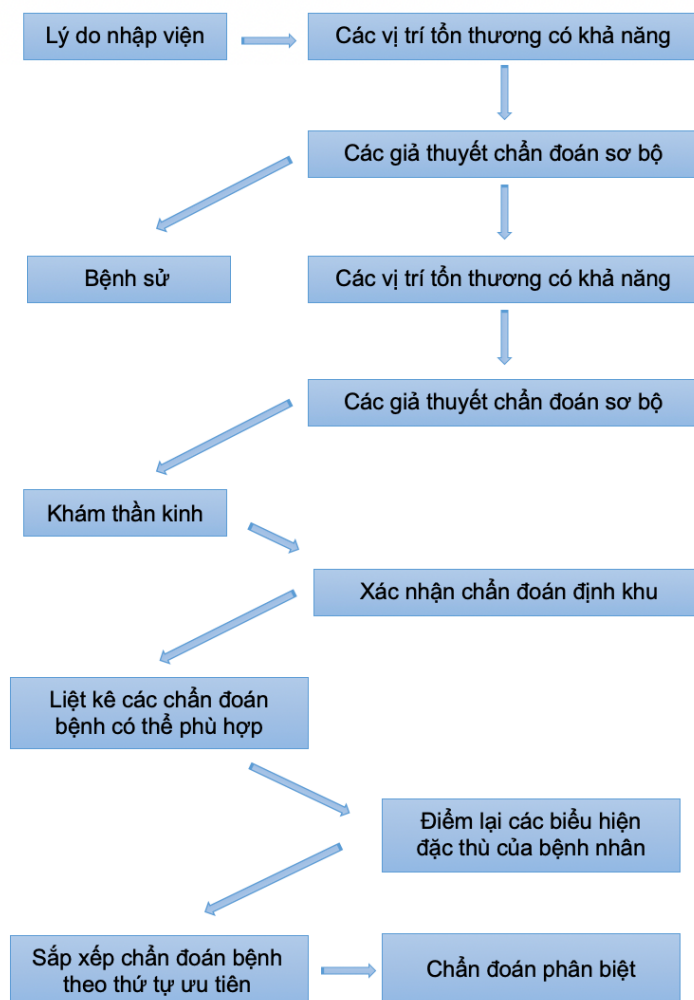


HƯỚNG DẪN TIẾP CẬN VÀ THỰC HÀNH THẦN KINH HỌC

HƯỚNG DẪN CÁC BƯỚC TƯ DUY TRONG THẦN KINH HỌC



LƯU Ý TRONG KHÁM THẦN KINH

Khám thần kinh đầy đủ rất nhiều chi tiết, cần nhiều thời gian, do đó cần áp dụng hai nguyên tắc:

- Khám chọn lọc: khám kỹ theo định hướng của bệnh sử và kết quả của khám sàng lọc, tập trung vào các hệ thống chức năng có bất thường hoặc nghi ngờ bất thường phục vụ cho giả thiết chẩn đoán (ví dụ với bệnh lý tủy phải khám kỹ cảm giác để xác định khoanh cảm giác, phân cảm giác,...).
- Khám sàng lọc: thực hiện sàng lọc theo thứ tự các chức năng, các hệ thống thần kinh.

Hướng dẫn khám sàng lọc

Phần khám	Mô tả
Trạng thái tâm thần, thức tỉnh	Đánh giá trong lúc hỏi bệnh sử

Các dây thần kinh sọ	Dây I	Cần khám khi người bệnh than mất mùi, ở người nghi ngờ bệnh Parkinson và ở người bị chấn thương đầu
	Dây II	Khám mỗi mắt: - Thị lực sơ bộ - Thị trường ước lượng (hoặc đối chiếu) - Soi đáy mắt
	Dây III, IV, VI	Vận nhãn ngang và dọc Đáp ứng đồng tử với ánh sáng Tìm nystagmus và các loại dao động nhãn cầu khác
	Dây V	Cảm giác đau và sờ ba vùng dây V Phản xạ giác mạc
	Dây VII	Nhắm mắt, nhăn trán, nhe răng
	Dây VIII	Nghe tiếng nói thầm hoặc cọ ngón tay mỗi tai Nếu có giảm thính lực, khám ống tai ngoài và dùng âm thoa làm nghiệm pháp Weber, Rinne
	Dây IX, X	Vòm khẩu cái có cân xứng không (để tự nhiên và khi nói “a”) Phản xạ nôn: đánh giá khi có bất thường vòm khẩu cái, hoặc bệnh cảnh nghi ngờ có tổn thương IX, X hoặc nhiều dây sọ
	Dây XI	Nâng nhún vai, quay đầu
	Dây XII	Lè lưỡi quan sát
Các chi	Khám từng chi: - Có cử động bất thường không - Khối cơ (teo cơ, phì đại) và dấu rung giật bó cơ - Trương lực cơ (kháng lực khi gập duỗi thụ động) - Sức cơ các nhóm cơ chính - Phối hợp vận động - Ngón tay chỉ mũi, gót chân đầu gối - Vận động luân phiên nhanh (liên động) - Phản xạ gân cơ - Phản xạ da lòng bàn chân - Cảm giác đau và sờ nhẹ ở bàn tay và bàn chân - Khám triệt tiêu bằng kích thích đồng thời ở hai bàn tay, hai bàn chân - Cảm giác vị thể ngón ở ngón cái chân và ngón nhẫn tay - Cảm giác rung (âm thoa) ở mắt cá chân và ngón trở tay	
Tư thế và thăng bằng	Quan sát dáng đi tự nhiên; đánh giá dáng đứng, chân đế, nhịp bước đi, đánh tay, đi nổi gót Đánh giá độ vững tư thế bằng test kéo	
Nghiệm pháp Romberg	Đánh giá đứng khi mở mắt và sau đó nhắm mắt	

HƯỚNG DẪN CHẨN ĐOÁN ĐỊNH KHU

Để chẩn đoán định khu, cần thực hiện các bước sau

A. Xác định loại tổn thương định khu

1. Tổn thương đơn lẻ (một vị trí): gặp trong phần lớn các trường hợp.
2. Tổn thương nhiều ổ (multifocal): ví dụ lấp mạch nhiều ổ, di căn, bệnh nhiều dây thần kinh,...
3. Tổn thương lan tỏa (diffused): ví dụ bệnh não chuyển hóa hoặc độc chất, sa sút trí tuệ, bệnh thần kinh do đái tháo đường,...
4. Tổn thương theo hệ thống đặc thù: ví dụ xơ cứng cột bên teo cơ (thuộc bệnh neuron vận động), thiếu vitamin B12, ngộ độc Atropin.
5. Tổn thương phối hợp hai hay nhiều loại.

B. Xác định cụ thể vị trí tổn thương

1. Xác định các hệ thống chức năng thần kinh có tổn thương: ý thức, ngôn ngữ/chức năng cao cấp vỏ não, thị giác – thị trường, thần kinh sọ, vận động (yếu liệt, thất điều, hội chứng ngoại tháp), cảm giác,...
2. Chọn một hệ thống chức năng làm trục biện luận (thường là hệ vận động); đưa ra các vị trí tổn thương có khả năng nhất, sau đó xác định các vị trí tổn thương có thể giải thích được cả triệu chứng của các hệ thống khác của bệnh nhân.
 - a. Trên hệ thống đã chọn làm trục, xác định tổn thương là thần kinh trung ương hay ngoại biên.
 - i. Nếu là tổn thương ngoại biên
 - Liệt ngoại biên: tổn thương ở vị trí nào của đơn vị vận động?
 - Yếu liệt khu trú một vùng: tổn thương đơn lẻ, có thể ở thân neuron vận động sừng trước (chèn ép), rễ (chèn ép, viêm), đám rối (chèn ép, viêm), dây thần kinh (bệnh đơn dây).
 - Yếu cơ rải rác, không đối xứng: tổn thương nhiều ổ, có thể ở rễ (viêm màng não rễ tủy), dây thần kinh (bệnh nhiều dây thần kinh).
 - Yếu liệt lan tỏa, đối xứng: tổn thương lan tỏa, có thể ở rễ (bệnh đa rễ), dây thần kinh (bệnh đa dây thần kinh), bệnh cơ.
 - Tổn thương hệ thống đặc thù: thân neuron vận động sừng trước (bệnh neuron vận động), tiếp hợp thần kinh-cơ (nhược cơ, ngộ độc botulinum,...), bệnh cơ.
 - Tổn thương cảm giác do ngoại biên: tương tự vận động, khác ở phần tổn thương rễ sau (thay vì rễ trước), tổn thương thân tế bào hạch gai rễ sau (thay vì thân tế bào vận động sừng trước).
 - ii. Nếu là tổn thương trung ương: tổn thương nằm ở đâu trong các vị trí sau:
 - Tủy sống: thường liệt hai bên (hai chi dưới hoặc tứ chi), đôi khi liệt một bên (nửa người hoặc một chi dưới – biểu hiện hội chứng Brown-Sequards), một số trường hợp không liệt mà chỉ rối loạn cảm giác (rỗng ống tủy, u nội tủy, tổn thương cột sau);
Cần xác định mức khoanh tủy tổn thương (định khu theo chiều dọc) và các cấu trúc bị tổn thương tại khoanh tủy đó (định khu theo chiều ngang của khoanh tủy).
 - Thân não: có thể liệt hai bên (liệt tứ chi với tổn thương thần kinh sọ và/hoặc rối loạn ý thức), hoặc liệt nửa người (hội chứng bất chéo – liệt nửa người một bên kèm tổn thương thần kinh sọ bên kia), một số trường hợp chỉ có tổn thương thần kinh sọ đơn thuần (tổn thương rất khu trú);
Cần xác định mức tổn thương theo chiều dọc (hành, cầu, hay trung não) và tổn thương phần nào theo chiều ngang (trên mặt cắt ngang chỗ tổn thương, tổn thương nằm ở phần nào: toàn bộ, cạnh đường giữa, vùng trước, vùng bên, vùng sau bên,...).
 - Đại não: hầu hết tổn thương một bên (liệt nửa người, liệt một chi,...), chỉ trường hợp tổn thương thùy trán cạnh đường giữa hai bên (nhồi máu động mạch não trước hai bên, hoặc u vùng liềm não,...) có thể gây liệt hai chi dưới;
Cần xác định tổn thương nằm ở vỏ não hoặc vùng sâu – bao trong, hoặc phối hợp (tổn thương rộng toàn bộ bán cầu, bao gồm đặc tính của cả hai vị trí). Nếu ở vỏ não, phải xác định vùng vỏ não nào.

HƯỚNG DẪN TRÌNH BỆNH ÁN TÓM TẮT VÀ GHI DIỄN TIẾN THEO SOAP

SOAP là gì?

Ghi chú SOAP (Subjective, Objective, Assessment, Plan) có nguồn gốc từ hồ sơ y tế định hướng theo vấn đề (POMR: problem-oriented medical record), được phát triển vào năm 1964 bởi bác sĩ Lawrence Weed.

S. Subjective (Triệu chứng chủ quan)

- Là các thông tin ghi nhận được từ lời khai của người bệnh, người nhà.
- Bao gồm:
 - Lý do nhập viện (C/O or CC - complains of or chief complaints): mục đích/lý do ngắn gọn khiến bệnh nhân tới khám hoặc nhập viện.
 - Bệnh sử (HPI: History of present illness): Triệu chứng là gì, thế nào, khi nào và ở đâu. Phần này bao gồm tất cả các triệu chứng phù hợp và âm tính trong mục *Lược qua các cơ quan*.
 - Tiền sử (Hx: History or Medical History): Các thông tin phù hợp về tiền sử bệnh, phẫu thuật, tiền sử gia đình, tiền sử xã hội, cùng với các thuốc đang dùng, tình trạng hút thuốc lá, sử dụng rượu bia/cà phê/nghiện hút, mức hoạt động thể lực, dị ứng.

O. Objective (triệu chứng khách quan)

- Tất cả những gì quan sát được, sờ thấy, hoặc kiểm tra được.
- Thường đo lường được, lặp lại được.
- Bao gồm:
 - Dấu hiệu sinh tồn và chiều cao cân nặng,...
 - Khám thực thể bao gồm các hệ thống cơ bản và hệ thống đang có vấn đề, các mối liên quan với các hệ thống khác, các dấu hiệu bất thường và bình thường có ý nghĩa.
 - Kết quả xét nghiệm và các khảo sát đã thực hiện khác.
 - Nhận định và tóm tắt các tài liệu tuyến trước.

A. Assessment (đánh giá, vấn đề)

- Đánh giá, đưa ra vấn đề dựa trên các dấu chứng chủ quan và khách quan.
- Tóm tắt các triệu chứng/chẩn đoán chính bao gồm chẩn đoán phân biệt, danh sách các chẩn đoán tiềm năng khác xếp theo thứ tự từ nhiều đến ít khả năng nhất.
- Các đánh giá này cũng bao gồm các căn nguyên khả dĩ của các vấn đề của bệnh nhân. Đây cũng là tiến triển của bệnh nhân so với lần khám trước, và tiến triển tổng thể hướng tới mục tiêu điều trị theo kỳ vọng của bác sĩ điều trị.

P. Plan (kế hoạch)

- Là những gì nhân viên y tế sẽ thực hiện để điều trị các vấn đề của bệnh nhân, ví dụ:
 - Chỉ định thêm khảo sát cận lâm sàng, hình ảnh học.
 - Khám/chuyên chuyên khoa, hoặc chuyển viện.
 - Các thủ thuật cần thực hiện.
 - Thuốc điều trị.
 - Các biện pháp giáo dục, hướng dẫn.
- Kế hoạch cũng sẽ bao gồm các mục tiêu trị liệu (mục tiêu ngắn hạn & dài hạn) và các thông số theo dõi tình trạng bệnh và thuốc cụ thể của bệnh nhân. Các kế hoạch này cần nhắm đến từng mục của chẩn đoán phân biệt.

- Đối với những bệnh nhân có nhiều vấn đề sức khỏe được liệt kê trong ghi chú SOAP, mỗi vấn đề cần có một kế hoạch riêng và nên được đánh số tương ứng nhau (giữa vấn đề và kế hoạch) dựa trên mức độ nghiêm trọng và cấp bách của trị liệu.
- Thường cũng sẽ bao gồm ghi chú về những gì đã được thảo luận hoặc tư vấn với bệnh nhân cũng như kế hoạch thời gian của các đánh giá thêm hoặc tái khám theo dõi.

Lưu ý: có thể gộp chung phần Đánh giá (Assessment) và Kế hoạch (Plan) (mỗi vấn đề đi kèm kế hoạch giải quyết vấn đề đó).

CÁCH TRÌNH BỆNH ÁN TÓM TẮT ÁP DỤNG SOAP (TRÌNH BỆNH TẠI GIƯỜNG)

- Phần hành chánh: Họ tên bệnh nhân, tuổi, giới, nghề nghiệp, nơi cư trú, ngày nhập viện (hoặc nhập viện được mấy ngày, ngày thứ mấy của bệnh).
- Tình hình tới lúc đánh giá nhập viện
 - **S – Triệu chứng chủ quan**
 - Lý do nhập viện
 - Bệnh sử tóm tắt
 - Triệu chứng cơ năng lúc nhập viện
 - **O – Dấu hiệu khách quan**
 - Tóm tắt khám thực thể lúc nhập viện
 - Các cận lâm sàng đã có trước nhập viện
 - **A – Đánh giá vấn đề**
 - Liệt kê các vấn đề, bao gồm vấn đề về thần kinh và các vấn đề kèm theo
 - Giải thích ngắn gọn cơ sở để đưa ra các vấn đề đó
 - Đưa ra các giải thuyết chẩn đoán về định khu tổn thương và chẩn đoán bệnh (căn nguyên)
 - **P – Kế hoạch**
 - Đưa ra kế hoạch giải quyết các vấn đề đã đặt ra tại thời điểm nhập viện
 - Bao gồm kế hoạch khảo sát cận lâm sàng để xác định chẩn đoán, kế hoạch điều trị trước mắt
- **Các diễn tiến tiếp theo**
 Chọn một mốc diễn tiến để báo cáo tiếp, thường là khi có kết quả các khảo sát và điều trị trước đó làm thay đổi các vấn đề hoặc xác định rõ chẩn đoán của bệnh nhân.
 - **S – Triệu chứng chủ quan**
 - Triệu chứng cơ năng có thêm bớt gì (diễn biến)
 - **O – Dấu hiệu khách quan**
 - Cách dấu thực thể hiện tại (nêu các thay đổi)
 - Các kết quả cận lâm sàng đã thực hiện trước đó
 - **A – Đánh giá vấn đề**
 - Các vấn đề, chẩn đoán định khu, chẩn đoán bệnh đã thay đổi gì sau khi có diễn tiến mới và kết quả cận lâm sàng
 - Lưu ý đưa ra lý giải ngắn gọn về các thay đổi đó
 - **P – Kế hoạch**
 - Kế hoạch mới phù hợp với vấn đề hiện tại

* Lập lại SOAP mỗi khi có thay đổi vấn đề (diễn tiến mới, kết quả cận lâm sàng mới, thay đổi chẩn đoán,...)

CÁCH GHI DIỄN TIẾN HÀNG NGÀY, ÁP DỤNG SOAP

Hàng ngày bác sĩ sẽ ghi diễn tiến của người bệnh và ra các y lệnh điều trị. Phần diễn tiến cần được ghi theo SOAP, trong đó đặc biệt chú trọng A và P vì là phần phải cân nhắc, suy nghĩ, biện luận và dễ bị bỏ sót, hoặc làm sơ sài, làm cho có. S và O là ghi nhận tình trạng người bệnh ngày hôm đó, bao gồm những triệu chứng mới xuất hiện hoặc bớt đi so với trước đó, các kết quả cận lâm sàng mới có,... A là đánh giá vấn đề và chẩn đoán hiện tại, thể hiện các khác biệt so với các ngày trước tùy vào tiến triển của triệu chứng và các cận lâm sàng. P là kế hoạch cụ thể của ngày hôm đó và kế hoạch dự kiến trong các ngày tới.

Ví dụ về một trang diễn tiến và y lệnh điều trị:

Thông tin hành chánh (họ tên, năm sinh, giới, số nhập viện, phòng, giường,...) Chẩn đoán: Nhồi máu cầu não hai bên tái phát, hẹp động mạch thân nền, tăng huyết áp vô căn, đái tháo đường không phụ thuộc insulin		
Ngày giờ	Diễn tiến	Y lệnh điều trị
21/1 2/20 18 7h30	<p>* Nguy cơ té ngã: cao</p> <p>S:</p> <p>Ho rải rác</p> <p>Ngủ được, thở ngáy lúc ngủ</p> <p>Ăn qua sonde, không tồn lưu, không ói</p> <p>Tiêu tiểu khá</p> <p>O:</p> <p>M: 82l/p; HA: 133/82mmHg</p> <p>Thở đều êm, SpO2 98%</p> <p>Tim đều, phổi ran ngáy</p> <p>Bụng mềm</p> <p>Tỉnh, tiếp xúc tốt, thực hiện yêu cầu vận động tốt</p> <p>Đồng tử 3mm, tròn đều, PXAS (+), vận nhãn không giới hạn, nystagmus đánh ngang sang trái</p> <p>Liệt VII trung ương trái</p> <p>Dysarthria nặng</p> <p>Yếu tứ chi, sức cơ tay trái 2/5, chân trái 0/5, tay phải 4/5, chân phải 2/5</p> <p>Giảm cảm giác nửa người trái</p> <p>Babinski (+) hai bên</p> <p>Đường huyết sáng: 12.1mmol/l</p> <p>A:</p> <ul style="list-style-type: none">- Nhồi máu cầu não hai bên tái phát ngày 5, hẹp động mạch thân nền, lâm sàng ổn- Tăng huyết áp- Đái tháo đường, chưa kiểm soát tốt đường huyết- Hạ Kali máu <p>P:</p> <p>Tiếp tục thuốc chống tiểu cầu, statin, kiểm soát huyết áp, điện giải</p> <p>Mời nội tiết hỗ trợ điều chỉnh đường huyết</p> <p>Tập phục hồi chức năng, cho ngồi tại giường</p> <p>Dự kiến xuất viện sau khoảng 2-3 ngày, khi đường huyết ổn</p>	<p>- Natriclorid 0,9% 500ml</p> <p>1 chai x 2 TTM sáng, chiều XXX giọt/phút</p> <p>- Insulin Mixtard 100UI/ml</p> <p>Sáng 14 đv, chiều 10 đv TDD</p> <p>- Lovenox 40mg/0,4ml</p> <p>1 ống TDD sáng</p> <p>- Aspirin 81mg</p> <p>1 viên uống sáng sau ăn</p> <p>- Twynsta 40/5mg</p> <p>1 viên x 2 uống, sáng-tối, sau ăn</p> <p>- Crestor 20mg</p> <p>2 viên uống chiều</p> <p>- Kaleorid 600 mg</p> <p>1 viên x 2 uống, sáng-tối, sau ăn</p> <p>Tập vật lý trị liệu và phục hồi chức năng x 2 lần/ngày</p> <p>Xét nghiệm đường huyết mao mạch tại giường trước ăn ngày 3 lần</p> <p>Chăm sóc cấp 2</p> <p>Theo dõi sinh hiệu mỗi 8 giờ</p> <p>Thở Oxy 1l/p qua canula</p> <p>Chế độ ăn: súp xay đái tháo đường đơn thuần, ngày 4 lần</p> <p>Mời bác sĩ nội tiết hội chẩn điều chỉnh đường huyết</p> <p>Bác sĩ điều trị (họ tên và chữ ký)</p>