đoán của tuyến trước:.....

b. Chẩn đoán của khoa KB, Cấp cứu:.....

Ngày.....ThángNăm.....Bác sĩ (Họ tên):

c. Chẩn đoán của khoa

Ngày

BS.ký

- Chẩn đoán sơ bộ:.....

- Chẩn đoán xác định.....

- Chẩn đoán sau mổ.....

- Chẩn đoán bệnh kèm theo.....

d. Chẩn đoán ra viện

- Chẩn đoán bệnh chính.....

- Chẩn đoán bệnh kèm theo.....

- Biến chứng.....

e. Chẩn đoán giải phẫu bệnh

- Sinh thiết.....

- Tử thiết.....

Chủ nhiệm khoa

(Họ, tên, ký)

Bác sĩ điều trị

(Họ, tên, ký)

I. Phần hỏi bệnh

1. Lý do vào viện

2. Quá trình bệnh lý

3. Tiền sử

a) Bản thân.....

b) Gia đình.....

II. Khám bệnh

Toàn thân:

Các dấu hiệu bất thường nếu có

M...../Phút, t°.....HA.....mmHg

Hạch ngoại vi: 1-Bt_ 2-Không Bt.....

Tuyến giáp: 1-Bt_ 2-Không Bt.....

Tim mạch: 1-Bt_ 2-Không Bt.....

Hô hấp; 1-Bt_ 2-Không Bt.....

Tiêu hoá: 1-Bt_ 2-Không Bt.....

Tiết niệu: 1-Bt_ 2-Không Bt.....

Tai- mũi- họng: 1-Bt_ 2-Không Bt.....

Mắt: 1-Bt_ 2-Không Bt.....

Phản xạ đồng tử 1-Bt_2- Không Bt.....

Khám thần kinh

Ý thức:

Khám 12 đôi dây thần kinh sọ não:.....

Dây I:.....

Dây II:.....

Dây III-IV-VI:.....

Dây V.....

Dây VII:.....

Dây VIII:.....

Khám cảm giác sâu:

Dây IX - X:.....

Dây XI:

Dây XII:.....

Dáng đứng và đi: **Khám c.giác nông:**

.....

Tư thế tay:.....

Tư thế chân:.....

Trương lực cơ:.....

Vận động bất thường: **Khám cột sống cổ:**

..... **Cơ cứng cơ.....**

Khám phản xạ **Vận động thụ động.....**

Phản xạ	Phải	Trái
Nhị đầu		
Tam đầu		
Gối		
Gót		
Da bụng trên		
Da bụng giữa		
Da bụng dưới		
Da đùi- bìu		
Dấu hiệu		
Hoffmann/Troemner		
Babinski		
Sức cơ		
Chi trên		
Chi dưới		

Rối loạn cảm giác hoặc đau cổ vai

HC thất lưng - hông

Điểm đau cột sống.....

Điểm đau cạnh sống.....

Lệch vẹo CS thất lưng..

Chỉ số Schober: /10

Lasègue thẳng:.....

Lasègue chéo:.....

Rối loạn cảm giác.....

Sức duỗi cơ ngón cái.....

Các dấu hiệu khác.....

Các dấu hiệu và nghiệm pháp khác:

.....

Hội chứng màng não:

Dấu hiệu cứng gáy.....

Dấu hiệu Kernig.....

Các dấu hiệu khác:.....

HC. tiểu não - HC. tiền đình

NP/ Dấu hiệu	Phải	Trái
NP. ngón tay trở-mũi		

NP. liên động		
NP. gót- gối		
Dh. Nystagmus		
Dh. Romberg		

.....
.....
.....
.....
.....

Mô tả thêm:.....

III. Phần kết luận

1. Tóm tắt (triệu chứng, hội chứng lâm sàng, cận lâm sàng)

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

2. Chẩn đoán và điều trị

- Chẩn đoán sơ bộ

.....

- Chẩn đoán phân biệt:.....

.....

- Chẩn đoán xác định:

.....
.....
.....

3. Phương hướng điều trị

- Xét nghiệm:.....

- Khám chuyên khoa:.....

- Thuốc:.....

Ngày... Tháng... Năm...

Chủ nhiệm khoa duyệt

Ngày ...Tháng...Năm...

Bác sĩ làm bệnh án

KHÁM CÁC DÂY THẦN KINH SỌ NÃO

I. MỞ ĐẦU

Các phân loại và gọi tên các dây thần kinh (DTK) sọ não như chúng ta biết ngày nay là do một sinh viên y khoa người Đức tên là Samuel Soemmering (1755-1830) mô tả đã hơn 2 thế kỷ nay.

1. Đặc điểm của các dây thần kinh sọ não

– Về giải phẫu chúng cùng xuất phát hoặc kết thúc ở thân não (trừ dây I, II và dây XI. Dây II về bản chất là một thùy não thu nhỏ, dây XI có nguyên uỷ nằm ở tuỷ sống), phần lớn các dây thần kinh sọ tách khỏi não ở mặt bụng của thân não (trừ dây IV, tách khỏi não từ mặt lưng của thân não).

– Về chức năng chúng đều là các dây thần kinh ngoại vi như các dây thần kinh tuỷ sống, có chức năng vận động, cảm giác, thực vật dinh dưỡng và phản xạ. Tuy nhiên không phải dây thần kinh nào cũng có đầy đủ các chức năng kể trên, có những dây chỉ có một hoặc hai trong các chức năng trên, cụ thể như sau:

Nhóm các dây thuần vận động:

Dây III, IV, VI, XI và dây XII.

Nhóm các dây thuần cảm giác:

Dây I, II, VIII.

Nhóm các dây có chức năng hỗn hợp:

Dây V, VII, IX, X.

Trên lâm sàng những tổn thương ở đoạn trên nhân sẽ gây liệt trung ương, còn những tổn thương từ nhân ra sẽ gây liệt ngoại vi các dây thần kinh sọ não tương ứng.

2. Tên và chức năng của các dây thần kinh sọ não

Bảng 1: Tên và chức năng của các dây TK sọ não

Dây TK	Tên gọi		Chức năng
	Việt Nam	Latinh	
1	2	3	4
I	Dây Khứu giác	Nervus Olfactorius	Ngửi
II	Dây Thị giác	N. Opticus	Nhìn
III	Dây Vận nhãn chung	N. Oculomotorius	Vận động nhãn cầu lên, xuống và vào trong

1	2	3	4
IV	Dây Cơ chéo lớn	N. Trochlearis	Vận động nhãn cầu ra ngoài và xuống dưới
V	Dây Tam thoa	N. Trigeminus	Cảm giác mặt, nhai , cắn
VI	Dây Vận nhãn ngoài	N. Abducens	Vận động nhãn cầu ra ngoài (sang hai bên)
VII	Dây Mặt	N. Facialis	Vị giác, tiết lệ, tiết nước bọt, vận động các cơ bám da mặt
VIII	Dây Thính lực - tiền đình	N. Vestibulocochl- earis	Nghe, thăng bằng
IX	Dây Thiệt hầu	N. Glossopharyng-eus	Nuốt, vị giác, tiết nước bọt
X	Dây Phế vị	N. Vagus	Nuốt, nâng màn hầu, phát âm, nội tạng
XI	Dây Gai	N. Accessorius	Quay đầu, xoay vai
XII	Dây Hạ thiệt	N. Hypoglossus	Vận động lưỡi

3. Các vị trí giải phẫu quan trọng của các dây TK sọ não

Bảng 2: Một số vị trí giải phẫu quan trọng của các dây thần kinh sọ não

Dây TK	Vị trí nhân dây TK ở thân não	Vị trí dây TK trên nền sọ	Nơi dây TK thoát ra khỏi sọ
I		Hố sọ trước	Mảnh sàng
II		Hố sọ trước, giữa	Lỗ thị giác
III	Cuống não	Hố sọ giữa	Khe bướm
IV	Cuống não	Hố sọ giữa	Khe bướm
V	Vận động: cầu não Cảm giác: Cầu - hành não	Hố sọ giữa Hố sọ giữa	Dây TK mắt: Khe bướm Dây TK hàm trên: Lỗ tròn to Dây TK hàm dưới: Lỗ bầu dục
VI	Cầu não	Hố sọ giữa	Khe bướm
VII	Cầu não	Hố sọ sau	Lỗ châm chũm
VIII	Cầu não	Hố sọ sau	Lỗ ống tai trong
IX	Hành não	Hố sọ sau	Lỗ rách sau
X	Hành não	Hố sọ sau	Lỗ rách sau
XI	Tủy cổ – hành não	Hố sọ sau	Lỗ rách sau
XII	Hành não	Hố sọ sau	Lỗ dưới lưỡi

II. PHƯƠNG PHÁP KHÁM CÁC DÂY THẦN KINH SỌ

1. Khám dây TK khứu giác (dây I)

1.1. Nhắc lại giải phẫu- chức năng

Neuron khứu giác thứ nhất nằm ở phần niêm mạc mũi, từ đây có khoảng trên 20 sợi thần kinh đi qua các lỗ của mảnh sàng xương bướm (*lamina cribrosa ossis ethmoidalis*) tới hành khứu (*bulbi olfactorii*). Neuron thứ hai bắt đầu ở hành khứu, các sợi của chúng tạo thành dải khứu (*tractus olfactorius*) đi tới trung tâm khứu giác bậc 1 (*trigonum olfactorii*) nằm ở vách trong suốt (*septum pellicidum*) sau đó đi tới trung tâm khứu giác vỏ não ở thùy thái dương cả hai bên (*gyrus hippocampi*), cơ bản ở hồi móc (*uncus*). Chức năng của dây I là ngửi, nhận biết mùi.

1.2. Khám dây I

– *Dụng cụ khám:* các chất có mùi khác nhau như nước hoa, cà phê, dầu gió, thuốc lá... được đựng trong ống nghiệm, không nên dùng các chất có mùi hắc, gắt như amoniac, dấm thanh...

– *Tư thế bệnh nhân:* bệnh nhân ở tư thế ngồi hoặc nằm thoải mái, nhắm cả 2 mắt, khám từng bên mũi một.

– *Thao tác khám:*

Thầy thuốc bịt từng bên mũi bệnh nhân.

Đưa ống nghiệm đựng chất có mùi từ xa vào lỗ mũi còn lại. Yêu cầu bệnh nhân khi nào ngửi thấy mùi thì nói là có.

Cách đánh giá kết quả khám theo ba yếu tố: một là khoảng cách nhận biết mùi (khoảng cách từ ống nghiệm tới mũi bệnh nhân khi bệnh nhân nhận biết được mùi); thứ hai là sự nhận biết mùi của bệnh nhân có đúng không (thầy thuốc hỏi bệnh nhân đó là chất gì); thứ ba là yêu cầu bệnh nhân so sánh khả năng nhận biết mùi của hai bên mũi.

1.3. Đánh giá kết quả

- Bình thường: bệnh nhân nhận biết được chính xác mùi của chất cần nhận biết.

- Triệu chứng học dây I:

- + Giảm khứu (*hyposmie*) hoặc mất khứu giác (*anosmie*). Nguyên nhân thường gặp là u, viêm mũi gây tổn thương neuron thứ 1. Tổn thương dải khứu do viêm màng não, u hố sọ trước, chấn thương gây vỡ nền sọ trước, u thần kinh đệm hoặc u màng não của dây khứu giác, u tuyến yên hoặc rối loạn phân ly...

- + Ảo khứu (*olfactive hallucination*): thường bệnh nhân cảm nhận được các mùi rất khó chịu (hôi, hắc...), thường gặp ảo khứu trong các cơn động kinh thái dương, u thùy trán hoặc u thùy thái dương.

Cần lưu ý rằng nhận thức khứu giác và nhận thức vị giác có liên quan chặt chẽ với nhau. Mất vị giác (*ageusia*) có thể làm cho bệnh nhân có cảm giác như mất khứu kèm theo và ngược lại.



Hình 1. Khám khứu giác

2. Khám dây TK thị giác (dây II)

2.1. Nhắc lại giải phẫu- chức năng

Các sợi thị giác bắt đầu từ các tế bào hạch của võng mạc hợp với nhau thành dây TK thị giác, sau đó đi qua lỗ thị giác (*foramen opticum*) vào sọ và nằm ở nền sọ trước. Tại giao thoa thị giác (*chiasma opticum*) nửa phía mũi của dây TK thị giác được bắt chéo sang bên đối diện, hợp với nửa thái dương của bên đó tạo thành dải thị giác (*tractus opticus*) rồi đi tới trung khu thị giác dưới vỏ (thể gối hay *Pulvinar*, thể gối ngoài hay *Corpus geniculatum laterale* và củ não sinh tư trước). Neuron thứ 2 bắt đầu từ thể gối ngoài và cho các sợi trục đi qua đuôi sau bao trong, qua các tia thị (*radiatio optica* hay tia *gratiolett*) tới trung

tâm thị giác vỏ não là mặt trong thùy chẩm, khe cửa (*fissurae calcarinae*). Chức năng dây II là nhìn, nhận biết màu sắc.

2.2. Khám dây II

2.2.1. Dụng cụ khám:

- Khám thị lực: dùng bảng Snellen, nhưng trên lâm sàng thần kinh có thể dùng sách báo, các hình vẽ với những kích cỡ khác nhau. Cho bệnh nhân đọc hoặc nhận biết hình vẽ.

Khi có yêu cầu khám chính xác hơn gửi bệnh nhân khám nhãn khoa.

- Khám thị trường: dùng thị trường kế (*perimetrium*) để khám. Vận dụng khám trên lâm sàng thần kinh người ta dùng một vật đích để quan sát (có thể là chiếc bút máy, ngón tay của thầy thuốc...), di chuyển nó từ ngoài vào trong thị trường để cho bệnh nhân phát hiện. Khi cần khám chính xác hơn bệnh nhân được gửi khám nhãn khoa.

- Khám đáy mắt: dùng đèn soi đáy mắt.
- Khả năng nhận biết màu sắc: dùng các màu sắc khác nhau.

2.2.2. Thao tác khám:

- Khám thị lực:
Tư thế bệnh nhân; bệnh nhân có thể ngồi đứng, thầy thuốc khám từng mắt một của bệnh nhân.

Yêu cầu bệnh nhân bịt một mắt, đọc các dòng chữ trên sách báo từ nhỏ đến lớn. Nếu bệnh nhân không đọc được do nhìn không rõ thì yêu cầu bệnh nhân đếm các ngón tay do thầy thuốc đưa ra trước mặt bệnh nhân. Nếu bệnh nhân vẫn không đếm được thì tiếp tục bịt mắt bệnh nhân, sau đó mở ra hỏi xem bệnh nhân có phân biệt được sáng tối không.

– Khám thị trường:

Bệnh nhân được bịt mắt không khám lại, khám lần lượt từng bên. Thầy thuốc cầm *vật đích di chuyển từ phía sau ra phía trước bệnh nhân* (từ ngoài vào trong thị trường) và yêu cầu bệnh nhân khi nào quan sát thấy vật đích thì nói là *thấy*. Hướng di chuyển của vật đích như sau (bốn phía đại diện cho bốn thị trường):

- + Ở hai bên: cách tai bệnh nhân khoảng 20-30 cm (khám thị trường thái dương), bình thường là 90° .
- + Phía trên: cách đỉnh đầu bệnh nhân 20-30 cm (khám thị trường trán hay thị trường trên), bình thường là 60° .
- + Phía dưới: từ sát ngực của bệnh nhân ra trước (khám thị trường dưới), bình thường là 70° .
- + Từ phía tai bên đối diện với mắt đang được khám của bệnh nhân (khám thị trường mũi), bình thường là 60° .

Ngoài ra để khám thị trường người ta còn có phương pháp đối chiếu (*confrontation methode*), hoặc yêu cầu bệnh nhân chia đôi đoạn dây được căng trước mặt để kiểm tra xem bệnh nhân có bán manh không.

- Khám đáy mắt: đòi hỏi người thầy thuốc phải có kỹ năng thuần thục. Để cho dễ khám người ta có thể nhỏ thuốc cho giãn đồng tử (homatropin), tuy nhiên không phải bệnh nhân nào cũng có thể nhỏ được thuốc, hoặc nếu được thì bệnh nhân cũng có nhiều giờ sau đó nhìn không rõ gây cảm giác khó chịu. Những thầy thuốc có kinh nghiệm thường có thể khám đáy mắt mà không cần sự hỗ trợ của thuốc giãn đồng tử.

- Nhìn màu: cho bệnh nhân nhận biết các màu sắc khác nhau.

2.2.3. Đánh giá kết quả:

- Thị lực:

+ Mất thị lực (*amaurosis*) là tình trạng mất hoàn toàn thị lực. Nguyên nhân thường do tổn thương các môi trường quang học (bị đục hoặc do tật khúc xạ) cũng như giảm khả năng tiếp nhận của hệ thần kinh (từ võng mạc đến thùy chẩm).

+ Mất thị lực thoáng qua (*amaurosis fugax*) thường là triệu chứng thoáng qua (*aura*) của các bệnh lý cơn như động kinh hoặc Migraine, cũng có thể là triệu chứng của tình trạng thiếu máu não thoáng qua.

+ Giảm thị lực (*amplyopia*) thường là do:

Viêm dây TK thị giác: do các nguyên nhân như (giang mai, đái tháo đường, viêm màng não...). Cũng có khi viêm dây thần kinh thị giác chỉ giới hạn ở đầu dây thần kinh gây phù hoặc đỏ gai thị thần kinh, hoặc cũng có thể do viêm gai thị thần kinh.



Hình 2. Khám thị trường

Mũi tên chỉ hướng đi của vật đích (ngón tay thấy thuốc) từ sau ra trước.

Viêm thần kinh hậu nhãn cầu (nevrite optique retrobulbaire).

Viêm tủy thị thần kinh (bệnh Devic hay neuromyelitis optica).

Tăng áp lực nội sọ.

Ảo thị: có thể ở dạng ảo thị đơn giản (Photoma) như trong Aura của động kinh hoặc Migraine (ở dạng sơ đồ pháo đài = Fortification à la Vauban), hoặc ảo thị ở dạng phức tạp như nhìn thấy hình người, cảnh vật chuyển động ở các bệnh nhân tâm thần.

— Nhìn màu:

Rối loạn nhìn màu (*Dyschromatopsie*).

Mất nhìn màu (*Achromatopsie*).

– Thị trường: thị trường có thể tổn thương dưới dạng hoàn toàn gây mù toàn bộ thị trường hoặc không hoàn toàn gây nên các ám điểm hoặc bán manh.

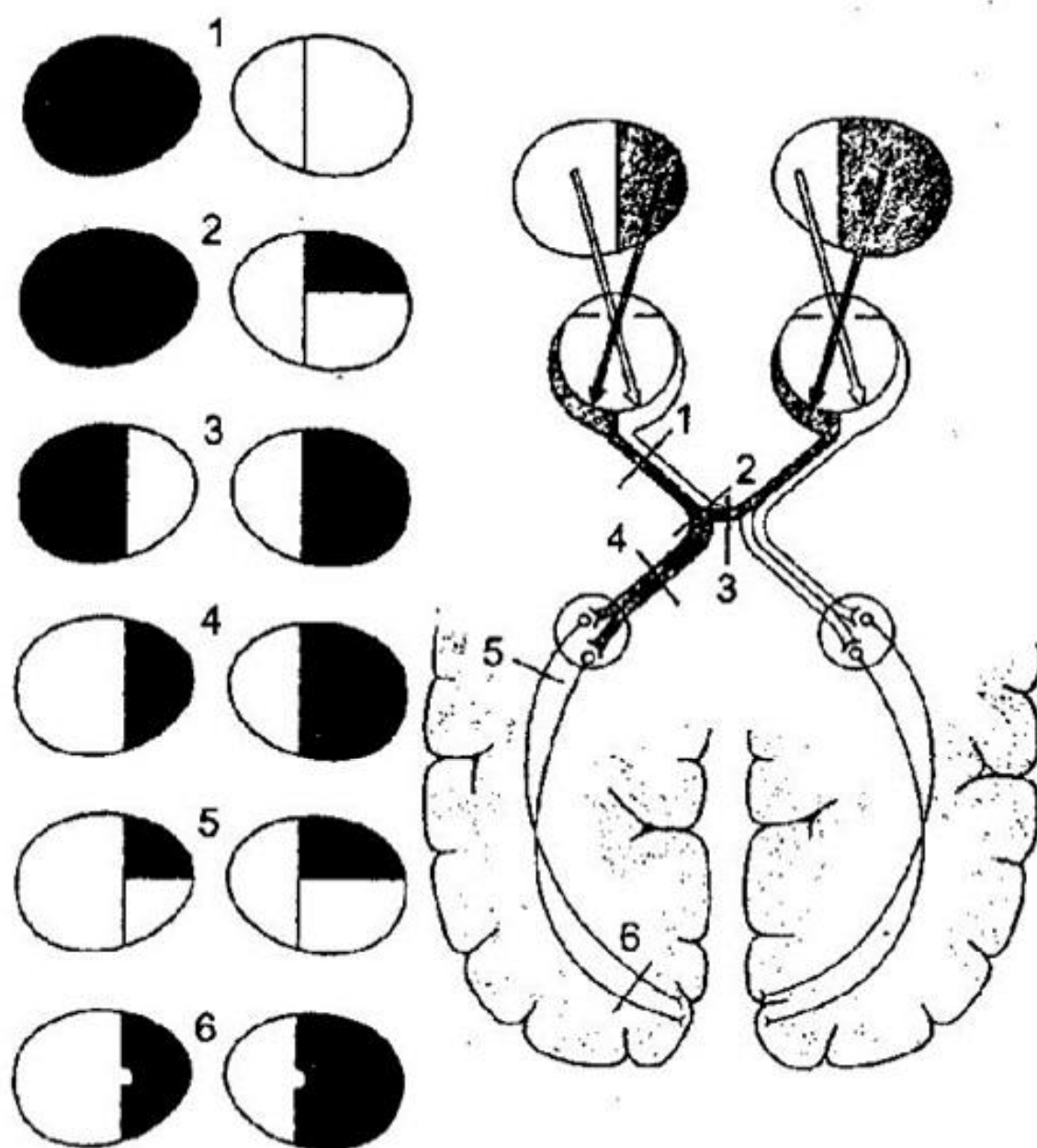
+ *Ám điểm (scotome)*: scotome có thể là sinh lý như điểm mù sinh lý tương ứng với gai thị trên võng mạc. *Scotome* cũng có thể là bệnh lý do tổn thương khu trú ở võng mạc (thoái hoá võng mạc hoặc bong võng mạc) hoặc tổn thương nhỏ trên đường dẫn truyền thị giác hoặc tổn thương tại vỏ não thị giác.

+ *Bán manh (hemianopsia)*:

Bán manh có 2 loại:

Bán manh đồng danh (bán manh cùng tên): là bán manh cùng bên phải hoặc trái. Nguyên nhân do tổn thương tại đường dẫn truyền thị giác sau giao thoa (*tractus optica, radiatio optica, vỏ não thùy chẩm*).. Tổn thương thùy chẩm có thể gây bán manh góc (nếu tổn thương dưới khe cửa gây bán manh góc trên, ngược lại tổn thương trên khe cửa gây bán manh góc dưới, trong các trường hợp này là bán manh đồng danh). Những tổn thương vùng thái dương (u não) cũng có thể gây bán manh góc.

Bán manh khác tên: ví dụ như bán manh mũi 2 bên (rất hiếm) và bán manh thái dương 2 bên do chèn ép giao thoa thị giác. Bán manh thái dương 2 bên thường do tổn thương các sợi vùng giao thoa thị giác với căn nguyên u tuyến yên hoặc u sọ hầu, u thần kinh đệm của bản thân giao thoa thị giác.



Hình 3. Các loại bán manh

– Đáy mắt: cần quan tâm nhận xét những thay đổi của võng mạc, điểm vàng, mạch máu, gai thị... trong đó quan trọng nhất trong lâm sàng thần kinh là những thay đổi của gai thị thần kinh.

Bình thường: gai thị thần kinh có hình tròn hoặc bầu dục, màu hồng nhạt hoặc hơi vàng da cam, bờ gai rõ nhưng phía thái dương bạc hơn phía mũi.

Bệnh lý:

+ **Teo gai thị:** màu gai thị bạc trắng, bờ gai sắc nét.

Có 2 loại teo gai thị: teo gai thị nguyên phát (quá trình teo gai không qua giai đoạn phù nề, thường do các quá trình bệnh lý từ giao thoa thị giác ra trước, chủ yếu là các tổn thương trực tiếp như chấn thương vào lỗ thị giác do vỡ nền sọ, u dây thần kinh thị giác, viêm dính màng nhện vùng giao thoa). Teo gai thị thứ phát (gai thị thần kinh teo sau giai đoạn phù nề, đặc điểm là màu gai bạc và bờ gai mờ, không rõ ranh giới với võng mạc xung quanh. Nguyên nhân thường do tăng áp lực nội sọ kéo dài, viêm dây thần kinh thị, viêm màng bồ đào).

+ **Phù nề gai thị:** màu gai hồng đỏ, bờ gai bị xóa nhòa hoặc mất, động mạch võng mạc co nhỏ, tĩnh mạch giãn và ngoằn ngoèo, có thể có các đám xuất tiết và xuất huyết trên võng mạc.. Nguyên nhân phù nề gai thị thần kinh là các quá trình bệnh lý trong hộp sọ gây tăng áp lực nội sọ, nhất là các quá trình chèn ép ở hố sau vì nó gần kênh Sylvius dễ làm tắc lưu thông dịch não tủy. Phù nề gai thị nếu chỉnh kính đèn soi +3 điếu mới thấy rõ bờ gai, thì gai thị lồi ra trước võng mạc khoảng 3mm.

Trong thực tế chỉ từ 8- 10 ngày sau khi áp lực nội sọ tăng thực sự và liên tục, gai thị mới bắt đầu bị phù nề. Khi tình trạng tăng áp lực nội sọ đã giảm thực sự thì chỉ vài ngày sau phù gai đã bắt đầu giảm, nhưng phải đến 4 đến 6 tuần gai thị thần kinh mới hết phù nề.

Trường hợp đặc biệt là hội chứng *Forster-Kennedy* (một bên gai thị thần kinh teo một bên phù nề) gặp trong u nền thùy trán hoặc u dây thần kinh thị giác.. Trước hết bên u bị teo gai sau đó bên đối diện bị phù gai.

3. Khám các dây TK vận động nhãn cầu

Dây TK vận nhãn chung (*N. oculomotorius* = dây III)

Dây TK ròng rọc hay dây TK cơ chéo lớn (*N. trochlearis* = dây IV)

Dây TK vận nhãn ngoài (*N. abducens* = dây VI)

3.1. Dây vận nhãn chung (dây III)

3.1.1. Nhắc lại giải phẫu- chức năng:

Nhân dây thần kinh ở đáy cống Sylvius, ngang mức củ não sinh tư trước, ra khỏi não ở ranh giới cuống- cầu não rồi cùng dây IV, dây V nhánh 1 và dây VI ra khỏi sọ ở khe bướm (*fisura orbitalis superior*) vào ổ mắt và chia thành 2 nhánh (chi phối cho 3 cơ vận bên ngoài và 2 cơ trơn trong nhãn cầu). Nhánh trên (nhánh nhỏ) phân bố cho cơ thẳng trên và cơ nâng mi. Nhánh dưới (nhánh lớn) phân bố cho cơ thẳng dưới, cơ chéo bé, cơ thẳng trong và có một rễ cho hạch mắt.

Ngoài chức năng phối hợp với dây IV, dây VI đồng thời tham gia vận động nhãn cầu về các phía, dây III còn có chức năng nâng mi trên cũng như điều tiết và hội tụ đồng tử.

3.1.2. Khám dây III

a. Chức năng vận nhãn:

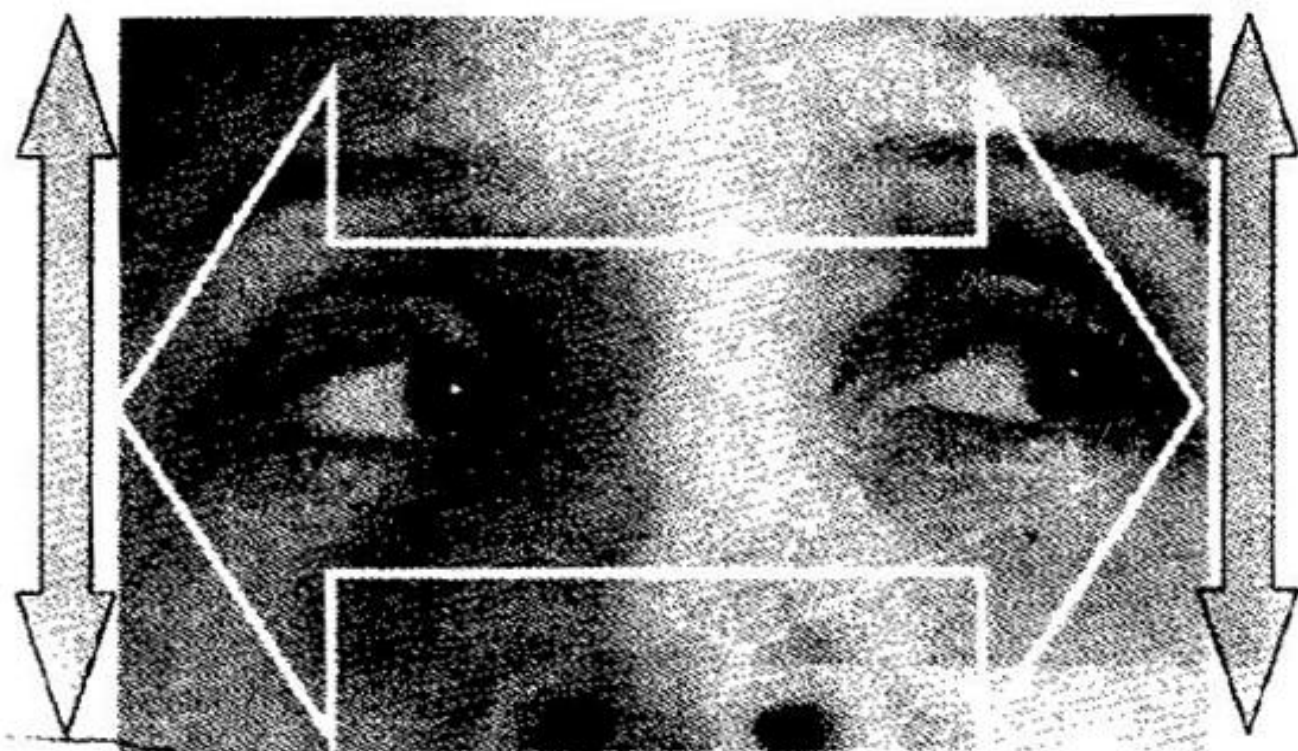
Dụng cụ khám: vật đích (khám vận động nhãn cầu), đèn pin (khám phản xạ đồng tử với ánh sáng)

Tư thế bệnh nhân: nằm hoặc ngồi, mặt luôn hướng thẳng về phía trước, mắt liếc theo vật đích (không quay mặt theo vật đích), hai mắt mở, khám vận động nhãn cầu hai mắt đồng thời.

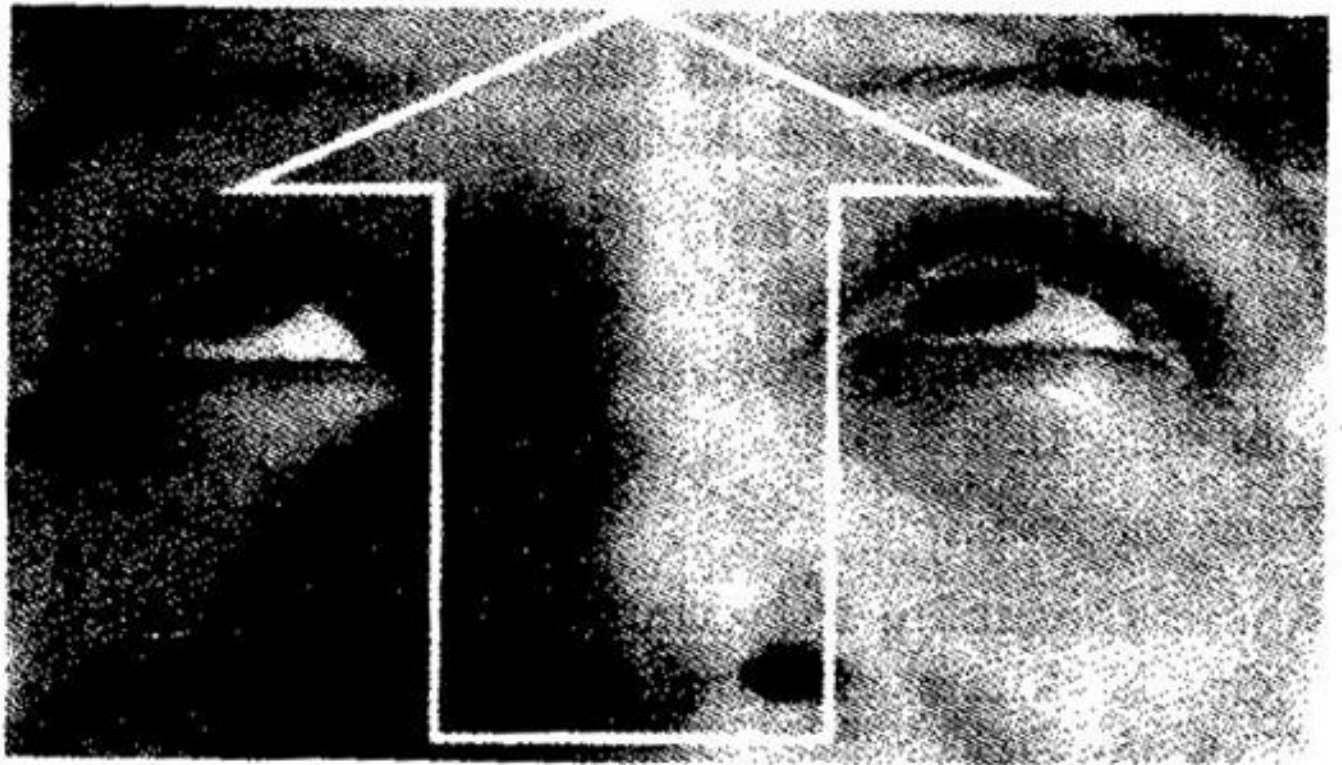
Thao tác khám:

- Khám vận nhãn: thầy thuốc di chuyển vật đích theo hình chữ H, khám và đánh giá chức năng chung cùng dây IV và dây VI):

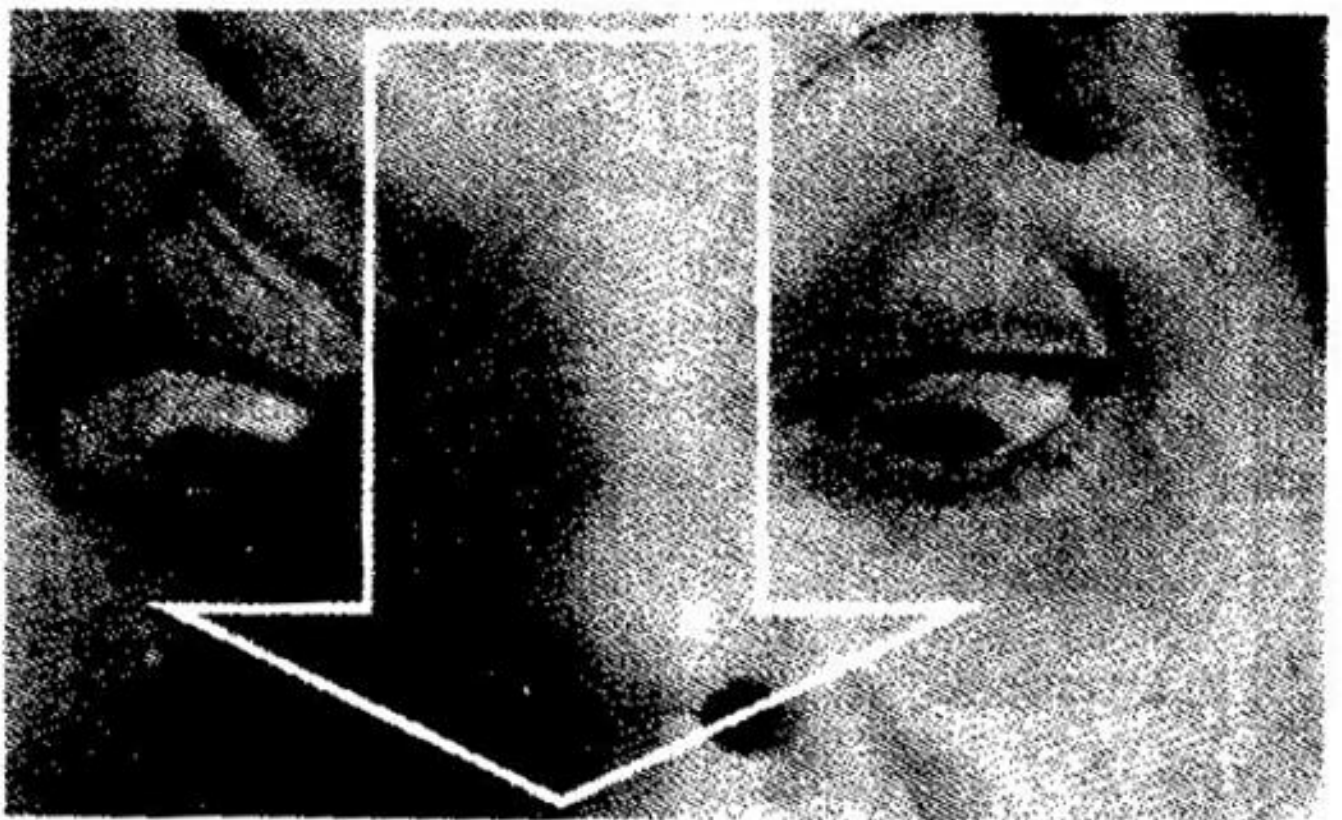
- + Trước mặt bệnh nhân theo đường thẳng ngang.
- + Ở hai bên thái dương (phải và trái) theo hướng lên trên và xuống dưới, yêu cầu bệnh nhân liếc mắt theo (hình 4).



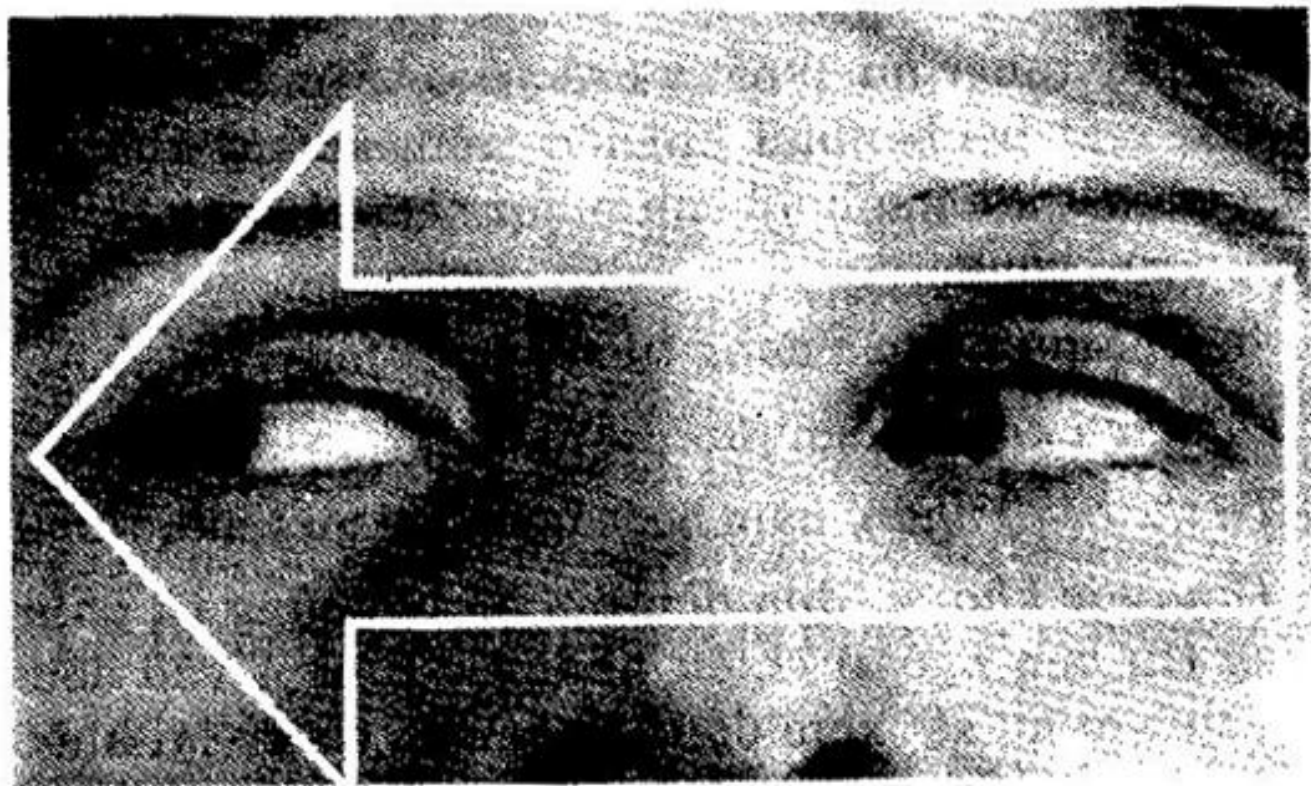
Hình 4: Hướng di chuyển vật đích trong khám vận động nhãn cầu (hình các mũi tên)



Hình 5a. Vận động nhãn cầu lên
 Bệnh nhân ngược nhìn vật đích ở bên trên.
 Chức năng vận động nhãn cầu lên trên của dây III.



Hình 5b. Vận động nhãn cầu xuống dưới
 Bệnh nhân nhìn vật đích ở bên dưới.
 Chức năng vận động nhãn cầu xuống dưới của dây III.



Hình 5c: Vận động nhãn cầu sang phải

Động tác nhìn sang phải là chức năng phối hợp vận động của dây VI bên phải và dây III bên trái.



Hình 5d: Vận động nhãn cầu sang trái

Động tác nhìn sang trái là chức năng phối hợp vận động của dây III (bên phải) và dây VI (bên trái).

- Thầy thuốc quan sát và nhận xét vận động nhãn cầu của hai mắt bệnh nhân khi lên trên, xuống dưới và vào trong có đều không, hỏi bệnh nhân xem có song thị không, có nhìn rõ không.

b. Khám phản xạ đồng tử với ánh sáng:

Dụng cụ khám: đèn pin.

Tư thế bệnh nhân: nằm hoặc ngồi, hai mắt mở.

Thao tác khám: đưa đèn pin đã bật sáng từ phía thái dương (từ bên ngoài) chiếu nhanh đột ngột vào đồng tử đồng thời quan sát xem đồng tử bên đó có co lại không và co có nhanh không (phản xạ trực tiếp). Vặn kích thích bằng chiếu đèn như vậy nhưng quan sát đồng tử bên đối diện (bên không chiếu đèn), xem đồng tử bên đó có co không và co có nhanh không (phản xạ liên ứng). So sánh đáp ứng phản xạ đồng tử với ánh sáng của hai bên.

c. Khám chức năng hội tụ:

Dụng cụ khám: vật đích.

Tư thế bệnh nhân: nằm hoặc ngồi.

Thao tác khám: thầy thuốc đưa vật đích trước mặt bệnh nhân (cách khoảng 40 cm), yêu cầu bệnh nhân nhìn cố định vào vật đích, sau đó di chuyển vật đích từ từ vào sống mũi của bệnh nhân, đồng thời quan sát vận động của hai nhãn cầu vào đường giữa.

3.1.3. Đánh giá kết quả khám dây III:

a. Bình thường:

- Vận nhãn bình thường: nhãn cầu nhìn theo vật đích hài hoà và nhịp nhàng giữa hai bên, không có song thị. Bệnh nhân nhìn rõ vật đích.

- Phản xạ đồng tử với ánh sáng đáp ứng nhạy và đều giữa hai bên.

- Hội tụ hai nhãn cầu vận động đều, cân đối.

b. Triệu chứng tổn thương dây III:

- Dây III thường tổn thương phối hợp với các dây vận nhãn khác gây nhìn đôi, lác^o và liệt liếc.

- Trường hợp tổn thương dây III hoàn toàn gây:

- + Sụp mí (Ptosis) thường xảy ra muộn

- + Lác ngoài.

- + Nhìn đôi.

- + Dẫn đồng tử, rối loạn các phản xạ với ánh sáng (pupillary direct and consensual light Reflex).

- + Liệt điều tiết (tổn thương m. ciliaris = accommodation Reflex.)

Rối loạn hội tụ (nhãn cầu không đưa lên và vào trong được).

- + Nhãn cầu hơi lồi (exophthalmus) do tổn thương một số cơ ngoài nhãn cầu.

Cần chẩn đoán phân biệt với lâm sàng bệnh Tabes: dấu hiệu Argyl - Robertson: mất phản xạ đồng tử với ánh sáng, còn phản xạ điều tiết; dấu hiệu Westphal: mất phản xạ gân gối dương tính; dấu hiệu Romberg dương tính.

- Tổn thương dây III không hoàn toàn có thể ở nhiều mức độ khác nhau:

- + Tổn thương chèn ép củ não sinh tư từ *thalamus* xuống gây hội chứng *Parinaud* (liệt liếc lên, rối loạn điều tiết và hội tụ).

- + Tổn thương cuống não gây: *hội chứng Weber* (bên tổn thương liệt dây III ngoại vi, bên đối diện liệt trung ương nửa người); *hội chứng Benedict* (bên tổn thương liệt dây III ngoại vi, bên đối diện múa vờn, múa giật và run tiểu não).
- + Tổn thương hạch giao cảm cổ như trong u đỉnh phổi (*Pancoast-Tumor*) gây hội chứng *Horner* (co đồng tử, sụp mi và thụt nhãn cầu).
- + Cũng có khi dây III chỉ tổn thương nhánh trên đơn thuần và gây biểu hiện sụp mi (liệt cơ nâng mi), và liệt liếc lên trên (tổn thương cơ thẳng trên).

3.2. Dây TK cơ chéo lớn (dây IV)

3.2.1. Nhắc lại giải phẫu- chức năng:

Là dây TK sọ độc nhất tách ra từ mặt lưng của não, nó đi vòng quanh cuống não, sau đó cùng đi dây VI dọc thành ngoài của xoang tĩnh mạch hang tới khe bướm, vào ngay dưới trần ổ mắt phân bố cho cơ chéo to. Chức năng đưa nhãn cầu ra ngoài và xuống dưới.

3.2.2. Thao tác khám: giống như khám các dây TK vận nhãn khác.

Trong khi khám, quan sát động tác vận động nhãn cầu xuống dưới và ra ngoài.

3.2.3. Triệu chứng tổn thương dây IV:

Khi tổn thương dây IV đơn độc: nhãn cầu hơi nhìn lên trên, vào trong, lác, nhìn không rõ. Nhìn đôi hơi chéo, bệnh nhân thường tự điều chỉnh bằng cách nghiêng đầu.

Khi tổn thương dây III và dây IV kết hợp gây nhìn đôi dọc (*vertical diplopsie*), hình giả ở dưới hình thật khi nhìn xuống dưới, rối loạn chức năng đồng tử, thường gặp trong u tuyến tùng.

3.3. Dây thần kinh vận nhãn ngoài (dây VI)

3.3.1. Nhắc lại giải phẫu- chức năng:

Nhan tế bào nằm trong cầu não, Dây VI thoát ra khỏi não qua rãnh hành- cầu, qua xoang tĩnh mạch hang, thoát khỏi sọ qua khe bướm và tới ổ mắt. Chức năng vận động nhãn cầu ra ngoài

3.3.2. Triệu chứng tổn thương:

Hay bị tổn thương nhất vì nó có đoạn nằm trên nền sọ dài nhất và nó nằm trên nền sọ cứng. Khi tổn thương gây lác trong, nhìn đôi cùng bên (*homonyme diplopsie*) hình giả cùng bên liệt (ở ngoài) khi nhìn về bên tổn thương. Tổn thương dây VI ít có giá trị chẩn đoán định khu, nhất là khi nó tổn thương đơn độc. Thường gặp tổn thương dây VI trong các hội chứng sau:

- *Hội chứng Moebius*: liệt bẩm sinh dây VI và dây VII ở cả 2 bên.
- *Hội chứng Foix (hội chứng khe bướm)*: liệt dây VI, liệt dây III, dây IV, đau dây V nhánh 1, lồi mắt cùng bên, ứ trệ tĩnh mạch mắt (thường do u ở khe bướm).
- *Khi tổn thương thân não gây các hội chứng Foville*:
 - + Hội chứng Foville cuống não:

Hai mắt luôn nhìn sang bên ổ tổn thương, ta nói: bệnh nhân ngấm nhìn ổ tổn thương của mình (không liếc được sang bên đối diện).

Liệt nửa người bên đối diện.

- + Hội chứng Foville cầu não trên: hai mắt luôn nhìn sang bên đối diện với ổ tổn thương (không liếc được về bên ổ tổn thương), ta nói: bệnh nhân ngấm nhìn nửa người bị liệt của mình.

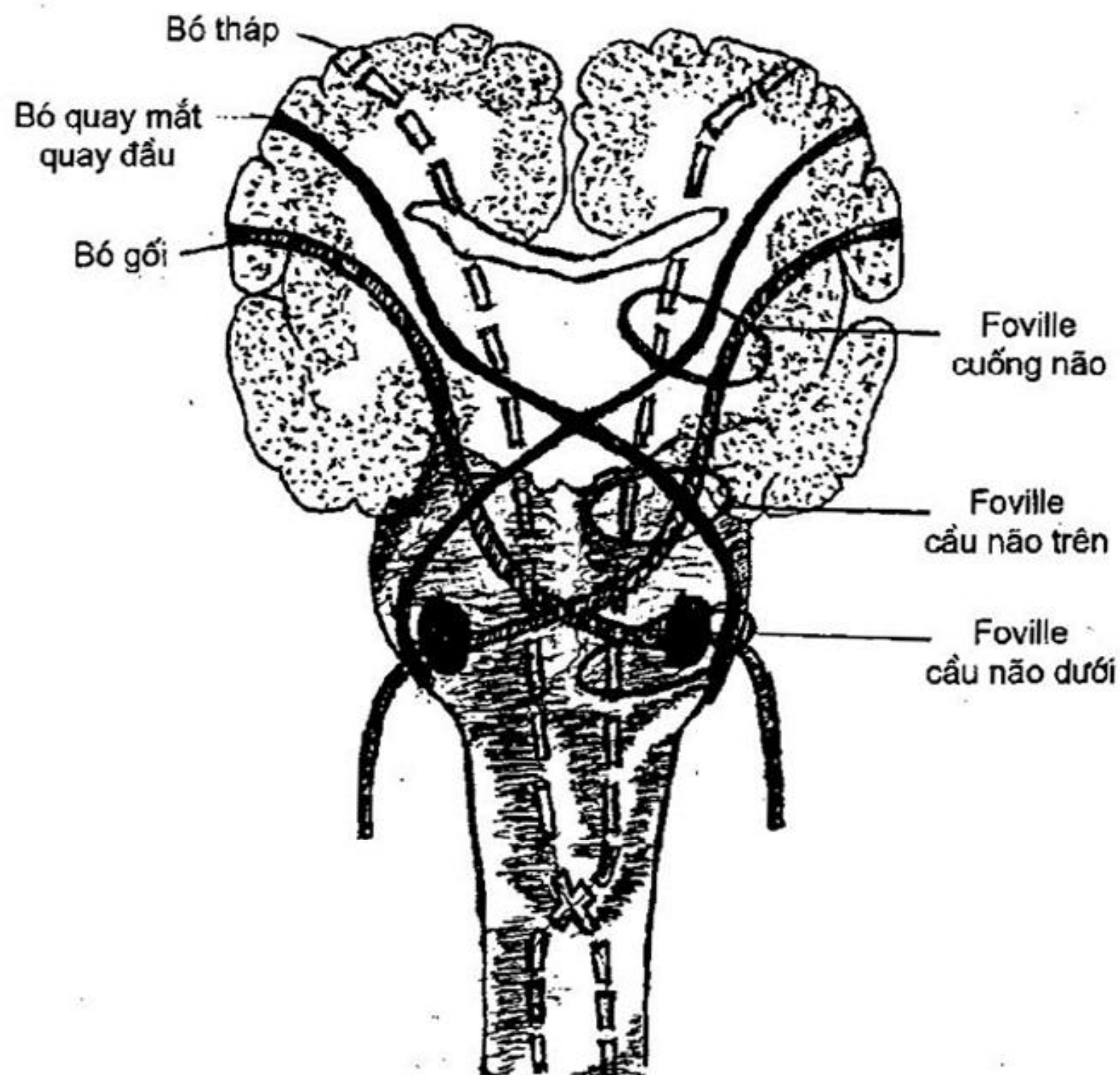
Liệt nửa người bên đối diện.

- + Hội chứng Foville cầu não dưới: hai mắt luôn nhìn sang bên đối diện với ổ tổn thương (không liếc được về phía ổ tổn thương), bệnh nhân ngấm nhìn nửa người bên liệt.

Liệt nửa người trung ương bên đối diện (trừ mặt)

Liệt mặt ngoại vi bên tổn thương.

– *Hội chứng đỉnh - ổ mắt (hội chứng Rollet)*: các triệu chứng như trong hội chứng khe bướm và có thêm tổn thương dây II (teo dây TK thị giác tiên phát, giảm thị lực có thể có mù).



Hình 6. Các hội chứng Foville

4. Khám dây TK tam thoa (dây V)

4.1. Nhắc lại giải phẫu - chức năng

Đây là dây hỗn hợp trong đó yếu tố cảm giác nhiều hơn là vận động và thực vật. Nhân cảm giác dây V có 2

phần *N. terminalis* nằm ở trên (cho cảm giác cơ khớp và xúc giác), và nhân *N. tractus spinalis* (cho cảm giác đau và nhiệt độ). Từ sau hạch Gasser dây V cho ra ba nhánh cảm giác phân bố cho da mặt, người ta còn dùng cụm từ *mặt nạ dây V* để ám chỉ vùng da mặt được ba nhánh dây V phân bố cảm giác:

Nhánh 1 (*N. ophthalmus*): ra khỏi sọ ở khe bướm. Nhánh này phân bố cảm giác cho da trán, tóc trước đầu, mi trên, góc trong mắt và sống mũi, nhãn cầu, niêm mạc phần trên mũi, xoang, màng não.

Nhánh 2 (*N. maxillaris*): ra khỏi sọ qua lỗ bầu dục (*Foramen rotundum*). Nhánh này phân bố cảm giác cho mi dưới, góc mắt ngoài, da mặt bên, trên má, môi, hàm trên, răng, niêm mạc dưới mũi, xoang hàm.

Nhánh 3 (*N. mandibularis*): phân bố cảm giác cho môi dưới, dưới má, cằm, sau bên mặt, hàm dưới, răng lợi dưới, niêm mạc má, phần dưới miệng, dưới lưỡi. Nhánh này phân bố vận động cho các cơ nhai

4.2. Khám dây V

Dụng cụ khám: kim đầu tù, chổi lông (khám cảm giác); tăm bông (khám phản xạ giác mạc).

Tư thế bệnh nhân: nằm hoặc ngồi.

Thao tác khám:

– Khám chức năng cảm giác: bệnh nhân nhắm mắt, thầy thuốc dùng kim đầu tù hoặc tăm bông kích thích đều tay lên hai bên mặt bệnh nhân ở các mức khác nhau (trán, má và hàm dưới), hỏi bệnh nhân xem hai bên có nhận biết như nhau không. Sau đó ấn các điểm xuất chiếu của 3

nhánh dây V (trên hốc mắt, dưới gò má và ở hàm dưới) và hỏi bệnh nhân có cảm giác đau chói không, nhận cảm của hai bên có như nhau không.

– Khám chức năng vận động: yêu cầu bệnh nhân cắn chặt hai hàm răng, thầy thuốc nắn kiểm tra trương lực cơ cắn (*musculus manchester*) hai bên xem mật độ có chắc không, có cân đối không. Yêu cầu bệnh nhân há miệng xem cằm có lệch về bên nào không (cằm bệnh nhân thường bị kéo về bên lành), hoặc yêu cầu bệnh nhân vận động hàm dưới về hai bên chống lại sức cản do tay thầy thuốc ấn ngược lại.



Hình 7. Các điểm xuất chiếu dây V

– Khám phản xạ giác mạc (ví dụ khám phản xạ giác mạc mắt bên trái):

Thấy thuốc giơ tay trái của mình làm đích, yêu cầu bệnh nhân ngược nhìn theo lên trên và sang bên phải của bệnh nhân, tay phải thấy thuốc cầm tăm bông (đã được vệ nhọn đầu) kích thích bằng cách đưa tăm bông từ bên trái bệnh nhân vào (không để bệnh nhân nhìn thấy), chấm đầu bông nhọn vào rìa giác mạc (phần lòng đen của nhãn cầu). Phản xạ đáp ứng bằng cử động nhắm mắt (hình 8 a,b).

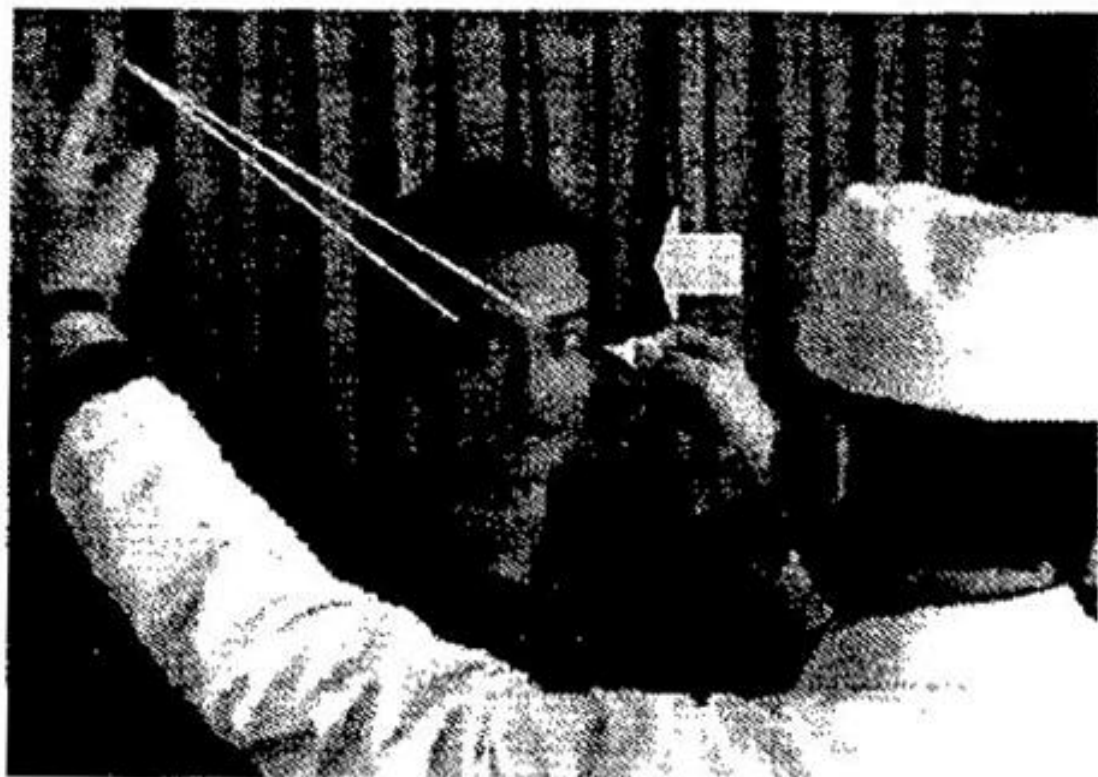
4.3. Đánh giá kết quả

– Bình thường trương lực cơ nhai, cơ cắn khoẻ đều hai bên, vận động hàm dưới cân đối.

– Triệu chứng tổn thương dây V:

+ Tổn thương từng nhánh: thường do lạnh, chấn thương thường và chỉ gây đau mức độ vừa phải, hay gặp nhất là đau nhánh 1, thường kèm theo cảm giác nhìn chói mắt.

+ Đau bỏng buốt (*causalgia*) do tổn thương các nhánh dây V, với các triệu chứng: đau thành cơn kịch phát, tính chất bỏng rát như giăng xé, như cưa cắt. Chảy nước mắt, nước bọt, nước mũi, mắt đỏ. Nếu tổn thương nhánh 1 còn có thể gây viêm giác mạc do liệt thần kinh (*keratitis neuroparalytica*). Tuổi mắc bệnh thường từ 50 đến 60. Mọi kích thích đều có thể gây đau nhất là xúc giác, vận động (như nhai, cắn). Nguyên nhân thường là nguyên phát, Zona, viêm màng nhện nền sọ sau, các quá trình bệnh lý gây chèn ép dây thần kinh, các bệnh răng miệng, đái tháo đường.



Hình 8 a. Khám phản xạ giác mạc

Bệnh nhân ngược nhìn lên trên và sang phải, thấy thuốc dùng tăm bông đưa từ bên trái vào, kích thích vào rìa giác mạc.



Hình 8 b. Vị trí kích thích: rìa giác mạc (mũi tên)

- + Hội chứng Costen: dị dạng hàm dưới gây hẹp khớp thái dương- hàm, gây các triệu chứng đau vùng mặt.
- + Tổn thương nhánh 3 dây V gây liệt cơ nhai (tổn thương dưới nhân), co cứng cơ nhai (chứng khít hàm, *Trismus*) do uốn ván, dại, co giật cơ nhai do tổn thương dưới vỏ và vỏ não.
- + Tổn thương nhân không hoàn toàn gây rối loạn cảm giác kiểu khoanh hành. Tổn thương phần trên nhân gây rối loạn cảm giác ở khoanh hành trong cùng. Tổn thương giữa nhân gây rối loạn cảm giác ở khoanh tiếp theo. Tổn thương phần dưới nhân gây rối loạn cảm giác ở khoanh ngoài cùng.
- + Tổn thương hạch Gasser gây đau cả 3 nhánh dây V: giảm hoặc mất cảm giác giác mạc, viêm giác mạc do liệt thần kinh có thể gây loét giác mạc. Nguyên nhân thường do Zona, giang mai.

5. Khám dây TK mặt (dây VII)

5.1. Nhắc lại giải phẫu

5.1.5. Các nhân:

Nhân vận động.

Nhân cảm giác (nhân bó đơn độc).

Nhân thực vật (nhân lệ ty, nhân bọt trên).

5.1.2. Đường đi của dây VII (gồm có 3 đoạn):

– Đoạn trong sọ: từ rãnh hành - cầu dây VII thoát ra khỏi não và đi vào xương đá qua lỗ tai trong (*meatus acusticus internus*).

– Dây VII có các nhánh trong xương đá và các nhánh ngoài xương đá. Các nhánh ngoài đá là những nhánh nối với dây IX (qua quai Haller), dây X, dây V, với nhánh tai của đám rối cổ cũng như dây của thân sau cơ trâm móng và cơ nhị thân.

– Đoạn trong xương đá: dây VII đi qua ống tai trong (*ductus acusticus internus*) vào ống Fallop. Ở ống tai trong dây VII có dây VIII đi kèm, nó nằm trên dây VIII (cuốn cong như một cái vồng) rồi chui vào hố trước trên của đáy ống tai. Ở trong ống Fallop, ống này có 3 đoạn:

- + Đoạn 1: dài khoảng 4mm thẳng góc với trục xương đá nằm giữa ốc tai và tiền đình nên nó được gọi là *đoạn mê nhĩ*.
- + Đoạn 2: dài 10 mm song song với trục xương đá ở ngay trên hòm nhĩ (*đoạn màng nhĩ*) nên dễ bị liệt khi viêm tai.

Giữa đoạn 1 và đoạn 2 (tạo với nhau một góc 90°) có hạch gối.

- + Đoạn 3 dài 15mm chạy thẳng xuống lỗ châm chũm (*đoạn chũm*), cách ống tai ngoài 2mm, và nằm sâu cách da 15mm; đoạn này dễ bị tổn thương khi đục xương chũm.

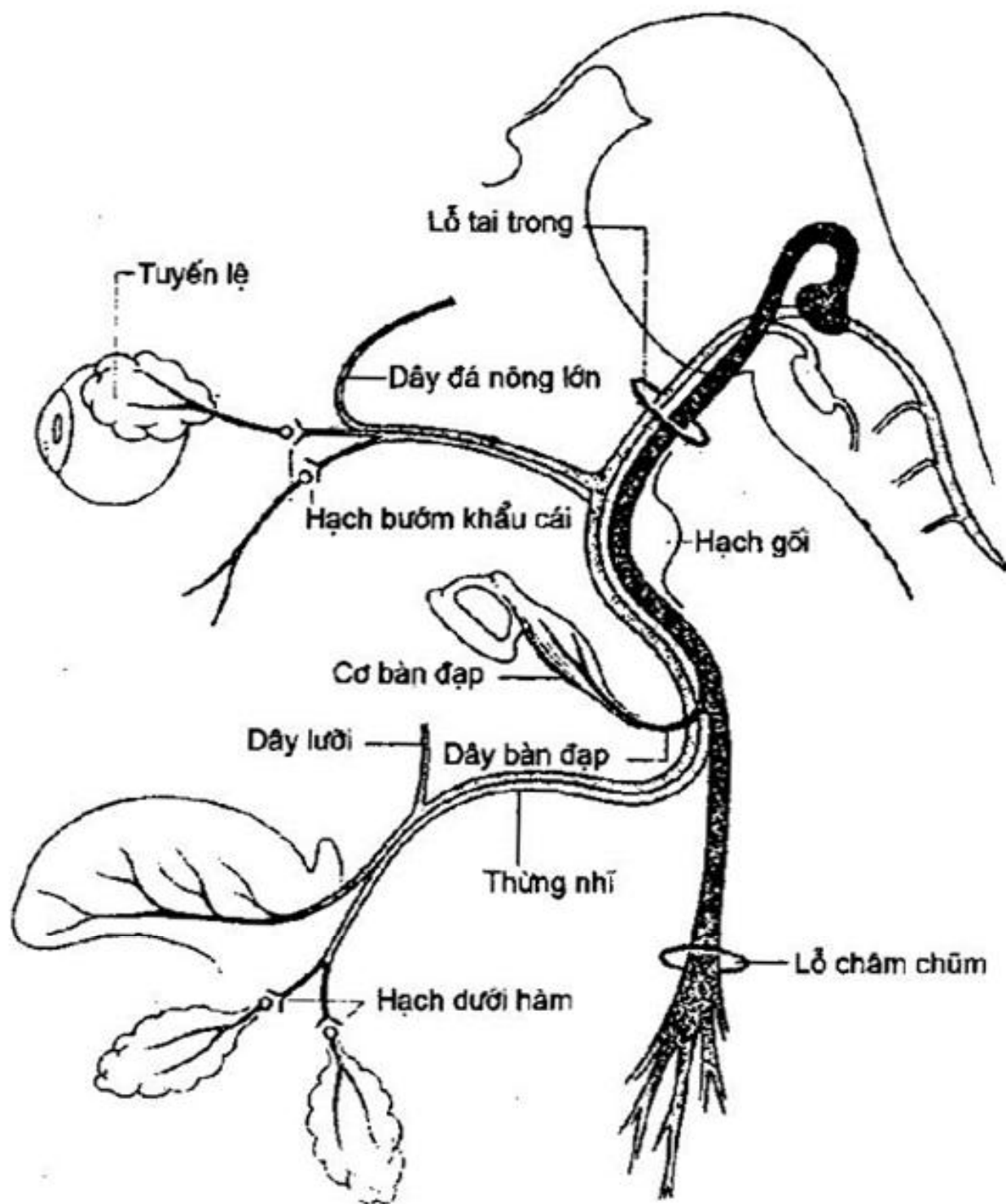
– Đoạn ngoài xương đá (đoạn ngoài sọ); dây VII chui qua lỗ châm chũm (*foramen stylomastoideum*) ra ngoài sọ. Sau khi ra khỏi sọ dây VII đi qua giữa 2 thùy của tuyến mang tai và phân chia ra thành 2 nhánh tận (*nhánh thái dương-mặt và nhánh cổ-mặt*). Đây là hai nhánh thuần vận động phân bố cho các cơ bám da mặt và cổ.

- + Nhánh thái dương mặt (rami buccales et temporales) hay còn gọi là nhánh trên: phân bố cho các cơ nằm bên trên đường kẻ ngang qua hai mép trong đó có ba cơ quan trọng là cơ trán, cơ mày và cơ vòng mi mắt.
- + Nhánh cổ - mặt hay còn gọi là nhánh dưới: phân bố cho các cơ nằm bên dưới đường ngang mép (trong đó quan trọng là cơ vòng miệng) và xa hơn nữa dây VII phân nhánh xuống tới tận cơ bám da cổ.

5.1.3. Đường đi của các nhánh:

- Dây VII cảm giác: nhận cảm vị giác 2/3 trước lưỡi, tính từ đầu đến cuống lưỡi lần lượt nhận biết cảm giác ngọt rồi đến mặn, chua và đắng (cảm giác 1/3 sau lưỡi do dây IX đảm nhiệm) và cảm giác 1/3 giữa vành tai, ống tai ngoài và màng nhĩ. Các sợi cảm giác ban đầu lần vào dây lưỡi (nhánh của dây hàm dưới rồi hiện thành thừng nhĩ - dây VII, sau đó lần vào dây VII tới hạch gối hiện thành dây VII phẩy và vào 1/3 trên nhân đơn độc ở hành não).

- Dây VII phẩy thực vật: sợi phó giao cảm có cả trong dây VII và dây VII phẩy. Thành phần phó giao cảm của dây VII đi từ nhân lệ ty tới hạch gối (qua dây VII), tách thành dây đá nông lớn tới hạch bướm khẩu cái, sau đó mượn đường đi của dây bướm khẩu cái (dây hàm trên) đi tới tuyến lệ, tuyến niêm mạc miệng- mũi- hầu. Thành phần phó giao cảm của dây VII phẩy đi từ nhân bọt trên qua dây VII phẩy tới hạch gối, qua dây VII tới thừng nhĩ, mượn đường đi của dây lưỡi và hạch dưới hàm, dưới lưỡi vào các tuyến nước bọt dưới hàm, dưới lưỡi.



Hình 9: Đường đi của dây VII

Đoạn trong xương đá, dây VII lần lượt cho các nhánh chính sau: đá nông lớn, cơ bàn đạp, thùng nhĩ.

5.2. Khám dây VII

Dụng cụ khám: dây VII là dây TK hỗn hợp, trên lâm sàng việc quan trọng là kiểm tra chức năng vận động của

dây VII thông qua việc yêu cầu bệnh nhân thực hiện các vận động chủ động.

Tư thế bệnh nhân: nằm hoặc ngồi.

Thao tác khám dây VII:

– Khám chức năng vận động: đầu tiên quan sát bệnh nhân trong trạng thái yên tĩnh xem các nếp nhăn trán, mép, góc cánh mũi có cân đối không, nhân trung có lệch về bên nào không và quan sát khi bệnh nhân cử động (nói, cười, chớp mắt...) xem vận động cơ mặt hai bên có cân đối không. Sau đó thầy thuốc yêu cầu bệnh nhân thực hiện các động tác vận động chủ động như: nhăn trán, nhú mày, nhắm mắt, chun mũi, nhe răng, huýt sáo, thổi lửa và quan sát xem vận động của hai bên mặt có cân đối không.

Dấu hiệu Charles – Bell dương tính biểu hiện: khi yêu cầu bệnh nhân nhắm mắt thì mắt bên bệnh của bệnh nhân nhắm không kín, đồng thời nhân cầu vận động lên trên và ra ngoài.

– Khám chức năng cảm giác (vị giác): bệnh nhân nhắm mắt, thầy thuốc dùng các chất có vị ngọt, mặn, đắng đặt lần lượt lên từng bên lưỡi của bệnh nhân và yêu cầu bệnh nhân viết ra giấy trả lời đó là vị gì.

– Khám phản xạ: dây VII là nhánh ly tâm của các phản xạ đáp ứng bằng cử động nhắm mắt (phản xạ giác mạc, mũi-mi, thị-mi) nên cần phải khám cả các phản xạ trên.

Kiểm tra chức năng thực vật bằng cách hỏi bệnh nhân xem tiết nước bọt và nước mắt tăng hay giảm.

5.3. Triệu chứng tổn thương dây VII



Hình 10. Dấu hiệu Charles – Bell (triệu chứng về mắt)

Khi bệnh nhân nhắm mắt, không kín khe mi.

Nhân cầu bên liệt vận động lên trên và ra ngoài

Dây VII rất dễ bị tổn thương trung ương (đoạn trên nhân) khi có các quá trình bệnh lý khu trú ở bán cầu đại não. Nguyên nhân là nhân vận động dây VII có 2 phần: phần trên (phân bố vận động cho 1/4 trên của mặt cùng bên) được chi phối bởi cả 2 bên bán cầu, còn phần dưới (phân bố vận động cho 1/4 dưới của mặt cùng bên) chỉ được chi phối bởi một bán cầu bên đối diện. Vì vậy khi có một bán cầu não bị tổn thương thì nửa dưới nhân vận động dây VII bên đối diện mất phân bố thần kinh, biểu hiện bằng liệt 1/4 dưới của mặt bên đối diện. Có thể diễn đạt một cách nôm na là liệt dây VII trung ương là liệt 1/4

dưới của mặt còn liệt dây VII ngoại vi là liệt nửa mặt (phải hoặc trái).

– Đặc điểm tổn thương trung ương:

- + Liệt $\frac{1}{4}$ dưới của mặt đối diện với ổ tổn thương.
- + Cùng bên với bên liệt (trong đa số trường hợp). Rất hiếm hữu, hay nói cách khác hầu như chỉ trên phương diện lý thuyết mới thấy liệt dây VII trung ương đối diện với liệt nửa người người kiểu trung ương (hội chứng *Brissaud*) do tổn thương đoạn trên nhân dây VII nơi các sợi dây VII đã bắt chéo sang bên đối diện còn các sợi tháp chưa bắt chéo (ở cầu não).
- + Có thể bị liệt đơn độc dây VII kiểu trung ương (nhưng hiếm).

– Đặc điểm tổn thương ngoại vi:

- + Liệt nửa mặt,
- + Dấu hiệu Charles - Bell dương tính.
- + Trong tổn thương dây VII ngoại vi có thể chỉ một phần chức năng bị rối loạn, ví dụ chỉ có tổn thương chức năng vận động.
- + Thường bị tổn thương đơn độc.
- + Khi có liệt nửa người kèm theo thì hai triệu chứng này thường không ở cùng một bên cơ thể.

– Định khu tổn thương dây VII ngoại vi:

- + Đoạn trong sọ: thường gặp các hội chứng giao bên.

Hội chứng Millard-Gubler (liệt dây VII ngoại vi bên tổn thương và liệt nửa người kiểu trung ương bên đối diện).

Hội chứng Foville cầu não dưới (xem phần dây VI)

Hội chứng góc cầu tiểu não (tổn thương dây V, VI, VII, VIII, rối loạn chức năng tiểu não và liệt nửa người bên đối diện).

+ Đoạn trong xương đá:

Trong ống tai trong: tổn thương đồng thời dây VII và dây VIII. Nguyên nhân thường do u dây VIII.

Trong cầu Fallop: đoạn trước hạch gối, tổn thương tất cả các nhánh dây VII (gây các triệu chứng: rối loạn tiết lệ, nghe vang đau, rối loạn tiết nước bọt, rối loạn vị giác, rối loạn cảm giác ống tai ngoài và một phần vành tai, liệt nửa mặt).

Đoạn giữa dây đá nông lớn và dây TK cơ bàn đạp gây nghe vang đau, rối loạn tiết nước bọt và vị giác, liệt mặt.

Đoạn giữa cơ bàn đạp và thừng nhĩ gây rối loạn tiết nước bọt, rối loạn vị giác và liệt mặt.

+ Đoạn ngoài sọ (tổn thương sau thừng nhĩ): gây tổn thương đơn thuần vận động các cơ bám da mặt và cổ.

– Các tổn thương dây VII khác:

+ *Hội chứng Melkerson- Rosenthal*: có thể hoàn toàn với tất cả các triệu chứng nhưng cũng có thể không đầy đủ các triệu chứng sau:

Liệt mặt tái diễn 2 bên.

Sưng sần má và môi (*macrocheilie*).

Lưỡi nhăn.

Nguyên nhân hội chứng này là do rối loạn cấu trúc, viêm, nếu do nguyên nhân thiếu máu thì có đau đầu kiểu Migraine.

- + *Đau dây VII (Hunt-Neuralgie)* trường hợp này hạch gối của dây VII phụ bị tổn thương và sẽ gây các triệu chứng sau:

Đau ống tai ngoài.

Đau màng nhĩ, đau dây TK trước tai.

Nguyên nhân của chứng đau này là do *Zoster oticus*, chấn thương, các loại viêm khác.

Tic co giật dây VII.

Chứng co cứng cơ mặt.

6. Khám dây TK tiền đình- thính giác (dây VIII)

6.1. Nhắc lại giải phẫu - chức năng

Dây VIII gồm 2 thành phần:

Thành phần ốc tai bắt nguồn từ ốc tai (*hạch corti*), thành phần tiền đình bắt đầu ở *hạch scarpa* và các ống bán khuyên.

Hai thành phần này của dây VIII cùng với dây VII đi qua ống tai trong vào trong não qua rãnh hành cầu. Ở trong não dây VIII đi vào trong các nhân xám ở hành não. Từ đó các sợi hoặc chạy thẳng hoặc qua tiểu não để tới thể gối trong và củ não sinh tư sau dưới, rồi từ củ não sinh tư các sợi đi tới vỏ não thùy thái dương (trung khu thính giác).

6.2. Khám dây VIII

Dụng cụ khám: tiếng nói với các âm lượng và khoảng cách khác nhau, âm thoa, đồng hồ đeo tay. Khi cần kết quả khám chính xác hơn cần mời khám chuyên khoa Tai-mũi-họng.

Thao tác khám:

– Khám thính lực: bệnh nhân ở tư thế ngồi hoặc nằm, thầy thuốc cho bệnh nhân nghe tiếng tích tắc đồng hồ đeo tay hoặc đặt hai ngón tay 1 và 2 của mình sát tai bệnh nhân và vê vào nhau rồi hỏi bệnh nhân có nghe thấy không và tiếng nghe có đều nhau ở hai bên không. Khám như vậy với các khoảng cách khác nhau, khám kiểm tra dẫn truyền âm thanh bằng âm thoa.

Các nghiệm pháp khám thính lực bằng âm thoa:

- + Nghiệm pháp Rinne: dùng âm thoa 256 chu kỳ/gy, làm rung âm thoa bằng cách gõ nhánh âm thoa vào lòng bàn tay sau đó đặt gốc âm thoa lên xương chũm (dẫn truyền theo đường xương), khi bệnh nhân không thấy âm thoa rung nữa thì tiếp tục để âm thoa gần lỗ tai (dẫn truyền theo đường không khí), hỏi xem bệnh nhân còn nghe thấy không. Bình thường bệnh nhân vẫn còn nghe thấy do dẫn truyền theo đường không khí dài hơn và rõ hơn (nghiệm pháp Rinne dương tính).
- + Nghiệm pháp Weber: làm rung âm thoa và đặt lên giữa đỉnh đầu, bình thường hai bên nghe như nhau. Khi có điếc tai giữa thì bên bệnh nghe rõ hơn, ngược lại khi điếc do nguyên nhân thần kinh thì bên tai lành nghe rõ hơn.

- + Nghiệm pháp Schwabach: làm rung âm thoa sau đó đặt lên đỉnh đầu, bình thường người ta có thể nhận biết được âm thoa rung trong khoảng 20 giây. Cách khác; có thể làm rung âm thoa sau đó đặt lên xương chũm người bệnh, khi người bệnh không nghe thấy gì nữa thì đặt lên xương chũm người khám (không bị bệnh tai). Dùng đánh giá khả năng dẫn truyền theo đường xương.
- Khám thăng bằng (nghiệm pháp *Romberg*):
 - + *Romberg đơn giản*: bệnh nhân đứng, hai mũi bàn chân sát nhau, hai tay giơ ra trước, các ngón tay xòe, khi đã đứng vững thầy thuốc yêu cầu nhắm mắt lại và giữ nguyên tư thế (hình 11).
 - + *Romberg phức tạp*: bệnh nhân đứng ở tư thế hai bàn chân nối dọc với nhau (một bàn chân trước và một bàn chân sau) trên một đường thẳng (mũi bàn chân sau thẳng và chạm gót bàn chân trước) hai tay giơ ra trước, các ngón tay xòe, khi bệnh nhân đã đứng vững thầy thuốc yêu cầu bệnh nhân nhắm mắt lại, và duy trì tư thế đứng.
 - + Nghiệm pháp *Romberg dương tính khi* bệnh nhân không đứng được ở tư thế xuất phát mà lảo đảo hoặc ngã. Ở mức độ nhẹ hơn thì khi mở mắt bệnh nhân đứng được bình thường nhưng khi nhắm mắt bệnh nhân bị lảo đảo hoặc ngã. Bệnh nhân có thể phản ứng theo ba cách (hay nghiệm pháp có ba kiểu biểu hiện dương tính).

- Bệnh nhân dạng chân cho khởi ngã (trong hội chứng tiểu não).
- Bệnh nhân lão đảo và ngã về một bên (trong hội chứng tiền đình).
- Bệnh nhân ngã ngay khi nhắm mắt (trong rối loạn cảm giác sâu ở bệnh nhân Tabes).

* *Lưu ý*: khi kiểm tra nghiệm pháp *Romberg* thấy thuốc cần đứng ngay bên cạnh bệnh nhân để phòng bệnh nhân mất thăng bằng và ngã, gây tai nạn.

– Nghiệm pháp dáng đi hình sao (nghiệm pháp *Babinski- Weil*): yêu cầu bệnh nhân nhắm mắt tiến thẳng 6 bước sau đó lại lùi thẳng 6 bước, cứ như vậy 5 lần. Người bình thường có thể đi tiến và lùi như vậy luôn luôn trên một đường thẳng. Bệnh nhân có hội chứng tiền đình sẽ bị chệch hướng trong khi đi và các đường đi của bệnh nhân sẽ tạo thành hình ngôi sao trên mặt đất.

– Khám tìm triệu chứng rung giật nhãn cầu (*nystagmus*): cách khám như khám vận động nhãn cầu và quan sát nhãn cầu xem có biểu hiện rung giật không.



Hình 11. Nghiệm pháp Romberg (đơn giản)

Bệnh nhân đứng hai bàn chân chụm sát nhau, hai tay giơ ra trước, các ngón tay xòe, thấy thuốc đứng cạnh bệnh nhân để phòng bệnh nhân ngã.

6.3. Triệu chứng tổn thương dây VIII

6.3.1. Đột quỵ tai trong (labyrinthapoplexy) do rối loạn tuần hoàn:

Không có tiền triệu tai giữa.

Mất thính lực đột ngột.

Chóng mặt quay.

Rung giật nhãn cầu về bên lành.

6.3.1. Hội chứng Mènière:

Cơn chóng mặt đột ngột, có chu kỳ.

Chóng mặt dài hàng ngày tới hàng tuần.

Giảm thính lực, nặng có thể điếc.

Buồn nôn, nôn dài vài phút tới hàng giờ.

Rung giật nhãn cầu về bên bệnh.

6.3.2. Tổn thương phần tiền đình:

– Chóng mặt (*dizziness - vertigo*): chóng mặt là một tình trạng bệnh lý, trong đó bệnh nhân có cảm giác mình chuyển động trong không gian (chóng mặt chủ quan) hoặc thấy các vật xung quanh chuyển động xung quanh mình (chóng mặt khách quan).

– Rung giật nhãn cầu: có thể ở dạng dao động hoặc dạng rung giật.

+ Rung giật nhãn cầu dao động: thường do nguyên nhân tại nhãn cầu (*ocular*). Có thể ở dạng bẩm sinh, cũng có thể trong thiếu năng tâm thần, mù màu, thoái hoá sắc tố võng mạc. Nhưng cũng có thể ở dạng di truyền, trong trường hợp này bệnh còn được gọi là rung giật nhãn cầu gia đình.

+ Rung giật nhãn cầu: đây là dạng *nystagmus* thực thụ và gồm có 2 pha (pha nhanh và pha chậm).

+ Rung giật nhãn cầu tự phát là mức độ nặng, còn

rung giật nhãn cầu khi liếc mắt tối đa về 2 bên hoặc lên trên hay xuống dưới là dạng nhẹ hơn.

Rung giật nhãn cầu trong tiền đình ngoại vi (hội chứng tiền đình ngoại vi) có đặc điểm:

- Ngang hoặc xoay với tần số cao. Không bao giờ có rung giật nhãn cầu dọc.
- Đồng thời có chóng mặt quay (chóng mặt có hệ thống) về phía rung giật nhãn cầu.
- Nghiệm pháp *Romberg* dương tính (bệnh nhân ngã) về bên rung giật nhãn cầu.

Rung giật nhãn cầu trong tiền đình trung ương:

- Do tổn thương trên nhân tiền đình, thường là dạng chóng mặt không hệ thống. Bệnh nhân có cảm giác bồng bênh, chòng chênh như người say tàu xe, thời gian kéo dài nhiều tuần, nhiều tháng.
- Buồn nôn, nôn.
- Bản chất rung giật nhãn cầu: các dạng rung giật nhãn cầu trên có thể xảy ra theo chiều dọc (rung giật nhãn cầu dọc) thường do tổn thương trung ương; hoặc ngang (rung giật nhãn cầu ngang) khi có tổn thương tiểu não hoặc não giữa.

Rung giật nhãn cầu về hướng liếc của mắt còn được gọi là rung giật nhãn cầu hướng nhìn.

6.3.4. Tổn thương phần ốc tai: thường gặp trong u dây VIII, u màng não hoặc u sọ hầu (craniopharyngeom).

- Rối loạn thính giác do tai giữa thường theo kiểu giảm thính (nghe ãng ãng thần kinh = *bradyacusis*) và do tổn thương màng nhĩ hoặc các xương dẫn truyền âm.

- Điếc (*anacusis*) do tổn thương các cơ quan *corti*, phần ốc tai của dây thần kinh cùng các nhân của nó. Trên lâm sàng phân biệt hai loại điếc:

+ Điếc dẫn truyền: do tổn thương tai giữa, tai ngoài gây ảnh hưởng dẫn truyền theo đường không khí. Biểu hiện nghe tiếng nói thãm giảm nhiều hơn tiếng nói to, âm trầm giảm nhiều hơn âm bổng, nghe tiếng tích tắc đồng hồ giảm ở đường không khí và bình thường ở đường xương. Nghiệm pháp Rinne (-), Weber nghe rõ hơn ở bên bệnh, Schwabach thời gian nghe kéo dài. Nguyên nhân thường gặp là viêm tai, viêm vòi Eustach hoặc do ráy tai.

+ Điếc tiếp nhận: do tổn thương tai trong, dây VIII. Biểu hiện là nghe tiếng nói to giảm nhiều hơn tiếng nói thãm, tiếng bổng giảm nhiều hơn tiếng trầm. Tiếng tích tắc đồng hồ nghe giảm qua đường không khí và mất qua đường xương. Nghiệm pháp Rinne (+), Weber bên lành nghe rõ hơn và nghiệm pháp Schwabach thời gian nghe thấy giảm.

- Trong u dây VIII: sự tiến triển tuần tự của các triệu chứng đã được *Bimond* diễn đạt thành phác đồ cụ thể như sau:

Điếc 1 tai → mê cung mất hưng phấn (bệnh nhân có biểu hiện “dấu hiệu dây nói” nghĩa là chỉ nghe được bằng một tai).

→ Rung giật nhãn cầu.

→ Mất phản xạ giác mạc một bên.

→ Mất phối một bên.

Trong trường hợp bệnh tiến triển chậm có thể trải qua các giai đoạn sau:

- + Giai đoạn 1: thời gian kéo dài khoảng từ 1 năm trở lên với các triệu chứng: ù tai, chóng mặt nhẹ, có “dấu hiệu dây nói”.
- + Giai đoạn 2: chóng mặt ù tai → điếc, nhưng chưa có hội chứng tăng áp lực nội sọ, chưa có các triệu chứng biểu hiện chèn ép dây TK.
- + Giai đoạn 3 có thêm: chóng mặt khách quan, tổn thương các dây TK sọ não khác (VI₁; VI; VII), có hội chứng tiểu não và hội chứng tháp bên đối diện.

7. Khám dây TK lưỡi- hầu (dây IX), dây TK phế vị (dây X)

7.1. Nhắc lại giải phẫu- chức năng

Ngoài chức năng phân bố cảm giác cho 1/3 sau lưỡi của dây IX thì 2 dây này có nhiều nhiệm vụ giống nhau nên khi khám lâm sàng ta thường khám cả 2 dây này đồng thời.

– Chức năng vận động: cơ khít hầu, cơ trâm hầu, nâng phần trên hầu; rất quan trọng trong động tác nuốt.

– Chức năng cảm giác: 1/3 sau lưỡi, *Amygdale*, màn hầu, hầu, vòm *Eustache*, hòm nhĩ.

– Chức năng thực vật: tuyến nước bọt mang tai (mượn đường đi của nhánh V_3).

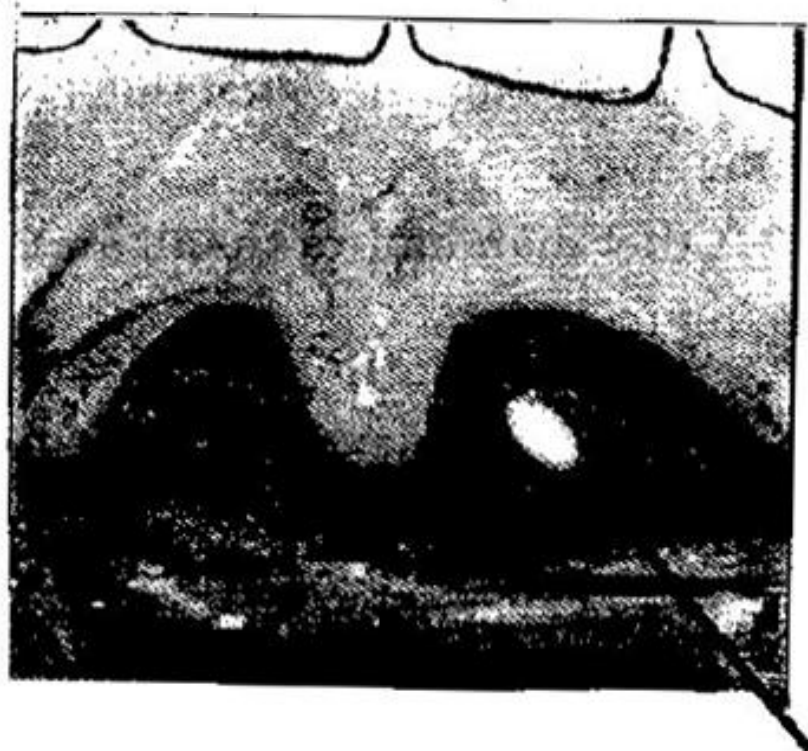
Chức năng phản xạ: phản xạ nâng màn hầu.

7.2. Khám dây IX và dây X

Dụng cụ khám: dụng cụ đèn lưỡi, tấm bông, đèn soi.

Thao tác khám:

– *Khám vận động:* yêu cầu bệnh nhân phát âm, thầy thuốc nhận xét tiếng nói của bệnh nhân có bình thường không hay bệnh nhân nói giọng mũi, cho bệnh nhân nuốt xem có bị nghẹn đặc sặc lỏng khi ăn uống không. Yêu cầu bệnh nhân há miệng và phát âm “a” thầy thuốc dùng đèn soi quan sát xem màn hầu hai bên của bệnh nhân nâng có đều không.



Hình 12. Khám phản xạ màn hầu

– *Khám phản xạ nâng màn hầu*: bệnh nhân ở tư thế ngồi hoặc nằm, miệng há rộng, thầy thuốc dùng đèn soi họng bệnh nhân cho dễ quan sát và dùng tấm bông kích thích nhẹ thành sau màn hầu, đáp ứng là động tác nâng màn hầu.

7.3. Triệu chứng tổn thương dây IX và X

– Đau dây IX: thường thành cơn, đau chói, đau giật bùng nổ đột ngột, cơn đau dễ được gọi lên do các kích thích khác nhau (ví dụ chạm vào *Amygdale*)

Vị trí đau: vùng *Amygdale*, gốc lưỡi, đau lan tới góc hàm, sau tai và thường khu trú một bên.

Triệu chứng kèm theo: dị cảm ở lưỡi, miệng khô, nước bọt quánh.

Nguyên nhân: chưa rõ, có thể ở giai đoạn tắt dục, rối loạn thần kinh, người mệt.

– Các hội chứng đặc biệt khi có tổn thương hành não:

+ Hội chứng Avellis:

Liệt dây X (liệt màn hầu và thanh âm).

Liệt nửa người bên đối diện.

+ Hội chứng Schmidt:

Liệt dây IX, X, XI (thanh âm, cơ thang và cơ ức đòn chũm).

Liệt nửa người bên đối diện.

+ Hội chứng Jackson:

Liệt dây IX, X, dây XII.

Liệt nửa người bên đối diện.

+ Hội chứng lỗ rách sau (hội chứng Vernet).

Liệt dây X, XI, XII cùng bên.

8. Khám dây gai (dây XI)

8.1. Nhắc lại giải phẫu

Dây XI có 2 ngành: ngành ngoài (còn gọi là ngành tuỷ sống) và ngành trong (là ngành não).

Ngành ngoài của dây XI là ngành vận động. Thân tế bào nằm ở phần sau của sừng trước và sừng bên tuỷ sống cổ C_1 đến C_6 . Các sợi trục tạo thành dây XI đi trong ống sống ngược lên trên qua lỗ chằm vào trong sọ rồi nối với ngành trong, sau đó 2 ngành cùng qua lỗ rách sau và chia thành 2 nhánh tận. Dây XI ngoài phân bố vận động cho cơ ức đòn chũm và cơ thang.

Ngành trong (ngành hành não) thực tế chỉ là một nhánh vận động của dây X, chúng cùng bắt nguồn từ nhân hoài nghi, gồm những sợi vận động và cảm giác của thanh quản.

8.2. Khám dây XI

Thao tác khám dây XI: bệnh nhân ở tư thế ngồi.

– Khám sức cơ thang: bệnh nhân so vai và giữ nguyên tư thế, thầy thuốc đặt hai bàn tay lên vai bệnh nhân và ấn xuống kiểm tra sức cơ thang hai bên của bệnh nhân có cân đối không (hình 13b).

– Khám sức cơ ức - đòn - chũm: thầy thuốc yêu cầu bệnh nhân quay mặt về một bên và giữ nguyên tư thế, thầy

thuốc kéo cầm bệnh nhân theo hướng ngược lại, kiểm tra lần lượt hai bên, đánh giá sức cơ từng bên và so sánh sức cơ hai bên với nhau (hình 13a).

8.3. Triệu chứng học

Dây XI ít khi bị tổn thương đơn độc và một bên mà thường kết hợp tổn thương cùng dây IX, X, và XII. Trên lâm sàng ta thường gặp những biểu hiện tổn thương dây XI sau:

Cơ cứng cơ ức đòn chũm: gây quay đầu sang bên đối diện. Trên lâm sàng bệnh cảnh điển hình của cơ cứng cơ ức đòn chũm là chứng vẹo cổ (*Torticolis spasmodic*).

Cơ giắt cơ ức đòn chũm sẽ gây động tác lắc đầu về bên đối diện.

Liệt cơ ức đòn chũm: bệnh nhân không quay đầu về bên đối diện được, khi khám sức cơ ức đòn chũm chống lại sức cản không thấy khối cơ ức đòn chũm nổi lên.

Teo cơ ức đòn chũm do tổn thương của bản thân cơ hoặc tổn thương dây thần kinh XI.

Tổn thương dây XI thường do các nguyên nhân sau:

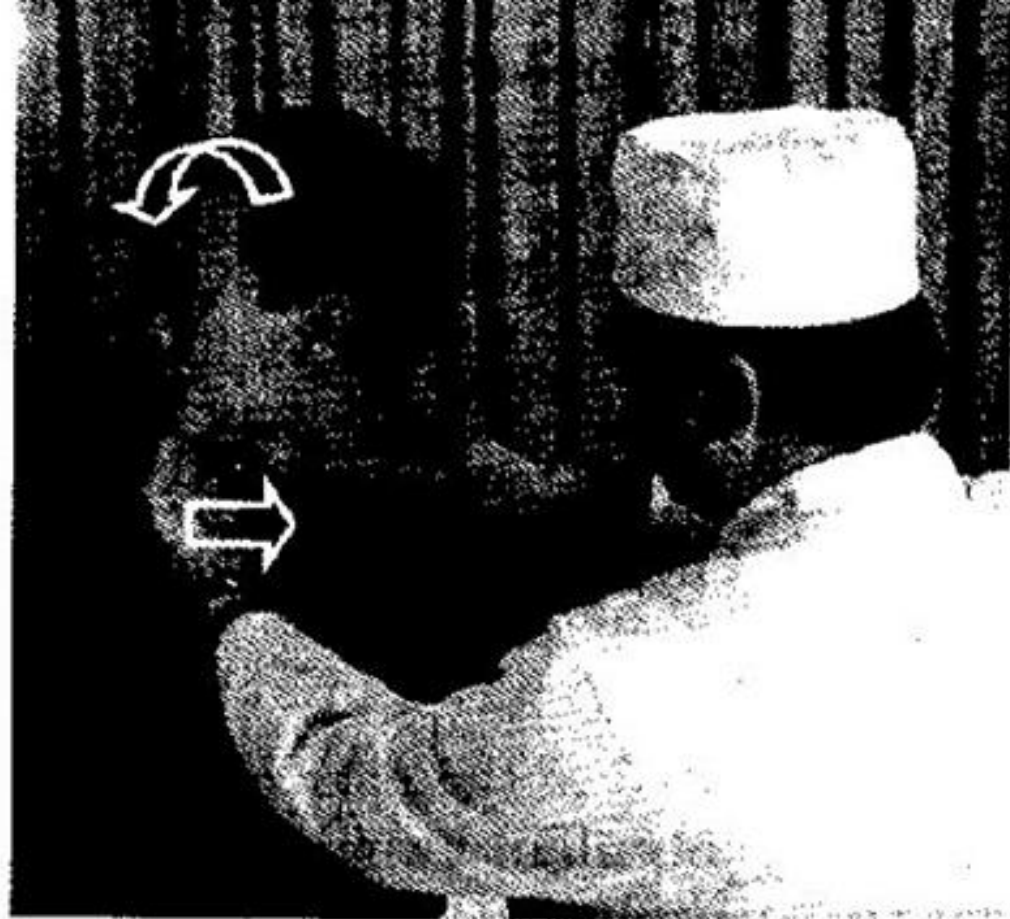
Hạch cổ, u vùng cổ.

Chấn thương hoặc vết thương hoá khí vùng cổ.

Tai biến trong khi sinh thiết hạch cổ (chạm vào dây XI và gây tổn thương dây TK).

U nền sọ hoặc vỡ nền sọ.

Viêm màng não nền sọ.



Hình 13a. Khám dây XI (sức cơ ức - đòn - chũm)



Hình 13 b. Khám dây XI (sức cơ thang)

9. Khám dây hạ thiệt (dây XII)

9.1. Nhắc lại giải phẫu- chức năng

Nhân dây XII nằm ở hành não, các sợi trục tạo thành dây XII và ra khỏi não ở rãnh trước trám hành. Dây XII thoát ra khỏi sọ qua lỗ lồi cầu trước. Sau đó đi qua vùng hàm hầu và vùng trên móng, qua lỗ hạ thiệt để vào lưỡi.

Chức năng dây XII đơn thuần là vận động cơ lưỡi.

9.2. Khám dây XII

Quan sát: bệnh nhân ở tư thế nằm hoặc ngồi, đầu tiên thầy thuốc yêu cầu bệnh nhân há miệng, quan sát lưỡi ở trạng thái yên tĩnh và nhận xét xem hai bên lưỡi có cân đối không, đầu lưỡi có lệch về bên nào không và có cơ lưỡi bên nào bị teo hoặc rung thở cơ không. Sau đó yêu cầu bệnh nhân thè lưỡi ra và rút lưỡi lại, quan sát đầu lưỡi xem có lệch không và lệch về bên nào (phải hoặc trái).

Khám vận động cơ lưỡi: yêu cầu bệnh nhân ấn đầu lưỡi vào thành má hai bên của họ và thầy thuốc dùng các ngón tay của mình đè ngược lại để kiểm tra sức cơ lưỡi từng bên của bệnh nhân, đánh giá sức cơ lưỡi từng bên và so sánh sức cơ hai bên với nhau.

9.3. Đánh giá kết quả

- Bình thường: lưỡi nhìn đầy đặn cân đối, không có run thở cơ, sức cơ hai bên khỏe đều.
- Triệu chứng tổn thương dây XII
 - + Vận động bất thường của lưỡi: trong bệnh Parkinson, liệt toàn thể do giang mai có thể quan

sát thấy động tác thò ra rút vào nhanh của lưỡi. Ở các bệnh nhân múa giật (Sydenham hoặc Huntington) cũng thấy các động tác bất thường của lưỡi giống như ở chi.

+ Liệt lưỡi thường có những đặc điểm:

Thường liệt một bên với các triệu chứng: run thối cơ (fibrillation) và teo nửa lưỡi.

Đầu lưỡi lệch (khi nghỉ lệch nhẹ về bên lành, khi thè lưỡi ra lưỡi sẽ lệch về bên liệt, khi bệnh nhân rút lưỡi lại sẽ lệch về bên lành).

Bệnh nhân không thể chủ động đưa đầu lưỡi về bên lành được.

Đường giữa lưỡi lõm sâu có thể tạo thành hình lòng máng.

- Liệt cả hai bên lưỡi sẽ có các triệu chứng:

Lưỡi bất động.

Khó nhai nuốt và phát âm.

Teo và rung toàn bộ lưỡi.

- Nguyên nhân tổn thương dây TK hạ thiệt:

+ Liệt ngoại vi dây XII thường do:

Xơ cột bên teo cơ.

Viêm sừng trước tuỷ sống cấp tính.

Rong tuỷ khu vực hành não.

Nhồi máu não.

Chấn thương.

Bệnh Paget.

Lao màng não vùng nền.

Các u vùng sau mũi.

- + Liệt trung ương dây XII thường do:
 - Hội chứng giả hành não.
 - Nhuyễn não vùng nắp cả 2 bên bán cầu gây liệt môi, lưỡi, hầu, không teo cơ, không rung giật cơ.

KHÁM CHỨC NĂNG VẬN ĐỘNG

I. MỞ ĐẦU

Mục đích khám chức năng vận động nhằm phát hiện những vấn đề sau:

Bệnh nhân có liệt không (giảm hoặc mất sức cơ)?

Liệt ở đâu (tay, chân, mặt...)?

Liệt kiểu gì (trung ương hay ngoại vi)?

Liệt độ mấy (từ độ 1 đến độ 5)?

Trương lực cơ có thay đổi không (mức độ thay đổi)?

Bệnh nhân có các động tác vận động không chủ ý không, nếu có thì là động tác gì (co giật, múa vờn, múa giật, run, tics...)?

II. KHÁM VẬN ĐỘNG

Khám vận động bao gồm: nhận xét tư thế và vận động của bệnh nhân, khám sức cơ, khám trương lực cơ và nhận xét về các động tác không chủ ý, sau đây ta lần lượt khảo sát các chức năng đó.

1. Khám sức cơ

1.1. Quan sát

Quan sát tư thế của bệnh nhân: xem nét mặt và vận động các cơ mặt của bệnh nhân (nét mặt vô tình cảm của

bệnh nhân Parkinson, một nửa mặt không vận động do liệt dây VII ngoại vi...), tư thế ngồi, đứng, nằm của bệnh nhân có gì đặc biệt không?

Quan sát dáng đi (nhận xét về sự cân đối của cơ thể khi vận động, tính nhịp nhàng uyển chuyển trong sự phối hợp động tác của các phần của cơ thể, tốc độ đi...). Thường gặp các dáng đi sau trong lâm sàng:

- + *Dáng đi lết vòng, dáng đi như gà (Démarche spasmodique hay Démarche de Gallinacée)*: còn được gọi là *dáng đi vạt cổ* gặp trong liệt cứng nửa người, thường thấy ở bệnh nhân liệt nửa người do đột quỵ não.
- + *Dáng đi Tabes (Démarche tabétique)*: dạng hai chân, khi đi bệnh nhân nâng bàn chân lên cao rồi để rơi bàn chân bằng phẳng xuống đất một cách nặng nề, mắt luôn nhìn xuống đất, nếu nhắm mắt thì bệnh nhân sẽ ngã.
- + *Dáng đi chân rữ (Démarche en steppant)*: khi đi bàn chân rữ thõng, hơi quay vào trong, các ngón hơi gấp. Để khỏi quệt mũi bàn chân xuống đất khi đi, bệnh nhân thường nâng cao chân, khi đặt bàn chân liệt xuống thì mũi bàn chân tiếp đất trước, sau đó là cạnh ngoài bàn chân và gót chân.
- + *Dáng đi kiểu múa Balett*: trong bệnh *Little*, bệnh nhân đi bằng mũi bàn chân, hai chân duỗi cứng và luôn có xu hướng bất chéo.
- + *Dáng đi kiểu con ngỗng*: lưng ưỡn ra trước, mông cong ra sau đùi ở phía trước, cẳng chân phía sau do

teo cơ vùng thắt lưng, đùi mông. Dáng đi này thường gặp trong bệnh loạn dưỡng cơ tiến triển.

- + *Dáng đi Hysteria*: dáng đi kéo gối, bệnh nhân lê hai bàn chân trên mặt đất một cách nặng nhọc trong khi đi.
- + *Dáng đi Parkinson*: bệnh nhân đi không vung vẩy tay, toàn bộ cơ thể của bệnh nhân di chuyển như một khối, ngập ngừng, cứng nhắc, nửa người trên có xu hướng lao về trước, bước đi ngắn và phanh dần như chạy đuổi theo trọng tâm của chính mình.
- + *Các dáng đi khác (dáng đi tiểu não)*: bệnh nhân đi lảo đảo như say rượu, hai chân dạt rộng, có khi nghiêng về một bên, nếu nặng bệnh nhân ngã về bên tổn thương.

Quan sát các động tác và các vận động chủ động khác của bệnh nhân (các động tác vận động cơ mặt trong khi nói cười, hoạt động của tứ chi...).

1.2. Thao tác khám sức cơ

Có thể tiến hành tuần tự theo các bước sau:

1.2.1. Yêu cầu bệnh nhân thực hiện các động tác vận động chủ động:

Thầy thuốc yêu cầu bệnh nhân co, duỗi, dạng, khép, xoay... chân tay.

Mục đích nhằm phát hiện những trường hợp liệt nặng nề, không vận động được các chi thể.

Khi bệnh nhân vẫn thực hiện được các động tác kể trên ta kiểm tra các nghiệm pháp khám sức cơ.

1.2.2. Các nghiệm pháp khám sức cơ:

Nhằm phát hiện những trường hợp liệt vừa, bệnh nhân vẫn còn có thể cử động chân tay bên liệt được, nhưng sức cơ bên đó không duy trì được khả năng chống lại trọng lực bền lâu.

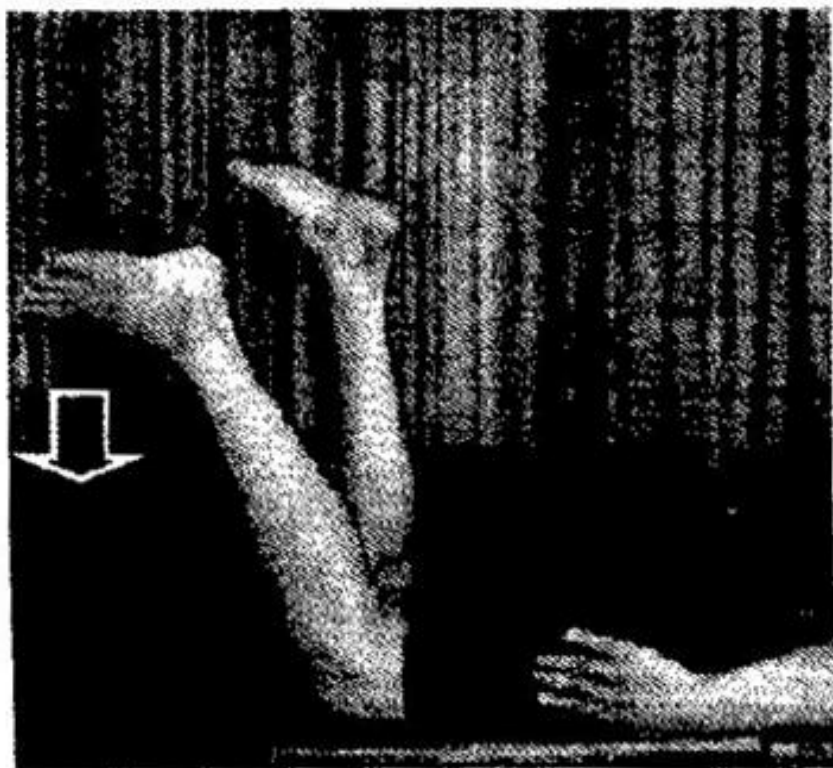
– Nghiệm pháp Barré:

- + *Barré chi trên*: bệnh nhân có thể nằm hoặc ngồi, giơ thẳng hai tay ra trước, xòe các ngón tay và giữ nguyên tư thế (hình 14a), nghiệm pháp dương tính khi tay yếu hơn rơi xuống trước (ví dụ tay trái rơi xuống trước, ta nói Barré dương tính bên tay trái).
- + *Barré chi dưới*: bệnh nhân nằm sấp, cẳng chân để vuông góc với đùi và giữ nguyên tư thế, nghiệm pháp dương tính khi chân yếu rơi xuống trước (ví dụ chân phải rơi xuống trước, ta nói Barré dương tính chân phải - hình 14b).



Hình 14a. Nghiệm pháp Barré chi trên

Tay trái của bệnh nhân có xu hướng rơi xuống trước (Barré (+) tay trái)



Hình 14b. Nghiệm pháp Barré chi dưới

Chân phải của bệnh nhân yếu không duy trì được tư thế và rơi xuống trước (nghiệm pháp Barré (+) bên chân phải)

– *Nghiệm pháp Raimiste:*

Bệnh nhân nằm ngửa, cánh tay đặt trên mặt giường, cẳng tay đặt vuông góc với cánh tay, bàn tay duỗi thẳng và giữ nguyên tư thế. Nghiệm pháp dương tính khi tay yếu rơi xuống ngực trước (ví dụ tay phải rơi xuống trước ta nói Raimiste dương tính bên tay phải - hình 15).

– *Nghiệm pháp Mingazzini:*

Bệnh nhân nằm ngửa, cẳng chân đặt vuông góc với đùi, đùi vuông góc với mặt giường và giữ nguyên tư thế. Nghiệm pháp dương tính khi chân yếu hơn rơi xuống trước (ví dụ chân phải rơi xuống trước ta nói Mingazzini dương tính bên phải- hình 16).



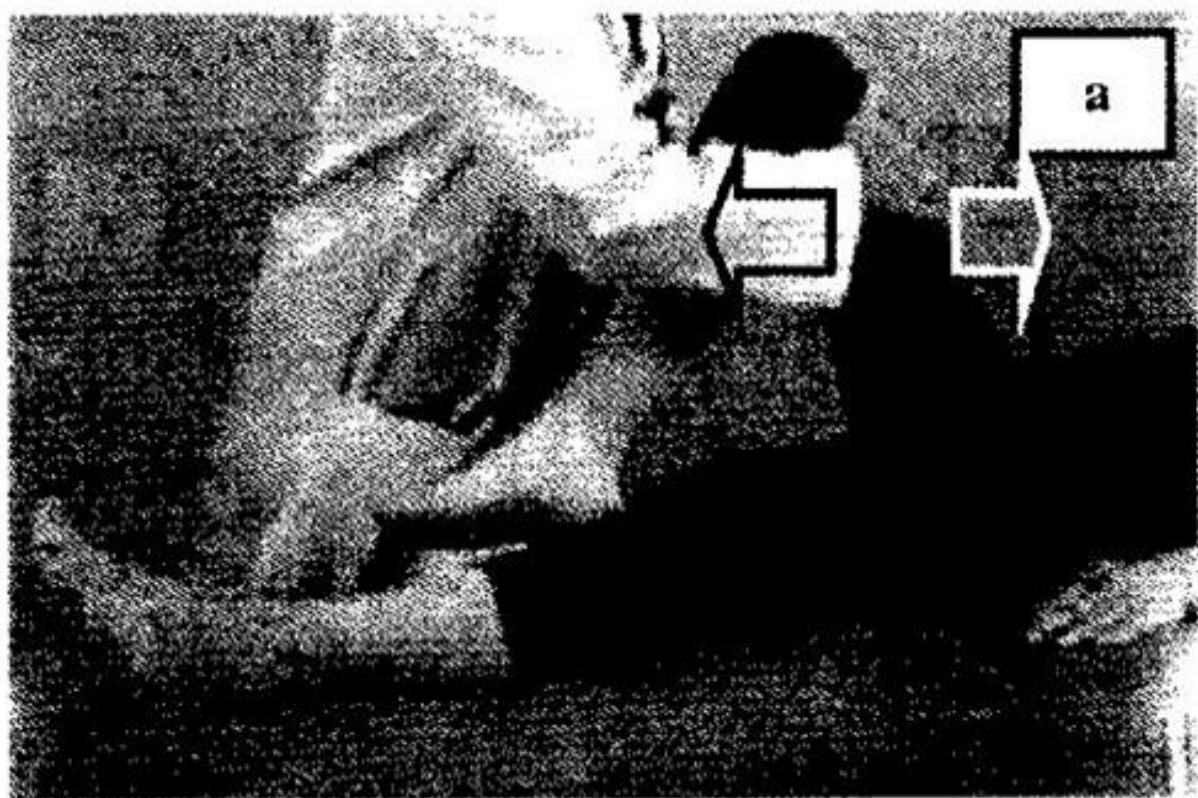
Hình 15. Nghiệm pháp Raimiste
*Tay phải của bệnh nhân bị yếu không duy trì được tư thế
 và rơi xuống (Reimiste (+) tay phải)*



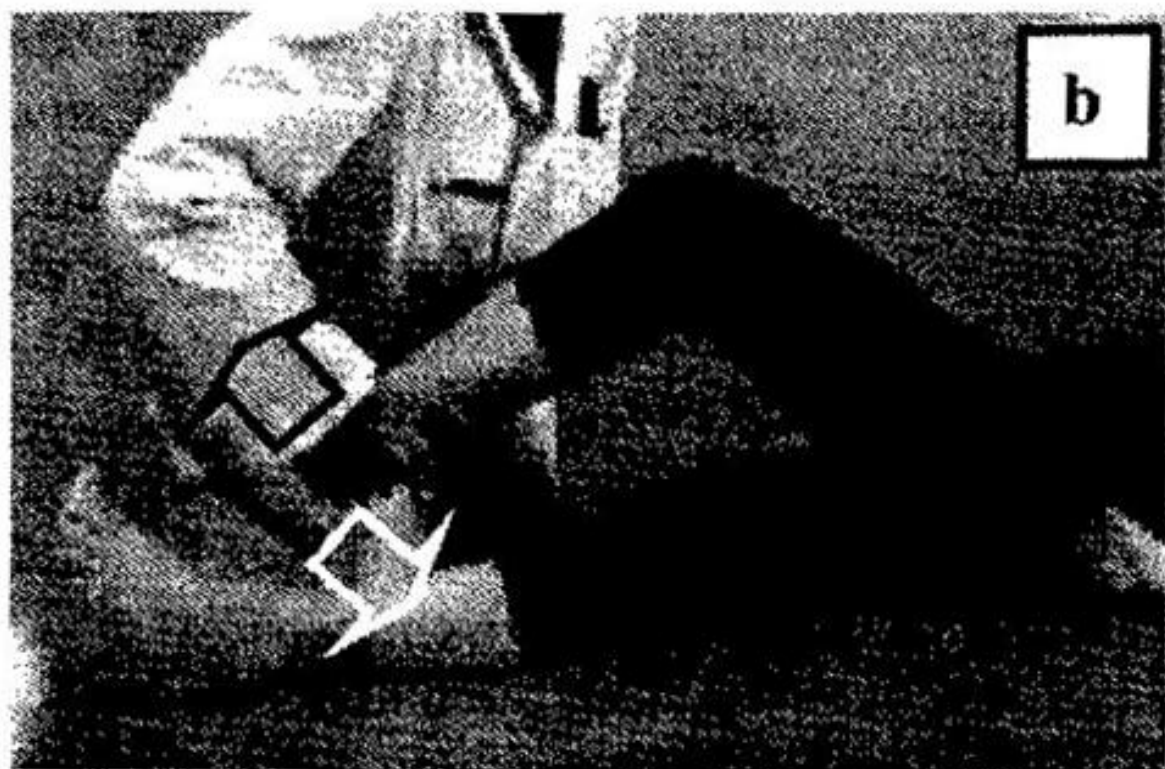
Hình 16. Nghiệm pháp Mingazzini

Khi bệnh nhân thực hiện tốt các nghiệm pháp khám sức cơ mà chưa phát hiện được liệt ta chuyển sang bước sau:

- + Yêu cầu bệnh nhân thực hiện các động tác vận động chủ động chống lại sức cản do thầy thuốc gây ra. Bằng cách khám này thầy thuốc có thể phát hiện những trường hợp liệt rất kín đáo.
- + Khi thăm khám, thầy thuốc yêu cầu bệnh nhân lần lượt vận động gấp duỗi các khúc chi (từ đùi, cánh tay, cẳng tay, cẳng chân các bàn chân, bàn tay, và bệnh nhân thực hiện các động tác như đối chiếu các ngón tay) trong khi thầy thuốc dùng tay của mình thực hiện các động tác ngược lại. Trong khi khám thầy thuốc so sánh sức cơ tương ứng của hai bên cơ thể.



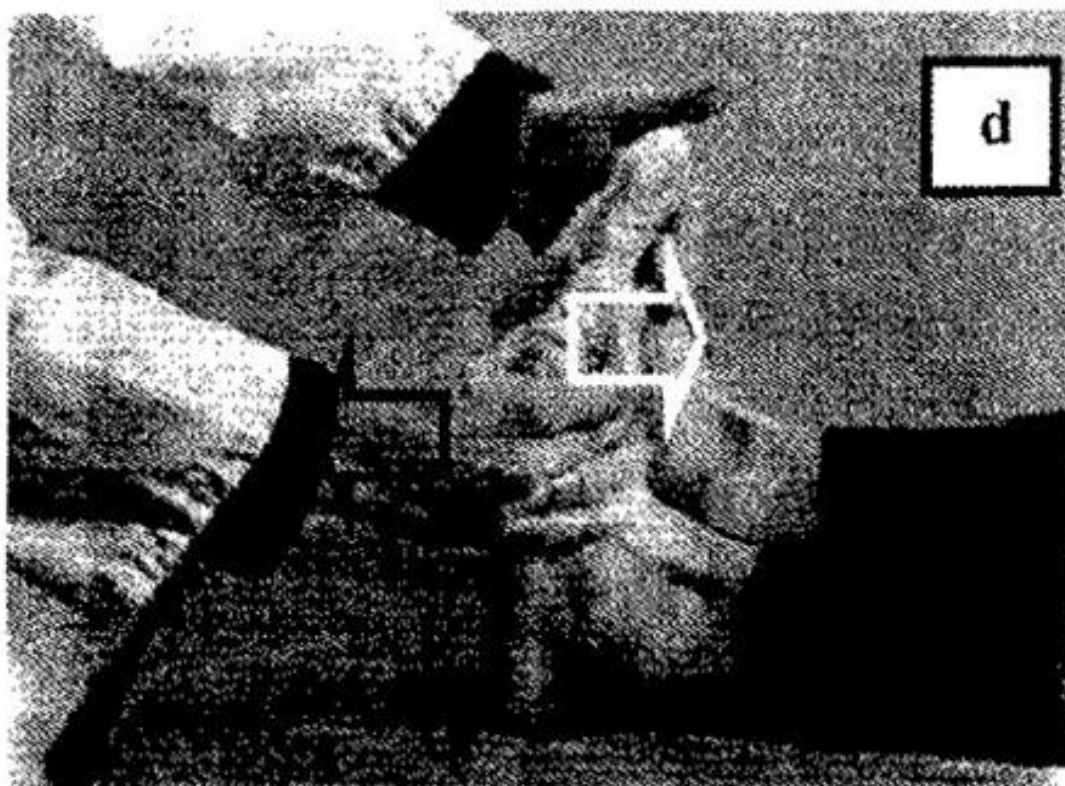
Bệnh nhân gấp đùi vào bụng chống lại sức cản, thầy thuốc kéo đùi bệnh nhân duỗi ra



Bệnh nhân gấp cẳng chân vào đùi chống lại sức cản, thấy thuốc kéo cẳng chân của bệnh nhân duỗi ra



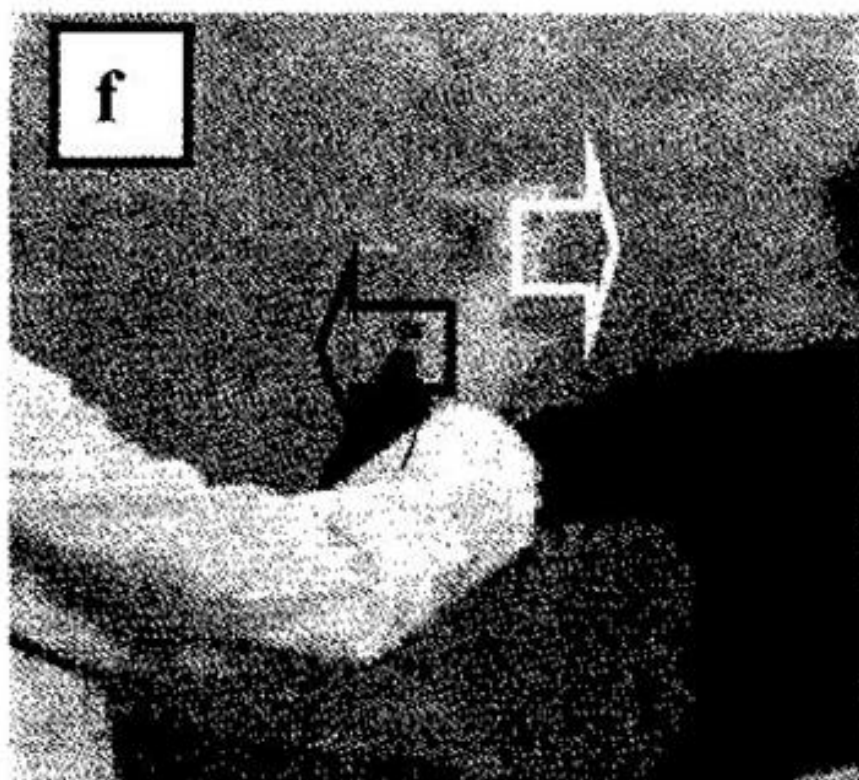
Bệnh nhân duỗi cẳng chân chống lại sức cản, thấy thuốc kéo cẳng chân bệnh nhân duỗi thẳng ra



Bệnh nhân gấp bàn chân về phía mu chống lại sức cản, thấy thuốc kéo bàn chân của bệnh nhân duỗi thẳng ra



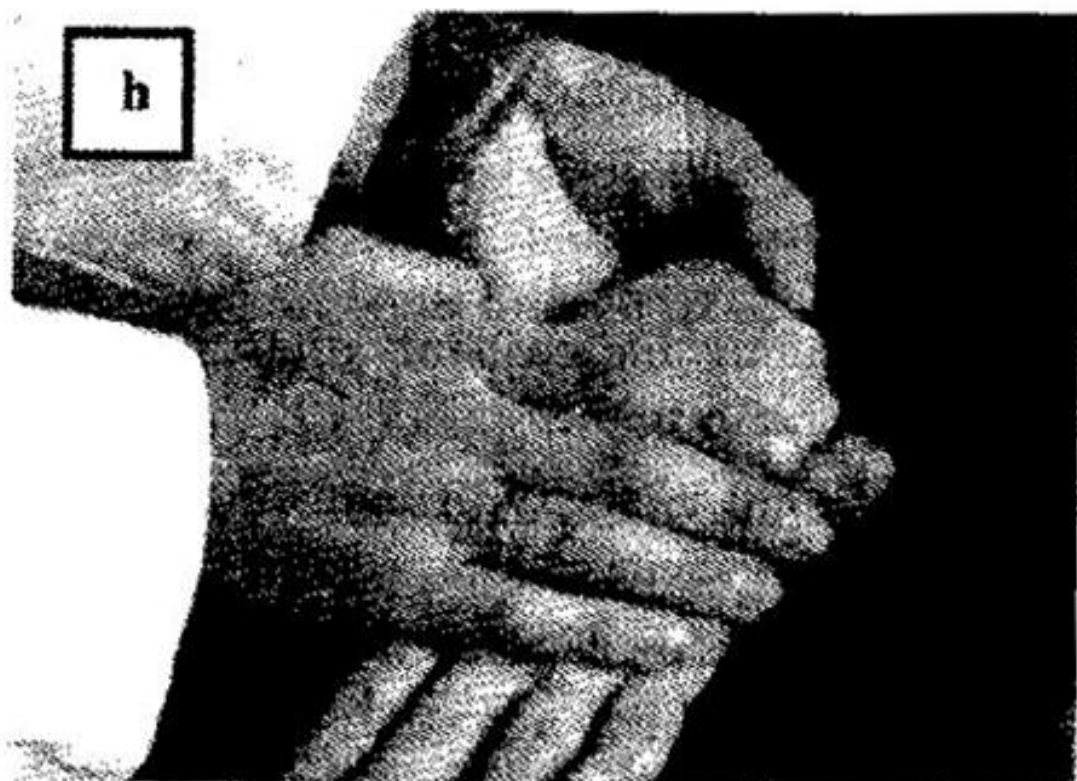
Bệnh nhân duỗi thẳng bàn chân chống lại sức cản, thấy thuốc giữ bàn chân của bệnh nhân lại không cho duỗi ra



Bệnh nhân co cứng tay chống lại sức cản, thầy thuốc kéo căng tay của bệnh nhân cho duỗi ra



Bệnh nhân gấp các ngón tay chống lại sức cản, thầy thuốc kéo các ngón tay bệnh nhân cho duỗi ra



Bệnh nhân gấp bàn tay về phía mu chống lại sức cản, thầy thuốc gấp bàn tay bệnh nhân theo chiều ngược lại.

Hình 17. Khám sức cơ các khúc chi
Bệnh nhân co các đoạn chi chống lại sức cản
do thầy thuốc gây ra (a, b, c, d, e, f, g, h)

1.3. Đánh giá kết quả khám sức cơ

Kết quả khám sức cơ được đánh giá theo 5 mức độ liệt:

Độ 1. Bệnh nhân vẫn tự đi lại, tự phục vụ được nhưng chi bị bệnh yếu hơn chi đối diện.

Độ 2. Bệnh nhân có thể nâng chân tay lên khỏi mặt giường, nhưng không giữ được lâu.

Độ 3. Bệnh nhân chỉ co duỗi được chân tay trên mặt giường một cách chậm chạp, yếu ớt.

Độ 4. Nhìn, sờ thấy cơ co khi bệnh nhân vận động chủ động nhưng không gây co duỗi khúc chi (cơ cơ đẳng kế).

Độ 5. Hoàn toàn không có biểu hiện cơ cơ khi bệnh nhân vận động chủ động.

2. Khám trương lực cơ

Khi khám trương lực cơ bệnh nhân cần để chi được khám mềm mại hoàn toàn.

- Sờ nắn các chi và so sánh mật độ của cơ cần khám với bên đối diện và với các cơ khác.
- Vận động thụ động các chi của bệnh nhân:
 - + *Nghiệm pháp ve vẩy ngọn chi*: thầy thuốc cầm cổ tay bệnh nhân và lắc nhẹ, bàn tay bệnh nhân bị mất trương lực sẽ ve vẩy mềm mại, không có độ bật lại.
 - + *Gấp duỗi các chi của bệnh nhân*: đặt tay bệnh nhân vòng qua vai bên đối diện sau đó đặt bàn tay lên xương bả vai cùng bên. Gấp cổ tay bệnh nhân về phía mu bàn tay. Đặt gót chân bệnh nhân vào mông cùng bên...
 - + *Dấu hiệu gấp dao díp*: thầy thuốc thực hiện động tác vận động thụ động tay và chân bệnh nhân ở khớp gối và khớp khuỷu. Khi mới gấp thấy cứng sau đó tiếp tục gấp vào sẽ thấy dễ dàng như gấp dao díp, tương tự như vậy khi duỗi ra đầu tiên thấy khó duỗi, sau đó chi duỗi ra một cách dễ dàng.
 - + *Dấu hiệu bánh xe răng cưa*: thầy thuốc thực hiện động tác gấp và duỗi thụ động tay, chân của bệnh nhân ở khớp gối, khớp khuỷu và khớp cổ tay sẽ thấy các vận động gấp duỗi được thực hiện theo từng nấc.

– Khám phát hiện dấu hiệu rung giật bàn chân, rung giật bánh chè (gấp trong liệt trung ương)

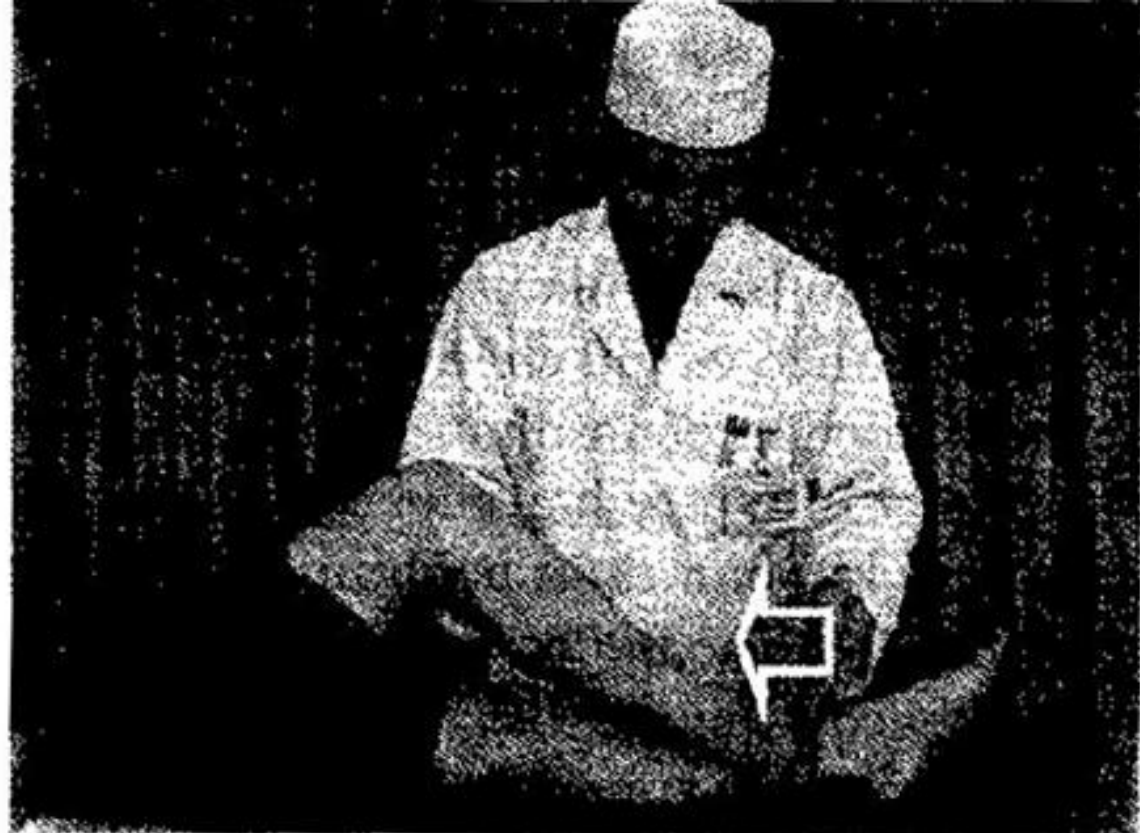
+ *Rung giật bàn chân*: bệnh nhân nằm ngửa, thầy thuốc đặt chân bệnh nhân ở tư thế gấp gối 120^0 , một tay đỡ dưới khoeo và giữ chân cho ngay ngắn, tay còn lại cầm bàn chân bệnh nhân gấp mạnh, đột ngột về phía mu và duy trì lực gấp (hình 18). Dấu hiệu dương tính khi bàn chân bệnh nhân có các động tác giật mạnh liên tục ngược lại lực ấn của thầy thuốc, chừng nào còn duy trì lực ấn bàn chân bệnh nhân còn có các cử động rung giật.

+ *Rung giật bánh chè*: bệnh nhân nằm ngửa hai chân duỗi thẳng trên mặt giường. Thầy thuốc dùng một bàn tay giữ cẳng chân bệnh nhân, bàn tay còn lại đặt phía trên xương bánh chè, ấn mạnh, đột ngột xuống dưới và duy trì lực ấn (hình 19). Dấu hiệu dương tính khi xương bánh chè của bệnh nhân có các cử động giật ngược lại lực ấn của thầy thuốc, chừng nào thầy thuốc còn duy trì lực ấn bánh chè còn giật.

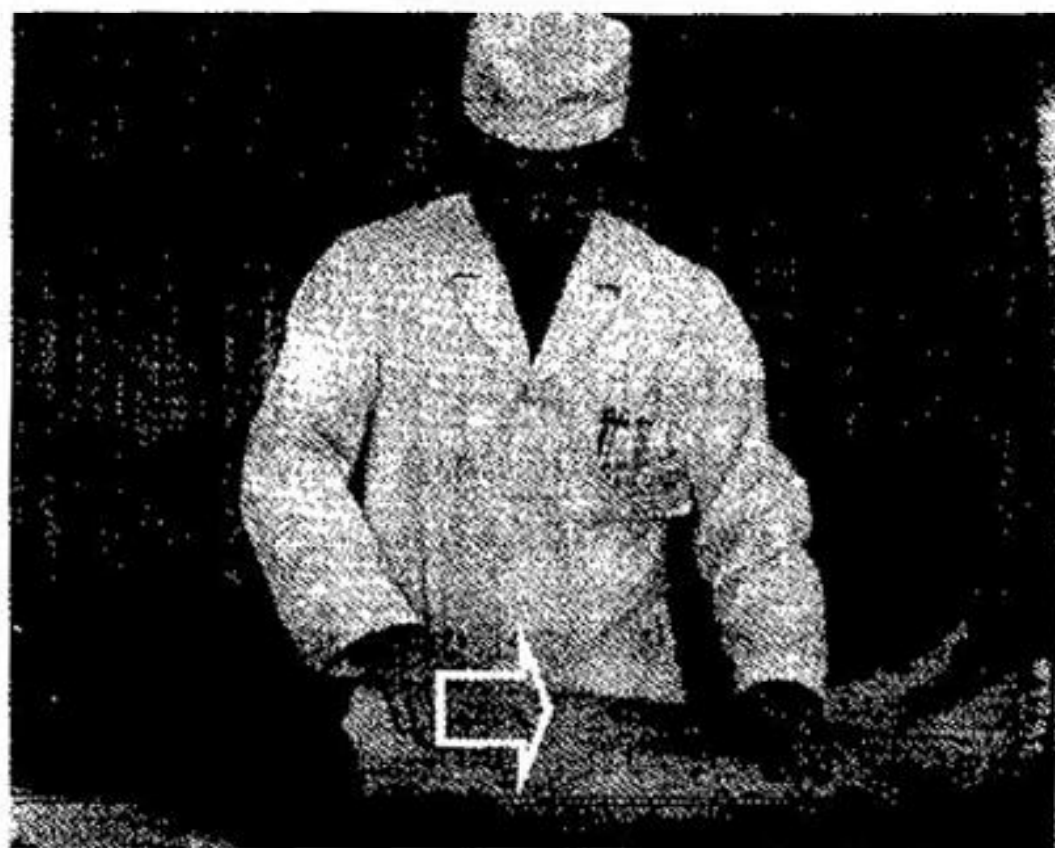
– Đánh giá kết quả khám trương lực cơ: trương lực cơ có thể giảm hoặc tăng (trường hợp tăng mạnh có thể biểu hiện bằng co cứng cơ tương ứng).

3. Khám các vận động không chủ ý

Nguyên tắc khám: quan sát bệnh nhân lúc nghỉ và lúc vận động. Nhận xét đặc điểm của các vận động bất thường (như tần số, biên độ, vị trí và các yếu tố ảnh hưởng tới chúng).



Hình 18. Tìm dấu hiệu rung giật bàn chân



Hình 19. Tìm dấu hiệu rung giật bánh chè

Các vận động bất thường thường gặp:

- + Run (*tremor*): là cử động nhịp nhàng luân phiên gấp đôi của các nhóm cơ (hay gặp ở ngón chi), tần số nhanh, biên độ nhỏ.

Cách khám: bệnh nhân nhắm mắt, giơ hai tay ra trước. Thầy thuốc quan sát đầu ngón tay xem có run không? Trong trường hợp nghi ngờ, có thể đặt một tờ giấy phẳng lên bàn tay của bệnh nhân và quan sát đầu ngoài của tờ giấy (biên độ run được khuếch đại) xem có run không.

Thường gặp trong bệnh Parkinson, tiểu não, nghiện rượu, Basedow...

- + Rung giật bó cơ (*fasciculation*), rung giật sợi cơ (*fibrillation*): là hiện tượng co giật nhẹ các bó cơ mà mắt thường có thể quan sát được (hoặc co các sợi cơ).

Cách khám: bệnh nhân ở trạng thái yên tĩnh, thầy thuốc quan sát các bắp cơ của bệnh nhân xem có hiện tượng các bó cơ co giật tự phát không. Có thể gọi ra hiện tượng co giật bó cơ bằng cách dùng ngón tay gõ nhẹ vào bắp cơ của bệnh nhân.

Nguyên nhân là do các quá trình bệnh lý gây mất phân bố thần kinh (xơ cột bên teo cơ).

- + Co giật cơ (*myoclonus*): là sự co cơ đột ngột ở một hay nhiều nhóm cơ làm vận động các khúc chi như trong cơn động kinh, sản giật (*eclampsia*), hạ calci máu, hạ đường máu...

- + Múa giật (*chorea*): là những cử động hỗn độn không tùy ý, đột ngột, nhanh, biên độ lớn.

Thường thấy ở gốc chi, mặt, thay đổi nhanh vị trí, tăng khi vận động, giảm khi nghỉ ngơi.

Cách khám: yêu cầu bệnh nhân giơ hai tay lên đầu hoặc ra trước, hai bàn tay để úp và giữ nguyên tư thế.

- + *Múa giật Sydenham* do thấp khớp cấp ở trẻ em; *múa giật Huntington* có tính chất di truyền, kèm theo mất trí, thường gặp ở người lớn.
- + *Múa giật* triệu chứng nửa người kèm theo các triệu chứng khác, thường do tổn thương mạch máu não hoặc do bệnh não trẻ em.
- + *Múa vờn (athetose)*: là các động tác diễn ra rất chậm chạp, uốn éo, các động tác luôn thay đổi, nối tiếp nhau hầu như không ngừng. Các động tác múa vờn thường gặp ở ngón chi (do tổn thương nhân đuôi). Múa vờn kép gặp ở hai tay kết hợp với thiếu năng tâm thần (do tổn thương thể vân, nhân đỏ).
- + *Múa vung nửa thân (hemiballism)*: là các động tác vung tay như ném, hoặc các động tác đá gót, gập chân đột ngột về phía sau (do tổn thương thể Luys bên đối diện).
- + *Loạn trương lực xoắn vặn (dystorsion)*: là các cử động như múa vờn nhưng xảy ra ở gốc chi hay ở thân gây cử động xoắn vặn chi hoặc thân, thường xuất hiện khi đi nên bệnh nhân đi lại rất khó khăn (do tổn thương nhân đuôi, vỏ hén, đồi thị, nhân răng).
- + *Máy cơ (Tics)*: là các vận động theo thói quen của các nhóm cơ ở mặt cổ, tăng khi mệt mỏi.

4. Đánh giá kết quả

Kết hợp kết quả khám trương lực cơ và sức cơ ta có thể nhận xét là liệt trung ương hay liệt ngoại vi theo bảng sau:

Bảng 3. Đánh giá kết quả khám vận động

Sức cơ	Trương lực cơ	Kiểu liệt
Giảm	Tăng	Liệt trung ương
Giảm	Giảm	Liệt ngoại vi

Bảng 4. Phân biệt liệt trung ương và liệt ngoại vi

Triệu chứng	Liệt trung ương	Liệt ngoại vi
Trương lực cơ	Tăng (cứng)	Giảm (nhẽo)
Rung giật bàn chân, bánh chè.	Có	Không
Khu trú tổn thương	Hồi trước trung tâm hoặc bó tháp	Sừng trước tuỷ sống, rễ trước, các dây TK ngoại vi
Vùng liệt	Lan toả	Khu trú
Phản xạ gân xương	Tăng	Giảm, mất
Phản xạ bệnh lý bó tháp (Babinski)	(+)	(-)
Teo cơ	Không	Có
Phản ứng thoái hoá điện	Không	Có
Rối loạn cơ vòng	Có	Không (trừ trường hợp hội chứng đuôi ngựa)

KHÁM CHỨC NĂNG CẢM GIÁC

I. MỞ ĐẦU

Chức năng cảm giác chịu ảnh hưởng rất nhiều của yếu tố chủ quan và tâm lý, vì vậy khám cảm giác cần được tiến hành tỷ mỉ thận trọng và đòi hỏi rất nhiều kinh nghiệm của người thầy thuốc.

Triệu chứng rối loạn cảm giác rất có ý nghĩa trên lâm sàng, nó có vai trò quan trọng trong chẩn đoán định khu.

Mục đích khám cảm giác là:

- Xác định xem bệnh nhân có rối loạn cảm giác không?
- Rối loạn cảm giác ở đâu?
- Loại cảm giác nào (nông, sâu hay phức tạp) bị rối loạn?
- Rối loạn cảm giác kiểu gì (tăng, giảm, loạn cảm hay dị cảm)?

II. PHÂN BỐ CẢM GIÁC TRÊN BỀ MẶT CƠ THỂ

- Như chúng ta đã biết: trung khu cảm giác vỏ não (hồi sau trung tâm hay hồi đỉnh lên) nhận biết cảm giác của một nửa người bên đối diện.

– Trên bề mặt cơ thể sự phân bố cảm giác tuân theo hai kiểu:

- + Kiểu rễ (theo hình dải da ở các chi và hình khoanh đoạn ở thân).
- + Kiểu dây thần kinh (theo hình các vạt da do dây thần kinh phân bố).

– Sự phân bố cảm giác như trên rất có ý nghĩa trong chẩn đoán trên lâm sàng.

III. PHƯƠNG PHÁP KHÁM CẢM GIÁC

Sự phân bố cảm giác trên bề mặt cơ thể rất phức tạp và có đặc điểm riêng như đã mô tả ở trên. Vì lý do đó nên khi khám cảm giác ta cần lưu ý:

Bệnh nhân phải nhắm mắt

Khám cảm giác theo hai chiều : dọc cơ thể hoặc chi thể cũng như khám theo chu vi của các chi.

Đánh dấu vùng da có rối loạn cảm giác và nhận xét mức độ rối loạn cảm giác.

So sánh cảm giác giữa hai bên cơ thể.

1. Khám cảm giác nông

1.1. Khám xúc giác

Dụng cụ: tăm bông, mảnh giấy, chổi lông, kim đầu tù.

Cách khám: dùng tăm bông, kim đầu tù hoặc mảnh giấy, chổi lông chạm nhẹ vuông góc với mặt da ở các vị trí đối xứng của hai bên cơ thể. Sau khi kích thích hỏi bệnh nhân có nhận biết được kích thích không, có phân biệt

được kích thích nhọn và tù không? khả năng nhận biết kích thích hai bên cơ thể có như nhau không.

Kết quả: có thể thấy tăng, giảm hoặc mất nhận biết xúc giác.

1.2. Khám cảm giác đau nóng

Dụng cụ: kim đầu tù.

Cách khám: châm kim nhẹ nhàng hoặc vạch mũi kim trên các vùng da đối xứng giữa hai bên cơ thể. Sau đó hỏi bệnh nhân xem nhận biết cảm giác giữa hai bên cơ thể có như nhau không. Có thể yêu cầu bệnh nhân đếm từ 1,2,3...trong khi thầy thuốc châm kim trên các vùng da khác nhau giữa hai bên cơ thể với cường độ giảm dần.

Kết quả: có thể thấy tăng, giảm hoặc mất cảm giác đau ở một vùng da nào đó hoặc thấy loạn cảm đau.



Hình 20: Khám cảm giác xúc giác (dùng tăm bông)



Hình 21: Khám cảm giác phân biệt nhọn và tù (dùng kim 2 đầu nhọn và tù)

1.3. Khám cảm giác nhiệt độ

Dụng cụ: hai ống nghiệm, một đựng nước lạnh (20°C), một đựng nước nóng (40°C). Bình thường da có thể phân biệt được nhiệt độ của một vật khi nhiệt độ của vật đó chênh lệch với nhiệt độ của vùng da cần khám là 5°C .

Cách khám: lần lượt đặt các ống nghiệm đựng nước nóng và lạnh lên các vùng da cần khám. So sánh nhận biết cảm giác nóng, lạnh giữa hai bên cơ thể, giữa các vùng da khác nhau ở một bên cơ thể.

Kết quả: có thể thấy giảm hoặc mất cảm giác nhiệt độ, đặc biệt có thể thấy chúng không phân biệt được nóng lạnh (isothermoagnosia).

1.4. Khám cảm giác phân biệt hai điểm khác nhau trên da

Dụng cụ khám: compa có hai đầu nhọn có kèm thước đo độ mở.

Thao tác khám: mở rộng hai đầu compa và ấn nhẹ lên các vùng da khác nhau sau đó hỏi bệnh nhân thấy mấy điểm nhọn. Tiếp theo thu hẹp dần độ mở của hai đầu compa và tiếp tục khám để tìm khoảng cách nhỏ nhất mà bệnh nhân vẫn phân biệt được hai điểm chạm của hai đầu compa. Đo khoảng cách giữa hai điểm xem là bao nhiêu mm.

Đánh giá kết quả: theo Nguyễn Văn Chương và CS bình thường khả năng phân biệt hai điểm của các phần khác nhau trên cơ thể như sau:

Đầu ngón tay: 2,29 – 2,8 mm.

Ngực, cẳng tay, chân: 20,86 – 28,30mm.

Gan bàn tay: 9,60 mm.

Lưng: 40 - 70mm.

Mu bàn tay: 9,60mm.

Cánh tay - đùi: 19,00 – 25,83mm.

Trong các trường hợp bệnh lý khoảng cách trên sẽ tăng.

1.5. Khám cảm giác nhận thức định khu

Dụng cụ: kim đầu tù.

Cách khám: như khám cảm giác đau và hỏi bệnh nhân đau ở đâu?.

Kết quả: bình thường bệnh nhân chỉ ra được đúng vị trí kích thích trên cơ thể.

Trường hợp bệnh lý bệnh nhân không nhận biết được vị trí châm kim trên cơ thể. Ngoài ra còn có triệu chứng đặc biệt trong phần khám cảm giác này là chứng đối cảm, có nghĩa là kích thích một bên bệnh nhân lại nhận thức là kích thích bên cơ thể đối diện.

1.6. Khám cảm giác hình vẽ trên da (cảm giác hai chiều không gian)

Dụng cụ: kim đầu tù.

Cách khám: viết các chữ hoặc chữ số trên da bệnh nhân và hỏi bệnh nhân xem đó là chữ gì hoặc số mấy. Bắt đầu viết nhỏ, nếu bệnh nhân không nhận biết được thì viết to hơn.

Kết quả: bình thường người ta có thể nhận biết được các chữ hoặc số ở các vùng da tương ứng với các kích thước sau:

Da bàn tay: các chữ hoặc số cao 0,5 cm.

Da cánh tay: cao 1,5 cm.

Da thân: cao 2,0 cm.

Trong trường hợp bệnh lý, chiều cao các chữ hoặc các số phải lớn hơn bệnh nhân mới nhận biết được.

2. Khám cảm giác sâu

2.1. Cảm giác tư thế

Tư thế bệnh nhân: nằm hoặc ngồi thoải mái, nhắm mắt.

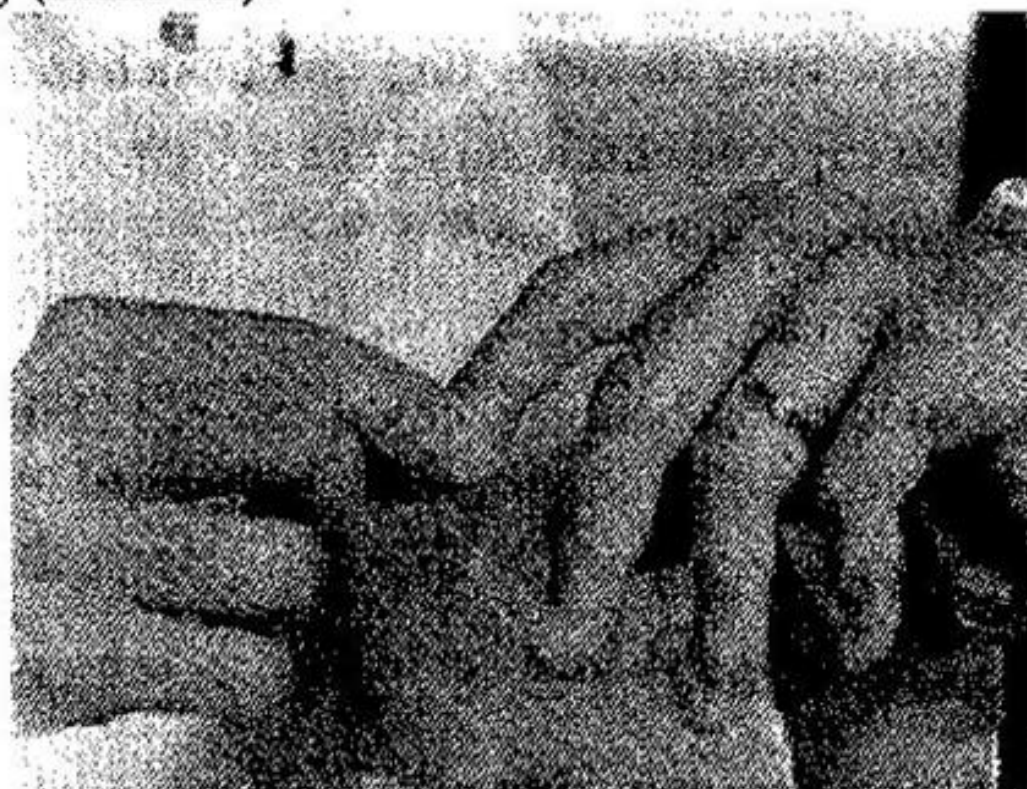
Thao tác khám:

- Nghiệm pháp xác định tư thế trong không gian.

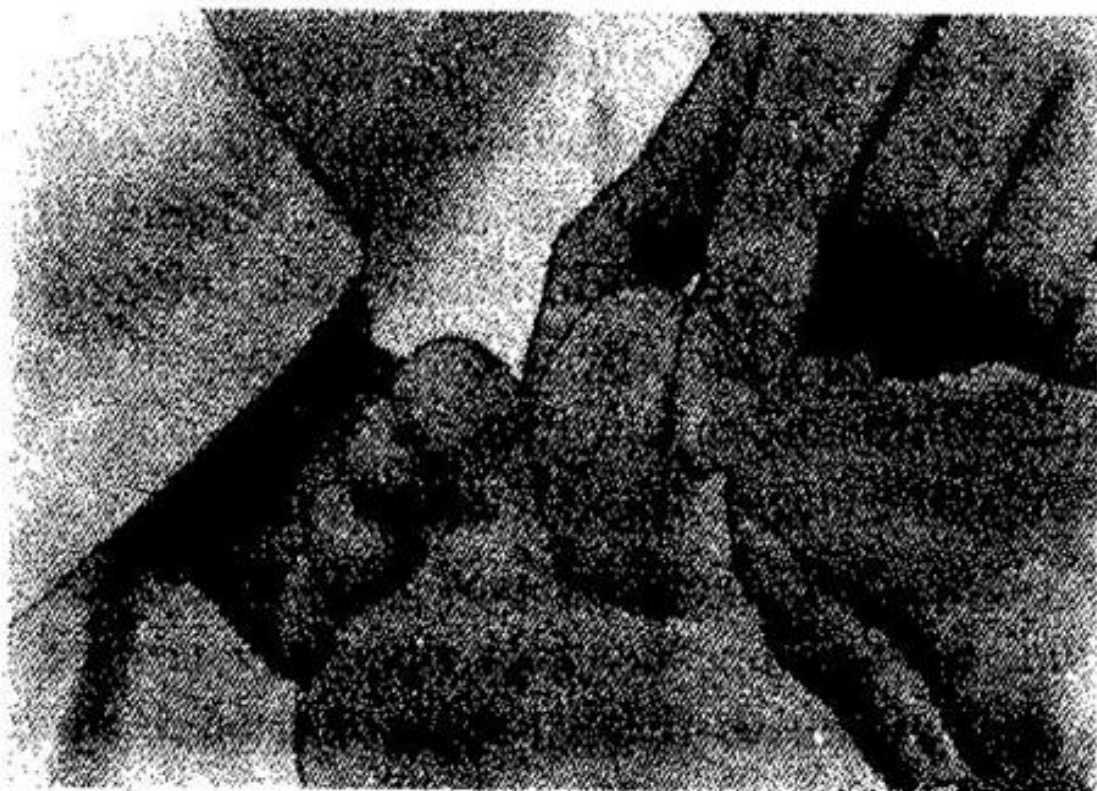
Cách 1: thầy thuốc cầm phần chi thể của bệnh nhân (ngón tay, ngón chân, bàn tay, bàn chân...) nhẹ nhàng. Vận động thụ động các phần chi thể đó về các hướng khác nhau, hỏi bệnh nhân hướng chuyển động của các chi. Tìm góc tối thiểu mà bệnh nhân còn nhận biết được có sự di chuyển chi thể. Bình thường khi thay đổi tư thế của một khớp với một góc từ $1-2^{\circ}$ bệnh nhân đã có thể nhận biết được.

Cách 2: thầy thuốc đặt phần chi thể của bệnh

Nhân ở một tư thế nhất định và yêu cầu bệnh nhân tự đặt chi thể bên đối diện ở tư thế tương ứng, ví dụ để ngón tay trở bàn tay trái của bệnh nhân ở một tư thế nhất định và yêu cầu bệnh nhân đặt ngón tay tương ứng của bàn tay phải ở vị trí giống như vị trí của ngón tay đối xứng (hình 22).



Hình 22. Khám cảm giác sâu (chi trên)
Bệnh nhân nhắm mắt, thầy thuốc giữ tay bệnh nhân và đặt ngón tay ở các tư thế khác nhau



Hình 23. Khám cảm giác sâu (chỉ dưới)

Bệnh nhân nhắm mắt, thầy thuốc giữ chân bệnh nhân và đặt các ngón chân ở những tư thế khác nhau

- **Nghiệm pháp Romberg** (xem phần khám dây VIII)
 - + Romberg đơn giản: tư thế bệnh nhân đứng hai bàn chân chụm lại với nhau, hai tay giơ ra trước, các ngón tay xòe rộng. Thì đầu cho bệnh nhân mở mắt làm quen với tư thế xuất phát. Thì hai cho bệnh nhân nhắm mắt.
 - + Romberg phức tạp: tư thế bệnh nhân đứng, hai bàn chân đặt nối tiếp nhau trên đường thẳng, hai tay giơ ra trước, các ngón tay xòe. Thì một cho bệnh nhân đứng mắt mở làm quen với tư thế. Thì hai cho bệnh nhân nhắm mắt.

+ **Kết quả:** bình thường bệnh nhân đứng vững, thăng bằng cả khi nhắm mắt và khi mở mắt. Nghiệm pháp dương tính khi bệnh nhân không đứng được ở tư thế xuất phát, hoặc khi mở mắt bệnh nhân đứng được bình thường nhưng khi nhắm mắt bệnh nhân sẽ lắc đầu và ngã; hoặc khi có rối loạn tư thế ở một khớp thì chi đó không giữ được tư thế ban đầu mà thay đổi tư thế chậm chạp kiểu múa vờn.

– **Nghiệm pháp ngón tay trở gót:** bệnh nhân ở tư thế nằm ngửa, mắt nhắm, lấy một ngón tay trở chỉ vào gót chân và giữ nguyên tư thế. Bình thường bệnh nhân có thể duy trì được tư thế ban đầu này. Nhưng trong trường hợp bệnh lý ngón tay trở sẽ chỉ lệch khỏi gót chân.

2.2. Khám cảm giác áp lực

Thao tác khám: thầy thuốc bóp mạnh vào các bắp cơ của bệnh nhân so sánh nhận biết cảm giác giữa hai bên cơ thể và của các bắp cơ khác nhau.

Ngoài ra còn có thể kiểm tra cảm giác đau của nhãn cầu, thanh quản và tinh hoàn; cũng có thể bóp hoặc ấn dọc các dây thần kinh, trong khi khám có thể thấy dấu hiệu Tinel (khi ấn hoặc gõ vào mỗm cụt của dây thần kinh bệnh nhân sẽ thấy đau chói).

2.3. Khám cảm giác rung

Dụng cụ: âm thoa nặng có tần số 128 hoặc 256 chu kỳ/gy. Thầy thuốc giải thích cho bệnh nhân rõ cách khám để bệnh nhân phối hợp cho tốt. Bệnh nhân có thể ở tư thế nằm hoặc ngồi.

Cách khám: thầy thuốc gõ nhẹ nhánh âm thoa vào lòng bàn tay để cho âm thoa rung, sau đó đặt gốc âm thoa vào các đầu xương lần lượt từ ngón chi đến gốc chi. Quan sát đầu hai nhánh âm thoa (có chia vạch) và xem khi vạch số mấy nhìn rõ thì bệnh nhân không còn nhận biết được cảm giác rung nữa. So sánh nhận biết cảm giác rung giữa hai bên cơ thể, hoặc có thể so sánh với người bình thường (hình 24a, 24b).

Người bình thường khi nhìn rõ con số 8 mới thấy hết cảm giác rung.

Giảm cảm giác rung khi bệnh nhân thấy âm thoa không còn rung nữa trong khi chưa nhìn thấy hết được tất cả các chữ số trên đầu âm thoa.

2.4. Khám cảm giác phức tạp (cảm giác nhận thức vật- Sterognosia)

Dụng cụ khám: các đồ vật quen thuộc với bệnh nhân nhưng không có âm thanh và mùi đặc trưng (nấm bông, tờ giấy, chìa khoá, cái bút...).

Cách khám: bệnh nhân nhắm mắt, thầy thuốc đưa đồ vật lần lượt vào từng tay bệnh nhân và hỏi bệnh nhân đó là vật gì.

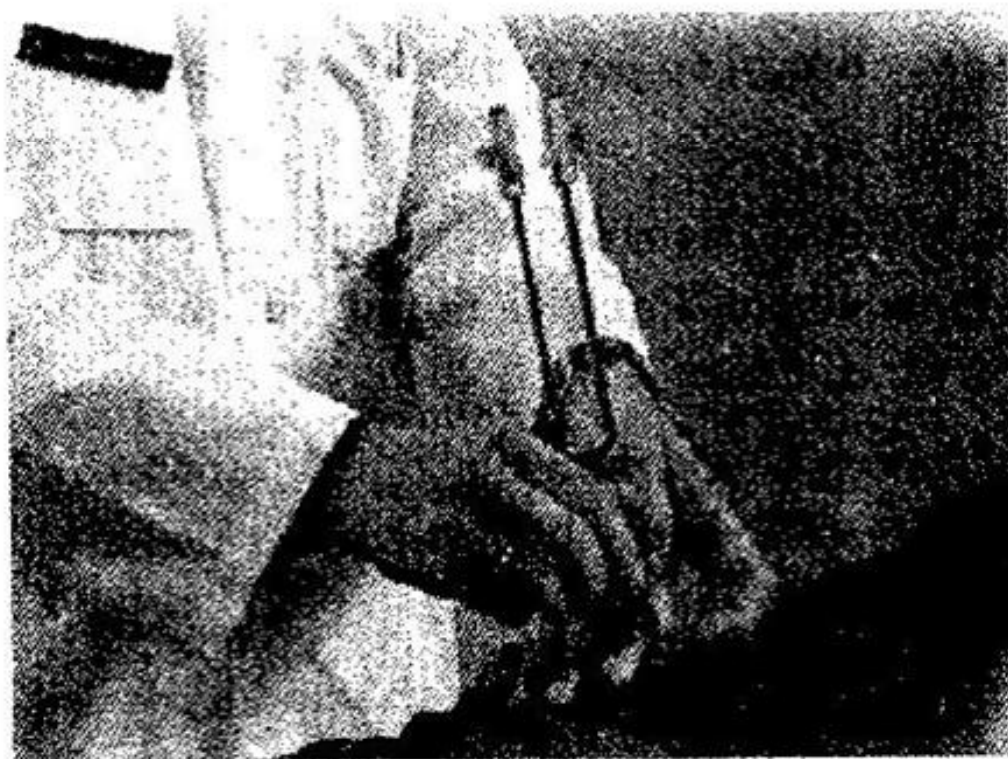
Bình thường bệnh nhân có thể xác định được các vật dụng quen thuộc trong sinh hoạt hàng ngày. Trường hợp bệnh lý, bệnh nhân không phân biệt được các vật do thầy thuốc đưa cho.

IV. CÁC LOẠI RỐI LOẠN CẢM GIÁC

Mất cảm giác (*anesthesia*): là biểu hiện mất một hoặc nhiều loại cảm giác.

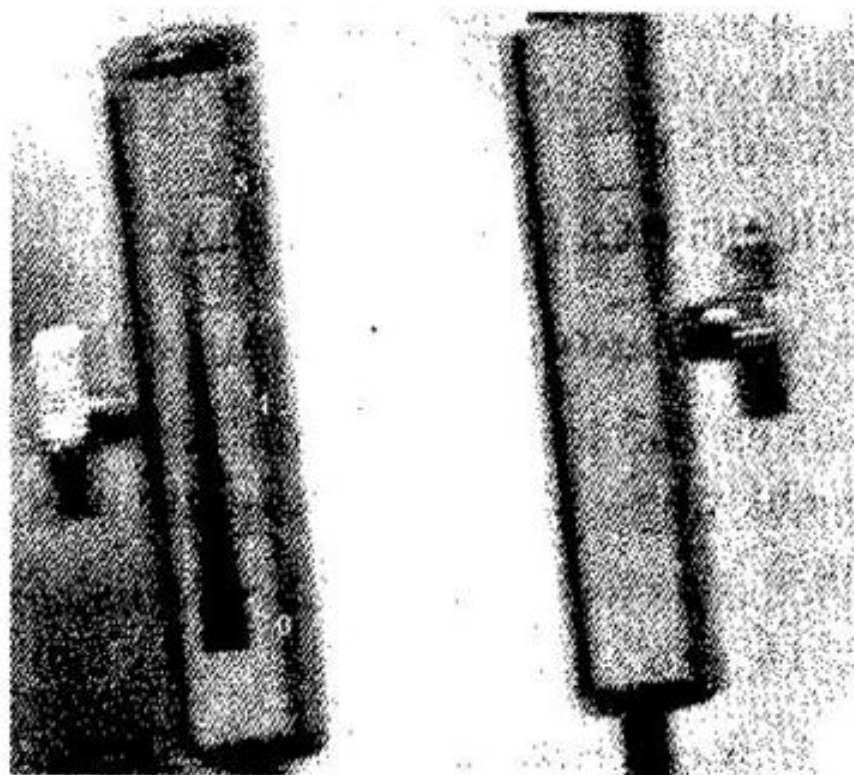
Ví dụ mất cảm giác đau (*analgesia*), mất cảm giác nhận thức vật (*stereoagnosia*), mất cảm giác cơ khớp (*bathyanesthesia*).

- Giảm cảm giác (*hypesthesia*) là sự giảm sút về cường độ một hoặc nhiều loại cảm giác.
- Tăng cảm (*hyperesthesia*).
- Dị cảm đau (*Allodynia*): đau tự phát hoặc do một kích thích bình thường không gây đau (xúc giác, vận động...).



Hình 24 a. Khám cảm giác rung

Thầy thuốc làm rung hai nhánh âm thoa sau đó đặt gốc âm thoa lên các đầu xương của bệnh nhân



Hình 24 b. Khám cảm giác rung

Quan sát đầu hai nhánh âm thoa (đang rung), người bình thường khi nhìn rõ chữ số 8 mới thấy hết cảm giác rung

- Phân ly cảm giác: trên một vùng da nhất định có hiện tượng rối loạn một vài loại cảm giác (ví dụ cảm giác đau và nhiệt độ) trong khi các loại cảm giác khác (cảm giác sâu và xúc giác) vẫn còn nguyên vẹn.

- Loạn cảm đau (hyperpathia): kích thích mạnh mới thấy đau nhưng đau mãnh liệt hơn bình thường.

- Rối loạn cảm giác chủ quan:

+ Đau: cảm giác đau có thể khu trú tại một vị trí nhưng cũng có thể lan xuyên, xuất chiếu đi nơi khác. Đau có thể xảy ra thành cơn hoặc kéo dài liên tục. Tính chất của đau có nhiều loại khác nhau (thon thót, bỏng rát, căng tức, như dao đâm...). Triệu chứng đau rất có giá trị trong chẩn đoán nhiều bệnh.

- + Dị cảm: là sự nhận thức cảm giác trong khi không có kích thích trên thực tế. Dị cảm có thể ở dạng tê, kim châm, kiến bò...

V. CÁC HỘI CHỨNG RỐI LOẠN CẢM GIÁC

1. Hội chứng tổn thương dây và đám rối thần kinh

Rối loạn tất cả các loại cảm giác ở khu vực da do dây thần kinh đó chi phối. Ví dụ tổn thương dây thần kinh trụ, giữa, quay.

2. Hội chứng rễ sau

Rối loạn tất cả các loại cảm giác theo hình dải (ở chi), theo hình khoanh đoạn (ở thân). Đau dọc theo vùng phân bố của dây thần kinh, đau tăng khi hắt hơi, ho và làm căng rễ.

Gặp trong thoát vị đĩa đệm, Tabes, u tủy, Zona...

3. Hội chứng sừng sau

Rối loạn cảm giác kiểu phân ly trên một vùng da có hình dải hoặc khoanh đoạn.

4. Hội chứng mép xám trước

Rối loạn cảm giác kiểu phân ly ở các vùng da đối xứng giữa hai bên cơ thể như kiểu cánh bướm. Thường gặp trong rong tủy, chảy máu tủy sống (hematomyelia), u nội tủy hoặc giang mai tủy sống.

5. Hội chứng cột bên

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

6. Hội chứng cột sau

Rối loạn cảm giác cơ- khớp, rung bên tổn thương theo kiểu đường dẫn truyền.

7. Hội chứng cắt ngang nửa tuỷ (hội chứng Brown-Séquard)

– Bên tổn thương:

Liệt trung ương dưới mức tổn thương.

Rối loạn cảm giác sâu, rung, mất điều hoà (ataxie).

– Bên đối diện: rối loạn cảm giác đau và nhiệt độ.

Nguyên nhân thường gặp trong u ngoại tuỷ.

8. Hội chứng cắt ngang tuỷ sống

Liệt trung ương các chi dưới mức tổn thương.

Mất mọi cảm giác dưới mức tổn thương theo kiểu đường dẫn truyền.

Rối loạn cơ vòng.

Hội chứng này gặp trong chấn thương, vết thương tuỷ sống, u tuỷ, lao cột sống...

9. Hội chứng đôi thị (hội chứng ¹ba nửa)

Mất các loại cảm giác ở một nửa người đối diện theo kiểu đường dẫn truyền.

Mất phối hợp nửa người (hemiataxie)

Bán manh hai bên ở phía đối diện với tổn thương. Ngoài ra có rối loạn cảm giác chủ quan, đau đôi thị ở nửa

người đối diện (đau lan toả, lan xuyên, nóng rát, không chịu ảnh hưởng của các thuốc giảm đau).

10. Hội chứng vỏ não (tổn thương hồi sau trung tâm)

Rối loạn tất cả các loại cảm giác ở nửa người bên đối diện (giống ở đồi thị hoặc bao trong), trên lâm sàng thấy biểu hiện rõ ở ngón chỉ.

Tổn thương các cảm giác phức tạp khác.

KHÁM PHỐI HỢP VẬN ĐỘNG VÀ THĂNG BẰNG

I. MỞ ĐẦU

Trong thực tế đây là chức năng phối hợp của nhiều cơ quan khác nhau như cảm giác, tiểu não, tiền đình và cơ quan thị giác.

Khám chức năng thăng bằng cần xác định cho được bệnh nhân có bị rối loạn thăng bằng không và bên nào của cơ thể bị rối loạn. Những rối loạn thăng bằng và phối hợp vận động cần được mô tả kỹ, đồng thời kết hợp với chức năng đặc thù của từng cơ quan để chẩn đoán định khu cơ quan đích nào bị tổn thương (cảm giác, tiền đình, tiểu não hay cơ quan thị giác).

Có nhiều phương pháp khám phối hợp vận động và thăng bằng khác nhau, sau đây là một số phương pháp khám hay được ứng dụng.

II. KHÁM CHỨC NĂNG THĂNG BẰNG

1. Dáng đi hình sao (nghiệm pháp Babinski- Weil):

Cách khám: bệnh nhân nhắm mắt tiến lên 5 bước sau đó lại lùi 5 bước. Bệnh nhân cố gắng đi trên đường thẳng.

Bình thường người ta có thể tiến và lùi như vậy trên một đường thẳng mà không hề bị lệch hướng.

Nghiệm pháp Babinski – Weil dương tính biểu hiện: đường đi mà bệnh nhân vạch ra trên mặt đất tạo thành hình ngôi sao.

Nghiệm pháp dương tính gặp trong hội chứng tiền đình.

2. Nghiệm pháp Romberg

– Romberg đơn giản:

Cách khám

- + Thì 1: bệnh nhân đứng thẳng, hai bàn chân chụm vào nhau, hai tay giơ ra trước, các ngón tay xòe ra.
- + Thì 2: bệnh nhân nhắm mắt lại.

– Romberg phức tạp:

Cách khám:

- + Thì 1: bệnh nhân đứng, hai bàn chân nối nhau trên đường thẳng, hai tay giơ ra trước, các ngón tay xòe.
- + Thì 2: bệnh nhân nhắm mắt lại.

Bình thường người ta có thể đứng vững vàng trong cả hai thì của nghiệm pháp.

· Nghiệm pháp Romberg dương tính khi:

- + Bệnh nhân không đứng được ở tư thế xuất phát trong thì 1.
- + Bệnh nhân duy trì được tư thế xuất phát khi mở mắt, nhưng khi nhắm mắt bệnh nhân không đứng vững được mà lắc đảo, ngã về một bên. Bệnh nhân ngã về bên nào thì ta nói nghiệm pháp dương tính về bên đó (ví dụ khi bệnh nhân ngã về bên phải ta nói Romberg (+) về bên phải).

Nghiệm pháp Romberg dương tính gặp trong:

- + **Tổn thương tiền đình:** bệnh nhân thường ngã về một bên theo tư thế của đầu.
- + **Trong bệnh Tabes:** bệnh nhân lão đảo và ngã khi nhắm mắt.
- + **Trong hội chứng tiểu não:** bệnh nhân lão đảo, phải chuyển sang tư thế đứng dạng hai chân nhưng không bị ngã.

Những điều cần lưu ý khi kiểm tra nghiệm pháp Romberg:

- + Các tư thế mà bệnh nhân cần phải đứng trong khi kiểm tra nghiệm pháp Romberg không quen thuộc trong cuộc sống hàng ngày. Vì vậy cần cho bệnh nhân tập đứng trước khi kiểm tra nghiệm pháp và đánh giá kết quả.
- + Khi kiểm tra nghiệm pháp Romberg thầy thuốc cần đứng ngay bên cạnh bệnh nhân để phòng trường hợp bệnh nhân ngã thì đỡ kịp thời.

3. Nghiệm pháp Foix- Thévenard

Cách khám: bệnh nhân đứng ở tư thế nghiêm, mắt nhắm. Thầy thuốc đẩy đột ngột bệnh nhân về phía sau.

Người bình thường sẽ có phản ứng nâng hai mũi bàn chân lên và đứng trên gót chân để giữ thăng bằng cho cơ thể khỏi ngã.

Nghiệm pháp dương tính biểu hiện bệnh nhân không nâng mũi bàn chân lên khi bị đẩy đột ngột ra sau.

Nghiệm pháp dương tính trong tổn thương tiểu não (khi tổn thương tiểu não một bên, chân bên đó không có phản ứng như ở người bình thường).

III. KHÁM CHỨC NĂNG PHỐI HỢP VẬN ĐỘNG

1. Nghiệm pháp ngón tay trở - mũi

Cách khám: bệnh nhân dang rộng hai tay ngang vai, ngón tay trở của hai bàn tay duỗi thẳng, các ngón khác nắm lại, sau đó thực hiện động tác đặt đầu ngón tay trở lên đỉnh mũi (lần lượt từng bên một) và với những tốc độ thao tác khác nhau. Đầu tiên bệnh nhân thực hiện ở tình trạng mở mắt, sau đó nhắm mắt (hình 25a, b và c).

Bình thường người ta có thể thực hiện được các thao tác trên một cách nhanh nhẹn và chính xác.

Nghiệm pháp dương tính biểu hiện: ngón tay trở không đặt được chính xác lên đỉnh mũi, có thể kèm theo run.



Hình 25 a, b, c. Nghiệm pháp ngón tay trở- mũi .

2. Nghiệm pháp gót - gối (Hình 26 a, b và c)

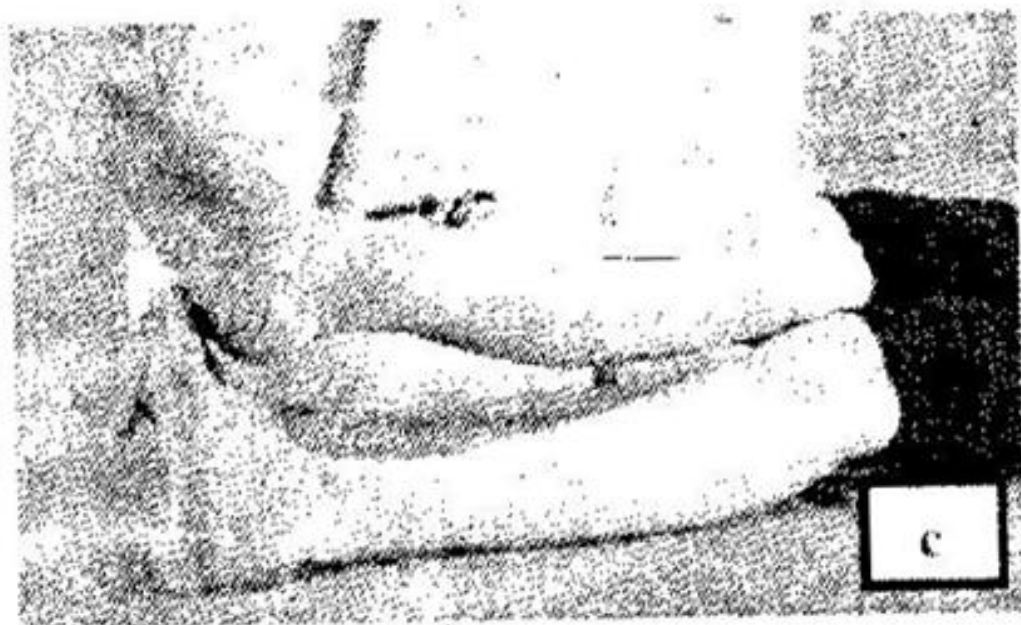
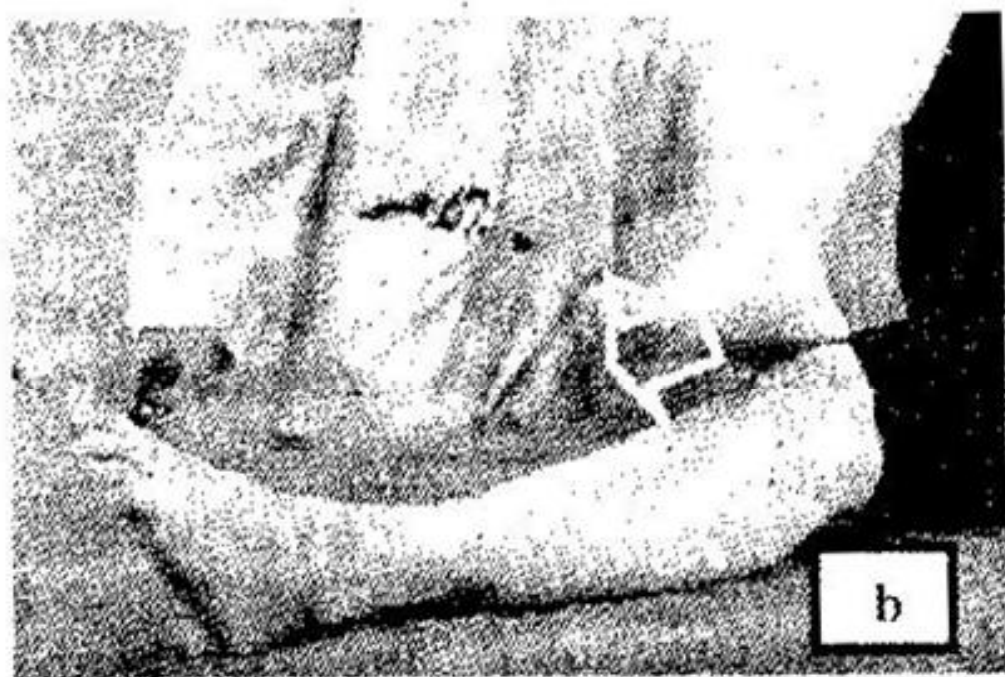
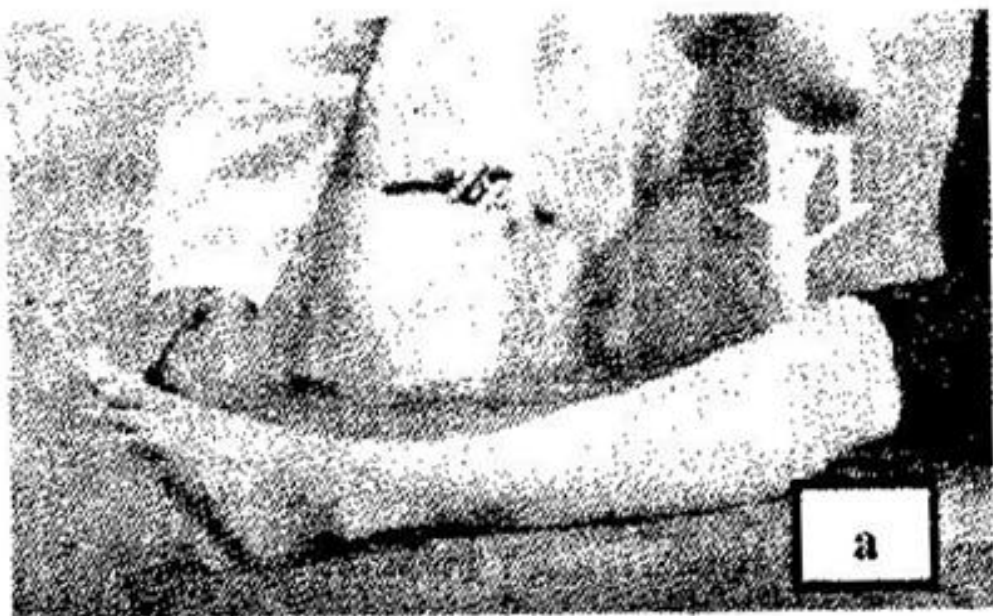
Cách khám: bệnh nhân nằm ngửa, tư thế thoải mái. Thầy thuốc giải thích và yêu cầu bệnh nhân thực hiện lần lượt các thao tác nâng cao một chân ở tư thế duỗi thẳng, đặt gót chân bên đó lên xương bánh chè bên đối diện, di gót chân dọc mặt trước xương chày xuống cổ chân rồi đặt chân về vị trí ban đầu (hình 26).

Lần lượt thực hiện thao tác đó khi mở mắt và khi nhắm mắt.

Nghiệm pháp dương tính khi gót chân không đặt chính xác lên xương bánh chè bên đối diện, có thể có kèm theo run khi chạm đích.

Nghiệm pháp ngón tay trở- mũi và nghiệm pháp gót-gối dương tính gặp trong:

- + Tổn thương tiểu não: bệnh nhân thường chỉ quá tầm, tay trái chỉ quá sang bên phải và ngược lại, thường thường không phải đầu ngón tay mà là đốt 1 hoặc đốt 2 của ngón chạm đích, ngoài ra còn run khi chạm đích, khi tay càng đưa gần tới đỉnh mũi thì run càng tăng.
- + Tổn thương đường dẫn truyền cảm giác sâu: khi mở mắt bệnh nhân có thể thực hiện được các thao tác đó nhưng khi nhắm mắt thì không làm được.



Hình 26 a, b, c: Nghiệm pháp gót - gối

3. Nghiệm pháp úp bàn tay

Cách khám: bệnh nhân ngồi, giơ hai tay ra trước, bàn tay để ngửa. Thầy thuốc yêu cầu bệnh nhân úp hai bàn tay và bệnh nhân thực hiện nhanh động tác úp bàn tay đó.

Nghiệm pháp dương tính biểu hiện: tay bên bệnh của bệnh nhân lật úp quá tầm.

4. Nghiệm pháp lệch ngón trỏ

Cách khám: thầy thuốc giơ hai ngón tay của mình để làm đích, bệnh nhân dùng hai ngón tay trỏ của mình chỉ vào hai ngón tay thầy thuốc, giữ nguyên tư thế đó và nhắm mắt lại.

Nghiệm pháp dương tính biểu hiện: ngón tay trỏ bên bệnh của bệnh nhân bị lệch khỏi ngón tay của thầy thuốc.

5. Nghiệm pháp Stuart – Holmes

Cách khám: bệnh nhân gấp cẳng tay, co mạnh cẳng tay về phía mình. Thầy thuốc cầm cổ tay bệnh nhân, kéo mạnh cẳng tay bệnh nhân về phía ngược lại rồi buông đột ngột. Ở người bình thường sẽ hãm và dừng tay mình lại kịp thời khi thầy thuốc buông tay đột ngột.

Nghiệm pháp dương tính biểu hiện: bệnh nhân không hãm tay mình lại kịp thời khi thầy thuốc buông đột ngột, do đó tay bệnh nhân đâm vào vai hoặc mặt mình.

Nghiệm pháp dương tính gặp trong tổn thương tiểu não.

6. Nghiệm pháp Babinski

6.1. Nghiệm pháp nhấc bàn chân

Bệnh nhân nằm ngửa, thầy thuốc giơ tay mình cách mặt giường bệnh khoảng 50cm và yêu cầu bệnh nhân nâng chân (ở tư thế duỗi thẳng) lên chạm tay đó.

Người bình thường thực hiện thao tác này đơn giản.

Nghiệm pháp dương tính biểu hiện: bệnh nhân không thể nâng thẳng chân lên để chạm tay thầy thuốc mà phải tuân tự thực hiện các động tác: gấp khớp gối và khớp háng rồi đột ngột duỗi thẳng chân để chạm tay thầy thuốc.

6.2. Nghiệm pháp gấp phối hợp đùi và thân

Cách khám: bệnh nhân nằm ngửa, hai tay khoanh trước ngực, thầy thuốc yêu cầu bệnh nhân ngồi dậy.

Nghiệm pháp dương tính biểu hiện: khi bệnh nhân cố gắng ngồi dậy thì chân bệnh nhân nâng khỏi mặt giường nhưng không thể ngồi dậy được.

Nghiệm pháp dương tính gặp trong tổn thương tiểu não: khi tổn thương một bên tiểu não, chân cùng bên với tổn thương ở tiểu não nâng khỏi mặt giường và bệnh nhân không ngồi dậy được.

IV. KHÁM CHỨC NĂNG LIÊN ĐỘNG (diadococinétique)

1. Nghiệm pháp sắp - ngửa bàn tay liên tục

– *Cách khám:* bệnh nhân ngồi, một tay để ngửa trước mặt, tay còn lại thực hiện các động tác thay đổi úp rồi ngửa trên bàn tay kia với những tốc độ khác nhau (hình 27).



Hình 27 a và b. Nghiệm pháp sắp – ngửa bàn tay

2. Nghiệm pháp con rối

Cách khám: bệnh nhân ngồi, hai tay giơ ra trước sau đó cùng một lúc hai tay thực hiện các động tác úp rồi ngửa liên tục với tốc độ nhanh nhất.

3. Kết quả

Cả hai nghiệm pháp trên dương tính khi các động tác được thực hiện vụng về, chậm chạp, thậm chí không thực hiện được (*khi đó ta nói rằng bệnh nhân mất liên động*).

Các nghiệm pháp trên dương tính khi có tổn thương tiểu não. Tiểu não bên nào tổn thương thì các nghiệm pháp sẽ dương tính bên chi đó .

KHÁM CHỨC NĂNG PHẢN XẠ

I. MỞ ĐẦU

Rối loạn phản xạ là một trong những triệu chứng khách quan và rất quan trọng trong lâm sàng. Sự thay đổi của phản xạ cung cấp cho ta những thông tin quý giá trong chẩn đoán định khu. Sự chênh lệch phản xạ giữa hai bên cơ thể rất có ý nghĩa trong chẩn đoán bệnh. Rối loạn phản xạ còn có thể biểu hiện là tăng hoặc giảm. Tuy nhiên ta cũng cần lưu ý rằng, một số người bình thường cũng không có đáp ứng phản xạ gân xương, hoặc ở những người béo phì, những phụ nữ sinh nở nhiều không có đáp ứng phản xạ da bụng.

Khi khám phản xạ cần xác định cho được:

Bệnh nhân có rối loạn phản xạ không?

Phản xạ nào bị rối loạn?

Rối loạn kiểu gì (tăng hay giảm)? ở đâu?

Có các phản xạ bệnh lý không?

1. Nhắc lại cung phản xạ

Cung phản xạ là một mô hình phản ánh phương thức hoạt động của hệ thần kinh và có 05 khâu như sau:

Cơ quan cảm thụ.

Dẫn truyền hướng tâm.

Trung khu phản xạ.

Dẫn truyền ly tâm.

Cơ quan đáp ứng.

Rối loạn chức năng của bất kỳ khâu nào trong thành phần cung phản xạ đều gây nên rối loạn hoạt động của phản xạ đó.

2. Phân loại phản xạ

Trong lâm sàng loại phản xạ được chia thành 2 loại là phản xạ sinh lý và phản xạ bệnh lý

2.1. Phản xạ sinh lý

– Phản xạ gân xương (phản xạ sâu):

+ Ở chi trên có 3 phản xạ quan trọng là:

Phản xạ trâm quay.

Phản xạ gân cơ nhị đầu.

Phản xạ gân cơ tam đầu.

+ Ở chi dưới có hai phản xạ quan trọng là:

Phản xạ gân cơ tứ đầu đùi (phản xạ gân xương bánh chè).

Phản xạ gân gót (phản xạ gân Achilles).

Ngoài ra còn có các phản xạ da bụng sâu như: phản xạ sườn- bụng, phản xạ cơ bụng và phản xạ xương mu.

– Phản xạ da (phản xạ nông):

Phản xạ da bụng (trên, giữa và dưới).

Phản xạ da đùi- bìn.

Phản xạ da hậu môn.

Phản xạ da gan bàn chân.

2.2. Phản xạ bệnh lý

– Phản xạ bệnh lý bó tháp:

+ Nhóm duỗi:

Phản xạ Babinski.

Phản xạ Oppenheim.

Phản xạ Schaddoc.

Phản xạ Gordon.

Phản xạ Schacffer

+ Nhóm gấp:

Phản xạ Hoffmann.

Phản xạ Rossolimo.

Phản xạ Troemner.

Phản xạ Giucopski.

Phản xạ Puxep.

Phản xạ Bechterew- Mendel.

– Phản xạ tự động tuỷ gồm có các phản xạ sau:

Phản xạ ba co.

Phản xạ ba duỗi.

Phản xạ duỗi chéo.

– Phản xạ nắm.

– Phản xạ tự động miệng:

Phản xạ mũi- môi.

Phản xạ vôi.

Phản xạ mút.

Phản xạ tự động miệng từ xa.

– Phản xạ da gan bàn tay- cầm (PX. Marinesco).

– Các phản xạ tư thế

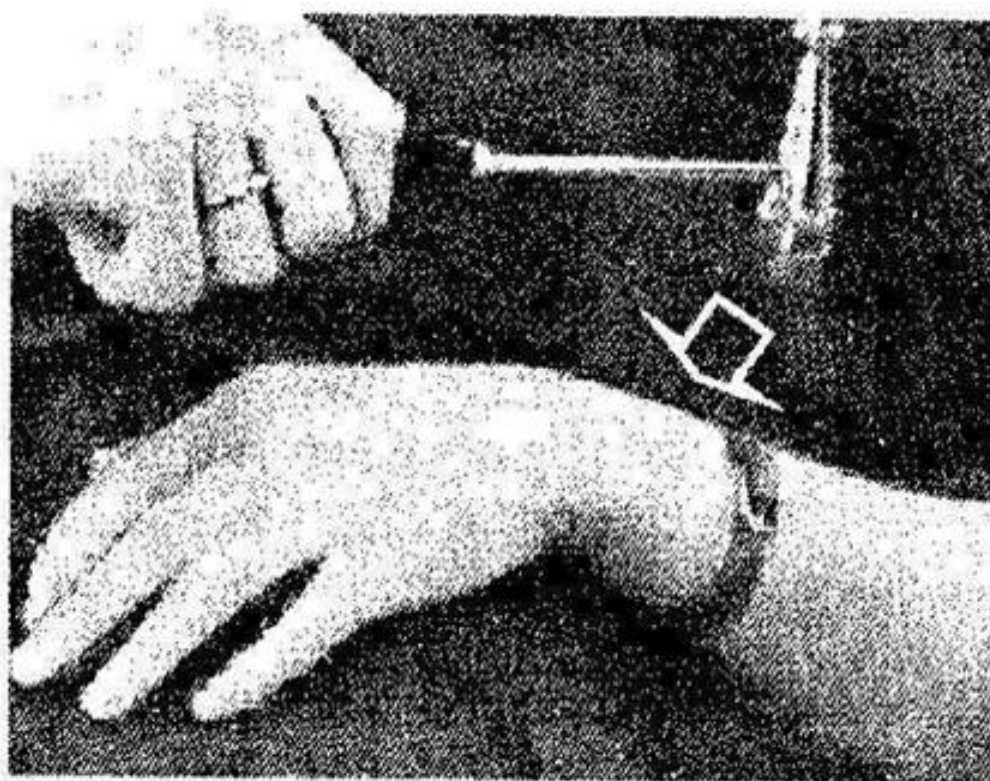
Nghiệm pháp điều chỉnh của Raademacker và Garcin, phản xạ co cứng do tư thế của cổ, nghiệm pháp căn bản, tay tự động nâng lên, hiện tượng quay sấp, phản xạ Leri, phản xạ Mayer

II. CÁCH KHÁM PHẢN XẠ

Dụng cụ khám là búa phản xạ và kim đầu tù.

1. Khám các phản xạ gân xương

1.1. Phản xạ trâm quay (trung khu phản xạ là C6)



Hình 28. Khám phản xạ trâm quay

Tư thế tay bệnh nhân: khớp khuỷu gấp 120° , cẳng tay quay sấp.

Thầy thuốc dùng búa phản xạ gõ nhẹ, dứt khoát vào trên mỏm trâm xương quay của bệnh nhân (hình 28).

Đáp ứng: gấp cẳng tay và quay ngửa bàn tay do cơ cơ ngửa dài.

1.2. Khám phản xạ gân cơ nhị đầu cánh tay (trung khu phản xạ là C5)

Tư thế tay bệnh nhân: khớp khuỷu gấp 120° , cẳng tay để ngửa, thầy thuốc đặt và ấn nhẹ ngón tay cái của mình lên trên gân cơ nhị đầu cần khám. Dùng búa phản xạ gõ nhẹ, dứt khoát lên ngón tay cái đó (hình 29).

Đáp ứng: gấp cẳng tay do cơ cơ nhị đầu.

1.3. Phản xạ gân cơ tam đầu cánh tay (trung khu phản xạ là C7)

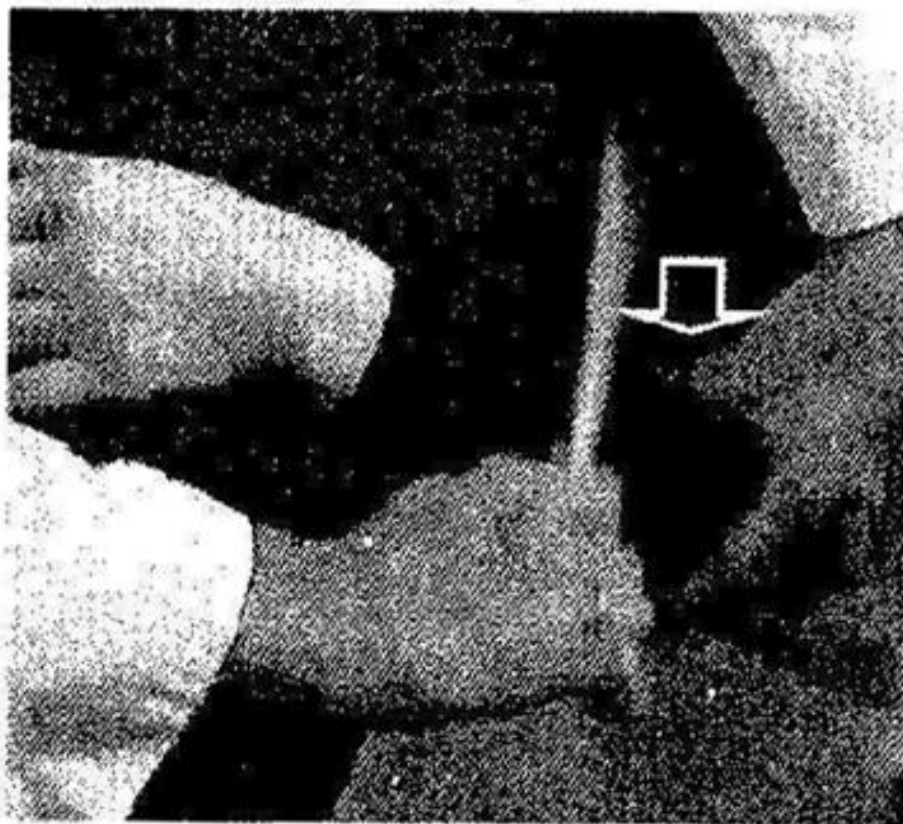
Tư thế bệnh nhân ngồi hoặc nằm.

Ngồi: khớp khuỷu tay để 90° , cẳng tay đặt trên đùi hoặc đầu gối.

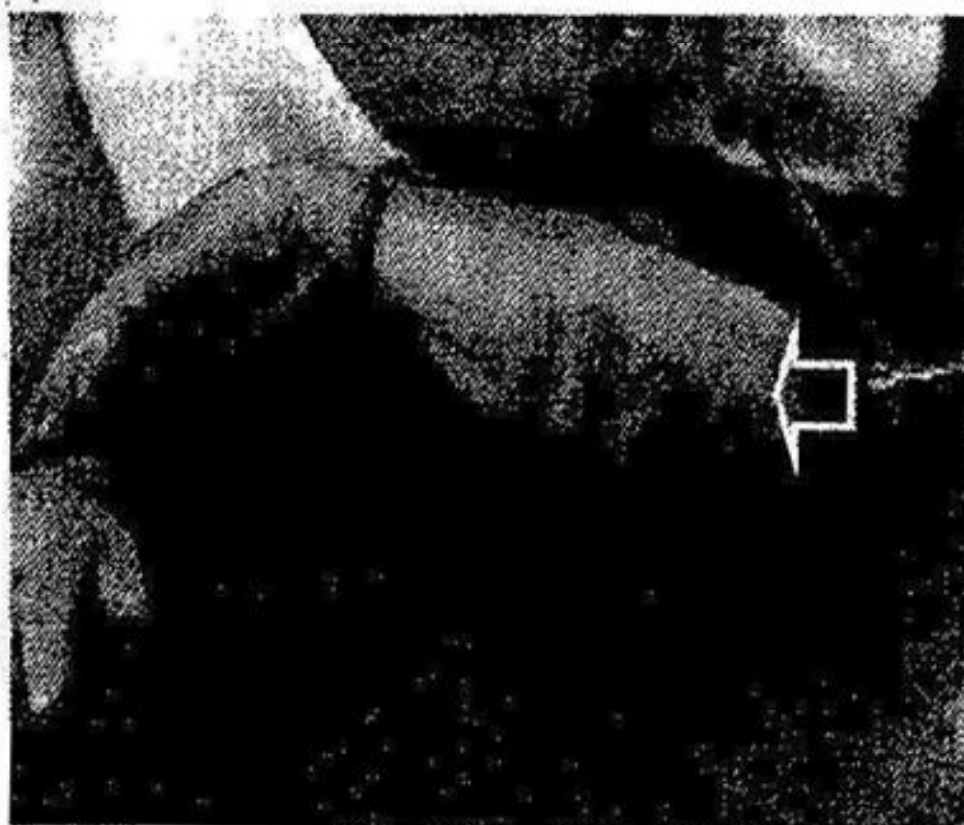
Nằm ngửa: khớp khuỷu để 90° , bàn tay đặt trên bụng.

Thầy thuốc nâng nhẹ cánh tay bệnh nhân, dùng búa phản xạ gõ nhẹ phía trên mỏm khuỷu (hình 30).

Đáp ứng: duỗi cẳng tay do cơ cơ tam đầu cánh tay.



Hình 29. Khám phản xạ gân cơ nhị đầu cánh tay



Hình 30. Khám phản xạ gân cơ tam đầu cánh tay

1.4. Phản xạ gân cơ tứ đầu đùi (phản xạ xương bánh chè) trung khu phản xạ là L3, L4.

Tư thế: khớp gối của bệnh nhân đặt ở góc 90 - 120°.



Hình 31. Khám phản xạ gân cơ tứ đầu đùi ở tư thế bệnh nhân nằm ngửa

Thầy thuốc dùng búa phản xạ gõ trực tiếp nhẹ và dứt khoát lên gân cơ tứ đầu đùi (ở dưới xương bánh chè của bệnh nhân- hình 31, hình 32 a và b).



Hình 32. Khám phản xạ gân cơ tứ đầu đùi ở tư thế bệnh nhân ngồi chân để thẳng (a) và chân bắt chéo (b)

Đáp ứng duỗi căng chân do cơ cơ tứ đầu đùi.

Trong trường hợp bệnh nhân phối hợp không tốt thì trong khi khám có thể dùng nghiệm pháp Jendrassik để cho kết quả khám rõ ràng hơn (hình 33).



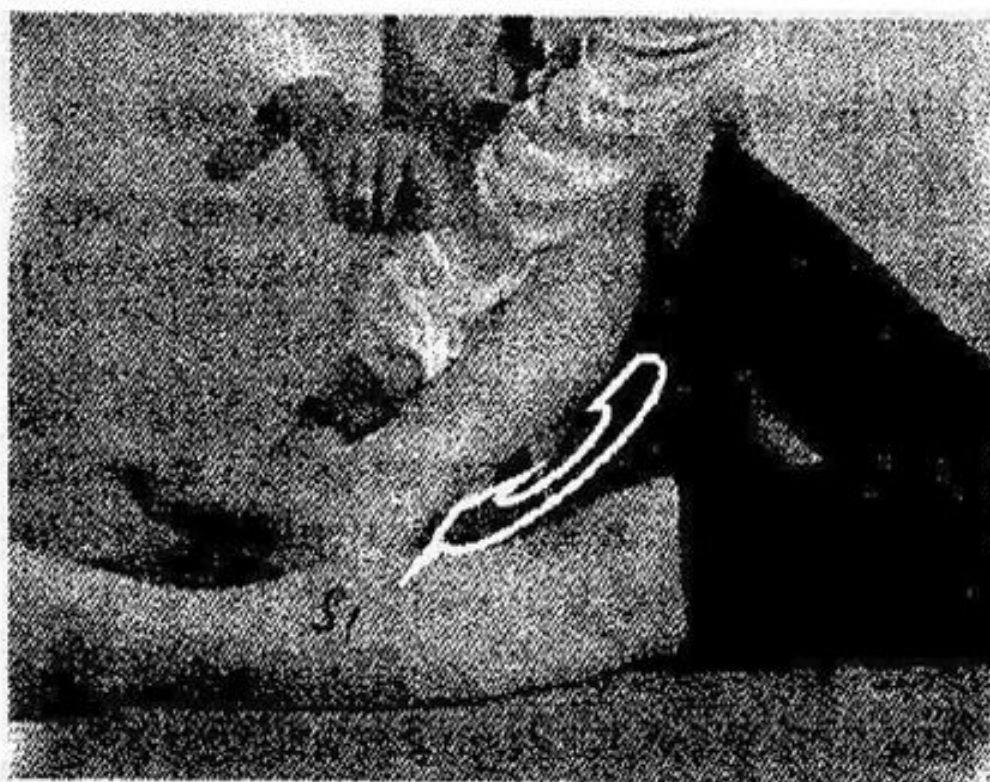
Hình 33. Nghiệm pháp Jendrassik

Bệnh nhân nhắm mắt, hai tay ngoắc vào nhau, thấy thuốc yếu cầu bệnh nhân kéo mạnh hai tay đồng thời gõ búa phản xạ để kích thích gân cơ tứ đầu đùi, gây phản xạ.

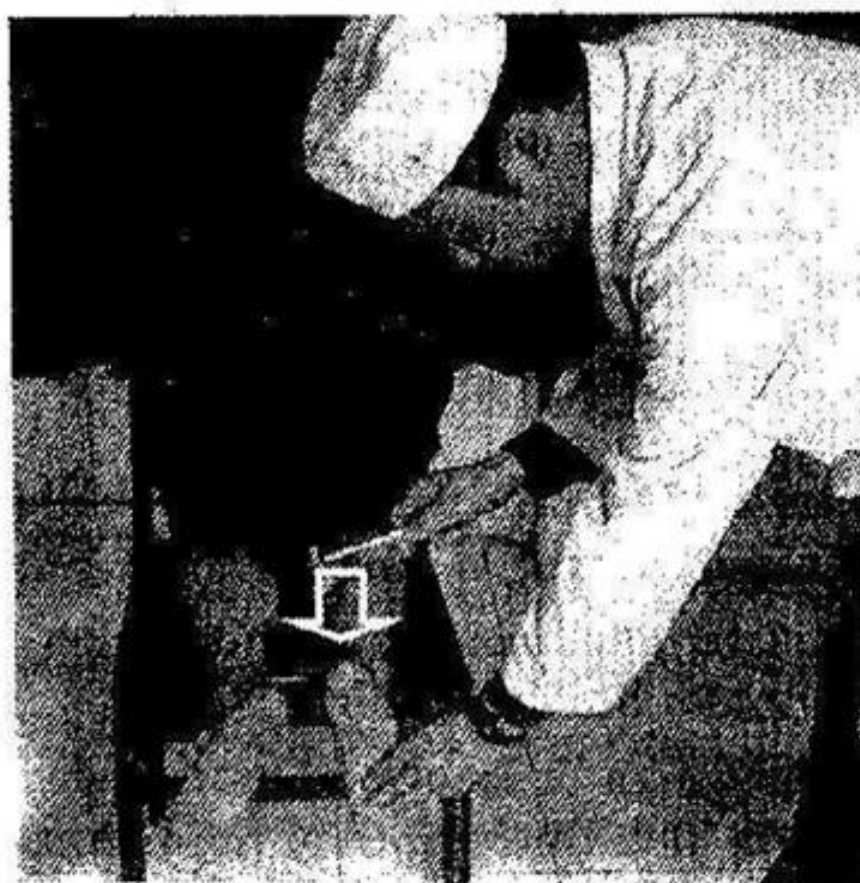
1.5. Phản xạ gân gót (phản xạ gân Achilles, trung khu phản xạ là S1)

Tư thế: có thể khám ở nhiều tư thế khác nhau của bệnh nhân, nhưng thông thường là khám ở tư thế bệnh nhân quỳ gối, nằm sấp hoặc nằm ngửa.

Thầy thuốc dùng tay trái đỡ găm bàn chân của bệnh nhân và gấp nhẹ về phía mu. Tay phải dùng búa phản xạ gõ



Hình 34 a. Khám phản xạ gân gót (BN nằm ngửa)



Hình 34 b. Khám phản xạ gân gót (BN quỳ)

nhẹ, dứt khoát lên gân gót của bệnh nhân (hình 40a và b).

Đáp ứng: bàn chân bệnh nhân duỗi do cơ cơ tam đầu căng chân.

1.6. Những thay đổi phản xạ thường gặp

-- Giảm hoặc mất phản xạ: là tình trạng giảm hoặc mất hoàn toàn đáp ứng cơ cơ, biểu hiện bằng giảm hoặc mất đáp ứng cử động của khúc chi tương ứng.

* Lưu ý: trong thực tế có khoảng 5-10% người bình thường không có đáp ứng phản xạ gân xương (areflexie), vì vậy việc đánh giá phản xạ cơ bản phải dựa vào so sánh đáp ứng phản xạ giữa hai bên cơ thể.

Giảm hoặc mất phản xạ gặp trong tổn thương tiểu não, các bệnh dây thần kinh ngoại vi, bệnh cơ giai đoạn muộn, liệt chu kỳ gia đình, viêm tuỷ xám...

-- Tăng phản xạ với những biểu hiện:

- + Co cơ ngay khi gõ rất nhẹ (giảm ngưỡng phản xạ).
- + Biên độ co cơ lớn hơn bình thường.
- + Phản xạ có tính chất lan toả (có thể gây phản xạ khi gõ ở nhiều vị trí khác nhau).
- + Đa động (kích thích một lần gây đáp ứng cơ cơ 3 - 4 lần liên tiếp).
- + Đôi khi kèm theo hiện tượng rung giật (bàn chân hoặc bánh chè, rung giật bàn tay hiếm gặp hơn).
- + Tăng phản xạ gặp trong tổn thương bó tháp, uốn ván hoặc nhiễm độc strychnin.

-- Đảo ngược phản xạ là biểu hiện mất sự đáp ứng bình thường của các cơ bị kích thích và thay thế bằng sự đáp ứng của các cơ lân cận (thường là các cơ đối vận = các cơ

antagonist). Ví dụ biểu hiện đảo ngược phản xạ gân cơ tam đầu cánh tay là gấp căng tay do cơ nhị đầu cánh tay (gấp trong tổn thương C7).

2. Khám các phản xạ da

2.1. Phản xạ da bụng

- Dụng cụ khám là kim đầu tù.
- Tư thế bệnh nhân nằm ngửa.
- Thầy thuốc dùng kim đầu tù kích thích trên da bụng bệnh nhân từ ngoài vào đường trắng ở 3 mức khác nhau, đồng thời quan sát thành bụng bên bị kích thích và rốn của bệnh nhân (hình 35):

Kích thích dưới bờ sườn (phản xạ da bụng trên, trung khu phản xạ là D7 - D8).

Kích thích ngang mức rốn (phản xạ da bụng giữa, trung khu phản xạ là D9 - D10).

Kích thích bên trên nếp bẹn (phản xạ da bụng dưới, trung khu phản xạ là D11 - D12).

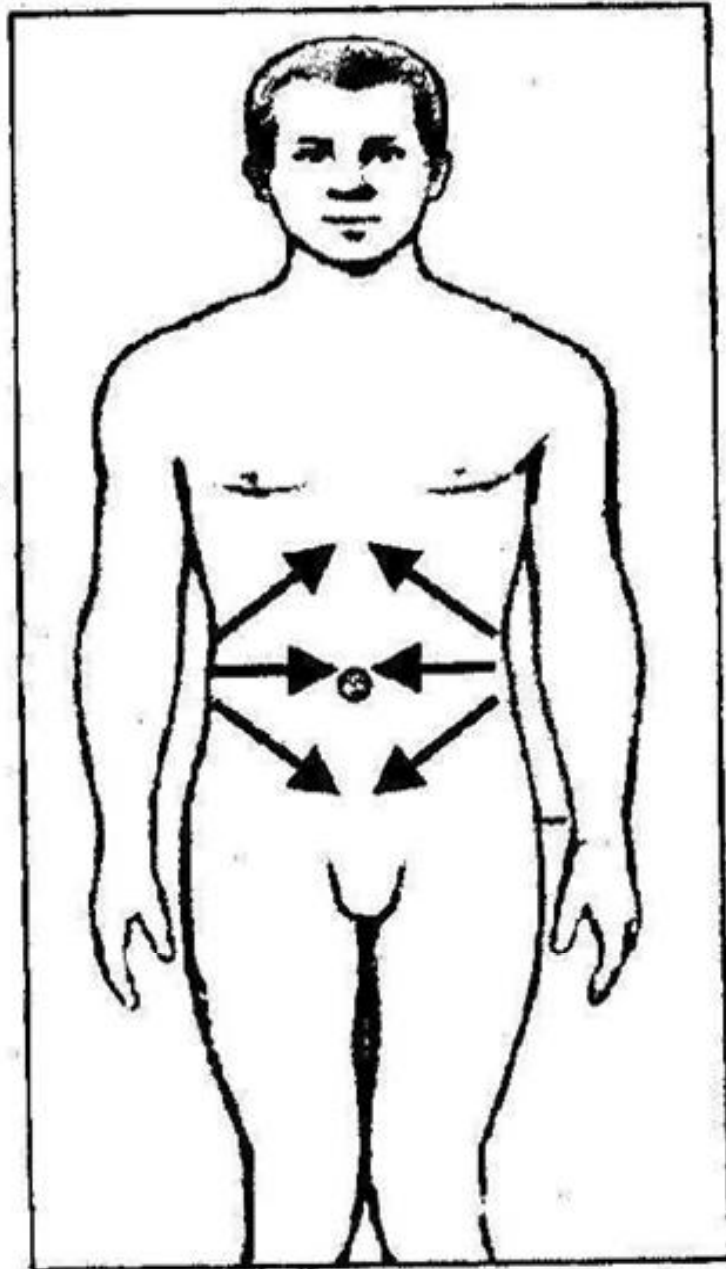
Đáp ứng: thành bụng bên bị kích thích co lại, rốn của bệnh nhân di chuyển về hướng vị trí kích thích.

2.2. Phản xạ da đùi- bìa (trung khu phản xạ là L1, L2)

Tư thế bệnh nhân: nằm ngửa, đùi hơi dẹt.

Thầy thuốc dùng kim đầu tù vạch lên mặt trong đùi bệnh nhân theo hướng từ dưới lên trên.

Đáp ứng: da bìa bên bị kích thích co lại và kéo tĩnh hoàn lên trên.



Hình 35. Khám phản xạ da bụng

2.3. Phản xạ da gan bàn chân (trung khu phản xạ là S1)

Tư thế bệnh nhân nằm hoặc ngồi.

Thầy thuốc dùng kim đầu tù vạch ở dọc cạnh ngoài và gâm bàn chân bệnh nhân theo hướng từ sau ra trước, qua các gốc ngón chân.

Đáp ứng: các ngón chân của bệnh nhân gấp lại. (phản xạ Babinski thực ra là phản xạ da gan bàn chân đảo ngược).

3. Phản xạ bệnh lý

3.1. Phản xạ bệnh lý bó tháp

3.1.1. Nhóm đuôi (phản xạ Babinski):

Tư thế bệnh nhân: nằm ngửa.

Thầy thuốc: một tay cầm nhẹ cổ chân bệnh nhân, tay còn lại dùng kim đầu tù vạch một đường dọc mặt ngoài găm bàn chân, theo hướng từ sau ra trước và qua các gốc ngón chân, cường độ kích thích tăng dần về cuối (hình 36).

Đáp ứng: phản xạ dương tính điển hình biểu hiện ở hai yếu tố:

Ngón chân cái gấp từ từ về phía mu.

Các ngón khác duỗi và xoè nan quạt.

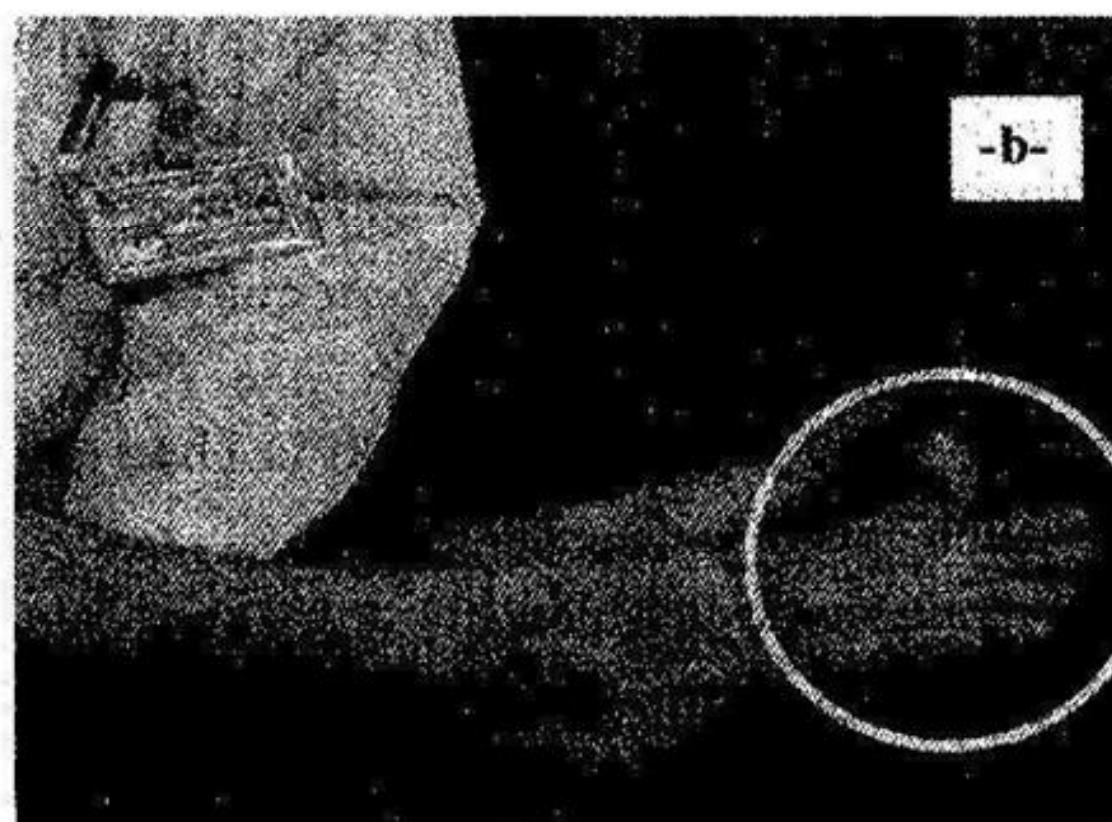
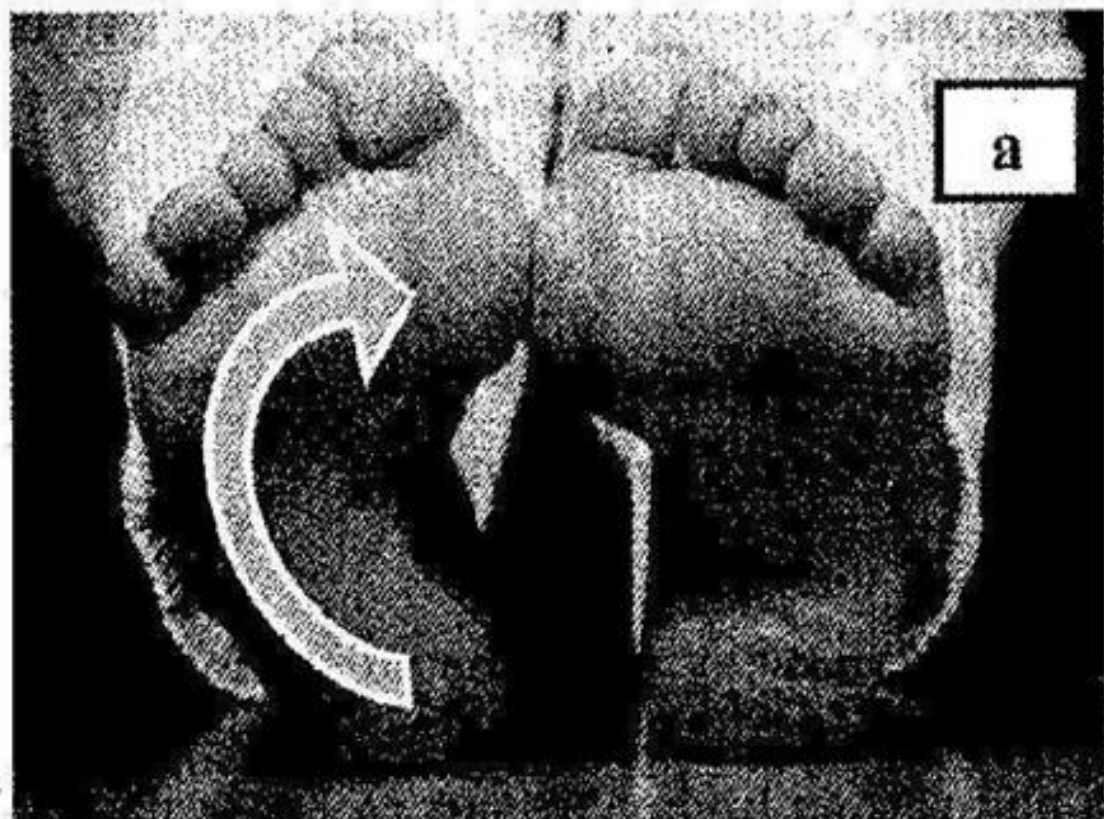
Phản xạ Babinski là phản xạ đặc trưng của tổn thương bó tháp. Có phản xạ Babinski là chắc chắn có tổn thương bó tháp.

Có thể có Babinski giả biểu hiện như sau:

Ngón cái duỗi quá nhanh.

Ngón cái gấp lại sau đó mới duỗi.

Trường hợp ngón chân cái đứng yên (còn gọi là ngón chân cái không trả lời) cũng có thể nghi ngờ là bệnh lý.



Hình 36. Khám phản xạ Babinski(a. đường vạch kim, b. hình ảnh đáp ứng dương tính của phản xạ).

Để xác định có phải là dấu hiệu Babinski giả hay không cần phải khám nhiều lần trong ngày và vào nhiều ngày khác nhau. Hơn nữa cần phải kết hợp với những triệu chứng kèm theo khác.

Các phản xạ bệnh lý bó thấp nhóm đuôi khác, chỉ khác Babinski ở cách kích thích gây phản xạ còn đáp ứng phản xạ như nhau (hình 37). Các phản xạ đó là:

- + Phản xạ Oppenheim: kích thích bằng cách dùng hai ngón tay miết trên mặt trước xương chày.
- + Phản xạ Gordon: bóp mạnh vào khối cơ dép ở cẳng chân.
- + Phản xạ Schaeffer: bóp mạnh vào gân Achilles của bệnh nhân.
- + Phản xạ Schaddock: vạch kim quanh mắt cá ngoài của bệnh nhân từ trên xuống dưới và từ trước ra sau.

3.1.2. Nhóm gấp:

- Phản xạ Rossolimo (hình 38):

Tư thế bàn tay bệnh nhân để úp, rử mềm mại.

Thầy thuốc cầm và nâng tay bệnh nhân. Dùng các đầu ngón tay còn lại gõ nhẹ đột ngột vào các đầu ngón tay 2 - 3 - 4 của bệnh nhân theo hướng từ dưới lên.

Đáp ứng: các ngón tay gấp đột ngột (đặc biệt là ngón tay cái).

Tương tự như vậy khám phản xạ Rossolimo ở chân.



Schaeffer

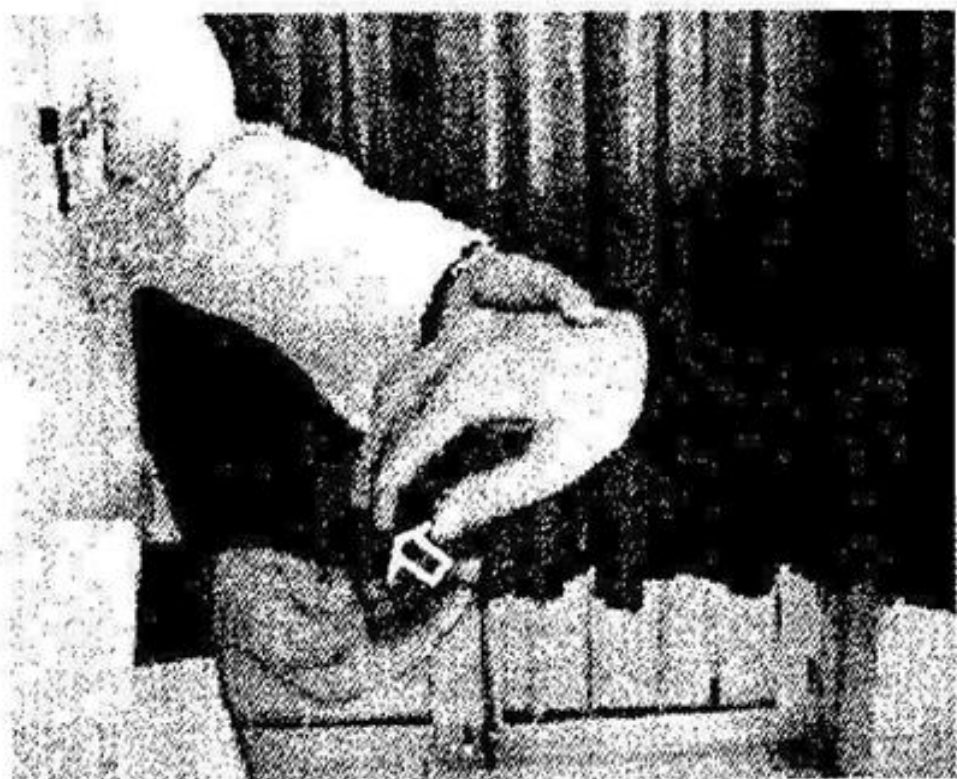


Gordon



Oppenheim

Hình 37. Các phản xạ bó tháp nhóm đuôi khác



Hình 38. Khám phản xạ Rossolimo tay

– Phản xạ Hoffmann (hình 39):

Tư thế tay bệnh nhân để rủ, úp sấp.

Kích thích: thầy thuốc gấp mạnh đột 3 ngón tay thứ ba của bệnh nhân rồi thả đột ngột.

Đáp ứng: ngón tay cái và ngón tay trỏ của bệnh nhân khép lại như gọng kìm.

3.1.3. Các phản xạ bệnh lý bó tháp nhóm gấp khác: các phản xạ này chỉ khác phản xạ Rossolimo về cách kích thích, còn đáp ứng giống nhau. Các phản xạ đó là:

Phản xạ Bechterew - Mendel: gõ búa vào xương hộp trước ngoài mu bàn chân.

Phản xạ Giucopski: gõ búa phản xạ vào giữa gan bàn chân.



Hình 39. Khám phản xạ Hoffmann

Phản xạ Puxep dạng ngón chân 5 khi vạch dọc bờ ngoài mu bàn chân.

Triệu chứng Hirschberg: gấp và xoay bàn chân vào trong khi vạch dọc mặt trong bàn chân của bệnh nhân.

3.2. Phản xạ tự động tuỷ (còn gọi là phản xạ tự vệ)

Gặp trong tổn thương đường thấp khi có chèn ép tuỷ sống do u, khối áp xe lạnh hoặc các khối phát triển khác. Các phản xạ này rất có ý nghĩa trong chẩn đoán định khu tổn thương tuỷ sống.

3.2.1. Phản xạ ba co:

Tư thế bệnh nhân nằm ngửa hai chân để duỗi thẳng.

Thầy thuốc kích thích ở ngón chi (kích thích đau bằng cách bóp mạnh vào ngón chân bệnh nhân hoặc dùng nhiệt độ nóng hoặc lạnh để kích thích).

Đáp ứng: chân bệnh nhân co lại ở ba mức (bàn chân gấp vào cẳng chân, cẳng chân gấp vào đùi và đùi gấp vào bụng):

- + Đáp ứng 1 thì: bệnh nhân chỉ co chân lại mà sau đó không duỗi ra, gặp trong tổn thương tuỷ hoàn toàn.
- + Đáp ứng 2 thì: bệnh nhân co chân lại khi bị kích thích sau đó lại duỗi hai chân thẳng ra. Gặp trong tổn thương tuỷ không hoàn toàn.

3.2.2. Phản xạ ba duỗi:

– Tư thế chân bệnh nhân: chân co ở ba mức như trong đáp ứng của phản xạ ba co.

Thầy thuốc kích thích ở đùi hoặc đầu gối của bệnh nhân (có thể kích thích đau bằng kim hoặc véo da đùi hay dùng nhiệt độ nóng hoặc lạnh).

Đáp ứng: chân bệnh nhân sẽ duỗi ra ở ba mức đùi, cẳng chân và bàn chân.

3.2.3. Hiện tượng duỗi chéo:

Tư thế bệnh nhân nằm ngửa, hai chân co nhẹ.

Thầy thuốc kích thích vào bàn chân bệnh nhân bằng kích thích đau hoặc nhiệt độ.

Đáp ứng: chân bị kích thích co lại còn chân bên kia duỗi ra.

Hiện tượng này gặp trong tổn thương tủy sống không hoàn toàn.

3.3. Phản xạ nắm (grasping reflex)

Tư thế bệnh nhân ngồi, đứng hoặc nằm, bàn tay để rủ mềm mại tự nhiên.

Kích thích: thầy thuốc dùng ngón tay của mình hoặc cán búa phản xạ vuốt qua lòng bàn tay bệnh nhân.

Đáp ứng: bệnh nhân nắm chặt lấy cán búa phản xạ hoặc ngón tay thầy thuốc, không buông ra.

Ở trẻ nhỏ đây là phản xạ sinh lý. Ở người lớn phản xạ nắm biểu hiện tổn thương ở thùy trán.

3.4. Các phản xạ bệnh lý ở miệng (các phản xạ trực hay các phản xạ thân não)

Các phản xạ này có thể thấy ở trẻ em và người già khoẻ mạnh. Ở người trưởng thành phản xạ biểu hiện trong liệt giả hành não, hội chứng Parkinson.

3.4.1. Phản xạ mũi - môi:

Tư thế bệnh nhân ngồi hoặc nằm.

Thầy thuốc dùng búa phản xạ gõ nhẹ trên sống mũi bệnh nhân.

Đáp ứng: bệnh nhân co cơ vòng miệng làm cử động đầu môi.

3.4.2. Phản xạ vòm:

Tư thế: bệnh nhân ngồi hoặc nằm.

Thầy thuốc dùng búa phản xạ gõ nhẹ vào môi bệnh nhân.

Đáp ứng: như phản xạ mũi- môi (bệnh nhân đầu môi).

3.4.3. Phản xạ tự động miệng từ xa:

Bệnh nhân ngồi hoặc nằm.

Thầy thuốc thực hiện thao tác gõ vào môi bệnh nhân nhưng dừng lại từ xa mà không chạm vào môi.

Đáp ứng: bệnh nhân co cơ vòng miệng, đầu môi.

3.4.4. Phản xạ mút:

Tư thế bệnh nhân như trong các phản xạ trên.

Kích thích: thầy thuốc gõ hoặc vạch nhẹ vào môi bệnh nhân.

Đáp ứng: bệnh nhân thực hiện cử động mút.

3.4.5. Phản xạ da gan bàn tay- cầm (phản xạ Marinesco):

Tư thế bệnh nhân: nằm, đứng hoặc ngồi, bàn tay cần khám được để rủ mem mại.

Thấy thuốc một tay cầm bàn tay cần khám của bệnh nhân, tay kia dùng kim đầu tù vạch chậm, dứt khoát vào lòng bàn tay bệnh nhân.

Đáp ứng: cơ cầm của bệnh nhân cùng bên với bàn tay bị kích thích co nhẹ.

KHÁM HỘI CHỨNG THẮT LƯNG - HÔNG

I. MỞ ĐẦU

Hội chứng thắt lưng - hông bao gồm các triệu chứng biểu hiện tổn thương đồng thời của cột sống thắt lưng và của các rễ thần kinh tạo thành dây thần kinh hông to trong đám rối thần kinh thắt lưng cùng. Hội chứng thắt lưng - hông có thể do nhiều nguyên nhân khác nhau gây nên. Trên lâm sàng trước khi thăm khám một bệnh nhân có hội chứng thắt lưng - hông cần phải khai thác cho rõ bệnh nhân có tiền sử chấn thương cột sống hay không? có sốt trước khi bị bệnh không? tính chất và cường độ của đau có liên quan tới vận động cơ thể hay tăng áp lực ổ bụng không? Khi khám hội chứng thắt lưng - hông cần xác định cho rõ ràng đâu là các triệu chứng của sốt sống và đâu là các triệu chứng của dây rễ thần kinh.

II. KHÁM HỘI CHỨNG THẮT LƯNG - HÔNG

1. Hội chứng cột sống

1.1. Nhận xét hình dáng cột sống

Cho bệnh nhân đứng thẳng, quan sát từ phía sau, sau đó quan sát bệnh nhân ở tư thế nghiêng để nhận xét về hai điểm sau:

- + Cột sống của bệnh nhân có bị lệch, bị vẹo (*scoliose*) về bên phải hay bên trái không?
- + Cong sinh lý (*ưỡn thắt lưng*) có bình thường không hay bị giảm, mất hoặc bị đảo ngược (*chuyển từ ưỡn thành gù thắt lưng*).

1.2. Đánh giá trương lực cơ cạnh sống

Cho 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, nếu không đều thì trương lực cơ bên nào tăng (*trường hợp có tăng trương lực cơ cạnh sống người ta thường nói là có co cứng cơ cạnh sống*).

1.3. Tìm điểm đau cột sống

Ấn hoặc gõ trên móm gai các đốt sống để tìm điểm đau cột sống. Thông thường đốt sống bị tổn thương sẽ đau hơn các đốt sống khác trong khi được thăm khám. Ví dụ bệnh nhân thoát vị đĩa đệm L4 - L5 có điểm đau cột sống L4 và L5, ta sẽ ghi trong bệnh án là:

Điểm đau cột sống: L4 ; L5 (vì đây là hai điểm đau độc lập với nhau cho nên nên ghi chúng cách biệt với nhau bằng dấu chấm phẩy).

1.4. Khám khả năng vận động cột sống

Kiểm tra các chức năng vận động của cột sống (cúi, ngửa, nghiêng và xoay).

1.4.1. Cúi: có hai nghiệm pháp đánh giá khả năng cúi của bệnh nhân là: khoảng cách ngón tay - đất và chỉ số Schober (Schober- Index).

– Khoảng cách ngón tay - đất:

Cách khám: cho bệnh nhân đứng thẳng ngay ngắn sau đó yêu cầu bệnh nhân cúi tối đa (trong phạm vi bệnh nhân có thể chịu đựng được), chân thẳng, hai tay giơ thẳng ra trước (hướng xuống đất) sau đó đo khoảng cách từ giữa ngón tay giữa của bệnh nhân tới mặt đất.

Đánh giá: khoảng cách này phụ thuộc vào rất nhiều yếu tố, nhưng nhìn chung, người có cột sống khoẻ mạnh khi cúi thì khoảng cách ngón tay - đất thường bằng không (đầu ngón tay giữa chạm được xuống đất), hoặc là một số âm (thậm chí đặt được cả bàn tay xuống mặt đất). Bệnh nhân thoát vị đĩa đệm có kích thích rễ thì ngón tay không thể chạm được xuống đất.

– Chỉ số Schober:

Cách khám:

Đầu tiên cho bệnh nhân đứng thẳng.

Thầy thuốc xác định móm gai của đốt S1 và đánh dấu lại (điểm P1). Từ điểm này đo lên trên 10cm (đo lần một) và đánh dấu tiếp điểm thứ 2 (P2), như vậy điểm P1 và P2 cách nhau 10 cm.

Sau đó cho bệnh nhân cúi tối đa (trong phạm vi như bệnh nhân có thể, hai chân duỗi thẳng tại khớp gối).

Thầy thuốc đo lại khoảng cách giữa hai điểm P1 và P2 lần thứ hai (ở tư thế cúi của bệnh nhân). Ví dụ: đo lần hai được 14 cm.

Cách ghi vào bệnh án:

Số đo lần 2/ số đo lần 1; như trong VD. trên ta sẽ ghi là chỉ số Schober: 14/10.

Đánh giá kết quả: người bình thường ở tuổi thanh niên có chỉ số Schober khoảng từ 14/10 đến 15/10. Ở các bệnh nhân có hội chứng thắt lưng hông chỉ số này giảm.

1.4.2. Uốn cột sống thắt lưng: dùng thước đo độ cong của cột sống thắt lưng với mốc là bờ trên đốt sống S1, để xác định. (độ uốn thắt lưng ở tư thế bình thường là 18mm, khi uốn tối đa là 30mm).

1.4.3. Xoay và nghiêng cột sống: dùng thước đo độ xoay và nghiêng cột sống của Hồ Hữu Lương, lấy mốc dưới là bờ trên đốt sống S1 để kiểm tra tầm vận động nghiêng và xoay của cột sống thắt lưng. Bình thường cột sống nghiêng được $29 - 31^\circ$ về hai bên và xoay được từ $30 - 32^\circ$

2. Hội chứng rễ thần kinh

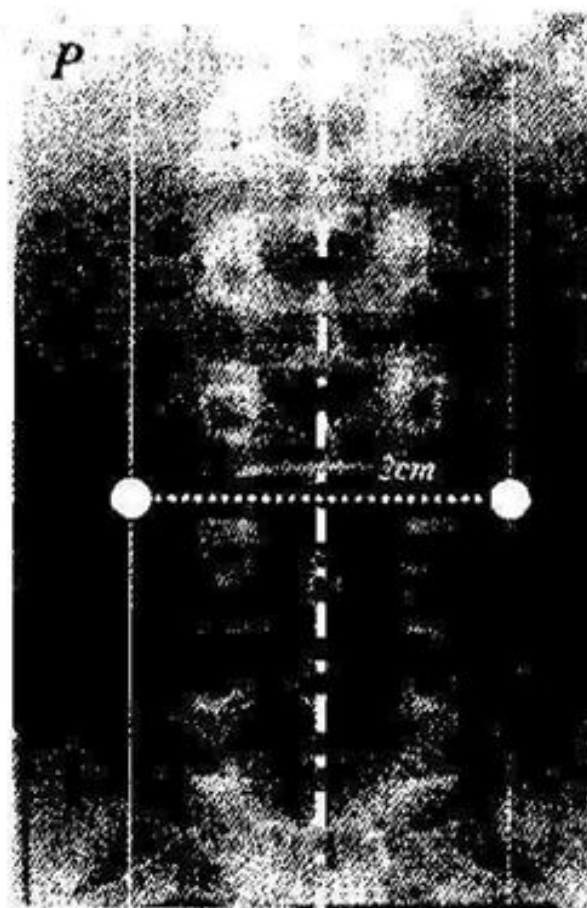
2.1. Các dấu hiệu căng rễ

2.1.1. Điểm đau cạnh sống:

Cách khám: bệnh nhân nằm hoặc đứng, tư thế thoải mái. Thầy thuốc ấn trên đường cạnh sống (cách trục cột sống, khoảng 02cm về hai phía phải và trái) ngang mức điểm giữa các khoảng cách liên móm gai. Các rễ thần kinh bị tổn thương sẽ có cảm giác đau khi thầy thuốc thăm khám tại các điểm tương ứng (Hình 46).

Cách gọi tên: một điểm đau cạnh sống được gọi tên theo đốt sống trên, đốt sống dưới và bên cơ thể tương ứng (phải hoặc trái). Ví dụ điểm đau cạnh sống L4 – L5 bên trái (+).

Trong trường hợp này tên gọi đốt sống L4 và L5 được nối với nhau bằng một gạch ngang vì chúng có liên quan với nhau và cùng tham gia định danh một điểm đau cạnh sống.



Hình 40. Khám điểm đau cạnh sống

2.1.2. Dấu hiệu chuông bấm:

– Cách khám:

Bệnh nhân nằm hoặc đứng, tư thế thoải mái.

Thầy thuốc ấn trên các điểm đau cạnh sống.

– Dấu hiệu chuông bấm dương tính khi bệnh nhân có cảm giác đau lan dọc theo đường đi của dây thần kinh hông to cùng bên xuống dưới chân (thường là cẳng chân).

– Cách gọi tên và ghi trong bệnh án như gọi tên điểm đau cạnh sống. Ví dụ dấu hiệu chuông bấm (+) tại L4 – L5 bên trái.

2.1.3. Dấu hiệu Lasègue:

– Cách khám:

Tư thế bệnh nhân nằm ngửa, hai chân duỗi thẳng, tư thế thoải mái.

Thầy thuốc dùng một tay của mình cầm cổ chân, tay còn lại đặt ở đầu gối bệnh nhân giữ cho chân thẳng và thao tác khám theo hai thì:

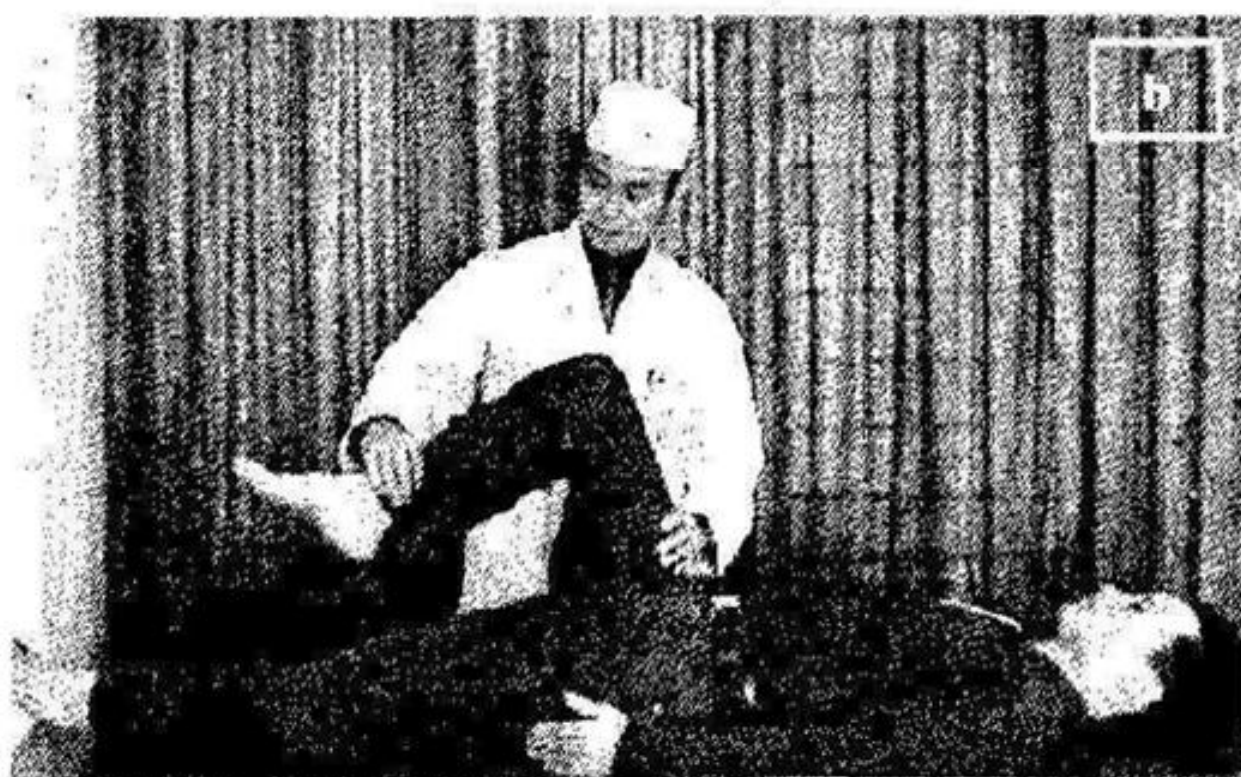
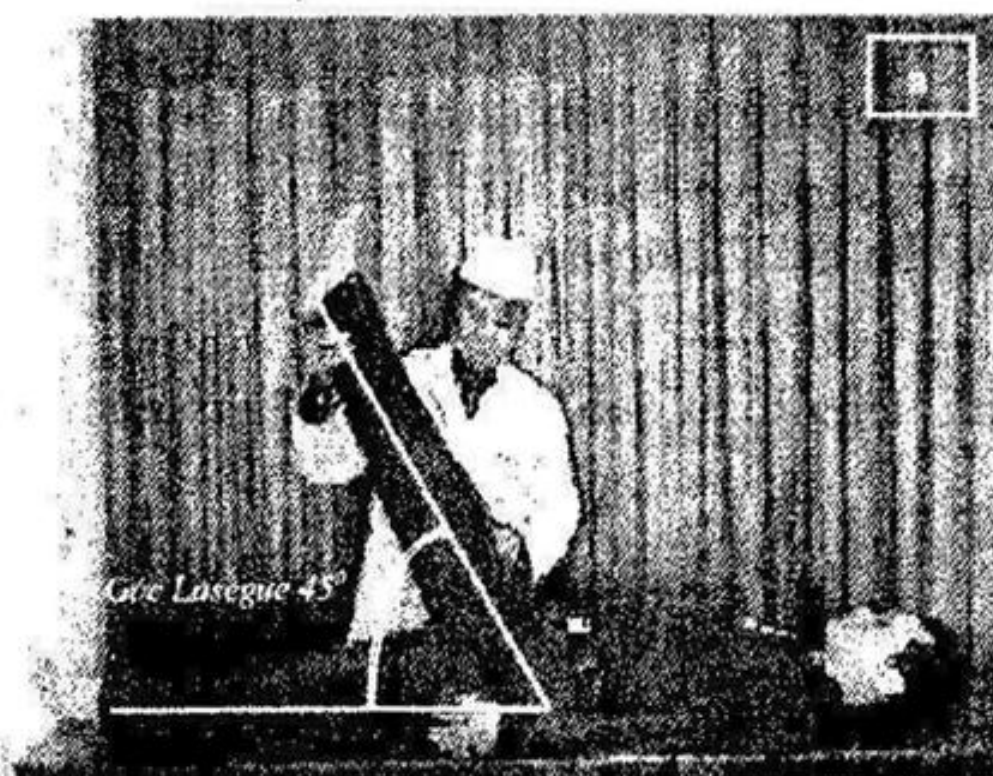
+ Thì 1: nâng cao chân bệnh nhân (luôn ở tư thế duỗi thẳng) lên khỏi mặt giường (hướng tới 90°), tới khi bệnh nhân kêu đau, cẳng dọc mặt sau chân thì dừng lại. Xác định góc giữa chân bệnh nhân và mặt giường (ví dụ nâng chân tới 45° thì bệnh nhân kêu đau thì góc Lasègue là 45°).

+ Thì 2: giữ nguyên góc đó (theo ví dụ trên là 45°) và gấp chân bệnh nhân lại tại khớp gối. Bệnh nhân không còn đau dọc mặt sau chân nữa (hình 41 a và b).

Khám lần lượt hai chân của bệnh nhân.

– Cách đánh giá kết quả:

Dấu hiệu Lasègue dương tính phải biểu hiện đồng thời 2 yếu tố:



Hình 41. Khám dấu hiệu Lasègue

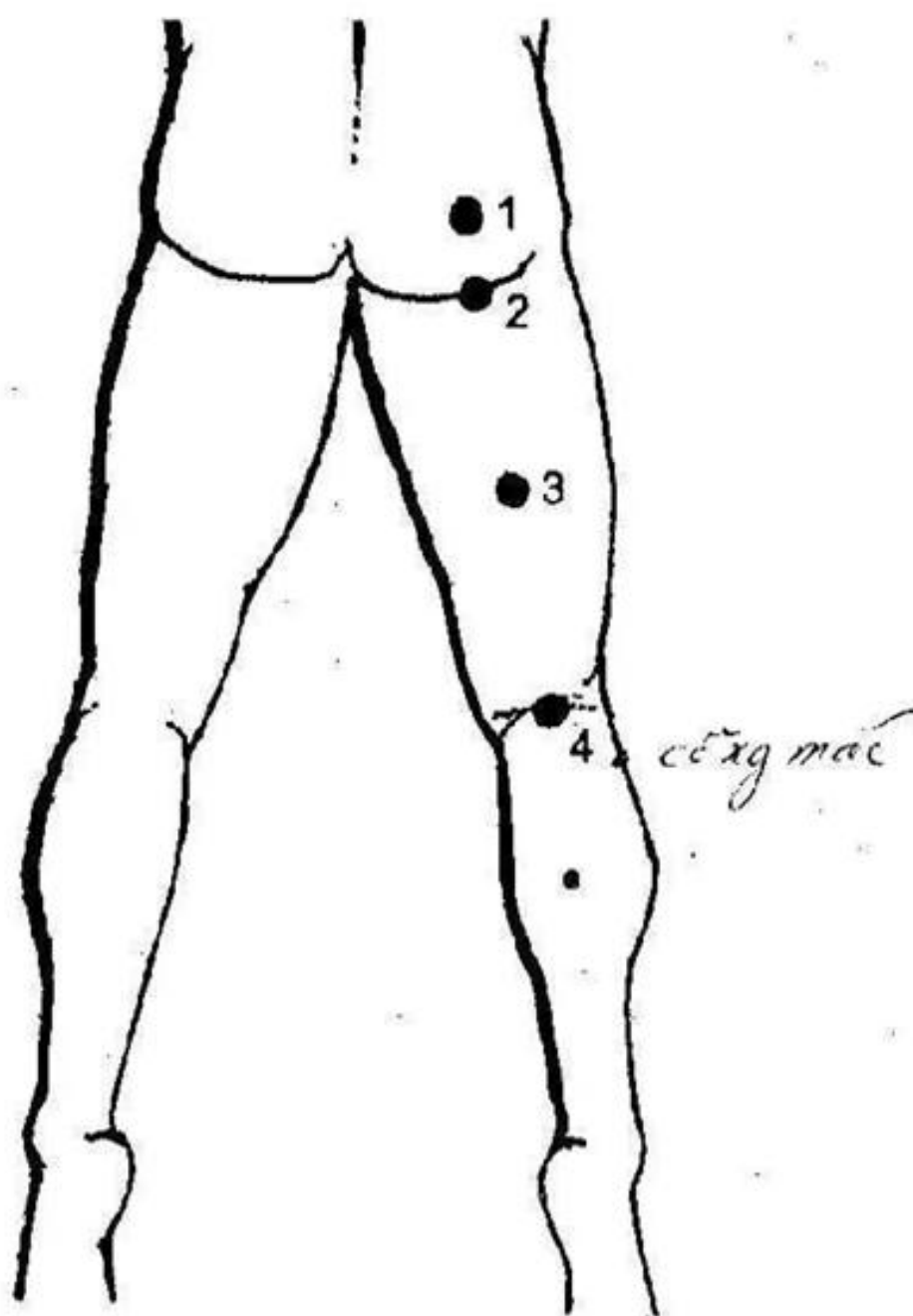
- a. thì 1: nâng chân 45° BN đau, góc Lasègue (+) là 45° ,
 b. thì 2: gấp chân tại khớp gối BN hết đau

Thì 1: bệnh nhân thấy đau khi chân chưa vuông góc với mặt giường.

Thì 2: khi gấp chân lại bệnh nhân thấy hết đau.

- Dấu hiệu Lasègue chéo: khi thao tác khám tìm dấu hiệu Lasègue bên lành chân bên bị bệnh đau tăng.

2.1.4. *Hệ thống các điểm Valleix*: đây là những điểm mà dây thần kinh hông to đi qua, các thống điểm gồm có:



Hình 42. Hệ thống các điểm Valleix

Điểm giữa ụ ngồi và mấu chuyển.

Điểm giữa nếp lằn mông.

Điểm giữa mặt sau đùi

Điểm giữa nếp kheo chân (hình 42).

Khi khám thấy thuốc dùng ngón tay ấn lên các điểm trên. Trường hợp dây thần kinh hông to bị tổn thương, bệnh nhân thấy đau chói tại các điểm đó khi thăm khám.

2.1.5. Dấu hiệu Neri:

– Cách khám: bệnh nhân đứng thẳng, sau đó cúi gập người, hai tay giơ ra trước (hướng cho tay chạm xuống đất), hai gối giữ thẳng thẳng.

– Nghiệm pháp dương tính khi bệnh nhân thấy đau dọc chân bị bệnh và chân bên đó co lại tại khớp gối (hình 43).



Hình 43. Dấu hiệu Neri (+) chân phải

2.1.6. *Dấu hiệu Déjerine*: khi ho, hắt hơi bệnh nhân thấy đau tăng vùng thắt lưng.

2.1.7. *Dấu hiệu Siccar*:

– Cách khám:

- + Bệnh nhân nằm ngửa thoải mái, hai chân duỗi thẳng.
- + Thầy thuốc thao tác khám (như kiểm tra dấu hiệu Lasègue thì 1), nâng chân bệnh nhân lên khỏi mặt giường, khi bệnh nhân thấy đau thì dừng lại và gấp bàn chân bên đó về phía mu.

– Nghiệm pháp dương tính khi bệnh nhân thấy đau tăng dọc mặt sau chân đang được khám.

2.1.8. *Dấu hiệu Bonnet*:

– Bệnh nhân nằm ngửa, hai chân duỗi thẳng tư thế thoải mái.

– Thầy thuốc gấp căng chân bệnh nhân vào đùi và gấp đùi vào bụng.

– Nghiệm pháp dương tính khi bệnh nhân thấy đau sau đùi và vùng mông bên được khám.

2.1.9. *Dấu hiệu Wassermann*:

– Bệnh nhân nằm sấp, hai chân duỗi thẳng, tư thế thoải mái.

– Thầy thuốc nâng đùi bệnh nhân khỏi mặt giường từ từ và nhẹ nhàng.

– Nghiệm pháp dương tính khi bệnh nhân thấy đau, căng ở mặt trước đùi. Nghiệm pháp Wassermann dương tính trong tổn thương dây thần kinh đùi.

2.2. Tổn thương chức năng các rễ thần kinh

2.2.1. Rối loạn vận động: khám chức năng vận động các nhóm cơ đích do các rễ thần kinh của đám rối thắt lưng cùng phân bố. Trong hội chứng thắt lưng hông lưu ý khám chức năng vận động của rễ L5 và rễ S1 vì hai rễ này rất hay bị tổn thương trong thoát vị đĩa đệm.

- + Rễ L5: chi phối vận động cho nhóm cơ chày trước, chức năng gấp bàn chân và gấp ngón 1 - 2 về phía mu.

Cách khám: kiểm tra sức cơ gấp bàn chân và gấp ngón 1 - 2 về phía mu ở cả hai bên. Cho bệnh nhân đứng trên gót chân. Khi có tổn thương L5, bệnh nhân rất khó hoặc không đứng được trên gót chân bên tổn thương.

- + Rễ S1: chi phối vận động cho cơ dẹt (sau cẳng chân), chức năng duỗi bàn chân.

Cách khám: kiểm tra sức cơ duỗi bàn chân, cho bệnh nhân đứng trên mũi bàn chân. Nếu có tổn thương rễ S1 bệnh nhân rất khó hoặc không đứng được trên mũi bàn chân bên tổn thương.

2.2.2. Rối loạn cảm giác: kiểm tra chức năng cảm giác của các rễ thần kinh thắt lưng cùng. Sơ đồ phân bố cảm giác của các rễ thần kinh thắt lưng cùng, trong đó quan trọng trong bệnh lý thoát vị đĩa đệm là các rễ L₄, L₅ và rễ S₁.

2.2.3. Rối loạn phản xạ: kiểm tra chức năng phản xạ của các rễ thần kinh, đáng lưu ý là các phản xạ sau:

Phản xạ da đùi -bìu: rễ L1, L2

Phản xạ gân cơ tứ đầu đùi: rễ L3, L4

2.2.4. *Rối loạn thần kinh thực vật*: dinh dưỡng: kiểm tra chức năng điều hoà nhiệt độ, tình trạng tiết mồ hôi và vận mạch dinh dưỡng...của các dải da, xem có teo cơ không, nếu có thì teo cơ nào từ đó suy ra rễ thần kinh bị tổn thương.

KHÁM HỘI CHỨNG MÀNG NÃO

I. MỞ ĐẦU

- Nhắc lại cấu tạo màng não:

Màng não (*meninx*) gồm có 3 lớp:

- + Màng cứng (*dura mater*): là một màng xơ dày, dính chặt vào mặt trong xương sọ và gồm có hai lá. Trong khoang sọ hai lá này dính với nhau, chúng chỉ tách ra ở những chỗ tạo thành xoang tĩnh mạch.
- + Màng nhện (*arachnoidea*) là một màng mỏng, gồm những sợi lông lẻo. Màng nhện nằm sát mặt trong của màng cứng.
- + Màng nuôi, hay còn gọi là màng mềm (*pia mater*): dính sát tổ chức não, có nhiều mạch máu. Giữa màng nhện và màng nuôi có khoang dưới nhện chứa dịch não tủy.

- Chức năng của màng não là bao quanh và bảo vệ não bộ, tuỷ sống cũng như phần đầu của các dây thần kinh sọ não.

- Khi màng não bị tổn thương do nhiều nguyên nhân khác nhau, trên lâm sàng sẽ thấy biểu hiện của hội chứng màng não (*meningismus*). Trước khi khám tìm các triệu chứng khách quan của hội chứng màng não, người thầy

thuốc cần xác định xem bệnh nhân có các triệu chứng cơ năng của hội chứng màng não không? Các triệu chứng đó là: đau đầu, nôn, táo bón, tăng cảm toàn thân. Tuy nhiên ở người già, trẻ em và bệnh nhân hôn mê mặc dù có kích thích màng não nhưng các dấu hiệu thường biểu hiện không rõ hoặc thậm chí không có.

II. KHÁM HỘI CHỨNG MÀNG NÃO

1. Quan sát

Các trường hợp có hội chứng màng não điển hình khi quan sát ta sẽ thấy bệnh nhân nằm ở tư thế màng não (tư thế có súng): bệnh nhân nằm nghiêng, đầu ngửa ra sau, hai tay co, hai đầu gối co sát bụng, lưng cong ra sau.

2. Khám các dấu hiệu màng não

2.1. Dấu hiệu cứng gáy (nuchal rigidity)

Cần phân biệt dấu hiệu cứng gáy với dấu hiệu cứng cổ (cervical rigidity)

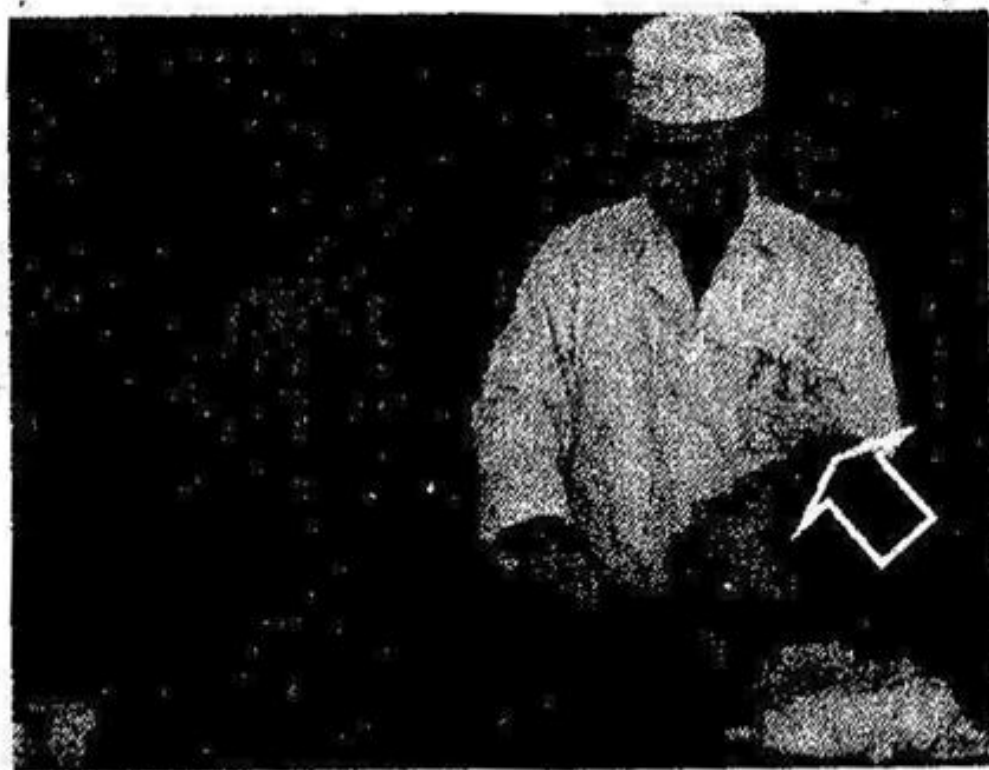
– Cách khám: bệnh nhân nằm ngửa, thầy thuốc đặt một tay sau gáy, tay còn lại đặt nhẹ trên ngực bệnh nhân và thực hiện động tác gấp thụ động đầu bệnh nhân ra trước (hình 51).

– Bình thường cầm bệnh nhân đưa sát được vào ngực.

– Nghiệm pháp dương tính biểu hiện:

+ Cầm bệnh nhân không đưa sát được vào ngực.

+ Bệnh nhân thấy đau sau gáy (bệnh nhân nhăn mặt vì đau).



Hình 44. Khám dấu hiệu cứng gáy

2.2. Dấu hiệu Kernig

– Cách khám:

Tư thế bệnh nhân: nằm ngửa, hai chân duỗi thẳng (hình 45).

– Thầy thuốc đặt một chân bệnh nhân ở tư thế đùi vuông góc với mặt giường, cẳng chân vuông góc với đùi (khớp gối tạo thành góc 90^0). Tiếp theo giữ nguyên tư thế của đùi và nâng cẳng chân bệnh nhân lên theo hướng thẳng với đùi (mở khớp gối dần đến 180^0), tới mức không mở được nữa thì thôi. Đo góc tạo bởi đùi và cẳng chân bệnh nhân (góc mở của khớp gối). Sau đó khám tiếp chân bên đối diện.

– Đánh giá kết quả: bình thường góc này là 180^0 .

– Trong trường hợp có hội chứng màng não góc Kernig này sẽ nhỏ hơn 180° . Khi ghi trong bệnh án tốt nhất nên ghi góc Kernig.

Ví dụ dấu hiệu Kernig: 135° .



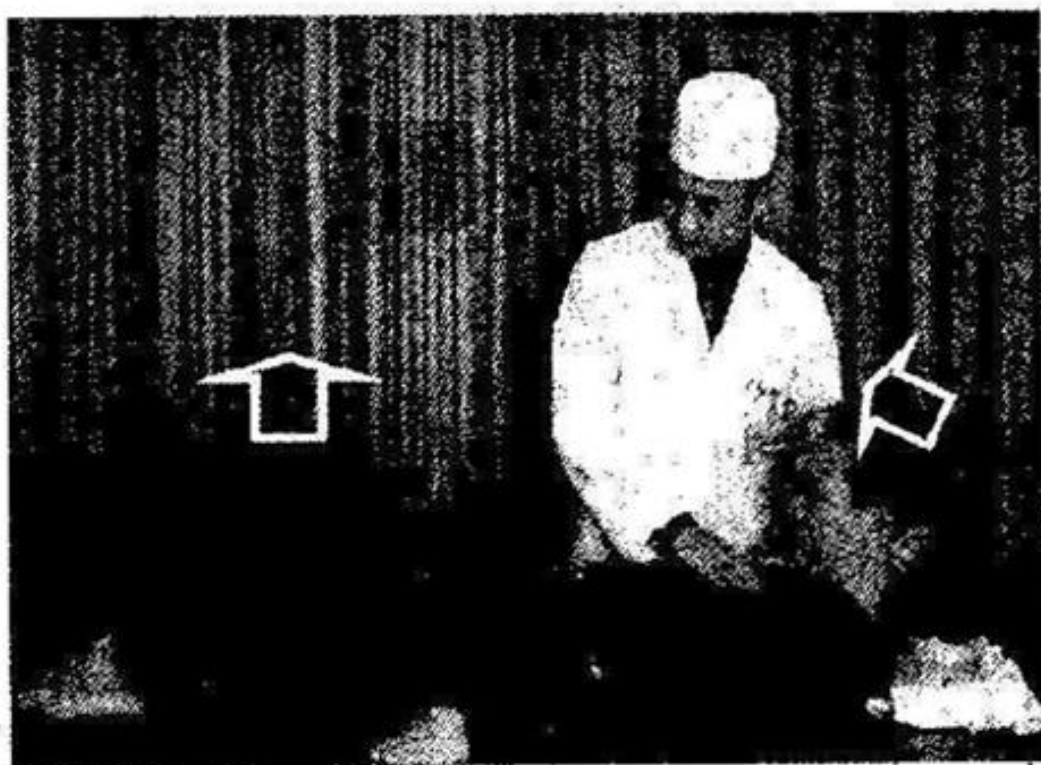
Hình 45. Khám dấu hiệu Kernig

2.3. Dấu hiệu Brudzinski

2.3.1. Dấu hiệu Brudzinski trên (hình 46 a):

- Cách khám:
 - + Bệnh nhân nằm ngửa, hai chân duỗi thẳng, tư thế thoải mái.
 - + Thầy thuốc đặt một tay sau gáy bệnh nhân và nhẹ nhàng gấp đầu bệnh nhân lại.
- Đánh giá kết quả: bình thường có thể gấp cổ lại dễ dàng, nhẹ nhàng và hai chân bệnh nhân vẫn duỗi thẳng.

- Dấu hiệu dương tính biểu hiện: bệnh nhân gấp và khép chân lại.



Hình 46a. Khám dấu hiệu Brudzinski trên
Gấp đầu bệnh nhân vào ngực, nghiệm pháp dương tính khi
hai chân bệnh nhân co và khép lại.

2.3.2. Dấu hiệu Brudzinski dưới (hay đôi bên):

- Cách khám:
 - + Bệnh nhân nằm ngửa, hai chân duỗi thẳng.
 - + Thầy thuốc gấp cẳng chân một bên của bệnh nhân vào đùi và gấp đùi bên đó vào bụng. Chân còn lại vẫn duỗi thẳng (hình 53b).
- Đánh giá kết quả: bình thường chân còn lại vẫn giữ nguyên tư thế.
- Dấu hiệu dương tính khi: chân bên đối diện co lại.



Hình 47b. Khám dấu hiệu Brudzinski dưới (đối bên)

*Gấp đùi một bên của bệnh nhân vào bụng,
 nghiệm pháp dương tính khi chân bên đối diện co lại.*

2.3.3. Dấu hiệu Brudzinski mu:

– Cách khám:

- + Bệnh nhân nằm ngửa, hai chân duỗi thẳng thoải mái.
- + Thầy thuốc dùng ngón tay cái của mình ấn mạnh trên xương mu của bệnh nhân.

Đánh giá kết quả: bình thường hai chân bệnh nhân vẫn duỗi thẳng.

Dấu hiệu dương tính khi: hai chân bệnh nhân khép và co lại.

2.4. Dấu hiệu vạch màng não (dấu hiệu Trousseau)

Đây là dấu hiệu phản ánh tình trạng rối loạn vận mạch không đặc hiệu. Bản thân dấu hiệu có độ nhạy và độ đặc hiệu không cao trong hội chứng màng não.

– Cách khám:

- + Bệnh nhân nằm ngửa, hai chân duỗi thẳng, bộc lộ vùng bụng.
- + Thầy thuốc dùng kim đầu tù vạch các đường trên da bụng bệnh nhân ở cả hai bên (thường vạch theo các đường: đường núm vú, đường nối hai cung sườn, và đường nối hai xương chậu).

– Dấu hiệu vạch màng não dương tính khi: các đường vạch nổi màu đỏ và tồn tại quá năm phút.

KHÁM CHỨC NĂNG THỰC VẬT

I. MỞ ĐẦU

Nói một cách khái quát, hệ thần kinh có hai chức năng là *chức năng động vật* và *chức năng thực vật*.

– Chức năng động vật đảm nhiệm việc chỉ huy các vận động của hệ cơ, xương và bao gồm các hoạt động có ý thức, theo ý muốn con người.

→ Chức năng thực vật chỉ huy các hoạt động tiêu hoá, tuần hoàn, bài tiết, hô hấp v.v... Đó là các hoạt động tự động không theo ý muốn của con người.

Chức năng thực vật lại được chia thành: *chức năng giao cảm* và *chức năng phó giao cảm* (bảng 5). Nếu xét ảnh hưởng của chúng ở một số cơ quan nhất định thì hai chức năng này hoạt động dường như đối lập nhau, tuy nhiên chúng luôn ở trong trạng thái cân bằng động. Khi một trong hai chức năng bị ức chế, giảm hoạt động thì chức năng kia sẽ có biểu hiện hoạt động trội lên.

Có thể tóm lược hai chức năng trên như sau:

Bảng 5. Chức năng của hệ thần kinh thực vật.

Cơ quan đích	Hệ giao cảm	Hệ phó giao cảm
Mắt	Dãn đồng tử	Co đồng tử
Tuyến nước bọt	Tiết nước bọt đặc, ít	Loãng, nhiều
Tim	Tăng nhịp tim, tăng huyết áp	Giảm nhịp tim, giảm huyết áp
Phế quản	Dãn	Co
Ruột	Giảm nhu động	Tăng nhu động ruột
Mạch máu	Co mạch	Dãn mạch
Chất gây hưng phấn	Adrenalin, ephedrin, calci...	Achetylcholin, eserine, kali...
Chất gây ức chế	Chlohydrat, bromua	Atropin, scopolamin

II. KHÁM CHỨC NĂNG THỰC VẬT

1. Phản xạ dựng lông ở da

– *Cách khám:* kích thích bằng cách gây lạnh, bằng cồn hoặc dùng quạt phẩy nhẹ ở những vùng da non (nách hoặc mặt trong đùi...).

– *Đáp ứng:* bệnh nhân sẽ nổi da gà tại vùng kích thích.

– Phản xạ dương tính khi hiện tượng nổi da gà biểu hiện rất rõ rệt và có biểu hiện lan rộng ra cả các vùng khác. Nguyên nhân là tình trạng cường giao cảm ở bệnh nhân.

2. Vẽ da phản xạ (dermographie reflex)

- Cách khám: dùng kim nhọn vạch trên da bệnh nhân.
- Bình thường có một vết đỏ, gọn, xuất hiện sau vài giây và tồn tại một thời gian ngắn.
- Phản xạ biểu hiện bệnh lý khi vết đỏ lan rộng và tồn tại lâu. Nguyên nhân của hiện tượng này là do cơ chế dẫn mạch phản xạ ở những bệnh nhân cường phó giao cảm.

3. Vẽ da tại chỗ hay vẽ da nổi (dermographismus elevata)

- Cách khám: thầy thuốc dùng kim đầu tù, vẽ tại một chỗ da nào đó.
- Đánh giá kết quả: ở người bình thường có một vết đỏ xuất hiện trên da dọc theo đường vạch của kim.
- Dấu hiệu vẽ da nổi dương tính khi bệnh nhân không có vạch đỏ mà có vạch trắng. Nguyên nhân là tình trạng cường giao cảm trên bệnh nhân.
- Ở bệnh nhân cường phó giao cảm sẽ thấy xuất hiện vết màu đỏ lan rộng, tồn tại lâu, hoặc đường vạch da bị phù nề nổi lên khỏi mặt da (có phản ứng tại chỗ).

4. Nghiệm pháp Aschner (nghiệm pháp mắt- tim)

- Cách khám:

Bệnh nhân nằm ở tư thế thoải mái.

Thầy thuốc bắt mạch bệnh nhân và ghi lại.. Sau đó dùng tay ấn trên nhãn cầu của bệnh nhân khoảng 30 giây, đồng thời đo lại mạch nhưng trong khi vẫn duy trì động tác ấn trên nhãn cầu bệnh nhân.

– Đánh giá kết quả:

Ở người bình thường mạch sẽ chậm đi 8 - 10 nhịp/ 1 phút.

Những bệnh nhân cường giao cảm mạch chậm đi ít hơn.

Những bệnh nhân cường phó giao cảm mạch chậm đi nhiều hơn.

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

– Cách khám:

+ Giai đoạn 1: bệnh nhân nằm ở tư thế thoải mái. Thầy thuốc lấy các chỉ số mạch và huyết áp của bệnh nhân và ghi lại.

+ Giai đoạn 2: cho bệnh nhân đứng dậy, Thầy thuốc lấy lại ngay lần thứ hai các chỉ số mạch và huyết áp của bệnh nhân và ghi lại.

– Đánh giá kết quả bằng cách so sánh các chỉ số mạch và huyết áp của bệnh nhân khi nằm và khi đứng. Người bình thường khi chuyển tư thế từ nằm sang đứng thì huyết áp sẽ giảm và mạch tăng 8 - 10 nhịp/ phút.

– Ngược lại khi cho bệnh nhân chuyển từ tư thế đứng sang tư thế nằm thì mạch sẽ chậm đi khoảng 8-10 nhịp/ phút và huyết áp sẽ tăng.

– Trường hợp bệnh lý trong hội chứng Shy - Drager bệnh nhân sẽ có biểu hiện:

Hạ huyết áp tư thế kéo dài (đây là triệu chứng quan trọng).

Có hội chứng ngoại tháp.

Rối loạn cơ vòng.

Có thể có rối loạn tâm thần.

6. Khám chức năng tiết mồ hôi (nghiệm pháp Minor)

Bôi dung dịch iod loãng lên da bệnh nhân, sau đó rắc tinh bột lên và cho bệnh nhân vận động cho ra mồ hôi. Chỗ nào có mồ hôi tinh bột sẽ chuyển màu, chỗ có tăng tiết mồ hôi màu tinh bột sẽ chuyển rất đậm.

7. Đo nhiệt độ da của bệnh nhân

Tiện lợi nhất là dùng điện cực bề mặt và đo bằng máy. Thao tác đo đơn giản, chỉ cần áp điện cực vào vùng da cần đo trong vòng 1 - 2 phút là máy đã cho biết kết quả đo chính xác.

KHÁM BỆNH NHÂN HÔN MÊ

I. MỞ ĐẦU

Hôn mê là triệu chứng biểu hiện tình trạng bệnh lý nặng nề trên lâm sàng và có rất nhiều nguyên nhân khác nhau. Điểm đặc biệt khi thăm khám bệnh nhân hôn mê là không có sự hợp tác của bản thân bệnh nhân.

Khám bệnh nhân hôn mê nhằm trả lời các câu hỏi sau:

Bệnh nhân có thực sự hôn mê không?

Hôn mê độ mấy?

Có các triệu chứng biểu hiện tổn thương cơ quan khác kèm theo không?

Hôn mê do nguyên nhân gì?

Mức độ nghiêm trọng và tính cấp bách của tình trạng bệnh lý?

Mức độ giải quyết các vấn đề trên hoàn toàn tùy thuộc vào thông tin gián tiếp về bệnh sử của bệnh nhân được khai thác qua người nhà hoặc người hộ tống, các tang vật liên quan tới bệnh nhân và sự kiện bệnh lý cũng như kinh nghiệm của người thầy thuốc.

Vì vậy khám bệnh nhân hôn mê cần phải tỷ mỉ, chính xác, có hệ thống và bằng nhiều cách khám phối hợp.

II. PHẦN KHAI THÁC BỆNH SỬ

Ngoài những thông tin như trong khai thác bệnh sử của một bệnh nhân bình thường cần làm sáng tỏ thêm những vấn đề sau:

Yếu tố chấn thương?

Co giật?

Dùng insulin hoặc bị đái tháo đường?

Có rối loạn tư duy, cảm xúc, hành vi tác phong trong những ngày gần đây (trước khi hôn mê) không?

Có bị bệnh trầm cảm hoặc dùng thuốc chống trầm cảm không?

Yếu tố dị ứng, các nguyên nhân gây sốc phản vệ?

Côn trùng cắn?

Các bệnh tim, gan, thận, phổi?

Các thuốc bệnh nhân đang dùng (nếu có).

III. TUẦN TỰ TIẾN HÀNH

Có nhiều cách tiếp cận khám một bệnh nhân hôn mê, nhưng thông thường việc khám bệnh được tiến hành tuần tự theo các bước sau:

Khám đường hô hấp, kiểm tra thở.

Khám tuần hoàn.

Kiểm tra đường máu (có hạ đường huyết không?).

Khám mắt (đồng tử, đáy mắt, nhãn cầu).

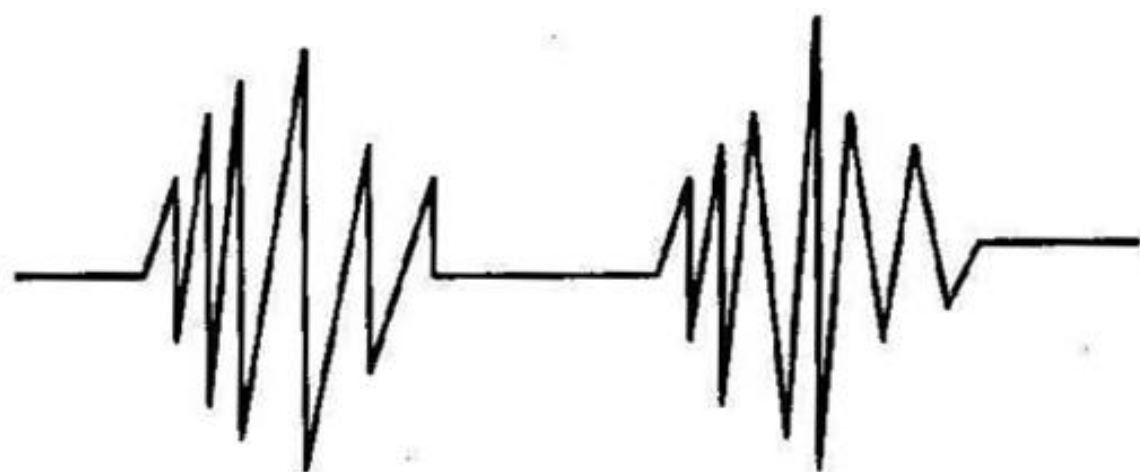
Khám các dấu hiệu và biểu hiện khác.

IV. PHẦN KHÁM BỆNH

1. Khám toàn thân

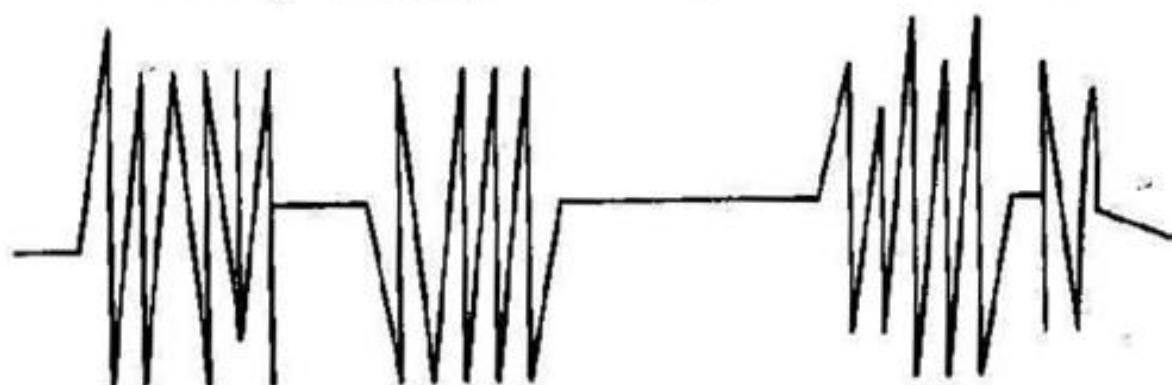
1.1. Khám hô hấp

- Kiểm tra tần số, nhịp thở, quan sát sắc mặt bệnh nhân, thao tác gõ nghe.
- Nhận xét mùi hơi thở của bệnh nhân (mùi rượu, mùi aceton, các mùi khác...).
- Bệnh nhân hôn mê có thể có nhịp thở bình thường nhưng cũng có thể có các dạng rối loạn nhịp thở như sau:
 - + *Nhịp thở Cheyne- Stokes*: thở theo chu kỳ, biên độ tăng dần sau đó giảm dần và tới giai đoạn ngừng thở ngắn. Sau ngừng thở ngắn chu kỳ đó lại được tiếp tục. Nhịp thở Cheyne- Stokes biểu hiện rối loạn độ nhạy cảm của trung khu hô hấp với nồng độ CO_2 trong máu do các quá trình bệnh lý của trung khu hô hấp.

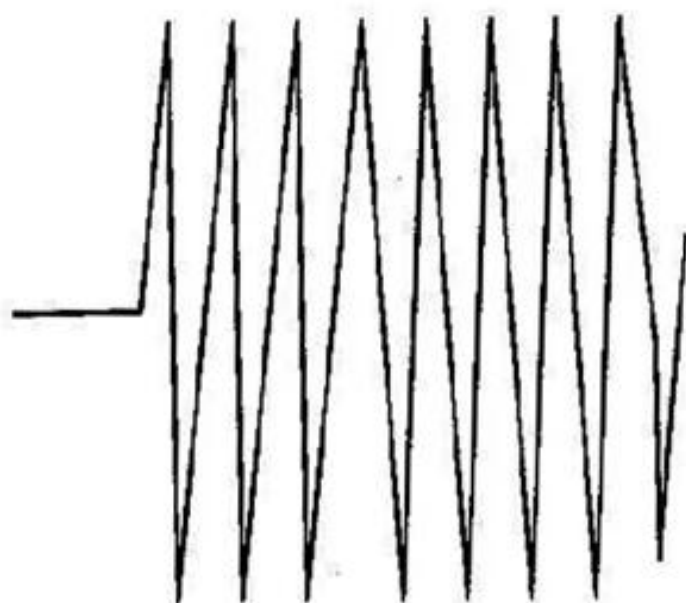


- + *Nhịp thở Biot*: biểu hiện là các nhịp thở với biên độ đều đặn, bằng nhau bị gián cách bởi các thời gian

ngừng thở dài ngắn khác nhau. Nguyên nhân có thể là mất đáp ứng của trung khu hô hấp với nồng độ CO_2 trong máu, thay vào đó là O_2 đã kích thích trung khu hô hấp thông qua các thụ cảm thể hoá học.



- + *Nhịp thở Kussmaul*: đặc trưng bởi các nhịp thở sâu hơn bình thường, đều đặn. Gặp trong hôn mê do đái tháo đường và hôn mê do tăng urê huyết.



- + *Thở mất điều hoà (ataxie)*: biểu hiện sự rối loạn, thay đổi liên tục cả nhịp thở và biên độ thở; *thở ngáp cá (gaspings)* là những động tác thở rất thưa và nông. Nguyên nhân là do tổn thương của cầu và hành não.



1.2. Khám tuần hoàn

– Sờ động mạch cảnh, động mạch đùi nghe tim và đo huyết áp.

– Khi huyết áp hạ cần nâng huyết áp, huyết áp tăng cần nghĩ tới đột quỵ não, bệnh não tăng huyết áp hoặc những tai biến do tim.

1.3. Kiểm tra đường huyết

1.4. Khám mắt

Dẫn đồng tử một bên (đồng tử không đều = anisocorie) hoặc hai bên (ghi rõ dẫn bao nhiêu ly). Dẫn đồng tử hai bên thường do hôn mê, ngộ độc atropin, tổn thương dây II, dây III. Nếu dẫn đồng tử kèm theo mất phản xạ giác mạc phản ánh một tình trạng bệnh lý ngoại khoa thần kinh.

Quan sát tình trạng sụp mí, cử động chớp mắt tự phát và khám phản xạ giác mạc.

Quan sát và nhận xét tình trạng nhãn cầu như vị trí, vận động, kiểm tra test mắt búp bê (Doll – eyes).

1.5. Khám kiểm tra các dấu hiệu và biểu hiện khác

– Cởi bỏ toàn bộ quần áo bệnh nhân, kiểm tra hồ sơ bệnh lý bệnh nhân mang theo, kiểm tra túi (xác) của bệnh nhân (có dùng thuốc gì không?).

- Kiểm tra xem có vết kim trên cơ thể không, có các đốm xuất huyết không? Tìm các vết thương trên cơ thể nếu có.
- Khám các cơ quan khác như bụng...

2. Khám hệ thần kinh

2.1. Nhận xét tư thế bệnh nhân

Bao gồm tư thế cò súng, co cứng mắt vỏ, duỗi cứng mắt não..., các động tác tự phát tái diễn, dấu hiệu quay mắt quay đầu, co cứng cơ toàn thân, tư thế mất vỏ, mất não, liệt...

2.2. Đánh giá tình trạng ý thức

Gọi to, gọi nhiều lần xem bệnh nhân có mở mắt không?

Vừa lay người bệnh nhân vừa gọi xem bệnh nhân có mở mắt không?

2.3. Khám đầu

Kiểm tra cơ, xương, triệu chứng phù (do chấn thương), kiểm tra máu tụ sau tai (dấu hiệu Battle), xung quanh mắt (raccoon eyes), máu và dịch não tủy chảy ra mũi. Soi tai tìm máu trong tai.

- Kích thích đau xem bệnh nhân có mở mắt không?
- Dùng các kích thích khác: cho ngửi amoniac xem bệnh nhân có hắt hơi không, kích thích ánh sáng, tiếng động... xem bệnh nhân có hướng về phía có kích thích không?.

2.4. Khám các dây thần kinh sọ não

- Ngoài những đánh giá các triệu chứng về mắt như đã nói ở phần trên, ở đây cần kiểm tra chức năng của các dây

thần kinh sọ não khác xem có bị tổn thương không, quan trọng nhất là dây VII.

– Khám dây VII ở bệnh nhân hôn mê dùng nghiệm pháp Marie – Foix: kích thích đau bằng cách ấn vào hai góc hàm hoặc giật tóc mai của bệnh nhân, bệnh nhân sẽ nhắm mắt, thầy thuốc quan sát xem miệng bị kéo lệch về bên nào, các nếp nhăn ở mũi, khoé miệng bên nào ít hơn.

2.5. Khám vận động tứ chi

Tuỳ theo mức độ hôn mê mà có thể vận dụng các nghiệm pháp khám sau:

– Nghiệm pháp thả rơi:

- + Thả rơi tay: thầy thuốc nâng thụ động cả hai bên chân hoặc tay của bệnh nhân lên, sau đó thả cho cùng rơi xuống mặt giường, bên nào liệt sẽ rơi xuống nặng nề hơn.
- + Thả rơi cổ tay: thầy thuốc cầm cứng tay bệnh nhân ngay sát bên trên cổ tay và dựng cứng tay theo phương thẳng đứng, bàn tay bên liệt của bệnh nhân mềm rũ như cổ cò.
- + Thả rơi cẳng chân: thầy thuốc dùng cẳng tay nâng cao hai chân bệnh nhân ở khớp gối (khớp gối tạo một góc khoảng 120°), tay còn lại lần lượt nâng cao cẳng chân bệnh nhân lên từng bên một rồi – thả cho rơi. Nhìn và nghe để đánh giá. Bên liệt rơi xuống nhanh hơn và tạo tiếng kêu nặng nề hơn bên lành khi chạm mặt giường.

- Dựng bàn chân của bệnh nhân cho đứng song song và vuông góc với mặt giường, bên nào liệt bàn chân bên đó sẽ nằm nghiêng sát mặt giường hơn.

- Cách khác: gấp cẳng chân của bệnh nhân tại khớp gối và dựng cho hai chân đứng song song trên mặt giường, chân liệt không giữ được tư thế đứng.

- Khám tìm dấu hiệu cứng gáy (không nên khám nếu nghi có chấn thương cổ).

- Kiểm tra dấu hiệu Chvostek.

2.5. Khám các phản xạ

Bao gồm phản xạ nông, phản xạ gân xương và các phản xạ bệnh lý.

2.6. Lập chương trình theo dõi

Theo dõi tất cả các chỉ số, kể kể cả thang điểm Glasgow, đồng tử, huyết áp, hơi thở, mạch nhiệt độ, mức rối loạn ý thức, điện não đồ.

3. Các xét nghiệm cận lâm sàng

Xét nghiệm máu: tế bào, đường, urê, nitrogen, khí, điện giải, tình trạng thẩm thấu và độc học.

Xét nghiệm nước tiểu: đạm, keton, đường, độc học...

Chọc sống thất lưng và xét nghiệm dịch não tủy.

Xét nghiệm dịch mũi, dịch dạ dày nếu cần.

Các phương pháp chẩn đoán hình ảnh (chụp cắt lớp vi tính, chụp cộng hưởng từ...).

4. Các nguyên nhân hôn mê

Thông thường hôn mê có 5 nhóm nguyên nhân sau:

Do quá trình bệnh lý nội sọ.

Do độc chuyển hoá.

Do thiếu oxy.

Thiếu máu.

Tâm thần.

4.1. Tổn thương nội sọ

– Bệnh mạch máu não:

Chảy máu não, máu tụ ngoài màng cứng.

Máu tụ dưới màng cứng.

Chảy máu dưới nhện.

Chảy máu trong não.

Chảy máu não thất.

Nhồi máu não.

– Chấn thương sọ não.

– Nhiễm khuẩn nội sọ.

– Động kinh.

– U não.

– Phù não.

4.2. Độc chuyển hoá

Ngoại sinh: rượu, bacbituric, salicilat, phenothacine, heroin, insulin và các loại khác.

Nội sinh: tăng đường huyết (keton, aceton), giảm đường huyết, tăng urê, hôn mê gan, rối loạn điện giải (say nóng, mất nước, do thuốc).

Bệnh lý hệ thống.

Nội tiết (hoại tử tuyến yên, hoại tử tuyến thượng thận, thiếu năng giáp).

4.3. Thiếu oxy: bệnh phổi, nhiễm độc CO.

4.4. Thiếu máu: mất máu, bệnh tim, sốc phản vệ hoặc mất máu, giảm thể tích dịch thể.

4.5. Tâm thần: rối loạn tâm thần, rối loạn phân ly.....

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ môn Thần kinh học, Bệnh viện 103, Học viện Quân y. Các phương pháp chẩn đoán hỗ trợ thần kinh. Nhà xuất bản Y học 1998.
2. Nguyễn Văn Chương và CS. Nghiên cứu cảm giác phân biệt hai điểm trên da ở một nhóm người bình thường và bệnh nhân đái tháo đường. Tạp chí Y - Dược học Quân sự số 3/2005. Học viện Quân y.
3. Nguyễn Văn Chương. Thực hành lâm sàng thần kinh học, tập II Triệu chứng học. Nhà xuất bản Y học 2003.
4. Hồ Hữu Lương. Khám lâm sàng hệ thần kinh. Nhà xuất bản Y học 2001.
5. Cambier J.; M.Masson et al. Abrégé de Neurologie. Masson et C^{ie}, éditeurs, Paris – 6^e – 1972.
6. Contamin F.et. O.Sabouraud. Éléments de Neurologie. Édition Médicales Flammrion, Paris – 1968.
7. David A.Greenberg, Michael J.Amirnoff; Roger P. Simon. Clinical neurology. McGraw – Hill. New York 2002.
8. Hadorn W. Vom Symptom zur Diagnose; sechste, neu bearbeitete Auflage. S.Karger Basel (Schweiz) New York - 1969.
9. Lemke Rennert. Neurologie und Psychiatrie. Johann ambrosius Barth Leipzig - 1979.
10. Lewis P.Rowland, M.D. Meritt's Textbook of Neurology. Williams & Winlkins - 1995.