



**TRƯỜNG ĐẠI HỌC Y DƯỢC
THÀNH PHỐ HỒ CHÍ MINH**

CÂU LẠC BỘ Y HỌC VÀ ĐỜI SỐNG

CHUYÊN ĐỀ :

**BỆNH
HỆ THẦN KINH
& CỘT SỐNG**



NHÀ XUẤT BẢN Y HỌC

TRƯỜNG ĐẠI HỌC Y DƯỢC TP. HỒ CHÍ MINH
CÂU LẠC BỘ Y HỌC VÀ ĐỜI SỐNG

CHUYÊN ĐỀ
BỆNH HỆ THẦN KINH
VÀ CỘT SỐNG

NHÀ XUẤT BẢN Y HỌC

Lời nói đầu

Câu lạc bộ Y Học và Đời Sống Trường Đại Học Y Dược TP. Hồ Chí Minh ra đời năm 2000 với buổi sinh hoạt đầu tiên ngày 08 - 01.

Trong mỗi buổi, ngoài phần trình bày và trả lời các câu hỏi, báo cáo viên còn cung cấp cho người tham dự những bài viết tương đối đầy đủ về những thông tin có liên quan.

Sau 3 năm, với 150 buổi sinh hoạt, Câu lạc bộ đã tích lũy được hơn 100 bài viết về nhiều đề tài. Để góp phần phổ biến một cách có hệ thống những thông tin bổ ích này, chúng tôi tập hợp các bài viết trong một bộ sách chuyên đề.

Chúng tôi xin cảm ơn các giảng viên của trường, các bác sĩ ở các bệnh viện đã giúp cho Câu lạc bộ thực hiện nhiệm vụ đưa thông tin y học đến nhiều người. Chúng tôi cũng cảm ơn những người tham dự đã giúp Câu lạc bộ hoạt động có hiệu quả. Mong rằng những cuốn sách này có ích cho bạn đọc.

Trong lần xuất bản đầu tiên này, chắc chắn bộ sách không tránh khỏi thiếu sót. Chúng tôi mong nhận được ý kiến đóng góp của bạn đọc gần xa.

Hiệu Trưởng,
GS. TS. NGUYỄN ĐÌNH HỒI

ĐIỀU TRỊ MẤT NGỦ BẰNG YHCT

Phó Giáo sư, Tiến sĩ NGUYỄN THỊ BAY
Bộ môn Bệnh Học - Khoa Y Học Cổ Truyền
Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh

I. KHÁI NIỆM VỀ MẤT NGỦ

1. Một số hiểu biết về giấc ngủ bình thường

Ngủ là trạng thái thức tạm thời để cơ thể có thể nghỉ ngơi hoàn toàn và hồi phục sức khỏe sau những thời gian lao động của một ngày.

Diễn tiến giấc ngủ có những giai đoạn nhất định, thường người ta phân có 2 giai đoạn chính trong giấc ngủ, tiếp theo nhau tương đối đều, giai đoạn giấc ngủ nông và giai đoạn giấc ngủ sâu tiếp nối theo nhau. Giai đoạn nông thường ngắn hơn, xuất hiện khoảng $\frac{1}{4}$ giấc ngủ bình thường, ở giai đoạn này người ta ngủ rất tỉnh, dễ thức giấc và hay có những giấc mơ về các sinh hoạt bình thường hàng ngày. Giai đoạn giấc ngủ sâu chiếm khoảng $\frac{3}{4}$ giấc ngủ bình thường, ở giai đoạn này người ta ngủ khó tỉnh giấc, và nếu có tỉnh cũng không mơ thấy gì, cũng trong giấc ngủ này có thể xảy ra đái dầm hoặc di tinh. Rối loạn giấc ngủ ban đầu thường là kéo dài giai đoạn ngủ nông, làm cho người ta có cảm giác chưa được ngủ và cảm giác không khỏe khi thức dậy.

Giấc ngủ có vai trò quan trọng trong ổn định các hoạt động sinh lý của cơ thể, hết sức cần thiết cho cuộc sống, trong đời sống mỗi người có một nhu cầu ngủ khác nhau, thời gian ngủ biến thiên từ 4 - 9 giờ trong một ngày là bình thường. Tuy nhiên để đánh giá giấc ngủ có tốt hay không không những chú ý về thời gian ngủ mà còn phải chú ý đến cảm giác khoẻ do giấc ngủ mang lại tức là chất lượng của giấc ngủ.

2. Những hiểu biết về mất ngủ

Là trạng thái khó dỗ giấc, tiếp nối với những rối loạn trong chu kỳ ngủ bình thường của giấc ngủ, những rối loạn này thường được mô tả dưới những biểu hiện như sau :

- Bệnh nhân có cảm nhận như không có thời gian ngủ, ngủ nhưng nghe hết mọi động thái chung quanh, dễ tỉnh dậy, khó ngủ lại, thường tỉnh giấc trong đêm, và giấc sau tồi tệ hơn giấc trước, thậm chí không ngủ lại được sau khi nhiều lần tỉnh giấc.

- Rất khó dỗ giấc, giấc ngủ không chịu tới, cứ lịm dần theo sự mệt mỏi, rồi sau đó thức dậy và thức trắng không ngủ lại được, mỗi đêm ngủ không quá 3 tiếng đồng hồ.

Mất ngủ là một triệu chứng thường liên quan đến sự than phiền buồn ngủ trong ngày, kèm theo đau đầu, dễ cáu gắt, khó tập trung và trí nhớ giảm sút, sau một đêm thức dậy cơ thể bải hoải, mệt mỏi không muốn làm việc.

Mất ngủ do nhiều nguyên nhân, muốn điều trị tốt cần phải nhận diện thật chính xác do đâu gây mất ngủ, việc điều trị có thể chỉ nhằm vào điều trị nguyên nhân và giấc ngủ sẽ tự đến sau khi bệnh lý được giải quyết, hoặc điều trị triệu chứng mất ngủ trước, hoặc phối hợp vừa điều trị bệnh thực thể vừa điều trị triệu chứng mất ngủ.

II. NGUYÊN NHÂN GÂY RA CHỨNG MẤT NGỦ

Có nhiều nguyên nhân gây ra mất ngủ, có thể chỉ là những lo âu hay căng thẳng nào đó trong đời sống hàng ngày chưa được giải quyết ổn thỏa; đến những hành vi cá nhân như hút thuốc lá nhiều, uống cà phê nhiều, đi lại thay đổi múi giờ, làm việc lao động theo ca - kíp, ăn quá nhiều quá no trong đêm; đến những bệnh lý thực thể đều có thể gây ra chứng mất ngủ. Có thể phân ra 2 nhóm gây mất ngủ như sau:

1. Mất ngủ do sinh hoạt

- Do hút thuốc lá nhiều, uống nhiều cà phê, do ăn nhiều nặng bụng trong đêm, do ăn nhiều chất kích thích ...

- Do rối loạn lịch thức ngủ trong ngày như: lịch làm việc thay đổi bất thường, làm việc theo ca kíp không thường xuyên, do thay đổi múi giờ chênh lệch như khi đi du lịch đến các vùng có mức chênh lệch múi giờ từ 6 đến 24 giờ.

- Do căng thẳng lo âu nhiều trong học tập, làm việc, trong cuộc sống hàng ngày.

- Do phân bố giờ giấc ngủ không hợp lý, ngủ ngày quá nhiều.

Mất ngủ ở người có tuổi, theo sự phát triển tâm sinh lý ở mỗi người, chu kỳ thức ngủ thay đổi dần theo tích tuổi, thời gian ngủ ngắn lại dần, người ta có khuynh hướng ngủ muộn hơn và thức dậy sớm hơn, vấn đề là chất lượng của giấc ngủ tốt sau khi ngủ dậy tinh thần sảng khoái phấn chấn, thích làm việc, còn ngược lại giấc ngủ ngắn, cảm giác buồn ngủ ban ngày xuất hiện, hay ngủ gật nhưng khi đi nằm ngủ thì tỉnh táo, sau giấc ngủ không thấy khoẻ, mệt mỏi, không thích làm việc, hay cáu gắt và dẫn đến mất ngủ' mãn tính, mất dần luôn cả sự ngon miệng.

2. Mất ngủ do nguyên nhân thực tế

- Do dùng thuốc để điều trị bệnh: Như các thuốc điều trị đau đầu Migrain có chứa cafein, thuốc chống viêm như corticoide, thuốc lợi tiểu v.v...

- Do bệnh lý: Chứng đau gây mất ngủ như đau đầu do viêm xoang, do tăng huyết áp; đau do viêm loét dạ dày tá tràng, đau do Zona, đau do kích thích thần kinh, đau trong bệnh khớp xương v.v... Con hen phế quản, suy tim ứ huyết ... và nhiều bệnh lý khác nói chung là do bệnh làm ảnh hưởng giấc ngủ, việc điều trị chú ý vào điều trị nguyên nhân gây bệnh.

- Do loạn tâm thần chức năng hoặc thực thể, hoặc do trầm cảm.

III. ĐIỀU TRỊ CHỨNG MẤT NGỦ

Điều trị chứng mất ngủ chủ yếu là điều trị triệu chứng kết hợp với điều trị nguyên nhân nếu xác định được nguyên nhân gây mất ngủ, việc chẩn đoán xác định cũng như chỉ định điều trị thì nên có ý kiến của thầy thuốc.

Về nguyên tắc điều trị:

1. Loại bỏ những nguyên nhân chủ quan gây mất ngủ

Tìm hiểu, người bệnh sẽ biết một phần do đâu mình mất ngủ, thí dụ như uống cà phê nhiều quá vào buổi tối hoặc trước khi đi ngủ; ăn quá nhiều chất cay nóng, ăn quá no vào buổi tối... đi du lịch thay đổi múi giờ quá lớn, do quá căng thẳng trong công việc... nếu tự tìm biết được nguyên nhân, người bệnh sẽ tự điều chỉnh để có thể ngủ được mà không cần nhờ vào thuốc.

2. Vệ sinh giấc ngủ

Nên tạo tâm trạng thư thái để dễ dàng vào giấc ngủ, giường ngủ đặt nơi thoáng mát, chăn màn sạch sẽ ...

3. Dùng thuốc thúc đẩy giấc ngủ còn gọi là thuốc ngủ, kết hợp với dùng thuốc điều trị nguyên nhân gây bệnh

Theo Y học cổ truyền (YHCT) việc điều trị cũng theo các nguyên tắc như trên, tuy nhiên với nguyên

tắc thứ 3, ngoài thuốc YHCT còn các phương pháp không dùng thuốc như châm cứu, dưỡng sinh cũng góp phần không nhỏ vào việc giúp cho giấc ngủ đến dễ dàng hơn.

3.1. Không dùng thuốc

Dưỡng sinh: Tập các động tác như thư giãn, thở 4 thì, động tác tam giác, xoa đầu mặt cổ, bấm huyệt: Xoa day bấm huyệt như Nội Quan, Túc Tam Lý, Tam Âm Giao.

3.2. Dùng thuốc

** Dùng theo kinh nghiệm:*

Để có thể chỉ định điều trị cần phải có chẩn đoán thật chính xác của những nhà chuyên môn. Tuy nhiên, có một số cây cỏ có thể vừa là rau ăn vừa dùng làm thuốc, không độc, có thể dùng như thực phẩm ăn uống hàng ngày.

– Các loại thức ăn như: hạt sen, long nhãn, mật ong, đậu xanh, đậu đen, táo tàu ... có tác dụng an thần, trị mất ngủ; một số thức ăn như chuối, các loại hạt quả, dầu phộng (lạc) ... Giúp điều hòa giấc ngủ.

– Các loại cây cỏ như : Lạc tiên (chùm bao, nhãn lồng) có thể dùng riêng luộc hấp như rau ăn giúp ngủ ngon, hay phối hợp với lá dâu tằm, lá vông, tim sen nấu nước uống trị mất ngủ; trúc điệp (lá của cây tre); toan táo nhân (hột trái táo ta, táo chua) nấu nước uống thay nước trà, giúp thúc đẩy giấc ngủ đến có thể coi là một loại thuốc ngủ.

** Dùng theo đối chứng lập phương:*

3.2.1. Mất ngủ do làm việc quá sức, hoặc suy nghĩ lo âu căng thẳng, kèm theo là biểu hiện hay hốt hoảng, thấp thỏm lo âu, tim hồi hộp, hay quên, chân tay mỏi rũ, ăn uống kém, sắc da không tươi nhuận, cả đêm không ngủ được, hoặc lúc ngủ lúc thức, hoặc mộng nhiều dễ tỉnh.

Dùng bài thuốc:

- Củ mài sao vàng	20g	- Long nhãn	10g
- Hạt sen để cả tim (sao)	20g	- Lá dâu	10g
- Táo nhân (sao)	10g	- Lá vông	10g
- Bá tử nhân	10g		

Sắc uống mỗi ngày.

3.2.2. Mất ngủ kèm theo triệu chứng buồn bực, ù tai, đau lưng, uể oải không muốn làm việc, nóng nảy bực rức, có thể cảm giác bốc hỏa lên đầu mặt, đau đầu choáng váng, tâm phiền miệng khát, đêm ra mồ hôi trộm ...

Dùng bài thuốc :

- Đậu đen	20g	- Mè đen	20g
- Lá vông	20g	- Vỏ núc nác	6g
- Lá dâu tằm	20g	- Lạc tiên	10g
- Thảo quyết minh	10g		

3.2.3. Người nhút nhát, hay cáu gắt, hư phiền, ngủ không yên, hay chiêm bao mộng mơ vợ vẩn.

Dùng bài thuốc :

- Hạt sen 40g - Táo nhân sao đen 40g

3.2.4. Mất ngủ kèm theo đầy tức vị quản, ợ hơi, khó chịu, hoặc hiện tượng ăn ít, đại diện không thông hoạt, bụng đau, chân tay bủn rủn.

Dùng bài thuốc :

- Trần bì 10g - Hương phụ 12g

- La bạch tử 10g - Mộc hương 15g

- Chỉ thực 10g

RỐI LOẠN GIẤC NGỦ

Phó Giáo sư, Tiến sĩ **VŨ ANH NHỊ**

Trưởng Bộ môn Thần Kinh Học

Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh

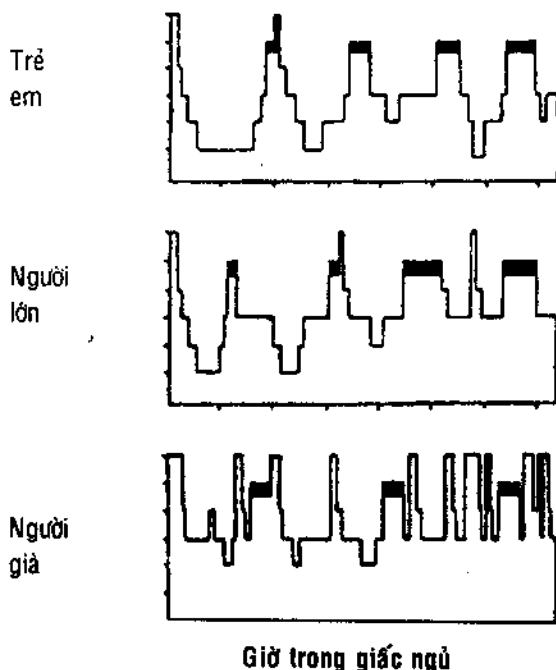
I. MỞ ĐẦU

Ngủ là trạng thái mất ý thức tạm thời và cơ thể phục hồi khi có những kích thích thích hợp. Giấc ngủ khác với các trạng thái mất ý thức khác ở chỗ giấc ngủ có 5 giai đoạn ngủ, mà 5 giai đoạn này sẽ tuần tự xảy ra và lặp lại, đồng thời EEG có hai loại giấc ngủ: giấc ngủ sóng chậm và giấc ngủ động mắt nhanh (rapid eye movement sleep, REM).

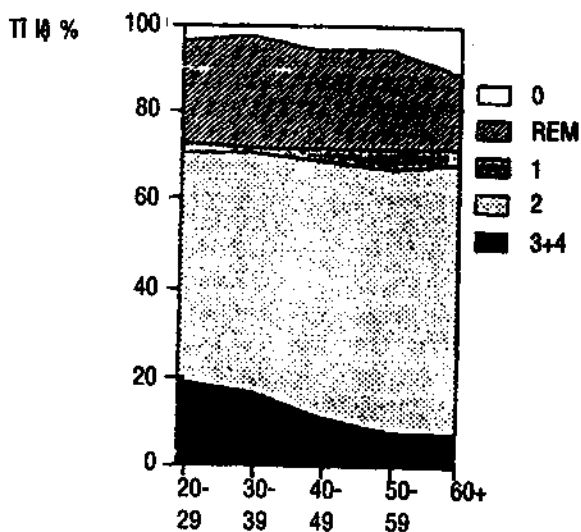
Nhịp thức ngủ ở người bình thường trải qua 5 giai đoạn ngủ, giai đoạn 1 là thời gian bắt đầu ngủ thật sự. EEG có điện thế thấp, thỉnh thoảng xen sóng alpha hình thoi, giai đoạn II, III và IV của giấc ngủ, EEG có các sóng chậm dần cho đến khi tần số còn khoảng 2-3 sóng/giây, sóng cơ bản trong giai đoạn này là delta, sau đó chuyển đột ngột sang sóng beta và alpha, giai đoạn tỉnh hẳn. Giấc ngủ REM kéo dài từ 5-30 phút và xuất hiện sau 90 phút.

Phân chia các giai đoạn ngủ, các giai đoạn của giấc ngủ được phân chia vào ban đêm khoảng 4-5 lần, mỗi giấc ngủ được bắt đầu với giấc ngủ không cử

động mắt nhanh và kết thúc với giấc ngủ REM. Từ thời thơ ấu, giấc ngủ được bắt đầu với giai đoạn I giấc ngủ và chuyển tiếp giai đoạn II cho đến giai đoạn IV giấc ngủ rồi trở lại giai đoạn II giấc ngủ và trước khi xảy ra giấc ngủ REM và tiếp tục trải qua một đêm. Ứng với nó là hình ảnh EEG có các sóng chậm giảm đi cho mỗi chu kỳ và gia tăng cho giấc ngủ REM.



Hình 1 : Các giai đoạn ngủ trong chu kỳ ngủ



Hình 2: Tỷ lệ giai đoạn ngủ

Ngủ REM ở chu kỳ I chỉ khoảng vài phút, trong khi ngủ sóng chậm kéo dài 30 phút, những giai đoạn sau kéo dài từ 70-120 phút. Nếu tính theo tỷ lệ thì giai đoạn I = 5%, II = 45-55%, III = 3-8%, IV = 10-15%, REM = 20-25% (hình 2).

Dù rằng giấc ngủ là cần thiết cho sự sống, nhưng nó có vai trò quan trọng ổn định nội môi mà y học vẫn chưa xác định rõ chức năng này. Trong đời sống con người, mỗi cá thể có nhu cầu ngủ khác nhau, thời gian ngủ biến thiên từ 4-9 giờ trong ngày là bình thường. Tuy nhiên thời gian ngủ và cảm giác khỏe do giấc ngủ tốt mang lại phụ thuộc vào nhiều yếu tố. Nhưng xét về chất lượng giấc ngủ thường được xem xét hai trạng thái ngủ. Trạng thái ngủ

sóng EEG chậm (chuyển động mắt không nhanh) và trạng thái chuyển động mắt nhanh (REM). Các rối loạn ảnh hưởng đến khả năng ngủ, ngủ cho "yên giấc" hoặc ngủ quá nhiều gây nên một tập tính không bình thường về giấc ngủ.

II. CHỨNG MẤT NGỦ

Mất ngủ là một triệu chứng thường liên quan đến sự than phiền buồn ngủ trong ngày, đau đầu, dễ cáu gắt, khó tập trung và trí nhớ giảm, thường tỉnh giấc trong đêm, sáng dậy sớm và giấc ngủ không yên. Mất ngủ bao gồm 3 biểu hiện cơ bản : mất ngủ, quá nhiều thức trong giấc ngủ và cách thức bất thường liên quan ngủ.

- Quá nhiều lần thức trong giấc ngủ, bệnh nhân có cảm nhận như không có thời gian đủ, tỉnh dậy và không ngủ, khó ngủ khi ngủ lại, giấc ngủ sau tồi tệ hơn giấc ngủ trước, cần phân biệt trạng thái mệt.

- Cách thức bất thường liên quan giấc ngủ: rối loạn giấc ngủ REM và cận giấc ngủ không nháy mắt thường gặp ở trẻ em.

- Ba thể rối loạn trên cũng là 3 hình thức của mất ngủ, mỗi hình thức biểu hiện dưới dạng khác nhau. Chẩn đoán mất ngủ khởi đầu có thể rất khó khăn đòi hỏi có một bệnh sử đầy đủ với thăm khám cẩn thận và các nguyên nhân có thể điều trị được xem xét một cách kỹ lưỡng, nhất là những nguyên nhân tâm lý, tâm thần ...

Mất ngủ có thể điều trị bằng hai cách: cách tốt nhất là nhận dạng và điều trị nguyên nhân, cách khác là điều trị triệu chứng mất ngủ chủ yếu với sữa chữa cách ứng xử mất ngủ và dùng thuốc thôi miên - chống lo âu.

• **ĐIỀU TRỊ NGUYÊN NHÂN** : Mất ngủ có thể do một hay nhiều trong những nguyên nhân sau:

1. Sử dụng thuốc.
2. Cafein, rượu, thuốc lá, các thuốc nghiện khác.
3. Cơ thể bệnh: rối loạn đau, phản xạ dạ dày thực quản, suy tim ứ huyết, đi tiểu đêm, cường giáp.
4. Hội chứng chân không yên và cử động tứ chi từng đợt trong giấc ngủ.
5. Ngủ ngừng thở.
6. Rối loạn lịch thức ngủ :
 - ♦ Pha ngủ chậm - trễ.
 - ♦ Vấn đề mất ngủ người lớn tuổi.
 - ♦ Thay đổi múi giờ (vùng).
 - ♦ Lao động theo ca kíp.
7. Trầm cảm.
8. Loạn tâm thần triệu chứng và bệnh tâm thần.

1. Thuốc là nguyên nhân mất ngủ, mất ngủ cũng có thể gặp do các thuốc sử dụng trong điều trị một số bệnh, ngoài tác dụng hữu ích, nó còn gây mất ngủ. Nguyên nhân mất ngủ do thuốc:

- Tác dụng ngoài ý muốn của thuốc :
- ♦ Các thuốc có chứa cafein chữa bệnh đau đầu migraine.
- ♦ Các thuốc điều trị chống phù nề trong viêm xoang.
- ♦ Các thuốc kích thích : cafein, ephedrin...
- Các đơn thuốc :
- ♦ Thuốc kích thích : methyllphenidat, pemolin.
- ♦ Thuốc ăn ngon miệng : phentamin, fefluu-ramin.
- ♦ Thuốc đồng vận adrenergic trong điều trị suyễn.
- ♦ Corticoid.
- ♦ Beta-blockers ; Propranolol.
- ♦ Lợi tiểu - làm đi tiểu đêm nhiều.
- ♦ Thuốc điều trị cường giáp.

Khi sử dụng các thuốc trên cần báo cho bệnh nhân biết tình trạng dùng thuốc, nếu sử dụng lâu dài phải theo dõi hoặc thay thuốc cho bệnh nhân.

2. Hội chứng chân không yên và cử động tứ chi từng đợt trong giấc ngủ, có khoảng 12-15% ca mất ngủ có hội chứng này. Hội chứng chân không yên là nguyên nhân thường làm mất ngủ, thuật ngữ này dùng để mô tả trạng thái hai chân căng tức, nén chặt, bông rớt, co rút, sự thất thường này xảy ra lúc nghỉ nhiều hơn làm người bệnh phải cử động, đi lại trong lúc nghỉ cũng như trong thời gian trước khi ngủ, mạn tính gây nên trạng thái tâm lý phải đi khi không ngủ, khó ngủ.

Cử động tứ chi từng đợt trong giấc ngủ là cử động có nhịp co - duỗi một hay hai chi, thời gian kéo dài 20-30 giây trong lúc ngủ, cử động này làm khó chịu và mất ngủ cho bệnh nhân và người nằm bên cạnh, đa số không biết được nguyên nhân, một số khác có thể do rối loạn chuyển hóa các ion K, Ca, Mg, loạn thần kinh hay chứng trầm cảm.

Hội chứng chân không yên và cử động tứ chi từng đợt trong giấc ngủ có thể điều trị với các loại thuốc :

- Sử dụng carbidopa-levodopa (Sinemet 25/100) 1/2 viên mỗi tối, tăng liều khi cần thiết, tránh dùng ban ngày, thường thì sau 2 ngày điều trị chứng chân không yên giảm và mất, nếu không giảm thì:

- Pergolid, liều khởi đầu 0,05mg, có thể tăng lên 0,05 - 0,5 mg trước khi đi ngủ.

- Benzodiazepin, trazolam 0.125 - 0.5mg, hay dùng temazepam 15 - 30mg trước lúc ngủ.

3. Ngủ ngừng thở là hiện tượng ngừng thở trong lúc ngủ, chiếm khoảng 6,2% trường hợp mất ngủ. Nguyên nhân có thể do đường thở bị tắc nghẽn do tư thế ngủ, trạng thái suy sụp của cơ thể, béo phì, cao huyết áp người trẻ, dùng thuốc giãn cơ. Hầu hết bệnh nhân ngủ ngừng thở có hiện tượng tăng tiết thức nhưng không tỉnh, hiện tượng này xuất hiện nhiều lần có khi cả trăm lần trong giấc ngủ, hiện tượng tăng tiết thức làm cho bệnh nhân

khó xác định đâu là giấc ngủ thật, tăng tiềm thức làm cho bệnh nhân có cảm giác khó thở, mệt mỏi, gây phản ứng sợ hãi trong giấc ngủ và làm cho mất ngủ trầm trọng hơn. Điều trị tình trạng này là chú ý đến tư thế ngủ, giảm trọng lượng cơ thể, tập hô hấp, không dùng thuốc ngủ ...

4. Rối loạn lịch thức ngủ: Mỗi một cơ thể con người dành cho được lịch làm việc cũng như lịch thức ngủ phù hợp, lịch thức ngủ theo lịch hệ mặt trời là 24 giờ, nhưng trong thực tế lịch thức ngủ luôn bị thay đổi, đôi khi gây nên những tình trạng mất ngủ kéo dài.

- Hội chứng pha ngủ chậm, những bệnh nhân này thường bắt đầu vào giấc ngủ khó, cảm giác buồn ngủ sau thức giấc chậm làm cho thời gian ngủ ngắn lại, giấc ngủ ngắn, cảm giác buồn ngủ ban ngày xuất hiện bất chợt (ngủ gật), tình trạng trên kéo dài sẽ đảo lộn giấc ngủ và làm mất ngủ mạn tính.

- Vấn đề của người lớn tuổi, mỗi chúng ta đều lớn lên và già đi, thì chu kỳ thức ngủ và thời gian ngủ càng ngắn lại, chúng ta ngủ muộn hơn và thức dậy sớm hơn, vấn đề quan tâm là chất lượng ngủ được tốt khi thức tỉnh không cảm thấy mệt, tâm sinh lý sáng khoái, thích làm việc. Để có giấc ngủ sinh lý tốt không nên ngủ ngày kéo dài, duy trì lịch làm việc thích hợp, ăn uống điều độ, nên ngủ muộn, luyện tập chống buồn ngủ ngày.

- Thay đổi múi giờ, thường thì do múi giờ quá chênh lệch làm cho thói quen ngủ thức không thích ứng gây nên mất ngủ. Thường gặp những người đi du lịch và những người di dân có chênh lệch múi giờ từ 12-24 giờ, mất ngủ do nguyên nhân này có thể dùng thuốc ngủ trong những ngày đầu mất ngủ, khó ngủ.

- Lao động theo ca kíp, cũng là những nguyên nhân làm cho thay đổi chu kỳ thức ngủ dễ dẫn đến tình trạng mất ngủ, trong thực tế khoảng 20% người lao động ca kíp mất ngủ, những dạng mất ngủ này được khắc phục bằng các biện pháp vệ sinh giấc ngủ (nhắc lại phần sau).

5. Hội chứng trầm cảm, trầm cảm thường là nguyên nhân của mất ngủ, có khoảng 20% trường hợp mất ngủ do trầm cảm hoặc liên quan đến trầm cảm, bên cạnh triệu chứng mất ngủ người bệnh có những triệu chứng trầm cảm; Người bệnh buồn bã, căng thẳng nội tâm, khó tập trung, uể oải mệt nhọc, về tình cảm thì giảm hứng thú với xung quanh, có ý nghĩ bi quan và có ý tưởng tự tử, bệnh nhân thường thức dậy sớm hơn bình thường, trạng thái tâm lý với giấc ngủ lo lắng, than phiền một giấc ngủ đã qua, đôi khi biểu hiện những triệu chứng chân không yên, ghệt thờ, nặng ngực, tăng tiết mồ hôi, đánh trống ngực, chán ăn. Điều trị cơ bản sử dụng các thuốc chống trầm cảm nhóm amitriptyline, imipramine, Trizodone được chọn khi mất ngủ có triệu chứng trầm cảm.

6. Những rối loạn tâm thần và hội chứng tâm thần khác, cũng là những nguyên nhân gây ra mất ngủ. Theo nghiên cứu của Coleman (1982) có 34.9% trường hợp hội chứng tâm thần và bệnh tâm thần có mất ngủ, việc điều trị các rối loạn tâm thần sẽ làm cho bệnh nhân ngủ được.

7. Mất ngủ do học, hầu hết mất ngủ do học là mất ngủ mãn tính, đây là hiện tượng phổ biến trong học sinh sinh viên, những trạng thái lo âu, căng thẳng, dùng chất kích thích, ăn nhiều trong đêm, thời gian học kéo dài. Những nguyên nhân nêu trên đều làm cho chậm pha ngủ, thời gian ngủ ngắn lại, quá trình ngủ - thức bị đảo lộn dẫn đến mất ngủ mãn tính. Trường hợp mất ngủ này cần có lịch học tập phù hợp, tránh học kéo dài, không dùng các chất kích thích, không ăn trước khi ngủ, không dùng thuốc ngủ, phòng ngủ không dùng làm phòng học.

ĐIỀU TRỊ TRIỆU CHỨNG:

Điều trị mất ngủ là chủ yếu điều trị chứng kết hợp điều trị nguyên nhân nếu xác định được.

1. Cách thức ứng xử hay còn gọi là điều trị ứng xử, có hai cách hiện nay ứng dụng có hiệu quả được nhiều tác giả khuyên dùng đó là : vệ sinh giấc ngủ và trì hoãn ngủ.

a. Vệ sinh giấc ngủ:

- Duy trì đều đặn lịch thức ngủ, thức dậy sớm và ra khỏi giường ngay sau khi thức dậy.

- Tránh ngủ ngày quá dài, luyện tập thích hợp
- Giường dành cho ngủ tránh hoạt động thức tỉnh trong giường như đọc sách, xem tivi trong phòng ngủ vào buổi tối ...
- Giảm mức tối thiểu sử dụng rượu và không uống cà phê trong buổi chiều và tối, không ăn trước khi ngủ.
- Không quá lo lắng cho giấc ngủ, nên tạo một số hoạt động thư giãn trước khi ngủ như đi ra khỏi giường sau 20 - 30 phút.
- Phòng ngủ yên tĩnh, mát, tối sẽ tạo giấc ngủ tốt.

b. Trì hoãn pha ngủ (nếu bệnh nhân có giấc ngủ ngắn)

Nhiều công trình nghiên cứu cho thấy những bệnh nhân có giấc ngủ ngắn, thức giấc nhiều lần, ngủ lại khó. Phương pháp trì hoãn pha ngủ là tốt nhất, bệnh nhân trước đó đi ngủ lúc 10 giờ đêm nay ngủ muộn hơn có thể vào lúc 12 giờ hay 01 giờ khuya, sau đó điều chỉnh lùi lại giờ ngủ cho phù hợp mỗi người.

2. Phương pháp dùng thuốc thúc đẩy ngủ hay còn gọi "thuốc ngủ" :

Mất ngủ là một hội chứng của nhiều nguyên nhân khác nhau, vì thế điều trị mất ngủ là điều trị triệu chứng. Bên cạnh điều trị nguyên nhân, vệ sinh giấc ngủ, trì hoãn giấc ngủ, còn dùng thuốc thúc đẩy ngủ "thuốc ngủ". Điều quan trọng là khi dùng thuốc

ngủ phải dựa trên liều lượng và thời gian bán hủy của thuốc. Nhiều báo cáo đề cập đến tác dụng tốt nhất của thuốc ngủ đối với mất ngủ là liều thấp và thời gian tác dụng ngắn. Khi dùng thuốc thúc đẩy ngủ dựa vào 3 loại mất ngủ và WHO khuyến cáo:

a. Mất ngủ thoáng qua, thời gian mất ngủ chỉ vài ngày thường do stress, thay đổi giờ ngủ, bất lợi về môi trường ngủ. Thuốc ngủ là trị liệu tốt nhất thuốc thường dùng là nhóm Benzodiazepin tác dụng ngắn và liều thấp, cũng có thể dùng thuốc để phòng ngừa mất ngủ tạm thời nếu tiên lượng được.

b. Mất ngủ ngắn, thời gian mất ngủ kéo dài trong vài tuần kết hợp stress, các bệnh ngoại khoa. Thuốc thúc đẩy như điều trị mất ngủ thoáng qua, nhưng chú ý đến vệ sinh giấc ngủ và kết hợp phương pháp trị hoãn giấc ngủ.

c. Mất ngủ mãn tính, thời gian mất ngủ trong nhiều tháng, vài năm liên quan đến nhiều nguyên nhân và nhiều yếu tố mất ngủ phối hợp, các thuốc thúc đẩy ngủ ngắn được khuyên dùng trong hầu hết các trường hợp mất ngủ mãn tính. Thời gian điều trị trong hai tuần, sau kiểm tra lại, không dùng quá 4 tuần. Bệnh nhân có lo lắng có thể dùng các loại thuốc tác dụng kéo dài.

Bệnh nhân mất ngủ sử dụng các loại thuốc thúc đẩy ngủ hay "thuốc ngủ" có thể làm cho giấc ngủ trở lại, cách cho thông thường là uống thuốc trước khi đi ngủ 20-30 phút. Ngược lại có một số trường hợp khác

khi dùng thuốc ngủ làm cho bệnh nhân có tâm lý lệ thuộc vào thuốc, đôi khi làm cho mất ngủ càng thêm trầm trọng. Một số ý kiến cho rằng việc sử dụng thuốc ngủ điều trị mất ngủ có xu hướng lạm dụng, việc kê đơn thuốc cần phải chặt chẽ và sử dụng có hiệu quả.

- ♦ *Bảng 2 : Thuốc thúc đẩy ngủ và chống lo âu*
- Một số thuốc thúc đẩy ngủ thường dùng.
- ♦ Halcion : 0,125-0,25mg, trước lúc ngủ 1-2 viên.
- ♦ Zolpidem : 5-10mg mỗi tối trước khi ngủ.
- ♦ Triazolam : 125-0,25mg mỗi tối trước khi ngủ.
- ♦ Temazepam : 15-30mg mỗi tối trước khi ngủ.
- Một số thuốc chống lo âu.
- ♦ Seresta : 10-50mg, mỗi ngày 10-60mg.
- ♦ Xanax : 0,25 ; 0,5-4/ngày chia làm 2-3 lần.
- ♦ Lexomil : 6mg, mỗi ngày 3-12mg.
- ♦ Tranxène : 5mg, 10mg, 15mg mỗi ngày.

Các thuốc chống lo âu và mất ngủ liên quan mật thiết với nhau. Lo âu gây ra mất ngủ nên các thuốc chống lo âu cũng làm cho trạng thái căng thẳng êm dịu và người bệnh ngủ được. Điều trị bằng thuốc ngủ phải càng ngắn càng tốt. Thường bắt đầu bằng liều thấp được chỉ dẫn. Việc kê đơn lúc đầu không quá 1-2 tuần và sau đó cần khám lại bệnh nhân.

III. TRẠNG THÁI CẬN GIÁC NGỦ

Một nhóm những biểu hiện rối loạn về tâm lý hoặc các ảo giác, hành vi xảy ra trong giấc ngủ. Các trạng thái này thường chuyển thành mãn tính, có nhiều bệnh nhân kéo dài trong nhiều năm.

1. Hoảng sợ về đêm, là sự sợ hãi, kêu la, giãy giụa cắt ngang giấc ngủ, cử động mắt không nhanh trong giai đoạn 4 của giấc ngủ. Trạng thái hoảng sợ thường xảy ra ở trẻ em, tâm lý không bình thường và từ giấc ngủ sâu. Sự hoảng sợ ban đêm liên quan đến tâm lý, một số người bệnh nghiện rượu. Phòng ngừa có thể cho valium 2-5mg, trước khi đi ngủ.

2. Ác mộng là những giấc mộng gây kinh hãi, xảy ra cả người lớn và trẻ em. Ác mộng thường xảy ra trong giấc ngủ cử động mắt nhanh. Điều trị chủ yếu vào tác nhân tâm lý và thuốc an thần.

3. Miên hành: Trong lúc ngủ bệnh nhân ngồi, đi lại và nhiều hành vi khác trong giấc ngủ. Bệnh nhân mắt vẫn mở như thường nhưng không nhận biết, về mặt ngơ ngơ. Khi đánh thức bệnh nhân như vừa ngủ dậy mọi việc xảy ra không làm bệnh nhân quan tâm. Điều trị là cần chăm sóc bệnh nhân, hạn chế những tai nạn nếu ngủ một mình, giải quyết tận gốc các nguyên nhân tâm lý.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Buchholz W.Davi, Sleep disorders in Current Therapy in Neurologic Disease, Johnson, 5^{ed}, copy 1997 by Mosby - Year-Book, INC P12-18.
2. Fische J.Broce, Aspects of sleep in neurology and genral medicine, M.J.Aminoff, 2^{ed}, 1997 Churcghill, Livingstone P 491-519.
3. Mcnamana M.L, Sleep disorders in current Diagnosis, Edward Felmann, copyright 1994 by Mosby Year Book, INC P316-324.
4. Vũ Anh Nhị. Cập nhật trong điều trị mất ngủ, Y học Thành phố Hồ Chí Minh, Tập 4, Số 1. 1999, Trường ĐHYD, TPHCM.

ĐỘNG KINH

Bác sĩ LÊ MINH

*Phó Trưởng Bộ môn Thần Kinh Học
Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh*

I. ĐỘNG KINH LÀ GÌ ?

- Rối loạn mang tính chất kịch phát và lặp đi lặp lại nhiều lần của chức năng não bộ, do sự phóng lực bất thường quá mức của các tế bào thần kinh của não bộ.

- Những cơn kịch phát với sự xuất hiện đột ngột và ngắn hạn của những rối loạn về ý thức, về chức năng vận động, về chức năng cảm giác, về chức năng giác quan, về chức năng thực vật và về hành vi.

- Nếu cơn chỉ xảy đến một lần duy nhất thì chưa được xem là động kinh.

II. LÀM SAO BIẾT ĐÓ LÀ ĐỘNG KINH ?

1. Sự xuất hiện đột ngột trong vòng vài phút của các rối loạn chức năng thần kinh đã nêu trong định nghĩa, sau đó người bệnh dần dần trở lại trạng thái bình thường.

2. Trong cơn động kinh, người bệnh có thể còn ý thức (động kinh cục bộ) hoặc trái lại mất ý thức hoàn toàn (động kinh toàn thể hóa).

3. Các cơn mang tính chất lặp đi lặp lại nhiều lần.
4. Các loại cơn đặc thù.

III. CÁC LOẠI CƠN ĐỘNG KINH

1. Cơn hoàn toàn thể hoá nguyên phát.
2. Cơn cục bộ.
3. Cơn cục bộ toàn thể hoá thứ phát.
4. Trạng thái động kinh liên tục.

IV. CƠN TOÀN THỂ HÓA NGUYÊN PHÁT

1. Cơn co cứng co giật (cơn lớn).
2. Cơn co thất trẻ thơ.
3. Cơn vắng ý thức.
4. Cơn mất trường lực.
5. Cơn giật cơ.

V. CƠN CỤC BỘ

1. Cơn cục bộ giản đơn (không mất ý thức).
 - a. Cơn vận động.
 - b. Cơn giác quan.
 - c. Cơn cảm giác.
 - d. Cơn thực vật.
2. Cơn cục bộ phức tạp (có mất ý thức).
 - a. Mất ý thức xảy ra sau.
 - b. Mất ý thức xảy ra ngay từ đầu.
3. Cơn cục bộ toàn thể hoá thứ phát.

VI. TRẠNG THÁI ĐỘNG KINH LIÊN TỤC

(Cơn kéo dài trên 30 phút).

1. Trạng thái động kinh liên tục thể co cứng - co giật.
2. Trạng thái vắng ý thức liên tục.
3. Động kinh cục bộ liên tục.

VII. CÁC NGUYÊN NHÂN CỦA ĐỘNG KINH

1. Vô căn.
2. Phù não.
3. Thiếu oxy não.
4. Chấn thương sọ não.
5. Nhiễm trùng.
6. Khôì choán chỗ nội sọ (xuất huyết, u).
7. Bất thường bẩm sinh.
8. Sốt cao.
9. Rối loạn chuyển hóa.
10. Thuốc và chất độc.

VIII. SỐT CAO CO GIẬT

1. Xảy ra trong khoảng 3 tháng tuổi đến 5 tuổi.
2. Có liên quan với sốt đơn thuần.
3. Điều trị đặc hiệu :
 - a. Thường là không cần thiết (chỉ cần hạ sốt)
 - b. Dùng phenobarbital, valproat Na để phòng ngừa

IX. CHẨN ĐOÁN ĐỘNG KINH

1. Khám lâm sàng.
2. Điện não đồ.
3. Chụp hình ảnh não bộ (CT, MRI).
4. Các xét nghiệm khác.

X. KHI NÀO BẮT ĐẦU ĐIỀU TRỊ ?

1. Càng sớm càng tốt, sau khi đã xác định chẩn đoán.
2. Điều trị càng trễ, chứng động kinh càng trở nặng và khó chữa ("cơn gọi cơn").

XI. ĐIỀU TRỊ ĐỘNG KINH BẰNG THUỐC CHỐNG ĐỘNG KINH

1. Đúng thuốc
2. Đúng liều
3. Điều đặn hàng ngày, đủ thời gian (nhiều năm liên tục)
4. Theo dõi tác dụng phụ của thuốc
5. Chỉ dùng một loại thuốc, hiếm khi phối hợp nhiều loại thuốc.

XII. KHI NÀO NGỪNG ĐIỀU TRỊ ĐỘNG KINH ?

1. Ít nhất là sau 2 - 3 năm điều trị, khi thuốc đã khống chế được cơn hoàn toàn; do thấy thuốc quyết định; không ngừng thuốc đột ngột; phải giảm liều từ từ trong nhiều tháng.
2. Có khi phải uống thuốc suốt đời.

XIII. ĐỘNG KINH Ở THAI PHỤ

1. Tác dụng của thuốc chống động kinh :

- a. Nguy cơ gây dị dạng thai (7 - 10%), so với người thường cao hơn 3 - 5%.
- b. Chẻ môi, bệnh tim bẩm sinh, khiếm khuyết ống thần kinh
- c. Nguy cơ bị tác hại của thuốc tăng khi dùng phối hợp nhiều thuốc chống động kinh.
- d. Thai phụ cần uống acid folic 5 mg/ ngày để phòng ngừa khiếm khuyết ống thần kinh.

2. Lợi ích của thuốc chống động kinh ?

- a. Ngừng thuốc chống động kinh làm tăng 50% nguy cơ tái phát và trở nặng động kinh.
- b. Ngừng thuốc có thể làm tăng nguy hiểm cho bào thai.

3. Động kinh có thể trở nặng lúc có thai.

XIV. CÁC CÁCH THỨC ĐIỀU TRỊ KHÁC ĐỐI VỚI ĐỘNG KINH

1. 10 đến 20% bệnh nhân động kinh cần đến phẫu thuật cắt bỏ ổ động kinh.

2. Kích thích điện từng đợt dây thần kinh X bên trái làm giảm 1/3 số lượng cơn động kinh cục bộ.

XV. CÁC VẤN ĐỀ KHÁC CẦN CHÚ Ý Ở NGƯỜI BỆNH ĐỘNG KINH

Để phòng ngừa tai nạn xảy ra, người bị bệnh động kinh cần tránh những việc làm kể sau :

- Lái xe.
- Đứng làm việc trên máy
- Tắm sông, biển v.v...
- Đứng cạnh ao, hồ, giếng...

TÌM HIỂU VỀ BỆNH CHÓNG MẶT

Bác sĩ LÊ VĂN NAM

Bộ môn Thần Kinh Học

Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh

I. CHÓNG MẶT LÀ GÌ ?

Chóng mặt là một ảo giác, bệnh nhân có cảm giác môi trường chung quanh xoay tròn hoặc bản thân người bệnh xoay tròn. Chóng mặt nặng thường kèm theo nôn mửa và có thể ngã khi đi.

Chóng mặt là triệu chứng gặp trong các bệnh của tai trong hay bệnh của hệ thần kinh trung ương.

II. BỆNH SAY TÀU, XE

Một số người có cảm giác chóng mặt và nôn mửa khi đi xe, máy bay... Đây là tình trạng giống như chóng mặt do tổn thương thần kinh nhưng nhẹ hơn.

III. VẤN ĐỀ GIỮ THĂNG BẰNG

Chóng mặt là tình trạng rối loạn của việc giữ thăng bằng cho cơ thể trong không gian. Cơ thể chúng ta được giữ thăng bằng nhờ vào các hệ thống sau:

1. Tai trong ghi nhận chuyển động lên xuống, qua lại của đầu.

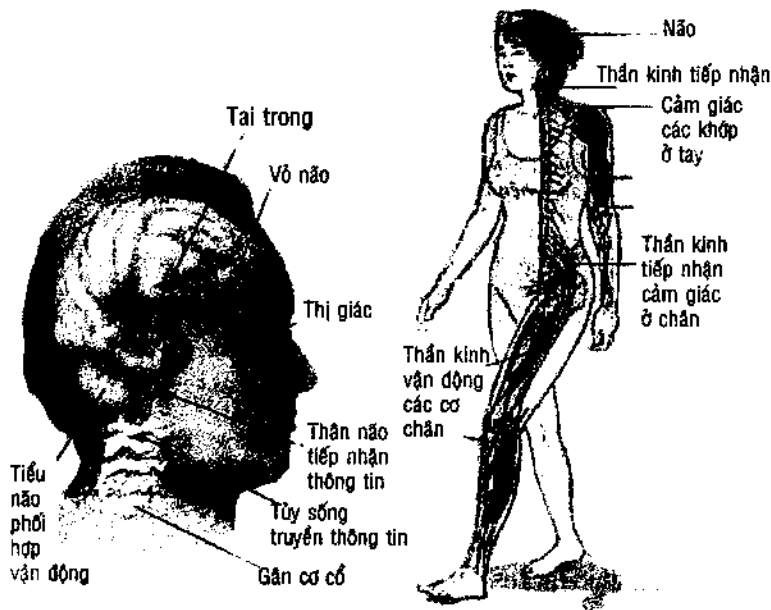
2. Mắt phát hiện các chuyển động của cơ thể trong không gian.

3. Da lòng bàn chân ghi nhận áp lực tiếp xúc của cơ thể với mặt đất

4. Các cơ, khớp xương ghi nhận chuyển động các chi và thân mình.

5. Hệ thần kinh trung ương phối hợp tất cả các thông tin trên cho chúng ta có một cảm giác vị trí của mình trong không gian.

Triệu chứng chóng mặt xảy ra khi thần kinh trung ương nhận tín hiệu không đồng bộ của bốn hệ thống trên, thí dụ như bạn đang ở trên một chiếc máy bay bay trong cơn bão, máy bay đang bị nhồi lên xuống trong khi thị giác của bạn nhìn quang cảnh trong máy bay không nhận thấy có sự di chuyển nào, khi đó sẽ có cảm giác chóng mặt, hoặc bạn đang ngồi trong xe hơi đang di chuyển và mắt bạn lại đọc một cuốn sách, khi đó hệ thống tai trong nhận biết có sự di chuyển nhưng mắt bạn lại nhìn thấy trang sách cố định và sau một lúc bạn sẽ có cảm giác chóng mặt.



IV. CÁC NGUYÊN NHÂN CỦA CHÓNG MẶT

1. Tuần hoàn

Rối loạn tuần hoàn não là nguyên nhân thường gặp nhất của chóng mặt. Nếu máu lên nuôi não không đủ bạn sẽ thấy choáng váng, giống như khi ta đang ngồi mà đứng dậy quá đột ngột. Hiện tượng thiếu máu não này thường do xơ mỡ động mạch. Nếu tai trong bị thiếu máu thì triệu chứng chóng mặt rất nặng nề, kèm nôn mửa.

Tình trạng chóng mặt do suy giảm tuần hoàn não thường gặp ở người lớn tuổi có kèm theo xơ mỡ động mạch và được gọi là thiếu năng động mạch cột sống thân nền, bệnh nhân có những cơn chóng mặt kèm theo buồn nôn, ù tai xảy ra khi xoay đầu và thay đổi tư thế.

2. Chấn thương

Chấn thương vỡ nền sọ ảnh hưởng tới tai trong có thể gây chóng mặt, nôn mửa và điếc tai, tình trạng chóng mặt sẽ kéo dài vài tuần rồi thuyên giảm do sự bù trừ của tai đối bên.

Một số trường hợp bệnh nhân bị chóng mặt sau chấn thương khi thay đổi tư thế được gọi là chóng mặt kịch phát lành tính theo tư thế.

3. Nhiễm trùng

Siêu vi có thể gây viêm thần kinh tiền đình, là thần kinh phụ trách thăng bằng, bệnh nhân sẽ bị chóng mặt rất nặng nhưng vẫn nghe bình thường. Viêm tai do vi trùng thì gây vừa chóng mặt vừa giảm thính lực.

Trong những trường hợp này chóng mặt thường kèm theo nôn mửa và mất thăng bằng.

4. Dị ứng

Một số người khi tiếp xúc tác nhân dị ứng như phấn hoa, thức ăn có thể bị chóng mặt.

5. Bệnh thần kinh

Một số bệnh thần kinh có thể gây chóng mặt như giang mai, u não, đây là những nguyên nhân ít gặp.

6. Thuốc

Một số thuốc điều trị có thể gây chóng mặt: các thuốc điều trị lao, thuốc an thần ...

7. Bệnh Meniere

Bệnh do sự ứ dịch ở tai trong gây các cơn ù tai một bên, chóng mặt kèm theo nôn mửa và mất thăng bằng, cơn chóng mặt kéo dài từ 20 phút tới hai giờ, sau cơn bệnh nhân có thể bị giảm thính lực một bên. Cơn có thể tái phát nhiều lần và bị cả hai tai, sau một thời gian bệnh nhân có thể bị giảm thính lực rất nặng.

Cơn chóng mặt của bệnh Meniere có thể điều trị với các thuốc chống nôn, chống chóng mặt như : Meclizine, Primperan, Tanganil ...

Bệnh nhân nên ăn nhạt, tránh dùng rượu, cà phê, thuốc lá.

V. CHÚNG TA CÓ THỂ LÀM GÌ ĐỂ GIẢM CHÓNG MẶT ?

1. Tránh thay đổi tư thế đột ngột như đang nằm đứng nhanh dậy hay xoay nhanh sang hai bên.

2. Tránh xoay đầu quá mức như cúi xuống hay ngửa lên hoặc xoay đầu.

3. Tránh các chất có thể làm giảm tuần hoàn não như cà phê, thuốc lá, ăn mặn.

4. Tránh các yếu tố nguy cơ như tình trạng căng thẳng, các chất gây dị ứng.

5. Không làm các công việc nguy hiểm khi đang chóng mặt như lái xe, leo trèo cao.

Làm sao tránh chóng mặt khi di chuyển bằng xe, tàu ?

1. Luôn nhìn ra xa về phía trước khi di chuyển bằng xe.

2. Không đọc sách hay ngồi nhìn về phía sau khi đi xe.

3. Không nhìn hay nói chuyện với người khác đang bị chóng mặt.

4. Tránh các thức ăn có nhiều gia vị hay mùi quá mạnh trong khi đang đi tàu xe.

5. Có thể dùng các thuốc chống nôn mửa khi di chuyển.

Một số thuốc loại này có thể mua không cần đơn, trong trường hợp chóng mặt và nôn mửa không uống thuốc được có thể dùng dạng tọạ được.

VI. NGUYÊN NHÂN CỦA Û TAI ?

Có nhiều nguyên nhân gây ù tai, một số nguyên nhân không nguy hiểm như: ống tai bị bít do ráy tai, nước ... Một số nguyên nhân khác phức tạp hơn như nhiễm trùng, xơ cứng chuỗi xương con trong tai.

Ủ tai còn thể do hạ huyết áp, tăng huyết áp, tiểu đường...

1. Điều trị ù tai như thế nào ?

Tùy theo nguyên nhân, phải khám về thần kinh và tai mũi họng, có thể phải thực hiện nhiều xét nghiệm và nếu tìm được nguyên nhân thì có thể điều trị được.

2. Nếu không tìm được nguyên nhân có cách nào làm giảm ù tai không?

Các lời khuyên sau đây có thể làm giảm một phần triệu chứng ù tai trong một số trường hợp :

- Tránh nghe tiếng động quá lớn.
- Nếu có cao huyết áp thì hãy điều trị ổn định huyết áp.
- Nên ăn nhạt.
- Tránh các chất kích thích thần kinh như cà phê, thuốc lá.
- Tập thể dục thường xuyên.
- Tránh làm việc quá mệt mỏi, nghỉ ngơi điều độ.
- Đừng quá lo lắng về tiếng ù tai trong tai bạn, nó không làm cho bạn bị nguy hiểm gì nhiều.

TÌM HIỂU VỀ BỆNH NHỨC ĐẦU

Bác sĩ **LÊ VĂN NAM**

Bộ môn Thần Kinh Học

Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh

I. CÁC LOẠI NHỨC ĐẦU

Nhức đầu là triệu chứng của rất nhiều loại bệnh: nhiễm trùng, viêm màng não, u não... trong những trường hợp đó được gọi là nhức đầu thứ phát. Có trên 170 loại bệnh lý có thể có triệu chứng nhức đầu.

Các bệnh nhức đầu thứ phát thường gặp :

- Viêm xoang.
- Bệnh lý cột sống cổ.
- Tăng nhãn áp.
- U não.
- Cao huyết áp.
- Tai biến mạch máu não.
- Chấn thương sọ não.
- Viêm màng não.

Tuy nhiên có những bệnh mà triệu chứng duy nhất là nhức đầu, ngoài ra người bệnh không có một tổn thương nào khác, các bệnh này gọi là nhức đầu nguyên phát.

Có ba bệnh nhức đầu nguyên phát thường gặp :

- Nhức đầu migraine.

- Nhức đầu cơ cơ.
- Nhức đầu từng cụm.

II. TRƯỜNG HỢP NHỨC ĐẦU NÀO PHẢI ĐI KHÁM BỆNH NGAY ?

Nhức đầu có thể chỉ là triệu chứng của một bệnh nhẹ như cảm cúm hay tình trạng căng thẳng, tuy nhiên trong một số trường hợp có thể là triệu chứng của một bệnh nặng.

Bệnh nhân phải đi khám bệnh ngay khi nhức đầu có những đặc tính sau :

- Nhức đầu xảy ra đột ngột với cường độ mạnh và tăng dần.
- Nhức đầu khởi phát và kéo dài ở người trên 50 tuổi.
- Nhức đầu kèm theo giảm trí nhớ, thay đổi tính tình, yếu tay chân, nói khó.
- Nhức đầu sau chấn thương sọ não.
- Nhức đầu kèm theo sốt, cứng gáy và nôn mửa.
- Nhức đầu tăng khi ho, rặn.
- Nhức đầu kèm chảy nước mắt và mờ mắt.

III. NHỨC ĐẦU MIGRAINE LÀ GÌ ?

Bệnh nhức đầu migraine là bệnh mãn tính với các cơn đau một hoặc hai bên đầu, đau theo nhịp mạch và thường kèm theo triệu chứng buồn nôn, ói, sợ ánh sáng và tiếng động.

Trong cơn đau người bệnh có cảm giác động mạch thái dương đập mạnh và có thể tăng cảm giác vùng da đầu.

Nếu bệnh nhân làm việc hơi gắng sức thì đau tăng lên, cơn đau có thể kéo dài từ 4 - 72 giờ và mỗi tháng có vài cơn.

Sau khi cơn đau chấm dứt người bệnh vẫn còn mệt mỏi, uể oải rất lâu.

Bệnh migraine có tính gia đình, nếu cha mẹ bị migraine thì con cái họ có khả năng mắc bệnh cao hơn người bình thường. Bệnh nhức đầu migraine thường gặp ở phụ nữ nhiều hơn (gấp 3 lần nam giới) và có thể gặp ở trẻ em.

Bệnh nhức đầu migraine xuất hiện và kéo dài suốt đời, các phương pháp điều trị chỉ làm bệnh thuyên giảm một thời gian.

1. Triệu chứng của nhức đầu migraine

- Nhức đầu cường độ trung bình tới nặng kéo dài từ 4 - 72 giờ.
- Nhức thường ở một bên đầu nhưng có thể ở hai bên và nhức theo nhịp mạch.
- Đau tăng lên khi hoạt động.
- Nhức đầu thường kèm theo triệu chứng buồn nôn, ói, sợ ánh sáng và tiếng ồn.

2. Nhức đầu migraine có tiền triệu

Khoảng 1/10 trường hợp bệnh nhân bị nhức đầu migraine trước khi xảy ra cơn đau có xuất hiện một

số triệu chứng bất thường về thần kinh như hoa mắt, mất phân nửa thị trường, tê mặt và tê tay ... Các triệu chứng này được gọi là tiền triệu, cơn nhức đầu sẽ xuất hiện khi các triệu chứng trên biến mất.

IV. CÁC LOẠI NHỨC ĐẦU KHÁC

1. Nhức đầu cơ cơ là gì ?

Nhức đầu cơ cơ là loại nhức đầu thường gặp nhất, nhức đầu cơ cơ là các cơn đau có cường độ vừa, cảm giác nặng đầu hay cảm giác bị siết chặt, đau có thể lan tới vùng gáy hay cổ. Nhức đầu cơ cơ có thể bị khi người bệnh có chuyện căng thẳng, lo lắng, làm việc bằng mắt quá lâu hay ở những tư thế bất thường.

Nếu cơn đau xuất hiện mỗi ngày thì bệnh nhân thường kèm theo triệu chứng mệt mỏi, mất ngủ và trầm cảm.

2. Nhức đầu từng cụm là gì ?

Nhức đầu từng cụm là các cơn nhức dữ dội nửa đầu, xuất phát từ sau hốc mắt lan xuống mặt một bên, cơn đau có cường độ rất mạnh kéo dài từ 15 phút tới 3 giờ, thường gặp ở đàn ông hơn là phụ nữ.

Trong cơn đau có các triệu chứng chảy nước mắt, nước mũi và đỏ mắt một bên, hoặc chảy mồ hôi một bên. Cơn đau hay xảy ra vào ban đêm, mỗi ngày có thể có nhiều cơn, ngày nào cũng bị và kéo dài liên tục trong nhiều tháng rồi tự hết một thời gian có thể tới nhiều năm sau đó lại tái phát.

• **Bảng 1 : Phân biệt các loại nhức đầu**

	Migraine	Cơ cơ	Từng cụm
Vị trí đau	Một hoặc hai bên đầu	Cả hai bên	Một bên đầu
Thời gian đau	4 tới 72 giờ	2 giờ tới 7 ngày	30 tới 90 phút
Cường độ đau	Từ vừa tới nặng	Vừa phải	Dữ dội
Buồn nôn, sợ ánh sáng và tiếng động	Có thể có	Không	Không
Đỏ mắt, chảy nước mắt hay nghẹt mũi	Có thể có	Không	Không

V. NGUYÊN NHÂN BỆNH MIGRAINE LÀ GÌ ?

Cho tới nay người ta vẫn chưa rõ nguyên nhân của bệnh migraine, tuy nhiên đây là trường hợp nhạy cảm quá mức của hệ thần kinh với những thay đổi của cơ thể hay môi trường chung quanh.

VI. YẾU TỐ GÂY CƠN MIGRAINE

Một số yếu tố có thể làm khởi phát cơn nhức đầu migraine, người bệnh có thể làm giảm số cơn bằng cách tránh các yếu tố này, tuy nhiên yếu tố khởi phát có thể thay đổi tùy cá nhân và người bệnh có thể tự nhận thấy để tránh.

• Thức ăn :

Có nhiều thức ăn có thể gây cơn đau, đặc biệt là: rượu, thức ăn có bột ngọt, fromage, các thực phẩm chế biến như xúc xích, thịt nguội ...

• *Giấc ngủ*

Ngủ quá nhiều hay không đủ cũng có thể làm cơn migraine xuất hiện, người bệnh nên ngủ và thức dậy đúng giờ, không nên ngủ quá nhiều trong các ngày nghỉ.

• *Nội tiết tố*

Các phụ nữ bị migraine thường có cơn nhiều vào những ngày trước hay sau chu kỳ kinh nguyệt, nếu người bệnh có thai thì thường bệnh tăng vào những tháng đầu thai kỳ nhưng giảm vào các tháng sau.

Phụ nữ bị migraine không dùng các thuốc viên ngừa thai được vì sẽ làm bệnh nặng thêm.

• *Căng thẳng và lo lắng*

Tình trạng căng thẳng và lo lắng có thể làm tăng cơn ở một số người bệnh, trong trường hợp này sự thư giãn, tránh căng thẳng quá mức có thể làm giảm cơn sốt.

• *Yếu tố môi trường*

Môi trường thay đổi có thể là do yếu tố khởi phát cơn : khí hậu thay đổi, ở nơi quá sáng, nhìn màn hình vi tính kéo dài, một số mùi quá nồng (như thuốc lá) hoặc ở độ cao.

VII. BỆNH MIGRAINE ĐƯỢC CHẨN ĐOÁN NHƯ THẾ NÀO?

Không có xét nghiệm để chẩn đoán bệnh này, để chẩn đoán bác sĩ sẽ dựa vào bệnh sử, đặc tính cơn đau bằng cách hỏi người bệnh :

- Về độ nặng, số lần bị cơn và thời gian cơn nhức đầu.

- Tìm các triệu chứng đi kèm theo cơn nhức đầu.

- Về các thuốc người bệnh đã dùng.

- Các yếu tố khởi phát cơn nhức đầu.

- Khám bệnh để tìm các triệu chứng bất thường.

Một số bệnh nhân migraine trước cơn đau có bị hoa mắt hay mờ một bên thị trường.

VIII. ĐIỀU TRỊ MIGRAINE

Hợp tác tốt với bác sĩ của bạn

Vì đây là bệnh mãn tính, người bệnh cần khám và theo dõi thường xuyên, người bệnh nên tin tưởng và tuân theo hướng dẫn điều trị của bác sĩ.

Trong quá trình điều trị, bác sĩ sẽ :

- Xác định và kiểm soát các yếu tố gây cơn.

- Cho đơn thuốc điều trị cắt cơn.

- Hướng dẫn người bệnh các thay đổi lối sống để làm giảm cơn đau.

♦ Thuốc điều trị

Có rất nhiều loại thuốc và bác sĩ sẽ chọn loại thích hợp cho từng người bệnh.

Có hai loại thuốc điều trị :

- Thuốc dùng cắt cơn nhức đầu.

- Thuốc ngừa cơn nhức đầu.

- ***Các thuốc điều trị cắt cơn nhức đầu***

- Các thuốc giảm đau thông thường như paracetamol, aspirine, ibuprofen.

- Các thuốc giảm đau có á phện.

- Các thuốc chống viêm không corticoid.

- ***Thuốc cắt cơn đặc hiệu cho migraine***

- Ergotamine tartrate.

- Nhóm triptans như : naratriptan, sumatriptan, rizatriptan, and zolmitriptan.

- ***Thuốc dùng ngừa cơn nhức đầu***

Nếu một tháng người bệnh có quá nhiều cơn (trên 3 cơn) thì bác sĩ sẽ cho dùng thêm các thuốc ngừa cơn, những thuốc này phải uống liên tục và lâu dài thì mới hiệu quả (từ 3 tới 6 tháng).

- ***Các thuốc ngừa cơn migraine***

- Các thuốc chống trầm cảm như amitriptyline, nortriptyline, and doxepin

- Các thuốc ức chế Beta-blockers như propranolol

- Các thuốc ức chế calcium như flunarizine

- Các thuốc chống động kinh như Valproate sodium.

- Các thuốc kháng histamine như cyproheptadine.

- ***Kiểm soát các yếu tố gây cơn***

Tùy theo từng trường hợp, các yếu tố gây cơn có thể khác nhau.

Yếu tố	Nhận xét
Thức ăn	Nên ăn điều độ, tránh bỏ bữa ăn, tránh bột ngọt, tránh thực phẩm chế biến fromage hay chocolat (tùy trường hợp)
Ngủ	Nên ngủ thức điều độ và đúng giờ
Căng thẳng và lo âu	Nên tập các phương pháp thư giãn, yoga, dưỡng sinh, hãy yên tâm trong điều trị

IX. MỘT VÀI LỜI KHUYÊN CHO NGƯỜI BỆNH

- Trước khi xảy ra cơn nhức đầu bệnh nhân thường có một số thay đổi như tính tình bất thường lo lắng, thèm ăn ngọt, hoặc lừ đừ, buồn ngủ hoặc sáng khoái ... Hãy nói người thân của bạn để ý giúp khi các triệu chứng này xuất hiện để chuẩn bị thuốc cắt cơn.

- Thường xuyên mang theo một liều thuốc cắt cơn bên mình.

- Uống thuốc theo hướng dẫn của bác sĩ và thăm khám lại thường xuyên để điều chỉnh việc trị liệu

- Sau khi uống thuốc cắt cơn đau nên vào phòng yên tĩnh và hơi tối để nghỉ ngơi.

- Hãy hợp tác với bác sĩ của bạn, hãy thay đổi thói quen, thức ăn để làm giảm số cơn đau.

- Đừng quá lo lắng về bệnh vì bệnh thường không nguy hiểm và có 10% dân số cũng bị như bạn!

CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ LIỆT NỬA NGƯỜI

Phó Giáo sư, Tiến sĩ **VŨ ANH NHỊ**

Chủ nhiệm Bộ môn Thần Kinh Học

Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh

Liệt nửa người là hội chứng lâm sàng thường gặp trong bệnh thần kinh, biểu hiện lâm sàng là sự suy giảm hoặc liệt hoàn toàn nửa người (tay chân và mặt cùng bên). Những biểu hiện này chứng tỏ một tổn thương tương ứng liên quan đến đường tháp.

I. LÂM SÀNG LIỆT NỬA NGƯỜI

1. Bệnh nhân tỉnh

a. Liệt mềm

Giảm vận động một nửa người (mặt-tay-chân)

– Đối bên với tổn thương tùy thuộc vào vị trí tổn thương.

– Ưu thế các cơ duỗi chi trên, các cơ gấp đối với chi dưới.

– Liệt mặt trung ương ưu thế 1/3 mặt dưới.

b. Liệt cứng

Thường là dấu hiệu của liệt nửa người có diễn tiến từ từ, hoặc từ liệt mềm chuyển qua liệt cứng (thời gian thông thường khoảng 3-4 tuần). Đây là triệu chứng thường thấy của tất cả bệnh liệt nửa người.

- Co cứng kiểu thấp hay co cứng kiểu tăng trương lực thấp.

+ Ưu thế các cơ sấp và gấp chi trên (ngón tay gấp, khuỷu tay gấp), các cơ duỗi chi dưới (làm chân duỗi, đi như lết ngang).

+ Khi co kéo các chi thì thấy có lực cản.

- Tư thế dáng bộ khi đi, mất vung vẩy cánh tay, tay bên liệt co, chân lết ngang (hình 1 và 2).

2. Bệnh nhân hôn mê

- Phản ứng vận động nửa người với kích thích đau không đối xứng.

- Trương lực cơ không đối xứng : chi bên liệt rơi nặng nề hơn bên lành.

- Mất cân xứng mặt.



Hình 1 và Hình 2 : Liệt nửa người cứng

II. CHẨN ĐOÁN ĐỊNH KHU

1. Tổn thương bán cầu não.

2. Tổn thương thân não (bao gồm các hội chứng giao bên và tiểu não).

3. Tổn thương một bên tủy cổ.

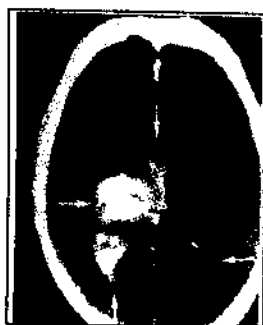
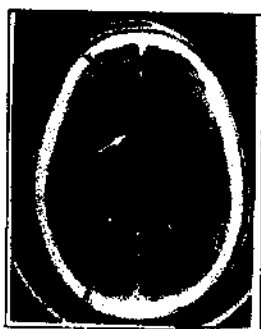
III. CHẨN ĐOÁN NGUYÊN NHÂN

Dựa trên bệnh sử và diễn tiến của bệnh, các xét nghiệm trong lâm sàng thần kinh nhất là các phương pháp hình ảnh học. Một số nguyên nhân thường gặp :

1. Tai biến mạch máu não

Tai biến mạch máu não còn gọi là bệnh cảnh đột quỵ, thường xảy ra đột biến, diễn tiến nhanh các triệu chứng thần kinh như hôn mê, yếu liệt nửa người, aphasia, rối loạn cảm giác. Những dấu hiệu thần kinh tương ứng với các vùng não do mạch máu cung cấp máu :

- Nhồi máu não.
- Xuất huyết trong não.



Hình 3 và 4 : Xuất huyết trong não và thiếu máu não cấp

2. Khối u não

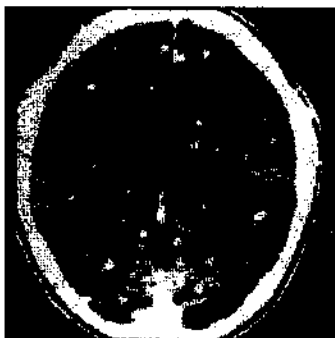
Bệnh cảnh lâm sàng thường diễn tiến từ từ, kèm theo dấu hiệu liệt nửa người (thường là liệt cứng), tăng áp lực nội sọ, động kinh.



Hình 5 : U não

3. Nhiễm trùng thần kinh trung ương

- Áp xe.
- Viêm não.



Hình 6 : Nhiễm sản giải heo não

4. Chấn thương sọ não

- Máu tụ ngoài màng cứng.
- Máu tụ dưới màng cứng.



Hình 7 : Máu tụ ngoài màng cứng do chấn thương sọ

Về phần điều trị bệnh liệt nửa người chỉ có các cơ sở chuyên khoa (kể cả Đông Tây Y) mới có thể giúp bệnh nhân sớm hồi phục. Vì vậy chúng tôi đề nghị các bệnh nhân này nên đến khám tại một cơ sở chuyên khoa càng sớm càng tốt.

GAİ CỘT SỐNG CÓ PHẢI LÀ NGUYÊN NHÂN GÂY CÁC CHỨNG ĐAU LƯNG THÔNG THƯỜNG

Giáo sư, Bác sĩ NGUYỄN QUANG LONG

*Bộ môn Chấn thương - Chính hình & Phục hồi chức năng
Đại Học Y Dược TP. Hồ Chí Minh*

I. CHỨC NĂNG CỦA CỘT SỐNG

Cột sống là một tập hợp 24 đốt sống, bất khớp cùng nhau, tạo một chuỗi xương dài hướng thẳng đứng, có 3 chức năng :

1. Là cột trụ chính chống đỡ cho cơ thể con người đứng thẳng

2. Là một chuỗi khớp xương rất di động, giúp cho đầu, cổ và thân vận động đa dạng và thoải mái. Cột sống cũng giúp cho vận động của tứ chi con người có thể lao động và hoạt động thể thao.

3. Là một ống dài bảo vệ tủy sống, phân kéo dài của não bộ và nơi xuất phát các rễ thần kinh đi khắp phủ tạng, các bắp thịt và da.

II. CÁC THÀNH PHẦN CẤU TẠO ĐOẠN ĐỐT SỐNG DI ĐỘNG

Mỗi khớp của cột sống (được gọi là đoạn đốt sống di động, Junghanns) bao gồm các bộ phận :

1. Hai đốt sống (trên và dưới kế nhau) có hai phần

a. Thân đốt sống, ở phía trước.

b. Hai mỏm khớp sau, bắt khớp nối hai đốt sống.

- Chức năng chính của các đốt sống là chịu lực và chống đỡ cơ thể.

- Các đốt sống không có các tận cùng thần kinh cảm giác nên không đau khi bị chấn thương.

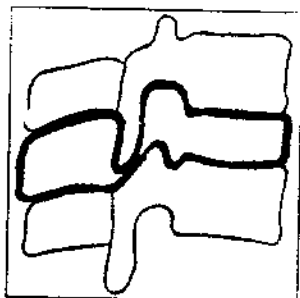
2. Đĩa đệm

Là phần nằm xen kẽ giữa hai thân đốt sống, bao gồm :

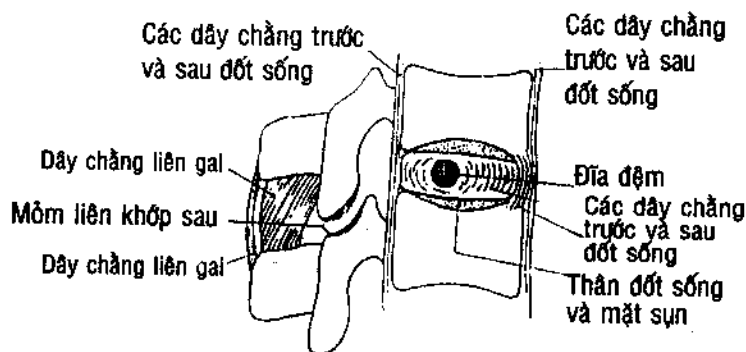
a. Nhân keo đĩa đệm hình trái xoan ở trung tâm, nằm hơi lồi ra phía sau, thành phần chủ yếu là nước (88% khi mới sinh và 70% ở tuổi trung niên). Có thể di động ở trong đĩa đệm và xẹp thấp tạm thời.

b. Các vòng xơ sụn

Bao quanh nhân keo, số vòng xơ phía sau ít, chỉ bằng nửa số vòng phía trước, phần vòng xơ phía sau mỏng và yếu.



Hình 1 : Đoạn di động đốt sống, khu trú trong vòng in đậm.



Hình 2 : Hình ảnh các thành phần cấu tạo

c. Các bản mặt sụn

Ở phía trên và phía dưới đĩa đệm, nối kết đĩa đệm với hai thân đốt sống trên và dưới.

- Chỉ có các vòng xơ ngoài cùng phía sau là có các tận cùng thần kinh cảm giác và đau đớn khi bị kích thích.

Đĩa đệm có hai chức năng :

- Là "một túi mềm" làm chức năng như một "ống nhún giảm tốc" tiếp nhận mọi áp lực dư thừa tác động lên cột sống khi lao động.

- Là "một trục cầu bánh chè" giúp cho hai đốt sống vận động chung quanh một cách trơn tru (cúi ngửa, nghiêng hai bên, xoay cột sống), nhờ khả năng của đĩa đệm tạm thời thay đổi hình dạng khi các đốt sống vận động, (thí dụ : cúi ra trước, ngửa ra sau).

- Muốn các vận động của hai đốt sống thực hiện phù hợp với sự biến dạng của đĩa đệm, các vận động

phải tiến hành từ tổn nhịp nhàng. Động tác vội vã, "lỗi nhịp" của các đốt sống sẽ làm kẹt đĩa đệm, gây đau đớn.

3. Các dây chằng

Là các bản sợi dẹt siết giữ vững vàng các đốt sống và đĩa đệm vào với nhau, giữ cho chuỗi cột sống ở tư thế thẳng đứng.

Chỉ có dây chằng dọc sau cột sống mới có tận cùng thần kinh cảm giác và gây đau đớn khi bị tổn thương.

4. Hệ thống các bắp thịt

- Không nằm trong đoạn đốt sống di động, song hệ thống các bắp thịt là thành phần rất quan trọng : tăng cường sự vững chắc của toàn bộ cột sống khi vận động và chia xẻ phần lớn sức nén ép lên cột sống khi lao động.

- Giống như các dây nêo cột buồm.

- Các bắp thịt đều có các tận cùng thần kinh cảm giác và gây đau đớn khi bị tổn thương.

- Chỉ có thành phần xương là không có tận cùng thần kinh cảm giác và không gây đau đớn khi bị tổn thương.

Tất cả bốn yếu tố cấu tạo đoạn đốt sống di động nói trên khi lành mạnh và hoạt động phối hợp nhịp nhàng đồng bộ sẽ đảm bảo cho cột sống vận động tốt và tiếp nhận mọi lực nén ép lên cột sống khi lao

động. Ta nói là có sự cân bằng giữa khả năng chịu lực và lao động của đoạn đốt sống di động (cung) với yêu cầu lao động trong các công việc hàng ngày (cầu). Như vậy :

Khi Cung = Cầu cột sống không bị đau đớn.

Ngược lại nếu mất cân bằng giữa cung và cầu: cung < cầu gây các chứng đau lưng.

III. CON NGƯỜI ĐỨNG THẲNG TRÊN HAI CHÂN

Một thách thức nghiêm ngặt đối với khả năng chịu đựng của cột sống.

Các kết quả của ngành khảo cổ học đã khẳng định:

- Tổ tiên chung của loài người và loài khỉ hắc tinh tinh là *Proconsul* (Hopwood), một động vật không có đuôi còn đi trên bốn chân, di chuyển chậm trên cây, có khả năng chuyển từ cây này sang cây khác nhờ các bàn tay (*bộ primate*) sống cách đây khoảng mười tám triệu năm.

- Một trong các mẫu người đầu tiên đứng trên hai chân được D.Johanson phát hiện ngày 30.11.1974 (châu Phi) là một phụ nữ tuổi khoảng 20, cao khoảng 1 mét, cân nặng khoảng 30kg, được đặt tên nàng "Lucy", ký hiệu AL 288-1 (Phạm Thành Hồ, 1998)

- Điều chúng ta quan tâm ở đây là :

Cột sống của loài người hoàn toàn hình mẫu của loài động vật đi bốn chân (trừ không có các đốt sống đuôi).

Có thể suy ra :

1. Ở vật đi bốn chân trọng lượng cơ thể phân bố đều cho từng đốt sống.

Ở người đứng trên hai chân thì đoạn đốt sống di động thất lưng cuối cùng (L5-S1) chịu sức tì nén lớn nhất.

Nếu một người nặng 50kg thì áp suất tì nén lên đĩa đệm L5-S1 ở tư thế đứng nghỉ bằng 50%, tức là 25kg (Dupuis, 1986).

2. Bảng dưới đây cho thấy các tư thế khác nhau (trừ tư thế nằm) và các vận động của cột sống con người tạo nên các áp lực lên đĩa đệm L5-S1 đều lớn hơn áp lực ở tư thế đứng yên.

Một người dùng hai tay nhắc một tạ nặng 90kg, đầu gối duỗi thẳng, thì áp lực lên đĩa đệm nói trên là 672,9kg (Dupuis, 1986).

Thực sự các cơ lưng và áp lực trong ổ bụng (cơ hoành và các cơ thành bụng) hỗ trợ chịu một phần lớn lực nén ép.

Kết luận

– Cột sống con người đặc biệt ở vùng L5-S1 luôn luôn chịu một sức tì đè khủng khiếp trong hoạt động đi lại và lao động.

- Yamada (1962) cho rằng : Loài người chưa hoàn toàn thích nghi với tư thế thẳng đứng.

- Tư thế cột sống đứng thẳng là nguyên do cơ bản nhất làm cho cột sống mảnh mai, dễ bị các chứng đau lưng thông thường.

IV. CHỨNG ĐAU LƯNG THÔNG THƯỜNG VÀ HÌNH THÀNH GAI CỘT SỐNG

Các chứng đau lưng thông thường là tình trạng của một cột sống lành mạnh bị "trục trặc" do ảnh hưởng của môi trường là tình trạng của môi trường cuộc sống lao động, hoạt động thể thao, suy thoái do tuổi già mất cân bằng giữa khả năng lao động của cột sống và yêu cầu lao động hàng ngày.

Chỉ nêu các chứng đau lưng điển hình ở vùng thắt lưng L5-S1 là đoạn đốt sống di động bị nhiều đe dọa nhất.

Các thành phần cấu tạo đoạn đốt sống di động đều trải qua quá trình thoái hoá theo tuổi tác. Đó là một quá trình suy mòn tất yếu xảy ra với tất cả mọi người, thường thấy đĩa đệm bị suy mòn sớm và rõ nhất, sau đến các thành phần khác.

Lần lượt xảy ra 4 giai đoạn :

1. Lở lõng đoạn đốt sống di động.
2. Lồi đĩa đệm.
3. Thoát vị đĩa đệm.
4. Hình thành gai cột sống.

Có thể gặp một trong các hình ảnh thoái hóa sau đây :

1. Thoái hóa bình thường theo tuổi tác

- đĩa đệm giảm bớt nước và xẹp thấp dần.
- Đoạn đốt sống di động lỏng lẻo dần.
- Các dây chằng tăng cường siết chặt đoạn đốt sống di động.

a. Toàn bộ quá trình thoái hoá theo tuổi tác diễn biến âm thầm không gây chứng đau lưng nào đến hết tuổi già.

b. Chứng đau lưng do các trục trục nhỏ của cột sống.

Cũng đôi khi rất sớm ở loại hình ảnh thoái hoá này nhiều bệnh nhân trẻ thấy đau lưng. Chụp X quang cột sống hoàn toàn lành mạnh bình thường. Đặc điểm chung của nhóm bệnh này :

- Rất trẻ (thanh niên, thiếu niên)
- Học hành hoặc lao động rất căng thẳng ngày đêm.
- Không tập thể dục, không chơi thể thao

Đây thuộc nhóm bệnh cung của cột sống rất yếu không đáp ứng được nhu cầu làm việc rất cao. Bệnh xuất hiện rất sớm, có khi trước thời kỳ thoái hoá nên không thấy hình ảnh gai cột sống.

Nếu bệnh nhân thực hiện đầy đủ phác đồ điều trị :

- Nằm nghỉ ngơi.
- Dùng thuốc giảm đau chống viêm.
- Thể dục chữa bệnh thích hợp.

Sẽ khỏi bệnh nhanh chóng; nếu tiếp tục thể dục không bị bệnh tái lại.

2. Mức độ thoái hóa thứ hai

- Đĩa đệm mất nước và khô nhanh hơn.
- Các dây chằng xiết chặt nhưng ít hiệu quả.
- Các bắp thịt phải hoạt động tăng cường thêm, quá sức.
- Các bắp thịt đau cứng : tính chất đau kiểu cơ học, khu trú ở vùng đoạn đốt sống bị bệnh.
- Hình thành các gai cột sống phía trước và hai bên để hỗ trợ đoạn đốt sống di động.

3. Mức độ thoái hóa thứ ba

- Đĩa đệm mất nước và khô nhanh hơn nữa.
- Vòng xơ đĩa đệm bị nứt (nhất là vòng xơ ở phía sau).
- Nhân đĩa đệm thâm nhập vào các khe nứt vòng xơ.
- Đĩa đệm lồi ra phía sau kích thích dây chằng dọc sau cột sống gây đau.
- Nếu đĩa đệm lồi ra phía trước sẽ kích thích thêm hình thành gai cột sống.

- Các bắp thịt hoạt động hỗ trợ quá mức, co cứng và đau.

- Ở giai đoạn này tính chất đau cơ học biểu hiện thêm: bệnh nhân ngồi mau mỏi hơn, khi cúi lưng ra trước không thể thẳng lưng trở lại.

*** Chứng đau cấp tính do kẹt đĩa đệm :**

Khi cúi lưng ra trước chuẩn bị nhấc một vật nặng, khe sau liên đốt sống thắt lưng, cùng mở rộng, nhân đĩa đệm bị đẩy ra phía sau vào chỗ nứt vòng xơ sau.

Nạn nhân gồng mạnh các cơ vùng lưng định đứng thẳng đột ngột nhấc nhanh vật nặng lên.

Khe trước liên đốt sống chưa kịp mở rộng để đón nhận đĩa đệm còn nằm ở phía sau thì khe sau liên đốt sống đã khép hẹp lại, kẹp chặt nhân đĩa đệm và càng làm lồi thêm ra phía sau, làm căng thẳng mạnh mẽ dây chằng dọc sau cột sống. Bệnh nhân cảm thấy đau dữ dội như diệt giết, vứt bỏ vật nặng và nằm lăn ra đất.

4. Mức độ thoái hóa thứ tư

- Vòng xơ đĩa đệm thủng hoàn toàn.
- Nhân đĩa đệm rách thò ra khỏi vòng xơ.
- Dây chằng dọc sau do bị đẩy căng cũng bị rách.
- Nhân đĩa đệm thò ra ngoài dây chằng.
- Nhân đĩa đệm thoái vị chèn ép rễ thần kinh ở vùng lỗ tiếp hợp.

- Rễ thần kinh bị đau do bị viêm kích thích.
- Gai cột sống tiếp tục phát triển để cố định cột sống.

Tính chất đau ở loại này gồm :

- Đau khu trú tại vùng bệnh kiểu cơ học.
- Đau lan truyền xuống chân.

Kết luận :

Các chứng đau lưng thông thường xảy ra trên cột sống do các trục trục nhỏ không đáp ứng được công thức :

$$\text{Cung} = \text{Cầu}$$

Các yếu tố bị kích thích đau là các cơ, dây chằng và rễ thần kinh.

Gai cột sống xuất hiện ở giai đoạn cuối cùng không gây đau và còn góp phần làm hết các nguyên nhân đau khác (trừ trường hợp chèn ép rễ thần kinh do gai mồm khớp sau).

Chúng ta có thể chữa khỏi các chứng đau lưng thông thường và phòng tránh chứng bệnh đó không xảy ra nếu quan tâm chăm sóc chu đáo cột sống đảm bảo cân bằng cung và cầu. Cụ thể bằng các biện pháp sau đây :

1. Tránh hoặc hạn chế các tư thế lao động nguy hiểm (ngồi chồm hồm, cử động vừa cúi – ngửa lưng vừa xoay vặn mình).
2. Học cách lao động an toàn (hình).

3. Lao động hợp lý xen kẽ với nghỉ ngơi

4. Cải tiến các phương tiện làm việc (ghế ngồi phải có tựa lưng ...)

5. Khai thác tối đa các ưu đãi của thiên nhiên đất nước (ánh sáng, thực phẩm và rau trái tươi sống) để nâng cao sức khỏe.

6. Giải trí và nghỉ ngơi lành mạnh; tránh các thú tiêu khiển làm giảm sức khỏe.

Đặc biệt quan trọng nhất là :

7. Học tính kiên trì luyện tập cơ thể của đứa trẻ sơ sinh

Tục ngữ ta đã tổng kết :

“3 tháng biết lẫy

7 tháng biết bò

10 tháng lò dò biết đi”

Trẻ sơ sinh phải tập luyện liên tục trong vòng một năm mới có thể đứng vững trên hai chân và đi lại bình thường.

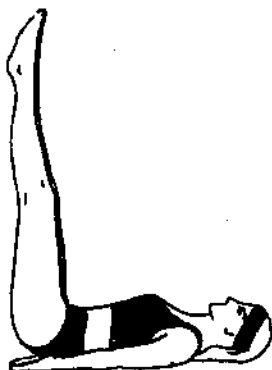
Chúng ta muốn “thích ứng với tư thế cột sống thẳng đứng” cũng phải mỗi ngày tập thể dục :

– Phù hợp với cá nhân mình;

– Chú trọng các động tác nâng cao sức mạnh của cột sống.

CÁC ĐỘNG TÁC TẬP HÀNG NGÀY CHO CỘT SỐNG

a



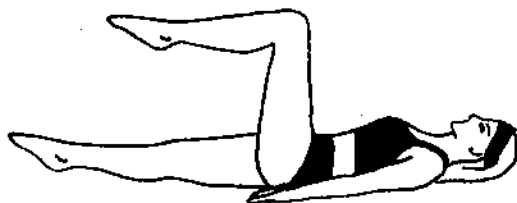
Động tác tập
cho người
khỏe mạnh
(a và b)

b

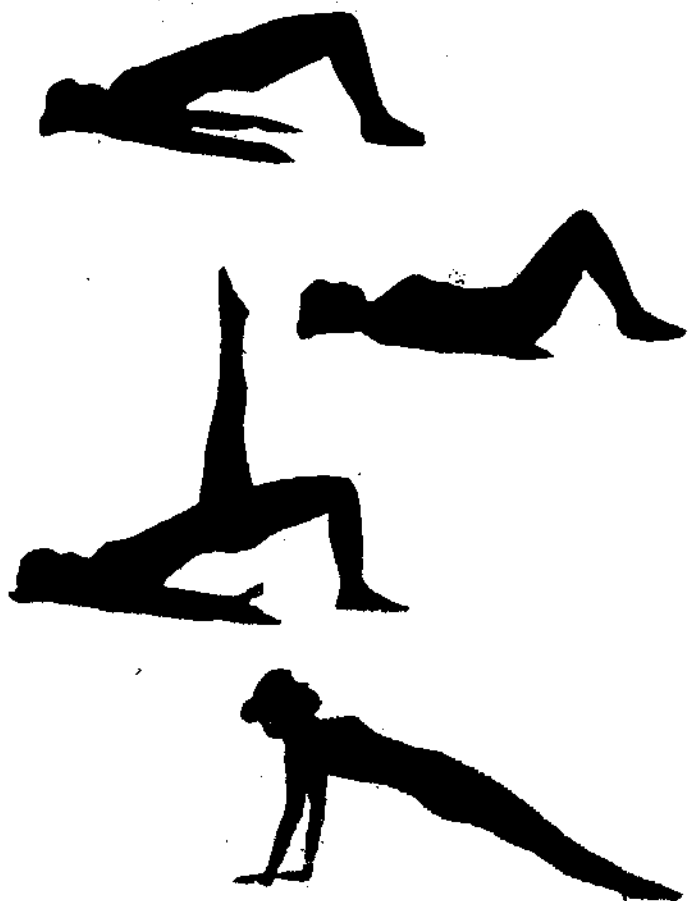


Động tác tập
cho người bị
bệnh
(b và c)

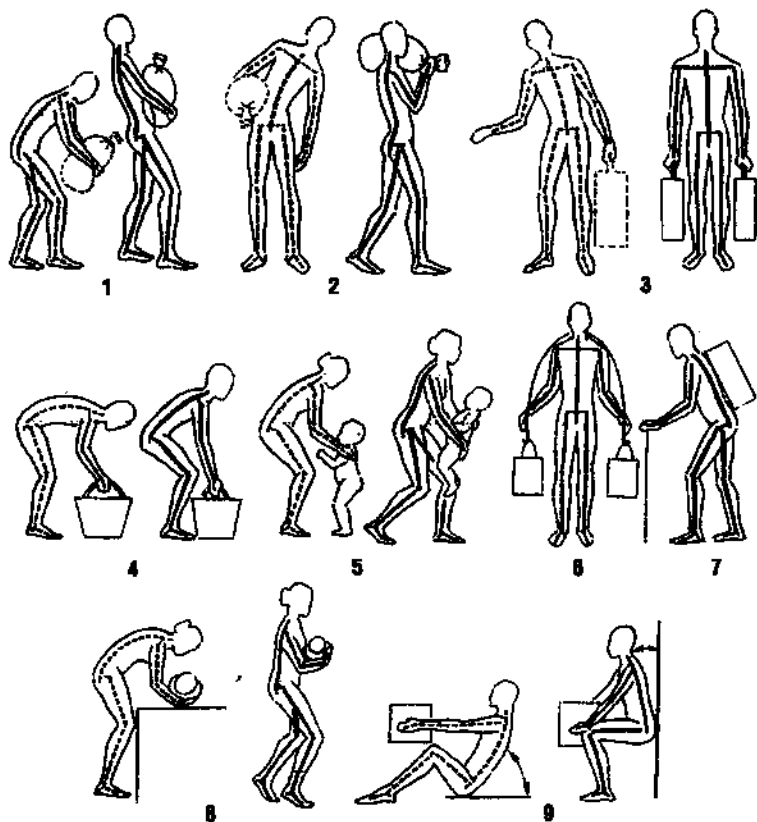
c



Tập các cơ bụng



Tập các cơ lưng



**Tư thế đúng và tư thế không đúng (nét đứt đoạn)
khi nhắc hoặc khiêng các vật nặng**

LIỆT NỬA MẶT

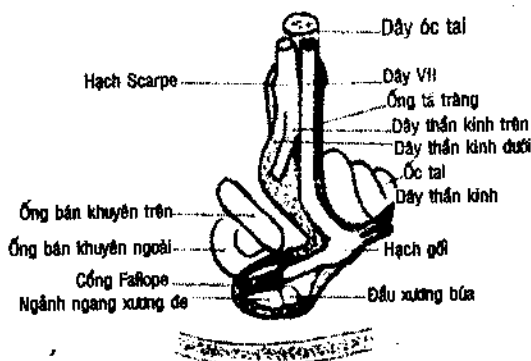
Phó Giáo sư, Tiến sĩ **VŨ ANH NHỊ**

Chủ nhiệm Bộ môn Thần Kinh Học

Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh

A. GIẢI PHẪU SINH LÝ

I. THẦN KINH VII



1. Các nhánh vận động ngoại biên thần kinh mặt

2. Dây thần kinh VII phụ (Wrisberg)



- Cảm giác sau tai Ramsay-Hunt.
- TK thừng nhĩ (vị giác 2/3 trước lưỡi).
- TK đa nông (tiết dịch tuyến lệ).
- TK thừng nhĩ (tiết nước bọt hàm dưới và lưỡi).

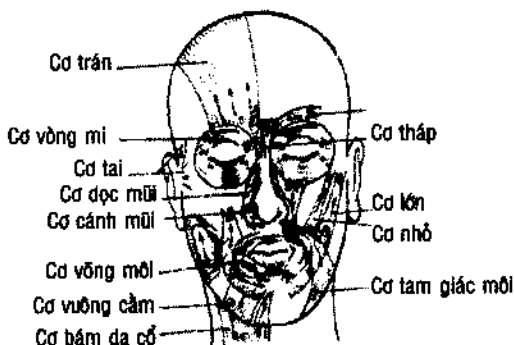
II. CHỨC NĂNG VẬN ĐỘNG

1. Vận động nửa mặt trên.
2. Vận động nửa mặt dưới.
3. Vận động cơ bàn đạp.
4. Thân sau cơ nhị thân.
5. Cơ trâm chũm.
6. Các cơ làm thay đổi nét mặt.
 - Các cơ bám da mặt.
 - Các cơ bám da cổ.
 - Các cơ bám vào các lỗ tự nhiên tạo thành vòng để co giãn.



III. DÂY THẦN KINH VII PHỤ (Wrisberg)

- Cảm giác sau tai.
- Vị giác 2/3 trước lưỡi.
- Tiết dịch tuyến lệ.
- Tiết nước bọt hàm dưới và lưỡi.



Hình các cơ mặt

IV. BIỂU HIỆN LÂM SÀNG

1. Triệu chứng khách quan

- Thường xảy ra sau khi thức dậy.
- Cảm giác nặng vùng quanh tai – mặt bên bệnh.
- Uống nước rớt, không ngậm miệng nhai được.
- Giọng nói bất thường.

2. Đánh giá lâm sàng

2.1. Thăm khám vận động các cơ mặt :

- Trạng thái tĩnh : mắt nếp nhăn trán, các rãnh khoé mắt, mũi má, đuôi mắt mắt.

- **Trạng thái vận động** : mất cân đối rõ rệt giữa bên lành và bên bệnh. Dấu Charles-Bell (mất nhắm không kín).

- **Lưu ý các nghiệm pháp**: khi nhắm mắt lông mi bên bệnh dài hơn bên lành. Khi nháy mắt bên bệnh làm chậm hơn bên lành.

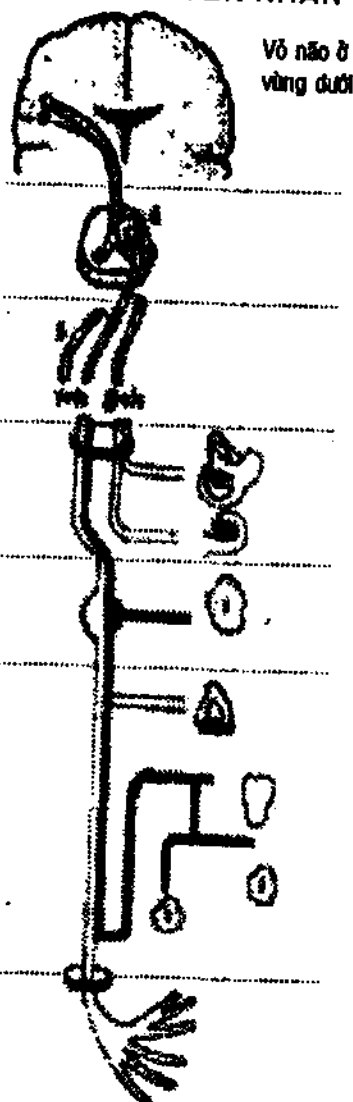
2.2. Bảng đánh giá của House :

Độ	Mức độ lâm sàng	Trạng thái tĩnh	Trạng thái động
I	Bình thường	Bình thường	Bình thường
II	Rối loạn nhẹ	- Mặt còn đối xứng - Các nếp nhăn còn	Nhắm mắt không kín, vùng miệng mất cân xứng nhẹ.
III	Rối loạn vừa	- Mặt mất cân đối - Các nếp nhăn mờ - Nhân trung lệch bên lành	Nhắm mắt không kín, giảm vận động các cơ. Miệng lệch sang bên lành.
IV	Mức độ nặng	- Suy yếu và mất cân đối rõ - Charles-Bell - Co thắt nửa mặt	Vùng lông mày và trán không vận động, mí mắt nhắm không kín, khoe miệng vận động mất cân đối.
V	Rối loạn chức năng nặng	- Mất cân xứng mặt - Giảm hoặc mất toàn bộ nếp mũi má - Không có co thắt nửa mặt	Giảm hoặc mất vận động, nhắm mắt không kín, nhai khó, uống nước trào ra ngoài.
VI	Liệt hoàn toàn	- Mất trương lực và mất cân đối mặt. - Không co cứng và co thắt nửa mặt.	Tất cả các cơ bên liệt đều không cử động

V. CHẨN ĐOÁN ĐỊNH VỊ :

TT	Vị trí tổn thương	Đặc điểm lâm sàng	Xét nghiệm hỗ trợ
1	Bán cầu não	- liệt $\frac{1}{4}$ mặt dưới rõ hơn. - Kèm liệt $\frac{1}{2}$ người - Charles-Bell (-)	- CT Scanner - EEG
2	Cầu não	Hội chứng Milard-Gubler Hội chứng Foville	- CT Scanner - MRI
3	Góc cầu tiểu não	Liệt VII ngoại biên, kèm theo khô mắt, giảm vị giác lưỡi, giảm thính lực, hội chứng tiểu não bên cạnh.	- CT Scanner - MRI
4	Ống tai trong	Liệt VII ngoại biên kèm theo khô mắt, rối loạn tiết nước bọt. Viêm tai giữa	- Schuler hai bên - Stenvers - CT - MRI
5	Ống thần kinh mặt (Fallop)	Chảy nước mắt do hở khe mi, rối loạn tiết nước bọt tăng thính lực không có tổn thương TK số VII	- Schuler hai bên - Stenvers - CT - MRI
6	Vùng trước và sau lỗ chẩm chũm	- Liệt mặt chảy nước mắt - Không có các triệu chứng ở trên - Đau mắt, đau quanh tai - Gọi là liệt Bell, rất thường gặp	- Khám lâm sàng - Điện cơ - Phản xạ Blink - Đo vị giác - Nghiệm pháp nước mắt - Nghiệm pháp tiết nước bọt

VI. NGUYÊN NHÂN SINH BỆNH



Vị trí tổn thương

- U não
- Tai biến mạch máu não
- Áp xe não
- U thần kinh số VIII, V

- Viêm tai giữa
- Chấn thương đầu (xương đá)
- Viêm nhiễm
- Herpes simples
- Vô căn
- Giang mai

- Nhiễm siêu vi
- Do lạnh (Bell - Palsy)
- Hội chứng Mierkelson

Nguyên nhân thường gặp

VII. ĐIỀU TRỊ

1. Điều trị theo nguyên nhân

- Do chấn thương.
- Viêm tai giữa.
- Nhiễm trùng.
- U góc cầu tiểu não.

2. Điều trị liệt Bell (*nguyên nhân do lạnh hay vô căn*) :

a. Kháng viêm :

Thời gian điều trị càng sớm càng tốt

- Prednisolon 60-80 mg/ngày, nếu có chống chỉ định thì dùng thuốc kháng viêm khác.

- Surgam.
- Diclofenac.
- Danzen.

Thời gian điều trị 7 - 14 ngày

b. Cải thiện tuần hoàn tại chỗ :

- Piracetam.
- Praxilene.

c. Điều trị bằng châm cứu :

Tùy theo thời gian mắc bệnh và mức độ tổn thương có thể :

- Các huyết khuynh nên dùng (theo Nguyễn Tấn Phong) :

♦ *Liệt Khuyết, Phong Long, Tứ Bạch, Ế Phong...*

♦ Nếu ù tai châm *Thận Du, Thủ Tam Lý ...*

d. Vật lý liệu pháp :

- Xoa bóp các cơ mặt.
- Chiếu các tia hồng ngoại, tử ngoại.

3. Trong các chỉ định điều trị phẫu thuật :

Trong các trường hợp chức năng vận động các cơ mặt vẫn còn nhưng không phục hồi sau điều trị, dây thần kinh chưa thoái hóa, các tổn thương nằm trong xương đá, thì có thể điều trị giải áp hay bọc lộ dây thần kinh mặt :

- U dây thần kinh VIII, hoặc biến chứng phẫu thuật thần kinh VIII.
- Viêm tai do siêu vi gây liệt thần kinh VII.
- Ung thư tai giữa.
- Chấn thương vỡ xương đá.
- Hội chứng Merckelsson – Rosenthalsl.
- Chấn thương ngoài sọ vùng lỗ châm chũm gây liệt VII ngoại biên.

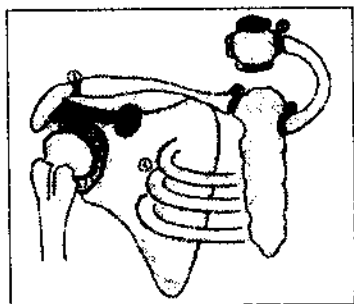
ĐAU NHỨC VÙNG CỔ VAI

Phó Giáo sư, Tiến sĩ **VŨ ANH NHỊ**

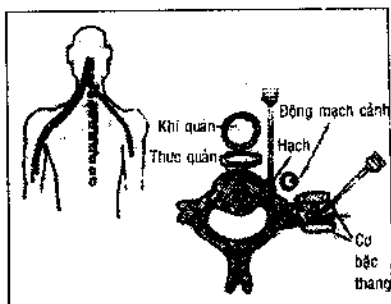
Chủ nhiệm Bộ môn Thần Kinh Học

Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh

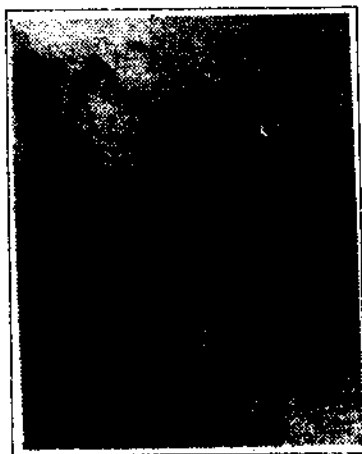
A. GIẢI PHẪU VÙNG CỔ VAI



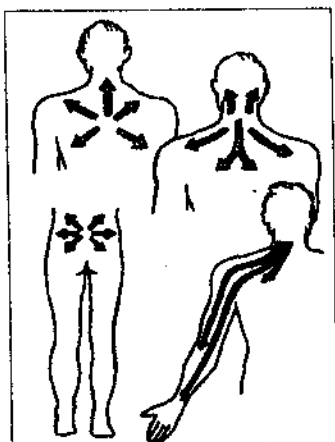
Vai và vùng đai vai



Cột sống cổ



Cột sống



Vị trí đau vai cổ

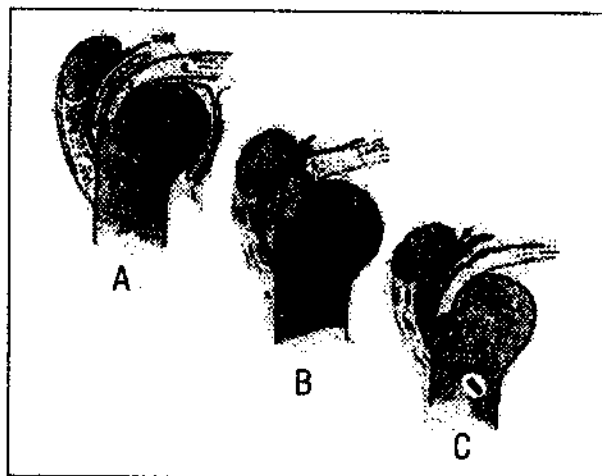
I. ĐAU DO CƠ

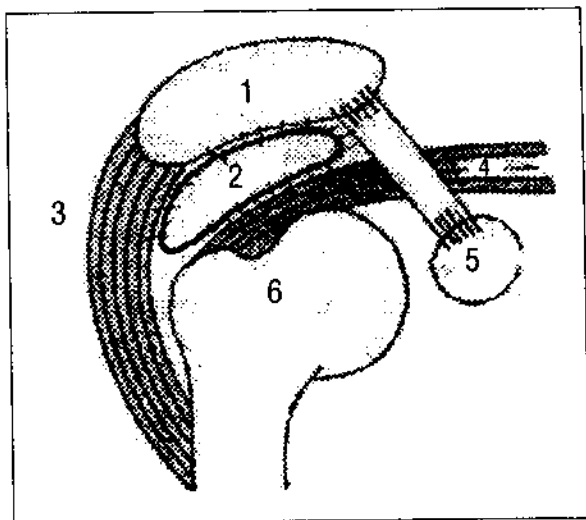
1. Nguyên nhân

- Một hành động căng thẳng bất thường xảy ra trên một khớp bình thường.
- Một hành động bình thường xảy ra trên khớp bình thường.
- Một sự căng thẳng bình thường xảy ra trên khớp bình thường, nhưng khớp chưa chuẩn bị tiếp nhận động tác đó.

2. Hậu quả

- Viêm gân : do bào mòn và do thoái hoá.
- Viêm gân do lắng đọng canxi.
- Viêm túi thanh mạc.



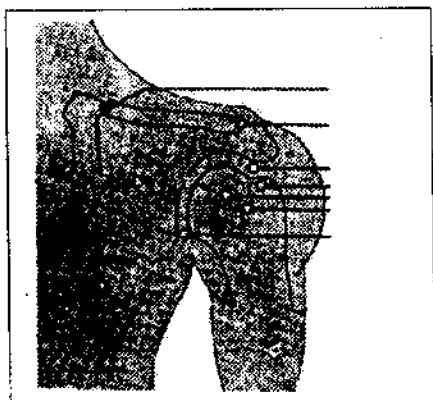


3. Lâm sàng

- Đau khi căng cơ.
- Hạn chế vận động.
- Xệ bên đau.
- Điểm đau như “cò súng”.

4. Điều trị

- Đau cấp, bất động – áp lạnh.
- Để phòng tai biến – tập vai cổ.
- Giảm đau: thuốc và vật lý liệu pháp.
- Thuốc kháng viêm, giãn cơ.
- Bài tập vận động hợp lý.
- Tránh tư thế lao động gây đau.



II. ĐAU VÙNG CỔ DO THẦN KINH

Đau vùng vai – cổ thường do tổn thương :

- Cột sống.
- Đám rối thần kinh cánh tay.

1. Chèn ép rễ thần kinh cột sống

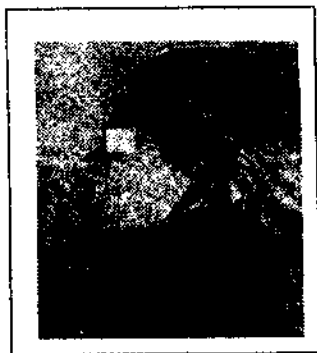
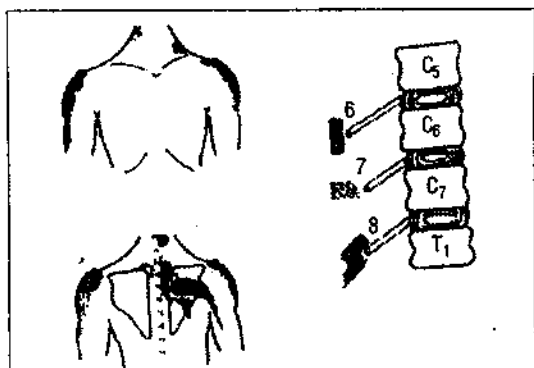
Nguyên nhân :

- Thoái hóa cột sống cổ.
- Thoái hóa đĩa đệm.



Điều trị :

- Cố định cột sống cổ.
- Giảm đau – giãn cơ.
- Kháng viêm.
- Xoa nắn sâu.
- Vận động liệu pháp khi giảm đau.
- Tránh vận động cột sống quá mạnh.



2. U túy cổ :

Triệu chứng lâm sàng :

- Hội chứng tại nơi tổn thương.
- Hội chứng nơi tổn thương.
- Biểu hiện cột sống.

Xét nghiệm :

- X quang.
- Chụp cộng hưởng từ.

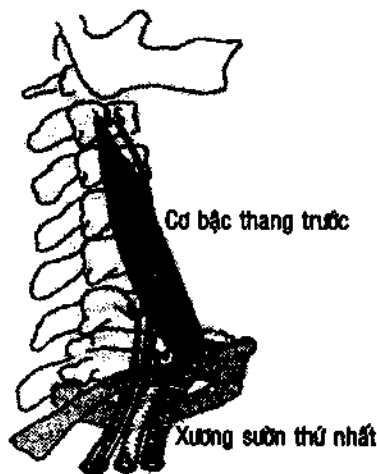
Điều trị :

- Mổ.

3. Tổn thương đám rối cánh tay

Nguyên nhân :

- Chấn thương.
- Do căng gấn quá mức (mang vác).
- Nhiễm siêu vi.
- Viêm khớp.



Lâm sàng :

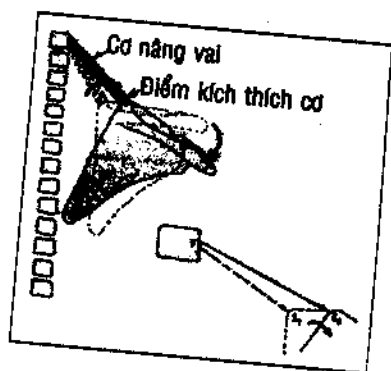
- Đau.
- Yếu tay bên đau.
- Teo cơ nhanh.
- Xét nghiệm.
- XQ cột sống.
- Xét nghiệm máu.

Điều trị :

- Cấp : bất động.
- Kháng viêm giảm đau.
- Khi triệu chứng đau giảm thì tập chống teo cơ.
- Châm cứu, vật lý trị liệu.

4. Hội chứng vai – sườn

- Chiếm 70 – 90% đau vai – cổ.
- Làm thay đổi tư thế.
- ♦ Lâm sàng.
- Đau nửa đầu.
- Đau vùng gáy phía ngoài.
- Triệu chứng rễ thấp đối với chi trên.
- ♦ Ngoài ra còn gặp một số bệnh ép rễ thần kinh:
- Chèn ép dây thần kinh chẩm lớn.
- Kích thích màng xương nơi bám cơ thang.
- Đau do cột sống ưỡn quá mức.

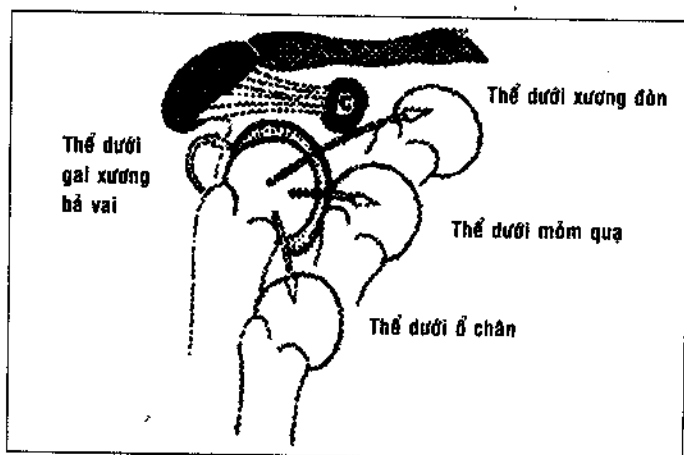


- ♦ Điều trị :
 - Sửa tư thế.
 - Xoa bóp sâu vùng vai cổ.
 - Kéo giãn cột sống cổ.

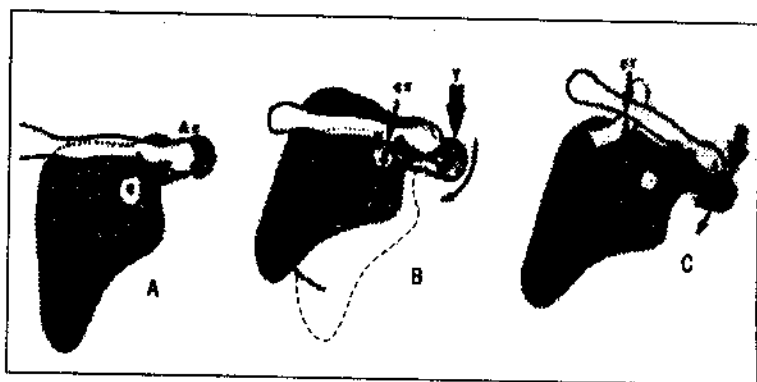
- Nẹp cổ.
- Thuốc giảm đau – giãn cơ.

III. ĐAU DO CHẤN THƯƠNG

1. Trật khớp vai



2. Gãy xương đòn



3. Trượt đốt sống



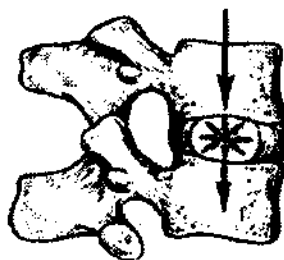
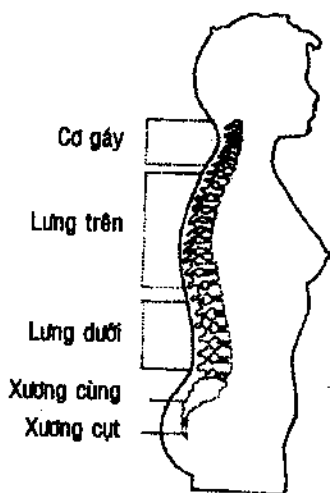
ĐAU LƯNG

Phó Giáo sư, Tiến sĩ **VŨ ANH NHỊ**

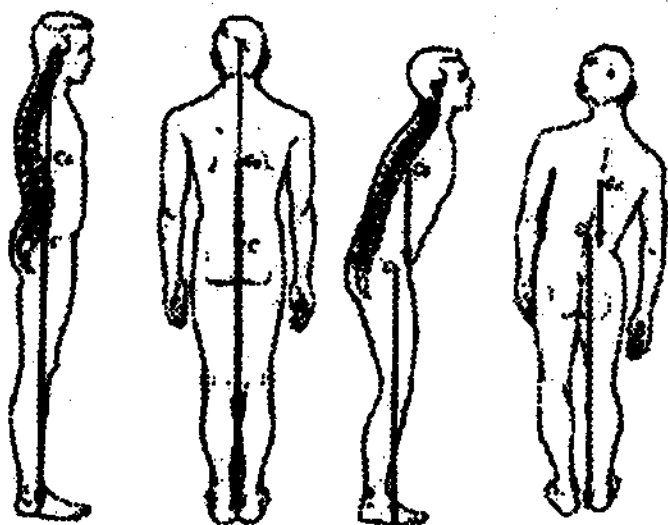
Chủ nhiệm Bộ môn Thần Kinh Học

Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh

I. GIẢI PHẪU VÙNG THẮT LƯNG



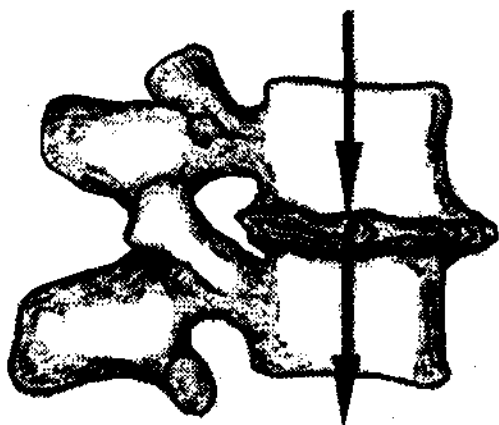
Đĩa đệm bình thường



A. Tư thế bình thường

B. Cột sống vẹo

Hình đốt sống bình thường



Hình đĩa đệm bị biến dạng

Có rất nhiều nguyên nhân làm cho cái lưng của chúng ta đau, từ những nguyên nhân không rõ ràng đến các nguyên nhân quan trọng như chấn thương cột sống. Nhưng cũng cần phải thấy là các chất liệu của cột sống đều không giữ được độ bền qua năm tháng.

Các đĩa đệm chóng mòn

Từ tuổi 30 - 40 cột sống có tình trạng thoái hóa sụn và đĩa đệm là dấu hiệu lão hoá : đĩa đệm phần trong thì khô, phần ngoài bị nứt đã làm cho đĩa đệm không còn là cái đệm tốt cho đốt sống, chính trong giai đoạn này người bệnh cảm thấy đau lưng nhưng không nặng nề.

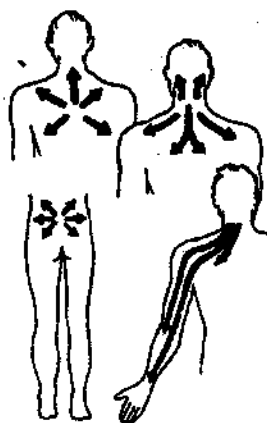
Tuy vậy có hai trường hợp gây đau lưng nặng nề là:

1. Đĩa đệm không nằm trong hai mặt khớp đốt sống trên và dưới mà thoát ra ngoài chèn ép rễ thần kinh gọi là thoát đĩa đệm hay lòi đĩa đệm (thường do lao động nặng).

2. Do quá trình lao động các mặt khớp tiếp xúc với nhau làm tổn thương xương và xương dễ bị dòn, nứt sinh ra các gai xương. Khi các gai này đụng chạm vào dây thần kinh gây đau. Gãy xương gây lún cột sống và nhiều chứng bệnh khác mà thường gọi là thoái hóa cột sống.

♦ *Ba vị trí đau lưng:*

- Đau cột sống ngực.
- Đau cột sống cổ.
- Đau cột sống thắt lưng



II. ĐAU THẮT LƯNG

1. Đau lưng mãn tính

Đau ngang thắt lưng, đau vùng hông làm người còng xuống, đứng lâu cũng đau, ngồi lâu cũng đau, ngủ dậy thấy đau, rồi cảm giác đau giảm dần trong ngày. Tuổi thường gặp trên 40, cảm giác đau tăng khi vận động nhiều, hoặc nằm lâu bất động, thay đổi thời tiết. Nguyên nhân đĩa đệm bị thoái hóa và lồi ra ngoài.

2. Đau lưng cấp

Thường sau những động tác quá mạnh (mang, vác, đẩy, ngã ...) thấy đau đột ngột vùng thắt lưng, đau với cường độ cao một bên đốt sống, cơ cơ cạnh cột sống làm bệnh nhân không đi lại được. Mọi cử động, hắt hơi, thay đổi tư thế đều đau. Nguyên nhân do đĩa đệm bị rạn nứt rồi căng phồng kích thích vào các dây thần kinh ở dọc cột sống.

3. Đau dây thần kinh tọa

Thường bắt đầu từ vùng lưng xuống mông, qua phía sau đùi, xuống cẳng chân tới cổ chân và có thể lan đến các ngón chân. Cảm giác đau như dao đâm, kiến bò, đau nhừ. Nguyên nhân thường do đĩa đệm cuối cùng hay gần cuối cùng thoát ra ngoài hoàn toàn hay bán phần.

4. Đau dây thần kinh đùi

Cảm giác đau như đau thần kinh tọa nhưng không theo đường đi của thần kinh tọa. Điểm đau thường ở mông và mặt trước đùi, đi lại không vững, đau về đêm nhiều hơn kèm đi lại khó khăn.

III. TUỔI TÁC VÀ CỘT SỐNG

1. Tuổi thơ ấu : tuổi vẹo cột sống.

2. Tuổi thiếu niên : viêm đầu xương.

3. Người sắp làm mẹ

- Cột sống trong tư thế không bình thường.
- Cảm giác mệt mỏi khi thay đổi nội tiết, các gân cơ nổi lỏng.
- Sau sinh cơ thể chưa trở lại bình thường.

4. Người cao tuổi

- Thiếu hụt canxi, đầu xương thoái hóa làm cho lưng bị còng.
- Sự lão hóa cột sống.
- Chấn thương cột sống.

5. Tuổi lao động

- Chấn thương mạn tính.
- Chấn thương đột ngột gây thoái hóa hay lỗi đĩa đệm.

IV. CÁC PHƯƠNG PHÁP ĐIỀU TRỊ ĐAU LƯNG

1. Ý nghĩa của việc nghỉ ngơi

Những hiện tượng bị đau cột sống do chấn thương, do thoái hóa khớp, thường trở nên trầm trọng hơn nếu cột sống vẫn tiếp tục làm việc. Trái lại sự nghỉ ngơi làm cơn đau dịu đi. Đó là nhận xét cơ bản chúng ta cần nhớ để áp dụng vào việc điều trị cơn bệnh.

- Người bị đau thắt lưng nên nằm ngửa, người hơi ưỡn, hai gối nên co ...
- Đau đột ngột, dữ dội nên nghỉ tuyệt đối.
- Đau mạn tính, dai dẳng nên hạn chế làm việc nặng, nghỉ ngơi nhiều hơn.
- Chưa hoạt động trở lại khi đau mới thuyên giảm lần đầu.

2. Những nghiệm pháp nhỏ hữu ích

- Làm cho người bệnh nóng lên "Sưởi ấm".
- Các loại dầu hay thuốc dạng kem bôi ngoài da làm cho nóng lên.

3. Các thuốc giảm đau kháng viêm

Cần có sự hướng dẫn của thầy thuốc :

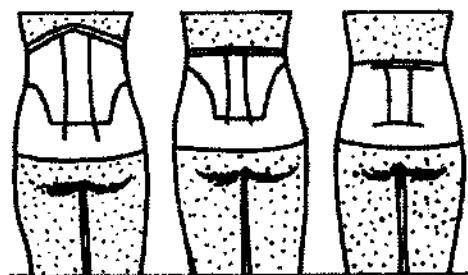
- Thuốc kháng viêm.
- Thuốc giảm đau.
- Thuốc chống co cơ.

4. Phương pháp vật lý trị liệu

- Xoa bóp trị liệu.
- Nắn khớp.
- Chiếu tia hồng ngoại.
- Châm tê tại chỗ đau
- Chích thuốc
- Vận động cột sống

Các nội dung trên cần có sự hướng dẫn của các thầy thuốc.

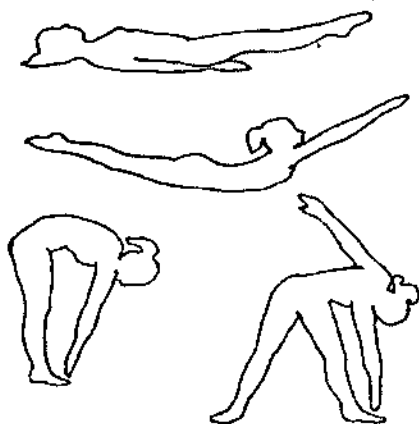
5. Áo nịt và đai lưng



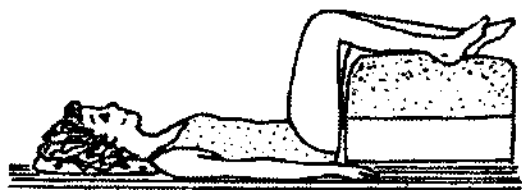
6. Phẫu thuật đĩa đệm

Đây là phương pháp chữa bệnh triệt để và sau cùng khi đã áp dụng các phương pháp trên không hiệu quả.

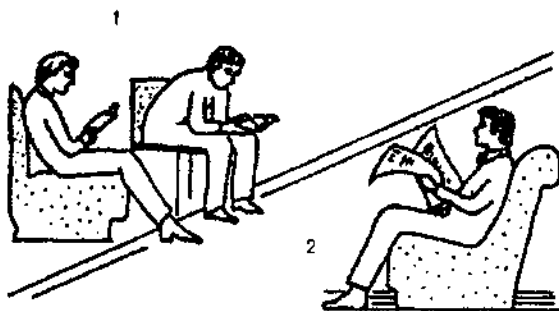
7. Chúng sống với cái lưng đau



Tập luyện cho cột sống



Tư thế nằm làm dịu đau



Tư thế ngồi đúng (2) và sai (1)

8. Công việc nội trợ :

- Dụng cụ làm việc phải phù hợp với vóc dáng và cơ thể.

- Dùng xe đẩy đi chợ... (tránh mang vác quá trọng lượng).

- Không đứng lâu, đi lại nhiều.

9. Vấn đề quần áo :

- Tránh mặc quần áo ẩm ướt.

- Quần áo nhẹ.

- Giày dép không cao quá, chú ý gót giày phải phẳng và chịu lực tốt, không nên thay đổi giày dép nhiều vì khó làm quen chân khi đi.

10. Công việc hàng ngày

- Chọn tư thế làm việc thích hợp.

- Mang vác vừa sức, khi mang vác có thể nên đeo thắt lưng đặc biệt.

- Ngồi lâu chọn ghế chắc, vừa tầm cao của cơ thể.

- Đứng làm việc nên ngang khuỷu tay, tránh tư thế với làm việc lâu.

- Thỉnh thoảng ngừng làm việc.

HỘI CHỨNG ĐAU CỔ VAI – CÁNҺ TAY (NECK AND SHOULDER PAIN)

Tiến sĩ PHAN QUAN CHÍ HIẾU

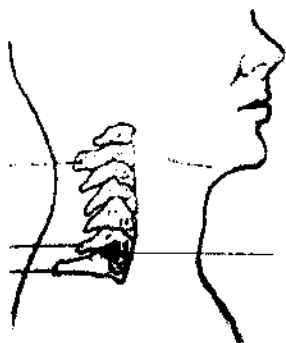
Khoa Y Học Cổ Truyền

Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh

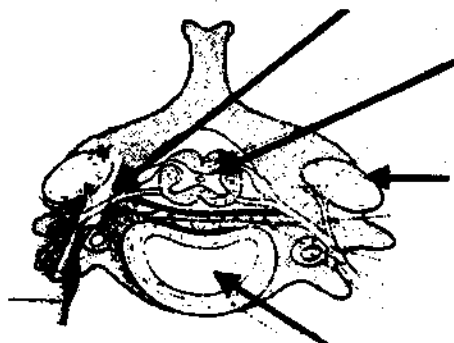
I. ĐẠI CƯƠNG

Rất thường gặp ở mọi tuổi, cả nam lẫn nữ. Khoảng 10% người trưởng thành có một lần đau cổ trong đời.

Biểu hiện có thể chỉ ở cổ, nhưng cũng có thể xuất hiện cả đau đầu, vai và ngực. Triệu chứng cứng cổ và giới hạn vận động thường đi kèm.



Lỗ liên hợp
(nơi rễ thần kinh đi ra)



Giải phẫu vùng cột sống cổ

II. NGUYÊN NHÂN

1. Cơ xương

- Tổn thương mặt khớp.
 - ♦ Bền.
 - ♦ Đĩa đệm.
- Dẫn, rách cơ, dây chằng.
- Chấn thương "whiplash", gãy, bệnh lý khác.

2. Viêm

- Viêm khớp.
- Viêm khớp dạng thấp.
- Viêm cứng cột sống dính khớp.
- Vẩy nến.
- Viêm đại tràng.
- Bệnh Reiter's/ viêm khớp phản ứng.

- Polymyalgia rheumatica.
- Viêm tuyến giáp.

3. Nhiễm trùng

- Cột sống :
 - ♦ Viêm xương tủy.
 - ♦ Lao.
 - ♦ Herpes zoster.
- Ngoài cột sống :
 - ♦ Viêm hạch cổ.
 - ♦ Sốt bại liệt.
 - ♦ Uốn ván.
- Ngoài cổ :
 - ♦ Viêm màng não.
 - ♦ Những trạng thái sốt : phản ứng màng não, sốt rét.

4. Thoái hóa : Thoái hóa sụn khớp.

5. U bướu : Lành tính và ác tính.

6. Hội chứng viêm cơ xơ

7. Do căn nguyên tâm lý

8. Do bệnh ở nội tạng gây đau xuất chiếu

- Tim.
- Thận.
- Ung thư phổi.

9. Do bệnh ở đầu gây đau xuất chiếu

- Xuất huyết, Vd : Xuất huyết dưới màng nhện.
- Bướu .
- Áp xe.

Nguyên nhân thường gặp nhất của đau cổ là rối loạn vận động cột sống cổ (có kèm với chấn thương hoặc không). Những tổn thương của đĩa liên đốt (đặc biệt ở những đốt cổ thấp) có thể gây ra đau cổ một bên, đau và tê ở cánh tay.

Nguyên nhân thường gặp lần thứ 2 là : Dẫn, rách cơ, dây chằng thường khó phát hiện, thường là nguyên nhân của tình trạng đau cổ kéo dài.

Thoái hóa cột sống cổ là bệnh của tuổi già. Các gai xương có thể chèn vào rễ thần kinh, vào tủy sống.

RỐI LOẠN VẬN ĐỘNG CỘT SỐNG CỔ

Tiến sĩ **PHAN QUAN CHÍ HIẾU**

Khoa Y Học Cổ Truyền

Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh

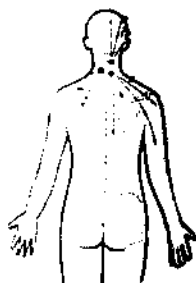
I. NGUYÊN NHÂN

1. Do tổn thương các mặt khớp của cột sống cổ

- Thứ phát sau tổn thương đĩa liên đốt.
- Thứ phát sau chấn thương hiển nhiên.
- Thứ phát sau những chấn thương nhỏ nhưng lặp đi lặp lại nhiều lần (sơn trần ...).

2. Do ung thư

II. DẤU HIỆU ĐIỂN HÌNH



- Độ tuổi 12 – 50 tuổi.
- Đau âm ỉ, nặng nề (có thể đau cấp) ở cổ.
- Lan lên gáy, tai, mặt, thái dương (cổ cao).

- Lan xuống vai, đặc biệt vai trên (cổ thấp).
- Tăng khi vận động, giảm khi nghỉ.
- Cơ cứng cơ : có nhiều mức độ khác nhau.
- Cổ thường hay bị khóa (cứng) khi xoay.
- Đau một bên (ngay vùng khớp tổn thương) :
chỗ huyết Giáp Tích.
- X quang cột sống cổ: phần lớn bình thường.

III. NHỮNG ĐIỀU NÊN LÀM

- Tìm kiếm lời khuyên, thông tin và sự hỗ trợ phù hợp.
- Luôn giữ cổ thẳng khi đọc sách, đánh máy...
- Sử dụng gối phù hợp khi ngủ (gối thấp và chắc).
- Nằm ngủ với tư thế nghiêng : bên bệnh nằm kê trên gối.
- Dùng xoa bóp và sức nóng.
- Châm cứu + Tập luyện + Vật lý trị liệu tỏ ra có hiệu quả.

IV. NHỮNG ĐIỀU KHÔNG NÊN LÀM

- Căng cổ ngược nhìn lên cao trong thời gian dài.
- Xoay đầu thường xuyên về bên đau.
- Nâng lên hoặc kéo một vật với cổ gập.
- Làm việc, học, đọc sách với tư thế gập cổ trong thời gian dài.
- Ngủ với gối cao hoặc nhiều gối.

THOÁI HÓA CỘT SỐNG CỔ

Tiến sĩ PHAN QUAN CHÍ HIẾU

Khoa Y Học Cổ Truyền

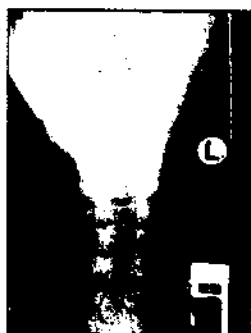
Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh

I. DẤU HIỆU ĐIỂN HÌNH

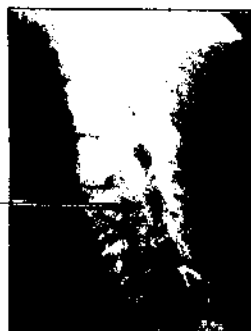
- Độ tuổi trên 40 tuổi có thể không có triệu chứng.
- Đau âm ỉ, cứng cổ gáy. Có thể có những đợt đau cấp
- Tăng vào buổi sáng khi thức dậy, tăng khi cúi ngửa đầu.
- Giảm đau khi xoa bóp và chườm nóng.
- Có thể đau một bên hoặc cả hai bên.
- Lan lên gáy, xuống vai, tay.
- Có thể kèm hoa mắt, chóng mặt.
- Bệnh nhân có thể thức dậy ban đêm vì tê ở tay.
- X quang cột sống cổ : Hình ảnh thoái hoá khớp với gai xương và hẹp lỗ liên hợp

Đĩa đệm BT



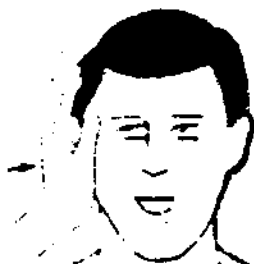


Hẹp lỗ
liền hợp



II. NHỮNG ĐIỀU NÊN LÀM

- Tìm kiếm lời khuyên, thông tin và sự hỗ trợ phù hợp
- Có thể dùng thuốc giảm đau, giảm viêm (thử tối đa trong vòng 3 tuần)
- Châm cứu + Tập luyện + Vật lý trị liệu tỏ ra có hiệu quả cao
- Động tác Vặn cổ và cột sống ngược chiều rất đáng quan tâm.
- Theo dõi chặt chẽ (dấu chèn ép tủy).



Tập luyện trong vẹo cổ cấp



Torticollis

MỤC LỤC



♦ Lời nói đầu.....	5
♦ Điều trị mất ngủ bằng Y học cổ truyền.....	7
♦ Rối loạn giấc ngủ.....	13
♦ Động kinh.....	28
♦ Tìm hiểu về bệnh chóng mặt.....	34
♦ Tìm hiểu về bệnh nhức đầu.....	41
♦ Chẩn đoán và điều trị liệt nửa người.....	50
♦ Gai cột sống có phải là nguyên nhân gây các chứng đau lưng thông thường.....	55
♦ Liệt nửa mặt.....	69
♦ Đau nhức vùng cổ vai.....	77
♦ Đau lưng.....	87
♦ Hội chứng đau cổ vai – cánh tay Neck and Shoulder Pain.....	97
♦ Rối loạn vận động cột sống cổ.....	101
♦ Thoái hóa cột sống cổ.....	104



CHUYÊN ĐỀ BỆNH THẦN KINH
CÂU LẠC BỘ Y HỌC VÀ ĐỜI SỐNG
ĐẠI HỌC Y DƯỢC TP. HỒ CHÍ MINH
NHÀ XUẤT BẢN Y HỌC

Chịu trách nhiệm xuất bản :

HOÀNG TRỌNG QUANG

NGUYỄN THỊ KIM LIÊN

Biên tập : VŨ THỊ BÌNH
Sửa bản in : CLB Y HỌC VÀ ĐỜI SỐNG
ĐHYD TP.HCM
Bìa : QUANG MINH Design
Trình bày : ÁI THU

Thực hiện liên doanh : **CÔNG TY VĂN HÓA HƯƠNG TRANG**

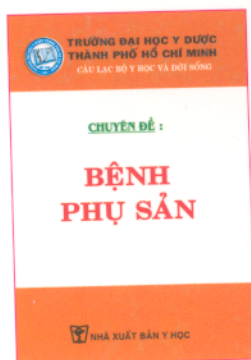
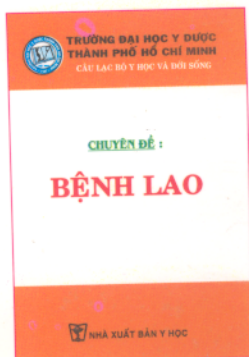
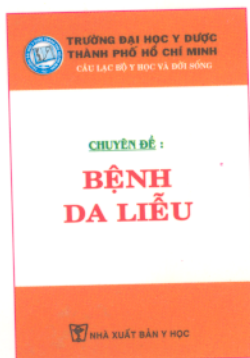
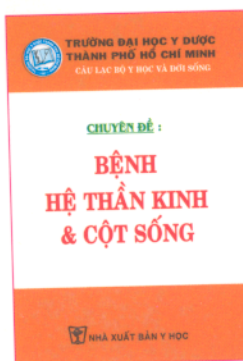
 *Phát hành tại nhà sách*
QUANG MINH

416 Nguyễn Thị Minh Khai - Q.3 - Tp.HCM
ĐT : 8322386 - 8340990 - Fax : 84.8.8342457 - 8340990
E.mail : quangminhbooksh@hcm.vnn.vn

In 1.500 cuốn, khổ 13 x 19cm tại Xí nghiệp In Số 5 (PX3). Giấy phép xuất bản số 135-1522/XB-QLXB do Cục Xuất Bản cấp ngày 20.12.2002. Giấy trích ngang KHXB số 195/XBYH do Nhà Xuất Bản Y Học cấp ngày 13.6.2003. In xong và nộp lưu chiểu Quý III năm 2003.

MỜI BẠN TÌM ĐỌC SÁCH CHUYÊN ĐỀ

Của **CÂU LẠC BỘ Y HỌC VÀ ĐỜI SỐNG**



Phát hành tại nhà sách
QUANG MINH

416 Nguyễn Thị Minh Khai - Q.3 - Tp.HCM
ĐT : 8322386 - 8340990 - Fax : 84.8.8342457 - 8340990
E.mail : quangminhbooksh@hcm.vnn.vn

4269 504

Giá: 11.000đ