

RỐI LOẠN DÁNG ĐI

1. Danh mục chuyên đề

RỐI LOẠN DÁNG ĐI	1
1. Tình huống lâm sàng ví dụ	Error! Bookmark not defined.
1.1. Tình huống 1	Error! Bookmark not defined.
1.2. Tình huống 2	Error! Bookmark not defined.
2. Danh mục chuyên đề	1
3. Các câu hỏi liên quan.....	1
3.1. Giới thiệu.....	1
3.2. Rối loạn dáng đi kiểu liệt nửa người 1 bên	2
3.3. Dáng đi liệt nửa người dưới	2
3.4. Dáng đi yếu liệt thần kinh chi dưới	2
3.5. Rối loạn dáng đi do yếu liệt cơ vùng khung chậu	3
3.6. Rối loạn dáng đi kiểu Parkinson	3
3.7. Rối loạn dáng đi kiểu tăng động.....	3
3.8. Rối loạn dáng đi kiểu tiểu não.....	4
3.9. Rối loạn dáng đi kiểu do mất cảm giác	4
4. Tham khảo	Error! Bookmark not defined.

2. Các câu hỏi liên quan

2.1. *Giới thiệu*

Quan sát dáng đi của bệnh nhân là một bước đầu tiên có thể thực hiện ngay trước khi tiếp xúc bệnh nhân, đồng thời cũng cho phép gợi ý một số bệnh đặc thù về bệnh cơ xương khớp – bệnh thần kinh. Về mặt sinh lý bệnh, việc duy trì thăng bằng cần có đến các yếu tố sau:

- Thông tin cảm giác chính xác từ mắt, từ các thụ thể cảm nhận cơ xương (cảm giác từ thụ thể) của cơ thể, cảm giác trong không gian từ mê nhĩ – tiền đình và sự tổng hợp các thông tin này diễn ra trong não.
- Khả năng kiểm soát thần kinh vận động từ hệ thần kinh trung ương và hệ cơ xương khớp phải còn nguyên vẹn (nghĩa là các khớp và cơ vận động của tư thế và cử động đi lại phải bình thường)

Khi có khiếm khuyết của bất kỳ thành phần nào kể trên đều có thể ảnh hưởng đến thăng bằng, có thể kèm theo tình trạng chóng mặt hoặc không chóng mặt. Do vậy, cần lưu ý cần tránh việc qui kết các rối loạn dáng đi thành dạng rối loạn tiền đình.

Về cơ bản, có 8 kiểu rối loạn dáng đi cơ bản có liên quan đến tình trạng bệnh lý thần kinh: liệt nửa người, liệt cứng 2 chi dưới, cảm nhận cảm giác tư thế, teo cơ (yếu cơ), kiểu Parkinson, tăng động, rối loạn tiểu não và rối loạn cảm giác.

2.2. *Rối loạn dáng đi kiểu liệt nửa người 1 bên*

Dáng đi này gặp ở bệnh nhân bị tai biến mạch máu não (tổn thương vùng bán cầu đại não) gây tình trạng liệt không đồng đều nửa người đối bên tổn thương.

Bệnh nhân đứng với tư thế nghiêng về bên không bệnh. Chân không bệnh sẽ là chân trụ chịu lực chính. Chân bên bệnh thường ở dạng duỗi thẳng và nằm hơi lệch ngoài (chân hướng ra ngoài). Cánh tay bên liệt sẽ co lại và khép sát vào thân người và xoay trong. Biểu hiện này sẽ càng rõ ràng khi bệnh nhân bước đi. Khi di chuyển, mỗi động tác nhất chân bên phía bệnh sẽ thực hiện tuần tự như sau:

- Bệnh nhân sẽ nghiêng người về bên không bệnh,
- Chân bên bệnh sẽ được đá ra ngoài và lên phía trước tạo thành hình ảnh vẽ nửa vòng tròn, đồng thời cánh tay bên lành sẽ dạng ra xa để tạo sự cân bằng với việc di chuyển của chân bên bệnh.
- Bệnh nhân sẽ nhón bàn chân bên lành để đẩy người về trước để chuyển trọng tâm lên chân bệnh, và sau cùng là di chuyển nhanh chân bên lành lên phía trước để hoàn thành bước đi.

Lý do cho tất cả động tác này là do có tình trạng tăng trương lực cơ chi dưới và yếu nhóm cơ duỗi của bàn chân gây ra hiện tượng bàn chân rút. Bệnh nhân gặp khó khăn khi muốn di chuyển chân lên phía trước vì bàn chân rút và vì chân bị tăng trương lực. Với các thể liệt nhẹ, biểu hiện có thể không rõ ràng, chúng ta chỉ có thể ghi nhận việc dạng tay bên lành quá mức và chân bên liệt hơi đá ra ngoài một cách kín đáo.

2.3. *Dáng đi liệt nửa người dưới*

Đối với tình trạng liệt nửa người dưới do nguyên nhân thần kinh trung ương (do tổn thương vùng vỏ não 2 bên, bại não...). Đặc điểm của thể bệnh này là có tình trạng tăng trương lực cơ vùng 2 chi dưới mà chủ yếu có thể thấy các nhóm cơ duỗi của chân, làm cho chân thẳng cả 2 bên.

Bệnh nhân sẽ có dáng đi khó khăn với 2 chân đá ra ngoài để có thể di chuyển lên trên do vậy tạo hình ảnh đi kiểu “cái kéo”

2.4. *Dáng đi yếu liệt thần kinh chi dưới*

Điểm đặt trung của kiểu dáng đi này là biểu hiện “bàn chân rút” do yếu các nhóm cơ duỗi của bàn chân. Điều này gây khó khăn trong việc giữ nguyên tư thế bàn chân vuông góc so với cẳng chân khi di chuyển. Chính vì lý do đó, bàn chân sẽ rơi xuống khi bệnh nhân nhấc chân. Điều này làm cho phần ngón chân sẽ chạm đất (giống như đang

đứng trên ngón chân) và đôi khi gây san chấn khi đưa chân tới trước. Do vậy, bệnh nhân sẽ có khuynh hướng nâng chân cao hơn bình thường nhằm tránh để chân còn chạm đất.

Nếu biểu hiện xuất hiện tại một bên chân thì có thể là do các bệnh lý tại chỗ gây liệt dây thần kinh mác, bệnh lý đơn dây thần kinh ngoại biên (L5) hoặc bệnh lý khoanh tủy cột sống thắt lưng.

Nếu bệnh biểu hiện ở cả 2 bên thì nguyên nhân có thể là bệnh xơ cứng cột bên, bệnh nhược cơ, bệnh Charcot Marie Tooth, bệnh viêm đa dây thần kinh ngoại biên.

2.5. *Rối loạn dáng đi do yếu liệt cơ vùng khung chậu*

Các cơ vùng khung chậu có vai trò trong việc giữ cho khung chậu được giữ ở vị trí cân bằng theo chiều ngang khi di chuyển bằng 2 chân. Nếu trong trường hợp có một bên cơ bị yếu thì sẽ có tình trạng là vùng chậu bên bệnh sẽ bị “rơi xuống” (hạ thấp tương đối so với bên lành – dấu Trendelenburg). Đặc điểm này làm cho chân bên bệnh sẽ hạ thấp và gây khó khăn khi di chuyển vì nó yêu cầu phải được nâng cao hơn so với bình thường thì mới có thể đưa chân ra trước. Do vậy, để khắc phục vấn đề này, người bệnh sẽ có khuynh hướng nghiêng người về bên không bệnh nhằm nâng cao khung chậu bên bệnh khi di chuyển.

Nếu suy yếu song phương, bệnh nhân sẽ ngã người lần lượt qua bên trái – phải tạo thành hình ảnh nhưng đang đi lạch bạch rất đặc thù cho tình trạng bệnh lý cơ vùng chậu. Biểu hiện của bệnh này gặp trong các bệnh loạn dưỡng – teo cơ vùng chậu

2.6. *Rối loạn dáng đi kiểu Parkinson*

Trong kiểu rối loạn dáng đi này, bệnh nhân sẽ có biểu hiện đi hơi khom người, đầu gối hơi gấp và tay hơi gấp và ép sát vào người, tạo thành hình dáng người cúi về phía trước (giống tướng đi của người lớn tuổi).

Bệnh nhân thường bước đi bằng từng bước nhỏ do những khó khăn liên quan đến động tác gấp gối (tăng trương lực cơ kiểu răng cưa của khớp gối). Vì chính lý do bước đi nhỏ, cho nên tốc độ di chuyển sẽ chậm và bệnh nhân sẽ có khuynh hướng hơi ngã về phía trước để tăng tốc độ, điều này gây nguy cơ dễ ngã. Một điểm có thể lưu ý, khi di chuyển, bệnh nhân sẽ có khuynh hướng có biểu hiện run tay với biên độ rộng, tần số 5-6 lần/giây.

Kiểu rối loạn dáng đi này có thể do nhiều nguyên nhân khác nhau nên được gọi tên là kiểu Parkinson chứ không đơn thuần đặc hiện riêng cho bệnh Parkinson.

2.7. *Rối loạn dáng đi kiểu tăng động*

Rối loạn này là do có sự mất đồng vận giữa các nhóm cơ điều khiển cử động (tay, chân, mặt, cổ, thân mình), đưa đến động tác không còn uyển chuyển mà múa giật theo nhiều chiều khác nhau, tạo hình ảnh nhưng đang múa. Nếu động tác này ảnh hưởng đến các nhóm cơ thân thì sẽ gây hiện tượng bệnh nhân ngã trước – ngã sau. Tùy theo thể mà động tác có thể giật nhanh (múa giật – chorea) hay động tác di chuyển chậm (múa vờn – Athetosis) .

Kiểu rối loạn này xuất hiện trong một số trường hợp có tổn thương nhân vùng nền bao gồm múa giật Sydenham, bệnh Huntington và các nguyên nhân khác của múa giật, rối loạn trương lực cơ. Động tác đi bộ sử dụng nhiều nhóm cơ khác nhau, do vậy sẽ làm cho biểu hiện của bệnh trở nên rõ ràng.

2.8. *Rối loạn dáng đi kiểu tiểu não*

Đây là kiểu dáng đi thường gặp trong các bệnh liên quan đến chức năng cân bằng của tiểu não. Kiểu dáng đi đặc thù với những điểm sau:

- Bệnh nhân đứng dang rộng 2 chân (tư thế đứng tấn)
- Khi đi chuyển, bệnh nhân gặp khó khăn khi điều khiển và phối hợp giữa 2 chân làm cho động tác chân bị đá ra lệch ngoài, nhấn là đối với bên bị bệnh. Điều này làm cho động tác đi loạng choạng không còn thông dong, dễ dàng. Bệnh nhân sẽ biểu hiện như muốn ngã hẳn về một bên khi đi chuyển
- Khi yêu cầu đứng yên với 2 chân khép, cơ thể bệnh nhân sẽ biểu hiện ngã qua – ngã lại, ngã tới ngã lui tạo thành hình ảnh rất đặc hiệu.
- Khi yêu cầu đi theo đường thẳng từ đầu này sang đầu kia, bệnh nhân sẽ không thể thực hiện được động tác

Kiểu dáng đi của người ngộ độc rượu cấp tính (say rượu) chính là thể điển hình của rối loạn kiểu tiểu não.

2.9. *Rối loạn dáng đi kiểu do mất cảm giác*

Khi đi, cơ thể cần biết được khi nào bàn chân đụng đất, đồng thời não cần nhận các tín hiệu khác nhau về gân cơ để có thể xác định vị trí tương đối trong không gian và điều hòa phối hợp các động tác. Cảm giác này có thể là cảm giác gân cơ (proprioceptive) hoặc là cảm giác của chân. Nếu bệnh nhân bị rối loạn cảm giác này, họ sẽ gặp khó khăn để biết khi nào chân đã đụng đất. Chính vì vậy, để bù lại sự thiếu thông tin cảm giác gân cơ này, bệnh nhân sẽ có khuynh hướng giậm mạnh chân xuống đất để có thể cảm nhận nó. Do vậy, chúng ta có thể nhận biết thể rối loạn này thông qua hình ảnh người bước đi bằng những bước mạnh, gây tiếng đập chân. Dấu chứng sẽ rõ ràng vào ban đêm vì bệnh nhân sẽ không thể nhìn thấy mặt đất (ban ngày thì thị giác sẽ bù trừ, bệnh nhân có thể nhìn thấy nền đất).

Kiểu rối loạn này có thể gặp trong các bệnh viêm đa dây thần kinh ngoại biên, bệnh lý viêm bao myeline, bệnh lý thiếu hụt vitamin B12. Trong các thể nặng, bệnh nhân sẽ có biểu hiện dáng đi giống như kiểu tiểu não



Normal



Trendelenburg Sign
Drop of pelvis when lifting leg
opposite to weak gluteus medius