



KINH NGHIỆM LÂM SÀNG

CÁC LỖI THƯỜNG GẶP TRONG THỰC HÀNH LÂM SÀNG

Ths. Phạm Ngọc Minh

# KINH NGHIỆM LÂM SÀNG

CÁC LỖI THƯỜNG GẶP TRONG THỰC HÀNH LÂM SÀNG



thận kinh  
 bệnh nhân  
 chân thương  
 tim mạch  
 hospital  
 lợi hay gặp  
 y khoa  
 hô hấp  
 tiêu hóa  
**medical error**  
 doctor tiết niệu  
 nội tiết  
 cập nhật  
 kiến thức  
 y khoa



Group Cập nhật kiến thức y khoa  
Năm 2018



# LỜI NÓI ĐẦU

Đã là con người, không ai có thể không mắc sai lầm. Bạn cần học sai lầm từ mình cũng như từ sai lầm của người khác, đó là người khôn ngoan, người lặp lại những sai lầm thường bị coi là một kẻ ngốc. Các ngành khác, sinh viên có thể mắc sai lầm và rút kinh nghiệm. Nhưng sai lầm trong y học lại khác vì chúng có thể dẫn tới những đau khổ thậm chí gây tử vong cho bệnh nhân cũng như làm tăng chi phí điều trị. Vì vậy, mọi người nên cố gắng không làm sai hoặc ít nhất là giảm thiểu những sai lầm. Mặc dù nhiệm vụ của giáo viên là chỉ ra những sai lầm của sinh viên và sửa chữa chúng đúng thời điểm, nhưng sẽ chỉ giúp được sinh viên tới khi sinh viên ra trường. Sau khi tốt nghiệp, sẽ không ai sửa chữa những sai lầm này nữa. Hầu hết các cuốn sách chỉ viết làm sao để làm đúng, chứ không viết làm sao để không mắc sai lầm. Mặc dù những sai lầm này được quy cho sự thiếu thận trọng, đôi khi do bất cẩn, đôi khi do quá tự tin và vào những thời điểm khác là do vội vàng. Những sai lầm có thể xảy ra trong quá trình chẩn đoán, xét nghiệm, trong điều trị hoặc thủ thuật bên giường bệnh. Tôi đã cố gắng dành mỗi phần 1 mảng để trao đổi về tất cả các lỗi này. Những sai lầm trong thực hành y khoa đã trở nên quan trọng khi ngày nay pháp luật nghiêng về phía bệnh nhân. Một sai lầm có thể làm bác sĩ mất nghề hoặc bồi thường bằng toàn bộ tài sản vốn có. Vì vậy, tôi cảm thấy rằng mỗi bác sĩ nên nhận thức được những sai lầm thường được thực hiện bởi các đồng nghiệp của họ, để họ sẽ không lặp lại.

Số lượng thuốc hiện tại được dùng đang tăng lên đáng kể. Không thể biết chi tiết về các loại thuốc này. Tuy nhiên việc sử dụng không đúng các loại thuốc này có thể có hại trong những trường hợp nhất định như suy thận và mang thai. Tôi đã cố gắng đưa danh sách các loại thuốc an toàn /

không an toàn trong những tình huống này. Tất nhiên chúng có sẵn trong các cuốn sách lớn, nhưng nhiều bác sĩ lâm sàng có thể không thể tra cứu những cuốn sách này ngay lập tức. Tuy nhiên cuốn sách này sẽ giúp nhanh chóng tìm ra loại thuốc có thể được kê toa an toàn trong tình huống nhất định. Chi tiết họ có thể tìm kiếm kỹ hơn sau đó. Danh sách quan trọng khác được đưa ra trong cuốn sách này là một danh sách các loại thuốc có thể dùng và không dùng ở bệnh nhân suy thận. Cuốn sách này sẽ giúp sinh viên y khoa làm thế nào lên kế hoạch và học có hiệu quả. Nó cũng giúp các sinh viên đã tốt nghiệp và bác sĩ đi làm vì họ vẫn có thể phạm sai lầm. Họ sẽ cảm thấy như có người thầy ở bên cạnh và vào thời điểm cần thiết họ có thể tham khảo cuốn sách này.





# MỤC LỤC

## Chương 1 Giáo dục ngành y

Bài 1 Nguyên tắc chung của giáo dục.....	2
Bài 2 Kiến thức chấp vấ.....	5
Bài 3 Hội chứng và dấu hiệu.....	5
Bài 4 Sách tham khảo .....	6
Bài 5 Chuyên khoa .....	7
Bài 6 Giá trị những yếu tố không liên quan lâm sàng .....	8
Bài 7 Sự cần biết cái mới và cập nhật.....	9
Bài 8 Nên làm gì và tại sao phải làm?.....	11
Bài 9 Trình bày case bệnh tại giường .....	11
Bài 10 Duy trì thói quen lưu giữ hồ sơ.....	12
Bài 11 Ghi chú hàng ngày.....	13
Bài 12 Trả lời theo nhóm .....	14
Bài 13 Khám theo nhóm .....	14
Bài 14 Học cách lắng nghe .....	15
Bài 15 Câu hỏi nhiều lựa chọn .....	16
Bài 16 Luận văn.....	16
Bài 17 Hỏi thi.....	17
Bài 18 Hỏi thi và đánh trượt .....	18
Bài 19 Dạy ở bệnh viên .....	19

## Chương 2 Chẩn đoán

Bài 1 Lỗi chung.....	22
Bài 2 Lỗi trong phân tích triệu chứng .....	29

## Chương 3 Xét nghiệm

Bài 1 Làm xét nghiệm không có kế hoạch.....	72
Bài 2 Xét nghiệm ưu tiên .....	72
Bài 3 Thời điểm xét nghiệm.....	74
Bài 4 Khi kết quả không đáng tin cậy .....	75
Bài 5 Tại sao bạn lại nhận được kết quả sai? .....	79
Bài 7 Lấy mẫu.....	81
Bài 8 Xét nghiệm có thể giúp chẩn đoán .....	83
Bài 9 Hạn chế của xét nghiệm .....	85
Bài 10 Xét nghiệm vẫn bất thường? .....	88
Bài 11 Đánh giá 1 số trường hợp cấp cứu.....	90
Bài 12 Ảnh hưởng của điều trị tới xét nghiệm .....	92
Bài 13 Xét nghiệm đánh giá hiệu quả điều trị .....	93
Bài 14 Xét nghiệm có hại.....	94
Bài 15 Xét nghiệm ở phụ nữ.....	95
Bài 16 Thận trọng trước khi cho xét nghiệm .....	95
Bài 17 Lỗi hay mắc khi phân tích ecg .....	96



## Chương 4 Điều trị

Bài 1 Điều trị chloromycetin.....	102
Bài 2 Aminoglycoside .....	102
Bài 3 Bệnh nhân kích động .....	103
Bài 4 Tránh loét do tỳ đè.....	104
Bài 5 Phòng ngừa tình trạng ứ phân .....	105
Bài 6 Tư vấn qua điện thoại.....	105
Bài 7 kê thuốc mà không có mặt bệnh nhân.....	106
Bài 8 Quy định khác.....	106
Bài 9 Nhiều loại thuốc trong 1 đơn.....	108
Bài 10 kê đơn ở phụ nữ có thai .....	108
Bài 11 kê đơn khi đang cho con bú.....	113
Bài 12 Thuốc và suy thận .....	114
Bài 13 Quyết định không điều trị với bệnh nhân nặng .....	122
Bài 14 Ngộ độc .....	123
Bài 15 Đầu vào và đầu ra .....	127
Bài 16 Đặt ống ryle cho ăn ở bệnh nhân uốn ván.....	127
Bài 17 Ghi giấy ra viện .....	128
Bài 18 Hội chẩn .....	129
Bài 19 Thái độ khi bệnh nhân tử vong.....	130
Bài 20 Tuyên bố bệnh nhân tử vong .....	131
Bài 21 Nói ít.....	132
Bài 22 Hãy cố hết sức cứu bệnh nhân .....	133
Bài 23 Tự bảo vệ mình .....	133
Bài 24 Phải biết diễn .....	134
Bài 25 Gợi ý nên trao đổi trực tiếp với bác sĩ .....	134
Bài 26 Đừng chối bỏ trách nhiệm.....	135
Bài 27 Trao đổi trong phòng kín.....	135
Bài 28 Thời điểm có mặt .....	136
Bài 29 Theo dõi các điểm nóng.....	136
Bài 30 Giải thích.....	137
Bài 31 Điền đầy đủ mẫu thông báo tử vong.....	137
Bài 32 Nhầm Trái và phải .....	138
Bài 33 Hạ đường huyết .....	138
Bài 34 Xác định loại thuốc bệnh nhân đang dùng.....	140
Bài 35 Than phiền mới của bệnh nhân trong điều trị .....	140
Bài 36 Tác dụng phụ của thuốc.....	142
Bài 37 Kiểm soát nôn .....	143
Bài 38 Tiêu chảy mất nước.....	145
Bài 39 Ăn và uống trong arf -suy thận cấp.....	147
Bài 40 Xử trí hạ kali máu .....	148
Bài 41 Rắn cắn .....	154
Bài 42 Không biết con gì cắn .....	156
Bài 43 Tương tác thuốc .....	156
Bài 44 Phương pháp dùng thuốc.....	158



Bài 45 Phải biết nghi ngờ.....	159
Bài 46 Sonde dạ dày khi ngộ độc chất ăn mòn.....	160
Bài 47 Điều trị trước khi chẩn đoán.....	161

## **Chương 5 Các thủ thuật trong bệnh viện**

Bài 1 Tiêm truyền tĩnh mạch.....	168
Bài 2 Truyền máu .....	171
Bài 3 Dùng thuốc tê tại chỗ .....	177
Bài 4 Test máu chảy- máu đông .....	177
Bài 5 Kiểm tra xem có tắc không .....	178
Bài 6 Theo dõi bệnh nhân sau thủ thuật.....	178
Bài 7 Chọc tủy sống .....	178
Bài 8 Cho ăn.....	181
Bài 10 Cho ăn ngoài ruột.....	184
Bài 11 Hút dịch màng phổi .....	186
Bài 12 Hút dịch màng bụng .....	188
Bài 13 Chọc dịch màng ngoài tim .....	189
Bài 14 Chọc hút áp xe gan do amip.....	192
Bài 15 Rút sonde tiểu.....	195
Bài 16 Xoa xoang cảnh.....	197
Bài 17 Xoa bóp tim .....	198





# CHƯƠNG I

## GIÁO DỤC NGÀNH Y

## Bài 1 Nguyên tắc chung của giáo dục

Mọi người đều biết 3 nguyên tắc chuyển động chung của thế giới này này dạy, học và sinh sản. cần phải sinh sản vì mỗi sinh vật sống sẽ tử vong và cuộc đời thì ngắn ngủi. nếu không có sinh sản thì loài đó sẽ tuyệt diệt. 2 yếu tố còn lại (dạy và học) đòi hỏi phải có dòng kiến thức liên tục. luôn có người dạy và người học, có thể là kiến thức trồng trọt, lao động, nấu ăn hay bất cứ cái gì, trong đó có y học. thông thường cha mẹ dạy con mình, đây là điều tiếp diễn cả ngàn đời. nếu cha mẹ không dạy con mình kiến thức mình có, thì kiến thức này sẽ mất sau khi họ chết. Vậy nên, mỗi người nên dạy con cái của mình. với sự tiến bộ của thời gian, 1 số người thông minh trở thành thầy giáo và họ dạy sinh viên . họ chủ yếu dạy nguyên tắc sống của xã hội và những chủ đề khác. Ngày nay, việc giảng dạy trở nên phức tạp hơn, nhưng mục tiêu cơ bản của giảng dạy không thay đổi. mỗi người thầy sẽ dạy sinh viên của họ mọi thứ họ học được trong quá trình thực hành. để dạy tốt thì phải học tốt, trước khi thành người thầy giỏi anh phải là sinh viên giỏi. 1 người thầy không thể dạy tốt nếu kiến thức hạn hẹp. mỗi giảng viên phải tự hỏi mình có đủ kiến thức để giải thích thắc mắc của sinh viên hay không, nếu không anh ta cần phải cố gắng để trở nên tốt hơn.

Để trở thành người thầy tốt, anh phải có kiến thức sâu, đủ khả năng giải thích và biết cách truyền tải cho sinh viên. Giảng cho sinh viên đại học khác với sinh viên sau đại học. Sinh viên ngày hôm nay sẽ là giảng viên của ngày mai, vì vậy nên học tốt nhất có thể . Trong lĩnh vực y học, việc chăm sóc sức khỏe cộng đồng và giảng dạy nằm trong tay các bác sĩ tương lai, vì vậy tôi luôn mong các sinh viên y học càng nhiều càng tốt và hiểu về sứ mệnh của họ



Kiến thức nhân loại sở hữu ngày nay có sự đóng góp của nhiều người. Kiến thức thay đổi từng ngày trong mọi lĩnh vực, điều này chỉ có thể nếu nhiều người góp sức khả năng cải thiện kiến thức đã dựa trên quan sát chặt chẽ và kinh nghiệm gọi là nghiên cứu. Vì vậy, mỗi cá nhân nên cải thiện vốn kiến thức hiện có của mình trong lĩnh vực của mình. Các bác sĩ cũng vậy, tuy nhiên không phải ai cũng có thể cải thiện vốn kiến thức của mình. Đừng nên lo lắng về điều này bởi vì việc duy trì kiến thức hiện tại quan trọng hơn việc thu nhận kiến thức mới. tôi trích dẫn 1 câu tiếng Sanskrit Sloka-

*"Praja sangrakhayati nrupa sa bardhayati parthibam,  
Bardhandrakyanam sreystadabhabe sadapasyat"*  
(Hitopadesh, P-36).

Nó có nghĩa là người dân và vua, vua là người cao nhất vì vua duy trì vương quốc. Xây dựng vương quốc mới thì dễ nhưng duy trì nó thì khó. Không duy trì được thì sẽ mất

Mỗi cá nhân nên cố duy trì vốn kiến thức sẵn có. Điều này không khó với những ai thực hành và duy trì hàng ngày. Nếu anh làm giảng dạy, anh không bao giờ được để kiến thức tụt hậu. Khi để kiến thức mai một, sẽ rất khó để lấy lại nó. Bất cứ kiến thức mới nào quan sát hay thực hành thấy được, anh không chỉ nên dạy cho sinh viên mà còn phải lưu lại dưới dạng bài báo hay thành sách

Thánh kinh nói rằng giáo viên không nên che giấu kiến thức với sinh viên không nên "giấu nghề", nhưng có thể chọn người để trao nhiều kiến thức hơn. Giấu kiến thức với sinh viên là tội lớn, nó giống như người mẹ không cho con bú vậy điều này cũng khuyên sinh viên nên coi giảng viên của họ như thượng đế; nếu giảng viên và sinh viên hiểu vậy thì việc truyền





tài tri thức sẽ không là vấn đề gì. Tuy nhiên, cả giảng viên và sinh viên hiện này đều quên nguyên tắc cơ bản này của giáo dục

### Hiểu như nào?

Học y là khoa học thực tiễn. người thụ hưởng kiến thức của chúng ta chính là bệnh nhân. kiến thức nên sử dụng vì lợi ích của bệnh nhân. tôi luôn nói với sinh viên của tôi "không có kiến thức thì vô dụng". nên mỗi sinh viên cần biết với kiến thức này mình sẽ dùng như nào để giúp bệnh nhân. giáo viên sẽ giúp điều này. Mr William Osler nói rằng cái gì không biết mắt sẽ không thể nhìn thấy. ông nhấn mạnh mối liên quan giữa lý thuyết và thực hành. để dùng lý thuyết vào thực hành, bạn phải quan tâm đến bệnh nhân. bạn thực hành càng nhiều thì trí nhớ của bạn nó sẽ tự động lưu lại (biết làm sao cho đúng) để có thể xử trí tình huống tốt hơn. Để nhấn mạnh tầm quan trọng của việc học thực tế, Sir William Osler đã nói - "để nghiên cứu hiện tượng của bệnh mà không có sách giống như đi thuyền khám phá biển không có mục đích". Một bệnh có thể biểu hiện khác nhau ở những người khác nhau, có thể cần hoặc không cần điều trị. Không giống như khoa học  $2 + 2$  có thể luôn bằng 4; đôi khi có thể là 5, có thể là 3 và đôi khi nó có thể là 0. Vì vậy, để làm quen với tất cả những biến đổi này nên có kiến thức sâu rộng. Các bệnh được mô tả trong sách là số liệu của một số bệnh nhân được nhiều bác sĩ quan sát trong nhiều năm. Tất cả những bệnh nhân này biểu hiện không giống nhau và không đầy đủ triệu chứng như mô tả trong sách. Vì vậy, mỗi bệnh nhân phải được đánh giá và điều trị theo biểu hiện riêng của họ. Đó là lý do tại sao người ta thường nói rằng mỗi bệnh nhân là một cuốn sách. Sinh viên y khoa nên cố gắng thu thập kiến thức lý thuyết càng nhiều càng tốt và nên biết cách áp dụng kiến thức này vào từng bệnh nhân. Tôi sẽ đưa ra một ví dụ đơn giản để nhấn mạnh sự cần thiết của kiến thức thực tiễn. người ta biết rõ lượng dịch



thiếu và tốc độ truyền cho bệnh nhân mất nước, nhưng không lấy được ven thì kiến thức này trở nên vô dụng quả thật tôi biết 1 bs không thể lấy được ven cho bệnh nhân và bệnh nhân chết trên đường vận chuyển tới bệnh viện

## **Bài 2 Kiến thức chấp vá**

Sinh viên nên cố gắng tìm hiểu và trau dồi kiến thức rõ ràng và đầy đủ nhất có thể. Kiến thức kèm sẽ hại người và hại mình. Tôi sẽ đưa ra một ví dụ về hiểu biết sai sẽ có thể gây tử vong. Trong điều trị hàng ngày của chúng ta, penicillin thường được tiêm trong vỏ điều trị viêm màng não mủ. Một bác sĩ đã chọc dịch não tủy, lấy dịch não tủy, xét nghiệm có nhiều mủ. Anh ta quyết định dùng penicillin tiêm trong vỏ (intrathecal) nhưng anh ta lại không nhớ liều dùng của nó. anh ta tiêm 10 lakh đơn vị benzyl penicillin. Ngay sau khi tiêm, bệnh nhân xuất hiện co giật nhiều đợt và qua đời. ở đây, chẩn đoán của anh ta đúng, thủ thuật chọc dịch não tủy đúng, cho dùng penicillin tiêm dưới vỏ cũng đúng nhưng sai sót duy nhất là dùng sai liều penicillin dẫn tới bệnh nhân tử vong. Đây là một ví dụ về kiến thức không đầy đủ có thể gây hại như thế nào.

Dĩ nhiên là bạn không thể biết hết mọi thứ. Vì vậy, khi còn là sinh viên, bạn nên tìm hiểu chi tiết tất cả các vấn đề thường gặp ở địa phương cụ thể và nguyên tắc điều trị cơ bản bất cứ khi nào nghi ngờ điều gì cần mở sách ra đọc.

## **Bài 3 Hội chứng và dấu hiệu**

Tôi có quan sát qua nhiều năm, nhiều sinh viên cố gắng để biết 1 số hội chứng và cố nhớ 1 số dấu hiệu được đặt tên bởi các nhà khoa học khác nhau. Đặc biệt một số giảng viên cũng yêu cầu sinh viên học y như vậy.



Hầu hết các triệu chứng đều không hay gặp; có thể vài năm mới gặp 1 lần. Vì vậy, sinh viên không cần phải cố nhớ chúng. Tương tự, có một số dấu hiệu cần nhớ trong các bệnh khác nhau. Nhiều triệu chứng lấy tên của các nhà khoa học. 1 số giúp ích cho chẩn đoán tại giường nhưng đa số không phải vậy, Vì vậy, sinh viên nên biết tầm quan trọng của các dấu hiệu này trong chẩn đoán và nhớ chúng. Ví dụ, hở van động mạch chủ có rất nhiều dấu hiệu ngoại vi, nhưng không có dấu hiệu nào đặc hiệu giúp ích cho chẩn đoán. Vì vậy, không cần phải ghi nhớ tất cả những dấu hiệu này. Các giáo viên nên dạy sinh viên các triệu chứng và dấu hiệu đáng ghi nhận và hay gặp.

## Bài 4 Sách tham khảo

Có vô số sách tham khảo có sẵn trên thị trường. bạn không thể đọc, hiểu, nhớ tất cả cuốn sách này.

Dù có thể trong sách kiến thức có thể khác biệt so với bài giảng của giáo viên. Vì vậy, sinh viên có thể theo dõi bất kỳ một hoặc hai cuốn sách nào đó để có kiến thức cơ bản. Tôi coi những quyển sách này là sách tạo bộ khung xương. sinh viên có thể đọc càng nhiều sách càng tốt và thêm thịt vào bộ xương. Việc đọc lại cùng một cuốn sách cho thấy bạn sẽ hiểu tốt hơn nhiều so với việc đọc rất nhiều sách. Tuy nhiên, bạn có thể tham khảo các chủ đề khác nhau trong sách. nếu có điểm không rõ bạn có thể thử tìm trong 1 cuốn sách khác. Giáo viên có thể hướng dẫn sinh viên xem chủ đề nào nên đọc từ cuốn sách nào. Không thể giới thiệu bất kỳ cuốn sách nào vì tất cả các quan điểm đều không thể có sẵn từ một cuốn sách. Đối với việc xử trí bệnh nhân, cần phải tham khảo nhiều sách. Hầu hết các tình huống sẽ xử trí theo bộ sách khung xương bạn tạo dựng



Tôi nhớ một trường hợp sốt thường hàn tiến triển điếc. Trên thực tế bệnh nhân là một giáo sư về tiết niệu. Tôi trước đây chưa bao giờ gặp trường hợp nào như vậy, và tôi đã tìm kiếm trong sách vở phát hiện ra cách điều trị, bệnh nhân hồi phục hoàn toàn. Khi tôi giảng dạy sinh viên về tràn dịch màng phổi. Tôi đã thảo luận về lượng dịch cần thiết để phát hiện được trên chụp X quang, lâm sàng, lượng dịch cần để gây dịch chuyển trung thất. Một trong số sinh viên hỏi lượng dịch chứa tối đa trong 1 phổi là bao nhiêu câu trả lời tôi chưa chắc chắn nên tôi hẹn trả lời sau đó. đây là ví dụ cho thấy chúng ta cần phải đọc nhiều sách.

## **Bài 5 Chuyên khoa**

Ngày nay, một số chuyên khoa đặc biệt xuất hiện. Họ làm sinh viên bối rối về vai trò của mình trong chăm sóc y tế. sau khi tốt nghiệp họ không có đủ kiến thức cơ bản mà mỗi bác sĩ phải có. Các chuyên ngành là cành còn các chuyên khoa sâu là nhánh. Nếu thân cây không đủ mạnh thì nó không thể đỡ, và 1 ngày cây sẽ sụp đổ gãy xuống mặt đất. Sách giáo khoa có mô tả về tình trạng các nhà chuyên gia (siêu chuyên gia) tuyên bố rằng cơ quan của họ bình thường, nhưng bệnh nhân chết. Tôi cũng đưa ra các ví dụ khác, vì bệnh nhân là tổng thể các cơ quan. 1 bác sĩ được đào tạo tốt có thể cứu nhiều mạng người hơn so với chuyên gia hoặc bác sĩ chuyên khoa. Những gì tôi muốn nhấn mạnh là mỗi bác sĩ, trong lĩnh vực mà anh ta làm việc, phải có kiến thức đầy đủ. Như tôi đã thảo luận trước đây, bởi vì sinh viên chỉ quan tâm tới chuyên khoa mình theo nên họ không quan tâm tới việc họ phải có đầy đủ những kiến thức gì. Các bác sĩ ngày nay hay nói những điều to tát nhưng những điều nhỏ họ lại chẳng hiểu gì. họ nghĩ đến những can thiệp hàng nghìn USD nhưng không biết rằng nó có thể xử trí với chỉ vài trăm rupi.



Một sinh viên muốn trở thành một bác sĩ nên có một số kiến thức về sản khoa. bạn phải đánh giá được thời kỳ mang thai, bắt đầu chuyển dạ, tầm quan trọng của APH (xuất huyết trước sinh) , đánh giá chiều cao tử cung...

Tôi nhớ một sự cố - một giáo sư về quê bằng ô tô cùng gia đình. Bản thân ông ta đang lái xe. Trên đường đi bị tai nạn. Chiếc xe rơi xuống hố. Người dân địa phương tập trung và đưa tất cả các nạn nhân đến trung tâm y tế gần đó (PHC). Bác sĩ phát hiện ra vợ của giáo sư chấn thương nặng kèm gãy xương chi. Con gái không bị thương tích bên ngoài nhưng bị sốc. Bác sĩ nghĩ cô có thể bị tổn thương bên trong. Giáo sư bị ngất và sốc. Bác sĩ đã hồi sức và đưa đến bệnh viện cao hơn cách đó 40 km. Con gái bị vỡ lách. Bác sĩ đã bị mất máu quá nhiều do chấn thương bề mặt cũng như bị chấn thương ở đầu. Tất cả đều hồi phục. Không nghi ngờ gì nữa, các bác sĩ phẫu thuật cuối cùng đã cứu sống được một người, nhưng bác sĩ trung tâm y tế đã cứu cả 3 mạng người nhờ đánh giá và xử trí đúng với bệnh nhân nguy cơ cao. Vì vậy, gia đình có thể biết ơn bác sĩ phẫu thuật nhưng người cứu họ chính là bác sĩ của trung tâm y tế.

## Bài 6 Giá trị những yếu tố không liên quan lâm sàng

Thực sự y học lâm sàng (đối tượng lâm sàng) là chỉ mang tính tương đối. Vì- (1) Với các đặc điểm lâm sàng tương tự chẩn đoán có thể khác nhau ở thời gian và địa điểm khác nhau, (2) điều trị cùng một loại thuốc cho cùng 1 bệnh có thể cho kết quả khác nhau, (3) đáp ứng với một loại thuốc cụ thể có thể khác nhau đáng kể. Nếu y học lâm sàng là khoa học tuyệt đối, những khác biệt này sẽ không thể gặp. Tuy nhiên, giải phẫu học, sinh lý học và hóa sinh lại mang tính tuyệt đối vì chúng giống nhau ở khắp mọi nơi. Giải phẫu của cơ xương giống nhau ở Mỹ, Ấn Độ hoặc Nhật Bản. Chu



trình Krebs cũng giống nhau ở mọi nơi. Sinh lý học của chu kỳ tim cũng giống nhau ở mọi cơ thể. Vì vậy, tất cả các ngành khác của y học phải được nghiên cứu trên nền tảng của kiến thức về những đối tượng phi lâm sàng này. Bệnh học giúp hiểu rõ các triệu chứng và dấu hiệu của các bệnh khác nhau cũng như cách diễn giải các trường hợp. Kiến thức về dược lý học và vi sinh học giúp chúng ta đưa ra đơn thuốc thích hợp. yêu cầu quan trọng nhất của các đối tượng phi lâm sàng là trong lĩnh vực nghiên cứu, nó giúp chúng ta cập nhật tiến bộ của tri thức.

Tôi nói với các sinh viên y khoa không nên / không bao giờ nên quên các môn học phi lâm sàng sau khi học xong chúng. có thể không cần trong thực hành hàng ngày nhưng có kiến thức cơ bản là điều vô cùng cần thiết

## **Bài 7 Sự cần biết cái mới và cập nhật**

Kiến thức trong hầu hết các lĩnh vực khoa học đang thay đổi, cũng như trong lĩnh vực y tế. Vì vậy, tất cả các sinh viên y khoa và bác sĩ nên cố gắng cập nhật những kiến thức mới nhất. Những sách này được chỉnh sửa trong vài năm một lần. nên bạn có thể có được kiến thức mới từ những cuốn sách mới nhất. Kiến thức mới nhất cũng có thể thu được từ các tạp chí và các trang web. Nhưng kiến thức cũ không phải lúc nào cũng vô dụng. Trên thực tế, các kiến thức này (đặc biệt liên quan đến chẩn đoán) rất hữu ích ở những nước kém phát triển. Đây là những phương pháp lâm sàng. Hầu hết các cuốn sách ngày nay nhấn mạnh vai trò cận lâm sàng và ít nhấn mạnh vào đánh giá lâm sàng. Tuy nhiên, sinh viên nên nhớ rằng các phương pháp lâm sàng là phương pháp rẻ nhất để chẩn đoán và có thể thực hiện ở bất cứ nơi nào, bất cứ lúc nào và có thể lặp đi lặp lại nhiều lần. Điều này không có nghĩa là các xét nghiệm cận lâm sàng không có ích. Tôi nhớ một tình huống - một trong những sinh viên của tôi



đang làm trong một bệnh viện lớn. Trong một trường hợp suy hô hấp, cậu đã chẩn đoán tràn dịch màng phổi bằng cách áp dụng các phương pháp lâm sàng. Các bác sĩ khác đã kinh ngạc khi biết mình có thể chẩn đoán được nếu không chụp XQ. Tương tự, một trong những người bạn của tôi đang làm việc tại bệnh viện tư, cậu ấy có thể chẩn đoán thủng ổ loét dạ dày bằng khám lâm sàng và cũng được chứng minh là đúng sau này. Điều này làm cho đồng nghiệp của cậu ngạc nhiên rằng làm thế nào cậu có thể biết mà không làm bất kỳ cận lâm sàng nào. Có một số trường hợp khám lâm sàng đã được chứng minh là tốt hơn so với các xét nghiệm tốn kém. Đây là kinh nghiệm cá nhân của tôi mà nhiều điều có thể biết được bằng cách có 1 bệnh sử tốt và khám lâm sàng chi tiết. Vì chúng ta phụ thuộc nhiều vào cận lâm sàng nên chúng ta thường bỏ qua khía cạnh này. Điều này đã dẫn tới các giáo viên không truyền cho sinh viên kinh nghiệm lâm sàng

Về điều trị cũng không nhất thiết phải chạy theo cái mới. ngày nay, xuất hiện ngày càng nhiều tranh cãi. Ví dụ, khi chúng tôi là sinh viên, thuốc lợi tiểu được coi là những loại thuốc đầu tiên trong việc điều trị tăng huyết áp. Khi những loại thuốc mới xuất hiện, tranh cãi đã xảy ra, nhưng JNC-VIII một lần nữa nói rằng các thuốc lợi tiểu thiazide là thành phần chủ yếu trong điều trị tăng huyết áp. Vì vậy, những gì được coi là đã lỗi thời trở thành kiến thức mới nhất. Có rất nhiều ví dụ khác nữa. Vì vậy, về điều trị bằng thuốc cần biết các loại thuốc mới nhất nhưng nếu bác sĩ đạt được kết quả mong muốn bằng các loại thuốc cũ thì không cần thay đổi thuốc mới nếu thuốc cũ không có tác dụng phụ. Vì vậy, sinh viên nên cố gắng tìm hiểu về cái cũ và mới, họ nên cân nhắc lợi ích của cái mới với cái cũ, cho dù nó có liên quan đến chẩn đoán hay điều trị.





## **Bài 8 Nên làm gì và tại sao phải làm?**

Có một tuyên bố rằng nếu bạn biết phải làm gì, bạn có thể tiết kiệm được nhiều điều trong cuộc sống hơn là biết tại sao phải làm. Ý nghĩa của điều này là, trong xử trí các trường hợp hàng ngày, nó là đủ để biết phải làm gì. Nhiều người có kinh nghiệm nhưng không được đào tạo về việc cần làm, họ sẽ không thể trở thành người dạy tại sao phải làm vậy được. Bằng cách biết tại sao phải làm, người ta làm công việc một cách tự tin. Biết được lý do tại sao phải làm cũng sẽ giúp đỡ trong các tình huống khi mọi thứ không đi theo cách mình mong muốn. Ví dụ-chúng tôi muốn làm điều gì đó nhưng những điều cần thiết không có sẵn, sau đó chúng tôi có thể tìm ra các phương tiện thay thế để làm tương tự nếu chúng ta biết tại sao. Nếu chúng ta biết tại sao một bệnh xảy ra, chúng ta có thể thực hiện các biện pháp để ngăn ngừa, nếu chúng ta biết tại sao một loại thuốc cụ thể có hiệu quả trong một tình huống nhất định, chúng ta có thể thử các loại thuốc khác có các đặc tính tương tự. Vì vậy, như những người đàn ông của khoa học, chúng ta phải biết phải làm gì trong một tình huống nhất định và cũng nên biết tại sao lại phải làm như vậy..

## **Bài 9 Trình bày case bệnh tại giường**

Mỗi bác sĩ trẻ nên biết cách trình bày case bệnh tại giường trước 1 bác sĩ có kinh nghiệm. Điều này sẽ phát triển thói quen trình bày thông tin trong thời gian ngắn. Điều này bao gồm than phiền, 1 phần bệnh sử liên quan, thăm khám và chẩn đoán sơ bộ. cũng nên nhấn mạnh những điểm có thể ưu tiên trong chẩn đoán Anh ta nên lên kế hoạch tiếp cận và làm thế nào sử dụng chúng trong việc xác định chẩn đoán cuối cùng. Anh ta cũng nên lên kế hoạch điều trị bệnh nhân và đánh giá đáp ứng điều trị của bệnh nhân với điều trị cụ thể. Nếu cậu tiếp tục phương pháp này làm việc trong



vòng một vài năm cậu có thể độc lập đối phó với bất kỳ tình huống nào. Người có kinh nghiệm thay vì tìm lỗi của bác sĩ trẻ, nên khuyến khích anh ta tiến bộ và sửa chữa cho anh ta đúng thời điểm. thông tin được trình bày vào những ngày tiếp theo khác với thông tin được trình bày trong ngày đầu tiên. Trong những ngày này, anh nên đề cập đến những phàn nàn mới của bệnh nhân nếu có, bất kỳ sự thay đổi nào trong những triệu chứng cũ hoặc xuất hiện triệu chứng mới, đáp ứng với điều trị hoặc tiến triển các biến chứng của điều trị. Đây có thể coi là cuộc họp ngắn. Nếu anh ta tiết lộ một số điểm mới trong bệnh sử hoặc tìm ra hướng có thể thay đổi cách điều trị, nên để cho anh ta cảm thấy tự do để nói, ngay cả khi anh ta đã bỏ sót chúng vào ngày đầu tiên

## Bài 10 Duy trì thói quen lưu giữ hồ sơ

Lưu giữ hồ sơ là một phần thiết yếu của giáo dục ngành y và chăm sóc bệnh nhân. Tôi đã gặp nhiều bác sĩ gặp vấn đề do ghi chép dữ liệu của bệnh nhân không đầy đủ và không đúng cách. Lý do tại sao hồ sơ được lưu giữ đúng là:

1. Bất cứ lúc nào trong việc điều trị bệnh nhân có thể phải so sánh dữ liệu trước đó với hiện tại. Điều này có thể được yêu cầu để biết liệu bệnh nhân đang cải thiện hay xấu đi, hoặc cần để xem xét lại chẩn đoán nếu bệnh nhân không đáp ứng điều trị. Không thể nhớ tất cả thông tin của bệnh nhân. Nếu dữ liệu ban đầu không được ghi lại chính xác thì câu hỏi về so sánh dữ liệu sau này sẽ không xảy ra.

2. Trong thời đại pháp luật bảo vệ người tiêu dùng nếu bệnh nhân có hồ sơ chống lại bác sĩ, điều duy nhất giúp bác sĩ thông tin ghi trong các giấy tờ điều trị. Bác sĩ không thể biết được những gì đã được thực hiện vào một thời điểm cụ thể và tại sao nó đã được thực hiện trừ khi nó được ghi



lại. Thậm chí nếu bạn đã làm một điều gì đó với thiện ý, nó sẽ không thể chứng minh. Giao tiếp bằng lời sẽ không có tầm quan trọng nào. Vì vậy, ghi chép ca bệnh phù hợp là yêu cầu trong mỗi trường hợp dù ở trong bệnh viện hoặc phòng khám tư nhân.

3. Chi tiết hồ sơ bệnh án sẽ giúp theo dõi bệnh tật có thể phát triển sau này.

4. Nếu lưu giữ hồ sơ đúng cách, bạn có thể kiểm tra và tiến hành nghiên cứu bất cứ lúc nào.

5. Đôi khi bác sĩ điều trị nghỉ trực và bác sĩ khác điều trị thay. Nếu giấy tờ điều trị bệnh nhân được ghi lại đúng cách thì bác sĩ điều trị thay có thể hiểu trường hợp và tiếp tục điều trị.

Vì vậy, mỗi bác sĩ nên giữ lại các chi tiết của hồ sơ bệnh án. Tôi hướng dẫn các bác sĩ trẻ phải ghi lại thông tin của bệnh nhân bên trái của đầu giường và các bước thực hiện (điều trị) ở bên phải. Nếu bạn làm điều gì đó mà không đề cập đến lý do tại sao bạn đã làm vậy, nó sẽ không thể giải thích cho bác sĩ hướng dẫn của bạn. Ví dụ, nếu bạn tiêm phenytoin cho bệnh nhân, bạn nên đề cập đến bệnh nhân có co giật.

## **Bài 11 Ghi chú hàng ngày**

Mỗi bệnh nhân nằm viện, các bác sĩ phải ghi lại tiến triển hàng ngày trong điều trị. Đây được gọi là nhật ký hàng ngày. Tôi đã thấy trong một số trường hợp chúng không được viết đúng. Những điểm sau đây phải được đề cập trong nhật ký hàng ngày. Đó là:

- Mọi than phiền mới. Bệnh nhân có thể có nhiều vấn đề. trong điều trị có thể xuất hiện các rối loạn mới. có thể do thuốc hoặc do bệnh, những điều này phải nhắc đến ngay từ đầu



- than phiền cũ, cải thiện hay tiến triển.
- Các hoạt động sinh lý hằng ngày, thức ăn, bàng quang, tiêu hóa, ngủ.
- Các chỉ số quan trọng: Huyết áp, nhiệt độ, mạch, nhịp thở.
- Các chỉ số khác theo bệnh nhân: tình trạng thần kinh, mức độ tỉnh táo ở bệnh nhân vô thức...

## Bài 12 Trả lời theo nhóm

Đó là một kinh nghiệm chung khi một câu hỏi được hỏi cho sinh viên của 1 lớp, họ có xu hướng đưa ra câu trả lời như nhau. Nhưng câu trả lời của nhóm này không có giá trị. Vì vậy, câu hỏi nên được yêu cầu cho một cá nhân sinh viên và nếu người đó không thể trả lời, cùng một câu hỏi có thể được yêu cầu cho người khác. Bằng cách từng người trả lời, sinh viên sẽ phát triển thói quen trả lời, sự ngần ngại sẽ giảm và sinh viên có cơ hội thể hiện. Bên cạnh đó họ sẽ không cùng chữa trị cho bệnh nhân trong tương lai, vì vậy họ sẽ sinh ra chán nản khi trả lời cùng nhau. Bất cứ khi nào sinh viên trả lời, họ nên cố gắng trả lời đầy đủ, đầy đủ và rõ ràng nhất có thể. Điều này sẽ cải thiện khả năng diễn đạt và giải thích của anh ta sau này.

## Bài 13 Khám theo nhóm

Đây cũng là một tình trạng phổ biến của sinh viên đại học , họ có khuynh hướng khám bệnh theo nhóm. Điều này không nên cho phép bởi vì điều này sẽ không giúp anh ta khả năng thu thập bệnh sử tốt và khả năng khám bệnh nhân một cách độc lập. Bệnh nhân sẽ không cảm thấy thoải mái trước quá nhiều người và họ sẽ không cho bạn thông tin chi tiết của bệnh sử. Đôi khi khám theo nhóm có thể gây hại cho bệnh nhân. Ví dụ,



nếu có quá nhiều sinh viên cố gắng nghe phổi và đề nghị bệnh nhân hít sâu vào (như được dạy), sau đó bệnh nhân có thể cảm thấy chóng mặt hoặc có thể bị ngất đi vì giảm CO<sub>2</sub> dẫn tới co thắt mạch não và giảm tưới máu não. Tương tự như vậy nếu một bệnh nhân đang đau mà nhiều sinh viên khám sẽ làm bệnh nhân đau hơn và thậm chí không cho khám. Do đó, sinh viên nên làm cho bệnh nhân thoải mái nếu muốn được thực hành trên bệnh nhân

## **Bài 14 Học cách lắng nghe**

Tôi đã thấy các sinh viên cố gắng hỏi để biết câu trả lời từ bạn bè, bác sĩ hoặc giáo viên của họ. Không có hại khi làm điều đó. Nhưng đặc thù là những người này thường không biết câu trả lời chính xác cho câu trả lời nên bằng cách phỏng đoán, bằng cách ngoại suy kiến thức nhất định hoặc đưa ra câu trả lời chung chung. Không ai có thể biết mọi thứ. Vì vậy, nếu ai đó không biết câu trả lời nên thẳng thắn nói rằng anh ta không biết, không có gì đáng xấu hổ về nó. Tương tự vậy, các sinh viên đang đặt câu hỏi không nên chấp nhận những câu trả lời này mà không cần xác nhận từ sách. Bằng cách làm như vậy anh ta sẽ không chỉ biết câu trả lời chính xác, mà còn có thể biết thêm về nó và các chủ đề liên quan, ngoài ra anh ta sẽ có thể biết nguồn để tham khảo trong tương lai. Vì vậy, cá nhân tôi không khuyến khích việc hỏi và lắng nghe từ người khác. Tuy nhiên, bạn nên lắng nghe những người có chuyên môn sâu trong lĩnh vực nào đó. Thậm chí nếu câu trả lời khác với sách bạn tìm hiểu, bạn có thể nhờ họ đưa ra lý do vì sao có sự khác nhau đó



## Bài 15 Câu hỏi nhiều lựa chọn

Ngày nay nhiều bác sĩ đặc biệt là sinh viên hay đọc 1 số sách về câu hỏi trắc nghiệm (MCQ) và chuẩn bị cho các kỳ thi tuyển sinh sau đại học. Nó có thể giúp họ thi qua nhưng số kiến thức này không giúp họ điều trị bệnh nhân. Biết câu trả lời cho một nghìn MCQ có thể không đủ để điều trị một bệnh nhân duy nhất. bạn nên biết rằng khi bạn khám bệnh nhân, họ sẽ không cho bạn biết bạn có thể lựa chọn những gì trong số những triệu chứng họ đang bị. Vì vậy, chúng không giúp gì cho bạn trong điều trị bệnh nhân cụ thể

## Bài 16 Luận văn

Viết luận văn là một phần thiết yếu của nghiên cứu sau đại học. Nhưng nhiều sinh viên sau đại học và không may một số giáo viên cảm thấy rằng nó không bắt buộc. Nhiều người coi nó quá nhẹ. Nhưng họ nên biết rằng luận văn được yêu cầu vì nó dạy phương pháp luận của một nghiên cứu y khoa. Vì vậy, mỗi bác sĩ với bằng sau đại học nên biết làm thế nào để làm một nghiên cứu. Bằng cách đó họ cũng có thể đóng góp vào sự phát triển của kiến thức mới. Nghiên cứu khác với quan sát đơn giản rồi mô tả. Do đó luận văn là một phần thiết yếu của nghiên cứu sau đại học. Trên thực tế, mỗi nghiên cứu sinh nên học không chỉ để làm một công trình nghiên cứu mà còn để xuất bản tác phẩm của mình trong các tạp chí khác nhau. Ngoài ra, bạn cũng nên biết cách viết bài báo và báo cáo trường hợp. làm luận văn cũng giúp chúng ta biết được phương pháp thống kê sinh học.



## Bài 17 Hỏi thi

Sinh viên y khoa đôi khi phải thi vấn đáp. nên biết rằng thời gian thi vấn đáp thường ngắn hơn nhiều so với thi viết. Và bạn phải trả lời ngắn gọn và thực tế hơn bình thường. Nếu bạn bắt đầu kể những điều trên lý thuyết hoặc ít gặp, cán bộ hỏi thi sẽ có suy nghĩ rằng thực tế bạn rất ít thực hành lâm sàng bên giường bệnh. Ví dụ, nếu bạn được yêu cầu trả lời nguyên nhân gây ra bệnh huyết khối, bạn nên trả lời nguyên nhân hay gặp. ví dụ như Lao, hẹp van hai lá, ung thư phế quản, viêm phế quản, viêm phế quản mạn tính là một trong những nguyên nhân bạn nên trả lời. Nhưng nếu bạn trả lời hội chứng Goodpasture, các dị dạng động tĩnh mạch phổi, vv, cán bộ hỏi thi sẽ nghĩ rằng cậu bé này đã không chịu học lâm sàng. Nguyên nhân phổ biến gây tử vong ở Ấn Độ có thể là lao phổi nhưng có thể là viêm phế quản mạn tính ở các nước phương Tây. Tương tự, nguyên nhân phổ biến nhất gây suy tim ở Ấn Độ có thể là bệnh tim ở người thấp khớp nhưng ở Mỹ nó có thể là bệnh động mạch vành. Vì vậy, bạn nên biết nơi bạn được hỏi thi và ai là người hỏi thi bạn

Đôi khi sinh viên trả lời trước khi cán bộ hỏi thi hoàn thành câu hỏi. điều này sẽ gây ấn tượng rằng sinh viên này có câu hỏi, hoặc đã biết câu hỏi từ trước. Vì vậy, bạn sẽ cho người ta ấn tượng không tốt. Thay vào đó, nếu bạn trả lời chậm và đều đặn như thể bạn nhớ lại và trả lời, sẽ tạo ấn tượng tốt hơn.

Đôi khi cuộc vấn đáp bắt đầu bằng xử trí tình huống cấp cứu. Ví dụ, "báo cáo tình huống cấp cứu về sản khoa bạn đã tham gia trong kỳ đi lâm sàng của bạn." Vì vậy, bạn phải sẵn sàng đối mặt với những câu hỏi như vậy.





**Bài 18 Hỏi thi và đánh trượt**

Dù đánh trượt có thể là 1 phần của kỳ thi, nhưng về cả 2 phía giáo viên và sinh viên đều là sự thất bại. sinh viên bị áp lực mình phải vượt qua. nhiều giáo viên sẵn sàng cho sinh viên qua kỳ thì dù họ phải đánh trượt. cha mẹ nào cũng mong con mình giỏi giang thành đạt.

Giữa những người hạnh phúc đó, người duy nhất không may mắn là người bệnh. Và bệnh nhân có thể là cha, mẹ, thầy, cô hoặc bất cứ ai có thể. Nếu các bác sỹ chuyên môn kém được giải phóng ra xã hội, mọi người phải đối mặt với những hậu quả của nó. Nhiều bệnh nhân sẽ tốn rất nhiều tiền không cần thiết, bệnh sẽ được chẩn đoán muộn và tỷ lệ tử vong ngày càng nhiều . Tôi biết một số ví dụ như vậy. Thậm chí có những bác sỹ không thể điều trị được cho cha mẹ họ. Vì vậy, vì lợi ích tốt hơn của xã hội, những sinh viên kém nên đánh trượt khi cần thiết. Đôi khi sinh viên lập luận rằng nếu họ trượt sẽ ảnh hưởng tới kết quả của họ. tôi cảm thấy đáng, 1 người học hành chăm chỉ thì tiêu chuẩn của anh ta cũng sẽ tốt hơn. Ngay cả khi lần thi vẫn trượt, bạn phải biết rằng hình phạt thích đáng cho tội phạm sẽ ngăn bọn tội phạm phát triển trong xã hội. Nếu ngày càng nhiều tội phạm được phép trốn chạy thì càng nhiều người tốt sẽ trở thành tội phạm.

Đôi khi có một số sinh viên giỏi lại trượt, do không may mắn hoặc tiếp cận sai với một trường hợp cụ thể. Điều này không ảnh hưởng gì đến họ cả. nếu sinh viên thực ự giỏi, anh ta sẽ có thể thành công trong sự nghiệp của mình. Tôi biết một số sinh viên đã thành đạt dù họ bị trượt tốt nghiệp hoặc bảo vệ sau đại học. Khoa học trong y khoa là một nhánh chuyên về điều trị bệnh nhân. Nếu anh điều trị tốt, người ta không quan tâm trước đây anh có thi trượt hay không. Trong thực tế để phát triển nền y học thì



khoa học trong y học không nhất thiết phải rực rỡ. Đó là lý do tại sao tôi nói khoa học y khoa là dành cho những sinh viên xoàng thôi. Sự tham gia của bệnh nhân, kiến thức khoa học, khả năng sử dụng kiến thức đó trong thời gian, địa điểm và con người có thể làm cho bạn thành một bác sĩ giỏi (không nhất thiết phải kiếm được nhiều).

Đó là lý do tại sao sinh viên không nên quá lo lắng nếu họ không thi đạt. Trong thực tế, một trong những giáo viên của tôi đã nói "nếu bạn đã làm việc ba năm với bệnh nhân, bạn sẽ không bao giờ thất bại trong cuộc việc của bạn ngay cả khi bạn từng thi trượt." Mỗi bệnh nhân là một kỳ thi. vì vậy khi bạn trả lời câu hỏi và giải quyết vấn đề của mình, bạn đã thành công trong 1 kỳ thi.

## **Bài 19 Dạy ở bệnh viện**

Giảng dạy ở bệnh viện là điều rất quan trọng. sinh viên sau này sẽ là bác sĩ thực hành. sinh viên hôm nay- bác sĩ ngày mai. chất lượng đào tạo tốt sẽ làm các bác sĩ phục vụ cho bệnh nhân tốt hơn sau này. Nếu chất lượng đào tạo không tốt, anh ta sẽ không thể điều trị hiệu quả cho bệnh nhân được. Để học hiệu quả, sinh viên cần tiếp xúc với nhiều bệnh nhân, nhiều mặt bệnh và tích tham gia vào chăm sóc và điều trị bệnh nhân sinh viên cũng nên tiếp xúc với với các loại dụng cụ / thiết bị được sử dụng để chẩn đoán hoặc điều trị. Tất cả những điều này có nghĩa là bệnh viện có các phương tiện tốt sẽ giảng dạy cho sinh viên tốt hơn. Các bệnh nhân đang điều trị nên cho sinh viên khám và chăm sóc cho họ. bằng cách đó họ đang làm lợi cho xã hội vì sinh viên sẽ là bác sĩ điều trị cho họ trong tương lai. Họ có thể gặp chút rắc rối khi cho sinh viên khám và chăm sóc nhưng họ sẽ mang lại kết quả tốt và con cháu hoặc chính họ trong tương lai sẽ được nhận kết quả tốt sau này khi được những sinh viên này điều trị. Mỗi bệnh nhân đến



bệnh viện ban đầu sẽ được sinh viên/bác sĩ khám và đánh giá để cải thiện khả năng quan sát và tư duy. các sinh viên nên làm bệnh nhân cảm thấy thoải mái khi khám cho họ. Bất kể vấn đề gì sinh viên gặp khi bệnh nhân trình bày các vấn đề của họ, phải báo bác sĩ và tham khảo thêm sách vở gần đây.







# CHƯƠNG 2 CHẨN ĐOÁN



## Bài 1 Lỗi chung

### Tiếp cận chẩn đoán

Chẩn đoán trước điều trị. Điều trị mà không có chẩn đoán đơn giản là húc bừa vào bụi rậm. Chẩn đoán phải dựa vào bệnh sử, khám toàn thân, thực thể và thăm dò khác. Trong đó quan trọng nhất là bệnh sử. Tuy nhiên, trong một số trường hợp thậm chí hỏi chi tiết cũng không thể tiết lộ chẩn đoán. Có nhiều tình huống mà bệnh nhân chết mà không có chẩn đoán rõ ràng, cần khám nghiệm tử thi để hiểu quá trình tiến triển của bở, khám toàn thân, thực thể và thăm dò. Điều này làm tăng giá trị chẩn đoán, giảm thăm dò và giảm chi phí điều trị. Trong một trường hợp cụ thể người ta không phải chờ đợi để có được tất cả các triệu chứng và dấu hiệu của bệnh. Đối với chẩn đoán, dương tính (những gì có) quan trọng hơn âm tính (những gì không có). Tuy nhiên, triệu chứng âm tính giúp chẩn đoán phân biệt những triệu chứng dương tính có thể không thể giải thích được chẩn đoán, điều này làm cho người ta nghĩ đến những chẩn đoán thay thế hoặc bệnh lý kèm theo. Ví dụ như trong trường hợp sốt thương hàn, chúng ta mong đợi có sốt, nhức đầu, táo bón (tuần thứ nhất), mạch chậm, gan lách to (tuần thứ 2), test Widal dương tính. không có vài triệu chứng trong đó không loại trừ khả năng bị sốt thương hàn; tất nhiên sốt là phải có. nếu một bệnh nhân bị đau ngực vài phút, ngay cả khi nó không lan ra vị trí khác, không kèm theo vã mồ hôi hay khó thở, cũng không thể loại trừ nhồi máu cơ tim. Như tôi đã đề cập đến những chẩn đoán âm tính giúp loại trừ chẩn đoán phân biệt. Ví dụ, bệnh nhân bị phù toàn thân và tăng áp lực tĩnh mạch cổ nếu không có khó thở thường là nguyên nhân bệnh ngoài cơ tim hơn là suy tim sung huyết.





Những sai lầm của các bác sĩ là tìm các biểu hiện được mô tả trong sách và quá quan trọng tới các biểu hiện nhỏ, do đó họ thường đưa ra một chẩn đoán không thể chấp nhận. vai trò của các triệu chứng bạn phải rút ra bằng thực tế lâm sàng chứ không phải bằng cách đọc sách. Sai lầm khác là bỏ qua các triệu chứng âm tính trong khi chính nó giúp bạn loại trừ chẩn đoán phân biệt

### **Bắt đầu điều trị trên giấy**

Khi các bác sĩ trẻ ra trường, họ phải có những quyết định độc lập. Vì vậy, ngay từ đầu họ nên cố gắng phát triển khả năng ra quyết định. Một trong những cách để làm đi ều này là không phải là xem các giấy tờ đi ều trị của bệnh nhân ngay từ đầu. Khi nhìn thấy nó thì suy nghĩ và khả năng phán đoán của họ sẽ bị chi phối. Vì vậy, nên khám bệnh nhân độc lập, có ý kiến riêng sau đó có thể xác nhận lại từ các giấy tờ đi ều trị trước đó. Tôi muốn nhấn mạnh rằng các giấy tờ đi ều trị là những tài liệu có giá trị và chúng có tầm quan trọng riêng (được thảo luận ở bài khác ).

### **Lấy bệnh sử và khám bệnh nhân**

Bệnh sử là phần quan trọng nhất của chẩn đoán. việc bỏ qua 1 số điểm trong bệnh sử có thể gây khó khăn trong chẩn đoán, chẩn đoán nhầm hoặc thăm dò xét nghiệm không cần thiết. hầu như các bác sĩ đều nhận ra đi ều này trong cuộc đời hành nghề của họ tôi trích dẫn 1 câu như này:

*"Không ai có thể mong trong quãng đời hành nghề của mình luôn đúng, nhưng những sai sót thường phát sinh do lấy bệnh sử và thăm khám không đầy đủ  
" (Bickerstaff, 6th edition, 1996; page8)*



*Cũng như mọi khía cạnh của chẩn đoán trong y học, chìa khóa để thành công là bệnh sử rõ ràng và cẩn thận (Hutchison 20th edition; 1995; page 141).*

để tôi thảo luận vài ví dụ sau:

Một trường hợp vào vì nôn máu, nhưng chỉ bị 1 lần, không ỉa phân đen. Số lượng máu mất khá ít nên nghi ngờ nôn máu, tất nhiên chưa loại trừ ho máu, nhưng XQ ngực và xét nghiệm chưa phát hiện gì bất thường. Vì nghi cả nôn và ho máu nên chúng tôi quyết định đánh giá trường hợp này ngay từ đầu. hỏi kỹ phát hiện cô có xuất hiện co giật, sau đó mới nôn ra máu từ miệng. Cô không phàn nàn về tình trạng co giật và chúng tôi phát hiện ra cô cắn vào lưỡi. Bệnh sử ở đây không đầy đủ và khi tiếp nhận bệnh nhân bỏ qua việc kiểm tra khoang miệng. Nếu làm đầy đủ các bước thì vết cắn này đã không bị bỏ qua

1 trường hợp có nhiều đợt mất ý thức thoáng qua và mỗi lần lại nhập viện vài ngày theo dõi. chúng tôi đã mắc Holter nhưng không phát hiện gì bất thường; đánh giá tiền sử phát hiện ông bị ngất mỗi khi đi tiểu tư thế đứng thẳng. vì vậy ở đây chẩn đoán là ngất liên quan tiểu tiện và đơn giản là hướng dẫn tư thế đi tiểu đã giúp cho bệnh nhân hoàn toàn bình thường

### Để lại dấu ấn

Có nhiều chuyên ngành như sản khoa, tim mạch, thần kinh, nhi, ngoại khoa và 1 số chuyên ngành khác để phục vụ cho người dân nhưng đôi khi nó lại chính là nguyên nhân gây nên vấn đề. Tôi đã nghe từ các bác sĩ chuyên ngành khác nhau nêu quan điểm của họ thường họ nghĩ chuyên ngành mình là riêng chứ không phải kết hợp của nhiều cơ quan. Tôi nhớ một trường hợp 56 tuổi có chứng khó thở, thở khò khè, phù mắt và toàn thân. Cô đã khám bác sĩ tim mạch; ông đã cho làm các xét nghiệm có liên



quan nhưng không tìm ra nguyên nhân, giới thiệu cô tới 1 chuyên gia về thận. Bác sĩ điều trị đã làm thêm một số xét nghiệm khác và nói rằng đó không phải là vấn đề về thận và khuyên nên tham khảo ý kiến của một bác sĩ chuyên khoa tiêu hoá, họ đã làm một bộ xét nghiệm khác và nói rằng đó không phải là vấn đề về tiêu hóa. Sau đó cô đã nhập viện 1 bệnh viện công, và họ đã phát hiện cô đang bị phù do rối loạn thần kinh - mạch (angioneurotic) sau điều trị cô đã khỏi hoàn toàn. Đây chỉ là một ví dụ về các bác sĩ chỉ rành mỗi chuyên khoa của mình. Nếu có kiến thức tổng hợp, anh sẽ có thể giải quyết rất nhiều vấn đề. Tương tự như vậy, nếu bạn làm sản phụ khoa, bạn sẽ nghĩ nó là bệnh của chuyên khoa bạn, tương tự vậy nếu bạn làm chuyên khoa tim mạch, đầu tiên bạn sẽ nghĩ đến nguyên nhân do tim mạch. Chính suy nghĩ như vậy sẽ làm bạn bỏ sót nhiều vấn đề và nếu phát hiện ra thường sẽ là quá muộn. Tôi sẽ trích dẫn một vài ví dụ::

- bệnh nhân nữ trẻ đau bụng từng cơn và chướng bụng. nhiều người sẽ nghĩ đây là trường hợp tắc ruột nhưng sự thật cô đau bụng do chuyển dạ
- bệnh nhân thấp tim điều trị tại khoa tim mạch với chẩn đoán viêm nội tâm mạc nhiễm khuẩn, thực tế là áp xe phổi
- bệnh nhân thấp tim kèm sốt chưa rõ nguyên nhân, điều trị tại khoa tim mạch theo dõi viêm tâm mạc nhiễm khuẩn không đỡ, thực tế bệnh nhân bị AIDS
- Trường hợp SLE được bs nội hô hấp điều trị như lao phổi
- Bệnh nhân động kinh không co giật được bác sĩ tâm thần điều trị như 1 trường hợp rối loạn tâm căn.
- 1 trường hợp tiểu đường điều trị bởi bác sĩ nội tiết do tăng đường huyết trong khi cô bị lao ổ bụng



- 1 trường hợp viêm nội tâm mạc nhiễm khuẩn (có HOCM) lại được bs nội hô hấp điều trị như lao phổi
- 1 trường hợp sốt chưa rõ nguyên nhân được điều trị như mắc lao trong khi người ta bị xơ cứng bì (scleroderma)
- 1 trường hợp sốc phản vệ bỏ sót bởi bs sản khoa vì chờ bác sĩ hồi sức hội chẩn.

### **Không có khả năng vận dụng kiến thức**

Để hiểu được bất kỳ căn bệnh nào bạn cần phải có kiến thức đầy đủ nhưng thường không đủ điều kiện này. Có rất nhiều tình huống mà khoa học không giúp đỡ được nhưng kiến thức thông thường chúng ta sử dụng trong công việc hàng ngày lại có thể giúp đỡ rất nhiều:



**Trường hợp 1**

2 cậu bé đang chơi trong cùng 1 phòng. chúng uống chung 1 nồi sữa. 1 ngày nọ, cậu bé đầu tiên uống sữa vào 4h chiều và đi chơi. sau 1 lúc cậu bé thứ 2 đến và trong khi uống sữa phát hiện 1 con thạch sùng trong nồi sữa, cậu không uống. Vào buổi tối khi cậu bé đầu tiên đi chơi về được cậu bé thứ 2 cho biết. từ lúc đó, cậu bắt đầu nôn nhiều phải nhập viện. vào viện cậu được dùng thuốc chống nôn và truyền dịch. Sau vài giờ cậu vẫn tiếp tục nôn. người ta có hỏi ý kiến tôi. sau khi nghe bệnh sử và nôn không xuất hiện tới khi nghe có con thạch sùng trong sữa. Thời điểm cậu bé đầu tiên uống chưa chắc có con thạch sùng trong sữa. vì vậy nôn ở đây có thể do yếu tố tâm lý. Để giải quyết vấn đề này tôi cho tiêm promethazine và diazepam sau đó bệnh nhân hết nôn Ở đây không dùng kiến thức khoa học mà dùng kiến thức thông thường hàng ngày

**Trường hợp 2**

Một cô gái 23 tuổi được đưa vào cấp cứu lúc 10h sáng do mất ý thức. cô đang ở trong ký túc xá nữ. trước đó cô hoàn toàn bình thường. Theo quan điểm tiếp cận bệnh nhân đột ngột mất ý thức ở bệnh nhân trẻ, thường nghi ngờ ngộ độc. bạn của cô cho biết cô đã cố tự sát hai lần. Vì vậy, ở đây hướng tới nhiều hơn nguyên nhân ngộ độc. 1 số bác sĩ cao cấp đã đưa ra ý kiến có thể do ngộ độc phospho và nên điều trị luôn. nhưng đây là sinh viên y khoa, Tôi nghĩ nếu một bác sĩ tự sát thì cô ta sẽ dùng thuốc giảm đau hoặc insulin, nó giúp gây ra cái chết thanh thản hơn nhiều. Tôi đề nghị test đường huyết và lọc máu, trong thời gian đó đề nghị bạn học của cô đến phòng cô tìm những thứ manh mối có thể sót lại. Cô phát hiện có hai vỉ 20 viên Daonil (Glibenclamide) và vỉ 10 viên propranolol rỗng ruột trên đệm của cô. Chẩn đoán được xác định và bệnh nhân được cứu sống

**Trường hợp 3**

Một cậu bé 18 tuổi đưa vào cấp cứu vào lúc 10h sáng vì cậu không thể nói chuyện cũng như không thể mở mắt ra sau khi ngủ. Một bác sĩ cho rằng đây là bệnh giả vờ (malingering) vì cậu có thể nghe, hiểu nhưng không thể nói hay mở mắt. tuy nhiên, chú ý thêm thấy cậu không thể nuốt nước bọt. Một số người cho rằng đây là trường hợp viêm đa rễ thần kinh sợ. Nhưng tôi nghi đây là trường hợp rắn độc cắn gây ngộ độc thần kinh. khi phân tích hoàn cảnh xảy ra. Đây là mùa hè, anh ta ngủ bên ngoài hiên nhà, mưa lớn vào ban đêm. vì vậy khi nhiệt độ xuống bệnh nhân ngủ say vậy có thể rắn cắn mà không biết. Trên thực tế, một sự kiện tôi nhớ được đã xảy ra trong làng tôi cách đây nhiều năm; một đứa trẻ 9 tuổi, ngủ ngoài trời vào mùa hè được tìm thấy đã chết vào buổi sáng và con rắn đang cuộn trên lưng. điều này làm tôi liên tưởng tới khả năng bị rắn cắn và tôi xử trí theo hướng như vậy. Cậu bé đã được cứu sống. Ở đây những gì đã xảy ra là áp dụng kiến thức từ cuộc sống hàng ngày trong điều trị bệnh nhân mà không cần chờ bằng chứng khoa học

#### **Trường hợp 4**

bệnh nhân nam 55 tuổi bị đau bụng, nôn, táo bón và chướng bụng. Vì chẩn đoán tắc ruột nên ông được đưa vào khoa ngoại. bác sĩ đề nghị phẫu thuật ngay lập tức nhưng vì chưa có tiền và sợ mổ nên bệnh nhân chần chừ. Vì vậy, ông đã xin ý kiến của tôi. Tôi đã ghi lại lịch sử chi tiết và phát hiện ông không đi ngoài trong 7 ngày và mới đau bụng 2 ngày qua. rất hợp lý để nghĩ rằng bệnh nhân đau bụng do táo bón xử trí làm mềm phân bệnh nhân hết đau bụng

#### **Đánh giá các điểm mấu chốt để đi đến kết luận**

Có một số điểm được mô tả để phân biệt hai điểm sinh viên thường phải đối mặt. Ví dụ, rất nhiều điểm được mô tả để phân biệt tĩnh mạch cổ với động mạch cảnh, ho máu với nôn máu, lách to với thận to. nhưng không



phải bệnh nhân nào cũng đầy đủ các đặc điểm này. Ví dụ, trong JVP chúng ta phải nhìn thấy hai sóng (không nhìn thấy được sóng C) nhưng ở những bệnh nhân bị rung nhĩ, sóng sẽ bị mất và chỉ thấy sóng V. Tương tự như vậy, chúng tôi nói rằng động mạch cảnh nhìn rõ hơn tĩnh mạch cảnh nhưng ở bệnh nhân tăng áp động mạch phổi nặng có hở van 3 lá nhìn rõ tĩnh mạch cảnh hơn. Đó là lý do tại sao cần tập hợp các đặc điểm để đi đến kết luận.

### **Chẩn đoán xác định**

Đôi khi sinh viên hay đưa ra chẩn đoán xác định mà không cố gắng loại trừ tổn thương thực thể. theo nguyên tắc, ta nên loại trừ chẩn đoán phân biệt trước khi chẩn đoán xác định. Tôi muốn đưa ra một ví dụ-một cậu bé vào vì tiền sử có vài đợt nôn, ngoài ra không có biểu hiện gì khác. Vào viện bạn khám không phát hiện gì đặc biệt trong 24h nằm viện, do đó bạn nghĩ đến nguyên nhân tâm căn. Tuy nhiên, soi đáy mắt thấy phù gai thị. Điều này làm tăng nghi ngờ về tăng áp lực nội sọ. Trên thực tế, CT scan thấy u não. Có rất nhiều triệu chứng và dấu hiệu mà bệnh nhân có thể xuất hiện giống như bệnh tâm căn. Có nhiều điểm giúp phân biệt từ nhiều cuốn sách. Khi nghi ngờ, bệnh nhân có thể được theo dõi trong vài ngày và kiểm tra nhiều lần. Nếu có dấu hiệu sốt và giảm cân cần chú ý tới bệnh lý tổn thương cơ quannhững phát hiện khác nhau ở những thời điểm khác nhau và đôi khi chúng có thể mâu thuẫn với nhau hoặc một số phát hiện không thể giải thích một cách khoa học, đó có thể là trường hợp phải chẩn đoán phân biệt.

### **Bài 2 Lỗi trong phân tích triệu chứng**

Sinh viên thường nhầm lẫn về những gì cần viết trong lý do vào viện. Người ta nói rằng những lời phàn nàn chủ yếu phải được viết bằng lời của



bệnh nhân. Nhưng điều đó là không thể. Trên thực tế, bệnh nhân của chúng ta phàn nàn bằng ngôn ngữ địa phương chứ không phải ngôn từ khoa học. Đôi khi trở nên khó hiểu về than phiền của họ. Vì vậy, trước tiên bạn phải cố gắng hiểu rõ than phiền của họ và chuyển nó thành từ ngữ khoa học mà không thay đổi ý nghĩa. Tất nhiên các phàn nàn chính sẽ được viết theo trình tự thời gian. cần phải nhớ rằng bệnh nhân than phiền cái mà họ cảm thấy quan trọng, nhưng cái nào quan trọng hơn bạn phải khai thác khéo léo từ bệnh nhân.

Người ta nói rằng các triệu chứng ít gặp của 1 bệnh thông thường lại hay gặp hơn các triệu chứng hay gặp của bệnh ít gặp. Nếu theo nguyên tắc này thường bạn sẽ chẩn đoán đúng. Tầm quan trọng của nguyên tắc này là luôn luôn nghĩ đến bệnh phổ biến đầu tiên. Vì vậy, ta nên biết chi tiết về các bệnh thông thường ở một địa phương / quốc gia. Tôi sẽ đưa ra vài ví dụ để nhấn mạnh vào nguyên tắc này:

- Một bé gái bị sốt nhẹ và đau khớp kéo dài vài tuần. Hầu hết xét nghiệm đều bình thường, trừ có hạch to. Khả năng là do lao (ít khi có đau khớp), lymphoma và sarcoidosis. CT ngực xác định đó là lao. Bệnh lao là bệnh thông thường nên chúng ta nghĩ ngay đến ngay cả khi đau khớp là triệu chứng hiếm gặp. Nếu bệnh nhân không thể chụp CT được thì nên thử điều trị theo hướng lao.
- Một bệnh nhân có các đặc điểm của hội chứng thận hư kèm lách to và tiền sử sốt. Hội chứng thận hư xác định bằng xét nghiệm. nhưng nguyên nhân lách to không tương quan với hội chứng thận hư. test sốt rét dương tính do đó điều trị thuốc chống sốt rét giải quyết cả sốt rét và hội chứng thận hư. Sốt rét gây hội chứng thận hư hiếm gặp nhưng xét về vấn đề hay gặp thì nên nghĩ đến nó trước (lách to) dù cần làm thêm xét nghiệm loại trừ nguyên nhân khác





- Có nhiều ví dụ khác.

Người ta cũng nói rằng nếu chẩn đoán ít gặp, cần chuyển đến bệnh viện tuyến cao hơn vì nó có thể không phải là 1 bệnh thông thường. Ở đây, Tôi cũng sẽ đưa ra một vài ví dụ để ủng hộ điều này:

- Một trường hợp xuất hiện chảy máu răng quá nhiều sau nhai và nhổ kẹo cao su. thường người ta sẽ nghĩ có rối loạn đông máu. Nhưng các xét nghiệm bình thường. Trường hợp này được chuyển tuyến cao hơn, phát hiện đây là trường hợp dị dạng động tĩnh mạch hàm dưới. Ở đây nhai kẹo cao su là tình trạng phổ biến nhưng bệnh thì không phổ biến

- Một bệnh nhân nam giới đã nhập viện nhiều lần vì ho máu, đôi khi khạc ra rất nhiều. Điều này tiếp diễn trong sáu năm. Không có triệu chứng nào khác và không có suy giảm tình trạng sức khỏe. Đánh giá trường hợp này ở một trung tâm lớn hơn đã xác định ông có dị dạng bẩm sinh động-tĩnh mạch phổi. Ở đây ho máu là biểu hiện phổ biến nhưng nguyên nhân thì ít gặp.

### **Tiền sử gia đình không đầy đủ**

Thường sinh viên sẽ hỏi tiền sử gia đình theo dạng: ai trong gia đình có bệnh tương tự? điều này thường không phát hiện ra thông tin mình cần về bệnh lý di truyền, gia đình phía họ mẹ thường bị bỏ qua. Các bệnh không liên quan di truyền chủ yếu là do các bệnh về môi trường. Những bệnh này có thể xảy ra ở một số thành viên của một gia đình (cụm gia đình bệnh tật); có nghĩa là những người tiếp xúc với môi trường tương tự có thể bị bệnh tương tự ngay cả khi họ là những người không giống nhau về di truyền học. Nếu thực phẩm bị ô nhiễm, 1 số thành viên ăn vào có khả năng sẽ bị ngộ độc thực phẩm. Người phục vụ hoặc bạn bè sinh hoạt cùng cũng nên coi là thành viên gia đình khi tìm hiểu về thông tin bệnh tật. Đôi khi



mọi người trong ký túc cũng có thể có là thành viên trong gia đình khi đánh giá tiền sử do liên quan tới môi trường. Vì vậy, thay vì hỏi xem các thành viên khác trong gia đình có bị bệnh tương tự, cũng nên hỏi những người sinh hoạt cùng bệnh nhân có đang bị bệnh tương tự hay không. Nếu có sẽ giúp bạn chẩn đoán dễ dàng hơn. Nó có thể là bệnh do thực phẩm hoặc nước gây ra. Cũng có thể hỏi những người có bệnh tương tự ở những gia đình trong khu vực bệnh nhân sống. Hầu hết các cuốn sách không đưa phần này vào tiền sử. Vì vậy, tôi khuyên bạn nên hỏi điều này như tiền sử gia đình mở rộng, ghi vào trong phần tiền sử gia đình. Điều này đôi khi giúp bạn phát hiện ra dịch bệnh như viêm gan nhiễm khuẩn, sốt dengue vv. Tôi biết vài tình huống mà loại tiền sử này đã giúp chúng ta chẩn đoán.

### Liên quan ngoại tình

Thường thì sinh viên ghi nhận tiền sử quan hệ ngoài luồng và nghi bệnh nhân bị bệnh STD như giang mai, AIDS và các bệnh khác. Nhưng họ phải hỏi về vấn đề bệnh nhân xuất hiện sau khi phơi nhiễm. Cho dù ông có loét bộ phận sinh dục, cần hỏi đã được điều trị gì hay chưa. Tất nhiên 1 bệnh nhân quan hệ tình dục với người bị HIV có thể chưa xuất hiện triệu chứng ngay sau khi quan hệ

Ví dụ phụ nữ quan hệ ngoài luồng dính giang mai, họ có đau ở bộ phận sinh dục hay không? 1 đợt kháng sinh có thể chữa khỏi giang mai do xoắn khuẩn này rất nhạy cảm với kháng sinh. Vì vị trí hay gặp nhất trong đau ở bộ phận sinh dục là cổ tử cung nên thường nó không được để ý và phát hiện trong bệnh sử.

### Vấn đề tình dục ở nữ giới

Phụ nữ thường ít phàn nàn về vấn đề tình dục hoặc sinh dục. nguyên nhân do tâm lý ngay cả khi bác sĩ hỏi, họ cũng ngại nói về vấn đề khí hư .



trong khi hỏi về tiền sử kinh nguyệt và dịch tiết âm đạo họ sẽ nói cho bạn nghe chi tiết vấn đề. dạng câu hỏi trực tiếp này sẽ giúp bạn đánh giá nguy cơ phát hiện sớm ung thư cổ tử cung. Tiền sử dịch tiết âm đạo nên thành thói quen khi hỏi 1 phụ nữ đã mãn kinh dù họ có vấn đề về sinh dục hay không

### **Tiền sử thai sản- mất kinh**

Ở mọi phụ nữ đều phải hỏi tiền sử kinh nguyệt, chủ yếu để loại trừ các vấn đề liên quan tới mang thai. nếu mang thai cần tránh chụp XQ và dùng 1 số thuốc. Tôi nhớ một trường hợp - một phụ nữ hai mươi bảy tuổi bị đau bụng và sốc. vào viện nghi thủng ổ loét dạ dày tá tràng. Nhưng bác sĩ đã bỏ qua tiền sử kinh nguyệt. Cô đã vô kinh vài tháng và cuối cùng nó là trường hợp chữa ngoài dạ con vỡ. Nếu hỏi tiền sử kinh nguyệt, chẩn đoán này đã không bị bỏ qua. Tôi nhớ một trường hợp khác-một cô gái chưa lập gia đình hai mươi tuổi sốt cao không rõ nguyên nhân. Sau vài ngày kiểm tra không tìm ra nguyên nhân cụ thể, cuối cùng cô tiết lộ cô đang mang thai và cô đã phải chấm dứt thai kỳ do dùng thuốc đây là lỗi hay mắc phải với các cô gái chưa lập gia đình. Điều tôi muốn nhấn mạnh là bạn phải hỏi về tiền sử kinh nguyệt và sản khoa với cả góa phụ, chưa kết hôn hay mãn kinh

### **Tiền sử viêm khớp dạng thấp**

Có rất nhiều quan niệm sai lầm về bệnh sốt thấp khớp (RF). Tôi đã chứng kiến nhiều trường hợp chẩn đoán sốt thấp khớp, và bệnh nhân được điều trị dự phòng penicillin, khi họ nghi ngờ chẩn đoán sốt thấp khớp. Điều này dẫn tới bệnh nhân được điều trị không cần thiết. Nếu chúng ta tuân theo các tiêu chuẩn của Jones thì không khó lắm. chúng ta chủ yếu phụ thuộc vào triệu chứng viêm khớp. Bất kỳ bệnh nhân nào có tiền sử đau khớp nếu có tăng ASO, thường được chẩn đoán RF. Mức ASO có thể tăng



cao trong và sau bất kỳ bệnh nhiễm trùng liên cầu, nó chỉ cho thấy đã có bệnh nhiễm trùng do Streptococcus trong thời gian gần đây. Không nên quá quan trọng điều này trừ khi biểu hiện viêm khớp là điển hình của RF. Các đặc điểm chính của viêm khớp do RF là nó ảnh hưởng đến các khớp lớn, xảy ra ở nhóm tuổi (5-15), nó có đặc điểm thoáng qua (một khớp bị ảnh hưởng khi viêm ở khớp khác đang thoái lui), khớp bị viêm rất đau (phải bế đứa trẻ vào nhà vệ sinh). Nếu có các đặc điểm này, sẽ hợp lý để chẩn đoán RF. sai sót trong chẩn đoán chủ yếu xuất phát từ việc giải thích sai ASO và đánh giá không đúng về đau khớp.

### Động vật cắn

Tôi nhớ một trường hợp-một phụ nữ trẻ tuổi đã kết hôn 28 tuổi đến khám vì liệt 2 chi dưới và bí tiểu. Trong khi cô đang được điều trị, vào ngày thứ hai cô cắn chông. Sau đó, hỏi ra cô có bị mèo cắn khoảng 2 tháng trước. ngày hôm sau cô qua đời. Tất nhiên đây là trường hợp bệnh dại. Không có chứng sợ nước. Nên nhớ rằng sợ nước không bắt buộc phải có trong chẩn đoán bệnh dại. cần lưu ý mọi hội chứng thần kinh cấp (không liên quan mạch não) đều phải nghi ngờ do động vật cắn

### Ho khan

Ho là biểu hiện hay gặp nhất của các bệnh về đường hô hấp. Khi nó kèm theo có đờm, nó được gọi là ho đờm, khi không kèm đờm gọi là ho khan. Ho khan gợi ý vấn đề đường hô hấp trên hoặc màng phổi.

Nhưng có một số tình huống như giai đoạn sớm của viêm phổi; bệnh phổi kẽ và sự phát triển của phế quản; thường ho khan dù có tổn thương ở đường hô hấp dưới. trẻ con thường nuốt đờm nên hay nhầm là chúng bị ho khan.



**Sốt không do nguyên nhân nhiễm khuẩn**

Sốt là triệu chứng hay gặp. Đa số các nguyên nhân gây sốt đều do nhiễm khuẩn. Nếu một bệnh nhân sốt kéo dài thì có thể không do nguyên nhân nhiễm khuẩn. Sốt do nguyên nhân nhiễm khuẩn thường bắt đầu đột ngột, nếu sốt cao kèm theo biểu hiện như lạnh/run, đau cơ, nhức đầu kèm theo bệnh cơ quan như (ho, đau ngực, rối loạn ý thức, co giật, rối loạn tiểu tiện...). Thông thường bệnh nhân sẽ không thể nói chính xác ngày bắt đầu sốt khi không bị nhiễm trùng. Các nguyên nhân sốt không do nhiễm khuẩn như bệnh máu ác tính (lymphoma hay leukemia). Các khối rắn như u thận, u gan, buồng trứng, ung thư tuyến tụy ...cũng có thể có sốt. Nhóm khác là các bệnh collagen. Xuất huyết nội tạng (xuất huyết dưới da, xuất huyết nội tạng), hoại tử mô (như nhồi máu cơ tim, nhồi máu phổi) là những nguyên nhân sốt không do nhiễm khuẩn khác. Trong hầu hết các tình huống này.

Đôi khi nguyên nhân không nhiễm khuẩn và nhiễm khuẩn có thể tồn tại cùng nhau. Ví dụ, ung thư phế quản có thể góp phần vào sự xuất hiện của sốt, ung thư tuyến tiền liệt có thể góp phần gây ra nhiễm trùng đường tiểu. Phản ứng miễn dịch có thể gây sốt đặc biệt nếu cấp tính; ví dụ, sau khi tiêm chủng, phản ứng truyền máu

**Động kinh thật sự và giả động kinh**

Động kinh là tình trạng lâm sàng hay gặp. Đây là một hiện tượng theo giai đoạn. Nếu nó không xảy ra trước mặt bs, sẽ khó khăn khi chẩn đoán và phải tin lời khai của người thân. Vì vậy, nên cố gắng để phân biệt động kinh thật và giả động kinh. Đây là một số điểm, sẽ giúp chúng ta:

- Nếu bệnh nhân bị ngã và có thể gây thương tích thì đó là động kinh thật sự.



- Nếu co giật xảy ra ở một nơi không xác định (như trên đường) nếu không có bất kỳ người nào biết thì đó là một cơn động kinh thật sự.
- Nếu bệnh nhân bị cắn lưỡi hoặc tiểu không tự chủ- có thể là động kinh thật sự
- Nếu co giật khi đang khám sẽ có thể phát hiện ra vấn đề. nếu 1 người cố tình co giật, họ sẽ cố bảo vệ đầu, rơi xuống bằng cách cho hông chạm đầu tiên hoặc chạm tay vào mặt đất trước khi anh ta ngã xuống.

### Ho máu và nôn máu

Đây là 2 triệu chứng hay gặp và hay nhầm. vì cả 2 người ta đều nhầm là nôn máu. họ cảm thấy máu từ miệng ra do họ không biết về giải phẫu. Vì vậy, cần thu thập bệnh sử chi tiết. cả 2 trường hợp đều phải kiểm tra lưỡi, khoang miệng và họng.

#### Chẩn đoán phân biệt:

Nôn máu	Ho máu
1.Có nôn	1.Kèm ho
2.Kèm buồn nôn	2.Không buồn nôn
3.Màu của máu sẽ thay đổi. Nếu mất máu nhiều sẽ có màu đỏ	3.Máu đỏ, có thể có cục máu
4.Sau đó ỉa phân đen	4.Không ỉa phân đen, nuốt nhiều máu có thể có
5.Có thể có nguyên nhân	5.Có thể có nguyên nhân
6.Có thể kèm thức ăn	6.Có thể kèm đờm

### Ỉa máu do trĩ và lỵ trực khuẩn

Hai triệu chứng này cũng hay nhầm và điều trị nhầm do hỏi bệnh sử không đầy đủ. câu hỏi chi tiết sẽ giải quyết vấn đề. Trong chứng lỵ, thường bắt đầu bằng tiêu chảy, sau đó có máu, không bao giờ nhỏ giọt hay thành tia như trĩ. mót rặn thường là biểu hiện của lỵ. lỵ có biểu hiện mót rặn, muốn đi ngoài, có lượng máu nhỏ ra ngoài hoặc lẫn theo phân. nếu nghi ngờ nên cho nội soi



**Đánh giá đau ngực và đau bụng**

Chúng tôi biết các nguyên nhân thông thường của đau ngực là do tim (thiếu máu, viêm màng ngoài tim, phình tách động mạch chủ), viêm màng phổi (hô hấp) và liên quan thành ngực. Các nguyên nhân thường không được nghĩ đến như do rễ thần kinh hoặc do nguyên nhân trong bụng. Các nguyên nhân như áp xe gan, viêm túi mật, viêm thực quản trào ngược... có thể gây đau ngực. Đau do áp xe gan amip thường đau tăng khi vận động, di chuyển nên bệnh nhân thường phải đi chậm chạp và dùng tay đỡ vùng gan

tương tự đau thượng vị có thể do nguyên nhân từ trên ngực, đau do thiếu máu cục bộ cơ tim có thể đau xuống vùng thượng vị. đau màng phổi có thể cảm thấy đau ở thượng vị hoặc quanh rốn

vì hay gặp lỗi sai như vậy, nên người ta có câu nói "loại trừ nguyên nhân bụng ở bệnh nhân đau ngực và loại trừ nguyên nhân ngực ở bệnh nhân đau bụng".

**Lỗi trong đánh giá sự thoải mái của bệnh nhân**

Bất cứ ai khám hay làm thủ thuật cho bệnh nhân đều muốn bệnh nhân phải thật thoải mái. ví dụ

- khi khám nên khám tất cả những thứ cần khám ở 1 tư thế cụ thể. nên kết thúc tất cả trước khi thay đổi tư thế khác. việc lặp lại khám ở 1 tư thế có thể gây bối rối cho bệnh nhân.
- Nếu một bệnh nhân đang đau đớn, cố gắng hạn chế tần suất khám, không nên cho sinh viên liên tục khám khám vị trí đau vào cuối của đợt khám. Bằng cách đó bệnh nhân sẽ hợp tác tốt hơn.
- Khám phổi nhiều bn yêu cầu bệnh nhân hít sâu thở mạnh làm mất CO2 dẫn tới co mạch não, chóng mặt và ngất.



**Bảo mật thông tin cá nhân**

mỗi bệnh nhân đều có quyền riêng tư cá nhân. họ có thể tiết lộ điều này trước bác sĩ. cần nhớ những điểm sau:

- Trong phòng khám của bác sĩ không nên có thêm bất cứ ai có khả năng nghe chuyện của bệnh nhân. để bệnh nhân thoải mái trao đổi
- Các vấn đề liên quan đến vấn đề tình dục / sinh dục phải được trao đổi riêng.
- Trong khi khám bộ phận sinh dục (nam hay nữ) phải khám riêng tư. không nên để bệnh nhân trần truồng trước người khác
- Kiểm tra chi dưới (ví dụ như đầu gối hay cổ chân) ở nữ giới, cần chú ý đến bộ phận sinh dục có bị phơi bày không nếu có bệnh nhân sẽ có thể ngại và không hợp tác.

**Khám bệnh nhân trong khi điều trị treatment**

Chúng ta phải luôn khám lại bệnh nhân, vì có những thuốc ảnh hưởng hoặc phát sinh ra triệu chứng. Hãy xem một số ví dụ:

- Nếu dùng giảm đau bệnh nhân có thể đỡ đau.
- Nếu dùng hạ sốt, tình trạng sốt có thể giảm
- Nếu dùng beta blocker, tần số tim bệnh nhân sẽ giảm
- Nếu bệnh nhân dùng thuốc hạ áp, huyết áp sẽ có thể bình thường
- Nếu bệnh nhân dùng thuốc trị tiểu đường, đường máu bệnh nhân sẽ bình thường.
- Nếu bệnh nhân viêm màng não mủ đã điều trị thì kết quả chọc dịch não tủy sẽ có thể thay đổi





- Đây là quy luật phải nhớ khi đánh giá triệu chứng hoặc tiến triển mới ở bệnh nhân điều trị, sau khi cho dùng thuốc.

Đây chỉ là một vài ví dụ, nhưng trong mỗi trường hợp, cần xem xét hiệu quả của việc điều trị.

### **Phương pháp khám**

Như tôi đã thảo luận về chẩn đoán phụ thuộc vào bệnh sử chi tiết và thăm khám chính xác. Độ tin cậy của kết quả thăm khám phụ thuộc vào phương pháp đánh giá. Đánh giá sai kết quả khám sẽ sai. Ví dụ, vàng da nên khám trong ánh sáng tự nhiên, nếu không vàng da nhẹ có thể bị bỏ sót. Để khám phản xạ gân sâu, các cơ phải thư giãn (không co chủ động) nếu không sẽ giải thích sai kết quả khám. Chúng ta biết rằng khi khám bụng, khu vực đau bạn sẽ khám cuối vì nếu bạn khám khu vực này đầu tiên, bệnh nhân sẽ co cơ bụng và bạn sẽ không thể phát hiện ra điều gì. Đây chỉ là vài ví dụ. sinh viên nên học phương pháp khám chính xác ngay từ đầu dưới sự hướng dẫn của bác sĩ có kinh nghiệm. quá trình thực hành sẽ trở nên hoàn hảo và nó sẽ trở thành thói quen.

Nhưng sẽ có những tình huống nhất định không thể khám được như bình thường (vd bệnh nhân bất tỉnh, ngực ở bệnh nhân nữ...)

### **Tìm kiếm sự nghi ngờ**

Ví dụ, nếu bạn phát hiện ra âm thở bất thường ở bệnh nhân vô thức, mà bạn phải khám bệnh nhân ở tư thế nằm (thông thường bạn sẽ nghe ở tư thế ngồi), hãy nhờ các đồng nghiệp nhiều kinh nghiệm hơn, hoặc chờ đợi theo thời gian khi dấu hiệu này trở nên rõ ràng hơn. Đôi khi một test đơn giản cũng có thể giúp đỡ bạn. Ví dụ, nếu bạn không chắc chắn về vàng da hãy test bilirubin huyết thanh. Giả sử bạn nghi ngờ có tiếng thổi



nhưng tần số nhanh bạn không chắc chắn, hãy chờ khi tần số tim giảm xuống để nó trở nên rõ ràng hơn

### Bỏ qua điều rõ ràng nhất

Sau khi thu thập tiền sử và khám toàn thân. có nhiều ý kiến khác nhau về điểm bắt đầu thăm khám.

Một số người cho rằng điều đầu tiên cần làm là đánh giá mức độ ý thức, một số cho rằng nên đánh giá dấu hiệu sinh tồn để phát hiện những dấu hiệu nguy hiểm cần hồi sức ngay, nhưng một số người khác nói rằng bắt đầu kiểm tra từ đầu đến chân. Tuy nhiên, tôi dạy cho sinh viên của tôi đầu tiên phải nhìn thấy những gì rõ ràng nhất. Cái mọi người đều thấy rõ, dù đó là người bình thường hay nhân viên y tế. Những điều quan sát thấy cho biết rất nhiều thứ về bệnh nhân. Có rất nhiều thứ để quan sát, mỗi bệnh nhân bạn sẽ quan sát thấy có gì đó khác so với 1 người đàn ông khỏe mạnh xung quanh. Chúng ta sẽ thảo luận về vấn đề này:

- một người đàn ông 1m7, bạn sẽ thấy anh ta cao
- một người 100kg, bạn sẽ thấy anh ta béo
- một người bị mù, bạn sẽ thấy anh ta không nhìn thấy được
- một phụ nữ mang thai những tháng cuối, bạn sẽ phát hiện ra bằng cách nhìn
  - một người mặc áo khoác trong mùa hè nóng nực, để ý thấy anh ta đang rét run (do sốt)
  - một người khó thở, không thể nói vài từ trong 1 lần thở, bạn sẽ để ý thấy sự khó thở của bệnh nhân.
  - bộ mặt của phù niêm, hội chứng thận hư và thalassemia điển hình, bạn sẽ quan sát thấy



- bệnh nhân đến kèm theo cái nặng, bạn sẽ thấy cái nặng. để ý xem bệnh nhân mất điều hòa chi dưới, yếu chi dưới hay gãy xương chi dưới
- bệnh nhân không thể thở, bạn sẽ quan sát thấy (ngừng thở sẽ chết)
- bệnh nhân bồn chồn, bạn sẽ để ý thấy
- bệnh nhân ôm bụng bạn sẽ quan sát thấy, có thể bệnh nhân đau bụng
- đứa trẻ ho kéo dài liên tục, kết thúc bằng tiếng rít - đây là ho gà
- bệnh nhân nằm quay lưng về phía ánh sáng và cố co lại, có thể bị viêm màng não có rất nhiều điều quan sát thấy nếu bạn chú ý.

Bạn phải tập thói quen quan sát kĩ và chặt chẽ từng trường hợp. Do đó, phát hiện những điều không thấy hôm nay nhưng lại rõ ràng sau 1 thời gian. những quan sát này sẽ cho thông tin có giá trị hay đôi khi là đầu mối để chẩn đoán.

“Đừng bỏ qua cả khu rừng chỉ để tìm 1 cái cây”. tôi luôn dạy sinh viên của tôi điều này, không nên quên mất cả khu rừng chỉ để nhìn thấy 1 cái cây

### **Nhảy sang kết luận**

Đó là thói quen thông thường của hầu hết các sinh viên, họ kết luận sau khi họ tìm thấy 1 số dấu hiệu quan trọng. Ví dụ, như đã thảo luận trước đó, nếu họ thấy sự xuất hiện khuôn mặt điển hình của hội chứng thận hư, họ sẽ kết luận đó là một trường hợp hội chứng thận hư và thường bỏ lỡ một số điểm trong bệnh sử hoặc trong khi khám toàn thân để phát hiện ra nguyên nhân hoặc 1 số biến chứng của hội chứng thận hư (đái máu / tăng huyết áp). Tương tự như vậy, chẩn đoán chứng suy giáp có thể rõ ràng khi



khám, nhưng khám kỹ có thể phát hiện ra vấn đề như tràn dịch màng ngoài tim hoặc megacolon mắc phải

Rất tốt khi quan sát kỹ nhưng thật ngỡ ngàng khi nghĩ nó là tất cả. Đó là lý do tại sao người ta nói không nên quá vui khi nhìn thấy một bông hoa; bạn đừng bỏ lỡ con côn trùng đang ngồi trên nó

### Đo huyết áp

Huyết áp là một trong những dấu hiệu quan trọng và là một phần quan trọng trong việc kiểm tra với mọi trường hợp. Tuy nhiên, một số sai lầm đã được ghi lại liên quan đến đo huyết áp.

### Quên phương pháp bắt mạch

Mặc dù nghe tiếng đập chính xác hơn phương pháp bắt mạch, nhưng ít nhất trong một tình huống mà bắt mạch tốt hơn nghe tiếng đập. Điều này liên quan đến khoảng trống khi nghe. Trong tình huống này, tiếng Korotkoff nghe thấy đầu tiên sau đó sẽ không nghe thấy trong một thời gian nhưng lại xuất hiện trở lại ở mức huyết áp thấp hơn. Điều này thường gặp ở bệnh nhân tăng huyết áp. Nếu đo huyết áp lúc này mà không bắt mạch sẽ ghi được mức huyết áp thấp hơn, do đó ở bệnh nhân THA sẽ ghi lại huyết áp bình thường hoặc ít nặng hơn so với thực tế

### Lỗi không đo huyết áp ở các chi

Có những tình huống nhất định mà huyết áp phải đo ở chi khác. Đó là nguyên tắc ở những bệnh nhân THA, mất mạch ngoại vi cần phải đo huyết áp ở cả bốn chi. Điều này giúp phát hiện hẹp động mạch chủ, và bệnh mạch ngoại biên khác. Từ điều này chúng ta phải rút ra kinh nghiệm phải bắt mạch trước khi đo huyết áp



### Huyết áp tâm trương

Đôi khi rất khó để ghi lại huyết áp tâm trương; đặc biệt là trong các tình huống mà nó quá thấp. Ở đây tiếng Korotkoff thay đổi nên coi là huyết áp tâm trương chứ không phải sự mất tiếng đập mới được coi là huyết áp tâm trương.

### Kích thước Cuff không thích hợp

Để ghi lại chính xác huyết áp, chúng ta sử dụng cuff size 12,5 cm, đối với trẻ dưới 8 tuổi chọn size 10 cm và đùi với size 20 cm. cuff size nhỏ hơn sẽ cho chỉ số huyết áp cao hơn. Chiều dài của băng quấn cũng rất quan trọng, ít nhất nên bao phủ 2/3 chu vi cánh tay. Tương tự như vậy nếu cánh tay quá cuff quấn trên nếp gấp khuỷu 2.5 cm. tay phải có vật nâng nếu đo tại giường hoặc đặt trên bàn nếu đo tư thế ngồi. đo huyết áp không có vật nâng dưới tay sẽ có thể chênh lệch đến 10 mm.

### Đo huyết áp trong trường hợp có loạn nhịp

nhịp tim không đều không ảnh hưởng tới việc đo huyết áp. nhưng loạn nhịp như rung nhĩ sẽ khó đo huyết áp vì thay đổi cung lượng tim. trong những trường hợp như vậy, phải đo huyết áp 3 lần và tính trung bình. phương pháp khác là lưu ý áp lực khi có tiếng Korotkoff tối đa (âm thu) và khi tiếng tối đa biến mất (âm trương).

### Tốc độ bơm vào/xả ra

băng quấn nên bơm nhanh để giảm tối thiểu bẫy máu từ đầu xa động mạch tới cuff. xả 2-4 mm mỗi giây. xả quá nhanh sẽ đo được huyết áp thấp hơn và quá chậm sẽ ghi lại huyết áp cao hơn. nếu đo lỗi, cần xả cho xẹp hết cuff và nghỉ ít nhất 1 phút trước khi đo lại gây mà chiều dài hơn chu vi cánh tay sẽ cho chỉ số sai. Nếu chu vi cánh tay rộng hơn 41cm, có thể đo huyết áp ở đùi.



### Vị trí đặt ống nghe

hiều quan niệm sai khi giữ hệ thống ống của cuff trên động mạch cánh tay. không nên để hệ thống ống nằm trên động mạch cánh tay vì nó sẽ ảnh hưởng tới việc ghi lại huyết áp

### Vị trí của cuff/ thiết bị/ cánh tay

Nhiều người quan niệm sai khi nghĩ nên đo ở vị trí ngang tim. nhưng sự thất cuff nên để ngang tim và cột thủy ngân nên để ở ngang mắt cuff quân trên nếp gấp khuỷu 2.5 cm. tay phải có vật nâng nếu đo tại giường hoặc đặt trên bàn nếu đo tư thế ngồi. đo huyết áp không có vật nâng dưới tay sẽ có thể chênh lệch đến 10 mm.

### Đo huyết áp trong trường hợp có loạn nhịp

Nhịp tim không đều không ảnh hưởng tới việc đo huyết áp. nhưng loạn nhịp như rung nhĩ sẽ khó đo huyết áp vì thay đổi cung lượng tim. trong những trường hợp như vậy, phải đo huyết áp 3 lần và tính trung bình. phương pháp khác là lưu ý áp lực khi có tiếng Korotkoff tối đa (âm thu) và khi tiếng tối đa biến mất (âm trương).

### Tốc độ bơm vào/xả ra

Bằng quạt nên bơm nhanh để giảm tối thiểu bẫy máu từ đầu xa động mạch tới cuff. xả 2-4 mm mỗi giây. xả quá nhanh sẽ đo được huyết áp thấp hơn và quá chậm sẽ ghi lại huyết áp cao hơn. nếu đo lỗi, cần xả cho xẹp hết cuff và nghỉ ít nhất 1 phút trước khi đo lại.

### Chọn tay

Thường bạn sẽ đo huyết áp ở tay, nên đo tay thuận của bệnh nhân. nếu có khác biệt giữa huyết áp 2 tay nên ghi lại huyết áp đo được cao hơn. nếu



tay bệnh nhân bị liệt không nên đo huyết áp. nó có thể ghi lại huyết áp cao hoặc thấp hơn

### **Đo huyết áp tư thế đứng**

Cần ghi lại huyết áp ở tư thế đứng ở bệnh nhân dùng thuốc hạ huyết áp và có triệu chứng gợi ý hạ huyết áp tư thế. Cho bệnh nhân đứng trong 3 phút và đo huyết áp. Nếu huyết áp tâm thu giảm hơn 20 mm hoặc tâm trương giảm trên 10 mm, bệnh nhân bị hạ huyết áp tư thế. Đôi khi huyết áp ở tư thế đứng có thể cao hơn ở tư thế nằm ngửa (cao huyết áp tư thế)

### **Thận trọng**

Nếu huyết áp tăng nhẹ không nên chẩn đoán THA trừ khi đo nhiều lần (ít nhất 3 lần/tuần)

- Chú ý cột thủy ngân trước khi bơm hơi vào phải ở mức 0
- Bệnh nhân không nên hút thuốc, uống cafe, rượu trong vòng 1 giờ trước khi đo huyết áp.

### **Huyết áp thấp**

Chúng ta thường nghe bệnh nhân nói rằng họ bị huyết áp thấp. Tuy nhiên, huyết áp thấp hiếm khi là một thực thể độc lập. Huyết áp thực sự thấp (hạ huyết áp) được cho là khi huyết áp tâm thu dưới 90mmHg ở người trên 40 tuổi và dưới 80mmHg ở trẻ nhỏ. Nguyên nhân phổ biến của hạ huyết áp là tình trạng sốc; có thể do giảm thể tích, bệnh tim, nhiễm khuẩn huyết. Đôi khi có thể do suy thượng thận. Trong những trường hợp này cần phải nâng huyết áp lên kèm theo điều trị nguyên nhân gây ra. Trong trường hợp không có các nguyên nhân này, huyết áp thấp tốt hơn cho người bình thường. Vì vậy, nếu bất kỳ người nào có huyết áp dưới 80/90 mm Hg (theo tuổi), nhưng anh ta / cô ấy không triệu chứng thì nên được coi là bình thường. Những trường hợp này không cần điều trị và cũng



không phải là dễ dàng để điều trị cho họ (nâng huyết áp lên). Mặc dù huyết áp thấp không phải là triệu chứng độc lập đơn thuần.

Bây giờ vấn đề là làm thế nào người dân lại biết mình bị huyết áp thấp. Chắc chắn điều này đã được các bác sĩ tư vấn, nhưng có một số bác sĩ lại không hiểu rõ ràng về huyết áp thấp. Cần nhấn mạnh rằng tất cả các sách giáo khoa đều mô tả rất nhiều về tăng huyết áp, nhưng chúng không mô tả quá nhiều về huyết áp thấp.

## Hô hấp

Giống như huyết áp, hô hấp là một dấu hiệu quan trọng. Tuy nhiên, sinh viên không quan tâm nhiều đến vấn đề này. Có một số sai lầm

### **Bệnh nhân có tự thở không?**

Trong khi thu thập dữ liệu từ bệnh nhân, hãy chú ý xem bệnh nhân có đang thở không. Nếu bệnh nhân không thở được, đừng phí thời gian vào hỏi hay khám, điều cần thiết là hồi sức. Tại sao tôi nói vậy, vì tôi đã chứng kiến bác sĩ lấy tiền sử từ bệnh nhân trong khi bệnh nhân đã chết và đang thở máy

### **Bạn có tính được tần số hô hấp?**

Đôi khi sinh viên quên cách đếm nhịp thở. Cần nhớ đếm nhịp thở phải đánh lạc hướng sự chú ý của bệnh nhân. Nguyên nhân thường gặp gây thở nhanh là sốt, nhiễm toan, thiếu oxy, viêm đường hô hấp và tâm căn. nguyên nhân hay gặp gây thở chậm là độc tính lên trung tâm hô hấp do opium, barbiturate, diazepam và bệnh nội sọ. Đánh giá nhịp thở cho ta biết bệnh nhân tiến triển tốt hay xấu đi. Ví dụ, nếu bệnh nhân tần số thở 60l/p ngày 1, ngày 2 còn 40 l/p có thể bệnh nhân đang cải thiện

### **Bạn có nhận định được kiểu thở?**





Kiểu hô hấp cũng cung cấp thông tin có giá trị. Có hai cơ hô hấp chính, cơ hoành và cơ thành ngực. Khi cơ hoành chiếm ưu thế, ta nói bệnh nhân thở bằng bụng và khi cơ thành ngực chiếm chủ đạo ta nói bệnh nhân thở bằng ngực. Trong điều kiện sinh lý bình thường, nam giới và trẻ sơ sinh thở bụng trong khi phụ nữ thở bằng ngực. Phụ nữ thở chủ yếu bằng ngực vì nó mang lại lợi thế tự nhiên khi mang thai to, cơ hoành không giúp ích gì nhiều cho họ. Bằng cách quan sát cẩn thận những triệu chứng này, chúng ta có thể phát hiện tình trạng liệt cơ hô hấp sớm hơn

### **Bạn có đánh giá độ sâu khi thở?**

Độ sâu của hô hấp cũng thường không được đánh giá đúng. Khó thở nhanh và sâu thường thấy ở những bệnh nhân nhiễm toan. Thở nông gặp trong viêm màng phổi và viêm phúc mạc cấp. Cữ thở sâu sẽ gây đau nên những bệnh nhân này thường thở nông. Thông thường bệnh nhân ngộ độc opioid sẽ giảm cả tần số và độ sâu khi thở. chú ý là bệnh nhân ngộ độc pethidine bị ảnh hưởng độ sâu khi thở nhiều hơn tần số. Vấn đề giảm độ sâu khi thở làm giảm thông khí phế nang, dẫn tới giữ khí ở cây phế quản, không tham gia trao đổi khí (thông khí khoảng chết)

### **Bạn có quan sát nhịp thở bất thường?**

Đáng chú ý khi đa phần sinh viên bỏ qua các nhịp thở bất thường như kiểu thở Cheyne-Stoke. dạng khác của thở bất thường như kiểu thở Biot (viêm màng não, viêm não), thở kiểu mất điều hòa (tổn thương tủy)

## **Nhịp chậm**

Tần số tim dưới 60l/p gọi là nhịp chậm. có nhiều nguyên nhân như block hoặc chậm xoang. block nút xoang, block độ 2 và độ 3 gây nhịp chậm khi nút xoang phát nhịp tốc độ chậm gọi là chậm xoang nguyên nhân do:

- Do thuốc—beta-blockers, diltiazem, verapamil.



- Ngộ độc—phospho hữu cơ, morphine/opium, digitalis, cây trúc đào.
- Nhược giáp, tăng áp lực nội sọ, tăng áp lực nội nhãn, tắc mật, ngất do phản xạ phế vị
- Tình trạng sinh lý- gắng sức, ngủ sâu
- Hội chứng suy nút xoang- là chẩn đoán loại trừ. nhịp chậm và không đều gặp trong block nút xoang

Block AV 2 và ở bệnh nhân rung nhĩ/digitalis. nhịp chậm thường gặp chậm xoang và block AV3. 2 nguyên nhân này cũng có thể xác định bên giường bệnh bằng cách quan sát sóng canon ở JVP. Các sóng cannon bất thường gặp trong block AV 3/

Tôi đã gặp những sinh viên phạm sai lầm đặc biệt trong giải thích nhịp chậm đều. Bất cứ khi nào gặp bệnh nhân nhịp chậm đều, bạn nên kiểm tra nhịp tim. Bởi vì mạch nhịp đôi sẽ làm bệnh nhân có tần số tim giảm 1 nửa. Nếu tần số tính được là 40 thì nhịp tim sẽ là 80/p. Bởi vì nhịp lạc vị không thể tạo thành sóng mạch. Tôi nhớ một trường hợp sinh viên sau đại học truyền isoprenaline vì nghĩ nó là block AV3. Do đó ở tất cả các bệnh nhân nhịp chậm đều phải ngay lập tức kiểm tra tần số tim bằng cách nghe tim.

Tương tự với bệnh nhân nhịp chậm đều cần tìm dấu hiệu sóng cannon ở JVP. Vì có sóng canon sẽ gợi ý block AV

3. Tất nhiên nên làm ECG ngay nếu có sẵn

## Mạch hụt

Sự khác nhau giữa tần số tim và bắt mạch gọi là mạch hụt. Như chúng ta biết nhịp tim được tính bằng cách đếm tiếng tim đầu tiên, vì nó là dấu hiệu cơ thất trái. Cần phải co tạo áp lực tối thiểu vượt qua áp lực nhĩ trái (khoảng 10 mm Hg) để đóng van hai lá và tạo ra tiếng tim đầu tiên. Nhưng



nếu cơ không đủ mạnh thì nó sẽ không thể mở van động mạch chủ (nó phải tạo ra áp suất cao hơn áp suất tâm trương động mạch chủ, tức là 80 mmHg); do đó nó sẽ không thể tạo ra một xung. Đây là cách mà mạch hụt được tạo ra. trường hợp này gặp trong ngoại tâm thu và rung nhĩ. Thông thường, chúng ta nói nhiều nhịp ngoại tâm thu là nguyên nhân gây nhịp không đều 1 cách không đều nếu mạch hụt dưới 10 và rung nhĩ nếu trên 10. Nếu chúng ta yêu cầu bệnh nhân tập vài động tác thể dục, nếu mạch hụt giảm hoặc biến mất thì đó là ngoại tâm thu, nếu là rung nhĩ thì mạch hụt không thay đổi. Tuy nhiên, có thể không thể yêu cầu bệnh nhân tập thể dục, đặc biệt nếu bệnh nhân bị suy tim. Nếu bệnh nhân có dùng digitalis, mạch hụt dưới 10 vẫn có thể là rung nhĩ. Đơn giản hơn để phân biệt ngoại tâm thu và rung nhĩ là làm cho tim đập nhanh trong 1 phút, nếu bất cứ lúc nào nhịp đều ta chẩn đoán ngoại tâm thu và nếu vẫn không đều sẽ là rung nhĩ. ECG sẽ xác nhận lại chẩn đoán

### **Mạch không đều**

Mạch không đều 1 cách không đều thường gặp nhất do rung nhĩ. nhưng nó cũng có thể do cuồng nhĩ dẫn truyền bất thường, PSVT kèm block thay đổi và ngoại tâm thu đa ổ. Lâm sàng khó phân biệt chúng, phải nhờ ECG. Tuy nhiên có thể phân biệt được rung nhĩ với ngoại tâm thu đa ổ. xoa xoang cảnh có thể giúp chẩn đoán

### **Nhịp đều tần số bình thường**

Bất cứ khi nào thấy nhịp đều tần số bình thường ta nói nó là nhịp xoang. Nhưng điều này không luôn đúng. bệnh nhân block AV 3 có nhịp tự thất tăng tốc có thể nhịp đều, tần số bình thường. Có thể quan sát tại giường tìm dấu hiệu sóng cannon ở cổ (JVP). nhịp xoang sẽ không có sóng cannon còn nhịp tự thất tăng tốc sẽ có. Tất nhiên nó là loạn nhịp tốt cho bệnh nhân, không cần điều trị



### Nhịp nhanh

Nhịp nhanh là vấn đề thường gặp nhưng các bác sĩ hay hoảng sợ hoặc nhầm lẫn khi thấy bệnh nhân nhịp nhanh

So với các nguyên nhân gây nhịp tim chậm, nguyên nhân gây nhịp nhanh ít hơn. Nhịp nhanh có thể nhanh xoang hoặc loạn nhịp nhanh. Nhịp nhanh xoang là nhịp bình thường và hiếm khi vượt quá 160 lần / phút ở người lớn. Nhịp nhanh xoang là phản ứng sinh lý, vì vậy luôn có nguyên nhân. Điều trị thường chỉ điều trị nguyên nhân. Nguyên nhân hay gặp nhất gây nhịp nhanh là sốt. Các nguyên nhân khác là giảm thể tích (có thể do tiêu chảy, nôn, mất máu, mất huyết tương, đa niệu), thiếu oxy (có thể do hô hấp hoặc tim) và nhiễm toan. nhịp nhanh xoang do lo âu là nguyên nhân hay gặp nhưng là chẩn đoán loại trừ. Nhịp nhanh xoang có thể là do dùng các thuốc như thuốc chống trầm cảm, adrenaline, isoprenaline và atropine. nhiễm độc tuyến giáp cũng là nguyên nhân hay gặp gây nhịp nhanh xoang. Nếu không phải nhanh xoang, nó có thể là loạn nhịp như PSVT, rung nhĩ, cuồng nhĩ hay nhanh thất. Những nhịp này chẩn đoán tốt hơn bằng ECG nhưng cũng có thể phân biệt được bằng lâm sàng

- PSVT: từng đợt, tần số hơn 180l/p, đáp ứng hoặc không với biện pháp xoa xoang cảnh
- Cuồng nhĩ: tần số thay đổi, nhịp có thể đều hoặc không tùy theo dạng block AV, tần số giảm khi xoa xoang cảnh
- Rung nhĩ: nhịp không đều hoàn toàn, tần số thay đổi, không đáp ứng khi xoa xoang cảnh
- Nhanh thất: tần số thay đổi, nhịp đều, không đáp ứng với xoa xoang cảnh, sóng cannon ở JVP



- cường thất/rung: không cảm thấy mạch. sẽ gây ngừng tim. phát hiện trên ECG

## Nhiệt độ

Đây là một dấu hiệu sinh tồn khác. Dấu hiệu sinh tồn quan trọng vì nếu nó bất thường bạn sẽ không thể duy trì được sự sống trong thời gian dài. Điều này cũng đúng đối với nhiệt độ. Nếu nhiệt độ cơ thể quá thấp (hạ thân nhiệt) hoặc quá cao (tăng thân nhiệt) có thể gây tử vong hoặc tổn thương não không hồi phục. Vì vậy, cần ghi lại và theo dõi nhiệt độ trong mọi trường hợp. Thường thì sinh viên hỏi bệnh nhân xem bệnh nhân có sốt hay không hoặc đôi khi chỉ chạm vào băng tay và kết luận sốt hoặc không sốt. Điều này không thể chấp nhận được. Bởi vì có một số tình huống mà chúng ta cần nhiệt độ chính xác để theo dõi bệnh nhân. Đôi khi bệnh nhân phàn nàn có sốt, nhưng thực tế thân nhiệt không tăng (thảo luận sau). Hãy để chúng tôi liệt kê 1 số tình huống chúng ta cần ghi nhiệt độ chính xác.

a. Tương quan với nhịp tim: Nguyên nhân hay gặp nhất gây nhịp nhanh là sốt. Vì vậy, nếu bệnh nhân có mạch nhanh, điều đầu tiên cần kiểm tra bệnh nhân có sốt hay không. Nếu không sốt, nên tìm 1 số nguyên nhân khác như (giảm thể tích hoặc thiếu oxy). Nó cũng giúp chúng ta phát hiện ra nhịp chậm tương đối và nhịp nhanh tương đối. Nhịp tim tăng khoảng 10 nhịp mỗi phút khi nhiệt độ tăng 1°F. khi nó dưới ngưỡng này ta nói chậm tương đối (sốt virus, sốt thương hàn, sốt trong tăng ICP, sốt ở bệnh nhân có bệnh nút xoang...) khi nó nhanh hơn ngưỡng này ta nói nhanh tương đối (viêm cơ tim, sốt thương hàn kèm xuất huyết nội hoặc kèm các nguyên nhân khác như giảm thể tích hoặc thiếu oxy)

b. Tương quan với tần số hô hấp: Giống như tương quan giữa nhịp tim và sốt. Trên thực tế, nguyên nhân gây thở nhanh hay gặp nhất là do sốt. Điều này có nghĩa là nếu bạn gặp 1 trường hợp thở nhanh, bạn nên nghĩ



đến có thể là do sốt. Nếu không phải do sốt thì nên tìm nguyên nhân khác (thảo luận trước đó).

c. Đôi khi người ta than phiền về sốt nhưng đo nhiệt độ lại thấy bình thường. Đây là bệnh nhân có thể cảm thấy sốt. trường hợp này gặp trong nhiễm độc tuyến giáp, giai đoạn tiền xuất huyết của sốt xuất huyết, hội chứng sau mẫn kinh và điều trị bằng thuốc giãn mạch như thuốc chẹn kênh calci.

d. Sốt: Bằng cách ghi lại chính xác nhiệt độ, chúng ta có thể biết được loại sốt và nguyên nhân gây sốt. Các loại sốt khác nhau như sốt liên tục, cách hồi... cần ghi lại nhiệt độ mỗi 4h

i. Sốt liên tục: Sự thay đổi ngày đêm là trong vòng  $1^{\circ}\text{C}$  và nhiệt độ không chạm vào đường cơ sở, gặp trong sốt thương hàn và sốt do rickettsia

ii. Có cơn tăng giảm: Sự biến đổi ngày đêm là trong vòng  $2^{\circ}\text{C}$  và nhiệt độ không chạm vào đường cơ sở, loại sốt hay gặp nhất trên lâm sàng.

iii. cách hồi: sốt xuất hiện theo khoảng thời gian, (hàng ngày), cách 1 ngày, cách 2 ngày... sốt rét là nguyên nhân hay gặp nhất gây sốt cách hồi.

iv. sốt mèn: khi biến đổi ngày đêm nhiều hơn  $5^{\circ}\text{C}$ . Nó còn gọi là sốt nhiễm trùng (Septic fever). bệnh nhân sốt cao và thỉnh thoảng có hạ thân nhiệt.

e. Sốt hư cấu (Fictitious fever): Đôi khi người ta phàn nàn sốt trong vài ngày (đặc biệt là phụ nữ) mà không có ảnh hưởng xấu đến cơ thể và không có các triệu chứng khác. Do không có tình trạng suy giảm về sức khoẻ và không có các triệu chứng khác nên cần nghi ngờ. Ở những bệnh nhân này, đề nghị họ đo nhiệt độ mỗi 4h và ghi lại và thời thời điểm sốt



cao nhất trong 1 hoặc 2 tuần. thường thì khi bệnh nhân làm theo hướng dẫn này sẽ tự hết cơn sốt

f. Hạ và tăng thân nhiệt: Trừ khi có ghi chép chính xác nhiệt độ, nếu không sẽ không thể chẩn đoán và điều trị những trường hợp này được.

### **Tĩnh mạch cổ**

Kiểm tra tĩnh mạch cổ là một thăm khám quan trọng. Các lỗi liên quan đến điều này là:

### **Mạch tĩnh mạch/động mạch**

Bất cứ khi nào thấy mạch đập ở cổ, cần biết nó là ở tĩnh mạch hay động mạch. Có nhiều điểm được mô tả trong hầu hết các sách lâm sàng. Tất cả các điểm cần được xem xét, bởi vì một trong những điểm này có thể bị nhầm lẫn trong một trường hợp cụ thể. Để xem nào:

- Xung tĩnh mạch có nhiều hơn 1 sóng; xung động mạch chỉ có 1 sóng. có 3 xung là xung tĩnh mạch, nhưng chỉ có 3 sóng tĩnh mạch ( a, c và v) , nhưng chỉ thấy sóng a và v. không có sóng "a" trong rung nhĩ

- Xung tĩnh mạch dễ thấy, xung động mạch dễ sờ thấy. nhưng ở bệnh nhân tăng áp động mạch phổi nặng kèm hở van 3

lá có thể nhìn và sờ xung tĩnh mạch rõ

- Xung tĩnh mạch thường ở trên cao, xung động mạch không vậy. nhưng nếu áp lực tĩnh mạch cao thì xung sẽ ở trong sọ do đó dựa vào đặc điểm này không thể xác định hoàn toàn được tất nhiên còn những tiêu chuẩn khác như sự thay đổi theo hô hấp của JVP, thay đổi JVP liên quan tư thế bệnh nhân, có thể làm mất nó bằng cách ép vào cổ

### **Tăng bệnh lý**



JVP tăng bệnh lý chỉ khi thấy nó khi nằm tư thế đầu 45 độ (cổ và thân người) nó có thể thấy ở người bình thường khi nằm góc dưới 45 độ. nếu JVP thấy khi bệnh nhân ngồi thẳng thì nó là tăng JVP. cổ nên ở tư thế giãn và ánh sáng tốt

### Mạch đập/không đập

Nhiều bác sỹ / sinh viên quan niệm JVP không đập trong các bệnh màng tim. Không phải vậy. Trên thực tế ở bệnh màng tim, sự đi xuống của sóng X và Y quan trọng hơn. X xuống sâu hơn trong dịch màng ngoài tim còn Y xuống sâu hơn trong viêm màng ngoài tim co thắt. JVP không đập khi có tắc nghẽn tĩnh mạch chủ trên khi có chèn ép ở trung thất

### Phản xạ nôn

Có những cuốn sách viết phản xạ vòm miệng (palatal) như phản xạ nôn và có những cuốn sách viết phản xạ nôn như phản xạ vòm miệng. Tuy nhiên, nếu người ta hiểu ọe (gag) là gì, sẽ không có sự nhầm lẫn này. Khi bất cứ cái gì (thường là thức ăn) chạm vào phần sau của lưỡi, vòm họng, thực quản hay amidal khẩu cái sẽ có phản xạ bình thường do sự co lại của phần mềm vòm miệng, đóng lại hầu họng; phần sau của lưỡi được nâng lên để ngăn không cho thức ăn trở lại miệng; thanh quản được nâng lên và đưa đến một nơi cao hơn. chỉ có nơi duy nhất vẫn mở là thanh môn. phản xạ tổng thể này được gọi là "ọe". Khi nó được gọi lên bằng cách kích thích vòm miệng đó là phản xạ vòm miệng, khi nó xuất hiện do kích thích họng gọi là phản xạ hầu họng. tất cả đều gây ọe. mục đích phản xạ ọe là đẩy thức ăn về phía phần thanh môn và bảo vệ đường hô hấp . khi phản xạ nôn không hiệu quả, sẽ có thể trào ngược thức ăn lên mũi, gây ho do thức ăn vào thực quản





**Dây thần kinh sọ ix và x**

Sinh viên quá quan trọng khi khám dây 9 và 10 bằng cách kích thích phản xạ vòm họng và vòm miệng. Nhưng sự thật đáp ứng với 2 phản xạ này thay đổi rất nhiều ngay cả ở những người bình thường. Do đó khó khăn và khó hiểu khi phải giải thích chúng. Tuy nhiên, cần lưu ý rằng các triệu chứng liệt dây 9 và 10 quan trọng hơn các dấu hiệu. Những triệu chứng này là khó nuốt, rối loạn vận ngôn và khàn tiếng. trào ngược thức ăn qua mũi, giọng mũi, nước bọt tích tụ ở cổ họng và gây ho khi nuốt là triệu chứng của liệt dây thần kinh sọ. Cũng cần phải nhớ rằng liệt neuron vận động 1 bên không ảnh hưởng vấn đề chức năng nào ở những dây này. phản xạ ho khi nuốt đơn thuần cũng không phải do liệt dây 9 hay 10 vì nó cũng có thể do rò khí- thức quản

**Hạn chế khám cảm giác**

khám cảm giác cần có sự hợp tác tuyệt đối từ bệnh nhân. kết thúc khám có thể đánh giá bệnh nhân có mất cảm giác hay không mất cảm giác có thể không đều, bệnh lý 1 dây thần kinh, đa dây thần kinh, rễ, dạng phân ly, mất cảm giác bán phần... qua phản ứng vùng đồi thị và vỏ não. Để kết luận dứt khoát, người khám phải có kiến thức về da cơ, dây thần kinh cảm giác và vùng chi phối. khám hệ thống cảm giác cần phải có sự hợp tác hoàn toàn từ bệnh nhân. nên giải thích rõ cho bệnh nhân phải làm gì, nếu bệnh nhân không hiểu anh ta phải làm gì thì khám sẽ sai. Vì vậy, trước khi khám cảm giác, bệnh nhân phải có tâm trạng thoải mái, nếu không cần chờ một thời gian khác. Đó là lý do tại sao người ta nói rằng khám cảm giác rất khó khăn



## Test romberg

Test Romberg được thực hiện để đánh giá sự mất cảm giác cảm thụ bản thể ở chân tay. Ở đây bệnh nhân được yêu cầu đứng thẳng; đầu tiên mở mắt, sau đó nhắm mắt. Nếu bệnh nhân không thể đứng vững khi mở mắt thì không cần thử khi nhắm mắt vì không có giá trị. Trong trường hợp như thế, cần giải thích cẩn thận, phải tìm lý do vì sao bệnh nhân không thể đứng vững khi mở mắt, do yếu cơ hay do mất điều hòa (tổn thương não). Nếu bệnh nhân đứng vững khi mở mắt, mới yêu cầu bệnh nhân nhắm mắt lại.

Nếu bắt đầu lắc lư, bệnh nhân bị mất cảm giác điều hòa do mất cảm giác cảm thụ bản thể. lỗi của sinh viên là không đề phòng bệnh nhân sẽ bị ngã khi yêu cầu bệnh nhân nhắm mắt lại.

## Lỗi khi khám vận động

1 vài lỗi khi khám vận động:

- Trong khi phân loại độ mạnh cơ bắp phụ thuộc vào từng cá nhân. độ 5 ở trẻ có thể là độ 4 của người lớn. khám độ 5 ở người bình thường thực tế có thể là độ 4 ở người khỏe mạnh
- Trước khi xác nhận giảm hoặc mất phản xạ gân sâu, cần kích thích chúng bằng việc tăng cường chúng (thí nghiệm pháp Jendrassik).
- Đánh giá teo: đo vòng chi chỉ dùng khi có bất đối xứng chi. với tổn thương đối xứng thì không cần thiết đánh giá. Ở đây, đánh giá bằng thị giác phải trên tiêu chuẩn từng cá nhân. Chỉ số cố định trong sách với người có chiều cao trung bình, nên sử dụng nó làm chỉ số đánh giá mức độ teo là không chính xác với tất cả mọi người. Với những người quá cao hoặc quá thấp cần so sánh với chi đối diện.



- Giảm trương lực cơ không phải lúc nào cũng do bệnh nơ-ron vận động. Nó cũng có thể do bệnh não, bệnh UMN trong giai đoạn sốc, múa giật và múa vung nửa người (hemiballismus).
- Cơ bị teo cần thời gian để phát triển (khoảng 3 tuần) trong bệnh LMN. Vì vậy, nếu tổn thương thần kinh trong thời gian này, có thể cơ không bị teo ngay cả khi không bị teo ngay cả khi tổn thương neuron vận động tầng dưới LMN
- Tổn thương cơ duỗi gan bàn chân không có nghĩa là tổn thương bó tháp. Có thể gặp khi ngủ, tình trạng hôn mê, và trẻ sơ sinh. Tổn thương cơ duỗi gan bàn chân đối xứng không có giá trị ở bệnh nhân hôn mê.

### **Liệt 2 chi dưới không phải đều do tổn thương tủy sống**

Đó là kinh nghiệm của tôi khi thấy sinh viên bị nhầm lẫn trong hai tình huống thường gặp phải; đây là những đánh giá với bệnh nhân bất tỉnh và bệnh nhân liệt. Bất cứ khi nào gặp một trường hợp bị liệt hầu hết người ta đều nghĩ rằng nguyên nhân là ở tủy sống. Tuy nhiên, liệt hai chi dưới có thể do tổn thương ở vỏ não (liệt vỏ) hoặc trong hội chứng đuôi ngựa. Nếu tổn thương thời gian ngắn thì khó phân biệt tổn thương tủy với hội chứng đuôi ngựa vì đặc điểm neuron vận động tầng trên (tủy) với neuron vận động tầng dưới (đuôi ngựa) sẽ không rõ ràng. triệu chứng duy nhất có thể giúp phân biệt là đáp ứng cơ duỗi- gan bàn chân không có ở hội chứng đuôi ngựa. Tất nhiên đánh giá thêm mức độ cảm giác. phản xạ, teo và thay đổi trương lực cơ phải mất vài ngày để tiến triển. Có rất ít nguyên nhân liệt do tổn thương vỏ não. Đây là do tổn thương não gây liệt 2 bên, u màng não đường giữa, huyết khối động mạch não trước và huyết khối xoang tĩnh mạch dọc trên. Trong các nguyên nhân vỏ não này, ó thể có co giật cục bộ ở chân, có thể có tổn thương giác quan (mất cảm giác, mất nhận thức xúc giác) hoặc có thể không có bất kỳ tổn thương cảm giác nào.



## Giải thích rung thanh (vr)

Người ta thường thấy rằng sinh viên gặp khó khăn khi khám rung thanh. Nguyên nhân gây ra lỗi này là họ nhầm lẫn giữa độ lớn với độ vang, 2 cái này không giống nhau. Họ nên đánh giá độ vang của âm thanh. Nguyên nhân khác gây lỗi là chúng ta thường không nói với bệnh nhân phát ra âm thanh cộng hưởng như được mô tả trong các cuốn sách như ONE ONE, NINETY NINE NINETY NINE NINETY NINE; thay vì đó chúng ta lại bảo họ nói những từ như

"một hai ba" là những từ không có độ vang. Bởi vì chúng ta tự sửa đổi phương pháp nên kết quả đánh giá bị sai lệch. Bất cứ khi nào nghi ngờ, cho bệnh nhân nói thầm bằng âm ngực, nó đáng tin cậy hơn so với âm vang (VR).

## Hạn chế khi thăm khám hô hấp

Rất nhiều chú ý quan trọng đưa ra khi thăm khám 1 bệnh nhân có vấn đề hô hấp; thường những trường hợp như vậy có thể cho kết quả thăm khám khác nhau. Nó tốt khi thực hành lâm sàng nhưng tôi nhấn mạnh chẩn đoán thu được tốt hơn khi bạn hỏi bệnh sử cẩn thận gần 90% chẩn đoán bệnh hô hấp có được từ bệnh sử. Đa số bác sĩ sẽ nói khí quản nằm giữa, trong cùng trường hợp đó, sẽ có bác sĩ nói nó nằm bên phải hoặc bên trái. Trong cùng 1 vị trí của bệnh nhân, người sẽ cho là gõ đục, người thì bảo bình thường. Có nhiều ý kiến khác nhau khi khám cùng 1 trường hợp bệnh nhân hô hấp. Vì vậy, để chẩn đoán tôi nhấn mạnh vào vai trò của bệnh sử. Tôi sẽ trích dẫn một số ví dụ ở đây.

- Trường hợp xuất hiện đột ngột sốt cao kèm ho và đau thắt ngực, chẩn đoán có khả năng nhất là viêm phổi.



- Một người hút thuốc có ho kèm nhiều đờm trong vài năm qua nghĩ tới chẩn đoán viêm phế quản mãn tính.
- Một bệnh nhân có tiền sử ho với nhiều đờm mủ kéo dài trong nhiều năm ở những giai đoạn khác nhau chẩn đoán nghĩ tới giãn phế quản
- Một bệnh nhân bị viêm phổi khởi phát sau đó xuất hiện nhiều mủ trong vài ngày sau sẽ nghĩ tới áp xe phổi
- Một bệnh nhân có tiền sử thở khò khè trong nhiều năm thay đổi theo mùa, chẩn đoán nghĩ tới hen phế quản.
- Một bệnh nhân bị sốt nhẹ trong nhiều ngày kèm sụt cân, ho, với việc giảm cân, ho và khạc đờm có thể nghĩ tới lao phổi.

Người già hút thuốc ho khan trong nhiều tuần kèm ho máu có thể do carcinoma phế quản và như vậy, tôi muốn trích dẫn câu nói của tác giả.

*GK Crofton trong cuốn McLeod's clinical examination (9th edition 1995, page 136): "trong nhiều trường hợp, hỏi bệnh cần thận trọng hơn khám các dấu hiệu dễ lẫn lộn"*

Trong trường hợp bệnh lý hô hấp, chụp XQ ngực quan trọng hơn sau bước hỏi bệnh sử. Mỗi sinh viên phải có đầy đủ kiến thức để phân tích 1 phim XQ ngực

## Tiểu máu

Nước tiểu máu đỏ thường gợi ý đái máu. Nhưng có khi không phải do đái máu. 1 trong đó là tiểu ra hemoglobin niệu. Ở đây có hemoglobin trong nước tiểu. Cần phân biệt rõ ràng vì điều trị 2 cái này khác nhau do nguyên nhân khác nhau. các bạn cần biết nguyên nhân gây ra tiểu máu và đánh giá các trường hợp như thế nào. Hemoglobin niệu xảy ra do tan máu trong lòng mạch. Tan máu nhiều trong nội mạch có thể dẫn tới kết tủa sắc tố



hemoglobin trong ống thận và gây suy thận cấp. Đái máu trong nước tiểu có hồng cầu, đái ra hemoglobin niệu không chứa hồng cầu nhưng RBC nhưng xét nghiệm hồng cầu trong nước tiểu 10 thông số dương tính. Màu nước tiểu trong hemoglobin niệu hồng hay đỏ tùy vào lượng hemoglobin trong đó. Ăn quá nhiều củ cải đường cũng có thể tiểu màu đỏ.

### Sóng cannon và tiếng cannon

Nếu gặp một bệnh nhân nhịp chậm, bạn phải tìm sóng cannon ở cổ. nhịp chậm đều kèm sóng cannon gợi ý block AV hoàn toàn. Trong tình huống tương tự, có thể nghe thấy tiếng cannon khi nghe tim. Sóng cannon chỉ thỉnh thoảng mới thấy và không đều trong block AV 3. Để gặp sóng cannon có khi phải quan sát bệnh nhân trong một thời gian dài. Điều này xảy ra chỉ khi tâm nhĩ và tâm thất co cùng nhau làm van nhĩ thất đóng lại khi nhĩ co, làm máu từ tâm nhĩ phải phun trở lại về tĩnh mạch cổ để gây ra sóng cannon. Cần nhớ rằng sóng cannon và tiếng cannon không xảy ra cùng nhau vì cơ chế khác nhau. Tiếng cannon là tiếng lớn đầu tiên xuất hiện do sự co lại rất nhanh của tâm nhĩ và tâm thất. Giống như sóng cannon. Tiếng cannon nghe không đều, thì thoảng mới có 1 tiếng

### Kiểm tra bằng mắt các chất, dịch bài tiết của bệnh nhân

Một số phân nản hay gặp của bệnh nhân là thay đổi thành phần của phân, nước tiểu, dịch nôn, mủ... Không phải lúc nào cũng có thể đi đến kết luận từ mô tả của bệnh nhân và không an toàn khi tin hoàn toàn vào họ. Do đó phải nhìn tận mắt của mình.

### Phân

Màu sắc của phân, lượng phân (nếu được yêu cầu lấy trong 24 giờ), có thể biết có máu, chất nhầy hay giun sán. Các loại phân đặc biệt là phân màu đen (nếu dùng bismuth, than hoạt hoặc máu trong phân), phân màu



trắng trong bệnh vàng da tắc mật, phân nhiều ở bệnh nhân có hội chứng kém hấp thu, máu trong phân có thể gặp trong ung thư trực tràng... hội chứng lỵ cũng có phân máu. Các loại giun sán có thể thấy bằng mắt như giun, sán dây, sán cá... Phân của viêm tụy mạn có mùi hôi, nổi trên nước dính vào bồn cầu. Nút kẽ hậu môn máu sẽ dính vào bề mặt phân

### **Nước tiểu**

Kiểm tra nước tiểu đơn thuần có thể tiết lộ nhiều thứ. Tiểu máu có thể nhìn bằng mắt (mặc dù nó phải được phân biệt với hemoglobin niệu đã được đề cập trước đó). Màu sắc trong nước tiểu thay đổi tùy thuộc vào lượng máu có trong nước tiểu. Nếu lượng máu rất ít, nó có thể dạng như khói trong viêm cầu thận cấp. Nếu được yêu cầu lấy nước tiểu trong ba ống nghiệm (đầu, giữa và cuối bãi tiểu) có thể dự đoán được vị trí chảy máu. Nước tiểu trở nên trắng hơn nếu chứa nhiều mù hoặc lipid (tiểu ra dưỡng chấp).

### **Đờm**

Qua nhìn đờm, ta có thể biết lượng đờm (nếu lấy trong 24h), màu sắc, mùi và loại đờm. Cũng có thể biết có cần nuôi cấy hay làm xét nghiệm khác hay không.

### **Dịch nôn**

Lượng dịch, thành phần và mùi là những gợi ý có giá trị để chẩn đoán. Đôi khi nhìn hành vi nôn mửa cũng có thể giúp chúng ta biết nguyên nhân.

Giống như các dịch khác của cơ thể, cần nhìn trực tiếp. Giống như 1 vết thương bề mặt và được băng lại. bạn nên mở ra và nhìn trực tiếp hơn là tin vào lời khai của bệnh nhân. bạn phải nhìn xem có ho máu hay nôn máu

Tôi nhớ một trường hợp - một cô gái vào viện vì nôn máu. Hỏi ra trong 3 ngày trước, cô nôn máu trong khi đi quanh phòng, mỗi ngày cùng 1 lượng



máu nôn và nôn cùng 1 chỗ trên sàn phòng ngủ. Điều này gây ra nghi ngờ nôn máu như này là hành động không cố ý. Làm thế nào mà người ta có thể nôn vào cùng 1 vị trí mỗi ngày. chúng tôi đã kiểm tra dịch nôn và không thấy có máu chứng tỏ đây là trường hợp giả vờ. Do đó chúng ta phải nhìn trực tiếp dịch nôn để chẩn đoán

Nếu bệnh nhân giả vờ, anh ta/cô ta sẽ cố gắng tránh cho bạn nhìn thấy dịch nôn của cơ thể.

### Thiếu máu và giảm protein máu

Nếu một bệnh nhân niêm mạc mí mắt nhợt ta thường nói bệnh nhân bị thiếu máu. Nhưng trước khi đi đến một kết luận như vậy, chúng ta nên xác nhận bằng đánh giá hemoglobin và protein huyết thanh. Nếu cả hai đều giảm, ta nói bệnh nhân đang bị thiếu máu và giảm protein máu. Mặc dù sự kết hợp này hay gặp nhưng nguyên nhân của nó rất hạn chế. Do thiếu máu và giảm protein không phải là bệnh mà là biểu hiện của một số bệnh. Nếu cùng một bệnh nhân có thiếu máu ( $<7\text{g / dl}$ ) cũng có thể xảy ra tình trạng giảm protein (albumin huyết thanh  $<3\text{ g / dl}$ ) thường nguyên nhân luôn ở đường tiêu hoá. Hãy để chúng tôi chỉ cho bạn xem. giảm protein nghĩa là protein huyết thanh không sinh ra đủ hoặc rò rỉ ra ngoài (trong phân hay trong nước tiểu). Protein sẽ không được tổng hợp ra trong các bệnh về gan như xơ gan hoặc suy gan cấp. Trong cả hai trường hợp này, chúng ta đều có thiếu máu đáng kể; thay vì sẽ có triệu chứng liên quan như vàng da. Các nguyên nhân mất protein như hội chứng thận hư thường chưa có thiếu máu trừ khi tiến triển suy thận mạn.

Vì vậy, thiếu máu và giảm protein đáng kể thường không gặp trong bệnh lý gan hoặc thận. Tuy nhiên, ở những bệnh nhân có vấn đề về đường tiêu hoá sẽ mất cả huyết tương và hồng cầu gây thiếu máu và giảm protein máu. các nguyên nhân này như ung thư tiêu hóa, bệnh giun móc, lao ruột





và các bệnh khác. Nói tóm lại, nếu bệnh nhân có thiếu máu kèm giảm protein máu thì nguyên nhân chủ yếu ở đường tiêu hóa. Do đó, cần xét nghiệm và khám kỹ kể cả xét nghiệm phân

Suy dinh dưỡng ở trẻ em sẽ gây ra thiếu máu do thiếu protein vì nó có thể sử dụng cho sự tăng trưởng, rất cần thiết cho trẻ nhỏ và không liên quan tới thiếu máu trừ khi có bệnh kèm theo như giun móc. Giảm protein máu ở người lớn hiếm khi do ăn kém. Bởi vì, cơ thể đã tăng trưởng hoàn toàn và tích lũy rất nhiều protein trong các mô khác nhau và nhu cầu ít hơn; do đó bất cứ lúc nào giảm protein đều có sẵn protein bù vào huyết tương. Nếu vẫn không đủ protein từ các mô khác nhau, sẽ phân hủy phá vỡ cấu trúc mô để duy trì protein ổn định. Trong trường hợp đó, thiếu máu là vấn đề hiếm gặp

### **Khối ở hố chậu trái**

So với khối ở hố chậu phải, khối ở hố chậu trái hiếm gặp. Ở đây khối có thể là do khối từ đại tràng sigmoid đại tràng xuống hoặc hạch lớn, ở nữ có thể khối ở vòi buồng trứng. Nhưng trước khi bình luận nó là khối gì thì phải loại trừ khối này là "u" phân. Nếu do phân, khi thụt tháo nó sẽ mất trong khi khối ở vị trí khác thì vẫn còn. Do đó, chỉ đánh giá khối ở hố chậu trái sau khi đã thụt tháo. Chú ý tiền sử táo bón kéo dài

### **Tắc ruột**

Đau bụng, nôn và chướng bụng là triệu chứng cổ điển của tắc ruột. Nhưng nôn và chướng bụng lại có những hạn chế. Ví dụ, nôn muộn xảy ra khi tắc ruột già và chướng bụng lại xảy ra khi tắc ruột non muộn. Vì vậy, chuỗi các sự kiện trong tắc ruột non là đau bụng → nôn → chướng bụng và tắc ruột già là đau → chướng bụng → nôn. Đôi khi có thể không chướng nếu tắc không hoàn toàn như lồng ruột và búi giun đũa. Tương tự,



tất cả các cơn đau bụng kèm nôn đều không phải do tắc ruột. Nôn chỉ là triệu chứng liên quan tới bệnh lý cấp tính ở ổ bụng như viêm túi mật cấp, viêm ruột thừa cấp, viêm tụy cấp... Nôn trong tắc ruột non dai dẳng và vọt ra trong khi các nguyên nhân khác thì thi thoảng nôn và không vọt. đau trong tắc ruột non đau từng cơn nhưng không dai dẳng chỉ khi tiến triển viêm phúc mạc, đau bụng cấp mới dai dẳng

### **Khám bộ phận sinh dục**

Thông thường bệnh nhân không phàn nàn về vấn đề sinh dục. Đôi khi môi trường tư vấn không có lợi cho bệnh nhân để nói về vấn đề sinh dục, cả nam lẫn nữ. Các bác sĩ bình thường đều bỏ qua việc kiểm tra bộ phận sinh dục. Nhiều vấn đề thường gặp có thể được chẩn đoán bằng cách kiểm tra bộ phận sinh dục như tràn dịch màng tinh hoàn, thoát vị bẹn, tinh hoàn ẩn, ung thư dương vật, u tinh hoàn, các loại loét sinh dục và chất tiết, viêm mô tế bào bìu...Nhiều trường hợp ung thư bị bỏ qua do không kiểm tra tinh hoàn. Tôi biết một số trường hợp bị xoắn tinh hoàn được điều trị như viêm tinh hoàn. Tôi cũng gặp trường hợp áp xe lạnh tinh hoàn (do lao) lại điều trị như viêm mào tinh hoàn. Vì vậy nên khám bộ phận sinh dục

Kiểm tra bộ phận sinh dục nữ nhiều vấn đề hơn và phải kiểm tra nếu đau bụng dưới không rõ nguyên nhân và ra dịch bất thường

### **Thăm trực tràng**

Không thể khám đầy đủ hệ tiêu hóa nếu không thăm trực tràng. Người ta cũng nói rằng việc thăm khám hệ tiêu hóa bắt đầu từ miệng và kết thúc tại hậu môn (khám trực tràng). Cần nhấn mạnh tầm quan trọng của việc thăm trực tràng ở những bệnh nhân nặng, đặc biệt khi có rối loạn tiêu hóa. ở bệnh nhân đau bụng cấp, thăm trực tràng có thể thấy máu theo tay hoặc táo bón ở bệnh nhân có biểu hiện như tắc ruột



## Tìm kiếm bước ngoặt

Trong các trường hợp phức tạp, không thể đưa ra chẩn đoán rõ ràng ngay từ đầu. Tôi nhấn mạnh rằng trong những trường hợp như vậy, tiền sử có thể mang lại những thông tin có giá trị. Nếu không, trong khi bệnh nhân đang được điều trị bằng chẩn đoán giả định có thể sẽ có điểm kemp theo bằng chứng kết luận về chẩn đoán. Đây có thể coi là bước ngoặt của trường hợp này. Điều này có thể đến từ bệnh sử, khám hay xét nghiệm. Tôi sẽ đưa ra vài ví dụ:

- Tôi đã nhắc tới trường hợp bệnh nhân nữ điều trị liệt cơ, sau đó cô cần chông. hỏi tiền sử cô có bị mèo cắn. Biểu hiện cần chông chính là bước ngoặt
  - thanh niên điều trị đau bụng cấp. chướng bụng và cậu nôn ra giun đũa. Nôn ra giun là bước ngoặt
- Một người cao tuổi bị co giật, chụp CT sọ thấy nhiều ổ choán chỗ, bác sĩ nghi sán não. Ông đã được điều trị, nhưng không cải thiện. Một ngày nọ, bác sĩ khám thấy nổi hạch vùng cổ của ông, sinh thiết chọc hút kim nhỏ cho thấy thấy ung thư biểu mô tuyến di căn. Phát hiện nổi hạch bạch huyết có thể coi là bước ngoặt trong trường hợp này
  - Một cậu bé bị đau đầu và nôn; kèm phù gai thị. CT bình thường. Xử trí bằng các biện pháp giảm áp lực nội sọ, triệu chứng có cải thiện và được chẩn đoán tăng áp lực nội sọ lành tính. Vài ngày sau bệnh nhân lại đau đầu, nôn và co giật. chụp MRI thấy u não. Sự tái phát của các triệu chứng có thể được coi là bước ngoặt của ca bệnh.

## Khám nhanh

Mỗi bệnh nhân cần khám kỹ. khám nhanh có thể cho dữ liệu và kết luận sai có thể gây rất tổn kém cho bệnh nhân, rất lãng phí. Do đó, vì bất kỳ lý



do gì nếu bạn vội, đừng nên khám bệnh nhân, thay vào đó có thể nhờ người khác. Tôi nhớ một trường hợp được chẩn đoán bởi một bác sĩ nội trú là tràn dịch màng phổi số lượng lớn và cho về buồng bệnh. Sau đó bệnh nhân tử vong, người ta phát hiện đó là trường hợp tràn khí màng phổi áp lực. Bác sĩ này đã không gõ để khám phổi mà chỉ nhìn phim. Phải biết rằng tràn khí màng phổi áp lực có thể gây tử vong trong thời gian ngắn



# CHƯƠNG 3 XÉT NGHIỆM



## Bài 1 Làm xét nghiệm không có kế hoạch

Mọi xét nghiệm phải làm theo kế hoạch hoặc mục đích, Làm không mục đích giống như mò mẫm cái gì đó trong bóng tối. Để lập kế hoạch, chúng ta cần có bệnh sử tốt, thăm khám toàn diện, đưa ra chẩn đoán tạm thời và chẩn đoán phân biệt. Cần xét nghiệm để xác định chẩn đoán và loại trừ 1 số bệnh khác. Xét nghiệm có thể cung cấp thông tin tối đa nên làm trước, càng rẻ càng tốt. Nếu nó đắt thì nên cân nhắc nó có giá trị lớn không? Nếu thu được nhiều thông tin tương tự từ xét nghiệm rẻ hơn thì nên làm cái rẻ hơn. Lập kế hoạch đúng đắn có thể không chỉ tiết kiệm thời gian và tiền bạc, mà nó còn nâng cao khả năng phán đoán lâm sàng của chúng ta. "không bác sĩ nào nên yêu cầu xét nghiệm trừ khi người đó hiểu và biết những thông tin mà xét nghiệm đó cung cấp, chi phí cũng như nguy cơ có thể có với bệnh nhân" (Hutchison's clinical method, 18th edition, page 4).

## Bài 2 Xét nghiệm ưu tiên

Hiện nay có vô số loại xét nghiệm. Trong một trường hợp cụ thể có thể phải làm nhiều loại xét nghiệm. Cái nào nên làm ngay lập tức, cái nào có thể trì hoãn là việc các bác sĩ nên phát triển thói quen này. Tôi sẽ đưa ra 1 vài ví dụ cho các bạn:

- a. Trong trường hợp suy tim thiếu máu cần truyền máu. Trước khi truyền máu cần làm phết đồ máu ngoại biên. Nó sẽ cung cấp thông tin về nguyên nhân thiếu máu. Kết quả sẽ thay đổi sau khi bạn cho truyền máu
- b. Nếu có nghi ngờ thiếu máu tan huyết, cần làm xét nghiệm đánh giá tan máu ngay từ đầu. Đó là tăng hồng cầu lưới, tăng urobilinogen trong nước tiểu và tăng bilirubin không liên hợp (gián tiếp). Chỉ sau khi đã xét nghiệm những điều này mới nên tiến hành tìm nguyên nhân gây tan máu.



Bạn phải làm xét nghiệm đếm hồng cầu lưới trước khi truyền máu hoặc dùng thêm các yếu tố như sắt hoặc axit folic.

c. Bệnh chèn ép tủy có thể chữa khỏi nếu điều trị sớm. Nếu điều trị muộn có thể phục hồi không hoàn toàn hoặc không hiệu quả. Do đó nên xác định chẩn đoán sớm, chụp MRI là thăm dò được ưa dùng, tuy tốn kém nhưng đáng làm. Nó có thể cho thấy vị trí, loại và mức độ chèn ép, loại trừ bệnh lý tổn thương tủy và đốt sống. Trong một trường hợp nghi ngờ chèn ép tủy, không nên chọc tủy sống. Tôi đã gặp một vài trường hợp bệnh nặng hơn sau chọc dịch não tủy.

d. Trong trường hợp sốt rét kèm mất ý thức, ưu tiên xét nghiệm phết máu ngoại biên phát hiện ký sinh trùng sốt rét và chọc dịch não tủy loại trừ viêm màng não.

e. Ở bệnh nhân phù toàn thân, xét nghiệm đơn giản như albumin niệu có thể giúp loại trừ bệnh thận

f. Ở bệnh nhân vàng da, xét nghiệm nước tiểu phát hiện sắc tố mật và urobilinogen sẽ cho rất nhiều thông tin. Với sự giúp đỡ của hai xét nghiệm này, người ta sẽ xác định được đó là vàng da tan máu, do bệnh gan hay tắc mật

Sắc tố mật Trong nước tiểu	Nước tiểu Urobilinogen	Dạng tắc mật
Không	Nhiều	Tan máu
Có	Có	Bệnh tế bào gan
Có	Không	Tắc nghẽn

g. nếu 1 trường hợp co giật tái phát, rất có khả năng nó là trường hợp động kinh. trong những trường hợp như vậy nên ưu tiên CT não. Nó giúp phát hiện sự thay đổi cấu trúc của não. EEG hay làm với động kinh nhưng



nó không thể nhận ra những bất thường và không biết được sự thay đổi cấu trúc trong não. Có rất nhiều ví dụ về các xét nghiệm nên ưu tiên trong các trường hợp

### Bái 3 Thời điểm xét nghiệm

Chúng ta cũng biết thời điểm đánh giá cũng rất quan trọng trong cùng 1 trường hợp, các xét nghiệm ở thời điểm khác nhau sẽ có thể cho kết quả khác nhau. Vì vậy, bạn nên biết thời điểm nên tiến hành xét nghiệm với mỗi trường hợp. Tôi đưa cho bạn vài ví dụ dưới đây:

- a. nếu XQ ngực chụp sớm ở bệnh nhân viêm phổi, nó có thể hoàn toàn bình thường. Nhưng chụp sau 1 hoặc 2 hôm sẽ có dạng mờ đồng nhất
- b. nếu dịch não tủy lấy trong vòng vài giờ sau xuất huyết dưới nhện (< 4 h) chúng ta có thể không thấy sắc tố vàng (xanthochromia). cần ít nhất 4h để xuất hiện sắc tố vàng
- c. trong trường hợp nhồi máu cơ tim cấp, CPK tăng sớm (trong 24h). nếu làm sau 2-3 ngày nó sẽ về bình thường, trong khi SGOT và LDH sẽ tăng trong thời gian này
- d. nếu chúng ta muốn phát hiện loạn nhịp (như PSVT) chỉ xuất hiện theo cơn thì cần làm ECG liên tục. sau cơn thường không phát hiện ra, thậm chí đeo Helter cũng có khi không phát hiện ra loại loạn nhịp này
- e. đột quỵ não nếu CT làm sớm quá, kết quả có thể bình thường
- f. trong trường hợp viêm tụy cấp, amylase máu tăng trong 72h đầu, lý tưởng là trong vòng 24h. làm sau đó có thể bình thường
- g. để chẩn đoán sốt thương hàn cần cấy máu trong tuần đầu tiên, trong tuần thứ 2 test Widal có thể dương tính. tương tự cấy phân dương tính từ tuần thứ 3 trở đi





- h. nếu có cơn hạ đường huyết cần test glucose trước khi truyền glucose tĩnh mạch
- i. nếu đếm hồng cầu lưới cần làm trước khi cho bệnh nhân truyền máu hoặc dùng các yếu tố tăng tạo máu
- j. nếu phết máu ngoại biên làm trong cơn sốt thì tỷ lệ phát hiện sốt rét cao.

### **Bài 4 Khi kết quả không đáng tin cậy**

Chắc bạn đã từng nhận được kết quả xét nghiệm làm bạn lẩn tẩn. Có thể do chất lượng phòng xét nghiệm hoặc người đọc kết quả xét nghiệm không có kinh nghiệm. Rất khó khăn khi đề nghị bệnh nhân phải làm lại xét nghiệm vì tốn tiền của họ. Tôi đưa vài ví dụ để chứng minh tình huống này

a. một bệnh nhân nữ nghi viêm màng não mủ được chọc dịch não tủy. Nhưng kết quả trong dịch não tủy có nhiều bạch cầu lympho. kết quả này không đáng tin. ngày hôm sau chọc lại dịch não tủy nhiều bạch cầu trung tính. đây là ví dụ về trường hợp kết quả sai, dịch não tủy đục không thể do nhiều tế bào lympho được.

b. Một bệnh nhân nghi ngờ viêm phổi. xét nghiệm máu hb 19g/dl. hiếm khi hn cao vậy trừ khi bệnh nhân bị hội chứng tăng hồng cầu. Tuy nhiên, không có biểu hiện lâm sàng nào nghi có tăng hồng cầu. làm lại là 11g/dl

c. Một bệnh nhân có biểu hiện suy thận mạn, nước tiểu hàng ngày dưới 200ml nhưng xét nghiệm ure 7 và creatinine 130. Kiểm tra lại creatinine 560

d. Một bệnh nhân bị xuất huyết dưới da, là trường hợp nghi bệnh bạch cầu cấp. Nhưng số lượng tiểu cầu bình thường. Nghi ngờ xét nghiệm không



chính xác, vì xuất huyết tự phát chỉ xảy ra khi số lượng tiểu cầu dưới 35000 / cmm. làm lại số tiểu cầu là 20000 / cmm.

Một cô gái 20 tuổi được điều trị tại một bệnh viện tư nhân vì sốt. Cô có một số nốt phát ban, nhưng không xuất huyết. Số lượng tiểu cầu là 35000 / cmm. Cô được truyền 7 đơn vị máu toàn phần nhưng số lượng tiểu cầu không tăng, cô không có mất máu ở bất kỳ vị trí nào. Cô được chuyển viện khác xét nghiệm tiểu cầu hoàn toàn bình thường

e. Một bệnh nhân được chẩn đoán tiểu đường vì glucose máu 175 mg%. Ông được khuyên nên uống gliclazide 40 mg mỗi ngày ngoài việc kiểm soát chế độ ăn. Ông tiến triển triệu chứng hạ đường huyết trong 2 ngày qua. Trường hợp này nên nghĩ bệnh nhân không bị tiểu đường. Vì vậy, ông đã được khuyên nên ngừng thuốc trong một tuần và kiểm tra lại. Người ta phát hiện ông không bị tiểu đường, vì vậy xét nghiệm ban đầu kết quả sai

f. Một trường hợp bị rắn hổ mang cắn vào viện. xét nghiệm có tan máu. được truyền 100ml giải độc tố (ASV). Sau khi kiểm tra thấy tan máu tăng trong khi không có biểu hiện gì thêm điều này dẫn tới nghi ngờ kết quả xét nghiệm, tại sao tan máu tăng ngay cả khi đã dùng ASV? Vì vậy, bệnh nhân được làm lại xét nghiệm. xét nghiệm lại kết quả bình thường. xét nghiệm làm lại bình thường, nếu tin kết quả cũ sẽ tốn thêm 2000 đến 4000 rupee.

g. Trong khoa có 2 bệnh nhân tim mạch, 1 thấp tim và 1 suy tim sung huyết. ECG làm cho 2 bệnh nhân cùng ngày. nhưng ECG bệnh nhân đầu tiên LVH trong khi bệnh nhân thứ 2 RVH. nhìn kết quả không tương xứng với lâm sàng, làm lại hóa ra 2 điện tim bị nhầm sang nhau

h. Một bệnh nhân bị nghi vàng da tán huyết. Vì vậy, ngoài việc đánh giá nước tiểu kiểm tra sắc tố mật và urobilinogen, bilirubin huyết thanh



(trực tiếp và gián tiếp) và đếm hồng cầu lưới. Bilirubin huyết thanh cho thấy có tăng bilirubin gián tiếp và tăng hồng cầu lưới, nhưng không có urobilinogen trong nước tiểu và không có sắc tố mật. Trong trường hợp thiếu máu tán huyết, người ta mong đợi sẽ tăng urobilinogen trong nước tiểu và không có sắc tố mật trong nước tiểu (vàng da không có sắc tố mật niệu). Vì vậy kết quả urobilinogen âm tính không được chấp nhận.

Urobilinogen âm tính có thể gặp trong vàng da tắc mật nhưng sẽ không có sắc tố mật trong nước tiểu. Khi chẩn đoán lâm sàng là vàng da tán huyết, xét nghiệm urobilinogen âm tính không chấp nhận được

i. Một bệnh nhân hẹp van 2 lá, rung nhĩ dùng thuốc chống đông đường uống. Trong khi điều trị, cô bị đột quỵ. Có hai khả năng, xuất huyết trong não vì dùng chống đông quá mức hoặc tắc mạch do dùng chống đông máu không hiệu quả. Bệnh nhân không thay đổi liều thuốc chống đông. INR trước đây là 2,28. Ngay lập tức kiểm tra INR kết quả 11,5. Gợi ý xuất huyết não. tuy nhiên, INR cao trong khi bệnh nhân lại không thay đổi liều chống đông và không có bằng chứng chảy máu vị trí khác thaajt khó hiểu. CT não thấy nhồi máu não do tắc mạch. làm lại PT thấy kết quả chỉ 22s

j. Một phụ nữ cảm thấy có khối vùng bụng trái và đi khám . Bác sĩ cũng nghi có khối u vùng thắt lưng trái, nghi u thận . Siêu âm kết quả bình thường. Thật lạ khi khám nghi ngờ mà siêu âm không thấy. Được kiểm tra lại thấy u thận..

Từ tất cả những trường hợp này, chúng ta có thể kết luận rằng các xét nghiệm không nên chấp nhận mù quáng. Cần dựa trên lâm sàng, bệnh sử và thăm khám kỹ. nếu kết quả không phù hợp cần làm lại để kiểm tra. Đáng buồn là nhiều bác sĩ ngày nay quá dựa dẫm vào lâm sàng, không có khả năng phán đoán và đánh giá các trường hợp. Một tình huống khác mà



người ta có thể nghi ngờ khi kết quả ngược với khoa học cơ bản như giải phẫu học, sinh lý học và hóa sinh. Đây là những khoa học về y học tuyệt đối, bởi vì chúng giống nhau ở khắp mọi nơi. Có nghĩa là sự trao đổi chất glucose ở người da đỏ cũng giống như của người Mỹ. Sinh lý học của đông máu, hô hấp, tuần hoàn, vv đều giống nhau ở khắp mọi nơi. Khi một kết quả xét nghiệm chống lại chúng (ví dụ hô hấp ở Ấn Độ khác với hô hấp ở Châu Phi) thì nên nghi ngờ kết quả sai. Hãy để tôi đưa ra một số ví dụ:

Có một bệnh nhân sốt rét vô niệu trong 48h. Đặt sonde ra 50ml nước tiểu. Nhưng ure và creatinine máu bình thường. trường hợp này ngược với sinh lý bình thường phải có ít nhất 500 ml nước tiểu để tổng các sản phẩm nito (urea và creatinine) sản xuất hàng ngày. nước tiểu ít sẽ tích tụ chúng trong máu. Đây là sinh lý học vẫn được dạy. Ở đây, chúng ta đang phải đối mặt với một tình huống mà thực tế vô niệu mà không có tăng ure và creatinine. Vì vậy, không nên chấp nhận kết quả này. Thực tế sau làm lại, creatinine và ure lần lượt là 155 mg% và 9 mg%. Do xét nghiệm không đúng nên điều trị của bệnh nhân này đã bị trì hoãn.

Một bệnh nhân vào vì phù toàn thân. ông có protein niệu (một trường hợp hội chứng thận hư). ngoài ra không có bất kỳ bằng chứng nào về bệnh khác có thể gây phù. Vô lý là protein máu lại bình thường với albumin 4,8 gm% và globulin 2,6 gm%. kết quả này không tin được vì để phù cần phải giảm protein máu, đặc biệt là albumin phải dưới 3gm%. Đây là sinh lý bình thường. Vì phù toàn thân mà không có tình trạng ứ dịch, nên protein thấp mới phù hợp với protei niệu. Đây là trường hợp đi ngược với sinh lý thông thường. Về vấn đề này, thực tế có trường hợp hội chứng thận hư lại không phù vì khả năng sản xuất albumin đủ để duy trì nồng độ protein huyết tương



**Bài 5 Tại sao bạn lại nhận được kết quả sai?**

Các ý kiến trên rõ ràng chúng ta thường nhận được kết quả sai dẫn tới chẩn đoán sai hoặc trì hoãn điều trị. Hãy để tôi thảo luận một số điểm tại sao chúng ta nhận được kết quả sai. Mặc dù điều này vượt ra khỏi phạm trù lâm sàng, nhưng cuối cùng các bác sĩ điều trị sẽ sử dụng các kết quả này, nên anh ta cần có 1 số kiến thức về xét nghiệm bệnh học hoặc sinh hóa nhất định..

a. Không đạt chuẩn: Có nhiều phòng xét nghiệm không được chuẩn hóa. Do đó chúng ta nhận được các kết quả khác nhau từ cùng một phòng xét nghiệm vào những thời điểm khác nhau và kết quả thay đổi rất lớn

b. Mối quan hệ ngược lại giữa số lượng và chất lượng: Một số xét nghiệm chắc chắn sẽ mất thời gian để đánh giá. Ví dụ, xét nghiệm phết máu ngoại biên, mô bệnh học, thậm chí nước tiểu 10 thông số là xét nghiệm tốn thời gian. vì vậy, 1 người chỉ xử lý 1 mẫu trong 1 khoảng thời gian giới hạn. Nhưng thực tế không có phòng xét nghiệm nào giới hạn số lượng mẫu. họ thường nhận quá số mẫu có khả năng xử lý. Điều này làm tăng khối lượng công việc dẫn đến giảm chất lượng của kết quả xét nghiệm

c. Thiết bị chất lượng kém: Có rất nhiều xét nghiệm phải cần sự trợ giúp của một số máy / thiết bị nhất định. Nếu không có hoặc máy chất lượng kém sẽ cho ra kết quả có thể không đáng tin cậy.

d. Phụ thuộc quá nhiều vào máy móc: Trong máy tính có một chế độ gọi là "garbage in garbage out". Điều này có nghĩa là nếu dữ liệu được đưa vào máy tính là sai hoặc hoạt động của nó là không đúng, việc phân tích dữ liệu sẽ sai. Điều này có nghĩa máy có thể quan trọng nhưng người ngồi xử lý máy quan trọng hơn. do quá phụ thuộc vào máy móc nên đôi khi chúng ta phải nhận được những kết quả hết sức vô lý



e. Tìm hiểu chẩn đoán lâm sàng: Nhà bệnh học nên đưa ra ý kiến độc lập của mình. Nếu anh ta biết chẩn đoán lâm sàng, có thể anh ta sẽ đưa ra kết quả thiên vị

f. Không thảo luận với bác sĩ điều trị: Giả sử nhà bệnh học hoặc nhà vi sinh phát hiện ra xét nghiệm bất thường, anh ta nên trực tiếp trao đổi với bác sĩ điều trị, để anh ta có thể kiểm tra lại mẫu hoặc có thể yêu cầu lấy mẫu tươi. Ví dụ, khi thấy kết quả 19g.dl hemoglobin, nên trao đổi (có thể qua điện thoại) với bác sĩ điều trị trước khi gửi kết quả về cho bác sĩ điều trị

g. Không trao đổi với các đồng nghiệp khác: Mọi người đều không thể luôn đúng. Trong trường hợp nghi ngờ, bạn nên trao đổi với đồng nghiệp khác để đi đến kết luận nhưng hiện nay đa số các bác sĩ không làm vậy

h. Việc thu gom và vận chuyển và bảo quản mẫu không chính xác: việc lấy mẫu, dùng chất chống đông hợp lý và nhiều vấn đề khác là nguyên nhân phổ biến gây lỗi trong quá trình xét nghiệm. Tốt nhất gửi bệnh nhân tới phòng xét nghiệm lấy mẫu

i. Thiếu kỹ năng: bằng cấp không thể hiện khả năng làm việc của bạn. Ngay cả sau khi nhận được bằng cấp cần thiết, người ta cũng không nên ngừng học tập và nâng cao tiêu chuẩn của riêng mình. Vì nhiều lý do khác nhau mà các bác sĩ kém chất lượng xuất hiện trong xã hội và đôi khi chúng ta phải phụ thuộc vào kết quả của họ, ví dụ như dịch não tủy của viêm màng não mủ mà bác sĩ trình độ kém không thể phân biệt được bạch cầu trung tính với bạch cầu lympho trong mẫu dịch

j. Giao việc cho người ít kinh nghiệm: có thể những người chưa có kinh nghiệm lại được giao công việc quá khả năng.



## Bài 7 Lấy mẫu

1 trong những nguyên nhân dẫn tới kết quả sai là do lấy mẫu. Hãy xem 1 số ví dụ:

- Loại mẫu (động mạch / tĩnh mạch / mao mạch): ví dụ như khí máu, máu ở trẻ sơ sinh thường lấy máu mao mạch, do rất khó lấy được máu tĩnh mạch

- Sử dụng garo: Nếu sử dụng garo buộc quá lâu trước khi rút máu tĩnh mạch, nó có thể dẫn tới kết quả cholesterol (cao), lipid (cao), protein huyết thanh (cao), kali (thấp) và sắt

(thấp) . không ảnh hưởng đến nồng độ natri. Vì vậy, nên buộc chặt và lấy máu ngay, nếu không thể chọc vào tĩnh mạch thì nên nới lỏng và buộc lại

- Thời gian xét nghiệm: Thời gian lý tưởng để lấy mẫu xét nghiệm vào buổi sáng trước khi bệnh nhân ăn và hoạt động thể chất. Tương tự, mẫu cần được kiểm tra vào thời gian sớm nhất có thể. Giữ mẫu như vậy trong một thời gian dài sẽ cho kết quả sai. Nếu mẫu máu toàn phần có khả năng cho kết quả sai hơn mẫu huyết thanh. vì vậy phải sớm tách huyết thanh ngay khi có thể. mẫu huyết thanh có thể bảo tồn vài tháng ở  $-200\text{ C}$  để đánh giá hầu hết các chỉ số. đường máu phải làm sớm nhất.

- **Tư thế của bệnh nhân:** tư thế lý tưởng trong khi lấy máu là cho bệnh nhân nằm. không chỉ cho kết quả chính xác hơn mà tư thế này còn ngăn ngất do phản xạ phế vị. ở tư thế ngồi thẳng, dịch từ nội mạch ra khoảng kẽ gây ra kết quả khác nhau do tư thế khác nhau. Đo nồng độ albumin huyết thanh, canxi, cholesterol, protein, kali có thể cao giả tạo nếu lấy máu tư thế ngồi, tuy nhiên không ảnh hưởng tới kết quả sắt và natri



· **Tan máu:** Trong khi lấy máu nên tránh tình trạng tan máu. Các kết quả không chính xác do tan máu. Albumin, calci, lipid, enzym, protein, kali và sắt sẽ bị sai số nếu có tan máu. Natri không thay đổi. Để ngăn tan máu, không lật máu trong xilanh ước hoặc ống ước. Ừng ấỷ máu từ xilanh vào ống máu qua kim nồng độ chất chống đông cao trắng bên trong ống má cũng có thể gây tan máu

- Nếu bệnh nhân đang truyền tĩnh mạch, không nên lấy máu từ cùng một chi. Nếu không còn chỗ lấy nên lấy từ tĩnh mạch xa vị trí chọc ven truyền

- Chất chống đông phải được dùng đúng cách. Một số chất chống đông thường được sử dụng với những hạn chế của chúng được trao đổi dưới đây:

- a. Oxalate: sự kết hợp của oxalat kali và ammonium oxalat rất tốt cho các xét nghiệm huyết học. Nó không thích hợp với canxi, ammonia, điện giải, LDH, amylase, axit và phosphatase kiềm.

- b. Heparin: Tốt cho hầu hết các xét nghiệm, ngoại trừ đánh giá free T3, T4, LDH và hydroxybutyrate

- c. Natri citrate: tỷ lệ 1: 9 được sử dụng cho hầu hết các xét nghiệm đông máu, tỷ lệ 1: 4 được sử dụng để đánh giá ESR. Nó không thích hợp cho các xét nghiệm sinh hóa.

- d. Natri florua: Nó được sử dụng để phân tích glucose trong máu. Nó không hòa lẫn trong máu. Vì vậy, nó phải được lắc đều.

- e. Natri iodoacetate: Có thể dùng để ước tính lượng đường trong máu.

Bệnh nhân đang dùng thuốc: Nếu bệnh nhân đang dùng thuốc, một số xét nghiệm sinh hóa có thể sai. Dưới đây là danh sách các chỉ số sinh hóa bị ảnh hưởng bởi thuốc.





Test	Drugs	Effect
(a) Albumin	Paracetamol, aspirin, penicillin sulpha drugs, oral contraceptives	Low
(b) Alk. phosphatase	Paracetamol, aspirin, thiazides	High
(c) AST and ALT	OCP, diphenhydantoin Paracetamol, ampicillin, INH, alcohol, chloramphenicol, OCP codeine, thiazide	High
(d) Amylase	Aspirin, tetracycline, codeine, OCP cholinergic drugs	High
(e) Bilirubin	Aspirin, gentamycin, tetracycline quinidine, OCP, sulpha drugs	High
(f) Calcium	OCP, thiazide, calcium containing antacids	High
(g) Cholesterol	(i) Corticosteroids, digitoxin, lithium OCP, thiazide, diphenhydantoin (ii) Erythromycin, INH, tetracycline	High Low
(h) Total CK	Ampicillin, digoxin, diuretics, Analgesics	High
(i) Creatinine	Paracetamol, methicillin, diuretics Amphoterecin-B	High
(j) Glucose	(i) Paracetamol, aspirin, dopamine glucocorticosteroids, estrogen, ethanol phenytoin, thiazide (ii) Erythromycin, tetracycline, sulphonamide, dicoumarol	High Low
(k) Urea	(i) Streptomycin (ii) Chloramphenicol, paracetamol Aspirin, codeine, tetracycline	Low High
(l) Triglyceride	(i) Heparin, metformin (ii) Ethanol, estrogen, OCP	High
(m) Uric acid	(i) Paracetamol, ampicillin, aspirin caffeine, ethanol, penicillin, thiazide, theophylline (ii) Lithium, coumarin, corticosteroids	High Low
(n) Iron	(i) Chloramphenicol, OCP (ii) Aspirin, cortisone	High Low
(o) Total protein	(i) Anabolic steroids, cortisol, digitalis (ii) Estrogen, laxatives, OCP	High Low

## Bài 8 Xét nghiệm có thể giúp chẩn đoán

Tôi đã thảo luận cách nhận ra xét nghiệm không tin cậy, đưa ra ưu thế của khám lâm sàng. Nhưng có những tình huống nhất định mà xét nghiệm tốt hơn so với chẩn đoán lâm sàng. Nó có thể gợi ý điều gì đó khi chưa nghĩ ra được gì trên lâm sàng. Có lẽ mỗi bác sĩ đã gặp những tình huống như vậy. Tôi sẽ đưa ra một vài ví dụ:

a. Một người cao tuổi bị tiêu chảy và được điều trị tiêu chảy. Tiêu chảy hết nhưng xét nghiệm máu hb5g/dl, ESR 165 mm trong giờ đầu. những xét nghiệm này không liên quan tiêu chảy, xét nghiệm thêm thấy ông bị đa u tủy xương



- b. Một bệnh nhân nữ trung niên đột nhiên xuất hiện co giật, mất ý thức và dấu hiệu thần kinh khu trú. Cô bị nghi là bị tai biến mạch não. Tuy nhiên, chụp CT phát hiện u màng não có xuất huyết trong đó. cô được phẫu thuật và khỏi bệnh
- c. Một bệnh nhân bị sốt, đau cơ và buồn nôn. Bà được chẩn đoán là một trường hợp sốt virus. xét nghiệm nước tiểu thấy sắc tố mật. thực tế đây là trường hợp viêm gan virus, vàng da không rõ ràng vào thời điểm khám, vài hôm sau vàng da rõ hơn
- d. Một bệnh nhân nữ có triệu chứng viêm phổi, X-quang ngực cũng gợi ý như vậy. Nhưng khi cô không đáp ứng điều trị có chụp CT ngực phát hiện ung thư biểu mô phế quản.
- e. Một cậu bé 17 tuổi bị sốt trong một tuần kèm đau cơ. Không phát hiện bất thường khác, phết máu ngoại biên phát hiện cậu bị bạch cầu cấp
- f. Một thanh niên 18 tuổi bị đau ở vai trái. cậu khám và được điều trị không đỡ, ECG vô tình thấy nhồi máu cơ tim. Không đau ngực và có triệu chứng liên quan. chết sau 3 ngày
- g. Một phụ nữ phàn nàn khó chịu vùng bụng không rõ ràng. siêu âm bình thường, CT phát hiện u cực trên thận trái (ung thư tế bào thận)
- h. Một cô gái 18 tuổi có biểu hiện đau bụng, sốt và khối vùng hố chậu phải. sinh thiết kim nhỏ thấy ung thư tế bào biểu mô
- i. Một cậu bé 20 tuổi 1 tháng nay ỉa phân đen. đã soi dạ dày phát hiện ổ loét. lần này sốt cao, đau người, dùng giảm đau và nghi bị xuất huyết tại vị trí loét cũ. tuy nhiên xét nghiệm máu tổng số tế bào bạch cầu là 2900 / cmm và 90%lymphocyte với vài tế bào bất thường. Điều này làm tăng nghi ngờ nên làm tủy đồ phát hiện bệnh bạch cầu cấp Leukemia



j. Đã có một trường hợp tiểu đường bị sốt. Trong khi tìm nguyên nhân sốt, xét nghiệm máu thấy giảm bạch cầu và thiếu máu. Sau đó kiểm tra bệnh nhân bị bạch cầu cấp Đây chỉ là vài ví dụ. Vì vậy, mọi xét nghiệm cần được phân tích kỹ lưỡng và nếu cần thiết có thể lặp lại hoặc tiến hành điều tra thêm. xét nghiệm có thể đưa đến 1 cái gì đó ta chưa nghĩ ra, còn có thể gọi nó là "opener"

## Bài 9 Hạn chế của xét nghiệm

Hầu như tất cả các xét nghiệm đều có những hạn chế. Có thể có bệnh nhưng có thể không được xét nghiệm hoặc xét nghiệm bất thường nhưng không bị bệnh. Vì vậy cần ghi nhớ những điều này. Tôi sẽ đưa vài ví dụ:

### Các xét nghiệm bình thường nhưng lại có bệnh

- a. Một trường hợp có thể bị sốt thương hàn nhưng cấy máu và test Widal có thể âm tính
- b. Một bệnh nhân có thể bị hẹp van hai lá, nhưng ECG không thấy phì đại thất phải hay phì đại nhĩ trái.
- c. Một trường hợp có thể bị viêm nội tâm mạc nhiễm khuẩn tuy nhiên siêu âm tim hoặc cấy máu có thể âm tính.
- d. Một trường hợp có thể bị tắc mạch phổi, tuy nhiên chụp X-quang ngực cũng như ECG có thể bình thường.
- e. Một bệnh nhân có thể bị viêm ruột thừa cấp nhưng siêu âm bụng bình thường
- f. Một bệnh nhân có thể bị động kinh, nhưng EEG có thể bình thường.



g. Có một số bệnh về đường hô hấp như viêm phế quản mãn tính, viêm phế quản cấp, và co thắt phế quản, chụp X-quang ngực có thể bình thường.

h. Một bệnh nhân có thể bị viêm hạch do lao nhưng sinh thiết hạch không phát hiện ra nó

i. Một bệnh nhân có thể bị thiếu máu bất sản nhưng tủy đồ có thể bình thường trong giai đoạn sớm

j. Một bệnh nhân có thể bị đột quỵ nhưng CT sọ lại bình thường

Có rất nhiều ví dụ như vậy vì xét nghiệm bình thường mà bỏ sót chẩn đoán

Ở đây muốn nhấn mạnh đánh giá lâm sàng, chẩn đoán sơ bộ và điều trị ngay dù không có xét nghiệm dương tính liên quan

Xét nghiệm bất thường nhưng lại không có bệnh 1 số xét nghiệm bất thường nhưng lại không gợi ý bệnh, nó có thể là biến thể bình thường

a. Chúng ta có thể gặp bệnh nhân có khoảng PR dài trên ECG ở những người khỏe mạnh. riêng nó không thể chứng minh bệnh lý gì

b. ngoại tâm thu nhĩ hoặc thất có thể gặp ở những người khỏe mạnh, không phải lúc nào cũng có thể gây bệnh.

c. X-quang ngực có thể cho thấy xương sườn cổ nhưng nó không gây biểu hiện bất thường

d. Thận móng ngựa, thận đơn độc có thể vô tình phát hiện nhưng không có triệu chứng trong nhiều năm hoặc suốt đời

e. Block nhánh phải (RBBB) là bất thường khác ở người khỏe mạnh



**Các xét nghiệm bất thường không thể gợi ý chẩn đoán**

Các xét nghiệm bất thường có thể không phải bệnh chính, không thể can thiệp ngay nhưng có thể can thiệp sau. Dưới đây là một số ví dụ:

- a. Một bệnh nhân sốt cao chưa rõ nguyên nhân phát hiện có thoát vị hoành. không có nghĩa sốt là do thoát vị hoành
- b. Một trường hợp được chẩn đoán lâm sàng như là viêm ruột thừa, siêu âm thấy sỏi mật. Nó không có nghĩa là chẩn đoán của anh ta sẽ là viêm túi mật cấp hay cũng không có nghĩa là người ta phải điều trị sỏi mật ngay lập tức. Sỏi mật vô tình bị phát hiện.
- c. Một bệnh nhân có các biểu hiện đau bụng cấp, siêu âm thấy nang buồng trứng. không có nghĩa nang buồng trứng là nguyên nhân gây ra triệu chứng
- d. Một bệnh nhân xuất hiện liệt cấp và có đau cột sống cổ. không có nghĩa nó là nguyên nhân gây ra liệt cấp
- e. Một bệnh nhân bị liệt nửa người. Xét nghiệm máu thấy hemoglobin 5 g / dl. Hemoglobin thấp không liên quan tới bệnh của bệnh nhân

Không xét nghiệm nếu như không nắm rõ được tình trạng của bệnh nhân

Nếu không khám kỹ bệnh nhân, bạn sẽ nhầm khi các xét nghiệm trả về không chính xác

**Cho làm xét nghiệm mà không khám kỹ bệnh nhân**

Không ai nên cố gắng đưa ra ý kiến về một bệnh nhân mà không được khám anh ta. Tôi sẽ đưa 1 số ví dụ về việc đưa ra ý kiến trong khi lại không biết bệnh nhân



Một bệnh nhân đột ngột bất tỉnh kèm liệt nửa người trái ECG thấy block AV 3. trong khi nằm viện, người nhà bệnh nhân cho bệnh nhân khám bác sĩ khác làm ECG, bác sĩ này cho biết bệnh nhân cần đặt máy tạo nhịp. Cùng ECG này, đưa cho bác sĩ tim mạch, bác sĩ này cũng bảo bệnh nhân cần đặt máy tạo nhịp. Lúc này người nhà bệnh nhân la hét trong khoa, tại sao bệnh nhân không được chuyển sang khoa tim mạch? Trong thời gian này, kết quả CT về có xuất huyết não lớn. tình trạng bệnh nhân xấu đi nhanh chóng. Bằng cách nào đó, bác sĩ tư vấn đặt máy đã đến gặp người nhà bệnh nhân giải thích tình hình cho họ hiểu, Điều gì sẽ xảy ra nếu ai đó chỉ nhìn 1 xét nghiệm mà tư vấn trong khi không khám trực tiếp bệnh nhân?

Một bệnh nhân tiểu đường bị sốc nhiễm trùng vào viện. Cô đã siêu âm vài ngày trước đó phát hiện sỏi mật. Một trong những người thân của bệnh nhân là bác sĩ. Anh ta nhìn kết quả siêu âm và khuyên bệnh nhân nên nhập viện điều trị sỏi túi mật, nhưng khi khám bệnh nhân phát hiện sốc nhiễm trùng. Điều này làm anh ta phải nghĩ đến cái gì đó ngoài sỏi mật phát hiện trên siêu âm.

## Bài 10 Xét nghiệm vẫn bất thường?

Sau khi chẩn đoán bệnh, 1 số xét nghiệm phải đúng thời điểm. Nên biết khi nào xét nghiệm về bình thường, nếu không người ta có thể nghĩ rằng quá trình bệnh vẫn tiếp tục. Đôi khi một số xét nghiệm bất thường có thể tồn tại trong một thời gian dài. Ý nghĩa của xét nghiệm lúc này khác thời điểm nó thực hiện trước đó. Các xét nghiệm như vậy nên giải thích cẩn thận. hãy để chúng tôi cho xem vài ví dụ:

a. ST chênh lên trong nmct cấp. sau đó nó dần đi xuống về đường cơ sở trong vài ngày hoặc vài tuần. nhưng nếu nó kéo dài hơn 3 tháng, cho thấy nó có phình vách thất trái



- b. Nồng độ gonadotrophin trong nước tiểu giảm xuống sau khi sinh hay nạo phá thai và âm tính sau 14 ngày. nếu vẫn tăng dai dẳng trong nước tiểu gợi ý bệnh ác tính tiến triển (Tất nhiên phải loại trừ mang thai)
- c. máu trong phân cho thấy có máu chảy vào đường tiêu hóa. Có thể do loét đường tiêu hóa, loét dạ dày hoặc thậm chí do giun móc. Nhưng có máu dai dẳng kéo dài có thể do ung thư đường tiêu hóa
- d. Albumin niệu là một vấn đề hay gặp. Nó có thể có trong 1 số trường hợp như sốt, hội chứng thận hư. Trong hầu hết các trường hợp có thể có nguyên nhân, nếu albumin niệu kéo dài có thể do bệnh thận tiểu đường, amyloid thận hoặc ngộ độc kim loại nặng
- e. Giống như albumin niệu, bạch cầu niệu hay gặp ở phụ nữ. Nó thường gợi ý nhiễm khuẩn. Nhưng nếu nó tái phát hoặc nếu nó vẫn còn ngay cả sau khi đã điều trị cần nghĩ tới các nguyên nhân khác như lao sinh dục

### **Xét nghiệm lựa chọn**

Trong khi lựa chọn một loại thuốc cho một bệnh nhiễm trùng, chúng ta nên chọn loại thích hợp nhất, Vì vậy với bệnh cụ thể cũng nên làm xét nghiệm lựa chọn. Nên làm xét nghiệm đỡ tốn kém mà lại hiệu quả. Đây là vài ví dụ:

- a. Nếu mục tiêu của chúng ta là để chẩn đoán xuất huyết dưới nhện, xét nghiệm lựa chọn là chọc dịch não tủy. chụp CT hay MRI không là lựa chọn ưu tiên
- b. Nếu mục tiêu của chúng ta là để chẩn đoán viêm phế quản mạn tính, chúng ta nên hỏi bệnh sử kỹ và kiểm tra chức năng phổi. CT hoặc MRI ngực không mang lại nhiều thông tin.
- c. Để đánh giá các bệnh về tủy sống, xét nghiệm lựa chọn là chụp MRI



- d. Nếu chúng ta muốn phát hiện loạn nhịp thoáng qua, chúng ta nên cho bệnh nhân đeo Holter.
- e. Nếu chúng ta muốn nhìn thấy bệnh lý dạ dày, nên soi dạ dày.
- f. Nếu chúng ta muốn chẩn đoán tổn thương khu trú ở gan, nên sinh thiết dưới hướng dẫn của siêu âm
- g. Nếu chúng ta muốn chẩn đoán ung thư phế quản, chúng ta nên soi phế quản
- h. Đối với tổn thương ở não, MRI tốt hơn CT trong khi tổn thương dưới lều chỉ CT là đủ
- i. Siêu âm tim là phương pháp chẩn đoán ưa thích với bệnh tim bẩm sinh và thấp tim, cũng như bệnh ngoài tim.
- j. Để chẩn đoán bệnh bạch cầu cấp cần làm tủy đồ trong khi bạch cầu mạn làm phết máu ngoại vi là đủ

## Bài 11 Đánh giá 1 số trường hợp cấp cứu

Điều này đúng với mọi trường hợp, nên đánh giá từng trường hợp càng sớm càng tốt. Nhưng có những tình huống nhất định; chẩn đoán chậm có thể tạo ra nhiều sự khác biệt trong việc xử trí và kết quả. Dưới đây là một số tình huống như vậy:

- a. nhồi máu cơ tim cấp: đây là trường hợp đe dọa tính mạng

Chúng ta biết rằng nếu một trường hợp nhồi máu cơ tim xảy ra trong vòng 6-12 giờ kể từ khi khởi phát, chúng ta có thể điều trị tiêu huyết khối và cứu vãn cơ tim. nếu quá thời gian này dùng sẽ không hiệu quả. Bất kỳ trường hợp nào nghi ngờ nhồi máu cơ tim, cần chẩn đoán nhanh và chuyển





bệnh nhân tới trung tâm có tiêu huyết khối để dùng cho bệnh nhân nếu trong thời gian vàng

b. bệnh ác tính: Một trong những hình thức quan trọng nhất của điều trị ung thư là phẫu thuật. Tuy nhiên, không thể chỉ định ở tất cả các giai đoạn. Khối u đáng lẽ nên phẫu thuật hôm nay thì vài ngày sau đã không còn chỉ định phẫu thuật. Đây là lý do tại sao ung thư ác tính được xem như 1 trường hợp cấp cứu

c. Bệnh lý chèn ép thần kinh: Tất cả các bệnh lý chèn ép thần kinh có thể hồi phục nhưng phải xử trí sớm. xử trí muộn chỉ hồi phục 1 phần. hội chứng đuôi ngựa được coi như 1 trường hợp cấp cứu của phẫu thuật thần kinh vì tổn thương không thể hồi phục có thể xảy ra rất nhanh

d. Chèn ép tim: Đây là trường hợp tim bị ép từ bên ngoài gây giảm cung lượng tim và gây tử vong rất nhanh. nếu nghi ngờ nên chẩn đoán sớm nhất và chọc dịch màng ngoài tim. chỉ hút 1 lượng rất nhỏ dịch cũng gây ra sự cải thiện khác biệt. nên siêu âm tim, nếu không có dùng ECG và XQ

e. Tràn khí màng phổi áp lực: như chèn ép tim, tràn khí màng phổi áp lực có nguy cơ tử vong cao. chọc hút khí màng phổi sẽ làm giảm áp lực. XQ phổi dễ dàng chẩn đoán tình trạng này, ngay cả khi không có XQ cũng có thể chẩn đoán dựa vào lâm sàng ).

Có rất nhiều ví dụ như vậy khi đánh giá nhanh

để xác định chẩn đoán và xử trí nhanh để cứu bệnh nhân



**Bài 12 Ảnh hưởng của điều trị tới xét nghiệm**

Nếu trường hợp đã được điều trị thì xét nghiệm có thể bị thay đổi, đôi khi trở về bình thường. Vì vậy, trước khi giải thích kết quả xét nghiệm, cần lưu ý khía cạnh này. Có rất nhiều ví dụ, nhưng tôi sẽ đề cập đến một số:

- a. Nếu bệnh nhân đang dùng thuốc hạ đường huyết, xét nghiệm đường huyết có thể bình thường.
- b. Nếu bệnh nhân đang dùng digitalis thì ECG có thể thấy thay đổi đoạn ST, kéo dài khoảng PR và cũng có thể có nhịp tim chậm.
- c. Nếu một trường hợp viêm màng não mủ đã được điều trị, kết quả dịch não tủy có thể thay đổi
- d. Nếu làm phết máu ngoại biên sau khi bệnh nhân đã truyền máu, kết quả sẽ không rõ ràng
- e. Nếu một bệnh nhân được dùng các yếu tố tạo máu, số lượng hồng cầu lưới có thể tăng cao ngay cả khi nó không phải thiếu máu tan máu. Tất nhiên nó chỉ kéo dài từ 2 đến 3 tuần. Trong thiếu máu tan máu, nó vẫn tăng lên do trạng thái tan máu vẫn tiếp tục. Vì vậy, nếu cảm thấy tăng số hồng cầu lưới do dùng các yếu tố tăng tạo máu (fe, acid folic...), nên chờ từ hai đến ba tuần trước khi làm xét nghiệm đếm hồng cầu lưới
- f. Nếu một bệnh nhân được dùng kháng sinh, cấy dịch(máu, nước tiểu, mủ...) có thể âm tính
- g. Nếu một bệnh nhân đã dùng glucocorticoid, xét nghiệm miễn dịch có thể âm tính, như test Mantoux.
- h. Nếu một bệnh nhân bị sốt thương hàn được dùng kháng sinh, test widal có thể âm tính



- i. Nếu bệnh nhân đang dùng thuốc chống đông máu thì thời gian prothrombin có thể kéo dài và nếu dùng heparin sẽ kéo dài APTT
  - j. Nếu một bệnh nhân bị hen quản đang dùng thuốc giãn phế quản, đo chức năng hô hấp có thể bình thường.
- Đôi khi dùng thuốc có thể gây ra sai số trong kết quả máu

## **Bài 13 Xét nghiệm đánh giá hiệu quả điều trị**

Không phải tất cả các xét nghiệm đều được thực hiện để chẩn đoán bệnh. Một số xét nghiệm được thực hiện để theo dõi hiệu quả của điều trị và đánh giá tiến triển của bệnh

Trong trường hợp đó trước khi làm xét nghiệm, cần đảm bảo bệnh nhân đang dùng thuốc ở thời điểm xét nghiệm và đúng đủ liều để thuốc có hiệu quả tối ưu. Tùy thuộc vào kết quả xét nghiệm mà liều lượng thuốc phải được điều chỉnh hoặc đổi thuốc khác. Đây là vài ví dụ:

- a. ESR là một xét nghiệm thông thường được sử dụng để theo dõi hoạt động của một số nguyên nhân viêm; như viêm khớp dạng thấp, thấp khớp. Trong những trường hợp này trước khi nói rằng thuốc không có hiệu quả thì cần phải chắc chắn rằng chúng đã được uống liều đầy đủ và đủ thời gian. Tương tự như vậy, thời gian để ngừng sử dụng thuốc trong sốt thấp khớp cấp tính tùy theo kết quả ESR (thuốc sẽ ngừng sau khi ESR trở về bình thường sau hai tuần).
- b. Thuốc chống đông cần uống ít nhất ba ngày để có hiệu quả tối ưu. vì vậy, hiệu quả điều trị chỉ nên kiểm tra sau 3 ngày. nên đánh giá thời gian PT. tương tự, không nên tăng liều thuốc trong vòng ba ngày.
- c. Bất kể thuốc nào được dùng để điều trị bệnh đái tháo đường, hiệu quả tối ưu của nó sẽ thấy sau 3-4 ngày. Vì vậy, nếu muốn đánh giá hiệu



quả của thuốc chỉ nên làm xét nghiệm lại sau thời gian này. Tăng liều một cách nhanh chóng có thể gây hạ đường huyết.

d. Một số bất thường trong các xét nghiệm có thể tồn tại ngay cả sau khi bệnh được chữa khỏi. Vì vậy, việc giải thích các kết quả xét nghiệm cần thận trọng. Giải thích chúng bất thường có thể dẫn đến việc tiếp tục hoặc khởi động lại quá trình điều trị. Trong những trường hợp này, chúng ta có thể dựa vào xét nghiệm và các đặc điểm lâm sàng khác. Ví dụ, những thay đổi về hình ảnh trên phim của viêm phổi có thể kéo dài trong vài ngày sau khi điều trị kết thúc, các thay đổi trên CT não của ấu trùng sán não vẫn còn sau điều trị và hình ảnh tổn thương sau khi lành vẫn còn bóng dáng nó sau nhiều năm

e. 1 số test để phát hiện tác dụng phụ của thuốc để có thể ngưng sớm nhất. ví dụ- số lượng bạch cầu khi điều trị bằng chloromycetin, urea và creatinine trong điều trị aminoglycoside, các xét nghiệm chức năng gan với 1 số thuốc gây độc cho gan như thuốc điều trị lao thuốc chống động kinh, rosiglitazone, v.v ...

## Bài 14 Xét nghiệm có hại

Các xét nghiệm cần phải đánh giá đúng đắn về tình trạng, lựa chọn phù hợp với bệnh nhân, nếu không có thể gây hại. Dưới đây là một vài ví dụ mà xét nghiệm có thể có hại:

- a. sinh thiết kim nhỏ có thể nguy hiểm nếu khối u dạng mô thương thận (hypernephroma)
- b. Trước khi chọc tủy sống phải soi đáy mắt. nếu có phù gai thị, chọc hút dịch não tủy có thể gây thoát vị hạnh nhân tiểu não gây tử vong



- c. Chọc tủy sống cần tránh ở những bệnh nhân có chèn ép tủy do nó làm nặng thêm tình trạng chèn ép
- d. Xét nghiệm xâm lấn như sinh thiết hạch hoặc tủy cần kiểm tra yếu tố đông máu trước khi làm. nếu có rối loạn đông máu, tránh tiêm bắp vì sẽ gây tụ máu ở vị trí tiêm do cơ là cấu trúc nhiều mạch máu
- e. điện tâm đồ gắng sức để phát hiện bệnh mạch vành ở bệnh nhân khi nghỉ ngơi thì ECG bình thường. tuy nhiên không được làm với một trường hợp đau thắt ngực không ổn định. Bệnh nhân có thể xuất hiện nhồi máu cơ tim trong quá trình test

## **Bài 15 Xét nghiệm ở phụ nữ**

Trước khi làm bất kỳ loại xét nghiệm nào ở phụ nữ, nên loại trừ khả năng có thai, đặc biệt với các thăm dò có tia X. nên tránh với phụ nữ có thai. Tôi nhớ một trường hợp bị liệt nửa người trong thời kỳ mang thai. biểu hiện lâm sàng nghi đây là một trường hợp chèn ép tủy nhưng không thể chụp vì tia X nguy hiểm với thai nhi nên đã cho chụp MRI. Vào thời điểm đó không có sẵn MRI nên cô được gửi ra chụp ngoài phát hiện chèn ép tủy. cô đã được phẫu thuật và hồi phục, và hoàn thành thai kỳ.

Tương tự, không nên xét nghiệm nước tiểu ở phụ nữ trong chu kỳ kinh nguyệt vì nó có thể dương tính giả với máu và protein.

Đánh giá siêu âm các tạng khác khi mang thai rất khó, nên phân tích cẩn thận.

## **Bài 16 Thận trọng trước khi cho xét nghiệm**

Một số xét nghiệm phải được thực hiện cẩn thận; nếu không nó có thể khó giải thích. Ví dụ:



- a. Kháng nguyên đặc hiệu tuyến tiền liệt PSA phải làm trước khi khám trực tràng. Sau khi thăm trực tràng có thể gây tăng giá tạo
- b. định lượng creatinine phosphokinase (CPK) phải làm trước khi bệnh nhân được dùng bất kỳ loại thuốc tiêm bắp nào
- c. Đờm nuôi cấy nên lấy mẫu đờm chất lượng tốt. nếu không có thể gia tăng nguy cơ nhiễm tạp khuẩn từ ngoài vào
- d. nuôi cấy nước tiểu, cần lấy mẫu cẩn thận. lấy vào buổi sáng, giữa dòng có vẻ sẽ cho kết quả tốt nhất.
- e. Trước khi kiểm tra đường huyết lúc đói, bệnh nhân nên nhịn ăn ít nhất 8 h, nếu không kết quả có thể sai

## Bài 17 Lỗi hay mắc khi phân tích ecg

Khi sinh viên phân tích ECG thường hay mắc phải một số lỗi thông thường. Những lỗi này có thể được giảm thiểu nếu bạn thực sự đọc theo đúng phương pháp được đề nghị để đọc ECG. Các hướng dẫn cơ bản là tần số, nhịp, trục, sóng P, khoảng PR, QRS, đoạn ST, khoảng QT, sóng T. Tôi sẽ cố gắng đề cập đến một vài sai lầm thường gặp:

- Sinh viên rất sợ khi thấy ngoại tâm thu thất. Trong thực tế, hình ảnh này thường gặp ở những người khỏe mạnh. Trừ khi có bệnh tim tiềm tàng, có nguy cơ mất bù ở tim nếu chúng không được điều trị. Hầu hết các loại thuốc được sử dụng để điều trị loạn nhịp là chống loạn nhịp, do đó nên sử dụng cẩn thận.

- Thường thì sinh viên hay bị nhầm các loại loạn nhịp. nhưng phải tuân theo các nguyên tắc sau đây trong việc giải thích loạn nhịp. Đó là:



- \* Đánh giá nhịp mà ở đó sóng P nhìn thấy rõ nhất. thường là DII và V1.
- \* Tìm sóng P. chúng có cùng hình dạng và hướng không ở 1 chuyển đạo cụ thể
  - \* QRS hẹp hay rộng?
  - \* Cố gắng thiết lập quan hệ giữa P và QRS.
  - \* Đôi khi QRS ở nhịp lạc vị có thể rộng ở 1 số chuyển đạo nhất định và hẹp lại sau đó. sinh viên thường cảm thấy bối rối khi thấy ngoại tâm thu trên thất hoặc ngoại tâm thu thất. Họ nên nhớ rằng ngoại tâm thu thất có thể trông hẹp ở chuyển đạo nào đó. nếu họ nhầm lẫn, họ nên tìm các đặc điểm khác để xác định loại ngoại tâm thu
    - ở ECG với QRS hẹp và tần số thất nhanh, nhịp đều có thể là PSVT, nhưng nếu được đo cẩn thận thì có thể thấy khoảng cách giữa RR là khác nhau. Vì vậy, nó có thể là rung nhĩ với đáp ứng thất nhanh hơn là PSVT.
    - Nhịp nhanh phức bộ rộng là một vấn đề khó hiểu khác đối với sinh viên, cho dù đó là VT hay SVT có dẫn truyền bất thường. Mặc dù khó khăn nhưng không phải là không thể. Tìm nhịp kết hợp (fusion beat) hoặc nhịp bắt được (Capture beat) để chẩn đoán VT. Nếu nhịp nhanh phức bộ rộng bắt đầu bằng 1 sóng P, nó là SVT dẫn truyền bất thường. ở chuyển đạo trước tim, nếu các QRS đều giống nhau (cùng hướng), nhịp đều và trục trái có thể là VT. Khám lâm sàng cũng giúp phân biệt, nếu có sóng cannon ở JVP nó là VT
      - VT nhanh và cường thất có thể khó phân biệt nhưng điều trị như nhau. Cả 2 đều gây ngừng tim vì vậy xử trí như 1 trường hợp ngừng tim



· Đọc sai tiêu chuẩn. cần nhớ tiêu chuẩn chẩn đoán phì đại buồng tim và điện thế liên quan đến rối loạn

Cách tốt nhất để hạn chế lỗi khi phân tích ECG là học cẩn thận và không được đưa ra kết luận. Thực hành nhiều là cách học hoàn hảo





# CHƯƠNG 4 ĐIỀU TRỊ



## Bài 1 Điều trị chloromycetin

Chloromycetin là một kháng sinh quan trọng và vẫn là kháng sinh hiệu quả nhất trong điều trị sốt thương hàn. Nó được coi là loại kháng sinh phổ rộng vì tác dụng của nó đối với vi khuẩn gram dương, gram âm, Chlamydia và Rickettsia cũng như vi khuẩn yếm khí. Đây là một loại thuốc tốt vì sinh khả dụng của nó gần 100%, do đó liều uống và tiêm tác dụng như nhau, không cần chỉnh liều trong suy thận, đường uống gần như nhau, không cần phải điều chỉnh liều trong suy thận, thâm nhập dịch não tủy và hiệu quả với vi khuẩn yếm khí. Mặc dù có rất nhiều ưu thế nhưng nó có tác dụng phụ gây thiếu máu bất sản, cần theo dõi sát. Đây là loại thuốc phụ thuộc liều. Cần tuân theo nguyên tắc nhất định khi kê toa thuốc này. Đó là:

- i. Không kê toa thuốc này nếu có thuốc thay thế cho cùng một bệnh. Ngày nay có một số loại thuốc có sẵn để điều trị bệnh sốt thương hàn, do đó không nên thử với chloromycetin ngay từ đầu.
- ii. Tổng liều trong một đợt điều trị không được vượt quá 28 gram.
- iii. Nếu một bệnh nhân đã dùng một đợt thuốc trong vòng sáu tháng, không nên kê đơn lại.
- iv. Trong khi điều trị cần phải kiểm tra DC và TLC (đặc biệt là DC) và khi số lượng bạch cầu trung tính giảm xuống dưới 40 phần trăm, cần ngừng dùng chloromycetin.

## Bài 2 Aminoglycoside

Các kháng sinh Aminoglycoside rất hiệu quả chống lại vi khuẩn Gram âm mặc dù ít có hiệu quả với vi khuẩn gram dương. Các kháng sinh hay dùng trong nhóm này là streptomycin, gentamycin, amikacin, kana-mycin,



tobramycin, vv Để có tác dụng toàn thân cần sử dụng đường tiêm. Nhóm kháng sinh này có độc tố lên tai và thận. độc lên thận có thể gây tử vong. Vì vậy, khi dùng nó trong thời gian dài như trong điều trị viêm nội tâm mạc nhiễm khuẩn, cần theo dõi chức năng thận và chú ý sự tăng lên của creatinin huyết thanh, nếu có tăng cần ngừng thuốc lại. Tương tự như vậy nếu bệnh nhân đã bị suy thận thì nên tránh các nhóm thuốc này hoặc nếu cần phải chỉnh liều thích hợp

### Bài 3 Bệnh nhân kích động

Có nhiều trường hợp bệnh nhân xuất hiện kích động. Ở đây, bệnh nhân xoắn xuýt, la hét không ổn định với tư thế đặc biệt. Thông thường, xảy ra sau khi bệnh nhân rối loạn thần kinh cảm giác hoặc do dùng thuốc như atropine, ngộ độc cà độc dược, say rượu, thiếu máu não hoặc rối loạn tâm thần . Một bệnh nhân có ý thức hoặc hôn mê hiếm khi kích động. Bất cứ bồn chồn do nguyên nhân gì cần phải làm dịu đi cho bệnh nhân ngay lập tức

Một bệnh nhân kích động làm cho mọi người kích động theo. Người nhà anh ta sẽ cố để giữ bệnh nhân, họ sẽ gọi y tá, y tá sẽ gọi bác sĩ và tất cả mọi người sẽ cuống lên. Ngoài ra, không thể đặt sonde, lấy ven, tiêm thuốc. Ngay cả khi chọc vào bệnh nhân cũng có thể tự rút ra. Do đó, bệnh nhân có thể gây tổn thương cho mình và tăng gấp đôi công việc cho bác sĩ (phải cầm truyền hay tiêm lại). Các bệnh nhân khác trong buồng bệnh có thể bị quấy rầy và khó chia sẻ dù hành vi bất thường này có thể do bệnh tật của anh ta. Vì tất cả những lý do này, cần phải làm dịu tình trạng bệnh nhân ngay lập tức bằng nhiều cách, có thể dùng diazepam và lorazepam tĩnh mạch, tuy nhiên nếu tiêm nhanh có thể gây ngừng thở, đặc biệt là diazepam. Vì vậy, nên tiêm từ từ. Nếu bệnh nhân cần an thần trong thời



gian dài, có thể t ruyền tĩnh mạch h liên tục . Trong trường hợp có bệnh não gan tránh dùng benzo-diazepine. lựa chọn thay thế an toàn và hiệu quả là tiêm haloperidol, kết hợp với promethazine để làm tăng tác dụng an thần và chống tác dụng ngoại tháp của

haloperidol. Promethazine đơn độc hiếm khi có thể gây hôn mê hoặc kích động. Những loại thuốc này sẽ được tiếp tục dùng sau khi bệnh nhân qua cơn kích động. Sau đó, liều có thể từ từ giảm dần và cuối cùng dừng lại.

## Bài 4 Tránh loét do tỳ đè

Loét do tỳ đè là vấn đề hay gặp ở bệnh nhân phải nằm bất động trên giường trong thời gian dài. Vì vậy, phải hướng dẫn người nhà bệnh nhân chăm sóc thích hợp để nó không tiến triển. Người dân thường không nhận ra tầm quan trọng của dấu hiệu cảnh báo và do thời điểm họ nhận thấy sự đau đớn có thể loét đã tiến triển. Hai yếu tố chính góp phần vào loét do tỳ đè là tỳ đè và ẩm ướt. Để tránh áp lực, vị trí của bệnh nhân nên được thay đổi mỗi hai giờ và giữ cho giường và da khô thoáng. Ẩm ướt thường do giường chiếu ẩm và bệnh nhân vã mồ hôi. các catheter thường là nguồn gây ẩm ướt, cần làm khô giường ngay lập tức nếu giường ẩm. bệnh nhân không được ngủ trực tiếp trên nhựa cứng, phải nằm trên các tấm ga cotton, không có nếp nhăn càng tốt nên mát xa da nhẹ nhàng để tưới máu tốt. Những điều này nên làm tới khi bệnh nhân có thể đi lại được. Việc sử dụng đệm khí hoặc nước có thể giúp đỡ nhưng chúng không thay thế được cho các biện pháp này.



## Bài 5 Phòng ngừa tình trạng ứ phân

ứ phân là vấn đề lâm sàng có thể phòng được. nguyên nhân do táo bón kéo dài trong vài ngày. Thường gặp với bệnh nhân nằm bất động kéo dài, ăn kiêng hoặc liệt nửa người, dùng thuốc gây táo bón, thuốc giảm đau, bismuth, nhôm có chứa thuốc kháng acid, thuốc chẹn kênh calci đặc biệt là verapamil, bệnh nhân nhồi máu cơ tim dùng opioid để giảm đau và bệnh nhân suy giáp. Trong những trường hợp này, cần dùng thuốc nhuận tràng. Các bệnh nhân mất ý thức có xu hướng táo bón do nằm lâu và ăn qua sonde dạ dày. Vì những bệnh nhân này không thể nói được và không có khả năng đi đại tiện nên thường bị tiêu chảy. Với những bệnh nhân này nên dùng thủ thuật móc phân ít nhất mỗi 3 ngày. không thể móc phân thì dung thuốc nhuận tràng trường hợp nặng có thể gây tắc ruột non.

## Bài 6 Tư vấn qua điện thoại

Đây là một thực tế chung hiện nay tư vấn về bệnh nhân có thể biết hoặc đôi khi không biết. Điều này đôi khi có thể gây hại và mất thời gian của bệnh nhân vì bạn không thể nắm rõ được toàn bộ vấn đề của bệnh nhân. Tuy nhiên, những lời khuyên nhỏ như sửa đổi liều hoặc ngưng thuốc khi có phản ứng bất lợi do dùng thuốc thì có thể được. Trước khi tư vấn bất cứ điều gì bạn phải chắc chắn về bệnh nhân mà bạn đang tư vấn. Nếu không xác định rõ ràng tốt nhất là không nên tư vấn. Bạn có thể yêu cầu đưa bệnh nhân tới bác sĩ để có thể khám trực tiếp cho bệnh nhân. Tôi nhớ một trường hợp tai biến mạch não, người nhà tư vấn bác sĩ thần kinh qua điện thoại, kể các dấu hiệu và triệu chứng của bệnh nhân, bác sĩ thần kinh nghi đây là trường hợp tai biến nên khuyên đưa bệnh nhân đi chụp CT và chuyển bệnh nhân đến chỗ anh ta. Bệnh nhân chết trong khi vận chuyển bệnh nhân đến chỗ anh ta sau khi đưa đi chụp CT. Ở đây bác sĩ thần kinh



đề nghị chụp CT qua điện thoại mà không biết tình trạng của bệnh nhân (mạch, nhiệt độ, huyết áp)

## Bài 7 kê thuốc mà không có mặt bệnh nhân

Chúng ta hay gặp tình huống người nhà bệnh nhân yêu cầu kê đơn cho bệnh nhân mà không đưa bệnh nhân theo. Họ đưa ra một số lí do về việc không thể mang theo bệnh nhân. Không nên quy định trong trường hợp như vậy. Không những có thể điều trị sai mà còn có thể xảy ra tai biến. Tôi đã thấy những người uống thuốc theo toa và tử vong. Để tránh những vấn đề như vậy, bạn nên khuyên người nhà đưa bệnh nhân đến. Nếu bị áp lực quá nhiều, bạn có thể kê vài loại thuốc và không ghi lại vào bất cứ văn bản nào

## Bài 8 Quy định khác

Bất cứ khi nào bạn kê đơn, nó phải là 1 đơn thuốc hoàn chỉnh. Có nhiều vấn đề trong 1 đơn thuốc, phải đầy đủ thông tin như tên thuốc, hàm lượng, liều lượng, cách dùng, trong bao nhiêu ngày... Bất kỳ biện pháp phòng ngừa tác dụng phụ nào của thuốc cũng phải ghi vào, cho dù uống trước hay sau bữa ăn, khoảng cách giữa bữa ăn và thuốc, nên làm gì, tên thuốc phải rõ ràng... Nếu chữ viết xấu, có thể viết chữ in hoa. Trước đây các bác sĩ thường viết tay của ai đó không tốt, anh ta có thể viết bằng chữ hoa. Trước đây các bác sĩ thường dặn mồm các tác dụng phụ nhưng tình hình hiện nay cần viết bằng văn bản. Bạn nên tuân theo hướng dẫn sau:

- Tên thuốc
- hàm lượng mỗi viên / nang
- Liều dùng



- Bao nhiêu lần một ngày / thời gian cụ thể
- Cho bao nhiêu ngày / bao lâu sau lại tiếp tục
- Thận trọng

Cùng trao đổi 1 số điểm. Ví dụ như:

- Quinin có thể gây nôn và hạ đường huyết. Ở đây bạn có thể hướng dẫn bệnh nhân dùng thuốc chống nôn (cho tên của thuốc) trước khi dùng quinine và ăn no, nếu có thể ăn thức ăn có chứa glucose. Nếu vẫn bị nôn cần tư vấn nhập viện để tiêm tĩnh mạch quinin.

- Thuốc như isosorbide-5-mononitrat phải uống đúng giờ, đúng thời gian như uống vào 8h sáng và 4h chiều

- Cảnh báo bệnh nhân sau khi dùng thuốc chống lao chứa rifampicin nước tiểu sẽ có màu da cam và không phải lo lắng vì điều đó. Nếu quên dặn, anh ta sẽ nghĩ nó là do tác dụng phụ của thuốc, sẽ tự ngưng thuốc hay thậm chí không tái khám nữa. Trên thực tế với những bệnh nhân này, chúng ta nên dặn bệnh nhân đừng lo khi nước tiểu màu vàng cam nhưng nếu mắt vàng (triệu chứng hay gặp trong biến chứng do dùng thuốc điều trị lao là viêm gan)

- Nếu bệnh nhân đang uống sắt, màu sắc của phân có thể là màu đen, hãy cho bệnh nhân biết vào thời điểm kê toa.

- Người bệnh tiểu đường khi kê thuốc tiểu đường nên hướng dẫn bệnh nhân tự nhận ra biểu hiện của hạ đường huyết và những gì nên làm nếu điều này xảy ra



## Bài 9 Nhiều loại thuốc trong 1 đơn

Đôi khi chúng ta thấy rằng bệnh nhân có rất nhiều vấn đề; có thể tới 18-20 vấn đề khó chịu. Họ thường đưa ra một danh sách vì họ không thể nhớ hết tất cả. Hầu hết những phàn nàn này đều không chính xác. Tương tự như vậy, chúng ta thấy bác sĩ kê toa rất nhiều loại thuốc trong 1 đơn; có thể là 12 hoặc 13 loại thuốc. Rất nhiều loại trong đó không cần thiết. Khi có nhiều loại thuốc trong một toa thuốc có thể bác sĩ nhầm lẫn về bệnh của bệnh nhân hoặc có lẽ không hiểu gì về bệnh cả. Một danh sách dài các loại thuốc trong một đơn thuốc có một số nhược điểm. Đó là:

- Bệnh nhân (không học cao) sẽ bị nhầm lẫn về liều lượng và thời gian sử dụng tất cả các loại thuốc này.
- Thông thường bệnh nhân sẽ ngưng 1 số loại thuốc, chỉ dùng loại chính trong đơn thuốc
- Tổng chi phí điều trị có thể trở nên quá cao, do đó bệnh nhân ngưng tất cả các loại thuốc sau vài ngày.
- Trong trường hợp bệnh nhân xuất hiện phản ứng phụ. khó có thể biết được nó là do thuốc nào gây nên
- Khả năng tương tác thuốc sẽ nhiều hơn.

Vì vậy hãy cố gắng hạn chế số lượng thuốc theo toa. Về vấn đề này tôi luôn luôn nói, "nếu có rất nhiều loại thuốc trong một toa thuốc, không chỉ bác sĩ mà bệnh nhân cũng sẽ bị lẫn lộn". Nhiều loại thuốc không có nghĩa là kê đơn không đúng, trường hợp này đúng với bệnh nhân nặng nằm viện

## Bài 10 Kê đơn ở phụ nữ có thai

*Bs. Phạm Ngọc Minh*





Mang thai là một trạng thái sinh lý. Cần phải phòng ngừa đặc biệt khi kê đơn vì thuốc có thể gây hại cho thai nhi. nghiêm trọng nhất là gây quái thai. Có một số nguyên tắc kê toa thuốc trong thai kỳ. Đó là:

- a. Kiến thức về thời gian phát triển phôi thai.
- b. tác dụng có thể xảy ra của thuốc đối với thai nhi là gì?
- c. Có cách nào để phát hiện tác dụng bất lợi lên bào thai trước khi sinh?
- d. Nếu được yêu cầu, cha mẹ có đồng ý sàng lọc trước sinh? Một số mốc về phát triển phôi thai như sau:
  - Từ khi thụ thai đến ngày thứ 17 của thai kỳ (ngày thứ 3 sau mất kinh) tế bào là các tế bào toàn năng (totipotent). Thuốc được dùng trong thời kỳ này sẽ không có hiệu quả (vì sự nhân lên của các tế bào này có thể thay thế các tế bào bị tổn thương) hoặc nó sẽ dẫn đến sảy thai
  - Sau ngày 55, sẽ ảnh hưởng tới kích thước của cơ quan hoặc sẽ có chức năng bình thường, không có khuyết tật về cấu trúc
  - Tác dụng thuốc gây quái thai nếu dùng thuốc trong khoảng từ ngày thứ 18-55
  - 2-3% dị tật bẩm sinh là do thuốc - nghĩa là chỉ chiếm tỷ lệ nhỏ hãy cùng xem danh sách các thuốc sau có liên quan tới dị tật bẩm sinh.

Thuốc	Kiểu dị tật
Ace inhibitors	Nhiều dị tật
Aspirin	Chảy máu nhẹ ở trẻ sơ sinh nếu dùng trong vòng 5 ngày trước sinh
Beta blockers	Ugr nếu dùng giai đoạn sớm, dùng giai đoạn muộn không sao, dị tật tim,
Carbamazepine	Chi, não
Cyclosporin	Nam hóa
Danazol	Lòi não, lồi mắt



Ethionamide indomethacin	Chảy máu não, còn ống động mạch
Lithium	Dị tật tim
Meclizine	Dị tật mắt
Oral anticoagulant	Dị tật não, xương. Mũi
Phenytoin	Dị tật sọ mặt- chi
Promethazine	Trật khớp háng bẩm sinh
Retinoids (used for acne)	Dị tật sọ mặt -tim
Rifampicin	Dị tật ống thần kinh - mắt
Sex hormones	Hội chứng vacteral
Streptomycin	Điếc- câm
Tetracycline	Không sao nếu dùng trước tháng thứ 5-6, ảnh hưởng màu của răng sau sinh
Valproate	Dị tật ống thần kinh

1 vài thuốc thông dụng khác	
Tca	An toàn
Phenothiazines	An toàn
Heparin (both lmwh and ordinary)	An toàn
cyclizine	An toàn
Pyridoxine	An toàn
Doxylamine	An toàn
Metoclopramide	Có thể an toàn
Antacids	An toàn 3 tháng đầu và giữa
Sucralfate	An toàn
H2 antagonists	An toàn nhưng chưa rõ ràng không
Colloidal bismuth	an toàn
Isapghula	An toàn
Methyl cellulose	An toàn
Stimulant laxatives	Không an toàn
Prednisolone	An toàn
Azathioprine	An toàn

**Sử dụng kháng sinh:** là thuốc hay dùng nhất trong thai kỳ. liên quan tới an toàn khi dùng kháng sinh, chúng được chia làm 3 nhóm:

**Group:I** An toàn (không gây quái thai)

**Group: II** Không an toàn



**Group: III** Thận trọng: không gây quái thai nhưng có nguy cơ theo lý thuyết. những thuốc này chỉ dùng khi nhóm I không hiệu quả hoặc tình trạng người mẹ không cho phép sử dụng chúng

Hãy cùng xem 1 số loại kháng sinh thông dụng :

Kháng sinh	Độ an toàn
Amikacin	Group:iii
Amoxicillin	Group:i
Amoxicillin+clavulanate	Group:i
Ampicillin	Group:i
Azlocillin	Group:i
Azithromycin	Group:ii
Benzathine penicillin	Group:i
Benzyl penicillin	Group:i
Carbenicillin	Group:i
Cephalosporins (oral)	Group:i
Cephalosporins (injectable)	Group:i
Chloramphenicol	Group:ii
Clarithromycin	Group:ii
Clindamycin	Group:ii
Cloxacillin	Group:i
Co-trimoxazole	Group:i***
Erythromycin estolate	Group:ii
Erythromycin stearate	Group:i
Ethambutol	Group:i
Flucloxacillin	Group:i
Fusidic acid	Group:i
Gentamycin	Group:iii
Inh	Group:i
Lincomycin	Group:ii
Metronidazole	Group:iii
Mezlocillin	Group:i
Nalidixic acid	Group:iii
Netilmycin	Group:iii



Kháng sinh	Độ an toàn
Rifampicin	Group:III
Spectinomycin	Group:I
Streptomycin	Group:II
Sulphonamides	Group:I***
Teicoplanin	Group:III
Tetracyclines	Group:II
Ticarillin	Group:I
Tobramycin	Group:III
Trimethoprim	Group:I
Vancomycin	Group:III
Nitrofurantoin	Group:i
Pas	Group:i
Piperacillin	Group:i
Pyrazinamide	Group:iii
Quinolones (ciproflo, oflo, peflo, norflo and others)	Group:ii

Tiếp theo

\* Hội chứng VACTERAL Vertebral, Anal, Cardiac, Tracheal, Esophageal, Renal And Limb defects.



Thuốc chống nấm	Độ an toàn
Amphoterecin	Group:iii
Flucytocine	Group:ii
Fluconazole	Group:iii
griseofulvin	Group:ii
Ketoconazole	Group:iii
miconazole	Group:iii
Nystatin (topical)	Group:i

Thuốc điều trị sốt rét	Độ an toàn
Chloroquine	Group:I
Quinine#	Group:II (abortifient)
Proguanil	Group:I
Pyrimethamine+Sulphadoxine	Group:II
Pyrimethamine+ Dapsone	Group:II
Primaquine	Group:II

# Quinine không khuyến cáo dùng khi mang thai, nhưng điều này giờ không đúng, có thể dùng trong thai kỳ điều trị sốt rét kháng chloroquine

Thuốc kháng virus	Độ an toàn
Amantadine	Group: ii
Acyclovir	Group:i
Vidarabine	Group:ii
Zidovudine	Group:iii
Thuốc trị ký sinh trung	Độ an toàn
Piperazine	Group:I
Mebendazole	Group:II
Thiabendazole	Group:III
Praziquantel	Group:III

## Bài 11 Kê đơn khi đang cho con bú

Giống như việc dự phòng khi mang thai, Một số loại thuốc được bài tiết vào sữa và nếu nó có nồng độ đủ thì có thể ảnh hưởng đến đứa trẻ. Cần



lưu ý rằng ngay cả khi người mẹ đang dùng 1 loại thuốc tiêm, nó cũng có thể truyền sang con qua đường uống

### Một số loại thuốc an toàn trong khi cho con bú

Aminoglycosides Antiasthmatics Cephalosporins H2 antagonists Tất cả thuốc chống co giật trừ barbiturate, thuốc hạ áp Chlorpromazine Heparin	NSAIDs (Ibuprofen, flurbiprofen, diclofenac, mefenamic acid, fenoprofen, ketoprofen, piroxicam) Paracetamol Penicillins Prednisolone Propylthiouracil Sulfasalazine Tricyclic antidepressant Warfarin
---	--

### Tên thuốc không an toàn

Tên thuốc	Nguy cơ
Amiodarone	Suy giáp sơ sinh
Aspirin	Hội chứng Reye
Barbiturate	Ngủ gà
Benzodiazepine	Ngủ lịm
Carbimazole	Suy giáp
Chloramphenicol	Thiếu sản xương sơ sinh
Chloroquine (as disease modifying agent)	Tổn thương võng mạc
Contraceptives	Giảm tiết sữa
Cytotoxic drugs	Suy giảm miễn dịch
D-Penicillamine	Độc lên thận và tủy xương
Gold salts	Độc cho thận và tủy
Sulphonamide	Vàng da nhân
Tetracycline	Sin màu răng

### Bài 12 Thuốc và suy thận

Do sự gia tăng tỷ lệ mắc bệnh tiểu đường và tăng huyết áp, các trường hợp suy thận mạn tính đang gia tăng hiện nay. Mặc dù suy thận cấp do tiêu chảy và mất nước đã giảm nhưng có thể là biến chứng cấp của sốt rét, nhiễm khuẩn huyết và rắn cắn. Những bệnh nhân này thường cần hội chẩn



khi có bệnh liên quan. Khi kê toa cho bệnh nhân này cần biết thuốc nào an toàn và không an toàn. Dưới đây là danh sách các loại thuốc thông dụng được đưa ra để tham khảo ngay lập tức. Những loại thuốc này được sắp xếp theo thứ tự bảng chữ cái. Thuốc được viết bằng chữ đậm là những loại thuốc có thể được sử dụng an toàn với bệnh nhân suy thận.



Tên thuốc	Chỉnh liều với suy thận nhẹ (GFR < 50 ml/min)	Chỉnh liều với suy thận vừa (GFR 10-50 ml/min)	Chỉnh liều với suy thận nặng (GFR < 10 ml/min)
Acarbose	Yes	Tránh	Tránh
Acyclovir	No	Yes	Yes
Adenosine	No	No	No
Albuterol	No	Yes	Yes
Alprazolam	No	No	No
Amikacin	Yes	Yes	Yes
Amiloride	No	Yes	Avoid
Amiodarone	No	No	No
Amitryptiline	No	No	No
Amlodipine	No	No	No
Amoxicillin	No	Yes	Yes
Ampicillin	No	Yes	Yes
Aspirin	No	Yes	Avoid
Atenolol	No	Yes	Yes
Azathioprine	No	Yes	Yes
Azithromycin	No	No	No
Azlocillin	No	Yes	Yes
Aztreonam	No	Yes	Yes
Benazepril	No	Yes	Yes
Betamethasone	No	No	No
Bezafibrate	Yes	Yes	Yes
Bisoprolol	No	Yes	Yes
Bromocriptine	No	No	No
Budesonide	No	No	No
Capreomycin	Yes	Yes	Yes
Captopril	No	Yes	Yes
Carbamazepine	No	No	No
Carbidopa	No	No	No
Carvedilol	No	No	No
Cefaclor	No	Yes	Yes
Cefadroxyl	No	Yes	Yes
Cefazolin	No	Yes	Yes
Cefepime	No	Yes	Yes
Cefixime	No	Yes	Yes





Tên thuốc	Chỉnh liều với suy thận nhẹ (GFR < 50 ml/min)	Chỉnh liều với suy thận vừa (GFR 10-50 ml/min)	Chỉnh liều với suy thận nặng (GFR < 10 ml/min)
Cefoperazone	No	No	No
Cefotaxime	No	Yes	Yes
Cefpodoxime	No	Yes	Yes
Ceftazidime	No	Yes	Yes
Ceftriaxone	No	No	No
Cefuroxime	No	No	No
Cephalexin	Yes	Yes	Yes
Cetirizine	No	No	Yes
Chloramphenicol	No	No	No
Chlordiazepoxide	No	No	Yes
Chloroquine	No	No	Yes
Chlorpheniramine	No	No	No
Chlorpromazine	No	No	No
Chlorthalidone	No	No	Avoid
Cholestyramine	No	No	No
Ciprofloxacin	No	Yes	Yes
Clavulanic acid	No	No	Yes
Clarithromycin	No	Yes	Yes
Clindamycin	No	No	No
Clonazepam	No	No	No
Clonidine	No	No	No
Codeine	No	Yes	Yes
Cortisone	No	No	No
Desipramine	No	No	No
Dexamethasone	No	No	No
Diazepam	No	No	No
Diclofenac	No	No	No
Digoxin	No	Yes	Yes
Diltiazem	No	No	No
Dipyridamole	No	No	No
Disopyramide	Yes	Yes	Yes
Dobutamine	No	No	No
Doxazocin	No	No	No



Tên thuốc	Chỉnh liều với suy thận nhẹ (GFR < 50 ml/min)	Chỉnh liều với suy thận vừa (GFR 10-50 ml/min)	Chỉnh liều với suy thận nặng (GFR < 10 ml/min)
Doxycycline	No	No	No
Ebastine	No	Yes	Yes
Enalapril	No	Yes	Yes
Erythromycin	No	No	Yes
Ethambutol	No	Yes	Yes
Ethionamide	No	No	Yes
Ethosuximide	No	No	No
Famotidine	Yes	Yes	Yes
Felodipine	No	No	No
Fenoprofen	No	No	No
Fexofenadine	Yes	Yes	Yes
Fluconazole	No	No	No
Fluoxetine	No	No	No
Flurbiprofen	No	No	No
Furosemide	No	No	No
Gabapentine	No	Yes	Yes
Gemfibrozil	No	No	No
Gentamycin	Yes	Yes	Yes
Glipizide	No	No	No
Griseofulvin	No	No	No
Haloperidol	No	No	No
Heparin	No	No	No
Hydralazine	No	No	Yes
Hydrocortisone	No	No	No
Hydroxyurea	No	Yes	Yes
Ibuprofen	No	No	No
Imipenem	No	Yes	Yes
Imipramine	No	No	No
Indapamide	No	No	Avoid
Indomethacin	No	No	No
Insulin	No	Yes	Yes
Ipratropium	No	No	No
Isoniazide	No	No	Yes



Tên thuốc	Chỉnh liều với suy thận nhẹ (GFR < 50 ml/min)	Chỉnh liều với suy thận vừa (GFR 10-50 ml/min)	Chỉnh liều với suy thận nặng (GFR < 10 ml/min)
ISDN	No	No	No
ISMN	No	No	No
Itraconazole	No	No	Yes
Kanamycin	Yes	Yes	Yes
Ketoconazole	No	No	No
Ketoprofen	No	No	No
Ketorol	No	Yes	Yes
Labetalol	No	No	No
Lamivudine	No	Yes	Yes
Lansoprazole	No	No	No
Levodopa	No	No	No
Levofloxacin	No	Yes	Yes
Lidocaine	No	No	No
Lincomycin	No	Yes	Yes
Lisinopril	No	Yes	Yes
Lispro-Insulin	No	Yes	Yes
Lomefloxacin	No	Yes	Yes
Lorazepam	No	No	No
Losartan	No	No	No
LMW heparin	No	No	Yes
Mefenamic acid	No	No	No
Mefloquine	No	No	No
Meropenem	No	Yes	Yes
Metformin	Yes	Yes	Avoid
Methimazole	No	No	No
Methotrexate	No	Yes	Avoid
Methyldopa	Yes	Yes	Yes
Methylprednisolone	No	No	No
Metoclopramide	No	Yes	Yes
Metolazone	No	No	No
Metoprolol	No	No	No
Metronidazole	No	No	Yes
Mexiletine	No	No	Yes



Tên thuốc	Chỉnh liều với suy thận nhẹ (GFR < 50 ml/min)	Chỉnh liều với suy thận vừa (GFR 10-50 ml/min)	Chỉnh liều với suy thận nặng (GFR < 10 ml/min)
Miconazole	No	No	No
Midazolam	No	No	Yes
Minocycline	No	No	No
Minoxidil	No	No	No
Morphine	No	Yes	Yes
Moxalactam	Yes	Yes	Yes
Nalidixic acid	No	Avoid	Avoid
Naloxone	No	No	No
Naproxen	No	No	No
Neostigmine	No	Yes	Yes
Netilmycin	Yes	Yes	Yes
Nifedipine	No	No	No
Nimodipine	No	No	No
Nitrazepam	No	No	No
Nitrofurantoin	Avoid	Avoid	Avoid
Nitroglycerine	No	No	No
Nitroprusside	No	No	No
Norfloxacin	No	Yes	Avoid
Ofloxacin	No	Yes	Yes
Omeprazole	No	No	No
Ondansetron	No	No	No
Oxcarbazepine	No	No	No
PAS	No	Yes	Yes
Paracetamol	No	Yes	Yes
Penicillin G	No	Yes	Yes
Pentazocine	No	Yes	Yes
Pentobarbitone	No	No	No
Pefloxacin	No	No	No
Perindopril	No	Yes	Yes
Phenobarbitone	No	No	Yes
Phenytoin	No	No	No
Piperacillin	No	Yes	Yes
Piroxicam	No	No	No



Tên thuốc	Chỉnh liều với suy thận nhẹ (GFR < 50 ml/min)	Chỉnh liều với suy thận vừa (GFR 10-50 ml/min)	Chỉnh liều với suy thận nặng (GFR < 10 ml/min)
Prazosin	No	No	No
Prednisolone	No	No	No
Primaquine	No	No	No
Procainamide	No	Yes	Yes
Promethazine	No	No	No
Propranolol	No	No	No
Propylthiouracil	No	No	No
Pyrazinamide	No	Avoid	Avoid
Pyridostigmine	Yes	Yes	Yes
Pyrimethamine	No	No	No
Quinapril	No	No	Yes
Quinidine	No	No	Yes
Quinine	No	Yes	Yes
Ramipril	No	Yes	Yes
Ranitidine	Yes	Yes	Yes
Reserpine	No	No	Avoid
Rifabutin	No	No	No
Rifampicin	No	Yes	Yes
Sertraline	No	No	No
Simvastatin	No	No	No
Sodium valproate	No	No	No
Sparfloxacin	No	Yes	Yes
Spectinomycin	No	No	No
Spironolactone	Yes	Yes	Avoid
Streptokinase	No	No	No
Streptomycin	No	Yes	Yes
Succinylcholine	No	No	No
Sulbactam	No	Yes	Yes
Tamoxifen	No	No	No
Tazobactam	No	Yes	Yes
Teichoplanin	No	Yes	Yes
Terazosin	No	No	No
Terbutaline	No	Yes	Avoid



Tên thuốc	Chỉnh liều với suy thận nhẹ (GFR < 50 ml/min)	Chỉnh liều với suy thận vừa (GFR 10-50 ml/min)	Chỉnh liều với suy thận nặng (GFR < 10 ml/min)
Tetracycline	Yes	Yes	Yes
Theophylline	No	No	No
Thiazide	No	No	Avoid
Thiopental	No	No	Yes
Ticarcillin	No	Yes	Yes
Tobramycin	Yes	Yes	Yes
Topiramate	No	Yes	Yes
Tranexamic acid	Yes	Yes	Yes
Triamcinolone	No	No	No
Triamterene	yes	Yes	Avoid
Trimethoprim	No	Yes	Yes
Vancomycin	Yes	Yes	Yes
Venlafaxine	Yes	Yes	Yes
Verapamil	No	No	No
Warfarin	No	No	No

## Bài 13 Quyết định không điều trị với bệnh nhân nặng

Là một phần của xã hội, bác sĩ không chỉ có trách nhiệm điều trị các chứng bệnh mà còn phải để ý đến tổng thể cuộc sống của bệnh nhân. Phải đánh giá theo góc độ gia đình và xã hội. Có một số bệnh cần dùng rất ít hoặc không dùng thuốc. 1 số bệnh sẽ tử vong dù có hay không điều trị nếu theo đuổi điều trị sẽ phải bán tất cả tài sản đất đai và nhà của họ. Nếu như một bệnh nhân chết, thì gia đình ở lại chỉ có nước đi ăn xin. Trong tình huống như vậy, sẽ khôn ngoan hơn nếu chấp nhận không điều trị. Thật không may ngày nay nhiều bác sĩ không nhận ra điều này. Thậm chí có những bác sĩ thử những loại thuốc hoặc phương pháp mới cho bệnh nhân để bệnh nhân tốn kém không biết bao nhiêu chẳng để làm gì, tôi muốn trích dẫn từ Hutchison, "Điều trị bệnh nặng quá sức chịu đựng của bệnh nhân, bạn sẽ bị zời đày" (Hutchison's Clinical Methods, 18th edition). Tôi đã thấy nhiều trường hợp và gia đình có điều kiện kinh tế đã bị phá sản do



điều trị và cuối cùng những bệnh nhân này cũng vẫn chết. Hầu hết hay gặp ở những bệnh nhân ung thư. Tôi đưa ra một ví dụ-Nếu con của một gia đình nghèo bị bệnh bạch cầu dòng tủy cấp (AML) và chúng tôi quyết định điều trị một trường hợp như vậy tối đa thì quá tốn kém. Nếu chúng ta đưa ra các dữ kiện và số liệu về kết quả hiện tại của các trường hợp mắc bệnh AML, cha mẹ có thể đồng ý điều trị, hy vọng rằng sẽ có cơ hội mong manh kết quả tốt cho con của họ. Nhưng trong quá trình điều trị, họ phải bán tất cả tài sản, thậm chí sau đó không còn tiền để hoàn thành việc điều trị. Ngay cả khi họ hoàn thành việc điều trị thì cơ hội sống của con họ sẽ rất nhỏ. Vì vậy, cuối cùng thực tế xảy ra (đứa trẻ chết) và gia đình không còn gì hoặc ngập trong nợ nần. Trong trường hợp đó, cần thận trọng khi giải thích cho gia đình. Tóm lại tôi có thể nói rằng

*"Điều trị 1 bệnh rườm rà hơn chính bản thân căn bệnh đó"*

## Bài 14 Ngộ độc

Những sai lầm có thể phát sinh trong khi điều trị các trường hợp ngộ độc:

- a. Loại độc tố
- b. Số lượng đưa vào
- c. Đường vào
- d. Điều trị

## Loại chất độc

Thông thường, người ta sẽ không thể nói chính xác được chất độc. Ở Ấn Độ loại thuốc độc hay gặp dùng để tự tử là thuốc trừ sâu. Nhưng có một số loại thuốc trừ sâu như hợp chất hữu cơ photpho, hợp chất organochlorine, carbamat, pyrethroids, cypermethrine... Các phương pháp điều trị với những loại này lại khác nhau. Vì vậy, nên cố gắng xác định chính xác loại chất



độc. Yêu cầu người nhà của bệnh nhân mang vỏ hoặc vỉ thuốc tại hiện trường đến ngay bệnh viện. Có thể tìm ở thùng rác, ngăn kéo bàn, dưới gầm giường...

Thông thường người thân hoặc bệnh nhân có thể nói tên thương mại của chất độc. Vì vậy mỗi viện nên đưa ra danh sách tên thương mại và thành phần hóa học tương ứng của chúng về thuốc trừ sâu đang được sử dụng tại địa phương. Có thể hỏi trong nhà có loại thuốc độc nào, dùng mục đích gì, vẫn còn hay đâu mất, lúc đầu có bao nhiêu và còn bao nhiêu?

Ngoài thuốc trừ sâu, còn các loại thuốc có trong nhà, chủ yếu do thành viên trong gia đình dùng như thuốc trị bệnh tiểu đường, thuốc hạ huyết áp, thuốc chống động kinh, thuốc điều trị lao, thuốc chống loạn thần và các loại thuốc khác.

Ngộ độc thuốc phối hợp (ngộ độc cocktail) cũng hay gặp hiện nay. Chúng tôi đã thấy rượu pha thuốc trừ sâu, rượu với các loại thuốc khác sử dụng cho mục đích tự sát. Tôi đã gặp một bác sĩ tự tử bằng cách dùng thuốc trị tiểu đường và propranolol với nhau.

### Số lượng chất độc

Liên quan đến lượng chất độc đã dùng, người nhà thường nói sai số lượng cho bác sĩ điều trị. Thường thì họ nói ít hơn bình thường nhưng không nên tin họ mà khám để xác định

### Đường dùng

Gia đình thường tránh liên quan pháp y. nhưng đa số các trường hợp ngộ độc là do tự sát





**Điều trị**

Một khi xác định được chất độc thì để điều trị, nên rửa dạ dày nếu bệnh nhân ngộ độc trong vòng 3h sau khi uống. Tuy nhiên, bạn nên nhớ có những loại thuốc chống chỉ định với rửa dạ dày (axit ăn mòn hoặc kiềm, sản phẩm dầu mỏ...). Nếu đã qua hơn ba tiếng đồng hồ, không rửa dạ dày mà chạy thận, lọc máu. Bệnh nhân ngộ độc phải được theo dõi cho đến khi qua giai đoạn nguy cơ. Ví dụ, bệnh nhân ngộ độc phospho hữu cơ cần theo dõi trong 7 đến 10 ngày. Liên quan đến việc điều trị ngộ độc cần lưu ý rằng ngày càng có nhiều người uống cùng lúc nhiều loại thuốc để tự tử, vì vậy nên lựa chọn lọc máu. nhưng có nhiều loại thuốc không thể lọc máu bạn cần có kiến thức về loại thuốc nào có thể dùng lọc máu và loại nào thì không. danh sách các loại thuốc có thể áp dụng lọc máu và loại không dùng được trong danh sách dưới đây

**Danh sách thuốc áp dụng được lọc máu**

Acebutolol	Acetazolamide
Acyclovir	Allopurinol
Amikacin	Aminocaproic acid
Aminobenzoate	Aminoglycosides
Aminoglutethimide	Amoxyclav
Atenolol	Barbiturates
Capreomycin	Carbenicillin
Carisoprodol	Cephadroxyl
Cefotetan	Cefotaxime
Ceftazidime	Cefuroxime
Cyclizine	Cycloserin
Dapson	Dysopyramide
Enalapril	Fluconazole
Gabapentin	Gentamycin
Isoniazid	Lepirudin
Lisinopril	Lithium
Loxapine	Meclizine
Metformin	Methyldopa
Netilmycin	Phenobarbitol
Phenytoin	Procainamide
Pyrazinamide	Quinidine
Topiramate	Trimethoprim



Alprazolam  
Amlodipine  
Azithromycin  
Bleomycin  
Candesartan  
Carbamazepine  
Cefixime  
Cephalexin  
Chlorambucil  
Clarithromycin  
Clobazam  
Clonazepam  
Clozapine  
Cyclobenzaprine  
Desipramine  
Diclofenac  
Diltiazem  
Dothiepin  
Doxycycline  
Erythromycin  
Fluoxetine  
Glucagon  
Imipramine  
Labetalol  
Lincomycin  
Loperamide  
Losartan  
Mefenamic acid  
Naproxen  
Nimodipine  
Nitrazepam  
Nortriptyline  
Oxazepam  
Prazosin  
Propranolol  
Quinine  
Sertraline  
Terazosin  
Trimipramine  
Verapamil  
Zolpidem

Amitriptyline  
Atorvastatin  
Benzyl Benzoate  
Buspirone  
Captopril  
Cefaclor  
Celecoxib  
Cetirizine  
Chlorodiazepoxide  
Clindamycin  
Clomipramine  
Clorazepam  
Colchicine  
Cyclosporine  
Diazepam  
Digoxin  
Dobutamine  
Doxazosin  
Doxepin  
Fexofenadine  
Fluphenazine  
Hydroxyzine  
Irbesartan  
Lidocaine  
Lomefloxacin  
Lorazepam  
Loxapine  
Misoprostol  
Nifedipine  
Nisoldipine  
Nizatidine  
Ofloxacin  
Paroxetine Propoxyphene  
Quinapril  
Rofecoxib  
Sodium nitroprusside  
Trifluoperazine Venlafaxine  
Zidovudine  
Zopiclone



**Danh sách thuốc ngộ độc có thể có lợi nếu lọc máu**

Azathioprine	Benazepril
Bupropion	Ciprofloxacin
Dexfenfluramine	Fenfluramine
Fosinopril	Lamotrigine
Rifampicin	

**Bài 15 Đầu vào và đầu ra**

Chú ý lượng dịch vào và ra:

- Bệnh nhân nặng
- Bệnh nhân suy thận
- Tất cả bệnh nhân phù.

2 trường hợp đầu chú ý nếu không kiểm soát lượng dịch vào có thể nguy hiểm. Nó có thể gây quá tải dịch dẫn tới phù phổi cần phải lọc máu

Vấn đề quá tải dịch không lo nhiều nếu không có suy thận hoặc trong giai đoạn bệnh nhân đa niệu. Trong pha đa niệu, nếu không đủ nước và điện giải có thể dẫn tới mất nước và rối loạn điện giải

Ở những bệnh nhân phù, cần chú ý đầu ra để có thể giảm phù. Nếu dùng lợi tiểu nên giữ cân bằng dịch bằng cách điều chỉnh liều lợi tiểu

**Bài 16 Đặt ống ryle cho ăn ở bệnh nhân uốn ván**

Do tiêm phòng vacxin uốn ván rộng rãi, tỷ lệ mắc uốn ván ở các nước phương Tây đã giảm mạnh; nhưng ở nước ta vẫn còn nhiều trường hợp mắc bệnh uốn ván ở nhiều hình thức khác nhau. Điều trị những trường hợp này thường kéo dài, mất vài tuần để hồi phục. Nó sẽ trở nên rất khó khăn để duy trì truyền dịch tĩnh mạch cho những bệnh nhân này, thông thường vài ngày sau sẽ khó có thể lấy được đường truyền tĩnh mạch. Đặt ống Ryle



(sonde dạ dày) cho ăn có thể dùng nuôi dưỡng và dùng thuốc. Đồng thời cũng nhớ rằng không dễ đặt sonde dạ dày ở bệnh nhân uốn ván trừ khi phát hiện sớm

(trước khi tiến triển co giật). Vì vậy, không nên bỏ lỡ cơ hội đặt sonde dạ dày sớm và không cố gắng đặt nếu bệnh nhân ở giai đoạn muộn hoặc đang trong giai đoạn co giật tiến triển

## Bài 17 Ghi giấy ra viện

Không có sự thống nhất trong giấy ra viện ở nước ta. Giấy ra viện là 1 tài liệu quan trọng cho bệnh nhân. Bất cứ khi nào một bệnh nhân nhập viện vì bất cứ lý do nào, bạn cần phải cho anh ta giấy ra viện. thông tin càng chi tiết càng tốt . Cần cung cấp thông tin rõ ràng về chẩn đoán, xét nghiệm và điều trị thực hiện, có cần điều trị tiếp tục. Ngay cả khi đó là một chẩn đoán giả định, lý do chưa chẩn đoán được cụ thể vì nhiều lý do. Theo dõi các trường hợp này có thể tiết lộ một số thông tin giúp chẩn đoán lần sau dễ dàng hơn. không có gì xấu hổ khi chưa chẩn đoán ra bệnh vì chúng ta phải cho thông tin trung thực về đợt điều trị này của bệnh nhân

Các bác sĩ thường do dự khi đề cập đến chẩn đoán và điều trị giả định; nhưng tôi không tìm thấy lý do cho điều này. Nếu bệnh nhân đã được giải thích chính xác về điều này thì sẽ không có vấn đề gì.

Đôi khi ngay cả khi chẩn đoán của chúng ta là chính xác nhưng chúng ta không thể đưa ra hình thức điều trị tốt nhất hoặc bệnh nhân không đồng ý hoặc không có khả năng; điều này cũng nên nhắc đến trong giấy ra viện. Nếu bệnh nhân cần được theo dõi bởi một số bác sĩ khác (bác sĩ địa phương) cũng sẽ có được hướng dẫn rõ ràng. Điều này có thể ngăn không cho bệnh nhân phải chạy đến bác sĩ vì những vấn đề nhỏ. Nhiều người quan niệm đã điều trị bởi bác sĩ viện trung ương thì không thể theo dõi bởi



bác sĩ địa phương. Đây là quan niệm sai lầm cần dẹp ngay khỏi tâm trí người dân.

## Bài 18 Hội chẩn

Nếu làm việc trong một bệnh viện lớn, bạn thường phải lấy ý kiến hội chẩn của các bác sĩ khác. Tôi nhớ một trường hợp mang thai với sốt rét thể não được hội chẩn với bác sĩ sản. Một bác sĩ nên biết điều trị bệnh sốt rét thể não như nào khi mang thai. Bác sĩ sản khoa sẽ làm gì ở đây trừ khi có vấn đề về sản khoa? Vì vậy, điều này có thể được coi là hội chẩn không mục đích. Tương tự, một trường hợp viêm não lại đi hội chẩn với bác sĩ tâm thần có thể được xem như cuộc hội chẩn ngớ ngẩn. Tôi nhớ một trường hợp bệnh nhân đái tháo đường có sốc nhiễm khuẩn lại đi hội chẩn với bác sĩ ngoại khoa vì siêu âm có sỏi mật cách đây vài tháng. Hội chẩn này cũng vô nghĩa vì bác sĩ ngoại khoa sẽ không can thiệp trên bệnh nhân đang sốc nhiễm khuẩn. Tôi sẽ đưa ra một số ví dụ về hội chẩn đúng chuyên khoa.

a. Nếu chúng ta muốn hội chẩn ca suy thận cấp mất nước nặng hãy hội chẩn bs nội thận như sau:

Đây là trường hợp ARF mất nước nặng, không đáp ứng với lợi tiểu. mời hội chẩn xem cần lọc máu ngay không

b. Nếu bạn hội chẩn trường hợp xuất huyết tiêu hoá kháng trị bạn hội chẩn với bs ngoại khoa như sau:

Đây là trường hợp xuất huyết tiêu hóa trên. điều trị bảo tồn nhưng vẫn chảy máu. cần hội chẩn ngoại xem cần can thiệp phẫu thuật không.

c. 1 trường hợp mang thai, sốt rét thể não có ra máu âm đạo (bệnh nhân bất tỉnh nên không thể biết đau bụng hay không)



Cô có thể sinh non/sảy thai. chúng ta cần hội chẩn sản khoa:

Đây là trường hợp mang thai có sốt rét thể não, đang có ra máu âm đạo. cần hội chẩn xin ý kiến sản khoa

## Bài 19 Thái độ khi bệnh nhân tử vong

Khi bệnh nhân sắp tử vong. Người thân của họ có phản ứng dữ dội khi người nhà họ đang hấp hối. Vào những thời điểm này, chỉ cần những lỗi tâm thường, thậm chí việc họ tìm không thấy bác sĩ cũng có thể là nguyên nhân dẫn tới hành hung hoặc đập phá tài sản. Đã đến lúc phải thảo luận về các bước cần thực hiện để ngăn chặn những diễn biến xấu như vậy. Những trường hợp như vậy có thể không thể ngăn ngừa được nhưng có thể giảm thiểu xuống. Tôi sẽ cố gắng thảo luận những điểm để giảm thiểu những diễn biến này.

Có hai bên tham gia vào các trường hợp này, bên điều trị và bên tiếp nhận điều trị (bệnh nhân). Bất cứ điều gì có thể là do lỗi của thân nhân không trông bệnh nhân cẩn thận thì đều quy do lỗi của bác sĩ. Ngày nay mọi người đã mất niềm tin vào bác sĩ. Người dân mong đợi sự chuyên nghiệp hơn từ nghề y và chính kỳ vọng này là nguyên nhân chính gây rối loạn. Người dân mong đợi phục vụ tốt hơn và chúng ta cũng phải chịu trách nhiệm một phần về điều này

Chúng ta chịu trách nhiệm vì điều gì? Chúng ta đã tuyên bố vào những thời điểm khác nhau rằng chúng ta có thể điều trị được, trình độ y học đã quá phát triển, các xét nghiệm mới sẽ giúp tìm ra mọi thứ về căn bệnh này. Đôi khi chúng ta tạo hy vọng quá nhiều cho người dân ngay từ khi bắt đầu điều trị và khi điều trị 1 thời gian bạn lại nói với họ điều trị tiếp không hiệu quả. Điều này gần như là lừa đảo. Chúng ta không nói sự thật ngay từ đầu hoặc do sự thiếu hiểu biết hoặc do mục đích sai. Cần phải rõ ràng trước



bệnh nhân về tất cả các thủ tục thăm dò và điều trị. Chúng ta phải thừa nhận rằng mặc dù y học đã tiến bộ nhưng nhiều khi không thể biết được nguyên nhân của nhiều bệnh và chúng ta vẫn chưa có khả năng chữa bách bệnh, nhiều vấn đề mới xuất hiện và vấn đề cũ trở nên phức tạp. Nó có thể là quá khắc nghiệt khi nói rằng trình độ lâm sàng của chúng ta đã tụt lùi và chúng ta ngày càng phụ thuộc vào máy móc. Khi các máy móc không hoạt động tốt hoặc cho kết quả mơ hồ sẽ gây khó khăn cho bạn trong việc đưa ra quyết định. Nếu chúng ta muốn thay đổi kỳ vọng của người dân, chúng ta phải nói sự thật về tiến triển điều trị ở từng bước, nên cố gắng giảm tổng chi phí điều trị cho bệnh nhân. Điều này sẽ giúp lấy lại niềm tin của bác sĩ và giúp giảm tỷ lệ các vụ việc liên quan đến việc bệnh nhân tử vong.

Cách khác là viết trung thực trên báo, không sử dụng truyền thông phục vụ mục đích quảng cáo cho bác sĩ truyền hình cũng có thể thực hiện các chương trình hướng dẫn người dân về biểu hiện của các bệnh khác nhau. Dù sao cũng rất khó để thay đổi thái độ của con người. Vì vậy chúng ta chỉ còn cách sửa sai sót và khắc phục chúng trong tương lai. Có một câu ngạn ngữ "không bao giờ đánh giá quá cao rằng bạn có thể thay đổi người khác và không bao giờ đánh giá quá thấp việc bạn không thể thay đổi bản thân mình" Tôi đã phân tích nhiều trường hợp và đi đến những kết luận dưới đây

## **Bài 20 Tuyên bố bệnh nhân tử vong**

Thông thường chúng ta bắt gặp tin một đứa trẻ tưởng chết tự nhiên sống lại. Trong mọi tình huống việc 1 bệnh nhân đã chết tự nhiên sống lại là tin vui với ai chứ nó sẽ là cái tin cực kỳ tồi tệ cho người tuyên bố bệnh nhân đã chết, đặc biệt nếu anh ta là bác sĩ. Vì vậy, mỗi bác sĩ nên biết nhận định và đủ khả năng để tuyên bố về việc bệnh nhân tử vong. Tôi đã



thấy họ thu thập bệnh sử từ người thân khi bệnh nhân đã chết. Những vấn đề như vậy đang xuất hiện ngày càng nhiều. 3 cơ quan duy trì sự sống là tim, phổi và não. Nếu cả ba đã ngừng chức năng trong thời gian hơn 5 phút, thì có thể coi người đó đã chết. ngừng thở hoặc ngừng tim. Mất não khi mất phản xạ giác mạc và phản xạ đồng tử - cả 2 là phản xạ của thân não

Trong trường hợp trẻ sơ sinh hoặc trẻ nhỏ phải theo dõi lâu hơn (ít nhất là 10 phút), vì tim và phổi có thể hoạt động lại sau thời gian dài hơn. Khi đã tuyên bố bệnh nhân tử vong, đừng ngần ngại hay chần chừ khi nói với bất kỳ ai và nói 1 cách tự tin, nó sẽ không mang lại cho bạn bất kỳ áp lực nào từ người nhà bệnh nhân. Không bao giờ đi để xác minh lại việc bệnh nhân có đúng là đã tử vong hay không theo yêu cầu của người nhà vì điều này sẽ làm họ nghĩ bạn không chắc chắn việc bệnh nhân có tử vong hay không. Ví dụ, người nhà sẽ bảo dịch truyền vẫn chảy chứng tỏ bệnh nhân vẫn sống chứ chưa chết. Trong tình huống như vậy bạn có thể nói rằng dịch truyền tĩnh mạch có thể chảy trong vài giờ sau khi chết. Đôi khi người ta lại hỏi vì sao chết mà người bệnh nhân vẫn ấm. Bạn có thể trả lời họ; "Nếu bạn mang ra một cái nồi từ lò nướng nó sẽ không thể lạnh ngay lập tức".

## Bài 21 Nói ít

Có rất nhiều trường hợp mà một cuộc trò chuyện giữa bạn và bệnh nhân lại dẫn tới hậu quả. Đừng cố gắng đùn đẩy trách nhiệm bằng cách nói một điều gì đó không cần thận. Ví dụ, bạn không nên nói với bệnh nhân rằng "muốn hỏi gì anh nên đi hỏi bác sĩ A". Điều này sẽ làm bệnh nhân nghĩ bạn không biết gì và họ sẽ tìm mọi cách liên lạc với bác sĩ đó, ngay cả khi anh





ta đang nghỉ phép. Nếu tình cờ họ không liên lạc được anh ta, sẽ có thể họ sẽ phần nộ và dẫn tới hậu quả.

Những cuộc trò chuyện của bác sĩ tuyến trên cũng có thể gây ra vấn đề. Nếu các bác sĩ tuyến trên liên tục tìm ra lỗi bs tuyến dưới, người dẫn sẽ mất niềm tin vào bác sĩ tuyến dưới và họ sẽ chỉ đi tuyến trên khám cho yên tâm. Vì vậy, bình luận về những sai lầm của đàn em và sửa chữa nội bộ. Không nên đưa ra công khai trước mặt bệnh nhân. Không nên nhận định khi không biết chi tiết về 1 trường hợp vì có thể tình trạng của bệnh nhân đã có thể thay đổi khi đến với bạn

## **Bài 22 Hãy cố hết sức cứu bệnh nhân**

Luôn luôn cố gắng để cứu lấy mạng sống của bệnh nhân. có thể trao đổi, nghĩ chẩn đoán phân biệt, xét nghiệm và thử mọi cách. Nhưng không bao giờ trao đổi, thảo luận hay nói chuyện gì sau cái chết của bệnh nhân. Nếu có, hãy làm việc này trong phòng của bạn chứ không phải ở phòng bệnh nhân trước mặt người nhà của họ. Nói chuyện theo cách mà cái chết là không thể tránh khỏi và đã làm hết sức. Nếu bạn thảo luận về cái chết của bệnh nhân, những người xung quanh sẽ nghĩ rằng đã có một số sai sót trong điều trị ngay cả khi không có.

## **Bài 23 Tự bảo vệ mình**

Điều tự nhiên là mọi người sẽ hỏi về kết quả cuối cùng của bệnh nhân. Ở đây bạn nên biết cách trả lời để bảo vệ mình Để biết được tiên lượng bệnh nhân cần phải chắc chắn về chẩn đoán, cần biết tình trạng lâm sàng hiện tại của bệnh nhân, nên biết tiền sử, bệnh sử, nếu có hoặc không điều trị, tiên lượng trong quá trình điều trị hiện tại. Nhiều bác sĩ thường quên phần cuối cùng. để đưa ra tiên lượng chuẩn, bạn phải có kiến thức và



chuyên môn cũng như kiến thức thực tiễn tốt. Tôi đã từng thấy bác sĩ đảm bảo với bệnh nhân việc điều trị sẽ tốt dù sau đó bệnh nhân đã tử vong. Dù bất cứ vấn đề gì liên quan đến chẩn đoán hoặc điều trị, bạn cần phải thông báo cho người nhà, đôi khi còn phải ghi vào bệnh án

## Bài 24 Phải biết diễn

Dù điều trị bệnh nhân theo khoa học nhưng thực hiện chúng đòi hỏi phải có nghệ thuật. Họ có thể không hiểu về điều trị nhưng họ lại đánh giá được cách bạn làm. Vì vậy, để thỏa mãn họ, bạn nên tiếp tục làm điều gì đó. Ví dụ: bạn có thể điều chỉnh tốc độ chảy của chai muối sinh lý, số lit oxy thở dù bạn thừa biết nó chẳng thay đổi được điều gì. bạn có thể lập đường truyền dù bạn không lấy ven giỏi bằng điều dưỡng. Đây chỉ là vài ví dụ cho thấy sự linh hoạt của bạn khi xử trí tình huống khi người nhà bệnh nhân quá đông và hung hãn

## Bài 25 Gợi ý nên trao đổi trực tiếp với bác sĩ

Thông thường người thân là bác sĩ hoặc nhân viên y tế sẽ gây ra vấn đề. Bất cứ vấn đề gì xuất hiện bác sĩ đó nên gợi ý bệnh nhân trao đổi trực tiếp với bác sĩ điều trị. Nhưng thay vì làm điều đó nếu họ nói điều gì đó với người thân của bệnh nhân, nó sẽ gây ra vấn đề. Đặc biệt nếu không đúng chuyên khoa của anh ta sẽ xảy ra vấn đề. Bác sĩ điều trị cũng không nên nghĩ là xấu khi nghe những lời đề nghị của các bác sĩ khác, vì có thể anh ta đã bỏ lỡ một số điểm trong tiền sử hoặc trong khi khám. Có rất nhiều ví dụ mà các bác sĩ đã tạo ra các vấn đề thay vì giải quyết vấn đề. Theo kinh nghiệm của tôi đây là nguyên nhân quan trọng nhất gây ra những rối loạn liên quan đến tử vong của bệnh nhân



## Bài 26 Đừng chối bỏ trách nhiệm

Đã có một trường hợp tiểu đường với UTI và sốc nhiễm trùng. vài tháng trước cô siêu âm phát hiện sỏi mật. bác sĩ khuyên cô nhập viện nhưng cô chưa đồng ý

Ngày hôm sau khi tình trạng bệnh nhân xấu đi, cô lại đến và bác sĩ này nói tại sao cô không đồng ý vào viện từ hôm qua? Nếu cô được điều trị từ hôm qua, có thể tình trạng của cô đã cải thiện. Thay vì điều trị sốc nhiễm khuẩn/tiểu đường, bác sĩ này lại chuyển qua khoa ngoại vì cô bị sỏi mật. Người nhà làm ầm lên vì nếu phải chuyển qua bác sĩ ngoại sao ông không nói từ hôm qua, và bác sĩ này nên biết rằng không bác sĩ ngoại nào lại đi phẫu thuật trên bệnh nhân đang sốc nhiễm khuẩn/tiểu đường. Vấn đề ở đây là do bác sĩ này thiếu kiến thức và muốn chuyển trách nhiệm sang cho bác sĩ ngoại. Có rất nhiều bác sĩ làm như vậy dưới nhiều hình thức khác nhau. Điều này không chỉ gây khó chịu cho người dân mà còn dẫn đến mất lòng tin vào các bác sĩ. Vì vậy, ý kiến của tôi là không cố gắng đùn đẩy trách nhiệm.

## Bài 27 Trao đổi trong phòng kín

Trong trường hợp khó khăn, nên trao đổi thảo luận trong phòng kín để đi đến kết luận và thực hiện chúng. chỉ có 1 người phát ngôn trao đổi với người nhà bệnh nhân

Về vấn đề này tôi nói nên làm theo nguyên tắc "lãnh đạo luôn luôn đúng". Tất cả phải theo quyết định của lãnh đạo. Trừ khi xảy ra tình trạng không thể phối hợp trong công việc. Trong tình huống như vậy, người dân sẽ có cơ bắt tội và chúng ta sẽ bị ảnh hưởng.



## Bài 28 Thời điểm có mặt

liên quan tới giờ hành chính sang giờ trực và ngược lại. Có thể có nhiều vấn đề xuất hiện trong thời điểm này

Thông báo sự vắng mặt của bạn cho các nhân viên khác, có thể có nhiều vấn đề phát sinh do sự vắng mặt của bạn. Ngay cả khi bạn ở trong phòng, những người khác sẽ có ý kiến rằng bạn đã rời khỏi cơ quan. Vì vậy, trước khi rời nơi làm việc, hãy thông báo cho nhân viên khác về sự vắng mặt của bạn. Điều này sẽ ngăn ngừa những rắc rối không cần thiết.

## Bài 29 Theo dõi các điểm nóng

Bạn nên chú ý các điểm nóng có thể xảy ra rối loạn. Tình huống này ý tôi nói tới các trường hợp sau:

- Nếu bệnh nhân đang hấp hối là một thanh niên. Không ai có thể chấp nhận cái chết của một thanh niên.
- Nếu bệnh nhân đang hấp hối là sinh viên, có thể là sinh viên y khoa hoặc không đều có thể kéo vào 1 số lượng người lớn
  - Nếu cái chết xảy ra đột ngột thường khó chấp nhận. Nếu bệnh nhân bị đau trong vài ngày và sau đó chết thì người thân cũng ít ra có thể chuẩn bị tinh thần và chấp nhận nó
  - Nếu người thân của bệnh nhân là bác sĩ hoặc nhân viên y tế.
  - Nếu người sắp chết là người địa phương.

Đây là một số điểm có thể giúp giảm thiểu các vấn đề xảy ra khi có bệnh nhân tử vong. Nhưng mọi người nên sử dụng cảm giác của mình mọi lúc.



Nếu có bất cứ điều gì để bảo vệ bác sĩ, thì đó chính là độ sâu của kiến thức, chứ không phải ai. Vì vậy, tôi dạy tất cả mọi điều tôi biết với sinh viên

### Bài 30 Giải thích

Đây cũng là một vấn đề thường gặp của các bác sĩ mà bệnh nhân đã chết trong thời gian điều trị. Do không thể tìm ra nguyên nhân tử vong nên phải tiến hành sau khi chết. kiểm tra sau khi chết có 2 cách: tìm ra nguyên nhân gây tử vong hoặc tìm ra bằng chứng về cái chết bất thường. Nhưng có những trường hợp không nhất định cần phải khám nghiệm tử thi

Ví dụ, nếu một trường hợp đang được điều trị tại một trung tâm y tế và chuyển viện tuyến trên, nhưng bệnh nhân chết trước khi đến viện thì không cần phải khám nghiệm tử thi, chuyển viện là nguyên nhân gây tử vong. Tuy nhiên, nếu trường hợp như vậy là một trường hợp tự tử thì phải khám nghiệm tử thi. Tương tự như vậy nếu một bác sĩ đã khám và tư vấn nằm viện nhưng bệnh nhân đòi chuyển viện, chết trên đường đi, có thể không khám nghiệm tử thi và chẩn đoán của bác sĩ ban đầu được đề cập như là nguyên nhân của cái chết.

### Bài 31 Điền đầy đủ mẫu thông báo tử vong

các bác sĩ đều phải tuân thủ các hướng dẫn ở mặt sau của mẫu (phụ lục: 1) Việc điền đầy đủ mẫu đơn này cho biết rất nhiều thông tin, có thể sử dụng sau đó cho các mục đích thống kê khác nhau. Ví dụ, tỷ lệ mắc các bệnh khác nhau, dịch bệnh... có thể biết và các bước phòng ngừa có thể thực hiện tương ứng. Trước khi điền đúng mẫu đơn, bạn nên đọc kỹ hướng dẫn ở trang sau của mẫu đơn. Những hướng dẫn này rõ ràng và dễ thực hiện



## Bài 32 Nhầm Trái và phải

Có một số trường hợp mà lỗi xuất hiện do nhầm trái với phải, Đây là sai lầm hay gặp đặc biệt khi phẫu thuật, khi đó bệnh nhân đã gây tê nên anh ta không thể biết bạn đang làm bên nào. Hãy xem tại sao điều này xảy ra. Mỗi con người phát triển khái niệm trái và phải từ thời thơ ấu và vẫn còn trong suốt cuộc đời. Những gì chúng ta nhìn thấy liên quan đến đối tượng ở bên trái hay phải của chúng ta như động vật, nhà, ruộng hoặc cây. giả sử nhìn từ đằng sau thì trái và phải bạn xác định được. Nhưng khi người này đối diện bạn thì nó lại ngược lại như hình ảnh phản chiếu (khi bạn làm can thiệp hoặc thủ thuật, chúng ta có khuynh hướng xác định trái phải dựa vào chính cá nhân mình. Nếu người đó bị gây tê hoặc mê, chúng ta có thể phạm sai lầm. Để tránh điều này cần phải đánh dấu trái phải trước khi gây tê. do đó bất cứ khi nào bạn đánh giá khi bệnh nhân ở vị trí nằm ngửa, hãy chắc chắn rằng bạn không bị nhìn ngược

## Bài 33 Hạ đường huyết

Hạ đường huyết là vấn đề hay gặp đặc biệt là ở bệnh nhân tiểu đường. Nó xảy ra trong những tình huống sau

- Quên hoặc ăn muộn sau khi dùng thuốc tiểu đường
- Nôn ra thức ăn sau khi dùng thuốc tiểu đường
- Dùng thuốc liều cao sai chỉ định

Phần lớn trường hợp có thể chẩn đoán dựa vào hỏi kỹ bệnh sử, đặc biệt khi nó xảy ra

Điều trị triệu chứng này rất dễ, chỉ cần truyền glucose vào máu. Điều trị có thể bắt đầu theo giả định. Thông thường 50 ml glucose 50% (thường



không có) hoặc 100 ml glucose 25% tiêm nhanh. Trong trường hợp hôn mê do hạ đường huyết, sẽ đáp ứng rất nhanh. Lượng glucose này tăng glucose máu lên 50 mg/dl. Nếu không phải hôn mê do hạ đường huyết, tăng 50mg/dl glucose trong máu không ảnh hưởng gì nhiều tới việc xử trí nguyên nhân khác. Hầu hết các bác sĩ không phạm sai lầm ở thời điểm này. Những sai lầm xảy ra được thảo luận dưới đây:

a. Không chẩn đoán hạ đường huyết: Luôn lấy mẫu máu ra 1 ít để test đường máu trước khi tiêm glucose iv

b. Các bước để phòng tái phát: Điều trị một lần duy nhất với hạ đường huyết là không đủ. Luôn luôn phân tích lý do tại sao điều này lại xảy ra để bệnh nhân hoặc người thân của bệnh nhân có thể được hướng dẫn các phương pháp để ngăn chặn nó.

c. Ngưng truyền glucose: Ngay cả khi bệnh nhân lấy lại ý thức nhanh chóng, glucose IV cần được duy trì cho đến khi bệnh nhân có thể ăn uống bình thường. Hạ đường huyết do thuốc uống thường kéo dài 1 thời gian. Nếu hạ đường huyết kéo dài trong một thời gian dài, đáp ứng với đường glucose IV có thể không nhanh và hoàn toàn. Vì vậy việc điều trị phải được tiếp tục trong nhiều ngày. Mặc dù hồi phục có thể không hoàn toàn (đã tổn thương não không hồi phục). Đó là lý do tại sao phải dùng glucose sớm

d. Hướng dẫn tự xử trí: Mỗi bệnh nhân tiểu đường nên được hướng dẫn làm thế nào để biết mình bị hạ đường huyết và điều trị nó trước khi họ mất ý thức. Tuy nhiên, nhiều bệnh nhân không áp dụng đúng các hướng dẫn này. Bất kể họ thấy triệu chứng gì, họ đều nghĩ do hạ đường huyết và bắt đầu dùng thực phẩm có sucrose hoặc ăn kẹo. Hiện nay máy đo đường huyết được sử dụng rộng rãi và bệnh nhân có thể tự kiểm tra đường máu của mình. tự xử trí hạ đường huyết mà không kiểm tra bằng máy có thể gây khó khăn trong kiểm soát bệnh tiểu đường mà còn dẫn đến tăng cân.



## Bài 34 Xác định loại thuốc bệnh nhân đang dùng

Cần luôn xác định thuốc bệnh nhân đang dùng. Đặc biệt trong các tình huống:

- Bệnh nhân đang dùng nhiều loại thuốc
- Bệnh nhân mù chữ
- Khi dùng thuốc kéo dài. có thể bệnh nhân sẽ nhầm liều và tự điều chỉnh liều thuốc mình dùng không theo chỉ dẫn. thỉnh thoảng dược sĩ quầy thuốc cũng đưa nhầm thuốc. Tôi lấy ví dụ dưới đây:

- Bệnh nhân mô tả thuốc DIMOL nhưng dược sĩ bán nhầm DAONIL.
- Bệnh nhân muốn mua ACITROM nhưng dược sĩ bán nhầm ACILOC.
- Bệnh nhân muốn mua CIFRAN nhưng dược sĩ bán nhầm CEFROM.

## Bài 35 Than phiền mới của bệnh nhân trong điều trị

Nguyên tắc cần nhớ rằng những phản nản mới xuất hiện của bệnh nhân trong khi điều trị thường do thuốc hơn là do bệnh của họ. vì vậy, nếu bệnh nhân có phản nản nên chú ý giảm bớt số thuốc dùng, nếu tiếp tục dùng vẫn đề có thể sẽ tiến triển nặng hơn. Nếu bệnh nhân đang dùng nhiều hơn một loại thuốc, hãy thử đoán xem nó do loại thuốc nào và dừng nó lại. Hãy xem một vài ví dụ:

- a. Một trường hợp sốt có dùng ofloxacin xuất hiện co giật. Co giật có thể là do ofloxacin hoặc có thể là do tình trạng sốt, nhưng tốt hơn là luôn nghĩ rằng do ofloxacin và nên ngừng thuốc này





- b. Một bệnh nhân bị bệnh mạch vành dùng thuốc chẹn beta xuất hiện thở khò khè, có thể do bệnh hoặc do thuốc. Tốt nhất là nghĩ do thuốc và ngừng thuốc chẹn beta.
- c. Một bệnh nhân lao phổi dùng thuốc kháng lao xuất hiện vàng da, nên nghĩ do thuốc hơn là do bệnh mới như viêm gan virus.
- d. Một bệnh nhân co giật dùng carbamazepine xuất hiện xuất huyết nhiều điểm, nên nghi do thuốc hơn là do bệnh
- e. Một bệnh nhân thiếu máu thiếu sắt do uống sắt xuất hiện táo bón và đau hậu môn khi đại tiện. Nên nghĩ do sắt Hãy để tôi cho bạn xem một số ví dụ về những phản nản mới liên quan bệnh
- a. Nếu một trường hợp sốt thương hàn trong tuần thứ ba điều trị với ciprofloxacin tiêm tĩnh mạch xuất hiện ỉa máu thường do bệnh (xuất huyết tiêu hóa) hơn là do thuốc.
- b. Một bệnh nhân đang được điều trị đợt cấp của viêm phế quản mạn bằng kháng sinh và thuốc giãn phế quản, nếu anh ta xuất hiện ho ra máu có thể do bệnh này hơn là do thuốc.
- c. Một bệnh nhân viêm màng não do lao điều trị thuốc kháng lao xuất hiện co giật, có thể là do bệnh hơn là do thuốc.
- d. Một bệnh nhân bị dạ dày dùng thuốc chống loét dạ dày xuất hiện nôn máu, thường do bệnh hơn là do thuốc.
- e. Một bệnh nhân lao phổi dùng thuốc kháng lao xuất hiện đau ngực và khó thở. Có thể do bệnh (tràn khí màng phổi) chứ không phải do thuốc.



## Bài 36 Tác dụng phụ của thuốc

Phản ứng phụ của thuốc là vấn đề hay gặp. Mỗi bác sĩ nên biết cách xử lý vấn đề này. Thường mắc sai lầm ở 3 mức độ:

- a. dự phòng
- b. phản ứng không mong muốn mạnh
- c. phản ứng nhẹ.

### Dự phòng

Các bước nên làm để dự phòng tác dụng phụ

- Điều này có thể phòng bằng cách test trong da. Ví dụ như với những loại thuốc có nguy cơ phản ứng phản vệ. Penicillin, cephalosporin và lignocaine là một số chế phẩm tiêm nên test trước khi dùng. Cần nhớ bản thân khi thử phản ứng có thể gây phản vệ và test nẩy da âm tính không hoàn toàn đồng nghĩa với việc sẽ không xảy ra phản ứng phản vệ khi điều trị
  - Một cách khác để ngăn phản ứng thuốc là phải hỏi bệnh nhân xem anh / cô ta có bao giờ bị phản ứng với bất kỳ loại thuốc nào trước đó.
  - Có thể dự đoán được phản ứng bất lợi của thuốc ở những bệnh nhân có các bệnh dị ứng khác như chàm, nổi mào đay hay hen phế quản.
  - Một số phản ứng thuốc xảy ra. ví dụ thiếu máu bất sản trong điều trị bằng chloromycetin, suy thận trong điều trị aminoglycoside, viêm gan do thuốc chống lao... Vì vậy, nên theo dõi cẩn thận để phát hiện phản ứng phụ sớm nhất và ngừng ngay lập tức
  - Nhớ ghi chú những phản ứng bất lợi của bệnh nhân với thuốc để ngăn nguy cơ xuất hiện phản ứng phụ của thuốc sau này



### Phản ứng phụ mạnh

1 vài phản ứng mạnh như hội chứng Steven-Johnson và phản vệ. Nên ghi lại phản ứng của bệnh nhân là do thuốc gì

và loại phản ứng bệnh nhân xuất hiện. Hướng dẫn bệnh nhân nên mang theo tất cả giấy tờ khi đi khám những lần sau

### Phản ứng nhẹ

Hầu như tất cả các loại thuốc đều có tác dụng phụ. có thể là nổi ban, chóng mặt, buồn nôn.. đôi khi phải thông báo cho bệnh nhân triệu chứng có thể xảy ra và lý do nên ngừng thuốc.

## Bài 37 Kiểm soát nôn

Nôn mửa là một vấn đề thường gặp. có thể xuất hiện trong nhiều bệnh và cần kiểm soát kịp thời. Nếu không bệnh nhân sẽ nôn ra hết thức ăn và không thể dùng thuốc uống. Lúc này phải dùng thuốc đường tiêm. Trên thực tế, vào thời điểm bệnh nhân nôn mửa, anh ta có thể đã nôn ra thức ăn hoặc thuốc vừa uống. Sai lầm ở đây thường là hay dùng thuốc chống nôn sau khi bệnh nhân đã nôn. Sử dụng thuốc lúc này không có tác dụng vì thời điểm đó bệnh nhân đã nôn ra thức ăn hoặc thuốc đã dùng. Đó là lý do tại sao thuốc chống nôn nên dùng để phòng nôn hoặc dùng khi tiên lượng bệnh nhân sẽ nôn

Một số tình huống mà người ta có thể dự đoán rằng nôn sẽ xảy ra và một số tình huống mà nó có thể tiếp tục hoặc tái diễn là:

- Bệnh nhân có dùng thuốc trị ung thư, sốt rét
- Bệnh nhân có tình trạng có thể gây nôn như tăng áp lực nội sọ, đau bụng cấp, nhiễm khuẩn đường ruột vì vậy thuốc chống nôn nên dùng để



dự phòng nôn nếu bệnh nhân đã nôn và dùng trong vòng 24h sau nôn. sau khi kiểm soát được nguyên nhân gây nôn, có thể ngừng thuốc chống nôn. ban đầu có thể dùng chống nôn qua đường tĩnh mạch, sau đó chuyển đường uống.

Thuốc chống nôn thường dùng là dẫn xuất phenothiazin, metoclopramide, domperidone, antihistami-nic-promethazine, ondansetron và granisetron. Tất cả các nhóm đều có ưu và nhược điểm. Tác dụng phụ hay gặp của những thuốc này là loạn trương lực cơ. Mặc dù đây không phải là một tác dụng phụ nguy hiểm và điều trị cũng dễ dàng, nhưng có thể làm bệnh nhân sợ hãi và mất niềm tin vào bác sĩ. loạn trương lực cơ hay gặp hơn với phenothiazines. Metoclopramide và domperidone là 2 thuốc chống nôn có hiệu quả, ít gây loạn trương lực cơ. Bất cứ khi nào uống thuốc chống nôn, nên cho bệnh nhân uống 45 phút đến một giờ trước khi ăn hoặc trước khi dùng thêm thuốc khác. Nếu chọn đường tiêm thì có thể dùng 15 phút trước khi ăn hoặc uống. Đôi khi có thể kết hợp nhau. Metoclopramide / domperidone với promethazine là sự kết hợp tốt. Ondansetron là thuốc chống nôn tốt cho bệnh nhân được điều trị ung thư.

Các phản ứng bất lợi do thuốc chống nôn hay gặp trong các trường hợp sau

1. bệnh nhân trẻ (< 25 tuổi)
2. nữ giới
3. dùng đường tiêm
4. có mất nước

Dùng thuốc chống nôn không đủ để kiểm soát nôn quan trọng hơn là phải tìm ra nguyên nhân. ví dụ, nếu bệnh nhân có tăng áp nội sọ thì phải



xử trí nó. nếu nôn do hẹp môn vị hoặc tắc ruột thì dùng chống nôn không có tác dụng gì cho tới khi giải phóng tắc nghẽn

## Bài 38 Tiêu chảy mất nước

Giống như nôn, tiêu chảy cũng là vấn đề hay gặp. bệnh tả là nguyên nhân gây tử vong do mất nước và sốc giảm thể tích. nhưng sau khi được bù dịch tĩnh mạch tỷ lệ tử vong do bệnh tiêu chảy đã giảm đáng kể. Với sự hiểu biết nhiều hơn về di chuyển của nước và điện giải qua niêm mạc ruột, người ta đưa ra dung dịch bù điện giải đường uống (ORS). Việc sử dụng ORS đã trở nên phổ biến đến mức ngay cả một người đàn ông thông thường cũng biết điều này. Vì vậy, không có gì mới trong điều trị tiêu chảy. Tuy nhiên, một số vấn đề chủ yếu liên quan đến những sai lầm trong việc điều trị tiêu chảy. Để ngăn ngừa những sai lầm này, tôi dạy cho sinh viên rằng trong việc điều trị tiêu chảy những gì bạn làm không quan trọng (như mọi người biết), nhưng những gì bạn không nên làm mới là vấn đề quan trọng. Tôi sẽ chỉ cho các bạn:

a. Trong thời gian làm việc, tôi đã chứng kiến ít nhất 15-20 trường hợp chết do mất nước. Tại sao những người này lại bị mất nước? Nếu bệnh nhân bị suy thận do mất nước, khi đó bạn cho truyền dịch thêm vào sẽ không thể nhanh chóng hình thành nước tiểu. bằng chứng quá tải dịch là tăng áp lực tĩnh mạch cảnh, khó thở, rales phổi. Nếu dịch không được phân bố nhanh chóng, bệnh nhân sẽ chết vì phù phổi. Nếu bệnh nhân đã hình thành nước tiểu sau khi bù dịch nhanh chóng

(bệnh nhân không suy thận) không có nguy cơ quá tải dịch vì bệnh nhân có thể thải lượng nước thừa tới 18 lit trong 24h (đó là khả năng của ống lượn xa để thải nước thừa). Cách để tổng nước thừa ở 1 bệnh nhân thừa dịch là dùng lợi tiểu, lọc máu, hút máu tĩnh mạch. Thuốc lợi tiểu ưa dùng là



frusemide với liều cao. Nó có thể có tác dụng hoặc không. Nếu bệnh nhân không thể đi tiểu ngay cả khi đã dùng lợi tiểu, bệnh nhân có thể cần trích máu tĩnh mạch (Venesection) nhưng khó thực hiện, nên chỉ còn lọc máu. Bệnh nhân phù phổi nếu ở viện không có lọc máu, có thể chết trên đường đi. thậm chí nếu có kịp đến viện tuyến trên, có thể bệnh nhân đã chết vì không thể lọc máu ngay cũng như đủ chi phí để lọc máu vì đây là thủ thuật tốn kém. vì vậy, bù dịch ở bệnh nhân mất nước cần phải chú ý

Nhưng vấn đề cơ bản là, tại sao bệnh nhân lại xuất hiện quá tải dịch? Là do bác sĩ điều trị không biết lúc nào bệnh nhân tiêu chảy không biết lúc nào nên ngừng truyền dịch. Nếu bệnh nhân không tiểu được ngay cả khi bù dịch (độ đàn hồi của da, lưỡi trở nên ướm, huyết áp và mạch về bình thường), không nên cho thêm dịch qua đường uống hoặc truyền. Đó là điểm dừng bù dịch.

b. Một sai lầm khác mà tôi hay gặp là bác sĩ không cho những trường hợp vô niệu đi chạy thận. Như tôi đã nói nếu bệnh nhân không lọc được nước tiểu thì khi bù dịch cho bệnh nhân cần phải thêm lợi tiểu. Thường dùng liều cao frusemide. Khoảng 100-200 mg tiêm tĩnh mạch. Điều này có thể giúp bệnh nhân đi tiểu mà không cần lọc máu. Đôi khi nó chuyển suy thận vô niệu thành suy thận không vô niệu. Bệnh nhân suy thận không vô niệu tiên lượng tốt hơn suy thận vô niệu. Những bệnh nhân không tiểu được sau điều trị bằng lợi tiểu nên cho đi chạy thận- nên nhớ "không bao giờ nên cho bệnh nhân đi chạy thận mà không cho lợi tiểu trước đó"

c. Sai lầm thứ ba tôi quan sát thấy là một số bác sĩ điều trị cho lợi tiểu mà không bù lại khối lượng dịch tuần hoàn. Frusemide là một thuốc lợi tiểu mạnh có thể giúp đi tiểu dù thể tích lòng mạch thấp. Điều này có thể làm bệnh nhân mất dịch



Cho nên- "không bao giờ cho lợi tiểu ở bệnh nhân mất dịch mà không bù lại khối lượng tuần hoàn."

Mặc dù ở đây nói về tiêu chảy mất nước nhưng điều này tốt cho mọi tình huống mà bệnh nhân có tình trạng giảm thể tích

### Bài 39 Ăn và uống trong arf -suy thận cấp

ARF là một tình huống khó khăn trong điều chỉnh nước, điện giải và thức ăn với bệnh nhân. Trong đó, quản lý dịch vào là quan trọng nhất

Trong pha vô niệu, lượng nước bù vào bằng lượng mất đi. lượng mất đi không nhân biệt được trung bình là 500ml. Khi bị hạn chế dịch đưa vào thì khó có thể cung cấp đủ calo. Nếu bệnh nhân có thể uống thì sẽ dễ dàng hơn. Cần nhớ rằng những bệnh nhân này không nên ăn hoa quả (do hàm lượng kali nhiều), thức ăn giàu chất đạm (vì bệnh nhân không có khả năng bài tiết sản phẩm nitơ). Trong trường hợp này cũng không dễ để chọn thức ăn, chỉ cung cấp đủ calo mà không làm tăng lượng nước đưa vào. Cơm nếp với đường và 1 ít bơ là lựa chọn phù hợp. Bệnh nhân nên được cảnh báo rằng nước là chất độc cho anh ta và uống nước vào không kiểm soát được sẽ có thể đe dọa tính mạng. Nếu bệnh nhân xuất hiện liệt ruột thì không thể uống phải nuôi tĩnh mạch

Nên truyền dung dịch lipid

Ở phase đa niệu, bệnh nhân cần duy dịch dịch khoảng thứ 3

- Tình trạng đa niệu những ure, creatinine máu giảm: nước và natri cho ăn tự do, không hạn chế kali nhưng hạn chế protein
- Tình trạng đa niệu với urea và creatinine đang tăng: Đây là những bệnh nhân suy thận nặng. Cần bù nước và Na để tăng lượng nước tiểu lên



đến 5-6 lít. Hạn chế kali không bắt buộc nhưng cần phải tiếp tục hạn chế protein.

· Tình trạng đa niệu với urê và creatinine bình thường thường: họ không cần hạn chế natri, kali hoặc protein, nhưng bổ sung nước cho tới khi lượng nước tiểu xuống mức sinh lý (khoảng 2 lít)

## Bài 40 Xử trí hạ kali máu

Hạ kali máu là rối loạn điện giải hay gặp trong thực hành lâm sàng. Các nguyên nhân hay gặp như dùng lợi tiểu không giữ kali, tiêu chảy, nôn, giai đoạn đa niệu sau suy thận cấp, DKA. Cần lấy máu xét nghiệm, không nên điều trị theo ECG. có những loại thuốc như Digitalis sẽ có biểu hiện ngộ độc sớm nếu bệnh nhân có hạ kali

Hạ kali máu có thể làm nặng thêm bệnh não gan do xơ gan. Nếu không điều trị có thể yếu cơ tứ chi, dẫn đến liệt tứ chi, loạn nhịp tim và tử vong. Nó cũng có thể gây loạn nhịp tim và tử vong. Tuy nhiên, điều chỉnh hạ kali máu nên tiến hành cẩn thận. có 1 số nguyên tắc trong điều chỉnh hạ kali máu. Đó là:

- Để tăng kali huyết thanh lên 1 mmol, phải tiêm tĩnh mạch 100 mmol kali
- Tốc độ truyền kali không quá 20 mmol/h
- Mỗi ngày dùng kali không được quá 200 mmol.

Dung dịch có chứa kali như Ringer lactate (RL) và Darrow

Hàm lượng kali của RL quá thấp để khắc phục tình trạng hạ kali máu. Vì vậy, cần điều chỉnh bằng dung dịch Darrow hoặc bằng các ống kali clorua





pha vào chai nước muối sinh lý. Cần lưu ý tăng kali nguy hiểm hơn hạ kali và tăng kali cũng khó chữa hơn. Giảm kali nhẹ có thể bù đường uống

### Bệnh khó chữa

Có những bệnh, không thể chữa khỏi. Trong số đó hay gặp nhất là bệnh ung thư. Là bệnh không thể chữa được nên các triệu chứng phổ biến nhất là ung thư tiên tiến. Đó là bệnh không thể chữa được nên tư vấn cho người nhà, thậm chí bệnh nhân của mình

Trước đó cần xác định chẩn đoán. Thường người ta đi nhiều bác sĩ để tìm cách chữa bệnh. Nếu bản chất của bệnh được thông báo cho bệnh nhân, ít ra họ cũng không tìm cách đi khám nhiều nơi, giúp tiết kiệm tiền cho bệnh nhân. Đôi khi tư vấn cho người nhà bệnh nhân để họ có thể chuyện trò khuyên nhủ những bệnh nhân này

### Bệnh mạn tính

Có rất nhiều bệnh mà bệnh nhân phải dùng thuốc trong nhiều năm. Ví dụ, bệnh tim thiếu máu cục bộ, bệnh tim mạch, đái tháo đường, viêm khớp dạng thấp, cao huyết áp ... Trong tất cả các trường hợp này bệnh nhân nên được tư vấn về bệnh, về cách điều trị để bệnh nhân có thể hợp tác điều trị. bác sĩ điều trị nên dành thời gian để tư vấn cho những bệnh nhân này. Trong khi điều trị các bệnh như vậy, bác sĩ nên hiểu rõ bệnh nhân. Điều này có nghĩa là thu nhập của anh ta là bao nhiêu, thành viên gia đình anh ta, mối quan hệ của anh ta với thành viên gia đình, vai trò của anh ta trong gia đình, hoạt động hàng ngày, công việc, tập thể dục, sở thích ... Cần phải cố gắng để cắt giảm tổng chi phí điều trị ở những bệnh nhân này.

### Động lực để hoàn thành điều trị

Bệnh lao vẫn là một vấn đề lo ngại ở các nước đang phát triển. Hiện nay có khá nhiều thuốc điều trị, nhưng vấn đề là thuyết phục bệnh nhân hoàn



thành việc điều trị. Điều trị không đầy đủ sẽ dẫn tới lây lan trong cộng đồng và kháng thuốc. Thường khi bệnh nhân thấy tình trạng tốt lên là họ ngừng điều trị, ngay cả khi thuốc cấp miễn phí trong Chương trình Kiểm soát Lao quốc gia. Một số bác sĩ đã phải chấp nhận một số phương pháp để bệnh nhân của họ đảm bảo hoàn thành điều trị. Nhưng tôi đã tìm ra một phương pháp đơn giản để có hiệu quả ở bệnh nhân của tôi. Tôi cảnh báo bệnh nhân "đây là căn bệnh có thể gây tử vong và đó là căn bệnh có thể lây truyền cho các thành viên khác trong gia đình như con của bạn. Vì vậy, trừ khi bạn tuân thủ điều trị, nếu không, không chỉ bạn bệnh nặng lên và chết mà thành viên gia đình bạn cũng có thể bị". Khi nói mà có mặt thành viên trong gia đình, họ sẽ giám sát việc điều trị của bệnh nhân để bảo vệ chính bản thân họ. Đây là phương pháp đơn giản mà tốt

### Có thai và bệnh tật

Có một số bệnh mà việc mang thai có thể nguy hiểm chết người. Trong trường hợp như vậy, người phụ nữ

và chồng cô phải được thông báo về chuyện này. Tứ chứng Fallot, hội chứng Eisenmenger, hẹp eo động mạch chủ và tăng áp động mạch phổi là những trường hợp như vậy. Trên thực tế, bệnh nhân với chứng tím tái do bệnh tim thường không chịu được gánh nặng mang thai

Có một số trường hợp bệnh nhân dùng thuốc trong vài năm, đôi khi dùng suốt đời. Nếu như một bệnh nhân đang được điều trị bởi 1 bác sĩ, thì anh ta nên hướng dẫn cho cô hoặc để tránh mang thai hoặc thông báo về việc mang thai sớm nhất để có thể đổi thuốc thay thế vì thuốc đang dùng có thể gây quái thai. Nếu thuốc an toàn, không cần yêu cầu đổi thuốc. Thuốc ức chế ACE sẽ được ngưng trong thai kỳ vì chúng có liên quan đến một số bất thường bẩm sinh ở bào thai.



Nếu một bệnh nhân bị bệnh cơ tim chu sản, họ nên tránh có thai đến khi kích thích tim trở về bình thường, tốt hơn là tránh mang thai. Có nhiều bệnh di truyền khác mà cha mẹ muốn biết liệu con cái có bị tương tự không cần sinh thiết màng ối và xét nghiệm nhiễm sắc thể

### Thuốc thay đổi màu nước tiểu

Có một số loại thuốc thay đổi màu nước tiểu. Khi bệnh nhân dùng thuốc đó thấy thay đổi màu sắc nước tiểu họ nghĩ rằng có vấn đề gì đó liên quan tới thuốc đang dùng và họ sẽ ngừng thuốc. Vì vậy khi kê toa thuốc cho bệnh nhân, bác sĩ cần nhận thức được điều này để tránh cho bệnh nhân những vấn đề xảy ra khi dùng thuốc

Thuốc	Màu nước tiểu
Rifampicin và phenazopyridine	đỏ/cam
Vitamin B complex và tetracycline	vàng
Pyridium và Senna	nâu
Nitrofurantoin, furazolidone	xám/đen
Iron sorbitol và methyldopa	hồng
Phenindione Desferrioxamine	nâu đỏ
OCP containing methylene blue	xanh

Ngoài các loại thuốc này, có một số loại thuốc khác có thể gây tan máu nội mạch gây ra hemoglobin niệu và nước tiểu màu hồng tới đỏ tùy vào lượng hemoglobin trong nước tiểu.

### Điều trị kéo dài

Có rất nhiều loại thuốc cần phải được điều trị trong thời gian dài, đôi khi trong suốt cuộc đời. Một số trường hợp như dùng thuốc chống loạn thần, thuốc điều trị suy tim, thay thế hormone ở bệnh nhân suy giáp, suy thượng thận, chống động kinh, chống loạn nhịp... Một số khía cạnh sẽ được xem xét khi điều trị các bệnh nhân này. Một số nguyên tắc phải tuân theo là:

a. Bệnh nhân cần được giải thích về bệnh.



- b. Bệnh nhân cần được giải thích về cách điều trị.
- c. Các loại thuốc an toàn và giá rẻ nên được cân nhắc
- d. Nếu cần phải kê toa thuốc có khả năng gây ra các phản ứng phụ, nên yêu cầu bệnh nhân kiểm tra 1 số xét nghiệm để phát hiện sớm nhất tác dụng phụ.
- e. Họ nên được cảnh báo không nên ngưng thuốc.
- f. Nếu bệnh nhân đang dùng thuốc cho một số bệnh khác, hãy xem tương tác thuốc và tổng chi phí điều trị.

Để khuyến khích các bệnh nhân tiếp tục điều trị, nên lấy ví dụ những người cũng bị bệnh tương tự và đang dùng các loại thuốc này. Đôi khi những hậu quả xấu của việc ngưng dùng thuốc có thể được trích dẫn để làm ví dụ cảnh báo. Một số loại thuốc nếu ngưng đột ngột không gây ra nhiều vấn đề, nhưng việc ngưng 1 số loại thuốc có thể gây ra những vấn đề nghiêm trọng. Ví dụ:

- thuốc suy tim - suy tim
- Beta-blocker-Tắc nghẽn mạch vành / nhồi máu cơ tim
- Thuốc chống động kinh - Động kinh
- Clonidine - Tăng huyết áp hồi quy
- Glucocorticosteroid-cơn thương thận cấp
- Thuốc chống hen - hen nặng

Tôi sẽ đưa ra một ví dụ để giải thích tầm quan trọng liên quan đến chi phí

Tôi đã gặp một số bệnh nhân tiểu đường bị tăng huyết áp kèm bệnh động mạch vành. Những bệnh nhân này uống vài loại thuốc. Tổng cộng hai



thuốc hạ đường huyết, hai thuốc hạ huyết áp, hai hoặc ba loại thuốc cho CAD

Tổng chi phí của các loại thuốc này sẽ vượt quá 50 rupee mỗi ngày; chi phí cho việc xét nghiệm và khám cũng ở đó. Thường thì các bệnh nhân này là người nghỉ hưu có thu nhập trung bình. Khi họ không thể chịu được tổng chi phí điều trị, họ thường quyết định không dùng bất cứ loại thuốc nào, sống theo kiểu thuận theo tự nhiên. mục tiêu của tôi khi viết bài này nhân mạnh sự cần thiết của việc kê toa đúng đắn khi điều trị để có thể kéo dài suốt đời.

### Thuốc làm nặng thêm tình trạng bệnh

Nếu bệnh nhân có một số căn bệnh tiềm tàng, anh ta nên nói ngay từ đầu. Nhưng thường người ta quên nói điều đó hoặc không hiểu rằng nó cần phải nói. Vì vậy, bạn cần hỏi họ vì các loại thuốc bạn kê đơn có thể ảnh hưởng bất lợi tới bệnh tiềm tàng hoặc xảy ra tương tác thuốc. Đây là vài ví dụ:

Bệnh	Thuốc nên tránh
A) Động kinh	Quinolones
B) Hên	Beta-blockers
C) Suy tim	Beta-blockers không chọn lọc và chẹn kênh canxi như verapamil và diltiazem
D) Loét dạ dày	Nsaid
E) Block tim	Beta-blockers, verapamil, diltiazem
F) Viêm gan	Thuốc độc cho gan
G) Phì đại tít	Kháng cholinergic
H) Parkinson	Thuốc chống loạn thần
I) Bệnh gan mạn	Benzodiazepines
J) Copd	Opium alkaloids

và còn nhiều ví dụ khác



## Bài 41 Rắn cắn

Rắn cắn là nguyên nhân hay gặp ở các nước nhiệt đới. Tôi gặp nhiều lỗi liên quan tới xử trí rắn cắn. các lỗi hay gặp là:

- Nhầm độc hoặc không độc
- Quá miễn với ASV
- Xử lý độc tố
- Số lượng ASV cần dùng

Khi một bệnh nhân bị rắn cắn khó có thể xác định là rắn độc hay không độc ngay từ đầu. Tình hình trở nên khó khăn hơn khi người ta rạch vị trí bị cắn để thoát máu độc hoặc băng ép garo chặt. Nếu vết cắn có thể nhìn thấy, hãy quan sát nó. nhiều vết răng hoặc xước nếu rắn không độc, rắn độc sẽ có 2 nốt răng rõ ràng. Các đặc điểm khác của vết cắn độc là sưng ở chỗ vết cắn, phỏng rộp tại chỗ hoặc có máu chảy ra. đau dữ dội tại vết cắn do độc tố thần kinh (neurotoxic). khi không thể quan sát vết cắn, hãy làm test co cục máu đông. Sự thay đổi kết quả co cục máu đông cho thấy có độc tố tổn thương co lại cục máu thay đổi cho thấy có độc tố trong máu (hemotoxic); nhưng nó có thể vẫn không thay đổi trong độc tố thần kinh. độc tố thần kinh có thể gây tử vong nhanh chóng. Khi test co cục máu đông không thay đổi, không có cách nào để đánh giá về độc tố thần kinh. Vì vậy, yêu cầu bệnh nhân báo cáo ngay nếu có bất kỳ điều gì sau đây xảy ra:

- Bệnh nhân không nhấc nổi mí mắt (Sụp mí)
- Bệnh nhân không thể nuốt nước bọt
- Gặp khó khăn khi nói



Đây là những dấu hiệu sớm của độc thần kinh và ASV nên được bắt đầu ngay lập tức cùng với neostigmine và atropine không cần kết quả test co cục máu.

Không nên chỉnh liều ASV. Bởi vì liều thấp ASV trong độc máu không ngăn được suy thận và trong độc thần kinh không thể ngăn chặn xuất hiện triệu chứng thần kinh. Liều khởi đầu được khuyến cáo là 100ml (10 lọ) cho polyvalent ASV có ở Ấn Độ. Liều tiếp theo có thể được quyết định trên sự thay đổi test co cục máu đông và các triệu chứng thần kinh. Trong vết cắn có biểu hiện độc thần kinh, tốt hơn là nên dùng liều cao hơn của ASV. Nếu bệnh nhân đã tiến triển suy thận cấp, ASV được truyền vào có thể gây ra tình trạng quá tải dịch, do đó có thể tiêm trực tiếp tĩnh mạch

Bắt buộc phải làm test náy da kiểm tra quá mẫn. Nhưng ngay cả khi test quá mẫn cảm dương tính với ASV, vẫn không có phương pháp thay thế cho ASV để điều trị rắn cắn. Không cho ASV với một bệnh nhân bị rắn độc cắn có nghĩa là từ chối cách điều trị duy nhất cho tình trạng này. Tuy nhiên, các bước để giảm thiểu phản ứng cần được thực hiện bằng cách tăng dần liều và bắt đầu từ đường dưới da đến tuyến tĩnh mạch. Người ta phải sẵn sàng để xử lý phản ứng quá mẫn nếu xảy ra. Có thể cho glucocorticosteroid dự phòng, kháng histamin. Đôi khi thay đổi lô ASV có thể có lợi trong điều trị. Không có vết cắn không loại trừ rắn độc trong trường hợp cụ thể. Bệnh nhân có thể bị cắn khi đang ngủ say. Tôi đã gặp 1 cậu bé 18 tuổi ngủ ngoài sân vào mùa hè bị rắn cắn vào ban đêm. Cậu đã chết và con rắn vẫn còn đang nằm trên lưng cậu. Tôi cũng đã thấy một số trường hợp liệt nhiều dây thần kinh sọ sau 1 đêm và đáp ứng với điều trị nghi do rắn độc cắn gây độc tố thần kinh. Thường thì những người này ngủ ở bên ngoài nhà như sân hoặc hiên



## Bài 42 Không biết con gì cắn

Đôi khi bệnh nhân không biết con gì cắn. Đây nên được coi là vết cắn chưa rõ con gì, nguy hiểm nhất là rắn độc cắn. vì vậy bệnh nhân nên được điều trị như bị rắn cắn. Tôi nhớ 1 người đàn ông vào viện vì vết cắn không rõ con gì khi mang rơm trên đầu. Ông không nhìn thấy con côn trùng hay động vật nào, ông bị cắn vào vai. Trong vòng nửa giờ nhập viện, ông xuất hiện triệu chứng thần kinh gợi ý độc tố thần kinh do rắn độc cắn, nhanh chóng biểu hiện liệt cơ hô hấp và tử vong. Liên quan đến vết cắn không rõ con gì cắn nên nhớ một vài điểm nữa:

- Một số côn trùng cắn có thể gây phản ứng phản vệ.
- Một số côn trùng cắn có thể dẫn đến suy thận.
- Vết cắn của động vật rõ ràng hơn và cần ARV , chuột cắn không cần ARV.

## Bài 43 Tương tác thuốc

Có một số loại thuốc có thể tương tác với nhau. Do đó, nên cố gắng giới hạn số lượng thuốc theo toa. Cho một thuốc với liều tối đa, sau đó mới nghĩ đến việc thêm loại thuốc thứ 2. bất cứ khi nào bạn kê nhiều thuốc cho 1 đơn bạn phải nghĩ nhiều lần về khả năng tương tác thuốc. Đây là một số ví dụ tương tác thuốc.

- Verapamil với digoxin: Cả hai loại thuốc này đều được dùng để kiểm soát tần số thất ở bệnh nhân SVT với đáp ứng thất nhanh. Cả hai loại này đều làm giảm dẫn truyền qua nút nhĩ thất, nhờ đó chúng làm ít nhịp dẫn truyền qua nút AV. Digoxin có hiệu quả co bóp dương trong khi verapamil lại có tác dụng co bóp âm. Vì vậy, nếu bệnh nhân bị suy tim, thuốc được





ưu tiên là digoxin và nếu bệnh nhân không bị suy tim thì nên dùng verapamil. Tuy nhiên, đôi khi digoxin đơn thuần có thể không kiểm soát được tần số thất. Ở đây nếu thêm verapamil. Verapamil di chuyển digoxin từ các vị trí liên kết của nó, làm tăng nồng độ digoxin trong huyết tương, có thể gây ra độc tính của digoxin. Vì vậy, khi kết hợp với verapamil phải giảm liều digitalis

- Thuốc lợi tiểu giữ kali với kali: Nếu bệnh nhân đang dùng thuốc lợi tiểu làm mất kali, như frusemide, bệnh nhân sẽ có nguy cơ bị hạ kali huyết. ta sẽ thêm muối kali hoặc thêm lợi tiểu giữ kali nếu kết hợp lợi tiểu giữ kali và bổ sung kali, bệnh nhân sẽ có nguy cơ tăng kali máu

- Thuốc ức chế ACE với thuốc lợi tiểu giữ kali / kali: thuốc ACEi gây giữ kali. vì vậy nếu những bệnh nhân này (ví dụ suy tim sung huyết) lại dùng kèm lợi tiểu giữ kali hoặc bổ sung kali có thể dẫn đến tăng kali máu. Do đó nên tránh phối hợp như vậy hoặc phải theo dõi nồng độ điện giải trong khi điều trị

- Valproate natri và clonazepam: Cả hai loại thuốc này là thuốc chống co giật hiệu quả. Tuy nhiên, kết hợp chúng có thể gây xuất hiện cơn vắng ý thức

- Rifampicin và glucocorticosteroid: Bệnh nhân lao bụng thường kèm lao thượng thận hoặc có biểu hiện bệnh Addison. Nếu những bệnh nhân này được điều trị với rifampicin, nó sẽ tăng cường sự dị hóa glucocorticosteroid và có thể xuất hiện cơn thượng thận cấp hoặc suy thượng thận

- Thuốc tiểu đường cùng với propranolol: Việc kê đơn propranolol với thuốc tiểu đường (insulin hoặc sulfonylurea) có thể làm giảm lượng đường trong máu và có thể che lấp các triệu chứng hạ đường huyết.



- Phenothiazines và metoclopramide với levo-dopa: Thuốc kê toa phenothiazines hoặc metoclo-pramide có thể làm giảm tác dụng của levodopa điều trị cho bệnh parkinson.
- Aspirin với spironolactone: Aspirin ngăn tác dụng giữ kali của spironolactone ; do đó tránh dùng aspirin ở bệnh nhân dùng thuốc spironolactone
- Aminoglycoside với furosemide: Nếu hai loại thuốc này được kê với nhau thì nguy cơ độc cho tia tăng lên
- Allopurinol với ampicillin: dùng đồng thời làm tăng khả năng phát ban trên da
- Indomethacin với thuốc ức chế ACE: Indomethacin làm giảm tác dụng chống tăng huyết áp của thuốc ức chế ACE.
- Lợi tiểu thải kali và digoxin: Thuốc lợi tiểu có thể gây hạ kali máu gây ra độc tính digoxin.
- Aspirin và indomethacin với furosemide: Aspirin và indomethacin làm giảm tác dụng lợi tiểu của furosemide. Imipramine và chlorpromazine với clonidine: Imipramine và chlorpromazine làm giảm tác dụng chống tăng huyết áp của clonidine.

Cần nhớ rằng mặc dù có khả năng tương tác thuốc khi kết hợp như vậy, không có nghĩa là không thể kết hợp. Nhưng nếu kê thì phải biết và tiên lượng được hiệu quả xấu khi kết hợp như vậy

## Bài 44 Phương pháp dùng thuốc

Thuốc có thể được dùng theo những đường khác nhau như đường uống, tiêm tĩnh mạch và tiêm bắp ...



Trong số tất cả, uống là cách tốt nhất để sử dụng thuốc. bệnh nhân tự làm, không đau dù mất thời gian để có tác dụng và nhiều tác dụng trên đường tiêu hóa hơn (buồn nôn, nôn...). Nếu bệnh nhân nôn hoặc do thuốc gây ra nôn, có thể dùng thêm 1 loại thuốc chống nôn khác. Có một số loại thuốc không hấp thu đường uống; cần phải dùng đường tiêm. Nếu các đường dùng đều gây tác dụng bất lợi, có thể đưa vào bằng cách rửa dạ dày hoặc ngăn hấp thụ bằng dùng than hoạt hoặc dùng thuốc nhuận tràng xổ ra

Thuốc điều trị bằng đường tiêm bắp hoặc tiêm tĩnh mạch cần người khác tiêm và gây đau đớn. tuy nhiên có những loại thuốc không dùng được đường uống mà phải dùng đường tiêm. Các loại thuốc này là thuốc kháng sinh aminoglycosid, ceftriaxone, cefotaxime, ceftaidime và các thuốc khác.

Một số loại thuốc không hấp thu theo đường tiêm bắp, mặc dù chúng được hấp thu tốt qua đường uống. Những thuốc này hoặc là có hiệu quả bằng đường uống hoặc tiêm tĩnh mạch. Các loại thuốc này là digoxin, chloromycetin, diazepam, phenytoin, và rabeprazole.

## Bài 45 Phải biết nghi ngờ

Các bác sĩ ở mình hiện làm việc trong điều kiện hạn chế. Không phải lúc nào cũng có thể chẩn đoán được vì một vài lý do. Hoặc là bệnh nhân không đủ khả năng để kiểm tra hoặc không có đủ trang thiết bị để kiểm tra. Ngay cả ở các bệnh viện trung ương, chúng ta cũng thường gặp phải một số tình huống như vậy. Giả sử một bệnh nhân bị sốt và mất ý thức, không có xét nghiệm nào có thể khẳng định chẩn đoán, bệnh nhân có thể điều trị như 1 trường hợp sốt rét thể não. Điều trị theo cách này đã cứu được nhiều bệnh nhân. Đôi khi việc điều trị kết hợp có thể được đưa ra



ngay từ đầu và tùy thuộc vào đáp ứng của điều trị hoặc để có thêm thông tin, sau đó có thể ngưng phác đồ điều trị hiện tại

- Nếu không có khả năng chẩn đoán nhồi máu cơ tim cấp (AMI) hoặc đau thắt ngực không ổn định, nên điều trị như AMI cho đến khi bệnh nhân được chẩn đoán xác định

- Trong tình huống lẫn lộn giữa bệnh não gan và bệnh sốt rét thể não với bệnh gan, bệnh nhân không nên được điều trị sốt rét, vì nó là một bệnh có thể chữa khỏi.

- Trong trường hợp có vết cắn không rõ do con gì, người ta phải nghĩ rằng đó là rắn cắn và điều trị ngay.

Có thể khó phân biệt hẹp van động mạch chủ do van động mạch chủ 2 mảnh bẩm sinh và thấp tim, đặc biệt khi van bị biến dạng hoàn toàn. Mặc dù điều trị phẫu thuật là như nhau cho cả hai trường hợp, có sự khác nhau trong điều trị nội khoa. nếu thấp tim sẽ được dự phòng thấp tim. Nếu không điều trị dự phòng thấp tim bệnh nhân sẽ có nguy cơ bị bệnh viêm cơ tim và tổn thương van hơn nữa. Vì vậy, nên điều trị dự phòng thấp tim cho bệnh nhân

## Bài 46 Sonde dạ dày khi ngộ độc chất ăn mòn

Ngộ độc với acid hoặc kiềm đôi khi gặp phải, đặc biệt là acid đặc vì nó dễ dàng có sẵn. Nguy cơ ngay lập tức đối với những bệnh nhân này là thủng thực quản hoặc dạ dày dẫn đến viêm phúc mạc. Hậu quả cuối cùng là tổn thương nặng thực quản. Mặc dù rửa dạ dày bằng cách sử dụng sonde dạ dày không khuyến cáo ở những bệnh nhân này vì nguy cơ thủng, nhưng nên đặt trong vòng 48 giờ sau khi nuốt phải acid hoặc kiềm. vì nếu



cổ đặt sau này sẽ thủng vì lúc này tổn thương nặng, có thể không đặt nổi sonde dạ dày. đặt sớm có nhiều lợi thế

Tôi nhớ một trường hợp như vậy, bệnh nhân được đặt sonde dạ dày từ đầu cho nuôi dưỡng qua nó. Sau đó tiến triển nặng lên, bệnh nhân được rút sonde dạ dày và không thể đặt lại được. Cuối cùng phải mở thông dạ dày qua da để cho ăn

## **Bài 47 Điều trị trước khi chẩn đoán**

Được biết rằng chẩn đoán nên luôn thực hiện trước điều trị, vì điều trị mà không có chẩn đoán giống như đánh quàng vào bụi cây. Đôi khi nó có hại cũng vì nó có thể che lấp triệu chứng và dấu hiệu của bệnh dẫn tới khó chẩn đoán sau này. Đôi khi nó cho thấy bệnh nhân sử dụng thuốc không cần thiết và có tác dụng phụ của chúng. Nhưng có một số tình huống mà việc điều trị không nên trì hoãn ngay cả khi không chẩn đoán được. Những tình huống như vậy là khi bệnh nhân ở tình trạng đe dọa tính mạng. Nếu các dấu hiệu sinh tồn bất ổn, bệnh nhân có thể tử vong. Trong tình huống như vậy, nên cố gắng giữ bệnh nhân sống bằng các biện pháp hỗ trợ như CPR, sau đó mới tiến hành chẩn đoán. 1 số trường hợp như tăng thân nhiệt, hạ thân nhiệt, tăng huyết áp, tụt huyết áp, tụt đường huyết. Ví dụ:

Nếu bệnh nhân mất máu nhiều kèm sốc, cần xử trí sốc trước khi cố gắng có chẩn đoán chính xác.

- Tương tự trong trường hợp hôn mê ở bệnh nhân đái tháo đường nếu nghi ngờ bị hạ đường huyết, nên bắt đầu điều trị trước khi xác định chẩn đoán.

- Nếu bệnh nhân bị tăng thân nhiệt, nên hạ thân nhiệt bằng cách làm mát bất kể nguyên nhân





# CHƯƠNG 5

## THỦ THUẬT TẠI GIƯỜNG



Có nhiều can thiệp phải tiến hành tại giường của bệnh nhân, và có nhiều lỗi trong quá trình làm những thủ thuật này. Những lỗi này làm tăng đau đớn cho bệnh nhân, thậm chí có thể đe dọa tính mạng. Tôi sẽ cố lưu ý các lỗi trong quá trình làm thủ thuật để các bạn không mắc phải

## Bài 1 Tiêm truyền tĩnh mạch

Những lỗi trong khi truyền dịch tĩnh mạch (iv)

- Không lấy được ven
- Tốc độ truyền
- Đúng thời điểm
- Lựa chọn dịch IV
- Số lượng dịch IV
- Chứng huyết khối tĩnh mạch.

### Không lấy được ven

Nếu bạn muốn truyền dịch thì bạn phải lấy được ven

. Tôi nhớ một đứa trẻ bị tiêu chảy và mất nước được đưa đến phòng khám tư. Bác sĩ nói ông không thể lấy được ven và chuyển viện, đứa trẻ đã chết trên đường đi. Vì vậy, mỗi bác sĩ nên thực hành kỹ năng lấy ven, đặc biệt ở trẻ em

Không có cái gì có thể rút ngắn sự thành thực trong thủ thuật đơn giản và hàng ngày, ngoại trừ thực hành nó. Khi thực hành nhiều, bạn có thể thực hành có thể có được lấy được ven nhỏ 1 cách dễ dàng. Tôi nhớ một sinh viên không thể lấy nổi ven dù đã lấy ở 2 vị trí, nhưng một trong những người bạn của cậu có thể lấy dễ dàng ở cùng một bệnh nhân. Có thể gặp





khó khăn khi lấy ven ở những bệnh nhân béo phì, đặc biệt là phụ nữ, nếu bệnh nhân đã truyền dịch trong vài ngày và nhiều tĩnh mạch bị tắc do huyết khối thrombophlebitis). Trong trường hợp như vậy, mở ven là tình trạng bắt buộc. Nếu tiên lượng khó lấy ven sau vài ngày (như trong trường hợp uốn ván), nên cố gắng giữ càng nhiều đường truyền tĩnh mạch càng tốt và cần phải sử dụng đúng cách các đường tĩnh mạch. Chống thoát mạch, chệch ven và viêm huyết khối để giữ các ven này

### Tốc độ truyền

Trong điều kiện bình thường, tốc độ truyền dịch có thể không đáng kể, nhưng có những trường hợp tốc độ truyền phải tuân thủ nghiêm ngặt. Được biết rằng nếu ở người lớn 1 ml khoảng 15 giọt/phút, 1ml khoảng 60 giọt ở trẻ em. Thường nếu cho truyền 30 giọt thì 1 lit trong 8 giờ, 45 giọt/phút cần 6 giờ và 60 giọt/phút cần 4h

**a. Tốc độ truyền quá nhanh:** Nếu một số loại thuốc đã được pha vào dịch truyền tĩnh mạch, chúng phải được cho chảy ở tốc độ nhất định. Truyền quá nhanh có thể gây phản ứng bất lợi của thuốc, truyền chậm thì không thể có tác dụng tối ưu. Vì vậy, cần điều chỉnh tốc độ truyền. ngay cả khi đã điều chỉnh, cần phải theo dõi mỗi thời điểm xem nó có chảy theo tốc độ mong muốn hay không, vì sự thay đổi vị trí của bàn tay, tắc kim (đặc biệt nếu tốc độ truyền quá chậm) có thể ảnh hưởng đến tốc độ dòng chảy. Một số loại thuốc phải truyền đúng tốc độ như dopamine, dobutamine, diazepam, atropine, phenytoin, natri nitroprusside và nhiều thuốc khác. dung dịch Darrow phải được truyền với tốc độ không quá 60 giọt mỗi phút.

**b. Tốc độ quá chậm:** Đôi khi đáng lí phải xả dịch nhanh thì bệnh nhân lại được truyền rất chậm, Tôi đã thấy sinh viên sau viên sau thay chai dịch ở bệnh nhân sốc lại để tốc độ truyền khá chậm. Tốc độ truyền có thể tăng lên bằng cách dùng kim to hơn, cắt vát chai nhựa để dịch vượt qua áp



lực dương, nâng cao chiều cao của chai truyền. Nhưng hiếm khi cần sử dụng các biện pháp này. Nếu cần, người ta có thể sử dụng thêm nhiều đường truyền tĩnh mạch

### Đúng thời điểm

Đối với các tình huống khẩn cấp, dịch truyền có thể truyền vào bất cứ lúc nào. nhưng nếu để nuôi dưỡng thì nên kết thúc trước 10h đêm vì bệnh nhân còn phải đi ngủ. Một số tình huống khẩn cấp như tức ruột, sau mổ, đau bụng cấp mà bệnh nhân phải nhịn ăn uống

### Lựa chọn dịch

Nên phụ thuộc vào mục đích sử dụng. Ví dụ, nếu mục tiêu của chúng ta là điều trị hạ đường huyết thì 25 hoặc 50% glucose sẽ được tiêm ngay lập tức sau đó truyền 10% glucose. Nếu mục tiêu của chúng ta là cung cấp dinh dưỡng, chúng ta phải tính toán lượng calo và quyết định loại và lượng dịch, nếu mục đích của chúng ta là bù điện giải, nên chọn dịch có chứa điện giải. muối ưu trương hiếm khi cần dùng để điều trị giảm natri huyết. dung dịch Darrow là dung dịch chứa kali thường dùng để bù kali. Tuy nhiên, cần thêm kali clorua ống nếu cần bù nhanh kali máu. Nếu bệnh nhân vô niệu thì tránh dung dịch có kali. Tuy nhiên, nếu một trường hợp tiêu chảy và nôn mửa đến sớm, bạn có thể bắt đầu bằng Ringer lactate (RL). Ringer lactate là một loại dịch đẳng trương có thành phần điện giải giống như huyết tương. trong trường hợp sốc, bệnh nhân cần là nước không phải calo hay điện giải. Nếu chỉ truyền glucose nó có thể gây hạ kali cũng như natri huyết.

### Số lượng dịch truyền

cho dịch truyền khi bệnh nhân không thể uống được. Nếu bệnh nhân vô niệu hoặc thiếu niệu nên chú ý khi bù dịch . Nếu thận hoạt động bình



thường, một vài chai dịch sẽ không gây ra bất kỳ vấn đề gì (thận thông thường có thể bài tiết được 16-18 lít nước trong vòng 24 giờ, bài tiết ở ống lượn xa).

### **Huyết khối tĩnh mạch**

là vấn đề hay gặp ở những bệnh nhân truyền dịch trong vài ngày. Đây là một nguyên nhân hay gặp của nhiễm khuẩn huyết ở những bệnh nhân sốt; nó cũng là nguyên nhân gây tắc tĩnh mạch phải kiểm ven khác để truyền sau vài ngày. Có thể tránh hoặc trì hoãn tình trạng này bằng các biện pháp sau:

\* Giảm thiểu việc sử dụng dịch ưu trương như 10% glucose, glucose 25%, và glucose 50%, dextrose 5% trong nước muối sinh lý (5% DNS). Thậm chí sử dụng kéo dài dung dịch dextrose 5% có thể gây ra huyết khối tĩnh mạch.

- Tránh dùng nhiều loại thuốc theo cùng một đường IV, nếu được thì nên pha loãng thuốc đúng cách. Ngay sau khi tiêm trực tiếp bằng tĩnh mạch, cần xả dịch đẳng trương bơm rửa thuốc tĩnh mạch để tránh tổn thương nội mô tĩnh mạch do thuốc

- Thay đổi đường tĩnh mạch sau 48 giờ.
- Tránh truyền dịch ở chi dưới vì tĩnh mạch ở chi dưới có cơ hội tiến triển huyết khối hơn

### **Bài 2 Truyền máu**

Truyền máu cũng là một thủ thuật hay gặp. Tôi đã thấy một số vấn đề liên quan đến truyền máu chủ yếu là do cách tiếp cận quá tự tin của bác sĩ điều trị và không theo các bước được đề nghị trong sách. Một số sai lầm được thực hiện là:



- Chỉ định
- Chống chỉ định
- Số lượng
- Loại chế phẩm truyền
- Thời gian
- Thuốc dùng trước truyền
- Tốc độ truyền
- Truyền máu không cùng nhóm

### Chỉ định

Mọi người nên biết rằng máu được lấy từ ai đó hiến, chứ không phải là một loại thuốc có thể được sản xuất tại một nhà máy. Truyền máu không hoàn toàn an toàn ngay cả khi nó đã được sàng lọc các mầm bệnh đã biết. Vì vậy chỉ nên sử dụng máu khi cần thiết. Vì vậy, nếu không có chỉ định, không nên truyền máu. Ngay cả khi nó được sàng lọc cho tất cả các mầm bệnh đã biết và kết quả âm tính, nó vẫn không an toàn để bạn chỉ định truyền máu khi cần thiết. Bởi vì 20 năm trước đây chúng ta chỉ tầm soát viêm gan B. Vào thời điểm đó sàng lọc máu chỉ tiến hành với viêm gan B, Sau đó, người ta biết rằng viêm gan C chủ yếu lây truyền qua truyền máu. Vì vậy, nhiều trường hợp đã được truyền máu trước đây đã bị viêm gan C. Cũng như vậy, 1 số virus khác có thể lây truyền qua đường máu mà hiện này chưa phát hiện ra mà vẫn được cho là an toàn. Vì vậy, những gì tôi muốn nói là truyền máu không phải là một thủ thuật an toàn, do đó không nên đưa ra nếu không có dấu hiệu chính xác. Hiện nay, truyền máu toàn phần ít khi được chỉ định, thực hiện, thường truyền chế phẩm máu



Tuy nhiên, mỗi ngân hàng máu không được trang bị để làm như vậy. Do đó vẫn còn có nhiều nơi truyền máu toàn phần cho các chỉ định khác nhau. Hãy xem một vài chỉ định hay gặp

**1. Để điều chỉnh hemoglobin:** Thiếu máu nặng do bất cứ nguyên nhân gì có thể gây suy tim hoặc sẽ được truyền máu. thường khi hb dưới 7 g / dl. Thiếu máu có thể truyền hồng cầu khối mà không truyền máu toàn phần. Một người công nhân vẫn phải làm việc (bị suy tim) kèm thiếu máu nặng không thể chờ cơ thể sinh ra hb lên ngưỡng an toàn có thể cho truyền máu. Truyền máu cũng có thể áp dụng cho phụ nữ thiếu máu nặng trong thai kỳ do không có đủ thời gian để tăng hemoglobin bằng cách bổ sung các yếu tố giúp tăng tạo máu. Truyền máu cho bệnh nhân thalassemia để tránh các dị dạng xương tiến triển

**2. Để điều chỉnh tiểu cầu:** Nếu tiểu cầu rất thấp gây ra chảy máu tự phát, có thể truyền máu để nâng số lượng tiểu cầu.

**3. Để điều chỉnh Bạch cầu:** Đôi khi lượng WBC rất thấp, như thiếu máu bất sản hoặc mất bạch cầu hạt (agranulocytosis). Những bệnh nhân này dễ bị nhiễm khuẩn huyết hơn. Để kiểm soát bệnh nhiễm trùng, những bệnh nhân này nên cho kháng sinh diệt khuẩn phổ rộng. Nhưng chúng cũng có thể được điều trị bằng truyền khối bạch cầu (leukocyte transfusion) để tăng số lượng bạch cầu. Truyền máu tươi (máu tươi là máu được lấy trong vòng 6 giờ) được dùng khi không có truyền khối bạch cầu nhưng tác dụng không nhiều

**4. Để bù các yếu tố đông máu:** Nếu có chảy máu bất thường do thiếu các yếu tố đông máu do bất kỳ nguyên nhân nào, truyền máu có thể thay thế các yếu tố và có thể làm ngừng chảy máu.

**5. Để bù các protein huyết tương:** Nếu nồng độ protein huyết tương thấp do bất kỳ nguyên nhân nào, có thể bù bằng truyền máu. Khi bị



bỏ, nhiều protein huyết tương bị mất do rò rỉ, vì vậy ta có thể truyền máu

**6. Bù thể tích máu:** Truyền máu dùng để bù thể tích máu khi bệnh nhân mất máu nặng do bất cứ nguyên nhân nào: ví dụ trong phẫu thuật

Đây là một số chỉ định về truyền máu trong điều trị

### Chống chỉ định

- Truyền cho bệnh nhân không có chỉ định có thể là chống chỉ định quan trọng nhất, lý do được thảo luận trước đó.
- Bệnh nhân bị thiếu globulin A miễn dịch bẩm sinh không chịu được truyền máu, họ có thể xuất hiện phản ứng truyền máu nặng
- Trong tình trạng thiếu máu do tan máu tự miễn, truyền máu không làm tăng nồng độ hemoglobin. truyền máu càng làm tan máu nhanh hơn

Đây là những tình huống nên tránh truyền máu bất kể nồng độ hemoglobin.

### Số lượng

Lượng máu truyền cần phụ thuộc vào mục đích truyền máu. Nếu nó dùng để bù hemoglobin nên truyền tới khi đạt ngưỡng 7g/dl. Không cần phải truyền nhiều hơn trừ khi bệnh nhân bị thalassemia để điều chỉnh hemoglobin càng nhiều càng tốt. Trong các trường hợp khác có thể cho đến khi đạt hiệu quả mong muốn

### Loại chế phẩm máu

Ngày nay có nhiều chế phẩm máu và có nhiều lựa chọn cho bệnh nhân. Đây là những chế phẩm máu được sử dụng cho các mục đích khác nhau.

- Máu toàn phần—mất máu cấp số lượng lớn



- HC khối—chỉ để tăng hemoglobin
- Khối tiểu cầu—giảm tiểu cầu
- Khối bạch cầu—mất bạch cầu hạt
- Huyết tương—Bỏ, bù protein huyết tương, bổ sung yếu tố đông máu

### Thời gian truyền

Truyền máu là một quá trình ghép mô. Vì vậy, bệnh nhân không nên để một mình khi cho truyền máu. Các loại phản ứng có thể xảy ra ngay cả khi máu đã được làm phản ứng chéo. Vì thế, không nên truyền máu vào những thời điểm mà bạn không thể theo dõi đầy đủ. Tuy nhiên, truyền máu cấp cứu có thể chỉ định bất cứ lúc nào. không được truyền máu trước khi làm xét nghiệm đánh giá trước truyền, đặc biệt là phết máu ngoại vi

### Dùng thuốc trước truyền

Không cần phải dùng thuốc trước truyền máu để bù lại thể tích máu mất trong trường hợp mất máu cấp tính. Nếu truyền máu cho bệnh nhân có thể tích máu bình thường (thiếu máu mạn tính) thì nên tiêm frusemide để giảm bớt thể tích máu trước khi cung cấp thêm lượng máu cần truyền. Nếu không nó có thể gây quá tải dịch và có thể gây suy tim. Thậm chí phải cho frusemide nhiều hơn khi bệnh nhân đang truyền máu. Cần phải nhớ rằng không nên dùng thuốc lợi tiểu nếu bệnh nhân đang trong tình trạng mất máu cấp. Trong những trường hợp này, dùng lợi tiểu sẽ làm giảm thể tích nội mạch

Đôi khi bác sĩ cho kháng histamine để dự phòng phản ứng xảy ra khi truyền máu nhưng chính vì dùng nó sẽ làm lu mờ các biểu hiện phản ứng ở giai đoạn sớm. Chính vì vậy không nên dùng nó trước truyền máu



## Tốc độ truyền

Tốc độ truyền nên rất chậm nếu bệnh nhân bị suy tim. Cũng nên chậm nếu bệnh nhân có thể tích máu bình thường trước truyền. Nếu bệnh nhân giảm thể tích có thể truyền nhanh hơn

## Truyền máu bất đồng nhóm máu

Mặc dù truyền máu không cùng nhóm là không nên nhưng vẫn gặp trong 1 số tình huống nhất định. Tôi đã gặp truyền nhầm máu A với bệnh nhân nhóm máu B. Điều này là do bất cẩn trước truyền, khi nhiều đơn vị máu cùng lĩnh cho nhiều bệnh nhân trên phòng mổ. Do đó phải thận trọng khi truyền máu

## Cố gắng vô trùng

Cần vô trùng khi tiến hành các thủ thuật tại giường. Không vô trùng có thể dẫn tới nhiễm trùng nặng trong bệnh viện có thể gây tử vong hoặc tăng chi phí điều trị cho bệnh nhân. Hãy nhớ rằng tốt nhất nên thực hiện trong môi trường vô trùng, việc tiến hành thủ thuật tại giường có nhiều nguy cơ nhiễm trùng. Một số điều cần nhớ để tránh nhiễm trùng cho bệnh nhân:

- Khử trùng bàn tay của bạn lên đến khuỷu tay bằng xà bông. Sau khi rửa không dùng tay vịn vòi nước, giữ tay nâng lên để nước thừa sẽ chảy xuống về phía khuỷu tay mà không chảy xuôi xuống tay đã khử trùng
  - Đi găng tay vô trùng.
  - Yêu cầu người phụ cho bạn cũng khử trùng tay như bạn đã làm.
  - Dụng cụ cần sử dụng phải được khử trùng đúng cách. Nếu dùng một lần thì nên mở ngay trước khi làm thủ thuật. Người phụ nên mở chúng, giữ trên bề mặt vô trùng nếu cần





- Nếu người phụ muốn cầm dụng cụ nên dùng Cheatle forcep vô trùng gắp ra
  - Sát trùng khu vực cần làm thủ thuật từ trung tâm ra ngoài vi bằng iodine. khi sát trùng ra ngoài vi, không được quay lại khu vực trung tâm 1 lần nữa
- Che khu vực thủ thuật bằng khăn vô trùng, chỉ lộ ra vị trí làm thủ thuật

### **Bài 3 Dùng thuốc tê tại chỗ**

Tôi đã thấy các bác sĩ phạm sai lầm khi gây tê tại chỗ. Những sai lầm chủ yếu thường là tê không tốt, bệnh nhân cảm thấy đau trong suốt quá trình làm. sai lầm khác là không test với lidocain. Dù ít khi quá mất nhưng nên làm trong mọi trường hợp

Da nên được gây tê đúng cách vì nó là cấu trúc nhạy cảm nhất với đau. Tại vị trí đặt kim tiêm tạo nốt phồng lên, chờ 1 thời gian sau đó tiêm thêm xylocaine theo các hướng khác nhau từ vị trí chọc ban đầu. Khoảng 3-4 ml xylocaine là đủ cho hầu hết các thủ thuật. Ngoài tê cho da, cố tiêm ở 1 số vị trí nhạy cảm đau khác dọc theo hướng của đường kim

cần năm phút để thuốc có tác dụng. Trước khi làm thủ thuật thử kẹp da xem đã tê hay chưa

### **Bài 4 Test máu chảy- máu đông**

Thủ thuật tại giường là thủ thuật xâm lấn. Vì vậy, trước khi tiến hành nên test máu chảy- máu đông. Nếu bệnh nhân có tiền sử chảy máu bất thường thì đây là test bắt buộc, 1 số trường hợp khác thì không cần nhưng nên làm để an toàn trong mọi trường hợp. Nếu bệnh nhân có chảy máu bất



thường ở bất kỳ vị trí nào, nên trì hoãn thủ thuật tới khi kiểm soát được tình trạng chảy máu. Nếu chảy máu là do tiểu cầu thấp, nên nâng lên 80000 / cmm hoặc cao hơn trước khi tiến hành thủ thuật xâm lấn. Nếu đó là do rối loạn đông máu nên được điều chỉnh bằng truyền FFP hoặc máu toàn phần.

### Bài 5 Kiểm tra xem có tắc không

Tôi đã nhìn thấy các sinh viên đưa kim chọc vào khoang phúc mạc đầy dịch mà không thể hút ra giọt dịch nào. Đó là vì kim hút bị tắc. Vì vậy, trước khi đưa canula hay kim vào cơ thể, cần kiểm tra xem có tắc không. Bơm khí qua để kiểm tra điều này.

### Bài 6 Theo dõi bệnh nhân sau thủ thuật

Đa số thủ thuật tại giường đều an toàn. Tuy nhiên, có 1 số trường hợp xuất hiện biến chứng sau làm thủ thuật. Vì vậy, tốt hơn là theo dõi bệnh nhân ít nhất trong vài giờ, thậm chí nếu được thì theo dõi trong một ngày. Các biến chứng như thoát vị não và đau đầu dữ dội xuất hiện sau chọc dịch não tủy, phù phổi 1 bên sau khi chọc dịch màng phổi, phù phổi sau khi truyền máu...

### Bài 7 Chọc tủy sống

Chọc tủy sống là thủ thuật hay làm nhưng có thể xảy ra lỗi. Lỗi thường gặp liên quan đến:

- Chỉ định
- Thất bại
- Chấn thương do chọc



- Thận trọng

### Chỉ định

1 vài chỉ định :

1. Nghi ngờ viêm màng não
2. Nghi xuất huyết dưới nhện
3. Nghi tổn thương hủy bao myelin
4. Dùng 1 số thuốc như thuốc tê tủy sống, thuốc chống ung thư...
5. Tủy đồ

Bởi vì các chỉ định hạn chế như vậy nên hầu như ít gặp phải sai lầm. Sai lầm thường xảy ra trong thời gian làm thủ thuật. Bởi vì, chọc hút dịch não tủy cần làm càng sớm càng tốt. Đôi khi đánh giá bằng mắt thường là đủ. Tôi nhớ 1 trường hợp vì phòng xét nghiệm đóng cửa nên định trì hoãn đến tận sáng hôm sau. Tôi đề nghị chọc ngay đêm đó và nhìn dịch hút ra chẩn đoán viêm màng não mủ và điều trị cụ thể ngay sau đó. Nếu số lượng máu ít dần đi- nó là chấn thương do chọc. Bước tiếp theo khác để phân biệt là tập trung vào 1 mẫu CSF xuất huyết và xem chất dịch bên trên, Nếu nó có màu vàng nhạt (xanthochromic), thì nó là CSF xuất huyết, không phải chấn thương. Tuy nhiên, cần phải nhớ rằng ít nhất bốn giờ đồng hồ sau thì xanthochromia mới xuất hiện trong trường hợp xuất huyết dưới nhện. Nếu chọc sớm quá thì không thể thấy được xanthochromia. Tất nhiên có nhiều cách để phân biệt hai trường hợp này.

### Thất bại

Là sai lầm hay gặp nhất. Thất bại có nghĩa là không thể tiếp cận khoang dưới nhện. Hiếm khi sai lầm nằm ở thủ thuật. thường là do tư thế bệnh



nhân không đúng. Thành công phụ thuộc vào việc giữ bệnh nhân đúng tư thế. Một số hướng dẫn cho tư thế của bệnh nhân:

1. Bệnh nhân nằm tư thế nghiêng 1 bên.
2. Bệnh nhân phải gập mình càng nhiều càng tốt để mở rộng khoang gian móm gai
3. Tốt hơn là bệnh nhân nên nằm trên giường cứng, giường ngủ không đệm. nếu giường bị chùng xuống, cột sống sẽ uốn cong theo chiều ngang
4. Bệnh nhân phải được giữ sao cho cột sống phải nằm ngang.
5. Khu vực chọc phải được gây tê tốt
6. Trong khi làm thủ thuật, bệnh nhân nên bình tĩnh. Để làm dịu cơn đau cho bệnh nhân, cần phải có thuốc an thần. Hãy nhớ rằng một bệnh nhân có ý thức nếu được gây tê đúng cách ít khi bồn chồn. Các bệnh nhân không tê tại chỗ tốt sẽ khó hợp tác trong quá trình chọc, do đó cần thêm an thần. Sau khi bệnh nhân được tư thế đúng cách, chọc kim với mặt vát hướng lên trên

Kim phải song song với mặt đất và vuông góc với cột sống tại vị trí chọc. Nếu đẩy kim theo hướng rốn, sẽ dễ dàng đi vào, đẩy từ từ. Khi có cảm giác vướng, nên dừng lại, rút thử xem có dịch não tủy hay không. Nếu không đẩy thêm chút nữa và xoay đốc kim một chút. Cần thực hành nhiều để biết nên đẩy sau bao nhiêu, người gày cần chọc nông hơn, và người béo cần đẩy xa hơn. Bằng cách thực hành cũng có thể biết khi nào kim chọc được vào khoang dưới nhện

### Chấn thương

Đây là lỗi hay gặp thứ 2. Bạn có thể tránh được tổn thương nếu kim không chọc sâu quá. Bằng cách làm như vậy, nó sẽ tránh các mạch phía



sau đột sống. Nếu có tổn thương do chọc, nên chọc lại ở khu vực đột sống khác, và cố gắng phân biệt CSF do chấn thương hay do xuất huyết như mô tả bên trên

### **Thận trọng**

Trước khi chọc dịch não tủy nên loại trừ tăng áp lực nội sọ bằng cách soi đáy mắt. Nếu chọc ở bệnh nhân có phù gai thị có nguy cơ thoát vị tiểu não

và có thể gây tử vong. Nếu chưa có kinh nghiệm, không thể nhìn đáy mắt có thể nhỏ thuốc giãn đồng tử để nhìn cho rõ. lưu ý triệu chứng glaucoma góc đóng và tình trạng đồng tử. bệnh nhân bị tăng nhãn áp sẽ phàn nàn về nhức đầu / đau mắt, đỏ mắt, nhìn thấy màu sắc trước mặt

Nếu bệnh nhân bị nghi ngờ có chèn ép tủy nên tránh chọc, vì nó làm khoang dưới nhện khô, rất khó làm tủy đông. Đôi khi làm tăng mức độ chèn ép.

### **Bài 8 Cho ăn**

Có nhiều tình huống mà bệnh nhân phải được cho ăn bằng sonde dạ dày. Trong số tất cả, quan trọng nhất là những bệnh nhân mất ý thức. Cần phải biết các nguyên tắc cơ bản của việc cho ăn qua sonde. Những sai lầm liên quan tới việc này là:

- Số lượng
- Số lần
- Dạng thức ăn
- Vị trí sonde



**Số lượng**

Cho ăn qua sonde dạ dày, điều đầu tiên cần cân nhắc là nước. Một người khỏe mạnh cần khoảng hai lít nước trong một ngày. Nhưng tùy thuộc vào mùa nó có thể thay đổi. Tiếp theo là calo. Ở trạng thái cơ bản, người có nhu cầu trung bình cần khoảng 1200 đến 1400 kcal. Cần thêm calo cho bệnh nhân bị dị ứng và sốt. Nên chúng ta cần khoảng 2l sữa. Như chúng ta biết 100 ml sữa bò cho 70 kcal, hai lít sữa sẽ cung cấp 1400 kcal năng lượng. Vì vậy, bằng cách cho ăn hai lít sữa chúng ta có thể đảm bảo 2 nhu cầu quan trọng nhất, nước và calo. Bạn nên biết rằng sữa là thực phẩm hoàn hảo. Nó cung cấp đủ các chất dinh dưỡng dù nó chỉ chứa ít sắt và vitamin C. Vào mùa hè hoặc nếu bệnh nhân sốt, mất nước không nhận biết được có thể nhiều hơn. vì vậy cần thêm nước giữa các bữa ăn

**Số lần**

Người ta hy vọng rằng dạ dày sẽ hoàn toàn rỗng trong vòng bốn giờ mặc dù thời gian làm rỗng dạ dày khoảng ba giờ. Trong thực tế trong các trường hợp bình thường, dạ dày vẫn còn rỗng trong 1 khoảng thời gian. Trong trạng thái sinh lý chúng ta không ăn thức ăn vào ban đêm. Vì vậy, không cho ăn vào ban đêm (sau 10 giờ tối). Cho ăn bốn giờ một lần bệnh nhân thì bệnh nhân phải được cho ăn 5 lần. Nếu chúng ta bắt đầu cho ăn lần đầu vào 6h sáng, thì cứ cho ăn tiếp theo là 10 giờ sáng, 2 giờ chiều, 6 giờ chiều và 10 giờ tối. Mỗi lần chúng ta cho 400 ml. Nói tóm lại, chúng ta cho 400 ml sữa mỗi bốn giờ và bắt đầu cho ăn vào lúc 6 giờ sáng và kết thúc vào lúc 10 giờ tối. Tuy nhiên, cần phải kiểm tra thêm hai thứ nữa trước khi cho thức ăn tiếp, xem sonde có nằm đúng vị trí hay không và liệu dạ dày đã hoàn toàn rỗng hay chưa bằng cách hút dịch dạ dày. Nếu tổng lượng hút là hơn 50 ml sau bốn giờ cho ăn cuối cùng, dạ dày đã



không được làm trống hoàn toàn và vì vậy nên giảm lượng thức ăn tiếp theo.

### **Loại thức ăn**

Đôi khi người ta yêu cầu lựa chọn thức ăn. Sữa là tốt nhất. Tuy nhiên, nếu thực phẩm khác là nước ép trái cây tươi cũng rất tốt vì nó cung cấp vitamin và khoáng chất. Tính ngon miệng của thực phẩm không phải là vấn đề đáng quan tâm vì bệnh nhân mất ý thức và cảm giác vị giác bị bỏ qua. Đưa ra các loại thực phẩm bột, có sẵn trên thị trường, không tốt hơn mà còn làm tăng chi phí. Hầu hết các thực phẩm bột có sẵn thông thường cho khoảng 350 kcal trên 100 gram. Để có được 1400 kcal phải lấy khoảng 400 gram thức ăn bột đó. Chi phí của lượng thức ăn bột này sẽ gấp 3 lần so với lượng sữa cần thiết. Tuy nhiên, những thực phẩm này có thể được cân nhắc với những người không dung nạp sữa, không có sữa, nhu cầu về loại thực phẩm cụ thể (như tiểu đường, trạng thái giảm tiểu cầu, bệnh nhân bị bệnh não và những bệnh khác). Khi không thể cho ăn qua sonde dạ dày như ở bệnh nhân liệt ruột. sẽ nuôi dưỡng đường tĩnh mạch

### **Vị trí của sonde**

Trước khi cho ăn, người ta phải chắc chắn rằng nó nằm đúng vị trí Vào thời điểm đặt sonde dạ dày phải chắc chắn nó đã nằm trong dạ dày. chèn ống Ryle phải chắc chắn rằng nó đã đi vào dạ dày. kiểm tra bằng cách bơm xilanh khí và bạn sẽ nghe thấy tiếng rít nếu sonde nằm trong dạ dày. nếu vào đường thở, sẽ không hút được dịch gì và không nghe thấy tiếng rít vùng thượng vị. Dù đã đặt vào dạ dày, sonde vẫn có thể di lệch khỏi vị trí của nó do co giật, nôn hoặc di chuyển. Vì vậy cần xem lại vị trí sonde trước khi cho ăn. có thể đặt sonde dạ dày qua nội soi. Tuy nhiên, cho ăn qua hồng tràng phải cho nhỏ giọt, không được bolus



Những bệnh nhân cần cho ăn qua sonde lâu dài nên mở thông dạ dày. Tuy nhiên, không nên rút sonde dạ dày trước khi mở thông dạ dày vì nhiều trường hợp khó đặt lại như trong trường hợp tổn thương thực quản nặng

## Bài 10 Cho ăn ngoài ruột

Không nên duy trì nuôi tĩnh mạch trong thời gian dài. Nhưng nhiều trường hợp cần duy trì nuôi dưỡng ngoài ruột. các trường hợp nuôi tĩnh mạch như tắc ruột, đau bụng cấp, sau phẫu thuật ổ bụng. Những sai lầm khi nuôi dưỡng tĩnh mạch là:

- Loại dịch
- Số lượng dịch truyền

### Loại dịch truyền

Chứng nào mà thận còn hoạt động bình thường thì nó có thể thải tới 18 lít nước mỗi ngày. Vì vậy, truyền dịch không phải vấn đề ở những bệnh nhân này. Trong trường hợp như vậy, mục tiêu điều trị là cung cấp đủ lượng calo. Như chúng ta đã thảo luận về calorie, nhu cầu 1 ngày ở người trưởng thành khoảng 1200 đến 1400 kcal để duy trì chuyển hóa cơ bản. Nhu cầu calo ở bệnh nhân dị hóa/sốt sẽ cao hơn. Thật khó để đáp ứng như cầu calo này bằng truyền glucose. Dung dịch glucose 10% (500 ml) sẽ cho 200 kcal và dung dịch glucose 5% (500 ml) sẽ cho 100 kcal. Để có được 1200 kcal chúng ta phải cho 6 lít 5% glucose và 3 lít 10% glucose. Điều này trở nên không chỉ khó khăn mà còn không khoa học. Một thứ khác cần được quan tâm trong nuôi dưỡng ngoài ruột là sự cân bằng điện giải. Nhu cầu kali hàng ngày khoảng 50-70 mmol. mất kali tăng thêm nếu bệnh nhân đang hút dịch dạ dày ở bệnh nhân đau bụng cấp hoặc tắc ruột. Việc sử dụng quá nhiều glucose cũng góp phần làm hạ kali máu, cũng có thể gây





ra chúng giảm natri huyết. Vì vậy, cần dùng dịch có kali như dung dịch Darrow cho tất cả các bệnh nhân. Nếu bạn cho quá nhiều glucose 10%, nó không chỉ góp phần lượng đường, không chỉ nó sẽ góp phần làm hạ kali máu mà còn gây huyết khối tĩnh mạch do nó là dung dịch ưu trương. Sự kết hợp hợp lý dịch nuôi tĩnh mạch là một lít dung dịch glucose 10%, một lít dung dịch glucose 5% và một lít dung dịch Darrow.

Bằng cách này, chúng ta có thể cho 3 lít nước, khoảng 800 kcal năng lượng, 36 mmol kali, 124 mmol natri. Có thể cung cấp nhiều hơn bằng cách cho dịch nhũ tương lipid truyền tĩnh mạch. Cách khác để cung cấp nhiều calo, khoáng chất và vitamin hơn là cho ăn qua sonde dạ dày. nuôi dưỡng đường tiêu hóa có ưu điểm:

- Đường tiêu hoá và phần phụ của nó (đặc biệt là gan) có đủ chất dinh dưỡng. Nên nhớ rằng 70 phần trăm nhu cầu dinh dưỡng của các cơ quan này bắt nguồn từ thức ăn chứa trong đường tiêu hoá hoặc tuần hoàn cửa
- Tưới máu tạng và giải phóng Ig A được duy trì tốt hơn
- Sự bài tiết hormone dạ dày-ruột được duy trì, đặc biệt là yếu tố tăng trưởng biểu bì, duy trì hoạt động của ruột.
- Tất cả các yếu tố này cùng nhau ngăn ngừa sự di chuyển của các mầm bệnh đường ruột vào trong dòng máu.

Đôi khi bệnh nhân vẫn còn trong tình trạng cân bằng calorie âm

Nếu tổng thể dinh dưỡng trước đây của bệnh nhân tốt thì lượng cân bằng âm này có thể tự điều hòa bằng tân tạo đường (gluconeogenesis), miễn là thời gian nuôi ăn tĩnh mạch trong một khoảng thời gian ngắn (dưới một tuần). Tuy nhiên, cần tối thiểu 400 kcal năng lượng từ carbohydrate để ngăn ngừa sự sản sinh ketone. Nếu chế độ dinh dưỡng trước đây của



bệnh nhân không tốt, anh ta cần phải cho thêm nhiều calo. Nếu dinh dưỡng ngoài ruột trên 7 ngày, cần bổ sung vitamin tan trong nước. Cần phải nhớ rằng vitamin và khoáng chất dùng qua đường uống tốt hơn khi dùng đường truyền vì 1 lượng đáng kể vitamin truyền vào sẽ bài tiết qua nước tiểu. Nên kết thúc truyền trước 10h tối để bệnh nhân không bị quấy rầy khi đang ngủ

Vì một lít dung dịch Darrow không đáp ứng được nhu cầu hàng ngày của kali, nên thêm kali vào các dung dịch IV khác dưới dạng các ống kali clorua hoặc có thể được uống bằng dung dịch kali clorua. Nên nhớ rằng dung dịch Darrow không được truyền trên 60 giọt mỗi phút (đã thảo luận ở trên). Việc bổ sung nhu cầu natri (nhu cầu hàng ngày khoảng 100 mmol) bằng đường tĩnh mạch không phải là điều khó khăn.

## Bài 11 Hút dịch màng phổi

Hút dịch màng phổi là một thủ thuật tại giường hay gặp. Những sai lầm trong thủ thuật này là:

1. Nhiễm khuẩn
2. Tràn khí màng phổi
3. Phù phổi
4. Chọc hút dịch thất bại
5. Hút không hết.

Tất cả những lỗi này có thể tránh được nếu làm đúng theo nguyên tắc được đề nghị. Một số nguyên tắc cơ bản cần tuân thủ trong thủ thuật này là:

- Đảm bảo vô khuẩn



- Đánh giá khu vực chọc. Cho đủ xylocaine trên da và tại vị trí bên ngoài màng phổi. Đánh giá độ sâu như nào là tới màng phổi cần có kinh nghiệm
  - Khuyến khích điều trị và chẩn đoán nên được thực hiện cùng một lúc. Cho dù đó là dịch thấm hay dịch tiết thì hút dịch ra đều có lợi cho bệnh nhân. Trong thực tế, hút dịch màng phổi giúp bệnh nhân hô hấp thoải mái. Bằng cách làm cả hai (chẩn đoán và điều trị) cùng một lúc, giúp tiết kiệm được thời gian của bác sĩ và bệnh nhân không bị đau hai lần và anh ta không bị phơi nhiễm với các biến chứng của chọc hút dịch màng phổi hai lần.
  - Vị trí chọc có thể xác định bằng cách gõ. Vị trí gõ đục nhất nên chọn làm nơi chọc. Luôn cố gắng chọc kim vào vị trí gõ đục vì nếu bạn chọc cao hơn sẽ không hút được dịch trong lần chọc này

Dịch nằm dưới vị trí chọc. Nếu nghi dịch khu trú, chụp XQ ngực tư thế PA sẽ giúp quyết định vị trí chọc

- Dịch thu được nên giữ làm xét nghiệm chẩn đoán. Nếu nghi có tế bào ác tính cần lấy nhiều dịch hơn gửi đi làm xét nghiệm
  - Nên hút ở tư thế ngồi trong giới hạn 1 lit hoặc tới khi bệnh nhân ho. Hút nhiều dịch quá mức có thể dẫn tới phù phổi 1 bên. Nếu xuất hiện phù phổi 1 bên. xử trí như phù phổi thông thường. Trong các lần chọc hút tiếp theo, vị trí chọc phải ở mức thấp hơn bởi vì mức độ dịch đã có thể giảm xuống. Thông thường dịch thấm cần hút khô nếu không có thể dẫn đến chứng xơ hóa phổi. Sau khi hút đủ lượng dịch, bệnh nhân có thể phàn nàn kêu đau màng phổi, có thể nghe thấy tiếng cọ màng phổi. Điều này xảy ra bởi vì các bề mặt màng phổi, được tách ra do dịch, khi hút ra sẽ làm lớp màng phổi cọ vào nhau.



- Trong suốt quá trình chọc phải chú ý bịt kín đầu nối đảm bảo khi không vào gây tràn khí màng phổi. Bạn có thể sử dụng khóa 3 chạc
  - Đôi khi rất nhiều dịch mà bác sĩ lại hút không ra. Điều này là do kim bị tắc hoặc chọc không đúng vị trí. Các trường hợp khác làm hút không ra hoặc là chẩn đoán sai hoặc có quá ít dịch. Kim nên đẩy chậm, cảm nhận áp suất âm, khi kim chọc vào dịch sẽ có cảm giác. hút nhiều dịch nhất từ vị trí đó (không quá 1 lít / cho đến khi ho) và nếu không có dịch ra, xoay và thay đổi tư thế bệnh nhân 1 chút để dịch có thể chảy ra nhiều hơn
- Trừ khi dịch khu trú, nên chọc đường nách sau hoặc đường xương bả vai. Màng phổi sâu nhất ở khu vực này. Kim phải được chọc theo bờ trên của xương sườn dưới để tránh tổn thương bó mạch thần kinh nằm dọc theo cạnh dưới của xương sườn

## Bài 12 Hút dịch màng bụng

Cũng là thủ thuật hay gặp. Lỗi thường do

- Chọc thất bại
- Rò rỉ dịch sau chọc hút
- Số lượng hút

Đôi khi không thể hút ra dịch dù đầy dịch ổ bụng. Điều này xảy ra nếu chọc chưa đúng vị trí. Vị trí lý tưởng để chọc hút nằm trên điểm giữa đường nối gai chậu trước trên và rốn bên phải. Phía bên phải bởi vì không có nguy cơ làm tổn thương lách (nếu lách to và khó đánh giá vì bụng nhiều dịch). Tuy nhiên, có thể loại trừ lách to bằng siêu âm, nhưng không chọc vào điểm giữa nối gai chậu trước trên và rốn bên trái vì nó là điểm mà động mạch thượng vị dưới đi qua. Chọc không ra có thể do tổn thương



ruột, hoặc bàng quang (nếu bàng quang căng). Ngoài ra còn có thể do tắc kim, nên cần kiểm tra trước khi chọc

Chúng ta thường thấy rò dịch màng bụng xảy ra sau khi chọc hút. Điều này chủ yếu là do lỗi kỹ thuật. Điều này xảy ra khi da và phúc mạc chọc theo đường thẳng. Để ngăn ngừa việc này cần đưa kim dưới da 1 đoạn sau đó mới chọc vào phúc mạc. Đây được gọi là kỹ thuật Z. Khi áp suất trong ổ bụng tăng lên, sẽ có nguy cơ rò dịch qua vị trí chọc. Để ngăn tình trạng này nên rút thêm dịch để giảm áp suất trong ổ bụng và yêu cầu bệnh nhân nằm ngửa nghiêng về phía đối diện bên chọc. Lượng dịch hút được tùy thuộc vào nguyên nhân. Dịch trong xơ gan hoặc hội chứng thận hư có thể điều trị bằng dùng lợi tiểu. Hút dịch quá mức trong xơ gan có thể gây bệnh não gan. Với bệnh nhân xơ gan, cần bổ sung dịch keo để tránh bệnh não gan khi hút lượng dịch quá nhiều. Dịch thẩm không cần hút điều trị vì nó sẽ tự khỏi khi giải quyết nguyên nhân gây ra. Vấn đề dày lên của phúc mạc ngược với màng phổi, nó không phải vấn đề đáng lo ngại. Hút nhiều dịch tiết có thể làm mất protein. Dịch cổ trướng ác tính có thể phải được hút nhiều lần

Sự xâm nhập khí vào khoang phúc mạc cũng không phải vấn đề như với màng phổi vì áp suất trong ổ bụng không âm để hút khí vào. với lai nếu khí có vào thì phúc mạc cũng sẽ hấp thu, không gây hậu quả như với tràn dịch màng phổi, khí vào có thể dẫn tới xẹp phổi. Tuy nhiên cần tránh nguyên nhân nhiễm trùng

## **Bài 13 Chọc dịch màng ngoài tim**

Sai lầm khi chọc dịch màng ngoài tim là:

- Thời điểm chọc hút



- Chỉ định
- Số lượng dịch
- Quá sợ hãi khi làm thủ thuật.
- Tràn dịch màng ngoài tim là thủ thuật sống còn

trong trường hợp chèn ép tim. Chảy máu màng ngoài tim là tình trạng tim bị ép từ bên ngoài do tích tụ dịch màng ngoài tim, làm co bóp không hoàn toàn dẫn tới giảm cung lượng tim. dịch có thể là máu, mủ hoặc dịch tiết. Chẩn đoán dựa vào triệu chứng suy giảm tuần hoàn ngoại biên (huyết áp thấp, kẹt, mạch nhanh, vã mồ hôi, giảm lượng nước tiểu, các triệu chứng thiếu oxy) với chứng nghẽn tĩnh mạch toàn thân (tĩnh mạch cổ nổi, gan to, phù chân) . Nếu có dấu hiệu mạch nghịch sẽ gợi ý chèn ép màng ngoài tim. khó thở là triệu chứng muộn của tràn dịch màng ngoài tim. Cần nhấn mạnh rằng không cần quá phụ thuộc vào siêu âm tim để phát hiện tình trạng này, dù nó rất nhạy để đánh giá dịch màng ngoài tim. Một số thăm dò thông thường như ECG hoặc X-quang ngực PA có thể giúp ích rất nhiều. ECG sẽ có nhịp tim nhanh kèm giảm điện thế, có thể có điện thế luân phiên. XQ có bóng tim to, bờ rõ, Trong tia X sẽ có cardiomegaly được đánh dấu với phác hoạ sắc nét của bóng tim và giảm vân phổi. Nên nhớ rằng trước khi siêu âm tim, có hàng ngàn trường hợp tràn dịch màng ngoài tim đã được chẩn đoán và điều trị. Vì vậy, nếu ai đó đề cập đến một trường hợp chèn ép màng ngoài tim nên siêu âm tim trong khi không có sẵn, có nghĩa là anh ta đang đặt bệnh nhân lên nguy cơ tử vong. Thay vì làm điều đó, người ta có thể hút dịch màng ngoài tim 1 cách thận trọng. Hãy nhớ rằng hút ngay cả vài mililit nước cũng có thể cải thiện đáng kể tình trạng của bệnh nhân. Đôi khi chọc có thể phát hiện tràn mủ màng ngoài tim



Một khi kim được đưa vào khoang ngoài tim, phải hút lượng dịch tối đa. Không giống như hút dịch màng phổi, không có giới hạn về lượng dịch cần hút. Như đã đề cập trước đó, hút lượng dịch nhỏ cũng có thể thay đổi đáng kể tình trạng của bệnh nhân. Khí vào màng ngoài tim không phải vấn đề lớn như vào màng phổi. trên thực tế trước đây khí được bơm vào sau khi hút dịch và chụp lại đánh giá lượng dịch còn. Nhưng hiện tại không làm điều này nữa vì có thể đánh giá một cách dễ dàng bằng siêu âm tim.

Nhiều bác sĩ đã quá lo ngại khi đưa kim chọc vào khoang màng ngoài tim. Tất nhiên là có nguy cơ rủi ro, nhưng nếu thực hiện cẩn thận thì không có gì xảy ra. Theo kinh nghiệm của tôi thì không có gì xảy ra cho bệnh nhân tràn dịch màng ngoài tim với chỉ định chọc dịch màng ngoài tim. Thay vào đó, tôi thấy bệnh nhân chết do bác sĩ quá sợ khi quyết định chọc kim và chần chừ hoặc lại chuyển bệnh nhân tới các trung tâm tim mạch. Các biện pháp để tránh sai lầm khi tiến hành thủ thuật:

- Cố gắng thực hiện vô trùng
- Làm test máu chảy- máu đông trước khi làm thủ thuật
- Biết được mức độ dịch quanh màng ngoài tim
- Kiểm tra độ kín của xilanh trước khi chọc
- Vừa chọc kim từ từ vừa hút áp lực âm, dịch sẽ chui vào khi kim vào màng ngoài tim. khi đó không đẩy kim mà hút dịch
- Đừng ngại khi thấy hút ra dịch máu. Vì dịch ngoài tim luôn là dịch xuất huyết. Đôi khi có xuất huyết đến mức nó gần giống như máu. Nếu có dịch này, lấy 1 lượng nhỏ

Nếu dịch hút ra không đông, ngay cả khi đông máu của bệnh nhân bình thường thì nó là dịch xuất huyết, chứ không phải máu. Tất cả những điều



này phải được thực hiện bởi người phụ. người phụ sẽ chú ý nếu phát hiện nhịp ngoại tâm thu hay thay đổi của mạch. Như đã thảo luận trước đó, hút 1 chút dịch cũng có thể làm giảm chèn ép, người phụ chú ý đánh dấu sự tăng tần số mạch hoặc mất mạch nghịch. Nếu đo huyết áp, chú ý aoxem có tăng huyết áp tâm thu. Nếu dịch hút ra là máu, rút luôn kim không hút thêm và theo dõi bệnh nhân trong vài giờ

- Mặc dù lý tưởng là nó phải được thực hiện dưới màn hình siêu âm, nhưng trong tình huống cấp cứu nên thực hiện ngay với sự giúp đỡ của người phụ
- Kim có thể chọc từ mũi ức hoặc đỉnh tim tiến về phía vai phải / vai trái.

## Bài 14 Chọc hút áp xe gan do amip

Do sự phát triển nhiều loại thuốc diệt amip nên các trường hợp áp xe gan do amip không thường gặp như trước

Tuy nhiên, chúng tôi vẫn gặp một số trường hợp. Áp xe nhỏ có thể được điều trị mà không cần chọc hút. Nhưng áp xe lớn phải chọc hút. Trên thực tế, nếu áp xe đủ lớn để xâm lấn gan, cần hút sớm vì nó có khả năng lây lan qua các cấu trúc khác tùy thuộc vào vị trí của áp xe. Tôi đã nhìn thấy một trường hợp không thể nằm xuống do ho nhưng ngồi thẳng lại không ho. Bệnh nhân được chọc hút dịch và bơm khí vào phát hiện có rò lên màng phổi, gây ho ở tư thế nằm Vì vậy, cần chọc hút sớm, nếu kích thước lớn (Trên siêu âm), cần được hút ngay lập tức. Những sai lầm liên quan đến chọc hút áp xe gan do amip là:

- Chỉ định
- Số lượng dịch hút





- Lo sợ
- Không thể hút ra (thất bại).

Giống như các thủ thuật khác cần thực hiện vô trùng tê tại chỗ, dùng kim lớn nên làm máu chảy máu đông trước khi chọc. Kim được chọc từ đường rạch giữa tiến về ổ áp xe dưới hướng dẫn của siêu âm. Vừa chọc vừa hút áp lực âm, dịch sẽ tràn vào khi kim đi vào khoang áp xe. Hút nhiều mũi càng tốt. Số lượng mũi có trong ổ abscess có thể tính bằng cách sử dụng công thức tính khối lượng hình cầu (giả định ổ áp xe có dạng hình cầu). Thực tế không có rủi ro trong thủ thuật này nếu làm theo đúng nguyên tắc. Nếu thời gian máu đông bình thường, hút xong khoang áp xe sẽ khu trú và bao bọc lại bởi mô gan. Hút không ra chủ yếu do đầu kim chọc không đúng hướng, dùng kim nhỏ hoặc tắc kim. Nếu ổ áp xe nằm trên vòm gan, nên tiếp cận từ hướng bên của thành ngực. Áp xe nằm phía trên có thể chọc hút từ phía sau, áp xe phía trước có thể chọc từ khu vực thượng vị, hạ sườn phải ĐẶT SONDE BÀNG QUANG

Đặt sonde tiểu là thủ thuật hay gặp. Có thể chỉ định ở bệnh nhân tắc nghẽn cổ bàng quang dẫn tới bí tiểu. Có thể đặt ở người mất ý thức hoặc phải cho an thần khi đặt sonde như ở bệnh nhân uốn ván hoặc những bệnh nhân tiểu không kiểm soát do nguyên nhân thần kinh (bệnh tủy sống hoặc tổn thương đuôi ngựa). Những sai sót quan sát được khi đặt sonde bàng quang là:

- Nhiễm khuẩn
- Sai đường và chấn thương
- Rò rỉ và tuột sonde
- Paraphimosis



- Không lấy mẫu nước tiểu
- Đặt thất bại

Đường tiết niệu bình thường thường vô trùng đặt dị vật vào đường niệu làm tăng nguy cơ nhiễm trùng. Do đó trừ khi cần thiết mới đặt và phải rút sớm nếu có thể.

Khi đặt sonde tiểu cưỡng bức, màng niêm mạc niệu đạo rất nhạy cảm với đau. Do đau các cơ trơn xung quanh niệu đạo sẽ co thắt. Và nếu trong giai đoạn này, đặt sonde vào có thể lạc đường, chảy máu. Vì vậy, nên dùng xulocaine gel để gây tê toàn bộ niệu đạo. Nguyên nhân khác của chấn thương niệu đạo là bơm bóng cuff trong niệu đạo tuyến tiền liệt.

Vì vậy, khi đầu sonde nằm trong bàng quang thì có khi cuff lại đang nằm trong niệu đạo tuyến tiền liệt. Nếu bơm căng cuff lúc này, sẽ gây vỡ niệu đạo tuyến tiền liệt, sẽ gây chảy máu rất nhiều. Để tránh điều này, ngay cả sau khi nước tiểu bắt đầu chảy qua ống thông (điều này sẽ xảy ra khi đầu sonde đi vào bàng quang) thì toàn bộ chiều dài của ống thông phải được đưa vào bàng quang, sau đó mới bơm cuff lên

Sau khi bơm cuff mới kéo sonde ra để bóng cuff chèn vào cổ bàng quang. Nếu không kéo bóng về phía cổ bàng quang sẽ gây rò nước tiểu theo cạnh của ống thông. Bóng cần được bơm phồng lên như khuyến cáo là từ 20 đến 50 cc. Nếu bơm ít hơn sẽ có thể gặp bóng cuff chui vào niệu đạo tuyến tiền liệt khi bị kéo

Cần phải vuốt lại bao quy đầu sau đặt sonde nhưng thường nó bị lãng quên. Nếu vẫn để da quy đầu lộn xuống sau vài ngày, nó sẽ xuất hiện phù nề gây ra chứng paraphimosis. Điều này có thể ngăn ngừa bằng cách vuốt lại bao quy đầu sau đặt sonde.



Tôi đã thấy sinh viên đặt sonde thành công nhưng khi nối với túi nước tiểu lại không ra trong khi bàng quang vẫn căng. Sai lầm đơn giản do không tháo nắp của túi nước tiểu trước khi nối với sonde.

Đôi khi cũng gặp tình trạng không thể đặt được sonde như phimosis, hẹp niệu đạo hoặc phì đại tiền liệt tuyến. Đôi khi chọn sonde size nhỏ lại có thể giải quyết vấn đề

Tôi cũng thấy sinh viên khó khăn khi tìm lỗ niệu đạo ở nữ. Nhiều trường hợp thực tế tôi thấy sinh viên đặt sonde vào âm đạo. Để tránh sai lầm này, sinh viên nên cố gắng xác định lỗ niệu đạo nữ khi học sản phụ khoa. Sẽ khó tìm thấy niệu đạo nữ khi sa tử cung, khi đó nên cố gắng đẩy tử cung vào và xác định vị trí niệu đạo

## Bài 15 Rút sonde tiểu

Những sai sót quan sát thấy liên quan đến việc tháo ống thông là:

- Thời điểm
- Thất bại
- Bí tiểu sau rút

Khi so sánh với đặt sonde thì tháo sonde dễ dàng h

Chỉ cần tháo cuff bằng hút nước từ lỗ bên và rút ra, ống thông sẽ dễ kéo ra ngoài, nhưng không phải luôn như vậy Thời gian

Thời gian rút sonde tùy vào lý do tại sao đặt nó. Ví dụ:

- Nếu đặt ở bệnh nhân vô thức, có thể rút khi bệnh nhân đã tỉnh táo. Vì vậy, phải đánh giá mức độ ý thức bệnh nhân trước khi rút. Hãy nhớ rằng trong những trường hợp như vậy, sinh lý bàng quang cơ bản không bị thay đổi, do đó khi bệnh nhân tỉnh lại, sinh lý bàng quang của anh ta sẽ trở lại.



Một số người kẹp ống thông lại kiểm tra xem bệnh nhân có phản xạ buồn tiểu không? điều này không cần thiết nếu đánh giá mức độ ý thức thấy bệnh nhân đã tỉnh

· Nếu ống thông được đặt cho bệnh nhân tiểu không kiểm soát như tổn thương tủy sống hoặc hội chứng đuôi ngựa, phải kiểm tra xem các chức năng của tủy sống đã trở lại hay chưa. Cần nhớ rằng về cơ bản hai chức năng chính của bàng quang được kiểm soát bởi vỏ não và các sợi thần kinh đi qua tủy sống. Đây là sự khởi đầu và ức chế. Cả hai đều liên quan các sợi vận động (ly tâm) và vỏ não sẽ cảm nhận được sự căng đầy của bàng quang (hướng tâm). Nếu bạn kẹp ống thông và làm cho bàng quang căng lên, bạn có thể kiểm tra chức năng hướng tâm của bàng quang mà không kiểm tra được chức năng ly tâm. Trong thực tế, không có phương pháp cạnh giường nào có thể biết được liệu chức năng ly tâm của bàng quang đã hồi phục hay chưa.

Vì vậy, chỉ nên rút sonde khi chức năng vận động phục hồi hoàn toàn. Tôi đã gặp 1 số trường hợp rút sonde vì bệnh nhân cảm nhận được sự căng tức nước tiểu (kẹp sonde), nhưng phải đặt lại sonde vì lại bí tiểu

Nếu đặt sonde do nguyên nhân tắc cơ học, chỉ rút sau khi giải quyết nguyên nhân tắc nghẽn

### Thất bại

Đôi khi sẽ không thể rút nước ra từ cuff. Khi bóng không xẹp thì khó mà rút được ống thông ra, cố gắng kéo ra có thể gây vỡ niệu đạo. Trong tình huống như vậy, cần phải thực hiện các bước để bóng cuff vào lại trong bàng quang. Điều này có thể được thực hiện bằng nhiều cách. Một số cách là:



- Tiêm ete vào bóng cuff. Những có nguy cơ gây viêm bàng quang dẫn tới bàng quang nhỏ, nên phương pháp này không còn được thực hiện nữa.
- Chọc 1 que thăm đi qua kênh bơm cuff và chọc vỡ bóng
- Có thể chọc bóng cuff bằng cách chọc kim qua trực tràng hoặc trên xương mu dưới hướng dẫn siêu âm.
- Đôi khi bơm thêm vào cho cuff căng và vỡ trong bàng quang

### Bí tiểu sau rút sonde

Các vấn đề khác gặp phải sau khi rút sonde là bí tiểu. Thường phải đặt lại nhưng trước tiên nên tìm hiểu xem lý do tại sao lại bí tiểu. Nếu ví lý do thần kinh chưa hồi phục hoặc tình trạng ý thức chưa phục hồi hoàn toàn và không có tắc nghẽn cơ học, nguyên nhân gây tắc nghẽn là do co thắt cổ bàng quang và mất phản xạ do đặt sonde liên tục trong vài ngày. Trong những trường hợp này, người ta có thể dùng chai nước ấm lăn trên bụng dưới của bệnh nhân để kích thích

### Bài 16 Xoa xoang cảnh

Xoang xoang cảnh là thủ thuật tại giường để chấm dứt cơn nhịp nhanh trên thất kịch phát(PSVT). Nhưng nó có thể dùng trong các tình huống khác. Tác dụng của xoang xoang cảnh trong PSVT là tất cả hoặc không. Hoặc nó sẽ chuyển thành nhịp xoang hoặc nó sẽ không đáp ứng gì cả. Nếu tiến hành nghiệm pháp ở nhịp xoang, nhịp sẽ chậm lại nhưng sẽ trở lại tần số ban đầu khi ngừng xoa xoang cảnh. Trong nhịp nhanh xoang, tần số sẽ chậm lại do tăng ức chế từ nút AV. Ví dụ, nếu tần số trước khi xoa xoang cảnh là 150, nó sẽ giảm xuống còn 100. với rung nhĩ nó không có hiệu



quả. rung tâm nhĩ, nó sẽ không có hiệu quả. Đôi khi nhịp nhanh thất lại đáp ứng với nghiệm pháp này

Xoa xoang cảnh nên thực hiện khi bệnh nhân nằm ngửa, đầu mở rộng. Trước khi xoa nên nghe mạch cảnh. Nếu có tiếng thổi thì không được xoa, do có thể có tắc nghẽn động mạch cảnh, xoa xoang cảnh có thể dẫn đến tắc mạch não. Nếu không có tiếng thổi, cảm nhận động mạch cảnh ở góc hàm và ấn nhẹ nhàng. Với áp lực nhẹ nhàng, nhịp tim chậm lại, nó cho thấy xoang cảnh nhạy cảm, xoa bóp lâu có thể dẫn đến ngất. Nếu không nhạy khi ấn, ấn mạnh động mạch cảnh bằng các ngón tay ở góc hàm và xoa trong 5 giây, đầu tiên ở 1 bên, sau đó sang phía bên kia (không làm cả 2 bên cùng lúc)

## Bài 17 Xoa bóp tim

Massage tim là thủ thuật tại giường liên quan tới nguy cơ tử vong.

Những sai lầm khi xoa bóp tim là:

- Thời điểm
- Vị trí lý tưởng
- Gián đoạn và thời gian
- Tiên lượng

### Thời điểm

Để xoa bóp tim thành công, cần thực hiện càng sớm càng tốt sau vô tâm thu. Vô tâm thu gồm 2 biểu hiện ngừng tim và rung thất. Ngừng tim không thể phân biệt được với rung thất



Nếu không có ECG. Nhưng không nên lãng phí thời gian để chờ ghi ECG. Trừ khi bệnh nhân đang có monitor tim, không thể phát hiện ra rung thất ngay. Vì vậy nên tiến hành xoa bóp tim ngay

### **Vị trí lý tưởng**

Không nên tìm tư thế đặc biệt khi xoa bóp tim. Điều duy nhất cần nhớ là lưng của bệnh nhân phải ở trên bề mặt cứng

### **Gián đoạn**

Khi xoa bóp tim, cần chú ý làm liên tục, nếu gián đoạn sẽ làm mất tác dụng có lợi đang có. Cần xoa bóp tới khi ngừng thở và biểu hiện chết não (đồng tử giãn và cố định, mất phản xạ giác mạc)

### **Tiên lượng**

Sinh viên thường ngại ép tim vì nó không mang lại hiệu quả đáng mong đợi. Cơ hội hồi sinh tốt nếu ở quả tim bình thường. Nếu bệnh nhân có bệnh nan y hoặc bệnh nặng trong thời gian dài thì tiên lượng xấu hơn

