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 9
# KỸ NĂNG HỎI-KHÁM LÂM SÀNG & CÁC THỦ THUẬT CƠ BẢN VỀ HỆ VẬN ĐỘNG

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

1. Khai thác được triệu chứng cơ năng thường gặp của hệ vận động
2. Thực hiện đúng các kỹ năng được áp dụng trong thăm khám thực thể hệ vận động
3. Biết một số qui trình, kỹ năng, thủ thuật cơ bản liên quan hệ vận động

**Nội dung**

9.1 Kỹ năng hỏi & khám hệ vận động

- 9.1.1. Hỏi bệnh (bệnh sử - tiền sử)
  - I. Hỏi các triệu chứng chính
  - II. Hỏi về tiền sử bệnh
- 9.1.2. Kỹ năng khám bệnh
  - I. Khám nhanh sơ bộ OE
  - II. Khám sàng lọc GALS
  - III. Khám vận động ngón tay-cổ tay-khủy-vai-cột sống-hông-gối-bàn chân.
  - IV. Khám trương lực cơ
  - V. Khám phối hợp động tác và thăng bằng
  - VI. Khám động tác tự động

9.2 Các thủ thuật, kỹ năng lâm sàng cơ bản liên quan hệ vận động

- 9.2.1 Kỹ thuật băng bó
- 9.2.2 Các qui trình kỹ thuật chuyên ngành chấn thương chỉnh hình

## 9.1 Kỹ năng hỏi & khám chuyên khoa vận động (cơ xương khớp)

### 9.1.1 Cách tiếp cận, khai thác & đặt câu hỏi trong khám vận động

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 vận động 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 diễn biến của bệnh sử** (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 gì nào?" 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 nếu cần.
  - Khởi đầu (Onset) - 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 - ví dụ: nếu triệu chứng là đau lưng: Bác có thể nói xem khi đau lưng nhiều như thế có mệt lả hoặc không thể ngồi hay không đứng lên được không?
  - Diễn biến - là triệu chứng xấu đi, cải thiện, hoặc tiếp tục dao động?
  - Không liên tục hoặc liên tục? - là triệu chứng luôn luôn hiện diện hay cứ đến và đi?
  - Yếu tố gây ra - có bất kỳ yếu tố khởi phát nào rõ ràng cho các triệu chứng?
  - Các yếu tố làm giảm - có bất cứ điều gì để cải thiện các triệu chứng, ví dụ như giảm đau khớp khi nghỉ (cách hồi)...
  - Các tính năng liên quan - có các triệu chứng khác xuất hiện liên quan như sốt…?
  - Các đợt trước: Chị có trải qua các triệu chứng này trước đây?

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

Các triệu chứng cơ năng là những triệu chứng do bệnh nhân tự cảm thấy khi mắc bệnh kể lại. Trong bệnh lý hệ vận động, các triệu chứng chính (Important locomotor musculoskeletal symptoms) là: *Đau, cứng, bất lực vận động, sưng, biến dạng, yếu mỏi, rối loạn cảm giác, mất chức năng* / Có thể hỏi về các triệu chứng đó tổng hợp trong từng lĩnh vực cơ - xương - khớp sau:

A. **Các triệu chứng cơ năng về cơ -** Hỏi người bệnh về các triệu chứng đã từng hoặc thường xuyên xảy ra như:

- *Mỏi cơ, yếu cơ*: thường là dấu hiệu sớm khiến bệnh nhân đi khám, cần khai thác sự diễn biến của các dấu hiệu mệt mỏi cơ hay yếu cơ: cố định hay tăng dần, mỏi cơ xuất hiện sau một vài động tác hay hiện tượng chóng mỏi cơ gặp trong bệnh nhược cơ; yếu cơ xuất hiện từng giai đoạn, từng chu kỳ gặp trong bệnh liệt cơ chu kỳ do giảm kali máu; ...
- *Đau cơ (myalgia):* những bệnh của cơ ít gây đau, trừ bệnh viêm cơ. Đau cơ hay gặp trong các bệnh thần kinh hay toàn thân; đau khu trú ở một cơ thường do viêm cơ; đau lan tỏa khó xác định gặp trong một số bệnh toàn thân, chú ý một số vị trí đau của gân, bao gân, dây chằng dễ nhầm với khớp, cơ, hoặc xương.
- *Chuột rút*: là hiện tượng co cứng và đau một cơ hay một nhóm cơ. Là triệu chứng không phải ở cơ, như thiếu Ca, Na, làm việc quá sức và kéo dài; chuột rút thường xuất hiện khi gắng sức, lạnh đột ngột, rối loạn điện giải, men...
- *Các cơn co cứng*: các cơn co cứng do thiếu calci (têtani), do bệnh uốn ván, do động kinh.
- *Máy giật và run thớ cơ*: máy giật là hiện tượng co giật một phần của cơ (máy mắt, miệng..), không đau xuất hiện tự nhiên, kéo dài trong vài giây. Run thớ cơ là hiện tượng co của sợi cơ, thớ cơ với biên độ nhỏ và tần số nhanh trong một thời gian ngắn.
- *Loạn trương lực cơ*: là hiện tượng khó khởi động, biểu hiện khi co cơ mạnh đột ngột thì giãn cơ chậm và khó.

B. **Các triệu chứng cơ năng về xương** - Hỏi để khai thác các điểm sau đây:

- *Đau xương*: Hỏi theo từ SOCRATES (cách hỏi theo trình tự SOCRATES: Site – đau chỗ nào?; Onset – bắt đầu khi nào?; Character – đau như thế nào?; Radiation – lan chuyển đến đâu?; Associations – có gì liên quan?; Time course – bao lâu?; Exacerbating – tăng giảm ra sao?; Severity – mức đau? / tham khảo thêm ở chương 2 – kỹ năng hỏi bệnh…).
  + Đau xương có liên quan đến nứt gãy thường là đau chói, không ổn định và thường bị trầm trọng thêm khi vận động, di chuyển.
  + Đau xương thường là âm ỉ và thường tệ hơn vào ban đêm. Nguyên nhân bao gồm do khối u, nhiễm trùng mãn tính, hoại tử không có mạch máu và viêm xương. Tính chất đau ở đây là:
    - Đau sâu.
    - Lan dọc theo chiều dài của xương.
    - Đau tăng lên khi hoạt động, khi ấn hoặc bóp vào.
- *Gãy xương tự nhiên*: hỏi để phát hiện một số bệnh xương có thể gây gãy xương tự nhiên hay sau một va chạm, chấn thương rất nhẹ (loãng xương, đa u tuỷ xương, ung thư di căn vào xương...)
- *Gãy xương*: Hỏi để phát hiện các dấu hiệu lâm sàng chính của gãy xương - được phân làm 2 nhóm chính như sau:
  + Các dấu hiệu chắc chắn gãy xương:
    * Biến dạng trục chi: có thể gập góc, xoay, ngắn chi.
    * Tiếng lạo xạo xương gãy: do hai đầu xương cọ sát vào nhau.
    * Chi gãy có cử động bất thường khi người bệnh cố gắng cử động.
    * Điểm đau chói tại nơi gãy xương
  + Các dấu hiệu không chắc chắn của gãy xương (vd: các chấn thương trật khớp, bong gân cũng có):
    * Đau
    * Sưng, bầm tím
    * Mất cơ năng (bất lực vận động)

C. **Các triệu chứng cơ năng về khớp** - Hỏi để khai thác các điểm sau đây:

– *Đau khớp* - là triệu chứng phổ biến nhất và Hỏi theo từ SOCRATES để khai thác chi tiết về đau

Đau trong khớp được gọi là đau khớp (arthralgia). Là dấu hiệu hay gặp nhất, cần xác định vị trí, tính chất, mức độ, diễn biến, các yếu tố làm tăng/giảm & mối liên quan với các triệu chứng khác:

+ Phải xác định vị trí đau khớp - vị trí đau tại khớp hay cạnh khớp. Đau sâu, đau nông ?.

+ Về tính chất đau khớp - thường được xác định nhờ cảm giác của bệnh nhân: đau cơ thường được mô tả đau căng cứng, ngược lại đau do thần kinh thường được mô tả đau như kim châm hoặc đau như điện giật.

+ Mức độ đau đôi khi khó xác định vì các bệnh nhân có ngưỡng đau khác nhau. Các phương pháp lượng giá mức đau khớp:

  * Đánh giá bằng thang nhìn: trên một thước vạch 10 độ, bệnh nhân tự xác định đau ở độ nào (0 = không đau, 10 = đau không chịu nổi).

  * Đánh giá bằng khả năng sinh hoạt hằng ngày.

  * Đánh giá mức độ đau bằng số lần thức dậy trong đêm.

+ Diễn biến của đau: khởi phát, cách khởi phát (từ từ hay đột ngột), thời gian đau. Ví dụ: đau cấp tính (thời gian < 6 tuần) trong các bệnh như Gút, viêm khớp nhiễm khuẩn đau mãn tính (thời gian kéo dài > 6 tuần).

+ Các yếu tố làm tăng hoặc giảm cảm giác đau như: khi nghỉ ngơi hay hoạt động, khi nóng hay lạnh, vận đông lập đi lập lại hay khi hoạt động quá mức... cũng cần khai thác kỹ.

+ Đau khớp cột sống cổ, có 3 thể:
    - Đau cổ gáy cấp tính: còn gọi là vẹo cổ cấp, xuất hiện sau một đêm ngủ dậy do gối đầu lệch hoặc sau lao động nặng, mệt mỏi, căng thẳng, nhiễm lạnh... Bệnh nhân thấy đau vùng gáy một bên lan lên cùng chẩm. Không quay được cổ do đau và co cứng cơ, muốn quay phải xoay cả người. Đau kéo dài vài ngày đến 1 hoặc 2 tuần, nhưng không kéo dài quá 6 tuần. Cơn đau thường hay tái phát.
    - Đau cổ gáy bán cấp: Khởi phát từ từ, không đột ngột. Đau kéo dài 6 tuần tới dưới 3 tháng. Đau thường không dữ dội, bệnh nhân vẫn vận động được cổ nhưng đau hoặc chỉ mỏi tức vùng cổ lúc tăng lúc giảm.
    - Đau cổ gáy mạn tính: Đau âm ỉ khi tăng khi giảm, ít lan, khó vận động cổ ở một số động tác vì đau, đôi khi thấy lạo xạo khi quay cổ. Tình trạng đau kéo dài trên 3 tháng.
+ Đau lưng do thoát vị đĩa đệm:
    - Căng cơ hoặc chuột rút ở vùng thắt lưng: Đau lan xuống chân. Đây cũng có thể là triệu chứng đau thần kinh tọa. Ngứa ran ở chân hoặc bàn chân. Tê yếu ở chân hoặc bàn chân. Trường hợp hiếm gặp đó là mất kiểm soát bàng quang, ruột.
    - Cơn đau thường bắt đầu từ từ. Nó có thể tồi tệ hơn: Sau khi đứng hoặc ngồi; Vào ban đêm; Khi hắt hơi, ho hay cười; Khi uốn cong hoặc đi bộ nhiều hơn một vài mét.

– *Sưng khớp*:

+ Sưng khớp vừa có thể là triệu chứng chủ quan của bệnh nhân (như bệnh nhân tự nhận thấy) vừa là triệu chứng khách quan. Vị trí các khớp sưng có ý nghĩa quan trọng trong việc xác định chẩn đoán, ví dụ viêm khớp dạng thấp sưng các khớp nhỏ, nhiều khớp có tính chất đối xứng ở bàn ngón tay và bàn ngón chân; trong bệnh Gút thường sưng ở khớp đốt bàn ngón cái của bàn chân một hoặc hai bên.

+ Triệu chứng này đặc biệt có ý nghĩa khi có đau khớp và cứng khớp song hành. Hỏi người bệnh những điều sau:

  - Các khớp bị ảnh hưởng (nhỏ hay lớn)?
  - Phân bố có đối xứng hay không?
  - Bản chất của sự khởi phát của sưng là gì?
  - Khởi phát nhanh (tụ máu - hematoma hoặc bệnh giun sán)
  - Khởi phát chậm là gợi ý của một tràn dịch.
  - Các khớp xương có bị sưng tấy hay không và có xảy ra hay không (và khi nào)?
  - Có đau khớp nào không?
  - Các khớp có sờ  nóng khi chạm vào?
  - Có xuất huyết không? (Điều này là phổ biến trong nhiễm trùng, chấn thương, và đau khớp thần kinh.)
  - Có những khớp bị nghi ngờ có thể bị thương không?

- *Cứng khớp* - Hạn chế vận động: là triệu chứng chủ quan cần khám phá chi tiết để thiết lập chính xác những gì mà bệnh nhân cho là có ý nghĩa.
  + Là triệu chứng thường được bệnh nhân mô tả những khó khăn trong sinh hoạt hàng ngày bệnh nhân tự cảm thấy không làm được một số động tác của khớp và cột sống như: không nắm được bàn tay, không co được cẳng tay, không giơ tay lên cao, không ngồi xổm được, không cúi xuống, không quay cổ...
  + Hiện tượng cứng khớp: là cảm giác không thoải mái và/hoặc hạn chế cử động sau một thời gian không cử động (còn gọi hiện tượng phá rỉ khớp): cứng khớp buổi sáng kéo dài trên 1 giờ là triệu chứng quan trọng trong viêm khớp dạng thấp và thường gặp ở nhiều khớp. Cứng khớp xuất hiện sau thời gian khoảng 60 phút không cử động thường gặp trong thoái hoá khớp.
  + Nếu độ cứng vượt trội hơn đau, hãy xem xét sự co thắt hoặc dị ứng hay là tăng trương lực chiếm ưu thế và các dấu hiệu thần kinh vận động. Hỏi bệnh nhân như sau:
    - Khi nào độ cứng là tồi tệ nhất? (như cứng ban đầu vào buổi sáng được thấy trong viêm khớp dạng thấp, trong khi đó bệnh cơ khớp sẽ trở thành tồi tệ hơn trong ngày)
    - Có khớp nào liên quan? Hay là cứng tổng quát? (cứng tổng quát có thể thấy trong viêm khớp dạng thấp và viêm cột sống dính khớp).
    - Độ cứng liên quan đến nghỉ ngơi và hoạt động như thế nào? (Các bệnh khớp cơ sẽ bị trầm trọng thêm do hoạt động kéo dài)

**II. Hỏi về Tiền sử *(Phần còn lại của hỏi bệnh - The rest of the history)***

A. **Tiền sử bệnh đã mắc** (past medical history) Hỏi về tất cả các rối loạn y tế và phẫu thuật trước đây và hỏi chi tiết về bất kỳ lịch sử trước của chấn thương hoặc bệnh cơ xương khớp

- Cần hỏi bệnh nhân về các biện pháp điều trị đã dùng trước khi vào viện như: các biện pháp không dùng thuốc, điều trị vật lý, các thuốc đã dùng, liều lượng và thời gian, hiệu quả.
- Tiền sử về quan hệ tình dục có thể xác định được nguyên nhân gây bệnh. Ví dụ: viêm niệu đạo xuất hiện trước khi khởi phát đau gót chân hoặc sưng khớp là cơ sở để chẩn đoán hội chứng Reiter.
- Cần hỏi về tiền sử bệnh loét dạ dày-tá tràng vì có liên quan đến sự lựa chọn các biện pháp điều trị: các thuốc chống viêm giảm đau dùng trong các bệnh khớp thường có tác dụng phụ gây viêm, loét, chảy máu, thậm trí thủng dạ dày có thể dẫn đến tử vong.

B. **Tiền sử dùng thuốc** (drug history)

- Cần có một lịch sử dùng thuốc đầy đủ, bao gồm tất cả các các thuốc theo toa và không cần toa thuốc. Đánh giá hiệu quả của mỗi lần điều trị, trong quá khứ và hiện tại.
- Hỏi về tác dụng phụ của bất kỳ loại thuốc nào dùng cho bệnh cơ xương khớp:
  - + Buồn nôn với các thuốc giảm đau không steroid phóng thích (NSAIDs)
  - + Các tác dụng phụ lâu dài của liệu pháp steroid, chẳng hạn như chứng loãng xương, bệnh cơ, nhiễm trùng, hoại tử không có mạch má.u
- Hỏi về các thuốc hạ huyết áp có tác dụng bất lợi về cơ xương khớp:
  - + Statins ~ đau cơ và chứng đau cơ
  - + Thuốc ức chế ACE ~ đau cơ
  - + Thuốc chống co giật ~ osteomalacia
  - + Quinolone ~ chứng suy giảm
  - + Thuốc lợi tiểu, aspirin, rượu ~ gout
  - + Procainamide, hydralazine, isoniazid ~ lupus ban đỏ hệ thống (SLE)

D. **Tiền sử gia đình**

- Điều quan trọng cần lưu ý là tiền sử bệnh tật của gia đình, đặc biệt là những bệnh cơ xương khớp có yếu tố di truyền:
  + Viêm xương khớp
  + Viêm khớp dạng thấp
  + Loãng xương
- Lưu ý một số bệnh khớp có liên quan đến yếu tố di truyền như bệnh viêm cột sống dính khớp có kháng nguyên HLA B27 (+), hội chứng Reiter, viêm khớp vẩy nến, viêm khớp do bệnh đại tràng, luput ban đỏ ở trẻ em ...

E. **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
  + *Anh uống bao nhiêu chai bia mỗi tuần?*
- Sử dụng thuốc giải trí - sử dụng ma túy IV là một yếu tố nguy cơ viêm gan

F. **Tình hình cuộc sống**:

- Một số nghề nhất định có liên quan đến cơ xương khớp-ví dụ, thương tích căng thẳng lặp đi lặp lại, hội chứng rung tay, và gãy xương mỏi do thỉnh thoảng thấy trong vũ công và vận động viên.
- Dân tộc có liên quan, vì có nhiều mô tả về lupus và lao trong quần thể dân Châu Á.
- Nếu bệnh nhân là người già, hãy chú ý về các hoạt động sinh hoạt hàng ngày (the activities of daily living - ADL), bệnh nhân làm thế nào để di động và thích nghi, chẳng hạn như hỏi về bác đi thang máy hoặc di chuyển ra lan can hàng ngày như thế nào?.
- Nhớ hỏi về chăm sóc tại gia hoặc các hỗ trợ khác. Chẳng hạn hỏi: Ai sống với cụ (bệnh nhân)? Mọi người chăm sóc bác thế nào? Ông từng được mức chăm sóc nào?
- Tùy nơi thích hợp, hỏi xem có một lịch sử tình dục như thế nào. Điều này rất quan trọng vì viêm khớp phản ứng hoặc hội chứng Reiter có thể là do tình dục liên quan các bệnh truyền nhiễm, chẳng hạn như bệnh chlamydia và lậu.

G. **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: lượng nước tiểu giảm trong việc mất nước).
- 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 ?*
  - Hệ TKTW - *Tầm nhìn / Nhức đầu / Vận động kém hoặc chứng rối loạn / Mất ý thức / Lẫn lộn?*
  - Da liễu - *Rối loạn da / Bị bong da / Vết loét / Thương tổn?*

### 9.1.2 Các bước  thăm khám thực thể hệ vận động

❖ **Đại cương**

- Bộ máy vận động, gồm hệ cơ, xương và khớp, đảm bảo nhiều chức năng quan trọng của cơ thể: tạo nên một khung che đỡ các cơ quan nội tạng, thực hiện các hoạt động sinh hoạt, lao động và di chuyển của cơ thể.
- Những tổn thương của hệ cơ-xương-khớp có nhiều liên quan đến các cơ quan, bộ phận khác của cơ thể như thần kinh, nội tiết, chuyển hoá, tim mạch, cơ quan tạo máu...
- Các bệnh của bộ máy vận động nhất là khớp và xương gặp ở mọi lứa tuổi nhất là ở trẻ em và người lớn tuổi, những bệnh nhân này chiếm tới 12% trong nhân dân và trên 50% với những người trên 60 tuổi.
- Thăm khám bộ máy vận động nằm trong quá trình khám tổng quan chung. Để tiện trong thực tế lâm sàng, người ta có thể khám nhanh sơ bộ OE, khám sàng lọc GALS hoặc khám từng bộ phận từ tay - cột sống - hông - tới chân, hay dành ra khám riêng về trương lực cơ, khám đánh giá sự phối hợp động tác và thăng bằng & khám phát hiện các động tác tự động ...

❖ **Thầy thuốc:**

- Mặc áo blouse, đội nón, mang khẩu trang, mang găng tay sạch khi khám.
- Tác phong: nghiêm túc, chuyên nghiệp

❖ **Chuẩn bị bệnh nhân**

- Giải thích cho bệnh nhân yên tâm về thăm khám.
- Giúp BN bộc lộ vùng khám, giúp bệnh nhân có tư thế khám đúng: tư thế có thể thay đổi tùy theo quá trình.

**I. Kỹ năng khám nhanh sơ bộ** (The outline examination-OE)

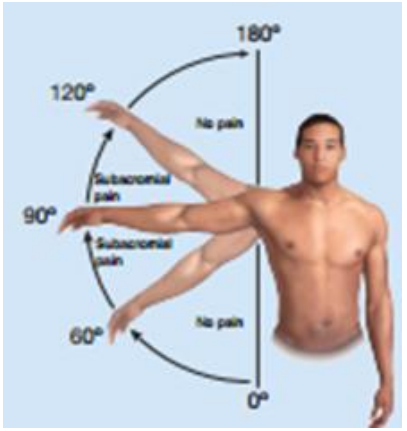
- Kiểm tra toàn bộ hệ thống cơ xương khớp có thể lâu và phức tạp; nên thầy thuốc có thể khám kiểm tra nhanh sự biểu hiện hỏng hóc của các khớp ở khu vực sau đây: bàn tay, khuỷu tay, vai, xương sống, hông, đầu gối, mắt cá chân và bàn chân.
- Khung kiểm tra: Khi kiểm tra từng khớp nên tuân theo định dạng chuẩn sau:
  - Nhìn
  - Sờ (đo)
  - Khám vận động
    - Bị động
    - Chủ động
  - Các bài kiểm tra đặc biệt
  - Chức năng
- Trong khám về vận động, cần kiểm tra kỹ lưỡng các khớp ở trên và dưới của một khớp có triệu chứng. Ví dụ, đối với một phàn nàn về khuỷu tay, cũng kiểm tra luôn cả vai và cổ tay.
- Các hạn chế của chuyển động chủ động phản ánh bệnh lý cơ bản của dây chằng và cơ xung quanh khớp, nhưng khi có giới hạn của cả hai chuyển động chủ động và thụ động thì cho thấy có một vấn đề nội tại bên trong.

**II. Kỹ năng khám sàng lọc GALS** (GALS screen)

- Sự toàn vẹn toàn bộ của hệ thống cơ xương khớp có thể được sàng lọc rất nhanh chóng bằng cách sử dụng phương pháp đánh giá GALS.
- Thầy thuốc có thể sử dụng phương pháp này để tiến hành kiểm tra nhanh, toàn bộ hệ cơ xương khớp để xác định khớp hoặc vùng cần được xem xét chi tiết hơn.
- Khám sàng lọc GALS bao gồm bốn thành phần:
  - G (gait) = đi bộ
  - A (arms) = tay
  - L (legs) = chân
  - S (spine) = xương sống
- Mô hình khám sàng lọc GALS ban đầu đã được lập ra như là một sàng lọc nhanh cho sự bất thường mà không có triệu chứng. Phiên bản sửa đổi [10] sau đây thường được áp dụng:

***Đi bộ***

- Theo dõi bệnh nhân đi bộ.
- Cần có sự đối xứng và sự trơn tru của chuyển động và cánh tay vung vẩy không chạm xương chậu và chiều dài bước chân bình thường. Bệnh nhân nên có thể bắt đầu, dừng lại, và quay nhanh.




***Tay*** *(bệnh nhân ngồi trên ghế)*

- Kiểm tra: Tìm kiếm sự khuyết mất cơ và biến dạng khớp ở vai, khuỷu tay, cổ tay và ngón tay. Bóp bóp nhẹ bàn tay vài giây không đau.
- Dạng vai: Yêu cầu bệnh nhân giơ hai cánh tay lên phía trên đầu họ. Phạm vi bình thường là 170-180 °.
- Xoay bên vai: Yêu cầu chạm tay vào giữa lưng của họ.

+ Gập, duỗi khuỷu tay: Yêu cầu bệnh nhân thẳng tay ra, bình thường là 180 độ.
+ Gập, duỗi cổ tay và ngón tay: dấu hiệu cầu nguyện. Mở rộng cổ tay và mở rộng ngón tay: dấu hiệu cầu nguyện ngược .
+ Tay nắm mạnh: Yêu cầu bệnh nhân nắm chặt tay.
+ Tay nắm chính xác: Yêu cầu bệnh nhân đặt từng ngón tay lên ngón cái.

***Chân*** *(bệnh nhân nằm trên ghế dài-giường khám)*

+ Kiểm tra: Tìm sưng hoặc biến dạng ở đầu gối, mắt cá chân, và chân, cũng như teo ở cơ bốn đầu đùi. Bóp nhẹ xương bàn chân không đau.
+ Gập hông và gối: Kiểm tra thụ động và tích cực. Gập hông bình thường là 120 *, đầu gối bình thường là 135 *.
+ Xoay đùi quay hông: bình thường là 90 * .
+ Kiểm tra đầu gối: không phù các hố và không lỏng lẻo
+ Mắt cá chân: Kiểm tra gập phía bụng (bình thường 15 *) và gập phía lưng (bình thường 55 *).

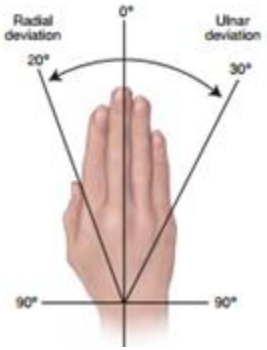
***Cột sống*** *(bệnh nhân đứng)*

+ Kiểm tra từ phía sau: Tìm chứng vẹo cột sống, chất lượng cơ bắp ở vai và lưng, tìm các đỉnh xương chậu .
+ Kiểm tra từ bên cạnh: Tìm kiếm gù ngực và đề nghị ưỡn cột sống thắt lưng và cổ .
+ Gập thắt lưng: Yêu cầu bệnh nhân chạm ngón tay vào ngón chân của họ. Khoảng cách bình thường là <15 cm.
+ Gập, ngửa và nghiêng cổ: Yêu cầu bệnh nhân chạm cằm vào ngực, ngửa cổ nhìn trời và chạm tai vào vai.

**III. Khám vận động tay-khuỷu-vai-cột sống-hông-gối-bàn chân.**

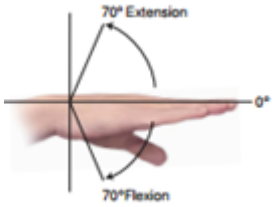
**A. Khám bàn tay - cổ tay** (Hands)

Khám tay là một phần quan trọng của kỹ năng khám và có thể cung cấp một số lượng lớn các đầu mối chẩn đoán. Việc khám tay, ngay cả khi chỉ thông qua một cái bắt tay, là một phần gần như phổ quát của mỗi kỳ thi OSCE & trong thao taccs khám hàng ngày.



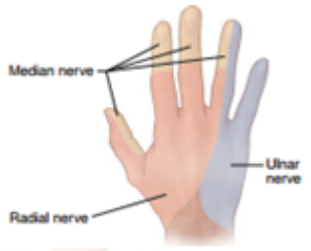

***Chuẩn bị***

Bắt đầu bằng cách bộc lộ từ cổ tay lên đến khuỷu tay và yêu cầu bệnh nhân đặt tay lên một chiếc gối trên đùi của họ khi bạn ngồi đối diện. Chú ý quan sát xem trong phòng, hay quanh người bệnh có dụng cụ hỗ trợ chức năng của tay nào không.



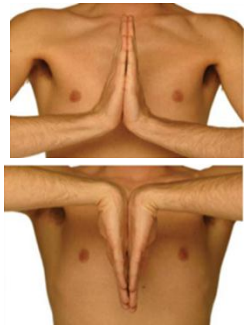

***Nhìn***

- Xem mặt lưng tay (Dorsum) yêu cầu bệnh nhân giơ tay ra, rũ bàn tay xuống. Xem lòng bàn tay (Palm) tiếp theo, yêu cầu bệnh nhân ngửa bàn tay. Có thể thực hiện chẩn đoán tại chỗ  vì nhiều bệnh gây ra thay đổi ở bàn tay đặc trưng (ví dụ, viêm khớp dạng thấp, xơ cứng hệ thống, bệnh vẩy nến, dây thần kinh trụ tổn thương).
- Màu da: ghi nhận màu sắc (ví dụ: đỏ da, phản ứng viêm mạch máu, thiếu máu, xuất huyết) và tính nhất quán của da.
- Các tổn thương rời rạc: có bất kỳ tổn thương rời rạc nào không?
- Cơ bắp: nhìn vào các cơ nhỏ của bàn tay và các bắp cơ lớn hơn của cẳng tay và lưu ý về bất kỳ sự tăng hoặc giảm nhỏ nào.
- Các khớp nối: hãy quan sát lần lượt từng khớp cổ tay, khớp ngón tay
- Cổ tay: tìm kiếm bằng chứng về sự sưng hoặc biến dạng.
- Móng tay: Nên khám móng tay cẩn thận.



***Sờ***

- Hỏi bệnh nhân xem có đau không khi sờ. Chú ý đến các khu vực thay đổi nhiệt độ. Sờ bắt cả mạch quay ở cổ tay và mạch trụ ở khuỷu tay.
- Khám cảm giác bằng cách sờ chạm nhẹ, chích bằng kim (đau), chạm vào vị trí khớp nối của hai dây thần kinh ngoại vi (trụ, giữa, quay) và phân bố da.



***Vận động***

*Vận động thụ động*

- Thầy thuốc di chuyển các khớp và đánh giá phạm vi di chuyển, tìm xem có bất kỳ cản trở và đau đớn nào không.

*Vận động chủ động*

- Yêu cầu bệnh nhân gấp và duỗi tay nhanh để khám dấu hiệu của chứng loạn dưỡng nhược cơ (tay sẽ chậm duỗi).
- Duỗi cổ tay: khám 'dấu cầu nguyện' Yêu cầu bệnh nhân chắp lòng bàn tay lên cao, trước mặt. Gập cổ tay: khám dấu 'cầu nguyện ngược'. Yêu cầu bệnh nhân chắp bàn tay họ phía mu tay. Gập ngón tay; duỗi ngón tay
- Khám cơ gian cốt lưng bàn tay (kiểm tra dây thần kinh trụ): được đánh giá bằng cách nói bệnh nhân doãng rộng các ngón tay và thầy thuốc cố gắng đẩy chúng khép lại với nhau.
- Khám cơ gian cốt lòng bàn tay (kiểm tra dây thần kinh trụ): Khám bằng cách yêu cầu bệnh nhân giữ một mảnh giấy giữa các ngón tay của họ và cố chống lại sự nỗ lực của bạn để kéo nó ra.
- Ép ngón cái (kiểm tra dây thần kinh giữa): Yêu cầu bệnh nhân đặt tay lên gối, và đưa ngón tay cái của họ lên trần nhà. Sau đó bạn cố gắng đẩy ngón tay cái về phía cẳng tay trong khi họ chống lại bạn.
- Nghiệm pháp gọng kìm (Opponens pollicis-kiểm tra dây thần kinh giữa): Khám bằng cách nói bệnh nhân kẹp ngón cái và ngón tay trỏ vào nhau thành chữ 'O' và hướng dẫn bệnh nhân cố gắng ngăn bạn tách chúng ra.

thử nghiệm Finkelstein

Hội chứng Đường hầm Cổ tay

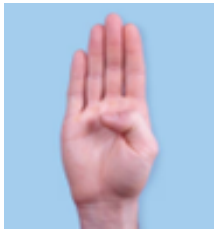
***Chức năng***

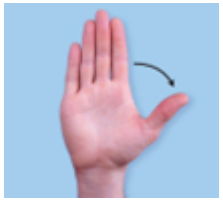
Khámchức năng là một phần quan trọng của bất kỳ khám tay nào và không nên bỏ qua. Yêu cầu bệnh nhân:

- Viết tên của họ.
- Rót một ly nước.
- Cài và mở một nút áo.
- Nhặt một đồng xu từ trên một bề mặt như bàn, sàn...

❖ Và nhiều kỹ thuật khám chuyên sâu khác về tay & và bàn tay, chú ý luôn khám khuỷu tay để gợi ra bất kỳ manh mối nào về nguyên nhân gây ra khớp bệnh lý. Ví dụ, có thể có các khối u thấp khớp, mảng bám vẩy nến, nốt vàng hoặc sẹo.

Test Tinel sign

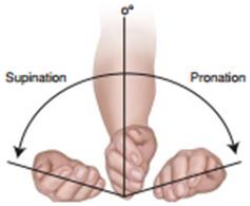




**B. Khám khuỷu tay** (Elbow)

***Nhìn -*** Nhìn khớp khuỷu tay từ phía trước, bên hông và phía sau, lưu ý:

- Xương; Sẹo; Thay đổi da (ví dụ, mảng bám vẩy nến); Nốt da hoặc dưới da; Các dị tật; Mất cơ; Sưng...
- Vẹo trong (cubitus varus) hoặc vẹo ngoài (cubitus valgus) có thể do gãy xương không liên kết tốt gây ra.




***Sờ -*** Luôn luôn hỏi về đau trước khi bắt đầu. Đánh dấu và sờ như sau:

- Nhiệt độ; Nốt dưới da.
- Sưng:
  - + Sưng mềm có thể là do viêm dây chằng chéo (olecranon bursitis).
  - + Sưng cứng cho thấy sự biến dạng xương.
  - + Sưng phù nâu cho thấy sự dày lên của khớp (ví dụ, thứ phát của RA).
- Cẩn thận lưu ý dấu khuỷu tay chơi golf hoặc dấu khủy tay quần vợt.

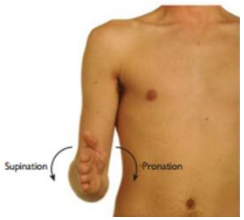
trật khuỷu tay

gãy xương khuỷu tay

***Khám vận động***

Xem chức năng vai có tốt không trước khi cố gắng đánh giá vận động khuỷu tay. Hãy nhớ khám các vận động thụ động (thầy thuốc khám) và các vận động chủ động (bệnh nhân thực hiện) ở từng giai đoạn.

- Yêu cầu bệnh nhân đặt cánh tay lên phía sau đầu. Tiếp theo đánh gập khuỷu và mở rộng với cánh tay trên. Nhớ so sánh với phía đối diện.
- Với khuỷu tay được ép vào hai bên, khám các dây chằng nối khớp (lòng bàn tay hướng về phía bụng) và ngả lưng (hướng về phía bầu trời).




***Chức năng***

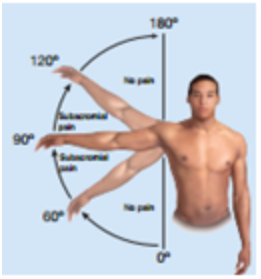
Quan sát bệnh nhân đổ một cốc nước và sau đó mặc áo khoác.

Gập, duỗi và tiếng kêu khi cử động

**C. Khám vai** (Shoulder)

***Nhìn***

Yêu cầu bệnh nhân bộc lộ chi trên, cổ và ngực. Quan sát từ đầu đến chân, từ phía trước, bên và phía sau. Nhìn đặc biệt những điều sau đây:




- Đường nét chung; Lưu ý bất kỳ sự mất đối xứng hoặc biến dạng nào, chẳng hạn như lệch xương vai, sự nổi cao của khớp ức đòn; teo cơ delta hoặc cơ che phủ trên và phần dưới của xương vai.
- Sưng khớp, điều này rõ ràng hơn khi nhìn từ phía trước và có thể là một đầu mối để phát hiện chảy máu cấp tính, thấp khớp, hoặc nhiễm khuẩn huyết.
- Sẹo; Sự bầm tím hoặc da khác hoặc mô dưới da thay đổi
- Vị trí của cả hai vai, tìm kiếm bằng chứng về sự trật khớp: Bệnh nhân đến khám, tay lành đỡ tay đau, thấy vai bên trật ngắn hơn, bờ vai vuông (dấu hiệu gù vai). Trật khớp vai ra sau có thể thấy khi cánh tay khép, cẳng tay như dán chặt, nằm ngang trước lồng ngực, cổ bàn tay duỗi tối đa...
- Hãy nhớ kiểm tra vùng nách.

***Sờ***

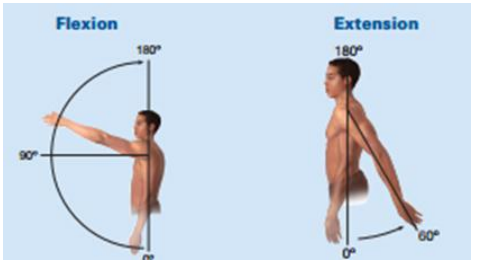
Luôn luôn hỏi về đau trước khi bắt đầu. Lưu ý bất kỳ sự thay đổi nhiệt độ, khó chịu, hoặc chấn thương vùng vai. Đứng ở phía trước của bệnh nhân:

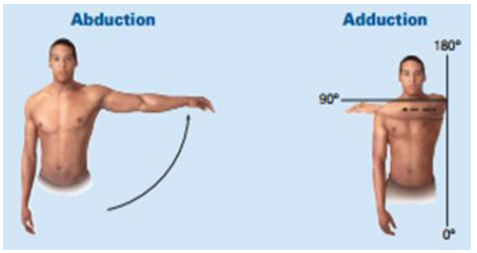
- Đánh dấu các mô mềm và các điểm xương trong các phần sau theo thứ tự: khớp ức đòn, xương đòn, khớp vai.
- Kiểm tra đau vùng quanh đòn.
- Sờ có thể thấy ổ chảo lõm, chỏm xương lồi tròn ở đáy rãnh denta- ngực, ở hõm nách trong sai khớp vai
- Sờ nắn vùng trên đòn để phát hiện bệnh hạch thượng đòn to.

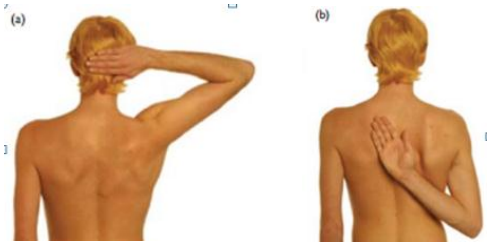
***Khám vận động***

Hãy nhớ khám các vận động thụ động (thầy thuốc khám) và các vận động chủ động (bệnh nhân thực hiện)

- Giơ tay (Flexion): Yêu cầu bệnh nhân nâng cánh tay lên phía trên đầu.
- Duỗi sau (Extension): Làm thẳng cánh tay về sau càng xa càng tốt.
- Dạng (Abduction): yêu cầu người bệnh giơ cánh tay ra xa phía cùng bên của cơ thể.
- Dang (Adduction): Yêu cầu bệnh nhân vận động cánh tay hướng về phía bên kia thân người.
- Xoay ngoài (External rotation) & Xoay trong (Internal rotation): Khuỷu ở tư thế gấp để cạnh thân. Từ ở tư thế trung gian của khớp vai tiến hành động tác thụ động xoay trong và động tác thụ động xoay ngoài cho khớp vai.
- Vận động hỗn hợp (Compound movements): Yêu cầu bệnh nhân đặt cả hai tay vào sau đầu và yêu cầu bệnh nhân tiếp cận lưng với ngón tay để chạm vào tại chỗ giữa hai vai của họ .
- Nghiệm pháp Barré Chi trên: người bệnh nằm ngửa, mắt nhắm giơ thẳng hai tay tạo một góc 60o với mặt giường, bên nào liệt sẽ rơi xuống trước.



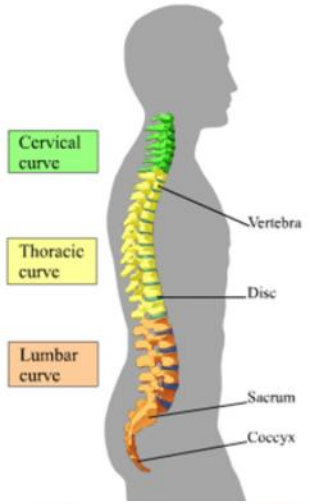
***Chức năng***

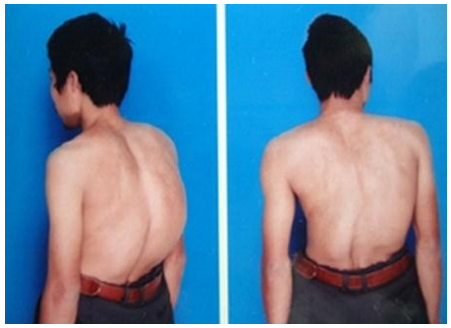
Yêu cầu bệnh nhân chạm vào giữa lưng hoặc mặc áo khoác. Và nhiều kỹ năng khám chuyên khoa về khớp vai khác (khám dạng chủ động khớp vai chống lại lực kháng; khám động tác kéo ra ngoài khớp vai; khám tính bền vững phía trước và phía sau của khớp vai; ...)

**D. Khám cột sống** (Spine)

***Nhìn***

- Chuẩn bị người bệnh: bộc lộ toàn bộ cột sống từ chẩm xuống tới xương cùng cụt, tư thế người bệnh đứng chụm hai gót chân, hai tay thẳng và áp vào hai đùi;
- Nhìn: người bệnh ở tư thế đứng. Quan sát phía lưng và nghiêng thấy được đường cong sinh lý của cột sống: đoạn sống cổ hơi cong lồi ra sau, đoạn lưng cong lồi ra sau và thắt lưng lồi ra trước;
- Nhìn thẳng:
  + Xác định trục cột sống: là đường thẳng nối các gai sau từ C1 - giữa nếp lằn mông.
  + Đánh giá sự cân bằng của khung chậu: nối 2 gai chậu trước trên, 2 gai chậu sau trên, bình thường là 2 đường thẳng.
  + Đánh giá sự cân bằng của 2 vai. Khi vẹo cột sống mất bù, vai sẽ lệch nhau.
- Nhìn nghiêng: Khảo sát đường cong của cột sống, phát hiện gù cột sống.





***Sờ:***

- Xác định các vị trí các đốt sống.
- Phát hiện các biến dạng, u , gồ gai sống. Có thể thấy khối cơ cạnh sống co cứng.
- Ấn dọc theo các gai sống hoặc dùng búa gõ phản xạ lên các gai sống: bình thường không đau.

Gõ:

- gõ dọc các gai sống tìm điểm đau.
- Đấm từ đầu xuống tạo lực truyền theo trục dọc cột sống hoặc cho bệnh nhân đứng nhón gót rồi nện mạnh gót xuống sàn nhà. Bình thường không đau.

***Khám vận động:***

- Động tác cúi.
- Động tác ưỡn ngực.
- Động tác nghiêng.
- Động tác xoay.

Ý nghĩa: Phát hiện trương lực cơ cạnh cột và điểm đau tại cột sống...;

*Khám đánh giá vận động từng phần cột sống.*

a. Khám vận động cột sống cổ.

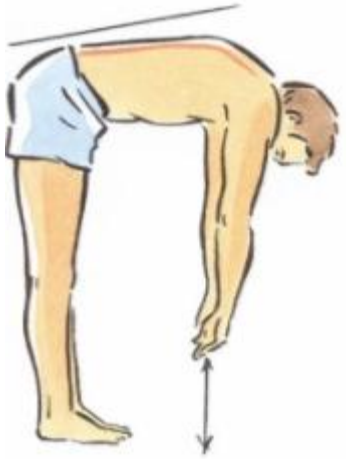
- Cho người bệnh tự thực hiện các động tác: cúi, ngửa, nghiêng, quay sang hai bên:
  - + Cúi cổ: Cằm chạm ức ( khoảng $45^0$)
  - + Ngửa cổ: Mắt nhìn thẳng trần nhà (khoảng $45^0$).
  - + Gập bên (nghiêng): Tai – vai ( khoảng 45 – $60^0$).
  - + Xoay (trái) – xoay (phải): $45^0$.
- Đánh giá vận động cột sống cổ;

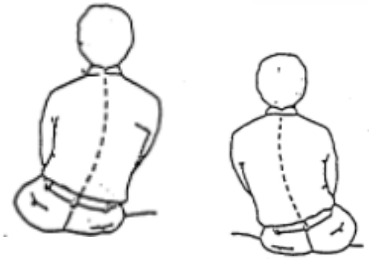
b. Khám vận động cột sống ngực.

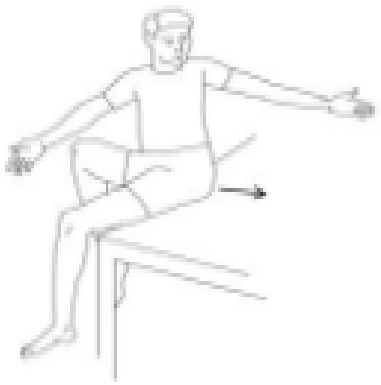
- Đo độ giãn lồng ngực: đặt thước dây vòng qua lồng ngực người bệnh (ngang mức khoang liên sườn 4), đo chu vi lồng ngực khi người bệnh hít vào hết sức và thở ra hết sức (độ giãn lồng ngực bình thường 3-4cm, hạn chế khi <2,5cm).
- Đánh giá vận động cột sống ngực;

c. Khám vận động cột sống lưng.

– Người bệnh thực hiện động tác chủ động: cúi, ngửa, nghiêng sang hai bên:
  + Cúi:
    * Đầu ngón tay chạm đất hoặc cách đất vài cm (khoảng 90 độ).
    * Hình dạng cột sống đều hài hoà (trong viêm dính cột sống, cột sống thẳng đơ).
    * Hai nửa lồng ngực cong đều, ngang bằng (trong vẹo cột sống cấu trúc hai nửa này không cân xứng)
  + Gập bên (nghiêng trái và phải):
    * Hai tay giữ mào chậu cho khung chậu đứng thẳng, cho bệnh nhân nghiêng trái và nghiêng phải.
    * Bình thường mỗi bên khoảng 30 – 45$^{o}$
  + Xoay:
    * Giữ khung chậu như trên và cho bệnh nhân xoay người sang trái và sang phải.
    * Bình thường mỗi bên khoảng 30 – 45$^{0}$.







***Chức năng & nghiệm pháp đánh giá***

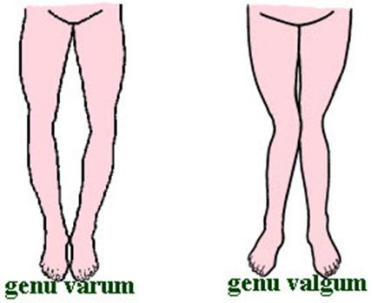
- Thực hiện động tác ngón tay chạm đất - Làm nghiệm pháp Schobert (Đo chỉ số Schober):
  - + BN đứng thẳng, đánh dấu khoảng giữa gai sống L4, L5, đo lên trên một đoạn 10 cm, đánh dấu tiếp.
  - + Cho bệnh nhân cúi hết mức và đo lại khoảng cách đã đánh dấu.
  - + Bình thường có độ chênh lệch là 4 – 5 cm (trong viêm dính cột sống độ chênh lệch này < 2 cm).
- Nghiệm pháp Lasegue (straight leg raising test):
  - + Bệnh nhân nằm ngửa trên giường phẳng, hai chân duỗi thẳng, cổ chân trung tính.
  - + Người khám một tay cầm cổ chân bệnh nhân giơ cao dần (gấp háng thụ động), tay kia đặt trước gối để giữ chân ở tư thế duỗi thẳng. Nâng cao dần chi dưới đến khi háng gấp 70-90$^{o}$, chân còn lại vẫn duỗi thẳng.
  - + Bình thường không đau. Dấu hiệu dương tính khi háng gấp dưới 60$^{o}$ thì bệnh nhân cảm thấy đau buốt từ hông, mông và mặt sau đùi.
  - + Dấu hiệu này gặp trong một số bệnh lý viêm nhiễm thần kinh toạ, thoát vị đĩa đệm cột sống thắt lưng

Nghiệm pháp Laseuge

**E. Khám hông** (Hip)

***Nhìn***

- Bộc lộ toàn bộ chi dưới. Nhìn xung quanh phòng để nhận biết bất kỳ dụng cụ trợ giúp nào như giày chỉnh hình hoặc dụng cụ đi bộ.
- Yêu cầu bệnh nhân đi bộ, và lưu ý cách đi bộ cũng như có bằng chứng đau đớn rõ ràng.
- Với bệnh nhân ở tư thế đứng, hãy khám từ phía trước, bên và phía sau. Hãy tìm những điều sau đây: Sẹo; Sưng; Bất đối xứng của nếp nhăn da; Mất cơ; Các dị tật
- Chú ý đến vị trí của chi (xoay ngoài, khung xương chậu nghiêng, đứng với đầu gối hơi gập...).




***Sờ***

- Cảm nhận sự nổi bật của xương, chẳng hạn như gai chậu trước trên và sờ xem chúng có ở vị trí bình thường không.
- Sờ xem các mô mềm và cảm nhận sự mềm mại trong và quanh khớp.

***Khám vận động*** - Hỏi bệnh nhân xem họ có đau không trước khi kiểm tra.

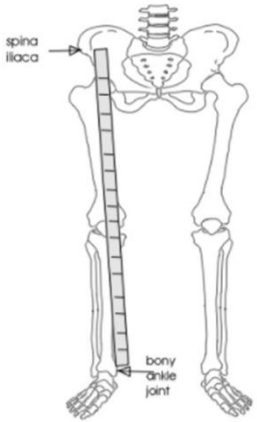
*Vận động chủ động*:

- Gập chân (Flexion): Yêu cầu bệnh nhân co gối lại hông cho đến khi đầu gối gập vào bụng. Bình thường khoảng 120 *.
- Duỗi sau (Extension): Với chân của bệnh nhân giữ thẳng, yêu cầu họ vận động nó đi từ đường giữa ra sau. Bình thường là 30-40 *.
- Dạng (Abduction): Với chân của bệnh nhân giữ thẳng, yêu cầu họ vận động nó xa đường giữa. Bình thường là 130 *.
- Nâng đùi: Yêu cầu bệnh nhân nâng chân lên khỏi giường. Bình thường chỉ một vài độ.

- Xoay trong: Yêu cầu bệnh nhân giữ chặt đầu gối và xoay bàn chân ra ngoài càng xa càng tốt.
- Xoay ngoài: Yêu cầu bệnh nhân giữ chặt đầu gối và xoay bàn chân vào trục giữa càng xa tốt.

*Vận động thụ động*

Hầu hết các vận động này phải được thầy thuốc thẩm định, đánh giá như vận động tích cực trong khi bệnh nhân ở trạng thái thư giãn.



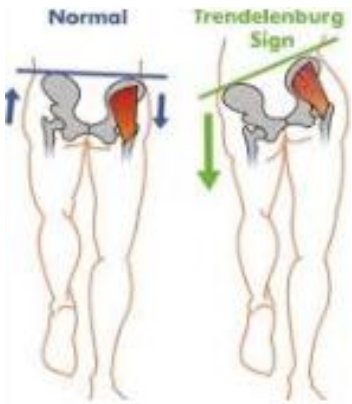

***Đo chiều dài chân***

- Đo chiều dài tuyệt đối: để người bệnh nằm ngửa, dùng thước dây đo từ mấu chuyển lớn đến lồi cầu ngoài (hoặc khe khớp gối ngoài);
- Đo chiều dài tương đối: để người bệnh nằm ngửa, dùng thước dây đo từ gai chậu trước trên xuống đến mắt cá trong mỗi bên. Hoặc đo từ gai chậu trước trên xuống đến lồi cầu ngoài mỗi bên và so sánh.

***Các kỹ năng khám đặc biệt***

*Thử nghiệm Trendelenberg*

Test này hữu ích cho việc đánh giá tổng thể về chức năng của hông và sẽ bộc lộ sự trật khớp hoặc tràn dịch khớp, dạng hông yếu, ngắn cổ xương đùi, hoặc bất kỳ chứng rối loạn đau đớn nào của hông.




- Yêu cầu bệnh nhân đứng thẳng mà không có bất cứ sự hỗ trợ nào.
- Yêu cầu bệnh nhân đứng trên một chân, nâng chân kia bằng cách co đầu gối.
- Lặp lại bài khám với bệnh nhân khi đứng trên chân còn lại.
- Quan sát khung chậu (thường nó phải nhô lên ở chân nâng)
- Thử nghiệm dương tính là khi xương chậu thấp xuống ở chân nâng, cho thấy sự không ổn định của hông ở phía đó.

**F. Khám đầu gối** (Knee)

Bệnh nhân nằm ngửa thoải mái, duỗi thẳng chân. BS đứng bên phải BN, cạnh khớp gối, bộc lộ khớp gối hai bên cách bờ trên khớp gối > 10cm, khám lần lượt từng bên

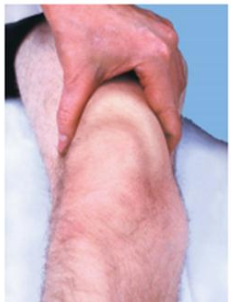
***Nhìn*** :

- Trục khớp gối: chân vòng kiềng (khớp gối hình chữ O), chân chữ bát (khớp gối hình chữ X), khớp gối lệch ra trước/sau.
- Da vùng khớp: màu sắc, bất thường (vết mổ, chày xước, lỗ dò, vết tiêm chích…)
- Phát hiện khớp sưng: mất các hốc tự nhiên, da vùng khớp mất nhăn, chu vi khớp tăng hơn bình thường.
- Phát hiện teo cơ, phì đại cơ; tăng sinh mạch; kén Baker (ở phía sau, nhìn thấy khi BN đứng hoặc nằm sấp): Kén Baker hay u nang bao hoạt dịch khoeo là tình trạng thoát vị của bao hoạt dịch khớp gối ra khu sau khoeo chân.

***Sờ:***

- Xác định nhiệt độ vùng khớp và cạnh khớp: Dùng mặt mu của ngón II, III, áp lên da tại khớp gối sau đó là ngoài khớp gối cùng bên rồi so sánh. Sau đó so sánh 2 khớp ở 2 bên với nhau.
- Xác định điểm đau tại khớp và cạnh khớp:
  + Sử dụng mô mềm đầu ngón tay cái ấn thẳng góc với lực vừa phải (không day).
  + Các điểm đau tại khớp: khe đùi chày trong và ngoài, khe đùi chè.
  + Các điểm đau cạnh khớp: lồi cầu trong/ngoài xương đùi, mâm chày trong và ngoài, đầu trên xương mác, lồi củ trước xương chày.

kén Baker



Túi Suprapatellar,

***Khám vận động khớp gối:***

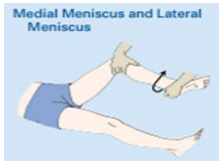
*Vận động chủ động khớp gối:*

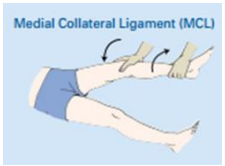
- Yêu cầu BN tự gấp/duỗi khớp gối từng bên ở mức tối đa theo khả năng. Đo góc vận động gấp duỗi của khớp gối, khoảng cách mông gót.

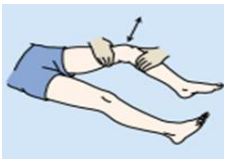
*Vận động thụ động:*

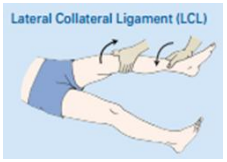
- BS đặt tay phải ở cổ chân BN, tay trái ở đùi BN ngay phía trên khớp gối. Gấp/duỗi khớp tối đa theo khả năng của BN (2 bên). Đo khoảng cách mông gót (lúc gấp), đo góc gấp/duỗi khớp gối. Bình thường: khoảng cách mông gót = 0cm, góc gấp khớp gối = 135-145 độ, duỗi cố: 10-15 độ.
- Chú ý: nếu vđ thụ động có góc bằng vđ chủ động thì nguyên nhân là do khớp. Nếu vđ thụ động có góc lớn hơn thì nguyên nhân là do thần kinh. Khi đánh giá thì phải nhận xét cả sự linh hoạt của vận động.

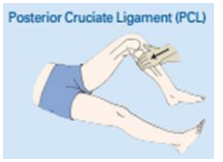
*Vận động đối kháng*: để phát hiện tình trạng yếu cơ kín đáo.








***Làm các nghiệm pháp:***

*Khám dấu hiệu bập bềnh xương bánh chè:*

- Tay trái dồn dịch vào túi cùng ở phía trên khớp gối. Tay phải để xuống phía dưới xương bánh chè và đặt ngón trỏ lên tâm xương bánh chè. Ấn ngón trỏ vuông góc, dứt khoát, từ từ nhấc lên nhưng không nhấc khỏi mặt da.
- Có cảm giác "bập bềnh" (có tràn dịch) --> dương tính.
- Nguyên nhân: viêm khớp dạng thấp, gút, viêm cột sống dính khớp, thoái hoá khớp có phản ứng viêm..

*Khám dấu hiệu bào gỗ:*

- Hai ngón cái đặt ở đầu trên, hai ngón trỏ ở đầu dưới xương bánh chè, cố định xương bánh chè, rồi di chuyển xương bánh chè lên trên và xuống dưới theo trục của chi.
- Có cảm giác "lạo xạo" khi di chuyển xương bánh chè --> dương tính.
- Nguyên nhân: thoái hoá khớp gối nguyên phát hoặc sau viêm (viêm khớp dạng thấp, gút, viêm khớp nhiễm khuẩn…). Lớp sụn đầu xương bị tiêu đi, hai bề mặt xương trực tiếp cọ xát với nhau.

*Khám dấu hiệu rút ngăn kéo:*

- BN nằm ngửa, gấp khớp gối 90 độ.
- BS ngồi phía cuối để chặn chân BN. Dùng hai ngón tay cái đặt ở đầu dưới xương bánh chè (lồi củ chày), các ngón còn lại đặt ở vùng cẳng chân dưới khoeo BN.
- Kéo cẳng chân BN về phía trước. Nếu dịch chuyển được thì dấu hiệu rút ngăn kéo trước dương tính (liên quan dây chằng chéo trước).
- Đẩy cẳng chân BN ra phía sau. Nếu dịch chuyển được thì dấu hiệu rút ngăn kéo sau dương tính (liên quan dây chằng chéo sau).

*Nghiệm pháp Barré chi dưới:*

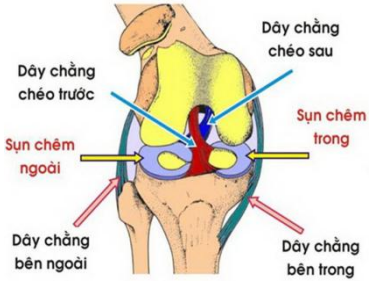
người bệnh nằm sấp. Cẳng chân người bệnh để ở tư thế 45* với mặt giường, bên liệt sẽ rơi xuống trước.

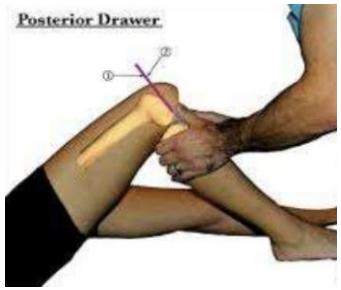
*Nghiệm pháp Mingazzini:*

Áp dụng cho chi dưới - người bệnh nằm ngửa, hai chân giơ lên, cẳng chân thẳng góc với đùi, đùi vuông góc với mặt giường, 2 bàn chân không chạm nhau. Bên nào liệt sẽ rơi xuống trước

*Các kỹ thuật khám tổn thương dây chằng*

Đánh giá vận động khớp gối và tổn thương dây chằng khớp gối (các kỹ thuật khám để đánh giá tổn thương từng loại dây chằng…)





**G. Khám mắt cá chân và bàn chân** (Ankle and foot)

***Nhìn***

- Bộc lộ chi dưới và ghi nhận về bất kỳ bộ phận liên quan hoặc trợ giúp cho việc đi lại. Dành ít phút để kiểm tra giày cẩn thận phát hiện bất kỳ vết mòn nào bất thường.
- Kiểm tra bàn chân và mắt cá chân khi bệnh nhân đang đứng và, cẩn thận hơn, với bệnh nhân nằm trên giường. Hãy tìm những điều sau đây:
  - Các tổn thương mô da hoặc mô mềm, bao gồm chai, sưng tấy, loét và sẹo
  - Mất cơ ở bắp chân và bàn chân
  - Các dị tật, đặc biệt là những vết xước
  - Bàn chân bẹt (Pes planus); Bàn chân lõm (Pes cavus)
  - Tìm kiếm biến dạng, chai phồng ngón chân...
  - Kiểm tra móng cẩn thận (nhiễm nấm, móng chân bất thường).
- Đừng quên nhìn giữa các ngón chân.

***Sờ***

- Luôn luôn hỏi về đau trước khi bắt đầu.
  - Đánh giá nhiệt độ da và so sánh trên cả hai bàn chân.
  - Sờ động mạch trước cổ chân...
  - Tìm kiếm các vùng nhạy cảm.
  - Bóp qua các khớp ở mắt cá và bàn chân, đánh giá sự đau đớn và chuyển động.
  - Nhớ để ý những vết sưng, phù, hoặc cục u.
  - Đo chu vi mỗi bên để so sánh sự khác biệt.

***Khám vận động***

Các cử động chủ động nên được thực hiện với chân của bệnh nhân treo qua mép giường.

- Khám cổ chân:
  - + Gập mu bàn chân: Yêu cầu chỉ ngón chân về phía đầu họ.
  - + Duỗi mu bàn chân: Yêu cầu bệnh nhân đẩy ngón chân xuống hướng về phía sàn nhà, giống như đẩy một bàn đạp.
  - + Khám vận động các khớp xương cổ chân: cầm vùng mắt cá chân bằng một tay, và tay kia nắm gót chân làm như đảo ngược nhưng chuyển sang bên ngoài, cách xa đường giữa & nắm lấy gót chân và cố gắng vận động lên xuống và từ bên này sang bên kia.

- Ngón chân:
  - + Yêu cầu bệnh nhân cụp ngón chân, làm thẳng đầu ngón chân, làm dạng ngón chân của họ như hình quạt càng nhiều càng tốt.
  - + Phát hiện ngón chân: Yêu cầu bệnh nhân kẹp giữ một mẩu giấy trắng

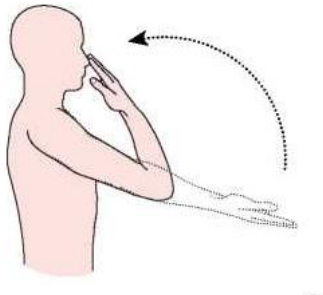
- Test Thompson hoặc Simmond - Thử nghiệm này được sử dụng để đánh giá gân Achilles bị rách.
  - + Yêu cầu bệnh nhân quỳ trên ghế với bàn chân treo trên cạnh. Bóp cả hai tay vào bắp cơ cảng chân
  - + Thông thường bàn chân phải được duỗi. Nếu gân Achilles bị đứt rách, sẽ không có chuyển động bàn chân - test dương tính.

***Chức năng*** - nên theo dõi đi bộ của bệnh nhân có và không có giày. Để chắc chắn cần hỏi bệnh nhân nếu họ có thể làm điều này.

## IV. Khám phối hợp động tác và thăng bằng

*a. Nghiệm pháp ngón tay chỉ mũi*

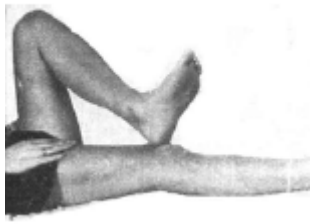
– Người bệnh nhắm mắt, dang hai tay, sau đó lần lượt chỉ vào mũi của mình / Đánh giá khả năng phối hợp động tác.



ũi

*b. Nghiệm pháp gót chân đầu gối*

– Người bệnh nằm ngửa, chân duỗi thẳng. Yêu cầu người bệnh giơ một chân lên cao và đặt gót lên đầu gối chân bên kia, sau đó lướt gót dọc theo mào xương chày xuống tới cổ chân / Đánh giá khả năng phối hợp động tác.

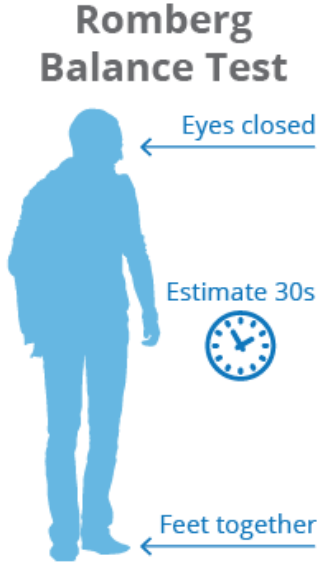


*c. Nghiệm pháp lật úp bàn tay liên tiếp*

– Yêu cầu người bệnh lật úp liên tiếp hai bàn tay / Đánh giá khả năng phối hợp động tác.

*d. Dấu hiệu Romberg*

– Người bệnh đứng chụm chân, nhắm mắt và có thể giơ hai tay ra phía trước trong 30”. Trường hợp dấu hiệu Romberg (+), BN sẽ nghiêng ngả lảo đảo rồi ngã :
  + Trong bệnh tabet: BN ngã bất cứ theo hướng nào.
  + Trong hội chứng tiền đình, người bệnh luôn ngã về một hướng. Hướng này phụ thuộc vào tư thế đầu người bệnh.
– Đánh giá khả năng thăng bằng.



## V. Kỹ năng khám cơ và trương lực cơ

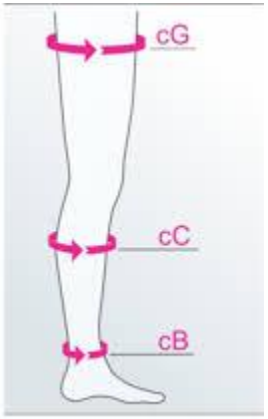
### *A. Kỹ năng khám cơ*

a. Quan sát và sờ nắn thân cơ:

- Người bệnh ngồi, NVYT quan sát, sau đó sờ nắn đánh giá độ chắc của cơ, mật độ cơ:
  - + Các vùng cơ nổi rõ ở mặt, cổ;
  - + Các vùng cơ chi trên: cơ delta, cơ nhị đầu, cơ ở cẳng tay;
  - + Cơ ngực lớn, cơ cạnh cột sống, cơ mông;
  - + Các vùng cơ nổi rõ ở chi dưới: cơ tứ đầu đùi, cơ dép.
- Đánh giá đặc điểm của cơ qua nhìn và sờ nắn

b. Đo chu vi cơ:

- Đánh dấu điểm mốc đặt thước dây;
- Dùng thước dây vòng ngang quanh vùng tay hoặc chân có thân cơ nổi rõ nhất (đã đánh dấu) để đo chu vi cơ. Thường đo tại một số cơ:
  - + Cơ chi trên: cơ delta, cơ nhị đầu, cơ ở cẳng tay;
  - + Cơ chi dưới: cơ tứ đầu đùi, cơ dép.
- Đánh giá teo cơ.

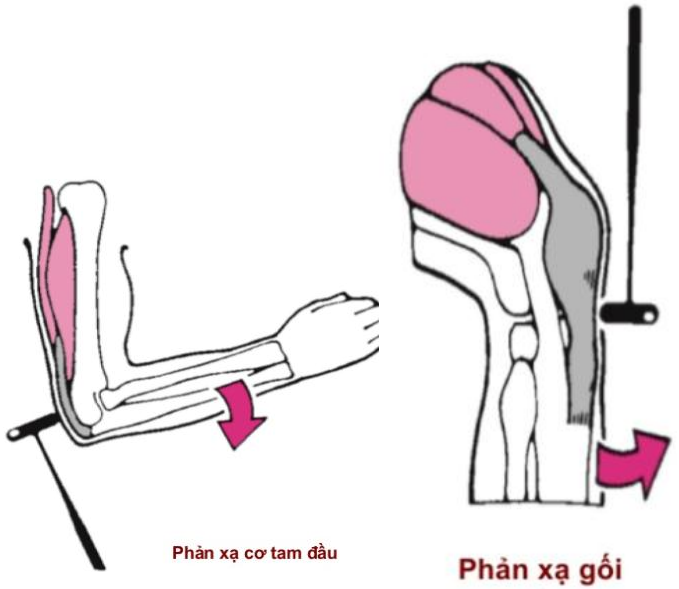


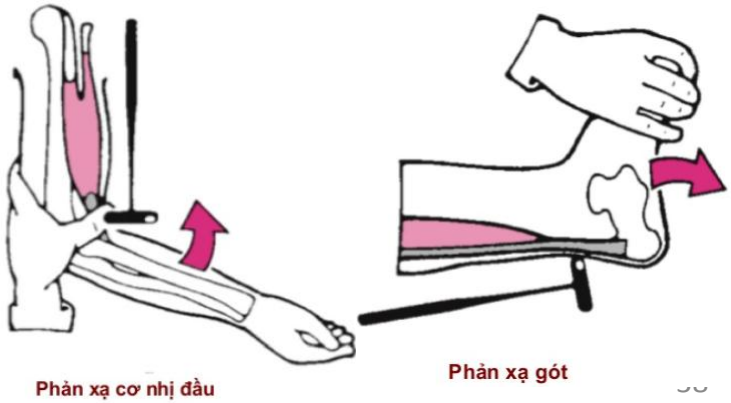
c. Gõ phản xạ cơ

- Dùng búa phản xạ gõ 1-2 nhát vào vùng bắp cơ nổi rõ nhất của thân cơ cần khám.
- Thường là các cơ sau:
  - + Cơ chi trên: cơ delta, cơ nhị đầu;
  - + Cơ chi dưới: cơ tứ đầu đùi.
- Đánh giá phản xạ cơ

***B. Khám trương lực cơ***.

- Giải thích và đặt tư thế thích hợp
- Hướng dẫn BN co cơ chủ động cơ cần đánh giá
- Nhìn, sờ sự cô cư hoặc tạo kháng trở cần thiết.
- So sánh bên đối diện
- Đánh giá trương lực theo Thang điểm Ashworth (từ bậc 0: bình thường…đến bậc 4: cơ co cứng hoàn toàn…)



*a. Khám độ chắc của cơ:* Dùng tay sờ nắn các cơ của chi hai bên, so sánh độ chắc của cơ hai bên

*b. Khám độ co doãi cơ:* Làm các động tác gấp, duỗi cơ rồi so sánh độ hẹp của các góc khớp đó với phía bên đối diện. Đánh giá trương lực cơ (chủ yếu gốc chi) xác định liệt cứng/mềm.

– Chi trên: người bệnh vòng tay qua cổ và đặt lòng bàn tay vào vùng xương bả vai cùng bên;
– Chi dưới: người bệnh đưa gót chân đặt vào mông cùng bên.

*c. Tìm độ ve vẩy*

– NVYT cầm cổ chân, cổ tay người bệnh lắc mạnh hoặc NVYT lắc cả thân người bệnh quay phải quay trái xem biên độ vung của cả hai bên tay/chân người bệnh / Đánh giá trương lực cơ, chủ yếu của ngọn chi, xác định liệt cứng/mềm.

Đánh giá bằng Thang điểm Ashworth cải biên (Modified Ashworth Scale -MAS):

| | |
|---|---|
| Độ 0 | Trương lực cơ bình thường |
| Độ 1 | Trương lực cơ tăng nhẹ, biểu hiện lực cản nhẹ ở cuối tầm vận động khi gấp/duỗi, dạng/ khép, hoặc sấp/ ngửa đoạn chi thể |
| Độ 1+ | Trương lực cơ tăng, biểu hiện lực cản nhẹ và sức cản nửa cuối tầm vận động chi thể |
| Độ 2 | Trương lực cơ tăng rõ ràng hơn trong suốt toàn bộ tầm vận động, tuy nhiên đoạn chi thể vẫn có thể vận động được dễ dàng |
| Độ 3 | Trương lực cơ tăng mạnh, vận động thụ động đoạn chi thể khó khăn |
| Độ 4 | Đoạn chi thể bị cố định cứng đờ ở tư thế gấp hoặc duỗi (gấp, duỗi, khép hoặc dạng…). Vận động thụ động là không thể được (co rút) |

## VI. Khám động tác tự động

*a. Run:*

- Là những cử động bất thường có biên độ đều, thường khu trú ở các đầu chi.
- Có nhiều kiểu run:
  - + Parkinson: Run lúc nghỉ, cải thiện khi VĐ chủ ý.
  - + Run vô căn: Tăng khi duy trì tư thế và VĐ chủ ý.
  - + Run tiểu não: Run gốc chi, tăng lên khi vận chủ ý.

*b. Co giật:*

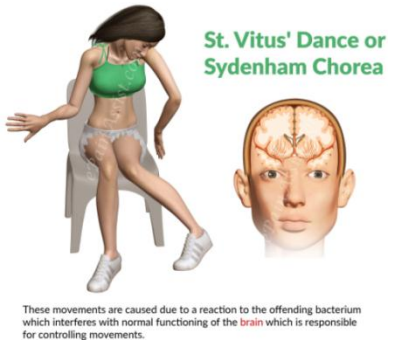
- Là hiện tượng giật cơ khu trú hay toàn thể, biên độ lớn. Tần số thấp (chậm) hơi run.
- Thường gặp trong động kinh, uốn ván, urê máu cao, bệnh sản giật, sốt cao ở trẻ em.

*c. Múa nhanh:*

- Là những cử động hỗn độn, vô nghĩa, biên độ lớn nhanh.
- Điển hình là cơn múa nhanh Sydenham

*d. Múa vờn:*

- Là những cử động chậm hơn, uốn lượn.
- Thường khu trú ở ngọn chi trên.



❖ **Kết thúc thăm khám**

– Thông báo kết quả thăm khám và hướng xử trí tiếp theo cho người bệnh/người nhà, trả lời các băn khoăn thắc mắc liên quan của người bệnh/người nhà (nếu có);

– Thu dọn dụng cụ, rửa tay, ghi chép hồ sơ bệnh án.

## 9.1A - OSCE STEPS VỀ KỸ NĂNG HỎI-KHÁM HỆ VẬN ĐỘNG
## (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… | – 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<br>– BN được đặt ở tư thế phù hợp, bộc lộ vùng khám khi cần/Giúp thuận lợi cho việc khám<br>– Tự giới thiệu bản thân & xác nhận – kiểm tra thông tin chi tiết về bệnh nhân / Tăng độ tin cây 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:<br>+ Về cơ: mệt mỏi cơ, yếu cơ; đau cơ; chuột rút; các cơn co cứng, loạn trương lực<br>+ Về xương: Đau xương; gãy xương tự nhiên; gãy xương;.<br>+ Về khớp: Đau khớp; sưng khớp; cừng khớp | Biết đưa ra các câu hỏi mở, đóng… giúp bệnh nhân trình bày sự kiện liên quan triệu chứng chính về cơ quan vận động. | Có hỏi/đánh giá về mệt mỏi cơ, yếu cơ | |
| | | | Có hỏi/đánh giá về đau cơ | |
| | | | Có hỏi/đánh giá về chuột rút, cơn co cứng cơ | |
| | | | Có hỏi/đánh giá về teo cơ, loạn dưỡng cơ | |
| | | | Có hỏi/đánh giá về đau xương | |
| | | | Có hỏi/đánh giá về gãy xương & gãy tự nhiên | |
| | | | Có hỏi/đánh giá về đau khớp | |
| | | | Có hỏi/đánh giá về xưng khớp | |
| | | | Có hỏi/đánh giá về cứng khớp | |
| 3. | Hỏi về tiền sử bệnh của cá nhân BN, như:<br>+ Chấn thương; bệnh hệ v.động đã mắc…<br>+ Các bệnh khác - Reiter, loét dạ dày…<br>+ Tiền sử phẫu thuật, nhập viện…<br>+ Các loại thuốc về hạ áp thường dùng<br>+ Tiền sử dị ứng ''thuốc'' (Allergies )<br>Hỏi khai thác tiền sử liên quan, như:<br>+ Tiền sử bênh cơ xương khớp di truyền…<br>+ Nghề nghiệp, dân tộc, già…<br>+ Hút thuốc / uống rượu / ma túy…<br>+ Bệnh ở các hệ thống khác | – 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<br>– 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 bệnh về cơ quan vận động của BN | |
| | | | Có hỏi về bệnh khác - Reiter, loét dạ dày… | |
| | | | Có hỏi về Tiền sử phẫu thuật, nhập viện… | |
| | | | Có hỏi về thuốc về hạ huyết áp thường dùng | |
| | | | Có hỏi về dị ứng ''thuốc'' (Allergies) | |
| | | | Có hỏi về Tiền sử bệnh di truyền gia đình… | |
| | | | Có hỏi về môi trường sống,.. | |
| | | | 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<br>Tạo tâm lý thoải mái cho người khám khỏi bị ngại ngùng, đột ngột, hoặc kém hợp tác | Giải thích nhiệm vụ cần ngắn gon, 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 |
|---|---|---|---|---|
| 4. | *khám nhanh sơ bộ (The outline examinationOE)*<br>– khám kiểm tra nhanh các khớp ở theo khu vực từ bàn tay...đến bàn chân<br>– Khám tuân qui trình chuẩn: Nhìn - Sờ - Khám vận động (Bị động-Chủ động) - Đo - Các test đặc biệt - Chức năng.<br>– Khám kiểm tra kỹ lưỡng các khớp ở trên và dưới của một khớp có triệu chứng | Phát hiện & đánh giá nhanh dấu hiệu bình thường và bất thường của các khớp ở khu vực: bàn tay, khuỷu tay, vai, xương sống, hông, đầu gối, mắt cá chân và bàn chân | Đánh giá nhanh được vận động khớp...bình thường/bất thường từ khớp bàn tay...đến bàn chân | |
| | | | Tuân thủ đúng qui trình khám nhanh với từng khớp (nhìn - sờ - vận động - test dặc biệt - chức năng) | |
| | | | Khi phát hiện một khớp có tổn thương bất thường biết khám kiểm tra lên trên và xuống dưới một khớp | |
| 5. | *Khám sàng lọc GALS*<br>Khám theo mô hình bốn thành phần:<br>– G (gait) = đi bộ<br>– A (arms) = tay<br>– L (legs) = chân<br>– S (spine) = xương sống | Nắm được cách khám sàng lọc theo mô hình GALS khi khám từng thành phần một cách nhanh chóng và đầy đủ | G: theo dõi BN đi bộ, dừng, quay: đánh giá về chuyển động trơn tru, đối xứng, vung tay, chiều dài bước chân | |
| | | | A: tìm khiếm khuyết, biến dạng; dạng vai; xoay vai; gập-duỗi khuỷu tay; gập-duỗi cổ & ngón tay, nắm tay mạnh & c.xác | |
| | | | L: tìm sưng, biến dạng; gập xoay hông; gập duỗi gối; gập duỗi cổ chân | |
| | | | S: kiểm tra từ phía sau (vẹo); từ bên cạnh (gù); gập thắt lưng; gập, ngửa và nghiêng cổ | |
| 6. | – Khám vận động bàn tay-cổ tay<br>Thực hiện các bước khám nhìn - sờ - vận động chủ thụ động & kiểm tra các chức năng của bàn tay & cổ tay | – Phát hiện & đánh giá dấu hiệu bình thường và bất thường khi khám vùng cổ tay - bàn tay | Biết khám & đánh giá khi nhìn vùng cổ-bàn tay. | |
| | | | Biết khám & đánh giá khi sờ vùng cổ-bàn tay. | |
| | | | Biết khám & đánh giá vận động thụ-chủ động của cổ-bàn tay. | |
| | | | Biết làm các ngiệm pháp đánh giá chức năng của cổ-bàn tay. | |
| | – Khám vận động khuỷu tay<br>Thực hiện các bước khám nhìn - sờ - vận động chủ thụ động & kiểm tra các chức năng của khuỷu tay | – Phát hiện & đánh giá dấu hiệu bình thường và bất thường khi khám vùng khuỷu tay | Biết khám & đánh giá khi nhìn vùng khuỷu tay. | |
| | | | Biết khám & đánh giá khi sờ vùng khuỷu tay. | |
| | | | Biết khám & đánh giá vận động thụ-chủ động của khuỷu tay. | |
| | | | Biết làm các ngiệm pháp đánh giá chức năng của khuỷu tay. | |
| | – Khám vận động vai<br>Thực hiện các bước khám nhìn - sờ - vận động chủ thụ động & kiểm tra các chức năng của vai | – Phát hiện & đánh giá dấu hiệu bình thường và bất thường khi khám vùng vai | Biết khám & đánh giá khi nhìn vùng vai. | |
| | | | Biết khám & đánh giá khi sờ vùng vai. | |
| | | | Biết khám & đánh giá vận động thụ-chủ động của vai. | |
| | | | Biết làm các ngiệm pháp đánh giá các chức năng của vai. | |

| TT | CÁC BƯỚC | Ý NGHĨA | YÊU CẦU CẦN ĐẠT | CHECK |
|---|---|---|---|---|
| 7. | *Khám vận động cột sống*<br>Thực hiện các bước khám nhìn - sờ - vận động chủ thụ động & nghiệm pháp kiểm tra các chức năng của cột sống | Phát hiện & đánh giá dấu hiệu bình thường và bất thường khi khám vùng cột sống | Biết khám & đánh giá khi nhìn vùng cột sống. | |
| | | | Biết khám & đánh giá khi sờ vùng cột sống. | |
| | | | Biết khám & đánh giá vận động thụ-chủ động của cột sống.. | |
| | | | Biết làm các ngiệm pháp đánh giá chức năng của cột sống. | |
| 8. | *Khám vận động hông*<br>Thực hiện các bước khám nhìn - sờ - vận động chủ thụ động & kiểm tra các kỹ năng đặc biệt của hông<br>*Khám vận động đầu gối*<br>Thực hiện các bước khám nhìn - sờ - vận động chủ thụ động & kiểm tra các chức năng của đầu gối<br>*Khám vận động cổ chân-bàn chân*<br>Thực hiện các bước khám nhìn - sờ - vận động chủ thụ động & kiểm tra các chức năng của cổ chân-bàn chân | Phát hiện & đánh giá dấu hiệu bình thường và bất thường khi khám vùng hông<br>Phát hiện & đánh giá dấu hiệu bình thường và bất thường khi khám vùng gối<br>Phát hiện & đánh giá dấu hiệu bình thường và bất thường khi khám vùng bàn cổ chân-bàn chân | Biết khám & đánh giá khi nhìn vùng hông. | |
| | | | Biết khám & đánh giá khi sờ vùng hông. | |
| | | | Biết khám & đánh giá vận động thụ-chủ động của hông. | |
| | | | Biết làm các ngiệm pháp đánh giá các chức năng của hông. | |
| | | | Biết khám & đánh giá khi nhìn vùng gối | |
| | | | Biết khám & đánh giá khi sờ vùng gối | |
| | | | Biết khám & đánh giá vận động thụ-chủ động của gối | |
| | | | Biết làm các ngiệm pháp đánh giá các chức năng của gối | |
| | | | Biết khám & đánh giá khi nhìn vùng cổ chân-bàn chân | |
| | | | Biết khám & đánh giá khi sờ vùng cổ chân-bàn chân | |
| | | | Biết khám & đánh giá vận động thụ-chủ động của bàn chân. | |
| | | | Biết làm các ngiệm pháp đánh giá chức năng của bàn chân. | |
| 9. | *Khám phối hợp động tác và thăng bằng*<br>• Nghiệm pháp ngón tay chỉ mũi<br>• Nghiệm pháp gót chân đầu gối<br>• Nghiệm pháp lật úp bàn tay liên tiếp<br>• Dấu hiệu Romberg<br>*Khám cơ và trương lực cơ*<br>• Nhìn, đo, gõ phản xạ cơ<br>• Trương lực chắc, co doãi & ve vẩy<br>*Khám động tác tự động*<br>• Run<br>• Co giật<br>• Múa nhanh<br>• Múa vờn | Phát hiện & đánh giá dấu hiệu bình thường và bất thường khi khám phối hợp động tác và thăng bằng<br>Phát hiện & đánh giá dấu hiệu bình thường và bất thường của trương lực cơ<br>Phát hiện & đánh giá dấu hiệu của các động tác tự động như run, co giật, múa nhanh, múa vờn | Biết làm đúng ngiệm pháp ngón tay chỉ mũi. | |
| | | | Biết làm đúng ngiệm pháp gót chân đầu gối. | |
| | | | Biết làm đúng ngiệm pháp lật úp bàn tay liên tiếp. | |
| | | | Biết làm đúng dấu hiệu Romberg. | |
| | | | Biết khám & đánh giá khi nhìn, đo, gõ phản xạ cơ | |
| | | | Biết khám & đánh giá độ chắc, co doãi & ve vẩy | |
| | | | Biết khám (mô tả) & đánh giá về run | |
| | | | Biết khám (mô tả) & đánh giá về co giật | |
| | | | Biết khám (mô tả) & đánh giá về múa nhanh | |
| | | | Biết khám (mô tả) & đánh giá múa vờn | |
| 10. | *Kết thúc khám:*<br>• Thu dọn dụng cụ; Thông báo sơ bộ kết quả thăm khám...<br>• Ghi kết quả hỏi-khám vào hồ sơ bệnh án. | Thực hiện đúng về giao tiếp khi kết thúc...<br>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. | |

## 9.1B - CHECK SHEET (bảng kiểm) VỀ KỸ NĂNG HỎI-KHÁM HỆ VẬN ĐỘNG

| 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: Về cơ: mệt mỏi cơ, yếu cơ; đau cơ; chuột rút; các cơn co cứng, loạn trương lực; Về xương: Đau xương; gãy xương tự nhiên; gãy xương; Về khớp: Đau khớp; sưng khớp; cừng khớp. | | | | | |
| 3 | Hỏi về tiền sử bệnh của BN và liên quan: đã từng phẫu thuật, chấn thương nhập viện…; các thuốc trị bệnh huyết áp đã dùng; Tiền sử dị ứng ''thuốc''? | | | | | |
| 4 | Thực hiện kỹ năng khám nhanh sơ bộ (The outline examinationOE) | | | | | |
| 5 | Thực hiện kỹ năng khám sàng lọc GALS | | | | | |
| 6 | Kỹ năng khám vận động bàn tay - cổ tay; khủy tay; vai | | | | | |
| 7 | Kỹ năng khám vận động cột sống. | | | | | |
| 8 | Kỹ năng khám vận động hông; đầu gối & bàn chân | | | | | |
| 9 | Kỹ năng khám phối hợp động tác & thăng bằng; trương cực cơ & động tác tự động | | | | | |
| 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 đinh: 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*

## 9.2 Các thủ thuật , kỹ năng lâm sàng cơ bản về hệ vận động

### 9.2.1 Kỹ thuật băng bó

1. Mục đích băng:

- Cầm máu: Băng ép trong vết thương phần mềm có chảy máu.
- Bảo vệ, che chở vết thương tránh cọ xát va chạm.
- Chống nhiễm khuẩn thứ phát, thấm hút dịch, máu.
- Phối hợp với nẹp để cố định xương gãy tạm thời.

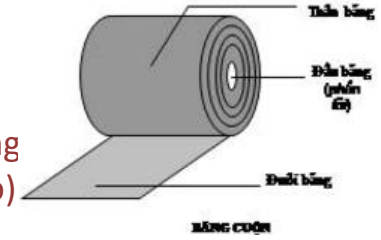
2. Nguyên tắc băng:

- Thông báo và giải thích cho người bệnh hiểu rõ công việc sắp tiến hành.
- Để người bệnh nằm hay ngồi ở tư thế thoải mái, thuận tiện.
- Sát khuẩn vết thương sạch sẽ.
- Vô khuẩn triệt để vật liệu, tay cấp cứu viên, dụng cụ.
- Thấm hút dịch trong 24 giờ, che kín vết thương ngăn ngừa nhiễm khuẩn.
- Cuộn băng lăn sát cơ thể từ trái sang phải không để rơi băng.
- Chỉ băng từ ngọn chi tới gốc chi phải để hở các đầu chi cho tiện theo dõi.
- Băng vừa chặt, vòng sau đè lên 1/2 - 2/3 vòng trước.
- Băng nhẹ nhàng, nhanh, không làm đau đớn tổn thương thêm các tổ chức.
- Nút buộc băng tránh đè lên vết thương, đầu xương, mặt trong chân tay, chỗ bị tì đè, chỗ dễ cọ sát.
- Tháo băng cũ: 2 tay 2 panh chuyển nhau hoặc có thể dùng kéo cắt dọc băng để tháo bỏ nhanh.

3. Các loại băng thường dùng:

3.1 Băng cuộn:

- Băng ép bằng băng cuộn để cầm máu khi có chẩy máu và hạn chế cử động trong trường hợp gẫy xương.
- Băng cuộn được làm bằng vải, vải thưa,len, thun, có nhiều cỡ khác nhau:
  - Ví dụ: Băng ngón tay: 2,5 cm x 2m. Băng cẳng tay, bàn tay: 5cm x 3 m. Băng cánh tay: 5 - 6 cm x 6 m. Băng chân: 7 - 8 cm x 7 m. Băng thân người: 10 - 15 cm x 10 m.
  - Băng thun: là loại băng tốt nhất để băng ép.
  - Băng gạc mịn: dùng cho trẻ em.
  - Băng vải: băng ép, cố định, nâng đỡ.
  - Băng Esmarch.
- Băng cuộn gồm có 3 phần: đuôi băng, đầu băng, thân băng (Đuôi băng vào bên trong; Thân băng là phần lõi; Đuôi băng là phần chưa cuộn vào)




3.2 Băng dính: thuận tiện nhưng không có tác dụng ép chặt.

3.3 Băng tam giác (khăn chéo, mùi xoa, miếng vải.)

- Loại băng này đơn giản, nhanh chóng hơn băng cuộn.
- Rất thích hợp cho các trường hợp cấp cứu.
- Sử dụng trong trường hợp không có băng cuộn.
- Thường dùng để nâng đỡ che chở chi trên hay giữ yên vật liệu băng bó ở đầu, tay, chân.

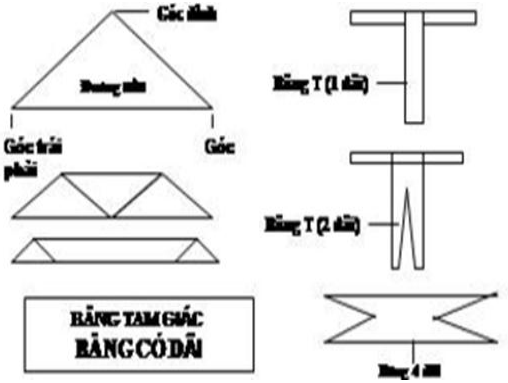
3.4 Băng dải:  chữ T, 4 dải, 6 dải...

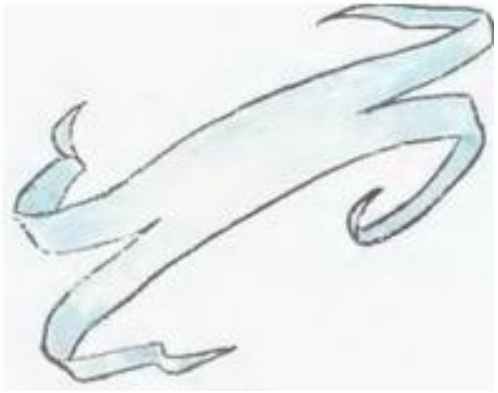
3.4.1 Băng chữ T

- Làm bằng vải chiều rộng cỡ 8 cm
- Dải rộng từ 75-90cm
- DảI ngang dài 90-120cm
    + Băng chữ T một dải dọc dùng để băng tầng sinh môn, hay bộ phận sinh dục
    + Băng chữ T hai dải ding để băng nâng tinh hoàn

3.4.2 Băng nhiều dải

- Băng rộng mỗi dải 10-15cm
- Bề dài 90-120cm
- Ở giữa may một miếng vải dài khoảng 25cm làm thân băng
    + Băng nhiều dải để băng ở ngực và bụng
    + Băng ngực có thêm hai dải nhỏ kéo qua vai đến trước ngực để giữ băng
    + Băng bụng có thêm hai dải nhỏ ở dưới để giữ băng
    + Băng bụng phải băng từ dưới lên trên
    + Băng mổ lấy con thì băng từ trên xuống để giúp tử cung trở lại vị trí cũ



4. Các kiểu băng cơ bản:

4.1 Băng chính quy (băng bằng băng cuộn):

4.1.1 Băng vòng khoá:

- Áp dụng: bắt đầu các kiểu băng bằng 2 vòng đầu tiên. Ngoài ra băng vòng khóa còn được áp dụng trong các vết thương ở vùng cổ, trán hoặc kết thúc những kiểu băng khác.
- Tiến hành:

+ Vòng một: Đặt chéo băng, lăn sát cơ thể.

+ Vòng thứ hai: Gấp mẩu đầu cuộn băng lật lại và cuốn băng đè lên vòng một.

+ Những vòng sau áp dụng những kiểu băng khác đến khi kín vết thương.

4.1.2 Băng xoáy ốc :

- Áp dụng cho những phần trên cơ thể tương đối đều nhau như: cánh tay, đùi người già, bụng, ngón tay.
- Tiến hành:

+ Mở đầu bằng băng vòng khoá.

+ Vòng sau chếch lên và băng lên 1/2 hoặc 2/3 vòng băng trước đến khi kín vết thương.

+ Cố định băng.

4.1.3 Băng chữ nhân:

- Áp dụng những phần trên cơ thể không đều nhau như cẳng tay, cẳng chân. Gồm có 2 loại là băng chữ nhân thường và băng chữ nhân gấp lại.

- Tiến hành:

- + Mở đầu bằng băng vòng khoá.

- + Giống như băng xoáy ốc nhưng mỗi vòng đều gập lại đến khi kín vết thương.

- + Cố định băng.

4.1.4 Băng số 8:

- Áp dụng băng vai, ngực, gáy, bẹn, mông, nách, đầu gối, khuỷu tay, gót chân.

- Tiến hành:

+ Mở đầu bằng băng vòng khoá.

+ Đường băng đi theo vòng số 8, vòng sau đè lên 1/2 hoặc 2/3 vòng trước đến khi kín vết thương.

+ Cố định băng.

4.1.5 Băng gấp lại (hồi qui):

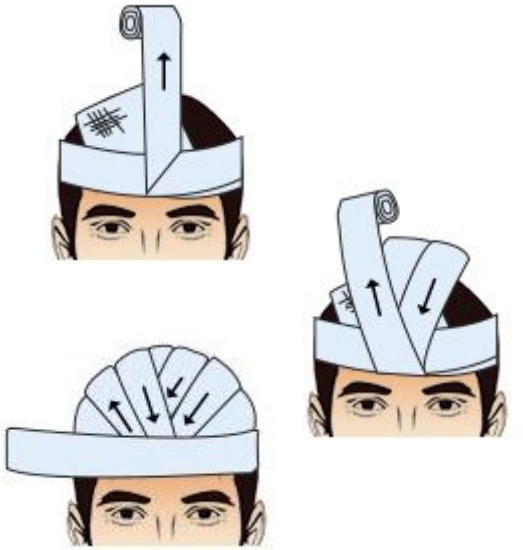
- Áp dụng băng đầu, mỏm cụt, băng cả bàn tay, bàn chân không tách ngón.

- Tiến hành:

+ Mở đầu bằng băng vòng khoá.

+ Băng vòng gấp lại: một đường băng ngửa cuộn băng, một đường băng úp cuộn băng (gấp lại) đi từ giữa sang hai bên đến khi kín vết thương.

+ Cố định băng.



4.1.6 Băng rắn cuốn:

Áp dụng: băng đỡ gạc hoặc nẹp trong bất độnggẫy xương.

Tiến hành: băng vòng khóa ban đầu, băng chếch lên trên ra sau và xuống dưới và lại đI về phía dưới để tiếp tục những vòng băng sau. Trong kỹ thuật băng rắng quấnvòng băng sau tách rời vòng băng trước giữa hai vòng băng có một khoảng trống.

4.1.7 Cách cố định băng khi kết thúc:

- Cố định bằng gim, kim an toàn.
- Cố định bằng móc sắt.
- Cố định bằng băng keo.
- Cố định bằng buộc nút.

4.2 Băng tuỳ ứng (khăn chéo, khăn mùi xoa, miếng vải.)

4.2.1 Băng đầu:

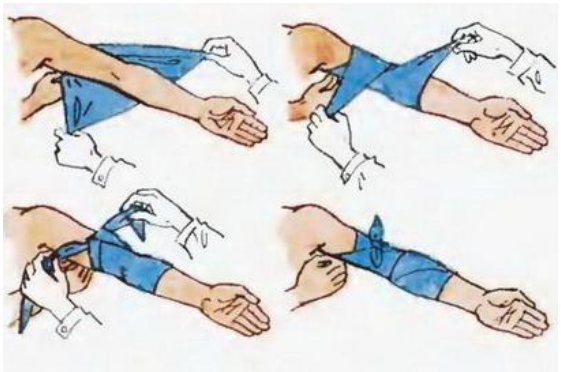
- Đặt gạc lên vết thương
- Gấp nếp đáy khăn tam giác lại (gấp theo cạnh huyền, nếp gấp khoảng 5 cm)
- Đặt khăn lên trán, sát cung lông mày.
- Kéo góc đỉnh qua đầu về phía sau.
- Vòng 2 góc trái và phải ra sau đầu (vùng chẩm) không che kín tai, đè lên góc đỉnh, bắt chéo nhau.
- Kéo 2 góc trái và phải vòng ra trước trán buộc nút.
- Gấp đầu góc đỉnh vào sau chỗ bắt chéo.

4.2.2 Băng vai:

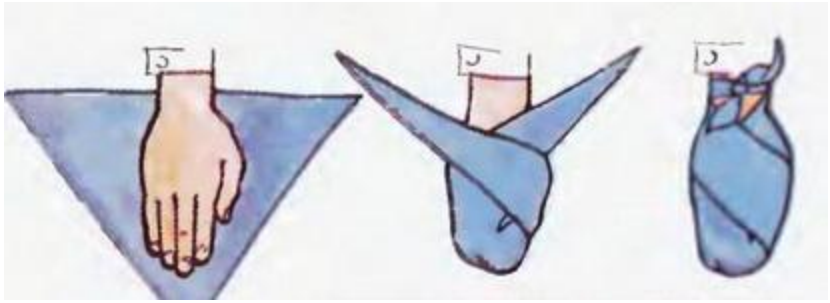
- Đặt gạc lên vết thương
- Góc đỉnh khăn tam giác quay lên trên, che kín lấy vai bị thương, phía dưới khăn đặt ở cánh tay, gấp lại 1 - 2 vòng rộng 3 - 4 cm áp sát nách.
- Đầu băng ở phía sau vòng qua nách ra phía trước đè lên vai bị tổn thương, kéo ra sau lưng.
- Đầu băng ở phía trước vòng qua ngực sang nách bên kia.
- Buộc nút 2 đầu băng lại.

4.2.3 Băng ngực:
- Đặt gạc lên vết thương
- Nếu ngực bên phải tổn thương thì đặt góc đỉnh lên vai phải
- Luồn 2 góc trái và phải ra sau lưng, buộc nút bên phải
- Phần còn lại của dây buộc kéo lên vai buộc nút với góc đỉnh (Nếu ngực bên trái thì đặt góc đỉnh lên vai trái và cũng tiến hành như thế ở bên trái).

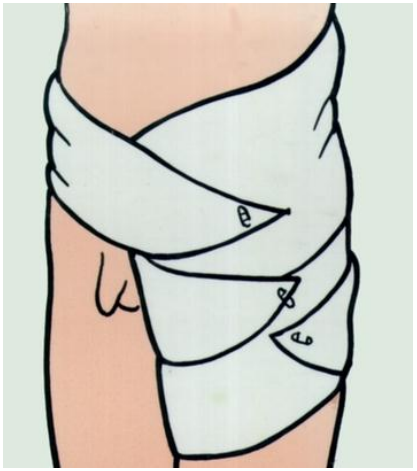
4.2.4 Băng khuỷu tay:
- Để tay ở tư thế cơ năng.
- Đặt gạc lên vết thương
- Gấp phía dưới góc khăn tam giác ( nếp gấp khoảng 5 cm), đặt ở cẳng tay.
- Góc đỉnh quay lên trên (cánh tay)
- 2 góc trái và phải vòng qua cẳng tay bắt chéo ở nếp gấp khuỷu tay, vòng lên cánh tay.
- Buộc nút ở mặt trước cánh tay.
- Gấp góc đỉnh xuống dưới nút buộc.



4.2.5 Băng cẳng tay:
- Đặt gạc lên vết thương
- Dùng khăn mùi xoa gấp chéo thành khăn tam giác, sau đó gấp thành dải có chiều rộng từ 5 – 10 cm (tuỳ vào đường kính vết thương)
- Đặt khăn lên mặt sau nơi bị tổn thương, cầm 2 đầu của khăn vòng lên nơi bị tổn thương và bắt chéo tại vết thương.
- Kéo 2 đầu khăn lên phía trên vết thương, vòng ra phía sau bắt chéo rồi buộc nút (không buộc nút đè lên vết thương).
4.2.6 Băng bàn tay:
- Băng kín bàn tay:
+ Đặt gạc lên vêt thương
+ Đặt bàn tay vào giữa khăn tam giác, ngón tay hướng lên góc đỉnh.
+ Gấp góc đỉnh lên mu bàn tay.
+ Góc trái và góc phải bắt chéo ở mu bàn tay, xuống đến cổ tay, vòng quanh cổ tay rồi buộc nút.
+ Gấp góc đỉnh lên che lấy chỗ buộc nút
- Băng lòng bàn tay:
+ Đặt gạc lên vết thương
+ Gấp khăn tam giác thành dải
+ Đặt khăn từ lòng bàn tay vòng đến mu bàn tay bắt chéo, kéo về phía cổ tay, buộc nút ở cổ tay



4.2.7 Băng bẹn:
- Đặt gạc lên vết thương
- Gấp khăn tam giác thành dải (chiều rộng phụ thuộc vào đường kính vết thương)
- Vòng qua bẹn theo cách băng hình số 8
- Kéo lên gai chậu để buộc nút (nếu 1 dải ngắn quá có thể nối 2 dải làm 1)



4.2.8 Băng mông:
- Đặt gạc lên vết thương
- Góc đỉnh khăn quay lên phía trên che kín vết thương ở mông
- Lấy 1 dải khăn tam giác khác vòng qua thắt lưng buộc nút để giữ lấy góc đỉnh, gấp góc đỉnh lại
- Phía dưới khăn gập lại có chiều rộng khoảng 5 cm
- Vòng 2 đầu khăn qua đùi rồi buộc nút ở mặt trước đùi.

4.2.9 Băng khớp gối, băng gót chân (giống như băng khuỷu tay)
4.2.10 Băng bàn chân (giống như băng bàn chân)

4.3 Băng bằng băng dính:
- Sát khuẩn xung quanh vết thương
- Đặt gạc phủ kín vết thương
- Dùng băng dính băng giữ chặt miếng gạc

## 9.2.3 Quyết định số: 361/QĐ-BYT (2014), Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị các bệnh cơ xương khớp; Bộ Y Tế.

**MỤC LỤC**


*Lời giới thiệu* 5
Các chữ viết tắt 9
Bệnh viêm khớp dạng thấp 11
Bệnh Lupus ban đỏ hệ thống 18
Bệnh xơ cứng bì toàn thể 24
Bệnh Still ở người lớn 30
Viêm da cơ và viêm đa cơ 35
Bệnh viêm màng hoạt dịch khớp gối mạn tính không đặc hiệu 42
Viêm cột sống dính khớp 48
Bệnh viêm khớp phản ứng 54
Bệnh viêm khớp vảy nến 59
Bệnh viêm khớp thiếu niên tự phát thể đa khớp có yếu tố dạng thấp dương tính và âm tính RF (+) và RF (-) 65
Bệnh viêm khớp thiếu niên tự phát thể viêm cột sống dính khớp 69
Bệnh viêm khớp thiếu niên tự phát thể hệ thống 73
Viêm khớp thiếu niên tự phát thể viêm khớp vảy nến 80
Viêm màng hoạt dịch khớp háng thoáng qua 86
Bệnh gút 89
Viêm khớp nhiễm khuẩn 95
Viêm cơ, áp xe cơ nhiễm khuẩn 99
Viêm xương tủy nhiễm khuẩn 103
Chẩn đoán - điều trị nhiễm khuẩn da và mô mềm 106
Hồng ban nút 111
Loạn dưỡng cơ tiến triển 114
Chẩn đoán và điều trị nhược cơ 118
Chẩn đoán và điều trị thoái hóa khớp gối 124
Chẩn đoán và điều trị u sụn màng hoạt dịch 128
Bệnh thoái hóa cột sống thắt lưng 131
Hội chứng đau thắt lưng 135
Đau thần kinh tọa 140
Bệnh thoái hóa cột sống cổ 145
Hội chứng cổ - vai - cánh tay 149
Chẩn đoán và điều trị viêm quanh khớp vai 154
Viêm gân vùng mỏm trâm quay cổ tay 159
Viêm gân gấp ngón tay (ngón tay lò xo) 163
Chẩn đoán và điều trị viêm lồi cầu ngoài xương cánh tay 166
Bệnh loãng xương 169
Chẩn đoán và điều trị hoại tử vô mạch chỏm xương đùi 175
Bệnh u tế bào khổng lồ 179
Chẩn đoán và điều trị u xương dạng xương 183
Loạn sản xơ xương 187
Ung thư di căn xương 192
**Phụ lục:** Hướng dẫn sử dụng một số thuốc chính trong điều trị các bệnh khớp 197
Hướng dẫn sử dụng thuốc chống viêm không steroid 197
Hướng dẫn sử dụng thuốc giảm đau 202
Hướng dẫn sử dụng thuốc nhóm glucocorticoid 205
Hướng dẫn sử dụng các thuốc (DMARDs) 207
Quy trình truyền cyclophosphamid 211
Quy trình truyền acid zoledronic 213
Các tiêu chuẩn đánh giá mức độ hoạt động của bệnh viêm khớp dạng thấp 215
Các tiêu chuẩn đánh giá mức độ hoạt động của bệnh viêm cột sống dính khớp 217

**Tài liệu tham khảo**


Tiếng Việt

1. Nguyễn Đức Hinh (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: 361/QĐ-BYT (2014), Về việc ban hành tài liệu chuyên môn "Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị các bệnh cơ xương khớp" ; Bộ Y Tế

Tiếng Anh

5. Chris Hatton Roger Blackwood (2011), Clinical Skills, Blackwell Press
6. Lynn S. Bickley and Et al (2017), Bate's Guide to Physical Examination; 12th Edition
7. Dennis L. Kasper and Et al (2015), Harrison's principles of internal medicine; 19th Edition
8. Richard F. LeBlond (2009), DeGowin's Diagnostic Examination, 9th Edition
9. Anne Griffin Et al (2014). Clinical Nursing Skill & Techniques, 8th Edition; MosbyPress
10. Elizabeth Burns and Et al (2011) Oxford American Handbook of Clinical Examination and Practical Skills , Oxford University Press, Inc

* Một số website

1. http://www.nguyenphuchoc199.com/med-3-410.html
2. https://geekymedics.com/gals-assessment/
3. http://www.osceskills.com/e-learning/subjects/shoulder-examination/
4. http://www.osceskills.com/e-learning/subjects/elbow-examination/
5. http://www.osceskills.com/e-learning/subjects/hand-wrist-examination/
6. http://www.osceskills.com/e-learning/subjects/spine-examination/
7. http://www.osceskills.com/e-learning/subjects/hip-examination
8. http://www.osceskills.com/e-learning/subjects/knee-examination
9. http://www.osceskills.com/e-learning/subjects/ankle-foot-examination
10. https://batesvisualguide.com/multimedia.aspx?categoryId=21787#21783
11. http://www.nguyenphuchoc199.com/nur-313/bai-giang-nur-313

## CÂU HỎI LƯỢNG GIÁ

9.1. Chọn đúng/sai - Thăm khám bộ máy vận động nằm trong quá trình khám tổng quan chung. Để tiện trong thực tế lâm sàng, chúng ta chia ra khám cơ, khám xương và khám khớp?.

A. Đúng
B. Sai

9.2. Chọn câu sai – trong hỏi các triệu chứng cơ năng chính về cơ, gồm các ý trong câu, có nội dung nào không đúng?:

A. Mỏi cơ, yếu cơ
B. Đau cơ
C. Chuột rút
D. Hạn chế vận động

9.3. Chọn câu sai – trong hỏi các triệu chứng cơ năng chính về cơ, gồm các ý trong câu, có nội dung nào không đúng?:

A. Đau cơ
B. Sưng, bầm tím
C. Chuột rút
D. Các cơn co cứng

9.4. Chọn câu sai – trong hỏi các triệu chứng cơ năng chính về cơ, gồm các ý trong câu, có nội dung nào không đúng?:

A. Mất cơ năng
B. Các cơn co cứng.
C. Máy giật và run thớ cơ
D. Loạn trương lực cơ

9.5. Chọn câu sai – trong hỏi các triệu chứng cơ năng chính về xương, gồm các ý trong câu, có nội dung nào không đúng?:

A. Đau xương
B. Hạn chế vận động
C. Gãy xương tự nhiên.
D. Biến dạng trục chi

9.6. Chọn đúng sai - Hiện tượng cứng khớp: là cảm giác không thoải mái và/hoặc hạn chế cử động sau một thời gian không cử động (còn gọi hiện tượng phá rỉ khớp)?.

A. Đúng
B. Sai

9.7. Chọn câu sai – trong các phương pháp lượng giá mức đau khớp, khi hỏi về các triệu chứng cơ năng chính của khớp, gồm các ý trong câu, có nội dung nào không đúng?:

A. Đánh giá bằng thang ghi điểm
B. Đánh giá bằng thang nhìn
C. Đánh giá mức độ đau bằng số lần thức dậy trong đêm.
D. Đánh giá bằng khả năng sinh hoạt hằng ngày

9.8. Chọn câu sai – trong các triệu chứng cơ năng chính về về sưng khớp, gồm các ý trong câu, có nội dung nào không đúng?:

A. Sưng khớp là triệu chứng chủ quan .
B. Sưng khớp là triệu chứng khách quan .
C. Vị trí các khớp sưng có ý nghĩa quan trọng trong việc xác định chẩn đoán
D. Viêm khớp dạng thấp thường sưng ở khớp đốt bàn ngón cái của bàn chân

9.9. Chọn đúng/sai – Chuột rút: là hiện tượng co cứng và đau một cơ hay một nhóm cơ. Là triệu chứng  bệnh lý ở cơ?.

A. Đúng
B. Sai

9.10. Chọn đúng/sai – Máy giật là hiện tượng co của sợi cơ, thớ cơ với biên độ nhỏ và tần số nhanh trong một thời gian ngắn?

A. Đúng
B. Sai

9.11. Chọn câu sai – Các dấu hiệu chắc chắn gãy xương gồm các ý trong câu, có nội dung nào không đúng?:

A. Biến dạng trục chi
B. Sưng, bầm tím
C. Tiếng lạo xạo xương gãy.
D. Chi gãy có cử động bất thường

9.12. Chọn câu sai – Đau cột sống cổ, có các thể bệnh nêu trong câu, có nội dung nào không đúng?:

A. Đau cổ gáy cấp tính: còn gọi là vẹo cổ cấp, đau kéo dài vài ngày đến 1 hoặc 2 tuần, nhưng không kéo dài quá 6 tuần
B. Đau cổ gáy bán cấp: Khởi phát từ từ, không đột ngột. Đau kéo dài trên3 tháng
C. Đau cổ gáy bán cấp: Khởi phát từ từ, không đột ngột. Đau kéo dài 6 tuần tới dưới 3 tháng. .
D. Đau cổ gáy mạn tính: Đau âm ỉ khi tăng khi giảm, tình trạng đau kéo dài trên 3 tháng

9.13. Chọn câu sai – Đau lưng do thoát vị đĩa đệm thường có các triệu chứng cơ năng nêu trong câu, có nội dung nào không đúng?:

A. Căng cơ hoặc chuột rút ở vùng thắt lưng.
B. Teo cơ chân phía bên đau
C. Đau lan xuống chân. Đây cũng có thể là triệu chứng đau thần kinh tọa.
D. Tê yếu ở chân hoặc bàn chân

9.14. Chọn câu sai – Gõ phản xạ cơ bằng cách dùng búa phản xạ gõ 1-2 nhát vào vùng bắp cơ nổi rõ nhất của thân cơ cần khám. Thường là các cơ nêu trong câu, có nội dung nào không đúng?:

A. Cơ hàm dưới
B. cơ delta
C. cơ nhị đầu.
D. cơ tứ đầu đùi.

9.15. Chọn câu đúng nhất – Đo chiều dài của chi dưới có nhiều cách khám, như trong câu này nội dung nào nêu đúng nhất?:

A. Đo chiều dài tuyệt đối: để người bệnh nằm ngửa, dùng thước dây đo từ mấu chuyển lớgai chậu trước trên đến lồi cầu ngoài (hoặc khe khớp gối ngoài)
B. Đo chiều dài tương đối: để người bệnh nằm ngửa, dùng thước dây đo từ gai chậu trước trên xuống đến mắt cá ngoài mỗi bên
C. Đo chiều dài tuyệt đối: để người bệnh nằm ngửa, dùng thước dây đo đo từ mấu chuyển lớn đến lồi cầu ngoài
D. Đo chiều dài tương đối: để người bệnh nằm ngửa, dùng thước dây đo từ mấu chuyển lớn xuống đến lồi cầu ngoài mỗi bên và so sánh.

9.16. Chọn đúng/sai – Các bệnh của bộ máy vận động nhất là khớp và xương gặp ở mọi lứa tuổi nhất là ở trẻ em và người lớn tuổi, những bệnh nhân này chiếm tới 12% trong nhân dân và trên 50% với những người trên 60 tuổi ?

A. Đúng
B. Sai

9.17. Chọn câu sai – khám khớp gối cần tiến hành các kỹ năng nêu trong câu, có nội dung nào không đúng?:

A. đề nghị người bệnh tự thực hiện các động tác gấp, duỗi.
B. thực hiện dấu hiệu bào khớp, di động xương bánh chè.
C. thực hiện dấu hiệu bập bềnh xương bánh chè và dấu hiệu ba động .
D. thực hiện nghiệm pháp Lasegue.

9.18. Chọn câu sai – Khám cột sống cổ cần tiến hành cho người bệnh tự thực hiện các động tác: cúi, ngửa, nghiêng, quay sang hai bên và các kết quả khám là bình thường như các ý trong câu, có nội dung nào không đúng?:

A. Cúi cổ: Cằm chạm ức ( khoảng $45^0$).
B. Xoay (trái) – xoay (phải): $60^0$.
C. ngửa cổ: Mắt nhìn thẳng trần nhà ( khoảng $45^0$)..
D. Gập bên (nghiêng): Tai – vai ( khoảng 45 – $60^0$).

9.19. Chọn câu sai – khi thực hiện động tác ngón tay chạm đất - làm nghiệm pháp Schobert (Đo chỉ số Schober), cách làm & kết quả đúng là các ý trong câu, có nội dung nào không đúng?:

A. Bệnh nhân đứng thẳng, đánh dấu khoảng giữa gai sống L4, L5, đo lên trên một đoạn 10 cm, đánh dấu tiếp
B. Cho bệnh nhân cúi hết mức và đo lại khoảng cách đã đánh dấu.
C. Bình thường có độ chênh lệch là 1.5 cm.
D. Bình thường có độ chênh lệch là 4 – 5 cm

9.20. Chọn câu sai – khi làm nghiệm pháp Lasegue (straight leg raising test) như các ý trong câu, có nội dung nào không đúng?:

A. Người khám một tay cầm cổ chân bệnh nhân giơ cao dần, tay kia đặt trước gối để giữ chân ở tư thế duỗi thẳng
B. Dấu hiệu dương tính khi háng gấp dưới $60^o$ thì bệnh nhân cảm thấy đau buốt từ hông, mông và mặt sau đùi
C. Bệnh nhân nằm ngửa trên giường phẳng, hai chân duỗi thẳng, cổ chân trung tính
D. Dấu hiệu dương tính khi háng gấp dưới $90^o$ thì bệnh nhân cảm thấy đau buốt từ hông, mông và mặt sau đùi.

9.21. Chọn câu đúng – khi làm nghiệm pháp Barré như các ý trong câu, có nội dung nào không đúng?:

A. Chi trên: người bệnh nằm ngửa, mắt nhắm giơ thẳng hai tay tạo một góc $45^o$ với mặt giường, bên nào liệt sẽ rơi xuống trước.
B. Chi dưới: người bệnh nằm sấp. Cẳng chân người bệnh để ở tư thế $60^o$ với mặt giường, bên nào liệt sẽ rơi xuống trước.
C. Chi trên: người bệnh nằm ngửa, mắt nhắm giơ thẳng hai tay tạo một góc 30o với mặt giường, bên nào liệt sẽ rơi xuống trước..
D. Chi dưới: người bệnh nằm sấp. Cẳng chân người bệnh để ở tư thế $45^o$ với mặt giường, bên nào liệt sẽ rơi xuống trước

9.22. Chọn câu sai – khi làm dấu hiệu Romberg như các ý trong câu, có nội dung nào không đúng?:

A. nhắm mắt và giơ hai tay ra hai bên.
B. người bệnh đứng chụm chân (hai ngón cái không chạm nhau)
C. Khi ngã, bệnh nhân ngã bất cứ theo hướng nào
D. dấu hiệu Romberg (+) là khi BN nghiêng ngả lảo đảo rồi ngã

9.23. Chọn đúng/sai – Đo độ giãn lồng ngực: đặt thước dây vòng qua lồng ngực người bệnh (ngang mức khoang liên sườn 7), đo chu vi lồng ngực khi người bệnh hít vào hết sức và thở ra hết sức (độ giãn lồng ngực bình thường 3-4cm, hạn chế khi <2,5cm)?.

A. Đúng
B. Sai

9.24. Chọn đúng/sai – khi tiến hành cách băng vòng khóa: vòng một đặt chéo băng, lăn cuộn băng ôm sát cơ thể và gấp mẩu đầu cuộn băng lật lại, vòng thứ hai cuốn băng vông góc và đè lên mẩu gấp đầu cuộn băng của vòng một, những vòng sau áp dụng kỹ thuật tùy từng kiểu băng khác nhau đến khi kín vết thương?.

A. Đúng
B. Sai

9.25. Chọn câu sai – mục đích băng như các ý trong câu, có nội dung nào không đúng?:

A. Bảo vệ, che chở vết thương tránh cọ xát va chạm.
B. Cầm máu: Băng ép trong vết thương phần mềm có chảy máu
C. Phối hợp với nẹp để cố định xương gãy tạm thời
D. Chống nhiễm khuẩn tiên phát, thấm hút dịch, máu

9.26. Chọn câu đúng – Trong bệnh lý hệ vận động, các triệu chứng chính (Important locomotor musculoskeletal symptoms) là:

A. Đau, mất độ cứng, bất lực vận động, sưng, biến dạng, yếu mỏi, rối loạn cảm giác, mất chức năng
B. Đau, cứng, bất lực vận động, sưng, dị dạng cơ xương khớp, yếu mỏi, rối loạn cảm giác, mất chức năng
C. Đau, cứng, vận động bất thường, sưng, biến dạng, yếu mỏi, rối loạn cảm giác, mất chức năng
D. Đau, cứng, bất lực vận động, sưng, biến dạng, yếu mỏi, rối loạn cảm giác, mất chức năng

9.27. Chọn câu đúng – Các triệu chứng cơ năng là những triệu chứng do bệnh nhân tự cảm thấy khi mắc bệnh kể lại, câu nào về cơ nêu dưới đây là chính xác?:

A. Mỏi cơ, yếu cơ, đau cơ, chuột rút, các cơn co cứng cơ, máy giật và run thớ cơ, loạn trương lực cơ.
B. Mỏi cơ, yếu cơ, đau cơ, chuột rút, các cơn co cứng cơ, doãi cơ và run thớ cơ, loạn trương lực cơ.
C. Mỏi cơ, yếu cơ, đau cơ, chuột rút, các cơn co cứng cơ, múa nhanh và run thớ cơ, loạn trương lực cơ.
D. Mỏi cơ, yếu cơ, đau cơ, chuột rút, các cơn co cứng cơ, múa vờn và run thớ cơ, loạn trương lực cơ

9.28. Chọn câu đúng – Các triệu chứng cơ năng là những triệu chứng do bệnh nhân tự cảm thấy khi mắc bệnh kể lại, câu nào về xương nêu dưới đây là chính xác?:

A. Đau xương, gãy xương, biến dạng trục chi
B. Đau xương, gãy xương, gãy xương tự nhiên
C. Đau xương, gãy xương, có cử động bất thường
D. Đau xương, gãy xương, bất lực vận động

9.29. Chọn câu sai – các dấu hiệu chắc chắn gãy xương:

A. Biến dạng trục chi: có thể gập góc, xoay, ngắn chi.
B. Tiếng lạo xạo xương gãy: do hai đầu xương cọ sát vào nhau
C. Chi gãy có cử động bất thường khi người bệnh cố gắng cử động.
D. Mất cơ năng (bất lực vận động)

9.30. Chọn câu sai – các dấu hiệu chắc chắn gãy xương:

A. Biến dạng trục chi: có thể gập góc, xoay, ngắn chi.
B. Sưng, bầm tím
C. Tiếng lạo xạo xương gãy: do hai đầu xương cọ sát vào nhau
D. Chi gãy có cử động bất thường khi người bệnh cố gắng cử động.

9.31. Chọn câu sai – các dấu hiệu không chắc chắn gãy xương:

A. Đau.
B. Mất cơ năng (bất lực vận động).
C. Sưng, bầm tím
D. Biến dạng trục chi

9.32. Chọn câu sai – các dấu hiệu không chắc chắn gãy xương:

A. Đau.
B. Điểm đau chói tại nơi gãy xương
C. Sưng, bầm tím
D. Mất cơ năng (bất lực vận động).

9.33. Chọn câu đúng – diễn biến của đau khớp?:

A. Đau khớp cấp tính (thời gian < 6 tuần) đau khớp mãn tính (thời gian kéo dài > 6 tuần)
B. Đau khớp cấp tính (thời gian < 3 tuần) đau khớp mãn tính (thời gian kéo dài > 3 tuần)
C. Đau khớp cấp tính (thời gian < 5 tuần) đau khớp mãn tính (thời gian kéo dài > 5 tuần)
D. Đau khớp cấp tính (thời gian < 8 tuần) đau khớp mãn tính (thời gian kéo dài > 8 tuần)

9.34. Chọn câu sai – Cứng khớp - Hạn chế vận động khớp là khi?:

A. BN mô tả xuất hiện sau thời gian khoảng 60 phút không cử động thường gặp trong viêm khớp dạng thấp
B. BN mô tả không nắm được bàn tay, không co được cẳng tay, không giơ tay lên cao, không ngồi xổm được, không cúi xuống, không quay cổ
C. BN mô tả là cảm giác không thoải mái và/hoặc hạn chế cử động sau một thời gian không cử động
D. BN mô tả những khó khăn trong sinh hoạt hàng ngày bệnh nhân tự cảm thấy không làm được một số động tác của khớp và cột sống

9.35. Chọn câu sai – các thuốc hạ huyết áp có tác dụng bất lợi về cơ xương khớp như là:

A. Statins ~ đau cơ và chứng đau cơ
B. Thuốc chống co giật ~ liệt cơ
C. Thuốc lợi tiểu, aspirin, rượu ~ gout.
D. Thuốc ức chế ACE ~ đau cơ

9.36. Chọn câu sai – những bệnh cơ xương khớp có yếu tố di truyền như là:

A. Bệnh viêm cột sống dính khớp
B. Loãng xương.
C. Viêm khớp dạng thấp
D. Thoát vị đĩa đệm

9.37. Chọn câu sai – các phương pháp khám hệ vận động:

A. khám từng bộ phận từ tay - cột sống - hông - tới chân
B. khám đánh giá động tác vận động và thăng bằng
C. khám sàng lọc GALS.
D. khám phát hiện các động tác tự động

9.38. Chọn câu sai – Khámchức năng là một phần quan trọng của bất kz khám tay nào và không nên bỏ qua. Yêu cầu bệnh nhân:

A. Viết tên của họ.
B. Cài và mở một nút áo.
C. Rót một ly nước.
D. Quăng một đồng xu lên trên một bề mặt

9.39. Chọn câu sai – Khám cột sống trong kỹ năng khám sàng lọc GALS (GALS screen):

A. Kiểm tra từ phía sau: Tìm chứng vẹo cột sống, số lượng cơ bắp ở vai và các gờ, các đỉnh xương chậu
B. Gập, ngửa và nghiêng cổ: Yêu cầu bệnh nhân chạm cằm vào ngực, ngửa cổ nhìn trời và chạm tai vào vai.
C. Kiểm tra từ bên cạnh: Tìm kiếm gù ngực và ưỡn cột sống thắt lưng và cổ.
D. Gập thắt lưng: Yêu cầu bệnh nhân chạm ngón tay vào ngón chân của họ. Khoảng cách bình thường là < 5 cm

9.40. Chọn câu sai – thử nghiệm Trendelenberg trong khám vận động hông:

A. Yêu cầu bệnh nhân đứng thẳng mà không có bất cứ sự hỗ trợ nào.
B. Lặp lại bài khám với bệnh nhân khi đứng trên chân còn lại.
C. Yêu cầu bệnh nhân đứng trên một chân, nâng chân kia bằng cách co đầu gối.
D. Quan sát khung chậu (thường nó phải thấp xuống ở chân nâng).