

KỸ NĂNG KHÁM HỆ THẦN KINH VẬN ĐỘNG VÀ CẢM GIÁC

TS. Bs. Vũ Thị Thanh Huyền

Bộ môn Nội tổng hợp – Trường ĐH Y Hà Nội

Mục tiêu học tập

Trình bày và thực hiện được kỹ năng:

1. Khám vận động chi trên
2. Khám vận động chi dưới
3. Khám cảm giác
4. Khám trương lực cơ
5. Khám phản xạ gân xương
6. Khám một số phản xạ bệnh lý

Nguyên tắc khám hệ thần kinh

- Khám tỉ mỉ, nhiều lần. So sánh hai bên, so sánh chi trên với chi dưới và so sánh với người bình thường.
- Khi tiếp xúc với bệnh nhân phải giải thích rõ để bệnh nhân hợp tác (bệnh nhân tỉnh)

Nguyên tắc khám hệ thần kinh

- Sau khi khám phải xác định được:
- Bệnh nhân có liệt không? Liệt ở đâu?
Đồng đều hay không?
- Mức độ giảm cơ lực
- Liệt cứng hay mềm?
- Liệt trung ương hay ngoại biên?

Khám cơ lực

Thang điểm đánh giá cơ lực:

- + 0 = liệt hoàn toàn (không có co cơ)
- + 1 = co cơ nhưng không phát sinh động tác
- + 2 = Vận động được trên mặt phẳng, không có ảnh hưởng của trọng lượng chi
- + 3 = Cử động được chống lại trọng lượng chi nhưng không có thêm lực cản nào khác
- + 4 = Vận động được khi có sức cản
- + 5 = cơ lực bình thường

Khám cơ lực chi trên: Vai

Dạng (hầu hết do cơ delta và cơ cạnh sống), C5-C6, bệnh nhân gấp khuỷu và cổ nhấc tay lên chống lại lực ấn xuống của người khám

Khép: (C6, C7, C8) bệnh nhân cổ khép chặt tay vào thân, khuỷu gấp, trong khi người khám cổ kéo cánh tay ra ngoài

Khám cơ lực chi trên: **Khuỷu tay**

Gấp = Bệnh nhân gấp chặt khuỷu, người khám cố kéo thẳng cánh tay

Duỗi: bệnh nhân cố duỗi cẳng tay chống lại lực gấp tay của người khám

Khám cơ lực chi trên: **Cổ tay**

Gấp = Bệnh nhân gấp chặt cổ tay, người khám cố kéo duỗi thẳng cổ tay ra

Duỗi: bệnh nhân cố duỗi cổ tay chống lại lực đẩy gấp cổ tay của người khám

Khám cơ lực chi trên: Bàn tay

- **Duỗi** = BN duỗi căng các ngón tay, bàn tay úp, người khám cố ấn các ngón tay xuống
- **Gấp** = BN nắm và vặn chặt 2 ngón tay của người khám
- **Dạng** = BN dạng các ngón tay hết sức, người khám cố khép các ngón tay của bệnh nhân lại
- **Khép** = BN khép chặt các ngón tay, người khám kéo tách lần lượt từng ngón

Nghiệm pháp gọng kìm:

Bệnh nhân nắm chặt ngón trỏ và ngón cái tạo thành một gọng kìm, người khám luồn ngón trỏ và ngón cái của mình vào và lấy sức dặng ra. Bên liệt gọng kìm của bệnh nhân sẽ rời ra dễ dàng

Nghiệm pháp Barre chi trên

Bệnh nhân giơ hai tay ra trước, mắt nhắm và giữ nguyên tư thế đó. Bên liệt sẽ rơi xuống từ từ

Nghiệm pháp úp sấp bàn tay của Babinski

Bệnh nhân giơ hai tay ra trước, bàn tay
ngửa, mắt nhắm và giữ nguyên tư thế đó.
Bên liệt sẽ úp sấp dần và rơi xuống từ từ

Khám cơ lực chi dưới: Háng

- **Gấp** = yêu cầu BN duỗi thẳng và nâng cao chân lên chống lại lực đẩy xuống của người khám (ta đặt tay ngay trên đầu gối)
- **Duỗi** = BN giữ thẳng chân nằm xuống giường kháng lại lực nhấc chân lên của người khám (ta đặt tay dưới kheo chân hoặc cổ chân)
- **Dạng** = BN dạng đùi ra ngoài kháng lại lực đẩy vào của ta
- **Khép** = BN khép chặt đùi kháng lại lực kéo ra

Khám cơ lực chi dưới: Gối

- **Gấp (L5, S1)** = bệnh nhân gấp gối không để người khám duỗi thẳng ra. Có thể để bệnh nhân nằm sấp để loại trừ lực tác động của các cơ khác
- **Duỗi (L3, L4)** = để gối gấp nhẹ, yêu cầu bệnh nhân duỗi thẳng ra không để người khám gấp gối lại

Khám cơ lực chi dưới: Cổ chân

Người khám gấp cổ chân trong khi bệnh nhân cố đạp bàn chân vào tay người khám hoặc ngược lại, ta kéo thẳng hai bàn chân người bệnh trong khi họ cố gấp cổ chân lại

Nghiệm pháp Mingazzini chi dưới

Bệnh nhân nằm ngửa, hai chân giơ lên, cẳng chân vuông góc với đùi, đùi vuông góc với thân mình. Bên liệt cẳng chân sẽ rơi xuống.

Khám cảm giác

Các loại cảm giác

- **Cảm giác nông:** Cảm giác đau, nóng lạnh
- **Cảm giác sâu:** cảm giác rung, cảm giác bản thể

Nguyên tắc khám cảm giác

- Bệnh nhân tỉnh táo, hợp tác tốt
- Không khám lúc bệnh nhân mệt mỏi, có thể khám làm nhiều đợt (nếu cần)
- Khi khám không hỏi “có đau”, “có nóng” không mà hỏi “thấy gì”, “ra sao”, “như thế nào” (mục đích tránh ám thị cho người bệnh)
- Khám đối xứng hai bên để so sánh
- Bệnh nhân phải nhắm mắt

Khám cảm giác đau

- Dùng kim châm nhẹ trên da và yêu cầu bệnh nhân nói vị trí, tính chất của kích thích (sắc hay tù).
- Các vùng không đau được đánh dấu phân biệt với các vùng khác và so sánh với sơ đồ cảm giác.

Khám cảm giác nóng lạnh

- Dùng các ống đựng nước nóng và lạnh ở nhiệt độ tùy ý muốn, đã xác định bằng nhiệt kế, lần lượt đặt trên da vài giây. Thường để nước ấm $40-45^{\circ}$ và nước lạnh $5-10^{\circ}$.
- BN dễ dàng cảm thụ với nhiệt độ $35-36^{\circ}\text{C}$ và lạnh ở $28-32^{\circ}\text{C}$.
- Chỉ khám cảm giác này khi nghi ngờ bệnh rối loạn tủy.

Khám cảm giác sờ

- Dùng một miếng bông hoặc chổi lông mềm quệt nhẹ trên từng vùng của da, yêu cầu bệnh nhân nói “có” khi cảm thấy sờ và trả lời chính xác vị trí cảm nhận được. Tránh thử trên những vùng da nhiều lông.
- Đánh dấu những vị trí bất thường và so sánh với sơ đồ cảm giác.

Khám cảm giác bản thể

- Yêu cầu bệnh nhân mở mắt: để ngón tay hoặc ngón chân ở tư thế gập hoặc duỗi và thống nhất với bệnh nhân.
- Sau đó bệnh nhân nhắm mắt, thử ngẫu nhiên các ngón tay, chân ở các tư thế và yêu cầu bệnh nhân trả lời đang gập hay duỗi.

Khám cảm giác rung

- Sử dụng âm thoa có 128 chu kì/giây. Đặt cán âm thoa vào vào chỗ lồi của xương như mắt cá chân, xương bánh chè...
- So sánh ngưỡng cảm thụ của BN với BS. Nếu tính bằng giây ở thầy thuốc dài hơn tức là ngưỡng cảm thụ của bệnh nhân bị giảm.
- Lưu ý bệnh nhân nói cảm nhận của mình về độ rung chứ không phải cảm giác đụng chạm của cán âm thoa.

Khám cảm giác vỏ não

- **Xác định khoảng cách hai điểm kích thích:**

Thử bằng dụng cụ có hai mũi nhọn có thể điều chỉnh khoảng cách từ 2mm đến vài cm và được đặt cùng một lực vào vị trí thử, thường thử ở các đầu ngón. Người thường có thể phân biệt hai điểm cách nhau 3mm.

Khám cảm giác vỏ não

- **Vị trí sờ:**

Thử bằng cách ấn nhẹ đầu ngón tay vào hai điểm cùng vị trí hai bên và yêu cầu bệnh nhân trả lời vị trí nhận cảm, xem bên nào thụ cảm sờ bị tắt qua nhiều lần thử.

- Chỉ khám cảm giác vỏ não khi tất cả các cảm giác nông khác của bệnh nhân vẫn bình thường.

Khám cảm giác vỏ não

- **Nhận biết chữ viết:**

Dùng ngón tay viết một chữ cái hoặc số vào lòng bàn tay bệnh nhân, chữ viết phải to chiếm gần hết lòng bàn tay và yêu cầu bệnh nhân đọc đúng chữ, số đó.

Khám cảm giác vỏ não

- **Nhận biết đồ vật bằng sờ”**

Bệnh nhân nhắm mắt, đặt một đồ vật quen thuộc vào lòng bàn tay bệnh nhân và yêu cầu bệnh nhân nói tên vật, hình dạng, chất liệu, kích thước. Thường dùng những vật không phát ra âm thanh khi sờ như đồng tiền xu, quả bong cao su nhỏ, chìa khóa...

Khám trương lực cơ

- Bệnh nhân thả lỏng các chi, các khớp.
- Thầy thuốc đánh giá độ gấp doãi khớp: độ gấp doãi giảm tức là trương lực cơ tăng
- Đánh giá độ căng chắc các cơ
- Đánh giá độ ve vẩy: bàn tay, chân
- Nhận định: trương lực cơ tăng hay giảm

NT khám phản xạ gân xương

- Cơ phải ở tư thế doãi hoàn toàn, bệnh nhân không lên gân
- Gõ đúng vào vùng sinh phản xạ, thường là đầu gân cơ bám vào xương
- Gõ hai bên đối xứng nhau, lực gõ phải đều nhau
- Để búa phản xạ rơi tự do theo trọng lực của búa, không dùng lực cánh tay

Cách gõ phản xạ

- **Phản xạ gân cơ nhị đầu:**

khuyến tay bệnh nhân gấp nhẹ, để tự do trên bụng, đặt một ngón tay của ta lên gân nhị đầu và gõ búa lên ngón tay ta.

Phản xạ = gấp căng tay

Cách gõ phản xạ

- **Phản xạ gân cơ tam đầu:**

khuyết tay bệnh nhân gấp nhẹ, để tự do, gõ búa lên gân tam đầu.

Phản xạ = duỗi cẳng tay.

Cách gõ phản xạ

- **Phản xạ quay sắp:**
cổ tay thả lỏng tự nhiên, gõ vào đầu dưới xương quay.

Phản xạ = úp bàn tay

Cách gõ phản xạ

- **Phản xạ trâm trụ:**

gõ lên đầu gân xương trụ, có thể để 2 ngón tay lên trên gân trụ để tránh gõ vào dây thần kinh.

Phản xạ = úp bàn tay

Cách gõ phản xạ

- **Phản xạ gân gối:**

bệnh nhân có thể ngồi thông chân, hoặc nằm thả lỏng chân, ta kéo gấp nhẹ gối, gõ vào gân cơ tứ đầu đùi ngay dưới xương bánh chè.

Phản xạ = duỗi căng chân.

Cách gõ phản xạ

- **Phản xạ gân gót:**

kéo mu bàn chân bệnh nhân vào căng chân, gõ lên gân gót

Phản xạ = gấp bàn chân

Đánh giá

- Giảm
- Tăng:
 - + *Phản xạ lan tỏa*: khi gõ ra ngoài vùng sinh phản xạ, vẫn có đáp ứng cơ cơ
 - + *Phản xạ đa động*: Gõ một lần, giật cơ nhiều lần.
 - + *Rung giật gót*: Cầm bàn chân bệnh nhân kéo gấp lên phía mu vài lần và giữ nguyên ở tư thế gấp, xuất hiện động tác đập bàn chân liên tục vào tay ta (rung giật không tắt)

Khám một số phản xạ bệnh lý
của bó tháp

Dấu hiệu Babinski

- BN nằm ngửa duỗi hai chân. Dùng một kim đầu tù vạch một đường từ bờ ngoài gan bàn chân rồi vòng nhanh dưới nền các ngón chân
 - Đáp ứng:
 - + Bình thường: các ngón chân cùng cụp xuống = không có dấu hiệu Babinski
 - + Bệnh lý: ngón cái từ từ duỗi lên kèm theo các ngón khác cụp xuống hoặc xòe ra như nan quạt = có dấu hiệu Babinski.
 - + Dấu hiệu Babinski không trả lời
- Nếu một bên không có dấu hiệu Babinski, một bên không trả lời = có dấu hiệu Babinski.

Các phản xạ bệnh lý có giá trị như dấu hiệu Babinski

- **Dấu hiệu Oppenheim:** tì ngón tay vuốt mạnh dọc xương chày
- **Dấu hiệu Gordon:** bóp mạnh cơ dếp
- **Dấu hiệu Chaddock:** Dùng kim gãi quanh mắt cá ngoài
- **Dấu hiệu Shaeffer:** bóp mạnh gân gót

Dấu hiệu Hoffman

- Cầm bàn tay bệnh nhân hơi gấp lên phía sau mu tay. Thầy thuốc cầm ngón giữa bệnh nhân rồi dùng ngón cái và ngón giữa của mình bật mạnh đột ngột. Ngón cái và ngón trỏ của bệnh nhân gấp lại tạo động tác càng cua.
- Phản xạ này chỉ có giá trị khi có một bên.
- Ở người nhay cảm có thể có Hoffman hai bên

Dấu hiệu Tromner

Làm như dấu hiệu Hoffman nhưng thay
bật ngón tay bằng búng hay gõ vào ngón
tay bệnh nhân

Dấu hiệu Rossolimo

Bàn tay bệnh nhân để ngửa, các ngón hơi gấp. gõ vào đốt thứ nhất, các ngón tay sẽ gấp nhanh vào.