
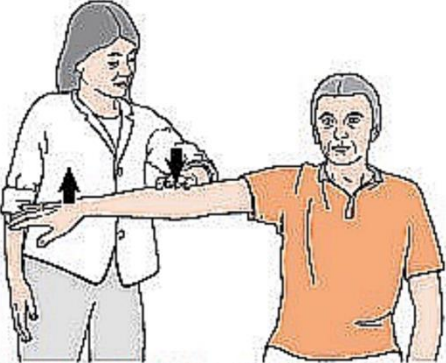





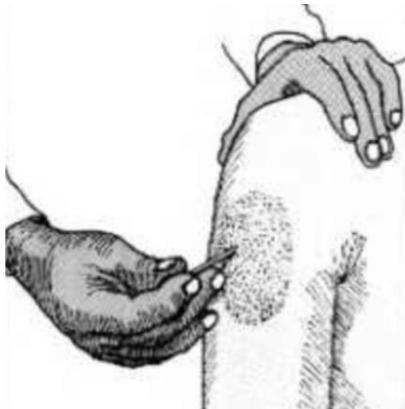
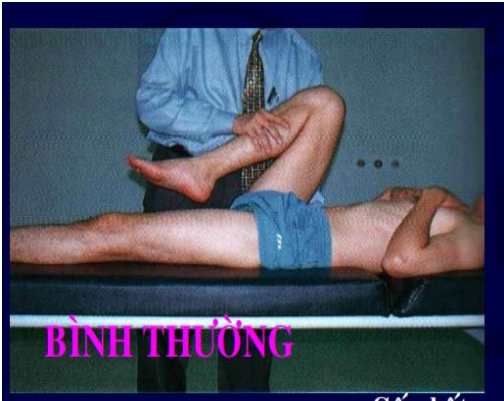
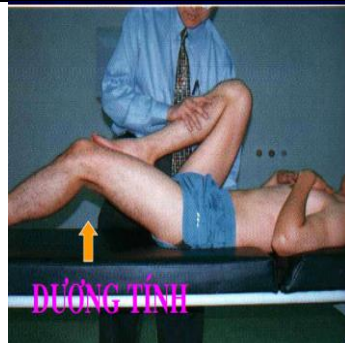
	Nghiệm pháp	Thao tác	Dương tính	Ý nghĩa
1	<b>Yergason</b>	<p>Giải thích bệnh nhân sẽ làm những gì.</p> <p>Tư thế bệnh nhân: ngồi, khuỷu gấp <math>90^{\circ}</math>, cánh tay áp sát thân mình</p> <p>Tư thế thầy thuốc: ngồi ngay ngắn đối diện bệnh nhân phía vai cần khám, một tay đặt lên vai ở rãnh gian củ, một tay cầm bàn tay bệnh nhân.</p> <p>Cầm bàn tay bệnh nhân tư thế sấp cẳng tay</p> <p>Giải thích và cho bệnh nhân ngửa cẳng tay có kháng lực</p>	Bệnh nhân có đau vùng rãnh gian củ	Tổn thương đầu dài gân cơ nhị đầu
2	<b>Apprehension</b>	<p>Tư thế bệnh nhân: ngồi hoặc nằm khuỷu gấp <math>90^{\circ}</math>, cánh tay dang <math>90^{\circ}</math></p> <p>Tư thế thầy thuốc: đứng phía sau (bn ngồi), đứng hoặc ngồi cùng bên (bn nằm).</p> <p>Một tay xoay ngoài khớp vai</p> <p>Một tay đẩy đầu trên cánh tay ra trước</p>	Bn biểu hiện sự lo sợ biểu hiện bằng vẻ mặt hoặc bằng lời, hoặc gồng cơ phản ứng lại	Bn bị trật khớp vai nhiều lần
3	<b>Drop arm</b>	<p>Tư thế bệnh nhân: khuỷu duỗi hoàn toàn, cánh tay dẹt trên mặt phẳng tạo một góc <math>30^{\circ}</math> với mặt phẳng trán.</p> <p>Tư thế thầy thuốc: đứng phía sau bệnh nhân phía vai cần khám.</p> <p>Dang thụ động tay bệnh nhân quá <math>90^{\circ}</math></p> <p>Nói bn hạ tay chủ động xuống từ từ</p> <div data-bbox="489 1024 1289 1359" data-label="Image"> </div>	Bn không hạ tay từ từ được	Rách chóp xoay




4	<b>Lift-off</b>	<p>Cánh tay sát thân mình.          Khuỷu gấp 90 độ.          Xoay trong cánh tay chống kháng lực.</p>  <p>(c) Lift-off test. This is to test the integrity and function of the subscapularis muscle. The arm is completely rotated internally and placed behind the back with the elbow flexed. The patient is then asked to lift the hand off the back against resistance. Inability to lift off the hand indicates weakness or rupture of subscapularis.</p>	Có yếu cơ khi bn k chống lại được kháng lực.	Khám các cơ chóp xoay xoay trong vai (cơ dưới vai và cơ ngực lớn cũng tham gia)
5	<b>Jobe's test</b>	<p>Tư thế ngồi          Cánh tay dang thẳng ra          Khuỷu duỗi thẳng          Ngón cái chỉ xuống          Cánh tay ở 30 độ (Theo mặt phẳng xương bả vai)          Cố gắng nâng cánh tay chống lại kháng lực</p>  <p>(f) Jobe's supraspinatus test. To test supraspinatus, the arm is abducted to 90° in the scapular plane. The patient is then asked to resist downward pressure exerted by the examiner. Inability to maintain position of the arm indicates weakness of supraspinatus.</p>	Có yếu cơ khi không chống được kháng lực	Khám sức cơ trên gai

6	Infraspinatus test	 <p>(e) <b>Infraspinatus test.</b> To test the function of infraspinatus, the patient is required to hold the arm against the body with the elbow flexed, and then externally rotate the shoulder against resistance. Inability to externally rotate indicates weakness or rupture of infraspinatus.</p>		Khám sức cơ các cơ xoay ngoài của chóp xoay (cơ tròn bé, cơ dưới gai)
7	Khám gân gấp sâu	Bàn tay BN ngửa, các ngón tay tư thế trung tính BS dùng các ngón tay giữ đốt giữa của ngón tay cần khám Yêu cầu BN gấp đốt xa ngón tay	Bn không gấp được đốt xa	Đứt gân gấp sâu
8	Khám gân gấp nông	Bàn tay BN ngửa, các ngón tay tư thế trung tính BS dùng các ngón tay giữ cho khớp liên đốt xa các ngón tay còn lại duỗi tối đa, ngón cần khám để lên trên (lúc này, các gân gấp sâu bị giữ lại, chỉ còn gân gấp nông hoạt động) Yêu cầu BN gấp ngón tay cần khám	Bn không gấp được đốt gần	Đứt gân gấp nông
9	Khám gân duỗi	Bàn tay BN để sấp, các ngón tay ở tư thế trung tính BS đặt ngón tay lên đốt gần ngón tay cần khám Yêu cầu BN duỗi khớp bàn ngón tay	Bn không duỗi được khớp bàn ngón	Đứt gân duỗi


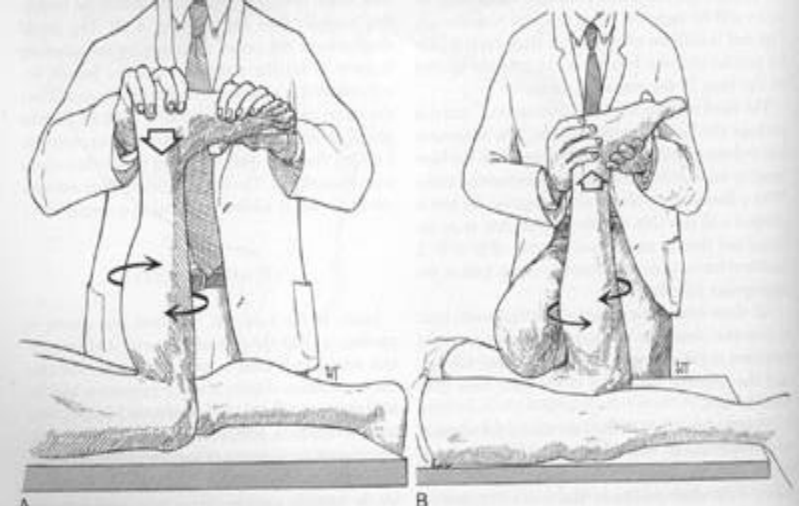
<b>10</b>	<b>Cozen</b>	<p>Tư thế khởi đầu: bệnh nhân ngồi trên ghế, khuỷu gấp 90<sup>0</sup>, cẳng tay sắp</p> <p>Người khám ngồi cùng bên tay được khám nắm cổ tay bệnh nhân yêu cầu duỗi cổ tay gắng sức trong khi người khám ngăn không cho bệnh nhân duỗi cổ tay. Ngón I tay còn lại của người khám sờ vị trí mỏm trên lồi cầu</p>	Bn thấy đau, hoặc nghe được tiếng bộp	Viêm mỏm trên lồi cầu
<b>11</b>	<b>Tinel</b>	<p>BN ngồi, cẳng tay để ngửa hoàn toàn, đặt lên một mặt phẳng</p> <p>BS ngồi đối diện với BN, dùng búa phản xạ (hay ngón tay) gõ lên vùng dây chằng ngang cổ tay (dưới nếp gấp xa cổ tay)</p>	khi BN tê các ngón 1,2,3 và bờ ngoài ngón 4	Phát hiện Hội chứng ống cổ tay (chèn ép tk giữa)
<b>12</b>	<b>Finkelstein</b>	<p>BN để cẳng tay và cổ tay tư thế trung tính. BN được yêu cầu gấp ngón cái rồi nắm các ngón tay còn lại bao quanh nó.</p> <p>Tư thế bác sĩ và cách tiến hành: Một tay cố định cẳng tay BN, tay còn lại nắm bàn tay BN rồi cho nghiêng cho trụ tối đa.</p>	Khi BN đau chói vùng bờ quay cổ tay	Phát hiện tình trạng viêm bao gân dạng dài và duỗi ngấn ngón cái (Hội chứng De Quervain)
<b>13</b>	<b>Allen</b>	<p>BN ngồi, cẳng tay để ngửa hoàn toàn, đặt lên một mặt phẳng</p> <p>BS ngồi đối diện BN.</p> <p>Yêu cầu BN nắm chặt và duỗi các ngón vài lần, sau đó nắm nhanh thật chặt các ngón để không cho máu xuống bàn tay. BS dùng 2 tay cầm 2 bên cổ tay BN, dùng ngón cái 2 bên để ấn chặt lên ĐM quay và trụ.</p> <p>Yêu cầu BN duỗi các ngón, trong khi BS vẫn ấn chặt động mạch 2 bên, quan sát thấy bàn tay trắng nhạt do không có máu nuôi.</p> <p>BS bỏ ngón tay đè bên ĐM quay, vẫn ấn chặt bên ĐM trụ, quan sát thấy bàn tay hồng lên tức là ĐM quay thông nối bình thường.</p> <p>Tương tự thực hiện cho bên ĐM trụ</p>	khi bàn tay trắng nhạt, không hồng lên khi bỏ ngón tay một bên.	Khảo sát tình trạng thông máu của động mạch quay và động mạch trụ ở vị trí cổ tay

14	<b>Test dạng – khép khuỷu</b>	<p>Tư thế khởi đầu: bệnh nhân ngồi trên ghế, khuỷu duỗi thẳng, cẳng tay ngửa. Người khám ngồi cùng bên tay được khám, một tay giữ mỏm trên lồi cầu trong và ngoài.</p> <p>Dạng: Một tay nắm cổ tay bệnh nhân làm động tác bẻ cẳng tay ra ngoài.</p> <p>Khép: Một tay nắm cổ tay bệnh nhân làm động tác bẻ cẳng tay vào trong</p>	Tăng ROM	<p>Dạng: Lỏng lẻo dây chằng trong hay không?</p> <p>Khép: Lỏng lẻo dây chằng ngoài hay không?</p>
15	<b>Bryant</b>		Đường nách trước xuống thấp hơn bên đối diện	Trật khớp vai ra trước
16	<b>Callaway</b>		Tăng đường kính trước sau của vai	Trật khớp vai ra trước
17	<b>Duga</b>		Không chạm được vai đối diện	Trật khớp vai ra trước
18	<b>Hamilton ruler</b>	Đặt 1 cây thước thẳng ở mặt ngoài cánh tay	Thước chạm được mỏm cùng vai và mỏm trên lồi cầu ngoài.	Trật khớp vai ra trước

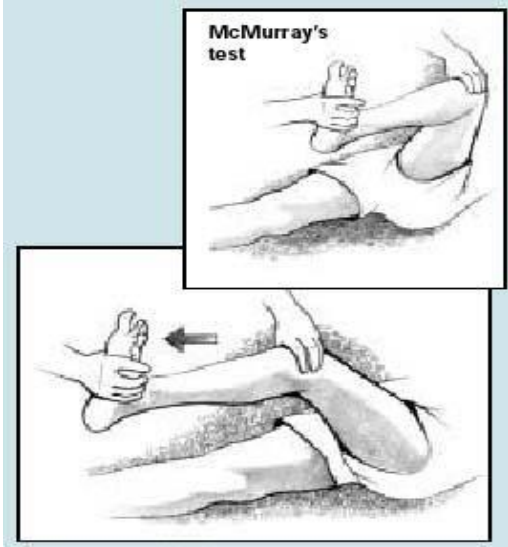

				
19	<b>Regimental badge sign</b> (Dấu huy hiệu)	<p>Dùng tấm bông, tấm chạm vào vùng trên cánh tay.</p> 	Giảm hay mất cảm giác vùng thần kinh nách	Tổn thương thần kinh nách
20	<b>Thomas</b>	<p>Bệnh nhân nằm ngửa trên bàn khám, gấp tối đa một chân, đầu gối chạm vào ngực.</p> 		Co rút khớp háng


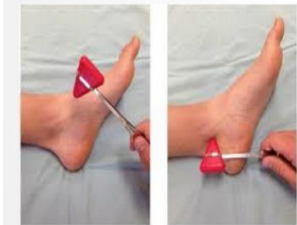
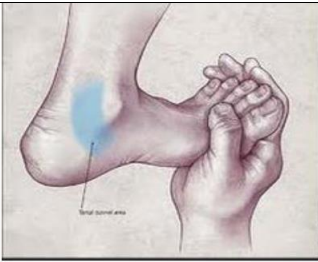
21	Lachmann	 <p>test Lachmann (dây chằng chéo)</p>	Dương tính khi đầu xương chày di chuyển ra phía trước khớp gối.	Đứt dây chằng chéo trước
22	Ngăn kéo trước/sau	 <p>Khám 3 tư thế : bàn chân trung tính, xoay trong, xoay ngoài. Bác sĩ ngồi lên bàn chân cần khám Ngăn kéo trước (kéo về phía bs) Ngăn kéo sau (đẩy về phía bn)</p>	Test ngăn kéo trước: Test dương tính khi đầu xương chày di chuyển ra phía trước khỏi khớp gối.  Test ngăn kéo sau: Dương tính khi đầu xương chày di chuyển ra sau khớp gối.	Đứt dây chằng chéo trước  Đứt dây chằng chéo sau
23	Test dạng/khép	 <p>Khám dây chằng bên (test dạng-khép)</p>	Dương tính khi căng chân dịch chuyển ra bên ngoài so với đùi ở test dạng hoặc trong ở test khép	Tổn thương dây chằng bên trong – ngoài



24	<b>Test chạm xương bánh chè</b>	<p>Một tay ép dần về gần đến đầu gối cố gắng để ép hết dịch ra khỏi phía trên bao hoạt dịch khớp gối. Trong khi duy trì áp lực bằng một tay, tay kia người khám ấn nhanh xuống xương bánh chè.</p> 	Dương tính khi đẩy xương bánh chè xuống và thấy nó nảy lên lại.	Tràn dịch khớp gối.
25	<b>Apley</b>	<p>Bệnh nhân nằm sấp, gối gấp 90 độ.</p> <p><i>Kiểm tra sụn chêm:</i> dùng lực ép xuống gót chân, làm xương chày ép vào xương đùi.</p> <p><i>Kiểm tra bao khớp:</i> dùng lực kéo phần cẳng chân lên</p> <p>Sau đó người khám xoay trong và xoay ngoài cẳng chân trên đùi.</p> 	Bn đau	Rách sụn chêm Rách bao khớp



26	McMurray	<p>Bn nằm ngửa</p> <p><i>Kiểm tra sụn chêm trong:</i> Một bàn tay của người khám được đặt trên cạnh sau trong của khớp, trong khi tay kia giữ bàn chân và quay nó ra ngoài với đầu gối vẫn gấp. Sau đó đầu gối được mở rộng.</p> <p><i>Kiểm tra sụn chêm ngoài:</i> Với một tay trên cạnh sau ngoài của khớp, bàn chân được xoay hướng vào trong và đầu gối vẫn gấp và sau đó mở rộng thêm.</p> 	Đau, lạo xạo xương	Tổn thương sụn chêm
27	Thompson	 <p>Bn nằm sấp, chân thõng khỏi giường</p> <p>Bs dùng tay bóp cơ bụng chân</p>	Bàn chân không gập lòng thụ động được	Đứt gân gót

28	<b>Nghiệm pháp dây chằng delta (dây chằng trong)</b>	Thao tác giống dây chằng tam giác nhưng lật sấp		ROM > 15 độ rộng khe khớp bên trong	Tổn thương chằng trong độ III Mất vững khớp cổ chân
29	<b>Nghiệm pháp dây chằng tam giác (dây chằng ngoài)</b>			ROM > 35 độ rộng khe khớp bên ngoài	Tổn thương chằng ngoài độ III Mất vững khớp cổ chân
30	<b>Khám hội chứng ống cổ chân</b>	 <p>Dấu Tinel</p>  <p>Tét gập lưng-lật sấp bàn chân/10 giây (tét khởi phát) <b>ATCS</b></p>		Đau, tê	Hội chứng ống cổ chân (chèn ép tk chày)
31	<b>Test ngăn kéo cổ chân</b>	Đẩy cổ chân ra sau và kéo cổ chân ra trước có kháng lực.		Tăng vận động ra trước hay ra sau của cổ chân	Đánh giá độ vững khớp cổ chân. Tổn thương DC trước hay sau (của DC bên ngoài) khi dương tính.

<b>32</b>	<b>SPURLING</b>	BN ngồi thẳng, nghiêng – xoay đầu sang một bên, cổ ngửa.  Người khám đứng phía sau BN, dùng 2 tay ép dọc trục cột sống cổ	Bệnh nhân có dấu hiệu đau hoặc tê rần lan theo đường đi của rễ thần kinh từ cổ xuống tay.	Có chèn ép rễ cổ
<b>33</b>	<b>L'HERMITTE</b>	BN ngồi thẳng, gập hoặc ngửa cổ.  Người khám đứng phía sau BN, hoặc đứng bên cạnh BN dùng tay ép gập cổ ra trước hoặc ngửa cổ ra sau.	khi bệnh nhân cảm thấy như có một luồng điện giật chạy dọc theo cột sống từ cổ chạy xuống dưới, có thể lan ra hai tay hoặc hai chân, đôi khi lan ra thân mình.	Có chèn ép tủy cổ
<b>34</b>	<b>HOFFMANN</b>	BN ngồi thẳng. Người khám ngồi đối diện phía trước bệnh nhân. Thực hiện động tác gập hoặc duỗi khớp liên đốt xa ngón giữa liên tục	có phản xạ gập ngón cái và ngón trỏ.	có tổn thương neuron vận động số 1 (upper neuron) hoặc chèn ép tủy cổ.
<b>35</b>	<b>BABINSKI</b>	BN nằm trên bàn khám. Người khám đứng phía dưới chân BN. Kích thích lòng bàn chân bằng một vật có đầu tù (như đuôi cán búa gõ phản xạ) từ gót chân theo bờ ngoài lòng bàn chân đến phía trước và trong bàn chân trước.	BN có phản xạ duỗi ngón chân cái về phía mặt lưng bàn chân trong khi các ngón còn lại xòe ra như nan quạt.	có tổn thương neuron vận động số 1 (upper neuron) hoặc có chèn ép tủy.
<b>36</b>	<b>Kéo giãn cổ</b>	BN ngồi thẳng. Người khám đứng bên trái bệnh nhân, tay phải đặt dưới xương chẩm, tay trái đặt dưới xương hàm dưới. Thực hiện kéo giãn cổ. Thực hiện ở tư thế cổ gập nhẹ, duỗi nhẹ và trung tính	Đánh giá đáp ứng với triệu chứng đau rễ (đau tăng lên hay giảm đau)	giúp quyết định thực hiện kéo cổ
<b>37</b>	<b>Valsalva</b>	BN ngồi trên ghế Hướng dẫn bệnh nhân hít vào, bịt mũi, ngậm miệng rồi thở mạnh ra nhưng không cho khí thoát ra. Mục đích làm tăng áp lực.	làm tăng cơn đau đang có hoặc tạo ra triệu chứng mới. Dermatome đau chỉ điểm vị trí tổn thương.	có tổn thương choáng chỗ trong ống sống (thoát vị đĩa đệm cổ, hoặc u)

<b>38</b>	<b>Cúi lưng (forward bending test)</b>	BN đứng thẳng Người khám đứng phía sau BN. Cho BN cúi người tối đa ra phía trước. Người khám quan sát đường giữa có vẹo lệch hay không, đoạn ngực có phía bên nào nhô cao lên không		phát hiện có gù vẹo cột sống hay không.  Đây là test dùng để tầm soát.
<b>39</b>	<b>LASÈGUE</b>	BN nằm ngửa trên bàn khám. Người khám đứng sang một bên. Thực hiện động tác nâng chân BN trong khi gối duỗi thẳng từ từ cho đến 90 độ. Xong thực hiện cho chân bên kia.	người khám chưa nâng chân hết tầm BN có đau chói như điện giật lan từ cột sống thắt lưng đến sau mông, đến đùi, cẳng chân, bàn chân theo rễ thần kinh bị chèn ép.	có chèn ép rễ thần kinh thắt lưng.
<b>40</b>	<b>BRAGARD – NERI</b>	BN nằm ngửa trên bàn khám. Người khám thực hiện test Lasègue trước. Khi BN đau, người khám cho hạ chân bệnh nhân xuống một ít cho đến khi hết đau. Sau đó cho gập lưng bàn chân tối đa; hoặc cho gập cổ (với test Neri)	BN đau tăng lên như lần đầu làm test Lasègue.	có chèn ép rễ thần kinh thắt lưng.
<b>41</b>	<b>Phản xạ da bụng</b>	BN nằm ngửa trên bàn khám, để hở bụng Người khám kích thích da bụng ở 4 vị trí xung quanh rốn (1/4 trên và dưới ở mỗi bên bụng) Bình thường rốn sẽ di chuyển theo hướng bị kích thích	Nếu giảm phản xạ có khả năng tổn thương Neuron vận động số 1 (upper neuron); Nếu giảm không đồng đều có khả năng tổn thương neuron vận động số 2 (lower neuron)	
<b>42</b>	<b>Test dây dọi</b>	BN đứng thẳng, cởi áo Người khám đặt dây dọi từ đốt sống cổ C7	Bình thường dây dọi sẽ đi giữa cột sống qua chính giữa nếp lằn mông. Nhằm phát hiện vẹo cột sống	
<b>43</b>	<b>Test căng dẫn lồng ngực</b>	Người khám đứng đối diện BN Hai tay sờ vào 2 bên lồng ngực Bn để đánh giá độ căng dẫn lồng ngực khi BN thở	Nếu giảm hoặc mất độ dẫn LN khi BN hít vào thì có thể Bn bị bệnh lý viêm dính CS hoặc tổn thương thần kinh tạng C3-4, C4-5 hoặc cao hơn.	

<b>44</b>	<b>FABER</b>	BN nằm ngửa, chân được khám ở tư thế số 4 ( cổ chân để lên đùi còn lại) BS dùng 1 tay đè xuống gối chân cần khám, tay còn lại giữ ở GCTT đối diện	dương tính khi BN đau ở vùng phía sau khung chậu	bệnh lý khớp cùng chậu (đánh giá dây chằng chéo trước khớp cùng chậu)
<b>45</b>	<b>Trendelenburg</b>	BN đứng thẳng, nhấc lần lượt từng chân khỏi mặt đất BS đứng phía sau BN, quan sát độ nghiêng khung chậu khi BN nhấc bàn chân khỏi mặt đất	dương tính khi khung chậu nghiêng về bên chân được nhấc lên (không chịu lực)	yếu cơ mông bên chân chịu lực