ỨNG DỤNG LÂM SÀNG GIẢI PHẪU

Nguyễn Quang Quyền

Dưới đây là một số ứng dụng trên lâm sàng được đề cập đến trong cuốn sách "Bài giảng Giải Phẫu Học – Đại Học Y Dược Thành Phố Hồ Chí Minh" được mình tổng hợp lại. Vì tính chất quan trọng của môn học đối với người theo học nghành y và nhu cầu của sinh viên về tổng hợp kiến thức & ứng dụng thực hành lâm sàng, hy vọng tài liệu này sẽ hửu ích cho các bạn. (<_>) Đây chỉ là tài liệu tóm tắt, các bạn xem thêm atlas và sách để rỏ hơn nhé ! @@

CHI TRÊN

- Dây nách thường ở dưới mỏm cùng vai 6cm, do đó khi phẩu thuật, để tránh cắt phải dây thần kinh, người ta thường rạch ở bờ trước trong cơ denta và dưới mỏm cùng vai 6cm.

- Nếu đứt dây nách, cơ denta bị liệt và vai bị tê

- **Vòng nối quanh vai:** do sự tiếp nối giữa động mạch dưới vai với động mạch vai trên và vai xuống của động mạch dưới đòn
  Vòng nối quanh ngực: do động mạch ngực ngoài, động mạch cùng vai ngực nối với động mạch ngực trong, động mạch gian sườn trên của động mạch dưới đòn
  Vòng nối với động mạch cánh tay: do động mạch mũ cánh tay trước nối với động mạch mũ cánh tay sau và động mạch cánh tay sâu của động mạch cánh tay
  - Hai vòng nối trên không tiếp nối với vòng nối dưới nên thắt động mạch nách ở khoảng giữa động mạch mũ và động mạch dưới vai rất nguy hiểm

- Bạch huyết dưới đòn liên quan đến việc biểu hiện của các u ác tính trong nội tạng

- Khi gãy 1/3 giữa xương cánh tay thường gây tổn thương dây thần kinh quay

- Vùng cẳng tay trước có nền là mặt trước xương quay, mặt trước màng gian cốt, mặt trước và mặt trong xương trụ. Bên trong ngăn cách với vùng cẳng tay sau bởi mỏm khuỷu và bờ sau xương trụ. Bên ngoài giới hạn bởi bờ trước xương quay. Giới hạn trong và giới hạn ngoài không bắt chéo với các thần kinh vận động nên có thể mổ vào cẳng tay qua các đường này

- Trong phần lớn các trường hợp, bao hoạt dịch chung của các cơ gấp ngón liên tục với bao hoạt dịch ngón tay út và bao gân cơ gấp ngón cái dài. Do đó, nhiễm trùng bao hoạt dịch ngón út có thể lan tới ngón cái và ngược lại.

- Nên chú ý rằng các thần kinh và mạch máu gan ngón không tiếp xúc với các xương đốt ngón, mà tiếp xúc với bao xơ ngón tay. Cho nên khi rạnh dọc ngón tay trong phẫu thuật, nên rạch ở phần da cạnh ngón tay tiếp xúc với xương để tránh làm tổn thương mach máu và thần kinh

CHI DƯỚI

- Trong tư thế đứng, gai chậu trước trên nằm tương ứng với đốt sống cùng 1 và là điểm mốc để đo chiều dài chi dưới. Gai chậu sau trên tương ứng với đốt sống cùng 2, đó củng là vị trí khớp cùng chậu

- Nơi cao nhất của mào chậu tương ứng với khoảng đốt sống thắt lưng 4, người ta thường dựa vào vị trí của mào chậu để xác định đốt thắt lưng 4, trong thủ thuật chọc dò tủy sống

- Nếu mất đi xương bánh chè, cơ tứ đầu đùi mất đi nơi tựa vững chắc và làm động tác duỗi gối yếu đi

- Nhìn chung, xương chày là xương chịu sức nặng ở vùng cẳng chân, xương lại có bờ trước và mặt trong nằm ngay dưới da nên rất dể bị tổn thương. Hơn thế nửa, nơi này không được cơ che phủ nên khi tổn thương hay phẩu thuật, xương rất lâu lành

- Nhìn chung, so với xương chày, xương mác mỏng manh hơn nhiều nhưng do ít chịu sức nặng nên ít khi gãy đơn thuần mà thường chỉ gãy kèm sau khi gãy xương chày. Gãy xương mác kém quan trọng, trừ trường hợp gẫy ở mắt cá ngoài làm cho cổ chân bị mất đi gọng kìm

- Bao khớp và các dây chằng ở mặt trước khớp hông thường dày hơn ở mặt sau, do đó khớp hong thường trật ra sau. Hơn thế nửa khi đùi ở tư thế gấp và khép, dây chằng vòng ở tư thế gấp và khép, dây chằng vòng ở tư thế nghỉ làm cho chỏm đùi cách xa ổ cối và càng làm cho khớp trật dể dàng

- Trong động tác duỗi gối quá mạnh khi cẳng chân đang ở tư thế xoay ngoài hay xoay trong, sụn chêm có thể bị tổn thương. Sụn chêm ít có mạch máu nuôi nên khi bị tổn thương khó hồi phục và có thể trở thành một vật chèn không cho khớp gối hoạt động.

- Hai dây chằng chéo rất chắc và đóng va trò quan trọng trong việc giữ cho khớp gối khỏi trật theo chiều trước sau. Đứt một trong hai dây chằng này, khi khám khớp gối ta sẽ có dấu hiệu ngăn kéo

- Khi thần kinh ngồi bị viêm, ấn dọc theo đường đi này, bệnh nhân sẽ có cảm giác đa nhói (dấu hiệu Valleix) “ xem trang 166”

- Một dị dạng hiếm gặp về động mạch ở mông: có sự tồn tại một động mạch rất lớn đi song song với thần kinh ngồi thay thế cho động mạch đùi để cung cấp máu cho toàn bộ chi dưới gọi là động mạch ngồi. Cho đến 1991 trên thế giới đả phát hiện được 54 trường hợp. Ở việt nam đả phát hiện một trường hớp ở bộ môn giải phẩu học đại học y dược TPHCM

- Vùng mông à một vung rất quan trong, nhiều cơ, mạch máu: thuận lợi cho việc tiêm bắp thịt

- Cơ thắt lưng chậu: phần thắt lưng của cơ đi từ đốt sống N12 đến TL4 tới mấu chuyển nhỏ, do đó mủ của những apxe lao cột sống ở vùng này có thể theo cơ chảy xuống tận vùng bẹn. Khi cơ thắt lung chậu bị viêm, bệnh nhân thường gấp đùi vào thân để tự giảm đau (dấu hiệu cơ thắt lưng-chậu)

- Ống đùi là một điểm yếu của vùng bẹn. qua ống đùi các cơ quan trong ổ bụng có thể đi ra ngoài tạo nên tình trạng bệnh lý gọi là thoát vi đùi

- Thần kinh bịt khi đi vào rảnh bịt áp ngay sát xương, nên khi thoát vị lỗ bịt, thần kinh bịt bị chèn vào xương gây đau vùng bẹn và vùng đùi trong

- Da và mỡ dưới da vùng cẳng chân trước mỏng và ít di động. ở quanh mắt cá da được ít mạch máu cung cấp, vì vậy những vết thương nhiễm trùng hoặc lỡ loét ở vùng này thường chậm lành, nhất là những người lớn tuổi
- Tĩnh mạch hiển lớn đi từ bờ trong bàn chân đến trước mắt cá trong, và cùng thần kinh hiển lên đùi. Khi cần ta có thể bộc lộ tĩnh mạch hiển lớn ở trước mắt cá trong để tiêm truyền tĩnh mạch

- Thần kinh mác chung khi đi qua chỏm mác nằm ngay trên xương trong một ống hợp bởi xương và cơ mác dài, do đó khi bị bệnh phong ta có thể sờ được thần kinh này tại chỏm mác. Củng do thần kinh nằm sát xương nên khi bó bột cẳng chân cần tránh bó quá chặt ở vùng chỏm mác gây chèn ép thần kinh

- Tĩnh mạch hiển bé đi từ cạnh ngoài bàn chân, sau mắt cá ngoài và theo bờ ngoài gân gót lên cẳng chân cùng với thần kinh bắp chân, tĩnh mạch hiển bé sau đó đổ vào tĩnh mạch khoeo. Khi máu ở tĩnh mạch này không lưu thông tốt sẽ gây nên tình trạng bệnh lý giãn tĩnh mạch ở bụng chân

- Cơ duỗi ngón chân ngắn nằm trên mạc sâu mu chân. Mạc nông và mạc sâu chia mu chân thành 2 khoang tế bào: khoang dưới da nằm trên mạc nông, khoang dưới mạc nằm giữa mạc nông và mạc sâu. Nhiễm trùng ở khoang nào sẽ chỉ khu trú trong khoang đó mà không lan sang khoang khác

ĐẦU - MẶT - CỔ

- Khi há miệng quá to (lúc ngáp) chỏm xương hàm dưới thay vì nằm dưới củ khớp xương thái dương (lúc há miệng vừa phải) lại nằm ra trước củ khớp nên bị cản lại không ngậm miệng đươc nữa gây ra trật khớp thái dương - hàm dưới

- DA ĐẦU

  Vì da đầu có nhiều ý nghĩa thực tế và có liên quan nhiều đến các lớp mạc ở đầu nên trước khi trình bày các mạc ở da đầu, ta đề cập đến da đầu. Da đầu có 5 lớp, từ ngoài vào trong: da, mô liên kết cứng chắc, mạc trên sọ (cân cơ chẩm trán), mô liên kết lỏng lẻo và vỏ xương sọ

  1. **Da**

     Da ở đầu dày nhất trong cơ thể, chứa nhiều tóc và tuyến bã nên da đầu thường có u nang tuyến bã

2. **Mô liên kết cứng chắc**
   Lớp này có tác dụng như một cầu nối giữa da ở trên và cân cơ chẩm trán ở dưới. Có nhiều mô xơ nên rất chắc, trong có nhiều thần kinh và mạch máu, mà thành các mạch máu lại được giữ chặt bởi các mô xơ này nên chảy máu khó cầm vì mạch máu không xẹp được. Chảy máu ở lớp này cũng khó lan tỏa. Nhiễm trùng ít sưng nhưng rất đau
3. **Mạc trên sọ**
   Là một màng cân rất chắc, nối bụng chẩm với bụng trán của cơ chẩm trán. Vết thương da đầu không tạo ra khe hở nếu lớp này không bị cắt ngang (vì da được nối chắc vào cấu trúc này)
4. **Mô liên kết lỏng lẻo**
   Lớp này rất mỏng manh, các tĩnh mạch liên lạc nối các xoang tĩnh mạch trong hộp sọ với các tĩnh mạch da đầu xuyên qua vùng này. Các mạch máu và thần kinh đến da đầu từ ổ mắt phải nằm một đoạn ngắn trong lớp này
   Ba lớp đầu tiên của da đầu có thể tách ra dễ dàng khỏi lớp này. Máu hoặc mủ có thể tụ lại ở đây, và có thể lan tỏa cả vòm sọ, và được giới hạn ở chỗ bám của cơ trên sọ và mạc trên sọ. Tụ máu ở mắt (mắt đen) thường do chấn thương mạnh tại chỗ gây chảy máu dưới da, tụ vào mi mắt. "mắt đen" cũng có thể gây ra do chấn sọ làm chảy máu vào lớp mô liên kết lỏng lẻo (do ảnh hưởng của trọng lực)
   Do sự hiện diện của các tĩnh mạch liên lạc, mô liên kết lỏng lẻo thường được gọi là "vùng nguy hiểm của da đầu". Một định lý phẫu thuật cổ điển xác định rằng "nếu không có các tĩnh mạch liên lạc, các vết thương da đầu mất đi phân nửa sự quan trọng của nó". ở trẻ con, màng cứng và vỏ xương sọ dính chặt vào nhàu hơn là ở người lớn, nên vỡ vòm sọ có thể làm rách màng cứng và vỏ xương sọ, làm máu chảy trong sọ và có thể đi qua chỗ vỡ tụ lại ở lớp mô liên kết lỏng lẻo của da đầu. Cho nên, không có dấy hiệu tăng áp lực nội sọ, trừ khi lớp mô liên kết này đả đầy máu
5. **Vỏ xương sọ**
   Lớp vỏ xương này gắn lỏng lẻo vào bề mặt xương sọ, ngoại trừ các đường khớp và hố thái dương. ứ đọng dịch dưới vỏ xương có thể bóc tách vỏ xương dể dàng, nhưng không thể vượt qua được các đường khớp. Do đó, các dịch tụ có nguồn gốc dưới vỏ xương đều mang hình dáng của xương liên hệ

- Động mạch thái dương nông: nằm bên trong tuyến mang tai, đi lên ngang qua rễ của mỏm gò má. Ở đây có thể bắt được nhịp đập của động mạch ngay trước tai

- CÁC NGHÀNH NỐI CỦA HỆ ĐỘNG MẠCH CẢNH
  Trong 3 động mạch của hệ cảnh thì có thể thắt được động mạch cảnh chung và đặc biệt là động mạch cảnh ngoài. Còn động mạch cảnh trong thì không thể thắt được vì rất nguy hiểm cho sự cấp huyết của não.
  Khi thắt động mạch cảnh chung, tuần hoàn phụ thành lập qua các nhánh phụ sau:
  - Ngoài sọ: giữa động mạch giáp trên và (thuộc động mạch cảnh ngoài) và động mạch giáp dưới (thuộc động mạch dưới đòn)
  - Trong sọ: động mạch đốt sống.

  Khi thắt động mạch cảnh ngoài, tuần hoàn phụ thành lập qua các nhánh lớn của động mạch cảnh ngoài (các động mạch giáp trên, lưỡi, mặt, chẩm) nối với các nhánh tương đương bên đối diện

  Động mạch cảnh ngoài thường được thắt ở bên trên động mạch giáp trên, ở chỗ động mạch cảnh chung phân đôi ngay trên sụn giáp. Ở đây động mạch cảnh ngoài phân biệt được với động mạch cảnh trong nhờ vào 3 đặc điểm: ở trước hơn, ở trong hơn và có 6 nhánh bên (đặc điểm này quan trọng nhất).

  Hai trường hợp dị dạng đặc biệt được phát hiện ở việt nam là không có thân động mạch cảnh ngoài riêng biệt. Động mạch cảnh chung cho các nhánh bên như các nhánh của động mạch cảnh ngoài và sau đó có nhánh vào sọ làm nhiệm vụ của động mạch cảnh trong. Quan niệm thực hành cho rằng động mạch cảnh ngoài là động mạch coa nhánh bên sẽ không còn đúng trong trường hợp dị dạng này.

- XOANG CẢNH VÀ TIỂU THỂ CẢNH: ở tận cùng chỗ phân đôi, động mạch cảnh cung có 2 cấu trúc đặc biệt là xoang cảnh và tiểu thể cảnh
  - Xoang cảnh: phần cuối của động mạch cảnh chung phình ra khoảng 1cm đường kính, gọi là xoàn cảnh. Xoang cảnh đóng góp một phần trong cơ chế điều hóa huyết áp, thành xoang co dãn nhiều, được phân phối bởi nhánh xoang cảnh của thần kinh thiệt hầu, dẫn truyền các xung động của các áp thụ cảm
  - Tiểu thể cảnh: thường nằm tại chỗ hoặc gần chỗ phân đôi của động mạch cảnh chung, kế bên xoang cảnh. Có từ 2 đến 5 sợi thần kinh đi vào cực trên

của tiểu thể cảnh, thường là từ hạch cổ trên và thần kinh thiệt hầu, có thể từ thần kinh lang thang và thần kinh hạ thiệt. Tiểu thể cảnh tác dụng như một hóa thụ cảm: các sợi cảm giác của thần kinh thiệt hầu đáp ứng với sự thay đổi nồng độ oxy trong máu

- Tĩnh mạch góc đi vòng qua bờ trong ổ mắt, chung với động mạch góc trên mỏm trán xương hàm trên, bên trong túi lệ. các nhánh phía sau tĩnh mạch góc đi vào ổ mắt, nối với tĩnh mạch mắt. tĩnh mạch góc, tĩnh mạch mặt và tĩnh mạch mắt không có van. Cho nên máu có thể đi từ tĩnh mạch mắt vào tĩnh mạch góc, hoặc từ tĩnh mạch mặt và tĩnh mạch góc vào tĩnh mạch mắt, vào xoang tĩnh mạch hang và các xoang tĩnh mạch khác trong sọ. Do đó, nếu một ổ nhiễm trùng tụ cầu bị phá vỡ ở vùng mặt xung quanh mũi miệng có thể lan vào xoang hang gây nhiễm trùng nặng. Xuất huyết dưới kết mạc mắt ở trẻ ho gà là một ví dụ khác cho thấy sự thông nối giữa tĩnh mạch trong sọ và ngoài sọ qua tĩnh mạch mắt.

- TĨNH MẠCH CẢNH NGOÀI: tạo nên do sự hợp lưu của tĩnh mạch tai sau và nhánh của tĩnh mạch sau hàm, tĩnh mạch cảnh ngoài đi chếch xuống dưới và ra sau, bắt chéo cơ ức đòn chủm ngang với trung điểm của sương đòn và đổ vào tĩnh mạch dưới đòn. Đường đi của tĩnh mạch này thể hiện bằng một đường thẳng nối từ trung điểm của mỏm chủm và góc hàm dưới đến trung điểm của xương đòn. Tĩnh mạch nằm trước lá nông của mạc cổ, phần bao cơ ức đòn chủm, vì vậy trong trường hợp bị tăng áp lực tĩnh mạch cảnh ngoài, ví dụ suy tim, nó có thể phồng lên và thấy ngay được dưới da

- Thần kinh hoành: phát sinh từ một rễ chính là thần kinh gai sống cổ C4 và hai rễ phụ là thần kinh gai sống cổ C3 và C5. Thần kinh hoành được tạo thành ở bờ ngoài cơ bậc thang trước rồi đi xuống phía trước cơ này. Cắt thần kinh hoành để điều trị (thí dụ: làm xẹp phổi,..) thường được thực hiện ở đoạn này. Để chữa nấc, có thể lấy ngón tay ấn lên đường này để chẹn dây thần kinh hoành (ấn vào ví trí: xem hình 19.4, trang 349)

- Cấu tạo của răng: mỗi răng có mô liên kết đặc biệt là tủy răng, phủ bởi 3 lớp mô canxi là ngà răng, men răng và chất xương răng. Bên ngoài có thể có đá răng (vôi răng) do muối canxi của nước bọt đọng lại

- Phần mũi của hầu còn gọi là tị hầu nằm trên khẩu cái mềm và sau ổ mũi, sau xoăn mũi dưới là lỗ hầu của vòi tai hình tam giác, thông với hòm nhĩ cho nên

nhiễm trùng phần mũi có thể lan đến hòm nhĩ (gây viêm tai giữa). quanh lỗ này, nhất là ở trẻ con, có nhiều mô bạch huyết, tạo thành hạnh nhân vòi. Khi các mô này bị viêm, có thể làm bít lỗ hầu vòi tai, gây rối loạn thính giác. Thành trên là vòm hầu, nằm bên dưới thân xương bướm và phần nền xương chẩm. Ở đây có nhiều mô bạch huyết kéo dài đến thành sau, gọi là hạnh nhân hầu, khi phì đại có thể làm ngạt thở

- Hạnh nhân khẩu cái cùng với hạnh nhân lưỡi, hạnh nhân vòi và hạnh nhân hầu tạo thành vòi bạch huyết quanh họng (hay bị sưng tấy khi viêm họng)

- Ngách hình lê là một rãnh dài nằm bên ngoài rãnh thanh quản. Trong ngách hình lê có các nếp gấp thần kinh thanh quản. dị vật thường kẹt ở ngách hình lê.

- Tất cả các cơ nội tại của thanh quản, ngoại trừ cơ nhẫn giáp đều do thần kinh thanh quản dưới cảu thần kinh lang thanh chi phối. Vì vậy liệt thần kinh thanh quản dưới sẽ gây mất tiếng. Trong phẫu thuật cắt bướu giáp nguy cơ làm tổn thương dây thần kinh thanh quản rất cao, ảnh hưởng tới giọng nói sau phẫu thuật

- Khí quản nằm trên đường giữa, hơi lệch sang phải (do cung động mạch chủ đẩy), đến đốt sông N4 hoặc N5 thì chia làm hai phế quản chính trái và phải. phế quản chính phải to hơn, chếch hơn và ngắn hơn phế quản chính trái. Do đó dị vật thường rơi vào phế quản chính phải

- TUYẾN GIÁP:
  - Địa lý và chủng tộc ảnh hưởng đến trọng lượng tuyến giáp. Tuyến giáp phụ nữ lúc hành kinh hay lúc có thai và cho con bú lớn hơn nam giới. khi tuyến giáp phì đại tạo nên bướu giáp
  - Mỗi thùy tuyến giáp tiếp xúc bên trong với sụn giáp, sụn nhẫn, phần ngoài các sụn khí quản, cơ khít hầu dưới, thực quản (cho nên khi tuyến giáp phì đại gây khó nuốt), thần kinh thanh quản quặt ngược và nhánh ngoài của thần kinh thanh quản trên (khi mổ cắt thùy tuyến giáp, phải tránh gây tổn thương cho các thần kinh này).
  - Tuyến giáp được bọc bởi bao xơ, tạo nên do sự cô đặc của các mô liên kết ngoại biên tuyến giáp. Bao xơ gắn vào mạc tạng bằng một lớp lỏng lẻo, rất dễ bóc tách, có các mạch máu và thần kinh đi bên trong. Đặc điểm này

được ứng dụng trong phẫu thuật tuyến giáp. Ngoài ra tuyến giáp còn được cố định vào các sụn kế cận bằng các dây chằng, do các dây chằng này, tuyến giáp cùng di động với thanh, khí quản khi nuốt. điều này giúp chẩn đoán phân biệt bướu giáp với các bướu cổ khác.

- Động mạch giáp dưới là nhánh của động mạch thân giáp cổ từ động mạch dưới đòn, vào mặt sau mỗi thùy, chia làm 2 nhánh, cả 2 nhánh đều có thể nối nhau ở đường giữa. thần kinh thanh quản quặt ngược có thể ở giữa, trước hoặc sau hai nhánh này, nên khi kẹp động mạch này trong phẫu thuật cắt thùy tuyến giáp phải chú ý đến thần kinh này

- Xoang hàm trên liên quan trực tiếp với răng cối lớn thứ nhất, do đó sâu răng có thể dẫn đến viêm xoang

- Xoang bướm gồm 2 xoang năm trong xương bướm, thường không đối xứng với nhau và cách nhau bởi vách xoang bướm. Mỗi xoang đổ vào phía sau ngách mũi trên bởi một lỗ xoang. Do đó khi vỡ xương bướm máu sẽ chảy ra mũi.

- Vùng nhỏ phía trên xoăn mũi trên, ở đó có các sợi thần kinh khứu giác gọi là vùng khứu. Khu này là khu phẫu thuật nguy hiểm, vì nhiễm trùng có thể theo các dây thần kinh khứu lên tới màng não.

- Vùng niêm mạc mũi có nhiều tuyến niêm mạc, tế bào bạch huyết, nhiều mạch máu. Vì có nhiều mạch máu tạo thành điểm mạch nên cũng dể đưa đến chảy máy mũi ở đây

- Động mạch trung tâm võng mạc là một nhánh của động mạch mắt, theo dây thần kinh thị giác vào nhãn cầu chia làm 2 nhánh trên và dưới, các dây này không thông nối với nhau củng như với các nhánh khác. Đây là những động mạch tận cùng, do đó nghẽn động mạch trung tâm võng mạc gây mù. Có thể soi đáy mắt để thấy tình trạng của võng mạc và động mạch trung tâm võng mạc

- Thủy dịch được chứa trong tiền phòng và hậu phòng của nhãn cầu. thành phần thủy dịch giống như huyết tương nhưng không có protein. Thủy dịch được tiết ra ở mỏm mi vào hậu phòng, chui qua con ngươi để sang tiền phòng rồi chui vào góc mống mắt – giác mạc để vào xoang tĩnh mạch củng mạc và đi theo

các tĩnh mạch mi. Vì vậy áp lực thủy tĩnh luôn không đổi. Nếu vì lý do nào đó mà làm tắc nghẽn sự lưu thông thủy dịch thì áp lực sẽ tăng lên gây nên bệnh tăng nhãn áp.

- BỘ LỆ: tuyến lệ; tiểu quản lệ; túi lệ; ống lệ mũi, trong trường hợp bị tắc ở một nơi nào đó trong các đường dẫn lệ, nước mắt sẽ không chảy được vào mũi qua ông lệ mũi làm cho luôn luôn bị chảy nước mắt

- Dái tai không có sụn mà chỉ có mô sợi và mô mỡ và là nơi ta thường xỏ lỗ tai để đeo bông tai hay chọc kim thử thời gian chảy máu. Sụn giúp loa tai giữ nguyên vẹn hình dạng, nếu sụn bị tổn thương hay hủy hoại do nhiễm trùng, loa tai sẽ biến dạng

- Nhìn chung, ống tai ngoài đi từ ngoài vào theo hướng từ trước xuống dưới thành một đường cong hình chử S; ở gần loa tai, nó cong lồi ra trước và đến màng nhĩ thì cong lồi ra trước. vì vậy, ở người trưởng thành khi soi màng nhĩ, muốn nhìn thấy màng nhĩ phải kéo loa tai lên trên và ra sau để làm giảm bớt độ cong này

- Thành trước ống tai ngoài liên quan với hố hàm ở phía trong và một phần của tuyến mang tai ở phía ngoài. Vì vậy, một cú đấm vào cằm có thể làm cho lồi cầu xương hàm dưới trật ra sau và làm vỡ thành trước tai ngoài và ngược lại một nhiễm trùng ở ống tai ngoài có thể lan đến tuyến mang tai

- Da của ống tai ngoài liên tục với da loa tai và phủ mặt ngoài của màng nhĩ. Phần da che phủ sụn có lông và các tuyến ráy tai. Da dính chặt vào sụn và xương nên nhọt ở ống tai ngoài gây đau đớn dữ dội

- Cảm giác ống tai ngoài được chi phối bởi thần kinh ống tai ngoài thuộc thần kinh hàm dưới và nhánh tai thuộc thần kinh lang thang. Vì vậy, những bệnh của răng dưới và lưỡi nơi chịu sự chi phối của thần kinh hàm dưới củng có thể gây cảm giác đau ở ống tai ngoài và những dị vật ở ống tai ngoài có thể kích thích thần kinh lang thang gây nên phản xạ buồn nôn và ho.

- TAI GIỮA: các thành của hòm nhĩ

1. Thành trần: liên quan đến hố sọ giữa, viêm tai giữa (VTG) có thể gây viêm màng não
2. Thành tĩnh mạch cảnh (hay sàn): liên quan đến TM cảnh trong
3. Thành mê đạo: liên quan trực tiếp đến hệ thống mê đạo của tai trong gồm ụ nhô, cửa sổ ốc tai, cửa sổ tiền đình, lồi ống thần kinh mặt, lồi ống bán khuyên ngoài, mỏm hình ốc. Như vậy hòm nhĩ liên quan mật thiết với thần kinh mặt, do đó khi viêm tai giữa, thần kinh có thể bị tổn thương và làm liệt mặt
4. Thành chủm hay thành sau của hòm nhĩ gồm ống thông hang, hang chũm, lồi ống thần kinh mặt, gò tháp, lỗ nhĩ ông thừng nhĩ. Hang chũm là một phòng lớn nằm trong mỏm chũm xương thái dương. Hang chủm thông với phía sau và phía dưới với vô số các xoang chủm. Xoang chủm là những hốc xương nhỏ hơn hang chũm xếp thành nhiều nhóm rãi rác trong mỏm chủm và đục thủng mỏm này làm chảy mũ ra ngoài (viêm tai xương chủm thể xuất ngoại)
5. Tành động mạch cảnh hay thành trước: vì vậy khi ta bị VTG có thể bị đau tai theo nhịp đập của động mạch, và nguy cơ cao bị nhiễm trùng huyết khi bị VTG
6. Thành màng hay thành ngoài: màng nhĩ

- MÀNG NHĨ: nếu ta vạch 2 đường, một theo cán búa và một thẳng góc với đường trên qua rốn màng nhĩ, ta có thể chia màng nhĩ thành 4 khu:
  - Hai khu trên, nhất là khu trên sau, liên quan rất chặt với các xương con và dây thừng nhĩ
  - Hai khu dưới, đặc biệt là khu dưới sau không liên quan với cơ quan quan trọng nên thường là nơi rạch tháo mủ khi hòm nhĩ ứ mủ.

- Vòi tai chỉ được mở ra khi ta nuốt hoặc ngáp dưới tác động của cơ căng màn khẩu cái và cơ vòi hầu làm cho áp lực khí trời ở hòm nhĩ và tai ngoài cân bằng. khi hạch hạnh nhân vòi bị viêm sẽ làm cản trở việc mở vòi tai và làm tai nghễnh ngãng. Ứng dụng khi đi cáp treo, máy bay bị ù tai ta có thể nhai, nuốt gì đó hoặc ngáp.

- Khám các các bệnh nhân bị viêm dây thần kinh sinh ba, ta có thể ấn tìm ba điểm đâu của mặt là:
  - Lỗ trên ổ mắt (nhánh ngoài của dây thần kinh trên ổ mắt, V1)
  - Lỗ dưới ổ mắt (thần dưới ổ mắt, V2)

- Lỗ cằm (thần kinh cằm, V3)

- Thần kinh mặt là một dây thần kinh hỗn hợp có nhiều chức năng, trong đó gồm các sợi:
  - Vận động: xuất phát từ hai nhóm nhân thần kinh mặt đi đến vận động các cơ bám da mặt và cổ biểu hiện tình cảm trên nét mặt. Khi liệt thần kinh mặt chặng trung ương, thường nhóm nhân thần kinh mặt trên vẫn còn nên ở bên mặt bị liệt mắt vẫn nhắm được và các nếp ngang trán vẫn nhăn được, trong khi liệt mặt ở chặng ngoại biên thì nửa mặt cùng bên bị liệt hoàn toàn

- Thần kinh thiệt hầu hay thần kinh IX là một dây hỗn hợp, gồm có:
  - Các sợi vận động tới các cơ ở hầu
  - Các sợi cảm giác và vị giác 1/3 sau lưỡi. Vì vậy thần kinh thiệt hầu là dây chính trong các phản xạ nôn và nuốt
  - Các sợi đến xoang động mạch cảnh có chức năng trong các phản xạ điều hòa huyết áp và hô hấp
  - Các sợi đối giao cảm đến bài tiết tuyến mang tai

- Thần kinh lang thang như tên gọi có một lộ trình dài nhất trong 12 dây thần kinh sọ và diện phân phối rất rộng thuộc phần thần kinh đối giao cảm gồm có:
  - Các sợi vận động đi đến các cơ ở hầu và thanh quản.
  - Các sợi đối giao cảm là cấu tao chủ yếu của hai dây thần kinh X đi đến phân phối cho tất cả các tạng ở ngực, bụng (trừ các tạng niệu dục dưới phúc mạc).
  - Qua nhánh loa tai (có thể giải thích tại sao khi ngoáy tai thường có phản xạ ho).

THAM KHẢO:

Bài giảng Giải Phẫu Học_tập 1_Nguyễn Quang Quyền_Đại Học Y Dược Thành Phố Hồ Chí Minh_nhà xuất bản y học