

LOẠN TRƯƠNG LỰC CỔ:

TỔNG QUAN VÀ KINH NGHIỆM CHẨN ĐOÁN ĐIỀU TRỊ BỆNH TẠI BỆNH VIỆN ĐẠI HỌC Y DƯỢC TP HỒ CHÍ MINH

Lê Minh,¹ Trần Ngọc Tài²

TRƯỜNG HỢP LÂM SÀNG

Trường hợp 1: Bệnh nhân Nguyễn Thị Thu L. 46 tuổi. Bệnh khởi phát từ 9/2006, khởi đầu bệnh nhân cảm thấy mỏi cổ, đau vùng vai gáy bên (T). 1 tháng sau đó, tư thế đầu bất thường không cường lại được. Những lúc lo lắng, triệu chứng nặng hơn. Tư thế bất thường xuất hiện suốt ngày từ lúc mới thức dậy, mất khi ngủ. Bệnh nhân không thể lái xe, chuyển công việc khác. Suốt 1 năm, bệnh nhân được chẩn đoán bướu cổ, thoái hóa cột sống cổ.... Bệnh nhân không có tiền căn sử dụng thuốc đặc biệt, không tiền căn chấn thương, đột quỵ. Gia đình không ai mắc bệnh tương tự. Khám lâm sàng (8/4/2009): Tư thế đầu xoay (T), ngửa nhẹ, không có vận động bất thường ở những nơi khác. Kích thích cảm giác (sensory trick) tư thế đầu trở về gần bình thường. Phì đại cơ SCM (P), Splenius capitis (T), Levator scapulae (T) và nhạy đau khi sờ các cơ này. Khám các dấu thần kinh khác đều bình thường. Quá trình điều trị tại địa phương, bệnh nhân cảm thấy rất chán nản, có biểu hiện của trầm cảm. Bệnh nhân bắt đầu điều trị tại phân khoa thần kinh-BV ĐHYD từ 11/2007, được chẩn đoán là Loạn trương lực cổ phức tạp và được điều trị khởi đầu với Botulinum toxin (Dysport). Bệnh nhân được điều trị 05 đợt Dysport với liều 400-500UI.

Đánh giá điều trị	1	2	3	4	5
Liều điều trị Dysport (đơn vị)	400	400	420	500	420
Mức độ hiệu quả tối đa (theo bệnh nhân) %	70	80	90	95	
Tổng thời gian có hiệu quả (tháng)	2,5	2,5	3	4	
TWSTRS trước điều trị			39	39	30

¹ BS Chuyên Khoa Cấp II Thần Kinh Học, Giảng Viên Chính, Trưởng Phân Khoa Thần Kinh Bệnh Viện Đại Học Y Dược Tp HCM, Phó Trưởng Bộ Môn Thần Kinh Học, Đại Học Y Dược Tp HCM.

² ThS BS, Phân Khoa Thần Kinh Bệnh Viện Đại Học Y Dược Tp HCM.

TWSTRS sau điều trị			14 # 65%(sau 10 tuần)	4 # 90%(sau 8 tuần)	
Tác dụng phụ	Choáng váng, yếu cơ cổ, nói khó nuốt khó	Choáng váng ít, nói khó, nuốt khó, yếu cổ.	Choáng váng ít, nói khó, yếu cổ.	Choáng váng, nuốt khó, nói khó, yếu cổ.	

Trường hợp 2: Bệnh nhân Lê Toàn A. 33 tuổi, đến khám vì tư thế cổ bất thường. Khởi bệnh từ 5/2006, đầu tiên bệnh nhân cảm thấy mỏi cổ, sau đó là đau vùng gáy bên (T). Đồng thời bệnh nhân cũng cảm nhận cổ xoay bất thường sang (T). Triệu chứng ngày càng nặng, rất khó chịu. Buổi sáng sau thức dậy, tư thế cổ bình thường khoảng 15-20 phút. Sau đánh răng, cổ xoay bất thường trở lại và liên tục. Bệnh nhân là tài xế, bệnh làm cho bệnh nhân không thể lái xe được. Về tiền sử có té chấn thương đầu, mất ý thức năm 2005, 3 tháng sau chấn thương mới phục hồi lại trí nhớ. Khám lâm sàng: tư thế cổ bất thường, xoay sang (T) và gập nhẹ. Tư thế trở về gần bình thường với kích thích cảm giác. Phi đại cơ ức đòn chũm (P), S.capitis (T), L.scapulae (T). Nhảy đau cơ S.capitis khi sờ. Ngoài ra, có loạn trương lực cơ chân (P). Khám các dấu thần kinh khác đều trong giới hạn bình thường. Bệnh nhân được chụp MRI não, cổ không ghi nhận bất thường. TWSTRS là 54. Bệnh nhân được chẩn đoán Loạn trương lực cổ phức tạp và điều trị Dysport 500UI vào ngày 27/10/2009. Sau 4 tuần điều trị, theo ghi nhận của bệnh nhân là hiệu quả 80%, TWSTRS là 7 (87%). Không có tác dụng phụ đáng kể, chỉ hơi mỏi cổ nhẹ.

Trường hợp 3: Bệnh nhân Nguyễn Thị N. 36 tuổi. khởi bệnh từ tháng 4/2009, bệnh nhân thấy cổ mỏi và xoay sang (T), không đau nhức. Bệnh nhân cảm thấy bình thường khoảng 20 phút sáng sau khi thức dậy, sau đó vẹo cổ xuất hiện liên tục suốt ngày, mất khi ngủ. Bệnh làm bệnh nhân không thể lái xe, ngại giao tiếp và nghỉ việc. Về tiền sử, cách 5 năm có dùng thuốc đông y 1 tháng để trị bệnh đại tràng. Trước khi khám và điều trị tại BV ĐHYD, bệnh nhân được chẩn đoán Vẹo cổ cơ thắt nhưng điều trị thuốc không hiệu quả. Khám lâm sàng: Vẹo cổ xoay (T), nghiêng (T) và ngửa nhẹ. Đáp ứng rất kém với kích thích cảm giác, có triệu chứng trầm cảm nhẹ. Các dấu thần kinh khác đều bình thường. Bệnh nhân được chẩn đoán Loạn trương lực cổ phức tạp với TWSTRS là 52 và được chích Dysport 500UI lần đầu tiên vào 7/10/2009. Sau 5 tuần điều trị bệnh nhân chỉ ghi nhận cải thiện 30%, có thể lái xe trở lại được một đoạn ngắn. Đánh giá TWSTRS là 31 (40%). Tác dụng phụ gồm mỏi cổ, mỏi hàm khoảng 10 ngày, mệt mỏi 3-4 ngày đầu, khô miệng. Bệnh nhân được phối hợp điều và theo dõi tiếp để chích lại vào lần tới.

ĐIỂM LẠI Y VẤN

Dịch tễ học

Tần suất hiện mắc ước tính khoảng 9/100.000, tần suất mới mắc là 1,1/100000 dân mỗi năm. Đây là thể loạn trương lực khu trú khởi phát ở người lớn thường gặp nhất. Tuổi thường gặp nhất là 50 với 40-60 tuổi chiếm 70-90%.⁸

Nữ thường gặp hơn nam (tỉ lệ 1,5-1,9 : 1).⁶

Biểu hiện lâm sàng

Biểu hiện lâm sàng là cơ cơ không chủ ý gây co rút hoặc xoắn vặn cổ, tạo tư thế đầu bất thường. Có rất nhiều tư thế đầu bất thường được mô tả, có thể tạo ra tư thế xoay đầu (torticollis), nghiêng sang bên (laterocollis) hoặc cúi đầu (anterocollis), ngửa đầu (retrocollis), hoặc phối hợp các tư thế này. Ở hầu hết bệnh nhân, một tư thế bất thường hiện diện >75% thời gian, nhưng nó có thể thay đổi đáng kể trong suốt diễn tiến của bệnh ở vài bệnh nhân. Cả 3 bệnh nhân trên đều có tư thế xoay cổ bất thường liên tục. Hơn nữa, khoảng 20% bệnh nhân loạn trương lực (LTL) cổ thường thường LTL những nơi khác.⁷ Trường hợp 2 có kèm LTL chân (T).

Ngoài các triệu chứng vận động, bất thường cảm giác có thể hiện diện. Đau cổ gặp ở 70-80% bệnh nhân và góp phần đáng kể vào sự tàn phế của LTL cổ.⁷ Đau có thể từng đợt hoặc liên tục. Trường hợp điển hình, đau lan tỏa và lan đến vai và cổ, ưu thế ở phía bên đầu bị xoắn vặn. Trường hợp 2 có triệu chứng đau vùng cổ gáy trái.

Ngoài đau ra, vai trò của cơ chế cảm giác được phản ánh qua việc bệnh nhân sử dụng “sensory tricks” để giảm co cơ do loạn trương lực. Khởi đầu sờ cằm, mặt, hoặc đầu có thể hiệu quả. Mặc dù các trick này có thể rất hữu ích đối với nhiều bệnh nhân ở giai đoạn sớm của bệnh, nhưng chúng mất hiệu quả dần khi bệnh tiến triển. Trong 3 bệnh nhân trên, trường hợp 1,2 đáp ứng với kích thích cảm giác gần hoàn toàn, còn trường hợp 3 đáp ứng rất kém.

Triệu chứng tâm thần thường đi kèm hoặc đi trước chẩn đoán rối loạn vận động. Tuy nhiên, các triệu chứng này có thể là một phản ứng thứ phát của bệnh. Bệnh có một hậu quả về tâm lí và kinh tế đáng lo ngại bởi vì người bệnh có thể bị đuổi việc hoặc ngừng các hoạt động xã hội. Trường hợp 1 và 3 có biểu hiện của trầm cảm.

Các yếu tố làm nặng và làm thuyên giảm triệu chứng:

Kích thích cảm giác (sensory trick): như sờ nhẹ mặt, đầu, cổ... có thể làm giảm co cơ do LTL. Cơ chế của kích thích cảm giác vẫn chưa rõ, nhưng gợi ý một yếu tố cảm giác có khả năng là cơ chế của rối loạn vận động này. Kích thích cảm giác thường chỉ hữu ích ở giai đoạn sớm của bệnh. Trường hợp 1,2 có cải thiện một phần với kích thích cảm giác, trường hợp 3 gần như không đáp ứng.

Triệu chứng cải thiện sau khi thức: gặp 31% trường hợp, thường kéo dài < 1 giờ. Trường hợp 2,3 có cải thiện triệu chứng sau khi thức.

Tàn phế liên quan với LTL cổ:

Tàn phế thường gặp trong LTL cổ dao động từ nhẹ (khó chịu chủ quan) đến nặng (ảnh hưởng công việc và hoạt động xã hội).

Công việc: giảm năng suất công việc, mất việc.

Đau.

Các biến chứng khác:

- Thoái hóa cột sống cổ, chèn ép rễ, tủy.
- Chèn ép thần kinh trụ do dùng tay làm kích thích cảm giác

- Trầm cảm

Chẩn đoán:

Cho đến nay, chẩn đoán vẫn dựa vào lâm sàng và vẫn chưa có một tiêu chuẩn chẩn đoán thống nhất nào.

Chẩn đoán thường chậm vì biểu hiện lâm sàng đa dạng và khó nhận biết. Thường các triệu chứng lâm sàng không đặc hiệu của bệnh dễ gây nhầm lẫn với các bệnh viêm khớp, bệnh rễ cổ, bệnh tâm thần, bệnh Parkinson hoặc hội chứng khớp thái dương hàm.

Bệnh sử và kiểu xuất hiện triệu chứng giúp chẩn đoán LTL cổ nguyên phát. Bệnh xuất hiện từ từ hoặc đột ngột các triệu chứng vùng cổ. Tiền sử gia đình bệnh LTL hỗ trợ cho chẩn đoán.

Có thể kèm theo các thể LTL nơi khác.

Khám thần kinh bình thường ngoại trừ LTL nơi khác và run tay tư thế. Sự hiện diện của các triệu chứng thần kinh khác thông qua bệnh sử và khám lâm sàng gợi ý LTL thứ phát và cần tìm nguyên nhân, trong đó cần chụp MRI não hoặc tủy cổ.

Chẩn đoán phân biệt

Rất nhiều nguyên nhân, trường hợp LTL cổ điển hình, hiếm khi cần xét nghiệm chẩn đoán nguyên nhân.

Ở bệnh nhân trẻ, cần chú ý nguyên nhân thứ phát, đặc biệt bệnh Wilson.

LTL cổ tâm lý nên là chẩn đoán loại trừ, tuy nhiên có những triệu chứng gợi ý như cử động không lặp khuôn, biến mất với tâm lý trị liệu.

Nguyên nhân:

Hầu hết các trường hợp LTL cổ không có nguyên nhân rõ ràng từ bệnh sử lâm sàng. Vai trò của yếu tố gen được xem là có liên quan thông qua một số nghiên cứu dịch tễ và phá hệ.

Mối liên quan với chấn thương:

Trong 1 nghiên cứu, 11% trường hợp LTL cổ có liên quan với chấn thương đầu, cổ hoặc vai.⁷ Trường hợp khởi bệnh trễ sau chấn thương (3-12 tháng), biểu hiện lâm sàng thường khó phân biệt với LTL cổ nguyên phát. Trường hợp khởi bệnh sớm sau chấn thương (trong vòng 4 tuần), triệu chứng dễ phân biệt hơn như hạn chế cử động cổ, tư thế dai dẳng, đau nhiều, không đáp ứng với kích thích cảm giác và đáp ứng rất kém với Botulinum toxin.¹

Trường hợp 2 xảy ra sau chấn thương khoảng 2 năm.

Loạn trương lực do thuốc:

Các thuốc ức chế thụ thể dopamin của hệ thần kinh trung ương có thể gây ra các hội chứng ngoại tháp khác nhau tại mọi nơi trên cơ thể. Tuy nhiên, đầu và cổ là vị trí thường gặp nhất. Ức chế các thụ thể dopamine D2 ở nhân đuôi, bào sẫm, cầu nhát có thể chịu trách nhiệm cho LTL muện.

Điều trị LTL cổ:

Vài vấn đề về chẩn đoán cần quan tâm trước khi tiến hành điều trị:

Hỏi bệnh sử cẩn thận, chú ý tiền sử gia đình vì triệu chứng LTL cổ có thể là một phần của LTL toàn thể.

Sau khi chẩn đoán LTL cổ, cần tìm nguyên nhân thứ phát của bệnh, các bệnh đi kèm, và các bệnh lý bất chước LTL cổ.

Mục tiêu điều trị:⁵

- Giảm đau thường là mục tiêu tiên phát
- Giảm tàn phế, cải thiện các hoạt động hàng ngày
- Giảm bất thường tư thế.

Khởi đầu điều trị cần giải thích rõ cho bệnh nhân: đây là một bệnh mạn tính, cần điều trị lâu dài. Việc điều trị chỉ giúp thuyên giảm triệu chứng, hiện không chữa lành bệnh. Hướng dẫn bệnh nhân xác định mục tiêu điều trị và cách đạt mục tiêu.

Các loại điều trị:

Thuốc:

Trước khi có Botulinum toxin, thuốc uống được xem như điều trị đầu tay.

Anticholinergic (trihexyphenidyl...): cải thiện một mức độ nào đó ở #40% bệnh nhân nhưng nhiều tác dụng phụ.

Baclofen: có hiệu quả khoảng 10% bệnh nhân.

Clonazepam có hiệu quả khoảng 20% bệnh nhân.

Phẫu thuật:

Trước đây thực hiện nhiều, hiện nay ít thực hiện vì nhiều biến chứng. Gần đây, một số trường hợp dùng kích thích não sâu, nhưng chỉ với những trường hợp nặng và kháng trị.

Vật lý trị liệu: kết hợp với các điều trị khác để làm tăng hiệu quả.

Điều trị bằng Botulinum toxin (BoNT):

Hiện nay, BoNT được xem là lựa chọn đầu tiên trong điều trị LTL cổ.⁵

Trong nhiều nghiên cứu, điều trị BoNT hiệu quả 70-90% bệnh nhân (15-30% trường hợp không đáp ứng với BoNT.^{2,3} Tuy nhiên, không đáp ứng khởi đầu thường liên quan đến chọn liều không thích hợp, chọn cơ không thích hợp hoặc các cơ trước sống, khó tiêm vào.

- Vị trí tiêm: Mặc dù nhiều nghiên cứu cho thấy, sử dụng EMG hướng dẫn làm tăng độ chính xác của cơ tiêm, giảm liều thuốc vẫn đạt hiệu quả. Chúng tôi ít khi sử dụng EMG hướng dẫn vì những lý do sau: trả thêm tiền, tiêu tốn thời gian, đau hơn.
- Liều thuốc: ở lần tiêm đầu tiên, chúng tôi thường chọn liều thấp nhất có hiệu quả. Tùy mức độ dung nạp, chúng tôi sẽ tăng liều cho những lần chích sau. Liều dùng tùy thuộc vào tuổi, cân nặng bệnh nhân, loại cơ, kích thước cơ và độ nặng của

LTL. Tổng liều nên tăng khi hiệu quả ít hơn 50-60% hoặc khi thời gian của pha bình nguyên < 4 tuần.⁴

- Tác dụng phụ: đau, yếu cổ, khó nuốt, khô miệng... nhưng thường nhẹ và thoáng qua.
- Hiệu quả kéo dài 3-4 tháng.
- Lặp lại điều trị sau 3 tháng để hạn chế kháng thuốc.

Diễn tiến tự nhiên

LTL cổ vô căn thường có khởi bệnh âm thầm, bệnh nhân thường than phiền cổ bị đẩy hoặc bị kéo, hoặc đầu bị xoắn hoặc bị giật không chủ ý. Có sự không thống nhất về tốc độ tiến triển các triệu chứng từ lúc khởi phát đến lúc nặng nhất. Triệu chứng có khuynh hướng nặng sau 3-5 năm, trung bình 1 tháng – 18 tháng. Cuối cùng triệu chứng cũng ổn định, thậm chí có trường hợp cải thiện nhẹ trước khi ổn định. Khoảng 20% trường hợp LTL thường lan ra khỏi vùng cổ nhưng hiếm khi toàn thể, thường gặp nhất là LTL hàm miệng, co thắt mi mắt, LTL khu trú bàn tay người viết, LTL trực.

LTL cổ thuyên giảm tự nhiên khoảng 20% trường hợp nhưng thường ngắn và không hoàn toàn. Thuyên giảm thường xảy ra trong vài năm đầu của bệnh nhưng có thể kéo dài. Thuyên giảm không liên quan với điều trị.

Tài liệu tham khảo

1. Carlos Singer, MD, Miodrag Velickovic, MD.(2008) Cervical Dystonia: Etiology and Pathophysiology. *Neurologic clinics*; suppl 1: 9-22.
2. Comella CL, Jankovic J, Brin ME (2000). Use of botulinum toxin type A in the treatment of cervical dystonia. *Neurology*;55(Suppl 5):S15-21.
3. Comella CL, Thompson PD (2006). Treatment of cervical dystonia with botulinum toxins. *Eur J Neurol*;13(Suppl 1):16-20.
4. Reiner Benecke and et al (2009). Treatment of cervical dystonia, in: Manual of Botulinum toxin therapy. *Cambridge University Press*, p29-42.
5. David Swopc, MD 1, Richard Barbano, MD, PhD.(2008) Treatment Recommendations and Practical Applications of Botulinum Toxin Treatment of Cervical Dystonia. *Neurologic clinics*; suppl 1: 54-65
6. Epidemiologic Study of Dystonia in Europe (ESDE) Collaborative Group (1999). Sex-related influences on the frequency and age of onset of primary dystonia. *Neurol* ;53:1871-3.
7. Jankovic J, Leder S, Warner D, Schwartz K (1991). Cervical dystonia: clinical findings and associated movement disorders. *Neurology* ;41:1088-91.
8. Mark Stacy, MD.(2008) Epidemiology, clinical presentation, and diagnosis of cervical dystonia. *Neurologic clinics*; suppl 1: 23-42.

Phụ lục

THANG ĐIỂM ĐÁNH GIÁ LOẠN TRƯƠNG TỰC CỔ (TWSTRS)

I. Thang điểm độ nặng loạn trương lực cổ: (tối đa 35 điểm)

A. Độ di lệch tối đa: đánh giá mức độ di lệch tối đa, yêu cầu bệnh nhân thư giãn hoàn toàn, không kháng lại cử động bất thường; người khám sử dụng những thủ thuật làm sao lãng sự đối kháng này.

- **Xoay (phải hoặc trái):**

0= 0°; 1= rất nhẹ (1-22°); 2= nhẹ (23-45°); 3= vừa 46-67°; 4= nặng (68-90°).

- **Nghiêng (phải hoặc trái, không tính nâng vai):**

0= 0°; 1= nhẹ (1-15°); 2= vừa (16-35°); 3= nặng (> 35°).

- **Gập/ngửa cổ:**

Gập: 0= không; 1= Cằm gập xuống nhẹ; 2= Cằm lệch xuống vừa (1/2); 3= Cằm lệch xuống nặng (gần chạm ngực).

Ngửa: 0= không; 1= Đỉnh đầu lệch ra sau nhẹ; 2= Đỉnh đầu lệch ra sau vừa (1/2); 3= Đỉnh đầu lệch ra sau nặng.

- **Lệch sang bên (phải hoặc trái):**

0= không; 1= có

- **Lệch trước/sau:**

0= không; 1= có

B. Thời gian (nhân 2):

0= không;

1= ít (< 25% thời gian, hầu hết dưới tối ưu)

2= ít (< 25% thời gian, hầu hết tối ưu) hoặc từng lúc (25-50% thời gian, hầu hết dưới tối ưu)

3= từng lúc (25-50% thời gian, hầu hết tối ưu) hoặc thường xuyên (50-75% thời gian, hầu hết dưới tối ưu)

4= thường xuyên (50-75% thời gian, hầu hết tối ưu) hoặc liên tục (>75% thời gian, hầu hết dưới tối ưu)

5= liên tục (>75% thời gian, hầu hết tối ưu)

C. Hiệu quả của kích thích cảm giác (sensory trick)

0= giảm hoàn toàn bởi 1 hoặc nhiều kích thích cảm giác (sensory trick)

1= Giảm 1 phần bởi kích thích

2= Giảm rất ít hoặc không

D. Nâng vai/vai lệch trước:

0= không

1= nhẹ, <1/3 biên độ cử động vai, hoặc từng lúc

2= Vừa, 1/3-2/3 biên độ cử động vai và hằng định (>75% thời gian); hoặc nặng (>2/3 biên độ cử động vai) và từng lúc.

3= nặng (nặng và hằng định)

E. Biên độ cử động cổ: không có sự hỗ trợ của kích thích cảm giác, nếu giới hạn xuất hiện ở hơn 1 mặt phẳng cử động, chọn điểm cao nhất.

0= có thể cử động đầu tối đa qua vị trí đối bên.

1= có thể cử động đầu qua khỏi đường giữa nhưng không tối đa

2= hiếm và khó cử động đầu qua đường giữa

3= cử động đầu không vượt qua đường giữa

4= hiếm khi cử động đầu ra khỏi tư thế bất thường

F. Thời gian (lên đến 60 giây): bệnh nhân giữ đầu trong vòng 10° quanh vị trí trung tính mà không sử dụng kích thích cảm giác (lấy trung bình của 2 lần thực hiện):

0= >60 giây

1= 46-60 giây

2= 31-45 giây

3= 16-30 giây

4= <15 giây

II. Thang điểm tàn phế (tối đa 30 điểm)

A. Công việc (nghề nghiệp hoặc quản lý công việc nhà)

0= không khó khăn

1= vài khó khăn bởi vẹo cổ

2= Hầu hết công việc đều khó khăn, nhưng vẫn thực hiện được hoàn hảo

3= Công việc khó khăn và hạn chế, chỉ thực hiện vài công việc hoàn hảo

4= Không thể làm công việc được, chỉ làm vài công việc nhà hoàn hảo

5= Hoàn toàn không thể làm công việc nhà

B. Sinh hoạt hàng ngày (ăn, mặc, vệ sinh cá nhân, trang điểm...)

0= bình thường

1= khó khăn ít

2= Hầu hết đều khó khăn, nhưng vẫn thực hiện được khi dùng kích thích đơn giản

- 3= Hầu hết đều khó khăn, cần kích thích mạnh mới có thể thực hiện được
- 4= hầu hết đều khó khăn, cần trợ giúp.
- 5= Hầu như cần sự trợ giúp

C. Lái xe

- 0= bình thường
- 1= Khó khăn ít nhưng vẫn lái được
- 2= khó khăn, cần trick mới lái được (sờ và giữ mắt, đầu)
- 3= Chỉ lái được 1 đoạn đường ngắn
- 4= Hầu như không thể lái được
- 5= Không thể lái và cũng không thể ngồi sau xe

D. Đọc:

- 0= Ngồi đọc bình thường
- 1= Ngồi đọc có ít khó khăn, không cần kích thích
- 2= Ngồi tư thế bình thường đọc khó khăn, cần có kích thích
- 3= Không ngồi tư thế bình thường để đọc được mà phải ngồi tựa, nằm...
- 4= Đọc hạn chế dù hỗ trợ bằng mọi cách
- 5= Không thể đọc > 1 câu dù hỗ trợ bằng mọi cách

E. Xem ti vi:

- 0= Bình thường
- 1= ngồi tư thế bình thường xem được, khó khăn ít, nhưng không cần kích thích
- 2= ngồi tư thế bình thường xem khó khăn, cần kích thích cảm giác
- 3= Không ngồi tư thế bình thường để xem được mà phải ngồi tựa, nằm...
- 4= Xem hạn chế dù hỗ trợ bằng mọi cách
- 5= Không thể xem được > 1 phút dù hỗ trợ bằng mọi cách

F. Những hoạt động bên ngoài (shopping, xem phim, ăn tối...)

- 0= bình thường
- 1= Khó khăn ít
- 2= Hầu hết đều khó khăn, nhưng vẫn thực hiện được khi dùng kích thích đơn giản
- 3= Hầu hết đều khó khăn, cần có người đi theo mới có thể thực hiện được
- 4= hầu hết đều khó khăn, cần trợ giúp, chỉ thực hiện được vài hoạt động
- 5= Hầu như không thể thực hiện được

III. Thang điểm đau: (tối đa 20 điểm)

A. Độ nặng của đau: đánh giá độ nặng của đau cổ do LTL cổ trong suốt tuần qua bằng cách dùng thang điểm 0-10 (0: không đau; 10: đau dữ dội không thể tưởng tượng). Điểm được tính như sau: (tốt nhất + tồi nhất + 2x đau thường gặp)/4

- Tốt nhất:
- Tồi nhất:
- Thông thường:

B. Thời gian đau:

0= Không

1= <10% thời gian

2= 10-25% thời gian

3= 26-50% thời gian

4= 51-75% thời gian

5= >75% thời gian

C. Độ tàn phế do đau:

0=Không ảnh hưởng

1= ảnh hưởng ít

2= Khó khăn cho vài công việc

3= Khó khăn cho nhiều công việc, nhưng vẫn thực hiện được

4= Khó khăn và giới hạn công việc

5= Hầu như hạn chế mọi công việc