

HỘI CHỨNG LIỆT NỬA NGƯỜI

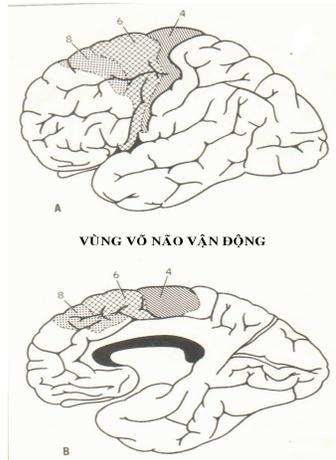
BS CK II Lưu Xuân Thu

Mục tiêu bài giảng

1. Mô tả giải phẫu chức năng bó tháp liên quan.
2. Mô tả triệu chứng của hội chứng liệt mềm và liệt cứng nửa người.
3. Phân biệt các hội chứng liệt $\frac{1}{2}$ người theo các vị trí tổn thương (Vỏ não, bao trong, thân não, tủy sống).
4. Chẩn đoán các nguyên nhân của hội chứng liệt nửa người.
5. Chỉ định cận lâm sàng phù hợp.
6. Hiểu được nguyên tắc điều trị.

I. GIẢI PHẪU CHỨC NĂNG BÓ THÁP:

Bó vỏ – gai (*bó tháp*) là cấu trúc giải phẫu của thần kinh vận động, được mô tả theo đường đi từ vỏ não – đến tủy. Bắt nguồn từ tế bào tháp ở diện vận động nguyên phát hai bên bán cầu (diện số 4 Broadmann khoảng 80%); vùng tiền vận động hay (diện số 6) ; vùng cảm giác bản thể nguyên phát hay (diện 1,3,5,7 và 2).



VÙNG VỎ NÃO VẬN ĐỘNG

Mỗi một nhóm neuron chỉ huy một nhóm cơ nhất định của cơ thể theo hình người lộn ngược trên diện vận động của bán cầu não. Một số cơ quan vận động tinh vi như bàn tay, môi chiếm diện tích rất lớn ở phần thấp, chân nằm mặt trong bán cầu, diện chi phối vận động bàn chân lớn hơn đùi.

Các sợi trục từ vỏ não tạo thành vòng tia đi qua cánh tay sau bao trong, đến trực tiếp tủy sống tạo thành bó *vỏ - gai*, hay một số đến các nhân dây sọ ở cuống não, cầu não, hành tủy, có tên là bó *vỏ - hành*. Ngoài ra bó tháp còn cho nhánh đến nhân lưới, thể vân, đồi thị, nhân đỏ, tiểu não.

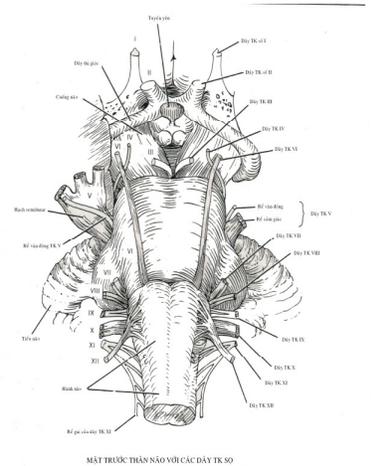
Bó tháp tại mỗi tầng ở thân não có vị trí khác nhau. Bó vỏ- hành gồm các sợi từ vùng vận động mặt, mắt, hầu, họng lưỡi của vỏ não, đi qua gò của bao trong, thân não.

Các sợi trục vừa cho nhánh đến các nhân sọ cùng bên vừa bắt chéo ngay tại khoanh để đến nhân dây sọ đối bên.

Tại cuống não bó vỏ hành đi đến các nhân III, IV

Cầu não, bó vỏ hành đi đến nhân V, VI, VII, VIII.

Hành não, bó vỏ hành đi đến nhân dây IX, X, XI, XII



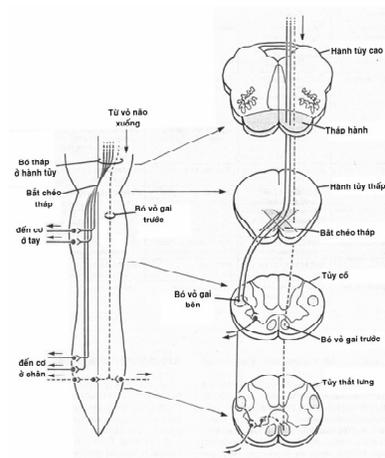
MẶT TRƯỚC THÂN NÃO

Đến phần thấp hành não, bó tháp tách ra hai phần:

Khi đến điểm nối hành não và tủy cổ thì hầu hết sợi trục (khoảng 90%) của bó tháp bắt chéo sang bên đối diện tạo nên bó tháp bên hay vỏ gai bên (*bó tháp chéo*) nằm ở cột bên tủy sống; Các sợi trục trong bó tháp sắp xếp theo thứ tự từ trong ra ngoài gồm cổ - ngực - thắt lưng- cùng. Đến khoanh tủy tương ứng các sợi trục này tiếp hợp với tế bào vận động số 2 nằm ở sừng trước tủy .

Các sợi không bắt chéo tiếp tục đi xuống ở cột trước tạo nên bó *tháp thẳng* hay bó vỏ- gai trước, tận cùng ở phần trước tủy sống. Các sợi này cuối cùng cũng bắt chéo tại khoanh tủy tương ứng đến nhân sừng trước đối bên; rất ít các sợi trục thực sự không bắt chéo và chi phối neuron vận động số 2 cùng bên.

ĐƯỜNG ĐI CỦA BÓ THÁP ĐOẠN TỦY SỐNG



Như vậy các sợi trục của tế bào tháp đều chi phối cho nửa người đối bên. Khi tổn thương trên điểm bất chéo gây liệt đối bên, tổn thương dưới điểm bất chéo gây liệt cùng bên. Một số cơ vùng mặt trên, cơ nhai, cơ thân mình, cơ hô hấp bị ảnh hưởng ít có thể do được chi phối từ cả hai bên bán cầu.

II. LÂM SÀNG :

Liệt nửa người là liệt một tay, một chân cùng bên, có thể có kèm liệt mặt cùng bên hay đối bên, hoặc một số triệu chứng khác cùng vị trí tổn thương như liệt dây thần kinh sọ, động kinh, rối loạn ý thức, rối loạn cảm giác... Đây là biểu hiện tổn thương một phần hay toàn phần đường vận động hữu ý (bó tháp).

Vị trí tổn thương đa phần là neuron vận động trên (neuron số 1), lâm sàng liệt vận động kiểu trung ương, giai đoạn đầu liệt mềm, giai đoạn sau liệt cứng, kèm theo có phản xạ bệnh lý tháp.

Khi tổn thương thân tế bào hay bất cứ nơi nào trên sợi trục đều đưa đến yếu liệt nửa người, triệu chứng lâm sàng gồm

1. Hội chứng liệt mềm nửa người:

- Cơ lực: biểu hiện yếu liệt nửa người
- Trương lực cơ giảm: độ co dãn tăng, độ ve vẩy tăng, độ chắc nhão giảm
- Phản xạ gân cơ giảm
- Phản xạ bệnh lý tháp Babinski có thể (+)
- Phản xạ da bụng da bìu giảm hay mất

2. Hội chứng liệt cứng nửa người:

- Liệt mặt trung ương cùng bên liệt nửa người nếu tổn thương phía trên cầu não.
- Cơ lực: yếu đến liệt nửa người hoàn toàn, ngọn chi nặng hơn gốc chi. Tư thế bệnh nhân tai biến mạch máu não là tay co chân duỗi.
- Trương lực cơ tăng: độ ve vẩy giảm, độ co dãn giảm, độ chắc nhão tăng
- Phản xạ gân cơ tăng, đa động gối và gót.
- Phản xạ bệnh lý tháp: Babinski (+), Hoffmann (+)
- Phản xạ da bụng da bìu giảm hay mất
- Hiện tượng đồng động: yêu cầu bệnh nhân làm động tác hữu ý bên chi lành, chi bên bệnh xuất hiện các động tác thô sơ, tự động, vô nghĩa.

3. Thể nặng có thể kèm hôn mê:

- Nhìn: bàn chân liệt đổ ra ngoài, má phập phồng theo nhịp thở
- Khám nhãn cầu: quan sát hướng quay đầu mắt phản xạ mắt búp bê để đánh giá mức độ hôn mê và vị trí tổn thương
- Thử phản xạ mắt búp bê để xem xét sự toàn vẹn của thân não: Phản xạ mắt búp bê dọc: dùng hai tay nâng đầu và giữ cổ gập duỗi đầu nhanh nhãn cầu bệnh nhân di chuyển theo chiều ngược lại của đầu phản xạ còn. Phản xạ mắt búp bê ngang: dùng hai tay đỡ đầu bệnh nhân xoay sang trái rồi sang phải nhãn cầu di chuyển theo chiều ngược lại của đầu phản xạ còn.
- Liệt mặt: thử nghiệm pháp Pierre Marie - Foix, dùng ngón trỏ ấn vào góc hàm 2 bên hay điểm thấp dưới vành tai, vùng cơ mặt bên lành sẽ co lại nghiệm pháp dương tính.

- Cơ lực: Kích thích đau nửa thân bên bệnh không cử động. Cầm hai tay đưa lên cao thả rơi tự do tay bên liệt rơi nhanh nặng nề hơn bên lành
4. **Liệt nửa người kín đáo:** Tổn thương mức độ nhẹ có biểu hiện yếu chi kín đáo phát hiện khi hoạt động lâu, tích cực. Khám lâm sàng cơ lực giảm ít so với bên lành có thể dùng một số nghiệm pháp để xác định yếu chi của bệnh nhân như gấp duỗi đầu mình phối hợp Babinski, Barré, Mingazzini

III. CHẨN ĐOÁN VỊ TRÍ TỔN THƯƠNG: Muốn xác định được vị trí tổn thương, cần khám kỹ các dấu hiệu thần kinh. Mỗi vùng tổn thương có một số biểu hiện lâm sàng riêng

1. Tổn thương tại vỏ não:

- Liệt mặt trung ương cùng bên với liệt nửa người: Liệt thường không đồng đều giữa mặt, tay và chân; Có thể liệt một chi, cánh tay, ngón chi nặng hơn gốc chi, hay đôi khi chỉ liệt một số cơ của chi mà thôi. Nếu tổn thương lan rộng, có thể kèm theo triệu chứng sau.
- Rối loạn cảm giác sâu tinh vi.
- Động kinh cục bộ.
- Bán manh đồng danh đối bên.
- Nếu tổn thương bán cầu ưu thế bên trái với người thuận tay phải sẽ có rối loạn ngôn ngữ.

2. Tổn thương tại bao trong:

- Phần lớn liệt nửa người đồng đều mặt, tay và chân không kèm theo rối loạn ngôn ngữ, rối loạn cảm giác.
- Tuy nhiên cũng có vài trường hợp có các dấu hiệu hiếm như: Giảm cảm giác, chủ yếu là cảm giác sâu, tăng cảm giác đau do tổn thương nhân bụng sau đồi thị.
- Bán manh đồng danh do tổn thương tia thị phía sau.
- Khi tổn thương bó vỏ gai, vỏ hành hai bên sẽ gây hội chứng giả hành: tổn thương nhân dây sọ gây yếu các cơ tương ứng, biểu hiện liệt mặt, hầu họng, lưỡi, yếu tứ chi rối loạn cảm xúc

3. Tổn thương tại đồi thị:

- Yếu liệt nửa người kín đáo
- Rối loạn cảm giác kiểu đồi thị: Nhân bụng sau bên là nơi tiếp nhận toàn bộ cảm giác trước khi lên vỏ não, vì vậy đồi thị được xem là trung tâm cảm giác dưới vỏ; *Triệu chứng chủ quan:* bệnh nhân có những cơn đau dữ dội, nóng rát khó chịu ở nửa người tự phát hay sau kích thích; *Triệu chứng khách quan:* bệnh nhân mất cảm giác tư thế, giảm cảm giác đau, nhưng khi kích thích với cường độ mạnh hơn thì bệnh nhân cảm thấy đau dữ dội

4. **Tổn thương ở thân não (hội chứng liệt giao bên):** Tổn thương bó tháp ở đoạn thân não có nhiều vị trí khác biệt, liên quan đến các dây thần kinh sọ. Triệu chứng lâm sàng đa dạng, phức tạp nên được mô tả nhiều hội chứng với tên gọi khác nhau.

Tổn thương tại cuống não:

- Hội chứng Weber (tổn thương vùng chân cuống não): Bên tổn thương liệt thần kinh III; Đối bên tổn thương liệt VII trung ương + liệt nửa người

- Hội chứng Benedickt (tổn thương máng cuống não): Bên tổn thương: liệt thần kinh III; Đối bên tổn thương: thất điều tiểu não, run, liệt nửa người và liệt VII trung ương

Tổn thương tại cầu não:

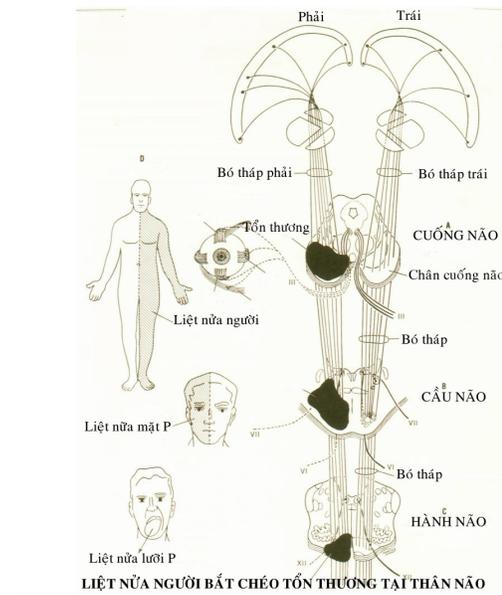
- Hội chứng Millard - Gubler (tổn thương đáy cầu não dưới): Bên tổn thương: liệt thần kinh VII ngoại biên, thần kinh VI; Đối bên tổn thương: liệt nửa người

Tổn thương tại hành não:

- Hội chứng Jackson (tổn thương máng hành tủy): Bên tổn thương liệt thần kinh X, XII; Đối bên tổn thương liệt nửa người
- Hội chứng Wallenberg (tổn thương hành tủy sau bên): cùng bên tổn thương bị liệt dây thần kinh sọ não V, IX, X, XI; Có hội chứng Claude - Bernard - Horner (HC tổn thương giao cảm lâm sàng có hẹp khe mi, co đồng tử, lồi mắt), thất điều tiểu não; Đối bên tổn thương mất cảm giác đau nhiệt

Tổn thương tủy sống cổ:

- Hội chứng Brow- Séquard (tổn thương nửa khoanh tủy theo bề ngang): Bên tổn thương bị liệt nửa người, mất cảm giác sâu (cảm giác tinh vi, tư thế, bóp ép, rung âm thoa); Đối bên tổn thương mất cảm giác nông (sờ, đau, nhiệt).
- Tổn thương 1/2 tủy cổ từ C5 trở lên gây liệt nửa người. Tổn thương đoạn từ C5-T1 lâm sàng biểu hiện yếu tay kiểu ngoại biên và liệt chân kiểu trung ương.



IV. CHẨN ĐOÁN CĂN NGUYÊN: Hội chứng liệt nửa người có nhiều nguyên nhân, để tầm soát có hệ thống nên dựa vào cách khởi phát bệnh đột ngột hay từ từ, đánh giá nhanh về tri giác, tiền sử có bệnh là yếu tố nguy cơ, khám thần kinh và tổng quát, thử các xét nghiệm cận lâm sàng thích hợp, nguyên nhân của liệt nửa người thường gặp là :

1. **Khởi phát cấp tính:**

Xuất huyết não do cao huyết áp:

- Khởi phát đột ngột ở một người lớn tuổi, có tiền sử cao huyết áp, xuất hiện sau một gắng sức.
- Xuất hiện triệu chứng thần kinh định vị: liệt nửa người
- Bệnh nhân rối loạn tri giác, rối loạn thần kinh thực vật: rối loạn thân nhiệt, hô hấp, tim mạch, vận mạch.

Nhồi máu não do xơ mỡ động mạch:

- Bệnh xảy ra trong vài phút hay kéo dài vài giờ đến 24 giờ.
- Xuất hiện dấu thần kinh định vị: liệt nửa người, có thể kết hợp với hội chứng khác thành triệu chứng đặc biệt
- Bệnh nhân có các yếu tố nguy cơ: Cao huyết áp, xơ mỡ động mạch, đái tháo đường, béo phì, hút thuốc lá, sử dụng thuốc ngừa thai

Nhồi máu não lấp mạch do bệnh lý tim mạch :

- Bệnh cảnh cấp tính trong vài giây, vài phút.
- Triệu chứng liệt nửa người có thể kết hợp thành hội chứng
- Bệnh lý tim mạch đi kèm: hẹp van hai lá, rung nhĩ, loạn nhịp tim

Vỡ dị dạng mạch máu não:

- Thường xảy ra ở người trẻ tuổi, có tiền sử đau đầu Migraine, động kinh
- Bệnh nhân đột ngột nhức đầu dữ dội, ói mửa, xuất hiện triệu chứng thần kinh như liệt nửa người, hội chứng màng não.

Chấn thương sọ não: Sau chấn thương vùng đầu bệnh nhân liệt nửa người, có triệu chứng chèn ép não, tăng áp lực nội sọ, co giật, hôn mê, nếu không xử lý cấp cứu kịp thời rất dễ tử vong.

Viêm não cấp tính: Bệnh thường khởi phát với hội chứng nhiễm trùng, rối loạn tâm thần, liệt nửa người, động kinh, hôn mê, diễn tiến nặng có thể tử vong.

2. **Khởi phát bán cấp hay mãn tính :**

U trong sọ :

- Đau đầu kéo dài, tăng dần, lúc đầu còn đáp ứng với thuốc giảm đau, sau đó không tác dụng nữa. Kèm theo triệu chứng của tăng áp lực nội sọ như nôn ói phù gai thị.
- Yếu liệt từng đoạn chi, sau lan dần nửa người, ngày càng nặng, khám có hội chứng liệt cứng nửa người
- Có thể kèm theo triệu chứng khác tùy theo vị trí tổn thương và mức độ trầm trọng như : động kinh rối loạn tri giác, rối loạn thị giác, liệt thần kinh sọ

Abcès trong sọ :

- Bệnh nhân thường có ổ nhiễm trùng ở vùng tai xoang ngoài da,
- Sau đó xuất hiện triệu chứng đau đầu và dấu thần kinh định vị, liệt nửa người từ từ hay có dấu màng não

- Khám có hội chứng nhiễm trùng, hội chứng tăng áp lực nội sọ và hội chứng liệt cứng nửa người.
- Ở VN có nhiều mô tả bệnh cảnh viêm màng não do lao, củ lao cũng gây HC liệt ½ người.

Tụ máu dưới màng cứng mãn tính:

- Thường xảy ra ở bệnh nhân lớn tuổi, có tiền sử chấn thương đầu
- Sau một thời gian vài tuần hay vài tháng, bệnh nhân xuất hiện các triệu chứng như đau đầu, yếu liệt nửa người, rối loạn tâm thần, rối loạn tri giác, tăng áp lực nội sọ

Bệnh lý thoái hóa não: Có một số các bệnh lý thoái hóa não gây liệt nửa người, ngoài triệu chứng của bệnh nền còn có biểu hiện liệt cứng nửa người. Bệnh xơ cứng rải rác từng đám, bệnh lý não chất trắng nhiều ổ, viêm não tủy cận nhiễm trùng...

V. CHẨN ĐOÁN PHÂN BIỆT:

1. **Hội chứng Parkinson nửa người:** hội chứng Parkinson nửa người có các triệu chứng tăng trương lực cơ, bất động, run,
 - Dáng đi cứng, đầu hơi gập về phía trước, lưng cong co khớp khuỷu , khớp gối. Đi từng bước nhỏ chậm chạp, 2 tay kéo sát vào người không vung vẩy.
 - Về mặt đờ đẫn, không diễn tả tình cảm
 - Tăng trương lực cơ, khám cử động khớp có dấu bánh xe răng
 - Vận động chậm chạp hạn chế
 - Run khi nghỉ
2. **Giả liệt nửa người:** Bệnh nhân giả vờ liệt nửa người đôi khi khó phát hiện. Cần khai thác rõ tâm sinh lý, hoàn cảnh xã hội, gia đình ...
 - Chú ý các dấu hiệu khách quan như : về trương lực cơ, phản xạ gân cơ, phản xạ bệnh lý tháp. Khám nghiệm pháp Babinski duỗi đầu mình phối hợp, và dấu Hoover để phân biệt liệt nửa người thực sự hay giả vờ
 - Nghiệm pháp Babinski duỗi đầu mình phối hợp: bệnh nhân nằm khoanh tay trước ngực ngồi dậy từ từ, chân yếu sẽ nhấc lên hay yếu cầu bệnh nhân đang ngồi từ từ nằm xuống chân yếu sẽ co lại (Nếu liệt giả thì chân lành co lại, chân liệt không co)
 - Dấu hiệu Hoover: thầy thuốc để bàn tay dưới gót chân lành của bệnh nhân và yêu cầu nâng cao chân còn lại, nhận xét tay người khám có cảm nhận gót chân lành đè mạnh (liệt thật sự vì phải dùng kháng lực nhấc chân liệt lên), gót chân lành không đè tay người khám (liệt giả vờ). Nếu để bàn tay dưới gót chân liệt và yêu cầu nhấc chân lành, ở bệnh nhân bị liệt thật sự thì gót chân liệt sẽ không đè mạnh lên tay người khám.
3. **Hội chứng tiểu não nửa người:** Triệu chứng thất điều tiểu não là dạng rối loạn vận động phức tạp, có thể làm giảm sức cơ và vận động nửa người bên liệt, mất phối hợp nhịp nhàng cử động đi lại, có thể phân biệt khi có kèm theo rối loạn cử động mắt, rung giật nhãn cầu, giọng nói run, lè nhè không rõ âm.

VI. XÉT NGHIỆM CẬN LÂM SÀNG:

1. **Chụp cắt lớp điện toán:** Giúp chẩn đoán phân biệt sớm nguyên nhân liệt nửa người do nhồi máu và xuất huyết não, u não, viêm não ...
2. **Chụp cộng hưởng từ:** Giúp khảo sát tốt tổn thương nhu mô bệnh lý thoái hóa, u , hay viêm nhiễm, có giá trị với tai biến mạch máu vùng hố sau sọ não...
3. **Điện não đồ:** Có ý nghĩa trong bệnh động kinh, viêm não, theo dõi sự rối loạn chức năng của não .
4. **Mạch não đồ:** Giúp khảo sát bệnh lý mạch máu não, một số trường hợp u não, u ác tính , xem mạch máu nuôi tiên lượng cho cuộc mổ.
5. **Chụp mạch máu kỹ thuật số xóa nền (Digital Subtraction Angiography):** Cho hình ảnh mạch máu cột sống thân nền, hệ cảnh rất rõ ràng, giúp chẩn đoán trong các bệnh phình mạch, dị dạng thông động tĩnh mạch, hẹp tắc mạch máu, viêm mạch .
6. **Doppler động mạch não:** Giúp khảo sát độ hẹp động mạch cảnh, tốc độ dòng chảy, vị trí chỗ hẹp..
7. **Một số xét nghiệm khác:** Khảo sát thêm các xét nghiệm về sinh hóa, miễn dịch, vi ký sinh, di truyền, sinh học, .. giúp xác định các bệnh lý liên quan.

VII. ĐIỀU TRỊ

1. **Nguyên tắc điều trị chung:**
 - Bệnh nhân phải được khám và chăm sóc tại cơ sở Y tế
 - Theo dõi diễn tiến bệnh, bảo đảm sinh tồn
 - Cung cấp Oxy, dinh dưỡng đầy đủ
 - Kết hợp vật lý trị liệu
2. **Điều trị nguyên nhân:**
 - Điều trị bệnh nền liên quan
 - Điều trị tổn thương não theo nguyên nhân
 - Điều trị bệnh nguyên

CÂU HỎI ÔN TẬP

1. *Mô tả cấu trúc giải phẫu chức năng bó tháp chú ý các vị trí đặc biệt.*
2. *Liệt kê triệu chứng lâm sàng khi tổn thương vị trí khác nhau của bó tháp.*
3. *Chẩn đoán các nguyên nhân thường gặp.*

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Lê Văn Thành, (1990:) *Bệnh học thần kinh*, NXBYH.
2. Bộ Môn Thần Kinh, (2005:) *Thần kinh học*, ĐHYD
3. Hồ Hữu Lương, (1998): *Lâm sàng thần kinh*, NXBYH
4. Vũ Anh Nhị , (2001): *Thần kinh học Lâm sàng và Điều trị*, NXB Cà Mau.
5. Bộ Môn Thần Kinh, (2008): *Giải phẫu ứng dụng thần kinh*, ĐHYD.
6. Rowland L.P, (1995): *Merritt's textbook of Neurology, 9th Edition*, Baltimore, William & Wilkins
7. David A. Greenberg, Michael J. Aminoff, (2002): *Clinical Neurology, 5th Edition*, Lange Medical books/ McGraw-Hill companies.
8. Allan H. Ropper, Robert H. Brown: *Adams and Victor's Principles of Neurology 8th 2005*.

