

Bệnh nhân rã

SINH LÝ HỌC

VI PHẠM VIÊN VÔ CÙNG CỦA

THẦN KINH TINH THẦN — thường do sự kết hợp

giảm chiều cao đĩa đệm và thoái hóa

những thay đổi của các khớp không đốt sống trước và

khớp zygapophyseal sau

RỐI LOẠN THẦN KINH CÓ ẢNH HƯỞNG THƯỜNG GẶP

- VÙNG CERVICAL — C7 (70%) và C6 (20%) là

rễ thần kinh thông khí phổ biến nhất

VÙNG LUMBOSACRAL — L5 và S1 (kết hợp > 90%) là vùng thường được phát hiện nhất

rễ thần kinh

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG

LỊCH SỬ — đặc trưng cho chứng đau cổ hoặc lưng.

Dị cảm, bức xạ đau và suy nhược

trên sự phân bố rễ thần kinh cụ thể, bất kỳ triệu chứng thần kinh liên quan nào. Hỏi về các yếu tố nguy cơ đối với bệnh căn nguyên (ví dụ như chấn thương cột sống hoặc

chấn thương) cũng như bệnh thần kinh ngoại vi (ví dụ:

đái tháo đường, dây thần kinh, lặp đi lặp lại
căng thẳng, quỳ lâu hoặc chấn thương cơ xương gần đây). Hỏi về sự tái tạo của
các triệu chứng với nén dọc trục, Valsalva
cơ động, hoặc thay đổi vị trí. Hỏi về màu đỏ
cờ (sốt, ớn lạnh, sụt cân không rõ nguyên nhân,
đau ban đêm không ngừng, ung thư trước đó, ức chế miễn dịch và IDU) có thể gợi
ý
khối u hoặc nhiễm trùng

DẤU HIỆU PHUN XÂM — tái tạo các triệu chứng
với phần mở rộng và xoay cổ về phía
phía không khí tiếp theo là lực nén đối với
đỉnh đầu gợi ý bệnh căn cổ tử cung
(LR + 3,6). Thận trọng, vì có nguy cơ chấn thương cột sống trong
bệnh nhân bị viêm khớp dạng thấp, dị dạng cổ tử cung hoặc bệnh di căn

ĐIỀU TRA

HÌNH ẢNH — X-quang cột sống (độ nhạy thấp), CT cột sống, MR
cột sống (đặc biệt nếu nghi ngờ bệnh nhân phát /

bệnh lý tủy, da đỏ, suy nhược thần kinh tiến triển, không cải thiện trong 4–6 tuần),
tủy đỏ
(hiếm khi được sử dụng bây giờ)

NGHIÊN CỨU EMG VÀ CẤU TRÚC THẦN KINH

SỰ ĐỐI XỬ

KHÔNG PHẪU THUẬT — acetaminophen, NSAID, opioid, tiêm corticosteroid, kéo cổ tử cung, tập thể dục

PHẪU THUẬT - được chỉ định nếu bệnh lý tủy hoặc kết hợp chèn ép rễ cổ tử cung bằng CT /

MRI, các triệu chứng / dấu hiệu bệnh nhân rễ và đau dai dẳng mặc dù điều trị không phẫu thuật từ 6–12

tuần hoặc yếu vận động tiến triển

QUYỀN LỢI CỤ THỂ

CERVICAL MYELOPATHY — bàn tay diiuse

tê và vụng về (thường được cho là do

bệnh thần kinh ngoại biên), mất thăng bằng, rối loạn cơ vòng (ban đầu đi tiểu nhiều, tiểu gấp / tần suất, sau đó bí tiểu hoặc tiểu không tự chủ).

Các liên kết thể chất bao gồm tăng trương lực, tăng cảm giác / clonus, Babinski dương tính, Hoimann (hexion

và thêm ngón tay cái khi giám khảo

hexes phalanx đầu cuối của long jnger),

và dấu hiệu Lhermitte