

TÀI LIỆU THAM KHẢO CHO SINH VIÊN

(DỊCH TỪ: SPINE SECRET PLUS -CHAPTER 4: EVALUATION OF CERVICAL SPINE DISORDERS)

1. Bắt đầu như thế nào với một bệnh nhân đau cổ?

- Hỏi kỹ bệnh sử, thăm khám lâm sàng cẩn thận. Mục đích của việc này là để có được một chẩn đoán sơ bộ, và được xác định bằng các test cũng như cận lâm sàng.

2. Các yếu tố quan trọng cần phải khai thác là gì?

- Lí do nhập viện: Đau, tê, yếu liệt, đi lại khó khăn, biến dạng
- Triệu chứng khởi phát: cấp tính - âm thầm
- Thời gian bao lâu: cấp tính – âm thầm
- Vị trí đau: đau dọc theo cổ, đau tay, hoặc kết hợp cả hai
- Tính chất của cơn đau: đau dữ dội – âm ỉ, lan hay không lan,
- Thời điểm đau: Đau ban đêm, đau lúc nghỉ, hoặc đau liên tục không đổi gợi ý đến vấn đề toàn thân như u bướu hoặc nhiễm trùng. Cứng khớp buổi sáng, cải thiện trong ngày gợi ý vấn đề về khớp, bệnh lý viêm khớp.
- Mối quan hệ của triệu chứng với vị trí cổ: đau tay tăng khi ngửa cổ gợi ý chèn ép rễ cổ.
- Những yếu tố tăng nặng và giảm nhẹ cơn đau: đau cơ học (liên quan đến hoạt động) hoặc không cơ học (không ảnh hưởng bởi hoạt động)
- Tiền sử gia đình: các bệnh lý như viêm cột sống dính khớp, hoặc viêm đa khớp dạng thấp.
- Các bệnh nội khoa kèm theo: ĐTĐ, bệnh lý thần kinh ngoại biên, bệnh lý mạch máu ngoại biên.
- Triệu chứng toàn thân: sụt cân, sốt gợi ý nguyên nhân u hoặc nhiễm trùng.
- Suy giảm chức năng: mất cân bằng, đi khập khiễng, mất vận động tinh tế của bàn tay.
- Các điều trị trước đó: cả điều trị nội khoa và phẫu thuật.

3. Các bệnh lý nào cần phải được xem xét trong chẩn đoán phân biệt với đau cổ/tay?

- Bệnh lý thoái hóa cột sống: đau đĩa đệm, bệnh lý rễ cổ, bệnh lý tủy cổ, bệnh lý tủy và rễ cổ.

- Bệnh lý mô mềm: bong gân, hội chứng đau cân cơ, đau xơ cơ, hội chứng đau cổ do chấn thương (whiplash syndrome).
- Bệnh lý viêm: viêm đa khớp dạng thấp, viêm dính cột sống.
- Nhiễm trùng: viêm đĩa đệm, viêm xương tủy.
- Bướu: nguyên phát – di căn.
- Bệnh lý trong ống sống: bướu, rỗng ống tủy
- Đau qui chiếu: đau ngực, bướu đỉnh phổi (Pancoast tumor).
- Bệnh lý vùng vai và khuỷu: hội chứng chóp xoay, viêm mủm trên lồi cầu trong.
- Hội chứng chèn ép thần kinh ngoại biên: chèn ép thần kinh giữa, trụ, quay, thần kinh trên vai.
- Hội chứng ống thoát ngực.
- Đau tâm lý.

4. Các bước cơ bản của thăm khám cột sống?

- Nhìn (quan sát)
- Sờ
- Tầm vận động (ROM)
- Khám thần kinh
- Khám các vùng liên quan (thí dụ: vùng vai)

5. Người khám bệnh cần quan sát gì trong thăm khám cột sống cổ?

- Cần phải quan sát bệnh nhân. Đánh giá dáng đi và tư thế của đầu và cổ là quan trọng. bệnh nhân cần cởi đồ để có thể quan sát các vùng giải phẫu liên quan, bao gồm vùng vai, cơ lưng, xương bả vai.

6. Mục đích của việc sờ trong thăm khám cột sống cổ là gì?

Để đánh giá đau (tenderness), bệnh lý của xương và mô mềm. Sờ một số điểm mốc đặc biệt của cột sống cổ:

- Xương móng C3
- Sụn giáp C4-C5
- Màng nhĩn giáp C5-C6
- Sụn nhĩn đầu tiên C6

Sờ mấu gai sau và kiểm tra sự thẳng trục. Nếu có đau chói, cần phải được lưu ý vị trí ở đâu, lan đến đâu, chỗ nào đau nhiều nhất.

7. Đo tầm vận động ROM cột sống cổ:

Ba cặp vận động: cúi – ngửa, nghiêng phải/trái xoay phải/trái

8. Tầm vận động bình thường của cột sống cổ:

Cúi: 45^0 , ngửa: 55^0 ; nghiêng phải/trái: 40^0 , xoay phải/trái: 70^0

9. Khám thần kinh cho bệnh lý cổ

Mục đích của việc thăm khám là đánh giá xem có hay là không tổn thương thần kinh. Nếu có thì tăng tổn thương được xác định qua đánh giá chức năng cảm giác, vận động và phản xạ.

Table 4-1. Testing Sensory, Motor, and Reflex Function			
LEVEL	SENSATION	MOTOR	REFLEX
C5	Lateral arm (axillary patch)	Deltoid	Biceps
C6	Lateral forearm	Wrist extension, biceps	Brachioradialis
C7	Middle finger	Triceps, wrist flexion, finger extension	Triceps
C8	Small finger	Finger flexion	None
T1	Medial arm	Interossei	None

10. Cảm giác được khám như thế nào?

Khám cảm giác sờ nhẹ, đâm kim, rung âm thoa, vị trí, nhiệt, phân biệt hai điểm. khám cả hai bên cơ thể.

11. Đường dẫn truyền thần kinh cảm giác?

Bó gai đồi thị: dẫn truyền cảm giác đau, nhiệt.

Cột sau: dẫn truyền cảm giác phân biệt hai điểm, vị trí và rung âm thoa.

12. Đo sức cơ và phản xạ như thế nào?

Table 4-2. Grading Motor Strength and Reflexes	
MOTOR GRADE	FINDINGS
5	Full range of motion against full resistance
4	Full range of motion against reduced resistance
3	Full range of motion against gravity alone
2	Full range of motion with gravity eliminated
1	Evidence of contractility
0	No contractility
REFLEX GRADE	FINDINGS
4+	Hyperactive
3+	Brisk
2+	Normal
1+	Diminished
0	Absent

13. Ý nghĩa của tăng phản xạ gân xương và mất phản xạ gân xương?

Tăng phản xạ gân xương biểu thị tổn thương neuron vận động ở trên (upper motor neuron). Mất phản xạ gân xương ngụ ý bệnh lý ở rễ được dẫn truyền phản xạ qua neuron vận động ở dưới (lower motor neuron).

14. Bệnh lý rễ là gì (radiculopathy)?

Bệnh lý rễ là một sang thương gây kích thích rễ thần kinh (lower motor neuron). Nó liên quan đến một tầng đốt sống tương ứng, có thể tương tác với tầng ngay bên trên và ngay bên dưới. Bệnh nhân có thể có đau, cảm giác nóng rát, tê lan theo đường đi của rễ thần kinh phân bố. Các triệu chứng khác có thể là teo cơ nặng, mất phản xạ. trường hợp nặng có thể dẫn tới liệt (mềm) cơ.

15. Triệu chứng liên quan đến thoát vị đĩa đệm cổ C5-C6 là gì? Giải thích.

Một thoát vị đĩa đệm cổ tầng C5-C6 gây ra chèn ép rễ C6. Vì vậy yếu cơ nhị đầu và duỗi cổ tay, mất phản xạ cánh tay quay, và giảm cảm giác cẳng tay phía quay đến ngón cái và ngón trỏ. Bởi vì có 8 rễ cổ và 7 đốt sống, rễ C1 đi ra phía trên đốt C1, rễ C2 đi phía dưới và cứ thế cho các rễ khác.

16. Mô tả các test của rễ cổ

Table 4-3. Testing the Cervical Nerve Roots				
ROOT	DISC LEVEL	SENSATION	REFLEX	MOTOR LEVEL
C3	C2–C3	Posterior neck to mastoid	None	Nonspecific
C4	C3–C4	Posterior neck to scapula ± anterior chest	None	Nonspecific
C5	C4–C5	Lateral arm (axillary patch) to elbow	± Biceps	Deltoid ± biceps
C6	C5–C6	Radial forearm to thumb	Biceps, brachioradialis	Biceps, wrist extensors
C7	C6–C7	Midradial forearm to middle finger ± index/ring fingers	Triceps	Triceps, wrist flexors, finger extensors
C8	C7–T1	Ulnar forearm to little and ring fingers	None	Finger flexors ± intrinsic
T1	T1–T2	Medial upper arm	None	Hand intrinsic

17. Các test hữu ích để đánh giá bệnh nhân nghi ngờ có bệnh lý rễ.

- Spurling test: dùng để đánh giá chèn ép rễ cổ khi đi ra khỏi lỗ liên hợp đốt sống. Cổ bệnh nhân ngửa và xoay sang phía bên bị bệnh. Người khám đè ép dọc trục cột sống cổ. Nếu triệu chứng chèn ép rễ tăng lên thì là dương tính. Do ở tư thế này đã làm hẹp hơn lỗ liên hợp đốt sống.

- Test đè ép dọc trục cổ: đau tay tăng lên khi đè ép dọc trục từ trên đầu và giảm đau khi kéo giãn cổ, gợi ý triệu chứng rễ do hẹp lỗ liên hợp đốt sống.
- Nghiệm pháp Valsalva: nghiệm pháp này có thể làm gia tăng triệu chứng rễ. Gia tăng áp lực trong ổ bụng đồng thời gia tăng áp lực trong ống sống, dẫn đến gia tăng áp lực lên rễ cổ.
- Test dạng vai: bệnh nhân với bệnh lý rễ cổ có thể giảm đau bằng cách giữ vai ở tư thế dạng vai, làm giảm căng rễ cổ.

18. Adson's test?

Adson's test giúp phân biệt hội chứng ống thoát ngực với bệnh lý rễ cổ. Cánh tay đưa về phía bệnh và hít sâu. Adson's test dương tính khi mạch quay giảm hoặc mất, gợi ý chẩn đoán hội chứng ống thoát ngực (chèn ép động mạch dưới đòn bởi xương sườn, cơ bậc thang trước hoặc do nguyên nhân khác)

19. Bệnh lý tủy cổ là gì?

Bệnh lý tủy là biểu hiện của chèn ép tủy cổ. Bệnh lý tủy cổ do chèn ép tủy từ thoái hóa cột sống cổ là nguyên nhân tổn thương tủy thường gặp nhất ở bệnh nhân trên 55 tuổi. Triệu chứng cảm giác và vận động mơ hồ liên quan đến chi trên và chi dưới là thường gặp. Tổn thương neuron vận động ở dưới xuất hiện tại tầng tổn thương, với teo cơ ở tay, đặc biệt là các cơ nội tại bàn tay. Neuron vận động ở trên liên quan đến phía dưới tầng tổn thương và có thể ảnh hưởng lên cả chi trên và chi dưới. Tăng phản xạ gân xương, co rút cơ ở hai chân thường gặp. Hoffmann và Babinski có thể dương tính. Bên cạnh đó có thể có các triệu chứng đau, cứng cổ, dáng đi khập khiễng, mất đi sự khéo léo, hoặc rối loạn cơ vòng.

20. Các nghiệm pháp nào cần được thực hiện trong trường hợp nghi ngờ tổn thương tủy cổ?

- Babinski's test được thực hiện bằng cách kích thích lòng bàn chân từ gót chân ra trước và từ bên ngoài vào bên trong qua các chỏm xương bàn chân. Test dương tính khi ngón cái gập lưng, các ngón còn lại xòe ra theo chiều ngược lại ngón cái như rẽ quạt.
- Hoffmann's sign được thực hiện trên bệnh nhân sắp bàn tay, người khám cho gập nhanh và mạnh khớp liên đốt gần ngón giữa và đồng thời quan sát ngón cái và các ngón khác. Test dương tính khi bệnh nhân gập ngón cái và/hoặc ngón trỏ. Dấu Hoffmann ngụ ý một tổn thương neuron vận động ở trên

ở vùng cột sống cổ. ngược lại, bệnh lý ở đầu đó dọc theo toàn bộ tủy sống có thể dẫn đến Babinski dương tính.

- Finger escape sign (test khép ngón): được thực hiện bằng cách yêu cầu bệnh nhân giữ tất cả các ngón bàn tay ở tư thế duỗi và khép ngón. Với bệnh lý tủy, hai ngón bên trụ sẽ gập và dẹt trong vòng 30 giây.
- Lhermitte's sign: cho gập hoặc ngửa đầu và cổ tối đa bệnh nhân sẽ có cảm giác như điện giật chạy lan xuống thân và tứ chi.
- Đa động (clonus): cho gập nhanh và mạnh cổ chân về mặt lưng bàn chân sẽ dẫn đến vận động cổ chân liên tục lập đi lập lại do phản xạ co cơ tam đầu căng chân do bởi mất đi sự ức chế của hệ thần kinh trung ương.

Key Points

1. A comprehensive patient history and physical examination is the first step in diagnosis of a spine complaint.
2. A major goal of the initial patient evaluation is to differentiate common nonemergent spinal conditions such as acute nonspecific neck pain and cervical spondylosis from serious disorders such as spinal infections, spinal tumors, or cervical myelopathy.
3. Nonspinal pathology may mimic the symptoms of spinal disorders and must be considered in the differential diagnosis.