



TIỀN LÂM SÀNG

BÀI GIẢNG VỀ

KỸ NĂNG

LÂM SÀNG

Preclinical Lectures
for Clinical Skills

MED 310-410

NỘI DUNG

CHƯƠNG 1	TỔNG QUAN VỀ KỸ NĂNG LÂM SÀNG, OSCE & BỆNH VIỆN MÔ PHỎNG
CHƯƠNG 2	KỸ NĂNG GIAO TIẾP, HỎI BỆNH & KHAI THÁC BỆNH SỬ-TIỀN SỬ CƠ BẢN
CHƯƠNG 3	KỸ NĂNG KHÁM TOÀN THÂN & LÀM BỆNH ÁN NỘI-NGOẠI TỔNG QUAN
CHƯƠNG 4	KỸ NĂNG HỎI-KHÁM LÂM SÀNG & CÁC THỦ THUẬT VỀ TIM MẠCH
CHƯƠNG 5	KỸ NĂNG HỎI-KHÁM LÂM SÀNG & CÁC THỦ THUẬT VỀ HÔ HẤP
CHƯƠNG 6	KỸ NĂNG HỎI-KHÁM LÂM SÀNG & CÁC THỦ THUẬT VỀ TIÊU HÓA
CHƯƠNG 7	KỸ NĂNG HỎI-KHÁM LÂM SÀNG & CÁC THỦ THUẬT VỀ THẬN-TIẾT NIỆU
CHƯƠNG 8	KỸ NĂNG HỎI-KHÁM LÂM SÀNG & CÁC THỦ THUẬT VỀ NỘI TIẾT
CHƯƠNG 9	KỸ NĂNG HỎI-KHÁM LÂM SÀNG & CÁC THỦ THUẬT VỀ HỆ VẬN ĐỘNG
CHƯƠNG 10	KỸ NĂNG HỎI-KHÁM LÂM SÀNG & CÁC THỦ THUẬT VỀ HỆ THẦN KINH
CHƯƠNG 11	KỸ NĂNG HỎI-KHÁM LÂM SÀNG VỀ TÌNH TRẠNG TÂM THẦN
CHƯƠNG 12	KỸ NĂNG HỎI-KHÁM LÂM SÀNG CƠ BẢN VỀ TAI - MŨI - HỌNG
CHƯƠNG 13	KỸ NĂNG HỎI-KHÁM LÂM SÀNG CƠ BẢN VỀ RĂNG-HÀM MẶT
CHƯƠNG 14	KỸ NĂNG HỎI-KHÁM LÂM SÀNG & CÁC THỦ THUẬT VỀ MẮT & THỊ LỰC
CHƯƠNG 15	KỸ NĂNG HỎI-KHÁM LÂM SÀNG & CÁC THỦ THUẬT VỀ SẢN PHỤ
CHƯƠNG 16	KỸ NĂNG HỎI-KHÁM LÂM SÀNG & CÁC THỦ THUẬT VỀ NHI KHOA
CHƯƠNG 17	KỸ NĂNG SƠ CỨU - HỒI SINH CƠ BẢN - HỒI SINH NÂNG CAO



CHƯƠNG 10

KỸ NĂNG HỎI-KHÁM LÂM SÀNG & CÁC THỦ THUẬT CƠ BẢN VỀ HỆ THẦN KINH

Mục tiêu: Sau khi học xong bài này sinh viên có khả năng:

1. Khai thác được triệu chứng cơ năng thường gặp khi khám hệ thần kinh
2. Thực hiện đúng các bước trong thăm khám thực thể hệ thần kinh
3. Biết một số qui trình, kỹ năng, thủ thuật cơ bản liên quan hệ thần kinh

Nội dung

10.1 Kỹ năng hỏi & khám hệ thần kinh

10.1.1. Hỏi bệnh

- I. Hỏi về Bệnh sử
- II. Hỏi về Tiền sử

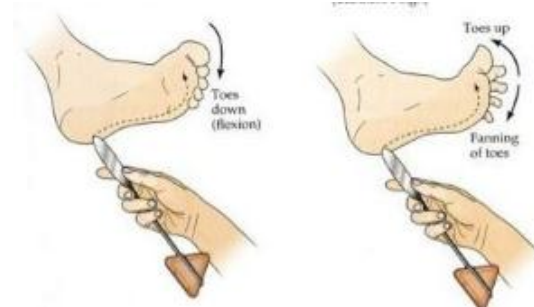
10.1.2. Khám bệnh

- I. Khám chức năng TK cao cấp
- II. Khám 12 đôi dây TK sọ não
- III. Khám cảm giác
- IV. Khám vận động.
- V. Khám phản xạ
- VI. Kết thúc thăm khám

10.2 Các thủ thuật, kỹ năng

10.2.1 Kỹ thuật chọc dò tủy sống

10.2.2 Các qui trình kỹ thuật chuyên ngành thần kinh



10.1 Kỹ năng hỏi & khám chuyên hệ thần kinh

Tổng quan

- Mục đích của việc hỏi bệnh & thăm khám thần kinh là để trả lời ba câu hỏi:
 - (1) Bệnh nhân có bệnh thần kinh hay không?
 - (2) Bệnh lý nằm ở đâu trong hệ thần kinh?
 - (3) Bệnh lý đó là gì?
- Thông thường, bệnh sử có tính quyết định. Những điểm đặc trưng sau đây trong bệnh sử có thể cung cấp nhiều thông tin:
 - + Khởi phát
 - * Đột ngột – căn nguyên mạch máu, cơ học
 - * Trong vài giây – cơn động kinh
 - * Trong vài phút - đau nửa đầu
 - * Trong vài giờ - nhiễm trùng, viêm
 - * Trong vài ngày / tuần - khối u hoặc rối loạn thoái hóa
 - + Thời gian
 - * Thời gian phục hồi ngắn, ví dụ như TIA (Transient ischemic attack -cơn thiếu máu não cục bộ thoáng qua), động kinh, migraine, bất tỉnh
 - * Thời gian phục hồi dài - nguyên nhân cơ học, tắc nghẽn hoặc áp lực mất myelin, ví dụ bệnh đa xơ cứng...
 - + Mô tả của người chứng kiến - đặc biệt khi bệnh nhân có giai đoạn mất ý thức hoặc lú lẫn
- Nhìn chung việc thăm khám thần kinh thường phải được tiến hành rất tỉ mỉ trong nhiều lần, và vẫn cần tuân theo các nguyên tắc chung .

10.1.1 Cách tiếp cận, khai thác & đặt câu hỏi trong khám hệ thần kinh

Để có cách tiếp cận có hệ thống, đảm bảo không bỏ lỡ bất kỳ thông tin quan trọng nào - Qui trình với các bước dưới đây cung cấp một khuôn khổ để sinh viên/bác sĩ có cách tiếp cận, khai thác & đặt câu hỏi để đạt được một bệnh sử về bệnh lý hệ thần kinh tương đối đầy đủ & toàn diện.

Giới thiệu (introduction)

- Tự giới thiệu - tên / vai trò
- Xác nhận chi tiết về bệnh nhân - tên / tuổi (DOB- Date Of Birth)
- Giải thích nhu cầu phải có một bệnh sử - Nhận được sự đồng ý
- Đảm bảo bệnh nhân được thoải mái

Trình bày lý do vào viện (history of presenting complaint)

- Điều quan trọng là sử dụng câu hỏi mở để gợi ra vấn đề phàn nàn, khiếu nại, than phiền của bệnh nhân. "*Vậy hôm nay bác thấy thế nào mà vào viện/đến khám?*"
- Cho phép bệnh nhân đủ thời gian trả lời, cố gắng không làm gián đoạn hoặc hướng cuộc trò chuyện.
- Tạo điều kiện thuận lợi cho bệnh nhân than phiền, phàn nàn & kể lại các triệu chứng bệnh hiện tại của họ thật chi tiết nếu cần. "*Vâng, vậy hãy cho tôi biết thêm về điều đó*"

I. Hỏi các triệu chứng chính của của bệnh sử :

Các triệu chứng cơ năng là những triệu chứng do bệnh nhân tự cảm thấy khi mắc bệnh kể lại. Khi người bệnh nêu lý do đến khám, người khám hỏi tập trung vào triệu chứng đó và sau đó cần hỏi các triệu chứng chính khác nêu dưới đây để khai thác kỹ tình trạng bệnh...Các triệu chứng chính cần khai thác đó bao gồm: : Đau đầu; Chóng mặt; Yếu mệt; Tê, mất cảm giác; Mất ý thức tạm thời; Run và vận động không tự chủ.

A. Đau đầu - Hỏi về các điểm sau đây (có thể dựa theo SOCRATES):

- Triệu chứng đau đầu là cảm giác chủ quan và phụ thuộc vào rất nhiều yếu tố khác nhau cho nên việc thăm khám bệnh nhân đau đầu không phải để khẳng định triệu chứng đau và các tính chất của nó.
- Khám bệnh nhân đau đầu là nhằm mục đích phát hiện các triệu chứng kèm theo, tránh bỏ sót triệu chứng của những bệnh thực thể và để tìm nguyên nhân đau đầu.
- Việc khám bệnh phải được tiến hành toàn diện, đầy đủ và kỹ càng. Các cơ quan; sọ, cột sống cổ, các đôi dây thần kinh sọ não, điểm xuất chiếu của các dây thần kinh vùng sọ mặt, các động mạch lớn cần được quan tâm khám kỹ.
- Trong phần khai thác bệnh sử cần tập trung làm rõ các điểm sau:

– Vị trí đau & hướng lan (Site & Radiation):

Vị trí đau đầu của bệnh nhân cần được xác định rõ ràng. Nó có vai trò tương đối quan trọng trong việc xác định nguyên nhân.

- + Đau một bên thay đổi khi bên phải, khi bên trái thường là Migraine.
- + Đau một bên hốc mắt cố định, thời gian của cơn ngắn thường là đau đầu chuỗi.
- + Đau đầu do căng thẳng (tension typ headache) khu trú một hoặc hai bên, đau nhất vùng cổ-vai và chẩm, cũng có khi đau lan cả vùng trán.
- + Đau đầu do suy nhược thần kinh thường lan toả, kiểu đội mũ chật...

- Cách khởi phát & đặc tính (Onset & Character): Thông thường mỗi loại đau đầu có một cách khởi phát tương đối đặc trưng. Ví dụ:
 - + Kích phát, đột ngột: Thường do chảy máu nội sọ.
 - + Đột ngột, dữ dội, phụ thuộc vào tư thế: Thường do u não thất.
 - + Cường độ tiến triển tăng dần trong một thời gian dài: Thường do khối phát triển nội sọ.
 - + Đau đầu tái diễn, thành cơn, khởi phát ở tuổi thiếu niên và người trẻ, hay gặp ở nữ giới, kèm theo buồn nôn, nôn, sợ ánh sáng, sợ tiếng động, thường là Migraine...

- Thời gian xuất hiện (Onset) :
 - + Đau đầu chuỗi: Thường xuất hiện khi ngủ và có thiên hướng lặp lại đúng thời gian đó.
 - + Migraine có thiên hướng xuất hiện vào các buổi sáng.
 - + Tăng áp lực nội sọ: Đau nhiều khi đêm về sáng làm bệnh nhân tỉnh dậy, cường độ đau tăng khi đi lại.
 - + Đau đầu tension: Thường đau ban ngày và tăng về cuối ngày.

- Tần số và chu kỳ của đau đầu tái diễn (Onset & Time):
 - + Cơn Migraine; không đau hàng ngày hoặc tồn tại lâu dài. Tần số thường từ 1 - 2 cơn/tuần ; thường xảy ra nhiều lần trong ngày và kéo dài hàng năm.
 - + Đau đầu chuỗi (cluster headache); xảy ra hàng ngày và kéo dài hàng tuần hoặc vài tháng, sau đó là thời gian ổn định tương đối dài.

- Các yếu tố gây cơn (Exacerbating/relieving factors):
 - + Migraine: Nhiều bệnh nhân có cơn đau khi thay đổi thời tiết, mất ngủ hoặc ngủ dài (hoặc ngắn) hơn bình thường, khi ăn một số thức ăn nhất định (chocolate, tôm...), sau khi uống rượu (nhất là rượu vang đỏ), bia, nhìn ánh sáng chói.
 - + Bệnh nhân nữ thường có cơn đau vào chu kỳ kinh nguyệt hàng tháng...
 - + Bệnh lý nội sọ, đặc biệt bệnh lý hố sau: đau tăng khi cúi, ho, khi làm nghiệm pháp Valsava.
 - + Giảm dịch não tủy: ngồi, đứng đau nhiều nhưng khi nằm đỡ đau nhanh.

- Tính chất và cường độ (Character & Severity):
 - + Migraine: Tính chất mạch đập, cường độ vừa đến dữ dội.
 - + Đau đầu chuỗi: Đau nhức, nặng nề như khoan, ổn định về cường độ.
 - + Đau đầu do căng thẳng: cảm giác căng, chật, đầy, ép.

- Tiền triệu, các triệu chứng thoảng qua và kèm theo (Associations):
 - + Cảm giác báo trước: Triệu chứng não khu trú thoảng qua thường xảy ra trước cơn Migraine dưới 1 giờ.
 - + Co đồng tử, sụp mi, tăng tiết nước mắt, xung huyết kết mạc, ngạt mũi, nề mắt, quanh hốc mắt, đỏ mặt bên đau là các triệu chứng kèm theo trong cơn đau đầu chuỗi.
 - + Do tổn thương cấu trúc nội sọ: Đau đầu dai dẳng, tiến triển tăng dần.

- Thời gian kéo dài của cơn (Time):
 - + Bệnh Migraine chỉ có cơn kéo dài từ 4 - 72 giờ, thường đạt cường độ đau dữ dội sau khi khởi phát 1 - 2 giờ.
 - + Đau đầu chuỗi: Cơn kéo dài 20 - 60 phút, đặc trưng của chứng đau này là đạt cường độ cực đại ngay lập tức.
 - + Đau đầu tension: Cơn đau tăng trong vài giờ, cường độ ít khi dữ dội nhưng cơn thường tồn tại lâu ngày, có khi hàng năm.
- Yếu tố tăng đau (Exacerbating/relieving factors):
 - + Đau tăng khi ho: tổn thương nội sọ, tăng áp lực nội sọ.
 - + Vận động tăng đau: bệnh cơ, xương, khớp hoặc bệnh chèn ép các dây thần kinh ngoại vi cảm giác hoặc hỗn hợp.
 - + Hoạt động, vận động cơ thể: Migraine, đau đầu do căng thẳng.
 - + Đau tăng khi cúi: đau đầu chuỗi ...
- Yếu tố dịu đau(Exacerbating/relieving factors) :
 - + Cơn đau Migraine dịu đi khi: nghỉ ngơi, bùong tối.
 - + Đau đầu typ tension: xoa bóp, chườm nóng.
 - + Đau đầu chuỗi: ấn trên chỗ đau, chườm nóng trên chỗ đau, đi lại, vận động sẽ làm dịu đau.
- Nên xác định mức đau để hỏi người bệnh: sử dụng thang 1-10 để tự đánh giá mức đau? (Severity: How severe is the pain, consider using the 1-10 scale?)
- Tiền sử gia đình: Migraine và đau đầu typ tension: có tiền sử gia đình.

B. Chóng mặt - Hỏi để khai thác các điểm sau đây:

- Tổng quan
 - + Định nghĩa (theo Harrison's Practice): Là cảm giác hoang tưởng hay ảo giác về cử động của cơ thể hay môi trường; thường nhất là cảm giác xoay tròn kèm buồn nôn, tư thế không vững, và thất điều dáng đi. Có thể khởi phát hay nặng lên khi cử động đầu.
 - + Phải hỏi chi tiết tiền sử và khám lâm sàng để phân biệt chóng mặt với choáng váng (choáng váng là trạng thái mất cảm giác về sự thăng bằng, cảm thấy mọi vật xung quanh như đang chao đảo) do bệnh nhân thường dùng lẫn lộn 2 từ này thay thế lẫn nhau.
- Phân loại:
 - + Chóng mặt ngoại biên có nguồn gốc bên ngoài hệ thần kinh trung ương, đặc biệt ở các ống bán khuyên. Chiếm > 90% các trường hợp chóng mặt. Nguyên nhân thường gặp nhất là chóng mặt tư thế kịch phát lành tính, viêm thần kinh tiền đình, và bệnh Ménière.
 - + Chóng mặt trung ương có nguồn gốc bên trong hệ thần kinh trung ương. Chiếm <10% các trường hợp chóng mặt. Bao gồm đột quỵ, migraine, u, các bệnh thoái hoá myelin
- Các dấu hiệu và triệu chứng
 - + Cảm giác ảo giác hay hoang tưởng về cử động của cơ thể hay môi trường - Bệnh nhân mô tả một cảm giác xoay tròn: Cảm giác tự bản thân hay môi trường không cân bằng.
 - + Trong chóng mặt kịch phát tư thế lành tính, các triệu chứng khởi phát từ cử động đầu (khi bệnh nhân quay đầu khỏi giường) và giảm đi khi không cử động. Chóng mặt từng cơn, mỗi cơn kéo dài chỉ vài phút, tuy nhiên cơn tái phát kéo dài đến vài tuần
 - + Buồn nôn và nôn ói: Thường nặng nhất trong chóng mặt do nguyên nhân tiền đình ngoại biên, ít nặng trong nguyên nhân trung ương
 - + Rung giật nhãn cầu (Nystagmus) Chóng mặt tư thế kịch phát lành tính: rung giật nhãn cầu xoay. Viêm tiền đình: rung giật nhãn cầu theo chiều ngang. Các nguyên nhân trung ương: có thể có bất kỳ hướng nào, tuy nhiên điển hình là rung giật nhãn cầu dọc

C. Yếu mệt - Hỏi để khai thác các điểm sau đây:

- Bệnh nhân khai thấy yếu mệt là một triệu chứng thông thường của hệ thần kinh với nhiều nguyên nhân và cần hỏi han khai thác điều tra cẩn thận.
- Cần gợi ý đầy đủ để làm rõ những gì bệnh nhân cho là mệt mỏi, thờ ơ, buồn ngủ, hoặc mất sức thực sự.
- Trong vận động cơ yếu, nguyên nhân có thể liên quan đến dây thần kinh, cơ thần kinh, hoặc tổn thương một cơ?. Có sự khởi phát đột ngột, từng bước hoặc cấp tính, hoặc mãn tính, trong một thời gian dài thời gian?
- Những lĩnh vực nào của cơ thể có liên quan? Điểm yếu là toàn thân, hay có tiêu điểm ở mặt và chi? Nó liên quan đến một bên của cơ thể hay cả hai bên?
- Khu vực nào đang bị ảnh hưởng?
- Khi bạn lắng nghe câu chuyện của bệnh nhân, cần nhận dạng các mẫu dưới đây:
 - + Ví dụ như ở gần đầu - vai và đai hông >< Xa - ở bàn tay hoặc bàn chân.
 - + Đối xứng-trong cùng một khu vực ở cả hai bên của cơ thể.
- Để xác định sự yếu vùng gần: hãy hỏi về sự khó khăn với các hành động như chải tóc, leo lên kệ, leo khỏi ghế, leo trèo hoặc bước cao. Sự yếu kém có xấu đi với sự lặp lại và cải thiện sau nghỉ ngơi? Có các triệu chứng cảm giác hoặc các triệu chứng khác không?
- Để xác định sự yếu vùng xa: hãy hỏi về các chuyển động tay khi mở nắp bình hoặc khi sử dụng kéo hoặc tuốc nơ vít, hay các vấn đề như vấp ngã khi đi dạo. Mệt yếu do lặp đi lặp lại hay khi hoạt động quá mức... cũng cần khai thác kỹ.

D. Tê, mất cảm giác.

- Khi bệnh nhân kêu tê bại, hãy yêu cầu bệnh nhân xác định chính xác hơn. Có ngứa ran như "ghim và kim đâm", thay đổi cảm giác như là nhảm lẫn (paresthesias), bị méo mó cảm giác hoặc là cảm giác hoàn toàn mất?
- Thiết lập mô hình mất cảm giác. Có phân phối kiểu găng tay không?

E. Mất ý thức tạm thời

- Bệnh nhân khai ngất xỉu là phổ biến. Bắt đầu hỏi bằng cách tìm ra chính xác những gì bệnh nhân đã nghe thấy khi ngất như tiếng ồn hoặc giọng nói bên ngoài trong suốt lúc ngất, cảm thấy nhẹ yếu, nhưng không để thực sự mất ý thức, phù hợp với ngất gần hoặc sắp ngất gần đây?
- Hoặc bệnh nhân thực sự trải nghiệm hoàn toàn mất ý thức, một trường hợp của ngất thật, được định nghĩa như một sự mất đột ngột nhưng tạm thời của ý thức và vận động thoáng qua.
- Gợi ý một mô tả đầy đủ về sự kiện:
 - + Bệnh nhân đang làm gì khi sự kiện đã xảy ra?
 - + Bệnh nhân có đứng, ngồi, hoặc nằm xuống không?
 - + Có bất kỳ yếu tố gây khởi phát hoặc các triệu chứng cảnh báo?
 - + Mất ý thức kéo dài bao lâu? Liệu tiếng nói vẫn có thể nghe được?
 - + Điều quan trọng là có khởi phát và tỉnh lại chậm hoặc nhanh?
 - + Có đánh trống ngực không? Có tiền sử bệnh tim?
- Hỏi xem có ai quan sát thấy sự mất ý thức này không

F. Run, vận động không tự chủ

- Run là những cử động bất thường, không chủ ý, có biên độ đều của một bộ phận nào đó trong cơ thể như bàn tay, cánh tay, đầu, mặt hoặc chân, thường gặp nhất ở hai bàn tay.
 - + Nó có thể thấy ở nhiều người khỏe mạnh khi chứng run xuất hiện và biến mất nhanh chóng, do cơ thể mệt mỏi hay do những thay đổi của cảm xúc, thời tiết được gọi là run sinh lý.
 - + Khi các triệu chứng run xuất hiện với tần suất lớn hơn và mức độ nặng hơn, làm ảnh hưởng nhiều đến cuộc sống cũng như sinh hoạt thường ngày, được gọi là run bệnh lý.
- Có rất nhiều nguyên nhân gây run bệnh lý, trong đó những nguyên nhân thường gặp là rối loạn thần kinh thực vật, stress, sử dụng nhiều chất kích thích, tổn thương não, bệnh lý tuyến giáp, thiếu một số vitamin và khoáng chất, nhiễm độc kim loại nặng hoặc nhiều trường hợp không xác định được nguyên nhân, gọi là run vô căn.
- Cần hỏi để khai thác các triệu chứng liên quan:
 - + Rối loạn thần kinh thực vật: chủ yếu thường gặp nhất là do những sang chấn về tinh thần, mệt mỏi, lo âu, căng thẳng thần kinh, stress gây ra?
 - + Tổn thương do di chứng của viêm não từ nhỏ?
 - + Sự thiếu hụt các vitamin Magie, vitamin B6, vitamin B12, vitamin D, khoáng chất trong một thời gian dài sẽ rất dễ dẫn tới các bệnh lý về thần kinh và cơ, trong đó có chứng run tay chân?
 - + Do nhiễm độc một số kim loại nặng (như chì, thủy ngân) ?

Nếu có bất kỳ triệu chứng nào kể trên, hãy tìm hiểu thêm chi tiết:

- Khi nào triệu chứng bắt đầu?
- Khởi phát cấp tính hoặc dần dần?
- Thời lượng - Phút / giờ / ngày / tuần / tháng / năm
- Mức độ nghiêm trọng - nghĩa là nếu triệu chứng là tần suất - bao nhiêu lần trong ngày?
- Diễn tiến - triệu chứng có xấu đi, cải thiện, hoặc tiếp tục dao động?
- Không liên tục hoặc liên tục? - Triệu chứng có luôn hiện diện hay không?
- Các yếu tố kích thích - Có bất kỳ triệu chứng rõ ràng nào gây ra ?
- Các yếu tố làm giảm - Có bất cứ điều gì để cải thiện các triệu chứng?
- Các đợt trước - Bệnh nhân có trải qua các triệu chứng này trước đây không?.

II. Hỏi về Tiền sử (The rest of the history)

A. Tiền sử bệnh đã mắc (past medical history)

- Cần hỏi bệnh nhân về các tổn thương do di chứng của viêm não từ nhỏ?

B. Tiền sử dùng thuốc (drug history)

- Thuốc kê đơn có liên quan:
 - + Thuốc kháng động kinh (Carbamazepun, Diazepam)?
 - + Thuốc điều trị Parkinson (L dopa, Sinemet, Amatadin...)
- Thuốc thảo dược
- Các thuốc gây dị ứng?

C. Tiền sử gia đình

- Tiền sử gia đình: Migraine và đau đầu typ tension. ...

D. Vấn đề sinh hoạt & xã hội

- Hút thuốc - *Bao nhiêu điếu thuốc một ngày? Bác hút thuốc lá bao lâu?*
- Rượu - cụ thể về loại / thể tích / độ mạnh của rượu
- Sử dụng thuốc giải trí - sử dụng ma túy là một yếu tố nguy cơ viêm gan

E. Tình hình cuộc sống: Ai sống với bệnh nhân?

- + *Mọi người chăm sóc bác thế nào? Từng được mức chăm sóc nào?*

F. Hỏi thăm dò các hệ thống khác (systemic enquiry)

- Gồm việc thực hiện một truy vấn ngắn cho các hệ thống cơ thể khác, có thể là các triệu chứng bệnh nhân không đề cập đến...
- Một số triệu chứng có thể liên quan đến chẩn đoán (ví dụ: run xuất hiện sau chấn thương sọ não).
- Chọn các triệu chứng để hỏi phụ thuộc mức độ kinh nghiệm của bạn:
 - + Tim mạch - *Đau ngực / đánh trống ngực / Khó thở / Ngất / Phù ngoại vi?*
 - + Hô hấp - *Khó thở / Ho / Đờm / Khái huyết / Đau ngực?*
 - + Tiêu hóa - *Ăn kém/ Buồn nôn / Ói mửa / Tiêu chảy / Giảm cân / Đau bụng / Thói quen ruột ?*
 - + Cơ xương khớp - *Nhức xương và chấn thương / đau cơ ?*
 - + Da liễu - *Rối loạn da / Bị bong da / Vết loét / Thương tổn?*

10.1.2. Cách khám lâm sàng hệ thần kinh

I. Khám chức năng thần kinh cao cấp

- Chức năng thần kinh cao cấp chỉ có thể được đánh giá thích hợp ở bệnh nhân còn lạnh lợi, tỉnh táo và hợp tác. Từ bệnh sử chúng ta thường thấy rõ liệu rằng có cần thiết phải khám chức năng TK cao cấp một cách chi tiết hay không cần thiết.
- Khả năng cung cấp một bệnh sử mạch lạc cho thấy chức năng thần kinh bình thường. Tuy nhiên, nếu bệnh nhân không thể cung cấp bệnh sử một cách mạch lạc (lú lẫn...) thì khi đó việc thăm khám ý thức là cần thiết.

A. Quan sát chung (bề ngoài, thái độ, hành vi)

- Dáng vẻ (*ví dụ: nhếch nhác*). Hành vi (*ví dụ: hoang mang, bồn chồn, kích động*).
- Trạng thái cảm xúc (*ví dụ: chán nản, phấn khích, chống đối*).
- Quan sát, và khai thác thêm thông tin từ điều dưỡng và người nhà bệnh nhân.

B. Khám đánh giá trạng thái Ý thức

- Trạng thái ý thức : là mức độ sáng sủa, tỉnh táo của tâm thần, khả năng nhận thức của người bệnh về bản thân mình, môi trường xung quanh và thời gian.
- Phương pháp thăm khám trên lâm sàng thường dùng là định hướng lực (khả năng nhận biết bản thân, không gian và thời gian). Ngoài ra còn đánh giá thông qua khả năng đáp ứng với kích thích đau hoặc chính xác nhất là thang điểm Glasgow.
- Khi khám ý thức, thường sử dụng một số câu hỏi: "Đây là đâu?", "Hôm nay là thứ mấy?", "Anh có biết tôi là ai không?", "Anh hãy cho biết anh là ai"... Thông thường khi có rối loạn, định hướng về thời gian và không gian thường rối loạn trước, định hướng về bản thân và xung quanh duy trì lâu hơn.

- Ý thức được chia làm 4 mức độ: theo phương pháp định hướng lực và kích thích đau.
 - + Ý thức u ám: định hướng không gian, thời gian và bản thân chính xác nhưng trả lời chậm chạp. BN dễ bị đánh thức & thực hiện được các động tác đỡ gạt.
 - + Ngủ gà: định hướng được bản thân, không gian thời gian và xung quanh nhưng trở ngại nhiều hơn, khi còn khi mất. Phải hỏi to, lay mạnh người bệnh mới trả lời được đôi chút rồi lim dim ngủ gà, ngủ gật. Phải kích thích thật mạnh người bệnh mới có động tác đỡ gạt, khó đánh thức tỉnh hơn trạng thái ý thức u ám.
 - + Bán hôn mê: năng lực định hướng mất hoàn toàn, người bệnh không phản ứng gì với các kích thích của môi trường, hỏi không nói, không thực hiện được bất cứ yêu cầu gì của thầy thuốc. Khi kích thích thật đau người bệnh mới có phản ứng nhất thời như giật tay, co tay lại, nhăn mặt.
 - + Hôn mê: ý thức người bệnh bị loại trừ hoàn toàn, người bệnh mất hết các phản ứng, phản xạ và có thể có cả phản xạ bệnh lý như Babinski. Người bệnh chỉ còn hoạt động của các trung khu quan trọng để đảm bảo đời sống thực vật như tuần hoàn hô hấp,.. ra khỏi trạng thái hôn mê người bệnh quên hoàn toàn.
- Thang điểm Glasgow là một phương thức đánh giá mức độ ý thức nhanh chóng và được sử dụng rộng rãi. Nên ghi lại phản ứng của bệnh nhân cũng như số điểm GCS. Cách tính tổng số điểm theo A, B, C & lượng giá.

A. Đáp ứng bằng mở mắt	B. Đáp ứng bằng lời nói	C. Đáp ứng bằng vận động
1. Mắt luôn nhắm 2. Mở mắt khi kích thích đau 3. Mở mắt khi gọi 4. Mở mắt tự nhiên và chớp mắt bình thường	1. Không trả lời 2. Trả lời không hiểu được, chỉ rên rĩ thành tiếng 3. Trả lời không phù hợp – nói được từ nhưng không thành câu 4. Trả lời lộn xộn 5. Hội thoại bình thường	1. Không đáp ứng 2. Đáp ứng phản xạ duỗi với kích thích đau – vai khép và xoay trong, khuỷu tay duỗi, cẳng tay sấp 3. Đáp ứng phản xạ gấp với kích thích đau 4. Co rụt chi lại 5. Định vị: cố gắng bảo vệ chỗ đau 6. Có ý thức: đáp ứng bình thường với mệnh lệnh

BẢNG ĐIỂM GLASGOW

Thang điểm Glasgow của Teasdale và Jenett (1978)

1.Mắt:




- + Không mở khi kích thích(1)
- + Mở khi ra lệnh (3)
- + Mở khi gây đau (2)
- + Mở tự nhiên (4)

2.Nói:

- + Không nói (1)
- + Không rõ (2)
- + Trả lời lộn xộn (3)
- + Trả lời hạn chế (4)
- + Trả lời đúng (5)

3.Vận động:

- + Không đáp ứng gì cả (1)
- + Duỗi cứng mất não (2)
- + Co cứng mất vỏ não (3)
- + Cử động không tự chủ (4)
- + Đáp ứng khi đau (5)
- + Làm đúng theo lệnh (6)

Behaviour	Response
 Eye Opening Response	4. Spontaneously 3. To speech 2. To pain 1. No response
 Verbal Response	5. Oriented to time, person and place 4. Confused 3. Inappropriate words 2. Incomprehensible sounds 1. No response
 Motor Response	6. Obeys command 5. Moves to localised pain 4. Flex to withdraw from pain 3. Abnormal flexion 2. Abnormal extension 1. No response

Đánh giá:

(+) = 15 điểm: bình thường.

(+) = 14 - 10 điểm: rối loạn ý thức

(+) = 10 - 8 điểm: rối loạn ý thức nặng

(+) = 7 - 6 : hôn mê

(+) = 5 - 4 điểm: hôn mê sâu

(+) = 3 điểm: hôn mê không hồi phục.

C. Nghe để đánh giá về ngôn ngữ / lời nói

- Đánh giá qua hội thoại: Có khó khăn trong việc phát âm rõ ràng hay không?; Có thay đổi giọng điệu giọng nói?
- Khó nói (Dysphonia): Có khó khăn trong việc tìm kiếm những từ thích hợp?
- Chứng câm (Dysphasia) hoặc mất ngôn ngữ hay thất ngôn...

D. Hỏi để nhận định chức năng Nhận thức

‘Nhận thức’ là một thuật ngữ bao gồm sự định hướng, quá trình suy nghĩ (chú ý, trí nhớ) và tư duy logic (kiến thức, lý luận), cần hỏi :

- Định hướng – hỏi nhận thức về: Thời gian: ‘Hôm nay là ngày bao nhiêu?’ (Thời gian, tháng, năm); Nơi chốn: ‘Bạn đang ở đâu?’; Người: ‘Tên bạn là gì?’
- Sự chú ý và tính toán: yêu cầu bệnh nhân trừ đi 7 từ 100, 7 từ 93, v v
- Trí nhớ:
 - + Nhớ lại ngay lập tức – Lặp lại các số đã được nói cho một cách chậm rãi
 - + Trí nhớ ngắn hạn - yêu cầu bệnh nhân nói với bạn: đã ăn gì trong bữa sáng?
 - + Trí nhớ mới - Nói tên và địa chỉ, hãy chắc chắn là bệnh nhân đã được học điều này, và sau đó kiểm tra việc nhớ lại sau 5 phút.
 - + Trí nhớ dài hạn - Hãy hỏi bệnh nhân: Về các sự kiện trước khi mắc bệnh, ví dụ: năm ngoái, trong cả tuần trước; ‘Địa chỉ của bạn là gì?’
- Kiến thức chung: Tên của Chủ tịch/ Thủ tướng Chính phủ là ai?
- Lý luận (suy nghĩ trừu tượng): Bạn sẽ làm gì nếu bạn tìm thấy một phong bì có dán tem và ghi rõ họ, tên trên mặt đất?

II. Khám 12 đôi dây TK sọ não

Khám các dây thần kinh sọ não và chi trên khi bệnh nhân ngồi, tốt nhất là trên giường hoặc trên ghế.

A. Khám dây I (thần kinh khứu giác)

- Dùng dầu bạc hà, cà phê, vv - lần lượt ngửi thử từng mũi.
- Có thể là bình thường khi không gọi tên đúng các mùi, nhưng phải phân biệt được mùi này với mùi khác.

B. Khám dây II (thần kinh thị giác)

1. Thị lực

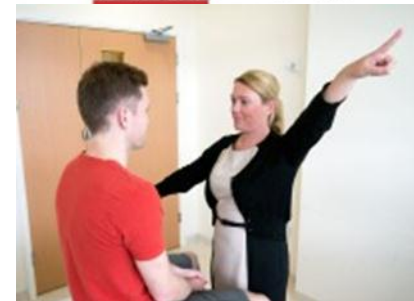
- Khám từng mắt riêng biệt.
- Yêu cầu bệnh nhân để đọc báo in nhỏ với từng mắt riêng biệt, có thể sử dụng kính.
- Nếu thị lực kém, khám chính thức: Thị lực gần - giấy in báo hoặc loại Jaeger (lần lượt từng mắt) . Thị lực xa - loại Snellen (phương pháp này chính xác hơn) Bệnh nhân đứng cách bảng Snellen 6m (khám lần lượt từng mắt).

2. Khám các thị trường

Ngồi đối diện và yêu cầu bệnh nhân nhìn vào mũi bạn.

- Khám lần lượt từng mắt. Đưa ngón tay về phía trước từ phía sau tai ở góc phần tư bên trên và dưới của bệnh nhân và hỏi bệnh nhân khi nào có thể nhìn thấy ngón tay.
- Thị lực bình thường là khoảng 100 ° từ trục của mắt.

3. Khám đáy mắt (Xem Chương 14)



C. Khám dây III, IV, VI (thần kinh vận nhãn, đồng tử)

- Nhìn vào đồng tử. Chúng có tròn và nằm ngang nhau không?
 - + Đồng tử nhỏ và đối xứng: tuổi già, thuốc phiện...
 - + Đồng tử đối xứng lớn: rượu, cường thần kinh giao cảm...
 - + Đồng tử không đối xứng: liệt dây thần kinh III ...
- Phản xạ ánh sáng. Chiếu ánh sáng chói của đèn pin lần lượt vào từng đồng tử trong một căn phòng sáng lờ mờ. Đồng tử có co như nhau không?
- Phản xạ điều tiết (Accommodation reflex). Yêu cầu bệnh nhân nhìn vào vật thể ở xa, và sau đó nhìn vào ngón tay của bạn cách mũi 10-15 cm - đồng tử có co không?

D. Khám dây V (dây tam thoa)

- Dây V cảm giác: Khám cảm giác xúc giác nông với cả ba phần. Thông thường chỉ cần chạm nhẹ bằng ngón tay là đủ. Kim châm thường chỉ cần thiết để phân định vùng tê bì.
- Phản xạ giác mạc - dây V cảm giác và dây VII vận động: Yêu cầu bệnh nhân nhìn lên trên và chạm vào giác mạc bằng tấm bông. Cả hai mắt đều chớp. Nhớ là giác mạc rất rõ ràng; không khám màng cứng!
- Dây V vận động – các cơ hàm: Yêu cầu bệnh nhân mở miệng chống lại sức cản, hoặc đặt ngón trỏ của bạn nhẹ nhàng trên hàm bệnh nhân đang mở và thả lỏng. Gõ nhẹ lên ngón tay của bạn bằng một cái búa phản xạ.



E . Khám dây VII (dây thần kinh mặt)

- Yêu cầu bệnh nhân: Nâng lông mày; Nhắm chặt mắt; Nhe răng - Minh họa cho bệnh nhân nếu cần thiết.
- Tổn thương neuron vận động dưới: tất cả các cơ bên phía tổn thương bị ảnh hưởng, ví dụ: liệt Bell (Bell's palsy): khe mi mở rộng, nháy mắt yếu, miệng trễ xuống.
- Tổn thương neuron vận động trên: chỉ có các cơ thấp hơn bị ảnh hưởng, tức là miệng trễ xuống một bên, nâng lông mày bình thường.
- Vị giác: chỉ có thể khám được một cách dễ dàng ở hai phần ba trước lưỡi.

F. Khám dây VIII (dây thần kinh thính giác)

- Tiền đình: Việc khám cạnh giường không dễ dàng đối với dây thần kinh này ngoại trừ tìm kiếm rung giật nhãn cầu.
- Thính giác: Che một tai bằng cách ấn gờ bình tai. Đếm thì thầm các số ngày càng lớn tiếng cho đến khi bệnh nhân có thể lặp lại chúng. Nghiệm pháp Weber. Đặt một âm thoa được làm rung ở giữa trán bệnh nhân.

G. Khám dây IX (dây thần kinh lưỡi hầu)

- Yêu cầu bệnh nhân nói "A" và xem chuyển động lên trên đối xứng của lưỡi gà - kéo lệch khỏi bên yếu hơn.
- Chạm vào mặt sau của họng với thanh đè lưỡi một cách nhẹ nhàng. Nếu bệnh nhân nôn ọe thì thần kinh còn nguyên vẹn.



H. Khám dây X (dây thần kinh phế vị)

- Hỏi xem bệnh nhân có thể nuốt được bình thường hay không?.
- Quan sát vom họng bằng cách đèn lưỡi và yêu cầu NB kêu “a, a”. Bình thường màn hầu được nâng lên cân đối hai bên. Nếu liệt một bên, màn hầu bên đó không nâng lên được (có dấu hiệu kéo màn hầu)
- Nghe giọng nói NB có khàn tiếng, mất tiếng?
- Khám loạn vận ngôn

J. Khám dây XI (dây thần kinh gai)

- Khám cơ ức đòn chũm: Yêu cầu bệnh nhân mềm cổ, ấn cầm xuống chống lại sức cản của tay bạn. Quan sát xem cả hai cơ ức đòn chũm có bình thường hay không.
- Khám cơ thang: Yêu cầu bệnh nhân nâng hai vai. Nếu bệnh nhân không thể thực hiện được động tác này, cơ thang không hoạt động. Yếu sức cơ thang một bên thường liên quan với liệt nửa người

K. Khám dây XII (dây thần kinh hạ thiệt)

- Yêu cầu bệnh nhân thè lưỡi ra ngoài càng dài càng tốt. Nếu lưỡi lệch về bên nào thì đó là bên yếu, ví dụ: lưỡi lệch về bên trái khi đưa ra ngoài chứng tỏ tổn thương dây thần kinh hạ thiệt bên trái.
- Đèn nghị NB nuốt và hỏi để quan sát NB nói ..



II. Khám cảm giác

A. Khám cảm giác nông

A.1 Khám cảm giác sờ

- Yêu cầu NB nhắm mắt khi khám.
- Dùng tấm bông quệt vào từng vùng da NB, yêu cầu NB nói "có" khi người khám chạm vào bằng dụng cụ ấn với áp lực 1g, 10 g và 75 g, hoặc bằng tấm bông. Chạm vào ở các khoảng thời gian không đều nhau.
- So sánh hai bên cơ thể. Xác định cảm giác sờ của NB còn hay mất?



A.2 Khám cảm giác đau

- Yêu cầu NB nhắm mắt khi khám. (Bệnh nhân cũng có thể mở mắt). Lấy một đinh ghim sạch hoặc vô trùng và không sử dụng cùng một đinh ghim trên bệnh nhân khác. Chạm đầu nhọn của kim trên da. Đừng làm chảy máu. Có cảm thấy nhói không, giống như kim châm?
- Nếu người khám không chắc chắn về việc mất cảm giác, một phương pháp khác là yêu cầu bệnh nhân nhắm mắt, và đặt đầu tù hoặc nhọn của đinh ghim trên da không đều và hỏi bệnh nhân đầu nào là đầu. nào?



A.3 Khám cảm giác nóng, lạnh

- Yêu cầu NB nhắm mắt khi khám. Dùng hai ống nghiệm, một ống đựng nước nóng, một ống đựng nước đá, áp vào da NB. Tiến hành làm từng vùng và hỏi cảm giác của NB. Xác định cảm giác nóng lạnh của NB còn hay mất?



B. Khám cảm giác sâu

B.1 Khám cảm giác rung

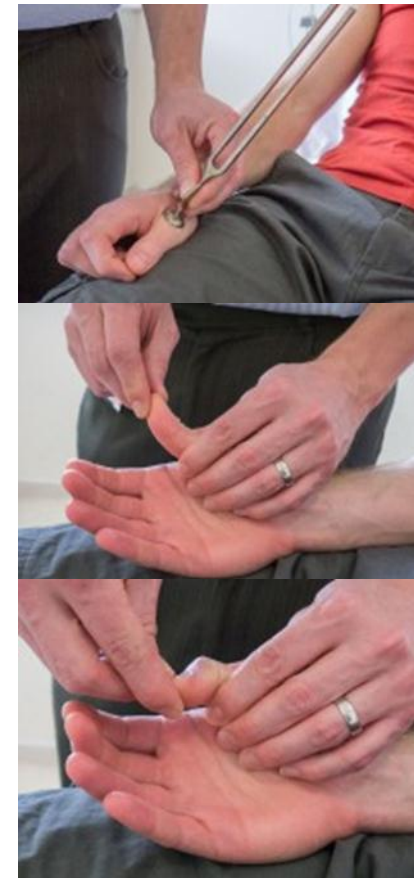
- Yêu cầu NB nhắm mắt khi khám.
- Dùng âm thoa gõ mạnh cho rung rồi để vào các xương ở sát da như xương bánh chè, xương chày, gai xương chậu, xương khuỷu... Hỏi NB cảm giác của các vùng xương đó.
- Xác định cảm giác rung của NB còn hay mất?

B.2 Khám cảm giác tư thế, vị trí

- Yêu cầu NB nhắm mắt, NVYT để một ngón tay hoặc ngón chân nào đó của NB ở một tư thế và vị trí nhất định rồi đề nghị NB nói cho biết tư thế vị trí của ngón này hoặc yêu cầu NB để ngón tay hay ngón chân bên đối diện ở tư thế, vị trí tương tự.
- Xác định cảm giác tư thế, vị trí của NB còn hay mất?

B.3 Khám cảm giác nhận biết đồ vật

- NB nhắm mắt, đưa những đồ dùng hàng ngày quen thuộc và yêu cầu NB sờ và cho biết là vật gì.
- Xác định cảm giác nhận biết đồ vật của NB còn hay mất?



III. Khám vận động

- Khi đánh giá hệ thống vận động, tập trung vào dáng bộ, các cử động không tự nguyện, đặc điểm của cơ (kích thước, trương lực và sức cơ) và sự phối hợp. Các thành phần này được mô tả theo thứ tự dưới đây.
- Người khám có thể sử dụng chuỗi này kiểm tra từng thành phần khi khám cánh tay, chân và thân. Nếu thấy một bất thường, xác định các cơ liên quan.

A. Khám dáng bộ (vận động tự chủ)

- Quan sát vị trí cơ thể của bệnh nhân trong quá trình vận động:
 - + Cho BN mở mắt, đi bình thường (khoảng 10 bước), xoay lại và đi trở lại (tay BN để tự do hai bên, không mang vật gì, không cố gắng nắm lại).
 - + Dáng đi nổi gót: yêu cầu BN bước đi trên đường thẳng, sao cho gót chân trước chạm mũi chân sau.
 - + Nếu tiên lượng BN có thể đi không vững thì phải đảm bảo có đủ người hỗ trợ để tránh BN té và chấn
- Đánh giá:
 - + Thăng bằng: hai chân BN cách bao nhiêu xa thì BN mới cảm thấy vững.
 - + Độ dài, sự đều đặn và nhịp của bước chân.
 - + Khả năng xoay người.
 - + Các cử động đi kèm (đánh tay).
- Một số dáng đi bệnh lý đặc biệt:
 - A. Dáng đi Parkinson
 - B. Dáng đi vạt cổ (Spastic corticospinal)
 - C. Dáng đi tiểu não (Cerebellar Gait)
 - D. Apraxic, Frontal Gait
 - E. Bệnh cột sống thắt lưng (Lumbar Spine Disease)
 - F. Bệnh lý thần kinh ngoại vi (peripheral neuropathy)
 - G. Bệnh cơ (myopathy).

A Parkinson Disease



Stage 1: unilateral involvement; blank facies; affected arm with tremor



Stage 2: bilateral involvement with stooped posture; slow, shuffling gait with short steps (petit pas)



Stage 3: pronounced gait disturbances, moderate generalized disability; postural instability with tendency to fall

B Spastic Corticospinal



Right hemiparesis with flexed right arm secondary to a cortico-spinal tract lesion



Typical spastic gait, circumduction of the leg at the hip and scuffing the toe on affected leg.

C Cerebellar Gait



Wide-based gait of midline cerebellar tumor or other lesion



Typical wide-based gait of drug intoxication

D Apraxic, Frontal Gait



Apraxic gait of normal-pressure hydrocephalus

E Lumbar Spine Disease



Characteristic posture in left-sided lower lumbar disc herniation



Patient with lumbar spinal stenosis with forward flexion gait

F Peripheral Neuropathies



Patient walks gingerly due to loss of position sense and/or painful dysesthesia



Sudden buckling of knee while going down stairs (femoral nerve)

F. Netter M.D.



Sudden occurrence of foot drop while walking (peroneal nerve)

G Myopathy



Severe myopathy or NMI lesion with proximal weakness

B. Khám các động tác vận động chủ động.

B1. Khám vận động chủ động chi trên

* Yêu cầu tự co duỗi tay, nâng tay lên cao và quan sát xem có giảm vận động bên nào không? Kiểm tra lại về khả năng vận động chủ động từng khu vực và kiểm tra thêm với các nghiệm pháp sau:

– Vai:

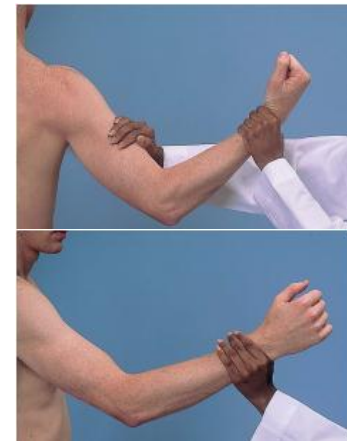
- + Dạng (động tác do cơ Delta và cơ cạnh sống phụ trách; TK chỉ huy C5-C6): người bệnh cố nhắc cánh tay lên (khủy gấp) chống lại lực ấn xuống của người khám (a) .
- + Khép (C6-C7-C8) người bệnh cố khép chặt tay vào thân (khủy gấp) chống lại động tác cố kéo cánh tay ra ngoài của người khám.

– Khuỷu:

- + Gấp: người bệnh cố gấp khuỷu để chống lại động tác kéo thẳng cánh tay họ ra của người khám (b).
- + Duỗi: người bệnh cố duỗi cánh tay để chống lại động tác gấp tay họ lại của người khám

– Cổ tay:

- + Gấp: người khám cố kéo duỗi thẳng cổ tay người bệnh ra trong khi bảo họ gấp mạnh lại
- + Duỗi: người khám đẩy gấp cổ tay người bệnh vào trong khi bảo họ cố duỗi cổ tay ra



- Ngón tay:
 - + Gấp: người bệnh nắm và vặn chặt 2 ngón tay của người khám
 - + Duỗi (d): người bệnh úp bàn tay, duỗi căng các ngón tay trong khi người khám cố ấn các ngón tay xuống.
 - + Dạng (e): người bệnh dạng các ngón tay hết sức trong khi người khám cố khếp các ngón tay họ lại
 - + Khếp (f): người bệnh khếp chặt các ngón tay và người khám kéo tách lần lượt từng ngón.
- Nghiệm pháp gọng kìm:
 - + Người bệnh bấm chặt ngón trỏ và ngón cái để tạo thành một gọng kìm
 - + Người khám luồn ngón trỏ và ngón cái của mình vào và lấy sức dạng ra. Bên nào liệt gọng kìm của người bệnh sẽ rời ra dễ dàng
- Nghiệm pháp Barre chi trên:
 - + Người bệnh giơ hai tay ra trước, nhắm mắt và nói họ giữ nguyên tư thế đó.
 - + Bên liệt sẽ rơi xuống từ từ
- Nghiệm pháp úp sấp bàn tay của Babinsk:
 - + Người bệnh giơ hai tay ra trước, bàn tay ngửa, mắt nhắm và giữ nguyên tư thế đó.
 - + Bên liệt sẽ úp sấp dần và rơi xuống từ từ.



B2. Khám vận động chi dưới

- Quan sát dáng đi của người bệnh: dấu hiệu vạt cỏ (chân bên liệt lết lết trên mặt sàn)
- Quan sát khi người bệnh nằm: bàn chân bên liệt đổ xuống giường, bên liệt ít cử động hoặc không cử động
- Yêu cầu người bệnh co, duỗi từng chân và quan sát xem bên nào giảm vận động.
- Háng
 - + Gấp (L2-L3): (a) yêu cầu người bệnh duỗi thẳng và nâng cao chân lên chống lại lực đẩy xuống của người khám (người khám đặt tay ngay trên đầu gối)
 - + Duỗi (L5-S1-S2): (b) yêu cầu người bệnh giữ thẳng chân nằm xuống giường kháng lại lực nhấc chân lên của người khám (người khám đặt tay dưới kheo chân hoặc cổ chân)
 - + Dạng (L4-L5-S1): người bệnh dạng đùi ra ngoài kháng lại lực đẩy vào của người khám
 - + Khép (L2-L3-L4): người bệnh khép chặt đùi kháng lại lực kéo ra của người khám
- Đầu gối
 - + Gấp (L5-S1): người bệnh gập gối không để người khám duỗi thẳng ra (có thể để người bệnh nằm sấp để loại trừ lực tác động của các cơ khác).
 - + Duỗi (L3-L4): để gối gập nhẹ, yêu cầu người bệnh duỗi thẳng ra không để người khám gập gối lại.



- Cổ chân

- + Người khám gập cổ chân trong khi người bệnh cố đạp bàn chân vào tay người khám
- + (hoặc ngược lại) người khám kéo thẳng hai bàn chân người bệnh trong khi họ cố gập cổ chân lại.



- Nghiệm pháp Mingazzini chi dưới

- + Người bệnh nằm ngửa, hai chân giơ lên, căng chân vuông góc với đùi, đùi vuông góc với thân mình.
- + Bên liệt căng chân sẽ rơi xuống.



C. Khám các cử động không tự chủ (Các cử động tự phát).

- Theo dõi các cử động không tự nguyện như run rẩy, tics, hoặc fasciculations. Lưu ý vị trí, chất lượng, tỷ lệ, nhịp điệu và biên độ của chúng, và quan hệ của họ với tư thế, hoạt động, mệt mỏi, cảm xúc, và các yếu tố khác.
- Rung giật bó cơ: Sự co một nhóm các sợi cơ được chi phối bởi một neuron vận động (đơn vị vận động). Do sự phóng lực tự phát của neuron vận động chi phối. Gặp ở tổn thương thần kinh ngoại biên nhưng cũng có thể ở người bình thường.
- Hoạt động lúc nghỉ ngơi:
 - + Giảm động: Gặp ở BN trầm cảm, Parkinson.
 - + Tăng động: Sự kích động, cuồng điên, chứng nằm ngồi không yên (akathisia), chứng chân không yên (restless legs)
- Run
 - + Parkinson: Run lúc nghỉ, cải thiện khi VĐ chủ ý.
 - + Run tiểu não: Run gốc chi, tăng lên khi vận chủ ý.
- Múa giật:
 - + Đột ngột; Vị trí ở ngọn chi và gốc chi;
 - + Kéo dài hơn chứng giật cơ (myoclonus)
- Loạn trương lực cơ
 - + Tư thế cơ thể bất thường kéo dài
 - + Có thể tăng hoặc giảm.

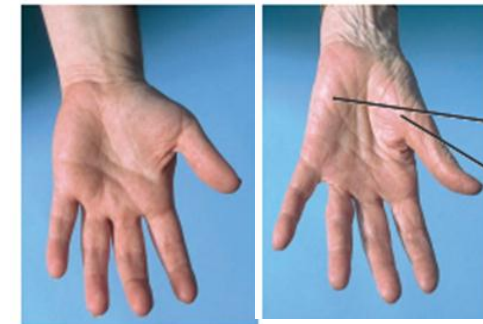
D. Khám các đặc điểm của cơ

D.1 kích thước cơ

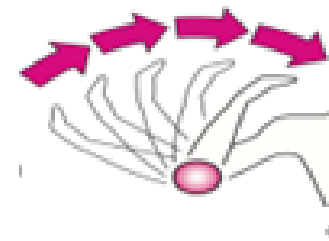
- Khám kích thước và chu vi của cơ, cơ nhìn lõm cho thấy teo? Khi tìm chứng teo, hãy chú ý đặc biệt đến bàn tay, vai, và đùi.
- Tuy nhiên, teo của tay cơ thể có thể xảy ra với tuổi già bình thường, như thể hiện ở hình bên phải.

D.2 trương lực

- Để phát hiện tăng trương lực cơ hoặc giảm trương lực cơ - BN thư giãn. Di chuyển chi một cách thụ động, gập/duỗi tại các khớp khuỷu, cổ tay, đầu gối, gót.
- Dùng các vận động đều đặn, nhẹ nhàng và đánh giá sức đề kháng lại.
- Kiểm tra sự tăng trương lực tại các khớp khuỷu và gối: duỗi khuỷu tay hoặc gập gối một cách nhanh chóng BN nằm ngửa, gập gối nhanh bằng cách nâng gối lên khỏi giường và để cẳng chân rơi tự do.
- Bình thường: Có một sự kháng lại rất nhẹ đối với VD thụ động.



- Co cứng ngoại tháp:
 - + Tăng đề kháng ở cả nhóm cơ gấp lẫn cơ duỗi Sự đề kháng tăng cả với các vận động chậm Mức độ không đổi trên suốt khoảng di chuyển của khớp.
 - + Cứng cơ bánh xe răng cưa: Cứng cơ kèm thay đổi sức đề kháng theo từng nhịp, từng bậc.
 - + Co cứng kiểu “ống chì”: khi kéo thả ra chi sẽ nằm nguyên vị trí đó
- Cứng cơ kiểu tháp:
 - + Ưu thế ở nhóm cơ gấp chi trên và cơ duỗi chi dưới.
 - + Sự đề kháng tăng mạnh với các VĐ nhanh và đột ngột, các VĐ chậm thì đề kháng ở mức bình thường.
 - + Dùng lực kéo di chuyển khớp thì sẽ có sự thư giãn
 - + Co cứng kiểu “dao nhíp”: khi đang kéo thả ra sẽ về vị trí ban đầu.
- Trương lực thay đổi:
 - + Sự đề kháng thay đổi, lúc có lúc không; Thường gặp ở người già: có bệnh lý bán cầu não hai bên, kèm với sa sút trí tuệ.
- Giảm trương lực cơ
 - + Các rối loạn tiểu não; Các rối loạn thần kinh cơ



D.3. Sức cơ

- Đánh giá “sức cơ BN có bình thường không?”
 - + Sức cơ phụ thuộc BN là trẻ em, người già, nam, nữ, người luyện tập thể lực, hoặc người gầy ốm..
 - + Sức cơ bất thường: phải có rối loạn ảnh hưởng đến bó tháp, rễ - dây thần kinh vận động...
- Khám sức cơ theo trình tự: gốc chi đến ngọn chi ở chi trên và chi dưới. Yêu cầu BN cố gắng duy trì tư thế kháng lại lực của người khám: (a) K.tra sức cơ chi trên; (b) K.tra sức cơ ở hông; (c) K.tra sức cơ tại gối; (d) K.tra sức cơ ở cổ chân.
- Yếu cơ buồng xuôi: BN có thể gắng sức một ít, sau đó đột ngột buồng xuôi do Đau; Không cố gắng; Do không hiểu...
- Thang điểm đánh giá sức cơ (Cơ lực)
 - + Độ 0/5: Liệt hoàn toàn
 - + Độ 1/5: Vận động cơ có thể nhìn thấy được, nhưng không cử động khớp.
 - + Độ 2/5: Cử động được khớp nhưng không thắng được trọng lực.
 - + Độ 3/5: Thắng được trọng lực, nhưng không thắng được lực cản.
 - + Độ 4/5: Chống được lực cản, nhưng chưa đạt đến sức cơ bình thường.
 - + Độ 5/5: Sức cơ bình thường



E. Khám sự phối hợp

Để đánh giá sự phối hợp, hãy quan sát hiệu quả của bệnh nhân trong:

E.1 Các vận động thay đổi nhanh

- Yêu cầu BN vỗ vào lòng một bàn tay luân phiên bằng lòng và mu bàn tay còn lại đều đặn liên tục, càng nhanh càng tốt. Có thể vỗ bằng lòng bàn tay 3 cái thì đổi sang vỗ bằng mu tay 1 cái, cứ thế lặp lại càng nhanh càng tốt.



E.2 Các thao tác điểm tới điểm

- Ngón tay chỉ mũi:
 - + Yêu cầu BN dùng ngón trỏ chạm vào ngón của người khám sau đó chạm vào mũi BN.
 - + Lặp lại động tác nhiều lần cho đến khi thấy rằng các cử động mềm mại và chính xác.
 - + Di chuyển ngón tay người khám đến vị trí khác khi động tác lặp lại (BN mở mắt).
- Gót chân đầu gối:
 - + BN ở tư thế nằm ngửa.
 - + Yêu cầu BN nhấc một chân lên rồi đặt gót chân xuống đúng đầu gối chân kia và trượt gót chân đều đặn xuống dọc theo mào xương chày đến mu bàn chân.



E.3 Đi bộ và các cử động cơ thể liên quan khác.

Yêu cầu bệnh nhân:

- Đi bộ qua phòng hoặc xuống hành lang, sau đó quay lại và trở lại. Quan sát tư thế, cân bằng, vung tay, và cử động của chân. Bình thường sự cân bằng rất dễ dàng, cánh tay swing ở hai bên, và lượt được thực hiện trơn tru.
- Đi bộ từ gót chân đến ngón chân theo một đường thẳng - một kiểu gọi là đi bộ song song.
- Đi bộ trên ngón chân, sau đó kiểm tra nhạy cảm ở gót chân, và sự cân bằng
- Nâng đầu gối cao, đầu tiên trên một chân, sau đó ở bên kia. Hỗ trợ đỡ khuỷu tay của bệnh nhân nếu bạn nghĩ bệnh nhân có nguy cơ bị ngã.
- Đứng lên từ vị trí ngồi mà không có sự hỗ trợ của cánh tay



E.4 Đứng trong tư thế cụ thể.

- Hai bài kiểm tra sau đây thường có thể được thực hiện đồng thời. Chúng khác nhau chỉ ở vị trí cánh tay của bệnh nhân và ở những gì bạn đang đánh giá. Trong mỗi trường hợp, hãy đứng gần để tránh bệnh nhân bị ngã.
- Romberg test.
 - + Đây chủ yếu là một kiểm tra về vị trí. Yêu cầu BN đứng thẳng, chụm hai chân sát vào nhau, mở mắt sau đó nhắm mắt lại trong 30 đến 60 giây mà không cần hỗ trợ. Lưu ý khả năng duy trì tư thế đứng của bệnh nhân.
 - + Thông thường chỉ có sự lắc lư tối thiểu.
 - + Dương tính: BN có thể đứng thẳng khi mở mắt, và loạng choạng (muốn té) khi nhắm mắt.
- Test trôi dạt (test for Pronator Drift)
 - + Bệnh nhân phải đứng trong khoảng từ 20 đến 30 giây với cả hai cánh tay thẳng về phía trước và nhắm mắt. Người không thể đứng có thể được kiểm tra ở vị trí ngồi. Trong cả hai trường hợp, một người bình thường có thể giữ cánh tay ở vị trí này tốt.
 - + Nếu một cẳng tay cử động, có hoặc không có chuyển động đi xuống, người đó được cho là có sự trôi dạt ở phía đó-phản ánh một tổn thương đường chéo đối diện.



IV. Khám phản xạ

A. Khám phản xạ gân xương

A.1 Khám phản xạ trâm quay

- Tư thế: NB nằm, cẳng tay gấp, hai bàn tay để lên bụng hoặc tay NB buông xuôi, NVYT cầm tay NB gấp lại khoảng 45° so với mặt giường.
- Vị trí gõ: móm trâm quay;
- Phản xạ xuất hiện: gấp và quay ngược cẳng tay.
- Xác định xem phản xạ trâm quay bình thường, tăng hay giảm?



A.2 Khám phản xạ gân cơ nhị đầu

- Tư thế: NB nằm, cẳng tay gấp, hai bàn tay để lên bụng;
- Vị trí gõ: NVYT đệm ngón tay trở hoặc ngón cái trên gân cơ nhị đầu của NB rồi gõ vào ngón tay đệm của mình;
- Phản xạ xuất hiện: gấp cẳng tay.
- Xác định xem phản xạ gân cơ nhị đầu bình thường, tăng hay giảm?



A.3 Phản xạ gân cơ tam đầu

- Tư thế: NB nằm ngửa, cẳng tay để trên bụng và vuông góc với cánh tay, bàn tay NVYT đỡ phần giữa cánh tay NB;
- Vị trí gõ: gân cơ tam đầu, phía trên móm khuỷu;
- Đáp ứng: duỗi cẳng tay.
- Xác định xem phản xạ gân cơ tam đầu bình thường?.



A.4 Phản xạ gân cơ tứ đầu đùi hay phản xạ gân bánh chè

- Tư thế: NB nằm ngửa, chống cằm chân cho hai đầu gối gấp một góc 45°, NVYT luồn căng tay trái xuống dưới kheo chân và hơi nâng hai chân NB lên;
- Vị trí gõ: gân cơ tứ đầu đùi (không gõ thẳng vào xương bánh chè);
- Đáp ứng: NB hất cằm chân ra phía trước.



A.5 Phản xạ gân gót

- Tư thế: NB nằm ngửa, ngả đùi ra phía ngoài, đầu gối hơi gấp, có thể NB quỳ gối, để thả hai bàn chân ra khỏi giường;
- Vị trí gõ: NVYT nắm đầu bàn chân NB và hơi kéo lên phía mu chân, gõ vào gân gót (gân Achille);
- Đáp ứng: mũi bàn chân đập vào tay NVYT.



B. Khám phản xạ da

B.1 Khám phản xạ da bụng

- Tư thế: NB nằm ngửa, hai chân chống lên để cho cơ bụng mềm; Kích thích da bụng bằng kim đầu tù, vạch nhanh từ phía ngoài rốn hướng vào trong;
- Phản xạ da bụng trên: kích thích phía trên rốn (dưới bờ sườn);
Phản xạ da bụng giữa: kích thích ngang rốn;
- Phản xạ da bụng dưới: kích thích phía dưới rốn, song song với cung đùi;
- Đáp ứng: cơ bụng co giật, nhìn rốn như rúm lại.



B.2 Khám phản xạ da bìu

- Tư thế: NB nằm ngửa, đùi hơi ngửa ra ngoài;
- Kích thích bằng kim đầu tù vạch da ở 1/3 trên của mặt trên đùi;
Đáp ứng: da bìu co dúm lại, tinh hoàn đi lên phía trên.



C. Khám phản xạ bệnh lý bó tháp.

C.1 Khám phản xạ da lòng bàn chân Babinski:

- Tư thế: NB nằm ngửa, chân hơi duỗi ra ngoài;
- Kích thích: dùng kim đầu tù vạch dọc bờ ngoài gan bàn chân từ gót chân về phía ngón chân vòng xuống phía lòng bàn chân gần nếp gấp các ngón chân, khi gần cuối nhấn mạnh hơn một chút;
- Đáp ứng: phản xạ âm tính (bình thường) khi các ngón của bàn chân cùng cụp xuống. Phản xạ dương tính khi ngón cái duỗi ra và các ngón con xòe ra như nan quạt.
- Các phản xạ có ý nghĩa và đáp ứng tương tự - Oppenheim: vuốt dọc theo xương chày của NB; Gordon: bóp mạnh vào cơ cẳng chân sau của NB; Schaeffer: bóp mạnh vào gân Achille



C.2 Khám phản xạ Hoffmann

- Tư thế: bàn tay NB để sấp mềm mại;
- Kích thích: NVYT cầm đầu ngón tay giữa của NB bật vài cái;
- Đáp ứng: dấu hiệu Hoffmann dương tính nếu mỗi lần bật, ngón cái và ngón trỏ của NB khép lại như gọng kìm.



V. Kết thúc khám

- Giúp NB trở về tư thế thoải mái;
- Thông báo cho NB/người nhà về kết quả khám và hướng xử trí tiếp theo;
- Trả lời những băn khoăn, thắc mắc của NB/người nhà (nếu có);
- Chào và cảm ơn NB/người nhà;
- Thu dọn dụng cụ, rửa tay;
- Ghi kết quả khám và đề xuất xử trí tiếp theo vào hồ sơ bệnh án.



GS Stephen Hawking (1942 - 2018) người nổi tiếng thế giới mắc bệnh Xơ cột bên teo cơ (Amyotrophic Lateral Sclerosis – ALS) còn được gọi là bệnh Charcot (amyotrophic lateral sclerosis) được Charcot mô tả lần đầu tiên vào năm 1869 và còn được gọi là bệnh Lou Gehrig. Đây là một bệnh thoái hoá thần kinh, tiến triển mạn tính với đặc điểm lâm sàng chủ yếu là: teo cơ, rung giật các sợi cơ và kèm theo hội chứng bệnh lý bó tháp, do tổn thương các nơron vận động ngoại vi kết hợp với tổn thương hệ tháp, không giảm hoặc mất cảm giác...

10.1A - OSCE STEPS VỀ KỸ NĂNG HỎI-KHÁM HỆ THẦN KINH
(các bước khám/thi lâm sàng theo cấu trúc mục tiêu)

TT	CÁC BƯỚC	Ý NGHĨA	YÊU CẦU CẦN ĐẠT	CHECK
1	Chào & hỏi tên người bệnh. Giới thiệu tên bác sĩ. Phong cách nói chuyện lịch sự thân thiện, môi trường giao tiếp tốt, quần áo trang phục phù hợp...	<ul style="list-style-type: none"> - Hồ sơ bệnh án, sổ khám bệnh...bác sĩ mang trang phục đã quy định.Tạo thuận lợi & tạo thêm sự tin tưởng của người bệnh - BN được đặt ở tư thế phù hợp, bộc lộ vùng khám khi cần/Giúp thuận lợi cho việc khám - Tự giới thiệu bản thân & xác nhận – kiểm tra thông tin chi tiết về bệnh nhân / Tăng độ tin cậy khi giao tiếp & hạn chế nhầm lẫn đối tượng được khám 	Có phiếu KSK hoặc hồ sơ bệnh án, sổ sách phù hợp với quy định chuyên môn.	
			Có trang phục đúng qui định	
			Người bệnh phải được đặt ở tư thế thoải mái, phù hợp, bộc lộ đúng lúc khám	
			Có thực hiện tự giới thiệu	
			Có xác nhận kiểm tra thông tin về người bệnh	
2.	Hỏi về bệnh sử của các triệu chứng chính sau: + Đau đầu: (có thể dựa theo SOCRATES) + Chóng mặt: Ngoại biên và trung ương + Yếu mệt: toàn thân - tiêu điểm; vùng gần - vùng xa... + Tê-mất cảm giác + Mất ý thức tạm thời + Run-vận động không tự chủ	Biết đưa ra các câu hỏi mở, đóng... giúp bệnh nhân trình bày sự kiện liên quan triệu chứng chính về hệ thần kinh.	Có hỏi/đánh giá về đau đầu	
			Có hỏi/đánh giá về chóng mặt	
			Có hỏi/đánh giá về yếu mệt	
			Có hỏi/đánh giá về tê-mất cảm giác	
			Có hỏi/đánh giá về mất ý thức tạm thời	
			Có hỏi/đánh giá về run-vận động không tự chủ	
3.	Hỏi về tiền sử bệnh của cá nhân BN, như: + Viêm não từ nhỏ... + Thuốc chống động kinh, Parkinson... + Tiền sử dị ứng "thuốc" (Allergies)	Biết đưa ra các câu hỏi mở, đóng... giúp bệnh nhân trình bày sự kiện liên quan đến tiền sử các bệnh đã mắc và thuốc đã dùng, ...của chính người bệnh	Có hỏi về bệnh đã mắc như viêm não...	
			Có hỏi về thuốc chống động kinh, Parkinson	
			Có hỏi về tiền sử dị ứng thuốc...	
4.	Hỏi khai thác tiền sử liên quan, như: + Tiền sử g.đ bị Migraine, đau đầu tension... + Hút thuốc / uống rượu / ma túy... + Bệnh ở các hệ thống khác	Biết đưa ra các câu hỏi mở, đóng... giúp bệnh nhân trình bày sự kiện liên quan đến các tiền sử bệnh tật...của gia đình, môi trường sống	Có hỏi về Tiền sử bệnh di truyền gia đình...	
			Có hỏi về Hút thuốc / rượu / ma túy...	
			Có hỏi về các bệnh của hệ thống khác	
+	Sau khi ghi bệnh sử, tiền sử vào hồ sơ bệnh án xong là lúc thông báo cho người bệnh là bạn bắt đầu chuyển sang phần khám bệnh.	Tạo được mối quan hệ thân thiện với NB. Người bệnh hiểu và đồng ý hợp tác Tạo tâm lý thoải mái cho người khám khỏi bị ngại ngùng, đột ngột, hoặc kém hợp tác	Giải thích nhiệm vụ cần ngắn gọn, chính xác, dễ hiểu	
			Trật tự của quá trình thăm khám lần lượt, thứ tự theo qui trình hoặc thay đổi cho phù hợp theo đối tượng khám	

TT	CÁC BƯỚC	Ý NGHĨA	YÊU CẦU CẦN ĐẠT	CHECK
5.	Khám chức năng thần kinh cao cấp – Quan sát chung ~ lan lợi hay lú lẫn, ít tỉnh táo - không hợp tác... – Khám mức độ ý thức ~ thang điểm Glassgow – Ngôn ngữ/lời nói qua hội thoại... – Chức năng nhận thức ~ định hướng - suy nghĩ - tư duy logic	Phát hiện & đánh giá dấu hiệu bình thường và bất thường của chức năng thần kinh cao cấp qua việc khám đánh giá về sự tỉnh táo/lú lẫn; mức độ ý thức; ngôn ngữ lời nói và chức năng nhận thức của người bệnh	Biết khám & đánh giá qua quan sát chung về tỉnh táo/lú lẫn	
			Biết khám & đánh giá về mức độ ý thức qua thang GCS	
			Biết khám & đánh giá về ngôn ngữ, lời nói qua hội thoại	
			Biết khám & đánh giá về chức năng nhận thức của BN	
6.	Khám 12 đôi dây TK sọ não – Khám dây I (thần kinh khứu giác) – Khám dây II (thần kinh thị giác) – Khám dây III, IV, VI (thần kinh vận nhãn, đồng tử) – Khám dây V (dây tam thoa) – Khám dây VII (dây thần kinh mặt) – Khám dây VIII (dây t.kinh thính giác) – Khám dây IX (dây thần kinh lưỡi hầu) – Khám dây X (dây thần kinh phế vị) – Khám dây XI (dây thần kinh gai) – Khám dây XII (dây thần kinh hạ thiệt)	Nắm được cách khám 12 đôi dây TK sọ não khi khám từng thành phần một cách nhanh chóng và đầy đủ	Biết khám & đánh giá về dây thần kinh khứu giác	
			Biết khám & đánh giá về dây thần kinh thị giác	
			Biết khám & đánh giá về thần kinh vận nhãn, đồng tử	
			Biết khám & đánh giá về dây tam thoa	
			Biết khám & đánh giá về dây thần kinh mặt	
			Biết khám & đánh giá về dây t.kinh thính giác	
			Biết khám & đánh giá về dây thần kinh lưỡi hầu	
			Biết khám & đánh giá về dây thần kinh phế vị	
			Biết khám & đánh giá về dây thần kinh gai	
			Biết khám & đánh giá về dây thần kinh hạ thiệt	
7.	Khám cảm giác – Khám cảm giác nông (sờ - đau - nóng/lạnh) – Khám cảm giác sâu (rung - tư thể-nhận biết đồ vật)	Phát hiện & đánh giá dấu hiệu bình thường và bất thường khi khám cảm giác nông & cảm giác sâu	Biết khám & đánh giá cảm giác nông.	
			Biết khám & đánh giá cảm giác sâu.	
8.	Khám vận động – Khám dáng bộ (vận động tự chủ) – Khám các động tác vận động chủ động chi trên & chi dưới – Khám các cử động không tự chủ (rung giật-run-múa giật-loạn trương lực). – Khám các đặc điểm của cơ (kích thước - trương lực-sức cơ) – Khám sự phối hợp (vận động nhanh-điểm tới điểm-đi bộ-đứng)	Phát hiện & đánh giá dấu hiệu bình thường và bất thường khám vận động thông qua khám dáng bộ-vận động chủ động chi trên chi dưới-cử động không tự chủ-đặc điểm của cơ và sự phối hợp	Biết khám & đánh giá dáng bộ khi vận động.	
			Biết khám & đánh giá vận động chủ động chi trên & chi dưới.	
			Biết khám & đánh giá các cử động không tự chủ .	
			Biết khám & đánh giá các đặc điểm của cơ	
			Biết khám & đánh giá sự phối hợp vận động	

TT	CÁC BƯỚC	Ý NGHĨA	YÊU CẦU CẦN ĐẠT	CHECK
9.	Khám phản xạ – Khám phản xạ gân xương (trâm quay-gân cơ nhị đầu-gân cơ tam đầu-gân tứ đầu đùi-gân gót) – Khám phản xạ da (phản xạ da bụng-phản xạ da bẹn) – Khám phản xạ bệnh lý bó tháp. (phản xạ da lòng bàn chân Babinski, phản xạ Hoffmann...)	Phát hiện & đánh giá dấu hiệu bình thường và bất thường khi khám phản xạ	Biết khám & đánh giá các phản xạ gân xương.	
			Biết khám & đánh giá phản xạ da.	
			Biết khám & đánh giá phản xạ bệnh lý bó tháp..	
10.	<i>Kết thúc khám:</i> <ul style="list-style-type: none"> • Thu dọn dụng cụ; Thông báo sơ bộ kết quả thăm khám... • Ghi kết quả hỏi-khám vào hồ sơ bệnh án. 	Thực hiện đúng về giao tiếp khi kết thúc... Đảm bảo nguyên tắc ghi hồ sơ bệnh án của cơ sở y tế.	Thu dọn dụng cụ; thông tin rõ ràng về bệnh;	
			Ghi hồ sơ bệnh án rõ ràng và đầy đủ.	

10.1B - CHECK SHEET (bảng kiểm) VỀ KỸ NĂNG HỎI-KHÁM HỆ THẦN KINH

TT	Các bước thấy & thực hiện	Thang điểm				
		1	2	3	4	5
1	Chào & hỏi tên người bệnh. Giới thiệu tên bác sĩ. Phong cách nói chuyện lịch sự thân thiện, môi trường giao tiếp tốt, quần áo trang phục phù hợp;...					
2	Hỏi về bệnh sử của các triệu chứng chính: Đau đầu - Chóng mặt - Yếu mệt - Tê mất cảm giác - Mất ý thức tạm thời - Run & vận động không tự chủ.					
3	Hỏi về tiền sử bệnh của BN: viêm não từ nhỏ...; các thuốc trị bệnh động kinh, Parkinson đã dùng; Tiền sử dị ứng “thuốc”?					
4	Hỏi về tiền sử bệnh của gia đình BN và liên quan: Gia đình có tiền sử Migrain, đau đầu Tension. Tiền sử Hút thuốc / uống rượu / ma túy...& Bệnh ở các hệ thống khác					
5	Thực hiện kỹ năng khám chức năng thần kinh cao cấp					
6	Thực hiện kỹ năng khám 12 đôi dây thần kinh sọ não					
7	Thực hiện kỹ năng khám cảm giác nông & sâu					
8	Thực hiện kỹ năng khám vận động.					
9	Thực hiện kỹ năng khám phản xạ					
10	Hoàn thiện các mục của bệnh sử, tiền sử trong hồ sơ , cảm ơn người bệnh đã cộng tác khi kết thúc phần hỏi –khám và thông báo chuyển sang phần khác (xét nghiệm, ...)					

Tổng Điểm: / Điểm qui đổi:

Qui định: Chưa thấy/chưa làm = 1 đ; Thấy làm/làm nhưng chưa đúng = 2 điểm; Thấy làm/làm chưa đủ = 3 điểm; Thấy làm/làm chưa nhiều = 4 điểm; Thấy làm/làm nhiều, thành thạo = 5 điểm

Qui đổi: 1 – 5 = 1; 6 – 10 = 2; 11 – 15 = 3; 16 – 20 = 4; 21 – 25 = 5; 26 – 30 = 6; 31 – 35 = 7; 36 – 40 = 8; 41 – 45 = 9; 46 – 50 = 10

10.2 Các thủ thuật , kỹ năng lâm sàng cơ bản về hệ thần kinh

10.2.1 Kỹ thuật chọc dịch não tủy

I. CHUẨN BỊ

1. Cán bộ chuyên khoa.

- 01 Bác sĩ chuyên khoa hồi sức cấp cứu, hoặc bác sĩ nội khoa.
- 01 điều dưỡng chuyên khoa hồi sức.
- Phải đeo găng tay vô khuẩn.

2. Phương tiện.

a. Bộ dụng cụ chọc dò thắt lưng vô khuẩn gồm

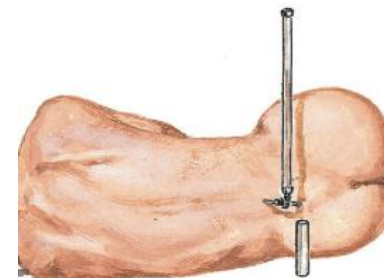
- Khăn mổ, khăn có lỗ. Gạc phủ lên vị trí chọc dò sau thủ thuật.
- Bơm tiêm 2ml và kim tiêm số 22, 24 để gây tê.
- Kim chọc dò thắt lưng có nòng thông cỡ 18, 20, 22.
- Áp kế Clôt (Claude) hoặc một ống thủy tinh hay chất dẻo có chia ngăn theo mm, một đoạn ống thông vô khuẩn để nối áp kế với kim chọc dò, có khoá 3 chạc.
- Ống nghiệm (4 ống).
- Dung dịch xylocain 1% để gây tê.

b. Khẩu trang cho thủ thuật viên và người phụ.

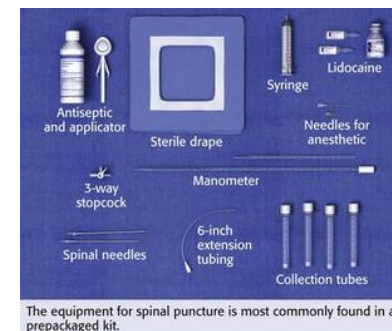
c. Găng vô khuẩn cho thủ thuật viên.

d. Phiếu xét nghiệm và bút ghi.

e. Dung dịch sát khuẩn: bông, gạc, kẹp dụng cụ, khay chữ nhật và khay quả đậu giá đỡ ống xét nghiệm.



Cerebrospinal fluid pressure elevated



3. Người bệnh.

a. Được giải thích biết:

- Mục đích của thủ thuật.
- Vị trí làm thủ thuật, có thuốc tê không đau.
- Người thực hiện. Nơi thực hiện thủ thuật.

b. Cho người bệnh đại tiểu tiện trước khi làm và dặn người bệnh không ăn uống gì ngay trước hoặc sau khi tiến hành thủ thuật.

II. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

- Đặt người bệnh ở tư thế nằm nghiêng, cong lưng về phía thầy thuốc, cúi gập đầu về phía ngực, co hai đùi và căng chân về phía bụng. Nếu là trẻ em hoặc là người bệnh dễ có phản ứng thì cần có điều dưỡng phụ đứng phía trước người bệnh, một tay giữ gáy người bệnh, một tay giữ khoeo chân người bệnh.
- Điều dưỡng trực tiếp phục vụ thủ thuật mở khăn phủ bộ chọc dò thắt lưng, sát khuẩn vùng thắt lưng nơi sẽ chọc dò, phủ khăn mổ lên lưng người bệnh, đưa găng tay cho thủ thuật viên.
- Điều dưỡng đưa bơm, kim tiêm và thuốc tê để thủ thuật viên gây tê cho người bệnh.
- Sau khi người bệnh đã được gây tê, điều dưỡng đưa kim chọc dò thắt lưng có kèm nòng thông cho thủ thuật viên.

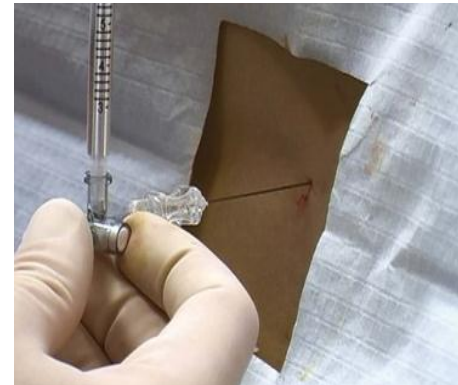


- Thủ thuật viên tiến hành chọc dò thắt lưng, thông thường ở vị trí liên đốt thắt lưng L4-L5, L3 - L4, hoặc L2-L3.
- Khi kim đã ở vào khoang dưới nhện, điều dưỡng đưa áp kế Clôt cho thủ thuật viên đo áp lực của dịch não tủy trước khi lấy dịch não tủy.
 - + Tiếp đó điều dưỡng đưa lần lượt từng ống nghiệm để hứng dịch não tủy.
 - + Sau khi đã lấy đủ số lượng dịch não tủy dự kiến, điều dưỡng lại đưa áp kế Clôt theo yêu cầu của thủ thuật viên để đo áp lực dịch não tủy sau chọc dò (nếu cần).
- Sau khi thủ thuật viên rút kim khỏi vị trí chọc dò, điều dưỡng dùng miếng gạc vô khuẩn phủ che lên vùng lưng vừa được chọc dò và dán băng giữ bên ngoài.
- Để người bệnh nằm sấp hoặc nghiêng sấp sau chọc dò. Theo dõi toàn trạng người bệnh, chú ý tới tình trạng ý thức, sắc mặt, mồ hôi, mạch, huyết áp ... Đặt một chăn mỏng cho người bệnh.
- Thủ thuật viên ghi kết quả việc chọc dò vào hồ sơ của người bệnh. Điều dưỡng kiểm tra họ tên người bệnh trên ống xét nghiệm, các phiếu gửi xét nghiệm và ghi vào phiếu chăm sóc theo dõi người bệnh.
- Thu xếp dụng cụ sau chọc dò. Rửa tay và sát khuẩn bàn tay.



III. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

- Thoát vị não (lột hạnh nhân tiểu não, hoặc lột cực thái dương) đặc biệt trong trường hợp áp lực quá cao trong sọ (phù gai thị trên 2 đi ốp) hoặc có thể do khối u chón chỗ.
- Nhức đầu sau chọc dò thất lưng (10 - 15%): nằm nghỉ, cho thuốc giảm đau.
- Chảy máu ở vị trí chọc kim.
- Nhiễm khuẩn cục bộ.
- Choáng, ngất (do đau, do sợ hãi).
- Ghi chú: Ở đây trình bày về kỹ thuật chọc dò ống sống thất lưng nói chung, không đề cập cụ thể các phương thức khác như: đưa thuốc vào khoang dịch não - tủy để điều trị, gây tê hoặc bơm hơi hoặc bơm chất cản quang để chụp não tủy



10.2.2 HƯỚNG DẪN QUY TRÌNH KỸ THUẬT NỘI KHOA, CHUYÊN NGÀNH THẦN KINH (Ban hành kèm theo Quyết định số:3154/QĐ-BYT ngày 21 tháng 8 năm 2014 của Bộ trưởng Bộ Y tế).

TT	TÊN QUY TRÌNH KỸ THUẬT
1.	Chăm sóc mắt ở người bệnh liệt VII ngoại biên (một lần)
2.	Chọc dò dịch não tủy
3.	Điều trị chứng vẹo cổ (Spasmodic Torticollis) bằng tiêm Botulinum Toxin A (Dysport, Botox...)
4.	Điều trị chứng co thắt nửa mặt bằng tiêm Botulinum Toxin A (Dysport, Botox, ...)
5.	Điều trị chứng co cứng gập bàn chân (Plantarflexion Spasm) sau tai biến mạch máu não bằng tiêm Botulinum Toxin A
6.	Điều trị chứng co cứng chi trên sau tai biến mạch máu não bằng kỹ thuật tiêm Botulinum Toxin A
7.	Điều trị chứng giật cơ mí mắt bằng kỹ thuật tiêm Botulinum Toxin A (Dysport, Botox...)
8.	Điều trị chứng co cứng cơ bàn tay khi viết (writer's cramp) týp 1 bằng kỹ thuật tiêm Botulinum Toxin A
9.	Điều trị chứng co cứng cơ bàn tay khi viết (writer's cramp) týp 2 bằng tiêm Botulinum Toxin A
10.	Điều trị trạng thái động kinh
11.	Ghi điện não thường quy
12.	Ghi điện não giấc ngủ
13.	Ghi điện não video
14.	Ghi điện cơ cấp cứu
15.	Ghi điện cơ bằng điện cực kim
16.	Ghi điện cơ điện thế kích thích thị giác, thính giác
17.	Ghi điện cơ điện thế kích thích cảm giác thân thể
18.	Test chẩn đoán nhược cơ bằng điện sinh lý
19.	Ghi điện cơ đo tốc độ dẫn truyền vận động và cảm giác của dây thần kinh ngoại biên chi trên
20.	Ghi điện cơ đo tốc độ dẫn truyền vận động và cảm giác của dây thần kinh ngoại biên chi dưới
21.	Đo tốc độ phân xạ Hoffmann và sóng F của thần kinh ngoại vi bằng điện cơ
22.	Gội đầu cho người bệnh trong các bệnh thần kinh tại giường
23.	Hút đờm hầu họng
24.	Lấy máu tĩnh mạch ben
25.	Nghiệm pháp đánh giá rối loạn nuốt tại giường cho người bệnh tai biến mạch máu não
26.	Nuôi dưỡng người bệnh liên tục bằng máy, truyền thức ăn qua thực quản, dạ dày
27.	Phản xạ nhắm mắt và đo tốc độ dẫn truyền vận động của dây thần kinh VII ngoại biên
28.	Siêu âm Doppler xuyên sọ
29.	Siêu âm Doppler xuyên sọ cấp cứu tại giường
30.	Siêu âm Doppler xuyên sọ có giá đỡ tại giường theo dõi 24/24 giờ
31.	Soi đáy mắt cấp cứu tại giường
32.	Tắm cho người bệnh trong các bệnh thần kinh tại giường
33.	Test chẩn đoán nhược cơ bằng thuốc
34.	Test chẩn đoán chết não bằng điện não dò
35.	Điều trị đau rễ thần kinh thắt lưng- cùng bằng tiêm ngoài màng cứng
36.	Thay băng các vết loét hoại tử rộng sau tai biến mạch máu não
37.	Theo dõi SpO ₂ liên tục tại giường
38.	Vệ sinh răng miệng người bệnh thần kinh tại giường
39.	Xoa bóp phòng chống loét trong các bệnh thần kinh (một ngày)

(Tổng số 39 quy trình kỹ thuật)

Tài liệu tham khảo

Tiếng Việt

1. Nguyễn Đức Hình (2014), Bài giảng kỹ năng y khoa, Nhà xuất bản Y học
2. Cao Văn Thịnh (2005), Tài liệu huấn luyện kỹ năng y khoa tiền lâm sàng, tập 1, 2; ĐH PNT
3. Nguyễn Văn Sơn (2013), Bảng kiểm dạy/học kỹ năng lâm sàng; Nhà xuất bản Y học
4. Đặng Hanh Đệ (2007), Phẫu thuật thực hành, Mã số: Đ.01.Y.12 Nhà xuất bản Y học
5. Sổ tay thăm khám ngoại khoa lâm sàng, BV ND Gia Định
6. Quyết định số: 3154/QĐ-BYT (2014), Về việc ban hành tài liệu “Hướng dẫn quy trình kỹ thuật Nội khoa, chuyên ngành Thần kinh” ; Bộ Y Tế

Tiếng Anh

5. Chris Hatton Roger Blackwood (2011), Clinical Skills, Nhà xuất bản Blackwell
6. Lynn S. Bickley;(2013), Bate's Guide to Physical Examination; 11th Edition, NXB Lippicott
7. Wiener, Fauci; Harrison’s internal medicine – self-assessment & board review, 17th Edition
8. Richard F. LeBlond;(2009), DeGowin's Diagnostic Examination, 9th Edition
9. Anne Griffin Perry, Patricia A. Potter and Wendy Ostendorf; 2014. Clinical Nursing Skill & Techniques, 8th Edition; Mosby.

* Một số website

1. <http://www.nguyenphuchoc199.com/med-3-410.html>
2. <https://www.amazon.co.uk/Lecture-Clinical-Skills-Robert-Turner/dp/0632065117>
3. <https://geekymedics.com/cranial-nerves-explained/>
4. <https://geekymedics.com/cerebrospinal-fluid-csf-interpretation/>
5. <http://www.osceskills.com/e-learning/subjects/cerebellar-examination/>
6. <https://geekymedics.com/cerebellar-examination-osce-guide/>
7. <http://www.osceskills.com/e-learning/subjects/cranial-nerve-examination>
8. <https://patient.info/doctor/cranial-nerve-lesions>
9. <https://geekymedics.com/cranial-nerve-exam/>
10. <http://www.osceskills.com/e-learning/subjects/upper-limb-neurological-examination/>
11. <http://www.osceskills.com/e-learning/subjects/lower-limb-neurological-examination/>
12. <http://www.nguyenphuchoc199.com/nur-313/bai-giang-nur-313>

CÂU HỎI LƯỢNG GIÁ

10.1. Chọn đúng/sai - thăm khám thần kinh thường phải được tiến hành rất tỉ mỉ, trong nhiều lần, trong đó khai thác bệnh sử có tính quyết định, do có thể cung cấp nhiều thông tin?.

- A. Đúng
- B. Sai

10.2. Chọn câu sai – Mục đích của việc hỏi bệnh & thăm khám thần kinh là để trả lời các câu hỏi nêu trong câu, nội dung nào không đúng?:

- A. Bệnh nhân có bệnh thần kinh hay không?
- B. Bệnh lý nằm ở đâu trong hệ thần kinh?
- C. Bệnh lý đó là gì?
- D. Bệnh đó cấp hay mạn?

10.3. Chọn câu sai – về triệu chứng cơ năng đau đầu có các nội dung nêu trong câu, mô tả nào không đúng?:

- A. Đau đầu là cảm giác chủ quan và phụ thuộc vào rất nhiều yếu tố khác nhau
- B. Khám bệnh nhân đau đầu là nhằm mục đích phát hiện các triệu chứng kèm theo
- C. Khám bệnh nhân đau đầu phải được tiến hành toàn diện, đầy đủ và kỹ càng
- D. Thăm khám bệnh nhân đau đầu để khẳng định triệu chứng đau và các tính chất của nó

10.4. Chọn câu sai – các triệu chứng cơ năng chính về chóng mặt, gồm có các nội dung nêu trong câu, mô tả nào không đúng?:

- A. Là cảm giác hoang tưởng hay ảo giác về cử động của cơ thể hay môi trường
- B. Bệnh nhân có thể dùng từ choáng váng và chóng mặt thay thế lẫn nhau.
- C. Chóng mặt ngoại biên có nguồn gốc bên ngoài hệ thần kinh trung ương, đặc biệt ở các ống bán khuyên. Chiếm <10% các trường hợp chóng mặt
- D. Chóng mặt trung ương có nguồn gốc bên trong hệ thần kinh trung ương. Chiếm > 90% các trường hợp chóng mặt

10.5. Chọn câu sai – các triệu chứng cơ năng về run & vận động không tự chủ gồm các nội dung nêu trong câu, mô tả nào không đúng?:

- A. Run là những cử động bất thường, không chủ ý, có biên độ đều của một bộ phận nào đó trong cơ thể
- B. Run có thể thấy ở nhiều người khỏe mạnh do cơ thể mệt mỏi hay do những thay đổi của cảm xúc, thời tiết được gọi là run sinh lý
- C. Run xuất hiện với tần suất lớn hơn và mức độ nặng hơn, làm ảnh hưởng nhiều đến cuộc sống cũng như sinh hoạt thường ngày, được gọi là run bệnh lý.
- D. Run tâm lý thường gặp nhất là do những sang chấn về tinh thần, mệt mỏi, lo âu, căng thẳng thần kinh, stress gây ra.

10.6. Chọn đúng sai - Chức năng thần kinh cao cấp chỉ có thể được đánh giá thích hợp ở bệnh nhân còn lạnh lợi, tỉnh táo và hợp tác?.

- A. Đúng
- B. Sai

10.7. Chọn câu sai – Thang điểm Glasgow là một phương thức đánh giá mức độ ý thức nhanh chóng và được sử dụng rộng rãi. Với nội dung ghi lại các phản ứng của bệnh nhân từ các nội dung nêu trong câu, mô tả nào không đúng?:

- A. Đáp ứng bằng mở mắt
- B. Đáp ứng bằng lời nói
- C. Đáp ứng bằng vận động
- D. Đáp ứng bằng các phản xạ thần kinh

10.8. Chọn câu đúng – lượng giá mức độ ý thức từ tổng điểm GCS giống như các nội dung nêu trong câu, mô tả nào đúng nhất?:

- A. 15 điểm: bất thường.
- B. 14 - 10 điểm: rối loạn ý thức nặng.
- C. 7 - 6 : hôn mê sâu
- D. 3 điểm: hôn mê không hồi phục

10.9. Chọn đúng/sai – ‘Nhận thức’ là một thuật ngữ bao gồm sự định hướng (thời gian, nơi chốn), quá trình suy nghĩ (chú ý, trí nhớ) và tư duy logic (kiến thức, lý luận)?.

- A. Đúng
- B. Sai

10.10. Chọn đúng/sai – Khám cơ ức đòn chũm trong khám dây thần kinh gai cần yêu cầu bệnh nhân nâng hai vai?

- A. Đúng
- B. Sai

10.11. Chọn câu đúng – cách khám tương ứng các dây thần kinh sọ não cần khám như các nội dung nêu trong câu, mô tả nào đúng nhất?:

- A. Lần lượt ngửi thử từng mũi để khám dây II
- B. Yêu cầu bệnh nhân để đọc báo in nhỏ với từng mắt riêng biệt để khám dây IV
- C. Khám đáy mắt để kiểm tra dây III.
- D. Yêu cầu bệnh nhân nhìn lên trên và chạm vào giác mạc bằng tấm bông nhằm khám dây V

10.12. Chọn câu sai – trong kỹ năng khám 12 đôi thần kinh sọ não gồm các nội dung nêu trong câu, mô tả nào không đúng?:

- A. Yêu cầu bệnh nhân: Nâng lông mày; Nhắm chặt mắt; Nhe răng nhằm khám dây VII
- B. Nghiệm pháp Weber. Đặt một âm thoa được làm rung ở giữa trán bệnh nhân để khám dây VIII
- C. Hỏi xem bệnh nhân có thể nuốt được bình thường hay không nhằm khám dây IX
- D. Chạm vào mặt sau của họng với thanh đờ lưỡi một cách nhẹ nhàng để khám dây IX.

10.13. Chọn câu sai – khám dây X gồm các kỹ năng nêu trong câu, mô tả nào không đúng?:

- A. Yêu cầu bệnh nhân thè lưỡi ra ngoài càng dài càng tốt để xem lệch bên nào?
- B. Hỏi xem bệnh nhân có thể nuốt được bình thường hay không?.
- C. Đờ lưỡi và yêu cầu NB kêu “a, a”?.
- D. Nghe giọng nói NB có khàn tiếng, mất tiếng?.

10.14. Chọn câu sai – Khám cảm giác nông gồm các kỹ năng nêu trong câu, mô tả nào không đúng?:

- A. Dùng tăm bông quệt vào từng vùng da NB, yêu cầu NB nói "có" khi chạm vào?
- B. Chạm đầu nhọn của kim trên da. Hỏi cảm thấy nhói không, có giống như kim châm?
- C. Dùng ống nước nóng, nước đá, áp vào da NB hỏi cảm giác của NB?.
- D. Dùng âm thoa gõ mạnh cho rung rồi để vào các xương ở sát da , hỏi NB cảm giác của các vùng xương đó?.

- 10.15. Chọn câu sai – Khám cảm giác sâu gồm các kỹ năng nêu trong câu, mô tả nào không đúng?:
- A. Yêu cầu BN nhắm mắt, người khám đưa một đồ vật quen thuộc (bút, đồng hồ đeo tay...) yêu cầu nhận biết vật dụng?
 - B. Yêu cầu NB nhắm mắt, NVYT để một ngón tay hoặc ngón chân nào đó của NB ở một tư thế nhất định rồi đề nghị NB nói cho biết tư thế của ngón thế nào ?.
 - C. Chạm đầu nhọn của kim trên da. Hỏi cảm thấy nhói không, có giống như kim châm?
 - D. Dùng âm thoa gõ mạnh cho rung rồi để vào các xương ở sát da , hỏi NB cảm giác của các vùng xương đó?.

- 10.16. Chọn đúng/sai – Khi đánh giá hệ thống vận động, cần tập trung vào dáng bộ, các cử động không tự nguyện, đặc điểm của cơ (kích thước, trương lực và sức cơ) và sự phối hợp?
- A. Đúng
 - B. Sai

- 10.17. Chọn câu sai – Co cứng ngoại tháp thấy trong khám trương lực cơ như các nội dung nêu trong câu, mô tả nào không đúng?:
- A. Tăng đề kháng ở cả nhóm cơ gấp lẫn cơ duỗi với mức độ không đổi trên suốt khoảng di chuyển của khớp.
 - B. Cứng cơ kèm thay đổi sức đề kháng theo từng nhịp, từng bậc (như bánh xe răng cưa).
 - C. Khi kéo thả ra chi sẽ nằm nguyên vị trí đó . (co cứng kiểu “ống chì”).
 - D. Khi đang kéo thả ra chi sẽ về vị trí ban đầu. (co cứng kiểu “dao nhíp”)

10.18. Chọn câu sai – Romberg test có cách khám và đánh giá như các nội dung nêu trong câu, mô tả nào không đúng?:

- A. Yêu cầu BN đứng thẳng, chụm hai chân sát vào nhau, mở mắt sau đó nhắm mắt lại trong 30 đến 60 giây mà không cần hỗ trợ.
- B. Romberg test dương tính nếu một cẳng tay cử động, có hoặc không có chuyển động đi xuống.
- C. Romberg test âm tính nếu BN chỉ có sự lắc lư tối thiểu cả khi mở và nhắm mắt.
- D. Romberg test dương tính nếu BN có thể đứng thẳng khi mở mắt, và loạng choạng (muốn té) khi nhắm mắt

10.19. Chọn câu sai – khi cho người bệnh thực hiện động tác sau là nhằm khám sự phối hợp vận động, mô tả nào không đúng?:

- A. Yêu cầu BN vỗ vào lòng một bàn tay luân phiên bằng lòng và mu bàn tay còn lại đều đặn liên tục, càng nhanh càng tốt
- B. Yêu cầu BN dùng ngón trỏ chạm vào ngón của người khám sau đó chạm vào mũi BN.
- C. Yêu cầu BN nhấc một chân lên rồi đặt gót chân xuống đúng đầu gối chân kia và trượt gót chân đều đặn xuống dọc theo mào xương chày đến mu bàn chân.
- D. Yêu cầu BN bước đi trên đường thẳng, sao cho gót chân trước chạm mũi chân sau?

10.20. Chọn câu sai – Cứng cơ kiểu tháp trong khám trương lực cơ có đặc điểm như các nội dung nêu trong câu, mô tả nào không đúng?:

- A. Tăng đề kháng ở cả nhóm cơ gấp lẫn cơ duỗi mức độ không đổi trên suốt khoảng di chuyển của khớp.
- B. Ưu thế ở nhóm cơ gấp chi trên và cơ duỗi chi dưới.
- C. Sự đề kháng tăng mạnh với các vận động nhanh và đột ngột, các vận động chậm thì đề kháng ở mức bình thường
- D. Dùng lực kéo di chuyển khớp thì sẽ có sự thư giãn

10.21. Chọn câu sai – khi khám phản xạ gân xương thường khám các phản xạ nêu trong câu, mô tả nào không đúng?:

- A. Khám phản xạ trâm quay.
- B. Khám phản xạ gân cơ nhị đầu.
- C. Khám phản xạ gân cơ tam đầu.
- D. Khám phản xạ Hoffmann

10.22. Chọn câu sai – khi khám phản xạ da bụng có các kỹ năng như các nội dung nêu trong câu, mô tả nào không đúng?:

- A. Tư thế: NB nằm ngửa, hai chân chống lên để cho cơ bụng mềm
- B. Kích thích da bụng bằng kim đầu tù, vạch nhanh từ phía trong rốn hướng ra ngoài.
- C. Phản xạ da bụng trên: kích thích phía trên rốn (dưới bờ sườn); Phản xạ da bụng giữa: kích thích ngang rốn
- D. Đáp ứng: cơ bụng co giật, nhìn rốn như rúm lại

10.23. Chọn đúng/sai – Khám phản xạ da lòng bàn chân theo phương pháp Oppenheim tiến hành bằng cách bóp mạnh vào cơ cẳng chân sau của NB; phản xạ âm tính khi các ngón của bàn chân cùng cụp xuống?.

- A. Đúng
- B. Sai

10.24. Chọn đúng/sai – Khám phản xạ da lòng bàn chân theo phương pháp Babinski tiến hành bằng cách dùng kim đầu tù vạch dọc bờ ngoài gan bàn chân từ gót chân về phía ngón chân vòng xuống phía lòng bàn chân gần nếp gấp các ngón chân, khi gần cuối nhấn mạnh hơn một chút; phản xạ âm tính khi các ngón của bàn chân cùng cụp xuống, dương tính khi ngón cái duỗi ra và các ngón con xòe ra như nan quạt?.

- A. Đúng
- B. Sai

10.25. Chọn câu sai – trong kỹ thuật chọc dò thắt lưng có một số thủ thuật nêu trong câu, mô tả nào không đúng?:

- A. Thủ thuật viên chọc dò thắt lưng thường chọn vị trí ở liên đốt thắt lưng L5-S1
- B. Để người bệnh nằm sấp hoặc nghiêng sấp sau chọc dò.
- C. Cho người bệnh đại tiểu tiện trước khi làm và dặn người bệnh không ăn uống gì ngay trước hoặc sau khi tiến hành thủ thuật
- D. Đặt người bệnh ở tư thế nằm nghiêng, cong lưng về phía thầy thuốc, cúi gập đầu về phía ngực, co hai đùi và cẳng chân về phía bụng.

10.26.. Chọn câu đúng – về triệu chứng cơ năng đau đầu có các nội dung nêu trong câu sau, mô tả nào đúng nhất?:

- A. Đau đầu là cảm giác khách quan và phụ thuộc vào rất nhiều yếu tố khác nhau
- B. Khám bệnh nhân đau đầu là nhằm mục đích phát hiện nguyên nhân đau đầu
- C. Vị trí đau chỉ một bên thay đổi khi bên phải, khi bên trái thường là Migraine
- D. Thăm khám bệnh nhân đau đầu để khẳng định triệu chứng đau và các tính chất của nó

10.27. Chọn câu đúng – các triệu chứng cơ năng chính về chóng mặt, gồm có các nội dung nêu trong câu, mô tả nào đúng nhất?:

- A. Là cảm giác hoang tưởng hay ảo giác về cử động của cơ thể hay môi trường
- B. Bệnh nhân có thể dùng từ choáng váng và chóng mặt thay thế lẫn nhau.
- C. Chóng mặt ngoại biên có nguồn gốc bên ngoài hệ thần kinh trung ương, đặc biệt ở các ống bán khuyên. Chiếm 90% các trường hợp chóng mặt
- D. Chóng mặt trung ương có nguồn gốc bên trong hệ thần kinh trung ương. Chiếm 10% các trường hợp chóng mặt

10.28. Chọn câu sai – trong phần khai thác bệnh sử của đau đầu cần tập trung làm rõ về vị trí đau & hướng lan, mô tả nào không đúng?:

- A. Đau một bên thay đổi khi bên phải, khi bên trái thường là Migraine
- B. Đau một bên hốc mắt cố định, thời gian của cơn ngắn thường là đau đầu chuỗi.
- C. Đau đầu do căng thẳng thường khu trú một hoặc hai bên, đau nhất ở vùng cổ-vai và chẩm, cũng có khi đau lan cả vùng trán
- D. Đau đầu do suy nhược thần kinh thường ít lan toả.

10.29 Chọn câu sai – trong phần khai thác bệnh sử của đau đầu cần tập trung làm rõ về cách khởi phát & tính đặc trưng, mô tả nào không đúng?:

- A. Đau kịch phát, đột ngột: Thường do chảy máu nội sọ.
- B. Đau đột ngột, dữ dội, phụ thuộc vào tư thế: Thường do u tủy cổ.
- C. Cường độ tiến triển tăng dần trong một thời gian dài: Thường do khối phát triển nội sọ.
- D. Đau đầu tái diễn, thành cơn, khởi phát ở tuổi thiếu niên và người trẻ, hay gặp ở nữ giới, kèm theo buồn nôn, nôn, sợ ánh sáng, sợ tiếng động, thường là Migraine....

10.30. Chọn câu sai – trong phần khai thác bệnh sử của đau đầu cần tập trung làm rõ về thời gian xuất hiện đau, mô tả nào không đúng?:

- A. Đau đầu chuỗi: Thường xuất hiện khi ngủ và có thiên hướng lặp lại đúng thời gian đó.
- B. Migraine có thiên hướng xuất hiện vào các buổi chiều.
- C. Tăng áp lực nội sọ: Đau nhiều khi đêm về sáng làm bệnh nhân tỉnh dậy, cường độ đau tăng khi đi lại
- D. Đau đầu tension: Thường đau ban ngày và tăng về cuối ngày.

10.31. Chọn câu sai – trong phần khai thác bệnh sử của đau đầu cần tập trung làm rõ về tần số và chu kỳ của cơn đau đầu tái diễn, mô tả nào không đúng?:

- A. Cơn Migraine; không đau hàng ngày hoặc tồn tại lâu dài. Tần số thường từ 1 - 2 cơn/tuần
- B. Cơn Migraine thường xảy ra nhiều lần trong ngày và kéo dài hàng năm.
- C. Đau đầu chuỗi (cluster headache); xảy ra hàng ngày và kéo dài hàng tuần hoặc vài tháng, sau đó là thời gian ổn định tương đối dài.
- D. Đau đầu chuỗi (cluster headache); xảy ra vài cơn mỗi tuần hoặc vài tháng, sau đó là thời gian ổn định tương đối dài..

10.32. Chọn câu sai – trong phần khai thác bệnh sử của đau đầu cần tập trung làm rõ về các yếu tố gây cơn, mô tả nào không đúng?:

- A. Migraine: Nhiều bệnh nhân có cơn đau khi thay đổi thời tiết, mất ngủ hoặc ngủ dài (hoặc ngắn) hơn bình thường, khi ăn một số thức ăn nhất định (chocolate, tôm...)...
- B. Bệnh nhân nữ thường có cơn đau vào chu kỳ kinh nguyệt hàng tháng....
- C. Bệnh lý nội sọ, đặc biệt bệnh lý hố sau: đau tăng khi cúi, ho, khi làm nghiệm pháp Valsava.
- D. Khi giảm dịch não tủy: ngồi, đứng ít đau nhưng khi nằm đau nhiều.

10.33. Chọn câu sai – trong phần khai thác bệnh sử của đau đầu cần tập trung làm rõ về các yếu tố Tính chất và cường độ đau, mô tả nào không đúng?:

- A. Migraine: Tính chất mạch đập, cường độ từ vừa đến dữ dội.
- B. Đau đầu chuỗi: Đau nhức, nặng nề như khoan, nhưng ổn định về cường độ.
- C. Đau đầu chuỗi: Đau nhức, nặng nề như khoan, không ổn định về cường độ.
- D. Đau đầu do căng thẳng: cảm giác căng, chặt, đầy, ép.

10.34. Chọn câu sai – trong phần khai thác bệnh sử của đau đầu cần tập trung làm rõ về tiền triệu, các triệu chứng thoáng qua và kèm theo, mô tả nào không đúng?:

- A. Cảm giác báo trước: Triệu chứng não khu trú thoáng qua thường xảy ra trước cơn Migraine dưới 1 giờ.
- B. Cảm giác báo trước: Triệu chứng não khu trú thoáng qua thường xảy ra trước cơn Migraine vài giờ.
- C. Co đồng tử, sụp mi, tăng tiết nước mắt, xung huyết kết mạc, ngạt mũi, nề mắt, quanh hốc mắt, đỏ mặt bên đau là các triệu chứng kèm theo trong cơn đau đầu chuỗi.
- D. Do tổn thương cấu trúc nội sọ: Đau đầu dai dẳng, tiến triển tăng dần.

10.35. Chọn câu sai – trong phần khai thác bệnh sử của đau đầu cần tập trung làm rõ về Thời gian kéo dài của cơn, mô tả nào không đúng?:

- A. Bệnh Migraine chỉ có cơn kéo dài từ 4 - 72 giờ, thường đạt cường độ đau dữ dội sau khi khởi phát 1 - 2 giờ..
- B. Đau đầu chuỗi: Cơn kéo dài 20 - 60 phút, đặc trưng của chứng đau này là đạt cường độ cực đại ngay lập tức.
- C. Đau đầu chuỗi: Cơn kéo dài 20 - 60 phút, đặc trưng của chứng đau này là ít khi đạt cường độ cực đại ngay lập tức.
- D. Đau đầu tension: Cơn đau tăng trong vài giờ, cường độ ít khi dữ dội nhưng cơn thường tồn tại lâu ngày, có khi hàng năm.

10.36. Chọn câu sai – trong phần khai thác bệnh sử của đau đầu cần tập trung làm rõ về các yếu tố tăng đau, mô tả nào không đúng?:

- A. Đau tăng khi ho: tổn thương nội sọ, tăng áp lực nội sọ
- B. Vận động tăng đau: bệnh cơ, xương, khớp hoặc bệnh chèn ép các dây thần kinh ngoại vi cảm giác hoặc hỗn hợp.
- C. Hoạt động, vận động cơ thể: Migraine, đau đầu do căng thẳng
- D. Đau tăng khi cúi: đau do tăng áp lực nội sọ.

10.37. Chọn câu sai – trong phần khai thác bệnh sử của đau đầu cần tập trung làm rõ về các yếu tố làm dịu đau, mô tả nào không đúng?:

- A. Cơ đau Migraine dịu đi khi: nghỉ ngơi, buồng tối
- B. Đau đầu typ tension: giảm khi xoa bóp, chườm nóng..
- C. Đau đầu chuỗi: ấn trên chỗ đau, chườm nóng trên chỗ đau, đi lại, vận động sẽ làm dịu đau
- D. Đau đầu chuỗi: ấn trên chỗ đau, chườm nóng trên chỗ đau, giảm đi lại, vận động sẽ làm dịu đau.

10.38. Chọn câu sai – trong phần khai thác bệnh sử của run, vận động không tự chủ, cần tập trung hỏi để khai thác các triệu chứng liên quan gây ra run, mô tả nào không đúng?:

- A. Liên quan rối loạn thần kinh thực vật: chủ yếu thường gặp nhất là do những sang chấn về tinh thần, mệt mỏi, lo âu, căng thẳng thần kinh, stress gây ra
- B. Tổn thương do di chứng của viêm khớp cấp từ nhỏ.
- C. Do sự thiếu hụt các vitamin Magie, vitamin B6, vitamin B12, vitamin D, khoáng chất trong một thời gian dài
- D. Do nhiễm độc một số kim loại nặng (như chì, thủy ngân).

10.39. Chọn câu sai – trong kỹ thuật khám vận động chủ động chi trên (vai và khuỷu) nêu trong câu, mô tả nào không đúng?:

- A. Dạng vai: yêu cầu người bệnh cố nhắc vai lên chống lại lực ấn xuống của người khám.
- B. Khép vai: yêu cầu người bệnh cố khép chặt tay vào thân (khủy gấp) chống lại động tác cố kéo cánh tay ra ngoài của người khám..
- C. Gấp khuỷu: yêu cầu người bệnh cố gấp khuỷu để chống lại động tác kéo thẳng cánh tay họ ra của người khám.
- D. Duỗi khuỷu: yêu cầu người bệnh cố duỗi cánh tay để chống lại động tác gấp tay họ lại của người khám.

10.40. Chọn câu sai – trong kỹ thuật khám vận động chi trên (ngón tay) nêu trong câu, mô tả nào không đúng?:

- A. Gấp ngón: yêu cầu người bệnh nắm và vặn chặt 2 ngón tay của người khám
- B. Duỗi ngón: yêu cầu người bệnh ngửa bàn tay, duỗi căng các ngón tay trong khi người khám cố ấn các ngón tay xuống.
- C. Dạng ngón: yêu cầu người bệnh dạng các ngón tay hết sức trong khi người khám cố khép các ngón tay họ lại
- D. Khép ngón: yêu cầu người bệnh khép chặt các ngón tay và người khám kéo tách lần lượt từng ngón..

10.41. Chọn câu sai – trong kỹ thuật khám vận động chi dưới (háng) nêu trong câu, mô tả nào không đúng?:

- A. Gấp háng: yêu cầu người bệnh duỗi thẳng và nâng cao chân lên chống lại lực đẩy xuống của người khám (người khám đặt tay ngay trên đầu gối)
- B. Duỗi háng: yêu cầu người bệnh gấp chân để nằm xuống giường kháng lại lực nhắc chân lên của người khám (người khám đặt tay dưới kheo chân hoặc cổ chân).
- C. Dạng háng: yêu cầu người bệnh dạng đùi ra ngoài kháng lại lực đẩy vào của người khám
- D. Khép háng: yêu cầu người bệnh khép chặt đùi kháng lại lực kéo ra của người khám.

10.42. Chọn câu sai – trong kỹ thuật khám phản xạ trâm quay nêu trong câu, mô tả nào không đúng?:

- A. Tư thế người bệnh nằm, cẳng tay gấp, hai bàn tay để lên bụng hoặc tay buông xuôi
- B. Người khám cầm tay người bệnh gấp lại khoảng 45° so với mặt giường
- C. Vị trí gõ: mỏm trâm quay.
- D. Phản xạ xuất hiện: duỗi và quay ngửa cẳng tay

10.43. Chọn câu sai – trong kỹ thuật khám phản xạ gân cơ tứ đầu đùi hay phản xạ gân bánh chè nêu trong câu, mô tả nào không đúng?:

- A. Tư thế người bệnh nằm ngửa, chống cẳng chân cho hai đầu gối gấp một góc 45°
- B. Người khám luồn cẳng tay trái xuống dưới kheo chân và hơi nâng hai chân lên
- C. Vị trí gõ: gõ vào gân cơ tứ đầu đùi hoặc gõ thẳng vào xương bánh chè.
- D. Đáp ứng: người bệnh hất cẳng chân ra phía trước.

10.44. Chọn câu sai – trong kỹ thuật khám phản xạ da bìu nêu trong câu, mô tả nào không đúng?:

- A. Tư thế: cho người bệnh nằm ngửa, đùi hơi ngửa ra ngoài
- B. Kích thích bằng kim đầu tù vạch da ở 1/3 trên của mặt trên đùi.
- C. Đáp ứng: da bìu giãn ra, tinh hoàn tụt xuống dưới
- D. Đáp ứng: da bìu co dúm lại, tinh hoàn đi lên phía trên

10.45. Chọn câu sai – trong kỹ thuật khám phản xạ Hoffmann nêu trong câu, mô tả nào không đúng?:

- A. Tư thế: bàn tay người bệnh để sấp mềm mại
- B. Kích thích: người khám cầm đầu ngón tay giữa của người bệnh bập vài cái.
- C. Đáp ứng: dấu hiệu Hoffmann dương tính nếu mỗi lần bập, ngón cái và ngón trỏ của người bệnh khép lại như gọng kìm
- D. Đáp ứng: dấu hiệu Hoffmann dương tính nếu mỗi lần bập, ngón cái và ngón trỏ của người bệnh dẹt ra