

PHẦN MỘT

CÁC BIỂU HIỆN CHỦ YẾU CỦA BỆNH

Mục 1. Đau

3. ĐAU: SINH LÝ BỆNH HỌC VÀ XỬ LÝ

Đau là triệu chứng thường gặp nhất của bệnh. Mặc dù bản chất, vị trí và căn nguyên của đau tùy từng trường hợp có khác nhau, song chung một nửa số bệnh nhân đến thầy thuốc để khám bệnh trước hết vì lý do đau. Với phần lớn người bệnh, việc điều trị đúng đắn một quá trình bệnh rõ ràng, có giới hạn (như một ca gây xương chẳng hạn) sẽ làm khỏi đau. Tuy vậy, trong nhiều trường hợp, triệu chứng đau phải được đánh giá thận trọng để nhận định ý nghĩa của nó, và để xác định một cách tiếp cận xử lý. Đối với một số người bệnh, đau không khổng chế được vẫn là một vấn đề gay cấn. Cái giá phải trả cho việc điều trị nội khoa những người bệnh đau mạn tính lên quá 50 tỷ đô la (Mỹ) hàng năm, và chỉ riêng đau phần dưới thắt lưng không thôi cũng đã làm mỗi năm mất 100 triệu ngày công. Do vậy, đau mạn tính không những chỉ là một vấn đề xử lý nội khoa khó khăn, mà còn gây nên một hậu quả nghiêm trọng về mặt xã hội.

Việc đánh giá của người bệnh bị đau thường là một vấn đề phức tạp, một phần vì đau là một nhận thức hơn là một cảm giác. Tình trạng thể chất, kinh

nghiệm trải qua, và sự lưỡng trước của người đó hết thảy đều ảnh hưởng đến cách người ta đánh giá đầu vào của cảm giác đau. Chẳng hạn, các chiến binh và các lực sĩ có thể không hề biết đau mặc dù bị chấn thương cấp diện, trong khi một vài người bệnh đau mạn tính thì vẫn tiếp tục kêu đau, mặc dù yếu tố kích thích cảm nhận đau rõ ràng đã mất từ lâu rồi. Tuy vậy, hiểu biết của chúng ta về đau và phần lớn các cách xử lý của chúng ta đều tập trung nhằm làm giảm nhẹ đầu vào của cảm nhận đau: do vậy, cách nhận định cảm giác của một người bệnh, phản ứng cảm xúc và hành vi đáp ứng ứng xử đều là những yếu tố quan trọng ngang nhau đáng được người thầy thuốc xem xét kỹ lưỡng.

CẤU TRÚC CÁC ĐƯỜNG DẪN CẢM NHẬN ĐAU.

Các đường cảm nhận đau hướng tâm Kích thích cảm giác mạnh đủ gây thương tổn mô, sẽ hoạt hóa các dây thần kinh tự do trong da, mô dưới da và nội tạng. Các tín hiệu cảm nhận đau được chuyển về tủy sống bởi các trực cảm giác không myelin hóa và các trực thần kinh cảm giác nhỏ myelin hóa ở người, sự kích thích một trực thần kinh cảm giác nhỏ có thể gọi tín hiệu đau tại vùng da có phân bố sợi thần kinh này, điều này chứng minh rõ ràng rằng, trong những điều kiện nào đó,

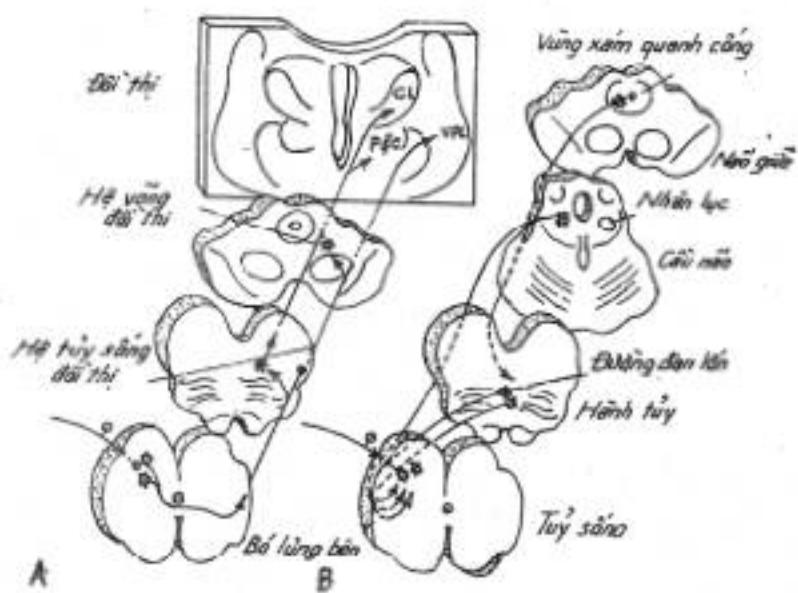
ngay cả những sợi thần kinh đơn lẻ cũng có thể truyền hoạt tính được não nhận định là *đau*.

Có nhiều sợi thần kinh hướng tâm cảm nhận đau không myelin hóa bộc lộ các đáp ứng *đa phương thức*. Những sợi thần kinh này có thể được hoạt hóa bởi kích thích cơ học mạnh, kích thích nhiệt có khả năng gây thương tổn mô và kích thích hóa học do các chất tiêm vào da.

Bất cứ một kích thích mạnh nào tác động vào da bình thường đều có thể gây ra một *bộ ba đáp ứng* gồm ửng đỏ nơi kích thích, vùng da đỏ xung quanh do giãn động mạch và phù cục bộ do tăng tính thẩm thành mạch. Có nhiều chất đóng một vai trò quan trọng trong đáp ứng này. Một số trong tác nhân này được giải phóng từ mô bị thương tổn như kali, histamin, serotonin, prostaglandin), còn một số khác từ hệ tuần hoàn di tói (bradykinin), hoặc là từ chính các đầu mút thần kinh tại chỗ di tói (chất P). Một vài chất trong số này còn hoạt hóa các đầu mút tự do của dây thần kinh và các tác dụng kéo dài của chúng, cất nghĩa một phần tinh nhạy cảm của da thường kéo theo sau một kích

thích đau.

Sóng lưng: Các sợi thần kinh vươn ra xa hoặc gần các tế bào nằm trong hạch rễ lưng phân đối. Các sợi thần kinh cảm nhận đau hướng tâm tới sừng tủy sống thông qua rễ lưng và kết thúc tại các nơron sừng lưng (hình 3-1A). Nhiều sợi hướng tâm rất nhỏ kết thúc tại vùng này chứa các peptit thần kinh gồm chất P, cholecyskinin và somatostatin. Ngày càng có nhiều bằng chứng cho thấy các peptit này đóng vai trò quan trọng trong việc truyền cảm giác bình thường. Phá hủy bằng hóa chất các sợi thần kinh chứa chất P ở các động vật sẽ làm mất cảm giác đau trong một số thử nghiệm gây đau, và cũng còn thấy giảm rõ rệt chất P trong sừng lưng bằng kỹ thuật nhuộm sừng sau ở những người mắc bệnh lý thần kinh bẩm sinh kèm theo giảm tinh nhạy cảm đau. Sừng lưng của tủy sống có thể chia thành vài lớp dựa vào hình thái và cách sắp xếp tế bào. Các nơron phát ra thông tin cảm nhận đau nằm trong nhiều lớp nói trên. Các nơron ra hướng tới thân não và đồi thi, chủ yếu nằm trong các lớp I và V, là những vùng tận cùng của nhiều sợi thần kinh



Hình 3-1

A. Các đường cảm giác đau di lên. Đường này sống-đồi thi thẳng tận cùng trong nhân bụng sau trên (VPL). Đường này sống-đồi thi gián tiếp di qua cầu tạo dưới thân não và tận cùng tại nhân giữa đồi thi (PFC) và nhân giữa bên (CL).

B. Các đường mất cảm giác đau di xuống. Các nơron xâm quanh cổng chiếu tới nhân đường đan lớn. Một chiếu di xuống từ đường đan lớn ức chế các đáp ứng cảm giác đau của các nơron sừng lưng. Một con đường ức chế riêng rẽ từ nhịp lục cũng tận cùng thẳng tại sừng lưng.

hướng tâm cổ nhỏ. Các trục của những nơron sừng lưng này hình thành một đường thần kinh chéo nhau đi lên tới cung phần tư bên hông của sừng tuy sống, gọi là đường tuy sống-dồi thị.

Hệ tuy sống-dồi thị: Các trục của nơron cảm nhận đau ở sừng tuy sống lưng hình thành các con đường tuy sống-dồi thị kết thúc tại nhiều nhân ở thân não và dồi thị. Đường tuy sống-dồi thị có thể chia thành hai hệ căn cứ vào các nối kết này: một hệ tuy sống-dồi thị trực tiếp mang thông tin phân biệt cảm giác đau tới tâm dồi thị và một hệ tuy sống-lưỡi-dồi thị già hơn về mặt phát sinh chúng loại kết thúc rải rác hơn trong nhân lưỡi thân não. Hệ tuy sống-dồi thị trực tiếp kết thúc trong dồi thị có thể có vai trò quan trọng đối với nhận thức về các cảm giác đau. Hệ này tận cùng theo một cách có trình tự bên trong nhân hông sau bên (nucleus ventralis posterolateralis - VPL). Nơi tận cùng của đường tuy sống-dồi thị trong VPL trùm lên đầu vào dài cảm giác cột giữa tuy sống lưng, là trạm trung gian của các cảm giác sờ nhẹ và khớp. Các mô hình được cấu trúc của phần tận cùng và sự hội tụ thông tin cảm giác sờ nhẹ và đau bên trong VPL có thể có vai trò quan trọng đối với nhận thức phân biệt cảm giác đau gồm vị trí, bản chất và cường độ của đau vào gây cảm giác đau. Nhất quán với cách nhìn nhận này, người ta cho rằng các tế bào bên trong VPL hướng chiếu chủ yếu tới vỏ não cảm giác thân thể sơ cấp.

Hệ tuy sống-lưỡi-dồi thị lan tỏa hơn có thể đóng vai trò trung gian trong các phản ứng tự chủ và cảm xúc đối với đau. Các sợi thần kinh tuy sống-lưỡi đi lên kết thúc tại nhiều tâm của cấu tạo lưỡi thân não, hình thành một bộ phận của hệ da khớp thần kinh kết thúc trong các nhân giữa dồi thị (các nhân giữa bên và các nhân cạnh bó thần kinh).

Các tế bào trong khấp hệ tuy sống-lưỡi-dồi thị có các trường tiếp nhận cảm giác rộng lớn hai bên có thể bao gồm toàn bộ bề mặt cơ thể. Các tế bào này thường đáp ứng tốt nhất đối với đau vào gây cảm giác đau. Những tế bào này không chắc có vai trò quan trọng trong việc phân biệt và định vị cảm giác, có thể là chúng có vai trò quan trọng trong báo hiệu hoặc định hướng đối với kích thích đau.

Trong các điều kiện bình thường, ở đây xuất hiện

một thế cân bằng giữa thông tin chính xác, đặc hiệu được chuyển vào kênh thông qua VPL với các tác dụng thúc tinh tổng quát hơn thông qua vai trò trung gian của dồi thị giữa. Những chứng bệnh phá hủy một phần dồi thị bao gồm VPL có thể dẫn tới một hội chứng cảm giác đau rát liên tục liên quan đến bên đối diện của cơ thể (hội chứng dồi thị của Dejerine và Roussy); đau thường kèm yếu tố cảm xúc hoặc tự chủ quá mức. Chứng bệnh này có thể do nơi luồng thông tin cảm giác không bị giới hạn đi qua dồi thị bên được nhận định là đau do não bị thương tổn. Hiện tượng ở một số người bệnh có các thương tổn giải phẫu của dồi thị giữa có thể làm dịu kiệu đau liên tục có nguyên nhân trung ương này là phù hợp với ý niệm nói trên.

Các đường mất cảm giác đau đi xuống: Ngoài các đường cảm giác đau chính đi lên như đã phác họa ở trên, não còn có các mạch thần kinh đi xuống đủ khả năng chặn các đau vào cảm giác đau (hình 3-1B). Ở động vật, kích thước diện vùng xâm quanh cống Sylvius thuộc não giữa có thể làm mất cảm giác đau toàn thân mà không mất các đáp ứng cảm giác hoặc vận động rõ rệt khác. Một hệ tương tự có thể tồn tại ở người như nêu trong báo cáo về sự kích thích chất xâm gần vùng quanh não thất đã làm mất cảm giác đau trên lâm sàng.

Hiệu quả này xuất hiện là một phần nhỏ nhất thông qua vai trò trung gian ở tâm tuy sống, vì ở động vật nó có thể bị phong tỏa do cắt đứt các đường cảm giác mang các hướng chiếu từ tâm não đi xuống sừng tuy sống lưng. Tuy vậy cũng có một số ít tế bào của chất xâm quanh cống chiếu trực tiếp tới tuy sống. Thay vào đó, đường cảm giác đi xuống quan trọng đối với mất cảm giác đau xuất hiện ở khớp thần kinh đầu tiên trong nhân đường đau giữa hành tuy (chủ yếu là nhân đường đau lớn). Các nơron đường đau, đến lượt mình hướng chiếu tới tuy sống ở nơi chúng úc chế đáp ứng cảm giác đau của các nơron sừng lưng. Hệ đường cảm giác đi xuống này có thể có khả năng canh giữ dòng thông tin cảm nhận đau từ tâm khớp thần kinh đầu tiên trong sừng tuy sống lưng.

Cả vùng xâm quanh cống Sylvius, đường dan hành tuy và sừng tuy sống lưng đều chứa một mật độ cao các peptit dạng thuốc phiện nội sinh và các thụ thể thuốc phiện. Các thuốc giảm đau gây mê có thể tác

dòng một phần bằng cách hoạt hóa hệ mắt cảm giác đau đi xuống ở các vị trí này. Người ta cũng tìm thấy các thụ thể thuốc phiện với mật độ cao trong đồi thiền và phần trước não của hệ viễn; các chất này có thể đóng một vai trò bổ sung quan trọng trong đáp ứng mất cảm giác đau đối với các thuốc gây mê.

Các amin có nguồn gốc sinh học tiêu biểu cho một nhóm các chất dẫn truyền thần kinh khác thấy có trong các đường cảm giác đi xuống thích ứng với cảm giác đau. Serotonin chứa trong nhiều neuron đường dây kết thúc tại sừng lưng tủy sống và một số trục thần kinh giải phóng serotonin thì kết thúc trực tiếp trên các ức chế đi xuống chứa norepinephrin cũng xuất phát từ *nân lực* (nucleus locus coeruleus) của cầu não, hệ này có vẻ đáp ứng các ức chế cảm giác đau của các neuron sừng lưng tủy sống bằng một cơ chế giải phóng alpha-adrenalin. Do vậy, các thuốc có tác dụng trung tâm của các amin nguồn gốc sinh học, như các thuốc chống trầm cảm có nhân ba vòng thì có thể là những chất làm mất cảm giác đau hữu hiệu tác động bằng cách tăng cường hiệu quả của những đường cảm giác đi xuống này.

DÁNH GIÁ NGƯỜI BỆNH CÓ TRIỆU CHỨNG ĐAU

Đau thực thể Đau thường xảy ra nếu một kích thích có tiềm năng gây thương tổn mô hưng phấn các dây cảm nhận đau ngoại vi hướng tâm. Nếu một kích thích đau kích hoạt các thụ thể ở da, cơ hoặc khớp thì cảm giác đau như vậy thường được người bệnh xác định cụ thể nơi đau và mô tả dễ dàng (xem bảng 3-1). Ngược lại, đau do nguồn gốc phi sụng thường khó xác định nơi đau và có thể được qui chiếu trên một vùng ngoài da được phân bố cùng một rễ thần kinh cảm giác như đối với cơ quan nội tạng bị bệnh. Chẳng hạn cơn đau có thể kích hoạt các dây thần kinh lồng ngực phía trên của dây tủy sống.

Thông tin cảm giác đau này hội tụ trên cùng những neuron nhận lồng vào ở ngoài da từ các khúc bì T1 đến T4, và người ta nói rằng cơn đau thường qui chiếu trên vùng này của da hoặc lớp mô dưới bình thường. Đau nội tạng bắt nguồn từ túi mật hoặc thận sẽ qui chiếu cảm giác đau một cách tương tự

tới khúc bì tương ứng.

Cả đau ngoài da và đau nội tạng đều là những kinh nghiệm phổ biến và không phải bao giờ cũng là tin hiệu của một quá trình bệnh. Do vậy, đau thực thể bắt nguồn từ một chấn thương hoặc một bệnh mòi mắc nói chung là qua thuộc đối với người bệnh, và thường được mô tả trong bối cảnh các cơn đau tương tự trước đây. Đau thực thể do kích hoạt các cơ chế cảm nhận đau bình thường thì thường được điều trị có hiệu quả bằng một liệu trình ngắn dùng thuốc giảm đau thích hợp.

Đau do bệnh thần kinh Đau còn là hậu quả của thương tổn hoặc những thay đổi mạn tính liên quan đến các đường cảm giác đau thực thể trung ương hoặc ngoại vi. Đau có thể do kiểu cảm ứng không bình thường của hoạt tính neuron hướng tâm đi tới các sừng lưng và các cấu trúc gần trung tâm hơn. Thường tồn các dây cảm giác còn có thể làm giảm các kiểm soát ức chế, mà bình thường được một đường vào ngoại vi kích hoạt. Đau do bệnh thần kinh có thể xuất hiện theo thương tổn các dây thần kinh cảm giác và tồn tại dai dẳng mà không chứng minh được một kích thích gây cảm giác đau nào cả. Trái với phần lớn các trường hợp đau thực thể, đau do bệnh thần kinh thường khó định vị được. Người bệnh thường hay dùng các thuật ngữ không thông thường để mô tả cảm giác đau, nhấn mạnh sự phân biệt giữa cảm nhận các cảm giác đau thực thể với các cảm giác đau do bệnh thần kinh (bảng 3-1).

Bảng 3-1. Các đặc điểm của đau thực thể và đau do bệnh thần kinh.

DAU THỰC THỂ

- 1- Kích thích gây cảm giác đau thường là rõ ràng
- 2- Đau thường khu trú rõ, có thể qui chiếu được đau nội tạng
- 3- Đau tương tự các chứng đau thực thể khác theo kinh nghiệm của người bệnh
- 4- Cơn đau giảm nếu dùng thuốc chống viêm hoặc thuốc giảm đau gây ngủ

DAU DO BỆNH THẦN KINH

- 1- Không có một kích thích rõ ràng nào gây đau cả
- 2- Đau thường không khu trú rõ rệt

3- Dau thắt thường, không giống đau thực thể.

4- Dùng thuốc giảm đau gây ngủ chỉ giảm đau một phần.

Các triệu chứng cảm giác đau này do bệnh thần kinh có thể hoặc cục bộ hoặc lan rộng hơn. Chấn thương hoặc kích ứng một dây thần kinh ngoại vi có thể gây ra một chứng *dau dây thần kinh*, được định nghĩa là đau tại một dây thần kinh đặc nhất; đau thường đi kèm các dấu hiệu loạn chức năng thần kinh, nhưng không phải bao giờ cũng như vậy, chẳng hạn như mất cảm giác hay yếu các cơ do dây thần kinh phân bố. Thường thì đau có nghĩa là một cảm giác nóng rất tự nhiên hoặc *loạn cảm* có thể kết hợp với những nhát đau chói kịch phát ở vùng có tổn thương. Mặc dù có một ngưỡng phát hiện cảm giác rõ ràng như vậy, song người bệnh thường có một đáp ứng quá mức với một kích thích đau (*chứng tăng cảm đau*) hay với một va chạm (*chứng tăng cảm*) hoặc nhận thức kích thích không gây đau thành một cảm giác đau (*đổi cảm đau*). Các thuật ngữ này mô tả tính tăng nhạy cảm thay đổi đối với kích thích đau thường được tập hợp dưới một danh từ là *chứng tăng cảm đau*.

Trong một vài hình thái đau dây thần kinh (như đau dây thần kinh tam thoả chẳng hạn), đau kịch phát, đau như xé chiếm ưu thế mà không có các dấu hiệu khác của loạn chức năng dây thần kinh. Ngược lại, nét đặc trưng của *dau hóa thống* kéo theo sau thường tồn dây thần kinh là loại đau rất như bong, liên tục, đổi cảm đau và loạn chức năng giao cảm rõ rệt. Dau còn có thể là một nét đặc trưng của các chứng đau dây thần kinh lan tỏa hơn có kèm theo sự thoái hóa các trục thần kinh cỗ nhỏ. Trong các trường hợp này, có thể có nhiều vị trí đau cũng như có đủ các dạng đau.

Trong các chứng đau dây thần kinh cảm giác hoặc cảm giác vận động lan tỏa đau thường đổi xung và ở các ngón chi ánh hưởng tới bàn chân, trường hợp tiến triển tới cả bàn tay.

Nếu là các chứng đau dây thần kinh cục bộ hơn, đau hoặc rất như bong đau sẽ là cảm giác với những nhát đau kịch phát chồng chéo nhau. Đổi cảm đau và tăng cảm đau là những nét chung trong các giai đoạn đau cấp diễn của bệnh.

Dau còn có thể là một triệu chứng khiến người bệnh trở nên yếu ớt sau thương tổn các đường cảm giác thực thể trung ương. Các thương tổn đường cảm giác thực thể đi lên ở tủy sống, thân não đòi thị hoặc vỏ não có thể dẫn tới một hội chứng đau tự phát liên tục được qui chiếu ra ngoại vi hay kèm theo những dị thường cảm giác chồng chéo nhau như đã bàn ở trên.

Các khía cạnh tâm lý của đau Ở một số người bệnh có triệu chứng đau, nhất là đau mạn tính, thì thường có ít tương quan giữa mức độ nghiêm trọng của bệnh đang tiến triển với lượng ứng xử cơn đau. Các yếu tố xã hội và tâm lý có thể có ý nghĩa quan trọng làm vượng phát và tồn tại dai dẳng những điều phản nản về đau ở những bệnh nhân như vậy. Do vậy, việc đánh giá của một nhà tâm thần học hay một nhà tâm lý học phải là một phần trong toàn bộ việc đánh giá phần lớn những bệnh nhân có những phản biến đau như vậy. Các test tâm lý, bao gồm cả diễn đồ nhân cách nhiều pha Minnesota (MMPP-Minnesota Multiphasic Personality Profile) có thể đóng góp một phần quan trọng trong cách đánh giá này.

Có nhiều phạm trù chẩn đoán tâm lý có thể kết hợp với các hội chứng đau mạn tính. Hai hình thái thường gặp nhất là những người bệnh trầm cảm và người bệnh có rối loạn thần kinh.

TRẦM CẢM: Các triệu chứng trầm cảm thường thấy ở người bệnh đau mạn tính và bệnh trầm cảm gấp ở khoảng 30 phần trăm. Nhiều người bệnh đau phủ nhận trầm cảm và không bộc lộ chứng trầm cảm. Ở những người bệnh như vậy, có thể có các dấu hiệu mất ngủ, lãnh đạm tình dục và thiếu năng nổ. Mối liên quan giữa đau và trầm cảm là phức tạp. Nguồn đau bị hạ thấp ở những người bệnh có biểu hiện trầm cảm về mặt lâm sàng, và đau là điều than phiền phổ biến ở những người bệnh có chứng trầm cảm sơ phát. Ở những người có triệu chứng đau đi kèm với bệnh thực thể mạn tính cũng thường xuất hiện các triệu chứng trầm cảm. Tuy vậy, lần số trầm cảm được xác định dựa trên các tiêu chuẩn lâm sàng chặt chẽ ở những người bệnh đau mạn tính không khác nhau rõ rệt so với những người mắc bệnh mạn tính mà không có triệu chứng đau.

Trong một nghiên cứu cố gắng làm rõ hơn mối liên

quan giữa đau và trầm cảm, người ta đã mô tả một nhóm phụ những người bệnh *hay kêu đau*. Những người này thường quá lo lắng kiểu bệnh thường về chứng đau của họ. Đau thường mang bản chất liên tục và nguồn gốc mơ hồ. Ngoài điều than phiền đau, người bệnh có thể có những triệu chứng trầm cảm như mất ngủ, mệt mỏi, và tuyệt vọng. Những người hay kêu đau trong quá khứ đã có những biến cố đặc trưng như sang chấn và không được thỏa mãn nhu cầu. Có thể có một tiền sử gia đình trầm cảm, nghiện rượu hoặc hành hạ thể xác. Tuy vậy, trước khi khởi phát đau, những người này có một cái nhìn lý tưởng hóa về bản thân họ và các mối quan hệ gia đình, phủ nhận các xung đột. Đau mạn tính trong nhóm người này có thể kết hợp một phần với các xung đột cá nhân hoặc giữa các cá nhân với nhau mà không được giải quyết.

Các thuốc chống trầm cảm, thích hợp với đau kèm trầm cảm, có thể làm ổn định giấc ngủ và cải thiện các triệu chứng khó ở của người bệnh có triệu chứng đau. Thuốc này thường làm giảm cường độ các cơn đau và đồng thời giảm bớt các yêu cầu dùng các thuốc giảm đau. Do vậy, các thuốc chống trầm cảm có thể đóng vai trò quan trọng trong việc xử lý đau mạn tính, mặc dù vẫn không chắc chắn là liệu thuốc này trước hết có tác động như thuốc giảm đau hay tác động làm mất trầm cảm tiền-lâm sàng.

CÁC RỐI LOẠN MẠNG SẮC THÁI THÂN THỂ

Những người bệnh này có các triệu chứng gợi ra một bệnh thực thể song lại không có một bảng chứng rối loạn thực thể nào khả dĩ cắt nghĩa được các triệu chứng này. Danh mục các "rối loạn mang sắc thái thân thể" gồm những người bệnh có rối loạn thực thể hóa, rối loạn hoán chuyển, bệnh tưởng hoặc đau do nguyên nhân tâm lý. Mặc dù các triệu chứng đau mạn tính thường là một phần biểu hiện của một số rối loạn dạng thực thể, song những người bệnh được chẩn đoán như vậy lại không bị trầm cảm về mặt lâm sàng và thường không đáp ứng với các thuốc chống trầm cảm. Tuy vậy, những người bệnh này tìm đến các bác sĩ và phải làm nhiều test lặp đi lặp lại để đánh giá những điều than phiền mơ hồ. Người ta thường kê đơn với nhiều loại thuốc giảm đau, thuốc giải lo lắng, thuốc giãn cơ mà ít hoặc chẳng đem lại chút lợi ích nào cả. Các

thuốc ngoại khoa cũng thường được tiến hành nhằm làm giảm đau nhưng vô hiệu.

Cần làm cho người bệnh rời loạn dạng thân thể luôn được an tâm rằng chứng đau của họ là lành tính; do vậy, cách xử lý các trường hợp này trước hết là hỗ trợ. Những người bệnh này cần được theo dõi chặt chẽ để giảm bớt những tet không cần thiết và giảm việc dùng thuốc. Đối với những người bệnh này, việc chẩn đoán những cơn đau mới xuất hiện là tín hiệu thực của một bệnh thực thể có thể là một thử thách lâm sàng.

XỬ TRỊ NGƯỜI BỆNH CÓ TRIỆU CHỨNG ĐAU

Đau thực thể cấp diễn thường được điều trị có hiệu quả bằng các thuốc giảm đau không gây ngủ, thuốc này làm giảm đau nhưng không làm giảm ý thức (bảng 3-2). Dùng aspirin 300 tới 600 mg, hoặc acetaminophen 600 mg 4 giờ uống một lần thường là có hiệu quả. Tuy vậy có thể dùng các thuốc chống viêm khác không phải steroid, gồm phenacetin, naproxen, sulindac hoặc ibuprofen, song ít có bằng chứng nói rằng các thuốc này rõ ràng tốt hơn các thuốc giảm đau rẻ tiền hơn như aspirin và acetaminophen. Hầu hết các thuốc chống viêm không phải steroid đều có các phản ứng phụ gây kích thích da dày ruột và có thể làm phát sinh những phản ứng dị ứng. Tuy vậy các phản ứng phụ của aspirin, nhất là rối loạn tiêu hóa, chảy máu dạ dày-ruột và úc chế ngưng kết tiểu cầu không thấy xảy ra với acetaminophen, song thuốc này lại không có các thuốc tinh chống viêm! Aspirin dùng phối hợp với acetaminophen không tỏ ra có hiệu quả hơn khi dùng riêng mỗi thứ, song nếu phối hợp mỗi thứ với codein thì hiệu quả tăng hơn so với khi chỉ dùng một mình codein.

Các thuốc giảm đau gây ngủ thường cần cho các cơn đau nặng. Nói chung, chỉ nên dùng một thứ thuốc gây ngủ vào một lúc nào đó thôi và phải bắt đầu ngay bằng một loại thuốc gây ngủ mạnh chẳng hạn như codein cứ 4 đến 6 giờ uống 30 mg. Khi dùng liều uống codein tương đối an toàn, có hiệu quả và dung nạp tốt. Nhưng nếu cho uống codein 60 mg 4 giờ một lần mà không đỡ đau thì nên ngừng để dùng một loại thuốc ngủ khác mạnh hơn như morphin hoặc meperidin chẳng hạn với liều lượng và định kỳ thích hợp. Tăng liều codein quá mức sẽ

làm tăng tần số các phản ứng phụ mà không thấy tăng rõ rệt hiệu quả giảm đau.

Những người bệnh đau do một bệnh thực thể rõ ràng thì thường được điều trị bằng tiêm thuốc giảm đau gây ngủ như morphin hoặc meperidin, có thể trên cơ sở "6 giờ một lần nếu cần". Hiệu quả giảm đau do các thuốc này thường chỉ kéo dài 2 đến 3 giờ, và người bệnh lại cảm thấy đau trước liều tiếp theo. Người ta cũng ít dùng thuốc giảm đau cho người bệnh dựa trên cơ sở cho rằng chỉ cần thiết làm đúng theo y lệnh là vì sẽ tạo ra những giai đoạn giảm đau không thỏa đáng khiến người bệnh cứ kêu đau hoài, làm việc hồi phục sẽ chậm trễ. Giảm đau không thỏa đáng cho các trường hợp dùng thuốc giảm đau gây ngủ nhiều lần và liều cao dù để cắt cơn đau. Nên dùng thuốc giảm đau cho người bệnh theo một thường qui thay vì theo yêu cầu của người bệnh và nên hiểu rằng người bệnh có thể từ chối không dùng thuốc nếu mức giảm đau đã đủ. Nên giải thích cho người bệnh hiểu rõ khi nào cần thay đổi liều giảm đau và cần giảm liều thuốc ngủ nếu giai đoạn đau cấp đã qua.

Bảng 3-2. Các thuốc giảm đau

THUỐC GIẢM ĐAU KHÔNG GÂY NGỦ: LIỀU LUONG VÀ KHOA CÁCH

Tên chung	Liều mg	Khoảng cách (giờ)
Aspirin	750-1250	3
Phenacetin	750-1000	3
Acetaminophen	600-800	3
Phenylbutazon	200-400	4
Idomethacin	50-75	4
Ibuprofen	200-400	4
Naproxen	250-500	4
Nefopam	6-120	4

THUỐC GIẢM ĐAU GÂY NGỦ TƯƠNG DƯƠNG 10 MG MORPHIN SULFAT (MS)

Tên chung	Liều tiêm bắp mg	Liều uống mg	Khác biệt so với M3
Oxymorphin	1	6	Không

Hydromorphan	1.5	7.5	Tác dụng ngắn hơn
Levocphanol	2	4	Tác dụng tốt khi uống và tiêm bắp
Heroin	4		Tác dụng ngắn
Methadon	10	20	Tác dụng tốt khi uống và tiêm bắp
Morphin	10	60	
Oxycodon	15	30	Tác dụng ngắn
Meperidin	75	300	Không
Pentazocin	60	180	Chủ vận-đối kháng
Codicin	130	200	Độc lòn

THUỐC CHỐNG CO GIẬT

Tên chung	Liều uống, mg	Khoảng cách (giờ)
Phenytoin	100	6-8
Carbamazepin	200	6
Clonazepam	1	6

THUỐC CHỐNG TRẦM CÁM

Tên chung	Liều uống, mg	Trung bình, mg/ngày
Doxepin	200	75-400
Amitryplin	150	75-300
Imipramin	200	75-400
No-triptylin	100	40-150
Desipramin	150	75-300
Amoxapin	200	75-300
Trazodon	150	50-600

Các bệnh mạn tính thường gây ra những đợt đau cấp diễn hồi qui thay vì cảm giác khó chịu liên tục. Phải xử lý các đợt vướng phát đau cấp diễn như đối với bất cứ cơn đau cấp diễn nào mới xảy ra. Phải có sẵn các thuốc giảm đau cho người bệnh khi xảy ra cơn đau và cả người bệnh và thày thuốc cần phải hiểu rằng cần ngừng thuốc nếu đợt cấp diễn đã qua.

Những người bệnh ở giai đoạn cuối như ung thư di căn chẳng hạn thường có những cơn đau liên tục hoặc hồi qui. Ở những người bệnh này, việc dung nạp thuốc trở nên một yếu tố quan trọng. Việc tăng

liều lượng các thuốc giảm đau gây ngủ trong các trường hợp như vậy có thể là cần thiết để duy trì tình trạng giảm đau thỏa đáng mặc dù bệnh cơ bản vẫn không thay đổi chút nào. Vì liều thuốc ngủ tăng nên tần số các phản ứng phụ cũng tăng gồm sự làm dịu, các phản ứng bài hoài và táo bón. Trong một số trường hợp bệnh ở giai đoạn cuối có chọn lọc, tiêm Morphin ngoài màng cũng tùy sống hoặc qua ống thông vào tuy sống có thể làm giảm đau thực sự mà ít gây phản ứng phụ. Tuy vậy, với phần lớn người bệnh việc thay đổi thuốc, liều lượng hoặc cho thêm một tá dược giảm đau thường có thể cải thiện việc giảm đau đồng thời giảm được các phản ứng phụ.

Xử trí đau do bệnh thần kinh Dau do thần kinh thường là một chứng đau mạn tính, có thể định rõ bởi những đổi thay sinh lý bệnh tại nhiều mức của hệ thần kinh. Tuy vậy, việc xử lý nội khoa đau do bệnh thần kinh không đem lại kết quả thỏa mãn và người bệnh ít khi khỏi đau thực sự và khỏi lâu dài nếu chỉ dùng một liệu pháp đơn độc. Với những người đau do bệnh thần kinh, các thuốc giảm đau qui ước chỉ mang lại hiệu quả hiếm hoi. Việc tìm kiếm cải thiện các hình thái trị liệu cho những bệnh nhân này đã đưa ra một số cách tiếp cận.

CÁC THUỐC CHỐNG CO GIẶT Với những người đau do bệnh thần kinh ít hoặc không có bằng chứng rối loạn chức năng giao cảm thì người ta thường cho các thuốc chống co giật và các thuốc chống trầm cảm, mặc dù chỉ có rất ít bằng chứng nói rằng các thuốc này có hiệu lực.

Phenytoin, carbamazepin hoặc clonazepam có thể có ích trong một vài trường hợp mắc bệnh thần kinh có triệu chứng đau hoặc đau do bệnh thần kinh. Các thuốc chống co giật đặc biệt hữu hiệu trong điều trị các cơn đau dữ dội, đau nhức nhối có kèm đau dây thần kinh cục bộ như đau dây thần kinh tam thoái chẳng hạn. Chúng ít có hiệu lực đối với những cảm giác đau rất thường xuyên hơn là một bộ phận quan trọng trong các bệnh như đau dây thần kinh sau bệnh herpes hoặc bệnh thần kinh do đái tháo đường.

Các thuốc chống giao cảm. Ở một số người bệnh, đau dây thần kinh do chấn thương có thể biểu hiện bằng đau rất dữ dội tự nhiên và có bằng chứng

rối loạn chức năng giao cảm nơi chi bị tổn thương. Chứng đau này gọi là *hóa thống* và có thể là một hình thái nổi bật của loạn đường giao cảm. Dù kèm với những thay đổi cảm giác trong hóa thống là những xáo trộn trong phân bố thần kinh nơi chi bị tổn thương. Cắt bỏ dây thần kinh giao cảm bằng giải phẫu hoặc bằng phương pháp gây tê cục bộ thường làm dịu hóa thống và theo ý kiến của một số tác giả thì giảm đau bằng phong bế giao cảm là một bộ phận mấu chốt của chẩn đoán.

Nếu đau dữ dội sau khi phong bế giao cảm, thì việc tiêm tĩnh mạch tại chỗ hay toàn thân các thuốc chống giao cảm như guanethidin chẳng hạn có thể làm giảm đau lâu dài trong một số trường hợp.

CÁC THUỐC CHỐNG TRẦM CẢM BA VÒNG Các thuốc chống trầm cảm thường được dùng để điều trị đau do tổn thương dây thần kinh ngoại vi. Các dẫn chất ba vòng của iminodibenzyl là những thuốc thường được dùng nhiều nhất. Các tác dụng được lý của chúng gồm kích thích sự dẫn truyền amin đơn bằng cách ức chế sự bắt giữ trở lại chất dẫn truyền tại khớp thần kinh và làm thay đổi tính nhạy cảm của thụ thể tiết adrenalin trước và sau khớp thần kinh. Nói tác dụng quan trọng của các thuốc chống trầm cảm ba vòng để chữa đau còn chưa rõ. Tuy vậy, các thuốc này thường có thể tác động bằng cách tăng tiềm lực thần não ức chế sự dẫn truyền cảm giác đau ở tầm sống tuy sống lưng. Các thuốc ức chế trầm cảm ba vòng còn có tác dụng quan trọng lên các hệ giải phóng amin đơn di lên phóng chiếu tới não trước. Hình như các hệ di lên này có thể cũng có vai trò quan trọng trong cảm nhận đau, mặc dù vẫn đề các thuốc chống trầm cảm ảnh hưởng đối với các đường dây cảm giác ở tầm đối thị và vỏ não ra sao vẫn còn là giả thiết.

Kích thích dây thần kinh bằng điện qua da (TENS). Dùng một đơn vị kích thích dây thần kinh bằng điện qua da (TENS - Transcutaneous electrical nerve stimulation) đặt lên một vùng có cảm giác đau hoặc phía trên gốc dây thần kinh có thể làm giảm đau rõ rệt cho những người bệnh đau vì thương tổn dây thần kinh. Tuy vậy, thời gian tác dụng thường chỉ hạn chế trong giai đoạn kích thích thôi. Sau một giai đoạn nhiều ngày tới nhiều tháng, ở nhiều bệnh nhân đáp ứng giảm đau đối với TENS trở thành trơ và kích thích điện có thể thực sự khiến người bệnh

dau thêm.

Xử lý đau mạn tính Dau dai dẳng khiến người bệnh trở thành bất lực liên tục ít nhất 6 tháng thường được gọi là đau "mạn tính". Những người đau mạn tính thường có những vấn đề riêng phải đánh giá và xử lý.

Khi người bệnh đau mạn tính đã lâu đi khám thầy thuốc mới thì thường mang những hy vọng không thực tế vào thầy thuốc. Họ thường nói chẳng có một thầy thuốc nào trước đây có khả năng cả và đây là niềm hy vọng chữa đau cuối cùng. Hồi ký bệnh sử, mỗi thầy họ không chịu nghe theo những lời khuyên của các thầy thuốc trước đây.

Dể khỏi thất bại một lần nữa, người bệnh đau mạn tính phải được đánh giá bởi một nhóm các thầy thuốc nhiều chuyên khoa có kinh nghiệm trong việc đối phó với đau mạn tính. Các thầy thuốc chuyên khoa thuộc nhóm này có thể thay đổi bản chất than phiền đau và tùy theo khả năng thực tế tại một bệnh viện. Tuy vậy, tối thiểu, một bệnh nhân cũng phải được một thầy thuốc nội khoa, một nhà tâm lý học, một thầy thuốc thần kinh và một nhà vật lý trị liệu thăm khám. Cách tiếp cận tập thể như vậy sẽ tránh được sự "đối đầu" giữa người bệnh với thầy thuốc có thể làm ngừng tiến bộ; nó còn tăng cường sự tin nhiệm của nhóm điều trị và chắc chắn sẽ làm tăng sự phục hồi cho người bệnh. Mục đích cách đánh giá này nhằm thiết lập một kế hoạch điều trị với những mục tiêu đặc hiệu. Mỗi mục tiêu phải được hoàn tất theo một hiệu hiện thời gian đã được người bệnh và kịp điều trị cùng nhất trí.

Nói chung, phải nhấn mạnh ba mục tiêu. Trước hết việc điều trị bằng thuốc phải được đơn giản hóa và hạn chế tối thiểu. Đối với nhiều người bệnh đau mạn tính, các thuốc giảm đau và thuốc giãn cơ thông thường chỉ có rất ít tác dụng. Do vậy, người bệnh có xu hướng tăng liều lượng với hy vọng chóng khỏi đau. Nếu giải thích cho người đó hiểu thì việc dùng thuốc phải giảm đi bằng cách loại bỏ các thuốc thua hay các thuốc vô hiệu. Phải giảm nhất loạt liều lượng các thuốc còn lại xuống tối mức người bệnh chỉ dùng các thuốc có hiệu quả rõ ràng và có phản ứng phụ không đáng kể.

Mục tiêu thứ hai của trị liệu là giúp người bệnh hiểu rõ hơn triệu chứng đau cùng những yếu tố làm

dau vượng phát. Ý nghĩa về mặt tâm lý của đau và mối quan hệ giữa đau với các yếu tố phát triển và yếu tố quan hệ giữa người với người có thể đáng được khai thác đối với từng bệnh nhân. Các thuốc chống trầm cảm cũng có một vai trò trong việc điều trị các triệu chứng xúc cảm ở một số người bệnh đau mạn tính.

Mục tiêu thứ ba của trị liệu phải là tăng cường năng lực hoạt động. Dưới sự hướng dẫn của một thầy thuốc chuyên khoa phục hồi chức năng, một kế hoạch điều trị vật lý để giảm đau (TENS, xoa bóp...) phải đi đôi với một kế hoạch tập luyện làm tăng động lực không đau.

Phải lập một biểu thời gian thực tế để người bệnh về sau có thể săn sóc và hoạt động độc lập.

Các yếu tố xã hội và quan hệ giữa cá nhân với nhau có thể khiến đau trở thành dai dẳng; do vậy, một số người bệnh đau mạn tính điều trị ngoại trú không có kết quả. Dựa vào một số cơ sở nội trú gồm nhiều chuyên khoa chữa đau có thể tạo một cơ hội để thực hiện một kế hoạch chẩn đoán và điều trị tích cực cho những bệnh nhân như vậy. Ủy ban chuẩn mực các kỹ thuật điều trị đau thuộc Hội Chữa đau Mỹ (American Pain Society) đã thiết lập các chuẩn mực cho các đơn vị điều trị nội trú như vậy. Các công trình nghiên cứu về hiệu quả của các đơn vị điều trị đau chứng minh điều than phiền đau đã giảm, giảm sử dụng thuốc và tăng năng lực hoạt động ở đa số người bệnh đã thực hiện đầy đủ các chương trình này. Tuy vậy, thắng lợi sau này của các chương trình như vậy còn tùy thuộc vào việc cải thiện hoạt động có được duy trì hay không ở người bệnh trong thời gian dài sau khi ra viện. Theo dõi sát và đánh giá lại những người bệnh đau mạn tính đã được điều trị có kết quả, cũng như với tất cả các bệnh nhân điều trị nội khoa nên coi là một điểm ưu tiên.

4. ĐAU TỨC NGỤC VÀ ĐÁNH TRỐNG NGỤC

ĐAU NGỤC

Dau ngực là một trong những điều than phiền thường

gặp nhất mà người bệnh tìm đến thầy thuốc; ích lợi (hay tác hại) do đánh giá và xử lý đúng (hay không đúng) người bệnh có điều than phiền này là điều không thể xem thường. Chẩn đoán không đúng một chứng bệnh có nhiều nguy cơ như cơn đau thắt ngực chẳng hạn chắc chắn sẽ mang lại những hậu quả tai hại về tâm lý và kinh tế và có thể dẫn tới những thủ thuật thăm dò phức tạp không cần thiết như thông tim và chụp Xquang động mạch vành chẳng hạn, và nếu không phát hiện được một rối loạn nghiêm trọng như bệnh thiếu máu cơ tim hoặc khởi u trung thất chẳng hạn thì có thể dẫn tới hậu quả làm chậm trễ điều trị cần thiết khẩn cấp gây nguy hiểm. Tính nghiêm trọng của chứng đau thắt ngực ít liên quan tới mức độ nghiêm trọng của nguyên nhân gây ra nó. Do vậy, một vấn đề thường gặp đối với người bệnh than phiền tức ngực hay đau ngực là phân biệt các rối loạn cảm thường với bệnh động mạch vành và các rối loạn nghiêm trọng khác.

Hiện tượng đau thường xuyên xuất phát từ nội tạng trong lồng ngực có thể thường được cài nghĩa bằng các thuật ngữ quen thuộc về sự phân bổ thần kinh (chương 3). Dùi khi ta gặp một người bệnh kêu tức ngực lan tới vị trí mà không thể cài nghĩa một cách logic được. Trong phần lớn các trường hợp, sẽ phát hiện thấy ở người bệnh đó nhiều rối loạn khả dĩ gây tức ngực. Sự hiện diện của bệnh này có thể có ảnh hưởng đến hiện tượng đau xuyên do một bệnh khác gây ra.

Chẳng hạn, nếu cảm giác tức ngực do thiếu máu cục bộ cơ tim nhất thời, nghĩa là cơn đau thắt ngực, xuyên ra sau lưng hoặc xuyên xuống bụng, thì cũng có thể phát hiện ở người bệnh một mức độ đáng kể viêm đốt sống hoặc một bệnh ở thượng vị như thoát vị hoành, bệnh của túi mật, viêm tụy hoặc loét dạ dày chẳng hạn. Các xung động đau khi di vào một đoạn tuy sống có thể tràn qua và làm hưng phấn các đoạn dây tuy sống gần đó. Theo cách này đau do thiếu máu cục bộ cơ tim có thể qui chiếu ra thượng vị ở một bệnh nhân viêm túi mật mạn tính.

Không thể đánh giá rằng sự hiện diện một bất thường khách quan, như một thoát vị hoành qua khe thực quản hoặc một kẽ quai dien tam dò bất thường, nhất thiết phải có nghĩa là một chứng đau ngực *không điển hình* xuất phát từ trong dạ dày hay tim.

Danh giã đó được khẳng định nếu thăm khám lâm sàng kỹ lưỡng và kết quả xét nghiệm labo thích hợp hỗ trợ cần thiết chỉ rõ rằng diễn biến cơn đau ngực phù hợp với vị trí nguồn gốc do các triệu chứng khách quan chỉ ra.

Huyền thoại đau cánh tay trái Có một quan niệm lâu đời, được các thầy thuốc cũng như những người không phải thầy thuốc thừa nhận rộng rãi là đau tức ở cánh tay trái, đặc biệt nếu xuất hiện đồng thời với tức ngực có một ý nghĩa đặc nhất được xem là bằng chứng gần như chắc chắn báo hiệu bệnh thiếu máu cục bộ cơ tim. Đây là một điều tưởng tượng không có cả cơ sở lý thuyết lẫn lâm sàng. Các xung đột xuất phát từ các cấu trúc thân thể, như da chẳng hạn, và các cấu trúc nội tạng, như thực quản và tim chẳng hạn, đều quy tụ trên một tập hợp chung các nơron trong sừng sau của tuy sống. Vô nô có thể lấn lộn nguồn gốc của chúng. Tương tự, kích thích một trong các dây thần kinh lồng ngực cũng phản bối iỏi tim, chẳng hạn thoát vị đĩa đệm liên đốt sống cũng có thể được đánh giá làm là đau xuất phát từ tim.

Xét theo một số quan điểm lý thuyết, thi bất cứ một rối loạn nào dính líu đến các sợi hướng tâm ở sâu của vùng ngực trên phía trái đều phải xem là có khả năng gây đau tức ngực, cánh tay trái, hoặc cả hai. Do vậy, bất cứ chứng bệnh nào khả dĩ gây tức ngực đều có thể xuyên ra cánh tay trái. Sự khu trú như vậy là phổ biến không chỉ ở người mắc bệnh mạch vành mà còn gặp cả ở những người có nhiều kiểu đau ngực khác nữa. Mặc dù người thiếu máu cục bộ cơ tim thường đau nhiều nhất dưới xương ức, xuyên xuống phia xướng trụ của cánh tay (chương 189) và mang bản chất chèn ép và co thắt, song sự khu trú, tính chất xuyên chói và đau tức lại ít có ý nghĩa chẩn đoán hơn là cách diễn biến và mất đi của triệu chứng này.

Phần lớn người bệnh cũng cho rằng đau tim là đau ở vùng ngực bên trái và do vậy, đau dưới vú trái là một trong các triệu chứng chính khiến người bệnh tìm đến thầy thuốc. Về cơ bản nó khác với đau do thiếu máu cục bộ cơ tim, nghĩa là đau thắt ngực. Đau dưới vú trái là đau chói và đau dữ dội nhất thời hoặc đau âm ỉ kéo dài, doi kni dội lên những cơn đau chói. Cơn đau không phải đau thắt ngực thường khởi đột ngột hoặc khởi từ từ sau khi nằm

nghỉ một thời gian lâu và có thể nhất thời không liên quan đến việc dùng nitroglycerin. Trái với đau thắt ngực, đau vùng trước tim như vậy thường không liên quan đến luyện tập, có thể có sưng bên ngoài vùng trước tim và thường gặp ở những người bệnh căng thẳng tinh thần, dễ mệt mỏi, sợ hãi bất thường hoặc rối loạn tâm thần kinh chức năng. Một khác đau thắt ngực thường được mô tả như là *nhẹ hơn là đau* thực sự và nét đặc trưng là đau dưới ác thay vì đau ở vùng trước tim, và sẽ còn được bàn thêm ở trang sau.

TƯC NGỰC DO THIẾU MÁU CỤC BỘ CƠ TIM

Những khía cạnh sinh lý của tuần hoàn mạch vành. Đau ngực do thiếu máu cục bộ cơ tim xuất hiện khi cung cấp oxy cho cơ tim bị thiếu hụt so với nhu cầu. Mức tiêu thụ oxy của cơ quan này liên quan mật thiết với gắng sức sinh lý khi co cơ. Điều này tùy thuộc trước hết vào 3 yếu tố: (1) mức căng của cơ tim, (2) tình trạng co bóp của cơ tim và (3) tần số tim. Khi ba yếu tố này vẫn giữ ở mức hằng định, nếu thể tích tổng máu tăng sẽ tạo ra một đáp ứng với hiệu suất cao là vì nó sẽ làm tăng công ngoài tim (nghĩa là tăng cung lượng tim và áp suất động mạch) mà không làm tăng đòi hỏi oxy của cơ tim. Do vậy, khi tăng gánh (ngoại trừ tăng rõ rệt sức căng thành trong tâm thắt bằng cách tăng thực sự tiền gánh) thì mức tiêu thụ oxy của cơ tim tăng ít hơn so với tăng công của tim do tăng áp suất hoặc tần số tim. Những hiệu quả rõ rệt của những thay đổi trong các biến số huyết động này không phụ thuộc đơn thuần vào nhu cầu oxy mà đúng ra phụ thuộc vào thế cân bằng giữa cung và chu oxy. Tim luôn hoạt động nên máu động mạch vành bình thường ra bị khử bão hòa nhiều hơn là máu dẫn lưu những vùng khác của cơ thể. Do vậy, tim ở trạng thái cơ bản đã lấy oxy nhiều hơn từ mỗi đơn vị thể tích máu, và đây là một trong những cách thích ứng thường được cơ xương sử dụng khi luyện tập. Do đó, tim trước hết phải dựa vào việc tăng lưu lượng động mạch vành để lấy thêm oxy.

Lưu lượng máu chảy qua các động mạch vành tỷ lệ thuận với mức chênh áp lực giữa động mạch chủ với cơ tim thắt trong thi tim thu và khoang tim thắt trong thi tim trương, song nó còn tỷ lệ theo lũy thừa bậc bốn với bán kính các động mạch vành.

Do vậy, một thay đổi tương đối nhỏ đường kính động mạch vành dưới ngưỡng nguy biến của khẩu kính mạch vành cũng có thể tạo ra một thay đổi lớn lưu lượng mạch vành, nếu các yếu tố khác vẫn là hằng định. Máu trong động mạch vành lưu chuyển trước hết trong kỳ tâm thu nếu nó không bị súc ép cơ tim kỳ tâm thu của các động mạch vành chống lại. Lưu lượng máu trong động mạch vành được điều hòa trước hết do các nhu cầu oxy của cơ tim, cơ le thông qua sự phóng thích các chất chuyển hóa gây giãn mạch, như adenosin chẳng hạn và thông qua những biến thiên trong P_{O_2} cơ tim. Sự kiểm soát khẩu kính giường động mạch vành thông qua các dây thần kinh tự chủ và nhờ các yếu tố thùy tĩnh tạo ra các cơ chế bổ sung quan trọng của sự điều hòa lực lượng máu trong động mạch vành.

Khi các động mạch vành thường tâm mạc bị hẹp lại tới mức nguy biến (hẹp trên bảy mươi phần trăm khẩu kính) thì các tiểu động mạch vành bên trong cơ tim giãn ra nhằm nỗ lực duy trì lưu lượng máu toàn phần trong động mạch vành ở mức ngăn ngừa thiếu máu cơ tim lúc nghỉ. Do vậy, hiện tượng giãn mà bình thường ra xuất hiện lúc tập luyện về sau không thể xảy ra được nữa. Do vậy, bất cứ tình huống nào có tăng tần số tim, huyết áp động mạch, co bóp cơ tim xảy ra khi đang bị tắc nghẽn động mạch vành thì đều có chiều hướng thúc đẩy các cơn đau thắt ngực xuất hiện do tăng nhu cầu oxy của cơ tim mà sự cung ứng thì cố định. Chậm nhịp tim, nếu không nghiêm trọng, thường có những hậu quả đối lập, và điều này có vẻ rất nghĩa cho hiện tượng đau thắt ngực ít xảy ra ở những người bệnh bị bloc nhĩ - thắt hoàn toàn, ngay cả khi biến cố này đi kèm với bệnh mạch vành.

Những nguyên nhân thiếu máu cục bộ cơ tim. Nguyên nhân cơ bản thường gặp nhất là nguyên nhân thực thể làm hẹp các động mạch vành do bệnh vữa xơ động mạch vành. Ở nhiều người, có lẽ là đa số, bị đau thắt ngực mạn tính, thấy có một thành tố biến động làm tăng sức cản mạch vành diễn ra sau tình trạng co thắt các mạch lớn ở thượng tâm mạc, thường ở gần một mảng xơ vừa hoặc do co khít các tiểu động mạch vành nhỏ hơn. Ít thấy hơn, là hiện tượng hẹp các lỗ động mạch vành do viêm động mạch chủ do giang mai. Không có bằng chứng chung minh rằng sự co khít toàn bộ động mạch

hoặc hoạt động co bóp của tim gia tăng (tăng tần số tim hoặc tăng huyết áp, hoặc tăng tính co bóp do phóng thích các catecholamin hoặc hoạt tính giải phóng adrenamin) là do cảm xúc lại có thể thúc đẩy cơn đau thắt ngực trừ khi đã có trước tình trạng hẹp các động mạch vành.

Ngoài các bệnh làm hẹp khẩu kính các động mạch vành ra, chỉ thấy các nguyên nhân thường gặp khác gây thiếu máu cục bộ cơ tim là những chứng bệnh như hẹp động mạch chủ và (hoặc) trào ngược động mạch chủ (chương 187) làm mất thế cân bằng rõ rệt giữa áp lực tuỷ máu với các nhu cầu oxy của tim. Trong các điều kiện như vậy, sự gia tăng áp lực tâm thu của thất trái không được cân bằng lại, như trong các trạng thái tăng huyết áp, do sự gia tăng tương ứng áp lực tuỷ máu của động mạch chủ.

Tần số tim gia tăng đặc biệt có hại cho các bệnh nhân vừa xơ động mạch vành và làm hẹp động mạch chủ là vì, một mặt nó làm tăng nhu cầu oxy của cơ tim, mặt khác nó rút ngắn thời gian trao đổi khí và do vậy làm giảm thời gian tuỷ máu toàn phần trong một phút.

Những người bệnh bị *tăng huyết áp thắt phổi* rõ rệt có thể có cơn đau do tập luyện ý hệ cơn đau thắt ngực phổ biến. Chắc chắn đau thắt ngực này là do tình trạng thiếu máu cục bộ tương đối của thất phải vì tăng nhu cầu oxy và tăng sức cản bên trong thành tâm thất đồng thời giảm mức chênh áp suất tâm thu mà bình thường ra mức chênh lệch này lớn đã làm nhiệm vụ tuỷ máu cho buồng tim phải. Đau thắt ngực là triệu chứng phổ biến ở người bệnh *nhiễm động mạch do giang mai*, ở những người bệnh này khó đánh giá được vai trò tương đối của trào ngược động mạch chủ và hẹp lỗ động mạch vành. Ý nghĩa quan trọng của nhịp tim nhanh, giảm áp lực động mạch, nhiễm độc tuyến giáp hoặc giảm thành phần oxy trong động mạch (như trong bệnh thiếu máu hay giảm oxy động mạch) đối với việc phát sinh thiếu oxy cơ tim sẽ rõ ràng nếu dựa vào những điều bàn luận ở trên. Tuy vậy, chúng là những yếu tố thúc đẩy và làm nặng thêm chút ít khi là nguyên nhân cơ bản gây cơn đau thắt ngực; như đã ghi nhận ở trên, trong phần lớn các trường hợp, bệnh cơ bản là hẹp động mạch vành.

Những hậu quả của thiếu máu cục bộ cơ tim

Một biểu hiện phổ biến của thiếu máu cục bộ cơ tim là *đau thắt ngực*, được xem xét chi tiết trong chương 189. Thường nó được mô tả như một sức ép nặng nề, một cảm giác thắt nghẹt hay co khít trong lồng ngực, "một cảm giác nóng rát" hoặc "cảm giác nặng nề", hoặc khó thở, và đặc biệt xuất hiện lúc di bộ, nhất là sau khi ăn, vào những ngày lạnh trời, khi di ngược gió hoặc leo dốc. Trong thể diễn hình, nó xuất hiện *dùn* trong lúc tập luyện, sau những bữa ăn thịnh soạn, người bệnh cao kinh, hưng phấn, hăng hái và có những trạng thái cảm xúc khác; hoặc cử động hô hấp hay các động tác khác không thúc đẩy cơn đau thắt ngực. Nếu cơn đau thắt ngực xuất hiện lúc di dạo thì nó bắt buộc người bệnh phải dừng lại và giảm tốc độ đi; nét đặc trưng là cơn đau giảm khi nghỉ ngơi và dùng nitroglycerin. Cơ chế đích thực của kích thích gây đau thắt ngực vẫn còn chưa được biết, song có lẽ nó liên quan đến một sự tích lũy các chất chuyển hóa bên trong cơ tim. Cơn đau thắt ngực diễn ra diễn hình nhất trong vùng dưới xương ức, xuyên từ giữa ngực ra phía trước; nó có thể xuyên hoặc ít khi diễn ra đơn độc tới vùng giữa hai bả vai, trong các cánh tay, vai, răng và bụng. Nó ít khi lan tới dưới rốn hoặc sau gáy hay vùng chẩm. Cơn càng nặng thì đau càng xuyên nhiều hơn tới cánh tay trái, nhất là phía ngoài cánh tay. Nhồi máu cơ tim thường đi kèm một cơn đau tương tự như cơn đau thắt ngực về tính chất và cách phân bố song kéo dài hơn (thường tối 30 phút) và dù mạnh đế đánh giá là *đau* thực sự. Trái với đau thắt ngực, đau trong nhồi máu cơ tim không đỡ khi nghỉ ngơi hay dùng thuốc giãn mạch vành và có thể phải cần tới thuốc ngủ liều cao. Cơn đau này có thể kèm toát mồ hôi, buồn nôn và hạ huyết áp (chương 190).

Hậu quả thứ hai của thiếu máu cục bộ cơ tim là những *thay đổi điện tâm đồ* (chương 178, 189 và 190). Nhiều người bệnh đau thắt ngực có điện tâm đồ bình thường ghi ngoài cơn và cả trong giai đoạn đang đau. Tuy vậy các đoạn ST chệch xuống, do thiếu máu cục bộ cơ tim, hay thay đổi điện tâm đồ diễn hình trong cơn đau thắt ngực sau khi luyện tập; hơn nữa bằng chứng điện tâm đồ thiếu máu cơ tim có thể xuất hiện lúc nghỉ có kèm hoặc không kèm đau ngực. Dấu hiệu đoạn ST dẹt hoặc chệch xuống 0,1 mv hoặc chệch nhiều hơn xuất hiện trong

còn, rồi trở lại bình thường sau khi hết đau, rất có giá trị gợi ý đau ở đây là do cơn đau thắt ngực. Giá trị giới hạn và những thay đổi điện tâm đồ xuất hiện sau khi tập luyện trong chẩn đoán cơn đau thắt ngực được bàn tới trong chương 189.

Một hậu quả thứ ba của thiếu máu cục bộ cơ tim là giảm sức co bóp cơ tim. Các áp lực mạch máu cuối tâm trương của thất trái và của phổi có thể tăng lên trong các cơn đau thắt ngực, nhất là nếu đau kéo dài và người ta cho là do giảm sức co bóp và giảm sức giãn ra của các vùng thiếu máu. Thường thấy một tiếng tim thứ tư trong cơn đau thắt ngực, những tiếng đập nghịch thường có thể thấy hiển nhiên nếu sờ vào vùng trước tim và có thể ghi lại được bằng kỹ thuật ghi tim đồ ở móm. Chụp siêu âm hai chiều hoặc chụp thất trái tiến hành lúc thiếu máu cục bộ cơ tim thường phát hiện được rối loạn chức năng thất trái, nghĩa là giảm động hoặc bất động trong vùng (các) mạch máu tắc nghẽn.

Một hậu quả đặc thù khác của thiếu máu cục bộ cơ tim là dễ có nguy cơ đột tử (chương 30). Biến cố này có thể không bao giờ xảy ra mặc dù da có hàng ngàn cơn đau thắt ngực. Tuy vậy, nó có thể xảy ra khi mới bị bệnh và thậm chí cả trong cơn đau đầu tiên. Cơ chế thông thường có thể là rung thất do thiếu máu cục bộ, song hẳn hùn đột tử có thể xảy ra do ngừng tim thất ở những người bệnh vốn đã bị loạn dẫn truyền nhĩ - thất.

ĐAU DO KÍCH THÍCH THANH MẠC HOẶC KHỐP

Viêm màng ngoài tim Bề mặt lá tang của màng ngoài tim thông thường nhạy cảm với đau, bề mặt lá thành cũng vậy, ngoại trừ phần dưới có một số tương đối ít sợi thần kinh đau do các dây thần kinh hoành phân bố. Người ta cho rằng đau trong viêm màng ngoài tim là do viêm lá thành của màng phổi kế đó. Những quan sát này cần nghĩa vì sao viêm màng ngoài tim không do nhiễm trùng (nghĩa là viêm màng ngoài tim trong tạng urê-máu và trong nhồi máu cơ tim) và hội chứng ép tim vốn chỉ viêm tương đối nhẹ thì thường không có triệu chứng đau hoặc chỉ đau nhẹ, còn viêm màng ngoài tim nhiễm trùng, hầu như bao giờ cũng đau nhiều hơn và đau tối màng phổi gần đó, và thường đau giống như đau màng phổi, nghĩa là đau tăng lên khi thở, khi ho.

Vì phần trung tâm của cơ hoành tiếp nhận các cảm giác từ dây thần kinh hoành (xuất phát từ các đoạn tủy sống từ đốt sống cổ thứ ba tới thứ năm), nên đau bắt nguồn từ phần dưới lá thành của màng ngoài tim và gần trung tâm của cơ hoành mang tính đặc thù là cảm thấy đau ở chóp vai, nơi kè đường thang và cổ. Đau nghiêm trọng hơn về một bên mảng phổi cơ hoành, do các nhánh dây thần kinh liên sườn từ thứ sáu đến thứ chín phân bố thì cho cảm giác không những chỉ ở phần trước lồng ngực mà còn ở cả phần thường vị hoặc tương ứng với vùng lưng, đôi khi nguy trang cơn đau do viêm túi mật hay viêm tụy cấp diễn.

Viêm màng ngoài tim gây ra hai kiểu đau riêng biệt (chương 194). Thông thường nhất là đau kiểu mảng phổi, có liên quan đến các cử động hô hấp và đau nặng lên khi ho và (hoặc) khi hít vào sâu. Dối khi nuốt cũng đau là vì thực quản nằm ngay bên ngoài phần sau của tim và thường bị ảnh hưởng mỗi khi thay đổi tư thế thân mình, khiến đau nhói hơn và thiền sang trái hơn nếu nằm ngửa và đau giảm đi nếu người bệnh ngồi thẳng và nghiêm ra trước. Triệu chứng đau này thường được qui về vùng cổ và kéo dài hơn cơn đau thắt ngực. Kiểu đau này là do phối hợp với viêm màng phổi trong bệnh viêm màng tim - màng phổi nhiễm trùng.

Hình thái thứ hai của đau màng ngoài tim là đau thực sự như bị đè ép ở vùng dưới xương ức tức cơn đau trong nhồi máu cấp diễn cơ tim. Cơ chế của cơn đau dưới mũi ức này chưa được biết chắc chắn song nó có thể bắt nguồn từ tình trạng viêm của màng lá thành màng ngoài tim tương đối nhạy cảm hoặc từ các sợi thần kinh tim hướng tâm nằm trong các lớp áo quanh các động mạch vành nông bị kích thích. Mỗi khi cả hai kiểu đau có thể cùng tồn tại.

Các hội chứng đau xảy ra sau chấn thương hay giải phẫu tim (nghĩa là hội chứng sau mổ tim) hoặc nhồi máu cơ tim sẽ được bàn tới trong các chương sau (chương 190 và 194). Hội chứng đau như vậy thường, nhưng không phải luôn luôn, xuất phát từ màng ngoài tim.

Đau màng phổi. Rất thường gặp, nó thường là hậu quả của tình trạng căng ra lá thành màng phổi bị viêm và có thể đồng nhất về tính cách với viêm

màng ngoài tim. Nó xảy ra trong viêm màng phổi fibrin, cũng như khi các quá trình viêm phổi lan tới ngoại vi của phổi tràn khí màng phổi và các u trong khoang màng phổi cũng có thể kích thích lâ thành màng phổi và gây đau màng phổi; trường hợp này đau nhói, như dao đâm, đau ở nồng và nặng lên mỗi khi thở hay ho, điều này phân biệt với đau ở sâu, đều đều, tương đối không thay đổi trong thiếu máu cục bộ cơ tim.

Dau bắt nguồn từ *tắc mạch phổi* có thể giống cơn đau nhồi máu cơ tim và trong trường hợp tắc mạch rộng lớn, đau khu trú dưới mũi úc. Ở những người bệnh tắc mạch ít hơn, đau khu trú ở một bên nhiều hơn và giống triệu chứng đau trong viêm màng phổi và có thể đồng thời ho ra máu (chương 211).

Tắc mạch phổi rộng và các nguyên nhân khác gây tăng áp lực phổi cấp diễn có thể sinh ra cơn đau dữ dội, dai dẳng dưới mũi úc, đại đế là do cảng động mạch phổi. Trong *khi thủng trung thất* (chương 214), đau có thể dữ dội, chói và lan từ vùng mũi úc tới các bả vai, thường có thể nghe rõ tiếng lao xao. Dau trong *viêm trung thất và khối u trung thất* thường giống đau trong viêm màng phổi song đau nhiều nhất ở vùng mũi úc, và có kèm cảm giác co khít hoặc chèn ép khiến dễ lầm với nhồi máu cơ tim. Dau do *phẫu tích động mạch chủ* hoặc phình to động mạch chủ là hậu quả của sự kích thích lớp vỏ ngoài; đau thường cực kỳ dữ dội, khu trú ở trung tâm lồng ngực, kéo dài nhiều giờ, và cần dùng thuốc giảm đau mạnh mới giảm. Nó thường lan ra lưng và không thay đổi theo tư thế hay thở (chương 197).

Các *khớp sụn suôn và sụn úc* là những vị trí thường bị nhát của cơn đau trước lồng ngực. Các dấu hiệu khách quan dưới dạng sưng (hội chứng Tietze); đỏ và nóng thì hiếm thấy, song người bệnh thì nhạy cảm đau khu trú một cách rõ rệt. Dau có thể mạnh như đâm xuyên chỉ trong vài giây hoặc đau âm ỉ nhiều giờ hoặc nhiều ngày. Thường người bệnh có cảm giác căng thẳng do co thắt cơ (xem phần dưới). Nếu chỉ khó chịu vài ngày thôi thì thường có thể là do chấn thương nhẹ hoặc do một gắng sức chưa quen nào đó. Ăn vào các *khớp sụn-suôn hay khớp sụn úc* là một động tác chủ chốt trong việc thăm khám mỗi khi người bệnh kêu đau ngực, khi ăn sẽ làm đau tăng lên ở các mô đó. Phần lớn các người bệnh đau khớp sụn-suôn, nhất là khi có dấu hiệu

thay đổi sóng T chút ít và vô hại trên điện tim đỡ thường bị qui làm là có bệnh động mạch vành, đôi khi đem lại những hậu quả cực kỳ có hại. Chứng đau mũi úc cũng có thể tạo ra bằng cách ấn vào mũi úc.

Dau do *viêm nút dưới móm qua và viêm khớp vai* hay *viêm gai đốt sống*, có thể bị thúc đẩy do luyện tập tại chỗ nhưng không phải do cố gắng toàn thân. Dau như vậy cũng có thể do một động tác thụ động dinh lú đến vùng bị bệnh cũng như do họ gây ra. Các hình thái đau ngực khác gồm "cơn đau bắt chẹt vùng dưới tim" có thể đi kèm với tư thế xấu và chỉ kéo dài vài giây. Dau gai cù của cổ ngực hoặc gai cù nhị đầu có thể làm với cơn đau thắt ngực nhưng có thể tạo lại được bằng cách vận các cổ ngực hoặc đầu các cổ nhị đầu.

DAU VỐ MỘ

Võ hoặc rách một cấu trúc có thể gây ra đau bắt đầu đột ngột và dữ dội ngay lập tức. Khi có tiền sử như vậy phải nghĩ xem có phải bị phẫu tích động mạch chủ, tràn khí màng phổi, khí thủng trung thất, hội chứng đĩa sống cổ, hoặc võ thực quản không. Tuy vậy người bệnh có thể rất mệt không nhớ lại được chính xác các tình huống đã xảy ra hoặc là đau không mang tính chất điển hình và nồng dần. Tương tự, có những cơn đau khác lành tính hơn, chẳng hạn như một sụn xuôn bị trượt hoặc co rút cơ liên sườn, cũng có thể gây ra cơn đau đột ngột.

CÁC KHÍA CẠNH LÂM SÀNG CỦA CÁC NGUYÊN NHÂN ĐAU NGỰC THƯỜNG GẶP HƠN

Những nguyên nhân nặng nề hơn gây đau ngực chẳng hạn như thiếu máu cục bộ cơ tim, phẫu tích động mạch chủ, viêm màng ngoài tim và các chứng bệnh màng phổi, thực quản, dạ dày, tá tràng và tụy được xem xét trong các chương bàn về các vấn đề này.

Đau thắt ngực hoặc chí trâm Cơn đau này có thể xuất hiện như là hậu quả của tình trạng căng cơ hoặc dây chằng trong lúc tập luyện quá sức và được cảm thấy như là đau tại các khớp sụn-xuôn hoặc sụn-úc hoặc trong các cơ thành ngực. Các nguyên nhân khác là *viêm xương khớp* của gai sống lưng hoặc đốt sống ngực và *võ đĩa đệm cổ*. Dau ở

chí trên trái và vùng trước tim có thể do đè ép các phần của đám rối cánh tay bởi một xương sườn cổ hoặc do co ngắn; cơ thang trước vì cố định các xương sườn và xương ức ở vị trí cao. Sau cùng, đau ở chí trên (hội chứng bả vai-bàn tay) thông qua một cơ chế mà ta chưa biết có thể xuất hiện ở những người bệnh sau nhồi máu cơ tim.

Dau xuất phát từ trong thành ngực hoặc vòng ngực hoặc tay thường nhận biết được nếu khám thấy nhạy cảm đau khu trú tại vùng tổn thương và có liên quan rõ giữa đau và vận động. Thở sâu, quay hoặc vận động ngực và các cử động của vòng ngực và cánh tay có thể làm rõ và làm lại triệu chứng đau như người bệnh than phiền. Dau có thể rất ngắn chỉ vài giây hoặc kéo dài hàng giờ. Do vậy, thời gian cơn đau chắc là dài hơn hoặc ngắn hơn cơn đau thất ngực không được điều trị thường chỉ kéo dài vài phút.

Các cơn đau liên quan đến xương này thường là đau nhói hoặc như dao đâm. Ngoài ra, người bệnh thường có một cảm giác thắt lồng ngực có thể do co thắt đồng thời các cơ liên sườn hay cơ ngực. Nó có thể gây ra một hội chứng "cứng đờ buổi sáng" gặp trong nhiều bệnh nhân đau xương. Triệu chứng đau này không chỉ ảnh hưởng bởi nitroglycerin mà còn thường mất đi sau khi phỏng bể procain vào vùng đau. Nếu đau thành ngực mới xảy ra gần đây và xuất hiện sau chấn thương, căng thẳng hoặc một hoạt động bất thường nào đó liên quan đến các cơ ngực thì nó không đặt ra vấn đề gì về chẩn đoán cả. Tuy vậy, vì lý do hai bệnh đều thường gặp cả nên đau xương dai dẳng lại thường thấy ở những người cũng có cơn đau thất ngực. Sự song song tồn tại hai kiểu đau ngực này trên cùng một người bệnh thường dễ gây lầm lẫn là vì trong ý thức của người bệnh thì cái "kim" gây đau thất ngực có thể che dấu trong "đám cổ khổ" của đau xương. Do vậy, bắt cứ người trung niên hay cao tuổi nào kêu bị đau dai dẳng ở thành ngực trước đều đáng được thăm khám kỹ lưỡng xem có bị bệnh thiếu máu cục bộ cơ tim hay không.

Việc có triệu chứng đau xương không hại làm giảm tính chất thực chất của bệnh sử gây nhầm lẫn và là nguyên nhân sai lầm phổ biến nhất cả về mặt tích cực lẫn tiêu cực, trong chẩn đoán cơn đau thất ngực. Có thể phải thăm dò trực tiếp xem luyện tập không thôi hay hoặc gắng sức sau bữa ăn có khả năng gây

ra đau hay không. Có thể phải tiến hành tet nhiều lần, so sánh các tác dụng tương đối giữa thuốc an thần dùng trước với nitroglycerin đối với lượng gắng sức cần để gây đau. Nếu việc khai thác bệnh sử không đem lại kết quả, thì điện tâm đồ ghi trong lúc tập luyện, hoặc đối với những người bệnh mà kết quả tet mờ hồ hoặc không có giá trị chẩn đoán, tet stress tập luyện kết hợp chụp nháy chất phóng xạ thallium (chuong 179) có thể sẽ cung cấp thông tin hữu ích về sự tồn tại của thiếu máu cục bộ cơ tim. Trong một số ít trường hợp, có thể cần phải tiến hành chụp động mạch vành.

Dau thực quản Đây thường là chứng đau đầu trong lồng ngực; nó là hậu quả của sự kích thích hóa học (acid) của niêm mạc thực quản do luồng acid trào ngược hoặc do co thắt cơ thực quản đặc trưng xảy ra sau khi nuốt. Hiện tượng đau đột ngột sau một hoặc hai lần nuốt thức ăn hay nước gọi ý tới đau thực quản. Nếu có triệu chứng kèm theo như khó nuốt, trào ngược thức ăn không tiêu và sút cân thì nên chú ý trực tiếp tới thực quản (xem chuong 32 và 234). Nên tiến hành tet Bernstein, thử gây đau bằng truyền nhỏ giọt vào thực quản dung dịch acid HCL 0,1 M để tạo ra luồng trào ngược acid dạ dày vào thực quản như nguyên nhân gây đau. Dùng áp kế thực quản và đo áp suất cơ vòng phần dưới thực quản, đối khi kích thích bằng ergonovin (acid D-isergic 1-hydroxy-methylethlamid - ND), cũng có tác dụng nhận biết hiện tượng co thắt thực quản như là nguồn gốc đau.

Các rối loạn cảm xúc Đây cũng là những nguyên nhân thường gặp gây đau thất ngực. Thường người ta có cảm giác "đau thất", đôi khi gọi là "đau liên tục", và hân hữu được xem là đau rất nặng. Vì chứng đau này hầu như bao giờ cũng mang tính chất cơn đau bỏ sung cho cơn đau thất và thường ít khu trú nhất, một phần, dưới mũi ức, nên người ta không ngạc nhiên thấy kiểu đau này thường bị chẩn đoán lầm với thiếu máu cục bộ cơ tim. Thông thường cơn đau này lâu nua giờ hoặc hơn và có thể dai dẳng trong một ngày hoặc ít hơn với cường độ giao động chậm. Thường có kèm theo mệt mỏi hoặc căng thẳng xúc cảm mặc dù người bệnh không nhận ra trù phi được lưu ý tới. Dau có thể xuất hiện qua tình trạng tăng trưởng lực cơ không chủ định và kéo dài, có lẽ do có kèm tăng thông khí (bằng cách gây ra co cứng

các cơ thành ngực tương tự như đau do tetan các đầu chi). Khi tăng thông khí và (hoặc) tác dụng tăng tiết adrenalin đi kèm do lo âu cũng gây ra những thay đổi sóng T và đoạn ST nhưng vô hại thì càng dễ lầm với bệnh động mạch vành. Tuy vậy thời gian đau kéo dài, không có bất cứ liên hệ nào với gắng sức nhưng lại kết hợp với mệt mỏi hay căng thẳng và thường xuất hiện theo chu kỳ vào những ngày kế tiếp nhau mà không có bất cứ một hạn chế nào về khả năng tập luyện, đó thường là những yếu tố khiến phân biệt dễ dàng với đau do thiếu máu cục bộ cơ tim.

Các nguyên nhân khác gây đau ngực Có nhiều rối loạn ở bụng đôi khi giống đau thắt ngực và thường bị nghi ngờ như vậy trong bệnh sỏi, giống như trong triệu chứng đau thực quản, thường có chỉ dẫn một liên quan nào đó với động tác nuốt, ăn, v.v... Đau do loét dạ dày hoặc hành tá tràng (chương 235) ở vùng thượng vị hoặc dưới úc, bắt đầu chừng 1 tối 1 giờ rưỡi sau bữa ăn, và thường khởi nhanh nhớ thuốc kháng acid hay bằng sữa. Chụp röntgen dạ dày ruột có làm quan trọng máu chói và thăm khám bằng chụp röntgen cũng thường giúp phân biệt với bệnh đường mật, dạ dày, ruột, động mạch chủ, bệnh phổi và bệnh xương. Việc chứng minh có một chứng bệnh đau bụng cũng tồn tại như một thoát vị qua khe thực quản chẳng hạn cũng không phải là bằng chứng nói rằng đau ngực mà người bệnh phản ánh là do bệnh này. Các bệnh như vậy thường là không có triệu chứng và chẳng bao giờ gặp ở người sẵn có chứng đau thắt ngực.

Đau dưới xương ức còn thường xảy ra trong trường hợp đang bị viêm khí phế quản; nó được mô tả như một cảm giác rất болезн nhất là khò ho. Có nhiều bệnh liên quan đến vú, gồm viêm vú, các u vú lành hay ác tính, cũng như chứng đau vú là những nguyên nhân thường gặp gây đau ngực. Đầu hiệu sưng và căng bên ngoài khu trú ở vú có ý nghĩa chẩn đoán. Một số nguyên nhân khác gây đau ngực hay khó chịu gồm viêm gai đốt sống, bệnh herpes, các hội chứng cơ thang trước, chèn ép rễ thần kinh cổ, bệnh ác tính của xương sườn, tuy ít phổ biến, song thường dễ nhận biết nếu quan sát kỹ lưỡng.

TIẾP CẬN VỚI NGƯỜI BỆNH CÓ TRIỆU CHỨNG ĐAU NGỰC

Phần lớn những người có triệu chứng này thường rơi vào một trong hai nhóm chung. Nhóm thứ nhất gồm những người có triệu chứng đau kéo dài và thường là nặng mà không có một yếu tố khởi phát rõ rệt nào cả. Những người này thường sẽ bị đau nặng. Vấn đề là phải phân biệt từng bệnh nặng như nhồi máu cơ tim, phẫu tích mạch chủ, tắc mạch phổi và phân biệt với các nguyên nhân ít nghiêm trọng hơn. Trong một số trường hợp như vậy, khai thác bệnh sử và thăm khám thực thể kỹ lưỡng sẽ tìm ra những dấu môi có ý nghĩa và sau đó có thể cần tiến hành một số test labo thích hợp (diện tâm đồ, định lượng enzym, huyết thanh, các loại kỹ thuật hiện hình để chẩn đoán) thường sẽ cho lời giải đúng đắn.

Nhóm người bệnh thứ hai gồm những người có những đợt đau ngắn và bề ngoài rất khỏe mạnh. Ở đây, diện tâm đồ ghi lúc nghỉ sẽ cung cấp rất ít thông tin có ý nghĩa quyết định, nhưng ghi trong hoặc ngay sau khi tập luyện hoặc khi đau sẽ thường cho thấy có những thay đổi đặc thù (chương 189). Chụp nháy dùng chất phóng xạ lúc nghỉ và trong lúc tập luyện (chương 179) thường giúp chẩn đoán. Tuy vậy, trong nhiều trường hợp, phải nghiên cứu nó như một hiện tượng chủ thể, nghĩa là chính triệu chứng đau dẫn tới chẩn đoán. Trong số nhiều phương pháp thăm dò hiện có, chỉ có ba phương pháp là có ý nghĩa quan trọng.

Khai thác bệnh sử kỹ lưỡng và chi tiết tập tính của đau là phương pháp quan trọng nhất. Vị trí, hướng lan tỏa, tính chất, cường độ và thời gian kéo dài các cơn đau là quan trọng. Điều quan trọng hơn nữa là các yếu tố làm nặng thêm hay nhẹ bớt đi. Nếu có bệnh sỏi đau nặng lên rõ rệt lúc thở, ho hoặc trong các cử động hô hấp khỏe thì thường liên quan đến màng phổi và màng ngoài tim hoặc trung thất, mặc dầu đau thành ngực chắc chịu ảnh hưởng của cử động hô hấp. Tương tự, nếu đau luôn luôn xuất hiện lúc di chuyển và biến mất trong vài phút khi dừng lại thì nên nghĩ tới cơn đau thắt ngực, mặc dầu cách diễn biến tương tự đối với cơn đau ở những người có bệnh xương.

Nếu bệnh sỏi không thể kết luận được thì việc nghiên cứu người bệnh trong cơn đau tự phát lại thường cung cấp thông tin quyết định. Chẳng hạn, diện tâm đồ, có thể là bình thường cả lúc nghỉ lẫn

trong hay sau khi tập luyện mà không có triệu chứng đau, song đổi khi lại có thể cho thấy những thay đổi rõ rệt nếu ghi trong một cơn đau thất ngực tương tự, chụp röntgen thực quản hay dạ dày có thể sẽ không cho thấy có bằng chứng nào về có thất tim vị hay thoát vị qua khe thực quản trừ phi chụp lúc đang đau.

Phương pháp thứ ba là thử *apo ra cơn đau và làm giảm cơn đau theo ý muốn*. Biện pháp này chỉ cần thiết khi có nghi ngờ sau khi khai thác bệnh sử hoặc cần cho mục đích trị liệu tâm lý. Do vậy, việc chứng minh rằng đau khu trú có thể tạo ra bằng cách ẩn vào thành ngực, lại bị biến mất hoàn toàn bằng phong bế procain tại chỗ thường có tầm quan trọng để đi đến kết luận có sức thuyết phục người bệnh rằng không phải đau tim. Nếu đau được gây ra do tiêm ergonovin vào tĩnh mạch và lại kèm theo những thay đổi điện tâm đồ như đoạn ST chênh lên và chụp X quang động mạch thấy có thất động mạch vành thì có thể chẩn đoán là cơn đau thất ngực Prinzmetal.

Trường hợp thường gặp là nếu bệnh sử không điển hình, thi nên điều trị thử bằng nitroglycerin - giảm triệu chứng đau sau khi ngâm thuốc này dưới lưỡi không nhất thiết là bằng chứng có mối quan hệ nhân quả. Cần đảm bảo chắc chắn rằng nếu dùng thuốc thi đau sẽ mất đi nhanh hơn (nội trong 5 phút) và hoàn toàn hơn là không dùng thuốc. Một ẩn tượng không có hiệu quả giả của nitroglycerin có thể là kết quả của việc dùng thuốc đã hỏng vì để thuốc ra ánh sáng. Trong trường hợp nghi ngờ, có thể cần lặp lại tet tập luyện có hoặc không dùng thuốc nitroglycerin trước đó. Việc chứng minh rằng thời gian cần cho một cuộc luyện tập nào đó để gây đau nhồi quản và kéo dài hơn nhiều khi tập luyện trong vài phút sau khi ngâm một viên nitroglycerin dưới lưỡi so với khi dùng thuốc Placebo trong một số trường hợp, có thể là một bằng chứng lâm sàng chắc chắn bị cơn đau thất ngực. Một đáp ứng hoàn toàn âm tính đối với một tet như vậy được lặp lại là một bằng chứng phù định chắc chắn cơn đau thất ngực. Cơn đau thất ngực ít khi khởi khi nằm nghỉ sau vài giây, cũng không đột nhiên xuất hiện khi nghiêng người phía trước.

Với những người bệnh mà vẫn đề được đặt ra là

bệnh mạch vành vẫn chưa được chẩn đoán dù khỏi mặc dầu đã tiến hành các tet lâm sàng và labo nói trên, gồm ghi điện tim lúc luyện tập (chương 178) và chụp nhấp nháy bằng chất phóng xạ (chương 179), thi có thể cần tiến hành thông tim và chụp Xquang động mạch vành. Nên tiến hành một thử nghiệm stress lúc thông tim để làm tăng tần số tim một cách thận trọng bằng kích thích điện; sự xuất hiện các đoạn ST vong xuống trên điện tâm đồ và sự tái lập đau là các bằng chứng hỗ trợ cho chẩn đoán thiếu máu cục bộ cơ tim. Chụp Xquang động mạch vành sẽ cho thấy (trong khoảng 70 phần trăm) có sự giảm thiểu nguy biến đường kính lồng động mạch, it ra là ở một bên động mạch lớn ở những người bệnh tắc động mạch vành (chương 180-189).

DÁNH TRỐNG NGỰC

Dánh trống ngực là một triệu chứng khó chịu thường gặp có thể được định nghĩa là một sự nhận ra nhịp đập của tim, chủ yếu là nhận ra sự thay đổi nhịp tim hoặc tần số tim hoặc tăng sức co bóp của tim. Dánh trống ngực không phải là một triệu chứng đặc hiệu của bất cứ một nhóm bệnh riêng biệt nào; thực ra, nó thường có ý nghĩa không phải một chứng bệnh thực thể tiên phát mà là một rối loạn tâm lý. Ngày cả khi nó xuất hiện như một triệu chứng ít nhiều nổi bật thì việc chẩn đoán bệnh cơ bản phần lớn vẫn phải dựa vào các triệu chứng và các dữ kiện khác đi kèm. Tuy vậy, đánh trống ngực thường mang một ý nghĩa quan trọng đáng kể trong trí não của người bệnh vì họ sợ đó là dấu hiệu của bệnh tim, họ càng lo sợ hơn nếu người ta nói cho họ biết đó có thể là bệnh tim, đối với họ, đánh trống ngực như là một điềm báo tai họa sắp xảy ra.

Vì hậu quả lo âu có thể đi kèm với sự gia tăng hoạt tính của hệ thần kinh tự chủ, gây tăng nhịp đập và sức co bóp của tim, nên sự nhận ra của người bệnh về những thay đổi này lại có thể dẫn tới một cái vòng luẩn quẩn mà về sau có thể dẫn đến thiếu năng.

Dánh trống ngực có thể được người bệnh mô tả dưới đủ loại thuật ngữ như "ngã xuống", "đập mạnh", "rót xuống" và hiển nhiên là trong phần lớn các trường hợp, lời than phiền này ám chỉ một cảm giác nhịp tim bị hỗn loạn. Tính nhạy cảm với những thay đổi trong hoạt tính của tim khác nhau rất nhiều tùy

từng người. Một số người bình như không nhận ra rối loạn nhịp tim nghiêm trọng nhất vàほん độn nhất, một số khác hết sức bối rối với một ngoại tâm thu bất ngờ. Những người bệnh có các trạng thái lo âu thường bộc lộ một nỗi sợ hãi bị đánh trống ngực vì những rối loạn tần số và nhịp tim. Cảm giác đánh trống ngực có chiều hướng thấy nhiều hơn về ban đêm và trong những lúc dùng phương pháp nội quan, song ít cảm thấy rõ lúc đang hoạt động. Những người có bệnh tim và các rối loạn mẫn tính về tần số, nhịp tim hoặc thể tích tổng máu có xu hướng thích nghi tốt với các bất thường này và thường ít nhạy cảm hơn với các biến cố như vậy so với những người bình thường. Người bệnh có nhịp tim nhanh dai dẳng và (hoặc) rung nhĩ có thể không có cảm giác đánh trống ngực liên tục, ngược lại với trường hợp thay đổi đột ngột thoáng qua của tần số hay nhịp tim thường gây cảm giác rất khó chịu. Đánh trống ngực đặc biệt gây cảm giác gây khó chịu nếu nguyên nhân thúc đẩy tăng tần số tim hay tăng sức co bóp của tim hoặc gây loạn nhịp vừa mới xảy ra, thoáng qua và từng đợt. Ngược lại ở những người dễ thích nghi cảm xúc thì đánh trống ngực dần dần trở thành triệu chứng ít gây khó chịu hơn mặc dù có các nguyên nhân thực sự (thiếu máu, ngoại tâm thu, bao nhĩ thất hoàn toàn).

SINH BỆNH DO ĐÁNH TRỐNG NGỰC Trong các điều kiện bình thường người khỏe mạnh có khí chất trầm tĩnh hoặc ngay cả người có khí chất trung bình cũng không cảm thấy tiếng đập nhịp nhàng của trái tim. Người bình thường có thể cảm thấy đánh trống ngực nếu căng thẳng vì gắng sức hoặc do xúc động hay hoạt động tình dục. Kiểu đánh trống ngực này mang tính chất sinh lý và tiêu biểu là sự cảnh tỉnh rằng tim hoạt động quá mức - nghĩa là, tim đang đập với một tần số nhanh và súc co bóp tăng. Đánh trống ngực do hoạt động quá mức của tim cũng có thể xảy ra trong một số trạng thái bệnh lý như sốt, thiếu máu cấp diễn hoặc nồng, hay nhiễm độc tuyển giáp.

Nếu có cảm giác đánh trống ngực nặng nề và đều đẽ thường do thể tích tổng máu tăng và phải đặt vấn đề xem có luồng trào ngược động mạch chủ không hoặc có các loại các trạng thái tuần hoàn tăng động không (thiếu máu, đờ động-tĩnh mạch, nhiễm độc tuyển giáp và cái gọi là hội chứng tim

tăng động vô căn). Đánh trống ngực cũng có thể xuất hiện ngay sau khi khởi phát chậm nhịp tim như khi đột ngột xuất hiện bao nhĩ-thất hoàn toàn hoặc xảy ra trong lúc chuyển từ rung nhĩ sang nhịp xoang. Những cử động bất thường của tim bên trong lồng ngực cũng thường là cơ chế gây đánh trống ngực. Do vậy, cần đánh giá nhịp đập sai lạc và (hoặc) nghỉ bù, là vì cả hai biến cố này đều có thể kèm thay đổi hoạt động của tim.

CÁC NGUYÊN NHÂN CHÍNH GÂY ĐÁNH TRỐNG NGỰC Xem thêm chương 184.

Ngoại tâm thu Trong phần lớn các trường hợp, chẩn đoán dựa vào lời kể của người bệnh. Hiện tượng bóp sớm và tiếng đập sau bóp sớm thường được mô tả là một "tình trạng hăng hụt hoặc người bệnh có thể nói rằng anh ta có cảm giác như thể "quả tim bị lộn". Giai đoạn nghỉ tiếp theo nhát bóp sớm có thể được cảm thấy như ngừng đập thực sự. Nhát bóp đầu tiên của tim thất kế tiếp giai đoạn nghỉ có thể được cảm thấy như một tiếng đập mạnh bất thường và sẽ được mô tả như là "tiếng thình thình" hay "tiếng huych". Nếu số lần ngoại tâm thu quá dày, thì về lâm sàng có thể phân biệt với rung nhĩ bằng bắt cù thủ thuật nào khả dĩ làm tăng rõ rệt tần số đập của thất; nếu tần số tim ngày càng tăng thì số lần ngoại tâm thu thường giảm và sau đó biến mất, trong khi tinh không đều thất của rung nhĩ lại tăng.

Nhịp tim nhanh lạc chỗ Những rối loạn này được xem xét chi tiết ở chương 184, là triệu chứng thường gặp và là nguyên nhân quan trọng về mặt nội khoa gây ra đánh trống ngực. Nhịp nhanh thất, một trong các loạn nhịp quan trọng nhất, ít khi được biểu hiện như đánh trống ngực; rối loạn này có thể liên quan đến trình tự không bình thường, do đó làm giảm sự phối hợp và sức mạnh của nhát bóp tim thất. Nếu khám người bệnh ngoài cơn thì việc chẩn đoán nhịp tim nhanh lạc chỗ và kiểu của nó thường phải dựa vào bệnh sử, song chỉ có thể chẩn đoán chính xác bằng ghi điện tim và quan sát hậu quả của thao tác ấn vào xoang cảnh trong cơn. Phương thức khởi phát và kết thúc là chỉ dẫn quan trọng nhất để phân biệt nhịp nhanh xoang với các loại nhịp tim nhanh lạc chỗ; nhịp xoang nhanh bắt đầu và ngừng lại trong tiến trình kéo dài nhiều phút

hoặc nhiều giây song không kết thúc tức thì như trong nhịp lạc chỗ. Ghi điện tim liên tục theo dõi ngoại trú (Holter) và hỏi người bệnh để ghi chép hàng ngày thời điểm bắt đầu và kết thúc các cơn đánh trống ngực là cực kỳ hữu ích trong việc xác định nguyên nhân của triệu chứng này.

Các nguyên nhân khác Những nguyên nhân này gồm nhiễm độc tuyển giáp (chương 324), sốt (chương 9) và dùng thuốc. Mối liên quan giữa sự xuất hiện đánh trống ngực với việc dùng thuốc lá, cà phê, chè, rượu, epinephrin, ephedrin, aminophyllin atropin, hoặc chiết xuất tuyển giáp thường là hiển nhiên.

Bảng 4-1 Các dữ kiện cần khai thác khi hỏi bệnh sử

Có phải đánh trống ngực xảy ra :	Nếu có nghỉ ngơi tối
• Như "buộc nhảy" đơn độc ?	• Ngoại tâm thu
• Trong các cơn, được biết là bắt đầu đột ngột, với tần số tim 120/phút hoặc hơn, nhịp đều hay không đều ?	• Hoạt động tim nhanh kịch phát
• Không phụ thuộc luyện tập hoặc hưng phấn đã giải thích triệu chứng?	• Rung nhĩ, cuồng động nhĩ, nhiễm độc tuyển giáp, thiếu máu trạng thái sốt, hạ đường huyết, trạng thái lo âu
• Trong cơn xuất hiện mau lẹ mặc dù không tuyệt đối đột ngột, không có liên quan đến luyện tập hoặc hưng phấn ?	• Xuất huyết, hạ đường huyết, khối u tử cung thận
• Có kết hợp với việc dùng thuốc không ?	• Thuốc lá, cà phê, rượu, epinephrin, ephedrin, aminophyllin, atropin, chiết xuất tuyển giáp các chất ức chế men monoamin oxidaza
• Lát đúng ?	• Hạ huyết áp tự thể đứng
• Ở phụ nữ trung niên, đồng thời có đỏ mặt và vã mồ hôi ?	• Hội chứng mãn kinh
• Nếu tần số được biết là bình thường và nhịp đều ?	• Trạng thái lo âu .

Danh trống ngực như một biểu hiện của trạng thái lo âu

Mọi người dù có thể chất khỏe mạnh và dễ thích nghi cảm xúc vẫn có thể có cảm giác đánh trống ngực trong một số điều kiện nào đó. Trong hoặc ngay sau khi gắng sức hoặc trong lúc đang căng thẳng cảm xúc bất ngờ thì thường có đánh trống ngực và thường có kèm nhịp xoang nhanh. Ở những người kém thích nghi mà không có bệnh tim thực thể, thì nhịp xoang do luyện tập có thể quá nhanh và có kèm đánh trống ngực.

Ở một số người, đánh trống ngực có thể là một trong những biểu hiện nổi bật của một đợt lo âu cấp diễn. Ở những người khác, đánh trống ngực, có

thể, cùng với các triệu chứng khác, tiêu biểu cho chứng lo âu do loạn thần kinh chức năng hoặc một rối loạn dai dẳng với nét đặc trưng là chức năng tự chủ không ổn định. Người ta không rõ có phải những bệnh này chỉ đơn thuần là một biểu hiện của một tình trạng lo âu thầm kín mạn tính lồng vào một hệ thần kinh tự chủ bình thường hay chúng tùy thuộc tình không ổn định của hệ thần kinh tự chủ vô luận ra sao, ý nghĩa lâm sàng của sự phân biệt giữa các hình thái nhất thời và kéo dài là ở chỗ thể thứ nhất thường tiêu tan nếu được thầy thuốc làm yên lòng, còn thể thứ hai thường dai dẳng mặc dù đã được chuyên gia tâm thần chăm sóc chu đáo nhất. Trường hợp thứ hai này cần được điều trị bằng

biện pháp hỗ trợ thêm lý với kế hoạch chu đáo nhất và các thuốc tránh an. Hình thái đánh trống ngực mạn tính này được biết dưới dù loại thuật ngữ như *hội chứng Da Costa*, *đau tim người lanh*, *hội chứng gắng sức, tim dễ kích thích, suy nhược thần kinh mẫn cảm*, và *bệnh tim mạch chức năng*.

Khám thực thể. thường phát hiện những dấu hiệu của hội chứng tăng động. Các dấu hiệu này bao gồm một hiện tượng nhỏ lên ở cạnh ức trái, một tiếng thổi tâm thu vùng trước tim hay vùng móm tim, một áp lực mạch rộng, mạch tăng nhanh và vã mồ hôi. Điện tâm đồ có thể cho thấy ST chệch xuống nhẹ và sóng T đảo ngược và đôi khi khiến chẩn đoán làm là bệnh mạch vành; đặc biệt, hiện tượng này xảy ra chắc chắn là khi các dấu hiệu nói trên đi kèm những lời than phiền của người bệnh là một cảm giác đau thắt dưới xương ức, thường xuất hiện trong stress cảm xúc. Sự hiện diện bất cứ một bệnh thực thể nào cũng là một trong những nguyên nhân phổ biến nhất của mối lo âu tiềm ẩn thường thúc đẩy hội chứng chức năng này. Do vậy, ngay cả khi một người bệnh có bằng chứng khách quan mắc một bệnh tim không thể nghi ngờ, thì phải xem xét khả năng một tình trạng lo âu lồng thêm vào có thể là nguyên nhân gây ra các triệu chứng được mô tả ở trên. Đánh trống ngực đi kèm với bệnh tim thực thể thì hầu như bao giờ cũng có loạn nhịp hay nhịp tim nhanh, trong khi triệu chứng có thể vẫn tồn tại với nhịp đều hòa và với một tần số tim 80 lần/phút hoặc ít hơn ở những người bệnh có trạng thái lo âu. Một trạng thái lo âu ngược lại với bệnh tim, gây ra một kiểu thở dài. Đau khu trú ở móm tim cũng vậy, hoặc ngắn ngủi và gây nhức nhối hoặc kéo dài hàng giờ hay hàng ngày và có kèm tăng cảm giác đau, thì thường do một số trạng thái lo âu chứ không do một bệnh tim thực thể. Cảm giác choáng váng do hội chứng này gây ra thường có thể lặp lại được bằng nghiệm pháp tăng thông khí hoặc bằng cách đổi tư thế nằm sang tư thế đứng.

Điều trị trạng thái lo âu có đánh trống ngực là một việc khó và tùy thuộc vào việc loại bỏ nguyên nhân. Trong nhiều trường hợp, chỉ cần khám tim một cách kỹ lưỡng và nhấn mạnh không có gì là bất thường cả là đủ. Việc đưa ra lời khuyên nên tập thể dục nhiều hơn sẽ tạo thuận lợi cho những điều nhấn mạnh đó. Nếu trạng thái lo âu là một biểu hiện của

một lo âu do loạn thần kinh chức năng mạn tính hoặc một rối loạn cảm xúc liên hệ thì các triệu chứng chắc sẽ tồn tại lâu hơn.

Bảng 4-1 Tóm tắt những điểm chính cần khai thác trong bệnh sử để làm sáng tỏ ý nghĩa của đánh trống ngực ghi diện tâm đồ ngoại trú và mối tương quan chính xác về thời gian giữa tần số tim và nhịp tim với sự hiện diện đánh trống ngực là cực kỳ hữu ích trong việc xác định hay loại trừ một loạn nhịp nếu đánh trống ngực không xuất hiện khi người bệnh được thăm khám trực tiếp - Hiệu quả việc điều trị chống loạn nhịp cần được đảm bảo một cách khách quan theo cách này mà không bắt buộc chỉ dựa vào triệu chứng chủ quan của người bệnh. Phong bế các thực thể giải phóng adrenalin beta bằng propanolol, bắt đầu là 40 mg trong một ngày chia thành nhiều lần, có thể lên tới 400 mg trong một ngày, có thể là một biện pháp cực kỳ hữu ích cho những người bệnh đánh trống ngực và có nhịp xoang hay nhịp tim xoang nhanh.

Một điều đáng được nhấn mạnh đặc biệt: vì thông thường đánh trống ngực gây ra lo âu và sợ hãi bất kể nặng hay nhẹ. Nếu nguyên nhân xác định được chắc chắn và ý nghĩa được giải thích cho người bệnh thì nỗi lo lắng của họ thường được giải tỏa và có thể mất đi hoàn toàn.

5. ĐAU BỤNG

Đánh giá đúng đắn đau bụng cấp là một trong những thử thách lớn nhất đối với bất cứ người thầy thuốc nào. Vì liệu pháp thích hợp thường đòi hỏi hành động khẩn cấp, nên cách tiếp cận không vội vàng thích hợp với việc nghiên cứu các bệnh khác là không thể chấp nhận. Một số ít tình huống lâm sàng khác đòi hỏi kinh nghiệm và xét đoán nhiều hơn là những biến cố bị đặt nhất có thể được báo hiệu bằng những triệu chứng hay dấu hiệu sinh lý nhất. Trong đau bụng cấp, khai thác bệnh sử chi tiết và khám thực thể tỉ mỉ có tầm quan trọng hơn bất cứ một bệnh cảnh lâm sàng nào khác trong y học. Cách phân loại bệnh căn trong bảng 5-1 tuy chưa hoàn chỉnh nhưng nó hình thành một cái khung quy chiếu hữu ích cho việc đánh giá người bệnh đau bụng cấp.

Bảng 8.1. Một số nguyên nhân quan trọng gây đau bụng

I. Đau phát sinh tại bụng

A. Viêm phúc mạc thành:

- Nhiễm khuẩn: thủng ruột thừa, viêm nhiễm trong hố chậu.
- Kích thích hóa học: thủng vết loét tiêu hóa, viêm tụy các thuốc giảm đau.

B. Tắc cơ học các tạng rỗng:

- Tắc ruột non hoặc ruột già.
- Tắc đường mật.
- Tắc niệu quản.

C. Rối loạn mạch máu:

- Tắc mạch hoặc huyết khối.
- Vỡ mạch máu.
- Chèn ép hoặc nghẽn mạch do xoắn.
- Bệnh thiếu máu hồng cầu liềm.

D. Thành bụng:

- Xoắn hoặc co kéo mạc treo.
- Chấn thương hoặc viêm cổ.

II. Đau phát sinh từ ngoài lân gần bụng:

A. Lồng ngực như viêm phổi, đau do nghẽn mạch vành

B. Cột sống như viêm rễ thần kinh trong viêm khớp

C. Bộ phận sinh dục như xoắn tinh hoàn.

III. Các nguyên nhân chuyển hóa:

A. Ngoại sinh:

- Nhện đen cắn.
- Nhiễm độc chì và các chất khác.

B. Nội sinh:

- Tăng urê huyết.
- Toan máu tăng thể xé tách trong đại tháo đường.
- Rối loạn chuyển hóa porphyrin.
- Các yếu tố dị ứng (thiếu chất ức chế men C₁ esterase).

IV. Các nguyên nhân thần kinh:

A. Thực ảo:

- Bệnh Ta bet

2. Bệnh Zona

3. Chứng hóa thống và các chứng khác.

B. Cơ năng:

Chẩn đoán "bụng ngoại khoa" hay "bụng cấp" thường được đưa ra tại các buồng cấp cứu là không thể chấp nhận do ý nghĩa sai lạc, nhầm lẫn của các từ này. Những "bụng cấp" điển hình có thể không cần phải mở trong khi những trường hợp đau bụng nhẹ nhất lại có thể cứu chữa được một cách khẩn cấp. Bởi cứ người bệnh nào mới bị đau bụng cũng cần được đánh giá sớm, kỹ lưỡng với những thủ nghiệm đặc hiệu nhằm chẩn đoán chính xác.

MỘT SỐ CƠ CHẾ ĐAU PHÁT SINH TẠI Ổ BỤNG

Viêm phúc mạc thành:

Phúc mạc thành viêm gây đau chói liên tục ngay tại vùng bị viêm và có thể biết chính xác vùng này vì đau được truyền bằng các dây thần kinh thần thể phân bố tại phúc mạc thành nằm ngay trên vùng đó. Mức độ đau phụ thuộc bản chất, khối lượng và thời gian tiếp xúc của các chất lỏng với bề mặt phúc mạc. Ví dụ, một lượng nhỏ dịch toan dạ dày vô trùng thoát đột ngột vào ổ bụng gây đau nhiều hơn một lượng tương đương phần trung tính bị nhiễm nấm. Dịch tuy có hoạt tính men gây đau và viêm nhiều hơn một lượng mật vô trùng tương đương nhưng không có hoạt tính men. Máu và nước tiểu thường ít gây kích thích nên dễ bị bỏ qua nếu chúng thoát ra từ tử với khối lượng ít vào ổ bụng. Trong trường hợp nhiễm khuẩn, như viêm hố chậu chẳng hạn, lúc đầu thường đau nhẹ cho đến khi vi khuẩn nhân lên và sản sinh ra các chất gây kích thích. Chỉnh tốc độ tiếp xúc của chất gây kích thích với phúc mạc đóng vai trò quan trọng thanh thử cung là loét dạ dày tá tràng thông thường có thể có nhiều bệnh cảnh làm sảng hoản toàn khác nhau tùy thuộc chì vào tốc độ dịch vị thoát vào ổ bụng mà thôi. *Đau do viêm màng bụng luôn luôn tăng lên do ăn vào, tinh nhạy cảm của màng bụng hoặc do sờ nắn hay cử động như ho hay hắt hơi.* Vì vậy người bệnh viêm phúc mạc thường nằm yên trên giường, tránh mọi cử động trái với những người có cơn đau quặn lại thường quằn quại liên tục.

Một nét đặc trưng khác của kích thích phúc mạc là

hiện tượng co cứng phần xạ cơ thành bụng khu trú nơi phúc mạc bị tổn thương. Mức độ co cứng này phụ thuộc vị trí, tốc độ phát triển của quá trình viêm và tính toàn vẹn của hệ thần kinh. Viêm ruột thừa sau mạnh tràng vỡ hay thủng ổ loét đó vào hau cung mạc nối gây co cứng nhẹ hoặc không biểu hiện nhờ tác dụng bảo vệ của các tạng này. Quá trình viêm phát triển chậm làm giảm co cứng trong đau bụng do viêm phúc mạc. Những trường hợp cấp cứu bụng hết sức trầm trọng như thủng ổ loét nhiều khi không thể phát hiện được đau và co cứng thành bụng nếu những người bệnh quá già yếu, người trong trạng thái ý thức u ám hoặc người mắc bệnh tâm thần.

Tắc các tạng rỗng

Dau từng cơn hoặc quẩn quại là triệu chứng cổ điển được mô tả trong tắc các tạng rỗng, nhưng ở đây không có đặc điểm chuột rút. Một tạng rỗng bị căng cũng có thể gây đau liên tục và thường rất ít có cơn đau trội. Ở đây, đau gần như không khu trú như trong viêm phúc mạc nên cần nắm được một số điểm chung về sự phân bố đau.

Tắc ruột non thường gây đau quẩn trên hoặc quanh rốn và ít khu trú. Cơn đau quẩn giảm dần do ruột ngày càng giãn và mất trương lực. Trong tắc do nghẽn, đau có thể lan tỏi tận thất lồng do có sự co kéo gốc mạc treo. Tắc ruột già gây đau quẩn nhẹ hơn so với tắc ruột non, đau thường ở vùng dưới rốn và lan đến thất lồng.

Dứt ngắt căng giãn đường mật ít gây đau quẩn thành cơn mà thường là đau liên tục nên thuật ngữ *dau quẩn mật* là không đúng. Căng giãn túi mật đột ngột thường gây đau vùng hạ sườn phải lan lên sau ngực phải hoặc dính vai phải còn căng giãn ống mật chủ gây đau vùng thượng vị lan ra phần trên thất lồng. Tuy vậy, các đặc điểm trên cũng rất thay đổi nên nhiều khi không thể phân biệt được các nguyên nhân gây đau. Thường không thấy thể diễn hình là đau lan lên xương bả vai hoặc lan xuống thất lồng. Giãn đường mật từ từ như trong ung thư đại tràng tuy không gây đau hoặc chỉ gây cảm giác đau nhẹ vùng thượng vị hay hạ sườn phải. Dau do căng giãn các ống tuy có đặc điểm giống như được mô tả trong giãn ống mật chủ nhưng đau tăng lên khi cúi xuống và giảm đi ở tư thế thẳng.

Tắc bằng quang chỉ gây đau mơ hồ vùng trên xương mu. Đôi khi ở người có ý thức u ám, căng giãn bằng quang chỉ biểu hiện dưới dạng vật vã không rõ nguyên nhân cụ thể. Ngược lại, tắc niệu quản thành gây đau dữ dội vùng mạng sườn và trên xương mu lan xuống dương vật, bìu hoặc mặt trong đùi. Tắc chỗ nối niệu quản với bể thận gây đau góc sườn lưng. Tắc phần còn lại của niệu quản gây đau mạnh sườn lan với vùng bụng tương ứng.

Các rối loạn mạch máu

Người ta hay tưởng nhầm rằng rối loạn các mạch máu trong ổ bụng gây đau đột ngột và dữ dội. Tắc mạch hoặc huyết khối động mạch treo tràng trên hay doa vỡ phình động mạch chủ bụng đôi khi gây đau dữ dội và lan tỏa. Tuy vậy, trong đa số các trường hợp này, người bệnh chỉ cảm thấy đau âm ỉ liên tục và lan tỏa 2-3 ngày trước khi có các dấu hiệu truy mạch hay viêm phúc mạc. Biểu hiện này sớm nhưng ít giá trị chẩn đoán và thường do tăng nhu động ruột hơn là do viêm phúc mạc. Dau bụng âm ỉ và lan tỏa không kèm theo cảm ứng hay cứng bụng ở người có những biểu hiện bệnh mạch máu là nét khá đặc biệt của nghẽn động mạch treo tràng trên. Dau bụng lan xuống vùng xương cùng, mạng sườn hoặc bộ phận sinh dục thường là dấu hiệu của doa vỡ phình mạch chủ bụng. Dau thường xuất hiện và tồn tại nhiều ngày trước khi xuất hiện truy mạch do vỡ.

Thành bụng

Dau do thành bụng thường chói và liên tục. Cử động, sờ nắn làm tăng đau và gây co cơ. Khi có khối mava tự ở lớp áo ngoài đại tràng do dùng thuốc chống đông, có thể sờ được một khối u ở bụng dưới. Phân biệt viêm cơ thành bụng với bệnh lý trong ổ bụng gây đau cùng một vùng dựa vào đặc điểm viêm nhiều cơ ở những nơi khác trên cơ thể.

ĐAU BỤNG DO NGUYỄN NHÂN NGOÀI BỤNG

Dau ngực, cột sống hay bộ phận sinh dục lan tỏi bụng gây khó khăn trong chẩn đoán vì nhiều bệnh ở phần trên ổ bụng như viêm túi mật cấp, thủng vết loét, áp xe dưới cơ hoành cũng thường có những biểu hiện tại lồng ngực. Ở một người đau bụng, đặc biệt khi đau bụng trên, nghĩ tới khả năng bị bệnh

trong lồng ngực là điều hết sức quan trọng để chẩn đoán, nhưng điều này lại thường bị bỏ quên. Hồi bệnh và thăm khám có hệ thống để xác định có nhồi máu cơ tim, nhồi máu phổi, viêm phổi, viêm màng ngoài tim và các bệnh lý thực quản (là những bệnh trong lồng ngực hay già dạng cấp cứu ở bụng) hay không thường sẽ giúp chẩn đoán đúng. Viêm màng phổi sát cơ hoành do nhồi máu phổi, viêm phổi thường gây đau halsuon phải và cả vùng dưới đòn nên thường phải được phân biệt với đau dưới bả vai do giãn đường mặt ngoài gan cấp tính. Quan sát kỹ càng, đều đặn trong nhiều giờ đồng thời hồi bệnh và khám nhiều lần sẽ cung cấp cho thầy thuốc những chi tiết hợp lý để có chẩn đoán chính xác nguyên nhân đau bụng. Đau từ ngoài lan xuống bụng thường gây cố định lồng ngực bên tồn thương, thở chậm hơn và biến độ hô hấp cũng giảm hơn đau do bệnh lý trong ổ bụng. Trong loại đau này, co cơ thành bụng sẽ giảm đi khi thở vào trong khi co cơ vẫn tồn tại suốt cả hai thi hô hấp trong đau do bệnh lý tại bụng. Sở vào vùng đau do lan từ chỗ khác tới không làm tăng đau mà thậm chí còn làm dịu đau. Chẩn đoán sẽ trở nên hết sức khó khăn hoặc không thể thực hiện được nếu cùng tồn tại bệnh cả ở lồng ngực và ổ bụng. Chẳng hạn ở một người có bệnh đường mặt cũ thường có đau thường vị khi bị nhồi máu cơ tim, còn ở người đã từng bị cơn đau thắt ngực, khi bị bệnh đường mặt, cơn đau sẽ thường lan đến vùng trước tim hoặc vai trái. Cơ chế đau lan này được nêu ở chương 3.

Đau do chèn ép cột sống hay do kích thích rễ thần kinh lan đến bụng thường đặc biệt tăng lên khi cử động như ho, hắt hơi hay cõng người và có tăng cảm giác đau ở vùng da do rễ thần kinh bị bệnh chi phối. Đau từ tinh hoàn, túi tinh lan tới thường ít chói, ít khu trú và tăng lên khi ăn vào các bộ phận ấy.

CƠN ĐAU BỤNG DO RỐI LOẠN CHUYỂN HÓA

Đau bụng do rối loạn chuyển hóa gần giống với bất kỳ loại đau nào phát sinh từ ổ bụng. Nhiều cơ chế cùng tham gia vào loại đau này. Nhiều khi bản thân bệnh chuyển hóa, như tăng lipit huyết chẳng hạn, có thể gây bệnh lý tại ổ bụng như viêm tụy, nếu không chẩn đoán được sẽ dẫn đến mở bụng người bệnh một cách không cần thiết. Phù thắn kinh mạch

máu trong chứng thiếu C₁-esteraza cũng gây những cơn đau bụng dữ dội. Vì vậy, phải nghĩ tới nguyên nhân chuyển hóa trong bất kỳ trường hợp nào mà nguyên nhân đau bụng chưa tìm được. Đau bụng cũng là một biểu hiện chính của sốt vùng Địa Trung Hải có tính chất già dinh (chương 27).

Việc phân biệt nguyên nhân trong loại đau này thường khó khăn. Đau quặn bụng do rối loạn chuyển hóa porphyrin và ngộ độc chỉ thường khó phân biệt với cơn đau do tắc ruột non vị cả hai loại đau này cũng có đặc điểm là tăng mạnh nhu động ruột. Đau bụng do tăng urê huyết hoặc do dài tháo đường thường không đặc hiệu. Cả vị trí lẫn cường độ đau và nhạy cảm thành bụng đều rất thay đổi. Viêm ruột thừa cấp tính và tắc ruột có thể làm trầm trọng thêm mức độ nhiễm toan trong bệnh dài tháo đường, nên khi chống toan không làm dịu tức thì cơn đau, cần phải nghĩ tới và phát hiện các bệnh thực thể đi kèm. Nhện đen cắn gây đau dữ dội, cũng cơ thành bụng và cứng cả lưng là nơi mà các tồn thương tại ổ bụng ít khi gây nên biểu hiện này.

CÁC NGUYÊN NHÂN THẦN KINH

Chứng hóa thống thường xuất hiện trong những bệnh có tồn thương đường thần kinh cảm giác. Trong chứng này, đau có đặc điểm rất như bóng, khu trú theo vùng chi phối của dây thần kinh ngoại biên bị bệnh. Những kích thích rất bình thường như sờ mó hoặc thay đổi nhiệt độ tại chỗ có thể gây đau theo kiểu này. Nhiều khi đau tự phát khi người bệnh đang nằm nghỉ. Có thể phát hiện một dây thần kinh tồn thương có nhỡ đặc điểm phân bố không đồng đều trên da của loại đau này. Sở nhẹ cũng có thể gây tăng đau, nhưng không gây cứng cơ bụng và hô hấp không bị biến đổi. Đau không liên quan với ăn uống và ít khi gây chướng bụng.

Đau do rễ hoặc dây thần kinh gai sống có đặc điểm như dao cắt, xuất hiện và mất đi rất đột ngột (chương 7). Đau bụng cũng có thể do bệnh Zona, do tác động của viêm khớp, khối u hay thoát vị đĩa đệm trung tâm, dài tháo đường hoặc giang mai. Loại đau này cũng không liên quan với bữa ăn, không gây chướng bụng, không làm thay đổi hô hấp. Có thể có co cơ thành bụng rõ rệt giống như trong bệnh ta bét nhưng nắn bụng không làm tăng mà thậm chí có thể làm dịu cơn co. Vận động cột sống làm đau

tăng lên nhưng đau cũng chỉ khu trú ở một vài vùng da nhất định. Có thể có tăng cảm giác da.

Đau do tâm lý không giống bất kỳ loại đau nào kể trên. Rất khó xác định cơ chế đau. Hay gặp ở phụ nữ trẻ hay người ở lứa tuổi đang trưởng thành có đặc điểm nhân cách hysteria và họ thường đã mô cát ruột thừa hay một bộ phận nào đó vì lý do đau kiểu này. Sự rung trống hay một sự việc tự nhiên thông thường khác gây đau thoáng qua nhưng với họ có thể là một sự cố nghiêm trọng tại ổ bụng. Vị trí đau rất thay đổi và không liên quan đến ăn uống, thường khởi phát và tăng lên rõ rệt về đêm. Nhiều khi người bệnh khẳng định là có buồn nôn và nôn nhưng các thầy thuốc thường không thấy có các triệu chứng này. Ít gặp co cứng bụng và nếu có cũng không liên tục và sẽ mất đi khi người bệnh không chú ý vào chỗ khám. Nhạy cảm thành bụng cũng rất ít gặp và nếu có cũng không có co cứng cơ khi sờ vào vùng cảm ứng. Hay gặp hạn chế biến độ hô hấp với cảm giác bóp nghẹt hay ngực ngạt nên người bệnh càng thêm lo lắng nhưng ít gây cố định lòng ngực và biến đổi tần số hô hấp.

TIẾP CẬN VỚI NGƯỜI BỆNH BỊ ĐAU BỤNG

ít có những bệnh lý ở bụng đòi hỏi can thiệp ngoại khoa cấp bách tới mức gạt bỏ cả những trật tự thông thường, dù bệnh nặng tới đâu. Chỉ khi người bệnh bị chảy máu dữ dội mới phải vào phòng mổ ngay, nhưng những trường hợp này chỉ cần ít phút là đủ để đánh giá mức độ trầm trọng của bệnh. Lúc ấy, mọi trở ngại đều phải loại bỏ. Nhiều người bệnh loại này đã chết tại phòng cấp cứu hay tại khoa điện quang trong khi ngồi đợi làm các xét nghiệm không cần thiết như điện tim hay chụp phim. *Khi có chảy máu ở ống, không có bất cứ một chống chỉ định phẫu thuật nào.* Dù hết sức nguy hiểm nhưng may mắn là trong thực tế tình huống này tương đối hiếm.

Không gì có thể thay thế được việc khai thác bệnh sử chi tiết một cách cẩn thận và hệ thống. Việc này quan trọng hơn bất cứ một xét nghiệm hay chụp điện nào, nhưng nó cũng gây vất vả, mất thời giờ nên thường không được làm đều đặn. Vậy mà trong đa số trường hợp, việc chẩn đoán chính xác lại chỉ nhờ vào bệnh sử đơn thuần. Việc tìm nguyên nhân đau bụng cấp tính không khó khăn lắm nhưng với đau

bụng mạn tính thì khó hơn nhiều. Vì hội chứng ruột kích thích là một trong những nguyên nhân đau bụng phổ biến nhất nên cần nghĩ đến nguyên nhân này khi chẩn đoán (xem chương 239).

Trình tự diễn biến của các triệu chứng trong bệnh sủ thường phải được coi trọng hơn vị trí đau. Nếu người thầy thuốc sáng suốt và không vội vàng, biết đặt câu hỏi phù hợp và biết lắng nghe thì thường chính người bệnh sẽ cung cấp chẩn đoán. Cần đặc biệt chú ý đến các vùng ngoài ổ bụng hay gây đau lan tới bụng. Việc hỏi chính xác chu kỳ kinh nguyệt ở người bệnh là phụ nữ là rất quan trọng. Không bao giờ được cho thuốc ngủ, thuốc giảm đau chung nào chưa có chẩn đoán hay một kế hoạch chắc chắn vì các thuốc này sẽ làm cho việc khai thác bệnh sủ và đánh giá các triệu chứng thực thể khó khăn.

Trong quá trình thăm khám, quan sát cẩn thận về mặt, tư thế nằm, động tác thở của người bệnh sẽ có thể tìm được những dấu mồi có giá trị cho chẩn đoán. Lượng thông tin thu được được tương ứng chặt chẽ với thái độ ăn cần khéo léo và tinh tì mỉ của người khám. Một khi khám người bệnh viêm phúc mạc một cách thô bạo thì những người khám sau rất khó có thể đánh giá các triệu chứng được nữa. Nếu tim nhạy cảm phúc mạc bằng cách rút đột ngột bàn tay đang ấn sâu trên bụng khi nghĩ là bị viêm phúc mạc thì quả là tàn ác và không cần thiết. Có thể tìm được dấu hiệu này bằng cách bảo bệnh nhân ho hoặc gõ nhẹ lên bụng (tim nhạy cảm phúc mạc trên diện thu nhỏ), một thao tác nhẹ nhàng cho giá xác định rõ hơn nhiều. Động tác thô bạo nói trên sẽ làm khởi phát và tồn tại kéo dài sự co cứng bảo vệ ở những người bệnh hay lo lắng hoặc dễ giật dù và như vậy nhạy cảm phúc mạc thực sự sẽ không tìm được nữa.

Giống như khi khai thác bệnh sử, thời gian dành đủ cho khám thực thể là không gì thay thế được. Phải nhớ rằng những dấu hiệu ở bụng có thể rất kín đáo nhưng nếu được đánh giá cẩn thận và có những triệu chứng chắc chắn đi kèm thì có thể có ý nghĩa rất lớn. Nhiều khi viêm phúc mạc vùng hố chậu toàn không gây một dấu hiệu gì ở bụng nên việc thăm trực tràng và âm đạo là bắt buộc ở bất cứ người bệnh nào bị đau bụng. Có nhạy cảm khi thăm trực tràng, âm đạo trên một người bệnh không có dấu hiệu gì ở bụng không cho phép loại bỏ chỉ

định phẫu thuật các bệnh quan trọng như viêm ruột thừa, viêm túi thừa, u nang ruột trung xoắn hay các bệnh lý khác.

Cần hết sức lưu ý tới tiếng nhu động ruột, tính chất và tần số nhu động ruột. Nghe bụng là động tác ít được coi trọng nhất khi khám thực thể người bệnh đau bụng. Những hậu quả nghiêm trọng tại bụng như tắc ruột non do nghẹt hay viêm ruột thừa thủng có thể xảy ra ngay cả khi nhu động ruột vẫn bình thường. Ngược lại, khi phần ruột ngay trên chỗ tắc bị giãn và phồng nề nặng, tiếng nhu động ruột mất đặc tính ứng ục thường có của nó và trở nên rất yếu hoặc mất hẳn dù không có viêm phúc mạc. Mất tiếng nhu động ruột hay gặp trong viêm phúc mạc hóa học có khởi đầu đột ngột.

Dánh giá tình trạng nước trong cơ thể người bệnh rất quan trọng và cần thiết. Hematocrit và phân tích nước tiểu giúp đánh giá chính xác mức độ mất nước và vì vậy bồi phụ nước sẽ được tiến hành đúng đắn.

Các xét nghiệm cận lâm sàng có thể có giá trị lớn trong việc đánh giá tình trạng người bệnh, nhưng trừ một vài ngoại lệ, ít khi chúng có giá trị chẩn đoán. Tăng bạch cầu không bao giờ coi là yếu tố đơn độc để quyết định mổ hay không. Số lượng bạch cầu trên $20.000/\text{mm}^3$ có thể gặp trong thủng một tạng nhưng cũng có thể gặp trong viêm tụy, viêm túi mật cấp, viêm nhiễm vùng hố chậu hay nhồi máu ruột. Số lượng bạch cầu bình thường không phải là hiếm gặp trong các trường hợp thủng các tạng trong ổ bụng. Xác định thiếu máu nhiều khi có giá trị hơn kiểm số lượng bạch cầu, nhất là khi được kết hợp chặt chẽ với bệnh sử.

Phân tích nước tiểu có giá trị xác định mức độ mất nước, bệnh thận nặng, dài tháo đường hay nhiễm khuẩn đường tiết niệu. Định lượng bilirubin, nitro urê huyết thanh, đường huyết cũng cần thiết. Do nồng độ hoạt tính amylaza huyết thanh thường được đánh giá quá cao. Nghiên cứu trên những người viêm tụy được theo dõi chặt chẽ khi định lượng amylaza trong 72 giờ đầu, người ta thấy nồng độ amylaza dưới 200 đơn vị Somogyi trong 1/3 số trường hợp, nồng độ từ 200 đến 500 đơn vị chiếm 1/3 số trường hợp. Ngoài viêm tụy, các bệnh như thủng loét vú, tắc ruột do nghẹt, viêm túi mật cấp cũng có thể gây tăng nồng độ amylaza nên phải hết

sức thận trọng khi gạt bỏ một chỉ định phẫu thuật chỉ dựa vào nồng độ amylaza huyết thanh cao. Định lượng lipaza huyết thanh phần nào chính xác hơn amylaza.

Rửa phúc mạc là một thủ thuật chẩn đoán an toàn và hiệu quả ở những người đau bụng cấp đặc biệt là ở những nạn nhân bị chấn thương ở bụng do một vật tú, ở những người khám bụng gặp khó khăn do da chấn thương cộp sưng, xương chậu hay các xương sườn hay ở những người tràn máu trong khoang phúc mạc chỉ gây phản ứng nhẹ. Tùi mật là bộ phận duy nhất vẫn tiếp tục tiết mật sau khi bị thủng nên vùng túi mật phải được tránh xa. Việc đo pH dịch hút từ phúc mạc để chẩn đoán vị trí thủng là sai vì ngay cả dịch vị dạ dày có độ toan rất cao cũng bị định tiết phúc mạc trung hòa nhanh chóng.

Chụp bụng ở tư thế nằm ngửa, nằm nghiêng và đứng thẳng có giá trị lớn nhất. Không cần chụp bụng khi viêm ruột thừa hay thoát vị bẹn nghẹt, nhưng trong những trường hợp tắc ruột, thủng vết loét hoặc các bệnh khác phim chụp bụng có thể quyết định chẩn đoán.

Khi cần tìm hơi tự do trong ổ bụng, phải để người bệnh ở tư thế định chụp ít nhất 10 phút trước khi chụp sao cho không bỏ qua dù chỉ một lượng nhỏ nhất hơi tự do trong ổ bụng. Dội khi chụp đoạn trên ống tiêu hóa bằng barit hay chất hòa tan trong nước có thể phát hiện được tắc không hoàn toàn, tránh được nhiều biện pháp chẩn đoán khác. Nếu có nghi ngờ tắc ruột già phải tránh dùng sulfat barit bằng đường miệng mà nên thụt vi se mang lại những chỉ dẫn hết sức quan trọng để chẩn đoán tắc ruột già và vì vậy phương pháp này phải được sử dụng rộng rãi trong bất kỳ trường hợp nào không có dấu hiệu thủng.

Gần đây siêu âm tỏa có giá trị lớn trong việc phát hiện tụy và túi mật to, sói mật, hoặc ứ dịch và ứ mủ khu trú. Chụp nháy nháy bằng đồng vị phóng xạ có thể giúp chẩn đoán phân biệt viêm túi mật cấp với viêm tụy cấp.

Nhiều khi, ngay cả với điều kiện tốt nhất, có dù mọi phương tiện hỗ trợ và có kỹ năng lâm sàng tuyệt vời nhất vẫn không thể thiết lập được chẩn đoán chắc chắn ngay trong những lần khám xét đầu tiên. Tuy nhiên, dù chẩn đoán giải phẫu chưa rõ ràng,

nhưng với một thầy thuốc hay một số nhà ngoại khoa có kinh nghiệm và biết suy xét, thì chỉ cần dựa vào những dấu hiệu lâm sàng đơn thuần thôi cũng đủ để chỉ định phẫu thuật rồi. Dĩ nhiên là quyết định đó vẫn phải nghỉ ngơi, cảnh giác. Trong khi chờ đợi, hỏi kỹ và thăm khám lại nhiều lần sẽ có thể sáng tỏ bản chất của bệnh và sẽ có cách hành động phù hợp.

6. ĐAU ĐẦU

Thuật ngữ *đau đầu* bao hàm tất cả các loại đau ở đầu, nhưng trong ngôn ngữ thông thường người ta dùng từ *đau đầu* chỉ để nói tới những cảm giác khó chịu vùng vòm sọ. *Đau mặt, họng, thanh quản và cổ* sẽ được tả trong các chương 7 và 352 (xem bảng 6-1).

Đau đầu là một trong những cảm giác khó chịu thường gặp nhất của con người. Ý nghĩa của nó thường mập mờ vì nó có thể là dấu hiệu của một số bệnh tiềm ẩn trọng hoặc chỉ là biểu hiện của một mồi hay căng thẳng. Rất may là trong đa số các trường hợp chỉ phản ánh sự mệt mỏi, căng thẳng, chỉ trong những trường hợp rất ngoại lệ nó báo hiệu một bất thường nào đó trong hộp sọ. Chính vì ý nghĩa hai mặt, hoặc lành tính hoặc ác tính này, nên người thầy thuốc buộc phải cảnh giác với nó. Thái độ bao quát đối với đau đầu đòi hỏi sự hiểu biết sâu rộng cả về các bệnh lý nội khoa lẫn ngoại khoa mà đau đầu chỉ là một triệu chứng của chúng và nhất là cần có một phương pháp luận lâm sàng học đúng đắn để không bỏ sót một nguyên nhân nào.

ĐẠI CƯƠNG

Cần xem xét cẩn thận đặc điểm, vị trí, diễn biến và nhịp điệu của đau đầu cũng như các hoàn cảnh làm phát sinh hoặc làm giảm đau. Không may là trừ một vài trường hợp đặc biệt như viêm động mạch thái dương, còn đại đa số các trường hợp khác, việc khám thực thể tại đầu ít tác dụng.

Không mấy khi bệnh nhân có thể giúp ta mô tả rõ ràng *tính chất* đau đầu. Trong thực tế, việc gạn lọc về điều này làm bệnh nhân ngạc nhiên vì họ cho rằng bản thân từ *đau đầu* đã nói lên đầy đủ thông

tin về bản chất của sự khó chịu này. Da số đau đầu có thể là âm ỉ, ở trong sâu và đau chói. Một đôi khi người bệnh có thể nói là đau nhói hay đau rát bỏng ngay trên mặt da. Cũng có bệnh nhân nói bỏng này là đau như thắt, như ép hoặc đau muộn và tung đầu, là những từ chửng tỏ tình trạng căng cơ hoặc căng thẳng tâm lý.

Hỏi về *cường độ đau* ít có giá trị vì sẽ phản ánh thái độ bệnh nhân đối với đau hơn là mức độ đau thực sự. Người giỏi chịu đựng có xu hướng coi nhẹ sự khó chịu trong khi những người hay lo lắng, sầu não hay quan trọng hóa nó. Mức độ giảm năng lực là chỉ số có ích hơn. Trong cơn đau nửa đầu (migraine) nặng, ít khi bệnh nhân làm được công việc thường ngày. *Đau đầu* khiến bệnh nhân đang ngủ phải thức dậy hoặc làm bệnh nhân không ngủ được thường là do một nguyên nhân thực thể có thể tìm thấy được. Nói chung đau đầu dữ dội nhất có thể gặp trong những bệnh nặng như viêm màng não, xuất huyết dưới màng nhện hoặc trong các bệnh lành tính hơn như chứng đau nửa đầu và đau đầu *nóng đợt* kịch phát về đêm.

Các dữ liệu về *vị trí* đau thường có giá trị. Nếu đau xuất phát từ ngoài hộp sọ, là loại thường gặp, thì sự tương ứng với vùng đau thường khá chính xác. Viêm động mạch ngoài hộp sọ gây đau khu trú tại vùng có động mạch này. Tồn thương các xoang cảnh mũi, răng, mắt và các đốt sống cổ phía trên gây đau ở khu trú hơn nhưng vẫn lan theo vùng phân bố khá rõ. Các tồn thương trong so vùng hổ sau gây đau vùng gáy - chẩm cùng bên. Các tồn thương vùng trên lều tiểu não gây đau vùng thái dương - trán cùng bên. Tuy vậy, khu trú cũng có thể rất ít có tác dụng chẩn đoán và có thể gây nhầm lẫn. *Đau tai* chẳng hạn, dù có thể là do bệnh trong tai nhưng thường là do đau nơi khác như đau cổ lan đến hoặc đau mắt có thể lan tới tận chẩm hoặc cột sống cổ.

Diễn biến và *nhịp điệu* thời gian cả trong và ngoài cơn đau có nhiều tác dụng nhất. *Đau đầu* do xuất huyết não hay viêm màng não thường xuất hiện thành từng cơn riêng lẻ trong khoảng vài ngày. *Đau* từng đợt ngắn riêng lẻ từ 1 đến 2 giây trong hộp sọ (đau như búa bổ) khá phổ biến nhưng khó đánh giá và ít khi do bệnh chính nặng gây nên. *Đau* nửa đầu cổ diễn khởi phát vào buổi sáng hay ban ngày, đạt đỉnh điểm sau nửa giờ và kéo dài nhiều giờ đến

vài ngày nếu không được điều trị, thường kèm theo buồn nôn hoặc nôn thực sự và hết đau khi ngủ được. Rất ít khi có quá một cơn trong vòng một vài tuần. Khi cơn dày trên một cơn mỗi tuần thường là do đau đầu do căng thẳng kèm theo. Ngược lại với thể này, đau đầu thành đợt xuất hiện về đêm (2-3 giờ sau khi ngủ), trong hoặc trên hố mắt không nhói, nhanh chóng đạt tới mức tối đa, kéo dài nhiều tuần nhiều tháng, nhưng giảm nhanh trong vòng 1 giờ khi kết thúc. Đau đầu trong u não có đặc điểm xuất hiện bất cứ lúc nào trong ngày hay đêm, làm thức giấc, cường độ thay đổi, kéo dài từ vài phút tới hàng giờ. Theo bệnh sử tự nhiên thấy đau, có lần số và cường độ tăng dần trong vòng vài tháng. Đau đầu do căng thẳng một khi đã khởi phát thường kéo dài hàng tuần, hàng tháng, giao động kiểu vượng lên và dịu xuống từng giờ hay từng ngày.

Đau đầu có liên hệ ít nhiều với những biến cố sinh học hay những thay đổi hoàn cảnh cụ thể thường sẽ cho những thông tin chỉ báo. Đau đầu trước kỳ kinh da số giống đau do căng thẳng hay giống đau nửa đầu thể điển hình, là một phần của hội chứng tiền kinh và thường mất đi ngay ngày đầu thấy kinh. Đau đầu trong viêm các đốt sống cổ thường dữ dội nhất sau một giai đoạn không hoạt động nên những động tác đầu tiên sau khi ngủ dậy vừa khó, vừa đau. Đau đầu do tăng huyết áp cũng giống trong u não, thường xuất hiện lúc sáng dậy nhưng cũng như do bệnh các mạch máu khác, khi hưng phấn hoặc căng thẳng nó làm đau đầu tăng lên. Đau đầu do nhiễm trùng các xoang mũi xuất hiện đều đặn lúc sáng dậy và giữa buổi sáng, tăng lên khi cui hay lắc đầu. Đau đầu do căng mắt xuất hiện tự nhiên khi nhìn lâu như đọc sách, nhìn vào đèn pha khi lái xe hay xem truyền hình lâu. Không khí lạnh có thể gây đau trong cái gọi là đau đầu do xanh hoa hay đau đầu có nốt hoặc khi đã có sẵn bệnh khớp, bệnh đau thần kinh. Giận dữ, bức minh hoặc quá kích gây khởi phát chứng đau nửa đầu thông thường ở một số người đã sẵn mắc bệnh. Thường những người này hay bị đau nửa đầu thể thông thường hơn là thể cổ điển. Thay đổi tư thế, cui, gắng sức, ho và giao hợp gây ra một thể đau đầu đặc biệt, sẽ được mô tả sau. Đau đầu do gắng sức, một kiểu đau đã biết rõ khác, đau thường là nhẹ (chỉ một phần mười trường hợp có tổn thương nội soi) và sẽ hết đi sau vài tuần hoặc

vài tháng.

CÁC CẤU TRÚC NHẬY CẢM ĐAU Ở ĐẦU

Hiểu biết về đau đầu đã tăng lên nhiều nhờ những quan sát trong khi giải phẫu các cấu trúc nhạy cảm đau. Những cấu trúc sau đây nhạy cảm với các kích thích cơ học: (1) da, mô dưới da, cơ, động mạch, màng xương sọ; (2) các mô của mắt, tai, các hốc mũi và xoang; (3) các xoang tinh mạch trong sọ và các nhánh của chúng; (4) phần màng cứng ở đây não và các động mạch trong màng cứng, màng nhện - mềm và (5) các dây thần kinh tam thoa, thiết thần, phế vị cùng các dây gai sống cổ từ một đến ba. Một điều lý thú là đau gần như là cảm giác duy nhất khi các cấu trúc nói trên bị kích thích. Xương sọ, phần lớn màng nhện-mềm, màng cứng cũng như màng não không nhạy cảm với đau.

Các kích thích cảm giác từ đầu được truyền đến hệ thần kinh trung ương qua dây thần kinh tam thoa tới những cấu trúc trên lều trong hố trước và hố giữa và qua các dây đốt sống cổ từ một đến ba tới những cấu trúc trong hố sau và các cấu trúc dưới màng cứng. Các dây thần kinh sọ não số 9 và 10 chi phối vùng hố sau và truyền cảm giác đau tới tai và họng. Đau do các bệnh trong sọ thường được truyền tới một phần xương sọ nằm trong vùng chi phối của các dây thần kinh kể trên. Có thể có nhạy cảm vùng da đầu tương ứng. Đau răng, đau hàm có thể lan tới sọ. Đau do bệnh ở các bộ phận khác trong cơ thể không lan lên đầu nhưng có thể gây đau đầu theo cách khác.

Đau đầu có thể là hậu quả của: (1) co kéo, căng hoặc giãn các động mạch trong hoặc ngoài hộp sọ, (2) co kéo hoặc di lệch các tĩnh mạch lớn trong sọ hoặc lớp áo ngoài của các tĩnh mạch này; (3) chèn ép, co kéo hoặc viêm các dây thần kinh sọ não hoặc gai sống; (4) co thắt chủ động hoặc tự phát, viêm cơ hoặc sang chấn cơ ở cổ hoặc ở đầu và (5) kích thích màng não hoặc tăng áp lực nội sọ. Đặc biệt là các tổn thương dạng khối u trong sọ chỉ gây đau đầu khi chúng gây biến dạng, di lệch hoặc co kéo các mạch máu lớn, các cấu trúc màng cứng hoặc các dây thần kinh vùng dây não và đau đầu có thể xảy ra suốt thời gian dài trước khi có tăng áp lực nội sọ. Áp lực nội sọ tăng gây đau đầu vùng hai bên chẩm hoặc hai bên trán và giảm đi nhanh chóng

khi chọc dịch não tuy hoặc áp lực dịch não tuy giảm xuống.

Giãn các động mạch thái dương trong hoặc ngoài so và căng giãn các cấu trúc nhạy cảm bao quanh chúng được coi là cơ chế chủ yếu của đa số trường hợp đau nửa đầu. Các động mạch ngoài so, động mạch thái dương hoặc các động mạch vùng chẩm khi bị ảnh hưởng trong bệnh viêm động mạch tế bào không lõi (viêm động mạch đầu hay "thái dương") một bệnh thường gây phiền phức với những người trên 50 tuổi, làm đau nhức nhối âm ỉ, lúc đầu khu trú và về sau lan tỏa hơn. Đặc điểm loại này là đau kéo dài hàng tuần hàng tháng. Điều lạ là động mạch bị tổn thương không phải lúc nào cũng nhạy cảm với thao tác đè, ấn nhưng khi cắt vào động mạch như sinh thiết lại có thể làm giảm đau (xem chương 269). Huyết khối do xơ vữa tiến triển ở các động mạch não giữa, não trước và động mạch cánh tay đôi khi gây đau vùng trán hoặc thái dương. Huyết khối động mạch gai sống gây đau sau tai còn huyết khối động mạch gây đau lan tỏa chẩm và đôi khi tới tận trán.

Khi viêm hoặc tắc các xoang cảnh mũi người bệnh thường cảm thấy đau trên xoang hoặc đau trong trán. Đối với xoang sàng và xoang hố mạc, đau khu trú quanh một hoặc hai bên mắt hoặc đau trên đỉnh đầu. Thường thì có tăng cảm ứng vùng da tương ứng, đau có hai đặc tính sau: (1) khi đang đau nhói, ép động mạch cảnh cùng bên làm hết đau hoàn toàn, (2) đau có xu hướng tái phát và giảm đi trong cùng một khoảng thời gian vài giờ, nghĩa là lúc thắt dây đau biến mất dần ở tư thế đứng nhưng rồi lại xuất hiện vào cuối buổi sáng. Người ta cho rằng mối liên quan với thời gian kiệu này cho những thông tin liên quan tới cơ chế đau. Ban đêm các xoang bị căng ứ gây đau lúc sáng sớm. Lúc thắt dây, tư thế thẳng đứng làm các xoang được dẫn lưu nên đỡ đau. Cúi, xì mũi, lắc đầu khiến đau tăng lên còn các thuốc giống giao cảm như phenylephrin làm giảm xung huyết, bóp phì nè thì làm đỡ đau. Đau do các xoang có thể vẫn tồn tại sau khi dịch mù đã hết. Có lẽ do tắc kéo dài các lỗ dẫn lưu nên tạo ra một tác dụng hút như chân không lên thành xoang (đau đầu do xoang kiểu chân không). Đau giảm khi thông khí hồi phục. Khi bay trên không, cả đau tai lẫn đau xoang đều xuất hiện lúc hạ cánh là lúc áp lực

tương đối trong tạng bị tắc giảm xuống.

Đau đầu có nguồn gốc từ mắt thường khu trú ngay trong hố mắt và trán hoặc vùng thái dương, có đặc điểm là chói thường xuyên, xảy ra khi phải làm những việc đòi hỏi nhìn tập trung kéo dài. Mắt cảm ứng các cơ vận nhãn, viễn thị, loạn thị, hội tụ và điều tiết kém đều có thể gây co cứng kéo dài các cơ quanh nhãn cầu, các cơ vùng trán, vùng thái dương thậm chí cả các cơ vùng chẩm nữa. Tăng nhãn áp do glaucoma cấp tính hay viêm mống mắt thẻ mi gây đau nhói thường xuyên trong mắt. Khi đau dữ dội, có thể lan đến tận vùng phân bố nhánh mắt của dây tam thoa. Đau do liệt dây thần kinh số não số III trong bệnh đái tháo đường, phình động mạch trong so, u tuyến yên, tắc tĩnh mạch xoang hang và hội chứng cận tam thoa Reader thường lan đến mắt.

Đau đầu do các bệnh dây chằng cơ và các khớp mềm ở phần trên cột sống thường lan đến tận vùng chẩm, vùng trên cổ và rất khó phân biệt với đau đầu do cứng cơ là loại hay gặp hơn. Các loại đau nói trên đặc biệt hay gặp ở những người già hay trung niên bị bệnh viêm khớp dạng thấp hoặc thoái hóa đốt sống cổ và cũng có xu hướng xuất hiện sau khi bị đánh vào cổ bằng roi. Nếu đau do khớp hoặc bao hoạt dịch các cùi động đầu tiên sau một vài giờ bắt động gây đau và cứng khớp. Trong thực tế, khi có đau do vận động chủ động hoặc thụ động cột sống phải nghĩ tới bệnh cột sống hay bệnh nào đó của các cấu trúc vận động. Đau do viêm các sợi cơ mà chúng có là sở thấy những nốt nhô hơi đau ở chỗ hám vào xương so của các cơ cổ hoặc các cơ khác còn chưa rõ lý do. Không có các chứng cứ bệnh lý nào về bản chất của các tổn thương sờ được không rõ ràng này và cũng không chắc là đau này sinh ra từ đó. Có thể chỉ là sự biểu hiện của cảm ứng trong sâu ở nơi đau lan đến hoặc do co cứng bảo vệ tự phát. Đặc điểm loại này là đau đều đều (không chói) và lan từ vùng nọ tới vùng kia. Lạnh hoặc gió lùa có thể khiến đau tăng lên. Dù đôi khi đau nặng nhưng ít khi làm mất ngủ. Xoa bóp và chuỗi nóng có thể làm giảm đau trong nhiều trường hợp nhưng cũng có thể có những tác động khác không lường trước.

Đau đầu do kích thích màng não (nhiễm trùng hay xuất huyết) khởi phát đột ngột, dữ dội, liên tục, lan rộng và nằm trong sâu, đặc biệt tập trung ở đáy sọ

và kèm theo cũng gây khí gấp về phía trước. Nguyên nhân chính gây đau có thể là do căng giãn và xung huyết các mạch máu màng não vùng bị viêm. Đau đầu do chọc tuy sống, có đặc điểm là đau hai bên trán hay châm, xuất hiện đột ngột vài phút sau khi nâng ngồi dậy từ tư thế nằm co và giảm đi sau khi nằm xuống vài phút. Nguyên nhân là do dịch não tuy thoát ra vùng thất lúng qua lỗ chọc dò. Áp lực dịch não tuy thường thấp nên đau đầu sẽ tăng lên khi bị ấn vào các tĩnh mạch cổ làm tăng áp lực dịch não tuy, còn khi dùng một ngón tay ấn vào động mạch cảnh thì không bị ảnh hưởng gì. Có lẽ ở tư thế thẳng đứng, áp lực âm tính trong hộp sọ và thấp trong tuy sống làm di chuyển phần cuối của não gây co kéo các dây chằng và các xoang màng cứng. Vì vậy có thể hiểu tại sao khi chọc dịch não tuy từ các bể chúa lại không gây đau đầu. Ngay khi thoát dịch não tuy và áp lực dịch não tuy bình thường trở lại (thường từ vài ngày đến 1 tuần) đau sẽ hết. Đau đầu do áp lực thấp "tự phát" có thể gặp sau hắt hơi hay rãnh súc, có lẽ do rách màng nhện tuy sống dọc một rãnh kinh nào đó.

Cơ chế đau nhức hoặc đau liên tục ở vùng chẩm, vùng trán hoặc toàn bộ đầu trong các bệnh sốt có lẽ do nguyên nhân mạch máu. Loại này rất giống kiểu đau do histamin ở chỗ đau di một bên khi ép vào động mạch cảnh và di chuyển cả hai bên khi ấn vào tĩnh mạch cảnh hoặc tiêm dung dịch muối vào khoang dưới nhện. Đau dội lên khi lắc đầu. Hình như đau là do các mạch máu màng não đập quá mạnh và do kéo căng các cấu trúc nhạy cảm đau ở dây não. Tuy vậy, trong một số trường hợp, đau giảm đi khi đè vào các động mạch thái dương và trong những trường hợp khác như trong chứng đau nửa đầu, đau một phần sinh ra từ các thành mạch máu ngoài sọ.

Cái gọi là *đau đầu do căng thẳng* ở những người hay lo lắng và âu sầu là do co mạn tính các cơ cổ và cơ đầu. Sự phối hợp giữa đau đầu do mạch máu và do căng thẳng làm phát sinh loại đau đầu hỗn hợp rất hay gặp ở nhiều người bệnh.

CÁC THẾ LÃM SÀNG CHỦ YẾU CỦA ĐAU ĐẦU

Đau đầu do thiên đầu thống (glaucoma), viêm xoang, viêm màng não mù, u não thường không khó chẩn

đoán và sẽ được lý giải đầy đủ hơn khi mô tả các bệnh đó trong các chương khác. Chính các thể đau đầu mạn tính, tái phát và không có các triệu chứng quan trọng của bệnh nào đó kèm theo mới khiến thầy thuốc phải đương đầu với một trong những vấn đề khó khăn nhất trong y học. Những lúc ấy, cần xem xét những kiểu đau đầu sẽ được mô tả sau đây:

Chứng đau nửa đầu

Thuật ngữ này nói tới những trường hợp đau nhức nhối nửa đầu nửa mặt có chu kỳ có kèm theo buồn nôn và nôn thường xảy ra ở lứa tuổi thiếu niên, tuổi đang trưởng thành hay tuổi còn trẻ, tái phát thưa và nhẹ dần khi lớn tuổi. Bệnh này rất phổ biến, với tần suất từ 20 đến 30 phần trăm dân số. Nữ giới mắc bệnh nhiều hơn nam giới 3 lần. Đau đầu có xu hướng dễ xuất hiện trong giai đoạn căng thẳng tiền kinh, khi bị ứ nước và giảm đi trong thời kỳ có thai. Trong tiền sử, hơn 60 phần trăm bệnh nhân có người mắc bệnh trong gia đình.

Đau nửa đầu hay đau đầu do mạch máu có bốn thể lâm sàng sau: (1) Đau nửa đầu cổ điển; (2) Đau nửa đầu thông thường; (3) Đau nửa đầu phức tạp; (4) Đau đầu từng đợt.

Đau nửa đầu cổ điển Tiền triệu là những triệu chứng thần kinh nổi bật như đom đóm mắt, những đường dịch đặc hòa mắt nhưng phổi nhăn trưởng tăng cường, sợ ánh sáng, các điểm mù lan rộng hoặc chóng mặt và ù tai. Cơn đau nửa đầu cổ điển có thể biết trước được hàng giờ nhờ các triệu chứng báo trước, thông thường nhất là cảm giác phản chấn, hoạt động quá mức, khát nước, thèm đồ ngọt hoặc ngủ gà ngủ gật. Nhiều khi lại thể hiện bằng những rối loạn tâm lý như trí trệ, cảm giác sợ điều không may đang đến, chán nản, nhưng nhiều khi cũng có thể không hề có triệu chứng gì báo trước. Rối loạn thị giác mở đầu cơn, tiếp đến là bán mạnh cùng bên, đôi khi cả hai bên và thậm chí có thể mù hoàn toàn.

Đau nửa đầu thông thường: đau đầu xảy ra không có triệu chứng gì báo trước. Thường có buồn nôn, đôi khi nôn thực sự và bán mạnh thái dương nhưng không có triệu chứng về thần kinh.

Cả hai loại đau đầu này đều đáp ứng tốt với các chế phẩm cayenne nếu được chữa sớm. Trên 50% số bệnh nhân có người thân trong gia đình cũng bị

bệnh này khiến nghĩ đến khả năng nó là một bệnh di truyền.

Dau nửa đầu phức tạp được nói đến trong những trường hợp đau đầu có triệu chứng thần kinh trước hoặc cùng lúc với đau đầu. Có thể có cảm giác tê bì hoặc kiến bò ở môi, ở mặt, tay, chân một bên, đôi khi có kèm rối loạn thất ngôn. Có thể yếu hoặc liệt chân tay một bên như trong xuất huyết não. Tê và yếu lan dần từ phần nọ tới phần kia của cơ thể trong vòng vài phút. Thường bệnh hồi phục hoàn toàn nhưng cũng có thể để lại di chứng như bán mạnh (do tổn thương khu vực động mạch não sau), liệt hoặc mất cảm giác nửa người (do tổn thương vùng động mạch não giữa) hoặc liệt vận nhãn (do tổn thương dây thần sinh sọ não số 3). Nhiều hội chứng thần kinh khác có thể gặp trong đau nửa đầu phức tạp. Bickerstaff trước hết lưu ý tới cơn đau nửa đầu đáy não sắp xuất hiện. Trong chứng này thường thấy rối loạn thị giác và dị cảm ở hai bên, tiếp đến là lú lẫn, sảng sờ, đôi khi hôn mê, cơn hung tính, chóng mặt, nhìn đôi, loạn vận ngôn. Hội chứng đáy đù thường hiếm gặp, trong khi đối với trẻ em, khoảng 30% trẻ bị đau nửa đầu có hội chứng đáy não không hoàn toàn. Người ta nghĩ rằng chứng liệt nửa người luân phiên ở trẻ em cũng là do hội chứng này nhưng cũng có thể do tổn thương luân phiên các động mạch não giữa.

Người ta còn nhận thấy các hội chứng thần kinh có thể xuất hiện do đau nửa đầu loại không đau đầu. Ở trẻ em, đau bụng và nôn nhiều khi có tính chất chu kỳ và rất có thể đó là những biểu hiện đơn độc của chứng đau nửa đầu không đau đầu. Một số trường hợp chóng mặt kịch phát ở trẻ em cũng biểu hiện tương tự. Những thể *tương đương đau nửa đầu* loại này có thể biểu hiện như đau khu trú ở ngực, hổ càu hoặc các chi, các cơn sốt, rối loạn tinh thần tạm thời, chóng mặt kịch phát (các thể tương đương dạng tâm thần). Hội chứng thần kinh nói trên cũng có thể xuất hiện ở một người lớn mà trước đó không biết là đã bị đau nửa đầu. Fisher gọi những thể này là *các thể phụ thuộc đau nửa đầu thường qua*, để phân biệt với các cơn thiếu oxy não thoáng qua.

Dau đầu từng đợt, còn được gọi là đau đầu ban đêm kịch phát, đau thần kinh dạng đau nửa đầu, đau đầu do histamin hay hội chứng Horton, ở nam giới hay gấp hơn 4 lần so với nữ giới, có đặc điểm

là đau một bên hố mắt liên tục, thường xảy 2-3 giờ sau khi ngủ. Đau có xu hướng xảy ra trong giai đoạn ngủ vận động mắt nhanh. Đau dữ dội và liên tục (không nhúc nhối), chảy nước mắt, tắc mũi, rồi chảy nước mũi, đôi khi co đồng tử, sụp mi, đỏ và phù má. Tất cả các biểu hiện trên kéo dài 1-2 giờ. Bệnh thường xuất hiện về đêm khoảng vài tuần đến vài tháng sau đó biến đi hoàn toàn hàng năm (vì vậy có tên *từng đợt*). *Dau mắt* cũng nhanh chóng như khi nó xuất hiện. Các đợt đau lại có thể tái phát sau hàng năm, nhất là khi có các sang chấn, căng thẳng kéo dài, khi quá sức và khi có những xáo trộn tinh cảm. Các cơn đau đầu thành đợt, một khi kéo dài 2-3 tuần thì có thể tái phát nhiều lần trong đời. Thường thì trong mỗi đợt, đau ở cùng một bên hố mắt. Rượu, nitroglycerin hay các thức ăn có tyramin đôi khi làm xuất hiện cơn đau. Hiếm hoi, bệnh có thể xảy ra ban ngày, không thành từng đợt mà liên miên hàng năm. Bệnh cảnh này đặc thù đến mức sự có mặt của nó có tính chất quyết định chẩn đoán, dù là với một số thầy thuốc chưa quen với bệnh này có thể nghĩ nhầm là phình động mạch cảnh, u mạch máu, u não hay viêm xoang.

Mối liên quan giữa cơn đau đầu từng đợt với đau nửa đầu vẫn chỉ là phỏng đoán. Một số trường hợp xảy ra trên cơ sở đau nửa đầu nên trước đây người ta cho là đau thần kinh dạng đau nửa đầu nhưng trong đa số các trường hợp, không bị đau nửa đầu.

CƠ CHẾ VÀ SINH LÝ BỆNH HỌC

Cho tới nay, các nhà nghiên cứu lâm sàng học vẫn chưa tìm được một lý thuyết thỏa đáng nào khả thi để giải thích cho sinh lý bệnh học đau nửa đầu. Có một số luận điểm chắc chắn sau đây không cần bàn cãi: Các triệu chứng đau nửa đầu kết hợp chặt chẽ với những biến đổi lưu lượng máu qua não, có lẽ là thử phát do kích thước các mạch máu; giai đoạn tiền triệu có các triệu chứng thần kinh kèm theo co thắt các tiêu động mạch và lưu lượng máu bắt đầu giảm từ phần sau não; giảm lưu lượng máu trong đau nửa đầu tiến triển với tốc độ khoảng 2mm/phút, giống như sự giảm sút lan rộng được Lance mô tả là đau tiên có đặc điểm là rối loạn hoạt động điện não tự lan truyền thoáng qua và tiếp đến là giảm tưới máu. Giả thuyết cho rằng đau đầu là hậu quả của giãn mạch không chắc chắn vì do trực tiếp lưu lượng máu não trong giai đoạn đau đầu không thấy

Bảng 6-1. Các kiểu đau đầu thường gặp.

Kiểu đau	Vị trí đau	Tuổi và giới tính	Đặc điểm làm sảng	Cách đau trong ngày	Thay đổi trong đêm	Các yếu tố gây khởi phát	Các đặc điểm kèm theo	Điều trị
Dau nửa đầu thông thường	Thái dương-trán một bên hoặc hai bên	Trẻ em, người lớn trai, trung niên, cả hai giới, nữ nhiều hơn nam	Dau nhức mỏi và (hoặc) ấm L Nặng hơn ở một bên mắt hoặc tai, nón hoặc buồn môn, dần thành lan tỏa	Khi thức dậy hay muộn hơn trong ngày. Kéo dài hàng bên mắt hoặc tai, giò đến 1-2 ngày. tuổi trung niên học sinh mang thai	Khoảng cách không Ánh sáng trắng, tiếng ồn, căng thẳng, ruou, đều hàng tuần đến hàng tháng có xu hướng mắt đi \pm giảm đau. Nhảy cảm da đầu. Ám ảnh đau hết	Não trong một số trường hợp	Chế phẩm cù gà khi mới khởi phát. Phenergan khi toàn phát Inderal và Bellergal. Dụ phòng bằng methysergid	
Dau nửa đầu có điển	Nhu trên	Nhu trên	Nhu trên, thường có tiền triệu thi giác	Nhu trên	Nhu trên	Nhu trên	Mũ và ánh nhấp nháy. Tê bị một bên. Rối loạn lối nói Chóng mặt. Lú lẩn	Nhu trên
Dau đầu tùng dội,	Hồ mắt, Thái đường một bên	Nam và thành niên hay người lớn (80-90%)	Dau dữ dội, không nhức nhối	Thường về đêm 1- giờ hoặc hơn sau khi ngủ. Ở khi ban ngày	Về ban đêm trong nhiều tuần, tháng (thành đợt). Tai phát: nhiều nấm sau	Chảy nước mắt, Xung huyết mắt	Chế phẩm cù gà khi đi ngủ. Dụ phòng bằng amitriptylin và carbonat litii	

Bảng 8-1. Các kiểu đau đầu thường gặp. (Nếu theo)

Dau đầu do căng thẳng	Lan rộng	Trẻ em, vị thành Ep (không niêm, người lớn, nhức), thái. Dau cả hai giới	Liên tục, cường độ biến đổi, hàng tuần đến hàng tháng	Một hoặc nhiều đợt, hàng tháng tới hàng năm	Mệt nhọc. Càng Trầm cảm, nóng nẩy nẩy. Lo lắng, mệt ngủ	Các thuốc trầm an và chống trầm cảm
Kích thích mảng não (viêm màng não, xuất huyết dưới mảng nhện)	Lan rộng	Mỗi lứa tuổi, cả hai giới	Dữ dội, đau trong sâu, liên tục, đau đến nhiều vùng cổ	Kéo dài nhiều ngày đến 1 tuần hoặc hơn	Một đợt đơn độc	Có cùng khi gặp trước. Có dấu hiệu Kernig và Brudzinski
U não	Xem mục này	Mỗi tuổi, cả hai giới	Cường độ thay đổi. Làm thúc bệnh nhau.	Kéo dài hàng phút đến hàng giờ. Mức độ tăng dần	Mệt lùn trong đời người. Hàng tuần hàng tháng	Phù gai thị Nôn Tinh thần chậm chạp
Viêm động mạch thái dương	Một bên thái dương hoặc cả hai	Trên 50 tuổi cả hai giới	Dau rất dai	Liên tục hoặc ngắn quãng	Dai dẳng từ nhiều tuần đến một vài tháng	Mờ túng lúc hoài thường xuyên. Dau cơ do thấp. Sốt

giảm một cách có ý nghĩa. Trong các nghiên cứu của mình, Lauritzen cùng cộng sự công bố rằng do lưu lượng máu não từng vùng bằng Xenon 133 thấy rõ những vùng vỏ não giảm thể tích máu trong cơn đau nửa đầu và giảm phản ứng tinh với khí carbonic khiến người ta nghĩ đến một bất thường nào đó trong các đáp ứng của mạch máu. Giữa các đợt, không thấy rối loạn điều hòa tuần hoàn não ở những bệnh nhân này. Người ta vẫn chưa biết rõ những yếu tố nào gây ra biến đổi lưu lượng máu não. Có hai giả thuyết về nguyên nhân gây đau nửa đầu như sau: giả thuyết thứ nhất cho rằng một rối loạn thần kinh mạch máu của hệ thần kinh trung ương đã khởi động những rối loạn về điều hòa vận mạch. Các triệu chứng báo hiệu những thay đổi về tính cách, sự thèm ăn và khát làm một số người nghĩ đến một sự rối loạn tại hạ khâu não trung tâm có thể là nguyên nhân gây bệnh. Giả thuyết thứ hai coi đau nửa đầu là một rối loạn điều hòa chuyển hóa toàn thân thành cơn do ảnh hưởng của những sự kiện trong lòng mạch liên quan tới những thay đổi chuyển hóa serotonin. Nồng độ serotonin tiêu chuẩn thay đổi, thường giảm rõ trong cơn đau nửa đầu, tiếp đến là tăng bài tiết serotonin và acid 5-hydroxyindoleacetic là những chứng cổ hậu thuẫn cho luận điểm cho rằng đau nửa đầu là một rối loạn toàn thân.

Những quan sát thấy rằng seserpine, một chất gây khởi động sự giải phóng serotonin gây đau nửa đầu ở một số người bệnh và các thuốc kháng serotonin như methysergide có tác dụng nhất định trong điều trị cũng hậu thuẫn thêm luận điểm về vai trò serotonin. Tuy vậy thật khó hiểu tại sao serotonin, một chất ít có tác dụng trực tiếp lên sự co mạch khi thay đổi nồng độ trong lòng mạch lại có thể gây ra những biến đổi trong chứng đau nửa đầu. Lance coi cơ chế sinh đau nửa đầu có liên quan đến những thay đổi các chất trung gian dẫn truyền thần kinh loại chuỗi peptit hay amin có hoạt tính sinh học trong hệ thần kinh trung ương kết hợp hoặc đối với các phản ứng giải phóng tiểu cầu. Nhiều nghiên cứu gần đây tập trung vào các chất trung gian dẫn truyền thần kinh được tìm thấy trong các sợi thần kinh phân bố tại các mạch máu não. Moskowitz phát hiện thấy các mạch máu não có phân bố các sợi thần kinh chứa chất P, một peptit có vai trò

quan trọng trong dẫn truyền cảm giác đau (xem chương 3) và cũng có thể có khả năng gây các phản ứng ở mô cục bộ giống viêm. Những peptit thần kinh khác tìm được trong mạch máu não và đã được biết là có ảnh hưởng đến trương lực thành mạch gồm: peptit ruột hoạt tính, neuropeptid Y (neuropeptid Y).

Vẫn còn bàn cãi không ngừng về các yếu tố phát động cơn đau nửa đầu. Các yếu tố do ăn uống có vẻ quan trọng đối với một số bệnh nhân. Monroe và cộng sự nhận thấy có hiện tượng dị ứng với sữa và các sản phẩm từ lúa mì ở những người bị đau nửa đầu nặng khó chữa. Nhiều người bệnh biếng tránh rượu (nhất là rượu vang đỏ), sôcôla, cà phê, trà hoặc những thứ khác có các thành phần với hoạt tính được học cao. Chưa biết cơ chế gây bệnh của các chất này ra sao. Một số người bệnh cho là tiếp xúc với ánh nắng, sự gắng sức hay căng thẳng và uống các thuốc tránh thai cũng làm tăng tần số và mức độ nặng của các cơn đau nửa đầu.

CHẨN ĐOÁN PHÂN BIỆT

Đau nửa đầu cổ điển thường không khó chẩn đoán. Các khó khăn thường này sinh từ hai lý do: (1) không biết đến sự xuất hiện rõ dần các hội chứng thần kinh có nguồn gốc là đau nửa đầu; (2) không đánh giá được liệu rối loạn thần kinh có xảy ra khi không đau đầu không?

Các triệu chứng thần kinh trong hội chứng đau nửa đầu có thể giống động kinh cục bộ, hình ảnh lâm sàng của một dạng mạch máu não như u mạch hoặc phình mạch và các bệnh mạch máu khác như cơn đột quỵ tắc mạch hoặc huyết khối. Nhịp độ các triệu chứng thần kinh trong đau nửa đầu còn quan trọng hơn cả các đặc điểm của chúng vì giúp ta phân biệt chắc chắn với động kinh. Biểu hiện lâm sàng của tiền triệu thoáng qua (linh giác) trong động kinh chỉ xuất hiện trong vài giây vì nó phụ thuộc vào sự lan truyền hung phấn tế bào thần kinh, trái ngược với sự tiến triển từ từ trong đau nửa đầu mà bản chất là do ức chế sự lan truyền của mô thần kinh. Tuy nhiên, nhiều khi những giai đoạn hôn mê có biến đổi bất thường điện não đồ có thể do đau nửa đầu hoặc động kinh. Hầu hết, sau cơn co giật cũng có thể bị đau đầu lan tỏa.

Đau nửa đầu có liệt thị giác khiến nghĩ tới phình

mạch cảnh và vì vậy cần chụp động mạch để loại trừ bệnh này. Dù nhiều người cho rằng các dị dạng mạch máu có thể gây đau nửa đầu xảy ra cố định trên cùng một bên đầu (không giống đau nửa đầu) nhưng với số lượng nghiên cứu lớn hơn người ta thấy những trường hợp như vậy rất hiếm gặp. Động kinh cục bộ, đau đầu dai dẳng, cứng gáy, dịch não tuy có máu, thường tồn thẫn kinh kéo dài và có tiếng thổi ở đầu khiếu ta hướng tới chẩn đoán đau đầu kiểu mạch máu do u mạch hay phình mạch. Chỉ trong giai đoạn đầu khi mới có triệu chứng duy nhất là đau đầu nhức nhối có chu kỳ thì những thương tổn này mới bị nhầm với đau nửa đầu thực sự.

Dau đầu do căng thẳng

Dau đầu do căng thẳng bao giờ cũng đau cả hai bên, thường từ đỉnh lan rộng ra. Hay gặp khu trú hai bên trán hoặc ở vùng chẩm gáy. Dù người bệnh mô tả cảm giác như đau nhưng hồi ký sẽ phát hiện cảm giác khác như dây dây, thắt hoặc tức (đau như bị quần băng hoặc kẹp ết) và những đợt đau chói chòng ten các cảm giác đó. Loại đau này thường khởi phát từ từ hơn trong đau nửa đầu và nhiều khi được mô tả giống đau chói kêu "mạch máu". Dau có thể xảy ra cấp tính khi bị những bức bách tinh cảm, lo lắng quá mức và thường kéo dài hàng giờ, thậm chí 1-2 ngày. Thường gặp hơn nữa là các cơn đau kéo dài, không thuyền giảm, hàng tuần, hàng tháng. Trên thực tế, đây là loại đau đầu duy nhất biểu hiện tinh riêng biệt là đau liên tục suốt ngày đêm trong một thời kỳ dài. Dù có thể vẫn ngủ được nhưng mỗi khi thức dậy bệnh nhân lại bị đau đầu tiếp.

Một nét đặc trưng chung là các thuốc giảm đau thường đối ít có tác dụng làm dịu cơn đau. Trái với đau nửa đầu là loại đau có chu kỳ và kéo dài gần như cả đời nhưng có xu hướng giảm dần khi lớn, đau đầu do căng thẳng hay xảy ra ở lứa tuổi trung niên và có thể liên tục kéo dài trong nhiều năm.

Có lẽ căn nguyên của đau loại này không phải do cơ vi nghiên cứu điện cơ đồ không thấy thay đổi gì ở các cơ cổ, cơ trán. Một khác, 50% số người bệnh thấy đau đầu xuất hiện sau khi uống amylnitrit là một chất gây giãn mạch làm người ta nghĩ rằng mạch máu có góp phần gây đau. Histamin cũng có thể

gây đau đầu ở những người bệnh này. Kinh nghiệm cũng cho thấy đau đầu do căng thẳng và đau nửa đầu có thể đồng thời tồn tại trên cùng một bệnh nhân nên khi điều trị cần phải chữa cả hai bệnh. Khi nghiên cứu về tâm lý của nhóm người bị đau đầu do căng thẳng người ta thấy những triệu chứng khá nổi bật như áu sầu, lo âu và dễ khi có bệnh tật. Kudrow ghi nhận rằng 60% số bệnh nhân đau đầu do căng thẳng của ông có biểu hiện suy nhược thần kinh.

Dau đầu do u mạch và phình mạch

Phương diện thời gian của bất cứ cơn đau nào thuộc loại này cũng cho thấy sự khởi phát đột ngột hoặc rất cấp tính, đau đạt mức tối đa chỉ trong vòng vài phút. Các rối loạn thần kinh như: các biến đổi thị giác, tê bì một bên, yếu, thất ngôn có thể có trước hoặc xảy ra sau khi xuất hiện đau đầu và tồn tại lâu hơn cả đau đầu. Nếu xuất hiện, đau đầu thường cực kỳ dữ dội và khu trú vùng chẩm, cổ, kéo dài nhiều ngày, có cứng gáy kèm theo có tiếng thổi ở đầu hoặc cổ và có máu trong dịch não tuy là bằng chứng giúp cho chẩn đoán.

Luận điểm dị dạng mạch máu có thể gây ra đau nửa đầu có lẽ không chắc chắn. Các số liệu thống kê cho thấy, trong nhóm người bị dị dạng mạch máu, tần suất bị đau nửa đầu không cao hơn trong dân chúng nói chung. Tồn thương mạch có thể tồn tại trong một thời gian dài mà không gây đau đầu hoặc đau đầu chỉ xuất hiện nhiều năm sau so với các biểu hiện khác như động kinh, liệt nửa người.

Dau đầu do chấn thương

Dau đầu dữ dội mạn tính, liên tục hay ngắn thoáng, thường kèm theo chóng váng, quay cuồng, ù tai là những triệu chứng cơ bản của hội chứng sau chấn thương. Nguyên nhân đau không biết rõ nhưng trong đại đa số các trường hợp, đó là một rối loạn thực sự không liên quan gì đến các ván đè đèn bù trong y pháp cũ. Vijayan và Dreyfus đưa ra thuật ngữ đau đầu rối loạn tự chủ sau chấn thương để mô tả những trường hợp đau đầu một bên nhức nhối dữ dội có tính chu kỳ, giãn đồng tử cùng bên và đỏ mờ hói mặt thái quá. Tình trạng này xảy ra sau khi bị chấn thương ở cổ, vùng bao trong của động mạch cảnh. Người ta nghĩ là do sự chi phối thần kinh giao cảm ở đầu bị úc chế và cũng đã có những bằng chứng

lâm sàng học cũng như được học về rối loạn chức năng giao cảm (xem chương 344).

Dau đầu chóng mặt với cường độ giao động kèm theo ngứa gà, đờ đẫn, hôn mê và bại não người là những biểu hiện lâm sàng thường thấy trong khối tụ máu dưới màng cứng mạn tính. Chấn thương sọ não nhiều khi có thể rất nhẹ đến nỗi bệnh nhân và người nhà đều đã quên. Dau đầu thường ở trong sâu, bền vững, một bên hay lan tỏa và đáp ứng với các thuốc giảm đau thông thường. Hình ảnh cơn đau đặc điểm hình và các triệu chứng khác là một bệnh cảnh có tần số và độ nặng tăng dần trong nhiều tuần nhiều tháng. Chẩn đoán dựa trên kết quả chụp cắt lớp có máy vi tính trợ giúp (viết tắt là CT) và chụp động mạch (xem chương 344).

Dau đầu trong u não

Dau đầu là triệu chứng nổi bật trong u não. Không may là đặc điểm đau không có nét đặc hiệu. Thường đau sâu, không nhức (hoặc có thể nhức), chói hoặc như muốn nổ tung. Các cơn kéo dài từ một vài phút đến 1 giờ hoặc hơn nữa. Có thể có một hoặc nhiều cơn mỗi ngày. Vận động và nhất là thay đổi vị trí đau có thể gây đau, nghỉ ngồi tại giường làm giảm tần số các cơn đau. Thực giấc trong đêm do đau dù đặc điểm nhưng không có giá trị chẩn đoán. Non vẹt bất ngờ có thể tạm dịu đau ở giai đoạn muộn, khi u phát triển thì đau trở nên dày hơn và nặng hơn, có khi gần như đau liên tục cho đến khi chết. Khi đau một bên, 9/10 số bệnh nhân đau cùng bên với u. Dau trên lều thường gây đau phía trước đến ngang chu vi tai trong. U hố sau gây đau phía sau đường ranh giới trên. Dau đầu một bên lan rộng dần thành đau hai bên trán hoặc hai bên chung tỏ tăng áp lực nội sọ đang tiến triển.

Dau đầu liên quan đến các bệnh nội khoa

Những thầy thuốc có kinh nghiệm đều biết rằng trong nhiều bệnh, đau đầu là triệu chứng chủ yếu như trong sốt do mọi nguyên nhân, tiếp xúc với cacbon monoxit (CO), bệnh phổi mạn tính có tăng thân khí (thường gây đau đầu về đêm), suy tuyến giáp, hội chứng Cushing, cắt thuốc corticoid, tiếp xúc với nitrit hay chế phẩm của gà kéo dài, đôi khi cả trong bệnh Addison, u thường thận tăng tiết aldosteron, dùng thuốc tránh thai, tăng huyết áp cấp tính do khối u tế bào da crôm và thiếu máu cấp

tính huyết sắc tố thấp dưới 10g. Tăng huyết áp bùn thận nó ít khi gây đau đầu.

Các kiểu đau đầu bất thường

Dau sắc như dao đam trong đầu (dau như bua bỏ) kéo dài 1-2 giây không có ý nghĩa lâm sàng. Kiểu đau như vậy thấy ở 3% số người bình thường và 46% số người bị đau nửa đầu. Thường thì người bệnh thấy đau vùng thái dương hoặc tai hổ mắt.

Dau đầu do ho hoặc do gắng sức hay đau đầu do cùi xảy ra sau động tác gây đau vài giây, kéo dài 1-2 phút. Thường thì không có lý do rõ ràng nhưng đôi khi đau xảy ra ở người bị các dị dạng động tĩnh mạch, bị bệnh Paget xương sọ, dị dạng kiểu Arnold-Chiari hoặc khối u trong sọ. Trong số 103 người bệnh loại này được Rookie theo dõi từ 3 năm trở lên, chỉ thấy ở 10 người xuất hiện các triệu chứng thần kinh. Cơ chế loại đau này có thể là do căng tĩnh mạch vì ẩn mạch cổ làm xuất hiện đau đầu ở một số bệnh nhân của chúng tôi. Lance đã mô tả một loại đau đầu lan tỏa, xuất hiện đột ngột khi giao hợp, thường là vào lúc cực khoái. Dau đầu sẽ kéo dài từ hàng phút đến hàng giờ. Trong 21 bệnh nhân loại này của ông, đa số là nam giới.

Dau đầu trong chứng tim đở là đau nhức nhối toàn bộ đầu, hiếm gặp. Thường có đồng ứng ở mặt và ở tay, tê ngón tay (chứng đau đở đầu chí). Tình trạng này thường thấy kết hợp với: (a) tăng tế bào bón (các mô bị thâm nhiễm các tế bào bón, là loại tế bào sản xuất histamin, heparin và serotonin; (b) các ung thư dạng biểu mô; (c) một số khối u tiểu đảo tụy; (d) khối u tế bào da crôm.

DAU ĐẦU VÀ DAU MẮT

Các chứng đau thần kinh mặt được bàn ở chương 352 (xem bảng 6-2).

TIẾP CẬN VỚI NGƯỜI BỆNH ĐAU ĐẦU

Rõ ràng là có những khả năng rất khác nhau giữa một người bệnh đến khám lần đầu vì đau đầu dữ dội với một người bệnh đã bị đau đầu tái phát nhiều lần trong nhiều năm. Cơ may phát hiện nguyên nhân trong trường hợp đau lớn hơn trường hợp sau rất nhiều. Nhưng ở những người ấy, các bệnh chính (viêm màng não, xuất huyết não, tụ máu dưới hoặc ngoài màng cứng, thiên đầu thống, viêm xoang mũi) thường nặng hơn. Nói chung, đau đầu nặng liên tục

Bảng 6-2. Các kiểu đau mặt

Kiểu đau	Nơi đau	Đặc điểm lâm sàng	Các yếu tố tăng, giảm	Bệnh	Điều trị
Dau thần kinh tam thoa (tic đau)	Nhánh 2 đến nhánh 3 dây tam thoa. Một bên	Nam/Nữ: 1/3 Trên 50 tuổi Kịch phát 10-30 giây dau như đâm, rát Khởi phát các điểm Dau ngắn thoáng Không liệt vận động và cảm giác	Sở mặt Nhai Mím cười Nói Xi mũi	Vô căn Nếu ở người trẻ sẽ cứng rắc rít một hay hai bên Dị dạng mạch máu U dây thần kinh Số V	Carbamazepin (Tegretol) Phenytoin Diệt hạch bằng tia X quang.
Dau thần kinh mặt không diễn hình	Một hoặc hai bên	Hay ở phụ nữ 30- 50 tuổi. Dau liên tục không chịu nổi Chủ yếu vùng hàm	Không	Tình trạng lo sợ hay trầm cảm. Hysteria Vô căn	Các thuốc chống trầm cảm và trấn an
Dau thần kinh trên dưới ở mắt, mi, bров khẩu cái	Dau mắt má, tai cổ một bên	Dau chói, dai dẳng	Đôi khi tắc mũi	Vô căn Bệnh xoang cảnh mũi	Các thuốc chống tắc mũi Tiêm hoặc cắt dây thần kinh
Dau thần kinh sau bệnh Zona	Một bên	Tiền sử bị bệnh Zona	Tiếp xúc	Bệnh Zona	Carbamazepin,
	Nhánh bất kỳ	Dau chói, rất của dây số V	Vận động		phenytrin và các thuốc chống trầm cảm.
Hội chứng Costen	Một bên gần các khớp thái dương - hàm	Phụ nữ lớn tuổi Dau chói nồng, tăng khi nhai. Dau trên khớp cắn bị lệch	Nhai Ấn lên khớp thái dương - hàm	Rung răng Viêm khớp dạng thấp thái dương - hàm	Tập cắn đúng hoặc phẫu thuật
Hội chứng Tokra-Hunt	Một bên chú yếu ở hố mắt	Dau chói dữ dội kèm liệt vận nhãn Đồng tử không đều Mắt cảm giác	Không	Viêm động mạch Các bệnh u hạch lan tỏa?	Corticoid
Hội chứng cận tam thoa của Raeder	Một bên Vùng thái dương trán và hàm trên	Dau sắc chói dữ dội Đồng tử không đều Mắt cảm giác	Không	Các bệnh u Các bệnh u hạch lan tỏa Bị thương	Tùy thuộc loại tổn thương.

có cứng cổ và sốt thường là viêm màng não, còn nếu không có sốt thì thường là do xuất huyết dưới màng nhện. Chọc dò tủy sống là bắt buộc trong những trường hợp trên. Đau đầu cấp tính liên tục, kéo dài hàng giờ hàng ngày có thể gặp trong các bệnh nhiễm trùng toàn thân như cúm (tình trạng sốt) hoặc một biểu hiện của tình trạng căng thẳng cấp tính. Nếu một bệnh bị sốt mà không cứng cổ thì có thể hoãn chọc dò tủy sống. Cơn đau đầu tiên của chứng đau nửa đầu cũng có thể xuất hiện kiểu này nhưng điều đó không có sốt.

Khi tìm nguyên nhân đau đầu tái phát phải thăm tình trạng của hệ tim mạch và thận như do huyết áp và xét nghiệm nước tiểu, soi đáy mắt, do nhân áp và đo khúc xạ, tình trạng các xoang bằng phương pháp soi qua và chụp Ronggen, tình trạng động mạch sọ qua sđ (và cả sinh thiết), tình trạng của các đốt sống cổ qua tác dụng của vận động thụ động và chụp Ronggen, tình trạng của hệ thần kinh bằng khám thần kinh và tình trạng chức năng tâm thần qua đánh giá tình trạng tâm thần.

Tăng huyết áp thường gặp trong nhân dân và thường không phải là nguyên nhân gây đau đầu tái phát. Tăng huyết áp nặng có huyết áp tâm trương trên 100mmHg có thể gây đau đầu. Nếu cơn đau đầu nặng và dày, cần xem xét các khả năng như lo âu, tình trạng căng thẳng hoặc hội chứng đau nửa đầu thông thường.

Người ở tuổi đang trưởng thành bị đau đầu vùng trán hàng ngày thể hiện một vấn đề đặc biệt. Thường không có mối liên quan rõ ràng giữa đau đầu và căng mắt và việc chữa các tật khúc xạ bằng các kính mắt làm đau đầu. Lo âu và căng thẳng có thể là các yếu tố góp phần trong những trường hợp này nhưng khó có thể chắc chắn là nguyên nhân. Một số trường hợp đau đầu dai dẳng nhất không giải thích được buộc phải tiến hành hàng loạt thăm dò chẩn đoán khối u, cuối cùng lại hóa ra là có liên quan với tình trạng trầm cảm nội sinh. Cũng sẽ làm ta bối rối nếu là một người lớn trong tình trạng ú rũ hoặc căng thẳng và nổi loạn phản chủ yếu của họ là đau đầu, hoặc một người bị đau nửa đầu lúc lớn tuổi hay lúc bắt đầu tắt kinh có đau đầu hàng ngày. Trong những tình huống này, cần xem xét tình trạng tâm thần theo cách được gợi ý trong các chương 11 và 23 để tìm các dấu hiệu lo âu trầm cảm hoặc bệnh t้อง.

Đặc điểm đau và sự dai dẳng khiến ta nghĩ tới khả năng bệnh tâm thần. Dùi khi hỏi trực tiếp bệnh nhân ý kiến của họ về đau đầu có thể cho thấy có mối nghi ngờ và nỗi lo sợ bị u não. Các thuốc chống trầm cảm được dùng như một thử nghiệm theo kinh nghiệm có thể làm dịu đau đầu và vì vậy làm rõ chẩn đoán.

Loại bệnh nhân đáng ngại nhất là những người bị đau đầu tăng dần cả về tần số lẫn cường độ trong thời gian hàng tháng đến hàng năm. Vì tồn thương não choán chỗ bên trong sọ não (u não, áp xe não, tụ máu dưới màng cứng) là những khả năng chủ yếu nên phải tiến hành khám thần kinh đầy đủ, kể cả việc quan sát kỹ địa thị giác khi soi đáy mắt, chụp cắt lớp CT và ghi điện não đồ.

Bất cứ bệnh nhân nào trên 50 đến 55 tuổi có đau đầu kéo dài vài ngày hay hàng tuần đều phải nghĩ đến khả năng bị viêm động mạch ở đầu (xem chương 269). Tần suất chung của bệnh này ở người trên 50 tuổi là 1/170 còn tần suất đau nhiều cơ do bệnh thấp tràng cùng nhóm bệnh nhân này là 1/200. Nữ hay bị bệnh hơn nam (4:1) và thường có bệnh đau nhiều cơ do bệnh thấp đi kèm trong 25% số các trường hợp viêm động mạch ở đầu. Trong khi đó, 50% số bệnh nhân đau nhiều cơ do bệnh thấp lại có kèm viêm động mạch ở đầu. Có thể có tăng tốc độ lắng máu, sốt và thiếu máu, các dấu hiệu như động mạch thái dương dày lên và đau; đau cách hời các cơ hàm do tổn thương động mạch ở mặt là rất quan trọng. Bệnh có thể gây mù hoặc liệt vận nhãn nhưng ít khi định hình tại các động mạch trong sọ. Kết quả sinh thiết động mạch và sự đáp ứng với liệu pháp corticoid cho phép chẩn đoán bệnh.

ĐIỀU TRỊ

Những bước quan trọng nhất trong điều trị đau đầu là các biện pháp phát hiện và loại bỏ các bệnh chính hoặc các rối loạn chức năng.

Dùi với *đau đầu hàng ngày thông thường* do một môi, do sang chấn cấp tính hoặc dùng quá nhiều rượu, thuốc lá, thay thuốc cần khuyễn người bệnh tránh hoạt động nặng hoặc tránh các tác nhân gây hại và điều trị triệu chứng bằng aspirin 0,6g hay acetaminophen 0,6g, 6-8 giờ một lần. Các trường hợp đau đầu mạn tính do đau nửa đầu thông thường hay do căng thẳng thường khó điều trị hơn nhiều.

Các thuốc giảm đau có thể làm dịu nhưng không cắt được đau. Bệnh nhân thường tự uống 4-8 viên mỗi ngày trong nhiều năm dù biết tác dụng rất hạn chế. Đau đầu loại này thường đáp ứng với amitriptylin liều tăng dần từ 100 đến 150mg, uống 1 lần khi đi ngủ. *Đau đầu trước kỳ kinh*, nếu gây phiền phức nhiều, có thể cho một phức hợp lợi tiểu một tuần trước khi thấy kinh, cùng với hỗn hợp thuốc an thần giảm đau nhẹ (aspirin hoặc acetaminophen 0,6g và ibuprofen). Nếu đau đầu dữ dội làm mất khả năng làm việc cần phải điều trị như đau nửa đầu thông thường.

Đau nửa đầu có thể chẳng cần điều trị gì ngoài việc giải thích cho bệnh nhân bản chất của bệnh và đảm bảo với họ rằng bệnh hoàn toàn không gây hại gì. Một số bệnh nhân biết hoặc khẳng định rằng một số yếu tố làm phát sinh cơn đau, vì vậy nên tránh các yếu tố ấy. Với một số người, các đồ uống có rượu, nhất là rượu vang đỏ, bao giờ cũng gây cơn đau nửa đầu. Một số thầy thuốc cho rằng cơn đau đầu có thể giảm đi bằng các chế độ ăn chọn lọc và chữa các tật khúc xạ hoặc bằng tâm lý liệu pháp. Dưỡng sinh có thể làm giảm số cơn đau nửa đầu ở một số người, và thư giãn cũng có ích đối với một số khác. Các thuốc điều trị đau nửa đầu có thể phân thành nhóm điều trị cơn cấp tính và nhóm phòng cơn. Những bệnh nhân có từ 2-3 cơn trở lên mỗi tháng phải được điều trị dự phòng. Việc điều trị tiền triệu thần kinh trong đau nửa đầu ít khi cần và cũng khó khăn vì nó xảy ra quá ngắn. Nếu các biểu hiện thần kinh kéo dài, hít một ống amyl nitrit có thể coi như một biện pháp dự phòng nhưng thuốc phải được dùng ngay khi mới có linh giác xuất hiện cơn.

Thời điểm để điều trị cơn đau đầu đang đến chính là trong giai đoạn có những rối loạn thần kinh. Nếu nhiều cơn đau nhẹ, tự bệnh nhân có thể đã biết là 0,6g aspirin hoặc acetaminophen sẽ không chế được đau. Kết hợp các thuốc giảm đau và gây ngủ như Fiorinal hay Bellergal có thể có ích. Ngay cả những cơn nặng làm mất khả năng làm việc cũng có thể đáp ứng với thuốc giảm đau đơn giản và nghỉ ngơi trong phòng tối yên tĩnh. Một số người bệnh tìm cách làm dịu đau bằng các chế phẩm cưa gà, 1-3mg đặt dưới lưỡi cho tới khi tan hoặc ergotamin tartrat 0,25mg tiêm tĩnh mạch. Cách điều trị này nên thực

hiện sớm có thể ngăn chặn được cơn đau cỗ diễn ở 80 đến 90% số người bệnh. Dối khi người ta hay kết hợp 100mg cafein với 1mg ergotamin. Phức hợp này thường dùng dưới dạng viên (2 viên khi có cơn và 1 viên nửa giờ sau) hoặc dưới dạng viên đặt hậu môn (2mg ergotamin và 100mg cafein) nếu không uống được.

Vì có nguy cơ gây co mạch kéo dài ở những người bị bệnh mạch máu hoặc phụ nữ có thai nên khi dùng chế phẩm cưa gà phải hết sức thận trọng nếu bắt buộc phải dùng. Ngay cả với người khỏe mạnh 10 đến 15mg ergotamin mỗi tuần đã là nguy hiểm vì bản thân nó có thể gây đau đầu. Ilaikaricnen và công sự công bố là acid tolafenamic, một chất chống viêm, gây úc chế thụ thể của prostaglandin, với liều uống 200mg có tác dụng như ergotamin tartrat. Dối với một số trường hợp đau nửa đầu cơn dày không diễn hình và đáp ứng kém với chế phẩm cưa gà thì phải cho một phức hợp gồm 250mg aspirin, 160mg phenacetin, 5mg dextroamphetamine sulfat và 30mg phenobarbital. Phức hợp này có thể phải nhắc lại 1-2 lần khi cơn nặng. Một khi đau đầu đã trở nên nặng (sau 30 phút) chế phẩm cưa gà ít có tác dụng, người ta phải dùng đến 30mg codein sulfat hay 50mg meperidine như là biện pháp duy nhất để cắt cơn đau. Nếu ngủ làm ngừng đau đầu thì nên cho uống 50mg promethazine. Thuốc này cũng còn có tác dụng giảm nôn.

Ở những người có cơn đau nửa đầu dày (trên 1 đến 3 cơn mỗi tháng) mọi cố gắng để đề phòng cơn là hợp lý nhất. Hỗn hợp gồm 0,5mg cưa gà, 0,3mg atropin và 25mg phenobarbital, 2-3 lần mỗi ngày trong vài tuần liền đã thu được một số kết quả nhất định. Propranolol 40mg, 3 lần mỗi ngày có tác dụng làm giảm tần số và tăng cường độ cơn đau trong khoảng 2/3 số trường hợp. Với những tình trạng nặng nhất, methysergid, liều 6-8mg mỗi ngày trong nhiều tuần hoặc nhiều tháng đã tỏ ra có triển vọng nhất làm giảm tần số cơn hoặc cắt hẳn cơn. Tác dụng phụ chủ yếu của thuốc này là xơ sau phúc mạc và xơ phổi. Các biến chứng này đã được công bố vài chục trường hợp trên những bệnh nhân điều trị liên tục 6 tháng trở lên. Cứ 6 tháng điều trị mà ngừng thuốc 1 tháng dù làm giảm tỷ lệ biến chứng này rõ rệt. Gần đây pizotifen (một chất úc chế serotonin và histamin), amitriptylin (ngoài tác dụng chống trầm cảm), phenelzin (một úc chế men

monoamin oxidaza) và các chất chặn kênh canxi cũng đã được nói đến trong điều trị. Những cơn đau nửa đầu kéo dài nhiều ngày, nhiều tuần đã được điều trị thành công bằng chlorpromazine liều cao từ 50 đến 100mg mỗi ngày. Prednisolon liều chia nhỏ 20mg, 3 hay 4 lần mỗi ngày cũng có tác dụng trong một số trường hợp nặng.

Mọi thầy thuốc có kinh nghiệm đều coi trọng việc giúp các bệnh nhân tự sắp xếp lại kế hoạch của họ để tự khống chế những cơn thẳng và những rối loạn khó điều chỉnh, là nét riêng thường gặp ở nhiều người bị đau nửa đầu. Không có một cách riêng nào để thực hiện những điều trên cả, nhưng nhìn chung, tâm lý liệu pháp kéo dài và tổn kem không mang lại lợi ích rõ rệt hay có thể nói rằng còn chưa có những số liệu xác đáng về giá trị của nó.

Đau đầu nồng đợt là khó điều trị nhất. Biện pháp thường được áp dụng nhất đối với loại này là dùng một viên nang cafegot hay 1mg ergotamin tartrat khi đi ngủ. Tuy vậy, nếu cơn đau đầu nồng và dày, cả ngày lẫn đêm, thì dùng cưa gà có thể dẫn tới nguy hiểm. Kết quả tốt của cách điều trị bằng amitriptylin 25 đến 100mg 3 lần mỗi ngày và methysergid 6-8 mg mỗi ngày đã được coi là phương tiện dễ cắt đứt đau. Lance khuyên nên dùng prednisolon 40mg mỗi ngày trong 5 ngày sau đó hạ xuống liều cần thiết để khống chế được cơn đau. Người ta cũng công bố là cacbonat litii liều khởi đầu 250mg 3 lần mỗi ngày có thể làm dịu cơn đau trong 80-90% số trường hợp. Giải mãn cảm histamin mà Horton đề xuất ít được dùng những năm gần đây vì kết quả không chắc chắn. Trong một số trường hợp mà đau thành từng đợt kéo dài 10-20 năm thì indometacin đã đem lại kết quả ngoạn mục.

Đau đầu do tăng huyết áp đáp ứng với các thuốc hạ huyết áp và giảm căng cơ. Chlorothiazid 250-500mg 2 lần mỗi ngày và methyldopa 250-500mg mỗi ngày khi kết hợp với một lượng nhỏ, 15mg, phenobarbital 3 lần mỗi ngày hoặc propranolol 40mg 3 lần mỗi ngày mang lại kết quả mỹ mãn. Meprobamat 200mg 3 lần mỗi ngày hoặc clodineproxyl hydrochlorua 5mg 3 lần mỗi ngày có thể thay thế phenobarbital.

Đau đầu do căng cơ đáp ứng tốt với xoa bóp, thư giãn kết hợp với các thuốc chống trầm cảm (như amitriptylin hay imipramin) và các thuốc trấn tĩnh (như meprobamat, valium). Các thuốc giảm đau thuộc nhóm không gây nghiện (như aspirin và

propoxyphen hydrochlorua) cần được bổ sung trong những trường hợp đau đầu nhức nhối. Cần tránh các thuốc giảm đau mạnh như codein hay morphin hydrochlorua. Tâm lý liệu pháp có thể giúp ích cho những bệnh nhân này.

Đau đầu trong *kết thúc sau chấn thương* đòi hỏi tâm lý liệu pháp hỗ trợ bằng cách làm cho yên lòng và giải thích nhiều lần bản chất tạm thời và lành tính của bệnh, với một chương trình hoạt động thể lực tăng dần và các thuốc làm bớt lo âu trầm cảm. Tuy nhiên, các thuốc chống trầm cảm vòng nói chung kém hiệu quả đối với những trường hợp đau đầu trầm cảm lo âu có đặc điểm nhức nhối và căng thẳng kết hợp. Ở những người có sẹo do xước rách da đầu, phong bế novocain nhiều lần (tiêm dưới da 5ml novocain 1%) có thể mang lại một số hiệu quả. Giải quyết việc kiện tụng càng sớm càng tốt sẽ tạo điều kiện thuận lợi cho tiến triển đau đầu của bệnh nhân.

Chườm nóng, xoa bóp, các thuốc salicylat và indomethacin hoặc phenylbutazon thường cải thiện một phần đối với đau đầu do viêm khớp đốt sống cổ (xem chương 263 và 274). Vòng đệm cổ mềm và kéo nắn có thể có lợi.

Liệu pháp corticoid được chỉ định trong *viêm động mạch đầu* để ngăn chặn thâm họa mù do tắc các động mạch mao này ra ở 50% số bệnh nhân loại này nếu không được điều trị. Prednisolon phải cho liều đầy đủ (40-60mg mỗi ngày) trong vòng ít nhất là 1 tháng, và tiếp tục với liều thấp cho đến khi các triệu chứng lâm sàng và xét nghiệm trở về bình thường. Đau đầu do u não cũng đáp ứng nhanh với corticoid liều cao.

Để kết luận, cần nêu tầm quan trọng của các biện pháp vệ sinh chung. Các thầy thuốc trẻ thường đặc biệt quan tâm ngay đến các liệu pháp đặc trị cơn đau đầu mà ít khi nghĩ đến tình trạng sức khỏe chung của bệnh nhân. Chúng tôi thấy rằng đa số những trường hợp đau đầu mạn tính và tái phát hình như nặng hơn lên và gây táo phế nhiều hơn khi nào bệnh nhân trả nên giận dữ, ôm yếu hay mệt nhọc. Một chế độ ăn đầy đủ, nghỉ ngơi phù hợp, một khối lượng công việc hợp lý và một cách nhận nhận đúng mức những lo âu hàng ngày và hiểu biết về các biện pháp đối phó với chúng phải là mục tiêu cho mọi kế hoạch điều trị.

7. ĐAU LUNG - ĐAU CỐ

GIẢI PHẪU VÀ SINH LÝ HỌC PHẦN DƯỚI LUNG

Xương sống là một cấu trúc phức tạp, về giải phẫu có thể chia thành hai phần: Phần trước gồm một loạt thân đốt sống hình trụ nối với nhau bằng các đĩa liên đốt và được giữ bằng những dây chằng dọc trước và dọc sau. Phần sau gồm những thành phần móng mảnh hơn từ thân đốt sống vươn ra thành những cuống và nở rộng ra thành những tấm móng để cùng với các cấu trúc dây chằng tạo nên ống cột sống. Các thành phần sau nối với các đốt sống kế cận qua hai khớp hoạt dịch nhỏ mặt nhẵn để tạo được độ di động nhất (hình 7-1).

Các ụ ngang và ụ gai chắc chắn, nhô ra hai bên và ra sau làm chỗ bám cho các cơ di động, nâng đỡ và bảo vệ cột sống. Độ vững chắc của cột sống phụ thuộc hai loại nâng đỡ. Loại thứ nhất do những chỗ nối của xương (mà chủ yếu là các khớp đĩa đệm và khớp hoạt dịch của các thành phần sau). Loại thứ hai do các cấu trúc nâng đỡ cơ (chủ động) và dây chằng (thụ động). Các cấu trúc dây chằng rất chắc nhưng vì cả các cấu trúc này và cả phức hợp đĩa đệm - thân đốt đều không có độ bền toàn thể đủ để chống lại các lực rất lớn tác động lên cột sống, ngay cả khi vận động rất giản đơn, nên sự vững chắc nói chung chủ yếu là nhờ co cơ phản xạ và co cơ chủ động của các khối cơ cung gai, cơ bụng, cơ mông, cơ đáy chậu và cơ khoeo tạo nên.

Các cấu trúc cột sống và cạnh cột sống tiếp nhận phân bố thần kinh từ các nhánh quặt ngược của các

dây thần kinh gai sống. Các tần cung và các sợi cảm giác đau đã được phát hiện thấy trong các dây chằng, các cơ, màng xơ cứng, các lớp ngoài của vòng xơ đĩa đệm và bao hoạt dịch của các diện khớp. Các sợi cảm giác từ những nơi này và từ các khớp cùng - chậu, thắt lưng - cùng hợp nhau thành các dây thần kinh xoang đốt đi qua các nhánh quặt ngược của các dây thần kinh gai sống ở các đốt sống thắt lưng từ số 1 đến thắt lưng số 5 và đốt sống cung số 1 vào chất xám của các đoạn tủy sống tương ứng. Các sợi li tâm phát sinh từ các đoạn này, tỏa đến các cơ cũng bằng đường trên.

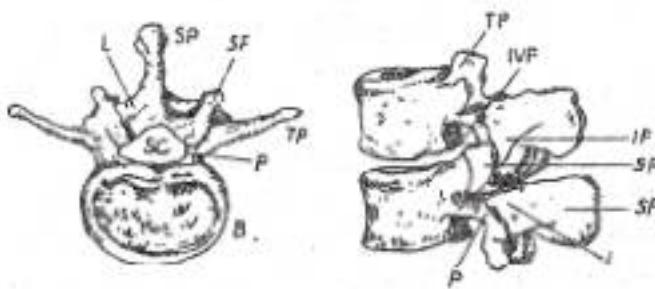
Các đoạn lưng có độ di động tự do lớn nhất và cũng dễ bị chấn thương nhất là vùng cổ và vùng thắt lưng. Ngoài những cử động hữu ý cần thiết để cùi, vận minh và các động tác khác. Nhiều hoạt động của cột sống thường có bản chất phản xạ và là cơ sở của tư thế.

NHỮNG KHÍA CẠNH LÂM SÀNG TỔNG QUÁT

CÁC KIỂU ĐAU LUNG DƯỚI

Người ta chia đau lưng vùng thấp thành 4 loại: đau tại chỗ, đau lan, đau rẽ và đau do cơ cơ thủ phát có tính chất bảo vệ.

Đau tại chỗ do bất kỳ một quá trình bệnh lý nào kích thích hoặc tác động lên các tần cung cảm giác vùng này. Tổn thương các cấu trúc không chứa các tần cung cảm giác sẽ không gây đau. Phần trung tâm đốt sống có thể bị u phì hủy nhưng không gây đau, trong khi đó gây phản ứng vô hoặc rách hay xoắn vận màng xơ cứng, màng hoạt dịch, cơ, vòng xơ đĩa đệm hoặc các dây chằng thường gây đau nhiều. Đau thường kèm theo sưng các mô bị tổn thương nhưng cũng có thể không rõ sưng khi vùng



Hình 7-1 Trái: một đốt sống thắt lưng đã lột sạch, nhìn từ trên xuống. Phải: hai đốt sống thắt lưng nối với nhau, nhìn nghiêng. B: thân đốt sống; SC = ống sống; IVF = lỗ liên đốt; IF = diện khớp nhòn xiềng; SF = diện khớp nhòn lên; P = cuống; TP = ụ ngang; SP = ụ gai; L = tấm móng. (Theo DB Levine trong *Viêm khớp và các bệnh liên quan*; Sách giáo khoa về bệnh thấp, xuất bản lần thứ 10, Philadelphia, Lea và Febiger, 1985).

tổn thương nằm sâu. Dau tại chỗ thường được mô tả là đau liên miên nhưng cũng có thể đau ngắn thoáng, thay đổi đáng kể tùy theo tư thế và các động tác. Dau rõ rệt hoặc âm ỉ và dù thường là lan tỏa nhưng bao giờ cũng cảm thấy đau gần hoặc ngay tại các đoạn cột sống bị bệnh. Thường thấy có cảm giác nén ép các đoạn đốt sống do co các cơ cạnh cột sống. Những động tác hoặc tư thế nào làm biến đổi vị trí các mô bị tổn thương sẽ khiến đau tăng lên. Ám hoặc gó mạnh lên các cấu trúc nông nơi bị bệnh thường gây đau, điều này giúp ta xác định được vùng bị bệnh.

Dau lan gồm hai loại, loại từ cột sống lan đến các vùng nằm trong diện tích các khoang da thắt lưng và cùng trên và loại từ các tạng trong ổ bụng và tiêu khung lan đến cột sống. Dau do bệnh phần thắt lưng cao thường lan đến mặt trước dùi và chân còn đau từ đoạn thắt lưng dưới và đoạn cùng lan tới vùng mông, sau dùi, bắp chân và đôi khi tới cả bàn chân. Dau vùng này thường có đặc điểm chói, sâu, khó lan tỏa và nhiều khi có xu hướng tỏa lên bề mặt. Nói chung, về cường độ, đau lan giống như đau tại chỗ. Nói cách khác, các thao tác làm đau tại chỗ biến đổi cũng gây tác dụng tương tự đối với đau lan dù không chính xác và trực tiếp như đau do rẽ. Dau lan có thể bị nhầm với đau do các tạng nhưng trong đau các tạng thường được mô tả là "sâu" và có xu hướng lan từ bụng ra lưng. Hơn nữa, đau do nội tạng thường không ảnh hưởng do các động tác của cột sống và đỡ đi khi cùi gấp người và có thể thay đổi do hoạt động của tạng bị bệnh.

Dau rẽ hay "gõe" có một số đặc tính của đau lan nhưng khác là cường độ mạnh hơn, lan xa, khu trú theo vùng chi phối của rẽ và có liên quan đến các yếu tố kích thích rẽ. Cơ chế đau là do vận, căng giãn, kích thích hoặc chèn ép một rẽ thần kinh gai sống, đa số là đoạn từ trung tâm đến lô liên đốt. Dù bản thân đau loại này thường âm ỉ hoặc chói nhưng các thao tác làm tăng kích thích rẽ có thể làm đau tăng lên dữ dội, gây đau như dao cắt. Hầu như đau luôn lan từ một điểm trung tâm gần cột sống đến một phần nào đó của chi dưới. Ho, hắt hơi, vươn người là những thao tác kích thích điển hình nhưng vì bản thân chúng cũng có thể gây rung hoặc vận động cột sống nên chúng cũng làm tăng đau tại chỗ. Bất cứ động tác nào làm căng giãn dây thần kinh như cuộn về phía trước khi gối duỗi thẳng hoặc "nâng chân thẳng" trong bệnh cột sống

vùng thắt lưng dưới đều kích thích đau do rẽ. Ám động mạch cổ làm tăng áp lực nội tuy, gây dịch chuyển vị trí hay gây ép lên rẽ thần kinh cũng tạo ra tác động tương tự. Các rẽ thắt lưng 4 - 5 và cùng 1 tạo nên dây thần kinh hông to, gây đau chủ yếu lan xuống mặt sau dùi, mặt bên chân và tối tận bàn chân thuộc khu vực chi phối của dây này, được gọi là đau thần kinh tọa. Cảm giác kiến bò, dị cảm, tê bi hoặc giảm cảm giác da, đau da, cảm ứng đeo dây thần kinh xuất hiện cùng với đau rẽ. Mất phản xạ, yếu, teo cơ, giật thoái cơ và đôi khi phù do ứ trệ có thể gặp nếu các sợi vận động trước cũng bị tổn thương.

Dau do co thường liên quan với đau tại chỗ. Cơ có có thể gặp trong nhiều bệnh cột sống và có thể gây biến đổi đáng kể tư thế bình thường. Căng cơ mạn tính có thể gây đau âm ỉ và đôi khi đau như chuột rút. Trong trường hợp này, người ta có thể cảm thấy căng cơ cùng gai và các cơ mông. Khi sờ có thể phát hiện đau khu trú tại các cấu trúc này.

Các loại đau khác không rõ nguồn gốc thường được các bệnh nhân bị bệnh mạn tính vùng thắt lưng dưới nói đến. Ở chân thường thấy cảm giác kéo, dây, chuột rút, (không co cơ tự phát), đau như dao đâm, nhức nhối, như xe hoặc cảm giác nóng rất lạnh thường khó xác định và cũng giống như dị cảm và tê bi. Chúng làm ta nghĩ tới khả năng bị một bệnh rẽ hoặc dây thần kinh.

Ngoài việc đánh giá đặc điểm và vị trí đau, phải xác định các yếu tố làm tăng hoặc giảm đau, tính hằng định, mối liên quan với động tác gập người cũng như với các động tác và thao tác định hình như cuộn gập người về phía trước, ho, hắt hơi, vươn người. Thường thì điều quan trọng nhất có tính chất chỉ dẫn là biết được cách khởi phát và các hoàn cảnh khởi phát đau. Trong rất nhiều bệnh ở lưng có đau do bị thương trong quá trình lao động hoặc bị tai nạn, phải luôn nhớ đến khả năng tự làm tăng hoặc kéo dài thời gian đau với mục đích đòi đèn bù, nhiều lý do cá nhân khác, để tránh việc hoặc do hysteria.

KHÁM VÙNG LUNG ĐƯỚI

Quan sát cột sống bình thường ta thấy gù đoạn lưng và uốn đoạn thắt lưng theo mặt phẳng đứng ngang và ở nhiều người có thể hơi quá mức (lung vông). Trong nhiều bệnh cột sống, phải quan sát kỹ cột sống để tìm hiện tượng quá gù hay quá dẹt của cung

thắt lưng, xem có gù (sự hình thành góc ngắn, nhọn lồi ra sau thường cho biết có gù hay dị dạng bẩm sinh), tim nghiêng hoặc lệch hố chậu, không cân đối khối cơ dọc cột sống hay cơ mông. Trong bệnh đau thần kinh tọa nặng, có thể thấy bất thường tư thế bên chân bị bệnh, thường là để giảm căng vùng bị kích thích.

Cần quan sát cột sống, hông, chân trong khi vận động. Cố tim xem bệnh nhân bị thương ít hay nhiều sẽ không mang lại lợi ích gì, mà xác định đau bắt đầu khi nào và trong điều kiện nào là việc quan trọng hơn nhiều. Người ta tìm sự hạn chế các cử động tự nhiên của bệnh nhân trong khi họ đang cởi quần áo, đang đứng hay đang tựa. Khi đứng động tác cùi ra trước làm dẹt và đảo ngược đường cong diễn ra trước vốn có ở thắt lưng và làm tăng độ gù ở lưng. Các bệnh vùng thắt lưng - cung gây tổn thương các dây chằng sau, các đệm khớp hay cơ cùng - gai và vỡ các đĩa đệm vùng thắt lưng, các phần xạ bảo vệ sẽ giữ không cho kéo căng các cấu trúc nói trên. Kết quả là cơ cùng - gai vẫn căng và hạn chế cử động cột sống vùng thắt lưng rồi xuất hiện uốn cong trước ở vùng hông và chỗ nói ngực - thắt lưng. Khi có bệnh vùng các khớp thắt lưng - cung và các rễ thần kinh gai sống, người bệnh cùi sao cho các cơ khoeo khỏi căng và tránh tác dụng đòn bẩy quá mức lên hố chậu. Trong đau thần kinh tọa một bên, do tăng độ cong về phía bị bệnh, các vận động vùng thắt lưng và thắt lưng - cung bị dồn nén, sự uốn cong chủ yếu ở hông; tối chừng mức nào đó, gối bên bị bệnh sẽ co lại để giảm căng các cơ khoeo và khung chậu nghiêng đi để làm chùng các cơ thắt lưng - cung và dây thần kinh hông to. Trong trường hợp căng dây chằng và cơ một bên thì hiện tượng uốn cong về phía đối diện sẽ làm đau tăng lên do kéo căng các tổ chức bị tổn thương. Hơn nữa, khi có tổn thương phần bên đĩa đệm, hiện tượng cong cột sống về phía bị bệnh bị hạn chế nhiều. Trong các bệnh cột sống vùng thấp, cùi gấp khi ngồi mà hông và gối gấp vẫn dễ dàng như thường, thậm chí có thể đưa gối lên tận ngực vì gối gấp làm giãn các cơ khoeo đang bị căng và cũng giảm kéo căng dây thần kinh hông to.

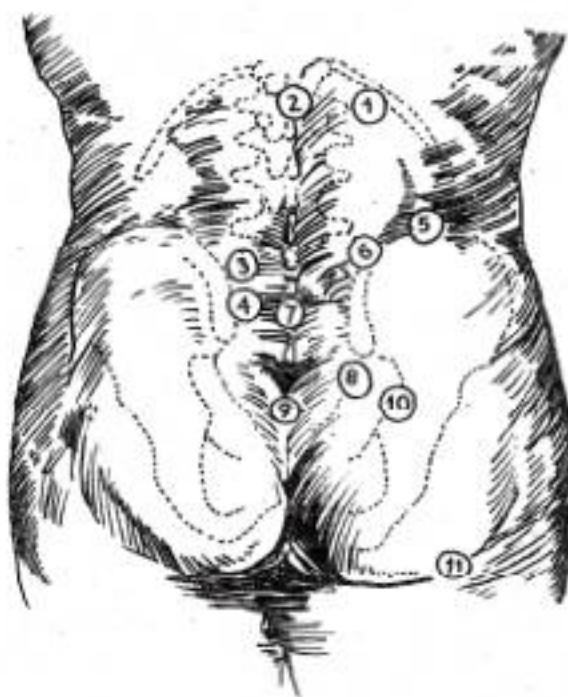
Khi tổn thương thắt lưng - cung và đau thần kinh, động tác gấp thu động thắt lưng ở tư thế nằm ngửa ít gây đau và thường không bị hạn chế chừng nào các cơ khoeo còn được nghỉ ngơi và không có sự kéo căng thần kinh hông to. Khi bị bệnh cột sống

vùng thắt lưng và thắt lưng cùng (như viêm khớp chẳng hạn), động tác gấp thu động hông vẫn bình thường trong khi gấp cột sống thắt lưng có thể bị hạn chế và gây đau. Nâng chân duỗi thẳng thu động (ở bình thường có thể tối 80° - 90° , ngoại trừ những người có cơ khoeo căng bất thường) cũng như cùi gấp về phía trước trong tư thế đứng chân duỗi thẳng làm dây thần kinh hông to và các rễ của nó bị căng, vi thể gây đau. Động tác trên cũng có thể làm quay hố chậu quanh trục nằm ngang, tăng tác động lên khớp thắt lưng - cung và vi vậy gây đau nếu đoạn này có viêm khớp và rễ thắt lưng - cung, động tác này bị hạn chế rất nhiều ở bên bị bệnh còn phía đối diện hạn chế mức độ nhẹ hơn. Dấu hiệu Lasègue (đau và hạn chế vận động trong quá trình gấp lưng nhưng gói vẫn duỗi thẳng) là thử nghiệm có giá trị trong bệnh này. Nâng chân trong khi duỗi thẳng phía bên đối diện cũng gây đau nhưng ở mức độ nhẹ hơn và một số người cho là có dấu hiệu tổn thương lan rộng hơn như trời đĩa đệm hơn là sa hay lồi đĩa đệm đơn thuần. Tuy nhiên điều quan trọng cần nhớ là đau do gấp chân, bất kể là chân nào bao giờ cũng lan tới bên mắc bệnh.

Duỗi tối đa thực hiện dễ dàng nhất khi bệnh nhân đứng hoặc nằm sấp. Nếu bệnh gây đau lưng là cấp tính, có thể khó duỗi thẳng cột sống ở tư thế đứng. Một bệnh nhân bị sang chấn thắt lưng - cung hay bệnh ở đĩa đệm thường có thể duỗi hoặc duỗi tối đa cột sống mà đau không tăng lên. Nếu bị đau ở vùng thắt lưng cao hoặc nếu có quá trình viêm cấp tính, gây đốt sống, gây các thành phần sau thì mức độ duỗi tối đa sẽ bị hạn chế nhiều.

Sờ và gõ là những bước thăm khám cuối cùng. Nên bắt đầu sờ từ vùng có vẻ ít gây đau nhất và người khám cần biết mình đang khám bộ phận nào (xem hình 7-2).

Cảm giác đau ít khi nổi bật trong các bệnh cột sống vì các cấu trúc bị bệnh thường ở sâu tối mức ít gây cảm giác đau trên bề mặt. Đau nhẹ, nồng và ít khu trú chỉ có nghĩa là có quá trình bệnh lý trong phần cơ thể bị bệnh có liên hệ với khoanh da. Cảm giác đau ở góc sườn lưng thường do bệnh thận, thường thận hay tổn thương các ụ ngang của các đốt sống thắt lưng 1 - 2. Tăng cảm giác đau khi sờ các ụ ngang của các đốt sống thắt lưng khác cũng như các cơ nằm ngay trên cơ thể là do gây ụ ngang hay sang chấn các chỗ bẩm sinh. Cảm giác đau vùng ụ gai hoặc tăng đau do rung khi gõ nhẹ có thể là



Hình 7-2

- (1). Góc sườn hông; (2). Ư gai và dây chằng liên gai;
- (3). Vùng diện khớp thắt lưng L5 và cung S1; (4). Mát sau xương cùng; (5). Vùng mào chậu; (6). Góc chậu - thắt lưng; (7). Các ư gai đốt sống L5 - S1 (dau = soi tư thế hoặc đổi khi do gai đổi đỡ); (8). Vùng giữa các gai chậu sau trên và sau dưới, các dây chằng cùng chậu (dau = bong gân cùng - chậu, đau cùng các đĩa đệm từ L5 đến S1); (9). Chỗ nối cùng cột (dau = són thương cùng cột, tức bong gân hoặc gây xơ vón);
- (10). Vùng rãnh khuyết cùng - hông to (dau = rõ đĩa đệm L4-S5 và bong gân cùng chậu); (11). Thần kinh hông to (dau = rõ đĩa đệm hoặc thương tổn thần kinh hông to).

không đặc hiệu nhưng thường cho biết có tổn thương đĩa đệm nằm sâu phía cuối, viêm (như nhiễm trùng khoang đĩa đệm) hoặc gây xơ vón. Dau vùng diện khớp giữa các đốt sống thắt lưng 5 và cung 1 đi kèm với bệnh đĩa đệm thắt lưng - cùng (hình 7-2 (3)). Dau như vậy cũng hay gặp trong viêm khớp dạng thấp.

Khi sờ các ư gai, điều quan trọng là cần xem có sự biến đổi nào trong mặt phẳng bên (có thể cho biết gây xơ vón hay viêm khớp) hoặc mặt phẳng trước sau hay không. Sự chuyển dịch ư gai ra trước kiệu

"bước hut" có thể là một dấu hiệu quan trọng trong chứng trượt đốt sống một đoạn dưới chỗ di lệch.

Khám bụng, thăm trực tràng, hổ chậu và đánh giá tình trạng hệ thống mạch ngoại vi là những phần rất quan trọng và không bao giờ được bỏ sót khi khám một bệnh nhân bị bệnh ở vùng lưng dưới. Các động tác này có thể cho chúng ta những chừng cờ về các bệnh lý mạch máu, nội tạng, khối u hay viêm nhiễm lan rộng đến cột sống hoặc gây đau lan tỏa vùng này.

Sau cùng phải tiến hành khám thần kinh kỹ càng, đặc biệt chú ý đến những thay đổi vận động, phản xạ và cảm giác (xem: lời đĩa đệm thắt lưng ở phần sau bài này) nhất là ở các chi dưới.

CÁC THĂM ĐO CẬN LÂM SÀNG ĐẶC BIỆT

Các xét nghiệm cận lâm sàng hữu ích, tùy bản chất của bệnh và hoàn cảnh thực tế, gồm: xét nghiệm máu toàn bộ, tốc độ lắng máu (đặc biệt có giá trị trong sàng lọc nhiễm trùng hoặc u tuy xương), đo nồng độ canxi, photpho, phosphataza kiềm, phosphataza acid (là xét nghiệm quan trọng nếu có nghi ngờ u tuyến tiền liệt di căn), điện di protein, điện di globulin miễn dịch và các xét nghiệm về bệnh lý dạng thấp. Cần chụp X quang cột sống thắt lưng ở các tư thế thẳng, nghiêng, chéch cho bất kỳ người bệnh nào bị đau lưng vùng thấp và đau thần kinh tọa. Những hình ảnh có các điểm đặc biệt hoặc các phim chụp nổi, chụp lớp mỏng có thể cho những thông tin quan trọng trong một số trường hợp. Chụp quét xương có thể hỗ trợ cho việc phát hiện gây xơ vón hay các tổn thương ác tính, viêm: nhiễm.

Thăm dò ống sống bằng chụp có thuốc cản quang có giá trị lớn, đặc biệt nếu ngờ có khối u tuy sống hay thoát vị đĩa đệm mà điều trị bảo tồn không có cải thiện. Có thể kết hợp chụp tuy sống với các thủ nghiệm động lực dịch não tuy và phải lấy nhiều mẫu dịch não tuy để xét nghiệm tế bào và sinh hóa trước khi bơm các thuốc cản quang (Pentopaque, Myodil hoặc chất cản quang tan trong nước khác). Việc bơm và hút Pentopaque cần có kỹ năng đặc biệt và nếu chưa có kinh nghiệm làm thủ thuật này thì không được cố thử. Nếu được tiến hành đúng, thủ thuật này ít gây biến chứng nặng. Thủ thuật tiêm thẳng chất cản quang vào đĩa đệm, mọi thời kỳ ien, nay rất ít làm và vẫn đang được bàn cãi. Thủ thuật này đòi hỏi kỹ thuật phức tạp hơn chụp tuy sống và cần lưu ý tới nguy cơ gây tổn

thương đĩa dệm, các rễ thần kinh và khả năng nhiễm trùng.

Chụp cắt lớp có máy tính trợ giúp (CT) và gần đây hơn là cộng hưởng từ hạt nhân đã trở thành những phương tiện rất có giá trị trong thăm dò ống sống, các đoạn xương và các mô mềm kế cận. CT, nhất là khi có kết hợp với bơm chất cản quang tan trong nước cho những chỉ dẫn tuyệt vời về hẹp ống sống, các thương tổn phá hủy các đốt sống, các thành phần sa, về sự có mặt khối u của mô mềm kế cận. Bằng kỹ thuật chụp điện tử nháy nháy còn có thể nhận biết được các thoát vị đĩa dệm với độ chính xác cao hơn chụp tủy sống nhiều. Ngay cả khi không có chất cản quang trong ống sống, các phim chụp cắt lớp có máy tính trợ giúp có tính quyết định lớn và là phương pháp thăm dò không chảy máu trong các bệnh đĩa dệm có mức độ nhiễm xạ tương đối thấp.

Bằng các phương pháp thăm dò dẫn truyền thần kinh, các đáp ứng H và F và ghi điện cơ (xem chương 354) có thể khẳng định được bệnh lý rễ thần kinh hoặc dây thần kinh cảm giác và vận động lân cận.

CÁC BỆNH LÝ CHỦ YẾU GÂY ĐAU THÀNH TẬT TẠI VÙNG LUNG DƯỚI

DỊ DẠNG BẤM SINH CỘT SỐNG VÙNG THẮT LUNG

Một trong những rối loạn hay gặp nhất là không khép kín tẩm mỏng của cung sống lung (nút đốt sống) của một hay nhiều đốt sống thắt lung hoặc xương cùng. Chứng râm lung hoặc tăng sắc tố vùng xương cùng có thể là những dấu hiệu của bệnh, nhưng ở đa số các bệnh nhân, dị dạng này vẫn hoàn toàn kín đáo cho tới khi phát hiện được bằng điện quang. Dị dạng này thường hay gây đau hơn nếu có dị sang các khớp đốt sống kèm theo. Thường thì đau xuất hiện sau sang chấn. Những dị dạng bẩm sinh khác ảnh hưởng tới các đốt sống thắt lung dưới như các khớp cò diện khớp không cân đối, dị dạng các ụ ngang, cùng hóa đốt sống thắt lung 5 (L5 chặt vào xương cùng) hay thắt lung hóa đốt sống cùng 1 (S1 giống như đốt thứ 6 của thắt lung) ít khi là nguyên nhân gây các triệu chứng đặc hiệu.

Nút móm đốt sống là một khuyết tật về xương có lẽ do sang chấn đoạn thắt lung đã có sẵn bối thường bẩm sinh, tại các điểm ngang hàng với khớp. (một đoạn gần điểm nối xương với tẩm mỏng) vùng thắt

lung dưới. Tật này nhìn rõ nhất trên các phim chụp chéch. Ở một số người, tật này ở cả hai bên. Khi bị một hay nhiều chấn thương, thân đốt sống, diện khớp phía trên và phần cuống di chuyển ra trước, để các thành phần ở sau lại phía sau. Tật này được biết dưới tên gọi *truật đốt sống* và gây ra triệu chứng. Bệnh nhân than phiền đau lưng nhiều. Ở vùng thấp, lan ra đùi và hạn chế cử động. Thường hay thấy đau chỗ gần đoạn "truật" ra trước (đa số là L5 trượt trên S1, đôi khi L4 trượt trên L5) và có thể cảm thấy một nắc khi sờ sâu vào các thành phần sau. Hỗn chậu đôi khi bị xoay và gấp hông bị hạn chế do co cơ kho eo. Nếu có những biểu hiện thần kinh chúng tố có bệnh lý rễ thì hội chứng lâm sàng của bệnh lý này sẽ đầy đủ. Trong những trường hợp trượt đốt sống rất nặng, đoạn thân có thể bị ngắn lại và bụng phình to ra do trượt quá mức ra phía trước của đốt L5 trên S1.

CÁC BỆNH DO CHẤN THƯƠNG VÙNG LUNG DƯỚI

Chấn thương là nguyên nhân hay gặp nhất gây đau, lung dưới. Khi bị thương nặng cấp tính, người khám phải cẩn thận để tránh gây tổn thương thêm. Khi tiến hành các thủ nghiệm vận động, mọi động tác đều phải ở mức tối thiểu cho đến khi có chẩn đoán hoặc có chỉ định biện pháp điều trị thích hợp. Một nạn nhân kêu đau lung và mất khả năng vận động chân có thể bị gãy cột sống; không được gấp cổ bệnh nhân và không được để bệnh nhân ngồi dậy. (Xem chương 353 về tổn thương tủy sống).

Bong gân, căng cơ và trắc dây dây chằng
Các thuật ngữ *bong gân* và *căng cơ* thường được các thầy thuốc dùng không chính xác và thường không liên quan rõ ràng đến một tổn thương giải phẫu nào. Một số tác giả thích dùng thuật ngữ *trắc dây chằng* hay *căng cơ* cho những trường hợp chấn thương nhẹ do nâng vật nặng, do ngã hay đứng đột ngột trong một tai nạn ô tô. Dài khi hội chứng này kéo dài làm ta nghĩ đến những yếu tố khác góp phần gây nên như viêm khớp hay bệnh đĩa dệm. Bệnh nhân bị trực tiếp vùng dưới lung thường bị đột ngột và có thể có những tư thế bất thường do co các cơ cẳng - gai. Đau khu trú ở khu vực thấp của lung và thường giảm đi rõ rệt khi nghỉ ngồi trong ít ngày. Những rối loạn tan rã hoặc kéo dài hơn mà trước đây xếp loại là *căng cơ* hay *bong gân* cùng lung ngày nay được biết rằng đa số do bệnh đĩa dệm (xem dưới).

Gãy cột sống

Hầu hết vỡ thân đốt sống thắt lưng là hậu quả của chấn thương ở tư thế gấp và có chèn hay ép phía trước. Khi chấn thương nặng hơn, nạn nhân có thể bị di lệch chỗ gãy, vỡ tung hoặc gãy không đối xứng, không những chỉ ở đốt sống mà còn cả các thành phần sau. Chấn thương gãy gây các đốt sống thường là ngã từ trên cao xuống (trong những trường hợp này các xương gót cũng có thể bị gãy), do tai nạn ô tô hay các chấn thương dù dội khác. Khi gãy xương do chấn thương rất nhẹ (hoặc gãy xương tự phát) thường là xương đã bị yếu từ trước do quá trình bệnh lý nào đó. Thông thường, nhất là ở những người lớn tuổi, nguyên nhân gãy nên biến cố như vậy là chúng loãng xương không rõ nguyên nhân, còn có nhiều rối loạn toàn thân quan trọng khác như suyễn xương, cường nồng tuyến cận giáp, cường nồng tuyến giáp, da u túy xương, di căn ung thư và một số lớn các bệnh lý tại chỗ làm yếu các đốt sống. Cơ cơ thắt lưng dưới, hạn chế cử động vùng thắt lưng và hình ảnh điện quang tổn thương đoạn thắt lưng (có hoặc không kèm theo các triệu chứng thần kinh) là cơ sở cho chẩn đoán. Đau thường xuất hiện ngay nhưng thỉnh thoảng có thể sau vài ngày. Bệnh nhân có thể bị tắc ruột nhẹ do liệt ruột cơ năng hoặc bí đại trong giai đoạn cấp tính.

Gãy các ụ ngang hầu như bao giờ cũng kèm theo xé rách các cơ cạnh cột sống, chủ yếu là cơ thắt lưng, gây chảy máu sau phúc mạc làm giảm hematocrit rõ rệt và nếu gãy xương lan rộng sẽ xuất hiện sốc do giảm khối lượng tuần hoàn. Chẩn đoán các tổn thương như vậy phải dựa vào kết quả tim nhạy cảm đau sâu nơi bị thương, co cơ cục bộ một bên và hạn chế mọi động tác có gây co kéo các cơ thắt lưng. Các bằng chứng điện quang qua soi xương, chụp cắt lớp CT, ghi hình cộng hưởng từ cho phép khẳng định chẩn đoán. Gãy nhiều ụ ngang dù có vẻ không nặng vẫn phải được quan tâm đúng mức và theo dõi chặt chẽ chảy máu trong.

Sơ đĩa đệm thắt lưng

Tình trạng này là nguyên nhân chủ yếu gây đau lưng cùng và đau chân nặng, mạn tính và tái phát. Nói hay bị tổn thương nhất là các điểm giữa đốt sống thắt lưng 5 (L5) và cung 1 (S1); các điểm giữa đốt sống thắt lưng 4 (L4) và thắt lưng 5 (L5), giữa L3 và L4, giữa L2 và L3 ít gặp hơn; còn điểm giữa đốt L1 và L2 rất ít bị tổn thương. Vùng các đốt sống

ngực ít bị bệnh. Sau vùng thắt lưng, vùng cổ mà đặc biệt là các điểm giữa đốt sống cổ 6 (C6) và đốt sống cổ 7 (C7), giữa C5 và C6 là vùng thứ hai hay bị thương tổn. Nguyên nhân chủ yếu là do chấn thương ở tư thế gấp nhưng nhiều khi không tìm thấy một chấn thương nào cả.

Thoái hóa các dây chằng dọc sau và vòng xơ đĩa đệm xảy ra chủ yếu ở những người đứng tuổi và người già. Bệnh diễn ra âm thầm hoặc có thể chỉ biểu hiện đau nhẹ hay tái phát ở vùng thắt lưng. Hất hơi, di lão đảo hoặc một động tác không có gì quan trọng có thể lan ra đĩa đệm trung tâm, đẩy vòng xơ đã bị cọ mòn và yếu di ra phía sau. Khi bệnh đĩa đệm nặng hơn, phần đĩa đệm trung tâm có thể bị trượt khỏi phần đệm xơ hoặc bị trôi hẳn ra ngoài tạo thành một mảnh tự do nằm trong ống tuy sống.

Hội chứng vỡ đĩa đệm thắt lưng đầy đủ gồm đau lưng, tư thế bất thường, hạn chế vận động cột sống (nhất là tư thế gấp). Đau kiểu rẽ, các rối loạn cảm giác (tăng hoặc giảm cảm giác các khoanh da), co giật thô, co cơ, co các bó cơ và tổn thương các phản xạ gần là những dấu hiệu cho biết có tổn thương các rễ thần kinh. Nhiều triệu chứng vận động (yếu và teo cơ) cũng có thể xảy ra nhưng thường thì không nổi bật như đau và rối loạn cảm giác. Vì thoát vị đĩa đệm thắt lưng hay xảy ra giữa L4 với L5 và L5 với S1 nên thường có kích thích và chèn ép các rễ thần kinh L5 và sau đó là rễ S1, vì vậy sự nhận biết các đặc điểm lâm sàng tổn thương các rễ này là rất quan trọng. Tổn thương rẽ L5 gây đau vùng hông, bẹn, mặt sau bẹn dài, mặt ngoài bắp chân đến mắt cá ngoài, mu chân và các ngón chân cái, thứ hai và ngón giữa. Có thể gấp loạn cảm ở toàn bộ vùng nói trên hoặc chỉ ở phần xa. Đau phía ngoài mông và đầu ngoài xương mác. Nếu có yếu thì thường yếu co giãn ngón cái mà ít yếu bàn chân. Các phản xạ gối, gân gót ít bị ảnh hưởng dù đôi khi phản xạ gót có giảm vừa phải. Di bằng gót khó hơn vì yếu cơ nâng mu bàn chân và thường khó chịu hơn di bằng các ngón chân. Khi tổn thương rẽ S1 thì thường đau giữa mông, mặt sau dài, vùng sau từ bắp chân đến gót, lòng bàn chân và các ngón chân thứ tư và ngón út. Đau trội nhất ở vùng giữa mông (không cùng chậu), mặt sau dài và bắp chân. Thỉnh thoảng đau có thể lan đến tận trực tràng, tinh hoàn hay các mô âm hộ. Loạn cảm và mất cảm giác chủ yếu đoạn cuối chân và các ngón chân phía

ngoài, còn nếu bị yếu thường yếu các cơ gấp bàn ngón, các cơ dạng ngón và các cơ khoco. Da số trường hợp bị giảm hay mất cảm phản xạ gót. Dị ứng mủi chân khó chịu hơn dị ứng gót. Dù tổn thương rẽ nào thì trong giai đoạn cấp tính cũng đều hạn chế năng chân đang duỗi thẳng.

Thoái hóa đĩa đệm không lồi mành tổ chức đĩa đệm ra ngoài hoàn toàn cũng có thể gây đau lưng dưới hoặc đĩa đệm có thể thoát vị vào trong thân đốt sống kế cận làm sinh ra cục Schmorl thấy rõ qua điện quang. Những trường hợp này thường không có tổn thương rẽ thần kinh, dù đau lưng có thể lan đến mông, chân.

Tổn thương rẽ thắt lưng L3 và L4 hiếm gặp hơn, thường gây đau mặt trước đùi và gối cùng mất cảm giác các vùng tương đương. Phản xạ gối giảm hoặc mất. Dấu hiệu Lasègue đảo ngược (đau và căng chỉ so với thận, rõ rệt nhất ở tư thế nằm sấp) dương tính khi rẽ L3 bị tổn thương.

Hội chứng đĩa đệm thắt lưng thường là một bên. Chỉ khi thương tổn đĩa đệm lan rộng hoặc trời hẳn mọi mành đĩa đệm lún tự do vào trong ống tuy thi các triệu chứng và dấu hiệu hai bên mới xuất hiện và kèm theo liệt các cơ vòng. Đau có thể nhẹ hoặc dữ dội. Có thể toàn bộ hoặc chỉ một phần hội chứng trên xuất hiện. Có thể chỉ đau lưng còn chân đau rất nhẹ hoặc hoàn toàn không đau. Nhưng ngược lại, đôi khi người bệnh đau chân mà lưng chỉ khó chịu nhẹ hoặc hoàn toàn bình thường. Võ nhiều đĩa đệm thắt lưng hoặc cả đĩa đệm thắt lưng và cổ không phải ít gặp, thường do rối loạn lún tổ chức liên kết các đĩa đệm cả ở phần vòng xơ lắn nhân trung tâm.

Khi có mặt đầy đủ các thành phần của hội chứng, việc chẩn đoán sẽ dễ dàng nhưng khi chỉ có một phần (đặc biệt là đau lưng) chẩn đoán có thể khó khăn đặc biệt là khi tình huống gây chấn thương không rõ rệt. Vì các triệu chứng đau tương tự có thể xuất hiện mà không do võ đĩa đệm, các thủ thuật thăm dò khác rất cần thiết để chẩn đoán. Trên phim chụp thường nói chung không thấy có biểu hiện bất thường, may ra thì cũng chỉ thấy hẹp khe liên đốt, thường ở bên có võ hẹp rõ hơn. Có thể nhìn thấy các móm kéo và là dấu hiệu thoái hóa đĩa đệm. Trong những trường hợp rất nặng, có thể thấy dấu hiệu đĩa đệm trống (Vacuum disk) tức là thấy một bong có độ đậm đặc như khí nằm trong khoang liên đốt, thấy rõ trên phim nghiêng. Tuy vậy, thường

người ta vẫn phải nhờ đến chụp ống sống có pantopaque hoặc các thuốc cản quang tan trong nước để thấy rõ vết lõm răng của khoang dưới nhện vùng thắt lưng hay hình ảnh biến dạng ống rẽ. Thỉnh thoảng, nếu tổn thương rộng, có hiện tượng ngắt quãng hoàn toàn bằng thuốc cản quang. Ở một số người bệnh, chụp cắt lớp CT có hoặc không có chất cản quang có thể cho thấy rõ thoát vị đĩa đệm ngay cả khi thoát vị rất bé hoặc lệch sang bên. Đĩa đệm vỡ bé nhiều khi không thấy được trên CT và chụp tuy sống, đặc biệt khi tổn thương nằm ở L5 - S1 là nơi mà khoảng ống sống rộng. Một số bệnh viện dùng kỹ thuật chụp đĩa đệm (bơm thẳng chất cản quang vào đĩa đệm) để phát hiện lồi đĩa đệm nhưng thủ thuật này có nhiều tai biến và kết quả cũng khó nhận định. Ghi điện cơ có tác dụng cho biết mức độ mất chi phối thần kinh của các cơ chân và cơ cánh cột sống (xem chương 354). Nồng độ protein dịch não tuy có thể tăng trong một số trường hợp.

Khỏi ống sống dù ngoài hay dưới màng cứng đều có thể gây hội chứng giống như vỡ đĩa đệm (xem chương 353).

CÁC NGUYỄN NHÂN KHÁC GÂY ĐAU VÙNG DƯỚI LUNG VÀ ĐAU THẦN KINH TỌA

Làm việc ở một trung tâm vận chuyển bệnh nhân nội khoa, với kinh nghiệm dày dạn về đau thắt lưng, đau thần kinh tọa, đau mông, các tác giả đã ghi nhận một số lượng lớn những bệnh nhân mà triệu chứng bệnh của họ không thể quy cho vỡ đĩa đệm được. Thường là các bệnh nhân đã được mổ vì bệnh đĩa đệm gây nên, có hoặc không được đóng kín các vết tách của các đốt sống lưng nhưng bệnh vẫn không thuyên giảm. Các chỉ định phẫu thuật ban đầu cần được xem xét lại vì chỉ thấy phồng đĩa đệm ("đĩa đệm cứng"), không có những dấu hiệu thần kinh chắc chắn. Người ta đã đưa ra một vài thực thể bệnh lý mới, vài tình trạng không chắc chắn lắm để giải thích những trường hợp đau mạn tính này. Sự mắc kẹt của một vài rễ thần kinh không chỉ là hậu quả của một bệnh lý đĩa đệm mà còn có thể do những gai thoái hóa đốt sống ít nhiều gây hẹp khe bên và lồng ống sống, do tăng sinh các diệp sụn máu hay do "viêm màng nhèn tuy sống".

Các gai do thoái hóa đốt sống và hẹp rãnh bên, hẹp lồng ống sống đã được phân biệt về mặt lâm sàng với vỡ đĩa đệm. Đau một hay hai chân khi đứng, khi đi và giảm đi khi ngồi xổm hoặc nằm. Tất cả

35 trường hợp do Michael và cộng sự công bố đều thấy có những thay đổi về vận động, cảm giác và phản xạ. Về điện quang, có hẹp một khe đốt. Da số mặt trên ở L5 có hẹp săn bên tại bờ trên cuống gây chèn ép vào rễ L5 cũng như rễ S1. Trên phim chụp cắt lớp hàng loạt, rãnh bên chỉ còn dưới 3mm. Tên chính xác hơn của bệnh này nên gọi là *thoái hóa đốt sống một bên* và trong một số trường hợp là *tiêu đốt sống*. Trong bệnh này bao khớp kế cận có thể bị tổn thương làm tăng trực tiếp hay gián tiếp hội chứng rễ (xem dưới và chương 353 bàn luận thêm về hẹp sống lưng và hội chứng di cản nhắc).

Hội chứng điện khớp một bên là một bệnh li liên quan gần gũi. Reynolds và cộng sự đã công bố 22 trường hợp có bệnh một rễ thần kinh giống như vòi đĩa đệm, trong đó 16 bệnh nhân có bệnh li rễ L5, 3 bệnh nhân bệnh li rễ S1 và 3 bệnh nhân khác bệnh li rễ L4, 15 bệnh nhân có kèm theo đau lưng. Không có trường hợp nào vòi đĩa đệm qua hình ảnh chụp tủy sống. Khi phẫu thuật thấy rễ thần kinh bị ép vào sán hay vào trần rãnh liên đốt do điện trên hay điện dưới to ra. Thủ thuật mở rộng lỗ đốt sống và cắt điện khớp làm giảm triệu chứng ở 12 trong số 15 bệnh nhân. Cắt dây thần kinh điện khớp bằng các điện cực phóng xạ cao tần hay còn được gọi là thủ thuật tiêu rễ thần kinh qua da tại các dây thần kinh chi phối các khớp sụn tiếp hợp đã được Collier áp dụng có kết quả, làm giảm triệu chứng cho 35 trong số 122 bệnh nhân, nhưng chưa dám chắc kết quả khả quan này là do tiêu rễ hay do một yếu tố nào khác.

Một số trường hợp chụp tủy sống thấy vò bao thần kinh phồng lên như kén chia thành khoang. Có thể vượt ra ngoài khe liên đốt. Nhiều dây thần kinh ở cổ và thần kinh - cùng bị tổn thương. Dã có rất nhiều thông báo ngoại khoa về giảm đau và các triệu chứng khác bằng cách mở kén, nhưng chúng tôi thấy khó đánh giá kết quả của các phương pháp này.

Viêm dinh màng nhện thất lung gây bệnh li rễ ngày càng được chú ý tới. Đây là một thực thể mơ hồ. Sau nhiều lần bị mở thất lung và chụp tủy sống, bệnh nhân bị đau lưng, đau chân và những biến đổi về vận động, cảm giác và phản xạ. Màng nhện dày, mờ, dính với màng cứng, gắn chặt với màng mềm và các rễ thần kinh. Chất cản quang bơm vào khi chụp tủy sống không lấp đầy các vò bao rễ thần kinh và có xu hướng thành ngăn nham nhở. Theo

một kết quả nghiên cứu ở Anh, viêm màng nhện chỉ gặp 80 lần trong số 7600 lần chụp tủy sống, nhưng theo các y văn Hoa Kỳ, bệnh hay gặp hơn nhiều. Trong các trường hợp nghiên cứu của chúng tôi, những yếu tố để bệnh này phát triển là vò đĩa đệm, chụp tủy sống bằng pantopaque nhiều lần, các thủ thuật mở xé, nhiễm trùng và xuất huyết dưới màng nhện. Kết quả điều trị chưa mỹ mãn, làm tiêu dinh và corticoid nội tủy không mang lại kết quả.

Ở những bệnh nhân đau thất lung mạn tính và đau thần kinh tọa sau mở đĩa đệm thất bại, do các gai thoái hóa, do tiêu đốt sống, thoái hóa điện khớp hoặc viêm màng nhện, một số tác giả cho rằng, ra thì cũng một phần là do "tình không ổn định" của đoạn thất lung làm giảm khả năng có thể còn đau kéo dài mãi là do các động tác bất thường hoặc thái quá đối với vùng này. Đối với các bệnh nhân như vậy, thủ thuật hợp đốt sống đôi khi được chấp nhận và trong một số trường hợp, có thể là một biện pháp giảm đau. Thủ thuật gây cứng khớp phía sau đoạn thất lung 4 - 5 với xương cùng làm giảm vận động đoạn này và giảm sức ép lên các rễ thần kinh do các động tác bất thường. Tuy nhiên bệnh nhân thường vẫn đau (độ mức độ có đđ) nên thủ thuật này không được coi là liệu pháp vạn năng. Chúng tôi ít khi ủng hộ một can thiệp ngoại khoa như vậy trừ phi có những bằng chứng giải phẫu rõ ràng về một bệnh li cơ học mà cố định cột sống có thể làm giảm bớt triệu chứng.

VIÊM KHỚP

Viêm khớp cột sống là một nguyên nhân chủ yếu gây đau lưng, đau cổ và đau đầu vùng chẩm.

Viêm xương khớp (xem thêm chương 274) Loại bệnh cột sống do viêm xương khớp rất phổ biến này thường xảy ra ở lứa tuổi già và có thể tổn thương ở bất cứ đoạn cột sống nào. Tuy nhiên thường gặp nhất ở đoạn cổ và thần kinh; điểm đau chính xác quyết định sự khu trú của các triệu chứng. Bệnh nhân thường phản nản đau ngay giữa cột sống, tăng lên khi cử động và biến hép kem theo cùng khớp và hạn chế vận động. Thường rất ít khi có triệu chứng toàn thân như sốt hay mệt mỏi và đau thường giảm khi nghỉ ngơi. Mức độ nặng của các triệu chứng ít khi song song với các dấu hiệu điện quang. Đau có thể rõ rệt khi dấu hiệu điện quang không đáng kể và ngược lại có thể thấy quá phát lồi xương rõ rệt thành gai, thành gợn hay thành cầu nối các đốt sống

mà không có triệu chứng khác ở các bệnh nhân trung niên hay tuổi già. Tùy vị trí tổn thương mà các biến đổi bệnh lý vùng cổ, vùng thắt lưng có thể chèn ép các rễ thần kinh, thậm chí chèn ép vùng đuôi ngựa hay tuy sống tạo nên dạng bệnh lý tuy sống vùng đuôi ngựa do viêm đốt sống (xem chương 353 và 354).

Bệnh lý da rẽ vùng đuôi ngựa do viêm đốt sống là một biến thể khác của viêm khớp tăng sinh. Hẹp ống sống bẩm sinh vùng thắt lưng nhất là đoạn L4 - L5 khiến bệnh nhân dễ bị vỡ đĩa liên đốt hay thoái hóa khớp. Thoái hóa khớp sẽ làm hẹp thêm đường kính trước sau của ống sống và vì thế dẫn tới chèn ép các rễ thần kinh thắt lưng - cùng, thậm chí làm tắc nghẽn ống sống. Thực tế là các rễ thần kinh bị kẹt vào giữa mặt sau của đốt sống ở phía trước và khối dây chằng ở phía sau bên. Dau thắt lưng thường kèm theo yếu chân, giảm phản xạ gót, tê và loạn cảm chân và bàn chân. Khi đi, đứng, sự giãn cột sống cũng sẽ gây nên hoặc làm nặng thêm các triệu chứng thần kinh, còn gấp cong cột sống làm giảm các triệu chứng. Bệnh cảnh lâm sàng và tính cách hồi của bệnh tương ứng với cái gọi là "di khập khieng từng lúc do tuy sống". Nghi ngờ chẩn đoán dựa trên bệnh sử và các dấu hiệu điện quang nhưng phải khẳng định bằng chụp tuy sống, chụp cắt lớp CT và cộng hưởng từ (MRI) thấy rõ chỗ hẹp ống sống. Giải phóng chèn ép ống sống sẽ làm giảm triệu chứng trong phần lớn các trường hợp nhưng phải tiến hành thận trọng vì có thể gây ra mất ổn định cột sống đòi hỏi phải làm cung khớp.

Bệnh lý da rẽ vùng đuôi ngựa do viêm đốt sống là một thể tương đương với bệnh lý tuy sống cổ do viêm đốt sống được mô tả ở phần dưới và là một hội chứng đuôi ngựa mà chẩn đoán phân biệt sẽ được bàn trong chương 353.

Viêm khớp dạng thấp và viêm đốt sống dinh khớp. (xem thêm chương 263 và 267) Bệnh khớp cột sống có 2 dạng riêng biệt viêm đốt sống dinh khớp (hay gấp hơn), và viêm khớp dạng thấp. Bệnh nhân viêm đốt sống dinh khớp (còn gọi là viêm khớp kiểu Marie-Strümpell) là những người trẻ, kêu đau nhẹ hay đau vừa phải, không đau khu trú giữa lưng, thỉnh thoảng lan xuống mặt sau đùi. Triệu chứng có thể mơ hồ (mỏi lưng, đau lưng, kẹt lèn kẹt xương) và chẩn đoán bị bỏ qua trong một thời gian dài. Dù đau thường ngắt quãng nhưng dấu hiệu hạn chế vận động thì hàng định và ngày càng tăng

dần, đến một lúc nào đó, có xu hướng chỉ phổi toàn bộ bệnh cảnh. Thời gian đầu dấu hiệu này được tả là "cứng buồi sáng" hoặc cứng tăng lên sau một thời gian không hoạt động và có thể xuất hiện rất lâu trước khi có những dấu hiệu điện quang. Hạn chế giãn nở lồng ngực, đau vùng xương ức, giảm vận động và co cứng ở tư thế gấp hông có thể xuất hiện sớm. Triệu chứng điện quang quyết định bệnh là sự phá hủy dần đến xoá láp các khớp cung chậu, phát triển các cầu nối giữa các xương ở rìa các thân đốt sống bằng cách tạo cầu xương để hình thành đặc điểm "xương sống hình cây tre". Toàn bộ cột sống trở nên bất động, thường ở tư thế gấp và sau đó đau lắng xuống dần. Nhiều bệnh cảnh hạn chế vận động trong các bệnh vảy nến, các bệnh viêm ruột mạn tính hay hội chứng Reiter thường khó phân biệt với viêm đốt sống dinh khớp. Bệnh nhân bị những bệnh trên ít khi có biểu hiện triệu chứng viêm khớp dạng thấp ngoại biên, cũng ít thể hiện tại hông và gối. Thường không phát hiện được yếu tố dạng thấp nhưng tốc độ lắng máu luôn luôn tăng và nhiều người mang kháng nguyên HLA-B27.

Đôi khi viêm đốt sống dinh khớp do biến chứng của các tổn thương phá hủy đốt sống tiến triển. Cần nghi ngờ biến chứng này bất cứ khi nào đau trở lại hay trở nên khu trú sau một giai đoạn yên lặng. Bệnh nguyên của các tổn thương này còn chưa rõ nhưng có thể là do đáp ứng hồi phục gây xung quá mức hoặc sản sinh quá mức các tổ chức viêm xơ. Ít khi gây nên sụp một đoạn cột sống để chèn ép tuy sống. Một biến chứng nặng khác của viêm đốt sống dinh khớp là dinh tiến các xương suôn với cột sống cả hai bên gây nên giảm chiều cao của cấu trúc trực lồng ngực làm rối loạn trầm trọng chức năng hô hấp.

Viêm khớp cột sống dạng thấp có xu hướng khu trú vùng các khớp móm vùng cổ, các khớp dội trực, sau đó đau, cứng và hạn chế cử động vùng cổ và sau đầu. Không giống viêm đốt sống dinh khớp, viêm khớp dạng thấp thường không chỉ khu trú trong phạm vi cột sống và không gây các cầu nối liên đốt dính kẽ. Vì có thường tồn ở các khớp khác, bệnh tương đối dễ chẩn đoán nhưng thường bỏ qua các tổn thương đáng kể ở vùng cổ. Về sau, một hay nhiều đốt sống có thể bị lệch ra trước hoặc viêm bao hoạt dịch khớp dội trực làm tổn thương dây chằng ngang của đốt dội làm cho đốt dội trượt trên trực ra phía trước, tức là bán trật khớp dội trực.

Trong cả hai tình huống, chèn ép tủy sống nặng, thậm chí đe dọa tính mạng có thể xảy ra từ từ hoặc đột ngột (xem chương 263 và 353). Cần tiến hành chụp nghiêng các tư thế gấp và uốn để xác định lệch hay bán trật khớp nhưng phải hết sức thận trọng khi tiến hành.

CÁC BỆNH KHÁC GÂY PHÁ HỦY

Các bệnh ác tính, nhiễm trùng và chuyển hóa Các ung thư di căn (ung thư vú, phổi, tuyến tiền liệt, tuyến giáp, thận, đường tiêu hóa), khối u tủy xương, các u lympho Hodgkin và không thuộc loại Hodgkin là những bệnh ác tính hay gây tổn thương cột sống nhất. Vì nói bị bệnh tiên phát có thể bị bỏ qua, nên triệu chứng thể hiện ở những bệnh nhân này có thể chỉ là đau lưng. Đau thường âm ỉ nhưng thường xuyên và không đỡ khi nghỉ ngơi. Đau có thể tăng lên về đêm. Các biến đổi về hình ảnh chụp X-quang có thể chưa thấy rõ nhưng một khi đã xuất hiện thường là biểu hiện các thương tổn phá hủy ở một hay nhiều đốt sống mà ít hoặc không định rõ gai đến khoang đĩa đệm, thậm chí cả khi có dấu hiệu chèn ép do gây. Chụp soi quét xương bằng chất phóng xạ 99m Tc^c diphosphonate có thể giúp phát hiện các "diểm bóng" nói lên sự tăng lưu lượng máu ở các điểm đó và sự tạo xương phản ứng cùng với các tổn thương phá hủy, viêm nhiễm hay viêm khớp. Tuy vậy, cần lưu ý rằng đa số tủy xương và đôi khi cả ung thư tuyến giáp di căn nữa đều có thể không làm tăng hoạt tính khi soi quét xương.

Nhiễm trùng cột sống thường do vi khuẩn sinh mủ (tụ cầu, trực khuẩn dạng cocci) hoặc trực khuẩn lao và chỉ dựa vào lâm sàng đơn thuần khó phân biệt. Bệnh nhân kêu đau lưng bán cấp hay mạn tính, tăng lên khi cử động, đau ngay trên đoạn cột sống bị bệnh, khi rung cột sống (như đi bằng gót). Thường bệnh nhân không sốt, không tăng bạch cầu nhưng tốc độ lắng máu bao giờ cũng cao. Chụp X-quang có thể cho thấy hẹp các khoang đĩa đệm có trượt hoặc phá hủy hai đốt sống kế cận. Có thể thấy một khối ở phần mềm cạnh cột sống chúng to ở áp xe do lao được dẫn lưu tự phát ra vùng xa cột sống. Ngoài kỹ thuật soi quét xương, soi quét gallium đôi khi cũng giúp ích nhận biết một tổn thương viêm hay nhiễm trùng phần mềm ngay cả khi sự hủy hoại xương chưa thể hiện trên phim. Điều đặc biệt cần nhớ là *apxe ngoài màng cứng cột sống* (thường do tụ cầu) bệnh cần được điều trị phẫu thuật cấp cứu.

Các triệu chứng gồm đau khu trú tự phát và tăng lên khi gõ, khi sờ vào. Bệnh nhân sốt và có đau kiệu rẽ dữ dội, đa số đau hai bên, tiến triển nhanh chóng đến liệt mềm hai chân (xem chương 340 và 353).

Trong những bệnh xương gọi là do chuyển hóa, (loãng xương hay nhuyễn xương) mất chất xương rõ rệt xảy ra không gây triệu chứng gì. Tuy nhiên, nhiều bệnh nhân mắc bệnh này phản cảm đau vùng cột sống ngực và thắt lưng. Gần như bao giờ cũng xảy ra sau chấn thương, đôi khi có thể chỉ là một chấn thương không đáng kể dẫn đến sụp hoặc nghiêng một đốt sống. Một số động tác làm đau tăng dữ dội còn một số tư thế nhất định làm giảm đau. Một hoặc nhiều rễ thần kinh có thể cũng bị thương tổn. Bệnh Paget cột sống gần như không đau bao giờ nhưng có thể gây chèn ép tủy sống hoặc ép rẽ do các xương dạng paget xám tan ống sống hay các tổ đốt sống. Sự nhận biết các bệnh xương này được bàn kỹ ở các phần khác (xem chương 337 và 338).

Nói chung, những bệnh nhân nghĩ là bị bệnh cột sống do bệnh ác tính, nhiễm trùng hay chuyển hóa phải được đánh giá kỹ lưỡng bằng các phương tiện như chụp điện quang, soi quét xương, chụp cắt lớp

CT và các xét nghiệm phù hợp khác (xem trên).

ĐAU DO BỆNH MỐI TẠNG LAN ĐẾN

Đau do bệnh các tạng trong hố chậu, ổ bụng hay lồng ngực thường được cảm thấy ở vùng cột sống tức là lan đến cả phần sau đoạn cột sống chi phối thần kinh tạng này. Đôi khi đau lưng là dấu hiệu đầu tiên và là duy nhất. Quy luật chung là đau do các bệnh trong hố chậu lan đến vùng xương cùng, đau do bệnh bụng dưới lan đến vùng thắt lưng (tập trung quanh đốt sống thắt lưng 2 đến thắt lưng 4) và đau do các bệnh vùng bụng trên lan đến vùng cột sống ngực dưới (từ đốt sống lưng D₈ đến thắt lưng L₁ và L₂). Đặc điểm chung là không có các dấu hiệu khu trú hoặc cứng lưng. Cử động hết tầm không làm tăng đau. Tuy vậy, một vài tư thế như gấp vùng thắt lưng trong tư thế uốn cong sang bên có thể dễ chịu hơn ở các tư thế khác.

ĐAU LUNG THẤP VÀ ĐAU THẮT LUNG CAO TRONG CÁC BỆNH Ổ BỤNG

Bệnh loét hoặc u thành dạ dày tá tràng gây đau vùng thượng vị điển hình nhất (xem chương 235 và 255) nhưng nếu hành sau bị tổn thương và đặc biệt nếu có lan rộng sau phúc mạc, đau có thể cảm thấy

ở vùng cột sống. Vị trí đau có thể ở giữa hay trội hơn về một phía hoặc đau có thể thấy cả hai nơi. Khi nặng, đau như bao bọc lấy cơ thể. Đau mang đặc tính của tạng bị bệnh, chẳng hạn nếu do loét đau xuất hiện 2 giờ sau ăn và đỡ đi nhờ thức ăn hay thuốc chống acid.

Bệnh tuyến tụy (loét dạ dày lan tới tụy, viêm túi mật có viêm tụy, nang hoặc u tụy) thường có xu hướng gây đau ở lưng, đau nhiều về phía bên phải nếu tổn thương đầu tụy còn nếu thận và đuôi tụy bị bệnh thì sẽ đau nhiều bên trái.

Bệnh các mô sau phúc mạc như u lympho, sarcoma, carcinoma, có thể gây đau cột sống vùng này, có xu hướng lan ra vùng bụng, vùng bẹn và mặt trước đùi. U thư phát vùng chậu - đáy chậu một bên thường gây đau một bên thắt lưng lan tới bẹn và tinh hoàn hay âm hộ. Có thể có dấu hiệu tổn thương các rễ thắt lưng ở cao. Một khối phình động mạch chủ bụng có thể gây đau cột sống khu trú ở vùng này nhưng cũng có thể đau cao hay thấp hơn tùy thuộc vị trí khối phình.

Sự xuất hiện đau lưng đột ngột không rõ nguyên nhân ở một người đang dùng thuốc chống đông phải nghĩ đến chảy máu sau phúc mạc.

Đau thắt lưng do các bệnh bụng dưới

Viêm các đoạn đại tràng (viêm đại tràng, viêm túi thừa) hoặc u đại tràng gây đau bụng vùng thấp giữa rốn với xương mu, vùng giữa thắt lưng hoặc cả hai vùng. Nếu dữ dội, đau giống như dây thắt quanh người. Tổn thương đại tràng ngang hay phần đầu đại tràng xuống gây đau giữa hay bên trái và lan ra lưng tới vùng các đốt sống S2 đến S3. Nếu bệnh ở đại tràng xích ma đau sẽ thấp hơn, tại vùng cùng trên và vùng đường giữa trên xương mu ở phía trước hoặc ở phần bụng dưới trái.

Đau vùng xương cùng trong các bệnh hố chậu (tiết niệu, phụ khoa) Bệnh ở hố chậu ít khi gây đau lưng thấp mơ hồ dù các bệnh phụ khoa bản thân chúng có thể biểu hiện kiểu này. Trong số những bệnh tại tiểu khung, trên một phần ba các trường hợp là do viêm. Các loại bệnh mang tính chất giả định khác như giãn các cấu trúc nâng đỡ tử cung, tử cung ngà sau, giãn tĩnh mạch chậu hông, phù phì phụ ít được nghĩ tới. Gần đây, soi ổ bụng chẩn đoán được coi là một biện pháp bổ sung có giá trị cho thăm trực tràng, hố chậu, soi trực tràng và chụp bể thận có thuốc cản quang tĩnh mạch. Tầm

quan trọng của bệnh tâm thần cũng được nhấn mạnh trong đa số các trường hợp không chẩn đoán được. Bản thân đau do kinh nguyệt thường cảm thấy ở vùng xương cùng, ít khu trú, hay lan xuống chân và có đặc tính như chuột rút. Tuy nhiên, nguyên nhân quan trọng nhất gây đau lưng mạn tính do các tạng trong hố chậu là các dây chằng tử cung-cùng. Lạc chỗ niêm mạc tử cung vào dây chằng này hoặc ung thư tử cung (thân hoặc cổ) có thể xâm lấn các cấu trúc này trong khi sai lạc vị trí tử cung có thể co kéo chúng. Đau thường khu trú giữa xương cùng, dưới khớp thắt lưng cùng, nhưng cũng có thể đau nhiều hơn về một phía. Trong bệnh lạc chỗ niêm mạc tử cung (endometriosis) đau xuất hiện suốt giai đoạn tiền kinh và tiếp tục đến khi trùng với đau kinh. Một số người cho rằng lệch tử cung (tử cung đổi sau, tử cung thấp hoặc sa sinh dục) gây đau vùng xương cùng, nhất là khi bệnh nhân đứng lên nhiều giờ liền. Ở đây người ta có thể quan sát được ảnh hưởng của sai lệch tử cung giống như u xơ tử cung kéo căng các dây chằng tử cung - cùng. Ung thư lan rộng lan đến các đám rối thần kinh gây đau liên tục ngày càng nặng và hay tăng lên về đêm. Tổn thương tiền phát có thể kín đáo, bị bỏ qua khi khám hố chậu. Các tiêu bản nhuộm Papanicolaou, chụp bể thận và chụp cắt lớp có máy tính trợ giúp là những thủ thuật thăm dò có giá trị nhất để chẩn đoán. Điều trị các u này bằng tia xạ có thể gây đau do hoại tử tổ chức và gây tổn thương rễ thần kinh. Đau lưng lan xuống một hoặc cả hai đùi là hiện tượng phổ biến trong những tuần cuối thai nghén. Viêm tuyến tiền liệt mạn tính, chứng cổ là xuất tiết tuyến tiền liệt, dài rất, dài rất, giảm nhẹ khả năng sinh dục và kèm theo đau khó chịu vùng xương cùng, có thể một bên là chủ yếu, lan xuống vùng cùng cột. Bệnh có thể không gây dài rất hay dài đau rất болезн. Các dây thần kinh gai sống có thể bị thâm nhiễm các tế bào ung thư hoặc bón thận túy sống bị chèn ép nếu có sự xâm lấn khoang ngoài màng cứng. Chẩn đoán dựa vào thăm trực tràng, chụp tia X, soi quét xương cột sống, định lượng phosphataza acid (đặc biệt là thành phần phosphataza tiền liệt tuyến). Bệnh bàng quang và tinh hoàn thường không gây đau lưng. Khi bệnh thận là nguyên nhân, đau thường vùng bên ở vùng mảng sườn và thắt lưng. Các bệnh lì nội tạng bất kỳ loại nào cũng đều có thể làm đau tăng lên do viêm khớp và ngược lại, có viêm khớp sẽ làm thay đổi phân bố đau do nội tạng. Chẳng

hạn khi có bệnh cột sống vùng thắt lưng - cung cẳng bóng trực tràng do phân hoặc đợt viêm trực tràng sẽ làm đau khớp nặng thêm. Ở những bệnh nhân viêm đốt sống vùng cổ, vùng ngực đau do thiếu máu cục bộ cơ tim có thể lan ra lưng.

CÁC LOẠI DƯỚI NGUYÊN NHÂN CHUA RỘ VÀ VẤN ĐỀ BỆNH TÂM THẦN

Các thầy thuốc thực hành thường phải khám những bệnh nhân than phiền đau lưng dưới không rõ nguyên nhân. Bệnh thường có đặc điểm là nhẹ và do một rối loạn nhỏ, căng cơ hay sa dây đệm. Điều này đặc biệt đúng đối với những tổn thương khởi phát cấp tính, tăng lên khi cử động và giảm khi nghỉ ngơi. Khó khăn hơn nhiều khi bệnh nhân là những người đau mạn tính, nhất là những người đã được mổ lưng trước đó, có bệnh nội tạng mạn tính hoặc những người đau nặng tăng dần và đang được theo dõi bệnh nhiễm trùng hay ác tính. Ngay cả khi các thăm dò đã được sử dụng hết mà vẫn còn một nhóm bệnh nhân không thể tìm được bất kỳ một tổn thương giải phẫu hay bệnh lý nào cả. Nói chung những bệnh nhân này nằm trong hai loại: những người đau lưng do tư thế và, những người đau lưng do bệnh tâm thần.

Dau lưng do tư thế Nhiều người mảnh khảnh, yếu ớt và một số người trung niên béo phì hay có cảm giác khó chịu ở lưng. Họ bị đau lưng luôn luôn, ảnh hưởng đến khả năng làm việc. Khám thực thể hoàn toàn âm tĩnh trừ khôi cơ mềm yếu và tư thế không bình thường. Dau hay lan tỏa đến vùng giữa hông hay vùng thấp hơn, có đặc điểm giảm đi khi nằm nghỉ trên giường và sinh ra khi duy trì ở một tư thế đặc biệt nào đó trong một thời gian nhất định. Dau vùng cổ và vùng giữa hai xương bả vai hay gặp ở những phụ nữ già, chắc, hoạt động nhiều, hình như là do các cơ thang căng quá.

Dau lưng do bệnh tâm thần Dau lưng dưới có thể gặp trong hysteria dài đền bù hoặc giả vờ bệnh để nghỉ việc; do lo lắng hay suy nhược thần kinh tuần hoàn mà trước đây gọi là suy nhược thần kinh, do suy nhược hay bệnh tưởn và ở nhiều người dễ bị kích thích mà triệu chứng và bệnh cảnh của họ không nằm trong loại nào của bệnh tâm thần. Có lẽ đúng ra là nên cho rằng đau lưng ở những bệnh nhân này có nghĩa là có bệnh ở cột sống và các tổ chức kế cận và cần phải tìm kiếm một nguyên nhân đặc hiệu. Tuy vậy ngay cả khi các yếu tố thực thể

đã tìm thấy, đau vẫn cứ tăng lên, kéo dài, tạo nên một kiểu tàn phế hay mất khả năng vì các yếu tố tâm lý cùng song song tồn tại. Điều này càng đúng khi có thể có được thu nhập trên (chủ yếu là bù trừ).

DAU CỔ VÀ VAI

Nên phân loại đau cổ và vai thành hai loại chính: đau cột sống, đau đàm rối cánh tay (llop ngoài - lồng ngực) và đau vai. Dù đau ba vùng này có thể gối lên nhau, bệnh nhân vẫn có thể nói rõ chỗ phát sinh. Dau xuất phát từ cột sống cổ được cảm thấy ở cổ và sau đầu (mặc dù thường lan ra vai và tay), phát sinh hoặc tăng lên do một số động tác hoặc tư thế nhất định của cổ, kèm theo hạn chế vận động cổ. Tương tự, đau do các bệnh llop ngoài lồng ngực xảy ra ở vai, xung quanh vai, vùng thượng đòn hoặc giữa hai vai sinh ra do một số động tác nhất định hay một số tư thế nào đó, thường có đau các tổ chức trên xương đòn kèm theo. Có thể sờ thấy một hiện tượng bất thường nào đó ở vùng này (phình động mạch dưới đòn, u, dài cơ cổ). Bệnh cánh lâm sàng đây đủ bao gồm các dấu hiệu và triệu chứng tuần hoàn liên quan đến phần dưới dám rối cánh tay thể hiện bằng sự lắp mạch khi bệnh nhân ngừng thở sau khi thở vào hết sức và nghiêng hoặc quay đầu sang bên (thử nghiệm Adson); hội chứng Raynaud một bên, loạn dưỡng các ngón tay, mất cảm giác bàn tay phía bờ trụ kết hợp hoặc không có teo các khoang gian đốt. Hình ảnh chụp röntgen cho thấy một dài ở cổ, llop ngoài lồng ngực biến dạng, u rãnh liên thùy đỉnh phổi (hội chứng Pancoast) càng làm chắc chắn khả năng bị bệnh vùng này. Ghi điện cơ và thăm dò khả năng dẫn truyền dọc dám rối từ các điểm bị kích thích trên và dưới xương đòn cùng các thăm dò về tuần hoàn động, tĩnh mạch (chụp tĩnh mạch, kỹ thuật Doppler không chảy máu) đặc biệt có ích trong việc đánh giá các bệnh lý này. Dau vai khu trú thường nặng lên về đêm. Dau tăng khi dang tay, khi quay tay vào trong và khi vòi làm ta nghĩ tới một tổn thương các cấu trúc gần quanh vai. Hay gặp nhất là dạng viêm gân hoặc viêm bao khớp (đôi khi có vôi hóa) hoặc thường tổn gân trên gai cùng bao dưới cơ denta kế cận. Đôi khi thường tổn lan rộng hơn, có rách vòi dài cơ quay làm yếu khi dang tay và gấp ra trước. Một số bệnh nhân loại này bị viêm dinh bao khớp làm hạn chế cử động sâu sắc nên được gọi là "vai đóng băng" (frozen shoulder).

shoulder). Dau vai thường lan xuống cánh tay, bàn tay nhưng không có những dấu hiệu bệnh lý rễ thần kinh, đứt rời hay các dây thần kinh ngoại biên như cảm giác, vận động, phản xạ.

Viêm xương khớp các đốt sống cổ có thể gây đau lan đến phía sau đầu, vai, cánh tay, mông hoặc hai phía lồng ngực. Có tổn thương đồng thời các rễ thần kinh biểu hiện như dị cảm, mất cảm giác, yếu, thay đổi các phản xạ gần sâu. Nếu có sự tạo thành các gợn xương trong ống tủy (thoái hóa đốt sống), tủy sống có thể bị chèn ép (xem chương 353). Chụp tủy sống hoặc chụp cắt lớp CT có thể thấy mức độ xâm lấn ống tủy (đường kính trước sau ống tủy hẹp dưới 11 mm) vùng tủy sống bị tổn thương. Chúng tôi đã gặp khó khăn trong việc phân biệt giữa thoái hóa đốt sống cổ có hoặc không vô đĩa đệm, chèn ép tủy do các bệnh thần kinh tiên phát (rỗng ống tủy, xo cột bên too cơ hoặc u) với viêm xương khớp vùng đốt sống cổ bị bỏ qua, đặc biệt là vùng C5 - C6 và C6 - C7 là nơi mà khoang liên đốt đã hẹp sẵn ở người lớn. Sự kết hợp giữa lo lắng với viêm xương khớp vùng đốt sống cổ hoặc một tổn thương gây đau do các dây chằng và cơ sau một tai nạn làm cổ bị ngửa hay gấp bằng sức nén (chẳng hạn bị thương do rơi quật vào cột sống vùng cổ) có thể là vấn đề khó phân biệt nếu trong quá trình bị thương cổ bị chấn động não. Nếu kéo dài và chỉ khu trú ở vùng cổ, đôi khi tổn thương là do dập một đĩa đệm nhưng thường gây phức tạp thêm về mặt tâm lý.

VỎ ĐĨA ĐỆM ĐỐT SỐNG CỔ

Một trong những nguyên nhân hay gặp nhất gây đau cổ, đau vai và cánh tay là do thoát vị đĩa đệm ở vùng cổ phía dưới. Giống như trong vỏ đĩa đệm đốt sống vùng thắt lưng, hội chứng đây đủ gồm rối loạn chức năng cột sống và những chứng cổ tồn thương thần kinh. Bệnh có thể xảy ra sau một sang chấn nặng hay nhẹ (ngửa cổ quá mức đột ngột, lao đầu từ trên cao xuống, các thao tác quá mạnh, v.v...). Trên thực tế, mỗi bệnh nhân biểu hiện một mức độ bất thường khác nhau về cử động cổ (hạn chế và đau). Ngửa cổ hết mức là động tác luôn luôn làm tăng đau nhất dù đôi khi có thể gặp những bệnh nhân mà hạn chế chủ yếu lại ở tư thế gấp đầu. Quay và cử động nghiêng thường bị hạn chế do đau. Khi tổn thương vùng cạnh bên đĩa đệm giữa các đốt sống C5 và C6, các triệu chứng và dấu hiệu bệnh

lan đến các rễ đốt sống C6. Hội chứng đây đủ bao gồm đau dài cơ thang, móm vai, phần trước trên cánh tay, cẳng tay phía bờ quay và cả ngón cái, loạn cảm và tổn thương cảm giác hoặc tăng cảm giác trên cùng một vùng, đau ở vùng trên gai xương bà. Thượng đòn và cơ nhị đầu yếu khi gấp cẳng tay, các phản xạ cơ nhị đầu và cơ ngửa bàn tay giảm hoặc mất (trong khi phản xạ cơ tam đầu vẫn nguyên vẹn hoặc tăng hơn bình thường). Khi phần đĩa đệm bị lồi nằm giữa các đốt C6 và C7, các rễ C7 bị tổn thương. Hội chứng đây đủ ở loại bệnh nhân này gồm đau vùng bà vai, vùng ngực và vùng giữa nách, mặt sau bên phần trên cánh tay, khuỷu tay, sau cẳng tay, ngón trỏ và ngón giữa hoặc tất cả các ngón; đau rõ rệt nhất vùng giữa bà vai đối diện với các ụ gai ngực D3 - D4, vùng thượng đòn và cùng cơ tam đầu; Loạn cảm và mất cảm giác rõ rệt nhất ở ngón trỏ và ngón giữa hoặc tất cả các đầu ngón; Yếu khi duỗi cẳng tay, duỗi cổ tay và khi nắm chặt bàn tay; Giảm hoặc mất phản xạ cơ tam đầu; Các phản xạ cơ nhị đầu và cơ ngửa bàn tay vẫn nguyên vẹn. Có thể không có đây đủ các triệu chứng của hội chứng này mà chỉ có một trong những dấu hiệu điển hình (đau chấn hạn). Thường bệnh nhân nói là ho, hắt hơi hoặc khi bị đè vào đầu ở tư thế ngửa hết mức tăng đau còn nếu kéo (ngay cả bằng tay) thì có xu hướng giảm đau.

Không giống bệnh đĩa đệm thắt lưng, bệnh đĩa đệm các đốt sống cổ nếu lồi và nằm ở trung tâm có thể gây chèn ép tủy sống (lồi đĩa đệm trung tâm chèn toàn bộ tủy sống, lồi đĩa đệm cạnh bên chèn một phần tủy sống). Lồi đĩa đệm trung tâm gần như không gây đau và hội chứng tủy có thể giống như một bệnh thoái hóa (xo cột bên teo cơ, bệnh toàn thân kết hợp). Một sai lầm phổ biến là không nghĩ đến vỏ đĩa đệm tại vùng cổ khi bệnh nhân bị các triệu chứng không rõ nguyên nhân ở vùng chi dưới. Chẩn đoán vỏ đĩa đệm vùng cổ phải được khẳng định bằng các thủ thuật thăm dò như đã nêu trong phần "thoái hóa đốt sống" ở trên.

CÁC BỆNH KHÁC

Các di căn ung thư vào đốt sống cổ may mắn thay lại ít gặp hơn các đoạn khác. Di căn thường gây đau và là nguyên nhân của các rối loạn chức năng rễ thần kinh. Gây chèn ép hoặc sự bành trướng ung thư ra phía sau có thể nhanh chóng gây liệt tứ chi

Bị thương ở vai (giải cơ quay), viêm bao dưới cơ denta hoặc túi dưới móm vai, vai đóng băng (viêm quanh khớp hoặc viêm vỏ), viêm gân và viêm khớp có thể xảy ra ở bệnh nhân liệt nửa người hoặc bị bệnh mạch vành hoặc thậm chí ở người đang khỏe mạnh. Đau thường dữ dội và có xu hướng lan đến cổ, xuống cánh tay, đến tận bàn tay. Mu bàn tay có thể chỉ ngứa rau mà không có bất kỳ một dấu hiệu tổn thương thần kinh nào khác. Những biến đổi bệnh lý về khớp và vận mạch có thể xảy ra ở bàn tay (hội chứng vai - bàn tay, loạn sản phản xạ) và sau một thời gian, tăng trưởng, teo da và các triệu chứng dưới da xuất hiện (teo kiểu Sudeck hoặc hội chứng Sudeck - Leriche). Các bệnh này thuộc lĩnh vực chính hình nhiều hơn là nội khoa nên không bàn chi tiết ở đây. Tuy vậy, các thầy thuốc cần biết là có thể ngăn chặn được chúng bằng tập luyện hợp lý (chương 198).

Hội chứng hàn cổ tay có loạn cảm và té bì trong khu vực phân bố ở bàn tay của dây thần kinh giữa và đau chói lan đến cổ tay có thể bị nhầm là bệnh ở vai, cổ. Tương tự như vậy, các thè kẹt các dây thần kinh ít phổ biến khác có thể làm thương tổn các dây trục, quay hay giữa làm chấn thương nhầm là bệnh do tổn thương đâm ròi cánh tay hay hội chứng cổ. Ghi điện cơ và các thăm dò dẫn truyền đặc biệt có ích trong những trường hợp này (chương 154).

XỬ LÝ ĐAU LUNG, ĐAU CỔ

Không nghi ngờ, các biện pháp phòng đau lưng là hết sức quan trọng. Sẽ có rất ít bệnh ở lưng nếu người lớn duy trì các cơ trong cơ thể họ trong tình trạng tối ưu bằng cách tập luyện đều đặn như bơi lội, đạp xe, đi bộ nhanh, chạy hoặc các chương trình tăng cường sức khỏe khác. Một chương trình thể dục đều đặn để tăng cường cơ bụng và cơ cạnh cột sống rất có lợi cho bệnh nhân đau mạn tính vùng lưng dưới. Tập buổi sáng là lí tưởng vì lưng người lớn tuổi có xu hướng bị cứng suốt đêm do không hoạt động hay giường cứng. Nằm ngủ lưng uốn quá hoặc ngồi lâu trên một ghế đệm quá dày hay ghế ô tô thiết kế không phù hợp thường gây khó khăn cho những người đau lưng dai dẳng. Người ta đánh giá rằng áp lực giữa các đĩa đệm tăng 200% khi thay đổi từ

tư thế khom sang thẳng đứng và tối 400% khi ngồi thay xuống một ghế đệm lõi. Tư thế ngồi đúng giảm mức độ tăng áp lực này. Chuyển di xa bằng máy bay hay ô tô không thay đổi tư thế làm căng tối đa lên đĩa đệm và các cấu trúc dày chằng cột sống. Nâng các vật ở tư thế gấp người như lấy vali ra khỏi khoang hàng ô tô là rất nguy hiểm (hãy nhớ luôn luôn nâng các vật sát vào người). Hoạt động hầu hỗi quá một cách đột ngột không được chuẩn bị trước hay không khởi động trước có lẽ cũng gây rối loạn cho đĩa đệm và các lớp bọc dày chằng đốt sống (nguyên nhân đau lưng hay gấp nhất). Một số già đình hình như dễ bị bệnh này.

Giãn cơ, dây chằng và sa đĩa đệm nhẹ thường tự hồi phục hay đáp ứng có hiệu quả trong một giai đoạn ngắn với các biện pháp đơn giản. Nguyên tắc điều trị chủ yếu là nằm nghỉ ở tư thế cong người trong nhiều ngày hay nhiều tuần. Khi ngồi trở lại, nâng đỡ nhẹ vùng thắt lưng cùng thường có lợi trong quá trình tiếp tục bắt động cho đến khi hồi phục hoàn toàn. Các biện pháp vật lý như chườm nóng, chườm lạnh, tắm nhiệt điện hay xoa bóp ít mang lại hiệu quả. Tập thể dục chủ động nhẹ nhàng vừa để giảm co cơ vừa tăng trương lực cơ có tầm quan trọng đáng kể. Các thuốc giảm đau dùng cho rộng rãi trong những ngày đầu; codein 30 mg và aspirin 0,6g hoặc pentazocin 50 mg, propoxyphen 65 mg hay meperidin 50mg. Các thuốc giãn cơ cũng là biện pháp hỗ trợ có giá trị, đặc biệt là diazepam 8 - 40mg chia đều giúp nghỉ ngơi tại giường dễ dàng hơn. Nếu nghỉ nhò có viêm, indomethacin 75 mg mỗi ngày chia đều hoặc ibuprofen 600 mg, 3 - 4 lần mỗi ngày có thể có tác dụng tốt.

Trong việc điều trị vô cấp hay mạn tính đĩa đệm thắt lưng và vùng cổ, nghỉ ngơi tại giường là rất quan trọng, ít nhất trong giai đoạn đầu và có thể cần cho thuốc giảm đau mạnh. Kéo nắn ít có giá trị trong điều trị bệnh đĩa đệm vùng thắt lưng. Cách tốt nhất là để bệnh nhân tự chọn tư thế nào dễ chịu nhất đối với họ. Kéo nắn đốt sống cổ bằng dây thông long có tác dụng đáng kể đối với những người có hội chứng đĩa đệm đốt sống cổ. Kỹ thuật này được dùng trong khi bệnh nhân ở tư thế phủ phục và về sau khi tình trạng đã cải thiện bệnh nhân đã

được phép di lại. Có thể áp dụng ngắn quãng ở tư thế thẳng đứng nhờ những trang bị đặc biệt suốt trong giai đoạn nằm khom lưng điều trị bệnh đĩa đệm thắt lưng, tập thể dục để giảm co cơ, thuốc giãn cơ, các thuốc chống viêm như dã nêu ở trên có thể cho kết quả đáng kể. Sau 2 - 3 tuần tại giường, bệnh nhân có thể được phép từ từ trở lại hoạt động dưới sự bảo vệ của dây treo hoặc vật đỡ nhẹ cột sống. Chương trình thể dục được thiết lập để tăng cường độ mạnh của các cơ bụng và cơ cạnh cột sống rất có ích trong lúc này. Bệnh nhân có thể bị đau nhẹ trở lại nhưng vẫn có thể tiếp tục các hoạt động thông thường và thực tế là hầu hết các bệnh nhân sẽ khỏi bệnh.

Nếu đau và các triệu chứng thần kinh không mất đi sau một thời gian dài điều trị bảo tồn hoặc bị nhiều đợt cấp tính thì cần chỉ định điều trị ngoại khoa. Trước khi điều trị phẫu thuật, bao giờ cũng phải tiến hành thăm dò như chụp tủy sống, chụp cắt lớp có máy tính trợ giúp để xác định vị trí tổn thương (và tìm xem có u trong hoặc ngoài màng cứng không). Thủ thuật ngoại khoa hay được chỉ định nhất là cắt tủy mỏng hai phần và cắt bỏ đĩa đệm bị tổn thương. Gây cứng khớp những đoạn bị tổn thương chỉ được chỉ định trong các trường hợp đoạn sụy cực kỳ không ổn định và thường bắt thường về giải phẫu (như tiêu đốt sống chẵng hạn) hoặc ở đoạn sống cổ vì ở đây nếu cắt lõi mỏng nhiều đốt sẽ làm cột sống yếu đi. Kết quả điều trị các trường hợp được gọi là đau thần kinh tọa, theo nghiên cứu của Coxehead và cộng sự, khoảng 80% trường hợp cải thiện sau 4 tuần bắt kể là dùng kéo nắn, thể dục, xoa bóp, nát hay kết hợp giữa các phương pháp này.

Sau hai thập kỷ qua, các nhà chỉnh hình và phẫu thuật thần kinh đã tiến hành nhiều thử nghiệm nhằm đưa vào đĩa đệm chất men chymopapain để điều trị bệnh đĩa đệm. Về mặt lý thuyết, lợi ích của phương pháp này đã rõ ràng.

Nếu tổn thương đĩa đệm rất khu trú qua chụp tủy sống và chụp đĩa đệm sau khi chất men tiêu đậm mạnh này được đưa vào khoang đĩa đệm, thì bệnh nhân sẽ giảm đau lưng tại chỗ, đau r้าu thần kinh trong vòng một thời gian ngắn và tránh được các

nguy cơ tái tật, thời gian hồi phục kéo dài sau mỗi. Tuy vậy, qua các thử nghiệm, người ta nhận thấy không phải việc dùng chất này lúc nào cũng mang lại hiệu quả và quan trọng hơn là việc dùng nó có thể gây ra các biến chứng bất ngờ hoàn toàn không lường trước được và có thể đe dọa tính mạng bệnh nhân. Một số ít, nhưng có ý nghĩa, những bệnh nhân bị dị ứng dạng phản vệ với chất này và nhiều người bị co cơ lưng và chân dữ dội ngay sau tiêm. Dáng quan tâm hơn nữa là một số người bị viêm tủy cắt ngang không hồi phục cùng các triệu chứng thần kinh trầm trọng khác sau khi tiêm. Dù cho đến nay chưa gặp những biến chứng nói trên chúng tôi vẫn không ủng hộ việc áp dụng thủ thuật này, trừ phi bệnh nhân đau không đáp ứng với các biện pháp bảo tồn và có chống chỉ định phẫu thuật. Thoái hóa đốt sống cổ nếu gây đau được điều trị bằng nghỉ ngơi và kéo nắn. Nếu có dấu hiệu chèn ép tủy, dùng vòng bột cản hạch chế vận động làm cải thiện tình trạng bệnh. Cắt tủy mỏng giải phóng chèn ép hoặc nối liền mặt trước chỉ dành cho những trường hợp nặng có triệu chứng thần kinh tiến triển.

Hội chứng vai - bàn tay có thể tiến triển tốt bằng úc chế hạch sao hay cắt hạch nhưng cơ bản vẫn là điều trị vật lý không kết hợp với Prednisolon, các thủ thuật ngoại khoa chỉ là những biện pháp cuối cùng. Điều trị bệnh nhân có hội chứng lõi ngoài lồng ngực phức tạp và đòi hỏi trước tiên sự thăm dò cẩn thận để chắc chắn rằng nguyên nhân tổn thương thực sự là xâm lấn cơ học đám rối thần kinh cánh tay trong khoang giữa xương đòn và xương sườn thứ nhất. Tập thể dục được chỉ định để làm giảm căng trong khu vực này, tăng cường khởi cơ đòn và cải thiện tư thế sau đó mở lõi ngoài. Tình trạng của nhiều bệnh nhân tốt lên nhờ thay đổi điều kiện làm việc và với phụ nữ nhô áo treo vú, đôi khi nhô nát vú thiết kế phù hợp. Các thuốc chống viêm không thuộc nhóm Steroid đối khi có tác dụng. Các thuốc giãn cơ như diazepam cũng vậy. Trong tình huống bệnh tinh rất khó điều trị và có chèn ép rẽ gây các triệu chứng thần kinh nặng, mô thăm dò theo kiểu tam giác lệch trước cùng với cắt bỏ xương sườn thứ nhất được nhiều người ủng hộ và thường mang lại kết quả tốt.