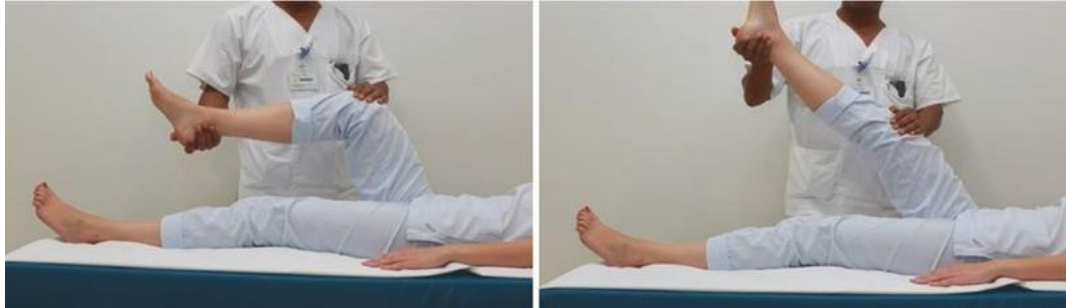


1. Nghiệm pháp Lasegue

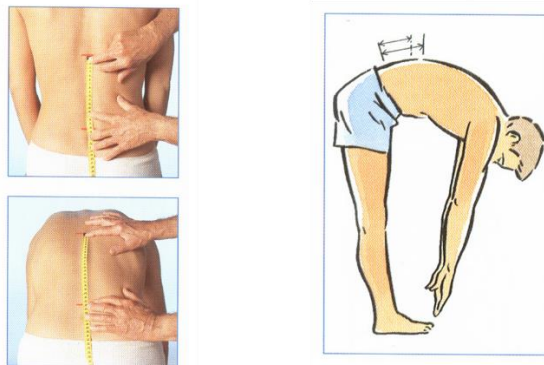
- Nâng chân bệnh nhân lên cao(chân duỗi thẳng) nâng chân bệnh nhân lên khỏi mặt giường (hướng tới góc 90 độ) cho đến khi bệnh nhân đau, căng dọc mặt sau chân thì dừng lại
- Giữ nguyên góc đó, gấp chân bệnh nhân lại tại khớp gối, bệnh nhân không còn đau căng dọc mặt sau đùi, nghiệm pháp dương tính



2. Nghiệm pháp Schober

- Yêu cầu bệnh nhân đứng thẳng, 2 bàn chân dang rộng bằng vai
- Đánh dấu điểm thứ nhất ở giữa đường nối của 2 gai chậu sau trên
- Đánh dấu điểm thứ 2 ở giữa cột sống cách điểm thứ nhất 10 cm
- Hướng dẫn bệnh nhân cúi người ra phía trước, càng nhiều càng tốt, như các ngón chạm xuống sàn, và luôn giữ cho đầu gối thẳng
- So sánh sự chênh lệch khoảng cách giữa 2 điểm ở 2 tư thế: đứng và gập người ra phía trước
 - ⇒ Bình thường: độ chênh lệch ≥ 4 cm
 - ⇒ Nếu giảm độ giãn thắt lưng: độ chênh lệch < 4 cm → nghiệm pháp dương tính

Misura della flessione lombare: test di Schober



- Độ giãn cột sống giảm có thể do thoái hóa cột sống gây cứng cột sống, đau vùng cột sống khi cúi, co cứng cơ cạnh sống, kéo căng rễ thần kinh gây đau ở người thoát vị đĩa đệm cột sống thắt lưng có chèn ép rễ thần kinh.[1] Nghiệm pháp này hữu ích để chẩn đoán một bệnh nhân **nghe ngờ bị viêm cột sống dính khớp**.

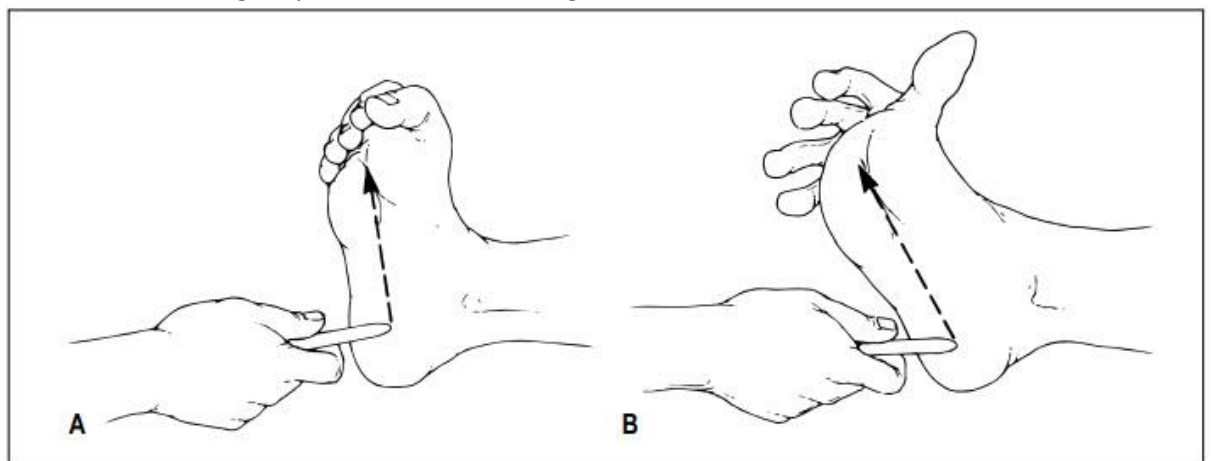
3. Nghiệm pháp Hoffman

- Bấm hay búng nhẹ vào móng tay ngón tay 3 hoặc 4 gây ra phản xạ gập không chủ ý của đốt xa ngón cái và ngón trỏ(khép lại như hình gọng kìm) → nghiệm pháp dương tính
- Nghiệm pháp dương tính → tổn thương trung ương → tổn thương tủy cổ



4. Nghiệm pháp Babinski

- Bệnh nhân nằm hai chân duỗi thẳng, dùng kim vạch dọc bờ ngoài lòng bàn chân từ gót đến hết nếp gấp lòng bàn chân một cách từ từ
- Bình thường tất cả các ngón gấp xuống
- Nghiệm pháp dương tính khi: ngón cái duỗi ra từ từ, một cách trịnh trọng và các ngón khác xòe ra như nan quạt
- Dấu (+) : tổn thương tháp hoặc neuron vận động trên



5. Dấu rung chuông:

Đè ép cạnh cột sống, giữa đốt sống thắt lưng L4-L5.

Dấu dương tính khi xuất hiện đau cấp, lan dọc theo chân cùng bên, vùng chi phối của thần kinh tủy L5.

⇒ Dấu dương tính chứng tỏ có hội chứng kích thích rễ thần kinh L5

6. Nghiệm pháp Romberg

- Bệnh nhân đứng thẳng, hai chân chụm lại, mắt nhắm, đưa 2 tay ra phía trước, 2 bàn tay sắp
- Dấu romberg (+) khi có 2 điều kiện: lão đảo, ngã
- Dấu romberg(-) khi lão đảo hoặc hoàn toàn bình thường
- Dấu romberg (+) trong trường hợp tổn thương cảm giác sâu có ý thức(ngã theo bất cứ hướng nào) và còn trong trường hợp tổn thương tiền đình(ngã theo 1 hướng nhất định, theo tư thế của đầu)



7. Lật úp liên tiếp bàn tay

- Hướng dẫn bệnh nhân lật úp liên tiếp bàn tay 2 bên.
- Bình thường: nhẹ nhàng, nhanh nhẹn
- Nếu làm khó khăn, ngưng ngui, lẫn lộn gọi là mất liên đồng → chứng tỏ có tổn thương tiểu não

8. Nghiệm pháp gấp phối hợp đùi mình

- Bệnh nhân đang ở tư thế nằm 2 chân duỗi thẳng, bệnh nhân khoanh tay và tự ngồi dậy không chạm chân, không chống tay
- Bình thường ngồi dậy được, nhìn thấy gót chân tỳ sát và mặt giường
- Khi thực hiện nhìn thấy hai chân đưa lên khỏi mặt giường và rất khó để ngồi dậy, chứng tỏ nghiệm pháp dương tính → tổn thương tiểu não dẫn đến mất động lực

9. Khám trương lực cơ

- Đánh giá độ chắc của cơ
- Đánh giá độ ve vẩy
- Đánh giá độ co duỗi
 - ⇒ Tăng TLC: độ chắc cơ tăng, độ ve vẩy giảm, độ co duỗi giảm
 - ⇒ Giảm TLC: độ chắc cơ giảm, độ ve vẩy tăng, độ co duỗi tăng

10. Nghiệm pháp ngón tay chỉ mũi

- Bệnh nhân đứng, nằm hay ngồi, tay duỗi thẳng sau đó dùng ngón trỏ chỉ đúng mũi ở 3 lần mở mắt và nhắm mắt.
- Bình thường chỉ đúng, không run
- Nếu đi đúng hướng nhưng chỉ đi quá đích(lên trán) → quá tầm gặp trong tổn thương tiểu não
- Nếu rối loạn hướng đi ngay từ đầu làm động tác tay run rẩy, hướng đi sai đặc biệt khi nhắm mắt → rối tầm gặp trong tổn thương cảm giác sâu có ý thức, trước đây gặp trong bệnh Tabes(giang mai thần kinh tủy)

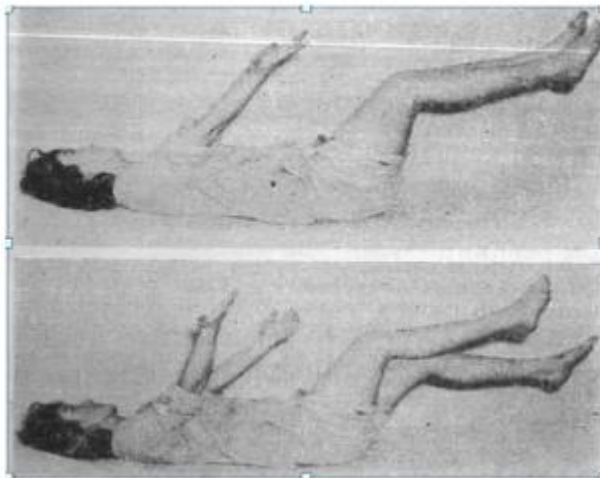
11. Nghiệm pháp gót chân đầu gối

- Bệnh nhân nằm ngửa, đặt gót chân bên này lên đầu gối xương đối diện rồi trượt dọc theo xương chày cũng làm khi mở mắt và nhắm mắt 3 lần
- Bình thường: chỉ đúng và không run
- Nếu đi đúng hướng nhưng chỉ đi quá đích(trên đầu gối) → quá tầm gặp trong tổn thương tiểu não
- Nếu rối loạn hướng đi ngay từ đầu làm động tác chân run rẩy, hướng đi sai lệch đặc biệt khi nhắm mắt → rối tầm gặp trong tổn thương cảm giác sâu có ý thức, trước đây gặp trong bệnh Tabes(giang mai thần kinh tủy)



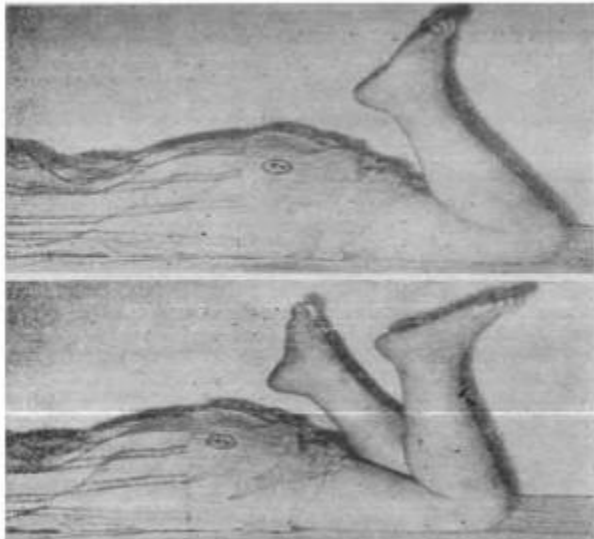
12. Nghiệm pháp Mingazini

- Chỉ cho chi dưới và người bệnh nằm ngửa, còn cổ điển là giờ hai chân, đùi vuông góc với mặt giường, cẳng chân vuông góc với đùi. ngày nay ít sử dụng mà thay bằng tạo góc giữa cẳng chân và đùi, đùi và thân là 130 độ. Nếu liệt bên nào thì bên đó rơi xuống mặt giường



13. Nghiệm pháp Barre

- Chi trên: bệnh nhân nằm ngửa, giờ thẳng 2 tay ra phía trước và tạo thành góc 60 độ với mặt giường và lòng bàn tay để ngửa. Bên liệt cẳng tay rơi xuống nhanh gọi là liệt rõ, còn nếu là liệt nhẹ thì tay bên liệt bàn tay quay sấp và rơi xuống từ từ hoặc đưa lên đưa xuống(bập bênh)
- Chi dưới: bệnh nhân nằm sấp, giờ 2 cẳng chân không chạm vào nhau, tạo với mặt giường một góc 45 độ. Nếu liệt nhẹ, chân bên liệt bập bênh chứ không rơi xuống. Còn nếu liệt nặng chân bên liệt rơi xuống nhanh nhưng còn loại trừ yếu tố tâm lý. Nếu nghi ngờ do yếu tố tâm lý thì dùng nghiệm pháp barre cải biên
- Nghiệm pháp barre cải biên: bệnh nhân nằm sấp, gấp 2 cẳng chân tối đa vào mông. Nếu liệt thì chân sẽ từ từ duỗi ra. Còn giả vờ thì vẫn giữ nguyên như cũ

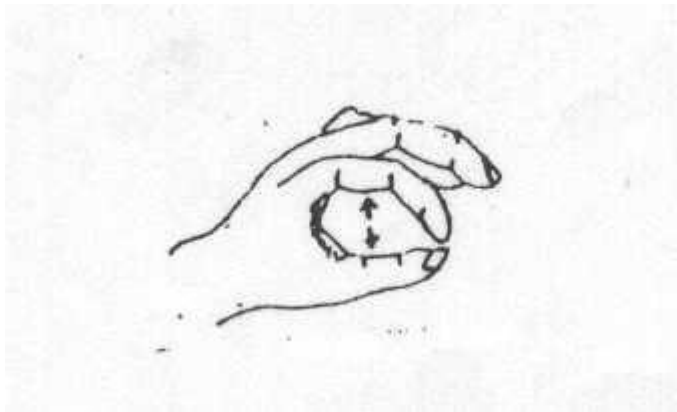


*kết quả khám

- 0 = liệt hoàn toàn
- 1= chỉ vận động được 1 số nhóm cơ
- 2= lực co cơ yếu hơn trọng lực
- 3= lực co cơ thắng được trọng lực nhưng không chống lại được lực đối kháng của người khám
- 4= lực co cơ chống lại được 1 phần lực đối kháng của người khám
- 5= cơ lực bình thường

14. **Nghiệm pháp gọng kìm:** khám cơ lực ngón cái và ngón trỏ

- Người bệnh bấm đầu ngón cái và ngón trỏ vào nhau tạo thành gọng kìm. Người khám dùng ngón trỏ phá gọng kìm . bên liệt gọng kìm dễ mở hơn



15. **KHÁM TUYẾN GIÁP**

- **Dấu pemberton:** bướu giáp to chèn ép 2 tĩnh mạch cánh 2 bên
 - + cho người bệnh giơ 2 tay lên khỏi đầu và lòng bàn tay hướng vào trong, cánh tay thẳng áp sát vào mang tai, hít vào sâu , thở ra chậm từ từ. Quan sát về mặt bệnh nhân
 - + dấu pemberton(+): khi quan sát thấy mặt bệnh nhân đỏ bừng, thở nhanh, vã mồ hôi, khó thở và người bệnh có thể chóng mặt, choáng váng, hồi hộp, trống ngực
 - + dấu pemberton(+): chứng tỏ có khối choáng chỗ ở trung thất trên : bướu giáp chìm, u tuyến ức, hạch to,...



- Sờ tuyến giáp từ phía trước:
 - Người khám ngồi đối diện
 - Dùng 2 ngón cái, đẩy 1 thùy sang bên để khám bên đối diện
 - Các ngón còn lại tì vào phía sau cằm
- Sờ tuyến giáp từ phía sau:
 - Người khám ngồi phía sau
 - 2 ngón cái tì vào vùng cằm
 - Ngón 2,3,4 để khám tuyến giáp, đẩy 1 thùy sang bên để khám bên đối diện
- Phân độ bướu giáp WHO 1993:
 - Độ 0: Bướu nhỏ không sờ thấy, không nhìn thấy
 - Độ I: Sờ thấy bướu ở tư thế nằm hoặc ngồi, không nhìn thấy được
 - Độ II: Cổ to ra, bướu dễ nhìn thấy và sờ thấy

16. KHÁM THẬN

- **Dấu chạm thận:** dùng 1 bàn tay đặt ở phía sau hố thắt lưng, bàn tay kia sờ nhẹ và ấn ở vùng bụng phía trước. Bệnh nhân hít sâu, nếu thận to sẽ có cảm giác chạm vào bàn tay
- **Dấu bập bênh thận:** 1 bàn tay đặt ở phía dưới vùng hố thắt lưng, 1 bàn tay đặt ở bụng vùng mạn sườn, tay trên giữ nguyên, tay dưới dùng các đầu ngón tay hất mạnh lên trên. Bệnh nhân hít sâu, nếu thận to tay trên sẽ có cảm giác đá chạm vào và mất đi
- **Dấu rung thận:** 1 bàn tay đặt ở vùng thận, dùng mép tay kia vỗ lên. Bệnh nhân đau chứng tỏ thận có ứ nước hoặc ứ mủ
- **Các điểm niệu quản, điểm thận**
 - + Phía trước:
 - Điểm niệu quản trên: điểm giữa đường ngang qua rốn và cơ thắt to
 - Điểm niệu quản giữa: 2 đầu của 1/3 giữa đường nối 2 gai chậu trước trên
 - Điểm niệu quản dưới: bệnh nhân nằm ngửa, khi thăm trực tràng hay âm đạo mới ở hướng 10h và 2h. Khi bệnh nhân ở tư thế nằm chống hông khám ở hướng 4h và 8h
 - + Phía sau:
 - Điểm sườn lưng: điểm giao giữa bờ dưới xương sườn 12 và bờ ngoài cơ lưng to
 - Điểm sườn sống: góc xương sườn 12 và cột sống
- **Khám bàng quang**
 - + khi ứ nước tiểu khám sẽ thấy cầu bàng quang
 - + nhìn: ở vùng hạ vị có 1 khối u tròn bằng quả cam có thể lên đến rốn
 - + sờ: khối u tròn, nhẵn, cảm giác căng, không di động
 - + gõ: vùng đục hình tròn đỉnh lồi lên trên
 - + thông tiểu: nước tiểu ra nhiều khối u xẹp ngay

- + ấn điểm trên xương mu bệnh nhân đau chứng tỏ có viêm bàng quang
- + thăm trực tràng hay âm đạo thấy khối u tròn, căng nhẵn

17. KHÁM HÔ HẤP

- Mô tả lồng ngực hình thù?
 - o Giãn to về mọi phía, các khoảng gian sườn giãn rộng, xương sườn nằm ngang, đường kính trước sau > 0,9 đường kính ngang
- Cách khám rung thanh
 - o Áp lòng bàn tay lên thành ngực dọc theo các khoảng gian sườn và đối xứng hai bên, long bàn tay áp sát lồng ngực, khi bệnh nhân đếm “một, hai, ba” thì âm nói của bệnh nhân sẽ làm rung bàn tay thầy thuốc, khám từ trên xuống dưới, phía trước và phía sau, so sánh hai bên.
 - o Giảm lan truyền: dịch màng phổi, tràn khí màng phổi, dày dính màng phổi, suy nhược liệt dây thanh âm
 - o Tăng lan truyền: đông đặc nhu mô phổi, viêm phổi, nhồi máu động mạch phổi
- Cách khám gõ hô hấp?
 - o Bệnh nhân ở tư thế ngồi, người khám dùng bàn tay trái áp sát thành ngực bệnh nhân và các ngón tay lợt giữa các khoảng gian sườn, dùng các ngón tay phải gõ lên tay trái.
 - o Gõ vang: tăng lượng khí trong phổi (tràn khí màng phổi,...)
 - o Gõ đục: viêm phổi, áp xe phổi, u phổi, tràn dịch màng phổi, màng phổi dày,...
- Dấu Campbell: Sụn giáp di chuyển lên xuống theo khí quản, gặp trong suy hô hấp, khó thở
- Dấu Kussmaul: Khó thở sâu, chậm. Thở vào, nghỉ, sau đó thở ra, nghỉ, gặp trong máu nhiễm toan.
- Dấu Chaynes – Stokes: nhịp thở nhanh dần rồi chậm lại dần sau đó nghỉ và tiếp tục như thế, gặp trong tổn thương trung tâm hô hấp như nhiễm độc nặng, chấn thương sọ não.

18. KHÁM TIM

- Dấu Harzer:
 - o Đặt ngón cái của bàn tay vào vùng dưới mũi ức, hướng về vai trái. Các ngón còn lại đặt ở mỏm tim. Nếu 2 vị trí này nảy cùng lúc là dương tính
 - o Dấu Harzer gặp trong LỚN THẤT PHẢI
- Các thính điểm nghe tim:
 - o Động mạch chủ: gian sườn 2 bờ (P) xương ức
 - o Động mạch phổi: gian sườn 2 bờ (T) xương ức
 - o Van 3 lá: mỏm ức
 - o Van 2 lá: mỏm tim
- Dấu hiệu Murphy: Để xác định dấu hiệu Murphy, bác sĩ đặt các đầu ngón tay của bàn tay phải lên vùng dưới của bờ sườn phải của bệnh nhân và yêu cầu họ thở ra, lúc này bác sĩ ấn tay vào sâu thêm, khi bệnh nhân thở vào thì bàn tay giữ nguyên. Sau 3 - 4 lần như thế, nếu đang ở thì thở vào, bệnh nhân đột ngột ngừng thở vì đau là dấu hiệu Murphy dương tính, điều này xảy ra do chạm vào túi mật bị viêm của bệnh nhân. Dấu hiệu Murphy đã được sử dụng rộng rãi như là một yếu tố giúp chẩn đoán viêm túi mật cấp tính.